



Nederlandse
Zorgautoriteit

Marktscan Forensische zorg 2016





Samenvatting



De forensische zorg
in vogelvlucht



Het forensisch zorgaanbod



Uitgaven
forensische zorg



De kwaliteit van
forensische zorg



Innovatie in de
forensische zorg





Samenvatting

1

Wat zijn de recente ontwikkelingen in de Nederlandse forensische zorg? Waar lopen betrokken partijen tegenaan? En hoe zou deze zorg nog beter kunnen? Die basisvragen staan in deze marktscan centraal.

2

Forensische zorg is een combinatie van verplichte zorg en beveiliging voor mensen die een strafbaar feit hebben gepleegd (of hiervan verdacht worden) en een psychische/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking hebben. Het doel is dat deze mensen na hun behandeling en eventuele straf weer kunnen functioneren in de maatschappij.

3

Het ministerie van Veiligheid en Justitie is verantwoordelijk voor de forensische zorg. De Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van dit ministerie, koopt de forensische zorg in.

4

De bekostiging van forensische zorg

Forensische behandeling wordt bekostigd via een bedrag per behandeling: de diagnose-behandel-beveiligingcombinaties (dbbc's). Forensische begeleiding met verblijf wordt vergoed op basis van een bedrag per dag: de zorgzwaartepakketten (zzp's). Forensische begeleiding zonder verblijf wordt vergoed via een tarief per uur: de extramurale parameters. De afgelopen jaren is vanuit het kabinet de doelstelling om de kosten van de forensische zorg te beperken.

5

Het aanbod van forensische zorg verschuift

Het aantal instellingen voor tbs-zorg daalt in de afgelopen jaren, terwijl het aantal aanbieders dat verblijf levert in de 'overige forensische zorg' (via zorgzwaartepakketten) stijgt. Dit klopt met de beleidsdoelstellingen voor de periode 2013-2017. Binnen de 'overige forensische zorg' zien we veel beweging: er komen nieuwe zorgaanbieders bij, en andere zorgaanbieders stoppen. In deze deelsector is sprake van een gezonde dynamiek. Een derde van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan dat zij in 2017-2018 willen starten met een bepaalde vorm van forensische zorg. De uitbreidingsambities zijn er vooral in de 'overige forensische zorg'. De NZa verwacht dat de dynamiek in die deelsector de komende jaren het grootste zal blijven. Bij de zwaardere forensische zorg is er sprake van minder dynamiek.

Voor uitgebreider vervolgonderzoek (bijvoorbeeld naar regionale verschillen) ontbreekt nog steeds informatie in het informatiesysteem IFZO. Versnelling van afspraken tussen het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ), de indicatiestellers en plaatsers in de forensische zorg, is nodig.

Kostenverschuiving naar lichtere zorgvormen

De uitgaven aan forensische zorg tussen 2012 en 2015 zijn gedaald. Die daling kwam doordat er minder tbs-zorg en minder zorg in penitentiair psychiatrische centra werd geleverd. De geleverde forensische begeleiding is tussen 2012 en 2015 juist gestegen.





1

Dit komt onder andere door de manier van inkopen. Ook is het aantal ingekochte verblijfsdagen deels verschoven van de tbs-zorg naar de 'overige forensische zorg'. Dit sluit aan bij het beleid om in te zetten op lichtere zorgvormen.

2

De NZa kan niet vaststellen of de financiële afspraken uit de *Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017* behaald zijn. Wij zetten het overleg met VenJ en ForZo/JJI voort om tot een betere financiële duiding van de meerjarenovereenkomst te komen.

3

Meer aandacht voor de kwaliteit van forensische zorg

In de forensische zorg is steeds meer aandacht voor de kwaliteit van de zorg. De zorginkoper stimuleert via de contracten dat zorgaanbieders de kwaliteit van hun zorg inzichtelijk maken.

4

Met drie aanwezige indicatorensets wordt gewerkt aan transparantie hierover. Per 2017 zijn aanvullende maatregelen genomen om de kwaliteit van zorg te stimuleren. Vanaf dan krijgen zorgaanbieders die goed presteren van ForZo/JJI een hoger tarief voor de zorg.

5

Ook kunnen zorgaanbieders die planmatig werken aan kwaliteit van zorg, in aanmerking komen voor een meerjarig contract.

Deze ontwikkelingen zijn positief, maar ook nodig voor het succes van prestatiebekostiging in de forensische zorg. Wel is nog meer informatie nodig over wachttijden, juist omdat cliënten in de forensische zorg niet hun eigen zorgaanbieder mogen kiezen.

ForZo/JJI moet er samen met andere partijen voor zorgen dat ook die informatie beschikbaar komt en toegepast wordt bij de zorginkoop. De NZa gaat dit in 2018 monitoren.

Bij de tbs-klinieken zien wij mogelijke risico's voor het onderling delen van kennis. Als goede voorbeelden onvoldoende verspreid worden, kan dit ten koste gaan van de kwaliteit van zorg. Samen met de IGZ zullen wij dit daarom in de gaten houden.

Tenslotte vraagt de NZa aan zorgaanbieders en verzekeraar om de mogelijkheden te onderzoeken van een kwaliteitsstatuut voor de forensische zorg.

Innovatie in de forensische zorg

Per 2017 kunnen zorgaanbieders innovatie binnen de forensische zorg ook aanmelden bij de NZa voor een experimenteerperiode. Bijna alle zorgaanbieders zien mogelijkheden voor innovatie. De meeste mogelijkheden zien zij op het gebied van andere vormen van organisatie en samenwerking met andere zorgsectoren. In de afgelopen jaren waren er innovatieprojecten in de forensische zorg via het programma Kwaliteit forensische zorg en via het expertisecentrum forensische zorg. De zorginkoper (ForZo/JJI) stimuleert innovatie in de forensische zorg, door bijvoorbeeld een hoger tarief te geven om e-health in te zetten, of een speciaal multidisciplinair team (forensisch FACT-team).





1

Om innovatie verder te stimuleren zullen we de komende tijd de beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten actief onder de aandacht brengen bij forensische zorgaanbieders. Daarnaast zullen we partijen in contact brengen met elkaar om goede voorbeelden op te sporen en onderling te delen.

2

Werken aan transparantie

Op het gebied van kwaliteit en innovatie gaat al veel goed. Ook de afgesproken verschuiving naar lichtere zorgvormen vindt plaats. Tegelijkertijd ontbreekt in de forensische zorg inzicht in belangrijke informatie, zoals wachttijden en doelmatigheidscijfers. Ook is het niet mogelijk om na te gaan of de geboden zorg wel aansluit bij de zorgvraag. Voor een optimaal werkend stelsel is hier verbetering nodig. Het ministerie van Veiligheid en Justitie en de NZa werken hier samen aan, zodat deze informatie op termijn beschikbaar komt.

3

4

5





1. De forensische zorg in vogelvlucht

1

Forensische zorg is een combinatie van verplichte zorg en beveiliging:

- voor volwassen mensen in Nederland die zowel een strafbaar feit hebben gepleegd (of hiervan verdacht worden) als een psychische/psychiatrische stoornis en/of een verstandelijke beperking hebben;
- die plaatsvindt voor, tijdens of na de straf, of deze straf vervangt, en meestal wordt opgelegd door de rechter. Patiënten mogen daarbij niet zelf hun zorgaanbieder kiezen;
- die als doel heeft dat deze patiënten na hun behandeling en eventuele straf geen strafbare feiten meer zullen plegen en normaal kunnen functioneren in de maatschappij (tegengaan van recidive).

2

Forensische zorg kan ook voor patiënten zonder strafrechtelijke titel plaatsvinden in het kader van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg. Deze zorg wordt in deze marktscan echter buiten beschouwing gelaten.

3

Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) bewaakt het budget en de kwaliteit van de forensische zorg. VenJ heeft de uitvoering van forensische zorg belegd bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI). De Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZo/JJI), onderdeel van DJI, is verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van forensische zorg.

4

5

Welke andere partijen spelen een rol?

Indicerende en plaatsende instanties

Indicatiestelling is nodig om de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de justitiabele vast te leggen. Er zijn verschillende organisaties die deze indicaties afgeven. Dezelfde en enkele andere instanties houden zich bezig met de daadwerkelijke plaatsing van de fz-cliënten.

Toezichhouders

Binnen de forensische zorg zijn drie toezichhouders actief: De NZa is verantwoordelijk voor markttoezicht en het vaststellen van prestaties en tarieven voor de forensische zorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) richt zich op kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de medische zorg in de organisaties die deel uitmaken van de Dienst Justitiële Inrichtingen. Het gaat dan om penitentiaire inrichtingen (inclusief penitentiaire psychiatrische centra), forensisch psychiatrische centra, bijzondere voorzieningen (detentie- en uitzetcentra), justitiële jeugdinrichtingen (de Inspectie Jeugdzorg coördineert het toezicht binnen de JJI). De Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) ziet toe op zichtbare verbetering van de effectiviteit en kwaliteit van de sanctietoepassing.

Daarnaast zijn er diverse ketenpartners, branchepartijen en onderzoeksorganisaties.



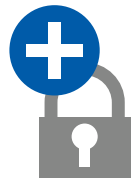
de forensische zorg

Ketenpartners
Rechterlijke
macht,
advocatuur, etc.

Onderzoeks-
organisaties
EFP, WODC,
RVS

Branchepartijen
GGZ Nederland, VGN,
Federatie Opvang,
RIBW Alliantie

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5



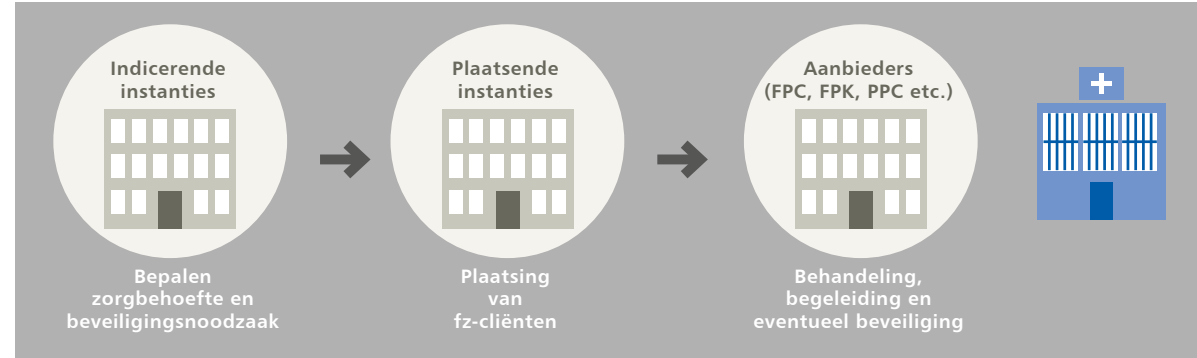
Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)

Uitvoering forensische zorg



Divisie Forensische Zorg / Justitiële Jeugdinrichtingen

Zorginkoop en financiering



Toezichthouders

Ministerie van Veiligheid en Justitie

Eindverantwoordelijk voor het stelsel





1

2

3

4

5

Wetgeving forensische zorg

Het Interimbesluit fz regelt de organisatie van de forensische zorg. Hierin wordt ForZo/JJI (onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie) aangewezen als zorginkoper. Ook wordt daarin bepaald dat de NZa verantwoordelijk is voor markttoezicht en het vaststellen van prestaties en tarieven. Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg) regelt wat wel en niet onder de forensische zorg valt. Hierin liggen ook de toezichthoudende bevoegdheden van de NZa vast. Er ligt een voorstel om het Interimbesluit fz te vervangen door de Wet forensische zorg (Wfz). In de Wfz wordt onder andere geregeld dat de NZa handhavende bevoegdheden krijgt. De Wfz wordt samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) behandeld. Deze nieuwe wetgeving is onder ander gericht op een verbeterde aansluiting tussen de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Daarnaast wordt gewerkt aan een wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) waarin ook geregeld wordt dat de NZa handhavende bevoegdheden krijgt.

Hoe wordt forensische zorg bekostigd?

