



verslag

Marktconsultatie Forensische Zorg 2020

Omschrijving:	Marktconsultatie Forensische Zorg 2020
Vergaderdatum en -tijd:	25 juni 2019, 10.00-14.00 uur
Vergaderplaats:	Meetup Jaarbeurs Utrecht
Aanwezig:	Nanne Buikema (DJI) Gerda van Laar (DJI) Jelle Idenburg (DJI) Edgar Smit (DJI) Zorgaanbieders forensische zorg Deborah de Rooij (notulist Money Penny)

Nanne Buikema heet iedereen van harte welkom. Er zijn zorgaanbieders forensische zorg en tien medewerkers van het DJI hoofdkantoor aanwezig.

Actualiteit forensische zorg

Door Jelle Idenburg, hoofd van de afdeling Zorginkoop en Kwaliteit bij DJI.

Er wordt kort stil gestaan bij de actualiteit. De forensische zorg ligt momenteel onder een vergrootglas. Morgen vindt er een Kamerdebat plaats, waarbij minister Dekker zich moet verdedigen over hoe het er in de forensische zorg aan toegaat. Het begon met het incident rondom Michael P. Er zijn twee rapporten verschenen, een gezamenlijk rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en een rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid. Deze heeft stevige conclusies getrokken over hoe het eraan toegaat in de forensische zorg. De belangrijkste conclusie is dat de balans tussen veiligheid en zorg niet meer in evenwicht is.

Daarnaast is er een rapport verschenen over Beschermd Wonen. Belangrijk voor DJI, want een aanzienlijk aantal contracten levert Beschermd Wonen, het gaat om 1700 bedden. En het raakt het gemeentelijk domein.

Rapporten Michael P.

Er werd al snel de conclusie getrokken dat Michael P. TBS had moeten krijgen. Vóór die rapporten was er al beleid van de minister om het systeem zo in te richten dat mensen, die TBS zouden moeten krijgen, dat ook krijgen. Het niet meewerken aan een onderzoek bij het Pieter Baan Centrum leidt er soms toe dat er geen rapport ligt waardoor rechters de conclusie trekken dat er geen bewijs is dat er sprake was van een stoornis tijdens het delict. Er zijn maatregelen bedacht, waaronder het delen van oude informatie over het GGZ verleden van

25 juni 2019

patiënten en het betrekken van deze informatie bij de rapportage voor de rechter. Door de huidige maatschappelijke discussie leggen rechters nu al vaker TBS op. Ook één van de conclusies uit de rapporten is beter zicht hebben op risico's. De risico's werden niet in alle gevallen goed in kaart gebracht. Bij patiënten die langer in de zorg zitten, verdwijnt het risico soms langzaam uit beeld. Een actuele risicotaxatie is onontbeerlijk voor een goed forensisch zorgtraject. Niet alleen in het begin, maar dit moet minimaal eenmaal per jaar worden afgenomen om de risico's scherp te houden. In de behandeltrajecten moet er kennis zijn van het delict. Delictanalyse, een methodiek om in kaart te brengen welk gedrag en omstandigheden bepalend zijn voor iemands delictgedrag, is in ontwikkeling. Deze twee zaken worden ook in het komende inkooptraject aangescherpt. Dit onderscheidt de forensische zorg van andere onderdelen van zorg. Alle procedures rondom het toekennen van verlop en uitplaatsen van patiënten vanuit een detentie omgeving naar een zorginstelling zijn aangescherpt. In het verleden werd bijvoorbeeld een artikel 15.5 plaatsing, die eigenlijk is bedoeld voor klinische behandeling zonder verlop, ook gebruikt voor verlop. Er is nu strikt onderscheid tussen artikel 15.5 en artikel 43.3 (wel verlop mogelijk). De consequentie hiervan is dat het langer duurt en dat het moeilijker wordt om gedetineerden door te plaatsen naar de forensische zorg. De informatieoverdracht.; veel patiënten zitten gedurende hun zorgtraject bij meerdere zorgaanbieders. Tijdens die schakelmomenten gaat er informatie verloren of informatie wordt niet gedeeld. Hier zit een principiële en een juridische discussie onder. Met de inwerkingtreding van de Wet Forensische Zorg en het onlangs genomen Besluit Forensische zorg zijn zaken op dit terrein beter geregeld. Iemand kan niet worden doorgeplaatst als de informatie niet meegaat. Hiervoor zijn nog stappen te zetten, bijvoorbeeld met branche partijen en juristen op het departement. Als je een diagnose mist of een risicotaxatie niet meekrijgt, dan kun je als aanbieder de risico's niet goed inschatten. In de samenwerking met gemeenten zien we dat gemeenten er verschillend mee omgaan. Het gaat om onze inwoners, maar het moet wel veilig gebeuren. Dat maakt het soms voor aanbieders lastig om een nieuwe voorziening te openen of om een complexere doelgroep op te nemen. Gemeenten moeten goed worden geïnformeerd over wat je doet en hoe je het doet. Bijvoorbeeld een automatische melding bij de gemeente over bepaalde ernstige justitielabelen.

Rapport Beschermd wonen (BW)

Er is een groei in het aantal bedden bij Beschermd Wonen. Dat voorziet in een behoefte en het raakt direct het lokaal domein. Gemeenten worden een steeds belangrijker ketenpartner. Sommige aanbieders nemen de patiënt, als de financiering vanuit de gemeente na afloop van de titel niet goed is geborgd, aan de voorkant liever niet op. Dat vindt DJI een zorgwekkende ontwikkeling. Aanbieders worden opgeroepen om van tevoren hierover in overleg te treden met gemeenten.

Er spelen ook praktische problemen. Door het woningtekort moeten mensen langer binnen BW blijven. De complexiteit van de doelgroep neemt toe. Het zijn vaker patiënten met zowel een psychiatrische stoornis als een verslaving en soms ook een VG probleem. Dat vraagt meer van aanbieders.

