

Onderzoek naar randvoorwaarden voor goede zorg en veiligheid in de penitentiair psychiatrische centra

Zorg en veiligheid onder druk in het PPC?



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum

2 december 2020

Opdrachtgever

Ministerie van Justitie en Veiligheid, Directie Sanctietoepassing en Jeugd

Contact

Aukje Hilderink (a.hilderink@aef.nl)

Referentie

GJ232/eindrapport

Foto op de voorkant: Lex van Lieshout / ANP

Inhoud

1 Hoofdboodschap van dit onderzoek	4
2 Inleiding op het onderzoek	8
2.1 Vraagstelling	9
2.2 Onderzoeksmethoden	10
2.3 Opdrachtgeverschap en begeleiding van het onderzoek.....	12
3 Wat doet het PPC?	13
3.1 Wat is het PPC?.....	13
3.2 Hoe zijn de PPC's ontstaan en wat is hun opdracht?.....	14
3.3 Beperkte invloed op zowel capaciteit als in- en uitstroom	18
4 Ontwikkelingen in de doelgroep	23
4.1 De doelgroep van de PPC's.....	23
4.2 Is er sprake van een toenemende complexiteit van de doelgroep?.....	24
4.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?.....	26
5 Administratieve taken	28
5.1 Aard en omvang van de administratieve taken	28
5.2 Hoe wordt de administratieve lastendruk ervaren?.....	31
5.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?.....	32
6 Werkdruk	34
6.1 De ervaringen met werkdruk en stress zijn wisselend.....	34
6.2 Wat zijn de oorzaken van werkdruk en stress?	35
6.3 Wat zijn steunende factoren die de druk verlichten?	36
6.4 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?.....	38
7 Personeel	39
7.1 In hoeverre lukt het de PPC's om passend personeel aan te trekken?	39
7.2 Medewerkers zijn positief over opleiding en ontwikkeling	40
7.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?.....	41
8 Ontwikkelingen in inkomsten en kosten	42
8.1 Inkomsten van de PPC's	42
8.2 Kosten PPC's	44
8.3 Welke knelpunten worden daarbij ervaren?.....	45
8.4 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?.....	46
Bijlage A Afkortingen	47

1 Hoofdboodschap van dit onderzoek

In dit onderzoek staat de vraag centraal in hoeverre de kwaliteit van zorg en veiligheid van patiënten en medewerkers in de Penitentiair Psychiatrisch Centra (PPC's) onder druk staan. Dit onderzoek is uitgevoerd door Andersson Elffers Felix, in opdracht van het ministerie van Justitie en Veiligheid. Dit onderzoek is een vervolg op het eerdere onderzoek naar veiligheid en kwaliteit van de forensische zorg in de breedte.¹ In dat onderzoek vielen de PPC's buiten de scope.

Op basis van het huidige onderzoek concluderen we dat **de kwaliteit en veiligheid in PPC's inderdaad onder druk staan**. De PPC's lijken voornamelijk in staat om te voorkomen dat de disbalans tussen instroom en het aantal beschikbare (crisis)plekken leidt tot onveilige situaties binnen het PPC. Waar het eerdere onderzoek constateerde dat de grens van maximale belastbaarheid was *overschreden*, constateren we voor de PPC's dat de grens *bereikt* is. De balans is precair, en met name de kwaliteit van zorg staat regelmatig onder druk.

Daarnaast is aannemelijk dat aanhoudende en/of toenemende druk op enig moment wel voor onveilige situaties gaat zorgen: het gaat nog goed, maar hoe lang nog? Ook is het aannemelijk dat wachtlijsten bij de PPC's leiden tot onveilige situaties *buiten* het PPC. Bijsturing is dan ook gewenst om te voorkomen dat de druk in de toekomst leidt tot onveilige situaties of de kwaliteit van zorg schaadt.

Hieronder vatten we de belangrijkste deelconclusies samen.

Er bestonden verschillende beelden over de opdracht van de PPC's

Een belangrijke reden voor het ontstaan van de PPC's in 2009 was om zorg te leveren vergelijkbaar met de zorg die ook buiten detentie geleverd kan worden (volgens de richtlijnen van de reguliere GGZ en de forensische psychiatrie). In een inspectierapport naar aanleiding van de start van de PPC's werd recidivereductie ook als doel benoemd². De PPC's lijken dit toentertijd niet expliciet gezien te hebben als onderdeel van hun opdracht, totdat uit het inspectierapport over het detentieverloop van Michael P. bleek dat het voorkomen van

¹ Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg, AEF 2018. Te vinden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/19/tk-bijlage-1-onderzoek-naar-kwaliteit-en-veiligheid-in-de-forensische-zorg>

² IGJ, *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*, 2011

recidiverisico wel als onderdeel van hun doelstelling gezien werd³. Het PPC werd dus langs een andere meetlat gelegd dan wat ze zelf als hun opdracht zagen. Mede naar aanleiding van dit inspectierapport hebben de PPC's in 2019 hun visie en doel herijkt en uitgeschreven.

... maar het gesprek over wat dit betekent moet nog worden gevoerd

De vraag wat deze aangescherpte visie eventueel *aanvullend* vraagt aan randvoorwaarden ten opzichte van de bestaande situatie, moet nog verder geëxpliciteerd worden in gesprek tussen de PPC's, DJI en JenV. Zo is het waarschijnlijk dat een opdracht op het gebied van recidivevermindering iets anders van een behandeling vraagt, bijvoorbeeld verdere afstemming met andere partijen in de keten. Zo zou die opdracht bijvoorbeeld ook een andere verblijfsduur kunnen vragen, wat invloed heeft op het benodigde aantal bedden.

Ook lijkt er spanning te bestaan tussen deze nieuwe visie en het uitgangspunt dat gedetineerden met psychische of psychiatrische problematiek in principe in een GGZ-instelling geplaatst worden, tenzij er sprake is van een contra-indicatie (ofwel het 'GGZ-tenzij' principe). Het is van belang om te voorkomen dat er op dit gebied opnieuw een discrepantie ontstaat tussen de verwachtingen die ministerie en Tweede Kamer hebben van de taakstelling van de PPC's, en het beeld dat de PPC's hier zelf van hebben. Daarom moet het gesprek over de uitwerking van de visie op de rol van de PPC's op deze concrete uitgangspunten expliciet gevoerd worden. Daarbij is een reële zorg of de opdracht aan de PPC's haalbaar is, als de opdracht verbreed wordt zonder dat de randvoorwaarden (zoals financiering) daarin meegroeien.

Het aantal opnames van patiënten in crisis stijgt harder dan de capaciteit...

In alle PPC's wordt de toename van het aantal patiënten in crisis benoemd als voornaamste factor waardoor veiligheid en kwaliteit van zorg onder druk zijn komen te staan. Het aantal opnames in crisis is fors gestegen van 480 in 2015 naar 915 in 2019.

Door de financieringsmethodiek, waarin een vooraf vastgesteld aantal bedden op een bepaald niveau wordt gefinancierd, zijn er nauwelijks mogelijkheden om de capaciteit op het zwaarste zorgniveau in gelijke mate uit te breiden. In de praktijk betekent dit dat er regelmatig gebruik gemaakt wordt van 'overbedden' (zoals inzet van rustcellen of isoleercellen). Dit zet met name de kwaliteit van zorg onder druk.