Forensische behandeltrajecten met en zonder verblijf worden vergoed op basis van diagnose-behandel-beveiligingscombinaties (dbbc's). Een dbbc omvat het totale zorgtraject dat een forensische patiënt doorloopt; vanaf het eerste contact bij een forensische zorgaanbieder tot en met de behandeling.

Forensische begeleiding met verblijf, zoals beschermd wonen, wordt vergoed op basis van zorgzwaartepakketten (zzp's). Een zzp is een volledig pakket van verblijf en behandeling of begeleiding. Voor een zzp geldt een bedrag per dag. De hoogte van dit bedrag hangt af van de zwaarte van de zorgvraag.

Voor *forensische begeleiding zonder verblijf* geldt dat de zorginkoper ForZo/JJI een tarief per uur vergoedt voor begeleiding en per dagdeel voor dagbesteding (de zogenoemde extramuraal parameters).

De NZa stelt maximumtarieven vast voor alle vormen van forensische zorg. In de jaarlijkse onderhandelingen kunnen zorgaanbieders en de zorginkoper niet een hoger, maar wel een lager tarief overeenkomen dan dit maximum.





1

2

3

4

5

Tabel 1 Welke patiëntgroepen en zorgaanbieders zijn er?

Patiënten	Soort zorg	Zorgaanbieders	Bekostiging
Terbeschikkinggestelden met dwangverpleging (tbs'ers), veroordeelden die zich verplicht moeten laten behandelen in een tbs-kliniek.	Behandeling met verblijf en begeleiding.	Forensisch psychiatrische centra (FPC) en forensische psychiatrische klinieken (FPK).	Op basis van dbbc's en zzp's.
Gedetineerden die zorg tijdens detentie nodig hebben.	Behandeling met of zonder verblijf, begeleiding met of zonder verblijf.	Penitentiair psychiatrische centra (PPC's), aanbieders van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en aanbieders van beschermd en begeleid wonen.	Op basis van dbbc's, zzp's en extramuraal parameters.
Verdachten/veroordeelden die geestelijke gezondheidszorg en/of gehandicaptenzorg nodig hebben.	Behandeling en/of begeleiding met of zonder verblijf.	<ul style="list-style-type: none"> •ggz-aanbieders •Reguliere aanbieders voor verslavingszorg •Forensisch psychiatrische klinieken (FPK's) •Forensische verslavings-klinieken (FVK's) •Forensisch psychiatrische afdelingen (FPA's) •Forensische verslavingsafdelingen (FVA's) •Forensisch psychiatrische poliklinieken (FPP's) •Aanbieders van beschermd en begeleid wonen •VG-instellingen, waaronder SGLVG +-instellingen 	<p>Zorg met verblijf: Op basis van dbbc's en zzp's (vg & ggz-c).</p> <p>Zorg zonder verblijf (ambulante zorg): Op basis van extramuraal parameters en dbbc's.</p>



1

Ontwikkelingen in de forensische zorg

1. Bezuinigingsmaatregelen

Het ministerie van Veiligheid en Justitie sprak met de brancheorganisaties GGZ Nederland (GGZN) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) in 2013 af om de uitgaven aan forensische zorg te verminderen van € 688 miljoen in dat jaar naar € 602 miljoen in 2017.

Deze bezuinigingen willen zij realiseren door:

- de gemiddelde behandelduur van tbs terug te brengen van tien jaar in 2013 naar acht jaar in 2017;
- het aantal tbs-plaatsen af te bouwen van 1.867 in 2013 naar 1.339 in 2018. Door deze doelstelling zijn twee forensische psychiatrisch centra (fpc's) gesloten en heeft één fpc een andere bestemming gekregen. De doorstroom wordt bevorderd naar zorgaanbieders die lagere zorg- en verblijfsintensiteiten kunnen leveren, zoals forensische klinieken en afdelingen (FPK's en FPA's) en aanbieders van beschermd en begeleid wonen;
- de reservecapaciteit in de tbs af te schaffen;

2

3

4

5

- bij de zorginkoop een vaste efficiencykorting toe te passen om doelmatige zorg te stimuleren. Voor 2016 en 2017 voert ForZo/JJI een generieke tariefkorting van 2,0 procent door. In 2014 en 2015 was dit jaarlijks nog 4,5 procent. Een uitzondering geldt voor zorgaanbieders die een gunning krijgen voor het Doorstroomperceel 2016 of 2017. Zij krijgen, door aan te tonen een beweging te maken naar lichtere vormen van forensische zorg of bij te dragen aan een betere continuïteit van zorg, een lagere tariefkorting. Deze bonus wordt verwerkt als een correctie op de van toepassing zijnde efficiencykorting. Een tweede uitzondering is het afsluiten van een meerjarig contract vanaf 2017, waarbij de aanbieder zelf een tariefkorting kon voorstellen ten opzichte van de NZa-maximumtarieven.

De afgesproken bedragen in de Meerjarenovereenkomst forensische zorg 2013-2017 tussen het Ministerie van Veiligheid en Justitie en de fz-branchepartijen vormen het beschikbare budget voor forensische zorg. Een aantal oorzaken zorgen ervoor dat de bedragen de afgelopen jaren aangepast zijn, waaronder:

- Bijstellingen in de capaciteit: Beleidswijzigingen, zoals het besluit om het aantal plaatsen van de overige forensische zorg zonder verblijf en voor beschermd wonen uit te breiden, het aantal bedden voor tbs-patiënten te verminderen en de continuïteit van zorg te borgen van specifiek zorgaanbod, hebben effect op het budget van de forensische zorg.
- Loon- en prijsbijstellingen: Door indexatie stijgt het benodigde financiële budget voor de forensische zorg.





1

2. Doorstroming naar lichtere zorg

Vanaf 2016 worden er afspraken gemaakt met de FPC's en FPK's met tbs-capaciteit over het behandelprofiel. Dit gebeurde al in de overige forensische zorg, en heeft als doel om patiënten sneller te laten doorstromen naar lichtere vormen van behandeling, begeleiding en beveiliging.

2

In 2015 en 2016 zijn voorbereidingen getroffen om in 2017 ook zorg aan huis – het Volledig Pakket Thuis (VPT) - toe te voegen aan het forensische zorgaanbod via de beleidsregel Innovatie van kleinschalige experimenten van de NZa. Deze zorg biedt patiënten de mogelijkheid om door te stromen naar een zelfstandige woning, waar zij dan ook de zorg en begeleiding krijgen die zij nodig hebben. Zorginkoper ForZo/JJI zal in 2017 met een aantal zorgaanbieders het verzoek indienen bij de NZa om te experimenteren met VPT in de forensische zorg.

3

4

5

3. Overgang naar prestatiebekostiging

Vanaf 2012 is voor de forensische zorg geleidelijk prestatiebekostiging ingevoerd. Dit betekent dat zorgaanbieders geen vast budget per jaar meer krijgen, maar een bedrag per behandeling, per dag of per uur. Zorgaanbieders declareren de zorg die zij ook daadwerkelijk hebben geleverd. In 2016 geldt deze manier van bekostigen voor alle onderdelen van de forensische zorg. Alleen voor de zorg geleverd door de rijksinstellingen wordt op dit moment het werken met zorgprestaties niet gebruikt voor de bekostiging van de zorg (het daadwerkelijk afrekenen op basis van de geleverde zorgprestaties), maar wel voor de financiering ervan (de opbrengsten uit het factureren van de zorgprestaties leiden tot de inkomsten van de zorgaanbieder). Tot de rijksinstellingen rekenen wij de vier penitentiaire psychiatrische centra (ppc) en twee rijks forensisch psychiatrische centra (rijks fpc's). In februari 2017 heeft de NZa over prestatiebekostiging in de forensische zorg een advies uitgebracht.





2. Het forensisch zorgaanbod

1

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen in het forensische zorgaanbod over de periode 2012-2016. Ook beschrijven we welke drempels aanbieders eventueel ervaren als ze (een categorie van) forensische zorg gaan aanbieden of daar juist mee stoppen.

2

Wijzigingen in het aanbod forensische zorg 2012-2016

In 2016 zijn er 124 gecontracteerde aanbieders van forensische zorg, waaronder 109 instellingen voor overige forensische zorg (ofz), 11 instellingen voor tbs met dwangverpleging (tbs) en 4 penitentiair psychiatrisch centra (ppc).

3

Tabel 2 **Aantal gecontracteerde zorgaanbieders forensische zorg per jaar**

	2012	2013	2014	2015	2016
Ofz-instellingen	107	112	109	106	109
Tbs-zorg	13	13	13	11	11
Ppc	5	5	5	4	4

Bron: ForZo/JJI

4

5

In deze periode zien we dat het aantal ppc's en tbs-instellingen afneemt. Bij de overige forensische zorg zien we zowel toetreding als uittreding van aanbieders. Dit heeft te maken met de verschuiving naar lichtere vormen van forensische zorg.

Bij de penitentiair psychiatrische centra neemt het aantal bedden af, maar neemt de bezettingsgraad van deze bedden toe. Toch is er sprake van een daling van het totale aantal verblijfsdagen in deze centra. Dat is ook in lijn met de doelstellingen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) om de voorzieningen voor zwaardere vormen van forensische zorg af te bouwen.

Bij de ofz zien we meer dynamiek in het zorgaanbod. Nieuwe toetreders zijn vooral organisaties die begeleidingszorg en zorg met lage beveiligingsniveaus aanbieden. Toetreden tot de klinische en zwaardere forensische zorg is nauwelijks mogelijk, omdat juist dat onderdeel van de zorg krimpt.

De volgende tabel laat per zorgcategorie het aantal aanbieders van overige forensische zorg zien. Het aantal ofz-aanbieders dat naast zorg ook beveiliging aanbiedt neemt af. Ook het aantal aanbieders van ambulante behandeling en begeleiding in de geestelijke gezondheidszorg neemt af. Tegelijkertijd zien we dat het aantal zorgaanbieders dat zorg met verblijf levert, toeneemt (bekostigd met zorgzwaartepakketten). Dit beeld komt overeen met het beleid om van zwaardere forensische zorg naar lichtere zorgvormen te verschuiven.





1

2

3

4

5

Tabel 3 Aantal ofz-aanbieders per zorgcategorie in 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
Ggz ambulante behandeling	45	44	42	42
Ggz begeleiding (dbbc)	20	21	17	16
Ggz begeleiding zzp	57	56	56	59
Ggz behandeling beveiligingsniveau 1	30	26	22	22
Ggz behandeling beveiligingsniveau 2	16	15	15	15
Ggz behandeling beveiligingsniveau 3	10	10	10	10
VG ambulante behandeling	3	3	3	3
VG Begeleiding (zzp)	19	19	21	26
VG behandeling beveiligingsniveau 2	9	7	6	4
Begeleiding (extramuraal)	92	96	91	91

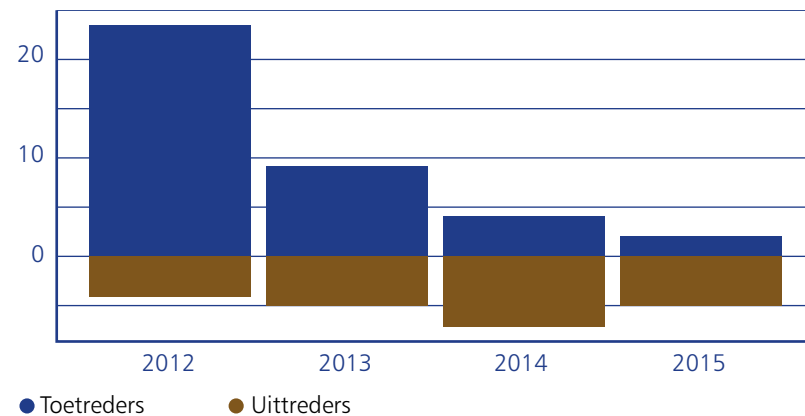
Bron: ForZo/JJI

Aantal uittreders en toetreders in de overige forensische zorg

In de figuur zien we het aantal aanbieders dat start of juist stopt met het aanbieden van overige forensische zorg (ofz) in de periode 2012-2015. Per jaar laten we zien hoeveel nieuwe aanbieders in dat jaar zijn gestart, en hoeveel aanbieders geen ofz-zorg meer leveren ten opzichte van het vorige jaar.