Vraag: iemand van een regionale instelling BW ziet dat het objectieve verdeelmodel druk legt op het gesprek met gemeenten over hoe je aan de voor- of achterkant de ketenzorg goed kunt indekken. In de regio Nijmegen wordt bezuinigd op BW. Dat levert extra druk op.

Antwoord: Jelle Idenburg herkent dit. DJI is betrokken bij landelijke programma's, via de VNG proberen ze invloed uit te oefenen. Het gaat om een landelijke inkoop organisatie, decentraal georganiseerd. Gemeenten hebben er geen baat bij dat mensen uiteindelijk voor overlast zorgen. Risicotaxatie, daar zitten BW voorzieningen vaak verschillend in. Personeel wil het delict van iemand niet weten. Dat is begrijpelijk, maar voor de doelgroep is het van belang dat je weet waarom iemand daar zit, om te weten welke risico's er zijn

en hoe je de risico's herkent. Er vindt ook informatieoverdracht plaats van reclassering naar BW. De risicotaxatie wordt gedeeld ende BW-instelling stelt een plan op hoe de patiënt wordt begeleid. Er moet nog een professionaliseringslag worden gemaakt. Als het misgaat, moet iemand weer klinisch kunnen worden opgenomen. Dat is een back-up, waardoor de drempel lager wordt om mensen in BW op te nemen.

**Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen**
Divisie

25 juni 2019

Open house procedure Inkoop 2020

Door Edgar Smit, aanbestedingsadviseur DJI.

De procedure voor 2020 wordt een open house procedure, dat is anders dan de reguliere inkoopprocedure in 2018. Het verschil is juridisch. Een open house procedure is geen aanbestedingsprocedure, het valt niet onder de Aanbestedingswet. In twee recente arresten heeft het Europese Hof van Justitie geoordeeld in de inkoopprocedure waarbij iedereen die aan de minimum voorwaarden voldoet een contract krijgt, niet onder de aanbestedingsrichtlijnen valt. Dat is anders dan bij een reguliere procedure waarbij je gaat gunnen. Wel gelden de fundamentele beginselen van het aanbestedingsrecht. De algemene beginselen van behoorlijk bestuur zijn van toepassing. Deze procedure wordt vaak gebruikt door gemeenten bij inkoop.

Praktisch betekent het een andere terminologie en geen prijsdifferentiatie. Een vergelijking van aanbieders is niet toegestaan. De stappen zijn nagenoeg gelijk aan de inkoop van 2018.

Voor wat betreft prijsdifferentiatie is men nog op zoek naar een andere manier om extra kwaliteit danwel het implementeren van KFZ producten te belonen, zoals in het eerste jaar van de huidige contractperiode. Dat zal mogelijk in de vorm van een bonus zijn in plaats van een variatie in het tarief.

Vraag: Is bij deze open house procedure sprake van een open periode van toetreding?

Antwoord: Nee, er is geen tussentijdse toetreding mogelijk, geen nieuwe aanbieders en geen nieuwe producten. In het begin van de contractperiode wordt bepaald welke zorg wordt geleverd.

Inkoopbeleid en -procedure

Door Nanne Buikema, adviseur Zorginkoop DJI.

De verlengingsopties van de huidige overeenkomst worden niet gelicht. Drijfveren hiervoor zijn het te verwachten nieuwe bekostigingsmodel en het introduceren van nieuw kwaliteitsbeleid. Dit is in een ver gevorderd stadium. Er is nog extra input gekomen door de uitgebrachte rapporten.

- Meer afstemmen met de lokale partners, dit komt terug in het programma van eisen.
- Nieuw plaatsingsbeleid wordt dit jaar vastgesteld en gepubliceerd.
- Nieuw handboek forensische zorg, gebaseerd op Wet Forensische Zorg en Besluit Forensische Zorg.
- Nieuw kwaliteitsbeleid.
 - Twee bouwstenen voor kwaliteit zijn continuïteit van zorg en risicomangement, er wordt met name ingezet op risicomangement. Er wordt de komende jaren een groeimodel ontwikkeld.
 - Een extra kwaliteitseis in het programma van eisen is de risicotaxatie, geënt op het voeren van risicomangement, het uitvoeren van analyses en het inzetten in de behandeling.
 - Er zijn veranderingen doorgevoerd in de set met prestatie indicatoren. Er wordt gewerkt met een afgeslankte set met meer keuze voor verschillende risicotaxatie instrumenten.
 - Contractmanagement. Minimaal eenmaal per jaar wordt een contractmanagement gesprek gehouden over het wel of niet

behalen van prestatie indicatoren. In dit gesprek komen ook personele aangelegenheden, balans tussen zorg en veiligheid en vrij in te brengen onderwerpen door de zorgaanbieder aan de orde.

**Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen**
Divisie

25 juni 2019

De planning van de inkoopprocedure is gedeeld via de nieuwsflits en staat op de website. Het moment van publicatie en indiening is naar achteren geplaatst. De planning kan nog wijzigen, al is deze al strak gepland in verband met de NZa tarieven, die 1 augustus worden verwacht. Na publicatie van de stukken komt er geen informatiebijeenkomst. Vragen kunnen schriftelijk gesteld via de Nota van Inlichtingen.

De planning wordt doorgenomen (zie sheets).

Er wordt gestopt met FORZA en gestart met CTM, een inkoop- en aanbestedingstool. De open house procedure wordt nu ingericht, zoals het prijzenblad, in te vullen door de zorgaanbieders. Het ziet er anders uit dan voorheen, maar de werkwijze is nog hetzelfde. Producten die worden geleverd, moeten worden aangevinkt.

Vraag: Gaat FORZA in zijn geheel uit de lucht of betreft het alleen de inkoopprocedure? Hoe lang kunnen mensen hun gegevens nog inzien?

Antwoord: Tot en met september 2020 blijft FORZA nog open. De eindverantwoording 2019 wordt nog in FORZA gedaan. De nieuwe tussentijdse verantwoordingen worden in CTM gedaan.

