



**Knelpunten in de
zorgovergang na
beveiligde intensieve
zorg** Een onderzoek naar
oplossingsrichtingen

Amber Sijnstra
Master Toegepast Recht
18 augustus 2023

Knelpunten in de zorgovergang na beveiligde intensieve zorg: een onderzoek naar oplossingsrichtingen.

Auteur: Amber Sijstra, 387863

Opdrachtgever: Lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg
Hanzehogeschool

Dhr. P.P J.N.M. Glasbergen

Opleiding: Master Toegepast Recht Hanzehogeschool

Afstudeerdocent: Dr. M.B. Van Rijn

Datum voltooiing: 18 augustus 2023



Voorwoord

Voor u ligt mijn onderzoeksrapport 'Knelpunten in de zorgovergang na beveiligde intensieve zorg: een onderzoek naar oplossingsrichtingen'. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool. Dit in het kader van het schrijven van mijn scriptie voor de master Toegepast Recht van de Hanzehogeschool. Hiervoor moest een complex vraagstuk uit de praktijk worden onderzocht.

Tijdens het uitvoeren van het eerdere onderzoek 'Beveiligde klinische opnames in de GGZ: op- en afschaalroutes vanuit de Wvggz' (J. Reineman & A. Sijnstra, 20 februari 2023) werd mijn interesse gewekt in de beveiligde intensieve zorg. In de beveiligde intensieve zorg komen het zorg- en veiligheidsdomein samen, de reguliere en forensische zorg. Verschillende wet- en regelgeving speelt een rol op het moment dat de patiënt de kliniek binnengaat en verlaat. Dat maakt dit deel van het werkveld erg interessant, maar soms ook complex door de hoeveelheid aan patiënten-doelgroepen, indicaties, wet- en regelgeving en financieringsstromen. Van maart 2023 tot augustus 2023 heb ik mij dan ook in deze materie mogen verdiepen. Dit heeft geleid tot een overzicht van verschillende knelpunten die zich kunnen voordoen op het moment dat een patiënt de behandeling heeft doorlopen en moet uitstromen richting ambulante zorg en verblijfszorg, en oplossingsrichtingen om het uitstroomproces te verbeteren.

Voor de totstandkoming van mijn scriptie wil ik graag iedereen bedanken die hier een bijdrage aan heeft geleverd. Vanuit de Hanzehogeschool zou ik ten eerste mijn opdrachtgever Petrick Glasbergen willen bedanken voor de vrijheid die ik heb gekregen bij het uitvoeren van het onderzoek, en het vertrouwen dat hij in mij heeft gesteld. Daarnaast wil ik mijn afstudeerbegeleider Monique van Rijn bedanken voor de ondersteuning bij het uitvoeren van het onderzoek en de feedback op mijn teksten. Docent Mark Hoogenboom wil ik daarnaast bedanken voor het sparren over tabellen in onderzoeksrapporten en het scheiden van hoofd- en bijzaken. Tevens wil ik alle professionals bedanken die op wat voor manier dan ook hebben bijgedragen aan het onderzoek, bijvoorbeeld door deel te nemen aan een interview en/of dialoogsessie. Zonder medewerking vanuit het werkveld had dit onderzoek niet tot stand kunnen komen. In het bijzonder wil ik Sanne van Es en Monique Drenth van het LCBB bedanken voor hun informatie en advies en de hulp bij het in contact komen met het werkveld. Tot slot zou ik oud-docent en onderzoeker Nicolette Woestenburg graag willen bedanken voor haar inzet en juridische expertise, dit heeft de kwaliteit van het theoretische kader en praktijkonderzoek verbeterd.

Ik wens u veel leesplezier!

Amber Sijnstra

Groningen, augustus 2023

Afkortingenlijst

AFKORTING	BEGRIP
BIZ	Beveiligde Intensieve Zorg
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
IWP	Innovatiewerkplaats
LCBB	Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden
MINISTERIE J & V	Ministerie van Justitie en Veiligheid
MINISTERIE VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
PBW	Penitentiaire beginselenwet
VVT	Verpleeghuis, verzorgingshuis en thuiszorg
WAMS	Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein
WFZ	Wet forensische zorg
WLZ	Wet langdurige zorg
WMO 2015	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVGGZ	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WvSR	Wetboek van Strafrecht
WvSV	Wetboek van Strafvordering
WZD	Wet zorg en dwang
ZVH	Zorg- en Veiligheidshuis
ZVW	Zorgverzekeringswet

Samenvatting



In deze samenvatting worden de resultaten van elk onderdeel van het onderzoek besproken.

Introductie van het onderzoek

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool, in het kader van de toekomstige kenniswerkplaats 'Onbegrepen Gedrag' die opgericht wordt binnen het lectoraat. Onder 'onbegrepen gedrag' valt gedrag dat voorheen ook wel als 'probleemgedrag' of 'verward gedrag' werd bestempeld. Binnen deze kenniswerkplaats kunnen verschillende stakeholders elkaar straks fysiek ontmoeten om te werken aan complexe vraagstukken. Onder de zorg die de doelgroep van personen met onbegrepen gedrag nodig kan hebben valt de beveiligde intensieve zorg (BIZ). Dit is zorg in een geestelijke gezondheidszorg-kliniek (GGZ-kliniek) waarbinnen extra beveiligingsmaatregelen zijn genomen. In totaal zijn er vier beveiligingsniveaus, van een reguliere GGZ-kliniek met besloten afdeling tot een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC, ook wel tbs-kliniek genoemd). Binnen een dergelijke kliniek kunnen personen als volgt worden opgenomen: vrijwillig (op grond de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst), gedwongen op basis van een zorgmachtiging en rechterlijke machtiging (als de persoon zorg weigert en dit een laatste redmiddel is, op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg -Wvggz- of de Wet zorg en dwang -Wzd-) of in een forensisch kader als de persoon een delict heeft gepleegd en de rechter zorg oplegt (zie de Wet forensische zorg, Wfz).

Na de behandeling in de kliniek stroomt een groot deel van de patiënten uit naar een andere vorm van zorg: ambulante zorg of verblijfszorg. Bij ambulante zorg kan de patiënt weer wonen in zijn oude omgeving en gaat hij zelf naar de zorgaanbieder toe om zorg te ontvangen, of komt de zorgaanbieder bij hem thuis om zorg en/of ondersteuning te verlenen. Deze zorg wordt verleend op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) of de Wet langdurige zorg (Wlz). Verblijfszorg is een optie als de patiënt na de opname (nog) niet zelfstandig of onder begeleiding kan wonen in de oude omgeving. De patiënt ontvangt dan zorg tijdens een onafgebroken verblijf in een instelling, tijdelijk (denk aan beschermd wonen) of langdurig. Deze zorg kan plaatsvinden op grond van de Wlz (langdurig) en Wmo (korter durend). Er zijn dus meerdere vormen van vervolgzorg mogelijk na het doorlopen van een beveiligde klinische opname. In de praktijk gaat het uitstromen naar deze vormen van vervolgzorg echter niet altijd even makkelijk. Er is sprake van uitstroomproblematiek: juridische, financiële en organisatorische factoren die de uitstroom bemoeilijken. Dit beeld wordt bevestigd in verschillende onderzoeken. Op het moment dat er geen passende vervolgzorg na de opname kan worden gerealiseerd kan dit veel gevolgen hebben. Het tijdig bieden van passende zorg kan bijvoorbeeld belangrijk zijn om het risico op een terugval en onveilige, ongewenste situaties te verkleinen. Het is dan ook wenselijk dat de uitstroomproblematiek verminderd wordt, zodat patiënten sneller de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. Zo is de kans op een succesvolle behandeling groter, die de veiligheidsrisico's verkleint en het herstel van de patiënt bevordert. Daar heeft de patiënt maar ook de maatschappij baat bij.

Het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg wil graag inzicht in welke juridische, organisatorische en financiële knelpunten er bestaan als het gaat om de uitstroom van personen met onbegrepen gedrag vanuit de BIZ naar ambulante zorg of verblijfszorg, en wat eventuele oplossingsrichtingen zijn voor deze knelpunten. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om aan professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein duidelijk te maken hoe zij kunnen bijdragen aan het bevorderen van passende zorg, door hen een (digitaal) beroepsproduct aan te bieden dat informeert over de mogelijkheden om passende zorg te realiseren wanneer knelpunten zich voordoen. Een wens van het lectoraat is namelijk dat deze professionals meer kennis krijgen over de eigen mogelijkheden die zij hebben om knelpunten te verminderen en passende zorg in te zetten. Tevens kan deze kennis mogelijk worden ingezet binnen de toekomstige kenniswerkplaats.

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt dan ook:

Met welke karakteristieken kan een digitaal product worden ontwikkeld waarmee stakeholders die betrokken zijn bij de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, geïnformeerd kunnen worden over welke mogelijkheden er binnen de kaders van de Zvw, Wmo 2015, Wlz en Wfz zijn om te zorgen voor passende uitstroom van patiënten uit de beveiligde intensieve zorg?

Het onderzoek is uitgevoerd op basis van de DESIGN THINKING-methode, dit houdt concreet in dat er eerst onderzoek is gedaan naar wat de problematiek precies inhoudt, vervolgens de mogelijkheden in samenwerking met professionals in kaart zijn gebracht, er vervolgens een conceptberoepsproduct is ontworpen dat vervolgens getest is in de praktijk.

Theoretisch kader

De eerste stap binnen het onderzoek was het verrichten van een theoretisch onderzoek naar de toepasselijke wetgeving binnen de BIZ en het moment dat de patiënt uitstroomt uit de kliniek. Uit dit onderzoek is gebleken dat patiënten onder verschillende zorgtitels kunnen worden opgenomen vanuit het strafrecht (forensische titels, bijvoorbeeld uit het Wetboek van Strafrecht) en civiel recht (zorgmachtiging of rechterlijke machtiging). Daarnaast kunnen patiënten in een vrijwillig kader worden opgenomen. De procedures om de zorg in gang te zetten en de financiering kunnen verschillen per patiënten-doelgroep. De zorg voor patiënten met een forensische titel wordt vergoed door het ministerie van Justitie en Veiligheid (J & V, zie de Wfz), de zorg voor patiënten binnen een regulier kader (vrijwillig of onvrijwillig op basis van de Wvggz of Wzd) wordt vergoed door de zorgverzekeraar op grond van de Zvw, ook kan het voorkomen dat de zorg na het derde jaar van opname wordt vergoed door het Zorgkantoor op basis van een Wlz-indicatie. Wetgeving die van toepassing is op het moment van uitstroom is de Wfz, Wmo, Wlz en/of Zvw. De Wfz is relevant als de forensische titel nog niet is verlopen na de opname, en de vervolgzorg binnen een forensisch kader wordt verleend (denk aan verblijf in een forensisch beschermde woonvorm). De Wmo is relevant als de vervolgzorg bestaat uit ambulante zorg vergoed door gemeenten vanuit de Wmo (denk bijvoorbeeld aan vormen van ambulante ondersteuning of dagbesteding) of als de patiënt uitstroomt naar tijdelijk beschermd wonen. De Wlz is relevant als de patiënt uitstroomt richting een instelling voor langdurig verblijf of als er behoefte is aan langdurig ambulante zorg. De Zvw is relevant als er bijvoorbeeld behoefte is aan poliklinische zorg of basis/specialistische GGZ. De Wvggz of de Wzd kan daarnaast relevant zijn als er onvrijwillige zorg ingezet moet worden (dwang).

Ook is binnen het theoretisch kader onderzocht welke knelpunten een rol kunnen spelen op het moment dat de patiënt uitstroomt uit de klinieken. Eerst is gekeken naar de knelpunten in regulier kader (patiënten die vrijwillig of op grond van de Wvggz/Wzd zijn opgenomen). De volgende knelpunten zijn geconcludeerd:

1. De financieringssystematiek van de Zorgverzekeringswet kan negatieve financiële prikkels veroorzaken voor zorgaanbieders.
2. Het financieren van passende zorg voor mensen met meervoudige problemen kan lastig zijn door schotten in wet- en regelgeving.
3. Het aanbod van Wmo-voorzieningen kan regionaal verschillen, er is een tekort aan plekken voor tijdelijk beschermd wonen.
4. Wachtlijsten en -tijden, personeelstekorten en capaciteitsproblemen.
5. Toenemende complexiteit van zorgvragen bemoeilijkt ambulante zorg.

Daarna zijn de knelpunten in het forensische kader onderzocht:

1. Er zijn capaciteitsproblemen in de forensische zorg.
2. Er kunnen zich afstemmingsproblemen voordoen tussen stakeholders & problemen in de continuïteit van zorg.
3. De doorstroom van patiënten met meerdere diagnoses, agressieproblematiek, een lichte verstandelijke beperking of zedenproblematiek naar vormen van minder beveiligde zorg wordt als problematisch wordt ervaren. Bijvoorbeeld doordat zorgaanbieders van vervolgzorg onvoldoende kennis & expertise hebben om met deze specifieke doelgroep om te gaan, en/of een negatieve voorgeschiedenis hebben met de patiënt.
4. Er zijn weinig beschikbare plekken in voorzieningen voor forensisch beschermd wonen voor patiënten die uit FPK's uitstromen.

Op basis van deze informatie konden een aantal conclusies worden getrokken. Wat het realiseren van vervolgzorg juridisch lastig kan maken is dat het systeem zo is ingedeeld dat iedere wet in een bepaalde zorgbehoefte voorziet. Dit kan lastig zijn bij patiënten met meervoudige problematiek, die aanspraak maken op zorg uit verschillende wetten, of tussen wal en schip lijken te vallen omdat zij niet aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zorgaanbieders zijn vaak gespecialiseerd op enkelvoudige problematiek omdat dit financieel aantrekkelijker is. Ook andere juridische, financiële en organisatorische knelpunten kunnen de uitstroom beperken en vertragen, zoals: schotten in wetgeving, personeelstekorten en wachtlijsten in de zorg en regionale verschillen in het aanbod van zorg en ondersteuning (op grond van de Wmo). Daarbij speelt ook een rol dat de forensische zorg en reguliere zorg soms weinig overlap lijken te hebben (financieel, organisatorisch, juridisch) en als twee aparte domeinen worden gezien.

Tot slot is er binnen het theoretische onderzoek gekeken naar best practises (praktijkvoorbeelden) die ingezet worden op het moment dat het realiseren van passende zorg vastloopt. Gekozen is om de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde zorg & het Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven toe te lichten. Deze geven beiden een aanpak voor domeinoverstijgende samenwerking met als doel gezamenlijk tot één integrale aanpak te komen voor complexe casussen en vraagstukken, en te werken aan de samenhang, kwaliteit en innovatie van de zorg.

Praktijkonderzoek

Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden door het verrichten van interviews met vijf plaatsingscoördinatoren vanuit een reguliere niveau 1-kliniek, een FPA, twee FPK's en een FPC. Hiervoor is gekozen omdat de plaatsingscoördinatoren voor een groot deel de vervolgzorg voor patiënten regelen. Daardoor hebben zij een goed beeld van de verschillende patiëntendoelgroepen, de organisatorische, financiële en juridische knelpunten en de mogelijkheden om uitstroomproblematiek te verminderen. Aan de plaatsingscoördinatoren zijn o.a. vragen gesteld over de zorgtitels waarmee patiënten zijn opgenomen, hoe het uitstroomproces er in de praktijk uitziet, welke knelpunten een rol kunnen spelen (en op welke manier) en welke mogelijkheden de plaatsingscoördinatoren zien op het moment dat de uitstroom vastloopt.

Daarna is één interview afgenomen met beide coördinatoren van het Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden. Dit omdat zij expertise hebben op het gebied van 'beveiligde bedden': BIZ en de keten rondom BIZ. Zij hebben dit omdat het LCBB in het leven is geroepen om zorgaanbieders te adviseren en informeren op het moment dat zij tegen knelpunten rondom beveiligde zorg aanlopen, zij bemiddelen daarnaast om in complexe casussen toch zorg te realiseren. Vragen die aan het LCBB zijn gesteld gingen onder andere over de knelpunten die zij signaleren in de praktijk, of er knelpunten zijn die bij specifieke doelgroepen meer voorkomen en op welke wijze zij professionals ondersteunen bij het realiseren van passende zorg.

De derde wijze waarop resultaten voor het praktijkonderzoek zijn verzameld is door het houden van twee dialoogsessies met stakeholders uit het zorg- en veiligheidsdomein. Het doel van de dialoogsessies was om verschillende stakeholders met elkaar in gesprek te laten gaan op een laagdrempelige manier, en gezamenlijk de knelpunten te bespreken in het uitstroomproces en de mogelijkheden om deze te verminderen. Voor deze dialoogsessie is een korte vragenlijst opgesteld met open vragen over deze knelpunten en mogelijkheden. Zien de stakeholders bijvoorbeeld dezelfde knelpunten of zijn er verschillen? Deze vragen zijn gesteld om een completer beeld van de problematiek te geven, en de mogelijkheden om deze te verminderen.

Uit deze drie delen van het praktijkonderzoek zijn de volgende knelpunten in de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg gekomen:

1. De stap tussen forensische zorg en reguliere zorg wordt soms als te groot ervaren.
2. Als behandeling in de kliniek niet meer medisch noodzakelijk is, maar er geen vervolgzorg geregeld kan worden blijft de patiënt vaak in de kliniek.
3. De zorgaanbieder heeft een geschikte vervolgplek op het oog, maar de juiste indicatie (en daardoor financiering ontbreekt).
4. Het plaatsen van patiënten in de verstandelijk gehandicaptensector (VG-sector) kan lastig zijn.
5. Zorgaanbieders in de regio van herkomst willen een patiënt soms niet accepteren, het aanbod van zorg- en ondersteuning verschilt regionaal.
6. Het kan lastig zijn om te bepalen wat passende zorg is en wie, wanneer, welke verantwoordelijkheid draagt.
7. Personeelstekorten binnen en buiten de klinieken kunnen organisatorische uitdagingen veroorzaken.
8. Overdrachten naar een andere zorgaanbieder bevatten soms onvolledige informatie.

Ook is de conclusie getrokken dat het voor bepaalde doelgroepen lastiger is om vervolgzorg in gang te zetten. Het gaat hierbij om de volgende doelgroepen:

- Patiënten die hun behandelplafond bereikt hebben en behoefte hebben aan een Longstay-plek met passende beveiliging en 24-uurszorg;
- (Ongewenste) vreemdelingen;
- Vrouwen met complexe problematiek;
- Personen met zedenproblematiek;
- Mensen met een LVB in combinatie met psychische problematiek;
- Mensen met psychische problemen, die door het ouder worden verpleegzorg nodig hebben.

Er zijn dus verschillende juridische, financiële en organisatorische factoren die het realiseren van passende vervolgzorg na een opname bemoeilijken. Wat opvalt is dat deze factoren vaak met elkaar samenhangen en niet op te delen zijn in één categorie: financieel, juridisch of organisatorisch. Veel deelnemers van het praktijkonderzoek noemen dezelfde knelpunten. Wanneer de kliniek knelpunten ondervindt bij het uitplaatsen van een patiënt kan dit voor de patiënt zelf ook gevolgen hebben. Zo kan het voorkomen dat hij langer in de kliniek blijft dan medisch noodzakelijk is, wachtend op een passende plek. Als de omstandigheden en veiligheidsrisico's dit toestaan kan het ook voorkomen dat een patiënt weer in de oude omgeving belandt. Dit kan goed gaan, maar er zijn ook veel patiënten die zich niet staande houden in de participatiemaatschappij en in een vicieuze cirkel van reguliere zorg en forensische zorg zitten. Dit kan veroorzaakt worden doordat er weinig gradaties zijn in het op- en afschalen van zorg, de stap tussen ambulante zorg en forensische zorg wordt als te groot ervaren. In het verleden bestonden er meer Longstay-voorzieningen waar zij langdurig konden verblijven, deze zijn wegbezuinigd als gevolg van de ambulantisering van de zorg. Men geeft aan dat er een grote behoefte is aan dergelijke verblijfsvoorzieningen.

Mogelijkheden

Naast aandacht voor de knelpunten in het uitstroomproces is er in het praktijkonderzoek ook aandacht besteedt aan de oplossingsrichtingen die professionals zien om deze knelpunten te verminderen en passende zorg in gang te zetten. De volgende oplossingsrichtingen zijn genoemd:

1. Het realiseren van meer Longstay-voorzieningen voor langdurige behandeling en langdurig wonen onder passende beveiligingsmaatregelen en met forensische expertise.
2. Als aanbieder van beveiligde intensieve zorg zelf een voorziening voor tijdelijk beschermd wonen op het terrein van de kliniek plaatsen.
3. Samenwerken met ketenpartners.
4. Domeinoverstijgend naar complexe casuïstiek kijken, domeinoverstijgend samenwerken.
5. Het realiseren van een warme overdracht van de patiënt en wederzijdse kennisoverdracht om de stap tussen forensische zorg en reguliere zorg minder groot te maken.
6. Blijven kijken naar de individuele kenmerken en behoeften van de patiënt bij het realiseren van vervolgzorg (tempo van afschalen).
7. Preventie, beveiligde intensieve zorg waar mogelijk voorkomen.
8. Inzet ervaringsdeskundigen en ander gekwalificeerd personeel.
9. Overzicht opschalingsroutes per regio (regionale overlegvormen voor complexe casuïstiek).
10. Landelijk overzicht reguliere en justitiële zorgtrajecten voor vrouwen.
11. Meer kennis over de Vreemdelingenwet binnen de forensische zorg (hoe verhoudt de Vreemdelingenwet zich tot de forensische zorg?)
12. Milieubekostiging: toewerken naar een financierings- en indicatiesysteem op basis van het zorgmilieu dat de patiënt nodig heeft. Eerst kijken naar wat voor milieu (woon/zorgsetting, combinatie van zorg) passend is, in plaats van te kijken naar welke indicatie iemand heeft en welke zorg op basis van deze indicatie gefinancierd kan worden. Elk milieu zou dan een bepaalde financiering moeten hebben.

Professionals geven aan soms het gevoel te hebben tegen de inrichting van het systeem aan te lopen (van wetgeving, inrichting van het zorgstelsel) en de grenzen van het systeem, ze geven aan hiermee om te gaan door bijvoorbeeld samenwerking op te zoeken en te blijven kijken naar de mogelijkheden naast de onmogelijkheden. Professionals vinden dat ze al goed tot zo optimaal mogelijk samenwerken. Er wordt benadrukt dat het belangrijk is om dit te blijven doen, elkaars kennis en expertise op te zoeken en de verbinding aan te gaan. Samen is er vaak meer mogelijk en kunnen partijen de verantwoordelijkheid rondom een lastig plaatsbare patiënt delen. Bij het samenwerken is het daarbij belangrijk om out-of-the-box durven te denken en op zoek te gaan naar maatwerkoplossingen. Bijvoorbeeld door gezamenlijk pilots op te starten. Zo kunnen oplossingsrichtingen op kleine schaal worden getest. Een concreet verbeterpunt in bestaande samenwerkingsrelaties is dat de overdracht van patiënten soms beter kan worden vormgegeven: bijvoorbeeld als er informatie ontbreekt of onduidelijk is op het moment dat de patiënt naar een andere zorgaanbieder gaat. Soms zijn zorgaanbieder niet transparant genoeg, bijvoorbeeld uit vrees een patiënt anders niet geplaatst te krijgen. Door deze transparantie wél te tonen, in gesprek te gaan en onderlinge kennis en expertise uit te wisselen kan de overdracht beter plaatsvinden. Daarmee kunnen de forensische en reguliere zorg meer toenadering tot elkaar zoeken waardoor de stap tussen forensische en regulier zorg wellicht wat kleiner kan worden gemaakt.

De deelnemers geven daarnaast aan dat het belangrijk is om de knelpunten uit het werkveld te (blijven) agenderen bij de juiste partijen, momenteel heeft men het gevoel dat de knelpunten al bij deze partijen liggen. Wat opvalt is dat men niet altijd op de hoogte is van de stappen die hierna worden gezet door stakeholders. Zo was het bij deelnemers van de dialoogsessie niet bekend dat het LCBB momenteel al in gesprek is met het ministerie van VWS om de mogelijkheden te verkennen om op kortere termijn een longstay-voorziening te realiseren. Soms ontbreekt bij stakeholders ook het overzicht van welke mogelijkheden er zijn om passende zorg voor bepaalde doelgroepen te realiseren. Bijvoorbeeld welke reguliere en forensische trajecten er zijn voor de doelgroep vrouwen met complexe problematiek, en welke (on)mogelijkheden er zijn in de behandeling van (ongewenste) vreemdelingen (landelijke visie ontbreekt). Daarnaast kan bij zorgaanbieders het overzicht ontbreken met betrekking tot de regionale overlegvormen voor complexe casuïstiek.

Analyse en conclusie

Na het verrichten van het theoretische onderzoek en het praktijkonderzoek zijn de resultaten geanalyseerd. Er zijn in de theorie en praktijk soms verschillende knelpunten naar voren gekomen, al kunnen deze onderling samenhangen. Het feit dat het lastig kan zijn om een vergoeding voor een bepaalde plek te vinden (resultaat praktijkonderzoek), heeft bijvoorbeeld te maken met dat veel zorgaanbieders zich op één soort problematiek zijn gaan specialiseren (resultaat theoretisch kader) en de schotten in wet- en regelgeving (zowel in het theoretische onderzoek als praktijkonderzoek genoemd). Overeenkomsten in de resultaten zitten met name in de organisatorische knelpunten (denk aan wachtlijsten en personeelstekorten), de knelpunten in het samenwerken met verschillende regio's (denk aan verschillen in aanbod) en de benoeming van enkele specifieke doelgroepen waarvoor het lastig is vervolgzorg te realiseren (bijvoorbeeld patiënten met zedenproblematiek). Een andere overeenkomst heeft betrekking op de genoemde oplossingsrichtingen. In het theoretische kader zijn twee best practices behandeld die een werkwijze geven voor domeinoverstijgende samenwerking om gezamenlijk passende zorg te organiseren. Dat professionals dit ook als oplossingsrichting zien is gebleken uit het praktijkonderzoek. Op het realiseren van Longstay-voorzieningen na is dit de meest genoemde oplossingsrichting door stakeholders.

Door middel van deze analyse kon de centrale onderzoeksvraag worden beantwoord: Met welke karakteristieken kan een digitaal product worden ontwikkeld waarmee stakeholders die betrokken zijn bij de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, geïnformeerd kunnen worden over welke mogelijkheden er binnen de kaders van de Zvw, Wmo 2015, Wlz en Wfz zijn om te zorgen voor passende uitstroom van patiënten uit de beveiligde intensieve zorg?

Deze karakteristieken (ontwerpeisen) voor het beroepsproduct zijn als volgt geformuleerd:

Ontwerpeisen vanuit de opdrachtgever

1. het beroepsproduct informeert professionals over de mogelijkheden die zij hebben om binnen bestaande wettelijke kaders passende zorg te realiseren.
2. Het beroepsproduct heeft een brede toepasbaarheid in het zorg- en veiligheidsdomein.
3. Het beroepsproduct is een Digitaal product.
4. De Basis van het product is feedback uit de praktijk.

Ontwerpeisen vanuit de analyse van theorie en praktijk

1. het beroepsproduct doet recht aan complexiteit van de uitstroomproblematiek en het realiseren van passende zorg in bredere zin.
2. de focus van het product ligt op de mogelijkheden i.p.v. de onmogelijkheden in het realiseren van passende zorg.
3. Het product houdt rekening met de cirkel van invloed van professionals.

Aan de hand van deze ontwerpeisen is vervolgens een conceptberoepsproduct opgesteld dat professionals binnen het zorg- en veiligheidsdomein informeert over de mogelijkheden die zij hebben om passende zorg te realiseren.

Ontwerpen van het beroepsproduct

Naar aanleiding van de resultaten van het onderzoek zijn er eerst een aantal aanbevelingen opgesteld:

Aanbevelingen aan het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg

Aanbeveling 1: Het is aan te raden om vervolgonderzoek te doen naar welke kennis en expertise van specifieke (psychische) problematiek professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein nodig hebben om de doelgroep van (ongewenste) vreemdelingen passende zorg te kunnen bieden.

Aanbeveling 2: Het is aan te raden om vervolgonderzoek te doen naar de regionale overlegvormen waarin zorgaanbieders complexe casuïstiek kunnen inbrengen, zodat inzichtelijk is wat de opschalingsroutes per regio zijn.

Aanbevelingen aan het Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden

Aanbeveling 1: Adviseer in de gesprekken met o.a. het ministerie van Justitie en Veiligheid en de IND over (ongewenste) vreemdelingen in de beveiligde intensieve zorg, het ministerie om een landelijke visie op te stellen met betrekking tot het omgaan met deze doelgroep in de zorg. Adviseer het ministerie om praktische informatie uit te brengen over de juridische status van deze doelgroep, bijvoorbeeld welke rechten zij hebben en welke beperkingen daarop kunnen gelden.

Aanbeveling 2: Creëer in samenwerking met het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een overzicht van de reguliere en forensische zorgtrajecten voor de doelgroep vrouwen met complexe problematiek.

Aanbeveling 3: Zet de gesprekken met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Zorgkantoren voort om de mogelijkheden voor voorzieningen voor langdurig beveiligd wonen en behandeling, te onderzoeken. Onderzoek gezamenlijk de mogelijkheden om een pilot te starten in een leegstaande zorginstelling of -afdeling en vervolgens de mogelijkheden om pilots op grotere schaal te starten.

Aanbevelingen aan het ministerie van Justitie en Veiligheid & het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Aanbeveling: Onderzoek hoe de langdurigheid en continuïteit van reguliere en forensische zorg beter gewaarborgd kan worden voor doelgroepen die momenteel tussen wal en schip vallen door de schotten in wetgeving en de financieringssystematiek van de Zorgverzekeringswet. Onderzoek of een aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk is, of dat dit binnen de bestaande wettelijke kaders kan worden gerealiseerd.

Aanbevelingen aan professionals binnen het zorg- en veiligheidsdomein

Aanbeveling: Zoek domeinoverstijgende samenwerkingen op door het oprichten van pilots en/of kennisgroepen.

Deze aanbeveling is gegeven omdat de knelpunten uit de praktijk niet alleen complex maar ook domeinoverstijgend zijn. Daardoor is het ook noodzakelijk om domeinoverstijgend samen te werken.

Gezamenlijk zullen stakeholders de knelpunten waarschijnlijk niet geheel kunnen oplossen vanwege hun complexiteit, maar kunnen ze wel bijdragen aan het opstellen van deel- en tussenoplossingen die de situaties van patiënten verbeteren. Hierbij staat het patiëntperspectief centraal.

Er zijn twee samenwerkingsvormen geadviseerd:

1. Pilots

Door een pilot te starten kunnen partijen multidisciplinair samenwerken rondom een concrete casus of een complex knelpunt. Door het inzetten van gerichte interventies kunnen zij experimenten met wat werkt en minder goed werkt in de casus of rondom het knelpunt. Vervolgens kan onderzocht worden of de methode van de pilot breder ingezet kan worden. Het voordeel van een pilot is dat partijen binnen deze samenwerkingsvorm al in een vroeg stadium concrete stappen kunnen maken rondom een complexe casus of vraagstuk, daardoor kunnen werken aan het opbouwen van onderling vertrouwen en praktische leerervaringen kunnen opdoen.[1]

2. Kennisgroepen

Binnen de publicatie 'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven' van Kenniscentrum Phrenos wordt een kennisgroep als volgt beschreven: een groep van beleidsmakers, uitvoerders en (familie)ervaringsdeskundigen die samenwerken vanuit verschillende domeinen met als doel de samenhang, kwaliteit en innovatie van zorg te verbeteren voor een bepaalde doelgroep. [2] Samen onderzoeken zij de situatie rondom de zorg voor deze doelgroep in de eigen gemeente, organisatie of regio. Op basis van de in kaart gebrachte situatie stellen zij een concreet actieplan op dat moet zorgen voor verbetering en vernieuwing. Er wordt regelmatig geëvalueerd op het proces en dit actieplan. Een kennisgroep bestaat uit ongeveer acht personen (de 'binnenring') en heeft een netwerk dat kan adviseren indien nodig (de 'buitenring'). Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dus een kennisgroep oprichten om te onderzoeken hoe zij de zorg voor een bepaalde doelgroep kunnen verbeteren, bijvoorbeeld rondom een doelgroep waar zij binnen de regio erg tegenaan lopen. Een voordeel van een kennisgroep is dat er vanuit verschillende perspectieven naar de problematiek kan worden gekeken (multilevel), er onderling kennis en expertise wordt uitgewisseld en er op basis van een gedeelde visie en ambitie wordt gewerkt, wat motiverend kan werken. Het verschil met een pilot is dat binnen een kennisgroep partijen zich voor een lange termijn verbinden, voor een pilot is dit vaak een kortere termijn.

Deze aanbeveling voor domeinoverstijgend samenwerken is nader uitgewerkt in het beroepsproduct. Het beroepsproduct (zie bijlage 7) geeft professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein handvatten over de randvoorwaarden voor een pilot of kennisgroep doordat deze verwerkt zijn in een samenwerkingsmodel. Door middel van modellen kunnen complexe concepten voor de lezer worden gevisualiseerd waardoor ze makkelijker te begrijpen zijn en makkelijker deelbaar zijn met anderen. Samenwerken rondom complexe vraagstukken kan zo'n complex concept zijn, iedere samenwerking en ieder vraagstuk kan anders zijn. Daarom is onderzocht wat de algemene voorwaarden, de randvoorwaarden voor een domeinoverstijgende samenwerking zouden moeten zijn, aan de hand van de informatie van professionals uit het praktijkonderzoek en de elementen uit de best practices. Aan de hand van een lay-out van een eerder samenwerkingsmodel voor professionals uit wijk- en FACT-teams uit: 'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, Zorg voor afstemming, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022, is het model opgesteld.

[1] Dees & Opheij 2019.

[2] C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.

Per stap in het samenwerkingsproces is gekeken naar welke randvoorwaarden er uit de resultaten van de literatuur en praktijk konden worden afgeleid. Het conceptberoepsproduct (samenwerkingsmodel voor domeinoverstijgende samenwerking) kan gebruikt worden in de beginfase van samenwerkingen, wanneer partijen nadenken over hoe zij hun samenwerkingsproces gaan vormgeven. Daarnaast kan het model gedurende de samenwerking worden gebruikt als tool om te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden uit het model wordt voldaan. Zo kunnen partijen proberen een zo goed mogelijke samenwerking te creëren.

Testfase

Het beroepsproduct is in twee testrondes voorzien van feedback door professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein (zie hoofdstuk 2 Methodologische verantwoording). In deze testrondes is gevraagd naar de toepasbaarheid en bruikbaarheid van het samenwerkingsmodel aan de hand van een vragenlijst. Deze bevatte o.a. vragen over de toepasbaarheid, bruikbaarheid, lay-out en de informatie uit het model. De conclusie is dat de professionals het samenwerkingsmodel passend vonden voor de context samenwerken in en rondom de beveiligde intensieve zorg, zij benadrukten het belang van domeinoverstijgende samenwerking. Een deel van het testpanel vond het product in de huidige vorm al bruikbaar genoeg voor de bruikbaar. Een ander deel van het testpanel vond het product gaf aan dat de bruikbaarheid vergroot zou worden door meer concrete informatie aan te bieden in/bij het model. Te denken valt aan een concrete uitwerking van hoe de verschillende rollen en taken binnen de samenwerking uitgewerkt kunnen worden rondom een bepaald casus of vraagstuk. Er wordt daarom aangeraden om het samenwerkingsmodel in verschillende contexten uit te gaan testen om tot voorbeelden van werkwijzen te kunnen komen. Partijen zullen deze werkwijze waarschijnlijk niet een-op-een kunnen overnemen omdat samenwerkingen erg kunnen verschillen (bijvoorbeeld welke partijen betrokken zijn en hoe er precies invulling gegeven gaat worden aan de samenwerking). Toch kunnen deze voorbeelden ter inspiratie dienen en deze testpanelleden extra handvatten geven bij het gebruik van het model. Gezien de tijd voor het onderzoek is het verder uittesten van het product niet meer gelukt. Mogelijk zou dit binnen de kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag kunnen worden geïmplementeerd. Er wordt wel aanbevolen om deze voorbeeldwerkwijzen niet op te nemen in het model zelf, maar hiervoor een apart document op te stellen. Zoals een deelnemer van het testpanel het verwoordde: 'Een model is en moet een model blijven, dit betekent in mijn ogen dat er een zekere mate van 'vaagheid' blijft/zal blijven. Hiermee bedoel ik dat een model niet alles tot in de uiterste details hoeft te regelen.' De randvoorwaarden uit het model worden enigszins 'open' gelaten zodat partijen hier zelf invulling aan kunnen geven, en om de brede toepasbaarheid van het model te waarborgen. Het model kan een gesprekstarter zijn om het gesprek met samenwerkingspartners aan te gaan over wat zij belangrijk vinden in een samenwerking en hoe dit geborgd kan worden. Professionals uit het testpanel geven aan om aan deze borging behoefte te hebben door afspraken schriftelijk vast te leggen, bijvoorbeeld door het opstellen van projectplannen, convenanten en/of samenwerkingsovereenkomsten.

Ook is het samenwerkingsmodel in de context van de ziekenhuiszorg getest door een transferverpleegkundige van het HagaZiekenhuis. Bij de uitstroom van ziekenhuispatiënten ervaart zij regelmatig knelpunten. Geconcludeerd is dat het model ook in deze context toepasbaar is omdat domeinoverstijgend samenwerken binnen de ziekenhuiszorg ook van belang kan zijn. Andere toepasbare contexten die professionals uit het testpanel hebben genoemd zijn o.a.: binnen sociale wijkteams, huisvestingsproblemen gerelateerd aan de doorstroom van patiënten vanuit behandel- en wooninstellingen, de integrale wachtlijstproblematiek bij het beschermd wonen, andere moeilijk plaatsbare casussen in de verschillende domeinen, 'als er geen standaardoplossingen zijn voor casuïstiek en meerdere partijen een stukje van de puzzel kunnen leveren.'

Zie hoofdstuk 6 voor een toelichting op de overige feedback en hoe deze is verwerkt, en bijlage 7 voor het definitieve samenwerkingsmodel.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Afkortingenlijst	3
Hoofdstuk 1 Inleiding	13
1.1 De opdrachtgever	13
1.2 Aanleiding onderzoek	13
1.3 Vraag van de opdrachtgever	16
1.4 Onderzoeksdoelstelling	17
1.5 Centrale onderzoeksvraag	17
1.6 Deelvragen	18
1.7 Opbouw onderzoeksrapport	18
Hoofdstuk 2 Methodologische Verantwoording	20
2.1 DESIGN THINKING	20
2.2 Bronnen theoretisch onderzoek	20
2.1.1 <i>Wetgeving</i>	20
2.1.2 <i>Eerder onderzoek</i>	21
2.1.3 <i>Vakliteratuur</i>	22
2.1.4 <i>Kamerstukken</i>	23
2.1.5 <i>Best practises</i>	23
2.3 Onderzoeksmethoden en -objecten van het praktijkonderzoek	23
2.2.1 <i>Interviews</i>	24
2.2.2 <i>Dialogsessies</i>	25
2.4 Samenstelling testpanel	25
2.5 Vorm van het beroepsproduct	26
2.6 Kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek	27
Hoofdstuk 3 Theoretisch kader	29
3.1 Juridische (on)mogelijkheden en financiering voor de uitstroom naar ambulante zorg en verblijfszorg	29
3.1.1 <i>Indicatiestelling beveiligde intensieve zorg & financiering</i>	29
3.1.2 <i>Uitstroom naar ambulante zorg en verblijfszorg</i>	33
3.2 Juridische, financiële en organisatorische knelpunten	35
3.2.1 <i>Knelpunten regulier kader</i>	35
3.2.2 <i>Knelpunten forensisch kader</i>	37
3.3 Best practises uit de literatuur	39
3.3.1 <i>Ketenveldnorm (Levensloopaanpak)</i>	39
3.3.2 <i>Kompas ernstige psychische problemen en de kwaliteit van leven</i>	40
3.4 Conclusie en ontwerpeisen	41
Hoofdstuk 4 Praktijkonderzoek	42
4.1 Knelpunten in het uitstroomproces	42
4.2 Doelgroepen	46
4.3 Mogelijkheden	48
4.4 Ontwerpeisen uit het praktijkonderzoek	53
Hoofdstuk 5 Analyse & Conclusie	54
5.1 Vergelijking theoretisch kader en praktijkonderzoek	54
5.1.1 <i>Knelpunten</i>	54

5.1.2 Mogelijkheden	55
5.2 Ontwerpeisen	55
5.2.1 Ontwerpeisen vanuit de opdrachtgever	56
5.2.2 Ontwerpeisen vanuit de analyse van theorie en praktijk	56
Hoofdstuk 6 Ontwerp beroepsproduct.....	57
6.1 Totstandkoming concept beroepsproduct	57
6.1.1 Samenwerkingsmodel	58
6.2 Feedback testpanel.....	58
6.2.1 Testronde 1	58
6.2.2 Testronde 2	60
6.3 Verwerking van feedback voor het definitieve beroepsproduct	61
6.4 Evaluatie beroepsproduct aan de hand van de ontwerpeisen	62
6.5 Toepasbaarheid beroepsproduct in andere context	62
6.6 Kwaliteiten en beperkingen beroepsproduct	64
6.7 Implementatiestappen	65
Bronnenlijst	66
Bijlage 1: Beveiligingsniveaus beveiligde intensieve zorg	68
Bijlage 2 Stakeholderanalyse	70
Bijlage 3: Elementen uit best practises	73
Bijlage 4: Achtergrondinformatie praktijkonderzoek	76
Beschrijving klinieken & zorgtitels	76
Hoe vervolgzorg in gang wordt gezet	77
Bijlage 5: Voorbeelden bij praktijkonderzoek	79
Bijlage 6: Vragenlijst interviews, dialogosessies & testpanel	81
Vragenlijst 1. Interview plaatsingscoördinatoren	81
Vragenlijst 2. Interview LCBB	84
Vragenlijst 3. Dialogosessie.....	85
Vragenlijst 4. Feedbackvragen voor het testpanel	87
Bijlage 7: Aanbevelingen	89
Samenwerkingsmodel	93
Concept beroepsproduct (1).....	93
Concept beroepsproduct (2).....	96
Definitieve beroepsproduct.....	97
Bijlage 8: Verwerking van feedback tijdens de testfase	101
Bijlage 9: Achtergrondinformatie HagaZiekenhuis	103

Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het onderzoek geïntroduceerd. In paragraaf 1.1 wordt besproken wie de opdrachtgever van het onderzoek is en in paragraaf 1.2 wat de aanleiding van het onderzoek is. Vervolgens wordt in paragraaf 1.3 de vraag van de opdrachtgever besproken. In paragraaf 1.4 staat de onderzoeksdoelstelling van dit onderzoek, en in paragraaf 1.5 de bijbehorende centrale onderzoeksvraag. Tot slot komen in paragraaf 1.6 de deelvragen aan bod die leiden tot de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag. In paragraaf 1.7 wordt de opbouw van dit onderzoeksrapport toegelicht.

1.1 De opdrachtgever

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool. Dit is één van de zeven lectoraten die onder het Centre of Expertise Healthy Aging van de Hanzehogeschool vallen.¹ Het doel van de lectoraten die onder dit expertisecentrum vallen is het bijdragen aan gezondheid en participatie in de regio Noord-Nederland door praktijkonderzoeken te verrichten naar onder andere passende zorg, gezonde leefstijl en kansenongelijkheid.² Het lectoraat Verslavingskunde & Forensische zorg wordt geleid door lector Eric Blaauw en doet onderzoek naar de doelgroep van mensen met een verslaving en complexe problematiek.³ Te denken valt aan mensen die met politie en justitie in aanraking komen en/of een verslaving en/of meervoudige (psychische) problemen hebben.⁴ De opdrachtgever, Petrick Glasbergen is bij het lectoraat betrokken als projectleider Innovatiewerkplaatsen (IWP's). Innovatiewerkplaatsen zijn initiatieven vanuit de Hanzehogeschool waarbij het onderwijs, onderzoek en het werkveld samenkomen op een fysieke of virtuele plek.⁵ Verschillende partijen waaronder student- en docentonderzoekers, organisaties uit het werkveld en burgers dragen binnen een IWP bij aan complexe maatschappelijke vraagstukken vanuit een multidisciplinaire invalshoek.⁶ Dit doen deze partijen door middel van praktijkgericht actieonderzoek: dit is een vorm van onderzoek die leidt tot bruikbare producten voor de beroepspraktijk. Onder het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg vallen de volgende IWP's: de IWP Gezinsbenadering in Penitentiaire Inrichtingen en de IWP Zorg en Veiligheid.⁷

Dit onderzoek naar de knelpunten in de zorgovergang na beveiligde intensieve zorg (BIZ) en de oplossingsrichtingen om deze knelpunten te verminderen, is uitgevoerd in het kader van de Innovatiewerkplaats Zorg en Veiligheid. De IWP Zorg en Veiligheid bevat verschillende doorlopende onderzoeksprojecten rondom de thema's zorg en veiligheid. In het kader van deze IWP zullen rond september 2023 twee grotere onderzoeken in Groningen en Drenthe worden opgestart die zullen leiden tot een kenniswerkplaats 'Onbegrepen Gedrag' binnen de Hanzehogeschool. Binnen deze kenniswerkplaats kunnen verschillende stakeholders elkaar straks fysiek ontmoeten om te werken aan complexe vraagstukken rondom onbegrepen gedrag: dit is gedrag dat voorheen ook wel 'probleemgedrag' of 'verward gedrag' genoemd werd binnen het zorg- en veiligheidsdomein.⁸ Het doel van de regionale kenniswerkplaats 'Onbegrepen Gedrag' is om een passend aanbod van zorg en ondersteuning in de regio te realiseren voor deze doelgroep. Ervaringsdeskundigen, naasten, professionals, beleidsmakers en onderzoekers werken binnen een kenniswerkplaats samen aan dit doel.⁹

1.2 Aanleiding van het onderzoek

In Nederland zijn er verschillende doelgroepen die onbegrepen gedrag vertonen. Gedrag van personen waar professionals, naasten en de omgeving moeite mee hebben om mee om te gaan, bijvoorbeeld van mensen met dementie of (ernstige) psychische aandoeningen. Zij vertonen risicovol gedrag zoals verbaal of lichamelijk agressief gedrag en zorgmijndend gedrag.¹⁰ De doelgroep van

¹ 'Centre of expertise Healty Aging: lectoraten', hanze.nl

² 'Centre of expertise Healty Aging', hanze.nl

³ 'Verslavingskunde en Forensische Zorg', hanze.nl

⁴ Onderzoekseenheden: Verslavingskunde en Forensische Zorg', research.hanze.nl

⁵ 'Innovatiewerkplaatsen', hanze.nl

⁶ Brochure IWP Zorg en Veiligheid (via opdrachtgever, nog niet gepubliceerd)

⁷ 'Innovatiewerkplaats Forensische Multiproblematiek' hanze.nl

'Gezinsbenadering in de noordelijke penitentiaire inrichtingen', hanze.nl

Brochure IWP Zorg en Veiligheid (via opdrachtgever, nog niet gepubliceerd)

⁸ Pieper 2019.

⁹ 'Regionale kenniswerkplaatsen onbegrepen gedrag', ZonMw.nl

¹⁰ Roest 2017, p. 21.

mensen met onbegrepen gedrag kan dus zeer divers zijn: de problematiek kan op diverse leefgebieden spelen en veroorzaakt worden door factoren als een aandoening, stoornis, verstandelijke beperking, verslaving of een combinatie van factoren.

Het realiseren van een passend zorgaanbod voor deze doelgroep is niet vanzelfsprekend, zeker als er sprake is van meervoudige, complexe problematiek. Er zijn wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), er zijn weinig passende woonvoorzieningen voor mensen met meervoudige problemen en organisaties werken met contra-indicaties waardoor deze cliënten tussen wal en schip kunnen vallen (bijvoorbeeld criteria die mensen met een combinatie van psychische problematiek, verslaving, of een verstandelijke beperking uitsluiten vanwege een specifiek zorgaanbod).¹¹ Dergelijke knelpunten doen zich ook voor binnen de specialistische GGZ.¹² Dit is GGZ voor personen met zwaardere psychische problemen, waarvoor basis-GGZ niet toereikend is.¹³ Onder specialistische GGZ valt onder andere een GGZ-opname in een kliniek. Iemand kan in een GGZ-kliniek worden opgenomen als de psychische problemen het leven van de patiënt ernstig ontwrichten, en ambulante zorg of een deeltijdbehandeling in een instelling de problemen niet of onvoldoende kunnen verhelpen.¹⁴ In een deel van deze GGZ-klinieken zijn extra beveiligingsmaatregelen genomen, om patiënten en derden te beschermen indien de patiënt een risico vormt voor zichzelf en/of de omgeving in de vorm van beveiligde intensieve zorg (BIZ).¹⁵ (Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle vormen van BIZ, van beveiligingsniveau 1 'regulier, laag' tot niveau 4 'tbs-kliniek, zeer hoog').¹⁶ Hier kunnen personen met 'een (hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag tijdelijk zorg ontvangen gericht op herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en versterking van beschermende factoren.'¹⁷

In een dergelijke kliniek kan iemand binnen verschillende kaders worden opgenomen:

1. Vrijwillig

Een vrijwillige opname vindt plaats op basis van een geneeskundige behandelovereenkomst tussen de patiënt en zorgverlener, zie de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).

2. Onvrijwillig

Een patiënt kan onvrijwillig (gedwongen) worden opgenomen als laatste redmiddel indien hij zich verzet tegen zorg, op basis van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) of de Wet zorg en dwang (Wzd).

3. Forensische zorg

De derde optie waardoor een patiënt BIZ kan ontvangen is in het kader van forensische zorg. Forensische zorg vindt plaats als de patiënt zorg en een (voorwaardelijke) straf of maatregel opgelegd heeft gekregen wegens het plegen van een strafbaar feit, en er een causaal verband is tussen het delict en iemands psychische stoornis, verslaving of verstandelijke beperking (zie de Wet forensische zorg, Wfz: art. 1 lid 2 Wfz).