De figuur laat zien dat het aantal nieuwe toetreders afneemt in deze periode, terwijl het aantal uittreders wisselt. In 2016 neemt het aantal toetreders overige forensische zorg toe.

Figuur 1 Aantal toetreders en uittreders in ofz 2012-2015



Bron: Repad, ForZo/JJI.





1

Omvang aanbieders overige forensische zorg (ofz)

In 2012 is de verdeling van de ofz-aanbieders als volgt:

- Ongeveer een derde bestaat uit kleine aanbieders met een omzet lager dan € 200.000.
- Een derde van de aanbieders is middelgroot met een omzet tussen € 200.000 en € 2.000.000.
- De rest zijn grote aanbieders met een jaarlijkse omzet hoger dan € 2 miljoen (bij deze groep zien we grote verschillen in omzetgrootte).

2

In de periode tot en met 2015 is de verdeling veranderd. In 2015 zijn er minder kleine aanbieders en meer middelgrote aanbieders in de ofz-zorg, omdat enkele kleine aanbieders hogere omzetten hadden. In de groep van kleine zorgaanbieders vinden daarnaast de meeste wisselingen van nieuwe en stoppende aanbieders plaats.

3

4

Veranderingen in het zorgaanbod 2017-2018

Aanpassen van zorgaanbod

Er is de komende twee jaar alleen meer uitbreiding van zorgaanbod te verwachten in de overige forensische zorg (ofz). Het gaat dan vooral om lichtere vormen van zorg zonder verblijf. Bestaande zorgaanbieders kunnen hun zorgaanbod aanpassen en meer van deze lichtere forensische zorg aanbieden. Uit de vragenlijst blijkt dat een derde van de fz-zorgaanbieders dit in 2017-2018 zou willen gaan doen.

5

De meeste van deze aanbieders willen hun zorgaanbod uitbreiden met ambulante begeleiding en/of dagbesteding. Daarnaast noemen de aanbieders ook enkele andere categorieën, zoals beschermd wonen en zorg aan mensen met een verstandelijke handicap (VG-zorg). Twee organisaties gaven aan dat zij willen starten met een forensische verslavingsafdeling of -kliniek (fva of fvk).

Tabel 4 **Wens om te starten of te stoppen met een bepaalde categorie forensische zorg**

	Percentage aanbieders (N=49)
Wens om te starten in 2017-2018	33%
Wens om te stoppen in 2017-2018	4%

Bron: NZa

De redenen die zorgaanbieders geven om het zorgaanbod uit te breiden zijn onder andere:

- Verschillende doelgroepen bedienen door zorgaanbod dat past bij verschillende doelgroepen te creëren.
- de groeiende vraag vanuit de markt naar een andere vorm van zorg signaleren en hieraan tegemoet willen komen.





1

2

3

4

5

Nieuwe toetreders in de forensische zorg

Forensische zorgaanbieders en ggz-aanbieders

Naast bestaande aanbieders die hun aanbod met een nieuwe zorgcategorie (willen) uitbreiden zijn er ook nieuwe forensische zorgaanbieders. In de afgelopen periode zien we veel toetreders die ggz-begeleiding en ambulante ggz-behandeling aanbieden. Daarnaast zien we enkele nieuwe aanbieders en uittreders van begeleid en beschermd wonen. Bij andere zorgcategorieën binnen de overige forensische zorg is er minder dynamiek in het aantal zorgaanbieders.

De meeste aanbieders bieden naast overige forensische zorg ook geestelijke gezondheidszorg aan. Het aandeel forensisch zorgaanbod in deze instellingen varieert. Bijna de helft van de respondenten van de vragenlijst geeft aan dat het aandeel van de forensische zorg bij hen onder de 5% ligt. Bij een paar aanbieders is het aandeel forensische zorg groter dan 60% van hun totale zorgaanbod. Dit betekent dat de meeste (potentiële) toetreders in het ofz-segment bestaande forensische zorginstellingen zijn die hun zorgaanbod met dit segment willen uitbreiden. Of ze zijn ggz-aanbieders die tot de forensische zorgmarkt willen toetreden.

Belemmeringen om te starten of stoppen met forensische zorg

Meer aanbieders signaleren drempels om te starten dan drempels om te stoppen

Twee derde van de respondenten geeft aan dat ze drempels ervaren om te starten met een categorie van de forensische zorg. Bij de vraag over eventuele belemmeringen om met een categorie van de forensische zorg te stoppen, ligt de verhouding andersom: ongeveer één derde geeft aan drempels te ervaren om te stoppen en twee derde ervaart er geen. De meeste aanbieders die drempels ervaren om te stoppen, ervaren die ook om te starten met een nieuwe categorie van de forensische zorg.

Toetredingsdrempels

De volgende tabel laat zien welk percentage respondenten drempels ervaart om met categorieën van de forensische zorg te beginnen. De meeste respondenten zien de administratieve lasten en de regeldruk als een belemmering om toe te treden. De andere vaak genoemde toetredingsdrempels zijn: een beperkt aantal patiënten in de markt, de gemaakte zorgafspraken met de zorginkoper en de geringe invloed op het zorginkoopproces.





1

2

3

4

5

Tabel 5 **Drempels om te starten met een categorie van de forensische zorg**

Toetredingdrempels	Percentage aanbieders (N=49)
Administratieve lasten en regeldruk in de forensische zorg	45%
Het relatief beperkte volume van patiënten in de forensische zorg	33%
Productieafspraken die gemaakt zijn met de zorginkoper over bijvoorbeeld de productmix	33%
Geringe invloed op het inkoopproces	24%
Eisen door de zorginkoper	18%
De noodzaak om te investeren in specifieke voorzieningen voor patiëntengroepen in de forensische zorg	8%
Onvoldoende (gekwaliceerd) personeel	6%
Onvoldoende mogelijkheden om zich te kunnen onderscheiden	4%
Concurrentiedruk tussen aanbieders	2%

Bron: NZa

Zorgaanbieders noemen weinig marktgerelateerde drempels, zoals concurrentie, moeilijkheden om personeel aan te trekken of mogelijkheden om zich te kunnen onderscheiden. Dit komt waarschijnlijk door het specifieke karakter van de fz-markt, met een geheel eigen regelkader, relatief weinig patiënten en de grote invloed die de overheid/inkoper heeft op het inkoopproces en de productieafspraken.

In 2015 gaf een kleine 40% van de respondenten aan knelpunten te ervaren in het inkoopproces. De zorgaanbieders zagen als voornaamste probleem dat zij geen inbreng hadden in het inkoopbeleid van de divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen (ForZo/JJI).

De zorginkoper hield in 2015 en 2016 een openbare marktconsultatie om zorgaanbieders te betrekken bij de koers en speerpunten van het inkoopbeleid voor 2016 en 2017. Ook heeft ForZo/JJI knelpunten en ervaringen uit het veld meegenomen in het inkoopbeleid. In 2016 heeft DJI daarnaast een marktconsultatie gehouden over verdiegingsdiagnostiek. Voor 2018 is ForZo/JJI van plan om de zorginkoop via een aanbesteding te laten plaatsvinden. De precieze manier waarop de zorginkoop dan gebeurt (bijvoorbeeld welke criteria gelden), is tijdens het publiceren van deze marktscan nog onbekend.





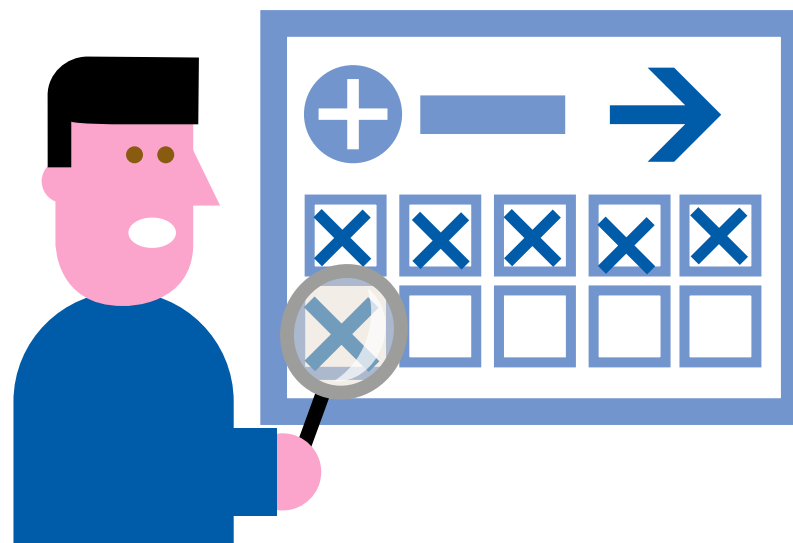
Uittredingsdrempels

De tabel hieronder laat de percentages zien van respondenten die drempels ervaren om met een categorie van de forensische zorg te stoppen. De belangrijkste drempel om uit te treden heeft te maken met het gevoel van verantwoordelijkheid voor patiënten. De andere drempels hebben te maken met de verantwoordelijkheid voor het personeel, de gemaakte kosten en beperkte mogelijkheden voor een ander doel van de locatie. Bij hun antwoorden lichten aanbieders toe dat ze graag goede zorg blijven leveren voor specifieke doelgroepen. Dit zien ze als uitgangspunt van de zorg en van hun organisatie. Dit is daarom de belangrijkste uittredingsdrempel voor de aanbieders.

Tabel 6 **Drempels om te stoppen met een categorie van de forensische zorg**

Uittredingdrempels	Percentage aanbieders (N=49)
Verantwoordelijkheid voor de zorg van de patiënt	31%
Het personeel dat in dienst is dat zonder werk komt te zitten	14%
De gemaakte kosten voor het leveren van de betreffende zorg	12%
Beperkte mogelijkheden om voor de locatie een andere bestemming te vinden	10%

Bron: NZa





Conclusies en aanbevelingen

1

Als we naar de ontwikkelingen in de totale forensische zorgmarkt in de periode 2012-2016 kijken, vallen er twee dingen op:

- Het segment ofz laat veel dynamiek zien met relatief veel zorgaanbieders die stoppen met (een categorie van) de ofz-zorg. Ook zijn er diverse nieuwe toetreders in deze zorgcategorieën.
- De ppc's en tbs-zorg met een dalend aantal aanbieders zijn weinig dynamisch.

2

Dit heeft verschillende oorzaken. Naast lagere vaste kosten in het ofz-segment in vergelijking met hoog-beveiligde segmenten, kan het beleid de dynamiek in de ofz mede verklaren. Beleidsmakers zetten namelijk in op meer ambulante en lager beveiligde forensische zorg. Tegelijk zien we ook dat huidige aanbieders van forensische zorg met uitbreidingsambities deze ambities vooral hebben in het ofz-segment. We verwachten dan ook dat de dynamiek in het ofz-segment de komende jaren het grootst zal blijven, omdat het beleid groei in dit segment stimuleert en de markt ook bereid is om in dit segment te stappen.

3

4

5

Dit ligt anders in de hoger beveiligde forensische zorg. Het beleid is erop gericht deze forensische zorg af te bouwen en vanuit de markt zien we dan ook weinig dynamiek en behoefte om in de ppc- en tbs-segmenten te stappen. Als het huidige beleid de komende jaren wordt voortgezet is dat geen probleem. Kanttekening daarbij is dat het aanbod aan hoog beveiligde forensische zorg inflexibel kan worden, wat risico's voor de zorgplicht kan meebrengen.

Daarnaast blijft het belangrijk om te zorgen dat er genoeg ruimte is in minder hoog beveiligde forensische zorgsegmenten zoals fpk en fpa, zodat de patiënten goed en tijdig kunnen doorstromen naar de best passende zorg. Dit vanwege het afbouwen van de sterk beveiligde segmenten. Deze lichtere vormen van beveiligde forensische zorg zijn een belangrijke schakel om het huidige beleid voor de forensische zorg uit te blijven voeren.

