



**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Contactpersoon**  
Werkgroep inkoop forensische  
Zorg 2016

T 088 07 25000

**Datum**  
20 mei 2015

**Datum vaststelling**  
20 mei 2015

# verslag

## Verslag openbare marktconsultatie Inkoop Forensische Zorg 2016

---

Omschrijving	Verslag openbare marktconsultatie Inkoop Forensische Zorg 2016
Datum verslag	20 mei 2015
Respondenten	1. Expertisecentrum voor Forensische Psychiatrie (EFP) 2. De 3 reclasseringsorganisaties (3RO) 3. Forensisch Netwerk (FN) 4. GGZ Drenthe 5. De Pompestichting 6. De Woenselse Poort 7. Tactus 8. Limor 9. Levantogroep/Rimo 10. Parnassia/Altrecht/Kijvelanden 11. Forint/Lentis 12. Fier Fryslan 13. RIBW Gooij en Vechtstreek 14. Verdihuis 15. De Ontmoeting 16. Emergis 17. De Tussenvoorziening 18. GGZ Oost Brabant 19. Novadic Kentron 20. Iriszorg 21. Exodus

---

Begin april 2015 heeft de Directie Forensische Zorg (DForZo) van DJI de branchorganisaties van een groot aantal zorgaanbieders aangeschreven in het kader van een openbare marktconsultatie zorginkoop forensische zorg 2016. Het doel van deze marktconsultatie is om het forensisch werkveld te betrekken bij de ingezette koers, de speerpunten van het inkoopbeleid en om ervaringen uit het veld mee te nemen voor het komende inkoopjaar. Daarnaast wordt de consultatie gebruikt om de knelpunten in de forensische zorg te prioriteren, zorgaanbieders te laten meedenken om de opgelegde bezuinigingen beleidsrijk in te vullen en ideeën aan te leveren waar DForZo rekening mee kan houden in het opstellen van het inkoopbeleid 2016. De resultaten van deze marktconsultatie worden betrokken bij het opstellen van de inkoopdocumenten voor 2016.

Op de openbare marktconsultatie heeft een 20-tal organisaties gerespondeerd. In dit verslag wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste reacties en aanbevelingen die door de respondenten zijn gegeven. Bij enkele vragen zal hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen de reacties van de klinische zorgaanbieders en die van de aanbieders die uitsluitend ambulante zorg aanbieden. Wij willen u heel hartelijk danken voor al uw reacties.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

Aan de inhoud van dit verslag kunnen geen rechten worden ontleend.

## Vragenlijst

### 1. Beleidsrijke invulling efficiencykorting

Ook in 2016 komt er een taakstelling op het forensisch veld af. In 2014 kon er geen beleidsrijke invulling van de bezuinigingen worden gevonden. In 2015 is dit gelukt door de een goedkopere mix van forensische zorg te contracteren, onder andere door zorg te ambulantiseren. Indien er in 2016 geen beleidsrijke invullingen gevonden worden, zal een korting op de tarieven opnieuw aan de orde zijn.

- *Welke beleidsrijke alternatieven/maatregelen adviseert u aan DForZo om mee te nemen in de zorginkoop 2016?*
- *Maak concreet welke risico's en consequenties dit met zich meebrengt?*

## REACTIES

### Klinische Zorgaanbieders

- Maak meer ruimte en mogelijkheden door ambulante behandeling/zorg te contracteren (prioriteer de FACT).
- Sterkere focus op door- en uitstroom naar lagere zorgintensiteit.
- Bouw alleen bedden af bij zorgaanbieders waaruit blijkt dat de regionale behoefte dit uitwijst.
- Spreid de capaciteit per aanbieder waardoor er meer mogelijkheden zijn voor ambulantisering en zorg die aansluit en dicht bij de leefomgeving en andere voorzieningen is. Dit laatste zorgt ook voor verbetering van de continuïteit van zorg bij het wegvallen van de maatregel of bij het inzetten van een maatregel.
- Contracteer meer RIBW-plaatsen en continueer de ambulantisering. Risico hierbij blijft de verstopping van bedden van niet-forensische patiënten op forensische bedden.
- Verbreed/verruim de indicatiestelling via IFZO voor snelle doorstroom vanuit het PPC naar een zorgaanbieder. Denk aan psychotische gedetineerden met enige behandelmotivatie, in het kader van schorsing met preventieve hechtenis waarbij geen TBS-oplegging of lange gevangenisstraf te verwachten valt. Een deel van de PPC-zorg kan eerder aan zorgaanbieders worden overgedragen.
- Maak de transmurale fase korter bij het TBS-behandeltraject en maak de overgang naar proefverlof met overdracht van behandelverantwoordelijkheid. Voordeel is dat er minder tijd en geld moet worden geïnvesteerd aan zorg/begeleiding en toezicht op (geografische) afstand.