In de BIZ kunnen patiënten dus onder verschillende zorgtitels worden opgenomen in een vrijwillig, onvrijwillig en forensisch kader. Binnen de kliniek volgt de patiënt een intensieve behandeling bestaande uit het volgen van diverse individuele therapieën, en/of therapie in groepsverband.¹⁸ De patiënt heeft gedurende de opname een eigen kamer en bed, binnen de kliniek is er een vast dagritme en er zijn huisregels (deze kunnen per kliniek verschillen).¹⁹ Na de behandeling in een beveiligde kliniek is het de bedoeling dat de patiënt 'uitstroomt' naar ambulante zorg of verblijfszorg.²⁰ Bij ambulante zorg kan de patiënt weer wonen in zijn oude omgeving en gaat hij zelf naar de zorgaanbieder toe om zorg te ontvangen, of komt de zorgaanbieder bij hem thuis om zorg en/of ondersteuning te verlenen.²¹ Denk bij ambulante zorg aan:

¹¹ Van der Molen & Schoonbeek 2022, p.22.

¹² Algemene Rekenkamer 2020, p. 18-23.

¹³ 'Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ', Rijksoverheid.nl

¹⁴ 'Opname in een kliniek', PsyQ.nl

¹⁵ DJI Informatieblad forensische zorg 2021

¹⁶ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 10.

¹⁷ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 10.

¹⁸ 'Klinische behandeling en opname', ggzwnb.nl

¹⁹ 'Crisishulp, verplichte zorg en opname', ggzdrenthe.nl

²⁰ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 11.

²¹ 'Ambulante zorg', forint.nl

- **Basis-GGZ of specialistische GGZ**, (voor mensen met complexe problematiek) thuis of poliklinisch vanuit de Zorgverzekeringswet;
- Vormen van **gedwongen zorg**, verleend op basis van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg of de Wet zorg en dwang (denk aan een medische behandeling waaronder medische controles en therapie, art. 3.2 lid 2 Wvzgz), gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet;
- **Begeleiding, dagbesteding en ondersteuning** vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie (Wmo 2015, voortaan: Wmo; bijvoorbeeld individuele specialistische begeleiding)²²;
- **Langdurige, extramurale zorg** vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz, zorg aan huis zoals verpleging en verzorging)
- In forensisch kader: **forensisch ambulante zorg** kan bestaan uit behandeling, begeleiding en/of dagbesteding, deze zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders door de Divisie Forensische Zorg in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid (zie de Wet forensische Zorg voor de organisatie van forensische zorg).²³

Verblijfszorg is een optie als de patiënt na de opname (nog) niet zelfstandig of onder begeleiding kan wonen in de oude omgeving. De patiënt ontvangt dan zorg tijdens een onafgebroken verblijf in een instelling, tijdelijk of langdurig. Bij tijdelijke zorg in een instelling kan gedacht worden aan beschermd wonen. Als de patiënt vanwege zijn psychische of psychosociale problemen nog niet zelfstandig kan wonen, dan kan hij aanspraak maken op tijdelijk beschermd wonen vanuit de Wmo. In art. 1.1.1 lid 1 Wmo staat beschermd wonen en de bijbehorende doelen hiervan als volgt beschreven: het *‘wonen in en accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast, of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.’* De bedoeling is dus dat de patiënt na een tijd weer zelfstandig kan wonen, eventueel met begeleiding. Ook binnen de forensische zorg is er verblijfszorg mogelijk in de vorm van begeleid wonen voor mensen met psychische problemen en verblijfszorg voor mensen met een verstandelijke beperking.²⁴

Een patiënt kan langdurige zorg in een instelling nodig hebben als er een blijvende behoefte aan zorg en ondersteuning is als gevolg van een verstandelijke beperking, aandoening of stoornis, en er 24-uurs zorg of permanent toezicht nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt en/of de omgeving te voorkomen (art. 3.2.1 Wlz). Deze zorg wordt ook wel intramurale zorg genoemd en wordt vergoed op basis van de Wlz. De patiënt heeft hiervoor een indicatie voor Wlz-zorg nodig, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand recht heeft op deze zorg. Als iemand wordt opgenomen in een instelling voor langdurig verblijf vanwege een psychische stoornis vergoedt de Zorgverzekeringswet de eerste drie jaar van het verblijf.²⁵ Na die drie jaar kan de opname vanuit de Wlz worden vergoed (zie artikel 3.2.2). Ook binnen de verblijfszorg kunnen vormen van gedwongen zorg op grond van de Wvzgz of de Wzd, gefinancierd vanuit de Zvw, plaatsvinden indien nodig.

Er zijn dus meerdere vormen van zorg waar een patiënt aanspraak op kan maken na het doorlopen van een beveiligde klinische opname. In de praktijk is er echter sprake van zogenaamde ‘uitstroomproblematiek’: knelpunten die de uitstroom bemoeilijken zoals juridische, financiële en organisatorische belemmeringen.²⁶ Zo zijn er volgens de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) weinig geschikte vervolgopties op het gebied van zorg en wonen voor patiënten die in een forensisch kader zijn opgenomen, omdat de expertise voor het omgaan met (potentieel) risicovol gedrag en zware gedragsproblematiek ontbreekt.²⁷ Hiervoor is een goede afstemming nodig tussen stakeholders op het gebied van de GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg, het sociaal domein en woningcoöperaties. Die afstemming en geschikte financiering is er nog niet altijd.²⁸ Daarnaast geeft de opdrachtgever aan dat professionals in de zorg niet altijd op de hoogte zijn van de juridische kaders op het moment dat er af- of opgeschaald moet worden in de intensiviteit van zorg voor personen met onbegrepen gedrag en dat ook dit de uitstroom naar ambulante zorg of verblijfszorg bemoeilijkt. Dit beeld wordt ook bevestigd in het onderzoek ‘Domeinoverstijgende aanpak voor mensen met een hoog veiligheidsrisico en onbegrepen gedrag’ uit 2022: *‘In de digitale vragenlijst gaven de respondenten aan dat verschillende hulpverleners begrippen, maar ook wetten, beperkingen*

²²Wmo wijzer GGZ-Centraal: aanbod, wmonoordveluwe.nl

²³ ‘Inkoop forensische zorg’, forensischezorg.nl

²⁴ ‘Zorgaanbod’, forensischezorg.nl

²⁵ ‘Intramurale zorg’, monitorlangdurigezorg.nl

²⁶ Algemene Rekenkamer 2020, p.18.

²⁷ ‘Handelingsbank: ‘Knelpunt: onvoldoende forensische zorg buiten de kliniek”, vng.nl

²⁸ Kenniscentrum Phrenos 2023.

en mogelijkheden anders interpreteren. Vaak wordt uitgegaan van hetgeen niet mogelijk is, in plaats van wat er wel mogelijk is. Hierdoor hebben hulpverleners (en organisaties geen goed zicht op wat elke organisatie kan en mag doen, waardoor regelmatig sprake is van onderlinge onrealistische verwachtingen.²⁹

Krijgt de patiënt niet (tijdig) de juiste zorg dan kan dit verschillende gevolgen hebben voor de patiënt en/of zijn omgeving. In het onderzoek 'Op zoek naar passende zorg: problemen die GGZ-patiënten ervaren' van Argo & ProFacto wordt de volgende voorbeeldsituatie genoemd:³⁰

'De cliënt heeft naast een psychische stoornis ook een andere aandoening, beperking of handicap. Hierbij kan gedacht worden aan VG/LVB (verstandelijke handicap, licht verstandelijke beperking), verslaving of niet aangeboren hersenletsel. De combinatie van deze problematiek leidt tot een behoefte aan 24-uur ondersteuning en/of zorg (vaak de combinatie) die er zonder de (combinatie met de) psychische stoornis niet zou zijn. Deze cliënt heeft vaak wel een indicatie of de mogelijkheid die te krijgen (soms Wmo, soms Wlz), dus de bekostiging is niet het primaire probleem, maar het lukt niet om passende zorg te krijgen om uiteenlopende redenen (geen aanbod of niet in de eigen omgeving, wachtlijsten, afbouw BW-bedden (beschermd wonen-bedden), instellingen die betreffende patiënten weigeren, e.d.). Deze cliënten kunnen snel ontregeld zijn door een gebeurtenis in de omgeving. Het is vaak niet te voorspellen wanneer iemand ontregeld raakt. Ze kunnen een bedreiging zijn voor zichzelf of hun omgeving en reageren sterk gedragsmatig. Het zijn veelal mensen die alleen wonen, omdat er vaak veel mis is gegaan in het cliëntsysteem. Deze groep wordt veelal niet in officiële cijfers meegenomen want ze hebben een indicatie en soort van zorg, maar niet de juiste.'

Uit dit voorbeeld blijkt dat een patiënt met een indicatie voor zorg, niet altijd daadwerkelijk deze zorg kan ontvangen om verschillende redenen. Het wachten op deze passende zorg kan ervoor zorgen dat een patiënt op een gegeven moment getriggerd wordt door factoren uit de omgeving en wederom ontregeld raakt. Daarbij kan hij een (ernstig) risico vormen voor zichzelf en/of de omgeving, bijvoorbeeld door het vertonen van suïcidaal, overlast gevend en/of agressief gedrag, en het dreigen met/vertonen van geweld.³¹ Dat levert veiligheidsrisico's op voor de persoon zelf en voor anderen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een situatie waarin een psychotisch persoon verbaal agressief is richting omstanders op straat, en dreigt met fysieke agressie. In dat geval bedreigt de persoon de veiligheid van omstanders en bestaat er een risico op (ernstige) lichamelijke schade voor de persoon zelf en voor anderen.³² Het tijdig bieden van passende zorg is dus belangrijk om het risico op een terugval en onveilige, ongewenste situaties te verkleinen, en deze waar mogelijk te voorkomen. Daar heeft de patiënt maar ook de maatschappij baat bij. Het is dan ook wenselijk dat de uitstroomproblematiek wordt verminderd, zodat patiënten sneller de juiste zorg op de juiste plek kunnen ontvangen. Zo is de kans op een succesvolle behandeling groter, die de veiligheidsrisico's verkleint en het herstel van de patiënt bevordert. Daar heeft de patiënt maar ook de maatschappij baat bij.

1.3 Vraag van de opdrachtgever

Het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg wil graag inzicht in welke juridische, organisatorische en financiële knelpunten er bestaan als het gaat om de uitstroom van personen met onbegrepen bedrag vanuit de BIZ naar ambulante zorg of verblijfszorg en wat eventuele oplossingsrichtingen zijn voor deze knelpunten. Deze kennis over de knelpunten en oplossingsrichtingen kan het lectoraat mogelijk integreren binnen de kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag. Omdat de kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag nog opgestart moet worden is het op dit moment nog niet geheel duidelijk op welke manier de resultaten van dit onderzoek gebruikt kunnen worden binnen de kenniswerkplaats. Duidelijk is echter wel dat de resultaten aanknopingspunten kunnen bieden voor vervolgonderzoek dat vanuit de kenniswerkplaats uitgevoerd zal worden. Het uiteindelijke doel van dit onderzoek is om aan professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein duidelijk te maken hoe zij kunnen bijdragen aan het bevorderen van passende zorg. Een wens van het lectoraat is namelijk dat deze professionals meer kennis krijgen over de eigen mogelijkheden die zij hebben om knelpunten te verminderen en passende zorg in te zetten.

²⁹ Van der Molen & Schoonbeek 2022, p. 23.

³⁰ ProFacto & Argo 2018, p. 21.

³¹ Bosch 2019.

³² 'Casusbeschrijving voortgezette crisismaatregel, casus Adam', dwanginzorg.nl

Beroepsproduct

Het beroepsproduct dat opgeleverd zal worden aan de opdrachtgever op basis van dit onderzoek zal bestaan uit een digitaal product dat professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein informeert over de mogelijkheden die zij hebben om de knelpunten in de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg te verminderen. Het doel van dit product is dat zij beter geïnformeerd zijn over de eigen mogelijkheden en hoe die zijn in te zetten in de praktijk. Dit om in lastige situaties toch passende zorg voor patiënten te kunnen realiseren. Het product wordt gemaakt voor zorg- en veiligheidsprofessionals in het algemeen in plaats van een selecte groep professionals, omdat de opdrachtgever wil dat het product in meerdere contexten ingezet kan worden om professionals te helpen passende zorg te realiseren. In overeenstemming met de opdrachtgever is voor een vormvrij digitaal product gekozen omdat het wenselijk is dat de vorm van het product aansluit op de bevindingen van het onderzoek. Een eis van de opdrachtgever is dat het beroepsproduct digitaal deelbaar is zodat het beroepsproduct zoveel mogelijk professionals kan bereiken en makkelijk gedeeld kan worden. Het beroepsproduct zal daarnaast opgesteld worden op basis van feedback vanuit verschillende stakeholders uit het zorg- en veiligheidsdomein.

Stakeholders beveiligde intensieve zorg

Zoals hierboven beschreven gaat het vraagstuk van de opdrachtgever over hoe professionals in het zorg- en veiligheidsdomein passende zorg kunnen realiseren voor personen met onbegrepen gedrag, op het moment dat een patiënt uit de BIZ uitstroomt naar ambulante zorg of verblijfszorg. Bij dit vraagstuk zijn meerdere stakeholders betrokken, namelijk:

- Professionals vanuit de beveiligde intensieve zorg;
- Professionals vanuit organisaties voor ambulante zorg & verblijfszorg;
- Het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden;
- Reclassering, justitie;
- Zorg- en Veiligheidshuizen;
- Gemeenten, regioadviseurs vanuit de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten;
- Het CIZ, Zorgkantoren, zorgverzekeraars;
- Ervaringsdeskundigen en naasten

Een overzicht van deze relevante stakeholders is opgenomen in bijlage 2. In deze bijlage wordt toegelicht hoe deze verschillende stakeholders betrokken zijn bij dit vraagstuk en welke belangen deze stakeholders hebben.

1.4 Onderzoeksdoelstelling

De doelstelling van het onderzoek is als volgt:

Het doel van dit onderzoek is het ontwerpen van een digitaal product voor het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg, dat stakeholders informeert over de juridische, financiële en organisatorische aspecten van de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, en de eventuele mogelijkheden die zorgprofessionals kunnen benutten, ter vermindering van deze problematiek. Daarbij is het digitale product gebaseerd op een analyse van wet- en regelgeving, eerder onderzoek en de uitkomsten van interviews met plaatsingscoördinatoren van Forensisch Psychiatrische Afdelingen, Forensisch Psychiatrische Klinieken en Forensisch Psychiatrische Centra (FPA's/FPK's/FPC's), een dialoogsessie met stakeholders over de knelpunten en mogelijke oplossingen van de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg en feedback vanuit een testpanel van verschillende stakeholders uit het zorg- en veiligheidsdomein.

1.5 Centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag is:

Met welke karakteristieken kan een digitaal product worden ontwikkeld waarmee stakeholders die betrokken zijn bij de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, geïnformeerd kunnen worden over welke mogelijkheden er binnen de kaders van de Zvw, Wmo 2015, Wlz en Wfz zijn om te zorgen voor passende uitstroom van patiënten uit de beveiligde intensieve zorg?

1.6 Deelvragen

Theoretische deelvragen:

1. Wat zijn vanuit de Zvw, de Wlz, de Wmo 2015, de Wfz de juridische (on)mogelijkheden voor het laten uitstromen van een patiënt vanuit een beveiligde klinische GGZ-opname naar ambulante zorg en verblijfszorg?
2. Welke juridische, financiële en organisatorische knelpunten zijn er volgens de literatuur op het moment dat een patiënt na een beveiligde klinische GGZ-opname doorstroomt naar ambulante zorg en verblijfszorg?
3. Wat zijn best practises volgens de literatuur met betrekking tot het organiseren van passende zorg voor patiënten die een beveiligde klinische GGZ-opname hebben doorlopen en waarbij sprake is van meervoudige, complexe problematiek?

Praktijkdeelvragen (zie hoofdstuk 2 Methodologische verantwoording):

1. Welke juridische, financiële en organisatorische knelpunten en mogelijkheden ervaren zorgprofessionals op het moment dat een patiënt na een beveiligde klinische GGZ-opname doorstroomt naar ambulante zorg en verblijfszorg?
2. Wat voor (juridische) ontwerpeisen voor het beroepsproduct vloeien voort uit een dialoogsessie met een innovatieteam bestaande uit professionals vanuit het zorg- en veiligheidsdomein over de (juridische) knelpunten en mogelijkheden die zij ervaren bij het laten uitstromen van cliënten vanuit een beveiligde klinische GGZ-opname naar ambulante zorg en verblijfszorg?
3. Wat zijn de opvattingen van het testpanel bestaande uit het innovatieteam bestaande uit professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein over de bruikbaarheid, toepasbaarheid en relevantie van het conceptberoepsproduct?

1.7 Opbouw onderzoeksrapport

Het onderzoeksrapport is op de volgende manier opgebouwd:

- **Hoofdstuk 2 Methodologische verantwoording**
In dit hoofdstuk komt de werkwijze van het onderzoek aan bod en de keuzes die binnen het onderzoek zijn gemaakt.
- **Hoofdstuk 3 Theoretisch kader**
In dit hoofdstuk worden de theoretische deelvragen beantwoord.
- **Hoofdstuk 4 Praktijkdeelvragen**
In dit hoofdstuk worden de praktijkdeelvragen beantwoord.
- **Hoofdstuk 5 Analyse en conclusie**
In dit hoofdstuk worden de resultaten van het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek geanalyseerd. Op basis van deze analyse wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord.
- **Hoofdstuk 6 Evaluatie beroepsproduct**
In dit hoofdstuk wordt besproken op welke manier de inzichten uit het onderzoek in het beroepsproduct zijn verwerkt. Daarnaast wordt het beroepsproduct geëvalueerd.

- **Bijlagen**

In de bijlagen wordt extra informatie gegeven bij het onderzoek. Op volgorde van verschijning staat er de volgende informatie in de bijlagen:

Bijlage 1: Overzicht van beveiligingsniveaus in de BIZ

Bijlage 2: Stakeholderanalyse bij hoofdstuk 1 Inleiding

Bijlage 3: Elementen uit de *best practises* bij hoofdstuk 3 Theoretisch kader

Bijlage 4: Achtergrondinformatie over de beveiligde klinieken bij hoofdstuk 4
Praktijkonderzoek

Bijlage 5: Voorbeelden bij informatie uit hoofdstuk 4 Praktijkonderzoek

Bijlage 6: Overzicht van (interview)vragenlijsten bij hoofdstuk 4 Praktijkonderzoek

Bijlage 7: Aanbevelingen en (concept)beroepsproduct bij hoofdstuk 6 Evaluatie
Beroepsproduct

Bijlage 8: Reflectie op het verwerken van feedback bij hoofdstuk 6 Evaluatie van het
beroepsproduct

Bijlage 9: Achtergrondinformatie over hoe het HagaZiekenhuis vervolgzorg in gang zet bij
hoofdstuk 6 Evaluatie van het beroepsproduct

Hoofdstuk 2 Methodologische Verantwoording

In deze methodologische verantwoording worden de keuzes die tijdens dit onderzoek zijn gemaakt, onderbouwd. Eerst wordt in paragraaf 2.1 de methode van DESIGN THINKING toegelicht. In paragraaf 2.2 wordt vervolgens het theoretische onderzoek besproken, in paragraaf 2.3 het praktijkonderzoek. Tot slot wordt in paragraaf 2.5 de samenstelling van het testpanel genoemd en wordt in paragraaf 2.4 de keuze voor de vorm van het beroepsproduct toegelicht.

2.1 DESIGN THINKING

Tijdens de uitvoering van dit onderzoek is gebruikgemaakt van de DESIGN THINKING-methode. Deze methode bestaat uit de volgende stappen van onderzoek:³³

Stap 1: Emphatize (inleven, begrip krijgen)

In deze fase is het belangrijk om *feeling* te krijgen met de problematiek en de stakeholders. Ik raakte bekend met de uitstroombroerproblematiek in de BIZ door het verrichten van een eerder onderzoek voor de master Toegepast Recht (J. Reineman & A. Sijnstra, *Beveiligde klinische opnames in de GGZ: op- en afschaalroutes vanuit de Wvvgz*, Groningen: 2023).

Stap 2: Define (probleem definiëren)

De knelpunten in de uitstroom uit de BIZ zijn gedefinieerd door het verrichten van theoretisch onderzoek (zie paragraaf 2.2). Vervolgens is er een praktijkonderzoek verricht om te onderzoeken hoe professionals in de praktijk de problematiek ervaren. Hiervoor zijn er interviews afgenomen met plaatsingscoördinatoren van beveiligde klinieken, het Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden en zijn er twee dialoogsessies gehouden (zie paragraaf 2.2).

Stap 3: Ideate (ideeën genereren)

In de Ideate-fase gaat het erom ideeën te verzamelen om later tot een concept product te komen. Dit product kan worden ingezet in de praktijk, met als doel een bijdrage te leveren aan het oplossen van het probleem. Tijdens het praktijkonderzoek is professionals gevraagd wat zij als mogelijkheden zien om de knelpunten in de uitstroom te verminderen. Specifiek is tijdens de dialoogsessies het gesprek aangegaan met professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein.

Stap 4: Prototype

In deze stap wordt een conceptberoepsproduct opgesteld. Dit product is opgesteld door eerst de resultaten van zowel de theorie als de praktijk te analyseren en op basis daarvan een conclusie te trekken. Op basis van deze conclusie zijn aanbevelingen geformuleerd. Het beroepsproduct is vervolgens opgesteld om invulling te geven aan de aanbeveling rondom domeinoverstijgend samenwerken (zie hoofdstuk 6).

Stap 5: Test

In deze fase wordt het beroepsproduct getest in de praktijk om feedback te verzamelen. Het doel is om het conceptberoepsproduct te verbeteren. Hiervoor zijn er twee testrondes georganiseerd waarin professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein feedback hebben gegeven op een conceptversie. Op basis van deze feedback is het uiteindelijke beroepsproduct opgesteld (zie het samenwerkingsmodel in bijlage 7).

2.2 Bronnen theoretisch onderzoek

In deze paragraaf komen de belangrijkste bronnen van het theoretisch kader aan bod. Er wordt onderbouwd waarom juist deze bronnen zijn gebruikt.

2.1.1 Wetgeving

In het theoretisch kader is verschillende wetgeving behandeld. Hieronder volgt een overzicht van deze wetten en waarom zij zijn gebruikt.

- **Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz):** de Wvvgz is van toepassing omdat personen met een zorgmachtiging op grond van de Wvvgz, kunnen worden opgenomen in de BIZ. Dit is een van de doelgroepen die opgenomen kan worden in een beveiligde kliniek, en vervolgens kan uitstromen naar vervolgzorg. Als bij deze vervolgzorg een vorm van verplichte zorg van toepassing is kan dit wederom op basis van een zorgmachtiging plaatsvinden.

³³ 'Design Thinking methode: de uitleg', toolshero.nl

- **Wet zorg en dwang (Wzd)**: de Wzd is van toepassing omdat personen met een rechterlijke machtiging kunnen worden opgenomen in de BIZ (als de organisatie een Wzd-registratie heeft). Ook dit is een van de doelgroepen die opgenomen kan worden in een beveiligde kliniek, en vervolgens kan uitstromen naar vervolgzorg. Als bij deze vervolgzorg een vorm van onvrijwillige zorg van toepassing is kan dit wederom op basis van een rechterlijke machtiging plaatsvinden.
- **Wet forensische zorg (Wfz)**: deze wet is van toepassing omdat de Wfz de organisatie van forensische zorg regelt. Naast de doelgroep die vrijwillig of gedwongen op basis van een zorgmachtiging/rechterlijke machtiging kan worden opgenomen, bestaat de derde doelgroep uit personen die forensische zorg ontvangen omdat zij een delict hebben gepleegd en de rechter zorg heeft opgelegd. Deze zorg vindt plaats op grond van een forensische titel die is opgenomen in het **Wetboek van Strafrecht, Wetboek van Strafvordering, Penitentiaire Beginselenwet en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden**. Het kan voorkomen dat de forensische patiënt na de opname uitstroomt richting reguliere zorg als deze titel is afgelopen, indien dit niet het geval is kan de patiënt uitstromen richting forensisch ambulante zorg of forensische verblijfszorg. De Wfz blijft dan van toepassing.
- **Zorgverzekeringswet (Zvw)**: de Zvw is van toepassing omdat een vrijwillige en gedwongen opname (vanuit de Wvvgz en Wzd) worden vergoed op basis van de Zvw. Indien een opname langer dan drie jaar duurt wordt deze vergoed vanuit de Wet langdurige zorg. Ook is de wet relevant omdat ambulante zorg vanuit de Zvw kan worden vergoed, bijvoorbeeld als er basis of specialistische GGZ nodig is.
- **Wet langdurige zorg (Wlz)**: de Wlz is relevant omdat vervolgzorg vanuit deze wet kan worden vergoed, denk hierbij aan verblijf in een instelling, of langdurige zorg aan huis. Zoals hierboven vermeldt is de Wlz ook relevant omdat na het derde jaar van opname gefinancierd door de Zvw, de financiering overgaat naar de Wlz.
- **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)**: de Wmo is relevant omdat vervolgzorg op basis van deze wet kan worden vergoed, denk hierbij aan ambulante begeleiding of tijdelijk beschermd wonen.

2.1.2 Eerder onderzoek

Voor de totstandkoming van dit onderzoeksrapport zijn verschillende eerdere onderzoeken gebruikt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er nog geen eerder onderzoek is verschenen over specifiek de uitstroomproblematiek in de BIZ. Dit is onderzocht door te zoeken naar publicaties op Google Scholar, Hanze Worldcat en Kluwer Navigator. Zoektermen die hiervoor gebruikt zijn, zijn onder andere: 'knoelpunten passende zorg na opname' (+ 'GGZ'/'forensisch'/'kliniek' 'uitstroomproblematiek', 'beveiligde intensieve zorg' (+ 'knoelpunten'/'uitstroom'/'doorstroom', 'vervolgzorg'), '(zorg)overgang na klinische opname' (+ 'ambulante zorg'/'verblijfszorg'/'beschermd wonen).

Wel bleek het mogelijk om uit andere onderzoeken knoelpunten te halen die in het uitstroomproces uit de BIZ kunnen spelen, mede door het gebruik van bovenstaande zoektermen:

1. *Geen plek voor grote problemen, aanpak van wachtlijsten in de specialistische ggz*, Den Haag: Algemene Rekenkamer 2020.

Dit onderzoek is gebruikt om de knoelpunten in het uitstroomproces in kaart te brengen. Specialistische GGZ is GGZ voor personen met zwaardere psychische problemen, waarvoor basis-GGZ niet toereikend is.³⁴ Onder specialistische GGZ valt onder andere een GGZ-opname in een (beveiligde) kliniek. Dit onderzoek van de Algemene Rekenkamer is gebruikt omdat het verschillende knoelpunten noemt die spelen binnen de specialistische GGZ (zie hoofdstuk 4 van het rapport). Naast het benoemen van algemene knoelpunten wordt er in paragraaf 4.3 van het rapport specifiek aandacht besteedt aan de knoelpunten in de uitstroom uit specialistische GGZ. Dit hoofdstuk is dan ook gebruikt voor een beschrijving van knoelpunten in het werkveld.

³⁴ 'Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ', Rijksoverheid.nl

2. *Zorg voor veiligheid, veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving*, Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019.

Dit onderzoek is tevens gebruikt om de knelpunten in de uitstroom uit de BIZ in kaart te brengen. Dit rapport gaat over de doelgroep van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA): een psychische stoornis waar de persoon al langer dan twee jaar mee kampt en die problemen veroorzaakt op het gebied van werk, wonen, relaties en financiën, en waarvoor intensieve en langdurige behandeling noodzakelijk is.³⁵ Dit is een doelgroep die beveiligde intensieve zorg nodig kan hebben.³⁶ Dit rapport is gebruikt omdat het knelpunten benoemt in de zorg voor mensen met een EPA, die ook binnen de BIZ van toepassing zijn. Denk aan de knelpunten in de financieringssysteem van de Zvw, die ook binnen de BIZ worden ervaren omdat de zorg voor patiënten kan worden vergoed op grond van de Zvw.³⁷

3. *Op zoek naar passende zorg, problemen die ggz-patiënten ervaren*, Groningen: Argo RUG & Pro Facto 2018.

Dit onderzoek is gebruikt omdat het knelpunten noemt die GGZ-patiënten binnen de hele GGZ ervaren, hier valt de BIZ ook onder. De knelpunten die benoemd worden spelen een rol als er naar passende zorg wordt gezocht, dit is ook het geval als een patiënt uit de BIZ uitstroomt en een passende vervolgvoorziening moet worden gezocht. De knelpunten uit het rapport kunnen dan ook een rol spelen, zoals knelpunten omtrent indicatie en financiering.³⁸

4. *Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode*, Den Haag: Programma Continuïteit van Zorg VNG 2017.

Deze publicatie is technisch gezien geen onderzoeksrapport maar is een publicatie van de werkgroep Continuïteit van Zorg, en bevat de resultaten van een onderzoek van de werkgroep naar knelpunten (en mogelijkheden) die kunnen spelen nadat de strafrechtelijke titel van de patiënt is afgelopen. Deze publicatie is relevant aangezien de forensische titel bij sommige forensische patiënten is afgelopen op het moment dat de opname is afgerond. Daarom zijn de knelpunten ook van toepassing in de context van de uitstroomproblematiek uit de BIZ. In de publicatie worden beveiligde klinieken ook een aantal keer genoemd, bijvoorbeeld bij het knelpunt dat er te weinig beschikbare plekken zijn voor forensisch beschermd wonen voor patiënten die vanuit een FPK uitstromen.³⁹

2.1.3 Vakliteratuur

Naast onderzoeken is er ook vakliteratuur gebruikt voor het theoretische kader:

- P. Schaftenaar, V. de Vogel & M. Clercx, 'Continuïteit van en na forensische zorg: een grote zorg!', *Sancties 2019/77*, afl. 5, p. 361-367.

Dit tijdschriftartikel is gebruikt om de knelpunten na een opname in forensisch kader aan te vullen. Het gaat namelijk over wat forensische professionals als knelpunten en oorzaken van het gebrek aan doorstroom in de forensische keten zien. Onder de professionals die voor dit artikel zijn geïnterviewd zitten ook professionals vanuit de BIZ, bijvoorbeeld vanuit een FPC. Daarom is dit artikel relevant voor de context van het onderzoek.

- B. Koekoek, *Verward in Nederland: hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*, Houten: Lannoo Campus 2016.

In dit boek wordt de zorg en ondersteuning voor mensen met psychische stoornissen beschreven. Kort komt aan bod wat knelpunten zijn, zoals de uitstroom uit zorginstellingen naar voorzieningen uit de Wmo. Dit is relevant omdat een deel van de patiënten na de opname uitstroomt richting Wmo-voorzieningen, bijvoorbeeld tijdelijk beschermd wonen.

Overige vakliteratuur is voornamelijk gebruikt voor de achtergrondinformatie uit hoofdstuk 1 over beveiligde intensieve zorg in het algemeen, en een beschrijving voor de doelgroep van personen met

³⁵ 'Ernstige psychiatrische aandoening (EPA)', parnassiagroep.nl

³⁶ 'Doelgroepen: Ernstige psychiatrische aandoening (EPA): beveiligde zorg', parnassiagroep.nl

³⁷ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 50.

³⁸ Pro Facto & Argo 2018, p. 5.

³⁹ Programma Continuïteit van Zorg 2017, p. 5.

onbegrepen gedrag. Naast de onderzoeken en vakliteratuur is er vaak gebruikgemaakt van internetbronnen. Denk hierbij aan informatie afkomstig van het Zorginstituut en de website www.forensischezorg.nl van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). Er is gebruikgemaakt van deze websites om informatie uit de onderzoeksrapporten, vakliteratuur en wetgeving te verduidelijken. Deze informatie was niet goed vindbaar in overige literatuur. Neem bijvoorbeeld de informatie over de verschillende forensische titels, die staan nergens volledig opgesomd behalve op de website over forensische zorg van de DJI.⁴⁰ Doordat deze informatie in overige bronnen nauwelijks tot niet vindbaar is, zijn enkel internetbronnen gebruikt van organisaties met autoriteit of vakkennis. Denk hierbij aan websites van de Rijksoverheid en van grotere zorgaanbieders.

2.1.4 Kamerstukken

Bovendien is de inhoud van twee kamerstukken gebruikt tijdens het theoretisch onderzoek:

- **Kamerstukken II 2021/2022, 35936, nr. 3.**
Dit kamerstuk bevat de memorie van toelichting van de Wfz. Informatie uit deze memorie is gebruikt om op een abstract niveau te kunnen rapporteren over de knelpunten in de forensische zorg. Rondom dit onderwerp waren weinig bronnen te vinden, daarom is ervoor gekozen om in het rapport in te gaan op de knelpunten die een aanleiding vormden voor de invoering van de Wfz. Daarnaast is de memorie gebruikt om de lezer te informeren over de doelen van forensische zorg, die samenhangen met het organiseren van passende zorg.
- **Kamerstukken II 2003/2004, 28979, nr. E.**
Dit kamerstuk bevat de motie die aanleiding gaf voor de invoering van de Wfz. Deze motie is gebruikt om de tekst betreffende de invoering van de Wfz en de knelpunten in de forensische keten verder toe te lichten.

2.1.5 Best practises

Voor het theoretisch kader is er in brede zin naar *best practises* gezocht die betrekking hebben op het realiseren van passende zorg voor mensen met onbegrepen gedrag (waaronder ernstige psychiatrische problemen). Deze *best practises* moeten ingezet kunnen worden op het moment dat de patiënt moet uitstromen naar ambulante zorg/verblijfzorg, bijvoorbeeld om deze uitstroom te verbeteren. Onderzocht is welke praktijkvoorbeelden toepasbaar zijn op de context van de BIZ. Dit is gedaan door de zoekresultaten te filteren op relevantie: is de *best practise* overdraagbaar naar de context van BIZ? (Kan het bijvoorbeeld worden ingezet voor minstens één van de drie patiëntgroepen -vrijwillig/gedwongen/forensisch of wijkt de doelgroep te veel af?) Uit deze zoekopdrachten kwam er geen concreet product naar voren dat professionals kunnen inzetten om passende zorg te realiseren op het moment dat juridische, financiële en/of organisatorische knelpunten zich voordoen. Wel zijn er twee werkwijzen gevonden voor het realiseren van domeinoverstijgende samenwerking als oplossingsrichtingen. Van deze *best practises* is onderzocht welke elementen binnen de context van de BIZ ingezet kunnen worden (zie bijlage 3). Er is gekozen om het 'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit' en de 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' in het theoretisch kader op te nemen omdat deze goed aansluiten op de context van de uitstroom uit BIZ. Beide hebben als doelgroep cliënten met complexe (psychische) problematiek waarvoor het lastig is om passende zorg te organiseren, wat een vergelijkbare situatie is als het in gang zetten van vervolgzorg binnen de kliniek. Beide documenten geven een werkwijze voor het gezamenlijk (domeinoverstijgend) organiseren van passende zorg en zijn daarom als *best practise* opgenomen.

Hierbij moet de kanttekening worden vermeld dat naar de resultaten van beide werkwijzen nog geen diepgaand onderzoek is gedaan, dit is een beperking van het opnemen van deze twee *best practises*. Voorlopige resultaten van de Levensloopaanpak (ketenveldnorm) in Noord-Nederland lijken echter positief: de aanpak heeft ertoe geleid dat geïncludeerde personen langdurige zorg konden krijgen, ook zonder zorgtitel.⁴¹ Het Kompas is opgenomen omdat het methodisch goed is onderbouwd door middel van veel vakliteratuur en eerder onderzoek.

2.3 Onderzoeksmethoden en -objecten van het praktijkonderzoek

Voor het praktijkonderzoek is er gebruik gemaakt van interviews. Daarnaast zijn er twee dialoogsessies georganiseerd voor professionals. In deze paragraaf worden beide vormen van praktijkonderzoek toegelicht.

⁴⁰ 'Introductie: Forensische zorgtitels,' forensischezorg.nl

⁴¹ Venema e.a. 2022, p. 5.

2.2.1 Interviews

Het eerste deel van het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden door het verrichten van vier interviews met plaatsingscoördinatoren van beveiligde klinieken. Er zijn in totaal 2 van de 7 FPC's benaderd met een interviewverzoek, 3 van de 10 FPK's, 4 van de 15 FPA's en twee reguliere niveau-1 klinieken.⁴² Deze klinieken zijn willekeurig gekozen, wel is hierbij gelet op de verspreiding van de klinieken door het land. Er is gekozen om interviews met plaatsingscoördinatoren af te nemen aangezien zij voor een groot deel de vervolgzorg voor patiënten regelen. Daardoor hebben zij een goed beeld van de verschillende patiënten-doelgroepen, de organisatorische, financiële en juridische knelpunten en de mogelijkheden om uitstroomproblematiek te verminderen. Er is in eerste instantie een interview afgenomen met de plaatsingscoördinatoren van FPA Radix, FPK GGZ Drenthe, FPK Inforsa en FPC de Rooyse Wissel (zie bijlage 4 voor meer informatie over de klinieken). Later is hier nog een interview met een plaatsingscoördinator van een reguliere kliniek met besloten afdeling van Lentis aan toegevoegd. Er is gekozen om een vertegenwoordiging te zoeken van alle beveiligingsniveaus van beveiligde intensieve zorg. Hoofdzakelijk zijn er forensische klinieken geïnterviewd, omdat deze klinieken het meest voorkomen in de forensische klinische zorg. Er zijn bijvoorbeeld ook klinieken voor specifieke doelgroepen (SLVG+ klinieken bijvoorbeeld, zie bijlage 1), maar er zijn geen interviews met deze klinieken afgenomen omdat de focus van dit onderzoek op de psychiatrie ligt. Daar komen verschillende doelgroepen en wetgeving bij elkaar, wat ervoor zorgt dat plaatsingscoördinatoren van forensische klinieken (FPA, FPK, FPC) goed zicht hebben op de complexiteit van de uitstroomproblematiek.

Voorafgaand aan deze interviews zijn plaatsingscoördinatoren van beveiligde klinieken over het hele land benaderd, individueel en via algemeen contact via de klinieken. Er is gekozen om landelijk te kijken naar de knelpunten en mogelijkheden die professionals ervaren omdat de inrichting van het aanbod van zorg en ondersteuning regionaal erg kan verschillen. Dat deze vijf plaatsingscoördinatoren uiteindelijk zijn geïnterviewd is te danken aan hun reactie en beschikbaarheid. Meerdere professionals hebben aangegeven in de periode van 10 mei tot en met 15 juni niet beschikbaar te zijn voor een interview. Het interview is afgelegd door het bespreken van een gestructureerde vragenlijst (zie bijlage 6). Deze vragenlijst bevatte grotendeels open vragen met als doel zo veel mogelijk (en kwalitatief goede) informatie te krijgen over het uitstroomproces, knelpunten en mogelijkheden. Er is bijvoorbeeld gevraagd naar de zorgtitels waarmee patiënten zijn opgenomen, hoe het uitstroomproces er in de praktijk uitziet, welke knelpunten een rol kunnen spelen (en op welke manier) en welke mogelijkheden de plaatsingscoördinator ziet op het moment dat de uitstroom vastloopt. Er is gekozen voor interviews omdat deze methode het mogelijk maakt om goed door te vragen bij vraagstukken rondom complexe materie. Goed kunnen doorvragen over complexe materie is van belang om een correct beeld te kunnen krijgen van de werkelijke situatie in de praktijk. Overige onderzoeksmethoden, bijvoorbeeld een enquête, geven het risico dat er een te eenvoudig beeld ontstaat als deelnemers kort en bondig antwoorden formuleren, en dat de onderlinge samenhang van factoren en complexiteit niet duidelijk genoeg naar voren komt. Door middel van doorvragen in een interview kan een completer beeld van de situatie worden gevormd, kunnen onduidelijkheden/vaagheden worden weggenomen en kan de kern van de uitstroomproblematiek beter worden begrepen. Dit vergroot de kwaliteit en de betrouwbaarheid van de informatie.

Er zijn twee interviews zijn afgenomen met een FPK, ten opzichte van de enkele interviews met plaatsingscoördinatoren van een FPA en FPC. De eerste FPK waarmee een interview werd gehouden was FPK Inforsa, daarna kwam een reactie van de plaatsingscoördinator van GGZ Drenthe dat zij bereid was om mee te werken aan een interview. Er is gekozen om dit interview door te laten gaan omdat er anders geen kliniek die vertegenwoordigd was vanuit het noorden van het land, de wens was juist om de eventuele regionale verschillen te onderzoeken. Het effect hiervan op het onderzoek is dat het tweede interview veel eerdere uitkomsten bevestigde, maar ook enkele nieuwe knelpunten naar voren kwamen. Zoals eerder vermeld is er in een latere fase van het onderzoek nog een vijfde interview afgenomen met een reguliere kliniek met besloten afdeling van Lentis (na het houden van de dialoogsessies). In de eerste interviewfase was het niet gelukt om een reguliere kliniek te vinden die beschikbaar was, al hadden meer klinieken benaderd kunnen worden. Via een contactpersoon is het later toch nog gelukt een interview met een niveau-1 kliniek te houden. Een voordeel van het houden van dit vijfde interview is dat door middel van dit interview de perspectieven van klinieken op alle beveiligingsniveaus aan bod zijn gekomen. Ontbrak het perspectief van een niveau-1 kliniek, dan golden de resultaten enkel voor forensische klinieken. Door middel van dit interview is vastgesteld dat zij ook (deels) voor reguliere niveau-1 klinieken kunnen gelden.

⁴² DJI Informatieblad forensische zorg 2021

Interview met het Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden (LCBB)

Naast de interviews met plaatsingscoördinatoren is er gekozen om met de coördinatoren van het LCBB één interview te houden. Dit omdat zij expertise hebben op het gebied van 'beveiligde bedden': BIZ en de keten rondom BIZ. Zij hebben deze expertise omdat het LCBB in het leven is geroepen om zorgaanbieders te adviseren en informeren op het moment dat zij tegen knelpunten rondom beveiligde zorg aanlopen, zij bemiddelen daarnaast om in complexe casussen toch zorg te realiseren. Een andere taak van het LCBB is het analyseren en agenderen van knelpunten uit het werkveld bij de juiste partijen (denk hierbij aan het ministerie van J&V en VWS, zie stakeholderanalyse bijlage 1). Er is gekozen om met het LCBB een interview te houden omdat zij als coördinatiepunt een goed overzicht hebben van de knelpunten in de keten en de oorzaken hiervan. Zo kon onderzocht worden of er naast de door de plaatsingscoördinatoren genoemde knelpunten en mogelijkheden, er nog aanvullingen waren. Hiermee is gepoogd om een completer beeld te geven van de uitstroomproblematiek. Het interview is wederom op basis van een gestructureerde vragenlijst afgenomen. Vragen die aan het LCBB zijn gesteld gingen onder andere over de knelpunten die zij signaleren in de praktijk, of er knelpunten zijn die vaker bij specifieke doelgroepen voorkomen en hoe zij professionals ondersteunen bij het realiseren van passende zorg.

2.2.2 Dialoogsessies

Naast de interviews zijn er twee online dialoogsessies georganiseerd voor professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein. De inspiratie voor deze sessies is afkomstig van de dialoogsessies die zorgverzekeraar VGZ organiseert: *'Dialoogsessies zijn kleine bijeenkomsten waarin we het met elkaar hebben over actuele thema's binnen de GGZ en een open gesprek kunnen voeren over de GGZ en onze samenwerking.'*⁴³ Het doel van de dialoogsessies voor dit onderzoek was om verschillende stakeholders met elkaar in gesprek te laten gaan op een laagdrempelige manier, en gezamenlijk de knelpunten te bespreken in het uitstroomproces en de mogelijkheden om deze te verminderen. Voor deze dialoogsessie is een korte vragenlijst opgesteld met open vragen over deze knelpunten en mogelijkheden. Zien de stakeholders bijvoorbeeld dezelfde knelpunten of zijn er verschillen? Deze vragen zijn gesteld om een completer beeld van de problematiek te geven, en de mogelijkheden om deze te verminderen.

Een voordeel van deze gezamenlijke sessies was dat er in korte tijd meerdere stakeholders over de knelpunten en mogelijkheden gesproken konden worden, daardoor konden verschillende perspectieven en visies op de problematiek naar voren komen. Daardoor zijn de knelpunten uit de interviews verscherpt en zijn er overige knelpunten toegevoegd: bijvoorbeeld de knelpunten rondom de doelgroep van (ongewenste) vreemdelingen. Een ander voordeel is dat de betrokken deelnemers onderling op elkaar konden reageren, en er gezamenlijk oplossingsrichtingen konden worden bedacht. Stakeholders konden daardoor ook door elkaar geïnspireerd worden en op de hoogte worden gebracht van ontwikkelingen (denk aan de projecten die het LCBB al oppakt). Dit zou niet kunnen door middel van individuele interviews. Deze hadden daarnaast meer tijd gekost, waardoor er minder professionals gesproken konden worden.

Aanwezig tijdens de eerste ronde waren: een ervaringsdeskundige, plaatsingscoördinator van FPC De Rooyse Wissel, coördinator van het LCBB, specialist snijvlak zorg en veiligheid van de gemeente Heereveen, projectleider Landelijk Kenniscentrum LVB en twee reclasseringswerkers (een met specialisatie Taakspecialist tbs vanuit Reclassering Nederland, de andere reclasseringswerker vanuit het Leger des Heils). Aanwezig tijdens de tweede ronde waren: coördinator LCBB, regioadviseur Zorg en Veiligheid VNG, voorzitter Forensisch Forum/directeur Zinso (ambulante zorg en verblijfszorg) en een procesregisseur van het Zorg en Veiligheidshuis Flevoland. Er is gekozen om deze professionals uit te nodigen omdat zij behoren tot de stakeholders van de uitstroomproblematiek in de BIZ (zie bijlage 1), veel kennis en ervaring hebben in relatie tot de doelgroep en het organiseren van passende zorg.

2.4 Samenstelling testpanel

Zoals in hoofdstuk 6 is vermeld is er naar aanleiding van aanbevelingen een samenwerkingsmodel tot stand gekomen voor domeinoverstijgende samenwerking. Dit model is in de praktijk getest door professionals met de volgende functies:

Testronde 1: plaatsingscoördinator FPC De Rooyse Wissel, procesregisseur Zorg- en Veiligheidshuis Brabant Noordoost, specialist snijvlak zorg en veiligheid gemeente Heereveen.

⁴³ 'Inkoopbeleid: dialoogsessies GGZ', cooperatievgz.nl

Testronde 2: regioadviseur zorg en veiligheid VNG, coördinator van het LCBB, Hoofd Bureau Aanmelding en Advies vanuit RIBW Kennermerland/Amstelland en de Meerlanden (RIBW K/AM), accountmanager RIBW Nijmegen & Rivierenland en een procescoördinator vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis Flevoland.

Deze professionals hebben aan de hand van een gestructureerde vragenlijst feedback gegeven (zie bijlage 6). Er is gekozen om deze professionals te laten deelnemen aan het testpanels omdat zij tot de stakeholders van de uitstroomproblematiek behoren en de BIZ, ambulante zorg en verblijfszorg vertegenwoordigen. Vanwege de drukke vakantieperiode is het niet mogelijk gebleken meer professionals bij het testpanel te betrekken en meer dan twee testrondes uit te voeren. Ook is ervoor gekozen om het beroepsproduct in een andere context te testen om aan de wens van de opdrachtgever te voldoen. De vraag van de opdrachtgever was om te testen of het beroepsproduct in een bredere context is toe te passen binnen het zorg en veiligheidsdomein. Zoals in hoofdstuk 6 staat beschreven is er daarom gekozen om een transferpunt van een ziekenhuis te benaderen, aangezien deze afdeling de doorplaatsing van patiënten richting de GGZ, verpleegzorg, thuiszorg en verzorgingshuizen in gang zet nadat de ziekenhuisopname is doorlopen. Onderzocht is of vergelijkbare knelpunten zich in dit uitstroomproces kunnen voordoen en of domeinoverstijgende samenwerking (en specifiek het samenwerkingsmodel) ook in deze context als oplossingsrichting worden gezien. Oorspronkelijk zijn met name ziekenhuizen in het noorden van het land benaderd, naar aanleiding van een contactpersoon in het eigen netwerk die als verpleegkundige werkzaam is bij een van deze ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen gaven echter aan geen tijd voor het testen te hebben of het bleek lastig te zijn de juiste professionals te spreken. Daarom is er contact gezocht met grotere ziekenhuizen in Nederland. Uiteindelijk is er schriftelijk contact ontstaan met een GGZ transferverpleegkundige van het HagaZiekenhuis. Zij bleek de juiste persoon te zijn binnen het transferpunt omdat zij veel kennis en ervaring heeft met betrekking tot het realiseren van passende (GGZ-)zorg voor patiënten. Daarnaast bleek zij ook goed op de hoogte te zijn van de plaatsing van patiënten in de verpleeg- en thuiszorg en verzorgingshuizen. Daardoor kon zij goed beoordelen of het product ook in de context van de ziekenhuiszorg toepasbaar is, waarop bevestigend is geantwoord. Een kanttekening bij het testen van het product in een andere context is dat het niet is gelukt het product door andere ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen te laten testen gezien de tijd die nog voor het onderzoek beschikbaar was. Ook hebben deelnemers van testronde 1 & 2 diverse contexten genoemd waarin zij vinden dat het beroepsproduct ook van toepassing is. Gezien de tijd is het echter niet meer gelukt het product ook daadwerkelijk binnen deze contexten te testen. Een andere kanttekening is dat een deel van de deelnemers van testronde 1 & 2 de feedback mondeling heeft gegeven en een deel schriftelijk. Er is gekozen om de deelnemers deze keuze te laten maken aangezien de testfase in de drukke zomerperiode heeft plaatsgevonden, een periode die door veel professionals als druk wordt ervaren. Een voordeel van mondelinge feedback was dat er doorgevraagd kon worden tijdens het feedbackgesprek. Dit maakte het mogelijk tot verdiepende inzichten te komen. Een aantal professionals die schriftelijke feedback hebben gegeven hebben dit zeer uitvoerig beschreven, wat de kwaliteit van de informatie heeft verhoogd ten opzichte van beknopter geschreven feedback. Een beperking van deze beknoptere feedback was in bepaalde gevallen dat deze geen diepgaande informatie bevatte, en er gezien de resterende tijd weinig tijd was om door te vragen op deze feedback. Daarnaast hebben drie professionals die bereid waren feedback te geven na herinnering geen feedback aangeleverd. Eén maal is de reden dat het niet meer lukte in de beschikbare tijd voor vakantie, tweemaal is de reden op het moment van schrijven onbekend.