Tenslotte is onderzoek naar regionale verschillen en naar de aansluiting tussen de zorgvraag en de geleverde behandeling niet mogelijk gebleken. De NZa heeft daardoor niet kunnen vaststellen dat het bestaande zorgaanbod passend is. Hiervoor zijn gegevens van het informatiesysteem IFZO van het ministerie van VenJ nodig. In de marktscan 2015 signaleerden wij dat in dit systeem niet alle gegevens goed worden bijgehouden. Ook nu bleek deze informatie onvoldoende te zijn geregistreerd.

De NZa adviseert het ministerie van VenJ om de (prestatie)afspraken met de indicatiestellers en plaatsers in de forensische zorg te versnellen, zodat het informatiesysteem IFZO goed ingevuld en gebruikt kan worden. Ook van ForZo/JJI vragen wij hiervoor actie richting de indicatiestellers en plaatsers. De zorginkoper moet immers niet alleen tijdige, maar ook passende zorg garanderen. Hiervoor is deze informatie uit IFZO hard nodig. VenJ gaat in gesprek met DJI over een concrete doelstelling voor het percentage van de forensische trajecten dat per 2019 juist en volledig geregistreerd wordt binnen IFZO.





3. Uitgaven forensische zorg



Het ministerie van V&J bepaalt in haar beleid, na goedkeuring van de Eerste en Tweede Kamer, wat we jaarlijks in Nederland uitgeven aan de forensische zorg. In dit hoofdstuk brengen we de ontwikkeling van de kosten van forensische zorg in strafrechtelijk kader in beeld over de periode 2012-2015 (en waar mogelijk over 2016).



In de volgende tabel is te zien dat de uitgaven aan forensische zorg tussen 2012 en 2015 licht zijn gedaald. Een gedetailleerder overzicht is te vinden in de volgende paragrafen. Hieruit blijkt dat vooral de forensische zorg met verblijf afneemt, terwijl het aandeel forensische begeleiding toeneemt. Dit past bij de doelstelling om meer zorg zonder verblijf (ambulante zorg) te leveren.



Tabel 7 **Totale uitgaven forensische zorg in miljoenen €**

	2012	2013	2014	2015
Totaal gedeclareerde forensische zorg	€ 640,95	€ 632,10	€ 634,84	€ 630,79
Stijging / daling t.o.v. voorgaande jaar in %		-1,38%	0,43%	-0,64%

Bron: ForZo/JJI





1

2

3

4

5

Tabel 8 **Zorginkoop in de forensische zorg op basis van dbbc-budgetparameters (2012-2015) en dbbc's (2016) in miljoenen €**

	2012	2013	2014	2015	2016
Tbs-zorg	€ 346,32	€ 323,75	€ 299,60	€ 288,90	€ 271,27
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra	€ 88,74	€ 87,59	€ 80,00	€ 80,81	€ 94,31
Overige forensische zorg	€ 202,43	€ 205,67	€ 208,35	€ 229,20	€ 228,76
Ambulante behandeling	€ 50,43	€ 46,90	€ 47,82	€ 56,92	€ 55,68
Behandeling met verblijf	€ 151,13	€ 157,61	€ 159,55	€ 171,33	€ 160,66
Begeleiding (dbbc-budgetparameters)	€ 0,87	€ 1,16	€ 0,98	€ 0,96	€ -
Overige deelprestaties	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 12,42
Overig (bijvoorbeeld zak- en kleedgeld)	€ 0,41	€ 1,25	€ 1,30	€ 1,03	€ 1,11
Totaal	€ 637,90	€ 618,26	€ 589,25	€ 599,93	€ 595,45

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methodes.

In de periode 2012-2014 zien we een dalende trend in de totale inkoop aan forensische zorg. In 2015 en 2016 liggen de totale uitgaven van de inkoop 1 tot 2% hoger dan in 2014.

De bezuinigingsopgave in de forensische zorg is daarmee niet over de hele periode terug te zien in de inkoopafspraken.

De totale stijging van de zorginkoop voor 2015 en 2016 komt voor een groot deel door de stijging in de categorie overige forensische zorg (ofz). De zorginkoop van de ofz stijgt namelijk 10% van 2014 op 2015 en blijft nagenoeg gelijk in 2016.





Tabel 9 **Aantal ingekochte verblijfsdagen in de forensische zorg**

	2013	2014	2015	2016
Tbs-zorg	680.725	663.205	595.315	544.215
waarvan zzp's			56.044	85.212
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 1	7%	15%	7%	5%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 2	12%	10%	11%	10%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 3	16%	14%	11%	10%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 4	65%	62%	71%	75%
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra*	248.200	226.300	226.300	226.012
Overige forensische zorg	631.911	775.104	843.632	846.809
waarvan zzp's	215.768	351.552	416.161	442.085
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 1	24%	21%	20%	21%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 2	51%	54%	55%	53%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 3	24%	23%	25%	25%
verdeling beveiligingsniveaus: beveiliging 4	0%	2%	0%	0%

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methoden.

In het Meerjarenbeleid inkoop forensische zorg 2014-2017 verwacht DJI hogere uitgaven in de ofz door de verminderde behandelduur in de tbs. Deze cijfers geven het beeld dat de inkoop dit effect stimuleert.

De ambulante behandelingen binnen de ofz stijgen met 19% tussen 2014 en 2015. Dit was ook het doel van het meerjarenbeleid in de forensische zorg. Maar in dezelfde periode stijgt ook de





1

subcategorie 'behandeling met verblijf' binnen de overige forensische zorg aanzienlijk: met 11,8 miljoen euro (7%). Dit kan verklaard worden doordat tbs-patiënten sneller doorstromen naar de 'overige forensische zorg', en dan vooral voor behandeling met verblijf.

2

De inkoop van tbs-zorg laat in de afgelopen jaren een dalende trend zien. Deze trend klopt met de doelstellingen om minder zware zorg met verblijf te leveren. De zorginkoop bij penitentiair psychiatrische centra (ppc's) laat een stijging zien tussen 2015 en 2016. Dit kan verklaard worden doordat er eind 2015 een onderzoek heeft plaatsgevonden naar de daadwerkelijk geleverde verblijfsintensiteiten. Dit heeft geleid tot een hoger begroot bedrag bij de inkoop 2016.

3

Het aantal verblijfsdagen laat voor de tbs-zorg en zorg in een ppc een daling zien en past zo bij de strategie om het aandeel klinische forensische zorg te verkleinen. Het aantal verblijfsdagen in de ofz neemt juist toe. Dit is vooral het gevolg van een toename in verblijfsdagen voor zzp's. De verhouding tussen de verschillende beveiligingsniveaus bij de klinische zorg blijft redelijk vergelijkbaar over de jaren heen. Alleen het aandeel van beveiligingsniveau 4 binnen de tbs-zorg stijgt licht (met 10 procentpunten) tussen 2013 en 2016. Tegen de achtergrond van een algehele krimp van het tbs-segment betekent dit dat het aantal verblijfsdagen met beveiligingsniveau 4 redelijk stabiel blijft en dat het aantal verblijfsdagen binnen de overige beveiligingsniveaus daalt.

4

5

Tabel 10 **Aantal ingekochte uren/dag(del)en forensische begeleiding in miljoenen €**

	2012	2013	2014	2015	2016
ggz-begeleiding, zorgzwaartepakketten	€ 14,71	€ 20,25	€ 30,97	€ 41,52	€ 49,37
vg-begeleiding, zorgzwaartepakketten	€ 6,14	€ 7,20	€ 8,37	€ 12,85	€ 18,65
extramuraal parameters	€ 14,60	€ 13,77	€ 14,22	€ 21,46	€ 24,96
Totaal	€ 35,45	€ 41,22	€ 53,55	€ 75,82	€ 92,98

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methoden

Tabel 11 **Gemiddelde zorgzwaarte ingekochte zorgzwaartepakketten**

	2012	2013	2014	2015	2016
ggz-begeleiding gemiddelde zzp	3,61	3,89	3,50	3,42	3,56
vg-begeleiding gemiddelde zzp	6,46	6,63	6,83	6,21	6,41

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methoden





1

De inkoop van forensische begeleiding laat een duidelijke stijging zien over de jaren heen. Er wordt zowel meer ggz-begeleiding ingekocht als meer vg-begeleiding. Tussen de jaren 2012 en 2016 is de inkoop van zzp's meer dan verdrievoudigd. De inkoop van extramurale parameters laat een stijging van 71% zien in de jaren 2012-2016. Dit is in lijn met de verwachte trend op basis van het meerjarenbeleid.

2

De gemiddelde zorgzwaarte waarvoor begeleiding wordt ingekocht schommelt, maar vertoont geen op- of neerwaartse trend.

3

Daadwerkelijke uitgaven forensische zorg

In de volgende tabellen staan de daadwerkelijke uitgaven aan forensische behandeling (met en zonder verblijf) en forensische begeleiding tot en met 2015.

4

5



Tabel 12 **Daadwerkelijk geleverde forensische zorg op basis van dbbc-budgetparameters en dbbc's in miljoenen €**

	2012	2013	2014	2015
Tbs-zorg	€ 334,08	€ 314,06	€ 302,99	€ 287,48
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra	€ 88,51	€ 87,26	€ 79,24	€ 80,97
Overige forensische zorg	€ 186,15	€ 194,80	€ 198,89	€ 195,91
Ambulante behandeling	€ 42,11	€ 44,86	€ 47,32	€ 48,65
Behandeling met verblijf	€ 142,97	€ 149,00	€ 150,67	€ 146,66
Begeleiding (dbbc-budgetparameters)	€ 1,07	€ 0,93	€ 0,90	€ 0,60
Overig (bijvoorbeeld zak- en kleedgeld)	€ 0,47	€ 1,12	€ 0,78	€ 0,64
Totaal	€ 609,20	€ 597,24	€ 581,90	€ 564,99

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methoden.



1

Tabel 13 **Daadwerkelijk geleverde forensische begeleiding (zorgzwaartepakketten en extramurale parameters) in miljoenen €**

	2012	2013	2014	2015
ggz-begeleiding, zorgzwaartepakketten	€ 16,41	€ 20,19	€ 34,77	€ 42,44
vg-begeleiding, zorgzwaartepakketten	€ 3,79	€ 5,18	€ 7,71	€ 10,86
extramurale parameters	€ 11,54	€ 13,97	€ 19,41	€ 21,31
Totaal	€ 31,75	€ 39,34	€ 61,89	€ 74,61

Bron: ForZo/JJI, zie voor meer informatie de bijlage Bronnen en Methoden

4

Op totaalniveau is een daling in de geleverde forensische behandelingen zichtbaar tussen 2012 en 2015. Deze daling komt door lagere uitgaven aan tbs-zorg en zorg in ppc's. De uitgaven aan ofz blijven redelijk constant over de jaren heen. De geleverde forensische begeleiding laat het tegenovergestelde zien: meer geleverde begeleiding tussen 2012 en 2015.

Hoeveel zorg is meer of minder gedeclareerd dan afgesproken?

De volgende tabellen geven weer hoeveel zorg er meer of minder is gedeclareerd ten opzichte van de gemaakte zorginkoopafspraken.

Tabel 14 **Afwijking daadwerkelijk gedeclareerde zorg (dbbc's) ten opzichte van zorginkoop in procenten**

	2012	2013	2014	2015
Tbs-zorg	-4%	-3%	1%	0%
Zorg aan gedetineerden in penitentiair psychiatrische centra	0%	0%	-1%	0%
Overige forensische zorg	-8%	-5%	-5%	-15%
Ambulante behandeling	-16%	-4%	-1%	-15%
Behandeling met verblijf	-5%	-5%	-6%	-14%
Begeleiding (dbbc-budgetparameters)	23%	-20%	-8%	-37%
Totaal	-4%	-3%	-1%	-6%

Bron: ForZo/JJI

In het algemeen wordt er op alle niveaus minder gedeclareerd dan dat er aan zorg was ingekocht. Dit kan komen doordat ForZo/JJI bij het inkopen rekening houdt met een marge. Met deze marge wil ForZo/JJI zorgen dat er plek is voor patiënten vanuit de fz bij zorgaanbieders die ook bijvoorbeeld reguliere ggz leveren. In 2015 werd met name binnen de overige forensische zorg minder gedeclareerd dan van tevoren was afgesproken. Dit is omdat hier vooral sprake is van geïntegreerde instellingen die naast forensische zorg ook reguliere ggz leveren.