...en de invloed op in- en uitstroom is beperkt

PPC's hebben weinig mogelijkheden om de toegenomen druk op de capaciteit te beïnvloeden. De instroom is niet beïnvloedbaar omdat de PPC's in beginsel geen patiënten kunnen weigeren; en voor de uitstroom zijn de PPC's afhankelijk van onder andere de bereidheid van, en capaciteit bij, andere instellingen om een patiënt op te nemen.

Tegelijkertijd hebben de PPC's te maken met plotselinge uitstroom van patiënten, bijvoorbeeld wanneer iemand niet wordt vervolgd of de rechter onmiddellijke invrijheidsstelling gelast. Plotselinge uitstroom beperkt de mogelijkheden om een goede behandeling te bieden óf uitstroom naar een passende instelling voor te bereiden. Dat maakt het voor PPC's moeilijker om te voldoen aan hun opdracht om recidive en risico's te verminderen. In het gesprek over de opdracht is het van belang om die omstandigheden in het oog te houden.

³ Inspectie Justitie en Veiligheid en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Het detentieverloop van Michael P*, 2019

Andersson Elffers Felix

Werkplezier en trots helpen bij het omgaan met de hoge werkdruk...

Uit zowel de enquête als de interviews blijkt een hoge mate van werkplezier en trots. Zo geeft 90% van de respondenten aan plezier in het werk te hebben. In veel interviews gaven respondenten aan trots te zijn op wat zij voor elkaar kunnen krijgen met deze complexe doelgroep binnen de ingewikkelde kaders. Dit maakt dat de medewerkers beter om kunnen gaan met de druk op de capaciteit.

...maar als capaciteitsgebrek de kwaliteit van zorg bedreigt, wordt een grens bereikt

Medewerkers ervaren de meeste werkdruk waar het gebrek aan capaciteit invloed heeft op de kwaliteit van zorg. De druk op crisisbedden (FG-bedden) kan leiden tot inzet van overbedden (zoals isoleercellen en rustcellen) of versneld afschalen van zorg voor patiënten die in vergelijking met andere patiënten op de crisis-afdeling het meest stabiel zijn, maar soms eigenlijk ook nog nét niet voldoende gestabiliseerd zijn voor afschaling.

Deze gang van zaken heeft invloed op de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld omdat patiënten meer tijd op een dag ingesloten moeten blijven of een “warme ontvangst” niet goed mogelijk is. Dit levert druk op bij het personeel, omdat zij daardoor hun werk niet naar hun eigen standaarden kunnen doen. De druk op de capaciteit lijkt overigens (nog) niet te leiden tot (een gevoel van) onveiligheid binnen het PPC; vaak wordt juist aangegeven dat het werken in het PPC veiliger zou zijn dan in een GGZ-instelling.

Administratieve taken kosten tijd maar niet onnodig veel

Medewerkers geven aan ongeveer 13 uur per week bezig te zijn met administratieve taken. Dit is iets minder dan in het onderzoek naar de bredere forensische zorg. Daarbij valt op dat de administratieve taken over het algemeen niet als onredelijk belastend worden ervaren; medewerkers herkennen over het algemeen het nut ervan en benoemen een beperkt aantal punten waarop de administratie onnodig veel tijd kost door inefficiënties.

De grootste uitzondering is het moeten rapporteren in meerdere systemen, wat als onnodig en frustrerend wordt ervaren. Uit de werksessies blijkt echter dat de extra tijd die dit kost beperkt is. Een eventuele oplossing hiervoor zou dus vooral bijdragen aan de tevredenheid en ervaren nut, maar vermoedelijk weinig impact hebben op de tijd die aan administratie wordt besteed.

Krapte op de arbeidsmarkt is een risico dat met veel inspanning beheerst wordt

In dit onderzoek is ook gekeken naar de mate waarin de PPC's in staat zijn voldoende gekwalificeerd personeel aan zich te binden. Over het algemeen zijn medewerkers positief over het opleidingsniveau van henzelf en hun collega's, en de mogelijkheden om extra opleidingen en training te volgen.

Wel blijkt het lastig om de instroom van nieuw personeel voldoende te garanderen; door continue werving lukt het, maar met moeite. Met name bij bepaalde beroepsgroepen (zorgpersoneel, zoals verpleegkundigen en GZ-psychologen) is de bezetting maar net voldoende, en leiden ziekte of verlof al snel tot tekorten.

Blijf het gesprek voeren over visie en doelstelling, en stuur waar nodig bij om kwaliteit en veiligheid ook in de toekomst te borgen

In dit onderzoek hebben we geconstateerd dat de kwaliteit en veiligheid inderdaad onder druk staan. Daarbij lijken de PPC's vooralsnog in staat om te voorkomen dat er onveilige situaties binnen het PPC ontstaan, maar enige negatieve impact op de kwaliteit van zorg kan al niet meer vermeden worden. Ook lijkt er een ontwikkeling plaats te hebben gevonden in de

rol van de PPC's in het zorgstelsel, mede naar aanleiding van externe factoren. De belangrijkste aanbevelingen op basis van het huidige onderzoek zijn daarom de volgende:

- Blijf het gesprek voeren over visie en doelstelling van de PPC's. Eerdere onduidelijkheden lijken inmiddels voldoende verhelderd. Tegelijkertijd lijken er verschillende interpretaties van (het belang en de invulling van) "GGZ-tenzij" te bestaan – en daarmee van de rol van de PPC's in het bredere stelsel. We adviseren daarom in de komende periode verdere verdieping te zoeken op dit thema.
- Daarnaast is het van belang dat PPC's, ministerie en DJI met elkaar het gesprek voeren over – en bijsturen op - mogelijkheden om de druk op de randvoorwaarden te verlichten. Daarbij moet ook expliciet aandacht besteed worden aan wat de huidige opdracht betekent voor die randvoorwaarden. Een eventuele verdere verdieping van de opdrachtformulering (met name rondom het "GGZ, tenzij"-principe) kan ook invloed hebben op de uitkomst van het gesprek over de randvoorwaarden.

2 Inleiding op het onderzoek

Beschikken de PPC's over de randvoorwaarden om goede zorg in een veilige omgeving te bieden?

Voor u ligt ons onderzoek naar *randvoorwaarden voor goede zorg en veiligheid in de Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC's)*. Staan de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de PPC's onder druk?

Om deze vraag te beantwoorden kijken we in dit onderzoek naar de randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid, aan de hand van vijf deelthema's:

- De doelgroep die in een PPC verblijft;
- De administratieve taken in een PPC;
- De werkdruk;
- Het personeel;
- Kosten en inkomsten.