2.5 Vorm van het beroepsproduct

Zoals in hoofdstuk 6 is vermeld is het beroepsproduct naar aanleiding van een aanbeveling over domeinoverstijgend samenwerken opgesteld. Dit is een samenwerkingsmodel geworden voor domeinoverstijgend samenwerken in pilots en kennisgroepen. Kortweg is er gekozen om een model met randvoorwaarden op te stellen om professionals handvatten te bieden voor het starten van deze samenwerkingsvorm, door middel van het oprichten van een pilot/kennisgroep. Waar dient men rekening mee te houden? Het achterliggende doel van het model is om door domeinoverstijgende samenwerking toch passende zorg te kunnen realiseren rondom complexe doelgroepen en vraagstukken. Ook kan aan de hand van het model in bestaande samenwerkingen worden geëvalueerd of er nog aan de randvoorwaarden voldaan wordt en waar de samenwerking verbeterd kan worden. Tot slot is er nog een derde doel uit de feedbackgesprekken voortgekomen: het model kan als aanleiding dienen voor het in gesprek gaan met stakeholders over hoe er vorm kan worden gegeven aan onderlinge samenwerking, en wat hier belangrijk in is.

2.6 Kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de kwaliteiten en beperkingen van het onderzoek in het algemeen, besproken.

Kwaliteiten van het onderzoek zijn:

1. De literatuur uit het theoretische kader is betrouwbaar, er zijn veel verschillende bronnen gebruikt.

De literatuur dateert van uiterlijk 2018 (met uitzondering van één Kamerstuk ter onderbouwing van de memorie van toelichting van de Wfz uit vergaderjaar 2003/2004). Ook stamt de literatuur uit erkende bronnen met autoriteit, deze is bijvoorbeeld afkomstig van: onderzoeksbureaus en -instituten, auteurs met veel ervaring in het werkveld (denk aan: P. Schaftenaar, V. de Vogel & M. Clercx, 'Continuïteit van en na forensische zorg: een grote zorg!', *Sancties 2019/77*, afl. 5, p. 361-367, vanuit het lectoraat Werken in Justitieel Kader van de Hogeschool Utrecht), de Rijksoverheid (denk aan de informatie op website www.forensischezorg.nl), organisaties en initiatieven die (ten dele) zijn opgericht om passende zorg te bevorderen (denk aan het programma Continuïteit van Zorg).

Waarom is dit een kwaliteit? Doordat er veel betrouwbare literatuur is gebruikt in het theoretisch kader is het wettelijk kader en de complexiteit van de uitstroomproblematiek inzichtelijk gemaakt. Het theoretisch kader bevat diepgaande informatie. De lezer begrijpt daardoor de samenhang tussen juridische, financiële en organisatorische factoren doordat deze onderbouwd zijn vanuit verschillende bronnen, en hoe deze complexiteit veroorzaken. Daardoor wordt er recht gedaan aan de situatie in de praktijk.

2. Voor het onderzoek zijn er veel professionals vanuit verschillende disciplines gesproken.

Waarom is dit een kwaliteit? Hierdoor is inzicht verkregen in hoe verschillende partijen de uitstroomproblematiek ervaren en wat zij als mogelijkheden zien. Het onderzoek heeft hierdoor een groter bereik. Ook kon het beroepsproduct daardoor op verschillende perspectieven worden gebaseerd. Dit is een pluspunt aangezien de knelpunten rondom de uitstroom na beveiligde intensieve zorg, niet bij één partij liggen. Het is een complex vraagstuk waar meerdere stakeholders bij betrokken zijn. Een interdisciplinair vraagstuk vraagt om een interdisciplinaire benadering en oplossing. De stakeholders die direct betrokken zijn bij de problematiek zijn gedurende het onderzoek gehoord. Dit komt de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede omdat door verschillende professionals te spreken de resultaten konden worden gevalideerd: professionals vanuit verschillende disciplines hebben vergelijkbare inzichten gedeeld en de eerdere bevindingen bevestigd. Ook heeft dit de data van het onderzoek verrijkt: professionals konden eerdere inzichten verscherpen door aanvullende informatie te geven. Daardoor zijn de complexiteit van het onderwerp en de verschillende invalshoeken beter in kaart gebracht.

Beperkingen van het onderzoek zijn:

1. Verminderde representativiteit van de resultaten doordat niet alle stakeholders rondom de uitstroomproblematiek in de BIZ zijn gehoord (zie stakeholderanalyse: denk aan Zorgkantoren, ministeries etc.)

Daardoor kan niet met zekerheid worden vastgesteld dat alle stakeholders zich herkennen in de knelpunten en mogelijkheden die in dit onderzoek naar voren komen. Ook bevatten de dialoogsessies een zeer beperkte vertegenwoordiging van de directe stakeholders, één professional per deelgenomen organisatie. Zo was er één professional aanwezig vanuit één aanbieder van ambulante zorg en verblijfszorg. In een later stadium hebben twee professionals vanuit een RIBW wel feedback gegeven op het beroepsproduct, deze bieden verblijfszorg en ambulante begeleiding aan.

Waarom is dit een beperking? Indien deze stakeholders wél bij het onderzoek waren betrokken waren mogelijk nieuwe inzichten naar voren gekomen. Denk aan mogelijkheden die Zorgkantoren zien in de praktijk, maar waar professionals nog minder van op de hoogte zijn (fictief voorbeeld). Dit had een verrijking voor de resultaten van het onderzoek kunnen opleveren, en een completer beeld van de praktijksituatie kunnen geven. Bijvoorbeeld door deze partijen wél te laten deelnemen aan de dialoogsessies of individuele interviews af te nemen. Een kanttekening bij deze sessies is dat het niet gelukt is om een bredere vertegenwoordiging van de ambulante zorg en verblijfszorg te realiseren. Meerdere malen is er contact gelegd met aanbieders van deze zorgvormen (telefonisch en via de mail) en zijn professionals gericht benaderd. Helaas vonden er de eerste keer dat de dialoogsessie

werd georganiseerd ook veel afmeldingen (7) plaats vanwege onder andere crisissituaties op het werk en andere spontane, urgente afspraken en ziekte. De tweede keer dat de sessie werd georganiseerd bleek het op korte termijn niet mogelijk om meer dan vier professionals te spreken vanwege de drukke tijd voor de vakantieperiode. In het werkveld zijn er zeer veel organisaties die ambulante zorg en/of verblijfszorg aanbieden. Het gevolg van deze kleine vertegenwoordiging is dan ook dat dit perspectief minder goed naar voren is gekomen, en dat de antwoorden van deze deelnemer niet bevestigd, ontkent of aangevuld konden worden door andere zorgaanbieders die deze zorg aanbieden. Dit vermindert de kwaliteit van de resultaten van het onderzoek omdat die minder valide zijn.

Ook is slechts een FPA, FPC en niveau 1-kliniek geïnterviewd. Daardoor kon niet worden vastgesteld in hoeverre verschillende FPA's, FPC's en niveau-1 klinieken dezelfde problematiek ervaren en welke verschillen hierin zitten. De problematiek is landelijk beschreven, en is er bijvoorbeeld geen inzicht in hoeverre elke regio dezelfde problematiek ervaart. Indien dit inzicht er wel was hadden er per regio gerichtere aanbevelingen kunnen worden opgesteld. Vooraf hadden er meer klinieken benaderd moeten worden. Het is pas in een later stadium gelukt om een plaatsingscoördinator van een niveau-1 kliniek te interviewen. In dit interview werd een deel van de eerdere knelpunten bevestigd, er zijn geen nieuwe uitkomsten naar voren gekomen. Was dit echter anders geweest dan hadden deze nieuwe inzichten niet besproken kunnen worden met andere professionals, aangezien de dialoogsessies al voorbij waren. Dan had niet geverifieerd kunnen worden in hoeverre overige professionals deze knelpunten/mogelijkheden ook ervaren. Dat zou de betrouwbaarheid van deze resultaten verminderen omdat niet vastgesteld kan worden in hoeverre de resultaten valide zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de vertegenwoordiging uit dit onderzoek niet representatief is voor het hele werkveld. Dit vermindert de kwaliteit van het onderzoek doordat opvattingen, visies en bevindingen van andere partners uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen afwijken van de conclusies die er getrokken zijn in het praktijkonderzoek. De resultaten van dit onderzoek moeten dan ook vanuit een holistisch perspectief worden bekeken. Zij geven inzicht in wat een deel van het werkveld ziet als de relevante knelpunten en mogelijkheden met betrekking tot de uitstroom naar ambulante zorg en verblijfszorg.

2. De omvang van de uitstroomproblematiek is nog onduidelijk.

In de vragenlijsten (zie bijlage 6) had hier dieper op doorgevraagd kunnen worden. Zo is niet gevraagd hoe vaak bepaalde knelpunten zich in een bepaald tijdvlak voordoen.

Waarom is dit een beperking? De problemen worden door alle stakeholders erkend, maar doordat er onvoldoende is doorgevraagd in het praktijkonderzoek is de omvang van de problematiek onduidelijk. Was hier dieper op doorgevraagd, dan kon er een completer beeld van de praktijksituatie ontstaan.

Hoofdstuk 3 Theoretisch kader

Dit hoofdstuk bevat de resultaten uit het literatuuronderzoek. In paragraaf 3.1 wordt ingegaan op de juridische (on)mogelijkheden voor de uitstroom van beveiligde intensieve zorg, naar ambulante zorg en verblijfszorg. Vervolgens worden de juridische, financiële en organisatorische knelpunten in het uitstroomproces besproken in paragraaf 3.2. Tot slot komen in paragraaf 3.3 de gevonden *best practises* om de uitstroom te verbeteren aan bod. Daarmee worden de volgende theoretische deelvragen beantwoord:

1. Wat zijn vanuit de Zvw, de Wlz, de Wmo 2015, de Wfz de juridische (on)mogelijkheden voor het laten uitstromen van een patiënt vanuit een beveiligde klinische GGZ-opname naar ambulante zorg en verblijfszorg?
2. Welke juridische, financiële en organisatorische knelpunten zijn er volgens de literatuur op het moment dat een patiënt na een beveiligde klinische GGZ-opname doorstroomt naar ambulante zorg en verblijfszorg?
3. Wat zijn best practises volgens de literatuur met betrekking tot het organiseren van passende zorg voor patiënten die een beveiligde klinische GGZ-opname hebben doorlopen en waarbij sprake is van meervoudige, complexe problematiek?

3.1 Juridische (on)mogelijkheden en financiering voor de uitstroom naar ambulante zorg en verblijfszorg

Om te begrijpen hoe de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg verloopt, is het nodig eerst een overzicht te geven van de indicaties waarmee een patiënt BIZ kan ontvangen. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende financieringsstromen en worden de eerdergenoemde uitstroomopties behandeld. De relevante wetgeving voor het uitstroomproces zal toegelicht worden, waardoor de juridische (on)mogelijkheden in kaart worden gebracht. De juridische knelpunten die zich in dit proces kunnen voordoen worden beschreven in paragraaf 3.2.

3.1.1 Indiciestelling beveiligde intensieve zorg & financiering

Zoals in paragraaf 1.2 in de inleiding is besproken, kan een patiënt binnen verschillende kaders BIZ krijgen: binnen een vrijwillig kader (op grond van de WGBO, een geneeskundige behandelovereenkomst), een onvrijwillig kader (op grond van de Wvvgz en Wzd) en in een forensisch kader (zie de Wfz, deze wet regelt de organisatie van forensische zorg). Voor het onvrijwillige kader geldt dat de rechter gedwongen zorg binnen een GGZ-kliniek kan opleggen door het verlenen van een zorgmachtiging (art. 1:1 lid 1 onder y Wvvgz) of een rechterlijke machtiging (art. 24 lid 1 Wzd). In deze machtigingen staat welke zorg verleend mag worden. De rechter kan op verzoek van betrokkenen of ambtshalve besluiten dat de patiënt om veiligheidsredenen in een kliniek met forensische expertise moet verblijven, en dus wordt opgenomen binnen de BIZ (art. 6:4 lid 3 en 4 Wvvgz).

Forensische zorg wordt niet met een civiele machtiging verleend, maar wordt opgelegd door de strafrechter in een vonnis. Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie (NIFP) zorgt dan voor een indicatie die aangeeft wat voor zorg de patiënt nodig heeft en welk beveiligingsniveau passend is (zie ook art. 5.1 lid 1 en art. 5.2 lid 1 Wfz).⁴⁴ De rechter (of in bepaalde gevallen de officier van justitie, een rechter-commissaris, advocaat-generaal of de minister van Justitie en Veiligheid - J & V) doet vervolgens uitspraak in de strafzaak en besluit al dan niet om forensische zorg op te leggen (art. 5.1 lid 2 Wfz).⁴⁵ De uitspraak van de rechter vormt een zogenaamde forensische titel: een grondslag waarop het Ministerie J & V de zorg kan inkopen.⁴⁶ In totaal zijn er 28 verschillende zorgtitels, waaronder 'tbs met dwangverpleging' (art. 37 a jo. 37 b Wetboek van Strafrecht), en 'overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis' (art. 43 Penitentiaire Beginselenwet).⁴⁷ Alle forensische titels hebben een juridische basis in het strafrecht. De verschillende titels zijn genoemd in het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering, de Penitentiaire Beginselenwet of de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden.⁴⁸ Na de rechterlijke uitspraak en indicatiestelling door het NIFP, neemt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) of de reclassering namens het ministerie J & V een plaatsingsbesluit, dit besluit specificeert welke zorg de

⁴⁴ 'Weblog wat doet het NIFP nou eigenlijk?', nifp.nl

⁴⁵ 'Zorgtitels', Expertisecentrum Forensische Psychiatrie efp.nl

⁴⁶ 'Introductie: forensische zorgtitels', forensischezorg.nl

⁴⁷ 'Introductie: forensische zorgtitels', forensischezorg.nl

⁴⁸ 'Introductie: forensische zorgtitels', forensischezorg.nl

patiënt zal ontvangen en onder welk beveiligingsniveau (art. 6.1 Wfz jo. art. 6.2 lid 2 Besluit Wfz). Denk bij het type zorg bijvoorbeeld aan verslavingszorg, GGZ of gehandicaptenzorg.

In één kliniek kunnen verschillende patiëntdoelgroepen verblijven, die vanuit verschillende indicaties en financieringskaders zijn opgenomen. Zo wordt de zorg voor patiënten die vrijwillig of onvrijwillig op basis van de Wvvgz of de Wzd verblijven gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet (art. 10 sub a en g Zvw, zie de inhoud van het basispakket 2023).⁴⁹ Financiering vanuit de Zvw geldt voor de eerste drie jaar van de opname, duurt deze langer dan is er een Wlz-indicatie nodig en wordt de zorg vervolgens op basis van de Wlz gefinancierd op grond van artikel 3.2.2 lid 1 Wlz.⁵⁰ Forensische zorg daarentegen wordt in de hoofdregel bekostigd door het ministerie van Justitie en Veiligheid (J & V), zij kopen deze zorg in door contracten af te sluiten met aanbieders van forensische zorg (art. 4.1 lid 1 Wfz). Het kan echter voorkomen dat de patiënt al zorg ontving vóór het strafrechtelijke proces. Indien de volgende vormen van zorg van toepassing waren, betaalt niet het ministerie voor de zorg maar een andere partij:⁵¹

- **Begeleiding, dagbesteding en verblijfszorg (zoals tijdelijk beschermd wonen) vanuit de Wmo**
De gemeente moet de zorg blijven betalen indien deze is opgenomen in het vonnis.
- **Zorg vanwege een lichamelijke/zintuigelijke handicap of somatische problemen (waaronder verzorging en verpleging) op grond van de Wlz**
Voor deze zorg is een indicatie afgegeven vanuit het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), deze zorg blijft op grond van de Wlz geleverd worden en wordt gefinancierd door een eigen bijdrage en uit premies en belastingen.⁵² Het Zorgkantoor (zie paragraaf 3.1.2) vergoedt deze zorg.
- **Klinische zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (als de persoon voorheen een klinische opname in een vrijwillig of onvrijwillig kader had)**
De zorgverzekeraar moet de zorg blijven vergoeden, dit geldt niet voor ambulante zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Deze zorg valt voortaan onder forensische zorg en wordt vergoed door het ministerie.

De bestaande financiering wordt voortgezet. In art. 2.2 lid 1 Wfz staat dan ook: *‘Aan de forensische patiënt wordt de forensische zorg verleend, waarop hij blijkens de strafrechtelijke titel is aangewezen.’* Vloeit de zorg dus niet voort uit een strafrechtelijke titel (staat het niet in het vonnis), of is de zorg eerder al bekostigd vanuit bovenstaande wetgeving, dan valt de zorg niet onder forensische zorg vergoed door het Ministerie J & V. Is er naast deze bestaande zorg nog aanvullende zorg nodig die in het vonnis is genoemd, dan wordt deze wél vergoed door het ministerie in het kader van forensische zorg.⁵³ In de praktijk is de Divisie Forensische Zorg (Divisie ForZo, onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen) de partij die verantwoordelijk is voor de financiering, inkoop en kwaliteit van forensische zorg voor volwassenen.⁵⁴ Formeel ligt deze verantwoordelijkheid bij het Ministerie J & V (art. 2.2 lid 2 Wfz). Sinds 2022 kunnen zorgaanbieders van BIZ bij de zorgverzekeraars en bij de Divisie ForZo declaraties indienen voor de zorg op basis van zogenaamde ‘prestaties’, deze staan in het Zorgprestatie-model dat is ontwikkeld door de Nederlandse zorgautoriteit (Nza), zorgaanbieders en zorgverzekeraars.⁵⁵ De prestaties in het prestatie-model gelden voor de forensische zorg, basis-GGZ en specialistische GGZ en bepalen de vergoeding die de zorgaanbieder ontvangt voor de GGZ of forensische zorg.⁵⁶ Zo kunnen zorgaanbieders van BIZ bijvoorbeeld een declaratie indienen op basis van de prestatie ‘consult’ (voor diagnostiek of behandeling) in de setting ‘forensische en beveiligde zorg - klinische zorg’. Op basis van deze prestatie zullen zij een bepaalde vergoeding voor de zorg ontvangen vanuit de zorgverzekeraar of de Divisie ForZo, afhankelijk van het kader waarbinnen de patiënt is opgenomen.

⁴⁹ ‘Alle verzekerde onderwerpen, basispakket zorgverzekeringswet’, zorginstituutnederland.nl

⁵⁰ ‘Alle verzekerde onderwerpen, basispakket zorgverzekeringswet’, zorginstituutnederland.nl

⁵¹ ‘Zorginkoop & Financiering: financiering forensische zorg’, forensischezorg.nl

⁵² ‘Alle verzekerde onderwerpen, Wlz algemeen: hoe werkt de Wet langdurige zorg?’, zorginstituutnederland.nl

⁵³ ‘Alle verzekerde onderwerpen, Wlz algemeen: hoe werkt de Wet langdurige zorg?’, zorginstituutnederland.nl

⁵⁴ ‘Zorginkoop & Financiering: Inkoop forensische zorg’, forensischezorg.nl

⁵⁵ ‘Zorginkoop & Financiering: Zorgprestatie-model’, forensischezorg.nl

Zie ook art. 1.1 Begripsbepalingen Beleidsregel Prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - BR/REG-23139.

⁵⁶ ‘Geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz), registreren en declareren ggz/fz’, Nederlandse Zorgautoriteit nza.nl

Samenvattend wordt de zorg die patiënten krijgen binnen de BIZ dus meestal vergoed door de zorgverzekeraar (regulier kader, op basis van civiel recht) of de Divisie ForZo (forensisch kader, op basis van strafrecht), op grond van afgesproken tarieven en prestaties. In bepaalde situaties kan de zorg voor forensische patiënten binnen een beveiligde kliniek ook door andere partijen worden vergoed dan het ministerie J & V:

- Als er zorg nodig is die buiten de strafrechtelijke titel valt;
- Als de patiënt voorafgaand aan de strafrechtelijke titel al bepaalde zorg ontving.

Dan kan de zorg op grond van de Wmo, Wlz of Zvw worden vergoed (zie de infographic op de volgende pagina). Voor patiënten die opname vergoed krijgen door de zorgverzekeraar (vrijwillige opname/onvrijwillige opname op grond van de Wvvgz of Wzd) geldt dat zij de eerste drie jaar van opname vergoed krijgen vanuit de Zvw, na drie jaar wordt de opname vergoed door het Zorgkantoor op basis van de Wlz.

Afbeelding 1. Infographic kaders & financiering beveiligde intensieve zorg⁵⁷

3 kaders voor beveiligde intensieve zorg

Binnen deze kaders kan een patiënt worden opgenomen.

Vrijwillig kader

Patiënt stemt in met de opname, er is geen sprake van verzet. Behandelrelatie op grond van de WGBO.

Onvrijwillig, gedwongen kader

Patiënt stemt niet in met de opname en wordt gedwongen opgenomen op grond van de Wvvgz of Wzd.

Forensisch kader

Patiënt is in contact gekomen met justitie, bij rechterlijke uitspraak wordt forensische zorg opgelegd. Wfz regelt de organisatie van forensische zorg. De forensische titels zijn genoemd in het strafrecht (bijvoorbeeld in het Wetboek van Strafrecht).

Financiering beveiligde intensieve zorg

Zorgverzekeringswet

Een klinische GGZ-opname wordt vergoed door de zorgverzekeraar, zie art. 10 sub a en g Zvw, en de inhoud van het basispakket 2023.

Zorgverzekeringswet

Ook een gedwongen klinische GGZ-opname wordt vergoed door de zorgverzekeraar, zie art. 10 sub a en g Zvw, en de inhoud van het basispakket 2023.

Wet forensische zorg

Divisie ForZo is verantwoordelijk voor de financiering, inkoop en kwaliteit van forensische zorg. Het ministerie J & V is eindverantwoordelijk voor de tenuitvoerlegging van forensische zorg, art. 2.2 lid 2 Wfz.



Uitzonderingen

Ministerie J & V is niet de partij die zorg vergoedt als:

- Er zorg nodig is die eerder bekostigd was vanuit de Zvw (klinische opname), Wlz (o.a. verzorging en verpleging) en Wmo (begeleiding, dagbesteding, verblijfszorg). Deze blijft onder deze financiering vallen;
- Er zorg nodig is die niet in de forensische titel is genoemd (dan vergoeding vanuit regulier kader: de Zvw, Wlz en/of Wmo, door de zorgverzekeraar, Zorgkantoor en/of gemeente.)

Declaratie zorg: Zorgprestatiemodel

Op basis van prestaties uit het Zorgprestatiemodel ontvangen zorgaanbieders een vergoeding voor de zorg. Deze ontvangen zij van de zorgverzekeraar of de Divisie ForZo (afhankelijk van kader patiënt).

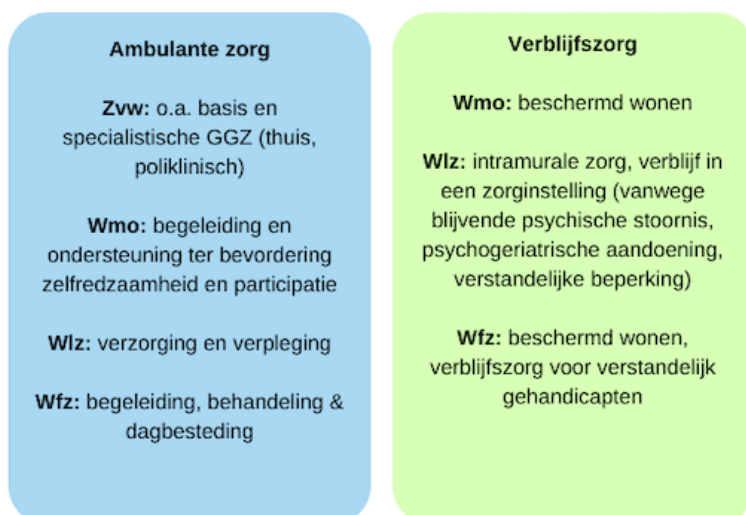
Bovenstaande zorg valt dus niet onder forensische zorg vergoed door het Ministerie van Justitie en Veiligheid.

⁵⁷ Eigen afbeelding

3.1.2 Uitstroom naar ambulante zorg en verblijfszorg

Op het moment dat de patiënt de klinische opname heeft doorlopen kan het zijn dat er nog steeds behoefte is aan één of meerdere vormen van zorg en ondersteuning.⁵⁸ De zorg die een patiënt na BIZ kan ontvangen kan onder ambulante zorg en/of verblijfszorg vallen. Binnen het reguliere kader (na vrijwillige en gedwongen zorg) en het forensische kader zijn vergelijkbare vormen van zorg beschikbaar. Nadat een forensische patiënt het forensische zorgtraject heeft doorlopen kan hij ook gebruik maken van het reguliere zorgaanbod.⁵⁹

Afbeelding 2: Vormen van ambulante zorg en verblijfszorg met bijbehorende wet- en regelgeving⁶⁰



3.1.2.1 (On)vrijwillige kader

Het uitstroomproces van forensische patiënten en patiënten die (on)vrijwillig zijn opgenomen (vrijwillig of gedwongen op grond van de Wvzgg of Wzd) kan verschillen. De procedures om patiënten in het (on)vrijwillige kader te laten uitstromen naar Zvw-zorg, Wmo-zorg en Wlz-zorg zullen eerst worden besproken, daarna komt de forensische procedure aan bod. Is de patiënt (on)vrijwillig opgenomen, dan is het de regiebehandelaar die gedurende de opname in kaart brengt welke ondersteuning de patiënt na de opname nodig heeft op verschillende leefgebieden en vervolgzorg in gang zet.⁶¹ Een regiebehandelaar is de zorgverlener die de regie heeft gedurende de opname, verantwoordelijk is voor het opstellen van een zorgplan en monitoring van de zorg.⁶²

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Als de patiënt ambulante zorg (gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet) nodig zal hebben, kijkt de regiebehandelaar naar de mogelijkheden binnen en buiten de eigen zorgaanbieder. In veel gevallen hebben patiënten al een ambulante hulpverlener en wordt in overleg gekeken naar hoe ambulante zorg kan worden voortgezet. Is dit niet het geval dan meldt de regiebehandelaar de patiënt zo snel mogelijk aan bij een GGZ-aanbieder of FACT-team indien ambulante GGZ nodig blijkt te zijn.⁶³ Een FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment-team) is een multidisciplinair team dat patiënten met ernstige psychische problemen behandelt met problematiek op meerdere leefgebieden, door een integrale en herstelgerichte aanpak te voeren (voor forensische patiënten wordt gewerkt met speciale forensische FACT-teams).⁶⁴ Voor alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt is een verwijzing nodig (art. 14 lid 2 Zvw), de regiebehandelaar mag de patiënt verwijzen naar andere zorgaanbieders.⁶⁵

⁵⁸ In deze paragraaf wordt ingegaan op de situatie dat alle vormen van klinische behandeling zijn afgerond. Tussen de verschillende beveiligingsniveaus (zie bijlage) kan er namelijk ook worden op- en afgeschaald tijdens de behandeling als blijkt dat een ander beveiligingsniveau meer passend is, waardoor het kan voorkomen dat de patiënt in een andere kliniek zorg krijgt.

⁵⁹ Scheltema e.a. 2020.

⁶⁰ Eigen afbeelding

⁶¹ VNG 2018.

⁶² 'Regiebehandelaar ggz', kennisbank.patiëntenfederatie.nl

⁶³ Scheltema e.a. 2020.

⁶⁴ 'Cliënten, behandelmogelijkheden: FACT', ggzcentraal.nl

⁶⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Verwijsafspraken geestelijke gezondheidszorg', zorgprestatie-model.nl

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Heeft de patiënt een voorziening vanuit de Wmo nodig (zie afbeelding 2) dan wordt er contact opgenomen met een contactpersoon van de gemeente om deze ondersteuning in gang te zetten. Een patiënt kan aanspraak maken op een Wmo-voorziening als hij als gevolg van zijn psychische stoornis, beperking of psychosociale problemen niet op eigen kracht en met inzet van zijn netwerk zelfredzaam kan zijn en kan participeren in de samenleving (art. 1.2.1 Wmo). De regiebehandelaar zorgt ervoor dat de gemeente al tijdens de opname met haar onderzoek kan starten indien nodig en ondersteunt de patiënt bij de aanvraag.⁶⁶ De gemeente heeft acht weken de tijd om een besluit te nemen op Wmo-aanvragen voor beschermd wonen en individuele ondersteuning (zie art. 4:13 lid 2 Algemene wet bestuursrecht), is er echter sprake van een crisisopname in de kliniek of kortdurend verblijf dan wordt vier weken als een redelijke termijn gezien.⁶⁷ Met deze termijnen voor het verkrijgen van een Wmo-indicatie moeten de regiebehandelaar en de patiënt dus rekening houden.

Wet langdurige zorg (Wlz)

Tot slot kan ook blijken dat de patiënt langdurige zorg nodig heeft op grond van de Wlz, zoals verblijf in een instelling of verzorging en verpleging aan huis (art. 3.1.1 Wlz). Een patiënt kan een Wlz-indicatie krijgen als hij een psychische stoornis, somatische aandoening, psychogeriatrische aandoening, lichamelijke of verstandelijke beperking heeft en een blijvende behoefte heeft aan zorg waarbij er permanent toezicht is of 24-uur zorg is in zijn nabijheid, dit om ernstig nadeel te voorkomen (art. 3.2.1 Wlz). Denk bij ernstig nadeel aan situaties waarbij een patiënt zichzelf verwaarloost of gevaar veroorzaakt voor zichzelf en anderen). Deze zorg vindt dus thuis plaats of in een GGZ-instelling, verpleeghuis of instelling voor mensen met een beperking. De regiebehandelaar kan een Wlz-aanvraag doen bij het CIZ, die vervolgens onderzoekt of de patiënt recht heeft op Wlz-zorg. Binnen acht weken verstrekt het CIZ een indicatiebesluit waarin staat op welke zorg de patiënt recht heeft (art. 3.2.3 lid 1 Wlz jo. art. 4:13 lid 2 Algemene wet bestuursrecht). Vervolgens kan contact worden opgenomen met het regionale Zorgkantoor om de zorg te regelen, het Zorgkantoor zorgt er vervolgens voor dat de patiënt de juiste zorg krijgt en betaalt deze zorg.⁶⁸

Zoals uit de uitleg hierboven blijkt kan het regelen van nieuwe zorgindicaties dus meerdere weken in beslag nemen. Het is daarom van belang om tijdens de opname al te kijken naar de verwachte zorgbehoefte en deze zorg in gang te zetten. Op het moment dat het verblijf in de kliniek niet meer 'medisch noodzakelijk' is voor de GGZ-behandeling, kan er ontslag uit de BIZ volgen en moet de vervolgzorg geregeld zijn.⁶⁹ Het ontslag gebeurt in overleg met de patiënt, naasten en andere betrokken stakeholders.

3.2.2 Forensisch kader

De procedures voor het regelen voor vervolgzorg zijn binnen de forensische zorg anders dan bij de reguliere GGZ. Is er ambulante zorg nodig, dan kan forensisch ambulante zorg verstrekt worden als dit in de forensische titel is opgenomen, is dit niet het geval dan moet er reguliere ambulante zorg worden geregeld op grond van de Zvw.⁷⁰ Het 3RO (dit staat voor 3 Reclasseringsorganisaties: Reclassering Nederland, Stichting Verslavingsreclassering, Stichting Leger des Heils Jeugdbescherming & Reclassering, indiceert o.a. forensische zorg) moet een indicatie afgeven voor forensisch ambulante zorg en regelt de plaatsing (zie art. 5.3 Wfz jo. art. 5.1 lid 4 sub a Besluit forensische zorg).⁷¹ Mocht de patiënt forensisch beschermd moeten wonen of verblijfszorg vanwege een verstandelijke beperking nodig hebben, dan is hiervoor een indicatie vanuit het NIFP nodig in opdracht van het 3RO (zie art. 5.3 Wfz jo. art. 5.1 lid 4 sub b Besluit forensische zorg).⁷² In bovenstaande situaties loopt de strafrechtelijke titel van de patiënt nog door, hier zit een eindtermijn aan. Loopt de strafrechtelijke titel van de patiënt echter (voorwaardelijk) af na de opname, dan zorgt de zorgaanbieder (in de praktijk de regiebehandelaar) zes weken voordat de titel afloopt voor aansluitende reguliere zorg op grond van de Zvw en Wlz (art. 2.5 Wfz) indien nodig. Ook voor forensische patiënten moeten er dus nieuwe indicaties voor zorg worden aangevraagd, in dit geval bij het 3RO en NIFP voor forensische zorg of wederom bij de gemeente, het CIZ of een verwijzing door de regiebehandelaar voor Zvw-zorg.

⁶⁶ Scheltema e.a. 2020, p. 17.

⁶⁷ Scheltema e.a. 2020, p. 17.

⁶⁸ 'Zorgkantoren', rijksoverheid.nl

⁶⁹ Scheltema e.a. 2020, p. 3.

⁷⁰ Programma Continuïteit van Zorg 2017, p. 18-19.

⁷¹ Programma Continuïteit van Zorg 2017, p. 18.

Beschrijving 3RO: 'Keten forensische zorg: 3 Reclasseringsorganisaties', forensischezorg.nl

⁷² Programma Continuïteit van Zorg 2017, p. 20.

Het verschil tussen de uitvoering van forensisch ambulante zorg en reguliere ambulante zorg, forensische verblijfszorg en reguliere verblijfszorg zit onder andere in de financiering. Forensische zorg wordt in de hoofdregel vergoed door het Ministerie J & V, reguliere zorg uit de Zvw, Wmo of Wlz. Daarnaast is er binnen de forensisch ambulante zorg en forensische verblijfszorg meer kennis en expertise op het gebied van risicovol gedrag: bijvoorbeeld agressie veroorzaakt door een psychische stoornis en complexe problematiek waardoor de patiënt sociale en maatschappelijke problemen ervaart.

3.2 Juridische, financiële en organisatorische knelpunten

In deze paragraaf wordt besproken welke knelpunten zich kunnen voordoen op het moment dat een patiënt na een beveiligde klinische GGZ-opname uitstroomt naar ambulante zorg en verblijfszorg. Eerst worden de knelpunten behandeld uit het reguliere kader (vrijwillige en gedwongen zorg) daarna de knelpunten uit het forensische kader.

3.2.1 Knelpunten regulier kader

Binnen het reguliere kader zijn er verschillende knelpunten. Hieronder worden de juridische, financiële en organisatorische knelpunten toegelicht.

Nummer	Knelpunt
1.	De financieringssystematiek van de Zorgverzekeringswet kan negatieve financiële prikkels veroorzaken voor zorgaanbieders.
2.	Het financieren van passende zorg voor mensen met meervoudige problemen kan lastig zijn door schotten in wet- en regelgeving.
3.	Het aanbod van Wmo-voorzieningen kan regionaal verschillen, tekort aan plekken voor tijdelijk beschermd wonen.
4.	Wachlijsten en -tijden, personeelstekorten en capaciteitsproblemen.
5.	Toenemende complexiteit zorgvragen bemoeilijkt ambulante zorg.

Juridisch & financieel knelpunt: negatieve financiële prikkels voor zorgaanbieders vanuit de financieringssystematiek van de Zorgverzekeringswet

Zoals de overgang naar andere zorgvormen in paragraaf 3.1.2 is beschreven lijkt het uitstroomproces (juridisch) goed geregeld te zijn, in elke zorgbehoefte voorziet een andere wet. Dit is ook vaak het geval indien de patiënt een enkelvoudig probleem heeft dat bij één zorgaanbieder neergelegd kan worden, maar heeft de cliënt meervoudige problemen dan wordt dit proces een stuk lastiger.⁷³ Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in het financieringssysteem van de Zorgverzekeringswet, waarin negatief werkende financiële prikkels een rol kunnen spelen.⁷⁴ Zorgverzekeraars hebben de taak om de zorg zo betaalbaar mogelijk te houden en werken daarom onder andere met omzetplafonds, afspraken met zorgaanbieders over het maximale bedrag dat aan zorg gedeclareerd kan worden.⁷⁵ Worden deze plafonds overschreden dan kan de zorgaanbieder de zorg niet meer declareren. Deze omzetplafonds worden sneller bereikt indien een zorgaanbieder patiënten met complexe problematiek (waaronder ernstige psychiatrische aandoeningen) behandelt dan patiënten met een lichtere zorgvraag.⁷⁶ Omdat deze patiënten vaker een intensieve behandeling nodig hebben, bestaat het risico dat het omzetplafond al bereikt is terwijl de behandeling van de patiënt nog niet klaar is. De zorgaanbieder zal dan zelf voor deze zorg moeten betalen, de zorg kan niet meer bij de zorgverzekeraar gedeclareerd worden. Dit maakt het voor zorgaanbieders financieel gezien minder aantrekkelijk om patiënten met complexe en/of meervoudige problemen te behandelen, waardoor de kans groter is dat een aanvraag voor zorg voor een patiënt uit deze doelgroep wordt afgewezen door de zorgaanbieder.⁷⁷ Daarnaast zorgt dit ervoor dat zorgaanbieders zich gaan specialiseren, bijvoorbeeld in de behandeling van een specifieke aandoening.⁷⁸ Daardoor is het lastiger om passende zorg te realiseren voor mensen met meervoudige problemen. Zorgaanbieders hebben een specialistisch

⁷³ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 7.

⁷⁴ Algemene Rekenkamer 2020, p. 19.

⁷⁵ 'FAQ: Wat is een omzetplafond?', Zorgwijzer.nl

⁷⁶ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 51

⁷⁷ Algemene Rekenkamer 2020, p. 20

⁷⁸ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 49.

aanbod en kunnen dus met criteria voor zorg werken die mensen met meervoudige problematiek uitsluiten (contra-indicaties, het hebben van een bepaalde problematiek sluit zorg bij de desbetreffende zorgaanbieder uit).

Juridisch, financieel & organisatorisch knelpunt: het financieren van passende zorg voor mensen met meervoudige problemen kan lastig zijn door schotten in wet- en regelgeving

Zoals hierboven is beschreven kan het vinden van passende zorg voor mensen met meervoudige problemen bemoeilijkt worden door de schotten in wet- en regelgeving: iedere wet voorziet in een bepaalde zorgbehoefte en vormt een basis voor de financiering van de zorg. Professionals ervaren dan ook onvoldoende vrije ruimte om 'eerst te doen wat nodig is en daarna te kijken hoe dat gefinancierd moet worden'.⁷⁹ Als de professional bijvoorbeeld een bepaalde zorgaanbieder op het oog heeft waar de patiënt passende zorg zou kunnen ontvangen, maar hiervoor geen geschikte financiering is dan zal hij/zij meestal verder moeten zoeken naar vervolgzorg. In het rapport 'Op zoek naar passende zorg' van Argo & Pro Facto (2019) wordt dit toegelicht met een citaat uit een interview: 'Sommige ggz-cliënten met LVB of autisme zouden op een bepaalde zorgplek goed gedijen, maar als zo'n zorgaanbieder alleen op Wlz is ingekocht kan het niet doorgaan'.⁸⁰ In dit voorbeeld kunnen bepaalde patiënten met een licht verstandelijke beperking of autisme dus geen zorg krijgen in een instelling die wordt gefinancierd vanuit de Wlz. Dit komt doordat zij geen Wlz-indicatie kunnen krijgen maar zich op zorg en ondersteuning op grond van de Wmo of Zw moeten beroepen (zij voldoen niet aan de voorwaarden voor een Wlz-indicatie). Daardoor is er geen plek voor deze patiënten bij de zorgaanbieder die enkel Wlz-zorg aanbiedt, aangezien zij niet de juiste indicatie hebben en daardoor niet in het juiste financieringskader vallen. De passende zorg moet dus onder het juiste financieringskader vallen om hier gebruik van te kunnen maken.

Juridisch, financieel & organisatorisch knelpunt: het aanbod van Wmo-voorzieningen kan regionaal verschillen, tekort aan plekken voor tijdelijk beschermd wonen

Een ander financieel/juridisch knelpunt dat het realiseren van passende zorg kan bemoeilijken heeft betrekking op Wmo-voorzieningen. Doordat gemeenten zelf kunnen bepalen hoe zij hun Wmo-gelden besteden (formeel hebben zij geen zorgplicht), kunnen er regionale verschillen ontstaan in de kwantiteit en kwaliteit van het aanbod van zorg en ondersteuning.⁸¹ Zij kunnen zelf bepalen hoeveel zorg zij inkopen, daardoor kunnen verschillen ontstaan in 'bijvoorbeeld de beschikbaarheid van langdurige begeleiding bij psychische problemen'.⁸² Afhankelijk van de hoeveelheid zorg die de gemeente inkoopt, kan de aanbieder van de Wmo-voorziening (zoals een aanbieder van tijdelijk beschermd wonen) zorg leveren. Het kan voorkomen dat een persoon met meervoudige problematiek zorg nodig heeft die niet door de gemeente is ingekocht, waardoor deze zorg elders bij een gespecialiseerde zorgaanbieder gezocht moet worden of de persoon minder passende zorg in de eigen gemeente krijgt.⁸³ Per gemeente kan het aanbod dus verschillen, bij de ene gemeente kan het realiseren van zorg en ondersteuning op grond van de Wmo eenvoudiger zijn dan bij de andere gemeente. Wat hier tevens aan bijdraagt is dat er een algemeen tekort is aan plekken voor tijdelijk beschermd wonen voor mensen met meervoudige problematiek op het gebied van verslaving, GGZ en een licht verstandelijke beperking.⁸⁴

Organisatorisch knelpunt: wachtlijsten en -tijden, personeelstekorten en capaciteitsproblemen

Een probleem dat in de hele GGZ speelt zijn de wachtlijsten (en daardoor wachttijden) die zorgaanbieders hanteren. Daardoor kan het voorkomen dat patiënten lang moeten wachten voordat zij passende zorg kunnen krijgen. Volgens het onderzoek 'Geen plek voor grote problemen: aanpak van wachttijden in de specialistische ggz' van de Algemene Rekenkamer (2020) wordt gesteld dat hoe complexer de problematiek van de patiënt is, hoe langer de wachttijden zullen zijn, vooral voor patiënten met een ernstige psychische aandoening, meerdere aandoeningen of een psychische aandoening in combinatie met een verstandelijke beperking.⁸⁵ Met deze wachttijd dient rekening te worden gehouden als er passende zorg gerealiseerd moet worden. Wat men ziet in de specialistische GGZ (waaronder de BIZ) op het moment dat er nog geen passende zorg beschikbaar is, is dat de patiënt langer bij de huidige zorgaanbieder blijft terwijl de behandeling normaliter al zou zijn afgerond.⁸⁶ Het verblijf is dan niet strikt medisch noodzakelijk meer, en de patiënt houdt een bed bezet dat anders voor een andere patiënt gebruikt zou kunnen worden. Daarnaast zijn er zowel in de

⁷⁹ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving 2019, p. 15.

⁸⁰ ProFacto & Argo 2019, p. 38.

⁸¹ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 59.

⁸² Koekoek 2016, p. 131.

⁸³ ProFacto & Argo 2019, p. 36.

⁸⁴ Aldersson Elffers Felix 2019, p. 4.

⁸⁵ Algemene Rekenkamer 2020, p. 18.

⁸⁶ Algemene Rekenkamer 2020, p. 32.

basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ, personeelstekorten. Volgens een berekening van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, was er in 2022 een tekort aan 4.200 personeelsleden in de GGZ, naar verwachting zijn dit er in 2031 9.300.⁸⁷ Ook zijn er in de GGZ problemen rondom een 'optimale inzet' van personeelsleden.⁸⁸ Zowel de wachttijden en personeelstekorten dragen bij aan de capaciteitsproblemen binnen de GGZ, er is een beperkte capaciteit in verhouding tot de vraag naar GGZ.

Organisatorisch knelpunt: Toenemende complexiteit zorgvragen bemoeilijkt ambulante zorg

Wat het realiseren van (ambulante) zorg tot slot lastig kan maken is de toename aan de complexiteit in zorgvragen. Stichting MEE, een aanbieder van cliëntondersteuning, signaleerde in 2022 dat er onder andere door wachtlijsten en personeelstekorten, 'onvoldoende passende overbruggingszorg' (zorg terwijl een patiënt wacht op een bepaalde vorm van zorg) is voor patiënten waardoor de complexiteit van hun problematiek kan toenemen.⁸⁹ Ook de FACT-teams (zie paragraaf 3.1.2) ervaren een toename van zowel het aantal zorgvragen als een toename van de complexiteit van deze zorgvragen.⁹⁰ Dit heeft als gevolg dat de werkdruk verhoogd wordt en er mogelijk risico's voor de kwaliteit van zorg ontstaan doordat er bijvoorbeeld te weinig zorg geboden kan worden, de zorg onvoldoende passend is of er niet op tijd opgeschaald kan worden in de intensiviteit van zorg.⁹¹ Zoals ook uit de bovenstaande knelpunten blijkt is het lastiger om zorg te organiseren op het moment dat een patiënt complexere problematiek heeft.

3.2.2 Knelpunten forensisch kader

In onderstaande paragraaf worden de knelpunten die zich kunnen voordoen op het moment dat de patiënt uitstroomt uit de BIZ naar forensische ambulante zorg en verblijfszorg, beschreven. Deze knelpunten hebben dus betrekking op forensische zorg. Als de patiënt uitstroomt richting reguliere ambulante zorg of verblijfszorg, kunnen de knelpunten uit paragraaf 3.2.1 van toepassing zijn. Eerst wordt ingegaan op de knelpunten die de aanleiding vormden voor de invoering van de Wfz en de doelen van deze wet. Daarna worden overige knelpunten in de forensische zorg besproken.

Sinds de invoering van de Wfz is de organisatie van forensische zorg veranderd. Het wetsvoorstel voor de Wfz stamt al uit 2009, pas tien jaar later op 1 januari 2019 is de Wfz in werking getreden.⁹² De Wfz is tot stand gekomen naar aanleiding van een motie die op 6 juli 2004 door Eerste Kamerlid Rob van de Beeten werd ingediend.⁹³ In deze motie kwam naar voren dat de detentie van mensen met psychische problematiek, een verslaving of een verstandelijke beperking problemen opleverde in het gevangeniswezen, de regering werd verzocht hiervoor beleid op te stellen. Vervolgens onderzocht de werkgroep Houtman in 2005 de knelpunten nader in de praktijk.

De belangrijkste knelpunten die uit de motie en het onderzoek naar voren kwamen, waren onderstaande problemen. Het is nog onduidelijk in hoeverre de invoering van de Wfz deze knelpunten heeft beïnvloed, er loopt momenteel een evaluatieonderzoek naar de Wfz.⁹⁴

Knelpunt 1: Capaciteitsproblemen

Binnen het gevangeniswezen waren er beperkte mogelijkheden voor behandeling van deze doelgroep, er was sprake van schaarste in de GGZ en tbs-sector, terwijl de behoefte aan deze zorg groeide.⁹⁵

Knelpunt 2: Afstemmingsproblemen & problemen in de continuïteit van zorg

De samenwerking tussen justitie, gemeenten, zorginstellingen en andere hulpverleningsorganisaties kwam nog onvoldoende van de grond en vertoonde 'ernstige lacunes'.⁹⁶ Dit kwam onder andere door een verschil in sturing (forensische zorg vanuit het ministerie J & V, reguliere GGZ vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en financiering (destijds forensische zorg door het ministerie J & V en deels vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. GGZ kon ook worden

⁸⁷ Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg & welzijn 2022.

⁸⁸ GGZ Standaarden 2023, p. 44.

⁸⁹ MEE 2022, p. 8.

⁹⁰ Trimbos Instituut 2016, p.132.

⁹¹ Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019, p. 57.

⁹² Kamerstukken II 2021/2022, 35936, nr. 3. p. 1.

⁹³ Kamerstukken II 2003/2004, 28979, nr. E. p. 1.

⁹⁴ 'Evaluatie Wet forensische zorg', wodc.nl

⁹⁵ Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader 2005, p. 1.

⁹⁶ Kamerstukken II 2003/2004, 28979, nr. E.

vergoedt vanuit deze inmiddels vervallen wet).⁹⁷ Het kon daardoor voorkomen dat een patiënt zijn/haar behandeling niet kon afmaken omdat de gevangenisstraf was uitgezeten en de plaatsing naar een GGZ-instelling stroef verliep.⁹⁸ Als de patiënt direct terugkeert naar de samenleving kan dit spoedig een terugval van gedrag veroorzaken, wat kan leiden tot recidive.⁹⁹ De forensische zorg en de reguliere GGZ waren dus nog onvoldoende op elkaar afgestemd.

Volgens de Memorie van Toelichting is de Wet forensische zorg dan ook in het leven geroepen om deze knelpunten te verminderen en onderstaande doelen te bereiken.¹⁰⁰

Doel 1. De juiste patiënt op de juiste plek

Als de patiënt zorg krijgt die passend is voor zijn psychische stoornis, verslaving en/of verstandelijke beperking, is de kans groter dat de behandeling een goed resultaat heeft waardoor recidive verminderd wordt. De zorg moet ook op een passend beveiligingsniveau plaatsvinden. Om belangenverstremming te voorkomen wordt het proces van de inkoop van zorg, het indiceren en plaatsen van de patiënt en het daadwerkelijk bieden van zorg door verschillende partijen uitgevoerd om onafhankelijkheid te waarborgen.¹⁰¹

Doel 2. Voldoende forensische zorgcapaciteit

De financiering van forensische zorg is gewijzigd en valt door de Wfz onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie J & V Er zijn meer plekken voor forensische zorg ingekocht in forensische klinieken, het gevangeniswezen en de reguliere GGZ. Ook in de ambulante zorg zijn er meer plekken voor (ex-)gedetineerden met meerdere aandoeningen gerealiseerd.

Doel 3. Kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving

De inkoop van forensische zorg is gericht op het bieden van kwalitatief hoogwaardige zorg. Behandelmethoden moeten volgens onderzoek effectief zijn, het ministerie J & V contracteert zorgaanbieders en maakt afspraken met hen, zorgaanbieders leggen verantwoording af ten opzichte van de geboden zorg.