De helpdesk kan worden benaderd voor *technische* vragen, bijvoorbeeld account aanmaken of inloggen, niet voor *inkoop technische* vragen.

Er zijn vragenlijsten uitgedeeld. De vragenlijst is uitgebreider dan de digitale marktconsultatie. Het verzoek aan de deelnemers is om deze vandaag in te vullen. De vragenlijst kan ook worden gemaïld naar: inkoopforensischezorg@dji.minjus.nl.

Vraag: Gaat de verantwoording voortaan ook via CTM?

Antwoord: CTM is het inkoopportaal. Er wordt nog gezocht naar een oplossing voor de verantwoording. Zodra de oplossing er is, wordt deze gecommuniceerd.

De online marktconsultatie is via de nieuwsflits uitgezet. De vragen worden hier behandeld en opvallende zaken worden eruit gelicht.

Vraag 1 - Bent u reeds gecontracteerde zorgaanbieder voor de Forensische Zorg?

97% heeft geantwoord met 'ja'. Nieuwe zorgaanbieders worden verwezen naar de nieuwsflits om geïnformeerd te worden over de inkoopprocedure.

Vraag 2 – Hoe lang levert u forensische zorg?

Er is veel ervaring in de forensische zorg. 45% werkt al langer dan 10 jaar in de forensische zorg.

Vraag 3 – Welke vorm van zorg betreft dit?

Geen opvallende cijfers. Het zegt niets over aantallen plaatsingen, aantallen gerealiseerde plaatsen of het geld wat erin omgaat. In het toetredingsdocument (de oude aanbestedingsleidraad), die in september wordt gepubliceerd, staat uitgebreide informatie over wat de afgelopen jaren is gerealiseerd, in aantallen en geld.

Vraag: Wat is het verschil tussen TBS en klinische zorg?

Antwoord: Voor TBS FPK is er een aparte overeenkomst met andere dagprijzen.

Vraag 4 – Wat zijn uw ervaringen met de huidige contractperiode van forensische zorg?

Geen 1 gescoord, veel 4 en 5 en ook 2 of 3. *Er wordt gevraagd om een toelichting van iemand die 2 of 3 heeft gescoord. Wat gaat er dan mis?*

Jammer dat het contract niet werd verlengd.

Het is begrijpelijk dat dit een administratieve last met zich meebrengt. Er moest een vroegtijdig besluit worden genomen in verband met de KFZ calls, er moest een start worden gemaakt met het nieuwe kwaliteitsbeleid en de rapporten rondom Michael P. kwamen eraan.

Vraag: De komende contractperiode is voor één jaar. Is verlenging mogelijk? Richting de nieuwe bekostigingsstructuur voor 2022 zou het schelen voor het veld als een contract voor twee jaar mogelijk is. Na 2022 wordt het weer anders.

Antwoord: Het zou goed kunnen dat er wordt gekozen voor een contract van twee jaar met tweemaal een verlenging van één jaar. Voor TBS FBK zou het wel vier keer één jaar kunnen worden. Een langere contractperiode dan twee jaar moeten we niet verwachten vanwege het NZA bekostigingsmodel. Het signaal dat wordt gegeven dat het nadrukkelijk de voorkeur heeft om contracten te verlengen is gehoord.

Vraag: Er zijn onderzoeken geweest naar het bekostigingsmodel binnen de reguliere GGZ. Forensische zorg zal daarbij aansluiten. Het probleem is dat er 25% voor indirecte tijd wordt gerekend, maar binnen de forensische zorg is dat veel meer.

Antwoord: In het kostprijs onderzoek zijn directe en indirecte tijd meegenomen. Het is belangrijk dat zorgaanbieders hun gegevens aanleveren. Dat gebeurt ook met forensische zorgaanbieders. Het tarief voor Beschermd Wonen gaat daar niet in mee. Er komt een nieuwe systematiek voor de klinische zorg. Er wordt wel degelijk gekeken naar de impact voor de forensische zorg, het is een gezamenlijk traject. **Het aandachtspunt van indirecte tijd wordt meegenomen.**

Vraag 5 - Bent u tevreden over de wijze waarop ForZo/JJI haar contractmanagement heeft ingericht?

80% antwoordt 'ja'. Bij de toelichting komt de langere looptijd van contracten vaak terug. Het tussentijds aanpassen van produktafspraken is niet mogelijk, met uitzondering van door de NZA nieuw geïntroduceerde producten. Lopende het contract zijn er het afgelopen jaar ook nieuwe producten toegevoegd. Van 2020 naar 2021 worden er nieuwe sheets gepubliceerd. Er komen mogelijk nieuwe producten bij en aanbieders kunnen hierop inschrijven.

Vraag 6 – Kunt u aangeven wat u verbeterd zou willen zien?

Er wordt een toelichting gevraagd op de overzichtelijkheid van documenten.

- De A3 inkoopstaat wordt genoemd. Deze zal in CTM overzichtelijker zijn.
 - Bij meerdere forensische stromen is het zoeken welk contractjaar, welke documenten zijn er nodig, je ziet gemakkelijk iets over het hoofd. Komt dat door de perceelindeling? Het komt door de structuur van de indeling.
 - Als er een brief klaarstaat, is aan de titel van de brief in het dossier bij de procedure niet te zien wat de laatste is, er staat geen datum.
- Dit wordt meegenomen met het nieuwe systeem en bij het testen.**
- Onderaannemers in de aanbestedingsprocedure. Het is onduidelijk hoe ver je daarin kunt gaan. Neem je de partijen op waar je het meeste zaken mee doet? Waarom wordt dit uitgevraagd en wat is de grens?

Antwoord: We hanteren geen grens. Iedereen die wordt ingezet als onderaannemer voor zorgverlening, willen we graag weten. Het afgelopen jaar hebben we gemerkt dat wij worden aangesproken door politiek en media over ingezette onderaannemers.