- Introductie van vormen van elektronisch toezicht en elektronische detentie.
- Schaf de verplichting tot verstrekking van voeding in BW-settingen en de zak- en kleedgeldregeling af. Justitiabelen worden eerder gestimuleerd worden tot het vinden van werk, het verwerven van eigen inkomen en het betalen van een (hogere) eigen bijdrage.
- de ontwikkeling van e-health en domotica

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

### **Ambulante Zorgaanbieders**

- Snellere doorstroom vanuit klinische plekken naar goedkopere producten zoals Beschermd Wonen en ambulante begeleiding. Echter, op dit moment zijn er nog wachtlijsten voor BW en ambulante begeleiding waardoor dure plekken onnodig bezet blijven.
- Eerdere begeleiding, bijvoorbeeld ook reeds in PPC wanneer er (nog) geen reclassering betrokken is bij de gedetineerde. Hierdoor is er bij vrijlating direct een mogelijke achterstand op bijvoorbeeld het regelen van huisvesting in geval van dakloosheid, dagbesteding en financiën ( uitkering regelen ) etc.

### **Risico's en consequenties:**

- Mogelijk hogere recidive omdat maatregelen nog niet op effect zijn onderzocht en de effecten pas na zo'n 6 jaar realistisch meetbaar zijn.
- Knelpunten t.a.v. wetgeving: de zorg-georiënteerde wetgeving verhoudt zich niet altijd goed tot op doorstroom gerichte begeleiding
- Zwaardere problematiek binnen lichtere vormen van begeleiding kan maatschappelijke risico's meebrengen.
- Gelijktijdige afbouw van zowel klinische bedden als RIBW-capaciteit kan ertoe leiden dat de klinische afbouw stagneert.

## **2. Ambulantisering en afbouwen klinische capaciteit**

Een van de meerjarendoelen is meer ambulante zorg inkopen en afbouw van klinische capaciteit. In 2015 is hier invulling gegeven in de vorm van de nieuwe initiatieven.

- *Kunt u verbeterpunten aangeven als DForZo besluit om in 2016 vergelijkbare initiatieven te introduceren?*
- *Kunt u aangeven of er andere alternatieven zijn in de zorginkoop om de ambulantisering invulling te geven? Zo ja, Kunt u voorbeelden noemen?*

### **REACTIES**

#### **Klinische Zorgaanbieders**

- Verdere afbouw van klinische capaciteit vormt een risico voor de nodige differentiatie in de behandelomgevingen. Bovendien zijn instellingen van beperkte omvang verminderd rendabel.
- Alternatieven kunnen liggen in het toepassen van een meer netwerkgerichte benadering van zorgverlening.
- Aanbieders moeten vooraf bepalen welk type zorg ze leveren en daarbij de productgroep bepalen binnen de DBBC.

- Na klinische opname is een meer geleidelijke overgang naar zelfstandigheid gewenst. Daarmee kan in een aantal gevallen een verkorting van de klinische opname gerealiseerd worden en de kritische overgangsfase van klinisch naar ambulant (en vervolgens naar vrijwillige zorg) goed begeleid worden. Nieuwe zorgvormen met meer gradaties in structuur, controle en begeleiding bevorderen dat de gestelde doelen bereikt kunnen worden.

- Inzetten op behandelduur verkorting door de duur van behandeltrajecten te normeren (niet per se beperking van een klinische behandeltermijn, maar wel goede afspraken over afbouw van behandelintensiteit en beveiligingsniveau binnen een reële termijn). Risico hierbij is dat behandelduur verkorting een doel op zich wordt. Er moet dus wel beargumenteerd afgeweken kunnen worden van een genormeerde behandelduur binnen een bepaalde behandelintensiteit en beveiligingsniveau zonder dat de kwaliteit/het resultaat van behandeling afneemt.

- Sluit FPC's niet uit van participatie.

- Het is van belang om tussen klinisch en ambulant ook "tussenvoorzieningen" te contracteren. Ook hier geldt weer dat het gaat om een totale keten van hoge beveiliging en zorg tot lage (of geen) beveiliging en weinig zorg.

- Meer aandacht voor initiatieven gericht op samenwerking in de keten, bijvoorbeeld op de lijn FPC/FPA/RIBW en ambulant. Daarmee worden 'arrangementen' gericht op door- en uitstroom (en daarmee behandelduur-verkorting) gestimuleerd.

- Door juist de aanbieders van de minder intensieve forensische zorg zich meer te laten ontwikkelen, kunnen deze beter aansluiten op de vraag en beter invulling geven aan de gewenste ambulantisering. De ambulantisering stukt namelijk bij gebrek aan doorontwikkeling van de inhoud van de forensische ambulante zorg.

#### **Ambulante Zorgaanbieders**

- Ambulantisering zonder voldoende intramurale capaciteit doet het systeem wankelen. Er is intramurale complexe opvang en begeleiding nodig om complexe ondersteuning te kunnen starten in een ambulante setting.

- Meer uitbreidingsmogelijkheden voor Beschermd Wonen en ambulante begeleiding met zo min mogelijk aanvullende voorwaarden voor substitutie per bed.

- Het creëren van goede verbindingen tussen hoog-beveiligde klinische zorg met ambulante zorg en laag-beveiligde klinische zorg.

- Initieer een analyse de wachtlijsten bij ambulante zorgaanbieders (en verdiepingsdiagnostiek).

- Onderzoek of een financiële prikkel kan worden geïntroduceerd indien instellingen een goed systeem van doorstroom toepassen.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

### **3. Wegvallen vangnet en volledige overgang op DBBC's**

In 2016 wordt niet langer ingekocht in NZa budgetparameters, maar in DBBC's, ZZP's en extramurale parameters. Dit betekent dat er geen vangnet meer is voor de zorgaanbieders die in DBBC's factureren. DForZo heeft met ingang van 2015 besloten om over te gaan op een permanent voorschot. Dit houdt in dat, mits de drempelbedragen uit eerdere jaren zijn behaald, facturen direct worden uitbetaald.