Doel 4. Een goede aansluiting tussen de forensische en curatieve zorg

De Wfz en de Wvvgz (toen nog niet ingetreden) moeten een betere aansluiting tussen forensische zorg, gedwongen zorg en reguliere zorg mogelijk maken door deze wetgeving beter op elkaar af te stemmen. Zoals hierboven genoemd sluit het ministerie contracten af met zorgaanbieders, hierin staan ook declaratieafspraken (welke zorg en hoeveel zorg zorgaanbieders kunnen declareren). Daarmee wordt o.a. beoogd dat forensische zorgaanbieders zorgen voor een tijdige overdracht na forensische zorg, om een betere doorstroom van patiënten te realiseren. Een ander doel is *'voorkomen dat er een breuk in de hulpverlening ontstaat en iemand ondanks de investering tijdens de juridische titel toch terugvalt in het oude gedragspatroon.'*

De 'Planevaluatie Wet forensische zorg' over het wetgevingsproces van de Wfz vat deze doelen als volgt samen: *'De Wfz richt zich op het verhogen van de kwaliteit van de zorg en het verbeteren van de door- en uitstroom, wat vervolgens zou moeten leiden tot een reductie in het recidiverisico, wat leidt tot een grotere veiligheid van de samenleving.'*¹⁰² Er is nog weinig bekend over in hoeverre de Wfz bovenstaande knelpunten heeft verminderd, momenteel loopt het evaluatieonderzoek van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) over de werking van de wet nog.¹⁰³

Naast bovenstaande knelpunten in de forensische zorg zijn er meerdere knelpunten die al geruime tijd een rol spelen in deze sector. Zo noemt de publicatie *'Continuïteit van en na forensische zorg: een grote zorg!'* uit 2019 dat de doorstroom van patiënten met meerdere diagnoses, agressieproblematiek, een lichte verstandelijke beperking of zedenproblematiek naar vormen van minder beveiligde zorg als problematisch wordt ervaren.¹⁰⁴ Andere zorgaanbieders kunnen deze doelgroepen bijvoorbeeld niet altijd de juiste zorg bieden vanwege personeel dat onvoldoende kennis en expertise heeft om met deze doelgroep om te gaan of doordat zij eerdere negatieve ervaringen

⁹⁷ Kamerstukken II 2003/2004, 28979, nr. E. p. 3.

⁹⁸ Kamerstukken II 2021/2022, 35936, nr. 3. p. 1-3.

⁹⁹ Kamerstukken II 2021/2022, 35936, nr. 3. p. 1-3.

¹⁰⁰ Kamerstukken II 2021/2022, 35936, nr. 3. p. 3-6.

¹⁰¹ Burger, De Kogel & Van der Ree 2022, p. 39.

¹⁰² Burger, De Kogel & Van der Ree 2022, p. 34.

¹⁰³ 'Wetsevaluaties: Wet forensische zorg', wodc.nl

De evaluatie loopt van 2021 tot 2026, een paar kleinere deelonderzoeken zijn al afgerond.

¹⁰⁴ Schaftenaar, De Vogel & Clercx 2019, p. 364.

met dergelijke patiënten hebben gehad.¹⁰⁵ Het vinden van een geschikte vervolgvoorziening kan daardoor lastig zijn. Als er een geschikte vervolgvoorziening is met de juiste expertise hebben die vaak wachtlijsten, bij het forensisch beschermd wonen zijn er bijvoorbeeld weinig plekken beschikbaar voor patiënten die uitstromen uit een Forensisch Psychiatrische Kliniek.¹⁰⁶ De capaciteitsproblemen en personeelstekorten zijn dus zowel in de reguliere als in de forensische zorg een knelpunt.

Tabel knelpunten forensisch kader

Nummer	Knelpunt
1.	Capaciteitsproblemen in de forensische zorg.
2.	Afstemmingsproblemen tussen stakeholders & problemen in de continuïteit van zorg.
3.	De doorstroom van patiënten met meerdere diagnoses, agressieproblematiek, een lichte verstandelijke beperking of zedenproblematiek naar vormen van minder beveiligde zorg wordt als problematisch wordt ervaren <ul style="list-style-type: none"> - Personeel dat onvoldoende kennis & expertise heeft om met deze doelgroep om te gaan (bij de aanbieder van vervolgzorg), en/of een negatieve voorgeschiedenis heeft met de patiënt.
4.	Weinig beschikbare plekken in voorzieningen voor forensisch beschermd wonen voor patiënten die uit FPK's uitstromen.

3.3 Best practises uit de literatuur

In deze paragraaf komen best practises uit de literatuur aan bod rondom het organiseren van passende zorg voor patiënten met meervoudige, complexe problematiek die een beveiligde klinische GGZ-opname hebben doorlopen. Besproken wordt wat deze *best practises* inhouden, in bijlage 3 worden specifieke elementen genoemd uit deze *best practises* die bruikbaar zijn voor het organiseren van passende zorg door domeinoverstijgende samenwerking.

3.3.1 Ketenveldnorm (Levensloopaanpak)

Een organisatorische *best practise* is de ketenveldnorm 'levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' (ook wel 'Levensloopaanpak' genoemd). Dit is een *best practise* omdat de ketenveldnorm een leidraad biedt voor integrale samenwerking tussen verschillende ketenpartners, voor een doelgroep met complexe problematiek die langdurig zorg en ondersteuning nodig heeft. Zorgaanbieders maken gezamenlijk afspraken om de continuïteit van zorg te waarborgen, ook in het geval dat de situatie van de persoon verandert. Denk hierbij aan afspraken over het snel kunnen opschalen van ambulante zorg naar BIZ (bijvoorbeeld over opnamegaranties), en het afschalen van BIZ naar andere vormen van zorg (denk aan terugnamegaranties).

In de Ketenveldnorm wordt een aanpak beschreven voor personen met meervoudige problematiek (waaronder GGZ-problematiek en/of een verstandelijke beperking) die als gevolg van deze problemen gevaarlijk of onbegrepen gedrag vertonen of het risico lopen dit te gaan doen.¹⁰⁷ Zij vormen vaak een hoog veiligheidsrisico en hebben zorg nodig die regelmatig 'valt op het snijvlak van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de Wet forensische zorg en de Zorgverzekeringswet'.¹⁰⁸ Door samen te werken in regionale samenwerkingsverbanden verzorgen ketenpartners uit het zorg- en veiligheidsdomein ondersteuning, begeleiding en behandeling voor deze doelgroep. Dit vanuit één gezamenlijk trajectplan waarin de langdurige zorg voor de persoon beschreven wordt. Het uitgangspunt is dat zorg en ondersteuning zo veel mogelijk ambulant geleverd wordt, en dat er wordt opgeschaald naar 24-uurs zorginstellingen (waaronder beveiligde klinieken) als de situatie daarom vraagt.¹⁰⁹ De aanpak voor deze samenwerking staat beschreven in de Ketenveldnorm, de regionale Zorg- en Veiligheidshuizen ondersteunen partijen in de uitvoering van deze leidraad. Welke partijen deelnemen in het Levensloopteam naast het Zorg- en Veiligheidshuis verschilt per regio, in Groningen is dit bijvoorbeeld onder andere WIJ Groningen, Wender (maatschappelijke opvang & beschermd

¹⁰⁵ Schaftenaar, De Vogel & Clercx 2019, p. 364.

¹⁰⁶ Continuïteit van Zorg 2017, p. 5.

¹⁰⁷ 'Voortgang ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg', vng.nl

¹⁰⁸ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022.

¹⁰⁹ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022.

wonen) en het (forensische) FACT-team van Lentis.¹¹⁰ Het Zorg- en Veiligheidshuis onderzoekt in samenwerking met andere partijen of een persoon opgenomen kan worden in de Levensloopaanpak, hoe de aanmelding plaatsvindt en welke partijen aan dit proces deelnemen kan per regio verschillen.¹¹¹ In de Ketenveldnorm staan geen specifieke aanmeldcriteria beschreven, maar vaak gaat het om personen die al zorg van meerdere aanbieders ontvangen waarvoor één integrale aanpak ontbreekt, die zorg mijden of op een wachtlijst staan voor zorg. Zij zijn vaak al bekend bij het regionale Zorg- en Veiligheidshuis, GGZ-instellingen, politie, justitie en/of de reclassering.¹¹² Om passende zorg te organiseren is het nodig dat ketenpartners gaan samenwerken, en er één integrale aanpak komt om de continuïteit van zorg op lange en korte termijn te waarborgen. Samen worden er afspraken gemaakt over wie welke verantwoordelijkheden draagt, hoe de aanpak gecoördineerd wordt en hoe de zorg bekostigd gaat worden. Mocht er iets veranderen in de zorgsituatie van de persoon, dan zijn er tussen zorgaanbieders afspraken gemaakt over onder andere opname- en terugnamegarantie, een warme overdracht en uitwisseling van expertise.¹¹³ Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin ambulante zorg niet langer toereikend is en er opgeschaald moet worden naar BIZ.

3.3.2 Kompas ernstige psychische problemen en de kwaliteit van leven

In 2020 heeft organisatie Phrenos het *'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven. Hoe zorg en sociaal domein kunnen bouwen aan samenhang, kwaliteit en innovatie.'* uitgebracht.¹¹⁴ Phrenos is een kenniscentrum dat de maatschappelijke participatie en het persoonlijk herstel van mensen met ernstige psychische problemen wil bevorderen.¹¹⁵ Het Kompas biedt professionals uit verschillende domeinen handvatten om zich in te zetten voor deze doelgroep, en voor het *'domeinoverstijgend bouwen aan samenhang, kwaliteit en innovatie voor mensen met complexe psychische problemen.'*¹¹⁶ Daarbij staat volgens Phrenos het denken vanuit de persoon, wat die nodig heeft en welke mogelijkheden er zijn voorop, in plaats van de domeinen en wet- en regelgeving als uitgangspunt te nemen.¹¹⁷ Het Kompas vormt dan ook een *best practise* omdat dit instrument onder andere onderbouwde interventies en aanbevelingen geeft voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problematiek. Zo geeft het onder andere een stappenplan om domeinoverstijgend samen te werken en te zorgen voor verbetering/vernieuwing binnen de eigen regio, gemeente of organisatie.¹¹⁸ Daarnaast geeft het Kompas handvatten voor de dagelijkse praktijk voor professionals en organisaties, dit zijn aandachtspunten die idealiter in de zorg en ondersteuning naar voren zouden moeten komen en tips voor het omgaan met structurele knelpunten binnen de domeinen. Zoals het samenwerken met het netwerk van de persoon, werken vanuit een positief mensbeeld en een gezamenlijke visie op herstel.¹¹⁹ Dit onderbouwt Phrenos met literatuur en voorbeelden, bijvoorbeeld over onderdelen van een samenwerkingsplan.¹²⁰ Phrenos bevestigt dat financiële knelpunten een goede samenwerking soms in de weg kan zitten, en oppert het idee van een *'shared savings constructie'* binnen organisaties. Samenwerken kan voor de ene partij financiële voordelen hebben en voor de andere partij extra kosten met zich meebrengen, door kosten eerlijk te verdelen *'stroomt (een deel van) de besparing terug in de kas van de partij die de kostenbesparing mogelijk maakt'* (de partij die door samen te werken er financieel op achteruit zou gaan wordt dan gecompenseerd).¹²¹ Ook kan het helpend zijn als organisaties vooraf afspreken hoeveel middelen zij willen besteden aan overleggen en gezamenlijke systemen voor samenwerking.

¹¹⁰ 'Het levensloopteam per provincie', onderzoeklevensloopaanpak.nl

¹¹¹ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 24.

¹¹² Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 23.

¹¹³ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 22.

¹¹⁴ Kuiper & De Nijs 2022.

¹¹⁵ 'Homepage', kenniscentrumphrenos.nl

¹¹⁶ Kuiper & De Nijs 2022, p. 59.

¹¹⁷ Kuiper & De Nijs 2022, p. 2.

¹¹⁸ Kuiper & De Nijs 2022, p. 5.

¹¹⁹ Kuiper & De Nijs 2022, p. 16, 25, 37.

¹²⁰ Kuiper & De Nijs 2022, p. 51.

¹²¹ Kuiper & De Nijs 2022, p. 52.

3.4 Conclusie en ontwerpeisen

Uit het literatuuronderzoek zijn de volgende conclusies getrokken:

- Verschillende wetgeving speelt een rol in de beveiligde intensieve zorg, en het moment dat een patiënt uitstroomt richting ambulante zorg of verblijfszorg.
- Wat het realiseren van vervolgzorg kan bemoeilijken op juridisch gebied is dat het systeem van wetgeving zo is ingedeeld dat iedere wet in een bepaalde zorgbehoefte voorziet. Dit kan lastig zijn bij patiënten met meervoudige problematiek die aanspraak maken op zorg uit verschillende wetten, of tussen wal en schip lijken te vallen omdat zij niet aan bepaalde voorwaarden voldoen.
- Zorgaanbieders zijn vaak gespecialiseerd op enkelvoudige problematiek omdat dit financieel aantrekkelijker is. Ook andere juridische, financiële en organisatorische knelpunten kunnen de uitstroom beperken en vertragen, zoals: schotten in wetgeving, personeelstekorten en wachtlijsten in de zorg en regionale verschillen in het aanbod van zorg en ondersteuning (op grond van de Wmo). Daarbij speelt ook een rol dat de forensische zorg en reguliere zorg soms weinig overlap lijken te hebben (financieel, organisatorisch, juridisch) en als twee aparte domeinen worden gezien.
- Eén van de doelen van de Wfz is een goede aansluiting tussen deze forensische en curatieve zorg, maar er is nog geen onderzoek naar gedaan in hoeverre de invoering van de Wfz dit heeft verbeterd.
- *Best practises* om de uitstroom van beveiligde intensieve zorg te verbeteren, zitten volgens de literatuur vooral op het aangaan van domeinoverstijgende samenwerkingen met ketenpartners om gezamenlijk tot één integrale aanpak te komen, en te werken aan de samenhang, kwaliteit en innovatie van de zorg en ondersteuning voor de patiënt.

Dit kan worden vertaald in de volgende ontwerpeisen voor het beroepsproduct dat professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein informeert over de mogelijkheden voor een passende uitstroom uit de BIZ:

- Omdat verschillende wetgeving een rol kan spelen in het uitstroomproces moet het beroepsproduct een kort overzicht van deze wetgeving bevatten om het juridische kader duidelijk te schetsen, waarop de aanbevelingen zijn gebaseerd.
- Het beroepsproduct moet de gebruikers inzicht geven in welke juridische, financiële en organisatorische knelpunten zich kunnen voordoen op het moment van uitstroom uit de BIZ, zodat zij begrijpen op welke informatie de aanbevelingen zijn gebaseerd.
- Het beroepsproduct moet informeren over hoe partijen domeinoverstijgende samenwerkingen kunnen aangaan als mogelijkheid om passende uitstroom te realiseren. Hierbij moet het verwijzen naar de relevante literatuur (zie bijlage 3) om professionals concrete handvatten te kunnen bieden.

Hoofdstuk 4 Praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het praktijkonderzoek besproken. Het praktijkonderzoek heeft plaatsgevonden door het verrichten van vier interviews met plaatsingscoördinatoren, een interview met het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden (LCBB) en door het houden van dialoogsessies met 9 professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein en een ervaringsdeskundige (zie hoofdstuk 2). In paragraaf 4.1 worden de juridische, financiële en organisatorische knelpunten besproken die worden ervaren door de plaatsingscoördinator, het LCBB en de deelnemers van de dialoogsessie. Daarna worden in paragraaf 4.2 specifieke doelgroepen genoemd waarvoor het lastig is passende vervolgzorg te realiseren. Vervolgens zullen de oplossingsrichtingen voor de knelpunten die door deze professionals worden ervaren, worden toegelicht in paragraaf 4.3.

4.1 Knelpunten in het uitstroomproces

Uit het praktijkonderzoek zijn de volgende knelpunten naar voren gekomen met betrekking tot de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg:

Nummer	Knelpunt
1.	De stap tussen forensische zorg en reguliere zorg wordt soms als te groot ervaren.
2.	Als behandeling in de kliniek niet meer medisch noodzakelijk is, maar er geen vervolgzorg geregeld kan worden blijft de patiënt vaak in de kliniek.
3.	De zorgaanbieder heeft een geschikte vervolgplek op het oog, maar de juiste indicatie en daardoor financiering ontbreekt.
4.	Het plaatsen van patiënten in de verstandelijk gehandicaptensector (VG-sector) kan lastig zijn.
5.	Zorgaanbieders in de regio van herkomst willen een patiënt soms niet accepteren, het aanbod van zorg- en ondersteuning verschilt regionaal.
6.	Het kan lastig zijn om te bepalen wat passende zorg is en wie, wanneer, welke verantwoordelijkheid draagt.
7.	Personeelstekorten binnen en buiten de klinieken kunnen organisatorische uitdagingen veroorzaken.
8.	Overdrachten naar een andere zorgaanbieder bevatten soms onvolledige informatie.

Hieronder volgt een beschrijving van deze knelpunten.

1.Organisatorisch, financieel en juridisch knelpunt: De stap tussen forensische zorg en reguliere zorg wordt soms als te groot ervaren.

(Tekort aan plekken voor langdurig verblijf met forensische expertise en beveiligingsmaatregelen.)

Genoemd door alle deelnemers van het praktijkonderzoek, behalve plaatsingscoördinator van de niveau 1-kliniek (reguliere kliniek, zie bijlage 1).

Alle deelnemers van het praktijkonderzoek geven aan dat de stap tussen forensische zorg binnen de kliniek en reguliere zorg buiten de kliniek soms als te groot wordt ervaren. Daardoor is er een doelgroep die zich in een vicieuze cirkel van ambulante zorg en opnames bevindt, die opname in- en uitgaat en eigenlijk hun behandelplafond heeft bereikt: nog meer behandelingen doorlopen biedt weinig uitkomst voor de patiënt. Klinieken moeten deze personen na de behandeling uit de kliniek ontslaan als bijvoorbeeld de forensische titel is verlopen en er geen zorgmachtiging kan worden aangevraagd. Heeft de patiënt een woning dan kan hij daarnaar terugkeren, maar het komt ook voor dat een patiënt in de nachtopvang terecht komt en overdag op straat gaat zwerven wat zijn herstel niet ten goede komt. Een groot deel van deze doelgroep kan daarnaast niet meekomen in de participatiemaatschappij. Vooral als zij zorg weigeren is de kans groot dat zij na een opname weer terugvallen in oud gedrag en op een gegeven moment gaan escaleren: bijvoorbeeld weer delictgedrag gaan vertonen of in een psychische crisis belanden. Zij hebben een plek nodig waar voldoende forensische begeleiding is, waar zij duurzaam kunnen wonen en zo veel mogelijk 'zichzelf mogen zijn'. Voor deze doelgroep zou een (tussen)voorziening met voldoende forensische expertise en beveiligingsmaatregelen dus passend zijn, maar deze voorzieningen zijn er niet altijd. Zo zijn veel voorzieningen voor langdurig verblijf met forensische expertise in het verleden wegbezuinigd, mede

als gevolg van de ambulantisering van de zorg.¹²² Momenteel is de hoogste indicatie voor langdurige zorg de 'Wlz-5-indicatie' maar deze intensieve begeleiding is eigenlijk nog onvoldoende voor deze patiënten-doelgroep, die forensische expertise nodig heeft. Toen aan de deelnemers van het praktijkonderzoek werd gevraagd of zij ook een toenemende complexiteit in de zorgvragen ervaren hebben alle plaatsingscoördinatoren dit bevestigd. Daarbij werd wel de kritische opmerking gemaakt dat professionals vermoeden dat dit een gevolg is van de ambulantisering van de zorg, krijgt de patiënt te lang niet de juiste zorg in de thuisomgeving, dan kan de problematiek verergeren waardoor zorgaanbieders 'ze heftiger binnenkrijgen'.

Het LCBB ziet dat de stap van BIZ naar een kader met minder tot geen bescherming, vaak te groot is voor de patiënt. Dit komt doordat de gradaties in het op- en afschalen van zorg ontbreken. Te denken valt aan situaties waarin een patiënt vanuit een FPC doorstroomt naar een kliniek of andere zorgaanbieder met een lager beveiligingsniveau, of geen beveiligingsniveau. Als de patiënt van een kader met veel beveiligingsmaatregelen uitstroomt naar een kader met minder of geen beveiligingsmaatregelen, kan dit veel gevolgen hebben voor de patiënt. Het verschil in beveiliging, behandeling en begeleiding (of het gebrek hieraan) kan een terugval in oud gedrag veroorzaken en bijvoorbeeld een eventuele psychoses of verslaving weer opwekken doordat er ineens veel op de patiënt afkomt. Een plaatsingscoördinator van een FPK benadrukt dat dit veel persoonlijke gevolgen kan hebben voor de patiënt zelf: *'Veel patiënten zijn teleurgesteld, überhaupt in de psychiatrie. Want zij kiezen er ook niet voor, en iedere keer, ze gaan weer naar huis, worden toch weer opgenomen. Dan moeten ze weer opnieuw die molen in, in een afzondering isoleercel... Weet je, dat is allemaal heel traumatisch en kan voorkomen worden denk ik door ze zo lang mogelijk op te nemen of meer verblijfsplekken.'*

Daarnaast is het tempo van het afschalen van zorg van BIZ naar lager of niet-beveiligde zorg, volgens het LCBB soms te hoog of te langzaam. Soms wordt er bijvoorbeeld te langzaam afgeschaald ten opzichte van wat de patiënt aan zou kunnen vanwege bepaalde (onterechte) negatieve opvattingen over de patiënt. Dit kan komen doordat een oud beeld dat van de patiënt gevormd is blijft hangen, terwijl de patiënt de klinische behandeling heeft doorlopen en nu ander gedrag vertoont. Daardoor wordt aan een patiënt soms ook geen kans geboden om zich te bewijzen bij een bepaalde zorgaanbieder, omdat er steeds gekeken wordt naar het gedrag dat de patiënt in het verleden heeft vertoond in plaats van naar de huidige situatie. Het LCBB benoemt dat een deel van de patiënten niet zal kunnen veranderen, maar dat een groot deel juist wel in staat is om te veranderen. Vaak zijn dit ook patiënten die de wil hebben om te veranderen. Anderzijds worden er met betrekking tot de vervolgzorg soms te grote stappen genomen ten opzichte van wat de patiënt aankan. De verwachting die men heeft van patiënten is soms te hoog, er worden te hoge eisen gesteld aan de vooruitgang van de patiënt. Daardoor wordt een deel van de patiënten overvraagd, waardoor zij gedrag vertonen dat als niet gemotiveerd kan worden gezien. Terwijl deze patiënten eigenlijk niet ongemotiveerd zijn, maar zij hetgeen wat van hen wordt gevraagd niet aankunnen. De lat voor deze patiënten ligt te hoog.

2. Organisatorisch en financieel knelpunt: Als behandeling in de kliniek niet meer medisch noodzakelijk is, maar er geen vervolgzorg geregeld kan worden blijft de patiënt vaak in de kliniek.

Genoemd door alle plaatsingscoördinatoren, LCBB.

Dit knelpunt kan samenhangen met het bovenstaande knelpunt: als er geen geschikte vervolgvoorziening is met voldoende forensische expertise kan het voorkomen dat de patiënt langer in de kliniek verblijft dan medisch noodzakelijk is. Dit kan ook om andere redenen voorkomen, bijvoorbeeld als een patiënt (nog) niet bij de beoogde zorgaanbieder terecht kan (bijvoorbeeld door een wachtlijst) of er nog geen passende zorg is gevonden. Door de patiënt langer in de kliniek te houden behoudt de kliniek het zicht op de patiënt en kan de zoektocht naar passende zorg doorgaan. Dit heeft financiële gevolgen voor de kliniek als de patiënt een forensische titel heeft die is afgelopen, de vergoeding die de kliniek daarna vanuit de zorgverzekeraar krijgt is minder hoog dan de vergoeding vanuit justitie. Daarnaast hebben klinieken zoals in paragraaf 3.2.1 is besproken een omzetplafond. Zij kunnen hierdoor jaarlijks een bepaald bedrag bij de zorgverzekeraar declareren, het bedrag dat hoger is dan het omzetplafond moeten zij zelf betalen. Klinieken hebben deze patiënten dan ook liever niet in de kliniek, omdat de kans dan groter is dat het omzetplafond wordt bereikt. Zij willen geen verlies draaien.

Ook komt het voor dat klinieken in uiterste gevallen andere zorgaanbieders onder druk zetten om de patiënt aan te nemen door te dreigen met het op straat zetten van de patiënt. Als samenwerkingen

¹²² De ontwikkeling dat de maatschappij steeds meer richting ambulante zorg is gegaan, in plaats van bijvoorbeeld klinische zorg. Zorg in de eigen omgeving, 'in de wijk'. Dit hangt samen met de ontwikkeling van de participatiemaatschappij, waarin verwacht wordt dat iedereen zo goed mogelijk deelneemt aan de samenleving.

niet mogelijk lijken te zijn verhardend de onderhandelingen. De gevolgen voor de patiënt van het langer in de kliniek verblijven zijn onder andere dat hij niet langer de juiste zorg op de juiste plek krijgt, en moet wachten op passende zorg. Dit kan ervoor zorgen dat de patiënt het vertrouwen in de zorgaanbieder verliest en daarnaast weerstand oproepen omdat hij dan langer in een strengere, forensische setting blijft dan strikt noodzakelijk is. De ervaringsdeskundige herkent gevoelens van frustratie en onmacht vanuit zijn eigen opname. Ook houdt de patiënt een beveiligd bed bezet dat anders aan een andere patiënt zou kunnen worden toegekend, dit beperkt de doorstroom in de forensische zorg. De plaatsingscoördinator van de FPC noemt dat het ook voorkomt dat tbs-patiënten waar geen geschikte vervolgvoorziening voor is, langer op transmuraal verlop blijven (dit is verlop buiten de FPC in een FPA, RIBW of zelfstandige woning). Zo is er een patiënt die al vijf jaar op transmuraal verlop is en die wacht tot er plek is binnen een vervolgvoorziening. In totaal schat ze dat er 30 patiënten zijn die zouden kunnen uitstromen, maar waar geen vervolgvoorziening voor is. Ook de plaatsingscoördinator van de reguliere niveau 1-kliniek noemt dat het tekort aan plekken in voorzieningen voor beschermd wonen de uitstroom in de kliniek erg beperkt. Zo komt het regelmatig voor dat patiënten een half jaar tot een jaar langer in de kliniek verblijven dan medisch noodzakelijk is omdat er geen plek in een voorziening voor beschermd wonen is. Tot slot noemt de coördinator van de FPA dat een patiënt binnen de FPA regelmatig op vrijwillige basis in de kliniek verblijft als de forensische titel of zorgmachtiging is verlopen. Soms komt het ook voor dat er geen geschikte vervolgplek is, maar de patiënt niet meer in de kliniek te houden is. Zie bijlage 5 voor een praktijkvoorbeeld van een uitzonderingssituatie waarbij een kliniek een patiënt om veiligheidsredenen niet meer binnen de kliniek kon houden en de patiënt uiteindelijk op straat belandde.

3. Organisatorisch, financieel en juridisch knelpunt: De zorgaanbieder heeft een geschikte vervolgplek op het oog, maar de juiste indicatie (en daardoor financiering ontbreekt).

Genoemd door plaatsingscoördinator FPK's, LCBB, deelnemers dialoogsessie.

Wat het realiseren van vervolgzorg lastig kan maken is dat een patiënt een bepaalde indicatie moet hebben om zorg te kunnen ontvangen bij een zorgaanbieder. Heeft de patiënt niet de juiste indicatie dan is er niet de juiste financiering en wordt de patiënt geweigerd. Zo noemt één plaatsingscoördinator het voorbeeld van een persoon met psychische problematiek en hersenschade door middelengebruik die goed zou gedijen in een VG-setting met verblijf (Verstandelijk Gehandicapten-setting), maar geen indicatie voor deze zorg op basis van de Wet zorg en dwang kan krijgen omdat hij geen verstandelijke beperking heeft. Zorg op basis van de Wvvgz zou wel mogelijk zijn vanwege de psychische stoornis. Doordat de patiënt geen Wzd-indicatie had, was plaatsing binnen de aanbieder van VG-zorg niet mogelijk. De aanbieder bood alleen zorg op basis van de Wzd aan. Volgens de plaatsingscoördinator heeft dit de volgende reden: *'Iedere organisatie koopt een bepaald soort bedden in bij de zorgverzekeraar. Arkin (eigen organisatie) heeft alleen Wvvgz bedden ingekocht, wat maakt dat alleen Wvvgz bedden worden betaald. Over het algemeen is de zorgverzekeraar niet altijd bereid om dit bed dan te betalen onder een andere financieringsstroom.'* Zorgaanbieders maken dus afspraken over welk type bedden zij aanbieden en hoe deze worden vergoed. De plaatsingscoördinator noemt dat door de invoering van de Wzd en de Wvvgz de kloof tussen de GGZ en VG-sector groter is geworden omdat zorgaanbieders zorg zijn gaan aanbieden op grond van één van deze twee wetten. Een deelnemer vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis voegt wat betreft visieverschillen over wat passende zorg is toe: *'De wet faciliteert ook om eindeloos te discussiëren over wat voorliggend is (welke problematiek, welke indicatie).'* De schotten in de wet- en regelgeving zorgen ervoor dat er dat er steeds naar oplossingen moet worden gezocht op het moment dat er een nieuwe plek moet komen.

4. Organisatorisch, financieel en juridisch knelpunt: Het plaatsen van patiënten in de VG-sector kan lastig zijn.

Genoemd door plaatsingscoördinator FPA, FPK's, LCBB, deelnemers dialoogsessie.

Dit knelpunt hangt samen met het bovenstaande knelpunt: een indicatie voor VG-zorg is niet altijd mogelijk, ook al heeft de persoon een verstandelijke beperking. Zonder de juiste indicatie kan een patiënt niet geplaatst worden bij de zorgaanbieder. Als de LVB (licht verstandelijke beperking) bijvoorbeeld niet voor het 18^e levensjaar is aangetoond, kan een persoon niet gebruik maken van VG-zorg omdat hij niet de juiste indicatie kan krijgen. Dit levert knelpunten op als een patiënt wel goed zou passen in een VG-setting. Bij een groot deel van de patiënten met een LVB is deze niet vóór het 18^e levensjaar aangetoond, omdat personen met een LVB vaak op een later moment onbegrepen gedrag gaan vertonen dat door de buitenwereld wordt opgemerkt. Bijvoorbeeld doordat risicovol gedrag signaleerd wordt door de politie. Een plaatsingscoördinator van een FPK zegt hierover het volgende: *'Heel veel patiënten zijn natuurlijk volwassen patiënten die door zoveel gebruik, zoveel psychoses cognitief zo achteruit zijn gegaan dat je kan spreken van verstandelijke beperkingen en die dus thuishoren in de verstandelijke gehandicaptenzorg. Maar die Wet verplichte ggz hebben en die Wet zorg en dwang-indicatie krijg je niet, want het is niet voor het 18^e levensjaar aangetoond. Iemand*

heeft niet op speciaal onderwijs gezeten. Dan zegt een VG-instelling op basis van de casus, nou past heel goed, wij hebben de juiste bejegening. Wij kunnen de juiste behandeling bieden maar niet opnemen want hij heeft geen Wet zorg en dwang titel dus krijgen we geen financiering en kunnen we niet insluiten, geen dwang toepassen.' In dit voorbeeld heeft de patiënt niet de juiste indicatie (Wzd-indicatie in plaats van een Wvvgz-indicatie) waardoor hij niet in de VG-zorg opgenomen kan worden. Daarnaast ervaren de plaatsingscoördinatoren regelmatig een visieverschil met contactpersonen in de LVB-zorg over de vraag welke zorg passend is voor de patiënt. Zo kan de plaatsingscoördinator van mening zijn dat de LVB op de voorgrond staat waardoor VG-zorg het meest passend is, en kan de contactpersoon vinden dat de psychische problematiek eerst beter moet worden behandeld (zie praktijkvoorbeeld in bijlage 5).

5.Organisatorisch knelpunt: Zorgaanbieders in de regio van herkomst willen een patiënt soms niet accepteren, het aanbod van zorg- en ondersteuning verschilt regionaal.

Genoemd door plaatsingscoördinator reguliere niveau 1-kliniek, FPC, FPK, FPA, LCBB, deelnemers dialoogsessie.

Het realiseren van vervolgzorg na een klinische opname kan lastig zijn als zorgaanbieders in de regio van herkomst de patiënt niet willen terugnemen, bijvoorbeeld omdat zij een bepaalde voorgeschiedenis hebben met de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin een patiënt eerder uit een beschermd wonen-voorziening is gezet vanwege zijn ontregelende gedrag. Ook kunnen aanbieders in de regio de patiënt weigeren als er sprake is van contra-indicaties zoals ook aan bod is gekomen in paragraaf 3.2.1. De plaatsingscoördinator van een FPK noemt dat het aanbod van zorg en ondersteuning regionaal ook erg kan verschillen: 'Mensen met een zedenproblematiek moeten terug naar de eigen regio. Maar, nou, bijvoorbeeld Drenthe is heel sterk in het faciliteren van plekken met een zedenprobleem. Maar als je het hebt over Limburg, Zeeland, de Randstad bijvoorbeeld die wren die doelgroep en dat doen ze op een manier doordat ze ook geen zedenbehandeling aanbieden of kennis hebben van zedenproblematiek of ze gewoon weigeren. Omdat ze lange wachtlijsten hebben, omdat ze liever aansturen op een andere doelgroep.' Dat maakt het lastig om deze patiënten binnen de eigen regio te kunnen terugplaatsen. Volgens de coördinator heeft elke regio beperkingen in het aanbod van zorg en ondersteuning. Daarnaast kunnen wachtlijsten het vinden van passende zorg ook lastig maken als er in een regio wel een geschikte zorgaanbieder is. Deze wachtlijsten worden door alle vier de coördinatoren als knelpunt genoemd. De coördinator van de FPC bevestigt daarnaast dat het aanbod van zorg- en ondersteuning vanuit de Wmo regionaal erg kan verschillen, zoals ook naar voren is gekomen in het theoretische kader.

6.Organisatorisch/juridisch knelpunt: Het kan lastig zijn om te bepalen wat passende zorg is en wie, wanneer, welke verantwoordelijkheid draagt.

Genoemd door het LCBB, plaatsingscoördinatoren FPK.

In het werkveld is het soms lastig om te bepalen wat passende vervolgzorg is, of dit nodig is en welke partij verantwoordelijk is als het misgaat met de patiënt volgens het LCBB. Hierbij wordt de volgende situatie genoemd: de zorgaanbieder van BIZ vindt dat de behandeling klaar is, maar een andere (eerder betrokken) zorgaanbieder vindt van niet. De huidige zorgaanbieder vindt dat ze het ontslag van de patiënt echter voldoende kunnen motiveren. De patiënt wordt ontslagen uit de kliniek, belandt op straat en pleegt binnen drie uur na het ontslag een ernstig delict. Het wordt volgens het LCBB zo ervaren dat niet altijd duidelijk is wie in dit geval verantwoordelijk kan worden gehouden en wie aansprakelijk is. Eén van de coördinatoren van het LCBB noemt ook dat klinieken de verantwoordelijkheid soms niet meer (kunnen) nemen omdat zij de zorg aan de patiënt gewoonweg niet meer kunnen bieden. (Zie bijlage 5 voor een praktijkvoorbeeld van een organisatie voor ambulante zorg en beschermd wonen.) Volgens haar gaat de uitstroom in het grootste deel van de gevallen goed, maar in de gevallen waarin dit niet goed gaat worden zorgaanbieders door onder andere de media erg afgerekend. Daardoor is de druk voor zorgaanbieders hoog en durven zij soms geen risico's te nemen. Twee plaatsingscoördinatoren van een FPK herkennen de druk van de media.

7.Organisatorisch knelpunt: Personeelstekorten binnen en buiten de klinieken kunnen organisatorische uitdagingen veroorzaken.

Genoemd door plaatsingscoördinator reguliere niveau 1-kliniek, FPC, FPK's, LCBB, deelnemers dialoogsessie.

Door de personeelstekorten binnen klinieken of het risico hierop kunnen zich organisatorische knelpunten voordoen. Bijvoorbeeld op het moment dat één of meerdere personeelsleden uitvallen, dit kan de doorstroom van patiënten belemmeren doordat het overige personeel meer taken heeft en een hogere werkdruk ervaart. Zo noemt één coördinator dat door het vaderschapsverlof van een behandelaar, in het verleden de uitstroom van (een deel van de) 70 patiënten uit de doelgroep 'Transmuraal Verlof' tijdelijk werd stopgezet omdat er onvoldoende capaciteit was om eventuele vervolgzorg voor deze doelgroep in gang te zetten. Daarnaast zorgen de personeelstekorten in de hele sector voor veel vacatures. Het komt voor dat personeelsleden die langer in de kliniek werken,

nieuwe uitdagingen aangaan. Nieuw (jonger) personeel stroomt in en moet het vak nog leren, waardoor de teams opnieuw opgebouwd moeten worden en op elkaar ingespeeld moeten raken. Pas dan kunnen zij een optimale caseload aan met 'lastige' doelgroepen. Is de verhouding nieuw en 'oud' personeel scheef, dan kan dit zorgen voor teams met minder stevigheid en expertise, geeft een coördinator aan. Personeel met veel ervaring gaat volgens het LCBB regelmatig in andere functies of sectoren werken waar de werkdruk en beloning (waaronder het loon, de waardering) aantrekkelijker zijn. Dit is één oorzaak van personeelstekorten binnen en buiten de klinieken. Knelpunten zitten volgens het LCBB ook in hoe organisaties omgaan met hun personeel, bijvoorbeeld jonge werknemers die (te) snel op heftige afdelingen worden ingezet. Een deelnemer vanuit een organisatie voor ambulante zorg en beschermd wonen benoemt dat het feit dat bepaalde patiënten moeilijk uitstromen, personeelsleden ook kan uitputten doordat de zorg onder druk komt te staan (zie praktijkvoorbeeld bijlage 5).

8. Organisatorisch knelpunt: Overdrachten bevatten soms onvolledige informatie.

Genoemd door het LCBB, deelnemers dialoogsessie.

Volgens het LCBB zijn professionals soms terughoudend in het delen van informatie met andere ketenpartners waardoor men niet altijd de goede informatie krijgt. Soms omdat ze niet goed weten wat ze nu wel en niet mogen delen, maar soms ook omdat men 'het mooier maakt dan het is' om een patiënt maar te kunnen plaatsen: een te rooskleurig beeld geven door bepaalde informatie niet te delen, bijvoorbeeld over incidenten en veiligheidsrisico's. Ook voegt een plaatsingscoördinator van een FPC toe dat ze ziet dat zorgaanbieders soms zo op zoek zijn naar een andere aanbieder voor zorg, dat het überhaupt vinden van een plek voorop staat en de vraag of deze zorg passend is veel minder zwaar meeweegt. Er wordt dan niet of minder gekeken naar het belang van de patiënt. Daardoor komen patiënten soms bij zorgaanbieders terecht waar ze niet goed op hun plek zijn, wat de patiënt kan schaden. Volgens haar 'gooien zorgaanbieders patiënten soms over de schutting' naar andere zorgaanbieders. Ook ziet ze dat zorgaanbieders afspraken maken met andere aanbieders die ze niet kunnen nakomen, om de patiënt toch geplaatst te krijgen. Zo verblijft een patiënt die voor een paar weken opgenomen zou worden nu al een jaar in de kliniek. Dat ze de afspraken niet kunnen nakomen ligt vaak aan factoren waar de zorgaanbieder niet altijd even veel invloed op heeft, zoals het aantal beschikbare plekken nu en in de toekomst. Het zorgt ervoor dat het onderlinge vertrouwen tussen zorgaanbieders soms daalt.

4.2 Doelgroepen

Alle deelnemers van het praktijkonderzoek zien dat het voor verschillende doelgroepen lastiger is om passende vervolgzorg te realiseren dan gemiddeld, zij 'mismatchen' met hoe het zorgsysteem is ingericht. Hieronder volgt een overzicht van deze specifieke doelgroepen:

- **Doelgroep 1: Patiënten die hun behandelplafond bereiken hebben en behoefte hebben aan een Longstay-plek met passende beveiliging en 24-uurszorg.**

Genoemd door alle deelnemers.

Er is een doelgroep die steeds rouleert tussen ambulante en klinische zorg. Zij hebben al veel behandelingen doorlopen, er blijft op- en afgeschaald worden in zorg. De doelgroep heeft haar behandelplafond al bereikt: nog meer behandelingen doorlopen biedt weinig uitkomst voor de patiënt. Voor deze doelgroep zijn specialistische longstay-plekken nodig met voldoende forensische expertise en beveiligingsmaatregelen, waar zij langdurig in een rustiger tempo kunnen worden behandeld of langdurig kunnen wonen. Deze plekken voor duurzaam verblijf zijn er op dit moment echter bijna niet. Hierdoor gaat deze doelgroep behandeling in- en uit met alle gevolgen van dien (o.a. frustratie bij patiënt, het bezet houden van bedden wat de uitstroom beperkt). Eén van de coördinatoren geeft aan dat deze frustratie ervoor kan zorgen dat patiënten 'op papier steeds heftiger worden' als de klinieken ze binnenkrijgen, terwijl deze patiënten eigenlijk een plek nodig hebben waar beveiliging en 24-uurszorg aanwezig is. Zoals een deelnemer van het Zorg- en Veiligheidshuis het verwoordt: *'Eigenlijk zijn deze mensen slachtoffers van het systeem, er is geen plek voor hen in de maatschappij, maar ook niet in de zorg.'* Doordat deze patiënten opname in- en uitgaan houden zij ook de doorstroom in de keten tegen. Het LCBB schat in dat in 80% van de 241 complexe casussen waarin zij hebben bemiddeld, sprake was van patiënten die van reguliere zorg naar forensische zorg gaan, en weer terug.

- **Doelgroep 2: (Ongewenste) vreemdelingen.**

Genoemd door plaatsingscoördinator FPC, het LCBB, deelnemers dialoogsessies.

Een andere doelgroep waarvoor het lastig kan zijn om passende vervolgzorg te realiseren is de doelgroep (ongewenste) vreemdelingen. Dit zijn bijvoorbeeld mensen die Nederland binnenkomen met duurzame persoonlijkheidsproblematiek, en waarvan de delict-geschiedenis/ontwikkelingsgeschiedenis niet te achterhalen is (dossier ontbreekt). Zorgaanbieders hebben niet altijd de juiste

expertise voor deze doelgroep. Denk aan mensen die kindsoldaat zijn geweest in het land van herkomst, problematiek waar men in Nederland niet mee te maken heeft. Wat behandeling lastig kan maken zijn taalverschillen, vluchtgevaarlijkheid en het feit dat de vreemdeling geen verblijfsstatus heeft. Het is daardoor niet altijd duidelijk onder welk kader en betalingssysteem een vreemdeling kan worden opgenomen, bijvoorbeeld als een spoedsituatie zich voordoet. Een deelnemer van de dialoogsessie vanuit de reclassering van het Leger des Heils voegt toe dat er in de justitiële keten te weinig aandacht en kennis is met betrekking tot deze doelgroep. Hierdoor ziet hij soms dat men 'dingen niet adviseert die wel zouden kunnen of dingen wil adviseren die helemaal niet kunnen'. Het is onduidelijk wat wél en niét kan met deze doelgroep. Zo ontstaan er misverstanden/misvattingen met betrekking tot het behandelen van de doelgroep bij zorgaanbieders. Bijvoorbeeld dat verlof in een FPC niet is toegestaan in bepaalde gevallen, terwijl dit wel is toegestaan. Wat de in- en doorstroom van deze doelgroep verder beperkt is dat bepaalde klinieken als opnamevoorwaarde stellen dat er vóór de opname al een vervolgplek geregeld moet zijn. Deze voorwaarde is lastig te realiseren, ook omdat niet altijd duidelijk is hoelang een opname gaat duren.

- **Doelgroep 3: Vrouwen met complexe problematiek.**

Genoemd door plaatsingscoördinator FPK, het LCBB, deelnemers dialoogsessies.

Voor een bepaalde doelgroep van vrouwen is het lastig zorg te realiseren vanwege de complexiteit van hun problematiek. Denk hierbij aan vrouwen met complexe problematiek die aan automutilatie (zelfbeschadiging) doen of een eetstoornis hebben. Bijvoorbeeld vrouwen met borderline-problematiek die zichzelf erg verwonden door automutilatie, om de pijn van trauma's niet te willen voelen. Deze doelgroep vormt een hoog risico voor zichzelf. Dit gedrag vormt een zogenaamde onveiligheidsfactor waar rekening mee gehouden moet worden. Behandelingen die zorgaanbieders aanbieden vinden vaak in groepsverband plaats, voor een bepaalde doelgroep van vrouwen is dit ongeschikt. Een deelnemer van de dialoogsessie vanuit de reclassering van het Leger des Heils voegt toe dat hij met name binnen het justitiële kader signaleert dat er weinig geschikte plekken zijn voor vrouwen met complexe problematiek. Het aanbod en de juiste kennis en expertise om met deze doelgroep om te gaan ontbreekt soms. Dit omdat het aanbod vooral ingericht lijkt te zijn op mannen met complexe problematiek. Deze problematiek kan verschillen met complexe problematiek van vrouwen, die bijvoorbeeld vaker een eetstoornis hebben of aan zelfbeschadiging doen.

- **Doelgroep 4: Personen met zedenproblematiek.**

Genoemd door plaatsingscoördinator FPA, LCBB, deelnemers dialoogsessies.

Gemeenten willen liever geen inwoners met zedenproblematiek. Dit kan het lastig maken om passende vervolgzorg te realiseren, bijvoorbeeld in de regio van herkomst. Veel zorgaanbieders weren patiënten met zedenproblematiek en bepaalde regio's bieden geen zorg voor deze doelgroep aan. Dat maakt het lastig om vervolgzorg in gang te zetten.

- **Doelgroep 5: Mensen met een LVB in combinatie met psychische problematiek.**

Genoemd door alle deelnemers van het praktijkonderzoek, behalve de reguliere niveau 1-kliniek.

Het LCBB geeft aan dat de VG-sector (Verstandelijk Gehandicapten-sector) nog niet goed lijkt te zijn meegegroeid met behoeften vanuit de praktijk en op mensen met een verstandelijke beperking en ontwrichtend gedrag. Dit zijn bijvoorbeeld mensen met een (L)VB die bijvoorbeeld psychotisch zijn en agressieregulatie nodig hebben, maar qua benadering beter in de VG-sector passen dan in een GGZ-setting. De reguliere niveau 1-kliniek herkent deze doelgroep als enige deelnemer van het praktijkonderzoek niet. Dit komt doordat zij aangeven nauwelijks patiënten te hebben die (zouden moeten) doorstromen naar de VG-zorg.

- **Doelgroep 6: Mensen met psychische problemen, die door het ouder worden verpleegzorg nodig hebben.**

Genoemd door plaatsingscoördinator FPC, LCBB, deelnemers dialoogsessies.

Deze doelgroep bestaat uit mensen die door het ouder worden naast hun psychische problemen te maken krijgen met bijvoorbeeld medische en psychogeriatrische problemen. Deze personen hebben daarom verpleegzorg nodig, echter is deze niet ingericht op deze (combinatie van) problematiek. Er ontbreken voorzieningen waar verpleegzorg wordt aangeboden en waar voldoende forensische expertise en beveiligingsmaatregelen aanwezig zijn.

Tussenconclusie knelpunten & doelgroepen

Uit de beschrijving van de knelpunten in het uitstroomproces en de specifieke doelgroepen kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Veel deelnemers van het praktijkonderzoek noemen dezelfde knelpunten, zowel plaatsingscoördinatoren binnen de klinieken als stakeholders buiten de klinieken.
- Er zijn verschillende specifieke doelgroepen waarvoor het lastig kan zijn om passende zorg te realiseren, zoals mensen met een combinatie van LVB en psychische problematiek, (ongewenste) vreemdelingen, vrouwen met complexe problematiek en personen met zedenproblematiek.
- Er zijn verschillende juridische, financiële en organisatorische factoren die het realiseren van passende vervolgzorg na een opname bemoeilijken. Wat opvalt is dat deze factoren vaak met elkaar samenhangen, en niet op te delen zijn in één categorie: financieel, juridisch of organisatorisch.
- Het kan lastig zijn om te bepalen wat passende zorg is en wie, wanneer, welke verantwoordelijkheid draagt.
- Wanneer de kliniek knelpunten ondervindt bij het uitplaatsen van een patiënt kan dit voor de patiënt zelf ook gevolgen hebben. Zo kan het voorkomen dat hij langer in de kliniek blijft dan medisch noodzakelijk is, wachtend op een passende plek. Als de omstandigheden en veiligheidsrisico's dit toestaan kan het ook voorkomen dat een patiënt weer in de oude omgeving belandt. Dit kan goed gaan, maar er zijn ook veel patiënten die zich niet staande houden in de participatiemaatschappij en in een vicieuze cirkel van reguliere zorg en forensische zorg zitten. Dit kan veroorzaakt worden doordat er weinig gradaties zijn in het op- en afschalen van zorg, de stap tussen ambulante zorg en forensische zorg wordt als te groot ervaren.
- In het verleden bestonden er meer voorzieningen waar patiënten langdurig kunnen wonen met passende forensische expertise en beveiligingsmaatregelen. Deze zijn wegbezuinigd als gevolg van de ambulantisering van de zorg. Men geeft aan dat er een grote behoefte is aan dergelijke verblijfsvoorzieningen.

4.3 Mogelijkheden

Tijdens het praktijkonderzoek is aan de deelnemers gevraagd welke mogelijkheden zij zien om de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg, te verbeteren. De volgende oplossingsrichtingen zijn genoemd

<i>Nummer</i>	<i>Oplossingsrichting</i>
1.	Het realiseren van meer Longstay-voorzieningen.
2.	Als aanbieder van beveiligde intensieve zorg zelf een voorziening voor tijdelijk beschermd wonen op het terrein van de kliniek plaatsen.
3.	Samenwerken met ketenpartners.
4.	Domeinoverstijgend naar complexe casuïstiek kijken, domeinoverstijgend samenwerken.
5.	Het realiseren van een warme overdracht van de patiënt en wederzijdse kennisoverdracht om de stap tussen forensische zorg en reguliere zorg minder groot te maken.
6.	Blijven kijken naar de individuele kenmerken en behoeften van de patiënt bij het realiseren van vervolgzorg (tempo van afschalen).
7.	Preventie, beveiligde intensieve zorg waar mogelijk voorkomen.
8.	Inzet ervaringsdeskundigen en ander gekwalificeerd personeel.
9.	Overzicht opschalingsroutes
10.	Overzicht reguliere en justitiële zorgtrajecten voor vrouwen.
11.	Meer kennis over de Vreemdelingenwet binnen de forensische zorg.

12. | Milieubekostiging

Hieronder volgt een toelichting op deze verschillende oplossingsrichtingen.

4.3.1 Algemene oplossingsrichtingen

Oplossingsrichting 1: Het realiseren van meer Longstay-voorzieningen.

Genoemd door alle deelnemers van het praktijkonderzoek.

Zoals eerder beschreven zou het volgens de deelnemers van het praktijkonderzoek helpend zijn als er meer longstay-voorzieningen komen voor duurzaam verblijf of waar patiënten langdurig in een rustige setting behandeld kunnen worden. Op deze plekken moet een passend beveiligingsniveau zijn en voldoende forensische expertise. Het is helpend als een longstay-plek gespecialiseerd is in meervoudige problematiek, omdat veel zorgaanbieders zich in de kern focussen op één bepaalde problematiek.