1

Tabel 15 **Afwijking daadwerkelijke gedeclareerde begeleiding (zzp's en extramurale parameters) ten opzichte van zorginkoop in procenten**

	2012	2013	2014	2015
ggz-begeleiding, zorgzwaartepakketten	12%	0%	12%	2%
vg-begeleiding, zorgzwaartepakketten	-38%	-28%	-8%	-15%
extramurale parameters	-21%	1%	36%	-1%
Totaal	-10%	-5%	16%	-2%

Bron: ForZo/JJI

In de begeleidingszorg zien we een minder eenduidig beeld, omdat er in 2014 meer is gedeclareerd aan zzp's en extramurale parameters dan van te voren was ingekocht. Dit kan betekenen dat de verschuiving van intensievere zorgvormen naar lichtere begeleidingsvormen sterker was dan van te voren verwacht.

Ontwikkelingen in de uitgaven overige forensische zorg

De volgende figuur laat zien wat de verhouding is tussen de uitgaven aan de verschillende onderdelen van de overige forensische zorg. Het laat ook zien hoe de mate van gedeclareerde zorg zich verhoudt tot de inkoopafspraken.

2

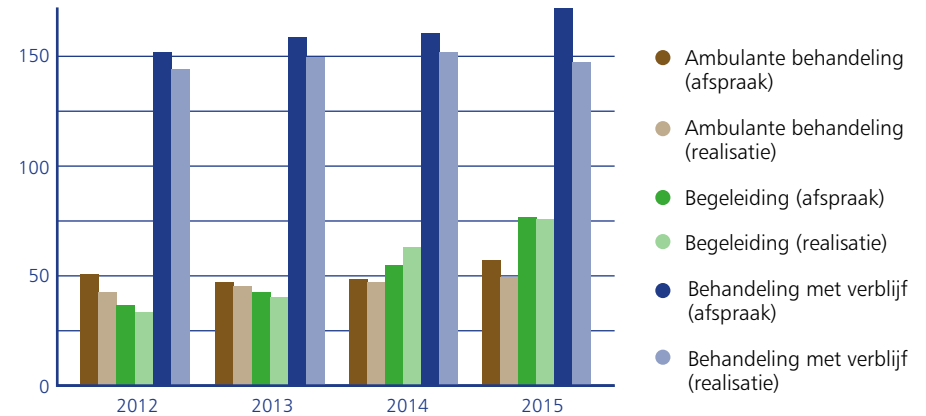
3

4

5



Figuur 2 **Daadwerkelijk gedeclareerde overige forensische zorg (ofz) ten opzichte van de zorginkoop in miljoenen euro's, incl. efficiencykorting**



Bron: ForZo/JJI

Er zijn met name minder behandelingen met verblijf gedeclareerd dan ingekocht. Dit onderdeel van de ofz verklaart voor het grootste deel het verschil tussen inkoop en realisatie. Hier geldt dat de daadwerkelijk gedeclareerde behandelingen met verblijf volgens het beleid afnemen, waarbij ambulante vormen van forensische zorg het doel zijn. Tegelijkertijd geldt ook voor ambulante behandelingen dat er minder zijn gedeclareerd dan ingekocht. Dit betekent dat de hele sector een lagere realisatie laat zien ten opzichte van de inkoop.



Conclusies en aanbevelingen

1

De forensische zorg is de afgelopen jaren flink in beweging geweest. Naast de bezuinigingsopgave gingen inkomsten op basis van budgetparameters over naar inkomsten op basis van daadwerkelijk geleverde zorgprestaties.

2

In de jaren 2012 tot en met 2016 blijken er effecten uit de cijfers van de genomen maatregelen vanwege de bezuinigingsopgave. Denk hierbij aan afnemende uitgaven aan tbs-zorg en toenemende geleverde ambulante begeleiding. Een tegengestelde beweging is alleen te zien in de inkoop van zorg in ppc's in 2016. Tegelijkertijd zien we wel dat het aantal ingekochte verblijfsdagen bij deze centra daalt. Dit valt mogelijk te verklaren door een ander declaratieverwerkingssysteem voor ppc's van 2015 naar 2016.

3

Op een totaalniveau zien we in de jaren 2012 tot en met 2015 een daling in daadwerkelijke uitgaven aan de forensische zorg in strafrechtelijk kader. Deze daling komt overeen met de verwachtingen gezien de bezuinigingsopgave.

4

5

Kijken we naar de beveiligingsniveaus, dan moeten we concluderen dat het aantal verblijfsdagen in het zwaarste beveiligingsniveau – niveau 4 – over de jaren heen redelijk stabiel blijft en de daling met name in de lichtere niveaus merkbaar is.

Vergelijking zorgkosten met financieel kader forensische zorg

De NZa heeft niet kunnen vaststellen of de financiële afspraken uit de Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017 behaald zijn. De NZa gaat in overleg met ForZo/JJI om tot een betere financiële duiding van de meerjarenovereenkomst te komen.

De NZa adviseert de zorginkoper (ForZo/JJI), omwille van de betaalbaarheid van zorg, om te blijven sturen op de afspraken uit de Meerjarenovereenkomst Forensische zorg 2013 tot en met 2017. Naast sturing op de financiële doelstellingen moet er wel voldoende aandacht blijven voor kwaliteit en innovatie. Wij zetten het overleg met VenJ en ForZo/JJI voort om de aansluiting van de totale uitgaven met de financiële doelstellingen voor de forensische zorg te maken.



4. De kwaliteit van forensische zorg

1

Wat houdt kwaliteit van forensische zorg in? Hoe maken aanbieders de kwaliteit van zorg die zij aanbieden zichtbaar? Welke indicatoren voor kwaliteit bestaan er? Welke rol speelt de kwaliteit van zorg bij de zorginkoop?

2

Op het gebied van kwaliteit vervullen de NZa en IGZ beide een rol. Wij stellen zorgprestaties en tarieven vast. Daarnaast toetsen we in hoeverre kwaliteitsinformatie wordt toegepast bij de zorginkoop. IGZ houdt onder meer toezicht op de kwaliteit, veiligheid en continuïteit van zorg bij zorgaanbieders. Dit doet IGZ vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Waar nodig werken beide instanties hierin met elkaar samen.

3

Specifiek voor de Forensische zorg heeft ook de Inspectie Veiligheid en Justitie een rol. Forensische zorgaanbieders vallen, net als gevangenen en reclasseringsorganisaties, onder het toezichtgebied 'Sanctietoepassing'. Andere gebieden zijn bijvoorbeeld Migratie en Nationale Veiligheid.

4

Kwaliteit van zorg is een breed en lastig meetbaar begrip. Om kwaliteit in deze marktscaan te beschrijven zijn zes internationaal geaccepteerde dimensies als uitgangspunt genomen:

5

1. Veiligheid: zo min mogelijk schade voor de patiënt, zijn omgeving en de maatschappij.
2. Effectiviteit: de behandelmethoden zijn gestoeld op de wetenschap en resulteren in een betere gezondheid voor het individu en de samenleving.
3. Patiëntgerichtheid: we nemen de cultuur, sociale context en specifieke behoeften van de patiënt mee bij de zorgverlening. De patiënt heeft een actieve rol in de keuze voor zijn eigen zorg. In de forensische zorg gaat dat laatste niet op.
4. Tijdigheid: de zorg wordt tijdig en binnen een redelijke reisafstand geleverd in een setting waarbij de kennis en bronnen aansluiten bij de medische noodzaak.
5. Efficiëntie: zorg leveren met zo min mogelijk verspilling.
6. Gelijkheid: bij het leveren van zorg mogen ras, etniciteit, geslacht, locatie en inkomen geen rol spelen.

Bovenstaande dimensies zijn opgesteld voor de hele zorg. In de forensische zorg ligt het zwaartepunt bij veiligheid, de behandeling moet leiden tot een veiligere samenleving. Op basis van deze dimensies is aan zorgaanbieders gevraagd hoe zij dit hebben verwerkt in hun interne kwaliteitsbeleid.





1

Kwaliteit bij zorgaanbieders

In deze paragraaf gaan we wat dieper in op de vraag hoe zorgaanbieders met kwaliteit omgaan. Deze informatie halen we uit de vragenlijst die we naar zorgaanbieders stuurden. Als wordt gesproken over '(vrijwel) alle zorgaanbieders' bedoelen we hiermee alle zorgaanbieders, welke de vragenlijst hebben ingevuld. Eerst schetsen we een beeld van het algemene interne kwaliteitsbeleid aan de hand van de internationale dimensies. Vervolgens gaan we in op certificering. Tot slot gaan we in op het fenomeen kwaliteitsnetwerk.

2

Intern kwaliteitsbeleid

Om aan de kwaliteitseisen uit de Wkkgz te voldoen moeten de zorgaanbieders kwaliteitsbeleid ontwikkelen. Uit de resultaten van de vragenlijst komt naar voren dat vrijwel elke ondervraagde zorgaanbieder een schriftelijk kwaliteitsbeleid heeft. In de kern worden daarin dezelfde onderwerpen behandeld, maar in de concrete uitwerking kunnen de zorgaanbieders van elkaar verschillen. Nu volgt per dimensie een beschrijving van de antwoorden van de zorgaanbieders:

4

Veiligheid

Alle bevroegde zorgaanbieders geven aan dat zij veiligheidsmaatregelen treffen op fysiek, relationeel en procesniveau. Bij fysieke maatregelen kun je denken aan cameratoezicht. Een gedragscode kan gezien worden als een relationele maatregel. Op procesniveau zijn er bijvoorbeeld veiligheidsprotocollen. Hierin speelt risicotaxatie

een belangrijke rol, het zo betrouwbaar mogelijk beoordelen of een patiënt veilig op verlof kan of kan terugkeren naar de samenleving.

Effectiviteit

Vrijwel alle zorgaanbieders werken op dezelfde manier aan de effectiviteit van behandelingen. Er wordt een individueel behandel- en begeleidingsplan opgesteld, gebaseerd op de situatie van de cliënt. Over het algemeen zeggen de aanbieders *evidence-based* behandelmethoden toe te passen. De behandeluitkomsten worden vaak op dezelfde manier gemeten, namelijk met de *Routine-Outcome-Monitoring*.

Patiëntgerichtheid

Bijna alle zorgaanbieders voeren periodiek patiënttevredenheids-onderzoek uit. Dit gebeurt vooral met de Consumer Quality Index (CQ-index). Dit instrument gebruiken de aanbieders ook om het leefklimaat in beeld te brengen. Het leefklimaat zien we hier als de manier waarop patiënten het verblijf in een forensische zorginstelling beleven, tijdens en na afloop van het verblijf. De beleving kan materieel, sociaal en emotioneel zijn. Ruim 60% van de ondervraagde zorgaanbieders geeft aan minstens een keer het leefklimaat van de cliënten te hebben gemeten sinds 2010. Een klein aantal meet structureel hoe cliënten het leefklimaat beleven. De frequentie van deze metingen verschilt per zorgaanbieder.





1

Tijdigheid

Forensische patiënten worden bij voorkeur in hun eigen regio geplaatst, tenzij er belangrijke redenen zijn om hiervan af te wijken. Hierbij kan worden gedacht aan een crimineel netwerk in de regio van herkomst, voorwaarden vanuit het slachtoffer of capaciteitsgebrek. Vrijwel alle zorgaanbieders geven aan dat ze het ontstaan van wachtlijsten zoveel mogelijk voorkomen door de in- en uitstroom van cliënten strikt te monitoren. Daarbij werken zij vaak nauw samen met ketenpartners. Als zich een wachtlijst dreigt te vormen, komen ze met een alternatieve oplossing of krijgen dringende gevallen voorrang. Dit wil niet zeggen dat er geen wachttijden voorkomen. We zijn momenteel bezig met een monitor naar de continuïteit van zorg in de forensische zorg. De resultaten hiervan zullen een uitgebreider beeld geven van de daadwerkelijke wachttijden in de forensische zorg.