DForZo kort de gemaximeerde DBBC-tarieven nu met gemiddeld 25%. DForZo denkt na om nieuwe inkoopinitiatieven te koppelen aan hogere tarieven als gunning.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

- *Wat vindt u de voor- en nadelen van deze maatregelen?*

#### **REACTIES**

- Het is nog onduidelijk of DBBC's goed uitpakken en is afhankelijk van per instelling. De tarifiering is nu eenduidig.
- Kostprijsonderzoek toont aan dat de tarieven nu tekortschieten om kwaliteit te leveren. Verzuim onder personeel neemt toe en doelgroep wordt problematischer. Risico's nemen toe.
- De eerdere hogere tariefstelling Transmuraal Verlof verruimde de door- en uitstroommogelijkheden. Huidige tariefstelling middels ZZP's en ambulante DBBC's zijn aanzienlijk lager dan de tarieven door ontvangende instellingen in rekening gebracht. Stagnatie ligt op de loer.
- Knelpunt bij het 'nieuwe initiatief' is de looptijd van de OFZ-maatregel die doorgaans korter is dan de behandel noodzaak vraagt. Bij BW zit geen behandelcomponent die met ambulante ForFact zorg moet worden opgeplust. Financieringsschotten vormen een probleem.
- De volledige overgang naar DBBC bekostiging heeft als voordeel dat voor het curatieve deel nog maar in een systematiek gewerkt hoeft te worden. Nadeel is dat we op dit moment nog kampen met veel DBBC facturen van voorgaande jaren die afgekeurd worden.
- De spelregels voor de forensische zorg wijken op een aantal punten af met de spelregels DBC. In een geïntegreerde instelling waarin zowel ZVW als forensische zorg geleverd wordt, levert dit problemen op.
- Voordelen zijn dat er een einde komt aan de generieke korting waardoor het tarief/opbrengst van sommige producten lager is dan de kostprijs.
- Nadeel: Delict preventieve behandeling/behandelprogramma's zijn zeer divers en lang niet alle aspecten ervan kunnen vastgelegd worden in prestatieafspraken.
- Nadeel: indien niet elke (forensische) instelling mag inschrijven op nieuwe initiatieven ontstaat ongelijkheid, maar worden ook mogelijk kansen gemist (bijv. in 2014 was het nieuwe initiatief alleen voor de OFZ-aanbieders).

#### **4. Afsluiten meerjarencontracten:**

In 2015 is met het nieuwe initiatief (zie inkoopplan Forensische Zorg 2015) een eerste stap gemaakt met het afsluiten van meerjarencontracten door dit te koppelen aan de afbouw van klinische capaciteit, opbouw van minder intensieve forensische zorg en groei door middel van een aanneemsom.

- *Kunt u aangeven welke meerjarige afspraken wenselijk zijn om de beleidsdoelstellingen (zie meerjarenbeleid op [www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)) zoals deze zijn weergegeven in ons meerjarenbeleid te behalen.*

## REACTIES

- Meerjarenaafspraken zijn wenselijk om toe te passen voor het gehele forensische veld, zoals beoogd in de WFZ. Dit brengt rust in de organisatie en leidt tot verbetering van de kwaliteit van zorg.
- Meerjarenaafspraken vereisen een keten tussen OFZ en TBS, iets wat rechtspositioneel en formeel nu niet zo is. Personeel is daarmee niet uitwisselbaar en intern beleid kan niet worden geharmoniseerd.
- Meerjarige afspraken koppelen aan concrete kwaliteitscriteria, zoals deskundigheid personeel en het percentage succesvolle door- en uitstroom (ambulantisering); hieraan moeten vervolgens ook financiële zekerheden voor de zorgaanbieder worden gekoppeld.
- Meerjarenaafspraken geven meer zekerheid om de inhoud van forensisch beschermd wonen en forensische ambulante begeleiding door te ontwikkelen.
- De koppeling aan de afbouw van klinische capaciteit is voor kleine aanbieders van forensische zorg lastig. De tijdsinvestering om met de verschillende klinische aanbieders tot substitutie-afspraken te komen weegt niet op tegen de te realiseren groei middels deze constructie.
- Biedt kleine ZZP-aanbieders meer zekerheid om aparte huisvesting te gaan regelen voor forensische cliënten en eventueel ook opvang van een zwaardere doelgroep.
- Spreek forensische trajecten af bij één zorgaanbieder, ook over de instellingen heen.
- Maak het plaatsingsbesluit meer flexibel in de zorg die geleverd mag worden en zorg voor meer afstemming tussen justitie en zorgverzekeraar.
- Het maken van meerjarenaafspraken over een gegarandeerde minimale capaciteit/productie (bezettingsgraad). Dit is immers een noodzakelijke voorwaarde (onzekerheidsreductie) om de resterende capaciteit flexibeler in te richten.
- Maak regionale meerjarencapaciteitsafspraken. Afspraken met het veld worden hiermee duurzamer geëffectueerd (geen kaasschaaf maar ook geen ondoordachte beslissingen om nieuwe capaciteit her en der te creëren en eventueel samenvoelingen van klinische capaciteit/klinieken).
- Maak meerjarenaafspraken voor de ontwikkeling en integratie van varianten van FACT-zorg.
- Maak meerjarenaafspraken om te komen tot een gegarandeerde beschikbaarheid van gedifferentieerde vormen (in intensiteit) van meer beveiligde intensieve zorg.