De coördinator van een FPK benoemt dat zij ziet dat er veel voormalige zorginstellingen en -afdelingen zijn gesloten. Wellicht dat op die locaties nieuwe initiatieven kunnen worden opgericht. Het LCBB is hierover al in gesprek met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Zorgkantoren om deze mogelijkheden te verkennen. Zij schatten dat er zo'n 60 tot 70 patiënten zijn die deze vorm van langdurig wonen nodig hebben. Onderzoeksbureau Significant voert momenteel een onderzoek uit naar langdurig beveiligd wonen en de doelgroep die dit nodig heeft.

Oplossingsrichting 2: Als aanbieder van beveiligde intensieve zorg zelf een voorziening voor tijdelijk beschermd wonen op het terrein van de kliniek plaatsen.

Genoemd door plaatsingscoördinator FPK (2), FPA

Een FPK en FPA geven aan dat zij zelf op hun terrein een kleinschalige voorziening voor forensisch beschermd wonen hebben opgericht voor patiënten waar nog geen geschikte vervolgvoorziening voor is. Zo kunnen zij behandeling en ondersteuning vanuit de kliniek ontvangen en houden zij geen beschermd bed binnen de kliniek bezet. Idealiter is dit tijdelijk totdat de patiënt kan doorstromen naar een andere locatie, al dan niet in de eigen regio. In de tussentijd doet de patiënt ervaring op met begeleid wonen.

Oplossingsrichting 3: Samenwerken met ketenpartners.

Genoemd door plaatsingscoördinator FPC, FPK's, LCBB, deelnemers dialoogsessies.

Een oplossing die door acht deelnemers is genoemd is het samenwerken met ketenpartners. Bijvoorbeeld door te blijven kijken wat je voor elkaar kunt betekenen, elkaar regelmatig op te zoeken en te onderzoeken waar nieuwe initiatieven opgericht kunnen worden (zie ook het praktijkvoorbeeld in bijlage 5). Daarbij is het belangrijk om ook out-of the-box te denken en gebruik te maken van elkaars expertise. Stel, een zorgaanbieder heeft een plek beschikbaar maar die niet helemaal passend is, dan is de plek wellicht toch passend te maken voor de patiënt door samen te werken. Van een organisatie vergt goed samenwerken constant de verbinding te zoeken met andere stakeholders, met name te kijken naar de mogelijkheden in plaats van de onmogelijkheden en te vertrouwen op elkaars expertise. Een deelnemer vanuit Reclassering Nederland benoemt dat in het aangaan en onderhouden van samenwerkingen het belangrijk is om volhardend te zijn, ook na een eerdere mislukte samenwerking of weigering van de patiënt door de zorgaanbieder. Het is noodzakelijk om de samenwerking te blijven aangaan, omdat je als partijen elkaar nodig hebt. Daarnaast geven de plaatsingscoördinatoren aan ook met elkaar te overleggen om elkaar te helpen bij lastige casussen. Ook wordt genoemd dat het belangrijk is om knelpunten te blijven agenderen bij de juiste partijen bijvoorbeeld door deze te blijven aankaarten bij de verantwoordelijke ministeries: het ministerie J & V (forensische zorg) en het ministerie van VWS (reguliere zorg). Er wordt aangegeven dat de problemen momenteel al zijn aangekaart bij de juiste partijen en dat 'iedereen al doet wat hij kan, maar er systeemfalen zijn die een regio niet kan oplossen'. Het LCBB bemiddelt dan ook landelijk in complexe casuïstiek, en is bezig met het aanleggen van een database met complexe casuïstiek. Zo kan deze casuïstiek beter geanalyseerd en besproken worden met de ministeries en andere partijen. Het komt voor dat deze ministeries soms naar elkaar wijzen: het andere ministerie is verantwoordelijk voor deze casus. Maar omdat een groot deel van de patiënten regelmatig van reguliere naar forensische zorg gaan en weer terug, zouden beide ministeries deze verantwoordelijkheid moeten nemen. Het LCBB zet zich hiervoor in en benoemt dat het belangrijk is om vanuit de gedachte te werken dat er niet één partij verantwoordelijk is voor de patiënt. Volgens de coördinator moet iedereen de maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen voor patiënten en hun problematiek.

Een deelnemer van een organisatie voor ambulante zorg en beschermd wonen noemt tot slot dat hij samenwerking door middel van zogenaamde proefplaatsingen of ‘carrousel-plaatsingen’ als oplossingsrichting op korte termijn ziet. Dit houdt in dat zorgaanbieders onderling afspraken maken over het tijdelijk zorg verlenen aan de patiënt: eerst gaat de patiënt naar zorgaanbieder A voor een aantal maanden, daarna naar zorgaanbieder B, enzovoort. Daarmee proberen de zorgaanbieders elkaar te ontlasten en de continuïteit van zorg te waarborgen. Een Zorgkantoor kan in dit soort casuïstiek meedenken over de financiering (Wlz). Een deelnemer van het Zorg- en Veiligheidshuis vraagt zich daarbij wel af hoe ethisch verantwoord dit soort plaatsingen zijn als de patiënt elk halfjaar zorg krijgt bij een andere zorgaanbieder en telkens een nieuwe behandelaar en behandeltraject heeft. Ook twijfelt het LCBB aan de juridische houdbaarheid van dit soort oplossingen, er wordt gevreesd dat een advocaat van de patiënt een dergelijke constructie succesvol kan aanvechten.

Oplossingsrichting 4: Domeinoverstijgend naar complexe casuïstiek kijken, domeinoverstijgend samenwerken.

Genoemd door deelnemer reclassering en LCBB.

Een deelnemer vanuit de reclassering van het Leger des Heils noemt dat er meer domein-overstijgend naar casussen moet worden gekeken. Momenteel ziet hij dat er nog te veel in domeinen wordt gedacht: *‘Er wordt ook niet buiten de kaders gekeken die er al zijn. Omdat het heel lastig is, omdat je dat zelf niet voor elkaar krijgt en omdat dat eigenlijk binnen het tijdsbestek voor een casus toch nooit kan en omdat er gewoon heel veel verschillende poppetjes overgaan.’* In veel multidisciplinaire overleggen merkt hij op dat er op de volgende manier naar een casus wordt gekeken: hoort deze bij de forensische zorg, reguliere zorg, het sociaal domein? Vervolgens wordt de knoop doorgelicht nadat er naar elkaar wordt gewezen, daarna wordt de casus aan één domein toegewezen. Terwijl de casus eigenlijk domein-overstijgend is en iedere partij verantwoordelijkheid zou moeten nemen. De coördinator van het LCBB herkent dit: *‘Als er letterlijk op grote bijeenkomsten wordt gezegd dat bepaalde problemen van en door de reguliere zorg komen, of andersom, dan ga je het niet oplossen.’* De knelpunten zijn niet aan één domein toe te wijzen.

Oplossingsrichting 5: Het realiseren van een warme overdracht van de patiënt en wederzijdse kennisoverdracht om de stap tussen forensische zorg en reguliere zorg minder groot te maken.

Genoemd door deelnemer dialoogsessie vanuit de reclassering.

Volgens een deelnemer zou op korte termijn de stap tussen forensische en reguliere zorg al wat minder groot kunnen worden gemaakt door meer tijd te nemen voor een warme overdracht van patiënten. Als zorgaanbieders meer met elkaar in gesprek gaan en gezamenlijk een overdracht afstemmen dan is de nieuwe zorgaanbieder beter toegerust om zorg te verlenen aan de patiënt. Hierbij is het belangrijk dat de kliniek zorgt voor een goede informatie-uitwisseling: *‘Meer tijd te nemen voor een warme overdracht, hè? Dus dat je ook gaat kijken naar bijvoorbeeld opbouw van overnachtingen en afbouw van overnachtingen. Klinisch het verzorgen van klinische lessen vanuit bijvoorbeeld de FPC of FPK naar de begeleide woonvoorziening. Ja, dat er op overdracht meer op elkaar af wordt gestemd, dat de informatie meer wordt uitgewisseld, waardoor de vervolginstelling ook beter is toegerust om te werken vanuit het risicomanagement, vanuit het signaleringsplan, terugvalpreventieplannen.’* Daarnaast noemt ze dat ‘onbekend, onbemind’ maakt: weinig kennis over bepaalde doelgroepen kan stigma in de hand werken. Door deze kennis aan te bieden (bijvoorbeeld over Tbs-patiënten) kan de drempel worden verlaagd om samenwerkingen aan te gaan. En kan een patiënt die eerst werd geweigerd mogelijk toch zorg krijgen bij de beoogde zorgaanbieder. Voorlichting vanuit de verschillende domeinen en wederzijdse kennisuitwisseling is dan ook belangrijk.

Oplossingsrichting 6: Blijven kijken naar de individuele kenmerken en behoeften van de patiënt bij het realiseren van vervolgzorg (tempo van afschalen).

Genoemd door coördinator LCBB.

In paragraaf 4.1 komt het knelpunt naar voren dat het afschalen van zorg soms in te grote of kleine stappen plaatsvindt. Dit kan overvraging van de patiënt veroorzaken of de patiënt belemmeren in zijn vooruitgang doordat hij niet de kans krijgt zich te bewijzen na de behandeling. Een van de coördinatoren noemt dat er bij het realiseren van vervolgzorg meer gekeken moet worden naar wie de patiënt is en wat hij kan: *‘iemand laten zijn en van daaruit kijken wat hij kan’* en naar welke opties

veilig en onveilig zijn. Daarnaast is het belangrijk dat professionals het verschil tussen weerstand door overvraging en demotivatie scherp voor ogen houden.

Oplossingsrichting 7: Preventie.

Genoemd door deelnemer dialoogsessie vanuit het Landelijk Kenniscentrum LVB

Een deelnemer geeft aan dat er vanuit zorgaanbieders en de overheid meer aan preventie kan worden gewerkt om BIZ waar mogelijk te voorkomen. Bijvoorbeeld door te zorgen dat problematiek bij personen eerder wordt opgemerkt waardoor zorg eerder kan worden ingezet. Bijvoorbeeld bij personen met een licht verstandelijke beperking, die tegen verschillende problemen aan kunnen lopen, wat kan leiden tot risicovol gedrag of delict gedrag.

Oplossingsrichting 8: Inzet ervaringsdeskundigen en ander gekwalificeerd personeel.

Genoemd door ervaringsdeskundige.

De ervaringsdeskundige noemt als oplossingsrichting het meer inzetten van ervaringsdeskundigen, die de patiënt vanuit hun perspectief kunnen ondersteunen. Zo voelt de patiënt zich mogelijk beter begrepen gedurende het traject om passende zorg te realiseren. Ook kan een ervaringsdeskundige de patiënt ondersteunen bij de overgang naar ambulante zorg of verblijfzorg, als er veel veranderingen voor de patiënt zijn. Het LCBB noemt dat het momenteel zo is dat er veel HBO-geïnschuldigd personeel wordt gevraagd, en ziet als oplossingsrichting het aannemen van personeel met een MBO-diploma of mensen zonder de juiste diploma's, maar met de juiste (levens-)ervaring en motivatie voor het werken in de forensische zorg (zie bijlage 5 voor een praktijkvoorbeeld).

Oplossingsrichting 9: Overzicht opschalingsroutes.

Genoemd door deelnemers vanuit de VNG en een Zorg- en Veiligheidshuis

Twee deelnemers benoemen dat het helpend zou zijn als er een overzicht komt van alle opschalingsroutes per regio, zodat zorgaanbieders weten waar ze complexe casuïstiek in hun regio kunnen inbrengen voor informatie en advies. Hiermee wordt een overzicht/schema bedoeld van alle overlegvormen, bijvoorbeeld bij het Zorg- en Veiligheidshuis, 'hoog complexe tafels', overleg voor de Levensloopaanpak en de PGA (Persoonsgerichte Aanpak, vanuit politie, justitie en hulpverleningsorganisaties). Het is momenteel niet altijd duidelijk welke overleggen er per regio worden georganiseerd waarin zorgaanbieders vragen rondom complexe (risicovolle) patiënten kunnen inbrengen. Daarnaast kunnen de werkwijzen binnen deze overleggen en de doelgroepen die in deze overleggen worden besproken per regio verschillen. Het zou helpend zijn als hiervan een overzicht is per regio, zodat zorgaanbieders optimaal de mogelijkheden voor het realiseren van zorg en ondersteuning binnen de eigen regio kunnen benutten.

4.3.2 Doelgroepgerichte oplossingsrichtingen

Oplossingsrichting 10: Overzicht reguliere en justitiële zorgtrajecten voor vrouwen.

Genoemd door een deelnemer vanuit de reclassering

Een deelnemer noemt dat het wenselijk is om een overzicht te creëren van welke reguliere/justitiële zorgtrajecten voor vrouwen bij aanbieders uitgezet kunnen worden. Dit omdat het aanbod voor vrouwen met complexe problematiek beperkt is, en sommige zorgaanbieders vrouwen weigeren. Het LCBB reageert hierop dat dit punt al zeer binnenkort op de agenda staat en besproken wordt met o.a. klinieken en de ministeries om alle knelpunten, oorzaken en mogelijkheden van deze problemen in kaart te brengen.

Oplossingsrichting 11: Meer kennis over de Vreemdelingenwet binnen de forensische zorg.

Genoemd door twee deelnemers vanuit de reclassering.

Zoals eerder naar voren is gekomen is het binnen klinieken niet altijd duidelijk wat men wel en niet mag doen tijdens het behandelen van asielzoekers zonder verblijfsstatus en nieuwkomers met verblijfsstatus. Volgens een deelnemer zou het dan ook wenselijk zijn als er meer kennis was over hoe de Vreemdelingenwet zich verhoudt tot het strafrecht om dit inzichtelijk te krijgen. Wat is er in bepaalde situaties juridisch wel of niet toegestaan? Het LCBB reageert dat deze knelpunten al geagendeerd zijn en zij gesprekken hierover hebben met o.a. de IND en het ministerie J & V. Een andere deelnemer geeft aan dat in 2019 de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) al een advies heeft uitgebracht over ongewenste

vreemdelingen in de tbs aan de minister voor Rechtsbescherming.¹²³ In dit rapport wordt ook ingegaan op de spanning tussen het vreemdelingenrecht en het strafrecht.

4.3.3 Juridisch/financiële oplossingsrichting

Oplossingsrichting 12: Milieubekostiging.

Genoemd door coördinator LCBB

Het LCBB noemt milieubekostiging als een organisatorisch, financiële en juridische oplossingsrichting. Momenteel zijn er veel schotten in de wet- en regelgeving wat voor knelpunten kan zorgen voor patiënten met complexe en/of meervoudige problematiek. Het heeft ervoor gezorgd dat zorgaanbieders zich zijn gaan specialiseren op enkelvoudige problematiek. Sinds de komst van de Wvvgz en de Wzd (voorheen vielen deze doelgroepen onder één wet: de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen Wet BOPZ) hebben veel zorgaanbieders gekozen voor één van deze twee doelgroepen wat plaatsing lastig kan maken als de patiënt niet het juiste 'label' heeft. In een tijd waarin de doelgroep complexer lijkt te worden zou milieubekostiging een oplossing kunnen zijn volgens de deelnemer: dat er qua financiering eerst gekeken wordt naar wat voor milieu (woon/zorgsetting, combinatie van zorg) passend is, in plaats van te kijken naar welke indicatie iemand heeft en welke zorg op basis van deze indicatie gefinancierd kan worden. Elk milieu zou dan een bepaalde financiering moeten hebben. Als er bijvoorbeeld is vastgesteld dat iemand VG-zorg nodig heeft, wordt ongeacht de aandoening of beperking deze zorg gefinancierd. Om milieubekostiging te realiseren is het volgens het LCBB nodig het zorgstelsel aan te passen, momenteel voert het LCBB al gesprekken met stakeholders als de Zorgkantoren om dit aan te kaarten.

Tussenconclusie mogelijke oplossingsrichtingen

Uit de genoemde oplossingsrichtingen kunnen de volgende conclusies getrokken worden:

- Zoals uit de vorige paragrafen blijkt hebben professionals soms het gevoel tegen de inrichting van het systeem (van wetgeving, inrichting van het zorgstelsel) en de grenzen hiervan aan te lopen. Een lange termijnoplossingsrichting voor deze knelpunten is volgens het LCBB ontschotting van de wetgeving door milieubekostiging in te voeren: financiering op basis van het zorgklimaat dat de patiënt nodig heeft. Professionals proberen met de (on)mogelijkheden van het huidige systeem om te gaan door bijvoorbeeld samenwerking op te zoeken en te blijven kijken naar de mogelijkheden naast de onmogelijkheden.
- Uit de oplossingsrichting 'samenwerken' blijkt dat professionals vinden dat ze al goed tot zo optimaal mogelijk samenwerken. Er wordt benadrukt dat het belangrijk is om dit te blijven doen, elkaars kennis en expertise op te zoeken en de verbinding aan te gaan. Samen is er vaak meer mogelijk en kunnen partijen de verantwoordelijkheid rondom een lastig plaatsbare patiënt delen.
- Bij het samenwerken is het belangrijk om out-of-the-box durven te denken en op zoek te gaan naar maatwerkoplossingen. Bijvoorbeeld door gezamenlijk pilots op te starten (zie ook het praktijkvoorbeeld in bijlage 5). Ook kan de organisatie zelf een eigen pilot opstarten en een georganiseerd experiment uit voeren, bijvoorbeeld door zelf een (zeer) kleinschalige woonvorm op te richten op het terrein van de kliniek. Zo kunnen oplossingsrichtingen op kleine schaal worden getest.
- Een concreet verbeterpunt in samenwerkingsrelaties is dat de overdracht van patiënten soms beter kan worden vormgegeven: bijvoorbeeld als er informatie ontbreekt of onduidelijk is op het moment dat de patiënt naar een andere zorgaanbieder gaat. Soms zijn zorgaanbieder niet transparant genoeg, bijvoorbeeld uit vrees een patiënt anders niet geplaagd te krijgen. Door deze transparantie wél te tonen, in gesprek te gaan en onderlinge kennis en expertise uit te wisselen kan de overdracht beter plaatsvinden. Daarmee kunnen de forensische en reguliere zorg meer toenadering tot elkaar zoeken waardoor de stap tussen forensische en regulier zorg wellicht wat kleiner kan worden gemaakt.
- De deelnemers geven aan dat het belangrijk is om de knelpunten uit het werkveld te (blijven) agenderen bij de juiste partijen, momenteel heeft men het gevoel dat de knelpunten al bij deze partijen liggen waaronder de verantwoordelijke ministeries. Wat opvalt is dat men niet altijd op de hoogte is van de stappen die hierna worden gezet door stakeholders. Zo was het bij deelnemers van de dialoogsessie niet bekend dat het LCBB momenteel al in gesprek is met het ministerie van

¹²³ Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming 2021.

VWS om de mogelijkheden te verkennen om op kortere termijn een longstay-voorziening te realiseren. Alle deelnemers van het praktijkonderzoek zijn het erover eens dat er dergelijke voorzieningen moeten komen.

- Soms ontbreekt bij stakeholders het overzicht van welke mogelijkheden er zijn om passende zorg voor bepaalde doelgroepen te realiseren. Bijvoorbeeld welke reguliere en forensische trajecten er zijn voor de doelgroep vrouwen met complexe problematiek, en welke (on)mogelijkheden er zijn in de behandeling van (ongewenste) vreemdelingen (landelijke visie ontbreekt). Daarnaast kan bij zorgaanbieders het overzicht ontbreken met betrekking tot de regionale overlegvormen voor complexe casuïstiek.
- Overige oplossingsrichtingen die worden genoemd zijn het meer inzetten van ervaringsdeskundigen en ander geschoold/gekwalificeerd personeel om te zorgen voor meer personeel in de BIZ en daarbuiten, en in te zetten op preventie om onder andere de instroom in de klinieken te beperken.

4.4 Ontwerpeisen uit het praktijkonderzoek

De informatie uit het praktijkhoofdstuk kan worden vertaald in de volgende ontwerpeisen voor het beroepsproduct dat professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein informeert over de mogelijkheden voor een passende uitstroom uit de BIZ:

- Het beroepsproduct moet de complexiteit van de uitstroomproblematiek weergeven zoals professionals die in het werkveld zien. Dit omdat professionals met deze complexiteit moeten omgaan, en een vereenvoudiging van de situatie niet overeenkomst met de werkelijkheid. Het beroepsproduct moet handvatten bieden over hoe zij kunnen omgaan met deze complexiteit door de mogelijkheden die professionals kunnen benutten te laten zien.
- Het beroepsproduct laat dan ook de mogelijkheden zien die in het praktijkonderzoek naar voren zijn gekomen en geeft gerichte aanbevelingen.

Hoofdstuk 5 Analyse & Conclusie

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek geanalyseerd en wordt een antwoord gegeven op de centrale onderzoeksvraag.

5.1 Vergelijking theoretisch kader en praktijkonderzoek

In deze paragraaf komen de verschillen en overeenkomsten uit het theoretisch kader en het praktijkonderzoek aan bod. Door middel van deze analyse worden in paragraaf 5.2 de definitieve ontwerpeisen voor het beroepsproduct vastgesteld. In hoofdstuk 6 komt vervolgens aan bod hoe dit beroepsproduct aan de hand van de ontwerpeisen is ontworpen.

5.1.1 Knelpunten

In het onderzoek zijn verschillende juridische, organisatorische en financiële knelpunten naar voren gekomen, veel professionals herkennen dezelfde knelpunten (zie conclusie paragraaf 4.2). In deze paragraaf worden de verschillen en overeenkomsten in de knelpunten uit het theoretisch kader en de praktijk besproken.

Verschillen tussen het theoretische kader en het praktijkonderzoek

In vergelijking met de knelpunten die zijn genoemd in het theoretische kader, worden er in het praktijkonderzoek andere financiële knelpunten genoemd. Namelijk:

- Dat klinieken minder financiering krijgen op het moment dat de forensische titel is afgelopen, maar de patiënt nog noodzakelijk in de kliniek moet verblijven. Omdat de financiering overgaat naar de Zvw wordt daarmee het risico vergroot dat de zorgaanbieder sneller zijn omzetplafond bereikt;
- Situaties waarin men een geschikte vervolgplek op het oog heeft maar de patiënt niet de juiste indicatie en daardoor financiering kan krijgen.

Vaak hangen deze knelpunten echter wel samen met de eerdergenoemde knelpunten uit de literatuur. Het feit dat het lastig kan zijn om een vergoeding voor een bepaalde plek te vinden, heeft bijvoorbeeld te maken met dat veel zorgaanbieders zich op één soort problematiek zijn gaan specialiseren (op basis van één wet, zie paragraaf 3.2.1) en de schotten in wet- en regelgeving (zowel in het theoretische onderzoek als praktijkonderzoek genoemd). Een ander verschil tussen de theorie en praktijk is dat in het theoretisch kader wordt benoemd dat er een tekort is aan plekken voor forensisch beschermd wonen voor patiënten die vanuit een FPK uitstromen. Beide plaatsingscoördinatoren van de FPK's hebben dit knelpunt echter niet genoemd.

Overeenkomsten tussen het theoretische kader en het praktijkonderzoek

Een overeenkomst tussen het theoretische kader en praktijkonderzoek zijn de organisatorische problemen zoals personeelstekorten en wachtlijsten, die ook in paragraaf 3.2.1 en 3.2.2 naar voren kwamen. Daarnaast blijkt zowel uit het theoretisch kader als het praktijkonderzoek dat het voor patiënten met meervoudige problemen inderdaad lastig is om passende zorg te realiseren, denk hierbij bijvoorbeeld aan patiënten met een verstandelijke beperking en psychische problematiek (zie paragraaf 3.2.1 en 4.3). Twee specifieke doelgroepen die ook in het theoretisch onderzoek naar voren kwamen, zijn patiënten met een LVB of zedenproblematiek (zie paragraaf 3.2.2 en 4.3). Het praktijkonderzoek bevestigt dat verschillende regio's patiënten met zedenproblematiek en andere doelgroepen niet altijd zorg kunnen bieden. Dat het aanbod van voorzieningen regionaal kan verschillen is ook een overeenkomst tussen de theorie en praktijk. Echter komt uit het praktijkonderzoek niet expliciet naar voren dat het vooral gaat om Wmo-voorzieningen en plekken voor (forensisch) beschermd wonen. Het knelpunt speelt breder, ook bij andere zorgaanbieders. Wat het plaatsen van patiënten in de eigen regio ook lastig kan maken is dat zorgaanbieders die al een negatieve voorgeschiedenis hebben met de patiënt, deze niet altijd willen terugnemen (paragraaf 3.2.2 en 4.1). De plaatsingscoördinatoren bevestigen daarnaast het beeld uit de literatuur dat de problematiek van patiënten complexer lijkt te worden, al wordt de kanttekening gemaakt dat dit een gevolg kan zijn van de ambulantisering van de zorg en het ontbreken van nuances in het op- en afschalen van zorg (zie paragraaf 4.1). In het theoretisch kader wordt benoemd dat het personeel in vervolgvoorzieningen soms niet altijd de juiste kennis en expertise heeft om met bepaalde complexe doelgroepen om te gaan, waardoor deze regelmatig geweigerd worden. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat dit in elk geval geldt voor de doelgroepen vrouwen met complexe problematiek en personen met zedenproblematiek.

Tot slot werd in het theoretisch kader benoemd dat de Wfz is ingevoerd om verschillende knelpunten te verminderen (capaciteitsproblemen, afstemmingsproblemen en problemen in de

continuïteit van forensische zorg). De knelpunten die in het praktijkonderzoek naar voren zijn gekomen geven het beeld dat de knelpunten die de aanleiding vormden voor de invoering van de Wfz nog steeds bestaan. Zo blijkt dat er tussen zorgaanbieders onderling nog steeds afstemmingsproblemen zich kunnen voordoen: bijvoorbeeld door onvolledige overdrachten, visieverschillen over wat passende zorg is en wie daarvoor verantwoordelijk is (zie paragraaf 4.1). De impact van de Wfz op de knelpunten die aanleiding gaven voor de invoering van de wet is onduidelijk. Zoals in paragraaf 3.2.2 is vermeld loopt de evaluatie van deze wet nog.

5.1.2 Mogelijkheden

In het theoretisch kader zijn twee *best practises* rondom domeinoverstijgend samenwerken genoemd om knelpunten voor de doelgroep personen met psychische problematiek (in brede zin) te verminderen. De eerste *best practise* is de ketenveldnorm levensloop en beveiligde intensieve zorg, deze norm zorgt voor een langdurige, integrale aanpak rondom cliënten met complexe en meervoudige problematiek. De tweede *best practise* is het Kompas ernstige psychische problemen, die een aanpak beschrijft voor het verbeteren van de kwaliteit, innovatie en samenhang van zorg voor mensen met ernstige psychische problematiek. Wat opvalt is dat (domeinoverstijgend) samenwerken door bijna alle deelnemers (op een plaatsingscoördinator van een FPA na) van het praktijkonderzoek als oplossingsrichting is genoemd om knelpunten te verminderen. De knelpunten behoren namelijk niet aan één domein toe (reguliere zorg, forensische zorg, sociaal domein) en de deelnemers geven aan dat samenwerking noodzakelijk is om samen passende zorg te realiseren.

Deelnemers noemen bij het samenwerken de volgende aandachtspunten:

- Elkaar regelmatig opzoeken;
- Domeinoverstijgend naar problematiek kijken;
- Out-of-the-box denken met elkaar, denken in mogelijkheden in plaats van onmogelijkheden (oplossingsgericht zijn, maatwerk);
- Ieder moet de verantwoordelijkheid voor de patiënt en problematiek nemen (niet één partij is verantwoordelijk maar allen);
- Je niet laten weerhouden door tegenslagen, knelpunten blijven agenderen bij de juiste partijen;
- Zorgen voor een warme overdracht op het moment dat de patiënt naar een andere zorgaanbieder gaat

Deze aandachtspunten passen bij de elementen uit de werkwijze van de *best practises* zoals genoemd in bijlage 3. Daarin is bijvoorbeeld een aanpak beschreven waarin partijen regelmatig samenkomen en integraal samenwerken, in de Ketenveldnorm is ook aandacht voor het op- en afschalen van zorg. Naast (domeinoverstijgend) samenwerken zijn er in het praktijkonderzoek nog andere oplossingsrichtingen genoemd. Eén andere oplossingsrichting waar alle deelnemers het over eens zijn, is het vergroten van het aanbod van Longstay-voorzieningen voor langdurige behandeling en wonen. Dit onder passende beveiligingsmaatregelen en met forensische expertise. De overige oplossingsrichtingen zijn minder vaak genoemd: als kliniek zelf een voorziening voor tijdelijk beschermd wonen plaatsen, een overzicht van opschalingsroutes creëren, preventie, inzet van ervaringsdeskundigen en beter onderzoeken wat een geschikt tempo van op- en afschalen is voor de patiënt.

5.2 Ontwerpeisen

Dit onderzoek is gestart naar aanleiding van de wens van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg om inzicht te krijgen in welke juridische, financiële en organisatorische knelpunten een rol kunnen spelen op het moment dat een patiënt vanuit de BIZ uitstroomt naar ambulante zorg of verblijfszorg. Ook was een wens van de opdrachtgever om te onderzoeken welke oplossingsrichtingen er zijn voor deze knelpunten. Deze kennis over de knelpunten en oplossingsrichtingen kan het lectoraat mogelijk integreren binnen de toekomstige kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag. Het lectoraat wil dat professionals meer kennis krijgen over de eigen mogelijkheden die zij hebben om knelpunten te verminderen en passende zorg in te zetten voor personen met onbegrepen gedrag.

Daarom wordt de volgende onderzoeksvraag door middel van dit onderzoek beantwoord:

Met welke karakteristieken kan een digitaal product worden ontwikkeld waarmee stakeholders die betrokken zijn bij de uitstroombroblematiek in de beveiligde intensieve zorg, geïnformeerd kunnen worden over welke mogelijkheden er binnen de kaders van de Zvw, Wmo 2015, Wlz en Wfz zijn om te zorgen voor passende uitstroom van patiënten uit de beveiligde intensieve zorg?

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden worden in deze paragraaf de ontwerpeisen (karakteristieken) die nodig zijn voor het ontwerpen van dit beroepsproduct toegelicht.

5.2.1 Ontwerpeisen vanuit de opdrachtgever

Zoals uit paragraaf 1.3 blijkt heeft de opdrachtgever een aantal ontwerpeisen voor het beroepsproduct:

- Het beroepsproduct moet professionals die stakeholder zijn van de uitstroomproblematiek uit de BIZ (zie bijlage 2) informeren over de mogelijkheden die zij als professional hebben om passende zorg te realiseren op het moment dat knelpunten zich voordoen. Dit binnen de bestaande kaders van wetgeving: de Zvw, Wmo 2015, Wlz en de Wfz.
- De doelgroep van het beroepsproduct moet zo mogelijk breder worden getrokken dan de stakeholders, zodat professionals vanuit het gehele zorg- en veiligheidsdomein het beroepsproduct kunnen inzetten om hen te helpen passende zorg te realiseren.
- Het beroepsproduct moet digitaal zijn zodat het makkelijk verspreid kan worden en het product een groot bereik kan hebben (verder geen eisen aan de vorm).
- Een basis voor de doorontwikkeling van het product is de feedback van verschillende stakeholders uit het zorg- en veiligheidsdomein.

Bij het ontwerpen van het digitale product moet aan deze eisen voldaan worden.

5.2.2 Ontwerpeisen vanuit de analyse van theorie en praktijk

Naast de ontwerpeisen die door de opdrachtgever zijn opgesteld, kunnen er ook ontwerpeisen worden afgeleid uit bovenstaande analyse van de resultaten uit het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek.

- Tijdens de uitstroom uit de BIZ kunnen stakeholders verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten tegenkomen, die onderling kunnen samenhangen. Dit kan complexe situaties veroorzaken. Het beroepsproduct moet recht doen aan deze complexiteit en de verschillende factoren die het realiseren van passende zorg kunnen beperken.
- Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat veel professionals dezelfde knelpunten herkennen. De meerwaarde in het beroepsproduct zit niet in het informeren van professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein over deze knelpunten. Het beroepsproduct dient juist in te gaan op de mogelijkheden die zij hebben om knelpunten te verminderen en toch passende zorg te realiseren voor de doelgroep van personen met onbegrepen gedrag.

Zoals uit het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek is gebleken zijn er verschillende oplossingsrichtingen om de juridische, financiële en organisatorische knelpunten te verminderen. Op de ene oplossingsrichting kan een professional echter meer directe invloed uitoefenen dan op de andere oplossingsrichting. De oplossingsrichting 'het realiseren van meer Longstay-voorzieningen' is bijvoorbeeld een oplossing op de lange termijn, terwijl de oplossingsrichting 'samenwerken' al op korte termijn ingezet kan worden, hier heeft de professional een directere invloed op. Hieruit vloeit de volgende ontwerpeis voort:

- Het beroepsproduct wordt ontworpen voor professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein en moet rekening houden met hun eigen cirkel van invloed: wat kunnen zij (al dan niet in samenwerking met anderen) bereiken om deze knelpunten te verminderen op de korte en lange termijn?

In hoofdstuk 6 staat vermeld hoe aan de hand van deze ontwerpeisen een beroepsproduct is ontworpen.

Hoofdstuk 6 Ontwerp beroepsproduct

6.1 Totstandkoming concept beroepsproduct

Naar aanleiding van de resultaten van het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek, en de vergelijking van deze resultaten in het vorige hoofdstuk, zijn ten eerste aanbevelingen opgesteld (zie bijlage 7). Deze aanbevelingen zijn gegeven aan het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg, het LCBB, het ministerie VWS en het ministerie J & V en aan professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein. Er is gekozen om eerst aanbevelingen op te stellen richting de diverse stakeholders om op grond van deze aanbevelingen tot een conceptberoepsproduct te komen. Zoals uit de ontwerpeisen in hoofdstuk 5 is gebleken moet dit een digitaal product zijn, dat professionals informeert over de mogelijkheden die zij hebben om passende zorg te realiseren.

Aan professionals in het zorg- en veiligheidsdomein is de volgende aanbeveling gegeven (zie bijlage 7): *‘Zoek domeinoverstijgende samenwerkingen op door het oprichten van pilots en/of kennisgroepen.’* Beknopt is de aanbeveling voor het aangaan van domeinoverstijgende samenwerkingen op de volgende inzichten uit het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek gebaseerd:

- De diverse juridische, financiële en organisatorische knelpunten die het realiseren van passende zorg kunnen beperken, hangen sterk met elkaar samen en zijn vaak niet toe te wijzen aan één domein: de forensische zorg of reguliere zorg (zie tussenconclusie paragraaf 4.2);
- De oplossingsrichting ‘samenwerken’ is de op een na meest genoemde oplossingsrichting benoemd door professionals (op het realiseren van Longstay-plekken na, zie paragraaf 4.3).
- Een deelnemer vanuit de reclassering en het LCBB benoemen dat domeinoverstijgend denken hierbij belangrijk is, en dat er momenteel te veel vanuit de verschillende domeinen wordt gedacht in het zoeken naar oplossingen (zie paragraaf 4.3). Terwijl stakeholders gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor de casus/problematiek zouden moeten nemen.
- Zoals uit paragraaf 5.1.2 blijkt noemen de professionals verschillende aandachtspunten voor een goede samenwerking die ook terugkomen in de *best practises* uit de theorie rondom domeinoverstijgende samenwerking.

Specifiek is de aanbeveling gedaan om domeinoverstijgend samen te werken in *pilots of kennisgroepen* (zie bijlage 7). Er is gekozen om de vorm van een pilot te adviseren naar aanleiding van de informatie van het LCBB over de initiatieven die zij aan het oprichten zijn, in het bijzonder het voornemen op een pilot rondom Longstay-voorzieningen te organiseren (zie paragraaf 4.3). Het voordeel van een pilot is namelijk dat partijen binnen deze samenwerkingsvorm al in een vroeg stadium concrete stappen kunnen maken rondom een complexe casus of vraagstuk, daardoor kunnen werken aan het opbouwen van onderling vertrouwen en praktische leerervaringen kunnen opdoen.¹²⁴ Die leerervaringen kunnen mogelijk ook in andere contexten worden ingezet. Er is daarnaast gekozen om de vorm van een kennisgroep te adviseren, zoals genoemd werd in het Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven (zie paragraaf 3.3.2 en bijlage 3). Een voordeel van een kennisgroep is dat er vanuit verschillende perspectieven naar de problematiek kan worden gekeken (multilevel), er onderling kennis en expertise wordt uitgewisseld en er op basis van een gedeelde visie en ambitie wordt gewerkt, wat motiverend kan werken. Het verschil met een pilot is dat binnen een kennisgroep partijen zich voor een lange termijn verbinden, voor een pilot is dit vaak een kortere termijn.

Vanuit deze aanbeveling over domeinoverstijgend samenwerken is het idee gekomen om een digitaal product te ontwerpen dat professionals kan helpen met het aangaan van domeinoverstijgende samenwerkingen, als oplossingsrichting voor het bieden van passende zorg. In het onderzoek hebben professionals zoals hierboven beschreven al verschillende aandachtspunten genoemd voor het samenwerken, daarnaast zijn uit de *best practises* uit de theorie verschillende elementen voor domeinoverstijgende samenwerking naar voren gekomen. Vanuit deze bronnen ontstond het idee om deze kennis te bundelen in een product, om aan te kunnen bieden aan professionals.

¹²⁴ Dees & Opheij 2019.

6.1.1 Samenwerkingsmodel

Uiteindelijk is ervoor gekozen om de kennis over (domeinoverstijgend) samenwerken te bundelen in de vorm van een model. Een model is een vereenvoudigde weergave van de werkelijkheid.¹²⁵ Door middel van modellen kunnen complexe concepten voor de lezer worden gevisualiseerd waardoor ze makkelijker te begrijpen zijn en makkelijker deelbaar zijn met anderen. Samenwerken rondom complexe vraagstukken kan zo'n complex concept zijn, ook omdat iedere samenwerking en ieder vraagstuk anders kan zijn. Daarom is onderzocht wat de algemene voorwaarden, de randvoorwaarden voor een domeinoverstijgende samenwerking zouden moeten zijn, aan de hand van de informatie van professionals uit het praktijkonderzoek en de elementen uit de best practices.

Om de informatie in het model gestructureerd aan te kunnen bieden is gezocht naar voorbeelden van andere modellen met een toepasselijke lay-out. Deze layout is gevonden in: 'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, *Zorg voor afstemming*, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022. Dit model is ontworpen voor de samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams en bevat de volgende stappen: *startperspectief*, *start samen (algemene voorwaarden, moraliteit, uitgangspunten)*, *werk samen (samenwerkingsproces, proces en structuur, samenwerkingsstructuur)*, *evalueer samen (accountability en resultaten)*, *maak samen (conflicten en spanningen)*. Aan de hand van deze stappen is het model voor domeinoverstijgende samenwerking opgesteld zodat stapsgewijs de randvoorwaarden konden worden beschreven. Naast deze kopjes uit het model is ook de vormgeving in blokken overgenomen omdat deze vormgeving de verschillende stappen inzichtelijk maakt. Per stap is vervolgens gekeken welke randvoorwaarden uit het praktijkonderzoek en de *best practices* passend zijn bij elke stap. Zo is tot een nieuw samenwerkingsmodel gekomen. Dit model verschilt met het model van Peeters en Westen doordat het model is opgesteld voor domeinoverstijgende samenwerkingen in het zorg- en veiligheidsdomein, en niet voor één specifieke context. Het model van Peeters en Westen is wél ontworpen voor een specifieke context: de samenwerking tussen wijk- en FACT-teams voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Daarom bevat het model veel voorwaarden die in andere contexten niet of minder van toepassing zijn zoals: *coaching van generalisten door specialisten*, *stedelijk informatie/registratiesysteem*, *jaarlijks in de huiskamer een gezamenlijke behandelplanbespreking*.¹²⁶ Elementen die wél uit dit model zijn opgenomen zijn: een kwaliteitscyclus en het hebben van een gedeelde visie. Daarnaast komt in het model het werken in pilots en kennisgroepen naar voren, dit is niet het geval in het model van Peeters en Westen.

Door deze werkwijze is het conceptberoepsproduct tot stand gekomen: een samenwerkingsmodel voor domeinoverstijgende samenwerking vanuit het zorg- en veiligheidsdomein. Dit model geeft professionals inzicht in verschillende stappen van samenwerking en aspecten die hierin belangrijk zijn. Het doel van het model is om professionals handvatten te bieden voor het vormgeven van domeinoverstijgende samenwerkingen in de vorm van een pilot of kennisgroep, als oplossingsrichting voor het realiseren van passende zorg. Het model kan gebruikt worden in de beginfase van samenwerkingen, wanneer partijen nadenken over hoe zij hun samenwerkingsproces gaan vormgeven. Daarnaast kan het model gedurende de samenwerking worden gebruikt om te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden uit het model wordt voldaan. Zo kunnen partijen proberen een zo goed mogelijke samenwerking te creëren. Het eerste concept van het samenwerkingsmodel is opgenomen in bijlage 7.

6.2 Feedback testpanel

Om het beroepsproduct in de praktijk te testen zijn twee feedbackrondes georganiseerd met als doel het samenwerkingsmodel te verbeteren. Hieronder staan deze twee testrondes beschreven.

6.2.1 Testronde 1

Aan testronde 1 namen professionals met de volgende functies deel: een plaatsingscoördinator van een FPC, een specialist snijvlak zorg- en veiligheid van een gemeente, een procesregisseur Aanpak Voorkomen Escalatie bij een Zorg- en Veiligheidshuis. De deelnemers kregen het model met een blad met achtergrondinformatie toegestuurd (zie bijlage 7).

¹²⁵ 'Modellen, methoden en theorieën', skoledo.com

¹²⁶ Peeters & Westen 2022, p. 58.

Toepasbaarheid

Alle deelnemers zijn het erover eens dat domeinoverstijgende samenwerking nodig is om knelpunten te verminderen en passende zorg te realiseren. *'Samen krachten en kennis bundelen maakt dat er veel meer begrip komt voor elkaar en daardoor worden de samenwerkingen zeker vergroot,'* aldus een testpanellid vanuit de FPC. De vier testpanelleden vinden het samenwerkingsmodel passend bij de context van samenwerken vanuit het zorg- en veiligheidsdomein. Het testpanellid vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis noemt dat het fijn is dat het model verwijst naar literatuur die voor een deel ook herkenbaar is voor professionals (de cirkel van invloed van Covey en de PDCA-cirkel) en dat de informatie methodisch is onderbouwd. Het testpanellid van de gemeente vindt dat een voorzitter in een domeinoverstijgende samenwerking dit model zou kunnen gebruiken. Hij vindt het handig als één persoon in de samenwerking het model zou gebruiken om het proces van de samenwerking te bewaken en hiervoor verantwoordelijkheid draagt. Bijvoorbeeld door regelmatig te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden van samenwerking wordt voldaan.

Bruikbaarheid

De deelnemers noemen het product bruikbaar, onder andere doordat ze de informatie duidelijk vinden en de stappen helpend zijn. Het testpanellid vanuit de FPC vindt het model een handleiding voor samenwerking, maar benoemt dat het wel belangrijk is dat de juiste partijen aangesloten zijn bij de samenwerking. Dit om het gewenste effect te kunnen bereiken. Ook mist ze een schriftelijke basis voor de samenwerking in de zin van een convenant of samenwerkingsovereenkomst die vooraf kan worden gesloten. Het testpanellid vanuit de gemeente vindt dat de bruikbaarheid zou kunnen worden vergroot door de lay-out aan te passen, en te werken met minder tekst. Bijvoorbeeld door de tekst samen te vatten, te werken met verschillende kleuren voor de blokken met stapjes en eventueel pictogrammen te gebruiken. De overige drie testpanelleden benoemden ook dat het wenselijk is als de tekst in het model wordt ingekort.

Het testpanellid vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis vindt dat de bruikbaarheid kan worden vergroot worden door het toevoegen van een concrete werkwijze (handleiding) over hoe het model in de praktijk ingezet kan worden. Bijvoorbeeld in de eigen regio, regio-overstijgende en/of landelijke samenwerkingen. Volgens haar zou het helpend zijn als de samenwerking dicht bij de eigen regio kan worden houden om zo resultaat te bereiken. In de handleiding zou zij concretere informatie willen over hoe de randvoorwaarden in de praktijk kunnen worden uitgevoerd ('hoe ziet zo'n samenwerking er precies uit'). Een handleiding zou opgesteld kunnen worden door het model in verschillende regio's uit te testen bij het samenwerken rondom een complexe casus. Het testpanellid vanuit de gemeente benoemt dat het goed zou zijn het model uit te testen rondom een complexe casus of vraagstuk uit de praktijk, om te onderzoeken of er nog aanvullingen op het model zijn. Zelf geeft hij niet expliciet aan behoefte te hebben aan een handleiding.

Een overige toevoeging vanuit het testpanellid van de gemeente is om de aankomende Wams (Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein) op te nemen in het model en deze kort toe te lichten. De reden hiervoor is dat op het moment dat de Wams ingevoerd wordt, de gemeenten een regierol krijgen in het organiseren van een aanpak voor complexe casuïstiek. Het college van Burgemeester en Wethouders krijgt wettelijke taken voor 'onderzoek, planvorming en coördinatie bij de aanpak van meervoudige problematiek in het sociaal domein en eventueel aanpalende terreinen.'¹²⁷ Een ander doel van de wet is om knelpunten in de gegevensuitwisselingen in samenwerkingen weg te nemen.¹²⁸ Hij vindt het goed als professionals van deze ontwikkeling op de hoogte zijn. Het 8-persoons criterium voor de kennisgroep zou hij weghalen aangezien de samenwerking ook groter of kleiner kan zijn.

Verwerking feedback voor testronde 2

Alle tekstuele opmerkingen zijn aangepast in de tweede versie van het conceptberoepsproduct. Daarnaast is onderzocht waar de tekst kan worden ingekort, terwijl de essentie van de tekst behouden wordt. Het opstellen van convenanten/samenwerkingsovereenkomsten is opgenomen als een eventuele randvoorwaarde, onderzocht moet worden of dit in iedere samenwerking even relevant is. De ruimte tussen de 'blokjes' met stappen is groter gemaakt, zodat het model een optisch ruimere en overzichtelijkere lay-out heeft. Waarom er aan bepaalde feedbacken niet is voldaan is onderbouwd in paragraaf 6.3 evaluatie van het beroepsproduct. In bijlage 7 is de tweede conceptversie opgenomen.

¹²⁷ 'Nieuws: Aanpak meervoudige problematiek: start Kamerbehandeling Wams', vng.nl

¹²⁸ 'Nieuws: Aanpak meervoudige problematiek: start Kamerbehandeling Wams', vng.nl

6.2.2 Testronde 2

Aan testronde 2 namen professionals met de volgende functies deel: een regioadviseur Zorg en Veiligheid van de VNG, een Hoofd Bureau Aanmelding en Advies vanuit RIBW Kennermerland/Amstelland en de Meerlanden (RIBW K/AM), accountmanager RIBW Nijmegen & Rivierenland, een procescoördinator bij Zorg en Veiligheidshuis Flevoland en een coördinator van het LCBB. Wederom kregen zij het blad met achtergrondinformatie en het model toegestuurd.

Toepasbaarheid

Alle testpanelliden vinden het samenwerkingsmodel passend bij de context van knelpunten en mogelijkheden in het uitstroomproces uit de BIZ. Domeinoverstijgende samenwerking wordt door ieder lid als oplossingsrichting genoemd, het LCBB zegt het volgende hierover: *'Ik vind het een hele goede oplossingsrichting, precies wat wij ook zeggen. Samenwerken is de key. Zeker als je het hebt over deze complexe doelgroep. We willen misschien wel alles alleen doen, maar dat kunnen we niet. We hebben elkaar nodig.'* Het lid vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis (ZVH) benoemt dat de cyclus in het model haar erg aanspreekt, en dit de samenwerking actueel en accuraat houdt. Ze benoemt dat samenwerking volgens haar een goede deeloplossing van de problematiek is: *'Door samenwerken draag je de complexiteit die er is gezamenlijk en zoek je naar mogelijkheden die er wel zijn. Echter ben ik wel van mening dat er in het systeem ook het e.e.a. verandert dient te worden. Maar ik denk wel dat signalen bundelen in de samenwerking en aankarten bij de betrokken Ministeries een mooie manier is om hier ook invloed op uit te oefenen.'* Daarbij benadrukt ze het belang van goede afspraken: *'Gezamenlijke verantwoordelijkheid is het gevolg van goede afspraken hierin met elkaar, dit creëert commitment.'* Een testpanellid vanuit RIBW K/AM benoemt ook dat domeinoverstijgende samenwerking noodzakelijk is om de juiste zorg op de juiste plek te krijgen. Daarbij is het belangrijk om een duidelijke taak- en rolverdeling te hebben, dat ieder op de hoogte is van elkaars verantwoordelijkheden en bevoegdheden (wat kan en mag jij vanuit je functie?) en dat er 'vangnet-constructies' zijn (bijvoorbeeld een back-upplan voor als het oorspronkelijke plan niet werkt). Hij raadt aan dit duidelijk op papier te zetten voor het geval een samenwerking niet verloopt zoals gewenst, en het woord 'leiderschap' in het model te vervangen door 'eigenaarschap' omdat dit de eigen verantwoordelijkheid en commitment benadrukt.