Vraag: Geldt dat ook als je bijvoorbeeld cliënten naar een zorgboerderij stuurt voor dagbesteding?

Antwoord: Ja.

Vraag: En als je in de loop van het jaar een nieuwe onderaannemer inhuurt?

Antwoord: Dan moet er schriftelijk vooraf toestemming worden gevraagd. Hoe kritisch ernaar gekeken wordt, ligt aan de soort zorg.

25 juni 2019

Wat betreft overzichtelijkheid zou dat ook nog kunnen worden verbeterd. Nu wordt dat via de mail afgestemd, maar dat zou ook in de tool CTM kunnen worden vastgelegd, bijvoorbeeld in een formulier.

- De website is niet altijd actueel. Er zit een grote gelaagdheid in, je raakt snel de weg kwijt.

De nieuwe stafmedewerker pakt dit op, de nieuwsflitsen zouden erop moeten staan. Als de Regeling, het Besluit en het Handboek zijn gepubliceerd, worden de teksten op de website aangepast, bijvoorbeeld de actuele forensische zorgtitels. **Komt iemand iets tegen wat niet volledig is, geef het door aan: Inkoop@minjus.dji.nl.**

- Er komen vaker voortgangsgesprekken. Vermindering administratieve lasten tussentijdse verantwoordingen.
Er wordt opgemerkt dat niet alle bekostigers aan tussentijdse verantwoording doen. Het gebeurt al via de facturatie.
Het is een kostenverantwoording. Waarom doen wij dat?
Claudio licht toe dat wij elk kwartaal verantwoording moeten afleggen binnen het ministerie en richting het ministerie van Financiën. We willen het financiële proces op detailniveau kunnen volgen. Dan kunnen we ook analyses doen.

Opmerking van een zorgaanbieder: Het op kosten jagen is wel een groot punt. Het verantwoorden van 4 miljoen Euro kostte bijna 50.000 Euro aan accountantscontrole.

Er wordt gekeken hoe dat voor 2019 te vergemakkelijken.

In september is er weer een financiële bijeenkomst. Deze wordt na de publicatie van de stukken (20 september) gepland. Een onderwerp is hoe te verantwoorden vanaf 2020.

Vraag 7 - Wilt u gebruik maken van onderaannemers voor de uitvoering van het contract 2020?

Het gaat vaak om dagbesteding. Nanne vraagt of dit ook regelmatig bij andere vormen van zorg gebeurt.

- VG deskundigheid wordt voor behandeling en begeleid wonen ingehuurd. De zorgaanbieder blijft verantwoordelijk. De cliënt verblijft in de VG instelling bij Begeleid Wonen. Het gaat om stapelzorg, de behandeling wordt poliklinisch geleverd door de zorgaanbieder. Als de forensische titel eraf gaat, dan zorgt de VG instelling voor de vervolgzorg.
- Bij TBS, als het regioprincipe speelt om iemand te resocialiseren.
- De combinatie van wonen en dagbesteding. Leidend tot een diploma, bijvoorbeeld een schip met matrozenopleiding.

Vraag 8 - Hoe borgt u de kwaliteit van zorg van de in te zetten onderaannemers?

Een groot deel sluit een overeenkomst af waarbij periodiek wordt getoetst.

Vraag: Wat staat er in zo'n overeenkomst en wat bespreek je bij een voortgangsgesprek?

Antwoord: Aan alle eisen die zijn gesteld aan de onderaannemers moeten worden voldaan. Dezelfde eisen (programma van eisen) die aan de hoofdaannemer worden gesteld, gelden ook voor de onderaannemer. Onderwerpen die voorkomen in een voortgangsgesprek: de wijze waarop de zorg wordt geleverd, eventuele klachten, maar ook personeel, VOG, BHV, arbotechnische zaken, voldoet het aan alle eisen zoals in de reguliere zorg. Soms is een onderaannemer daarmee niet bekend. Dan spreek je iets af hoe ze zich daarin bekwamen.

Vraag: Hoe ga je om met het contact met de toezichthouder, de reclasseerder? Gaat dat via de hoofdaannemer of de onderaannemer?

Antwoord: Bij voorkeur via de hoofdaannemer, want die blijft verantwoordelijk.

Vraag 9 - Welke eisen moet ForZo/JJI stellen om zeker te zijn dat de zorgaanbieders (zowel hoofd-als onderaannemers) kennis hebben van het forensische karakter van de zorgverlening?

Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen
Divisie

25 juni 2019

De functiemix is opgenomen in het Programma van Eisen.

Vraag: Binnen de gehandicaptenzorg wordt een eigen kwaliteitskeurmerk gehanteerd. Kan dat ook als alternatief dienen voor de inkoop van 2020? Dit keurmerk wordt als afdoende gezien. Anders zou speciaal voor de forensische zorg het HKZ keurmerk in stand moeten worden gehouden.

Antwoord: De formulering 'of een vergelijkbaar keurmerk' zal worden opgenomen. Het kwaliteitskeurmerk VG is voldoende of misschien zelfs beter, want deze is toegespitst op deze zorg.

Vraag: Wordt er in de eisen onderscheid gemaakt tussen dagbestedingsaanbieders en zorgverleners?

Antwoord: Per perceel wordt een programma van eisen opgesteld. Waar het risicomanagement betreft, zijn er verschillende eisen.

Opmerking: Bepaalde aanbieders van dagbesteding leveren maatwerk en zijn kleinschalig. Als daar teveel eisen aan worden gesteld, dan haken ze af en dat is jammer, want het zijn goede plekken.

Moeten deze eisen worden opgelegd aan onderaannemers? Dat kan misschien niet voor alles. Er is nog geen streven om allerlei aanvullende eisen op te nemen. De zorgaanbieder als contractpartij is verantwoordelijk, deze moet kunnen inschatten of deze onderaannemer voldoende kwaliteit van zorg kan leveren. Heeft deze voldoende in huis om de specifieke forensische punten op te nemen, als ze hierin worden geschoold.