**Directie Forensische Zorg**

Zorginkoop

**Datum**

20 mei 2015

### **5. DForZo denkt na over de invoering van categoriemanagement (apart inkoopbeleid per categorie):**

- *Welke categorieën moeten in het inkoopbeleid terugkomen? Licht toe*
- *Waarop moet de nadruk komen te liggen?*

## REACTIES

### Categorieën

- De doelgroep patiënten met een psychotische stoornis.
- Doelgroepen ASS en LVB *inclusief* ernstige gedragsproblematiek (de echte SGLVG+).
- ZZP binnen de TBS (Meer Re-integratiebedden)

- Zorgpaden.
- Forensische verslavingszorg. Aansluiting bij zorgprogrammering i.c.m. EFP.
- Forensisch Beschermd wonen en Forensisch Ambulante Begeleiding.
- Beschermd Wonen en ambulante begeleiding in combinatie met een beperkt aantal Prestatie-indicatoren. Andere aansluiting van de meetinstrumenten en monitoring.
- Forensische longcare patiënten. Keten van zwaar naar licht (plus verblijf met aandacht voor risicomangement)
- Denk naast beveiligingsniveau en DSM categorieën, ook aan doelgroepen en daarop afgestemde zorgprogrammering.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

#### Nadruk

- Laat niet de medische indicatie leidend zijn, maar de recidivevermindering.
- Differentiatie is wat betreft een zorgaanbieder niet nodig, omdat deskundigheid door zorgaanbieders zelf beoordeeld kan worden. Het risico is dat het kan leiden tot administratieve lastendruk, extra beheerskosten en mindere doorstroming.
- Vergroot samenhang en zorgcontinuïteit door samenwerking tussen de diverse categorieën binnen OFZ tot stand te brengen.
- Besteedt aandacht aan regiogebonden aspecten als herkomst van patiënten en resocialisatie.

## **6. Knelpunten forensische zorg**

In het afgelopen jaar bleek er meer druk dan andere jaren te bestaan op de FPK-bezetting en andere hoog-beveiligde klinische zorg. Ook op andere segmenten zoals Beschermd Wonen, begeleiding en ambulante behandeling bleek meer behoefte te zijn. In 2014 is deze ontwikkeling onderzocht door adviesbureau Significant. De uitkomst van het onderzoek toonde aan dat er in de rechtspraak een toename te zien was in de oplegging van voorwaardelijke sancties in combinatie met bijzondere voorwaarden, zoals Ambulante behandeling, Beschermd Wonen en Begeleiding.

(Huidige)Knelpunten constateren wij op dit moment in de behoefte aan verblijfplaatsen in Beschermd Wonen, maar ook in de uitstroom uit deze verblijfssetting naar bijvoorbeeld een eigen woning. Wij constateren een onvolledige uitnutting van de afspraak tussen aanbieders en DForZo, terwijl er onvoldoende capaciteit voor de forensische patiënt beschikbaar is. In het bijzonder stijgt de behoefte van RIBW-bedden met verblijf (landelijk). In de grote steden en in de noordelijke provincies lijkt een tekort te bestaan.

- *Hebt u een oplossing voor bovenstaande problematiek? Zo ja, licht toe.*
- *Zijn er naast bovenstaande onderwerpen andere vormen van forensische zorg die geprioriteerd moet worden in de zorginkoop? Waarom?*
- *Zijn er regio's/ provincies waar onvoldoende forensische zorg is ingekocht? Welke zorg is dit en waar?*
- *Waar ervaren plaatsers grote regionale plaatsingsproblemen?*

## REACTIES

### Knelpunten

- Onvoldoende BW-capaciteit in Noord Nederland, Randstad, regio Brabant, Limburg bij zowel OFZ als TBS. Daaraan gekoppeld zijn er zorgen over de vervolgzorg naar einde forensische titel. Maak langere termijnoplossingen met het ministerie van VWS en de gemeenten (WMO).
- Overgangsproblemen tussen forensische setting en LVG-zorg.
- Plaatsingsproblemen (landelijk) voor intensieve zorg met langdurig toezicht; overschrijding behandelduur ontstaat soms door onvoldoende doorstroomcapaciteit.
- Regionalisering sluit niet aan bij de landelijke behoefte aan capaciteit en aan doelgroepen zoals zedendelinquenten. Laat dit beleid los, ook o.m. vanwege de technische mogelijkheden als Skype/Facetime.
- In de regio Amsterdam is sprake van regiobinding. Mensen die deze binding niet of nauwelijks hebben komen niet in aanmerking voor nazorg en uitstroom in de gemeente.
- In regio Utrecht is een gebrek aan geschikte en betaalbare huurwoningen. Als de titel afloopt, loopt de financiering risico als bij de gemeentes of zorgverzekeraars geen bed meer is ingekocht.
- Er is een tekort aan klinische plekken voor LVB'ers met complexe problematiek (gedrag) en daar op aansluitend intensieve begeleide woonvormen. Lange wachtlijsten voor zedendaders (TBS) die klinisch geplaatst moeten worden. Jaarlijks kunnen ruim 75 patiënten met zeden en LVG-problematiek moeilijk geplaatst worden. Deze behoefte wordt groter naarmate de tbs uitstroom verder en sneller op gang komt.
- De beddenreductie in de GGZ staat niet in verhouding met de behoefte aan forensische zorg en in de capaciteitsverdeling.
- De doorstroming van beveiligingsniveau 4 naar 3 naar 2 is nog weinig te zien.
- Koop forensische jeugdbehandeling in de regio Gelderland in.
- In Flevoland is te weinig ambulante forensische verslavingszorg ingekocht.