Eerder onderzoek binnen de forensische zorg liet zien dat kwaliteit en veiligheid onder druk staan

In 2017 bracht Michael P. Anne Faber om het leven. Dit gaf aanleiding voor een maatschappelijk debat over het functioneren van de forensische zorg. De Inspecties en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid deden uitgebreid onderzoek. Naar aanleiding van zorgen over de kwaliteit van zorg en veiligheid deed Andersson Elffers Felix (AEF) in 2018 onderzoek in de forensische zorg. Daarin concludeerden we dat de forensische zorg onder druk staat.⁴

De Kamerleden Van Toorenburg, Van Wijngaarden, Buitenweg en Van der Staaij dienden een motie in om een vergelijkbaar onderzoek te laten uitvoeren in de PPC's⁵. Uitdagingen in de brede forensische zorg en GGZ - zoals wachtlijsten, krapte in personeel en veel administratieve lasten - kunnen immers ook spelen bij de PPC's. Gezien de complexiteit van de doelgroep en de specifieke setting, waarin zorg en detentie elkaar raken, is het van belang dat de randvoorwaarden voor goede zorg en een veilige omgeving op orde zijn.

⁴ Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg, AEF 2018. Te vinden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/19/tk-bijlage-1-onderzoek-naar-kwaliteit-en-veiligheid-in-de-forensische-zorg>

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2018-2019, 33 628, nr. 54

Ter introductie: wat is een PPC?

Een Penitentiair Psychiatrisch Centrum is een onderdeel van een Penitentiaire Inrichting (PI) waar psychische en psychiatrische zorg beschikbaar is. Er verblijven gedetineerden (ofwel patiënten) die te maken hebben met een psychiatrische stoornis, een verslaving, of een verstandelijke beperking. Vaak is er sprake van een combinatie van deze zaken. In een PPC ontvangen patiënten geestelijke gezondheidszorg (GGZ) die gelijkwaardig is aan de klinische GGZ buiten een penitentiaire inrichting, uiteraard voor zover mogelijk binnen de context van detentie. Het grootste deel van de patiënten in een PPC zijn mensen die preventief gehecht zijn en nog in afwachting van hun rechtszaak. Mensen verblijven gemiddeld 3,5 maand in een PPC.

Leeswijzer

In dit hoofdstuk zullen we een korte toelichting geven op de vraagstelling voor het onderzoek, de onderzoeksmethoden en begeleiding van het onderzoek. Vervolgens beschrijven we in hoofdstuk 3 de rol van de PPC's en de context waarbinnen ze opereren. In hoofdstuk 4 tot en met 8 gaan we in op de vijf deelthema's: doelgroep, administratieve taken, werkdruk, personeel en kosten & inkomsten. De overkoepelende conclusies van het onderzoek heeft u in hoofdstuk 1 kunnen lezen.

In het rapport zullen we steeds spreken over "patiënten" waar het gaat om de doelgroep van de PPC's: gedetineerden die vanwege psychiatrische problematiek en/of ernstige psychische problemen behandeling nodig hebben.

2.1 Vraagstelling

Het onderzoek had tot doel om onderstaande hoofdvraag te beantwoorden.

In hoeverre staan kwaliteit van zorg en veiligheid van patiënten en medewerkers in de PPC's onder druk?

Daarbinnen onderscheiden we vijf deelthema's:

- **Doelgroep:** hoe heeft de complexiteit van de doelgroep zich ontwikkeld (bijvoorbeeld in zorgzwaarte en aard van de problematiek); en wat betekent dit voor het werk binnen de PPC's?
- **Administratieve taken:** welke administratieve taken zijn er en hoe worden deze ervaren?
- **Werkdruk:** Ervaart het personeel in de PPC's een te hoge werkdruk? Hoe uit zich dat, en welke oorzaken liggen eraan ten grondslag? Welke steunende factoren helpen het personeel om te gaan met de werkdruk?
- **Personeel:** Is het personeel voldoende geëquipeerd om met de populatie om te gaan? Lukt het voldoende om gekwalificeerd en ervaren personeel aan te trekken?
- **Kosten en inkomsten:** Hoe verhouden kosten en inkomsten zich tot elkaar? Welke knelpunten bestaan er rond de financiering?

De **scope** van het onderzoek is afgebakend op de *randvoorwaarden voor kwaliteit van zorg en veiligheid binnen de PPC's*. Dit betekent in de praktijk onder andere het volgende:

- **We kijken in het onderzoek naar de randvoorwaarden voor kwaliteit van zorg en veiligheid.** Dat betekent ook dat we op basis van dit onderzoek niet concluderen of de PPC's goede en veilige zorg leveren. We onderzoeken of de PPC's *in staat zijn gesteld* om goede en veilige zorg te leveren, door vijf deelthema's te onderzoeken als randvoorwaarden voor goede en veilige zorg.

- **Het onderzoek richt zich specifiek op de PPC's.** Wat er binnen het PPC gebeurt kan logischerwijs ook impact hebben op de kwaliteit van zorg en veiligheid bij andere partijen in de keten. Wachtlijsten bij het PPC kunnen de veiligheid van gedetineerden in GW bijvoorbeeld in het gedrang brengen (bijvoorbeeld bij suïcidaliteit), of de kwaliteit van rapportage binnen het PPC kan invloed hebben op de kwaliteit van zorg na uitstroom. In het onderzoek is specifiek gekeken naar kwaliteit van zorg en veiligheid *binnen* het PPC. De impact daarvan op de andere partijen in de keten is niet onderzocht; eventuele relevante noties die in de loop van het onderzoek naar voren zijn gekomen worden wel benoemd.

2.2 Onderzoeksmethoden

In het onderzoek is gekozen voor een combinatie van onderzoeksmethoden, om tot een zo volledig mogelijk beeld te komen. Daarbij is zoveel mogelijk aangesloten bij de onderzoeksmethoden die in het eerdere onderzoek zijn ingezet.

Literatuurstudie / documentanalyse

We zijn het onderzoek gestart met een brede literatuurstudie over de forensische zorg en het GW. De PPC's functioneren in een hele specifieke setting, met een unieke combinatie tussen forensische zorg enerzijds en de penitentiaire inslag anderzijds. Dat vraagt om een kritische interpretatie van de beschikbare literatuur.

Naast een brede literatuurstudie zijn documenten opgevraagd bij de PPC's op de verschillende thema's. In overleg met de quality controllers zijn de onderwerpen en typen documenten vastgesteld. Uiteindelijk zijn op basis hiervan 180 documenten opgeleverd en meegenomen in het onderzoek.

Enquête

In het onderzoek is een enquête uitgezet onder de medewerkers en leidinggevenden van het PPC⁶. De enquête was een aangepaste versie van de vragenlijst die is gebruikt in het onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg in 2018. De vragenlijst bevatte 41 vragen.

In totaal hebben 359 respondenten de enquête ingevuld. De respons was voldoende verdeeld over de verschillende locaties, leeftijdscategorieën en aantal jaren ervaring in de forensische zorg. Een relatief groot deel van de respondenten is zorg- en behandelingsrichtingswerker (ZBIW'er) of verpleegkundig ZBIW'er.

Interviews

In het onderzoek zijn 22 semi-gestructureerde interviews afgenomen. In de PPC's werken mensen in bepaalde functies gebruikelijk in vaste duo's (zoals de combinatie behandelcoördinator en afdelingshoofd); we hebben binnen de PPC's voornamelijk duo-interviews uitgevoerd.