Moet er nog iets aanvullends worden opgenomen over onderaannemers?

Opmerking: Ook onderaannemers moeten aan de eisen voldoen, anders is het geen goede zorg. Dit geldt ook voor eenpitters.

Antwoord: Bij het contracteren wordt geen onderscheid gemaakt tussen eenpitters en grote organisaties. Per perceel (inhoud van de zorg) wordt onderscheid gemaakt. De zorgverlening moet voldoen aan dezelfde eisen als bij de hoofdaannemer. Daarnaast zijn er organisatorische eisen zoals een keurmerk of een beroepsaansprakelijkheidsverzekering.

Het doorvertalen van de eisen geldt ook voor organisatorische eisen. Anders draai je als hoofdaannemer op voor de kosten. Je moet als hoofdaannemer niet in zee gaan met een onderaannemer die niet voldoet aan de eisen die aan de hoofdaannemer worden gesteld.

Moet DJI als contracterende partij extra eisen opnemen voor de onderaannemers? Nu is het zo dat de hoofdaannemer verantwoordelijk is en de contracterende partij informeert over onderaannemers en toestemming vraagt voor het inzetten van onderaannemers.

De hoofdaannemer is verantwoordelijk voor het doorvertalen van het programma van eisen naar onderaannemers.

Als inkopende partij moet je niet willen dat de hoofdaannemer het risico wil lopen om met onderaannemers in zee te gaan die niet geschikt zijn. Het gaat ook over vertrouwen in de hoofdaannemers. Tot in detail voorschrijven is niet gewenst.

Vraag 10 - Hoe schoolt u uw medewerkers met betrekking tot het werken met de forensische doelgroep?

Verschilt de reguliere populatie niet van de forensische populatie?

Het verschil is dat je recidiven in de gaten houdt. Van populatie is niet één begrip te geven. Er is ook verschil tussen EPA populatie en poliklinische cliënten.

De forensische populatie bestaat uit mensen uit de reguliere populatie. Het verschilt niet zozeer, maar de aard van de dienstverlening en de positie van de toezichthouder maken dat de zorg anders is.

Deze cliënten komen binnen via de reguliere GGZ omdat ze gedrag vertonen met risico op delict waardoor ze daar niet kunnen blijven. Er wordt niet gewacht totdat er een delict is gepleegd, maar daarvoor wordt al zorg aangeboden.

25 juni 2019

Er worden dezelfde plannen gemaakt, dezelfde terugvalpreventie, dezelfde afspraken. Je mag minder om hun rechtspositie te beschermen. Bij forensische zorg zijn er veel meer no shows dan bij de reguliere GGZ. Maar er gelden wel dezelfde afspraken.

Veel mensen worden niet vervolgd terwijl ze wel een delict hebben gepleegd. Het gaat om 20% van de cliënten, die verantwoordelijk is voor 80% van de incidenten in de kliniek. Bij incidenten wordt er wel aangifte gedaan, maar meestal leidt het niet tot vervolging.

Wat wordt er bedoeld met 'training in forensische scherpte'?

Bij forensische scherpte ga je ervan uit dat je een gezonde dosis wantrouwen hebt ten opzichte van je omgeving. Bij reguliere zorg is men gewend om vanuit vertrouwen een relatie op te bouwen. Bij forensische zorg is de aanloop langer en je kunt worden bedrogen. Je krijgt aanwijzingen in het dagelijks leven waar je aandacht aan moet geven. Dat vereist training en verandering van mindset. Bij de reguliere GGZ ligt de focus op herstel en heeft de cliënt eigen regie op het herstel. Bij de forensische doelgroep wordt meer gekeken vanuit het delict risico, gedrag wordt eerder begrensd dan dat er wordt behandeld vanuit de herstelgedachte. Scholing van personeel in het herkennen van delictgedrag is een blijvend aandachtspunt, ook door personeelwisselingen.

Het grootste probleem in de ervaring van de kliniek is de turnover van het personeel. De oudere medewerker heeft de kennis van hoe je dat vertaalt naar groepsklimaat. Vinden mensen het leuk om continue bezig te zijn met gedrag begrenzen?

Er wordt, via KFZ, geïnvesteerd in training op dit gebied.

Vraag 12 - Welke gespreksonderwerpen zijn, wat u betreft, van belang in (periodieke) gesprekken tussen ForZo/JJI en zorgaanbieders?

Kwaliteit van de behandeling/begeleiding. *Wat moet FORZO vragen om te weten of de kwaliteit van de zorg goed is, wat zijn mogelijke onderwerpen?*

Er zou een enquête kunnen worden uitgezet bij ketenpartners om te kijken of er sprake is van samenwerking en hoe er wordt samengewerkt.

Wat verwachten de zorgaanbieders van FORZO JJI in het gesprek over innovatie?

- Innovatie in de zorg en samenwerking is goed voor de cliënt, maar men krijgt de praktische invulling niet geregeld.
- Slim cameratoezicht is een grote investering voor de zorgaanbieder. Als je dat in een klinische setting inzet, in hoeverre kan dat bijdragen aan vermindering van VOV inzet en hoe verhoudt zich dat tot de bekostiging en regelgeving? Dit wordt ook meegenomen naar de Werkgroep voor de nieuwe bekostiging in 2020. Je zou met een nieuwe prestatie kunnen oefenen. De prestatie van de NZa is nodig om het te kunnen bekostigen, maar de NZa heeft een innovatiebeleidsregel om te kunnen experimenteren.
- Hetzelfde geldt voor zorgbeveiligers. Dan kun je lager geschoold personeel inzetten, ook als antwoord op de arbeidsmarktproblematiek. De beroepenlijst met volgpersoneel is onderdeel van de meerjaren-overeenkomst.
- Behandeling met behulp van virtual reality. Ook dit vraagt een investering van apparatuur en scholing. Er zou kunnen worden nagedacht over bekostiging, toeslagen. Binnen DJI is iemand bezig met innovatie, onder andere over virtual reality.
- Hoe sluit je goed aan bij de ontwikkelingen bij gemeenten? In het traject al gebruik maken van bouwstenen bij gemeenten. Bij perceelopbouw aansluiten op wat er in het land wordt aangeboden.