### Mogelijke oplossingen

- Biedt hogere tarieven voor de ambulante zorg. Tevens zorg het inkopen van ZZP's in de TBS voor minder financiële mogelijkheden om de benodigde back-up aan te bieden om de risico's te verminderen.
- Uitbreiding ForFact zonder te koppelen aan beddenafbouw.
- Verschuif budget van het gevangeniswezen (lege cellen) naar de forensische zorg waarmee meer ambulante zorg ingekocht kan worden.
- Koop meer dagbesteding en begeleiding in. Naast bevordering van de snelheid van doorstroom, zorg dagbesteding ervoor dat de toegankelijkheid van begeleid wonen blijft.
- Besteedt een deel van het macrobudget om snel in te kunnen springen op knelpunten.
- Koop tussenvoorzieningen in (tussen FPK/FPA en Beschermd Wonen) waardoor de overgang van hoog-beveiligde zorg naar BW minder hoog is.
- Koop meer Triple Trouble problematiek in (LVB, verslaving en psychiatrie); ter voorkoming draaideur problematiek.
- Koop specifieke Forensische Beschermd Woonvoorzieningen in en zorg voor goede aansluiting op het reguliere beschermd wonen en woningen bij woningcorporaties.
- Laat aanmeldingen vanuit de afdoening ZSM en vanuit schorsingen onder voorwaarden beter aansluiten op de zorginkoop.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015



- Koop specifiek systeembehandeling, diagnostiek ouder-kindrelatie (hechting), ouderschapsvaardigheden, contactherstel met en/of begeleide omgang met kinderen in.
- Goede monitoring van realisatie en mogelijke overschrijding afstemmen met zorginkoper.
- Woonvoorziening hebben reguliere als forensische plekken. Hierdoor zijn plekken niet altijd gelijk beschikbaar. Vergoed de leegstand en koop een zekere structurele volume in bij 1 zorginstelling met BW-capaciteit in een regio waar veel behoefte is.
- Maak een perceel ambulante begeleiding in de PI aan. Begeleiding die in de PI en buiten de PI wordt geleverd, leidt tot recidivevermindering.
- Substitutie van FPK-capaciteit naar o.a. RIBW-capaciteit.
- Laat de scheidingen tussen segmenten en gecontracteerde capaciteit los. bijvoorbeeld ISD'ers met verslaving nog meer dan voorheen plaatsen binnen FPK's en FPA's.
- Koop in elke regio FPK-capaciteit in zodat de keten beter georganiseerd kan worden. Regio Gelderland heeft bijvoorbeeld geen FPK.
- Koop een gespecialiseerde forensische detox-afdeling in, waar de medewerkers beschikken over forensische expertise naast detox-expertise.
- Maak contractafspraken in knelregio's flexibeler met als tegenprestatie dat wachtlijsten niet geaccepteerd worden/de plicht tot opname.
- Laat aanbieders op de zorgsoorten GGZ en RIBW gezamenlijk een offerte indienen voor een deel van hun budget.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

## 7. Kwaliteit

Zorgaanbieders die niet voldoen aan de eisen van aanlevering of voldoen aan de genormeerde indicatoren, lopen risico gekort te worden op het budget. De middelen die hiermee vrijvallen, zullen worden aangewend voor verdere kwaliteitsverbeteringen in de zorg.

- *Welke kwaliteitsimpulsen moeten geprioriteerd worden in de zorginkoop? Licht toe.*

### REACTIES

- Doorstroom
- FACT- certificeringsvoorwaarden.
- Ondersteun kwaliteitscentrum Forensische Zorg.
- Benadruk de positieve ontwikkelingen en initiatieven (KFZ, Kwaliteitsnetwerken, etc.) Vergoed inzet ervaringsdeskundigen.
- Beloon deelname aan Kwaliteitsnetwerken EFP, implementatie van evidencebased behandelmethoden (zoals bijv. de zorgprogramma's van het EFP) en behaalde recidive-resultaten en neem de uitkomsten vanuit call's van het KFZ die de doorstroom moeten bevorderen mee.
- Prioriteer terugdringen dwang & drang. Vertaal de HIC = High Intensive Care visie door naar een forensische setting.
- Het (door)ontwikkelen van Forensisch Beschermd Wonen en Forensische Ambulante begeleiding.
- Differentieer in de Pi's per product en voor lagere tarieven beperktere set aan kwaliteitseisen en prestatie indicatoren.
- Erkenning en herkenning van trauma, huiselijk geweld en geweld in