We hebben de volgende personen gesproken:

- DJI: 3 interviews over o.a. financieringssystematiek
- Verspreid over de vier PPC's 17 (duo)-interviews met personen in de volgende functies:

⁶ Inclusief directeuren zorg & behandeling en vestigingsdirecteuren

- Directeur zorg & behandeling en vestigingsdirecteur
- Plaatsvervangend vestigingsdirecteur en hoofd behandeling
- Behandelcoördinator PPC en afdelingshoofd PPC
- Vaktherapeut en psychiater
- ZBIW-er en Verpleegkundig ZBIW-er
- Casemanager en sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Complexbeveiliger
- Geestelijk verzorger (2x)

Ter voorbereiding van de interviews is een gespreksleidraad opgesteld. Daarbij zijn onder andere voorlopige uitkomsten uit de documentstudie en uit de enquête meegenomen. Aan respondenten is een verkorte versie van de gespreksleidraad toegezonden.

Voor de interviews bij de PPC's zijn werkbezoeken georganiseerd. De andere interviews hebben telefonisch of digitaal plaatsgevonden.

Werksessies

We hebben twee werksessies georganiseerd om de administratieve taken, de tijd die iedere taak kost, en ervaringen met de taken in kaart te brengen. In verband met corona en reistijd is ervoor gekozen om deze sessies digitaal te laten plaatsvinden. Op basis van de interviews en in overleg met de quality controllers van de PPC's, is gekozen om één sessie met ZBIW'ers te organiseren en één sessie met behandelcoördinatoren. Aan de eerste sessie namen vier ZBIW'ers (per PPC één) deel en aan de tweede sessie drie⁷ behandelcoördinatoren van verschillende PPC's. Doordat de deelnemers in verschillende PPC's werkzaam waren, konden zij gezamenlijk reflecteren op de administratieve taken over de verschillende PPC's heen en de eventuele verschillen tussen PPC's.

Ter voorbereiding hebben deelnemers een memo ontvangen, met een korte toelichting op het doel van de werksessie en het verzoek enkele vragen vooraf voor te bereiden. In de sessie zijn vervolgens de administratieve taken doorgesproken aan de hand van de volgende thema's:

- Overzicht van administratieve taken
- Inschatting tijdsbesteding per taak
- Verdiepen bevindingen administratieve taken, op de volgende thema's:
 - Tijdsbesteding
 - Ervaren nut
 - Verhouding administratieve en behandeltaken
 - Duidelijkheid
 - Ondersteuning door ICT-systemen
- Waar mogelijk, een korte verkenning van oplossingsrichtingen

In de twee werksessies hebben we daarmee aard, omvang en nut van de administratieve taken in kaart gebracht, en zo een verdiepingsslag kunnen maken op de inzichten rondom administratieve lasten uit de enquête en de interviews.

⁷ In eerste instantie zouden hier ook vier behandelcoördinatoren (per PPC's één) aan deelnemen, maar in verband met een spoedgeval moest één behandelcoördinator op het laatste moment afzeggen.

2.3 Opdrachtgeverschap en begeleiding van het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd onder opdrachtgeverschap van het ministerie van Justitie en Veiligheid, in nauwe afstemming met DJI. Daarnaast heeft twee keer een bijeenkomst met de klankbordgroep plaatsgevonden met vertegenwoordigers van JenV, DJI, de directeurs behandeling & zorg en de quality controllers van de PPC. Eerste inzichten zijn tussentijds besproken met de opdrachtgevers en in het PO PPC, waar zowel de directeurs zorg & behandeling als de vestigingsdirecteurs van de PPC's zitting hebben.

3 Wat doet het PPC?

In diverse gesprekken in het onderzoek is de doelstelling van het PPC kort aan de orde geweest. Waar zijn zij voor, en wanneer doen ze het goed? In dit hoofdstuk gaan we hier kort op in, waarbij we ook stil staan op enkele knelpunten in het proces van in- en uitstroom.

U leest in dit hoofdstuk over:

- Wat het PPC is;
- Hoe de PPC's ontstaan zijn, en wat hun rol is;
- De beperkte invloed die PPC's hebben op de in en uitstroom van patiënten.

3.1 Wat is het PPC?

De PPC's bevinden zich op het snijvlak van forensische zorg en detentie

Een PPC is een onderdeel van een PI waar psychiatrische zorg geboden wordt aan patiënten met een complexe zorgvraag, en die verdacht zijn van, of veroordeeld, voor het plegen van een strafbaar feit. De PPC's hebben daarmee een unieke positie omdat zij zich op het snijvlak van (forensische) zorg en GW bevinden. Het PPC moet zorg leveren volgens de richtlijnen van de reguliere GGZ en de forensische psychiatrie, binnen de context van detentie.

Daarmee hebben de PPC's te maken met wetten, regelgeving en systemen vanuit beide domeinen. Zowel de Penitentiaire beginselenwet (PBW), als de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Forensische Zorg (WFZ) zijn van toepassing⁸.

Voor de uitvoering is vanuit DJI de divisie Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring (GW/VB) verantwoordelijk. De divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen (ForZo/JJI) van DJI is daarbij verantwoordelijk voor de inkoop, financiering en kwaliteit van de zorg. De NZa stelt daarbij de tarieven vast op basis van kostprijsonderzoek in de brede forensische zorgsector. De financiering loopt net als in het brede stelsel forensische zorg volgens de DBBC-systematiek.

⁸ We benoemen enkele specifieke voorbeelden uit beide domeinen. Logischerwijs hebben PPC's ook te maken met wetgeving zoals AVG.

De PPC's leveren klinische zorg op veiligheidsniveau 4 en zorgzwaarte D, E, F en G

Binnen de forensische zorg is een onderscheid te maken tussen klinische zorg, ambulante zorg en verblijfszorg. De PPC's leveren (in principe) klinische zorg, wat betekent dat er sprake is van een 24-uurs verblijfssetting waarbij ook behandeling wordt geboden⁹. PPC's behandelen patiënten met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen met zorgzwaarte D, E, F en G (met uitzondering van enkele C-plekken op de prepassanten-afdeling). Het veiligheidsniveau is niveau 4, ofwel het hoogste veiligheidsniveau binnen de forensische zorg.

Er zijn vier PPC's waar in totaal 670 bedden beschikbaar zijn

Op dit moment zijn er vier PPC's in Nederland, met elk verschillende aantallen PPC-bedden (zie onderstaande tabel)¹⁰. In totaal zijn er 670 plaatsen. Deze bedden zijn de afgelopen jaren voor 95-100% bezet. Gemiddeld wachten zo'n 15-25 patiënten op een plaatsing in een PPC. Deze wachtlijst maakt dat patiënten langer in de reguliere PI verblijven, wat daar mogelijk tot een extra belasting zou kunnen leiden.