Vraag 13 - Op welke wijze werkt u samen met (keten)partners om doorstroom van cliënten/patiënten te bevorderen?

Waaruit bestaat het samenwerkingsnetwerk?

Andere BW aanbieders, Veiligheidshuis. Er vindt overleg plaats, bijvoorbeeld over doorstroom van patiënten. Dat levert in de praktijk iets op.

Een belangrijke partner is de woningbouwvereniging. Er is ook overleg met de landelijke koepelorganisatie. Daarmee is het lastig om tot concrete afspraken te komen. Misschien is de slagkracht lokaal beter.

Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen
Divisie

25 juni 2019

Vraag 15 - Deelt uw organisatie informatie met gemeenten t.a.v uw cliënten/patiënten?

Twee derde antwoordt 'ja', een derde 'nee'.

Vraag 16 - Welke informatie is dit?

Waar lopen de zorgaanbieders in hun werk tegenaan met betrekking tot informatiedeling? Zit dat vooraan de keten of in de doorstroom?

Nu de WMO budgetten meer onder druk komen te staan bij gemeenten, merken zij dat er veel informatie wordt gevraagd. Niet alleen wettelijk, maar ook, wie is de cliënt, heeft deze na afloop van de titel maatwerkzorg nodig? Ze willen zelfs een zwaarwegend advies geven of de cliënt wel of niet geplaatst wordt. Als iemand gaat uitstromen, wordt het WMO maatwerk of verlenging van Beschermd Wonen binnen WMO en dan worden de kosten gedragen door de gemeente. Gemeente van herkomst is ook een lastig begrip. Dan wordt de vervolgindeicatie niet afgegeven. Landelijk heeft men dezelfde ervaring.

Heeft het te maken met kosten of overlast?

Beiden, er wordt gezocht naar mogelijkheden om niet te hoeven plaatsen. Er zijn zelfs quota van 3 of 4 patiënten per jaar, als ze niet uit die gemeente komen. Over groepen met zedenpatiënten is het begrijpelijk dat ze willen meedenken, maar het gebruik van quota gaat wel ver.

Gemeenten komen met gegevens over de cliënt van twee of drie jaar geleden, en op basis daarvan worden ze wel of niet toegelaten. Maar dan is er inmiddels wel iets veranderd. De ene gemeente blijft meewerken en de andere gemeente houdt het tegen.

Er moet worden geïnvesteerd in de relatie met de gemeente, maar dat kost wel tijd. Ze willen niet worden overvallen met feiten. Het helpt om de gemeente te laten weten om welke types patiënten het gaat en wat er wordt gedaan aan begeleiding.

De budgetten voor ambulante ondersteuning bij gemeenten zijn heel beperkt. Na afloop van de titel wordt het WMO budget kleiner en kun je de benodigde uren niet meer leveren. Dan is er enorm geïnvesteerd tijdens de forensische titel en kan het niet worden voortgezet.

Wat kan ForZo JJI nog doen om deze problemen te voorkomen?

Informatievoorziening, hoeveel patiënten stromen er in en uit? Tot op welk niveau wil je de informatie delen?

VWS spreekt gemeenten niet aan. ForZo JJI steekt er veel tijd in. In de gemeenten zijn er verschillende verantwoordelijkheidsgebieden. Het verschilt of je met een burgemeester over veiligheid of met een WMO consulent over zorg praat. Vanuit forensische zorg heb je met het veiligheidsaspect te maken.

Op lokaal niveau kan ForZo/ JJI het niet oplossen. De gemeente wordt wel aangesproken op haar verantwoordelijkheid.

Vraag 17 - Participeert uw organisatie in het (Zorg - en) Veiligheidshuis in uw regio?

Veel voorkomend antwoord is 'ja'.

25 juni 2019

Vraag 18 - Waaruit bestaat deze participatie?

42% participeert niet in het Veiligheidshuis. Dagbesteding participeert niet in het Veiligheidshuis. Of bijvoorbeeld TBS via de wijkagent.

Op casuïstiek niveau weten we elkaar te vinden. Er wordt ook gevraagd om de expertise, maar wie betaalt dat? Dat zou een hefboom kunnen zijn om elkaar beter te vinden. Consultatie is nog niet betaald.

Binnen GGZ Nederland is op bestuursniveau een discussie gaande over hoe je de consultatiefunctie invult. Lum sum van maken die gevoed wordt uit verschillende financiële stromen.

Als je in de nazorg van ex-gedetineerden meer forensische zorg zou kunnen investeren, dan bezuinig je aan de voorkant. Dan kun je loskomen van de gezamenlijke financiering. De expertise is er niet bij gemeenten.

Vraag 19 - Op welke wijze beoordeelt u de zorgbehoefte (bv. hoogte van het ZP) van uw cliënten/patiënten?

Er was één opvallend antwoord: overleggen met de cliënt om te komen tot de zorgzwaarte. Er wordt een toelichting gevraagd.

- In gesprek gaan met de cliënt en behandelaar en vragen wat ze vinden dat nodig is. De mening van de cliënt wel meenemen, aan de voorkant.
- Iemand vertelt over een KFZ call. Hoe bepaal je de zorgzwaarte en wat zit erin?
- Hogere en lagere ZP's zijn afhankelijk van de indicatiestelling. Er wordt niet lopende het zorgtraject op grote schaal afgeschaald. *Heeft dat te maken met het ontbreken van een instrument?*
- Vanuit de VNG is men bezig met het ontwikkelen van cliëntprofielen voor Beschermd Wonen, die zijn misschien te gebruiken.

Vraag 20 - Hoe vaak meet u deze zorgbehoefte?