- afhankelijkheidsrelaties. Onderkenning van onderliggend problematiek.
- Systeemgericht werken.
  - Verbeter de kwaliteit van hulp gedurende de Tbs bij ouderschap en omgang kinderen (i.c.m. met hulpverlening aan partner en kinderen).
  - Doorlooptijd, recidief, op tijd afschalen, zo 'normaal' als mogelijk.
  - Communicatie in de keten (ondersteund door systemen).
  - Bij plaatsing van een Tbs'er in een beschermde woonvorm lukt het zelden een bereidwillige GGZ psychiater te vinden. Dit is een knelpunt.
  - Besteedt aandacht aan het voorkomen van dakloosheid na detentie.
  - Breidt de voorwaardelijke maatregelen uit, denk aan een enkelband, verplichte begeleiding, verplichte ambulante behandeling.
  - Neem de inzet van vrijwilligersnetwerk/maatjes projecten bij zedendelinquenten ter voorkoming van recidive mee als kwaliteitsindicator.
  - Investeer in wetenschappelijk onderzoek ter bevordering werkzaamheid/evidentie van behandelprogramma's aan justitiabelen of neuro-feedback voor forensische zorg van verslaafde justitiabelen.
  - Investeer in expertise-overdracht (risicomangement) vanuit forensische naar GGZ instellingen.
  - Ontwikkel een specifiek risicotaxatie-instrument voor verslaafde justitiabelen. De reguliere risicotaxatie-instrumenten houden onvoldoende rekening met de invloed van verslaving en de gemeten risico's. bijvoorbeeld de RIVJU (risicotaxatie verslaafde justitiabelen).
  - Onderzoek of de toepasbaarheid van EMDR in de behandeling van craving (trek) bij verslaafde justitiabelen als kwaliteitsindicator. Koop vormen van e-health/ internetbehandeling in.
  - Maak het mogelijk om initiatieven te ontwikkelen voor ondersteuning van nieuwe doelgroepen. Geradicaliseerde personen, 'verwarde personen', kortdurende en flexibele achtervang in een FPA of FPK om ambulantisering te bevorderen.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

- *Besteedt DForZo voldoende aandacht in zijn inkoop aan de kwaliteit van zorg, prestatie-indicatoren doelmatigheid en forensische psychiatrie? Zo nee, licht toe en doe waar mogelijk suggesties.*

## REACTIES

- De samenwerking/afstemming/ verantwoordelijkheden/taken in de keten en het cliëntvolgend werken.
- Flexibele op- en afschalen van benodigde zorg; tijdelijke terugplaatsingen in klinische setting. Inzetten extra behandeling en begeleiding
- Focus op zorgprogrammering. Geef meer vrijheid in de toepassing en prioritering van de prestatie-indicatoren.
- Kwaliteitsverbetering moet niet gekoppeld worden aan negatieve financiële consequenties (i.v.m. de opgelegde kortingen).
- Prioriteer in de inkoop behandelingen waarbij de begrippen veilig en verantwoord participeren in de maatschappelijk terugkomt.
- Kwaliteit komt terug in de inkoopdocumenten, maar wordt nu vooral vertaald naar cijfers en kwaliteitsindicatoren. De administratieve last gaat ten koste van de tijd die aan begeleiding besteedt kan worden. Laat bijvoorbeeld de psychiatrische adviseur van DJI aan het inkoopgesprek deelnemen.
- De huidige 3 Prestatie-indicatoren (Pi's) voor RIBW zeggen weinig over de kwaliteit van geleverde zorg. De ervaring van cliënten en andere stakeholders zijn niet af te leiden uit de uitkomsten van de Pi's.

- De PI's zijn op dit moment nog vooral gericht op macroniveau. Verwerk onderwerpen als acceptatie, plaatsing, afstemming en begeleiding van cliënten en de mate van cliëntgerichtheid, zorgvuldigheid en bereidheid tot maatwerk meer in de kwaliteitsindicatoren. .
- Kleine aanbieders hebben behoefte aan een betere aansluiting met reguliere GGZ-indicatoren om evenredige regeldruk te voorkomen.
- Er is consensus over de te gebruiken instrumenten t.b.v. effectmeting, maar deze is nog niet volledig tot stand gekomen. Ook is er onduidelijkheid over de reikwijdte van de aangewezen instrumenten.
- Wees meer eenduidig in de definities en doe geen wijzigingen in vastgestelde prestatie-indicatoren.
- Besteedt in de inkoop meer aandacht aan zorgaanbieders die een gebrek aan kennis hebben over forensische patiënten met complexe problematiek.
- Bij plaatsing van een justitiabele zijn er nog (te) vaak contra-indicaties. Zorgaanbieders die in de matching in IFZO naar boven komen worden afgewezen. Hierdoor wordt meer tijd aan een goede plaatsing besteedt.
- Ja, de inkoopprocedure gaat 'traditiegetrouw' nadrukkelijk gepaard met beleidsoriëntatie en -bepaling van kwalitatieve aard, welke in aanzienlijke mate in overleg met het veld worden afgestemd.
- Verdiep metingen van (langer termijn) afname recidiverisico in relatie tot bepaalde stoornis-, delict- groepen (of geclassificeerde groepen) naar aard van de strafrechtelijke maatregel ter verbetering van behandelinhoudelijke interventies.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

## 8. Richting bepaling afloop aanbesteding FZG

Eind 2016 loopt de aanbesteding FZG af. In het Masterplan DJI is opgenomen dat er per 2017 (in elk geval 48 plekken) van de totale capaciteit van 210 plaatsen niet langer meer gecontracteerd worden. DForZo wil 2015 gebruiken om samen met het veld en de betrokken zorgaanbieders na te denken hoe de zorg aan gedetineerden na 2017 invulling kan worden gegeven.