PPC Haaglanden	PPC Vught	PPC Zaanstad	PPC Zwolle
156 bedden voor mannen	258 bedden voor mannen	116 bedden voor mannen, 8 voor vrouwen	96 bedden voor mannen, 36 voor vrouwen
D: 84	C: 12	D: 54	D: 74
E: 24	D: 138	E: 24	E: 12
F: 36	E: 36	F: 34	F: 34
G: 12	F: 60	G: 12	G: 10
	G: 12		

3.2 Hoe zijn de PPC's ontstaan en wat is hun opdracht?

De PPC's zijn in 2008 opgericht om goede zorg aan gedetineerden te kunnen bieden

De PPC's werden opgericht onder andere naar aanleiding van het rapport van de commissie-Visser¹¹ en in de context van grootschalige verandertrajecten¹² in en rond het gevangeniswezen (GW) in 2007. Het idee daarbij was onder meer om de plaatsen voor zorgbehoevende gedetineerden en daarmee de kennis en expertise te centreren (en uit te breiden), om gedetineerden zo de benodigde en kwalitatief goede zorg te kunnen bieden.

Het doel van het verbeteren van de kwaliteit lijkt in deze fase ook al samen te hangen met recidivereductie. De commissie-Visser noemt in haar rapport dat "*het ontbreken van voldoende behandelingsmogelijkheden [binnen de PI, red.] een verklaring kan zijn voor de hoge recidivepercentages onder de gevangenispopulatie*"¹³. Ook het IGJ rapport¹⁴ kort na de start van de PPC's benoemt het doel van recidivereductie voor de PPC's.

⁹ Met uitzondering van pilots met het bieden van ambulante zorg binnen het GW en bij uitplaatsing naar ketenpartners.

¹⁰ Onderbouwing zorgzwaarte PPC, april 2020

¹¹ Commissie-Visser, TBS, *vandaag over gisteren en morgen*, 2008

¹² Bijvoorbeeld het programma 'Modernisering Gevangeniswezen'

¹³ Commissie-Visser (paragraaf 2.4.2)

¹⁴ IGJ, *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*, augustus 2011

De verantwoordelijkheden voor verschillende type diagnose en behandeling waren voorheen nog verspreid over de Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA), de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdelingen ((B)IBA), de Forensische Observatie Afdeling (FOBA) en de forensische schakelunits (FSU). Tijdens een breder verandertraject binnen het GW werden deze in 2008 omgevormd naar twee vormen: de Extra Zorg Voorzieningen (EZV) (voor kwetsbare gedetineerden die zorg en structuur nodig hebben, aanwezig in elke PI) en vijf PPC's verspreid door het land. Op het moment bestaan daarvan nog vier PPC locaties: Haaglanden, Vught, Zaanstad en Zwolle. De PI in Maastricht, waar het PPC binnen gehuisvest was, sloot in 2013 haar deuren in de context van het concentreren van leegstand in het GW¹⁵.

PPC's hebben hun rol de afgelopen jaren ontwikkeld

Hoe de PPC's aankijken tegen hun opdracht, is de afgelopen jaren ontwikkeld. De veranderingen die daarmee gepaard gaan, hebben potentieel gevolgen voor de randvoorwaarden die nodig zijn voor het leveren van goede zorg binnen de PPC's. De PPC's zitten momenteel middenin deze ontwikkelingen en zijn zoekende en groeiende in deze rol. Het gesprek over wat de precieze gevolgen zijn voor de randvoorwaarden ook met JenV/DJI, moet daarbij nog explicieter gevoerd worden. Onderstaand lichten we deze verandering en de gevolgen verder toe.

3.2.1 Versterking focus op recidivereductie en beperken risico voor de maatschappij

Zorg voor gedetineerden in beginsel in een GGZ-instelling en tenminste gelijkwaardig

Met de introductie van de PPC's werd de kennis en kunde over psychische zorg aan gedetineerden gecentreerd. Het idee was dat daardoor betere patiëntgerichte zorg geboden kon worden, tenminste gelijkwaardig aan GGZ-standaarden. De PPC's werkten daarbij voornamelijk aan crisisstabilisatie en kortdurende behandelingen van patiënten, om patiënten ook snel door te kunnen plaatsen.

Het uitgangspunt bleef daarbij 'GGZ-tenzij'. Dat betekent dat gedetineerden met psychische of psychiatrische problematiek in principe in een GGZ-instelling geplaatst worden, tenzij er sprake is van een contra-indicatie. Deze inschatting wordt gemaakt door het PMO en NFIP/IFZ. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om een indicatie van een zeer hoog beveiligingsniveau, opgelegde levenslange straf of inschatting van maatschappelijke onrust bij plaatsing in de GGZ¹⁶. Indien er sprake is van een contra-indicatie worden patiënten in het PPC geplaatst, met een hoger veiligheidsniveau dan GGZ-instellingen.

De visie van de PPC's op hun rol is de laatste jaren verder ontwikkeld

In de interviews binnen de PPC's werd vaak benoemd dat hun opdracht de afgelopen jaren zou zijn veranderd. Geïnterviewden noemen dat de rolopvatting van de PPC's in eerste instantie een focus had op **het bieden van (psychische en psychiatrische) zorg gelijkwaardig aan deze zorg in de vrije samenleving** (rekening houdend met beperkingen van detentie) en **stabiliseren en doorplaatsen van patiënten**. Daarbij werd het PPC nog voornamelijk gezien als een speciale afdeling binnen de PI (in plaats van als forensische zorginstelling).

¹⁵ Zie Masterplan DJI 2013-2018, <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/06/19/masterplan-dji-2013-2018>

¹⁶ Zie: <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/klinische-zorg>

Dat veranderde onder meer door de onderzoeksrapporten verschenen rondom de casus Michael P. In deze onderzoeken werden de PPC's niet (enkel) getoetst naar de maatstaf van het bieden van gelijkwaardige zorg naar GGZ-standaarden, maar ook op hun bijdrage aan het verminderen van recidiverisico. De Inspectie JenV concludeerde bijvoorbeeld dat de maatschappelijke risico's onvoldoende waren ingeschat (bij doorplaatsing naar een forensische GGZ-instelling en het verlenen van vrijheden)¹⁷. Daarbij wordt bijvoorbeeld ook expliciet benoemd: *“Dit mag gelet op de doelstelling van de zorgverlening in het PPC Vught om een bijdrage te leveren aan het verminderen van recidive wel verwacht worden.”*¹⁸ Zoals verschillende geïnterviewden benoemden, werden ze ‘langs een andere meetlat gelegd’ dan de PPC's zelf als taakopvatting zagen. Bovendien was ook de visie op detentie in de breedte veranderd, met meer focus op het bevorderen van de veiligheid van de maatschappij door het veilig laten re-integreren van gedetineerden in de maatschappij. Deze verandering was nog niet meegenomen in de zorgvisie van de PPC's zelf. Dit alles vroeg van de PPC's om hun visie op hun rol te vernieuwen.