- Maandelijks. De doelen worden geëvalueerd. Elk half jaar vindt een gesprek plaats waarin alle cliënten worden besproken. Daarnaast vindt een gesprek plaats met de cliënt zelf. Dat zou kunnen leiden tot afschalen van ambulante begeleiding en aantal uren inzet.
- Minimaal elk half jaar aan de hand van het cliëntendossier. Er wordt gekeken of er kan worden afgeschaald. Gekoppeld aan het zorgplan en het vaste evaluatiemoment. Bij incidenten of wijzigingen wordt het herzien.
- Elke drie maanden is er een bespreking van het zorgplan en of er kan worden afgeschaald of niet.
- Alleen bij start zorg is niet wenselijk. Ook voor de overdracht.

Vraag: Wat zijn de verwachtingen? Bij korte trajecten lijkt snel afschalen niet op zijn plaats.

Antwoord: Wij verwachten dat de zorgaanbieder dit periodiek toetst. Er is niet gekozen voor trajectindicatie, maar indicatie aan de voorkant en geen periodieke herindicaties. De gezamenlijke opdracht is om de zorg betaalbaar te houden en de zorg moet bijdragen aan het verzelfstandigen van de cliënt. Indicatiestelling van ZP's aan de voorkant heeft iets opgeleverd.

Vraag 22 - De financiële verantwoording van de forensische zorg zal met ingang van 2020 niet langer via Forza verlopen. Er zal gebruik gemaakt gaan worden van het berichtenverkeer van Vecozo om het OHW en de ANG standen van zorgtrajecten bij u op te vragen. Voor het factureren van zorg (FCS) wordt Vecozo reeds gebruikt. Staat u positief tegenover de nieuwe werkwijze?

88% staat positief tegenover de nieuwe werkwijze.

25 juni 2019

Vraag 25 - Ten behoeve van de kwaliteit van de verantwoording maakt Forzo/JJI gebruik van de signaalrapportage. Wat doet u met deze rapportage?

Een behoorlijk deel heeft ingevuld niet te weten wat een signaalrapportage inhoudt. Dat kan te maken hebben met de vorm van zorg die wordt geleverd of met de medewerker die de online consultatie heeft ingevuld.

Er wordt een toelichting gegeven op de signaalrapportage. Er wordt nu per kwartaal een financiële verantwoording uitgevraagd, op regelniveau. Er wordt gekeken naar de voortgang van het traject en of de financiële stand verwacht is of dat deze anders is dan de vorige keer? Er verdwijnen ook regelmatig trajecten omdat de startdatum wijzigt. Daar gaan signalen op af en dan wordt een signaalrapportage (vroeger feedback formulier) gestuurd via een upload in FORZA. Dan wordt duidelijk waarom sommige trajecten anders zijn gelopen. Bij optie 2 (Ik verbeter de fouten in de volgende kwartaalanlevering van verantwoording) heeft FORZO JJI drie maanden lang geen idee of de constatering terecht was of niet. Het liefst zien zij optie 3 (Ik voorzie de signaalrapportage altijd van antwoorden en stuur deze terug). De trajecten zijn nodig om aan het eind van het jaar een prognose van de kosten te kunnen doen. De feedback van zorgaanbieders zou daarbij helpen.

Vraag 26 - ForZo/JJI is voornemens u tussentijds een herziene versie van uw verantwoording te laten aanleveren wanneer is vastgesteld dat er fouten in de verantwoording zitten. Dit draagt bij aan de volledigheid en juistheid van uw financiële verantwoording. Dit stelt ForZo/JJI in staat om een goede prognose te maken van de jaarlijkse uitgaven aan de forensische zorg. Wat vindt u hiervan?

Er wordt opgemerkt dat het niet meer dan normaal is om voor optie 3 te kiezen. Dan maak je beide administraties gelijk.

In de vragenlijst van vandaag staat wel aangegeven dat het om een tussentijdse verantwoording gaat.

Veel aanbieders staan hier positief tegenover. Anderen zien de meerwaarde niet of vinden het teveel tijd kosten.

Dit onderwerp komt terug bij de financiële bijeenkomst.

Vraag 27 - Heeft u zelf een voorstel om de kwaliteit van de verantwoording te verbeteren?

Er wordt toelichting gevraagd op 'tweerichtingsverkeer'.

Niet alleen bij ForZo/JJI vandaan, maar ook de andere kant op.

Vraag 28 - Zijn er aandachtspunten die u ForZo/JJI wilt meegeven voor de inrichting van een nieuwe verantwoordingstool?

Naast urenverantwoording ook resultaatverantwoording. Kwaliteit van zorg.

De eindverantwoording in het jaarplan opnemen.

Vraag 30 - Wat kan ForZo/JJI veranderen in haar inkoop, -facturatie- of verwerkingsprocedure om uw administratieve lasten te verlichten?

- Digitaal inlezen plaatsingsbesluiten. De indicatiestelling kunnen transformeren naar het zorgsysteem. Berichtenverkeer plaatsing uitwerken voor volgend jaar. Niet meer knippen en plakken van een PDF, maar via elektronisch bericht.
- Aansluiting WMO/ZVW: berichtenverkeer is een belangrijke.
- Er zit veel verschil tussen indienen en betalen van de factuur. De 30 dagen wordt altijd gehaald, soms gaat het sneller. Het advies is om er bij de financiële administratie vanuit te gaan dat ze na 30 dagen worden betaald. Een vast moment is erg ingewikkeld. Er is al een slag gemaakt met het versnellen.

25 juni 2019

Vraag 24 - Uit onderzoek blijkt dat de afronding van tijdsbesteding voor dagbesteding en dagactiviteiten niet eenduidig plaatsvindt. Forzo/JJI is voornemens om vanaf 2020 aan zorgaanbieders op te leggen dat de bovengenoemde tijdsbesteding, per dag opgeteld, naar boven of beneden afgerond dient te worden op hele uren. Zijn uw ICT-systemen hierop ingericht?