- *Welke focus moet de zorginkoop voor zorg aan gedetineerden krijgen na afloop van de aanbesteding?*
- *Hoe zou de zorg aan gedetineerden in de toekomst in de zorginkoop gestimuleerd kunnen worden?*

### REACTIES

#### Focus zorg aan gedetineerden

- Houdt het principe 'ggz, tenzij...' in stand o.g.v. problematiek en het behandelmilieu. Tevens kan (aanvullende) ambulante zorg in de PI het best door gespecialiseerde zorgaanbieders geleverd worden.
- Concentreer voldoende FPA-capaciteit voor gedetineerden in een regio met voldoende poliklinieken. Integreer de FZG-doelgroep met de reguliere doelgroep om in omvang rendabel genoeg te zijn om kwaliteit te kunnen blijven bieden.
- Ga zorgvuldig om met investeringen van zorgaanbieders met FZG-capaciteit. Koop zorg in op hetzelfde tariefniveau als de Overige Forensische zorg.
- Maak niet langer onderscheid tussen zorg in de PI of re-integratie. Maak gebruik van de resultaten vanuit de proeftuin Leeuwarden en koop indicatiestelling- en

- plaatsing in bij de 3RO.
- Segmenteer de doelgroepen in de PI om in te schatten welke (zorg)setting o.b.v. zorgbehoefte en gevaarrisico geïndiceerd is.

<b>Gevaarsrisico hoog</b>	<i>Zorg binnen muren PI of PPC</i>	<i>Forensische klinieken</i>
<b>Gevaarsrisico laag</b>	<i>Reguliere RIBW en/of ambulante zorg</i>	<i>Reguliere klinieken of gespecialiseerde RIBW</i>
	<b>Zorgbehoefte laag</b>	<b>Zorgbehoefte hoog</b>

- Laat de aanbieders met FZG-capaciteit in samenwerking met het Penitentiaire veld een kwalitatief onderbouwde aanbieding doen. Nadruk moet liggen op samenwerkingsrelaties tussen penitentiaire inrichtingen (of een verzameling daarvan per regio) en regionaal aanwezige zorgaanbieders.
- Specificeer in de offerteaanvragen aan zorgaanbieders hoe ze het specifieke aanbod gericht op detentie gerelateerde zorg en onderhavige aspecten als begeleiding richting wonen, begeleiding bij opbouw voldoende sociaaleconomisch vangnet (inschrijving GBA, documentatie, inkomen) invullen.
- Verbeter en verbreedt het aanbod in de PPC's door gezamenlijke initiatieven (PPC en forensische GGZ) in behandeling te nemen. De vraag naar bed capaciteit kan ook verminderd worden door een deel van het klinisch GGZ aanbod tijdens detentie te realiseren.

#### Stimuleren zorg aan gedetineerden

- Start z.s.m. in de PI met de verwijzing naar zorg zodat de zorg ook na detentie geborgd is. Integreer de ketenaanpak ambulante forensische zorg en verbeter de interne afstemming en communicatie binnen de PI.
- Denk na over het toekennen van een persoonlijk zorgbudget o.b.v. indicatiestelling. Een goede screening in de PI kan voor meer maatwerk zorgen.
- Een casemanager met bevoegdheden per gedetineerde als vast contactpersoon bevordert het vertrouwen van gedetineerden in de zorgaanpak.
- Faciliteer zorgaanbieders om in de PI contact te leggen en trajectafspraken te maken met de cliënt. Voorbeeld: Pilot met de afdeling Veiligheid van de gemeente Utrecht (spreekuren; intake en adviesgesprekken).
- Verplicht BID en verdiepingsdiagnostiek als instrumenten om de verwijzing en doorstroom van gedetineerden naar OC instellingen te bespoedigen.
- Objectiveerbaar de indicatiestelling voor zorg aan gedetineerden. Per PI zijn er veel verschillen (vooral de re-integratietrajecten).
- De indruk lijkt dat er voldoende OFZ-capaciteit is ingekocht en toereikend is als wordt besloten om de FZG-capaciteit af te bouwen.

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

#### 9. **Doorstroom, continuïteit van zorg**

DForZo denkt na op welke manier in de zorginkoop de verkorting van de behandelduur (verder) gestimuleerd kan worden.

- *Hebt u suggesties, ideeën of voorstellen op welke wijze de zorginkoop invloed kan uitoefenen op de verkorting van de behandelduur voor de FPK's, FPA's, SGLVG+ en het verblijf op RIBW? Licht toe.*