In de huidige visie is meer focus op risicovermindering en voorkomen van recidive

De afgelopen jaren is daarom de focus op **vermindering van risico's voor de maatschappij** en **het voorkomen van recidive** in de rolopvatting versterkt. Daarbij wordt meer nadruk gelegd op het PPC als forensische zorginstelling en wordt in de behandeling meer nadruk gelegd op het delict. Deze verandering lijkt vooral voort te komen uit een verandering in *nadruk* in de rolopvatting van de PPC's. Zoals beschreven, benoemde de IGJ in het eerste inspectierapport (2011) al wel dat het doel van de oprichting van de PPC's was *“Om het psychiatrisch hulpverleningsaanbod binnen de penitentiaire inrichtingen te verbeteren en te stroomlijnen, en daarmee recidivereductie te bewerkstelligen”* (p.9). In de interviews binnen de PPC's werd echter aangegeven dat eerder de focus nog minder op het onderdeel recidivereductie lag. Het feit dat hier nog minder de nadruk op lag (ook vanuit de IGJ), blijkt daarnaast ook uit het gehanteerde toetsingskader toezichtnormen hanteert voor de thema's kwaliteitsbeleid, psychiatrische en psychosociale behandeling/bejegening en farmaceutisch proces, maar nog minder ingaat op zaken rondom recidivereductie.

Om deze rolopvatting scherp in beeld te krijgen, hebben de vier PPC's in 2019 een 'Missie en Visie document' opgesteld. Het kader op de volgende pagina geeft onderdelen van de opgestelde visie weer, waaruit bovenstaande verandering blijkt.

¹⁷ Inspectie Justitie en Veiligheid en Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, *Het detentieverloop van Michael P*, 2019

¹⁸ Idem, p. 43

“Het PPC staat voor verantwoorde forensische zorgverlening aan gedetineerden met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen die op reguliere regimes onvoldoende behandeld kunnen worden. Wij doen dit door binnen een penitentiaire setting doeltreffende, doelmatige en op de gedetineerde gerichte zorg te bieden, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de zorg in de vrije samenleving, rekening houdend met de beperkingen van detentie. De geleverde zorg voldoet aan veld- en beroepsnormen en is gewaarborgd door een kwaliteitssysteem. Minstens zo belangrijk als de kwaliteit van zorg is de continuïteit van zorg [...]”

“De behandeling van afgestrafte gedetineerden in een PPC is erop gericht de risicofactoren te verminderen en beschermende factoren te vergroten om zo de kans te verkleinen dat een gedetineerde opnieuw een delict pleegt. De behandeling van preventief gehechte gedetineerden is gericht op stabilisatie gedurende het strafproces. Zodra het psychische gesteldheid dit toelaat wordt de behandeling voortgezet in reguliere regimes. Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de gedetineerde op een veilige en verantwoorde manier terugkeert in de maatschappij en dat de benodigde zorg gecontinueerd wordt. Op die wijze draagt het PPC bij aan de veiligheid van de samenleving.

3.2.2 De rol van de PPC's in het bredere stelsel

Geïnterviewden gaven aan dat de PPC's zich steeds meer ontwikkelen en steeds beter in staat zijn om het grootste deel van de zorg, de behandelingen en ook re-integratietrajecten zelf uit te voeren¹⁹. Daarmee voeren de PPC's ook een steeds groter deel van de behandelingen zelf uit. Ook is zichtbaar dat het aantal 'artikelplaatsingen'²⁰ afneemt.

Dit komt deels omdat de PPC's steeds meer van de zorg zelf kunnen uitvoeren (en artikelplaatsingen dus minder nodig zijn). Een andere reden die soms werd genoemd, is dat de PI verantwoordelijk blijft voor de gedetineerde, zowel binnen het PPC als in een andere instelling. Het PPC kan daarbij voelen als 'dichterbij' en 'makkelijker controleerbaar' dan externe forensische zorg instellingen, waar minder zicht op is. Daarnaast lijken deze artikelplaatsingen ook minder te worden ingezet naar aanleiding van de casus Michael P., met als gevolg meer focus op de risico's die bij artikelplaatsingen worden gezien en een andere visie op het uitzitten van de straf in detentie.

Daarnaast lijken er diverse complicerende factoren te spelen die het doorplaatsen van patiënten ingewikkeld kunnen maken, zowel tijdens als na afloop van detentie. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de druk op de capaciteit in de hoger beveiligde bedden in andere ggz-instellingen of tbs-instellingen. In de praktijk kan het daardoor bijvoorbeeld voorkomen dat

¹⁹ Uitzondering is de component resocialisatie, omdat bij het PPC niet geëxperimenteerd kan worden met vrijheden

²⁰ Op basis van artikel 15 lid 5 Pbw kunnen gedetineerden naar een klinische instelling worden geplaatst als de nodige zorg niet geleverd kan worden binnen de PI of PPC. Op basis van artikel 43 lid 3 Pbw kunnen gedetineerden in het laatste jaar van detentie geplaatst worden in een klinische voorziening of verblijfszorg buiten de PI of PPC in het kader van re-integratie.

patiënten in het kader van overbruggingszorg na afloop van de strafrechtelijke titel in een PPC verblijven, totdat plaatsing in andere ggz-instelling mogelijk is.

Dit roept echter ook de vraag op hoe deze en de eerder genoemde ontwikkelingen zich verhouden tot de rol van het PPC in het bredere stelsel, en tot het GGZ-tenzij principe. Deze ontwikkelingen kunnen een beweging in gang zetten waarin de interpretatie van het “GGZ-tenzij” principe verschuift van “GGZ tenzij er contra-indicaties zijn” naar “GGZ tenzij het PPC het zelf kan”. Om te voorkomen dat beelden over de opdracht van de PPC’s opnieuw uiteen gaan lopen lijkt het wenselijk om hier een expliciete keuze in te maken, in gesprek tussen het ministerie, DJI en de PPC’s.

3.2.3 Gevolgen voor randvoorwaarden

De meeste werknemers (in verschillende functies) gaven aan deze versterking van een focus op recidivereductie als een inhoudelijk positieve ontwikkeling te zien. Daarbij gaven zij ook aan dat dit iets anders van de PPC’s vraagt dan zij tot dusver deden. Het gaat dan bijvoorbeeld om het toepassen van andere behandelmethodes, en andere kennis en vaardigheden van personeel. Daarop aansluitend is vanaf 2018 is meer ingezet op inschatting van risico’s, zijn medewerkers geschoold in het gebruik van het risico-taxatie instrument HKT-r.

Tegelijkertijd zijn de PPC’s nog zoekende naar hoe ze deze taak (en dus de behandeling) het best in kunnen invullen binnen hun specifieke context. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de invulling wat haalbaar is binnen de korte verblijfsduur van patiënten, van gemiddeld 3,5 maand (daarbij variërend tussen patiënten van enkele dagen tot jaren), en hoe deze behandeling goed aan kan sluiten met vervolgbehandeling van ketenpartners in het forensische zorgstelsel. Daarnaast is denkbaar dat de bestede tijd per patiënt stijgt, met zowel een direct effect op de kosten (tijd van behandelaren) als een mogelijk indirect effect (omdat een individueel programma bij overbezetting kan betekenen dat extra personeel op de afdeling nodig is om te voorkomen dat andere patiënten extra ingesloten moeten zitten).

Hoe vorm gegeven moet worden aan de opdracht, en wat dit betekent voor de randvoorwaarden (zoals personeel, behandeling en kosten), lijkt echter nog niet expliciet afgestemd tussen de PPC’s en DJI/JenV.