- Er wordt gevraagd of er rekening is gehouden met de kostprijs. De tarieven zijn destijds opgesteld op basis van de afrondingssystematiek. In de beleving van ForZo JJI is het geen bijstelling van de tarieven, het is alleen een kwestie van de spelregels beter met elkaar afspreken. De tarieven van de NZa zijn gebaseerd op het vorige kostprijsonderzoek, waarbij de data naar boven afgerond zijn aangeleverd. Als je de uren aanpast, gebaseerd op dezelfde kostprijs, dan is deze niet meer door dezelfde norm gedeeld.

Reactie ForZo JJI: Sommige zorgaanbieders ronden 5 minuten af naar een uur en dat is niet wenselijk. Er zijn ook zorgaanbieders die het netjes doen. Partijen die het niet netjes doen, aanspreken.

De NZa zal hierin niet interveniëren, dat laten ze aan ForZo JJI over.

Het gesprek aangaan met NZa, ministerie van J&V en zorgaanbieders, om in gezamenlijkheid tot goede afspraken te komen.

De afronding moet ook kunnen worden verantwoord bij accountantscontroles.

- Er wordt gevraagd of ForZo JJI hetgeen moet worden aangepast in de ICT systemen kan communiceren, zodat de zorgaanbieders opdracht kunnen geven om dit te laten aanpassen.
- De nieuwe spelregels moeten duidelijk worden beschreven in het beleid.

Dit onderwerp komt terug bij de financiële bijeenkomst.

Vraag 14 - Door gewijzigde wetgeving kan het noodzakelijke worden om in het weekend cliënten/ patiënten op te nemen. Kan uw organisatie in het weekend nieuwe cliënten/patiënten opnemen?

Deze vraag heeft te maken met de nieuwe Wet USB (tenuitvoerlegging strafrechtelijke beslissingen). De wet gaat erover dat vonnissen op de exacte dag ingaan en eindigen waarop ze zijn opgelegd. Dat heeft met name impact op het gevangeniswezen, maar ook op een crisis waarbij plaatsing op vrijdagavond nodig is. De impact op de forensische zorg lijkt mee te vallen.

Vraag 11 - Bent u in staat om passende vervolgzorg te organiseren (na afloop van de forensische titel)?

In 75 – 100% van de gevallen is men hiertoe in staat. Er is ook een aantal dat het niet kan. *Wat kan de rol van ForZo JJI hierin zijn? Wat in ons beleid of uitvoering maakt dat de continuïteit van zorg aan de achterkant soms niet is georganiseerd?*

- Er zijn cliënten die op tien plekken zijn aangeboden en overal worden geweigerd. Dit heeft te maken met de problematiek van de gemeente: geen budget, geen regiobinding, niet veilig. En met de problematiek van de VG indicaties. *Heeft het ook te maken met niet beschikbaar zijn van capaciteit?*
- Technisch gezien kunnen wij de zorgcontinuïteit bieden, maar als het geld op is, niet. De eigen bijdrage is ook een beperkende factor. Wellicht kan de titel worden verlengd. Daar zouden we samen contact over kunnen hebben. Een stukje is geregeld in de Wet Langdurige Zorg, maar voor de meeste zorgtitels is het niet haalbaar. Zicht hebben en houden op het totale aanbod, met elkaar sparren over plaatsing. ForZo JJI is in gesprek met grote gemeenten of gemeenten waar veel forensische zorg is.

Vraag 21 - ForZo/JJI overweegt voor de klinische zorg (en tbs-FPK) een geïntegreerde gemiddelde maximum dagprijs in te voeren. Dat zou betekenen dat de maximum gemiddelde dagprijs ook behandeling en dagbesteding bevat en niet meer enkel de mix aan verblijfscomponenten. Dit biedt zorgaanbieders meer vrijheid in het invullen van de onderlinge verhouding van de componenten verblijf, dagbesteding en behandeling. Hoe zou u hier tegenover staan?

Divisie Forensische Zorg en
Justitiële Jeugdinrichtingen
Divisie

25 juni 2019

Het is lastig om in een divers veld te komen tot een geschikte mix. Het is bedoeld om aanbieders meer vrijheid te geven of ze willen inzetten op behandeling of op verblijf.

Er zijn gemengde reacties, waarbij een groot deel negatief is.

- Het probleem met deze vraag is dat je zicht moet hebben op de uitwerking. De vraag is niet goed te beoordelen. Het was de bedoeling om te komen met een verhouding van de gemiddelde dagprijs. Dat is een ingewikkelde analyse.
- Ervoor waken dat zorgaanbieders aan het einde van het jaar geld moeten inleveren en het volgende jaar geen geld krijgt. Dan wordt het een bezuinigingstool.
- Het heeft ook te maken met de toeleiding van de patiënten. Het type TBS patiënten heeft, doordat er zo weinig opleggingen waren, veel meer behandeling nodig. Als je uitgaat van een mix, dan moet je altijd terugbetalen en dat is zonde. Afschaling van zorg gebeurt ook op basis van doorstromen. Dit wordt niet in de gemiddelde dagprijs meegenomen. Er moet een mix van patiënten in de kliniek aanwezig zijn om aan de gemiddelden te kunnen voldoen.
Bij verblijf wordt met een maximum gemiddelde gewerkt. Moeten de andere componenten daaraan worden toegevoegd?
- De gemiddelde dagprijs vormt een belemmering voor de instelling.

De sheets en het verslag van vandaag worden gepubliceerd op de website www.forensischezorg.nl.

Via de Nieuwsflits zal bekend worden gemaakt wanneer het totale rapport van de Marktconsultatie beschikbaar is op de website, vermoedelijk in de week van 15 juli.

De vragenlijsten kunnen bij Maarten worden ingeleverd of worden gestuurd naar: inkoopforensischezorg@dji.minjus.nl.

Nanne Buikema bedankt alle aanwezigen voor hun inbreng en sluit de bijeenkomst.