Het testpanellid vanuit de andere RIBW benoemt ook dat het helpend kan zijn een samenwerkingsmodel als uitgangspunt te hebben, en dat organisaties kennis hebben en gebruik maken van een model. Dit is volgens hem belangrijk en voorwaardelijk om tot goede interventies en trajecten te komen. De 'commitment en facilitering van middelen en mensen is dan belangrijk', dit ziet hij terug in de voorwaarden van het model. Hij geeft aan dat hij het model zou kunnen gebruiken bij het vastleggen van samenwerkingen op casusniveau, wat verplicht is binnen de forensische zorg. Wel noemt hij hierbij als kritische kanttekening dat modellen geen oplossing kunnen bieden als samenwerking in de praktijk niet tot stand komt doordat 'organisaties zich terugtrekken in de eigen schulp op het moment dat het spannend wordt'. Commitment is dus belangrijk, ook hij benoemt dat het belangrijk is om aan de voorkant van een samenwerking al zaken geregeld te hebben voor het moment dat de samenwerking minder goed verloopt. Als samenwerkingsafspraken niet kunnen worden nagekomen kan dit voor de organisatie gevolgen hebben: *'Bij escalatie (incidenten/agressie) komt het voor dat de toezichthouder ons aanspreekt op onze verantwoordelijkheid en zorgplicht, als de incidenten mede het gevolg zijn van het niet nakomen van de samenwerkingsafspraken belemmert dit onze dienstverlening'* (als een patiënt bij vanuit een andere zorgaanbieder geplaatst wordt, en afspraken over terugname bijvoorbeeld niet kunnen worden nagekomen). *'Het succes (van het model) is afhankelijk van hoe de organisatie (mensen) het samenwerken in de praktijk vormgeven (doen). Wat levert het mij op, voel ik mij gesteund en heb ik rugdekking wanneer ik een moeilijk plaatsbare client ga opvangen? De praktijk zal moeten uitwijzen (vertrouwen geven) dat de samenwerkingsafspraken (op welke manier dan ook tot stand gekomen) werken en worden toegepast.'*

Bruikbaarheid

Alle testpanelliden vinden het product bruikbaar, maar hebben nog een aantal verbeterpunten. Een testpanellid vanuit de VNG vindt dat de bruikbaarheid zou kunnen worden vergroot door de verschillende initiatieven binnen de samenwerking concreter uit te werken, en het model te centreren rondom één bepaalde soort problematiek of casus. Het testpanellid vanuit RIBW K/AM benoemt dat de bruikbaarheid kan worden vergroot als het model minder vrijblijvend wordt gemaakt, bijvoorbeeld door het opstellen van een projectplan als voorwaarde op te nemen. Qua tekstuele aanpassingen raadt hij aan niet te veel toe te voegen: *'Een model is en moet een model blijven, dit betekent in mijn ogen dat er een zekere mate van 'vaagheid' blijft/zal blijven. Hiermee bedoel ik dat een model niet alles tot in de uiterste details hoeft te regelen.'* Ook raadt hij aan om in het model verschillende kleurschakelingen te gebruiken, dit zou het model overzichtelijker maken. Het lid benoemt dat hij het samenwerkingsmodel kan gebruiken in zijn werkzaamheden. Concreet noemt hij

dat het model toegepast kan worden in de samenwerking met het ministerie J & V, om te onderzoeken of de RIBW forensische intramurale zorg kan aanbieden (binnen de instellingen) en de ambulante forensische zorg kan uitbreiden. Voor deze samenwerking geeft het model goede handvatten. Tot slot raadt hij aan om bij de stap 'evalueer samen' de PDCA-cirkel (Plan, Do, Check, Act) te benadrukken: dat de stappen uit het model en het evalueren een continu proces zijn. Hij raadt aan dit te visualiseren. Het testpanellid vanuit het ZVH heeft nog een toevoeging over gegevensdeling in een casus: *'Het is goed om nog na te denken wat je afsprekt over informatie deling en vastleggen van informatie. Er komt een nieuwe wet samenwerkingsverband aan (de Wams), maar uiteindelijk is elke deelnemer verantwoordelijk voor het omgaan met privacygevoelige info over een cliënt. Het is dus belangrijk met elkaar af te spreken hoe je hiermee omgaat en wanneer hier extra afspraken in nodig zijn. Ook is het belangrijk om af te wegen wie wanneer welke cliënt informeert en wat er hierover aan hem verteld wordt.'*

De coördinator van het LCBB zegt tot slot het volgende over de bruikbaarheid van het model: *'Ik denk dat het een mooie leidraad is om met elkaar het gesprek aan te gaan, maar door het schema geen stappen te vergeten. Bij de reclassering hebben ze ook een soort samenwerkingsprotocol en daar hebben ze ook een soort contract achter zitten wat ingevuld zou kunnen worden. Mogelijk dat dit uiteindelijk een soort aanvulling zou kunnen zijn.'* Ze raadt daarnaast aan het model verder uit te testen in de praktijk, bijvoorbeeld binnen Zorg- en Veiligheidshuizen omdat zij met veel partijen om tafel zitten.

6.3 Verwerking van feedback voor het definitieve beroepsproduct

In onderstaand tabel staat beschreven hoe de belangrijkste feedbackpunten zijn verwerkt. Voor een uitgebreide reflectie op het verwerken van de feedback wordt verwezen naar bijlage 8. Daarin wordt met name toegelicht waarom bepaalde feedback gedeeltelijk of niet is verwerkt, en wat hiervoor de reden is.

FEEDBACK	VERWERKT?	TOELICHTING
1. TEKST INKORTEN. EÉN A4'TJE.	Gedeeltelijk	Op verzoek is de tekst ingekort, zinnen zijn bijvoorbeeld minder lang gemaakt. Echter bleek het niet mogelijk veel in te korten omdat dat ten koste gaat van de essentie en duidelijkheid van de tekst.
2. TOEVOEGEN VANGNETCONSTRUCTIES, BACK-UPPLANNEN BIJ TEGENSLAG. SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN/CONVENANTEN	Ja	Vangnetconstructies toegevoegd bij stap 1 'Uitgangspunten' als randvoorwaarde. Achterliggende schriftelijke basis bij 'Samenwerkingsstructuur' stap 2.
3. UITWERKING INITIATIEFROLLEN	Gedeeltelijk	'Duidelijke rol- en taakverdeling' is een randvoorwaarde in stap 1. Niet concreter gemaakt omdat de invulling van deze rollen in samenwerkingen kunnen verschillen, ook welke partijen betrokken zijn. Partijen dienen dit onderling af te stemmen. Dit geldt ook voor hoe het samenwerkingsproces er op detailniveau op moet zien. Modellen zullen altijd een bepaalde mate van vaagheid bevatten en kunnen zaken niet op een concreet niveau bespreken. Dan gaat de algemene toepasbaarheid verloren.
CONCRETE UITWERKING VAN HET PROCES OP REGIONAAL/REGIO-OVERSTIJGEND/LANDELIJK NIVEAU		
4. GEBRUIK KLEURSCHAKELINGEN IN DE BLOKJES MET STAPPEN.	Nee	Dit is uitgetoetst en leidde tot een veel drukker layout. Dit in combinatie met de hoeveelheid tekst zorgt voor onoverzichtelijkheid.
5. GEBRUIK PICTOGRAMMEN, AFBEELDINGEN	Nee	Zie hierboven. Daarnaast zijn er geen pictogrammen/afbeeldingen gevonden met dezelfde essentie als de tekst, wel is een ondersteunende illustratie bij de stap 'Evalueer samen' toegevoegd.
6. BENADRUKKEN PDCA-CIRKEL IN HET PROCES EN DE EVALUATIE	Ja	Bij de stap 'Evalueer samen' toegevoegd en illustratie van de cirkel toegevoegd ter ondersteuning.
7. TOEVOEGING VAN DE WAMS	Nee	Het model wordt hiervoor niet passend geacht, doel zou zijn professionals over deze ontwikkeling te informeren. Echter is er al veel (media)aandacht voor dit wetsvoorstel, en gaat het model niet uit van één partij die standaard regie heeft (zoals de gemeente bij de aanpak van de Wams).
8. INFORMATIE OVER PRIVACY EN GEGEVENSDELING	Ja	'Toestemming van de cliënt, afspraken over privacy' is als randvoorwaarde toegevoegd onder 'Moraliteit' stap 1.

9.VOORGESTELDE TEKSTUELE AANPASSINGEN	Ja	'Individuele verantwoordelijkheid' is bijvoorbeeld aangepast tot 'individuele eigenaarschap. 'Durf elkaar aan te spreken op gedrag, indien nodig' is op verzoek bijvoorbeeld vervangen door: 'Gedrag is een groot begrip. Durf elkaar aan te spreken indien nodig.'
---------------------------------------	----	---

6.4 Evaluatie beroepsproduct aan de hand van de ontwerpisen

Zoals uit paragraaf 5.2 naar voren is gekomen zijn er diverse ontwerpisen opgesteld voor het beroepsproduct. In onderstaande tabel wordt toegelicht in hoeverre er aan deze eisen is voldaan.

ONTWERPEIS	VOLDAAN?	KORTE TOELICHTING
EISEN VANUIT DE OPDRACHTGEVER		
1.BEROEPSPRODUCT INFORMEERT PROFESSIONALS OVER DE MOGELIJKHEDEN DIE ZIJ HEBBEN OM BINNEN BESTAANDE WETTELIJKE KADERS PASSENDE ZORG TE REALISEREN.	Goed.	Door het vormen van domeinoverstijgende samenwerkingen (d.m.v. pilots en kennisgroepen) kunnen professionals passende zorg realiseren binnen de wettelijke kaders, door met elkaar op zoek te gaan naar maatwerkoplossingen. Het beroepsproduct informeert hierover.
2.BREDE TOEPASBAARHEID IN ZORG- EN VEILIGHEIDSDOMEIN.	Goed.	Zie paragraaf 6.5. Het beroepsproduct is toepasbaar in de ziekenhuiszorg, daarnaast hebben professionals nog andere contexten aangedragen.
3.DIGITAAL PRODUCT.	Goed.	Model is digitaal beschikbaar in pdf-vorm, kan zo makkelijk gedeeld worden.
4.BASIS VAN FEEDBACK UIT DE PRAKTIJK.	Goed.	Zie paragraaf 6.3 hoe deze feedback is verwerkt.
EISEN VANUIT DE ANALYSE VAN THEORIE EN PRAKTIJK		
1.PRODUCT DOET RECHT AAN COMPLEXITEIT VAN UITSTROOMPROBLEMATIEK EN REALISEREN VAN PASSENDE ZORG IN BREDERE ZIN.	Voldoende.	Domeinoverstijgend samenwerken is een manier om als professional om te gaan met deze complexiteit, dit wordt toegelicht in het blad met achtergrondinformatie. Daarnaast wordt de omgang met (systeem)knelpunten besproken in het kopje 'waak samen'. Kan beter, sommige professionals hebben meer behoefte aan een voorbeeld van een concrete werkwijze als toevoeging.
2.FOCUS VAN HET PRODUCT LIGT OP DE MOGELIJKHEDEN I.P.V. DE ONMOGELIJKHEDEN IN HET REALISEREN VAN PASSENDE ZORG.	Goed.	Het model is oplossingsgericht: de bedoeling van het model is om gezamenlijk de mogelijkheden voor passende zorg te onderzoeken en deze ook gezamenlijk in gang te zetten. Het gaat uit van het individueel eigenaarschap bij de professional en de mogelijkheden die gezamenlijk gecreëerd kunnen worden.
3.HET PRODUCT HOUDT REKENING MET DE CIRKEL VAN INVLOED VAN PROFESSIONALS	Goed.	Het product houdt rekening met de eigen mogelijkheden van de professional om knelpunten op korte en lange termijn te verminderen: de professional heeft deze mogelijkheid door domeinoverstijgende samenwerkingen aan te gaan. De individuele cirkel van invloed is beperkt, gezamenlijk is deze groter en kan er meer bereikt worden. De basis van het model is individueel eigenaarschap. De cirkel van Covey komt terug in het model.

6.5 Toepasbaarheid beroepsproduct in andere context

Onderzocht is of het beroepsproduct ook in een andere context ingezet kan worden, een context waarin patiënten die een beveiligde GGZ-opname hebben doorlopen niet of nauwelijks aan bod komen. Er is gekozen om het samenwerkingsmodel in de context van de ziekenhuiszorg te testen, aangezien ziekenhuizen ook te maken hebben met verschillende patiëntdoelgroepen en een doorstroom van patiënten. Een deel van de patiënten die een ziekenhuisopname heeft doorlopen stroomt uit naar thuiszorg, verpleegzorg of een GGZ-instelling. De Wmo en Wlz kunnen in deze context dus ook van toepassing zijn.

Er is gekozen om een transferpunt van een ziekenhuis te benaderen aangezien zij de vervolgzorg voor de patiënt in gang zetten. Een transfervverpleegkundige van het HagaZiekenhuis in Den Haag is gevraagd naar de toepasbaarheid en bruikbaarheid van het samenwerkingsmodel in de context van de ziekenhuiszorg. Zij verwijzen regelmatig patiënten door naar revalidatiecentra, verzorgingshuizen,

verpleeghuizen, begeleid wonen-locaties, een psychiatrische instelling en thuiszorg. Naar voren is gekomen dat binnen het transferpunt er ook regelmatig knelpunten worden ervaren in het uitstroomproces van de patiënt. Wat die knelpunten zijn en hoe het transferpunt vervolgzorg in gang zet staat beschreven in bijlage 9.

Bruikbaarheid

De transferverpleegkundige vond het model bruikbaar omdat het model verschillende suggesties geeft voor samenwerking en je als lezer meegenomen wordt in een stappenplan, waardoor je gericht te werk kunt gaan en 'weet wat je in elke fase kunt inzetten'. Daarnaast vindt ze de vormgeving van het model duidelijk en overzichtelijk door de verschillende stappen en het eerste blok met toelichting in het model (kopje 'startperspectief').

Toepasbaarheid

Om te onderzoeken of het samenwerkingsmodel ook toepasbaar is in de context van de ziekenhuiszorg, is eerst gevraagd of de transferverpleegkundige domeinoverstijgend samenwerken ook als oplossingsrichting ziet voor de knelpunten die zij ervaart in de uitstroom. Zij ziet dit inderdaad als oplossingsrichting en geeft aan dat er ook al domeinoverstijgend wordt samengewerkt (zie bijlage 8). Dit is belangrijk omdat partijen onderling afhankelijk zijn van elkaar om passende zorg voor patiënten te creëren. Door bijeen te komen en uit te leggen wat je onderling van elkaar nodig hebt worden de mogelijkheden in kaart gebracht. In het geval dat een patiënt eerder is afgewezen kan je meer informatie krijgen waarom dat besluit is genomen, en eventuele onzekerheid wegnemen door voorwaarden te stellen.

Vervolgens is gevraagd of het samenwerkingsmodel zelf ook van toepassing kan zijn in de ziekenhuiszorg. Volgens de transferverpleegkundige is het model (versie 2) in de huidige vorm al van toepassing. Zij herkent de elementen uit het model vanuit de verschillende samenwerkingen die het ziekenhuis heeft. Zoals de samenwerking binnen het multidisciplinaire 'langliggers-overleg' voor zeer lastig uit te plaatsen patiënten. Binnen dit nieuwe initiatief herkent ze de stappen van samen werken, evalueren en waken binnen een vergelijkbaar startperspectief: de doorstroom van patiënten verbeteren en passende zorg creëren. Er wordt regelmatig bijeengekomen en geëvalueerd, bijvoorbeeld of de patiënten daadwerkelijk zijn uitgeplaatst. Ook herkent ze de stappen uit het model vanuit een jaarlijkse bijeenkomst die GGZ-transferverpleegkundigen organiseren om landelijk knelpunten en ontwikkelingen te bespreken met ziekenhuizen en andere organisaties. Door middel van deze bijeenkomsten worden bestaande samenwerkingen verbeterd en nieuwe mogelijkheden en oplossingen gegenereerd. Naar menig van de transferverpleegkundige is het model direct toepasbaar, ze heeft geen verbeterpunten gesignaleerd.

Andere contexten genoemd door testpanelleden

Tot slot is in beide feedbackrondes (paragraaf 6.2) gevraagd welke andere contexten de testpanelleden het beroepsproduct van toepassing vinden. Antwoorden die op deze vraag zijn gegeven zijn:

- Binnen andere moeilijk plaatsbare casussen in de verschillende domeinen, 'als er geen standaardoplossingen zijn voor casuïstiek en meerdere partijen een stukje van de puzzel kunnen leveren'
 - Eén deelnemer vanuit een RIBW vult aan dat het model volgens hem universeel toepasbaar is voor alle complexe doelgroepen (waaronder personen met ernstige psychische aandoening, 'triple-diagnose-cliënten', met een verslaving, verstandelijke beperking en psychische problematiek);
 - Andere contexten waarin er zorg- en ondersteuning gerealiseerd moet worden voor mensen met een combinatie van LVB, verslaving, psychiatrische problemen en problematisch gedrag en trauma.
- Binnen wijkteam: omdat zij ook samen moeten werken met verschillende partijen rondom kwetsbare inwoners, soms ook op het gebied van zorg/veiligheid;
- Situaties waarin het lastig kan zijn om passende zorg en ondersteuning voor jeugdigen te realiseren;
- Huisvestingsproblemen gerelateerd aan de doorstroom van patiënten vanuit behandel- en wooninstellingen;
- De integrale wachtlijstproblematiek bij het beschermd wonen, samenwerkingsverbanden tussen gemeente, Zorgkantoren en beschermd wonen-instellingen

6.6 Kwaliteiten en beperkingen beroepsproduct

In deze paragraaf worden de kwaliteiten en beperkingen van het beroepsproduct genoemd.

Kwaliteiten van het beroepsproduct zijn:

1. Het model is gestoeld op de resultaten uit het praktijkonderzoek en literatuur, dit maakt dat het product methodisch is onderbouwd.

Het bevat verwijzingen naar literatuur die herkenbaar zijn voor professionals, denk aan de cirkel van Covey, het SMART afspraken maken en de PDCA-cirkel.

Waarom is dit een kwaliteit? Het is transparant hoe het model is opgesteld, ook door het blad met achtergrondinformatie. Verwijzing naar bekende theorieën zorgt voor herkenning bij professionals, waardoor de informatie uit het model beter ‘landt’ en aansluit bij bestaande kennis.

2. Het model kan in meerdere contexten ingezet worden, dit zijn contexten waarin er overlap is tussen verschillende domeinen en sprake is van complexe vraagstukken.

Waarom is dit een kwaliteit? Zoals de wens van de opdrachtgever was kan het product door professionals vanuit het gehele zorg- en veiligheidsdomein (en aanverwante domeinen) worden ingezet in het realiseren van passende zorg. Testpanelleden noemen bij overige contexten ook contexten uit het sociale domein en woondomein (zie paragraaf 6.4). Het model is niet rondom één vraagstuk gecentreerd omdat uit het onderzoek is gebleken dat er veel juridische, organisatorische en financiële knelpunten een rol kunnen spelen in het uitstroomproces uit de BIZ. Welke (combinatie van) knelpunten zich voordoen hangt bijvoorbeeld af van de doelgroep die uitstroomt, zie paragraaf 4.2). Door het model op te stellen op basis van een beperkt aantal casussen/knelpunten zou de impact mogelijk worden beperkt binnen andere contexten, aangezien het model dan geen algemene randvoorwaarden voor domeinoverstijgende samenwerking bevat, maar randvoorwaarden voor die specifieke context. Mogelijk zijn die in andere contexten niet toepasbaar.

3. Een aantal deelnemers geven daarnaast aan dat zij vinden dat het beroepsproduct al direct inzetbaar is in de beroepspraktijk, en dat zij het kunnen gebruiken in hun werkzaamheden.

Waarom is dit een kwaliteit? Dat professionals dit aangeven, geeft aan dat het product nut heeft in de praktijk en voldoet aan het doel waarvoor het is opgericht: handvatten bieden rondom het aangaan van domeinoverstijgende samenwerkingen.

Beperkingen van het beroepsproduct daarentegen zijn:

1. Voor een aantal deelnemers van de testrondes is de informatie uit het samenwerkingsmodel nog niet concreet genoeg. Dit vermindert de bruikbaarheid.

Waarom is dit een beperking? Hierop is gereflecteerd in hoofdstuk 6, een model zal altijd een zekere mate van ‘vaagheid’ houden omdat partijen zelf invulling moeten geven aan de randvoorwaarden. Echter vindt een deel van de testpanelleden het product nog niet concreet genoeg, wat de bruikbaarheid van het model voor deze leden sterk vermindert. Gedeeltelijk is het doel van het beroepsproduct voor deze leden nog niet behaald. Dit kan echter worden verbeterd door het samenwerkingsmodel binnen meerdere contexten uit te testen, en een werkwijze op papier te zetten over hoe deze samenwerking is ingericht. Denk hierbij aan meer diepgaande informatie over hoe de rollen, voorzitterschap en de samenwerkingsafspraken zijn vormgegeven en hoe eventuele convenanten/samenwerkingsovereenkomsten eruitzien. Deze werkwijzen kunnen waarschijnlijk regelmatig niet een-op-een worden overgenomen, maar kunnen dienen ter inspiratie.

2. Het model bevat veel tekst, het is niet mogelijk gebleken om dit erg in te korten aangezien dit de essentie van de tekst en duidelijkheid kan verminderen.

Waarom is dit een beperking? Dit is een beperking omdat dit de bruikbaarheid van het product vermindert, en dit mogelijk de aantrekkelijkheid vermindert om het product te gaan gebruiken. Door het samenwerkingsmodel verder uit te testen in praktijksituaties, kunnen er mogelijk tekstuele keuzes worden gemaakt waardoor de tekst wordt verminderd.

6.7 Implementatiestappen

Een aantal professionals geeft aan het product al direct te kunnen gebruiken. Het product kan geïmplementeerd worden door het te verspreiden bij zorgaanbieders. Het samenwerkingsmodel zal door het LCBB worden geplaatst op LinkedIn waar zij een groot bereik hebben van professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein. Daarnaast kunnen zij het model ook in individueel contact met professionals delen. Mogelijk zou het lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg ook een rol kunnen spelen in de verdere verspreiding van het model via de toekomstige kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag.

Een deel van de professionals geeft zoals hierboven beschreven aan behoefte te hebben aan een voorbeeld van een concrete werkwijze gebaseerd op het samenwerkingsmodel. Zij zouden het model in kunnen zetten op het moment dat zij meer inzicht hebben in hoe de randvoorwaarden zich verhouden tot de praktijk. Daarvoor is het nodig het product in verschillende praktijksituaties uit te testen, en op basis van deze samenwerking voorbeelden op te stellen van hoe de randvoorwaarden procesmatig zijn vormgegeven in de praktijk. Mogelijk zou het lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg een rol kunnen spelen in het verder uittesten van het model binnen de toekomstige kenniswerkplaats Onbegrepen Gedrag, waar verschillende stakeholders elkaar straks fysiek ontmoeten om te werken aan complexe vraagstukken rondom onbegrepen gedrag.

Bronnenlijst

In deze lijst staan de bronnen die voor dit onderzoeksrapport gebruikt zijn.

Aldersson Elffers Felix 2019

Op zoek naar passende zorg, resultaten van pilots met hoog risico patiënten, Utrecht: Aldersson Elffers Felix 2019.

Algemene Rekenkamer 2020

Geen plek voor grote problemen, aanpak van wachtlijsten in de specialistische ggz, Den Haag: Algemene Rekenkamer 2020.

Bosch 2019

T. Bosch, *Casusbeschrijvingen wet verplichte ggz (Wvvgz)*, GGZ Centraal 2019.

Brochure IWP Zorg en Veiligheid Hanzehogeschool (via opdrachtgever, nog niet gepubliceerd).

Burger, De Kogel & Van der Ree 2022

A.M. Burger, C.H. de Kogel & J.J. van der Ree, *Planevaluatie Wet forensische zorg, reconstructie en evaluatie van de beleidstheorie*, Den Haag: WODC 2022.

Continuïteit van Zorg 2017

Overzichtsdocument van knelpunten, oplossingsrichtingen en concrete uitwerkingen in de bekostiging van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode, Den Haag: Programma Continuïteit van Zorg VNG 2017.

Dees & Opheij 2019

T. Dees & W. Opheij, *Samenwerken van idee naar afspraak: aan de slag met jullie samenwerking*, Meppel: Management Impact 2019.

De Nederlandse GGZ 2019

Factsheet forensische zorg: cijfers over Tbs en overige forensische zorg 2019-420, Amersfoort: GGZ Nederland 2019.

DJI Informatieblad forensische zorg 2021

Informatieblad forensische zorg: overzicht behandelinstellingen met verblijf, Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen 2021.

GGZ Standaarden 2023

Generieke module EPA (ernstige psychische aandoeningen), Utrecht: GGZ Standaarden 2023.

Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader 2005

Advies Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader, Bijlage bij Kamerstukken I 2005/2006, 29 452, nr. 36.

Kenniscentrum Phrenos 2023

C. Kuiper, *Uitvraag deelnemende instellingen over de samenwerking ggz en sociaal domein*, Utrecht: Kenniscentrum Phrenos 2023.

Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022

Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg, Werkgroep Continuïteit van Zorg 5 juli 2022.

Koekoek 2016

B. Koekoek, *Verward in Nederland: hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen*, Houten: Lannoo Campus 2016.

Kuiper & De Nijs 2022

C. Kuiper & J. De Nijs, *Thema ggz en sociaal domein, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven*, Kenniscentrum Phrenos 2022.

MEE 2022

MEE signaleringsrapportage 2022, MEE 2022.

Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg & welzijn 2022.

Infographic prognosemodel ggz: de ontwikkeling van de arbeidsmarkt van de geestelijke gezondheidszorg, Utrecht: Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg en welzijn 2022.

Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019

Zorg voor veiligheid, veiligheid van mensen met een ernstige psychische aandoening en hun omgeving, Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid 2019.

Peeters & Westen 2022

'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, *Zorg voor afstemming*, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022.

Pieper 2019.

M. Pieper, 'STA OP! bij onbegrepen gedrag', *Denkbeeld* 31, 2019, p.36–37.

Pro Facto & Argo 2018

Op zoek naar passende zorg, problemen die ggz-patiënten ervaren, Groningen: Argo RUG & Pro Facto 2018.

Programma Continuïteit van Zorg 2017

Bekostiging en regelgeving van aansluitende zorg voor patiënten na de strafrechtelijke titelperiode, Den Haag: Programma Continuïteit van Zorg VNG 2017.

Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming 2021

Vreemdelingen in de tbs: impasse door botsende rechtssystemen, Den Haag: Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming 2021.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving 2019

Essay RaadRVS: complexe problemen, eenvoudige toegang, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving 2019.

Roest 2017.

W. Roest, 'Probleemgedrag of onbegrepen gedrag' *Tijdschrift voor verzorgenden* 49, 2017 p. 21.

Schaftenaar, De Vogel & Clercx 2019

P. Schaftenaar, V. de Vogel & M. Clercx, 'Continuïteit van en na forensische zorg: een grote zorg!', *Sancties* 2019/77, afl. 5, p. 361-367.

Scheltema e.a. 2020

V. Scheltema e.a., *WODC Magazine Recidive*, Den Haag: WODC februari 2020.

Trimbos Instituut 2016

Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016, Utrecht: Trimbos Instituut 2016.

Van der Molen & Schoonbeek 2022

J. Van der Molen & I. Schoonbeek, *Domeinoverstijgende aanpak voor mensen met een hoog veiligheidsrisico en onbegrepen gedrag*, Groningen: Actieprogramma Grip op Onbegrip oktober 2022.

Venema e.a. 2022

S. Venema e.a., *De Levensloopaanpak in Noord-Nederland: evaluatieonderzoek naar de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg voor mensen met een hoog veiligheidsrisico*, Groningen: Lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg Hanzehogeschool 2022.

VNG 2018

Werkwijzer Medisch noodzakelijk verblijf ggz, Den Haag: VNG 2018.

Bijlage 1: Beveiligingsniveaus beveiligde intensieve zorg

In deze bijlage worden de verschillende beveiligingsniveaus in de BIZ toegelicht. Het doel van deze bijlage is om de lezer meer inzicht te geven in de omvang van de BIZ en welke beveiligingsmaatregelen er genomen zijn per beveiligingsniveau.

Beveiligde zorg wordt onderverdeeld in vier beveiligingsniveaus waarvan niveau 1 de lichtste vorm is en niveau 4 de zwaarste.¹²⁹ Binnen deze klinieken wordt het volgende onderscheid gemaakt van een gemiddeld tot hoog beveiligingsniveau volgens de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI):¹³⁰

- *Niveau 1, laag beveiligingsniveau: besloten afdeling reguliere GGZ- en verslavingszorg, resocialisatieafdelingen forensische zorg*

Zorg die onder beveiligingsniveau 1 valt wordt gegeven op een besloten afdeling in een reguliere GGZ-instelling of verslavingszorgafdeling.¹³¹ Voor forensische patiënten kan de zorg ook op een resocialisatieafdeling gegeven worden van een FPA, FVA, FPC of FPK (zie hieronder). Op de besloten afdeling kunnen patiënten met psychische problematiek worden opgenomen die met hun behandeling kunnen starten op een laag beveiligingsniveau, of die vanuit een kliniek met een hoger beveiligingsniveau komen.¹³² Binnen dit beveiligingsniveau heeft de patiënt de meeste vrijheden, zo mag hij vrij rondlopen binnen het gebouw (de buitendeur is wel afgesloten). De kans op vluchtgevaar van de patiënt is klein. Naast reguliere patiënten kunnen ook forensische patiënten op een niveau 1-afdeling geplaatst worden. Forensische patiënten zijn in dit geval Tbs'ers die al op verlop mogen, gedetineerden die een deel van de straf hebben uitgezeten en andere personen die zorg opgelegd hebben gekregen door de rechter (justitiabelen). Er wordt gewerkt naar een terugkeer binnen de maatschappij, al deze personen hebben zorg nodig maar er is ingeschat dat een lager beveiligingsniveau passend is.¹³³ Er zijn beperkte beveiligingsmaatregelen, zo is de uitgang afgesloten en zijn de medewerkers getraind om met agressie en andere veiligheidsrisico's om te gaan.¹³⁴ In de regio Noord wordt niveau 1-zorg aangeboden door GGZ Friesland (Franeker en Leeuwarden) en Lentis (Zuidlaren).¹³⁵

- *Niveau 2, gemiddeld beveiligingsniveau: Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), Forensische Verslavingsafdelingen (FVA), klinieken voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+), behandel/resocialisatieafdeling FPK, FVK of FPC.*

Zorg onder beveiligingsniveau 2 wordt meestal gegeven binnen een FPA (voor psychische patiënten) of een FVA (voor verslaafden). Hier worden personen geplaatst met psychische en/of verslavingsproblematiek die voor hun opname gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag vertonen.¹³⁶ Binnen de FPA wordt de persoon behandeld voor een psychische aandoening, in een FVA ligt de focus op het bieden van verslavingszorg. De persoon is in de FVA opgenomen als gevolg van gedrag veroorzaakt door de verslaving. Patiënten kunnen reguliere patiënten zijn of personen die forensische zorg ontvangen. Beveiligingsmaatregelen zijn onder andere gesloten afdelingen, 24-uurs (camera)toezicht, en registratie van aan- en afwezigheid van patiënten. Van de patiënten wordt verwacht dat zij op kortere termijn weer buiten een beveiligde setting kunnen functioneren. Naast FPA's en FVA's zijn er ook speciale klinieken voor personen met een licht verstandelijke beperking die grensoverschrijdend gedrag vertonen, de zogenaamde SGLVG+-instellingen.¹³⁷ Tot slot kunnen bepaalde FPK's, FVK's, en FPC's ook niveau 2-afdelingen hebben waar aan resocialisatie wordt gewerkt. In de regio Noord wordt niveau 2-zorg aangeboden op forensisch psychiatrische afdelingen van GGZ Friesland (Franeker), Lentis (Zuidlaren) en GGZ Drenthe (Assen).

¹²⁹ DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

¹³⁰ 'Zorgaanbod klinische zorg', forensischezorg.nl

¹³¹ 'Zorgaanbod klinische zorg beveiligingsniveau 1', forensische zorg.nl

¹³² 'Forensische klinische zorg', ggzstandaarden.nl

¹³³ 'Hoe ziet de wereld van forensische zorg eruit?', werkeninforensischezorg.nl

¹³⁴ DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

¹³⁵ DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

¹³⁶ 'Zorgaanbod klinische zorg beveiligingsniveau 2', forensische zorg.nl

¹³⁷ DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

- *Niveau 3, hoog beveiligingsniveau: Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en Forensische Verslavingskliniek (FVK)*

Binnen deze klinieken is er een hoger beveiligingsniveau ten opzichte van de FPA's en FVA's. Het verschil met niveau 2-zorg is dat niveau 3-zorg intensiever is, patiënten hebben minder bewegingsvrijheid en er wordt verwacht dat zij voor langere tijd in de kliniek moeten verblijven.¹³⁸ In niveau 1- en 2-settings kan het voorkomen dat een deel van de behandeling buiten de kliniek plaatsvindt, bij niveau 3-zorg vinden alle onderdelen van de behandeling binnen de FPK of FVK plaats. Daarnaast worden personen langer opgenomen binnen deze klinieken. Binnen een FPK worden personen met complexe psychiatrische problematiek opgenomen, binnen FVK mensen die een hoofddiagnose hebben door hun verslaving. Zowel reguliere als forensische patiënten kunnen in FPK's of FVK's worden opgenomen. Voor hun opname vertoonden zij gevaarlijk of grensoverschrijdend gedrag. De behandeling in beide klinieken is intensief en gericht op het verminderen van 'delictgevaarlijkheid': het risico dat iemand een delict zal plegen als hij terugkeert in de maatschappij.¹³⁹ Iemand hoeft om opgenomen te kunnen worden vooraf nog geen delict te hebben gepleegd, maar heeft dusdanig verward en onbegrepen gedrag vertoond dat er toch sprake was van delictgevaarlijkheid. In de regio Noord is er één FPK, namelijk de FPK van GGZ Drenthe in Assen.¹⁴⁰

- *Niveau 4, zeer hoog beveiligingsniveau: Forensische Psychiatrisch Centrum (FPC, 'tbs-kliniek') en Penitentiair Psychisch Centrum (PPC)*

FPC's staan beter bekend als Tbs-klinieken. Hier worden personen opgenomen die een Tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen van de rechter. Het doel van de opname is om recidive te verminderen, de kans dat de persoon opnieuw een delict begaat. Binnen een FPC kunnen heel soms ook mensen zonder Tbs-maatregel zitten die bij andere zorgaanbieders te weinig beveiliging krijgen en niet goed behandeld kunnen worden.¹⁴¹ De FPC is erop ingericht dat patiënten er langere tijd verblijven in een zeer beveiligde setting. Om de FPC staat een hek en muur en er is cameratoezicht om te voorkomen dat patiënten kunnen ontsnappen uit de kliniek. De bewegingsvrijheid die patiënten hebben is binnen niveau 4 het laagste, zo kunnen zij ingesloten worden op hun kamer. In een PPC verblijven delinquenten met ernstige psychische problematiek die veel zorg nodig hebben binnen een hoog beveiligde afdeling binnen de penitentiaire inrichting (gevangenis) waar zij hun straf uitzitten. In de regio Noord is er één FPC, dit is de Dr. S van Mesdag-kliniek in Groningen.¹⁴²

¹³⁸ 'Zorgaanbod klinische zorg beveiligingsniveau 3', forensische zorg.nl

¹³⁹ 'Delictgevaarlijk', ensie.nl

¹⁴⁰ DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

¹⁴¹ De Nederlandse GGZ 2019.

¹⁴² DJI Informatieblad forensische zorg 2019.

Bijlage 2 Stakeholderanalyse

In deze bijlage komen de stakeholders aan bod die een rol spelen op het moment dat een patiënt uitstroomt uit de BIZ naar ambulante zorg of verblijfszorg. Er wordt kort besproken waarom deze partijen stakeholder zijn en welke belangen zij hebben.

1.Zorgaanbieders vanuit de beveiligde intensieve zorg

Zoals uit bijlage 1 blijkt zijn zorgaanbieders uit de beveiligde intensieve zorg klinieken waarin extra beveiligingsmaatregelen zijn genomen. Denk aan een reguliere kliniek met besloten afdeling, FPA, FPK of FPC. Daarnaast zijn er klinieken die zich op meer specifieke doelgroepen richten, zoals de SGLVG+ klinieken.

Waarom stakeholder: Professionals vanuit de BIZ zetten (eventueel samen met de reclassering) de vervolgzorg voor de patiënt in gang. Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de plaatsingscoördinatoren dit vaak doen in overleg met de (hoofd)behandelaren die de patiënt behandelen (zie bijlage 4). Eventueel worden de benodigde indicaties voor de zorg aangevraagd en er wordt contact gezocht met de beoogde zorgaanbieder om te overleggen over de plaatsing. Omdat de plaatsing van patiënten vanuit de BIZ naar andere zorgaanbieders soms moeizaam verloopt hebben plaatsingscoördinatoren regelmatig overleg met bijvoorbeeld Zorg- en Veiligheidshuizen, gemeenten en Zorgkantoren.

Belangen: het belang van deze zorgaanbieders is om kwalitatief goede zorg te bieden en vervolgens te zorgen dat de patiënt na de opname de juiste zorg op de juiste plek krijgt. Dit omdat zij onder andere moeten voldoen aan kwaliteitseisen voor zorg (denk aan het kwaliteitskader Forensische Zorg), en passende vervolgzorg het herstel en/of de stabilisatie van de patiënt bevordert.¹⁴³ Ook hebben deze zorgaanbieders een financieel belang. Als de patiënt langer dan medisch noodzakelijk is in de kliniek verblijft terwijl hij wacht op vervolgzorg, houdt de patiënt een beveiligd bed bezet en kan de kliniek minder financiering voor deze patiënt ontvangen (zie paragraaf 4.1, als de forensische titel is afgelopen krijgt de kliniek een vergoeding vanuit de Zvw door de zorgverzekeraar, maar deze is lager dan voorheen).

2.Zorgaanbieders vanuit de ambulante zorg en verblijfszorg

Waarom stakeholder: Na een klinische opname kunnen patiënten uitstromen naar ambulante zorg of verblijfszorg waaronder beschermd wonen. Professionals uit de ambulante zorg en verblijfszorg moeten dan ook in overleg met de klinieken de vervolgzorg in gang zetten. Samen maken zij afspraken over de plaatsing van de patiënt bij de zorgaanbieder. Voorbeelden van vormen van ambulante zorg zijn: zorg vanuit een FACT-team (zie paragraaf 1.2), begeleiding en dagbesteding vanuit de Wmo, basis en specialistische GGZ. Voorbeelden van verblijfszorg zijn: tijdelijk beschermd wonen, verblijf in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking of psychische stoornis.

Belangen: het belang van deze zorgaanbieders is dat de patiënt tijdig en in goed overleg uitstroomt uit de kliniek. Dit om te voorkomen dat een patiënt bijvoorbeeld toch niet goed op zijn plek is en weer naar een andere zorgaanbieder moet. De zorgaanbieder wil zo goed mogelijk zorg verlenen in een setting die passend is voor de patiënt, om de situatie van de patiënt te verbeteren.

3.Ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Waarom stakeholder: Het ministerie J&V is verantwoordelijk voor forensische zorg, het ministerie VWS voor de reguliere zorg.

Belangen: de ministeries hebben een publiek belang, ze leggen maatschappelijke verantwoording af. Een ander belang is dat het beleid dat zij ontwikkelen goed aansluit op de situatie in het werkveld en zo het gewenste effect heeft. Bijvoorbeeld dat knelpunten in het werkveld verminderd worden. Ook hebben zij een financieel belang, omdat de ministeries budgetten opstellen voor de uitgaven aan zorg en andere kosten die onder de verantwoordelijkheid van het ministerie vallen.¹⁴⁴

¹⁴³Beleid: kwaliteit forensische zorg', forensischezorg.nl

¹⁴⁴ Zie begroting 2023: Kamerstukken II, 2022/2023, 36 200, nr. 1.

3. Landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden (LCBB)

Waarom stakeholder: Het LCBB voert diverse taken uit om zorgaanbieders te ondersteunen met knelpunten in de beveiligde intensieve zorg. Zo bemiddelen zij in individuele casussen om passende zorg te realiseren, informeren en adviseren zij zorgaanbieders en helpen zij hen om maatwerk te realiseren en op zoek te gaan naar oplossingen voor knelpunten.¹⁴⁵ Het LCBB zorgt er ook voor dat de knelpunten die zij signaleren worden geagendeerd bij de juiste stakeholders, waaronder het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Belangen: zorgaanbieders ondersteunen bij het realiseren van passende zorg, knelpunten uit het werkveld signaleren en agenderen om de zorg te verbeteren.

4. Gemeenten, het Centrum Indicatiestelling zorg (CIZ), zorgverzekeraars, Zorgkantoren

Waarom stakeholders: Zoals in de inleiding is beschreven kan bij de gemeenten een Wmo-indicatie worden aangevraagd, bij het CIZ een indicatie voor de Wlz en kunnen zorgverzekeraars zorg op grond van de Zorgverzekeringswet vergoeden. Deze indicaties zijn nodig om vormen van ambulante zorg of verblijfszorg te kunnen ontvangen. Zorgkantoren ondersteunen bij het bieden van passende zorg voor mensen met een Wlz-indicatie (zie paragraaf 3.1.1).

Belangen: de zorg betaalbaar houden voor iedereen, kwalitatief hoge zorg binnen de budgetten realiseren, de zorg toegankelijk houden. Leefbaarheid en veiligheid binnen de gemeente.

5. Regioadviseurs zorg en veiligheid Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)

Waarom stakeholder: de regioadviseurs ondersteunen gemeenten vraaggericht en adviseren de gemeenten en regio's over kwesties op het snijvlak van zorg en veiligheid.¹ Een regioadviseur analyseert eerst het regionale vraagstuk om vervolgens te bedenken welke partijen betrokken dienen te worden om tot (een bijdrage aan) een oplossing te komen. Ook zorgen regioadviseurs Zorg & Veiligheid ervoor dat de samenwerking tussen gemeenten en ketenpartners versterkt wordt. Bijvoorbeeld in casussen waarin de inwoner meervoudige problematiek heeft, en verschillende organisaties betrokken zijn. Dit zijn casussen waarin iemand bijvoorbeeld psychische problematiek heeft, een verslaving en/of onzekerheid over werk & inkomen. Hierdoor kan het voorkomen dat de inwoner gevaarlijk of onbegrepen gedrag gaat vertonen, waardoor er problemen zijn op het gebied van zorg en veiligheid. Er moet dan naar een persoonlijke, integrale aanpak op lange termijn worden gestreefd waarin alle ketenpartners betrokken worden.

Belangen: het ondersteunen van gemeenten om de zorg en veiligheid binnen de regio te verbeteren.

6. Zorg- en Veiligheidshuizen

Waarom stakeholder: Binnen de Zorg- en Veiligheidshuizen zijn procesregisseurs werkzaam. Zij kunnen betrokken worden bij casussen waarbij er sprake is van complexe en/of meervoudige problematiek. Voor deze casussen kunnen zij advies en coaching geven aan stakeholders in het zorg- en veiligheidsdomein en gemeenten met betrekking tot de coördinatie van hulpverlening.¹⁴⁶ Dit doen zij vanuit een verbindende rol, een procesregisseur verbindt de juiste partijen met elkaar om tot een oplossing te komen. Een procesregisseur kan betrokken worden op het moment dat er op- of afgeschaald moet worden in zorg en er bijvoorbeeld vragen zijn over het vormgeven van de zorg.

Belangen: partijen verbinden, ondersteunen binnen complexe casuïstiek op het snijvlak van zorg en veiligheid.

7. Reclasseringsorganisaties, justitie

Waarom stakeholder: (zie bijlage 4) de reclassering is vaak verantwoordelijk voor het realiseren van vervolgzorg na een opname in de BIZ als de patiënt een forensische titel heeft. Zolang de patiënt een forensische titel heeft houden zijn toezicht op de zorg. Plaatsingscoördinatoren binnen de klinieken werken dan ook samen met reclasseringswerkers om passende zorg in gang te zetten. De reclassering begeleidt de patiënt naar zijn terugkeer in de samenleving. Organisaties die onderdeel zijn van justitie kunnen een rol spelen bij de uitplaatsing van de patiënt, zoals het Forensisch Plaatsingsloket van de Dienst Justitiële Inrichtingen). Het Forensisch Plaatsingsloket is het centrale aanspreekpunt voor plaatsing van forensische patiënten in instellingen.¹⁴⁷

Belangen: risico- en recidivevermindering van de patiënt, veiligheid van de samenleving waarborgen.

¹⁴⁵ Landelijk coördinatiepunt', beveiligdebedden.nl

¹⁴⁶ 'Procesregisseur', zorgenveiligheidshuizen.nl

¹⁴⁷ 'Introductie Dienst Justitiële Inrichtingen: Divisie Individuele Zaken', forensischezorg.nl

8. Ervaringsdeskundigen en naasten

Waarom stakeholder: ervaringsdeskundigen kunnen hun eigen ervaringen inzetten om patiënten te ondersteunen in hun zorgtraject. Ook kunnen zij zorgaanbieders helpen om hun processen te verbeteren door input te geven vanuit hun expertise op het gebied van het patiëntperspectief. Naasten maken deel uit van het cliëntsysteem, en kunnen een rol spelen als de patiënt terugkeert in zijn omgeving. Bijvoorbeeld door steun te bieden, mantelzorgtaken op zich te nemen of huisvesting te bieden.

Belangen: zich inzetten voor het patiëntperspectief, het bevorderen van het herstel van de patiënt.

9. De patiënt zelf

Waarom stakeholder: in het uitstroomproces is het doel om passende zorg voor de patiënt te bieden. De patiënt zelf is dan ook een belangrijke stakeholder.

Belangen, onder andere: de juiste zorg op de juiste plek ontvangen, goede ondersteuning en begeleiding krijgen, begrijpen waarom beslissingen worden genomen, goede toegankelijkheid van zorg (zo kort mogelijk hoeven wachten op zorg). Professionals die betrokken en begaan zijn.

Bijlage 3: Elementen uit best practises

In paragraaf 3.3 staan twee *best practises* uit de literatuur beschreven die betrekking hebben op domeinoverstijgende samenwerking. In deze bijlage worden de elementen uit deze *best practises* benoemd die kunnen bijdragen aan domeinoverstijgende samenwerking.

Best practise 1: Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg¹⁴⁸

De volgende elementen uit de Ketenveldnorm dragen bij aan een domeinoverstijgende samenwerking binnen de Levenslooppaanpak:

- Werken in **regionale netwerkvormen** met deelnemers vanuit het sociaal domein, de zorg (GGZ, verslavingszorg, forensische zorg en gehandicaptenzorg) en het veiligheidsdomein;¹⁴⁹
- Werken met **één integraal zorgplan** voor de cliënt waarin de zorg en ondersteuning op meerdere leefgebieden aan de orde komt (hierin staat ook besproken wat er gebeurt indien de zorg op- of afgeschaalt dient te worden, vooraf zijn er afspraken gemaakt over eventuele opnames en terugplaatsingen);¹⁵⁰
- Een **casemanager** voert de procesregie en waarborgt de continuïteit van zorg (dit is de coördinerende levenslooppaanbieder, daarnaast zijn er uitvoerende levenslooppaanbieders die de zorg en ondersteuning uitvoeren. Er zijn bestuurlijke en uitvoerende afspraken over de coördinatie van zorg door de partijen vastgelegd);¹⁵¹
- Een **warme overdracht** wanneer de cliënt naar een andere zorgaanbieder gaat, dit houdt in dat de overdracht zorgvuldig, tijdig en juist is (kloppende informatie);¹⁵²
- De zorg wordt zo dicht bij de **leefwereld** van de cliënt georganiseerd als mogelijk is (zo veel mogelijk ambulante);¹⁵³
- Waar mogelijk wordt er binnen de Levenslooppaanpak samengewerkt met een **team van naasten, familieleden en ervaringsdeskundigen**.¹⁵⁴

De volgende partijen werken regionaal samen binnen de Levenslooppaanpak:¹⁵⁵

Aanbieders van ondersteuning en zorg op alle levensgebieden (deels binnen en deels buiten de levenslooppaanbieder)	<ul style="list-style-type: none"> • Forensische en reguliere aanbieders van ggz/verslavingszorg • Forensische en reguliere aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg • BW aanbieders en maatschappelijke opvang • Aanbieders voor begeleiding en dagbesteding
Financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars • Zorgkantoren • Gemeenten • Justitie
Openbaar Ministerie	<ul style="list-style-type: none"> • Openbaar Ministerie
Veiligheidspartners	<ul style="list-style-type: none"> • Politie • Dienst Justitiële Inrichtingen • Reclassering (inclusief verslavingsreclassering) • Zorg- en Veiligheidshuis
Andere partners in de regio	<ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporaties • Voorzieningen voor werk en inkomen • Schuldhulpverlening • GGD • Cliënt- en familieorganisaties

¹⁴⁸ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022.

¹⁴⁹ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 15.

¹⁵⁰ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 16, 22.

¹⁵¹ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 17, 22.

¹⁵² Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 19.

¹⁵³ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 21.

¹⁵⁴ Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 25.

¹⁵⁵ Bron afbeelding: Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg 2022, p. 27.

Best Practise 2: Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven¹⁵⁶

Onderstaande elementen uit het Kompas dragen bij aan een domeinoverstijgende samenwerking tussen het sociaal domein en de GGZ om de samenhang, innovatie en kwaliteit van zorg te verbeteren.

Stappenplan 'concreet actieplan voor verbetering en vernieuwing in de gemeente, organisatie of regio':¹⁵⁷

1. Formuleer een (kern)groep

- Vorm een groep van beleidsmakers, uitvoerders, (familie)ervaringsdeskundigen uit het zorgdomein, sociaal domein en eventueel andere relevante domeinen om een kerngroep te starten, hier ga je mee samenwerken;
- Max. 8 personen, eventueel werken met een 'binnenring' (mensen die kartrekker zijn) en 'buitenring' (mensen die adviseren);
- Formuleer een startbijeenkomst voor de samenwerking.¹⁵⁸

2. Breng de situatie van het werkgebied in beeld

- Verzamel cijfers en feiten over de doelgroep waar je mee aan de slag wil om de situatie landelijk/in de eigen regio goed in kaart te brengen;
- De Monitor Psychische Problematiek kan hiervoor benut worden en bevat kwalitatieve en kwantitatieve gegevens over mensen met psychische problemen, net als beleidsstukken en onderzoeken.

3. Ga aan de slag met het 'Kompas ernstige psychische problemen'

- Maak een klantreis over welke route de patiënt en zijn/haar naasten doorlopen in samenwerking met beleidsmakers, uitvoerders van de zorg en ervaringsdeskundigen. Kijk welke knelpunten er in deze klantreis te vinden zijn en waar het juist goed gaat (het Kompas geeft een opzet voor het opstellen van een klantreis);¹⁵⁹
- Het Kompas bevat een uitgebreide lijst van stellingen in de hoofdstukken *Visie, De mens centraal, Krachtige professionals, Krachtige interventies en werkwijzen en Krachtige organisaties*. Laat ieder lid van de kerngroep deze stellingen invullen, deze geven bijvoorbeeld inzicht in het eigen functioneren als professional, de verschillende organisaties en (regionale) samenwerkingen. Lees ook de persona's van patiënten Marina en Ahmed en de toelichting op de stellingen vanuit de literatuur en eerdere onderzoeken;
- Bespreek de uitkomsten van de stellingen onderling (in de binnen én buitenkring), bespreek wat opvalt en prioriteit heeft. Formuleer op basis van deze gesprekken een gezamenlijke ambitie ('*Wat willen jullie gezamenlijk bereiken*').
- Maak samen een actieplan met taakverdeling, wat moet er gebeuren, wie kan wat doen. Bespreek hoe je gaat samenwerken. Het doel hiervan is dat alle betrokkenen aan de slag kunnen.