3.3 Beperkte invloed op zowel capaciteit als in- en uitstroom

Binnen de specifieke context waarin ze functioneren hebben de PPC’s zelf beperkte invloed op de in- en uitstroom. In combinatie met de druk op de financiering (zie hoofdstuk 8) ervaren de PPC’s een grote druk op de capaciteit. Geïnterviewden gaven daarbij aan dat dit op dit moment nog niet tot acuut beheersmatige gevaarlijke situaties binnen het PPC, maar er worden hierdoor wel verschillende knelpunten ervaren en kan niet de optimale zorg (zoals bedoeld) worden geboden aan patiënten. Knelpunten bij de in- en uitstroom zijn bijvoorbeeld:

- de PPC’s mogen geen patiënten weigeren (in principe ook niet als er geen plek is). Wanneer beschikbare plekken bezet zijn wordt in overleg gekeken naar de mogelijkheden om een extra patiënt op te nemen. Bij plaatsing vanuit een PI hangt de termijn waarbinnen plaatsing plaats moet vinden daarnaast af van het type plaatsing (crisis, spoed of regulier).
- de PPC’s hebben geen zicht op de wachtlijsten en hebben geen invloed op de volgorde van de wachtlijst. Er kan dus ook geen bewuste afweging gemaakt worden

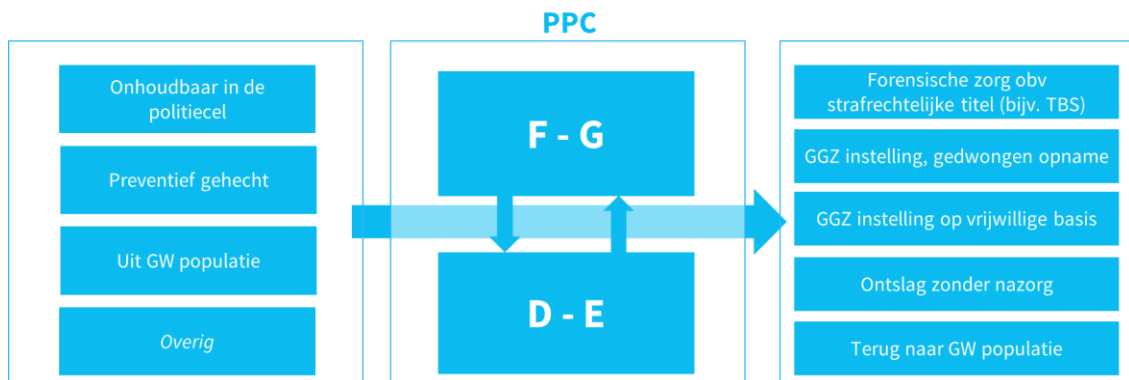
Andersson Elffers Felix

of de patiënt bovenaan de wachtlijst inderdaad als eerstvolgende opgenomen moet worden, of de aard en ernst van de problematiek maakt dat een patiënt lager op de lijst prioriteit zou moeten krijgen.

- de PPC's hebben in veel gevallen geen invloed op de duur van het verblijf van de patiënt. Ze zijn sterk afhankelijk van de besluiten genomen door de rechter (voor bijvoorbeeld de duur van de straf) of de officier van justitie (om te vervolgen).
- de PPC's zijn bij de uitstroom afhankelijk van (de juiste) beschikbare plaatsen bij ketenpartners.

Andersson Elffers Felix

In onderstaande figuur²¹ brengen we de verschillende in- en uitstroommogelijkheden (versimpeld) in beeld. Aan de hand van dit proces bespreken we in meer detail een aantal van de knelpunten waar PPC's tegenaanlopen.



Er is meer (behoefte aan) instroom in het PPC dan beschikbare plekken

Patiënten komen op verschillende manieren binnen bij het PPC. Zo kan een patiënt vanuit de reguliere PI worden geplaatst naar een PPC via een doorverwijzing van de gevangenispsycholoog. Daarnaast kan een gedetineerde direct vanuit de hechtenis op het politiebureau of door de rechter-commissaris worden doorverwezen naar een PPC. Dat gebeurt op indicatie van het NIFP of PMO. Op dit moment stroomt 33% van de patiënten in vanuit de politiecel of rechtbank.

De hoge bezettingsgraad binnen de PPC's en het uitgangspunt dat de PPC's geen patiënten mogen weigeren (ook niet als zij eigenlijk al maximaal bezet zijn), leidt ertoe dat de PPC's 'overbedden' inzetten. In de praktijk betekent dit dat patiënten geplaatst worden in isoleercellen of rustcellen (die eigenlijk bedoeld zijn om een patiënt in een prikkelarme omgeving tot rust te laten komen, en daarmee ook om onrust op de rest van de afdeling te voorkomen). Medewerkers geven aan dat dit een negatieve impact heeft op de kwaliteit van zorg; bijvoorbeeld omdat de start van de behandeling bemoeilijkt wordt wanneer een nieuwe patiënt bij binnenkomst in een isoleercel ingesloten wordt, en/of omdat patiënten niet meer naar een rustcel kunnen wanneer dat nodig is.

Gebrek aan plek binnen PPC kan tot knelpunten en gevaar bij ketenpartners leiden. Op het moment dat de PPC's 'vol' zitten en de wachtlijst langer wordt, ontstaan potentieel gevaarlijke situaties bij ketenpartners zoals in het GW. Hier kan mogelijk niet de juiste bescherming worden geboden aan de patiënt en medewerkers. Omdat dit onderzoek zich richtte op de kwaliteit en veiligheid *binnen* de PPC's, is dit knelpunt niet nader onderzocht bij de ketenpartners.

Knelpunten in het proces: beperkte informatie en late binnenkomst

In sommige gevallen is de informatie die beschikbaar is over een nieuwe patiënt die instroomt beperkt, met name bij instroom vanuit de politiecel. Soms is er geen diagnose- en behandelingsinformatie (patiënten in deze doelgroep zijn vaak zorgmijddend), maar het komt ook voor dat de informatie niet tijdig beschikbaar is voor het PPC. Daarnaast zorgt late instroom binnen het PPC er ook voor dat het niet altijd mogelijk is om een goede ontvangst te

²¹ Dit is een versimpelde weergave, waarbij niet alle combinaties in elk traject mogelijk zijn. In dit onderzoek zijn we niet ingegaan op de precieze procedures en eventuele knelpunten daarbinnen, maar brengen we de grote lijnen in beeld.

organiseren voor de patiënt. Er is dan bijvoorbeeld geen psychiater meer beschikbaar om de patiënt te zien²². Er zijn afspraken over het uiterste tijdstip waarop een nieuwe patiënt binnengebracht kan worden, maar hier wordt vaak niet aan voldaan. Dit komt onder andere door de afhankelijkheid van het gedetineerdenvervoer.

PPC's ervaren druk om (te) snel af te schalen

Patiënten komen binnen met een bepaalde zorgwaarte (D, E, F of G). Wanneer patiënten meer gestabiliseerd zijn en/of de zorgwaarte afneemt kunnen patiënten naar een lichtere zorgwaarte worden afgeschaald. Andersom is opschalen bij destabilisatie en/of toename van de zorgwaarte ook mogelijk indien dit nodig is. Patiënten met een DE-indicatie worden gezamenlijk geclusterd op een 'reguliere' afdeling en patiënten met een FG-indicatie op een 'crisis'-afdeling²³.