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

## REACTIES

- Geef zorgaanbieders zelf de ruimte om stappen te ondernemen. Zie pakket aan maatregelen uit de Taskforce en het Manifest van Lunteren.
- Stimuleer samenwerking tussen partijen in de keten door pakketafspraken te maken. Stimuleer de implementatie van zorgpaden of trajecten i.p.v. voorzieningen.
- Niet verkorting van de behandelduur, maar maatwerk moet het uitgangspunt zijn voor iedere justitiabel. 'Vergelijkend warenonderzoek' m.b.t. de zorgaanbieders zichtbaar maken. Wie scoort goed qua resultaat en begeleiding (analoog aan manier waarop scholen – ziekenhuizen zichtbaar gescoord worden).
- Geschikte vervolghuisvesting is een knelpunt in verschillende regio's waarin minder sociale woningen en kamers beschikbaar zijn. Koop meer bedden in bij het Beschermd Wonen.
- Maak afschaling en opschaling van de zorg mogelijk in het huidige stelsel.
- Prioriteer een goede communicatie tussen ketenpartners, denk o.m. aan FPC's en forensische poliklinieken bij het veiligheidshuis (consultatie/ expertise). Stel eisen aan resultaatmeting en de inhoud van begeleidingsplannen. Stem met de reclassering de risicotaxatie en het signaleringsplan af van de begeleidende instantie.
- Stel eisen aan zorginstellingen om moeilijk plaatsbare tbs- patiënten op te nemen.
- Laat FPC's en FPA's zelf met een initiatief komen m.b.t. verkorting behandelduur en stimuleer dit.
- Maak het mogelijk om tijdelijk 2 financieringsstromen gelijk te laten lopen in een behandeltraject.
- Streef een betere aansluiting na van het inkoopbeleid van de verschillende stelsels (ZVW, WMO en Justitie). Denk aan crisisinterventies/ radicalen. Deel informatie aan gemeentes in welke omvang er forensische zorg is ingekocht. Tegelijkertijd dient o.b.v. ervaringscijfers, uitstroomprognoses een betere inschatting gemaakt te worden van de benodigde vervolgzorg na forensisch titels en hier door gemeentes op worden ingekocht.
- Harmonisatie van de indicatiestelling geeft een verbetering te zien. (niet nader omschreven) Zorgaanbieders biedt dit mogelijkheden om zorg aan justitiabelen in zijn geheel te bezien.
- Verricht een startonderzoek (top 3 van meest voorkomende forensische titels) naar de reëel te verwachten behandelduur gekoppeld aan de strafrechtelijke maatregel. Per strafrechtelijke maatregel verschilt (gezien de intrinsieke aard van de maatregel) de 'ideaaltypische' behandelduur, omdat de strafrechtelijke maatregel de kaders hiervoor schept.
- Biedt tarieven en een vrije ruimte van 2,5% van het budget aan zorgaanbieders die in staat zijn om goed behandel aanbod te realiseren dat o.m. gericht is op terugdringing van de recidivekans. Koppel dit aan de voorwaarde dat bijvoorbeeld niet voldaan kan worden aan de gezamenlijk overeengekomen leveringsvoorwaarden.

## **10. Vreemdelingen in de TBS**

**Directie Forensische Zorg**  
Zorginkoop

**Datum**  
20 mei 2015

De IND heeft verscherpte aandacht voor vreemdelingen met een tbs-maatregel. Bezien wordt of van deze personen het verblijfsrecht in Nederland mogelijk moet worden beëindigd. Over de nieuwe werkwijze zijn de FPC's op 26 maart 2015 ' geïnformeerd. De nieuwe werkwijze kan betekenen dat er meer intramurale capaciteit benodigd is, aangezien tbs-gestelde vreemdelingen waarvan het verblijfsrecht zal worden beëindigd niet langer met verlof mogen DForZo denkt na hoe hier mee moeten worden omgegaan in de capaciteitsafspraken.

- *Is het nodig dat de FPC's expertise ontwikkelen voor deze doelgroep of is het raadzaam om 1 FPC specifiek voor deze doelgroep verantwoordelijk te maken?*

### **REACTIES**

- **Belangrijk:** zekere omvang van de doelgroep en garanties dat dat de repatriëringsdeskundigheid, w.o. behandeling van patiënten met een andere culturele achtergrond, aanwezig is.
- Initieer voorlopig geen acties. Zie brief "*uitvoeringsregeling repatriëring vreemdelingen met een Tbs-maatregel*".
- Stel een 2<sup>de</sup> FPC aan als achtervang.

### **REACTIES NIET AAN VRAAG GEKOPPELD**

#### **RIBW Gooi en Vechtstreek**

- Redelijke tarieven.
- Betere doorstroom en een goede aansluiting maken van de keten en gemeenten.

#### **FORENSISCH NETWERK**

- Om invulling te geven aan het speerpunt, meer ambulante en laag-beveiligde klinische zorg en minder hoog-beveiligde klinische zorg, moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor substitutie van hoog-beveiligde capaciteit naar laag-beveiligde capaciteit. Doorstroom wordt tegengewerkt door (financiële) schotten tussen de verschillende stelsels. Graag verwijzen wij naar de aanbeveling van de werkgroep continuïteit van zorg.
- Balans in verhouding tussen de verschillende zorgintensiteiten en beveiligingsniveaus. Verwijzing naar de aanbevelingen van de Taskforce TBS. De efficiëntere doorstroom van de (forensische) patiënt door de zorgketen en het efficiënter vormgeven van deze zorgketen dient centraal te staan.
- Biedt tarieven waarmee kwaliteit, veiligheid, continuïteit en toegang van zorg mogelijk gemaakt kan worden. Binnen de afgesproken kaders moeten er mogelijkheden zijn voor substitutie tussen de verschillende vormen van forensische zorg.
- Gepleit wordt om de beoordeling van de DBBC tariefstelling z.s.m. af te ronden.