2

3

4

Efficiëntie

De algemene werkwijze is dat afspraken en doelen in het zorgplan staan. Afhankelijk van de uitkomsten van de evaluatie op de behandel- of begeleidingsdoelstelling wordt al dan niet actie ondernomen. Een cliënt stroomt dan bijvoorbeeld door naar een forensische zorgaanbieder die zorg zonder verblijf aanbiedt.

5

Gelijkheid

Over het algemeen wordt geen specifiek beleid gevoerd op gelijkheid. Als dat wel zo is, luidt het algemene uitgangspunt dat de mens centraal staat en dat patiënten niet worden gediscrimineerd op geaardheid, ras of geslacht. Bij bijna alle bevroegde zorgaanbieders is er een gedragscode waar zowel medewerkers als patiënten aan moeten voldoen. Daarnaast kunnen patiënten vaak een klacht indienen bij eventuele ervaren ongelijkheid.

De NZa heeft bij de ontwikkeling van deze marktscan de bovenstaande uitkomsten op de enquête niet cijfermatig kunnen bevestigen. Wij oordelen niet over de uitwerkingen van het interne kwaliteitsbeleid door zorgaanbieders.

Certificering

Via een certificeringssysteem beoordeelt een onafhankelijke organisatie zorgaanbieders op een aantal gebieden. Twee derde van de bevroegde zorgaanbieders geeft aan een dergelijk kwaliteitscertificaat te hebben. Het meest voorkomende certificaat is HKZ, gevolgd door ISO9001. Dit betekent dat de zorgaanbieder voldoet aan een aantal vooraf vastgestelde kwaliteitsnormen op het gebied van bijvoorbeeld bedrijfsvoering en de verbetering van zorg- en dienstverlening.





1

Samenwerkingsverbanden

Kwaliteitsnetwerk Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)

In 2002 is het EFP opgericht om het wetenschappelijk onderzoek rond forensische zorg te centraliseren. Het doel van het EFP is onderzoek, kennisdeling en projectmanagement mogelijk te maken. Zijn missie is om de kwaliteit van zorg te verhogen en daarmee de maatschappelijke veiligheid te bevorderen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie en de forensische zorgaanbieders financieren ieder de helft van de EFP-exploitatiekosten.

3

Een van de projecten die het EFP samen met veldpartijen heeft opgezet is het Kwaliteitsnetwerk FPA, waaraan forensisch psychiatrische afdelingen meewerken. Deze zorgaanbieders nemen vrijwillig deel aan het Kwaliteitsnetwerk en werken aan de ontwikkeling van standaarden (veldnormen), de implementatie hiervan en aan de beoordeling via visitatie en auditrapportages. Het doel van dit Kwaliteitsnetwerk is om de kwaliteit bij de deelnemende zorgaanbieders te verbeteren door van elkaar te leren. De afgelopen jaren zijn ook voor de SGLVG-instellingen ('De Borg') en verslavingsklinieken kwaliteitsnetwerken opgezet.

4

5

Overige samenwerkingsverbanden

Tot nu toe is er geen kwaliteitsnetwerk van de forensische psychiatrische centra. Wel hebben wij van TBS Nederland begrepen dat hiervoor momenteel voorbereidingen worden getroffen. Daarnaast werken fpc's samen binnen het Inhoudelijk Overleg van TBS Nederland. Door teruglopende patiëntenaantallen staat het voortbestaan van individuele fpc's onder druk. Dit verklaart mogelijk het ontbreken van een kwaliteitsnetwerk tot nu toe. Om te zorgen dat deze aanbieders kennis delen met andere fpc's, is de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden van fpc's bijzonder belangrijk.

Kwaliteitsindicatoren

Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de kwaliteit, daarom worden in de zorg talrijke prestatie-indicatoren ontwikkeld. Zo ook in de forensische zorg. In deze paragraaf gaan we specifiek in op de indicatoren voor de forensische zorg die ontwikkeld zijn door de zorginkoper DJI. Naast deze indicatoren zijn er nog bepaalde risico-indicatoren die gebruikt worden door bijvoorbeeld de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Het is op dit moment nog niet mogelijk om inzicht te krijgen in de uitkomsten van die risico-indicatoren.





1

De set prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie bestaat vanaf verslagjaar 2015 uit de volgende acht hoofdindicatoren (die uit meerdere subindicatoren kunnen bestaan):

Indicator 1 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten.

2

Indicator 2 Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel.

3

Indicator 3 Het op systematische wijze meten van het recidiverisico.

4

Indicator 4 Het meten van de verandering van het recidiverisico.

Indicator 5 Recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel.

5

Indicator 6 Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst.

Indicator 7 Geweldsincidenten.

Indicator 8 Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding.

Uitleg over deze indicatoren is te vinden op www.forensischezorg.nl. Niet elke indicator wordt voor elk jaar uitgevraagd.

Naast de algemene prestatie-indicatoren voor de forensische zorg zijn er voor de fpc's en vier fpk's ook doelmatigheidsindicatoren opgesteld. Het doel is om de doelmatigheid van zorg te verbeteren, wat een kortere behandelduur betekent. Omdat de totale behandelduur zeer lang is voor dit type patiënten (was in 2010 meer dan 10 jaar), zijn vier deelindicatoren ontwikkeld voor verschillende fases van de behandeling:

1. percentage tbs-gestelden met begeleid verlof binnen twee jaar;
2. percentage tbs-gestelden met onbegeleid verlof binnen vier jaar;
3. percentage tbs-gestelden met transmuraal verlof binnen zes jaar;
4. percentage tbs-gestelden met proefverlof / (voorwaardelijke) beëindiging binnen acht jaar.

Voordat we hier cijfermatig op in gaan, kijken we eerst hoe de indicatoren zich verhouden tot de kwaliteitsdimensies.

Dimensie Veiligheid

Hier is duidelijk veel aandacht voor. Het betreft indicatoren 3 (komen patiënten echt in aanmerking voor verlof of 'lichtere' vorm van FZ zorg'), 5 en 7 uit de set prestatie-indicatoren forensische zorg.





1

Dimensie Effectiviteit

Hieronder valt prestatie-indicator 1, het periodiek meten van de resultaten van de behandeling. Ook de indicatoren 4 (verandert het recidiverisico gedurende de behandeling?) en 6 horen hierbij.

2

Dimensie Efficiëntie

Hieronder vallen de doelmatigheidsindicatoren (1 t/m 4).

3

Dimensie Patiëntgerichtheid

Hieronder valt indicator 8.

4

Dimensie Tijdigheid

Hiervoor is prestatie-indicator 2 ontwikkeld. Dit betreft echter niet zozeer de forensische zorg (die de patiënt wordt opgelegd), maar meer de vervolgzorg die een patiënt nodig heeft. In die zin zouden we dit ook een patiëntgerichte indicator kunnen noemen.

5



Dimensie Gelijkheid

Er is geen specifieke indicator die dit aspect meet. Het is ook ongebruikelijk om hierover iets aan zorgaanbieders te vragen.

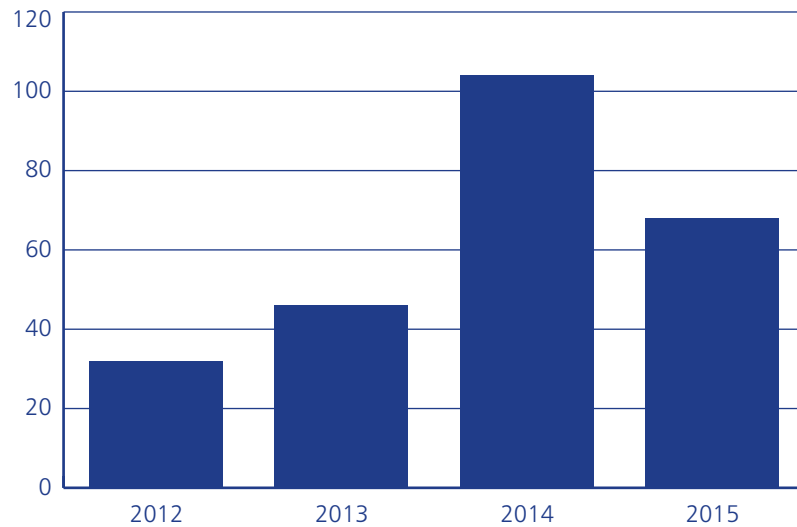
We zien dus vooral een focus op veiligheid en effectiviteit. Dit zijn zeker in de forensische zorg belangrijke kwaliteitsaspecten. Wat betreft de kwaliteitsdimensie tijdigheid is het wenselijk om toegangstijd tot de forensische zorg te monitoren. Wel geldt dat de zorgaanbieder maar een onderdeel is van het complete plaatsingsproces.

Hierna wordt een korte beschrijving gegeven van de prestatie-indicatoren forensische psychiatrie en de aanlevering daarvan. Ook leggen we de prestatie-indicatoren doelmatigheid kort uit.





Figuur 3 en 4 Aantal en soort instellingen dat scores op prestatie-indicatoren aanlevert

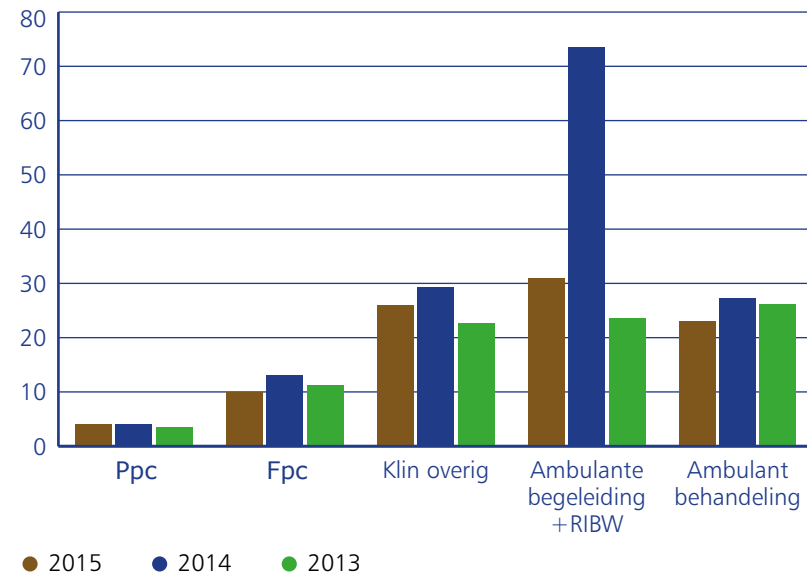


Bron: ForZo/JJI

Aanlevering prestatie-indicatoren forensische psychiatrie

In bovenstaande figuren is de aanlevering van de prestatie-indicatoren vanaf 2012 weergegeven.

In de bovenstaande figuren is te zien dat over 2015 minder gegevens zijn aangeleverd door de zorgaanbieders dan over 2014, vooral bij de organisaties die ambulante begeleiding bieden en beschermd wonen (RIBW). De stijging in 2014 komt vooral doordat in dat jaar alle



zorgaanbieders verplicht waren om de gegevens aan te leveren. Daarvoor en daarna hoefden instellingen met weinig patiënten (instroom in de eerste acht maanden van kalenderjaar minder dan 15 patiënten) in de forensische zorg dit niet te doen.