4. Aan de slag in de praktijk: Reflecteren, leren en evalueren

- Ga aan de slag met de voorgenomen acties, het Kompas bevat een actieformulier dat je hiermee kan helpen (op grond van de methoden Inspireren, Mobiliseren, Waarderen Reflecteren en Plan Do Check Act);¹⁶⁰
- Plan periodiek een moment om gezamenlijk uitgebreid te reflecteren en de voortgang en nieuwe ontwikkelingen te bespreken, stel de acties bij indien nodig;
- Bespreek tijdens de evaluatie dingen waar je eventueel tegenaan loopt en let hierbij op je eigen cirkel van invloed (waar heb je zelf invloed op?), bespreek wat nodig is voor een doorbraak en hoe dat bereikt kan worden;
- Blijf gezamenlijk leren, ontwikkelen en omgaan met veranderingen (bijvoorbeeld in wetgeving).

¹⁵⁶ Kuiper & De Nijs 2022.

¹⁵⁷ Kuiper & De Nijs 2022, p. 5.

¹⁵⁸ Zie voor een schema voor deze startbijeenkomst: Kuiper & De Nijs 2022, p. 59.

¹⁵⁹ Kuiper & De Nijs 2022, p. 8

¹⁶⁰ Kuiper & De Nijs 2022, p. 69.

5. Omgaan met systeemknelpunten

- In de verschillende domeinen (en domeinoverstijgend) doen zich verschillende systeemknelpunten voor die *'niet direct in je eigen invloedssfeer liggen.'* Ga hiermee om door gezamenlijk deze knelpunten te blijven verzamelen en agenderen en daardoor invloed uit te oefenen.
- Gebruik de cirkel van invloed van Covey om inzicht te krijgen in hoe jij persoonlijk invloed kan uitoefenen. Zie voor een afbeelding en het invulformulier over dit model pagina 71 van het Kompas.

Bijlage 4: Achtergrondinformatie praktijkonderzoek¹⁶¹

In deze bijlage komt achtergrondinformatie aan bod die naar voren is gekomen tijdens de interviews met de plaatsingscoördinatoren van de FPA, FPK's en FPC. Het doel van deze bijlage is om de lezer meer inzicht te geven in de geïnterviewde klinieken en hoe zij vervolgzorg in gang zetten.

Beschrijving klinieken & zorgtitels

Kliniek Lentis -niveau 1 kliniek

De Kliniek van GGZ-aanbieder Lentis is een reguliere kliniek met onder andere een besloten afdeling en is gevestigd in Groningen. In deze kliniek kunnen patiënten tijdelijk worden opgenomen, bijvoorbeeld bij een psychose, ernstige depressie of stemmingsstoornis. In de kliniek kunnen patiënten zowel vrijwillig als met een zorgmachtiging verblijven. Het komt incidenteel voor dat patiënten met een forensische titel in de kliniek verblijven, deze doelgroep verblijft namelijk hoofdzakelijk binnen de Dr. S. Van Mesdag-kliniek (FPC) in Groningen. De verhouding van patiënten die vrijwillig zijn opgenomen en patiënten die met een zorgmachtiging zijn opgenomen kan per periode verschillen, momenteel is deze verhouding 50%-50% (55 patiënten).



FPA Radix -niveau 2 kliniek

FPA Radix is een kliniek van GGZ-aanbieder Mondriaan en is gevestigd in Heerlen. Binnen de kliniek zijn er drie forensische psychiatrische afdelingen waar patiënten met een justitiële titel kunnen verblijven, binnen deze afdelingen worden patiënten behandeld die een delict hebben gepleegd waarbij er een causaal verband bestaat tussen het delict en hun psychische stoornis en/of verslaving. Daarnaast zijn er binnen de kliniek twee 'transforensische afdelingen' waar mensen met een zorgmachtiging kunnen verblijven. Op het moment dat het interview werd afgenomen (mei 2023) verbleven er in totaal 54 patiënten binnen de kliniek (38 patiënten met een forensische titel en 16 patiënten met een zorgmachtiging). Binnen FPA Radix kunnen patiënten onder verschillende forensische zorgtitels worden opgenomen, de meeste patiënten verblijven in de kliniek met een voorwaardelijke veroordeling (op grond van art. 14 Wetboek van Strafrecht, WvSr). Andere titels die regelmatig voorkomen zijn:



- (Voorwaardelijke) maatregel Inrichting Stelselmatige Daders (ISD-maatregel, op grond van art. 38p of 38m WvSr);
- Voorwaardelijke invrijheidsstelling (art. 15 a WvSr);
- Schorsing voorlopige hechtenis (art. 80 Wetboek van Strafvordering, WvSv);
- Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 43 Penitentiaire beginselenwet, Pbw);
- Tbs met voorwaarden (art. 38a WvSr)

Binnen een kliniek kunnen patiënten dus onder verschillende zorgtitels zijn opgenomen.

FPK GGZ Drenthe -niveau 3 kliniek

De FPK van GGZ Drenthe is gevestigd in Assen en bevat meerdere afdelingen waar mensen met seksueel grensoverschrijdend gedrag, psychoses, persoonlijkheids- en verslavingsproblematiek behandeld kunnen worden.¹⁶² Binnen de kliniek zijn 49 beveiligde bedden, het grootste deel van de patiënten verblijft met een forensische titel binnen de kliniek. Op de crisisafdeling is de verhouding tussen patiënten met een zorgmachtiging en forensische titel wel 50%-50% (12 patiënten in totaal). Binnen de kliniek



¹⁶¹ Afbeeldingen uit deze bijlage op volgorde van verschijning:

Afbeelding: 'Klinieken van Lentis worden een healing environment', issuu.com

Afbeelding kliniek: Bas Quaedvlieg van Foto BQ voor: 'Met angst naar het werk', limburg.nl

Afbeelding: 'Bezwaren tegen tbs-kliniek', moiassen.com

'Over ons, afdelingen: FPK', ggzdrenthe.nl

Afbeelding: 'Openingstijden Inforsa FPK en LIZ Duivendrechtsekade 55 in Amsterdam', openingstijden.nl

¹⁶² 'Over ons, afdelingen: FPK', ggzdrenthe.nl

kunnen patiënten onder heel veel forensische titels worden opgenomen (naar schatting 20), maar de titel tbs (met voorwaarden), de ISD-maatregel, Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening en de voorwaardelijke veroordeling komen het meeste voor.

FPK Inforsa -niveau 3 kliniek

De FPK van Inforsa is gevestigd in Amsterdam, binnen de FPK zijn zeven forensische afdelingen met 72 patiënten in totaal. Op drie afdelingen verblijven patiënten met een tbs-titel gemiddeld 5-6 jaar, op drie afdelingen verblijven patiënten onder een kortere forensische titel, en een afdeling bestaat uit een zeer intensieve zorgafdeling voor patiënten die vanuit detentie de kliniek instromen. De hoofddiagnose van deze patiënten moet een psychotische stoornis zijn, daarnaast moet het IQ van de patiënt minimaal 60 zijn (het IQ van iemand met een licht verstandelijke beperking ligt tussen de 50-70). Het kan voorkomen dat patiënten met een zorgmachtiging zijn opgenomen, maar dit is vrijwel altijd in combinatie met een forensische titel (die tijdelijk wordt opgeschort door de zorgmachtiging). Er kan bijvoorbeeld een zorgmachtiging worden aangevraagd als een patiënt met een forensische titel zich niet aan de voorwaarden van opname kan houden, en er gedwongen zorg moet worden ingezet. Binnen de kliniek zijn er slecht drie patiënten die enkel met een zorgmachtiging zijn opgenomen, de rest (69 patiënten) heeft een forensische titel.



FPC De Rooyse Wissel -niveau 4 kliniek

FPC De Rooyse Wissel is een forensische kliniek in Oostrum die klinische forensische zorg biedt op het hoogste beveiligingsniveau. De zorg wordt geboden aan patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis die vaak een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen. Daarnaast kunnen andere forensische titels voorkomen zoals de ISD-maatregel, voorwaardelijke titels, de vervroegde invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden (art. 15a WvSr). Ook kan een patiënt met een zorgmachtiging worden opgenomen of een crisismaatregel.



Hoe vervolgzorg in gang wordt gezet

In deze paragraaf wordt kort beschreven hoe de plaatsingscoördinatoren vervolgzorg in gang zetten. Alle plaatsingscoördinatoren hebben aangegeven dat zij ook verantwoordelijk zijn voor de instroom van patiënten, gezien de reikwijdte van dit onderzoek wordt echter alleen op de uitstroom gefocust.

Kliniek Lentis

Binnen de kliniek van Lentis zijn het de behandelaren die onderzoeken welke vervolgzorg in gang moet worden gezet, en die de indicaties voor deze zorg aanvragen. Het team van plaatsingscoördinatoren onderzoekt vervolgens of de patiënt bij de beoogde zorgaanbieder geplaatst kan worden.

FPA Radix

Welke partij verantwoordelijk is voor het in gang zetten van vervolgzorg ligt aan de zorgtitel van de patiënt. Indien de patiënt een forensische titel heeft, doet een reclasseringswerker of een medewerker vanuit de PI de aanmelding voor verblijfszorg of ambulante zorg. Een plaatsingscoördinator kan adviseren over de vervolgzorg indien nodig en gaat bijvoorbeeld mee tijdens het intakegesprek bij de nieuwe zorgaanbieder. Heeft de patiënt een andere zorgtitel dan is de plaatsingscoördinator de persoon die vervolgzorg in gang zet en een Wlz of Wmo-indicatie aanvraagt vanuit de kliniek. De plaatsingscoördinator geeft aan dat een groot deel van de patiënten na de opname verblijfszorg nodig heeft in een woonvoorziening, vaak in combinatie met ambulante zorg in de vorm van FACT-begeleiding. Is er ambulante zorg vanuit de Zvw nodig dan meldt de coördinator de persoon direct aan bij de zorgaanbieder, bijvoorbeeld een polikliniek, bij een FACT-team of ambulante thuisbegeleiding. Ook kan de coördinator de persoon aanmelden bij een Housing-traject indien nodig, zij kunnen voor de patiënt bemiddelen in het vinden van geschikte woonruimte om de patiënt uiteindelijk zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten wonen.¹⁶³ Het moment waarop vervolgzorg in gang wordt gezet verschilt per patiënt, dit ligt aan de verwachte duur van de opname en de forensische titel. Gemiddeld wordt er echter drie maanden voor de verwachte einddatum van de opname vervolgzorg geregeld. Dit wordt ruim van tevoren gedaan, ook omdat veel zorgaanbieders kampen met wachtlijsten. Lukt het niet om de patiënt tijdig te kunnen plaatsen bij de zorgaanbieder,

¹⁶³ 'Zorg in de wijk: Hoe verloopt een housing-traject?', levantgroep.nl

dan kan het voorkomen dat de patiënt tijdelijk naar de forensisch beschermde woonvorm van Radix wordt geplaatst. Heeft de patiënt een zorgmachtiging dan kan verlenging van de zorgmachtiging worden aangevraagd of met toestemming van de patiënt een vrijwillige overbruggingsperiode plaatsvinden in de kliniek, totdat er een plek vrijkomt.

FPK GGZ Drenthe

Binnen de FPK worden de plaatsingscoördinatoren betrokken bij casuïstiek op het moment dat het regelen van vervolgzorg stroef gaat, bijvoorbeeld als plaatsing in de eigen regio lastig is vanwege een gebiedsverbod. Vaak is dit zo bij kwetsbare patiënten en als er overlegd moet worden met verschillende partijen waaronder het Zorg- en Veiligheidshuis. De plaatsingscoördinator onderzoekt hoe er vervolgzorg in gang kan worden gezet. De reclassering is betrokken bij het realiseren van vervolgzorg voor patiënten met een forensische titel, houdt toezicht op de zorg en biedt eventueel nazorg. De werkwijze is vergelijkbaar met die van FPA Radix.

FPK Inforsa

Bij de FPK van Inforsa regelt de plaatsingscoördinator vervolgzorg in overleg met de behandelaar, psychiater en arts binnen de kliniek. Dit gebeurt meestal ongeveer een half jaar voor de beëindiging van de opname. Bij de forensische titels waarbij er sprake is van voorwaarden (bijvoorbeeld tbs met voorwaarden) regelt de reclassering de vervolgzorg. Om de vervolgzorg te coördineren vinden er vaak gesprekken met Zorg- en Veiligheidshuizen, gemeenten en zorginstellingen plaats om de patiënt in de eigen regio te kunnen plaatsen.

FPC De Rooyse Wissel

De plaatsingscoördinatoren binnen de FPC regelen de vervolgzorg samen met de reclassering en in overleg met hoofdbehandelaars, samen wordt er gekeken wie welke taken kan oppakken. Bij complexe casussen kan het Forensisch Plaatsingsloket betrokken worden (vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen), dit is het centrale aanspreekpunt voor plaatsing van forensische patiënten in instellingen.¹⁶⁴ Bij het opstellen van het eerste behandelplan van de patiënt wordt al een inschatting gemaakt van welke vervolgzorg nodig is na de opname. De plaatsingscoördinator geeft aan dat een groot deel van de patiënten Wlz-zorg nodig heeft, de coördinatoren vragen Wlz-indicaties en Wmo-indicaties aan. In het geval dat de patiënt Wlz-zorg nodig heeft kan er met het regionale Zorgkantoor worden overlegd over de plaatsing van de patiënt.

¹⁶⁴ 'Introductie Dienst Justitiële Inrichtingen: Divisie Individuele Zaken', forensischezorg.nl

Bijlage 5: Voorbeelden bij praktijkonderzoek

Voorbeelden bij knelpunten

Voorbeeld uitzonderingssituatie, patiënt belandt op straat pagina 44.

Eén plaatsingscoördinator van een FPK noemt dat een paar keer per jaar een soortgelijke uitzonderingssituatie voordoet:

De forensische titel van een patiënt is afgelopen. Er kan geen vervolgzorg worden geregeld voor de patiënt, omdat andere aanbieders de patiënt bijvoorbeeld weigeren. Dit is een patiënt die slecht kan samenwerken met anderen en gevaar veroorzaakt voor het personeel. Hij veroorzaakt incidenten en pleegt delicten waardoor de kliniek deze persoon niet langer meer zorg kan verlenen. De patiënt krijgt een x aantal dagen de tijd om zelf opvang te regelen bij kennissen, vrienden, familie of de nachtopvang omdat hij niet langer meer in de kliniek kan verblijven, de situatie is onhoudbaar. De persoon kiest voor de nachtopvang en belandt overdag op straat. De kliniek probeert te voorkomen dat patiënten op straat belanden die eigenlijk zorg nodig hebben, maar in uitzonderingssituaties kan het voorkomen.

Voorbeeld visieverschil GGZ en VG-zorg pagina 45.

Genoemd door plaatsingscoördinator FPA

Er vindt een visieverschil tussen de kliniek en VG-zorgaanbieder plaats over welke zorg passend is. Na een escalatie in de kliniek wordt voor de patiënt met een LVB een inbewaringsmaatregel (IBS-maatregel) aangevraagd op grond van de Wzd, waardoor hij in deze spoedsituatie toch kan worden opgenomen binnen de LVB-zorg. De kliniek had al eerder al meerdere pogingen gedaan om de patiënt bij deze zorgaanbieder te plaatsen. Op een gegeven moment is de IBS-maatregel afgelopen waarna de VG-aanbieder geen rechterlijke machtiging aanvraagt om de patiënt verder te behandelen. Na jaren in het zorgcircuit te verblijven belandt deze patiënt op straat. Niet veel later verneemt de plaatsingscoördinator dat de patiënt suïcide heeft gepleegd.

In deze situatie was sprake van een visieverschil tussen de kliniek en VG-aanbieder en heeft er voor het ontslag geen overleg plaatsgevonden met de kliniek die de patiënt goed kende. De coördinator van de FPA geeft aan dat het soms lastig is dat het proces bij een andere zorgaanbieder niet zichtbaar is.

Voorbeeld situatie waarin de zorgaanbieder de verantwoordelijkheid voor de zorg niet langer kan nemen pagina 45.

Genoemd door deelnemer organisatie voor ambulante zorg en beschermd wonen

Dit voorbeeld lijkt enigszins op het eerste voorbeeld uit deze bijlage. Een aanbieder van ambulante zorg en beschermd wonen heeft besloten om een jongere uit te plaatsen omdat hij te veel overlast veroorzaakt, hij vormt een risico voor de overige bewoners op de beschermd wonen locatie. Met een zorginhoudelijk adviseur Wlz van het Zorgkantoor is contact opgenomen en zijn de mogelijkheden onderzocht, ook in intensieve samenwerking met de politie, gemeente, ambulante en forensische psychiatrie. Het realiseren van vervolgzorg is niet gelukt. Er is een einddatum voor uitplaatsing aan de patiënt gegeven, hierdoor heeft de patiënt zelf besloten om te vertrekken en elders te verblijven. Eerder dreigde de patiënt met het plegen van een delict als hij de woonvorm moest verlaten. De zorgaanbieder had liever niet deze druk willen opvoeren maar zag geen andere optie dan te kiezen voor het belang van de andere bewoners. Het wordt als lastig ervaren om dergelijke (noodzakelijke) besluiten goed te kunnen verantwoorden. Deze situaties kunnen schrijnende gevolgen hebben.

Voorbeeld personeel onder druk pagina 46.

Genoemd door deelnemer vanuit een organisatie voor ambulante zorg en beschermd wonen

De deelnemer ervaart een verzwaring van de doelgroep (indicatie vanuit de Wmo of Wlz), een deel van de patiënten komt binnen met heftigere problematiek dan voorheen. Daardoor kan het voorkomen dat de patiënt niet op de juiste plek is bij deze zorgaanbieder. Denk aan een patiënt met niet aangeboren hersenletsel (NAH) en een verslaving, die de groepsdynamiek binnen de beschermd wonen-setting verstoort. Het is echter lastig om deze patiënten te laten uitstromen. Blijft zo'n patiënt te lang op deze plek, dan kan het voorkomen dat personeel de zorg voor deze patiënt als zwaar ervaart en teams uitgeput raken. Als de problematiek 'te zwaar' is kan dat ook handelingsverlegenheid bij het personeel meebrengen.

Voorbeelden bij oplossingsrichtingen

Voorbeeld bij oplossingsrichting samenwerken pagina 49.

Genoemd door plaatsingscoördinator

Een FPC heeft in samenwerking met Moveoo (een hulpverleningsorganisatie voor dak- en thuislozen) een pilot gestart om de continuïteit van zorg te garanderen voor mensen die anders na een opname vaak op straat belanden. Er zijn onderlinge afspraken gemaakt over de opname en uitstroom van patiënten. Zorgaanbieder kunnen door het delen van de verantwoordelijkheid voor de patiënt, elkaar ook ontlasten op het moment dat een team de zorg voor een heftige patiënt niet goed meer volhoudt. Door afspraken te maken kan een andere aanbieder de zorg (tijdelijk) overnemen waardoor het team weer kan stabiliseren. Dit kan ook een tussenoplossing zijn als er nog geen passende vervolgvoorziening is gevonden voor de langere termijn. Zo kunnen zorgaanbieders toch zo goed mogelijke zorg bieden.

Voorbeeld bij oplossingsrichting inzet ander gekwalificeerd personeel pagina 51.

Genoemd door deelnemer Zorg- en Veiligheidshuis

Een deelnemer van het Zorg- en Veiligheidshuis noemt bij de oplossingsrichting 'Inzet van ervaringsdeskundigen en ander gekwalificeerd personeel' dat het belangrijk is dat iemand zich goed tot de patiënt kan verhouden en dat dit met de juiste levenservaring en motivatie ook kan. Zij noemt het voorbeeld van een patiënt die veel behandelingen heeft doorlopen, maar waarbij de behandeling pas echt aansloeg toen hij een nieuwe begeleider kreeg. Deze begeleider was veteraan geweest en kon door deze ervaring goed aansluiten bij de patiënt.

Bijlage 6: Vragenlijst interviews, dialoogsessies & testpanel

Vragenlijst 1. Interview plaatsingscoördinatoren

Algemene informatie

-Voorstellen, korte uitleg master Toegepast Recht Hanzehogeschool

Hartelijk dank dat u wil meewerken aan het interview! Het doel van dit interview is om informatie te verkrijgen over in hoeverre u knelpunten signaleert op het moment dat de patiënt vanuit de (FPA/FPK/FPC), uitstroomt richting ambulante zorg en verblijfszorg (waaronder beschermd wonen). Een ander doel is het achterhalen van mogelijkheden om deze knelpunten te verminderen. De resultaten van dit interview worden gebruikt voor een onderzoek over uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, dat in opdracht van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool wordt uitgevoerd. Uiteindelijk zal een beroepsproduct in de vorm van een digitaal product worden ontworpen om stakeholders die betrokken zijn bij de uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg, te informeren over de knelpunten en mogelijkheden om te zorgen voor een passende uitstroom van patiënten.

Met de informatie die u ons geeft, wordt vertrouwelijk omgegaan. Dit houdt in dat de informatie die u geeft niet naar u persoonlijk te herleiden is, uw naam wordt niet genoemd in het onderzoek.

-**Check:** Vindt u het goed als ik het interview opneem? Na gebruik wordt de opname gelijk verwijderd, de opname wordt niet met derden gedeeld.

Vragen

1. Kunt u wat meer vertellen over uw functie als plaatsingscoördinator bij de (FPA/FPK/FPC)?

- Hoe lang bent u al werkzaam in deze functie?
- Wat is uw achtergrond?

2. Kunt u een inschatting geven van het gemiddelde aantal patiënten dat is opgenomen in de (FPA/FPK/FPC)?

- Hoeveel patiënten zijn binnen een regulier kader opgenomen? (Gedwongen zorg op basis van een zorgmachtiging of vrijwillige zorg)
- Hoeveel patiënten verblijven in een forensisch kader? (Zorg op basis van een strafrechtelijk vonnis)
-Onder welke forensische zorgtitels?

Bijvoorbeeld: overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening, zelfstandige gedragsbeïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel, tbs met dwangverpleging/voorwaarden, voorwaardelijke veroordeling.

3. Wie is er in de praktijk verantwoordelijk voor het regelen van passende zorg op het moment dat de patiënt de kliniek verlaat?

Binnen deze context valt ambulante zorg en verblijfszorg onder 'passende zorg'. Onder ambulante zorg valt bijvoorbeeld verzorging en verpleging aan huis, basis-GGZ en specialistische GGZ (waaronder poliklinische zorg). Verblijfszorg omvat bijvoorbeeld tijdelijk beschermd wonen en de zorg in instellingen waar een patiënt langdurig verblijft.

- Wie monitort dit proces?

4. Op welke wijze wordt deze passende zorg geregeld?

- Hoeveel weken voor het ontslag van de patiënt dient dit geregeld te worden?
- De wet noemt een termijn van 8 weken, is dit haalbaar?
- Wie kan een verwijzing voor de patiënt regelen voor ambulante zorg uit de zorgverzekering?

5. (Indien de kliniek zowel 'reguliere' als forensische patiënten behandelt:) zitten er verschillen in deze werkwijze voor patiënten in een forensisch en regulier kader?

6. Kunt u vormen van ambulante zorg en verblijfszorg noemen waar patiënten regelmatig naar doorstromen?

- Forensische en reguliere zorg

7. Ervaart u en/of ervaren uw collega's knelpunten in het uitstroomproces? Zo ja, kunt u die benoemen?

Juridische, financiële en organisatorische knelpunten

- Heeft u specifieke voorbeelden bij deze knelpunten? Aan wat voor casuïstiek kan er gedacht worden?
- Zijn er knelpunten die zich meer voordoen bij bepaalde patiënten-doelgroepen?
- Hoe gaat u in de praktijk om met deze knelpunten?
- Heeft u het idee dat u als professional invloed kan uitoefenen op deze knelpunten door deze bijvoorbeeld op te lossen of om de knelpunten heen te werken?
- Wat is er vanuit uw organisatie al geprobeerd om deze knelpunten te verminderen?
-Wat werkte daarin goed en/of minder goed?

**Controle of knelpunten theoretisch kader genoemd zijn. Zo niet, vragen of de geïnterviewde deze knelpunten herkent in de praktijk. Zo ja op welke wijze? **

1. Verkeerde financiële prikkels vanuit de zorgverzekeraar, daardoor is er bijvoorbeeld veel specialisatie in het werkveld waardoor patiënten met meervoudige problemen bijvoorbeeld lastig ergens terecht kunnen (expertise op een enkelvoudige problemen). Organisaties kunnen criteria voor het verlenen van zorg hebben die ervoor kunnen zorgen dat bepaalde doelgroepen uitgesloten kunnen worden van zorg ('exclusiecriteria').

2. Er zijn regionale verschillen in het aanbod van zorg en ondersteuning vanuit de gemeente (Wmo, bijvoorbeeld bemoeizorg en tijdelijk beschermd wonen) waardoor de kwaliteit en kwantiteit van dit aanbod kan verschillen.

3. Landelijk gezien zijn er te weinig plekken voor tijdelijk beschermd wonen. De vraag is groter dan het aanbod en er zijn wachtlijsten.

4. De complexiteit van zorgvragen van patiënten neemt toe, waardoor het regelen van passende zorg lastiger wordt en onder druk staat.

5. Overige organisatorische problemen die GGZ-breed spelen zoals de wachtlijsten voor zorg, personeelstekort en capaciteitsproblemen.

8. Als student van de master Toegepast Recht richt ik mij voornamelijk op de juridische aspecten van het uitstroomproces van de patiënt (de uitstroom van beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg en verblijfszorg). Het viel mij op dat dit proces ingewikkeld is wat wet- en regelgeving betreft. Vooral in situaties waarin de patiënt zorg nodig heeft op basis van verschillende wetten of niet 'binnen de hokjes' van deze wetgeving lijkt te vallen.

- Herkent u dit?
- Ervaart u het juridische kader soms ook als ingewikkeld/complex?

9. Wat ziet u in de praktijk aan gevolgen op het moment dat er geen passende uitstroom vanuit de kliniek kan worden gerealiseerd?

- Waar gaat de patiënt dan heen (vanwege wachtlijsten etc.)?
- Vooral patiënten met een hoog risico (veiligheidsrisico's, terugval, blijvende psychische problemen)?
- Komen patiënten wel eens op straat terecht?
- En wat gebeurt er als de doorstroom wel kan worden gerealiseerd, maar niet binnen de termijnen waarin dit geregeld moet worden?

Financiën

10. Zijn er financiële bronnen voor patiënten die geen zorg op basis van de Wlz, Wmo, Zvw kunnen ontvangen of hier lang op wachten?

Wlz (Wet langdurige zorg): langdurige zorg bij een blijvende behoefte aan 24-uurs zorg in de nabijheid/permanent toezicht, bijvoorbeeld in een GGZ-instelling

Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning): gemeentelijke zorg en ondersteuning, zoals begeleiding, tijdelijk beschermd wonen, dagbesteding

Zvw (Zorgverzekeringswet): zorg vanuit het basispakket van de zorgverzekering, zoals basis-GGZ of specialistische GGZ

- Denk aan maatwerkbudgetten, integrale zorgbudgetten etc.

Laatste vraag

11. Welke mogelijkheden ziet u om het uitstroomproces te verbeteren?

- Op juridisch, financieel en organisatorisch gebied
- Bijvoorbeeld *best practises* of mogelijke oplossingsrichtingen
- Waar heeft u als professional behoefte aan?

12. Heeft u naar aanleiding van dit interview nog iets wat u zelf zou willen vertellen over passende zorg of het uitstroomproces?

Vragenlijst 2. Interview LCBB

1. Uit mijn literatuuronderzoek en praktijkonderzoek is gebleken dat er diverse knelpunten in het uitstroomproces zichtbaar zijn en dat het lastig kan zijn om passende zorg te realiseren.

- Op welke wijze ervaren jullie deze knelpunten in het uitstroomproces?

Juridische, financiële en organisatorische knelpunten.

- Hebben jullie specifieke voorbeelden bij deze knelpunten? Aan wat voor casuïstiek kan er gedacht worden? (Met welke vragen/casuïstiek kloppen organisaties bij jullie aan?)
- Zijn er knelpunten die zich meer voordoen bij bepaalde patiënten-doelgroepen?
- Op welke wijze ondersteunen jullie organisaties die met deze knelpunten te maken hebben?
-Wat werkte daarin goed en/of minder goed?

**Controle of knelpunten in op de volgende pagina genoemd zijn. Zo niet, vragen of de geïnterviewde deze knelpunten herkent in de praktijk. Zo ja op welke wijze? **

*1. **Verkeerde financiële prikkels vanuit de zorgverzekeraar**, daardoor is er bijvoorbeeld veel specialisatie in het werkveld waardoor patiënten met meervoudige problemen bijvoorbeeld lastig ergens terecht kunnen (**expertise op een enkelvoudige problemen**). Organisaties kunnen criteria voor het verlenen van zorg hebben die ervoor kunnen zorgen dat bepaalde doelgroepen uitgesloten kunnen worden van zorg ('**exclusiecriteria**').*

*2. Er zijn **regionale verschillen in het aanbod van zorg en ondersteuning** vanuit de gemeente (Wmo, bijvoorbeeld bemoeizorg en tijdelijk beschermd wonen) waardoor de kwaliteit en kwantiteit van dit aanbod kan verschillen.*

*3. Landelijk gezien zijn er **te weinig plekken voor tijdelijk beschermd wonen**. De vraag is groter dan het aanbod en er zijn wachtlijsten.*

*4. De **complexiteit van zorgvragen van patiënten neemt toe**, waardoor het regelen van passende zorg lastiger wordt en onder druk staat.*

*5. Overige organisatorische problemen die GGZ-breed spelen zoals de **wachtlijsten voor zorg, personeelstekort en capaciteitsproblemen**.*

2. Als student van de master Toegepast Recht richt ik mij voornamelijk op de juridische aspecten van het uitstroomproces van de patiënt (de uitstroom van beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg en verblijfszorg). Het viel mij op dat dit proces ingewikkeld is wat wet- en regelgeving betreft. Vooral in situaties waarin de patiënt zorg nodig heeft op basis van verschillende wetten of niet 'binnen de hokjes' van deze wetgeving lijkt te vallen.

- Herkennen jullie dit?
- Ervaart jullie het juridische kader soms ook als ingewikkeld/complex? En waarom?
-Voorbeelden

3. Wat zien jullie in de praktijk aan gevolgen op het moment dat er geen passende uitstroom vanuit de kliniek kan worden gerealiseerd?

- Waar gaat de patiënt dan heen (vanwege wachtlijsten etc.)?
- Vooral patiënten met een hoog risico (veiligheidsrisico's, terugval, blijvende psychische problemen)?
- Komen patiënten wel eens op straat terecht?
- En wat gebeurt er als de doorstroom wel kan worden gerealiseerd, maar niet binnen de termijnen waarin dit geregeld moet worden?

4. Welke mogelijkheden zien jullie om het uitstroomproces te verbeteren?

- Op juridisch, financieel en organisatorisch gebied (denk aan *best practises* of mogelijke oplossingsrichtingen)
- Op welke wijze proberen jullie het uitstroomproces te verbeteren?
- Waar denken jullie dat professionals behoefte aan hebben?

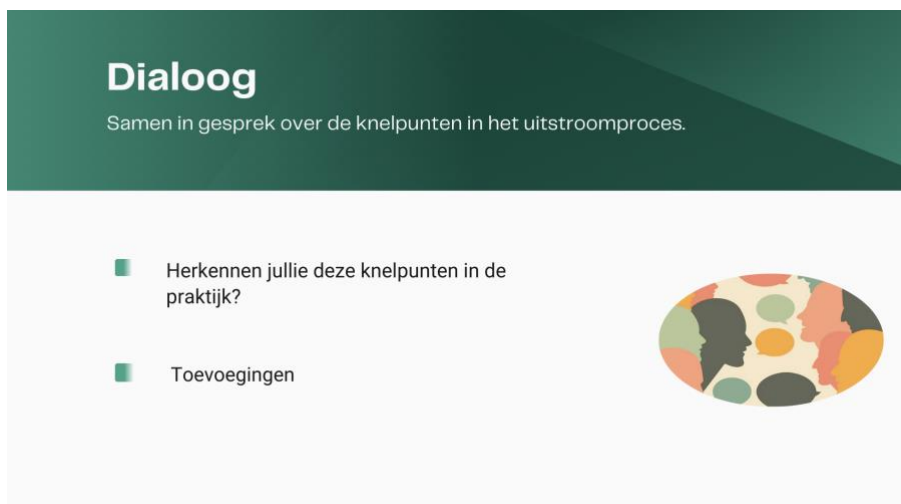
Vragenlijst 3. Dialoogsessie

Programma

- Introductie dialoogsessie & agenda bespreken;
- Voorstelronde, uitspreken van intenties deelnemers (met welke verwachting neem je deel?);
- Deel 1. Bespreken eigen bevindingen uit het theoretisch kader en praktijkonderzoek m.b.t. knelpunten in het uitstroomproces;
- Reactieronde, gezamenlijk de knelpunten bespreken die worden ervaren aan de hand van een aantal vragen;
- Korte pauze;
- Deel 2. Bespreken oplossingsrichtingen aan de hand van een aantal vragen;
- Korte presentatie eigen bevindingen uit het theoretisch kader en praktijkonderzoek m.b.t. oplossingsrichtingen;
- Afronding.

Sheets met vragen

Onderstaande PowerPoint-sheets met vragen zijn gebruikt tijdens de dialoogsessie.



Dialoog
Samen in gesprek over de knelpunten in het uitstroomproces.

- Herkennen jullie deze knelpunten in de praktijk?
- Toevoegingen



- Zien we dezelfde knelpunten?
- Welk knelpunt/welke knelpunten hebben wat jou betreft prioriteit?

Dialog oplossingsrichtingen

- Wat is er volgens jou nodig om deze knelpunten te verminderen?
Waar zitten oplossingen/mogelijkheden?



Wat heb jij als professional nodig om zelf beter met deze knelpunten om te kunnen gaan?

- Wat zou voor jou helpend zijn?
- Wat heb je nodig? En van wie?

Kan je concrete dingen noemen waar op dit moment behoefte aan is en die op korte termijn gerealiseerd kunnen worden?

- Hoe zie je dat voor je?



Vragenlijst 4. Feedbackvragen voor het testpanel

Onderstaande vragen zijn gebruikt tijdens de testfase van het beroepsproduct. Vooraf zijn alle deelnemers op de hoogte gebracht van de achtergrond van het onderzoek.

Vragenlijst testpanel professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein

1. Wat vindt u van het samenwerkingsmodel als beroepsproduct in het algemeen?

- Vindt u het product passend bij de context (knelpunten en mogelijkheden in het uitstroomproces uit de beveiligde intensieve zorg)?
- Wat vindt u van domeinoverstijgende samenwerking als oplossingsrichting in het algemeen? (Voor het omgaan met complexiteit en knelpunten?)
- In welke andere contexten zou domeinoverstijgend samenwerken nuttig kunnen zijn?

2. In hoeverre vindt u het *product* bruikbaar in de praktijk?

- Wat zou de bruikbaarheid kunnen vergroten, en waarom?
- Zou u het samenwerkingsmodel gebruiken als u overweegt een dergelijke samenwerking aan te gaan?

3. Wat vindt u van de *informatie* in het samenwerkingsmodel?

- Missen er randvoorwaarden voor domeinoverstijgende samenwerking? (Heeft u toevoegingen?)
- Vindt u de informatie specifiek genoeg?
- Vindt u de informatie nuttig genoeg?

4. Wat vindt u van de *presentatie* van het samenwerkingsmodel? (Denk aan kleuren, lettertypen, layout etc.)

- Hoe kan de presentatie aantrekkelijker worden gemaakt?
- Of functioneler?

5. Wat zou de kwaliteit van het samenwerkingsmodel verder nog kunnen verbeteren?

- Heeft u overige verbeterpunten?
- En wat zijn wat u betreft juist kwaliteiten die behouden moeten blijven?

6. Hoe zou het samenwerkingsmodel geïmplementeerd kunnen worden zodat professionals het kunnen gebruiken? (Verspreiding/publicatie.)

7. Zijn er nog overige dingen die u kwijt wil over het samenwerkingsmodel?

Einde vragenlijst.

Vragenlijst toepasbaarheid beroepsproduct in andere context: ziekenhuis

Hartelijk dank voor het bestuderen van het samenwerkingsmodel en het beantwoorden van onderstaande vragen. Het doel van deze vragenlijst is achterhalen in hoeverre het model toepasbaar is op de context van de ziekenhuiszorg, naast de reguliere en forensische GGZ waarvoor het model is ontworpen. Het beantwoorden van deze vragen kost naar verwachting 15-20 minuten.

Start vragenlijst.

1. Wat vindt u in het algemeen van het samenwerkingsmodel?

- Van de informatie?
- Van de vormgeving?
- Van de bruikbaarheid van het model?

2. Van een professional vanuit de ziekenhuiszorg heb ik vernomen dat de doorloop van patiënten ook binnen een ziekenhuis knelpunten kan opleveren. Bijvoorbeeld als de zorginstelling waarnaar doorverwezen moet worden vol zit of omdat thuiszorg nog niet tijdig kan worden ingezet.

- Herkent u deze knelpunten? Licht uw antwoord s.v.p. toe.
- Hoe wordt er momenteel samengewerkt met andere zorgaanbieders?
- Naar welke organisaties wordt er doorverwezen na een ziekenhuisopname?

3. Dit product is opgesteld voor professionals binnen het zorg- en veiligheidsdomein. Domeinoverstijgend samenwerken is regelmatig genoemd als oplossingsrichting om knelpunten te verminderen die het bieden van passende zorg in de weg staan.

Ziet u domeinoverstijgende samenwerking ook als oplossingsrichting voor de knelpunten die ziekenhuizen kunnen ervaren m.b.t. de doorstroom van patiënten?

- Waarom wel of niet?
- Vind u het samenwerkingsmodel ook toepasbaar in de context van de ziekenhuiszorg? Licht uw antwoord s.v.p. toe.
- Wat zou er aangepast kunnen worden zodat het model ook toepasbaar is binnen de ziekenhuiszorg?

4. Heeft u verder nog iets dat u kwijt wil over het samenwerkingsmodel?

Einde vragenlijst.

Bijlage 7: Aanbevelingen

Op basis van het theoretisch onderzoek en het praktijkonderzoek zijn diverse aanbevelingen geformuleerd. Deze hebben als doel om de uitstroom vanuit de BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg, te verbeteren. De aanbevelingen zijn gericht aan verschillende stakeholders.

1. Aanbevelingen aan het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg (Hanzehogeschool)

Aanbeveling 1: *Het is aan te raden om vervolgonderzoek te doen naar welke kennis en expertise van specifieke (psychische) problematiek professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein nodig hebben om de doelgroep van (ongewenste) vreemdelingen passende zorg te kunnen bieden.*

Uit het onderzoek is gebleken dat het voor de doelgroep (ongewenste) vreemdelingen lastig kan zijn om passende zorg te realiseren. Bijvoorbeeld vanwege taalverschillen, het ontbreken van een dossier met voorgeschiedenis, en/of het ontbreken van kennis en expertise over specifieke problematiek waar deze doelgroep mee kan kampen (denk aan problematiek van voormalig kindsoldaten).

Ik raad het lectoraat aan om vervolgonderzoek te doen naar welke kennis en expertise van de specifieke (psychische) problematiek professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein nodig hebben om beter met deze doelgroep om te gaan. Zo kan aan deze professionals handvatten worden geboden voor de omgang met deze complexe doelgroep. Als er meer kennis en expertise is voor het omgaan met de doelgroep bij zorgaanbieders, zijn wellicht meer aanbieders in staat om zorg aan deze doelgroep te verlenen. Het praktijkgerichte onderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door één of meerdere studenten vanuit de opleiding Social Work of Toegepaste Psychologie. Een beroepsproduct voor de praktijk zou een informerend of adviserend product kunnen zijn, rondom de (psychische) problematiek van de doelgroep (ongewenste) vreemdelingen met een hoog veiligheidsrisico.

Aanbeveling 2: *Het is aan te raden om vervolgonderzoek te doen naar de regionale overlegvormen waarin zorgaanbieders complexe casuïstiek kunnen inbrengen, zodat inzichtelijk is wat de opschalingsroutes per regio zijn.*

Uit het onderzoek is gebleken dat zorgaanbieders niet altijd het overzicht hebben van welke regionale overlegvormen voor complexe casuïstiek er zijn en wat de voorwaarden voor toegang tot deze overlegvormen zijn. Er is behoefte aan een overzicht van deze overlegvormen (denk aan overleg bij het Zorg- en Veiligheidshuis, de Persoonsgerichte Aanpak, overleg voor de Levensloopaanpak). Zo weten zorgaanbieders waar ze terecht kunnen voor informatie en advies rondom complexe casuïstiek en wat de opschalingsroutes per regio zijn. Daardoor kunnen ze de mogelijkheden binnen de eigen regio voor het realiseren van zorg en ondersteuning zo optimaal mogelijk benutten.

Ik adviseer het lectoraat dan ook om een of meerdere studenten van de opleiding Social Work hier een onderzoek naar te laten doen. Studenten geeft dit de kans om meer te leren over hoe de zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische problematiek in de verschillende regio's wordt vormgegeven, door de stakeholders en overlegvormen in kaart te brengen. Als beroepsproduct kunnen zij bijvoorbeeld een schema maken per regio waarin de verschillende overlegvormen en hun voorwaarden worden besproken.

2. Aanbevelingen aan het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden

Aanbeveling 1: *Adviseer in de gesprekken met o.a. het ministerie van Justitie en Veiligheid en de IND over (ongewenste) vreemdelingen in de beveiligde intensieve zorg, het ministerie om een landelijke visie op te stellen met betrekking tot het omgaan met deze doelgroep in de zorg. Adviseer het ministerie om praktische informatie uit te brengen over de juridische status van deze doelgroep, bijvoorbeeld welke rechten zij hebben en welke beperkingen daarop kunnen gelden.*

Zoals bij de eerste aanbeveling voor het lectoraat is beschreven kan het lastig zijn om vervolgzorg te realiseren voor de doelgroep (ongewenste) vreemdelingen. Ook is niet altijd duidelijk wat men juridisch gezien wel en niet mag doen gedurende de behandeling van deze doelgroep. Het LCBB geeft aan over deze knelpunten al gesprekken te voeren met onder andere de IND en het ministerie J & V.

Ik zou het LCBB willen adviseren om in deze gesprekken het ministerie J & V te verzoeken een landelijke visie op te stellen over het omgaan met (ongewenste) vreemdelingen die een

veiligheidsrisico vormen in de (geestelijke gezondheids-) zorg. Uit het praktijkonderzoek blijkt namelijk dat professionals een landelijke visie voor de omgang met deze doelgroep missen. Ook raad ik aan het ministerie te adviseren praktische informatie uit te brengen voor professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein over hoe de Vreemdelingenwet zich verhoudt tot het strafrecht. Concreet welke rechten deze doelgroep heeft tijdens de behandeling, en welke beperkingen wanneer toelaatbaar zijn. Momenteel komen misverstanden daarover voor: bijvoorbeeld of verlof tijdens de behandeling wel of niet is toegestaan voor deze doelgroep. In 2021 bracht de Afdeling advisering van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) al een advies uit over ongewenste vreemdelingen in de tbs aan de minister voor Rechtsbescherming, het is aan te raden dat er vanuit het ministerie J & V duidelijkheid komt over in hoeverre de aanbevelingen uit dit rapport zijn opgevolgd. Dit om professionals op de hoogte te brengen van de actuele stand van zaken en juridische ontwikkelingen met betrekking tot deze doelgroep.

Aanbeveling 2: *Creëer in samenwerking met het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een overzicht van de reguliere en forensische zorgtrajecten voor de doelgroep vrouwen met complexe problematiek.*

Uit het onderzoek is gebleken dat het voor vrouwen met complexe problematiek lastig kan zijn om passende zorg te realiseren. Bijvoorbeeld omdat een deel van hun groepsongeschied is, zij aan automutilatie doen (onveiligheidsfactor) en/of te maken hebben met problematiek waar weinig aanbod voor is in de reguliere en forensische zorg (bijvoorbeeld een eetstoornis).

Het LCBB geeft aan al met het ministerie J & V en het ministerie VWS in gesprek te zijn over deze knelpunten, de oorzaken hiervan en de mogelijkheden om deze knelpunten te verminderen. Ik zou het LCBB willen aanraden om in samenwerking met beide ministeries¹⁶⁵ op korte termijn een overzicht te creëren van de mogelijke zorgtrajecten voor deze doelgroep in de reguliere en forensische zorg, en de voorwaarden voor deze zorgtrajecten. Ik adviseer dit omdat uit het praktijkonderzoek is gebleken dat professionals in het zorg- en veiligheidsdomein niet altijd een goed overzicht hebben van de mogelijke zorgtrajecten voor deze doelgroep. Door inzichtelijk te maken welke trajecten er zijn kunnen zorgaanbieders mogelijk sneller vervolgzorg in gang zetten doordat zij weten welke aanbieders de gewenste zorg aanbieden, en onder welke voorwaarden.

Aanbeveling 3: *Zet de gesprekken met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Zorgkantoren voort om de mogelijkheden voor voorzieningen voor langdurig beveiligd wonen en behandeling, te onderzoeken. Onderzoek gezamenlijk de mogelijkheden om een pilot te starten in een leegstaande zorginstelling of -afdeling en vervolgens de mogelijkheden om pilots op grotere schaal te starten.*

Uit het onderzoek is gebleken dat er een doelgroep bestaat die behoefte heeft aan een voorziening waar zij langdurig behandeld kunnen worden of waar zij langdurig kunnen wonen onder passende beveiligingsmaatregelen en onder forensische expertise. Omdat deze plekken in het verleden zijn wegbezuinigd als gevolg van de ambulantisering van de zorg, is er momenteel weinig tot geen aanbod voor deze doelgroep. Als gevolg hiervan verblijft een deel langer in de kliniek dan medisch noodzakelijk is wachtend op een geschikte vervolgvoorziening, en belandt een deel van deze doelgroep in een vicieuze cirkel van ambulante zorg en klinische opnamen. Alle professionals uit het praktijkonderzoek geven dan ook aan dat voor deze doelgroep er behoefte is aan voorzieningen voor langdurig beveiligd wonen en behandeling.

Het LCBB geeft aan dat zij al in gesprek zijn met het ministerie VWS en Zorgkantoren om de mogelijkheden te verkennen om dergelijke voorzieningen op korte en lange termijn te realiseren. Zo onderzoeken zij of het bijvoorbeeld mogelijk is om een voorziening te creëren door gebruik te maken van leegstaande zorginstellingen en -afdelingen. Ik adviseer het LCBB om deze gesprekken voort te zetten en de mogelijkheden voor het starten van pilots te blijven onderzoeken. Door het starten van een pilot binnen een leegstaande zorglocatie, kan onderzocht worden welke factoren wel en niet werken bij het oprichten van voorzieningen voor langdurig beveiligd wonen. Mogelijk kunnen de bevindingen uit de pilot worden gedeeld met geïnteresseerde zorgaanbieders, en kunnen de mogelijkheden onderzocht worden om pilots op grotere schaal uit te voeren. Mogelijk kan zo op kortere termijn al gedeeltelijk worden voorzien in de behoefte aan dit soort voorzieningen.

¹⁶⁵ Beide ministeries, aangezien het ministerie J & V verantwoordelijk is voor de forensische zorg, en het ministerie VWS voor de reguliere zorg. Deze kennis en expertise moet gebundeld worden.

3. Aanbevelingen aan het ministerie van Justitie en Veiligheid & het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aanbeveling: *Onderzoek hoe de langdurigheid en continuïteit van reguliere en forensische zorg beter gewaarborgd kan worden voor doelgroepen die momenteel tussen wal en schip vallen door de schotten in wetgeving en de financieringssystematiek van de Zorgverzekeringswet. Onderzoek of een aanpassing van wet- en regelgeving noodzakelijk is, of dat dit binnen de bestaande wettelijke kaders kan worden gerealiseerd.*

Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende juridische, financiële en organisatorische factoren een rol kunnen spelen in de uitstroom van BIZ naar ambulante zorg en verblijfszorg. Ook is in het theoretische kader geconcludeerd dat in theorie elke wet (Wmo, Wlz, Zvw) in een andere zorgbehoefte voorziet, en dat patiënten met een indicatie voor deze zorg aanspraak kunnen maken op deze vormen van zorg en ondersteuning. In de praktijk blijkt echter dat er doelgroepen kunnen zijn die tussen de schotten van wet- en regelgeving vallen, dit blijkt zowel uit de literatuur als uit het praktijkonderzoek. Dit zijn bijvoorbeeld personen die goed zouden passen in een bepaalde zorgsetting, maar die niet de juiste indicatie (en financiering) kunnen ontvangen voor deze zorg. Denk aan personen met LVB of autisme die goed binnen een instelling zouden passen die de juiste benadering hanteert, maar die alleen is ingekocht op Wlz-zorg. Als zij geen Wlz-indicatie kunnen krijgen maar alleen een beroep kunnen doen op zorg vanuit de Zvw en/of Wmo, kunnen zij in de praktijk niet binnen deze instelling geplaatst worden (zie paragraaf 3.2.1). Daarnaast is uit het theoretische onderzoek gebleken dat door de financieringssystematiek van de Zvw, veel zorgaanbieders zich zijn gaan specialiseren op enkelvoudige problematiek omdat dit financieel voordeliger en minder risicovol is (zie paragraaf 3.2.1). Dit zorgt er in de praktijk voor dat patiënten met meervoudige problematiek soms lastig kunnen uitstromen naar vervolgzorg, bijvoorbeeld omdat een bepaalde problematiek een contra-indicatie vormt voor zorg bij de beoogde zorgaanbieder. Dit beperkt de toegang tot zorg en ondersteuning.

Op basis van deze resultaten wordt aan het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de aanbeveling gedaan om te onderzoeken hoe de langdurigheid en continuïteit van reguliere en forensische zorg gewaarborgd kan worden voor doelgroepen die momenteel tussen wal en schip vallen. Ik raad aan om te onderzoeken of een aanpassing van wet- en regelgeving hiervoor noodzakelijk is of dat dit binnen de bestaande wettelijke kaders kan worden gerealiseerd. Het doel van dit onderzoek is de toegang, langdurigheid en de continuïteit van zorg te verbeteren voor lastig plaatsbare doelgroepen.

4. Aanbevelingen aan professionals binnen het zorg- en veiligheidsdomein

Aanbeveling: *Zoek domeinoverstijgende samenwerkingen op door het oprichten van pilots en/of kennisgroepen.*

Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten een rol kunnen spelen op het moment dat de patiënt uitstroomt uit de beveiligde intensieve zorg. Deze knelpunten zijn vaak niet op te delen in slechts één categorie (juridisch/financieel/organisatorisch) en hangen onderling samen. Vaak zijn de knelpunten ook domeinoverschrijdend en spelen ze in zowel de reguliere als forensische zorg een rol, die op het gebied van wetgeving, financiering en organisatie als twee aparte domeinen worden gezien. Professionals zien deze grens ook doordat ze ervaren dat de stap tussen forensische en ambulante zorg regelmatig (te) groot is voor patiënten. Daardoor zijn er patiënten die tussen wal en schip vallen, zoals een deelnemer uit het praktijkonderzoek het verwoordde: *'er is geen plek voor hen in de maatschappij, maar ook niet in de zorg'* (zie paragraaf 4.1). Voor diverse doelgroepen kan het dan ook lastig zijn om passende vervolgzorg te realiseren.

De uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg is dan ook een domeinoverstijgend en complex probleem. Uit het onderzoek is gebleken dat professionals omgaan met deze complexiteit door de knelpunten die zij signaleren aan te kaarten bij de verantwoordelijke partijen (bijvoorbeeld het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en door onderling samen te werken met andere ketenpartners. Samenwerkingen (blijven) aangaan met andere partijen is dan ook vaak genoemd als oplossingsrichting om passende zorg te realiseren (door acht deelnemers van het praktijkonderzoek). Wel heerst bij sommige partijen het gevoel dat *'iedereen al doet wat hij kan, maar er systeemfalen zijn die een regio niet kan oplossen,'* zoals een deelnemer vanuit een Zorg- en Veiligheidshuis noemde.

Ik adviseer professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein om naast het aangaan van nieuwe samenwerkingen van organisatie tot organisatie, domeinoverstijgende samenwerkingen aan te gaan in groepsverband. Dit in de vorm van een *pilot of kennisgroep*. Omdat de knelpunten complex en domeinoverstijgend zijn is het noodzakelijk om ook domeinoverstijgend samen te werken. Door samen te werken in groepsverband kunnen stakeholders (organisaties maar ook ervaringsdeskundigen) hun kennis en expertise met elkaar uitwisselen, en de verantwoordelijkheid voor complexe casuïstiek en vraagstukken delen. Gezamenlijk zullen ze de knelpunten waarschijnlijk niet geheel kunnen oplossen vanwege hun complexiteit, maar kunnen ze wel bijdragen aan het opstellen van deel- en tussenoplossingen die de situaties van patiënten verbeteren: het patiëntperspectief staat centraal.

Hoe kan er domeinoverstijgend worden samengewerkt?

Voor het domeinoverstijgende samenwerken adviseer ik de volgende twee samenwerkingsvormen:

1. Pilots

De eerste vorm die ik adviseer is het samenwerken door middel van een pilot. Door een pilot te starten kunnen partijen multidisciplinair samenwerken rondom een concrete casus of een complex knelpunt dat zij ervaren. Door het inzetten van gerichte interventies kunnen zij experimenten met wat werkt en minder goed werkt in de casus of rondom het knelpunt. Vervolgens kan onderzocht worden of de methode van de pilot breder ingezet kan worden. Het voordeel van een pilot is dat partijen binnen deze samenwerkingsvorm al in een vroeg stadium concrete stappen kunnen maken rondom een complexe casus of vraagstuk, daardoor kunnen werken aan het opbouwen van onderling vertrouwen en praktische leerervaringen kunnen opdoen.¹⁶⁶

Voorbeeld: zoals ook uit dit onderzoek is gebleken is er behoefte aan een beveiligde woonvoorziening waar patiënten langdurig kunnen verblijven onder passende beveiligingsmaatregelen en met forensische expertise. Het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden heeft in de praktijk in casussen gesignaleerd welke doelgroep hier behoefte aan heeft, en welke knelpunten zich in deze casussen voordoen. In samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Zorgkantoren is het coördinatiepunt aan het verkennen of het mogelijk is om een pilot te starten binnen een leegstaande zorglocatie of -afdeling. Door middel van deze pilot kan op kleine schaal geëxperimenteerd worden met wat er nodig is om voor de doelgroep een woonvoorziening te creëren. Mocht er met de pilot goede resultaten worden behaald, dan kan de onderzochte methode wellicht worden gebruikt om op andere leegstaande zorglocaties een beveiligde woonvorm op te richten voor langdurig verblijf.

2. Kennisgroepen

De tweede vorm die ik adviseer is het samenwerken door middel van een kennisgroep. Binnen de publicatie 'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven' van Kenniscentrum Phrenos wordt een kennisgroep als volgt beschreven: een groep van beleidsmakers, uitvoerders en (familie)ervaringsdeskundigen die samenwerken vanuit verschillende domeinen met als doel de samenhang, kwaliteit en innovatie van zorg te verbeteren voor een bepaalde doelgroep.¹⁶⁷ Samen onderzoeken zij de situatie rondom de zorg voor deze doelgroep in de eigen gemeente, organisatie of regio. Op basis van de in kaart gebrachte situatie stellen zij een concreet actieplan op dat moet zorgen voor verbetering en vernieuwing. Er wordt regelmatig geëvalueerd op het proces en dit actieplan. Een kennisgroep bestaat uit ongeveer acht personen (de 'binnenring') en heeft een netwerk dat kan adviseren indien nodig (de 'buitenring'). Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dus een kennisgroep oprichten om te onderzoeken hoe zij de zorg voor een bepaalde doelgroep kunnen verbeteren, bijvoorbeeld rondom een doelgroep waar zij binnen de regio erg tegenaan lopen. Een voordeel van een kennisgroep is wat mij betreft dat er vanuit verschillende perspectieven naar de problematiek kan worden gekeken (multilevel), er onderling kennis en expertise wordt uitgewisseld en er op basis van een gedeelde visie en ambitie wordt gewerkt, wat motiverend kan werken. Het verschil met een pilot is dat binnen een kennisgroep partijen zich voor een lange termijn verbinden, voor een pilot is dit vaak een kortere termijn.

Het beroepsproduct (samenwerkingsmodel) geeft professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein handvatten over de randvoorwaarden voor een pilot of kennisgroep.

¹⁶⁶ Dees & Opheij 2019.

¹⁶⁷ C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.

Samenwerkingsmodel

Concept beroepsproduct (1)

Bestaande uit: blad met achtergrondinformatie, het samenwerkingsmodel (volledig formaat A4).

Achtergrond van het samenwerkingsmodel

'Domeinoverstijgende samenwerking binnen een pilot of kerngroep om de zorg voor personen met complexe problematiek te verbeteren.'

Het samenwerkingsmodel is ontworpen naar aanleiding van een onderzoek in opdracht van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool. Dit onderzoek is uitgevoerd door een student van de master Toegepast Recht en gaat over de knelpunten en mogelijkheden in de uitstroom van beveiligde intensieve zorg* naar ambulante zorg en verblijfszorg.

Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten een rol kunnen spelen op het moment dat de patiënt uitstroomt uit de beveiligde intensieve zorg. Deze knelpunten zijn vaak niet op te delen in slechts één categorie (juridisch/financieel/organisatorisch) en hangen onderling samen. Vaak zijn de knelpunten ook domeinoverschrijdend en spelen ze in zowel de reguliere als forensische zorg een rol, die op het gebied van wetgeving, financiering en organisatie als twee aparte domeinen worden gezien. Professionals zien deze grens ook doordat ze ervaren dat de stap tussen forensische en ambulante zorg regelmatig (te) groot is voor patiënten. Daardoor zijn er patiënten die tussen wal en schip vallen, zoals een deelnemer uit het praktijkonderzoek verwoordde: 'er is geen plek voor hen in de maatschappij, maar ook niet in de zorg'. Voor diverse doelgroepen kan het dan ook lastig zijn om passende vervolgzorg te realiseren.

De uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg is dan ook een domeinoverstijgend en complex probleem. Uit het onderzoek is gebleken dat professionals omgaan met deze complexiteit door de knelpunten die zij signaleren aan te kaarten bij de verantwoordelijke partijen (bijvoorbeeld het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en door onderling samen te werken met andere ketenpartners. Samenwerkingen (blijven) aangaan met andere partijen is dan ook vaak genoemd als oplossingsrichting om passende zorg te realiseren binnen het praktijkonderzoek. Wel heerst bij sommige partijen het gevoel dat 'iedereen al doet wat hij kan, maar er systeemfalen zijn die een regio niet kan oplossen,' zoals een deelnemer vanuit een Zorg- en Veiligheidshuis noemde.

Een aanbeveling uit het onderzoek is professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein, domeinoverstijgende samenwerkingen aan te laten gaan in groepsverband. Dit in de vorm van een pilot of kennisgroep. Omdat de knelpunten complex en domeinoverstijgend zijn is het noodzakelijk om ook domeinoverstijgend samen te werken. Door samen te werken in groepsverband kunnen stakeholders (organisaties maar ook ervaringsdeskundigen) hun kennis en expertise met elkaar uitwisselen, en de verantwoordelijkheid voor complexe casuïstiek en vraagstukken delen. Gezamenlijk zullen ze de knelpunten waarschijnlijk niet geheel kunnen oplossen vanwege hun complexiteit, maar kunnen ze wel bijdragen aan het opstellen van deel- en tussenoplossingen die de situaties van patiënten verbeteren: het patiëntperspectief staat centraal.

Voor het domeinoverstijgende samenwerken worden de volgende twee samenwerkingsvormen geadviseerd:

1. Pilots

De eerste vorm is het samenwerken door middel van een pilot. Door een pilot te starten kunnen partijen multidisciplinair samenwerken rondom een concrete casus of een complex knelpunt dat zij ervaren. Door het inzetten van gerichte interventies kunnen zij experimenten met wat werkt en minder goed werkt in de casus of rondom het knelpunt. Vervolgens kan onderzocht worden of de methode van de pilot breder ingezet kan worden.

Voorbeeld: er is behoefte aan een beveiligde woonvoorziening waar patiënten langdurig kunnen verblijven onder passende beveiligingsmaatregelen en met forensische expertise. Het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden heeft in de praktijk gesignaleerd welke doelgroep hier behoefte aan heeft, en welke knelpunten zich in deze casussen voordoen. In samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Zorgkantoren is het coördinatiepunt aan het verkennen of het mogelijk is om een pilot te starten binnen een leegstaande zorglocatie of -afdeling. Door middel van deze pilot kan op kleine schaal geëxperimenteerd worden met wat er nodig is om voor de doelgroep een woonvoorziening te creëren. Mocht er met de pilot goede resultaten worden behaald, dan kan de onderzochte methode wellicht worden gebruikt om op andere leegstaande zorglocaties een beveiligde woonvorm op te richten voor langdurig verblijf.

2. Kennisgroepen

De tweede vorm is het samenwerken door middel van een kennisgroep. Binnen de publicatie 'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven' van Kenniscentrum Phrenos wordt een kennisgroep als volgt beschreven: een groep van beleidsmakers, uitvoerders en (familie)ervaringsdeskundigen die samenwerken vanuit verschillende domeinen met als doel de samenhang, kwaliteit en innovatie van zorg te verbeteren voor een bepaalde doelgroep. [1] Samen onderzoeken zij de situatie rondom de zorg voor deze doelgroep in de eigen gemeente, organisatie of regio. Op basis van de in kaart gebrachte situatie stellen zij een concreet actieplan op dat moet zorgen voor verbetering en vernieuwing. Er wordt regelmatig geëvalueerd op het proces en dit actieplan. Een kennisgroep bestaat uit ongeveer acht personen (de 'binnenring') en heeft een netwerk dat kan adviseren indien nodig (de 'buitenring'). Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dus een kennisgroep oprichten om te onderzoeken hoe zij de zorg voor een bepaalde doelgroep kunnen verbeteren, bijvoorbeeld rondom een doelgroep waar zij binnen de regio erg tegenaan lopen. Een voordeel van een kennisgroep is dat er vanuit verschillende perspectieven naar de problematiek kan worden gekeken (multilevel), er onderling kennis en expertise wordt uitgewisseld en er op basis van een gedeelde visie en ambitie wordt gewerkt, wat motiverend kan werken. Het verschil met een pilot is dat binnen een kennisgroep partijen zich voor een lange termijn verbinden, voor een pilot is dit vaak een kortere termijn.

Het samenwerkingsmodel geeft professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein handvatten over de randvoorwaarden voor een pilot of kennisgroep.

[1] C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.

*Beveiligde intensieve zorg houdt in: de zorg binnen beveiligde klinieken onder beveiligingsniveau 1 t/m 4, reguliere klinieken met een besloten afdeling, een FPA, FPK, FPC.

Samenwerkingsmodel domeinoverstijgende samenwerking binnen een pilot of kerngroep om de zorg voor personen met complexe problematiek te verbeteren
Domeinen reguliere & forensische zorg, veiligheidsdomein en aanverwante domeinen

Startperspectief

- Gezamenlijke drive om passende zorg te realiseren voor (complexe) doelgroepen binnen de reguliere en forensische zorg
- Uitstroom uit de beveiligde intensieve zorg verbeteren zodat de patiënt sneller de juiste zorg op de juiste plek krijgt

Start samen

Algemene voorwaarden

- Opstellen van een kerngroep, netwerkverband voor pilot - ongeveer 8 personen zijn kartrekker (binnenring), daarnaast een adviserende 'buitenring' van professionals - multilevel: werk met uitvoerders, beleidsmakers, ervaringsdeskundigen
- Regelmatig bijeenkomen en evalueren.
- Eén gezamenlijk actieplan (kan op patiëntniveau) voor alle deelnemers.
- Domeinoverstijgende samenwerking

Moraliteit

- Regelmatig ethische reflectie op samenwerkingen
- Het houden van een moreel beraad bij complexe casuïstiek, complexe beslissingen - gezamenlijke verantwoording - morele onderbouwing

Uitgangspunten

- Gedeelde ambitie en visie
- Duidelijke taak/rolverdeling actieplan
- Heldere communicatie, verwachtingsmanagement - weten wat je aan elkaar hebt - transparante communicatie
- Het patiëntperspectief staat centraal, ervaringsdeskundigen betrekken.

Werk samen

Samenwerkingsproces

- Basis is onderling vertrouwen
- Benutten professionele ruimte en invloed - zie cirkel van invloed Covey
- Inzetten eigen kennis/expertise
- Gedeelde visie op samenwerkingscultuur en kernwaarden hierin
- Maken van duidelijke afspraken onderling (SMART)
- Kwaliteitscyclus - gebruik van onderbouwde modellen als de PDCA-cirkel (zie Kompas*) - evalueren op de kwaliteit van geleverde prestaties

Samenwerkingsstructuur

- Basis van individueel leiderschap
- Flexibiliteit in de structuur, in bijeenkomsten en onderlinge verdeling van rollen en taken - vooraf wél een plan maken voor invulling proces - blijven evalueren op het proces - eventueel een procesregisseur benoemen
- Vanuit iedere partij bereidheid om middelen te investeren

Proces en structuur

- Inschakelen van externe kennis en expertise wanneer daar behoefte aan is - denk aan inzet Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden, Zorg- en Veiligheidshuizen
- Wisselende intensiviteit van samenwerking, op- en afschalen indien nodig
- Waar nodig aansluiten bij bestaande (regionale) overlegvormen voor complexe casuïstiek - Bijvoorbeeld Levensloop-overleg - PGA-overleg - ZVH-overleggen

Evalueer samen

Accountability en resultaten

- Plan gezamenlijke evaluatiemomenten in
 - reflecteer op wat goed en minder goed ging
 - zorg voor onderlinge afstemming en verbinding
 - stel de voorgenomen acties uit het actieplan bij indien nodig
- Blijf gezamenlijk reflecteren en leren, inspireer elkaar
 - deel je kennis, expertise en ervaringen
 - ga binnen een kennisgroep onderlinge commitment aan voor de langere termijn, complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig op te lossen
- Leg verantwoording aan elkaar af en onderbouw genomen beslissingen

Waak samen

Conflicten, spanningen en tegenslag

- Durf elkaar aan te spreken op gedrag indien nodig
- Maak het bespreekbaar als je ergens mee zit
- Blijf bij tegenslag onderlinge verbinding zoeken, kennis en expertise delen
 - besef dat tegenslagen bij het proces kunnen horen en leer hiervan
 - complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig om op te lossen, dit kan een proces zijn van *trial-and-error*
 - blijf gezamenlijk zoeken naar de mogelijkheden, denk out-of-the-box als het proces vastloopt, wat is er nodig voor een doorbraak? Hoe kan het resultaat toch bereikt worden?
- Loop je tegen systeemknelpunten aan (knelpunten die buiten jouw individuele bereik liggen)? Onderzoek gezamenlijk hoe je toch invloed kan uitoefenen op dit knelpunt.
 - onderzoek de individuele en gezamenlijke mogelijkheden, om dit te onderzoeken kan je gebruik maken van de cirkel van invloed van Covey
 - blijf knelpunten agenderen bij de juiste partijen, ook dit is een vorm van invloed uitoefenen
 - loop je tegen een financieel knelpunt aan? Betrek de financiële stakeholder (bijvoorbeeld het regionale Zorgkantoor) bij het proces om de mogelijkheden tot maatwerk te onderzoeken

Toelichting op het model

Op het moment dat een patiënt uitstroomt vanuit de beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg of verblijfszorg, kunnen zich verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten voordoen. Domeinoverstijgende samenwerking is belangrijk om gezamenlijk oplossingsrichtingen voor deze knelpunten te vinden, aangezien deze knelpunten de grenzen van de reguliere en forensische zorg vaak overschrijden.

Dit model geeft professionals inzicht in verschillende stappen van domeinoverstijgende samenwerking en aspecten die hierin belangrijk zijn. Het model kan gebruikt worden in de beginfase van samenwerkingen, wanneer partijen nadenken over hoe zij hun samenwerkingsproces gaan vormgeven. Daarnaast kan het model gedurende de samenwerking worden gebruikt om te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden uit het model wordt voldaan. Zo kunnen partijen proberen een zo goed mogelijke samenwerking te creëren.

Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dit model raadplegen als zij willen samenwerken binnen een *pilot of kennisgroep*. Binnen een multidisciplinaire pilot kunnen partijen bijvoorbeeld samenwerken rondom een complexe casus, met als doel passende zorg te realiseren door het experimenteren met gerichte interventies. Binnen een kennisgroep werken partijen langere tijd samen om de samenhang, innovatie en kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit kunnen zij doen door bijvoorbeeld een bepaalde doelgroep als uitgangspunt te nemen, en te onderzoeken hoe de zorg voor deze doelgroep (in de regio) verbeterd kan worden.

Bronnen

Het model is gebaseerd op de layout van het 'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, Zorg voor afstemming, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022.

De informatie in dit model is afkomstig uit het praktijkonderzoek en de volgende best practises uit het theoretisch kader:

1. Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg, Werkgroep Continuïteit van Zorg 5 juli 2022.
2. C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.*

Concept beroepsproduct (2)

Bestaande uit: blad met achtergrondinformatie (zie concept 1), het samenwerkingsmodel (volledig formaat A4).

Samenwerkingsmodel domeinoverstijgende samenwerking

Doel: de zorg voor personen met complexe problematiek verbeteren door middel van een pilot of kennisgroep

Domeinen reguliere & forensische zorg, veiligheidsdomein en aanverwante domeinen

Startperspectief

- Gezamenlijke drive/ideaalbeeld
- Passende zorg realiseren voor (complexe) doelgroepen, de juiste zorg op de juiste plek bieden

Start samen

Algemene voorwaarden	Moraliteit	Uitgangspunten
<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen van een kerngroep, netwerkverband voor pilot <ul style="list-style-type: none"> - kartrekkers (binnenring), adviserende 'buitenring' - eventueel multilevel: uitvoerders, beleidsmakers, ervaringsdeskundigen - vanuit meerdere domeinen • Regelmatig bijeenkomen en evalueren. • Eén gezamenlijk actieplan 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig ethische reflectie op samenwerkingen • Houden van een moreel beraad bij complexe casuïstiek, complexe beslissingen <ul style="list-style-type: none"> - gezamenlijke verantwoording - morele onderbouwing 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde ambitie en visie • Duidelijke taak/rolverdeling, actieplan • Heldere communicatie, verwachtingsmanagement <ul style="list-style-type: none"> - weten wat je aan elkaar hebt - transparante communicatie • Patiëntperspectief staat centraal

Werk samen

Samenwerkingsproces	Samenwerkingsstructuur	Proces en structuur
<ul style="list-style-type: none"> • Basis is onderling vertrouwen • Benutten professionele ruimte en invloed <ul style="list-style-type: none"> - zie cirkel van invloed Covey • Inzetten eigen kennis/expertise • Gedeelde visie op samenwerkingscultuur en kernwaarden • Maken van duidelijke afspraken onderling (SMART) • Kwaliteitscyclus <ul style="list-style-type: none"> - gebruik van onderbouwde modellen als de PDCA-cirkel - evalueren op de kwaliteit van geleverde prestaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Basis van individueel leiderschap • Flexibiliteit in de structuur, bijeenkomsten en onderlinge verdeling van rollen en taken <ul style="list-style-type: none"> - vooraf wél een plan maken voor invulling proces - blijven evalueren op het proces - eventueel een procesregisseur benoemen • Vanuit iedere partij bereidheid om middelen te investeren • Indien nodig vanuit samenwerkingsovereenkomsten, convenanten 	<ul style="list-style-type: none"> • Inschakelen van externe kennis en expertise wanneer daar behoefte aan is • Wisselende intensiviteit van samenwerking, op- en afschalen indien nodig • Waar nodig aansluiten bij bestaande (regionale) overlegvormen voor complexe casuïstiek

Evalueer samen

Accountability en resultaten

- Plan gezamenlijke evaluatiemomenten in
 - reflecteer op wat goed en minder goed ging
 - zorg voor onderlinge afstemming en verbinding
 - stel de voorgenomen acties uit het actieplan bij indien nodig
- Blijf gezamenlijk reflecteren en leren, inspireer elkaar
 - deel kennis, expertise en ervaringen
 - ga binnen een kennisgroep onderlinge commitment aan voor de langere termijn, complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig op te lossen
- Leg verantwoording aan elkaar af en onderbouw genomen beslissingen

Waak samen

Conflicten, spanningen en tegenslag

- Durf elkaar aan te spreken op gedrag indien nodig
- Maak het bespreekbaar als je ergens mee zit
- Blijf bij tegenslag onderlinge verbinding zoeken, kennis en expertise delen
 - tegenslagen kunnen bij het proces horen, leer hier samen van
 - complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig om op te lossen, dit kan een proces zijn van *trial-and-error*
 - blijf gezamenlijk zoeken naar de mogelijkheden, denk out-of-the-box als het proces vastloopt. Wat is er nodig voor een doorbraak? Hoe kan het resultaat toch bereikt worden?
- Loop je tegen systeemknelpunten aan? Onderzoek gezamenlijk hoe je toch invloed kan uitoefenen op dit knelpunt.
 - onderzoek de individuele en gezamenlijke mogelijkheden, om dit te onderzoeken kan je gebruik maken van de cirkel van invloed van Covey
 - blijf knelpunten agenderen bij de juiste partijen, ook dit is een vorm van invloed uitoefenen
 - loop je tegen een financieel knelpunt aan? Betrek de financiële stakeholder (bijvoorbeeld het regionale Zorgkantoor) bij het proces om de mogelijkheden tot maatwerk te onderzoeken

Toelichting op het model

Op het moment dat een patiënt uitstroomt vanuit de beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg of verblijfszorg, kunnen zich verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten voordoen. Domeinoverstijgende samenwerking is belangrijk om gezamenlijk oplossingsrichtingen voor deze knelpunten te vinden, aangezien deze knelpunten de grenzen van de reguliere en forensische zorg vaak overschrijden.

Dit model geeft professionals inzicht in verschillende stappen van domeinoverstijgende samenwerking en aspecten die hierin belangrijk zijn. Het model kan gebruikt worden in de beginfase van samenwerkingen, wanneer partijen nadenken over hoe zij hun samenwerkingsproces gaan vormgeven. Daarnaast kan het model gedurende de samenwerking worden gebruikt om te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden uit het model wordt voldaan. Zo kunnen partijen proberen een zo goed mogelijke samenwerking te creëren.

Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dit model raadplegen als zij willen samenwerken binnen een *pilot of kennisgroep*. Binnen een multidisciplinaire pilot kunnen partijen bijvoorbeeld samenwerken rondom een complexe casus, met als doel passende zorg te realiseren door het experimenteren met gerichte interventies. Binnen een kennisgroep werken partijen langere tijd samen om de samenhang, innovatie en kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit kunnen zij doen door bijvoorbeeld een bepaalde doelgroep als uitgangspunt te nemen, en te onderzoeken hoe de zorg voor deze doelgroep (in de regio) verbeterd kan worden.

Bronnen

Het model is gebaseerd op de layout van het 'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, Zorg voor afstemming, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022.

De informatie in dit model is afkomstig uit het praktijkonderzoek en de volgende best practices uit het theoretisch kader:

1. Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg, Werkgroep Continuïteit van Zorg 5 juli 2022.
2. C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.*

Definitieve beroepsproduct

Zie volgende pagina, achtergrondblad + samenwerkingsmodel.

Achtergrond van het samenwerkingsmodel

'Domeinoverstijgende samenwerking binnen een pilot of kerngroep om de zorg voor personen met complexe problematiek te verbeteren.'

Het samenwerkingsmodel is ontworpen naar aanleiding van een onderzoek in opdracht van het lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool. Dit onderzoek is uitgevoerd door een student van de master Toegepast Recht en gaat over de knelpunten en mogelijkheden in de uitstroom van beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg en verblijfszorg. [1]

Uit het onderzoek is gebleken dat verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten een rol kunnen spelen op het moment dat de patiënt uitstroomt uit de beveiligde intensieve zorg. Deze knelpunten zijn vaak niet op te delen in slechts één categorie (juridisch/financieel/organisatorisch) en hangen onderling samen. Vaak zijn de knelpunten ook domeinoverschrijdend en spelen ze in zowel de reguliere als forensische zorg een rol, die op het gebied van wetgeving, financiering en organisatie als twee aparte domeinen worden gezien. Professionals zien deze grens ook doordat ze ervaren dat de stap tussen forensische en ambulante zorg regelmatig (te) groot is voor patiënten. Daardoor zijn er patiënten die tussen wal en schip vallen, zoals een deelnemer uit het praktijkonderzoek verwoorde: 'er is geen plek voor hen in de maatschappij, maar ook niet in de zorg'. Voor diverse doelgroepen kan het dan ook lastig zijn om passende vervolgzorg te realiseren.

De uitstroomproblematiek in de beveiligde intensieve zorg is dan ook een domeinoverstijgend en complex probleem. Uit het onderzoek is gebleken dat professionals omgaan met deze complexiteit door de knelpunten die zij signaleren aan te kaarten bij de verantwoordelijke partijen (bijvoorbeeld het ministerie van Justitie en Veiligheid en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en door onderling samen te werken met andere ketenpartners. Samenwerkingen (blijven) aangaan met andere partijen is dan ook vaak genoemd als oplossingsrichting om passende zorg te realiseren binnen het praktijkonderzoek. Wel heerst bij sommige partijen het gevoel dat 'iedereen al doet wat hij kan, maar er systeemfalen zijn die een regio niet kan oplossen,' zoals een deelnemer vanuit een Zorg- en Veiligheidshuis noemde.

Een aanbeveling uit het onderzoek is professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein, domeinoverstijgende samenwerkingen aan te laten gaan in groepsverband. Dit in de vorm van een pilot of kennisgroep. Omdat de knelpunten complex en domeinoverstijgend zijn is het noodzakelijk om ook domeinoverstijgend samen te werken. Door samen te werken in groepsverband kunnen stakeholders (organisaties maar ook ervaringsdeskundigen) hun kennis en expertise met elkaar uitwisselen, en de verantwoordelijkheid voor complexe casuïstiek en vraagstukken delen. Gezamenlijk zullen ze de knelpunten waarschijnlijk niet geheel kunnen oplossen vanwege hun complexiteit, maar kunnen ze wel bijdragen aan het opstellen van deel- en tussenoplossingen die de situaties van patiënten verbeteren: het patiëntperspectief staat centraal.

Voor het domeinoverstijgende samenwerken worden de volgende twee samenwerkingsvormen geadviseerd:

1. Pilots

De eerste vorm is het samenwerken door middel van een pilot. Door een pilot te starten kunnen partijen multidisciplinair samenwerken rondom een concrete casus of een complex knelpunt dat zij ervaren. Door het inzetten van gerichte interventies kunnen zij experimenteren met wat werkt en minder goed werkt in de casus of rondom het knelpunt. Vervolgens kan onderzocht worden of de methode van de pilot breder ingezet kan worden.

Voorbeeld: er is behoefte aan een beveiligde woonvoorziening waar patiënten langdurig kunnen verblijven onder passende beveiligingsmaatregelen en met forensische expertise. Het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden heeft in de praktijk gesignaleerd welke doelgroep hier behoefte aan heeft, en welke knelpunten zich in deze casussen voordoen. In samenwerking met het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Zorgkantoren is het coördinatiepunt aan het verkennen of het mogelijk is om een pilot te starten binnen een leegstaande zorglocatie of -afdeling. Door middel van deze pilot kan op kleine schaal geëxperimenteerd worden met wat er nodig is om voor de doelgroep een woonvoorziening te creëren. Mocht er met de pilot goede resultaten worden behaald, dan kan de onderzochte methode wellicht worden gebruikt om op andere leegstaande zorglocaties een beveiligde woonvorm op te richten voor langdurig verblijf.

2. Kennisgroepen

De tweede vorm is het samenwerken door middel van een kennisgroep. Binnen de publicatie 'Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven' van Kenniscentrum Phrenos wordt een kennisgroep als volgt beschreven: een groep van beleidsmakers, uitvoerders en (familie)ervaringsdeskundigen die samenwerken vanuit verschillende domeinen met als doel de samenhang, kwaliteit en innovatie van zorg te verbeteren voor een bepaalde doelgroep. [2] Samen onderzoeken zij de situatie rondom de zorg voor deze doelgroep in de eigen gemeente, organisatie of regio. Op basis van de in kaart gebrachte situatie stellen zij een concreet actieplan op dat moet zorgen voor verbetering en vernieuwing. Er wordt regelmatig geëvalueerd op het proces en dit actieplan. Een kennisgroep bestaat uit ongeveer acht personen (de 'binnenring') en heeft een netwerk dat kan adviseren indien nodig (de 'buitenring'). Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dus een kennisgroep oprichten om te onderzoeken hoe zij de zorg voor een bepaalde doelgroep kunnen verbeteren, bijvoorbeeld rondom een doelgroep waar zij binnen de regio erg tegenaan lopen. Een voordeel van een kennisgroep is dat er vanuit verschillende perspectieven naar de problematiek kan worden gekeken (multilevel), er onderling kennis en expertise wordt uitgewisseld en er op basis van een gedeelde visie en ambitie wordt gewerkt, wat motiverend kan werken. Het verschil met een pilot is dat binnen een kennisgroep partijen zich voor een lange termijn verbinden, voor een pilot is dit vaak een kortere termijn.

Het samenwerkingsmodel geeft professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein handvatten over de randvoorwaarden voor een pilot of kennisgroep.

[1] Beveiligde intensieve zorg houdt in: de zorg binnen beveiligde klinieken onder beveiligingsniveau 1 t/m 4, reguliere klinieken met een besloten afdeling, een FPA, FPK, FPC.

[2] C. Kuiper & J. De Nijs, Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven, Kenniscentrum Phrenos 2022.

Samenwerkingsmodel domeinoverstijgende samenwerking

Doel: de zorg voor personen met complexe problematiek verbeteren door middel van een pilot of kennisgroep

Domeinen reguliere & forensische zorg, veiligheidsdomein en aanverwante domeinen

Startperspectief

- Gezamenlijke drive/ideaalbeeld
- Passende zorg realiseren voor (complexe) doelgroepen, de juiste zorg op de juiste plek bieden

Start samen

Algemene voorwaarden	Moraliteit	Uitgangspunten
<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen van een kerngroep, netwerkverband voor pilot: <ul style="list-style-type: none"> - kartrekkers (binnenring), adviserende 'buitenring' - eventueel multilevel: uitvoerders, beleidsmakers, ervaringsdeskundigen - vanuit meerdere domeinen • Regelmatig bijeenkomen en evalueren. • Eén gezamenlijk actieplan (projectplan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmatig ethische reflectie op samenwerkingen • Houden van een moreel beraad bij complexe casuïstiek, complexe beslissingen <ul style="list-style-type: none"> - gezamenlijke verantwoording - morele onderbouwing • Toestemming van de cliënt, afspraken over privacy 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedeelde ambitie en visie • Duidelijke taak/rolverdeling in actieplan • Opstellen van een 'back-upplan', nadenken over vangnetconstructies als plan niet werkt • Heldere communicatie, verwachtingsmanagement <ul style="list-style-type: none"> - weten wat je aan elkaar hebt - transparante communicatie • Patiëntperspectief staat centraal

Werk samen

Samenwerkingsproces	Samenwerkingsstructuur	Proces en structuur
<ul style="list-style-type: none"> • Basis is onderling vertrouwen • Benutten professionele ruimte en invloed <ul style="list-style-type: none"> - zie cirkel van invloed Covey • Inzetten eigen kennis/expertise • Gedeelde visie op samenwerkingscultuur en kernwaarden • Maken van duidelijke afspraken onderling (SMART) • Kwaliteitscyclus <ul style="list-style-type: none"> - gebruik van onderbouwde modellen als de PDCA-cirkel - evalueren op de kwaliteit van geleverde prestaties 	<ul style="list-style-type: none"> • Basis van individueel eigenaarschap • Flexibiliteit in de structuur, bijeenkomsten en onderlinge verdeling van rollen en taken <ul style="list-style-type: none"> - vooraf wél een plan maken voor invulling proces - blijven evalueren op het proces - eventueel een procesregisseur benoemen • Vanuit iedere partij bereidheid om middelen te investeren • Indien nodig vanuit samenwerkingsovereenkomsten, convenanten 	<ul style="list-style-type: none"> • Inschakelen van externe kennis en expertise wanneer daar behoefte aan is • Wisselende intensiviteit van samenwerking, op- en afschalen indien nodig • Waar nodig aansluiten bij bestaande (regionale) overlegvormen voor complexe casuïstiek

Accountability en resultaten

Evalueer samen

- Plan gezamenlijke evaluatiemomenten in: Plan Do Check Act (PDCA-cirkel)
 - reflecteer op wat goed en minder goed ging
 - zorg voor onderlinge afstemming en verbinding
 - stel de voorgenomen acties uit het actieplan bij indien nodig
- Blijf gezamenlijk reflecteren en leren, inspireer elkaar
 - deel kennis, expertise en ervaringen
 - ga binnen een kennisgroep onderlinge commitment aan voor de langere termijn, complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig op te lossen
- Leg verantwoording aan elkaar af en onderbouw genomen beslissingen



Conflicten, spanningen en tegenslag

Waak samen

- Gedrag is een groot begrip. Durf elkaar aan te spreken indien nodig.
- Maak het bespreekbaar als je ergens mee zit
- Blijf bij tegenslag onderlinge verbinding zoeken, kennis en expertise delen
 - tegenslagen kunnen bij het proces horen, leer hier samen van
 - complexe praktijkvraagstukken zijn niet eenvoudig om op te lossen, dit kan een proces zijn van *trial-and-error*
 - blijf gezamenlijk zoeken naar de mogelijkheden, denk out-of-the-box als het proces vastloopt. Wat is er nodig voor een doorbraak? Hoe kan het resultaat toch bereikt worden?
- Loop je tegen (systeem)knelpunten aan? Onderzoek gezamenlijk hoe je toch invloed kan uitoefenen op dit knelpunt.
 - onderzoek de individuele en gezamenlijke mogelijkheden, om dit te onderzoeken kan je gebruik maken van de cirkel van invloed van Covey
 - blijf knelpunten agenderen bij de juiste partijen, ook dit is een vorm van invloed uitoefenen
 - loop je tegen een financieel knelpunt aan? Betrek de financiële stakeholder (bijvoorbeeld het regionale Zorgkantoor) bij het proces om de mogelijkheden tot maatwerk te onderzoeken

Toelichting op het model

Op het moment dat een patiënt uitstroomt vanuit de beveiligde intensieve zorg naar ambulante zorg of verblijfszorg, kunnen zich verschillende juridische, financiële en organisatorische knelpunten voordoen. Domeinoverstijgende samenwerking is belangrijk om gezamenlijk oplossingsrichtingen voor deze knelpunten te vinden, aangezien deze knelpunten de grenzen van de reguliere en forensische zorg vaak overschrijden.

Dit model geeft professionals inzicht in verschillende stappen van domeinoverstijgende samenwerking en aspecten die hierin belangrijk zijn. Het model kan gebruikt worden in de beginfase van samenwerkingen, wanneer partijen nadenken over hoe zij hun samenwerkingsproces gaan vormgeven. Daarnaast kan het model gedurende de samenwerking worden gebruikt om te evalueren of er nog aan de randvoorwaarden uit het model wordt voldaan. Zo kunnen partijen proberen een zo goed mogelijke samenwerking te creëren.

Professionals uit het zorg- en veiligheidsdomein kunnen dit model raadplegen als zij willen samenwerken binnen een *pilot of kennisgroep*. Binnen een multidisciplinaire pilot kunnen partijen bijvoorbeeld samenwerken rondom een complexe casus, met als doel passende zorg te realiseren door het experimenteren met gerichte interventies. Binnen een kennisgroep werken partijen langere tijd samen om de samenhang, innovatie en kwaliteit van zorg te verbeteren. Dit kunnen zij doen door bijvoorbeeld een bepaalde doelgroep als uitgangspunt te nemen, en te onderzoeken hoe de zorg voor deze doelgroep (in de regio) verbeterd kan worden.

Bronnen

Het model is gebaseerd op de layout van het 'Samenwerkingsmodel voor zorg- en hulpverleners aan mensen met een ernstige psychische aandoening' uit: P. Peeters & K. Westen, *Zorg voor afstemming*, Amsterdam: Uitgeverij SWP BV 2022.

De informatie in dit model is afkomstig uit het praktijkonderzoek en de volgende best practices uit het theoretisch kader:

1. Ketenveldnorm levensloopfunctie & beveiligde intensieve zorg, Werkgroep Continuïteit van Zorg 5 juli 2022.

2. C. Kuiper & J. De Nijs, *Kompas ernstige psychische problemen en kwaliteit van leven*, Kenniscentrum Phrenos 2022.*

Bijlage 8: Verwerking van feedback tijdens de testfase

In deze bijlage wordt toegelicht waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt in het wel/niet verwerken van feedback tijdens de testfase.

Naar aanleiding van de feedback van professionals zijn voornamelijk tekstuele aanpassingen gedaan. Zo is de tekst ingekort en zijn verschillende dingen als randvoorwaarde weggehaald of toegevoegd, zoals: het 8-persoons criterium (weggehaald), projectplan en back-upplan (toegevoegd). Er is gekozen om bepaalde overige feedback niet toe te passen in het samenwerkingsmodel. De reden hiervoor is, zoals het testpanellid van RIBW K/AM het verwoordde: *‘Een model is en moet een model blijven, dit betekent in mijn ogen dat er een zekere mate van ‘vaagheid’ blijft/zal blijven. Hiermee bedoel ik dat een model niet alles tot in de uiterste details hoeft te regelen.’* Zo blijft het model bruikbaar in verschillende contexten en leesbaar (gezien de hoeveelheid tekst). Het is aan de partijen die een domeinoverstijgende samenwerking aangaan hoe zij in de praktijk op detailniveau invulling willen geven aan de randvoorwaarden in het model: als deze maar terugkomen in de samenwerking. Dit zal namelijk per samenwerking verschillen: welke partij bijvoorbeeld een voorzitter/procesregisseursrol moet nemen, wie er wel/niet zouden moeten aansluiten, hoe het gezamenlijke plan eruit moet zijn en wat een back-upplan/vangnetconstructie moet zijn mocht de samenwerking vastlopen. Juist over de beschrijving van taken en rollen, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en voorzitterschap wil een aantal professionals meer informatie krijgen. Er wordt benoemd dat om de samenwerking te laten slagen, de ‘voorkant’ van een samenwerking goed geregeld moet zijn, zodat je op de momenten waarop een samenwerking minder goed loopt kan terugvallen op de eerder gemaakte afspraken. Omdat onderwerpen als rolverdeling, verantwoordelijkheid, evalueren en afspraken maken erg belangrijk zijn, zijn ze in elk geval als randvoorwaarde opgenomen in het model.

Ik begrijp de behoefte om concretere informatie te krijgen over deze onderwerpen, rondom een bepaald vraagstuk bijvoorbeeld. Zo gaf een professional vanuit een Zorg- en Veiligheidshuis aan dat zij behoefte heeft aan een soort handleiding met werkwijze. Voor een deel van het testpanel is het beroepsproduct dus nog niet concreet genoeg. De kracht van een model is dat het een gecompliceerde werkelijkheid op een gestructureerde wijze kan vereenvoudigen, en communiceerbaar maakt. Mijn doel met het model is dan ook om de complexiteit in het werkveld te benoemen (bijvoorbeeld in het blad met achtergrondinformatie, het kopje ‘waak samen’) en weer te geven wat de basis (randvoorwaarden) zijn voor het omgaan met deze complexiteit door domeinoverstijgend samen te werken. Een nadeel van een model is dat het geen informatie op een concreet en gedetailleerd niveau aanbiedt. Partijen zullen hier zelf hun draai aan moeten geven en hierover in gesprek moeten gaan. Het aangaan van dit gesprek is al een belangrijk doel van het model. Wel zou ik als ik meer tijd had om het samenwerkingsmodel te testen, het model binnen één of meerdere contexten willen uittesten: bijvoorbeeld rondom een complexe casus of in een voorgenomen samenwerking. Dit om te testen of er bepaalde randvoorwaarden in het model gewijzigd moeten worden, en om een werkwijze op te stellen met hierin een beschrijving van het gehele samenwerkingsproces en voorwaarden. Deze werkwijze zal waarschijnlijk in een beperkt aantal vergelijkbare situaties kunnen worden toegepast, omdat iedere samenwerking anders is. Echter zou deze werkwijze als voorbeeld kunnen dienen voor hoe een domeinoverstijgende samenwerking concreet zou kunnen worden uitgevoerd. Daardoor zou een deel van de professionals meer handvatten krijgen om het model in de praktijk in te zetten. Mogelijk zouden partijen binnen de toekomstige kenniswerkplaats ‘Onbegrepen gedrag’ het model kunnen testen en kan daarna een voorbeeld-werkwijze opgesteld worden.

Daarnaast ben ik ook van een aantal overige feedbackpunten afgeweken. Ik kreeg van veel professionals terug dat het wenselijk is dat de tekst wordt ingekort. Ik heb de tekst in het model voor zover mogelijk ingekort, maar omdat het belangrijk is dat de essentie van de tekst goed wordt weergegeven heb ik hier niet veel in kunnen schrappen. De tekst staat namelijk al in korte zinnen en onder bullet-points geschreven. Het samenvatten van het model op één A4'tje zoals aanbevolen, is daarom niet haalbaar gebleken. In het blad met achtergrondinformatie over het model staat nog wel veel tekst. Het idee van dit blad is echter dat de mensen die geïnteresseerd zijn in het onderzoek en de oprichting van het model, hier meer over kunnen lezen. Voor het gebruik van het model is het lezen van dit blad niet noodzakelijk, de belangrijkste informatie uit het blad staat namelijk ook in het grijze blokje met de titel ‘toelichting op het model’. Ook werd door twee professionals het werken met pictogrammen en blokken tekst met kleurverloop aangeraden (bijvoorbeeld stap 1 een donkere kleur blauw, stap 2 een lichtere tint blauw). Aan deze feedback is niet geheel voldaan omdat is gebleken dat dit de lay-out van het model rommelig en onrustig maakt. Door te werken met kleurverloop werd de opmaak juist drukker in plaats van overzichtelijker, in plaats van de 2-3 basiskleuren (blauw, aquagroen, grijs op de tweede pagina) bevatte het model 7-8 kleuren. Dit leidt af

van de tekst, omdat het model al redelijk veel tekst bevat is er gekozen voor een zo rustig mogelijke en toch frisse opmaak door het gebruik van heldere kleuren uit dezelfde kleurfamilie. Het model bevat daarnaast geen pictogrammen omdat er geen pictogrammen zijn gevonden die de essentie van een of meerdere zinnen op dezelfde manier kunnen uitbeelden als de tekst zelf. Daarnaast is hiervoor gekozen omdat het invoegen van afbeeldingen het model nog groter zouden maken, wat de leesbaarheid en overzichtelijkheid vermindert. Wél is op verzoek de PDCA-cirkel bij de stap ‘evalueer samen’ benadrukt door deze methode te benoemen en een afbeelding met een cirkel met pijlen toe te voegen (zie definitieve beroepsproduct).

Tot slot is ervoor gekozen de Wams niet als randvoorwaarde of in de toelichting van het model op te nemen. Hiervoor is gekozen omdat de Wams een toekomstige ontwikkeling is, en er vanuit de media, rijksoverheid en organisaties al redelijk veel aandacht is voor deze wet.¹⁶⁸ Het doel van het opnemen van de Wams in het model zou het informeren van stakeholders over de Wams en haar verwachte invloed zijn. Het model wordt hiervoor niet als een geschikte plaats geacht. Ook omdat de Wams specifiek de regierol van de gemeenten belicht, en het samenwerkingsmodel niet uitgaat van de regievoering door één specifieke partij. Hierover moeten partijen zelf afspraken maken.

¹⁶⁸ Denk aan de informatie hierover op de site van de Rijksoverheid, nieuwsberichten, webinars die worden georganiseerd (zie bijvoorbeeld ‘Agenda: Webinar implementatie-ondersteuning Wams’, vng.nl).

Bijlage 9: Achtergrondinformatie HagaZiekenhuis

In deze bijlage wordt nader toegelicht op welke wijze het HagaZiekenhuis vervolgzorg in gang zet, en welke knelpunten zij in dit proces kunnen ervaren. Het doel van deze bijlage is om de lezer achtergrondinformatie te geven over de context van de ziekenhuiszorg zoals genoemd in paragraaf 5.3.

Hoe het HagaZiekenhuis vervolgzorg in gang zet

De eerste stap voor het ingang zetten van vervolgzorg is het aanbieden van het digitale patiëntendossier aan de beoogde zorgaanbieder via een zorgcommunicatieplatform (zorgdomein). In het dossier staat het ziekenhuisbeloop beschreven en de indicatie voor de zorg die de patiënt nodig heeft, bijvoorbeeld permanent verblijf, een herstelplek, revalidatie of thuiszorg. Via het zorgcommunicatieplatform kan het transferpunt chatten met de zorgaanbieder, vragen kunnen via dit platform of telefonisch worden gesteld.

Indien de patiënt GGZ-problematiek heeft wordt hij aangemeld bij GGZ-aanbieder Parnassia. Soms is de patiënt hier al bekend, maar soms kan het ook om een revalidatie gaan. In dat geval bevat de aanmelding een begeleidende brief van een psycholoog. Iedere week heeft Parnassia een moment waarop nieuwe zorgaanvragen besproken worden, er wordt dan gekeken of binnen Parnassia passende zorg kan worden geboden. Kan de patiënt hier niet geplaatst worden dan moet de patiënt worden aangemeld bij een regulier verpleeg- of verzorgingshuis of de thuiszorg (VVT).

Knelpunten in het uitstroomproces na een ziekenhuisopname

Ook binnen de ziekenhuiszorg kunnen knelpunten zich voordoen op het moment dat de patiënt de ziekenhuisopname heeft doorlopen en moet uitstromen naar vervolgzorg. Dit komt bijvoorbeeld voor als de patiënt een specifieke zorgvraag heeft die een verzorgingshuis of verpleeghuis niet kan bieden, waardoor een patiënt daar lastig te plaatsen is. Daarnaast kan het voorkomen dat een patiënt zorg in een verpleeghuis of verzorgingshuis nodig heeft, maar daar niet wordt toegelaten vanwege een alcohol of drugsprobleem (recent of in het verleden). Dit kan ook gelden voor patiënten met psychische problematiek. Zo kan er binnen Parnassia weinig plek zijn en weinig mogelijkheden om te revalideren, bij de verpleeg- en verzorgingshuizen kunnen die er wel zijn maar zij willen 'vaak haar handen ook niet branden aan een psychiatrische patiënt'. Als de patiënt wel binnen de VVT geplaatst kan worden kan het voorkomen dat er een regeling wordt getroffen dat een psychiater/psycholoog ambulante begeleiding biedt. Binnen de VVT wordt dit echter niet als oplossing gezien, omdat zij de overige zorg moeten bieden en de patiënten soms als problematische beschouwen. Specifiek kunnen zich in de uitstroom richting de thuiszorg ook diverse knelpunten voordoen. Uitstroom richting de thuiszorg kan bijvoorbeeld belemmerd worden als de patiënt een vervuild huis heeft (bijvoorbeeld vanwege psychische problemen) of een agressieve/bedreigende houding richting de thuiszorg heeft. Organisaties zijn dan terughoudender in het aannemen van de zorgvraag.

Zoeken naar oplossingsrichtingen

Om de twee weken hebben de medewerkers van het transferpunt van het HagaZiekenhuis een overleg met de verschillende VVT's in Den Haag en omstreken. Tijdens dit overleg worden knelpunten besproken en wordt er naar oplossingen gezocht. Vanuit het ziekenhuis maar ook vanuit de VVT's. Een ander overleg dat regelmatig wordt georganiseerd is het 'langliggers overleg', hier nemen verschillende VVT's en ziekenhuizen aan deel vanuit verschillende expertisen (teamsleiders, unit-hoofden, transferverpleegkundigen etc.). Tijdens dit overleg worden er patiënten besproken die zeer lastig uit te plaatsen zijn vanuit het ziekenhuis, en die hier verblijven wachtend op vervolgzorg. Het doel van het overleg is het zoeken naar passende oplossingen.