1

2

3

4

5

Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie

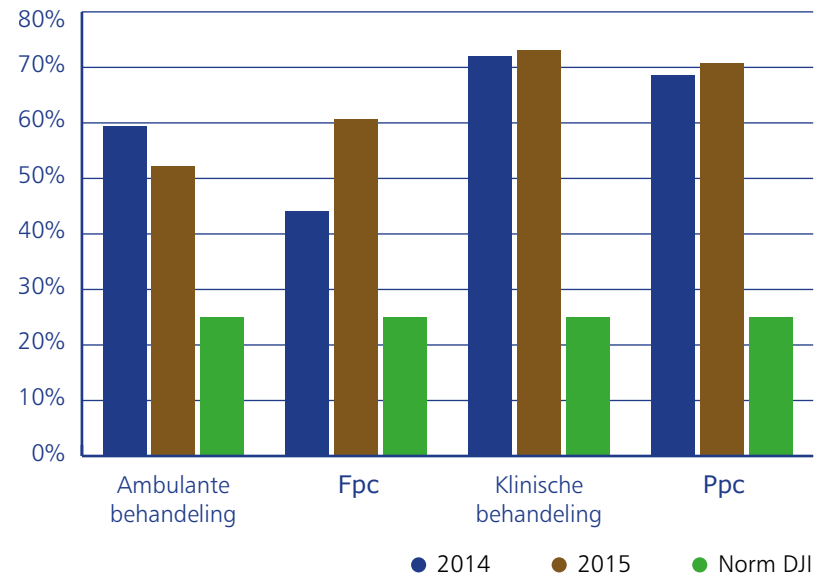
Hieronder volgen enkele voorbeelden uit deze indicatorenset. De resultaten worden weergegeven naar type instelling. De indicatoren die aangeleverd moeten worden zijn niet voor alle typen instellingen gelijk. In 2014 zijn er diverse definities gewijzigd, waardoor de vergelijking met eerdere jaren niet goed te maken is. We tonen daarom alleen de waarden in 2014 en 2015. Voor 2016 zijn nog geen resultaten beschikbaar.

Bij elke patiënt die voor minimaal drie maanden in behandeling wordt genomen, moet een beginmeting worden gedaan. DJI heeft voor deze indicator in 2015 een norm vastgesteld: bij minimaal een kwart van de cliënten van de zorgaanbieder moet een geldige en tijdige beginmeting zijn gedaan. Deze norm is ook in de grafiek zichtbaar.

In 2015 voldeden twee ambulante zorgaanbieders en een klinische zorgaanbieder niet aan de norm.

Aan de verschillen tussen 2014 en 2015 kunnen we geen eenduidige conclusies ontleen. Bij de fpc's is een hoger percentage te zien, maar dit is gebaseerd op een beduidend kleiner aantal patiënten. Vanaf 2015 geldt (voor alle type zorgaanbieders) onder andere dat patiënten met persoonlijkheidsstoornissen moeten worden uitgesloten van deze meting. Dit betekent, afhankelijk van de zorgaanbieder, een lager aantal patiënten waarvoor de meting wordt meegeteld.

Figuur 5 Indicator beginmeting ernst problematiek



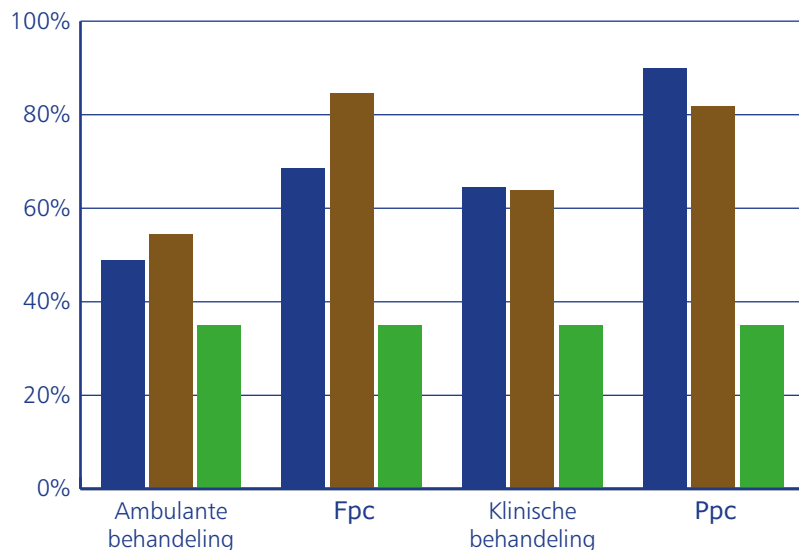
Bron: ForZo/JJI

De volgende indicator die we bekijken is 'het op systematische wijze meten van het recidiverisico'. Ook die start met een beginmeting. De tijd waarbinnen deze beginmeting moet worden uitgevoerd verschilt per type zorg (variërend van binnen een week na opname tot zes maanden na in behandeling te zijn genomen). In de definitie voor 2015 heeft DJI voor klinische instellingen (inclusief fpc en ppc) toegevoegd dat voorgeschreven meetinstrumenten worden gebruikt.





Figuur 6 Percentage cliënten met beginmeting recidiverisico binnen gestelde termijn



Bron: ForZo/JJI

DJI heeft in 2015 ook voor deze indicator een norm gesteld. Er moet een geldige risicotaxatie zijn voor 70% van de cliënten in forensische psychiatrische centra, en voor 35% van de cliënten van overige zorgaanbieders. Beide normen zijn in de grafiek weergegeven. In 2015 voldeden vijf ambulante zorgaanbieders, één klinische zorgaanbieder en één FPC niet aan deze norm.

Een andere indicator is het bijhouden hoe vaak forensische patiënten na afloop van de behandeling opnieuw een delict plegen (recidive). DJI wil komen tot een outputgerichte indicator: het aantal daadwerkelijke gevallen van recidive in relatie tot het aantal behandelde patiënten. Met een landelijke registratie is dat momenteel echter nog niet mogelijk. Daarom is gekozen voor een procesindicator die aangeeft in hoeverre de zorginstelling zich inspant om zicht te krijgen op voorkomende recidive van behandelde patiënten. Deze indicator is na uitvraag in 2014 en 2015 'on hold' gezet. DJI werkt aan een betere definitie.

Prestatie-indicatoren doelmatigheid fpc's

Alle fpc's en vier fpk's moeten gegevens aanleveren bij DJI voor de prestatie-indicatoren doelmatigheid die uitsluitend betrekking hebben op de tbs-gestelden.

DJI stelde voor twee van de vier indicatoren een norm op, namelijk:

- Percentage tbs-gestelden met begeleid verlov binnen twee jaar;
- Percentage tbs-gestelden met proefverlov / (voorwaardelijke) beëindiging binnen acht jaar.

De norm voor de eerste indicator is als volgt:

- Het percentage patiënten dat binnen twee jaar begeleid verlov heeft, ligt boven het landelijk gemiddelde;
- Het percentage ligt boven het percentage van vorig jaar (bij dezelfde instelling).





1

De norm voor de tweede indicator (verslagjaar 2015) is 33 procent; een op de drie patiënten dient binnen 8 jaar klaar te zijn voor proefverlof. Op termijn gaan de normen voor beide indicatoren naar 50%. Hiermee gunt DJI de instellingen dus enige tijd om aan de doelstellingen te voldoen.

2

Twee fpc's voldeden niet aan deze normen in 2015: een instelling voldeed niet aan beide normen en een instelling voldeed niet aan indicator 1.

3

DJI geeft publiekelijk geen inzicht in de resultaten van de deel-indicatoren. In het rapport 'DJI in getal' staat vermeld dat de behandelduur inmiddels is gezakt naar minder dan 8 jaar. Dit is een aanwijzing dat het beleid van DJI effect heeft.

4

Wat is de rol van kwaliteit bij de zorginkoop?

ForZo/JJI neemt een aantal maatregelen om de kwaliteit van zorg te stimuleren via de zorginkoop. Bij de vaststelling van deze maatregelen heeft DJI een marktconsultatie uitgevoerd voor de inkoop van 2017. Dit is bedoeld om de zorgaanbieders actief te betrekken bij de vormgeving van de zorginkoop, aldus ForZo/JJI.

5

Voor de inkoop van 2017 spelen onderstaande maatregelen een rol met betrekking tot de kwaliteit van zorg:

- ForZo/JJI eist bij de zorginkoop dat zorgaanbieders de prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie aanleveren. Doen zij dit niet, dan legt ForZo/JJI een direct opeisbare boete op. Vooralnog moeten de prestatie-indicatoren inzicht geven in de kwaliteit, maar de resultaten worden nog niet gebruikt voor tariefdifferentiatie en/of selectieve inkoop.
- Een lagere tariefkorting wordt gegund als aantoonbaar sprake is van Forensische (F)ACT-teams (Flexibele Assertive Community Treatment), CCAF-certificering, online consult en/of mobiele zorgapplicaties.
- Een nieuwe ontwikkeling bij de inkoop van 2017 is de introductie van meerjarige prestatiecontracten op basis van 'best value procurement'. Het uitgangspunt hiervan is dat de beste kwaliteit wordt geleverd als de zorgaanbieder de ruimte krijgt om naar eigen inzicht het belang van kwaliteit, continuïteit en doorstroming van patiënten in te vullen.

De NZa vroeg de zorgaanbieders wat zij vinden van de eerste twee ontwikkelingen. Meer dan de helft van de zorgaanbieders is neutraal hierover. Daarbij zijn er meer respondenten positief over deze ontwikkelingen (25%) dan negatief (6%).





1

2

3

4

5

Op de vraag welke rol de zorginkoop kan spelen bij de verbetering van kwaliteit, geven de zorgaanbieders zeer uiteenlopende antwoorden. De aanbieders willen dat kwalitatief goede zorg beloond wordt, in plaats van dat er een korting wordt gegeven op de tarieven als er geen gegevens worden aangeleverd. Een algemene gedachte die uit de antwoorden naar voren komt, is dat ze meer naar de inhoud willen kijken in plaats van naar procedures (ze noemen de kwaliteitsgesprekken als een goede ontwikkeling).





Conclusies en aanbevelingen

1

In de forensische zorg is steeds meer aandacht voor de kwaliteit van de zorg. Met drie aanwezige indicatorensets wordt gewerkt aan transparantie hierover. Via de contractering wordt het aanleveren van deze gegevens gestimuleerd, omdat aanbieders anders beboet worden. Sinds 2017 onderneemt ForZo/JJI extra acties om kwaliteit te stimuleren. Zij doet dit door meer te betalen voor vernieuwende behandelingen en door meerjarige prestatiecontracten op basis van 'best value procurement' in te voeren.

2

Belangrijk is dat de zorginkoper meer informatie op het gebied van 'patiëntgerichtheid' en 'tijdigheid' benut dan eerder het geval was. Juist omdat fz-cliënten geen keuzevrijheid hebben, is het belangrijk dat de zorginkoper aanstuurt op bijvoorbeeld korte wachttijden door wachttijdinformatie te gebruiken bij de zorginkoop. Voor wachttijdinformatie zijn de ervaringen met de streefnormen uit het Beleidskader Plaatsing forensische zorg (of bijvoorbeeld de Treeknormen uit de ggz) hiervoor een aanknopingspunt.

3

4

5

Daarnaast zijn er binnen de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelingen die ook betekenisvol kunnen zijn voor de forensische zorg. Zo is per 2017 het kwaliteitsstatuut ggz ingevoerd. Met dit document beschrijft de zorgaanbieder de organisatie en kwaliteit van haar dienstverlening. Het hebben, registreren en naleven van het kwaliteitsstatuut is vanaf 1 januari 2017 een wettelijke verplichting voor ggz-aanbieders. Mogelijk kan dit ook voor de forensische zorg een geschikt instrument zijn voor kwaliteitsborging.

Tenslotte zien wij mogelijke risico's voor kennisdeling (en daarmee kwaliteitsverhoging) door fpc's. De NZa vindt het uitwisselen van 'best practices' tussen deze organisaties erg belangrijk. Immers, fz-cliënten kunnen niet hun eigen zorgaanbieder kiezen en kunnen dus niet 'met de voeten stemmen'. Met de IGZ zullen wij deze ontwikkelingen daarom in de gaten houden.

De NZa verwacht van ForZo/JJI dat zij, in het belang van tijdige zorglevering, informatie over de wachttijden in de forensische zorg zal benutten bij de zorginkoop. De NZa zal in 2018 toetsen of dit ook is gebeurd. De NZa vraagt aan TBS Nederland en het EFP om een geschikte werkwijze te ontwikkelen voor kennisuitwisseling tussen forensisch psychiatrische centra. Aan zorgaanbieders en de verzekeraar vraagt de NZa om de mogelijkheden te onderzoeken voor een kwaliteitsstatuut voor de forensische zorg.





5. Innovatie in de forensische zorg

1

Dit hoofdstuk beschrijft de ruimte voor innovatie in de forensische zorg. We vroegen aanbieders naar zorginnovaties en de bekendheid van verschillende mogelijkheden voor innovatie in de regelgeving.

2

Mogelijkheden voor innovatie

Zorgverzekeraars kunnen binnen de huidige regels de meeste innovaties in de zorg financieren. Sommige innovaties passen niet binnen de huidige productstructuur en tariefstelling. Om die innovaties mogelijk te maken, zijn er verschillende regelingen en initiatieven.

3

Expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP)

Het EFP is gericht op kwaliteitsverbetering in de forensische zorg. Het EFP bevordert onder andere de samenwerking tussen de forensische instellingen en stimuleert ggz-instellingen, universiteiten en onderzoeksinstituten meer kennis uit te wisselen met elkaar. Samen brengen deze partijen in projecten innovatieve ontwikkelingen voort, zoals nieuwe manieren om behandelingen in te richten en kwaliteit meetbaar te maken.

4

5

Programma kwaliteit forensische zorg

Sinds 2011 maakt het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) innovatie in de forensische zorg mogelijk, voor zover passend binnen de programmadoelstellingen. Het programma Kwaliteit Forensische zorg komt voort uit de Meerjarenaafspraken Forensische Zorg tussen Vereniging Gehandicapten Zorg Nederland (VGN), GGZ Nederland en het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De focus van het programma Kwaliteit Forensische Zorg ligt op het meetbaar maken van kwaliteit en het stimuleren van de implementatie van producten die binnen het programma KFZ zijn ontwikkeld. Het programma KFZ loopt tot en met 2017, wanneer de Meerjarenaafspraken afgelopen zijn. Het is de wens van alle partijen om dit programma te continueren.

Het jaarlijkse budget van het programma KFZ bedraagt € 975.000 dat wordt toegekend door middel van concrete verzoeken om onderzoeksvoorstellen. De innovatiesubsidies van de Federatie Opvang (FO) en de VGN maken onderdeel uit van dit budget en worden toegekend aan de zorgaanbieders die bij deze organisaties zijn aangesloten. In totaal zijn er 61 projecten gestart, zowel voor het hele forensische zorgveld, voor een bepaald onderwerp, of voor een instelling of persoon. Begin 2017 zijn 30 van deze 61 innovatieprojecten afgerond.





1

2

3

4

5

WEET WAT JE KAN is een module die de diagnose 'Licht verstandelijke beperking' (LVB) bespreekbaar maakt met de patiënten. Patiënten met een Lichte Verstandelijke Beperking (IQ tussen 50/55 en 80/85) komen vanwege grensoverschrijdend gedrag in de strafrechtketen terecht of dreigen daarin terecht te komen. Veel cliënten hebben weinig besef van hun beperking, en zijn geneigd zichzelf te overschatten en hulp af te wijzen.

Deze module helpt forensische zorgaanbieders hun cliënten met een licht verstandelijke beperking te helpen en tips te geven hoe zij om kunnen gaan met deze beperking.

(Bron: Factsheet call 2013-3: Psycho-educatie LVB)

Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten

Sommige zorginnovaties vallen niet onder een zorgprestatie. Hiervoor hebben we de Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten (kortweg: 'beleidsregel Innovatie') opgesteld. Hiermee is het mogelijk om maximaal drie jaar op kleine schaal te experimenteren met zorg die onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz) valt. Het is vervolgens mogelijk om maximaal twee jaar verlenging te krijgen als er nog onvoldoende

uitkomsten zijn of als een langere onderzoeksduur nodig is om te beslissen of deze zorg regulier bekostigd kan worden. De beleidsregel Innovatie beperkt de tarieven die worden afgesproken met de zorgverzekeraar en de zorgaanbieders niet. Vanaf 1 januari 2017 geldt deze beleidsregel ook voor de forensische zorg. Door de beleidsregel Innovatie krijgen zorginkoper Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en zorgaanbieders meer ruimte om in de forensische zorg aan innovatie te doen en te experimenteren met nieuwe ideeën.

Bekendheid met innovatie-initiatieven en -regelingen

Ongeveer 85% van de zorgaanbieders is bekend met het programma Kwaliteit Forensische Zorg als initiatief voor innovatie. De beleidsregel Innovatie van de NZa is slechts bij ongeveer 50% van de zorgaanbieders bekend. Mogelijk neemt de bekendheid van deze regeling verder toe nu deze ook toegepast kan worden binnen de forensische zorg. Uit de vragenlijst is gebleken dat zo'n acht procent van de aanbieders niet bekend is met de bovengenoemde regelingen omtrent innovatie.

Welke mogelijkheden voor innovatie ervaren aanbieders?

Bijna 95% van de zorgaanbieders ziet mogelijkheden voor innovatie in de forensische zorg. Gevraagd naar de gebieden waar zij mogelijkheden zien voor innovatie, noemen de meeste zorgaanbieders 'andere vormen van organisatie en samenwerking met andere zorgsectoren' (62,5%). Dit is zowel binnen de forensische





1

zorg om bijvoorbeeld de overgang van behandeling naar beschermd wonen te vereenvoudigen, als over de verschillende domeinen als de Wmo, Wlz en Zvw heen. Andere veelgenoemde gebieden staan in de volgende tabel.

2

Tabel 16 Gebieden waarop aanbieders mogelijkheden zien voor innovatie

Mogelijkheid tot:	Percentage aanbieders (N=49)
andere vormen van organisatie en samenwerking met andere zorgsectoren	62,5
aanbieden van nieuwe behandel- en begeleidingsmethodes	55
technische innovatie en/of elektronisch toezicht en/of e-health	55
Delen en verspreiden van kennis	52,5

Bron: NZa

3

4

5

Welke mogelijkheden voor innovatie ziet de zorginkoper? Hoe stimuleert hij dit?

In gesprekken geeft de zorginkoper aan dat er aandachtspunten zijn bij innovatie in de forensische zorgsector. Zo kost het jaren om expertise op te bouwen in de forensische zorg. Ook verschilt de doelgroep in deze sector van de curatieve ggz. De zorg is erop gericht recidive te voorkomen en te bevorderen dat patiënten naar de

maatschappij kunnen terugkeren. De zorginkoper geeft wel aan dat een aantal aanbieders kleinere innovaties implementeert binnen de huidige prestaties en tarieven.

Zorginkoper ForZo/JJI stimuleert innovatie in de forensische zorgmarkt op meerdere manieren. Ten eerste met subsidies voor innovatieve projecten vanuit het Programma Kwaliteit Forensische Zorg. Ook in de tariefstelling stimuleert de zorginkoper e-health inzet en een Flexible Assertive Community Treatment-team ((F)ACT-team). Tot slot stimuleert ForZo/JJI samenwerking via kwaliteitsnetwerken van het EFP.

Zoals gezegd is het vanaf 2017 voor de forensische zorg mogelijk om experimenten met innovatie te starten via onze Beleidsregel Innovatie voor kleinschalige experimenten. Vooruitlopend op deze mogelijkheid is in 2016 de verkenning gestart om forensische zorg aan huis –het Volledig Pakket Thuis (VPT)- toe te voegen aan het forensische zorgaanbod. Deze zorg biedt patiënten de mogelijkheid om door te stromen naar een zelfstandige woning, waar zij dan ook de zorg en begeleiding krijgen die zij nodig hebben. ForZo/JJI zal ons in 2017 met een aantal zorgaanbieders vragen om te mogen experimenteren met VPT in de forensische zorg.





1

2

3

4

5

Innovaties in de forensische zorg

Zorgaanbieders zeggen dat de meeste innovaties in de forensische zorg over nieuwe behandel- en begeleidingsmethoden en de ontwikkeling van best practices gaan. Om deze best practices door te voeren is met name de samenwerking tussen partijen essentieel.

Bijna alle zorgaanbieders (92%) zijn bekend met de regelingen die er zijn omtrent innovatie. Zij maken hier niet allemaal gebruik van.

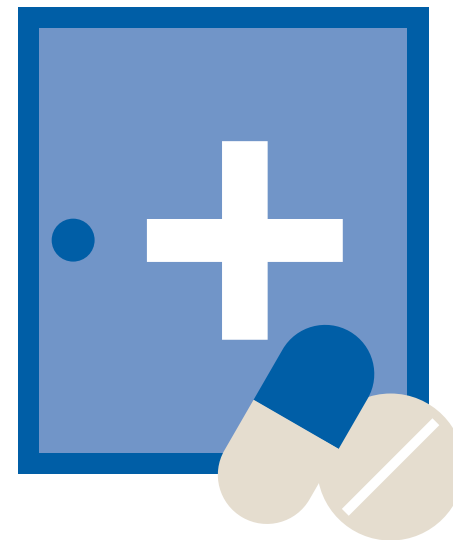
Tabel 17 **Gebruik van innovatieregelingen door aanbieders**

	Percentage aanbieders (N=49)
Wil geen gebruik maken van de regelingen voor innovatie	57
Maakt gebruik van een van de regelingen voor innovatie	35
Zou gebruik willen maken van een van de regelingen, maar heeft dit niet gedaan	8

Bron: NZa

Bijna 57% van de aanbieders wil geen gebruik maken van de regelingen voor innovatie. Het is mogelijk dat zij al innoveren, bijvoorbeeld binnen de huidige prestaties.

Slechts 8% van de aanbieders heeft gebruik willen maken van een van de regelingen, maar heeft dit niet gedaan. Een aantal aanbieders vertelt dat dit komt door de hoge administratieve lasten in deze sector. Een andere reden is dat veel innovatieprojecten over behandelzorg gaan. Zorgaanbieders die vooral begeleiding bieden, kunnen hierop geen aanspraak maken.





Conclusies en Aanbevelingen

1

Zorgaanbieders zien veel verschillende mogelijkheden voor innovatie binnen de forensische zorg. De meeste mogelijkheden zien zij op het gebied van andere vormen van organisatie en samenwerking met andere zorgsectoren. Vanuit andere trajecten (bijvoorbeeld het programma Continuïteit van Zorg) blijkt samenwerking met andere zorgsectoren echter niet vanzelf te gaan. Daarom moeten dergelijke initiatieven opgespoord en gestimuleerd worden.

2

In de ogen van de ForZo/JJI zijn er aandachtspunten voor het implementeren van innovaties in de forensische zorg. ForZo/JJI stimuleert innovatie wel in haar tariefonderhandelingen en door innovatiebudget vrij te maken voor het programma 'Kwaliteit Forensische zorg'.

3

Innovatieve projecten zijn de afgelopen jaren met name verlopen via het programma 'Kwaliteit forensische zorg' en projecten bij het expertisecentrum forensische zorg. Sinds dit jaar (2017) is het mogelijk om ook innovatieve projecten aan te melden bij de NZa voor een experimenteerperiode. ForZo/JJI wil hier ook gebruik van gaan maken.

4

5

Wij zien dat de mogelijkheden om innovatie te bekostigen toenemen. Zorgaanbieders kunnen hierover met ForZo/JJI afspraken maken. De NZa zal de mogelijkheden voor innovatie (via de beleidsregel Innovatie) de komende tijd actief onder de aandacht brengen bij zorgaanbieders. Het zou goed zijn als zorgaanbieders 'best practices' op het gebied van samenwerking met andere zorgsectoren opsporen en onderling delen. De NZa zal partijen hiervoor onderling in contact brengen, en zoekt daarvoor de samenwerking op met het EFP.



Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

Postadres

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Bezoekadres

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Telefoon: 030 - 296 81 11

Website: www.nza.nl

Twitter: [@zorgautoriteit](https://twitter.com/zorgautoriteit)

Informatielijn

Telefoon: 088 - 770 8 770

(bereikbaar tussen 09.00-17.00 uur - lokaal tarief)

E-mail: info@nza.nl

Vormgeving

Optima Forma bv