Medewerkers geven aan druk te ervaren om patiënten (te) snel af te schalen. Wel wordt aangegeven dat hierbij inhoudelijke argumenten uiteindelijk doorslaggevend zijn – ze zullen patiënten niet afschalen als dat echt niet mogelijk is. Als er gevraagd wordt om te kijken naar de mogelijkheden om af te schalen wordt gekeken welke patiënten het meest gestabiliseerd zijn en worden zij – mits dit verantwoord wordt geacht - van een crisisafdeling doorgeplaatst naar een reguliere afdeling.

Dit heeft uiteindelijk als gevolg dat meer 'zwaardere patiënten' op de D-E afdelingen terecht komen. Het risico bestaat dat deze patiënten, die nog op het grensvlak van E en F zitten, een destabiliserend effect hebben op de afdeling. Ook is de ratio personeel/patiënten op de DE-afdelingen anders. Dit in combinatie met eventuele zwaardere problematiek bij de afgeschaalde patiënt kan betekenen dat de patiënten bijvoorbeeld vaker ingesloten zitten en ZBIW'ers minder tijd hebben voor begeleiding van de groep, zeker wanneer er 1-op-1 programma's zijn.

Beperkte doorstroom ketenpartners of plotselinge uitstroom zorgt voor knelpunten

Als de psychische problemen zijn gestabiliseerd of opgelost, maar de gedetineerde nog niet zijn straf heeft uitgezeten, wordt de gedetineerde overgeplaatst naar de reguliere PI (eventueel naar de EZV) of via artikelplaatsing naar een passende instelling. Ook kan een patiënt op basis van een strafrechtelijke titel worden doorgeplaatst, bijvoorbeeld naar een tbs-instelling (als een patiënt tbs opgelegd heeft gekregen). Als de gedetineerde zijn straf heeft uitgezeten, maar de psychische problemen nog niet voldoende zijn behandeld, wordt via nazorg een juiste plek gevonden. Daarbij kunnen patiënten terecht komen in een GGZ-instelling via gedwongen of vrijwillige opname.

Een ingewikkelde situatie kan ontstaan wanneer patiënten onverwacht op korte termijn weer buiten komen te staan. Dat komt bijvoorbeeld voor wanneer patiënten in crisis zijn opgevangen omdat zij onhoudbaar zijn in de politiecel, maar de OvJ besluit geen vervolging in te stellen; of wanneer de rechter bij een preventieve hechtenis een onmiddellijke invrijheidsstelling gelast. Weliswaar wordt vaak benoemd dat "nazorg begint bij de voordeur", maar het vinden van de juiste plek voor een patiënt kan soms veel tijd kosten. Bij een plotseling vertrek kort na opname kan het lastig zijn om de nazorg tijdig te laten starten.

²² Daarbij gaat het om het fysiek zien van een patiënt. Er zijn 24/7 psychiaters bereikbaar. Uit veiligheidsoverwegingen kan ervoor gekozen worden om op bepaalde tijden enkel fysiek naar het PPC te gaan wanneer daar zwaarwegende redenen voor zijn.

²³ In PPC Vught is er ook een (kleine) specifieke G-afdeling

Andersson Elffers Felix

Daarnaast geven medewerkers aan dat uitstroom wordt bemoeilijkt door knelpunten bij ketenpartners. Zo bestaan er bijvoorbeeld voor GGZ-instellingen en tbs-klinieken wachtlijsten. Daarnaast willen niet alle ketenpartners de doelgroep accepteren vanwege veiligheidsrisico's. De beperkingen in geschikte uitstroomplaatsen vormen daarmee ook een belemmering voor het "GGZ, tenzij"-principe, zoals in de vorige paragraaf werd toegelicht.

4 Ontwikkelingen in de doelgroep

In dit hoofdstuk leest u over de ontwikkelingen in de doelgroep die in de PPC's verblijft. Een veelgehoord geluid is dat de doelgroep 'zwaarder' wordt. Daarover gaat dit hoofdstuk. Is er sprake van een toename in de complexiteit van problematiek? En neemt daardoor de zorgzwaarte toe? Wat betekent dat voor medewerkers en PPC's als geheel? U leest in dit hoofdstuk over:

- De doelgroep van de PPC's: wat voor patiënten hebben zij?
- Is er sprake van toenemende complexiteit?
- Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

4.1 De doelgroep van de PPC's

De doelgroep van de PPC's bestaat uit "gedetineerden met ernstige psychische problemen en psychiatrische stoornissen die op reguliere regimes onvoldoende behandeld kunnen worden."²⁴ De problematiek van de patiënten is vaak meervoudig en complex. De meestvoorkomende diagnose is schizofrenie; daarnaast komen persoonlijkheidsproblematiek, (licht) verstandelijke beperkingen en stoornissen in het gebruik van middelen regelmatig voor. Bij bijna de helft van de patiënten was er sprake van verwaarlozing en/of mishandeling in de jeugd.²⁵

De PPC's hebben crisisplekken (FG) en niet-crisisplekken (CDE)

Op een crisisafdeling (FG) verblijven patiënten met een ernstig acuut ontregeld toestandbeeld²⁶. Deze mensen zijn vaak zeer prikkelgevoelig en kunnen niet of met moeite functioneren in een groep. Er is sprake van een zeer beperkt ziekte-inzicht en een hoog risico op gevaarlijk gedrag naar anderen en soms naar zichzelf. Ze zijn op meerdere levensgebieden niet zelfredzaam.

Patiënten op een niet-crisis afdeling (CDE)²⁷ zijn patiënten die op de crisisafdeling voldoende gestabiliseerd zijn om af te kunnen schalen, patiënten met diverse vormen van

²⁴ PPC's Haaglanden, Vught, Zaanstad en Zwolle, *Missie en visie 2019*

²⁵ Penitentiair Psychiatrische Centra feiten en cijfers 2019, interne presentatie DJI

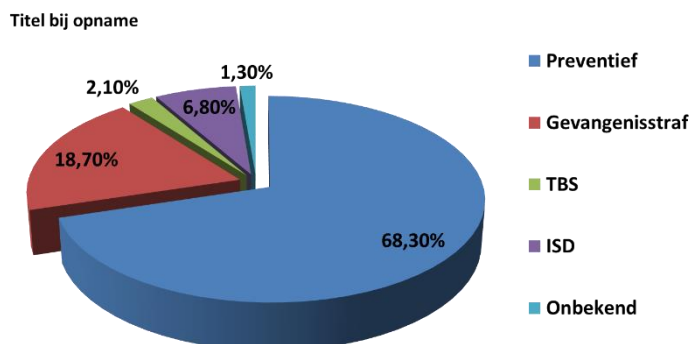
²⁶ DJI, *Onderbouwing Zorgzwaarte PPC versie 1.1.*, april 2020, p. 20

²⁷ Binnen de PPC's gaat het met name om DE-plekken, met uitzondering van C-plekken op de pre-passantenafdeling

gedragsproblematiek en patiënten met een ernstige stemmingsstoornis maar zonder sterk autodestructief gedrag.

Een groot deel van de doelgroep binnen het PPC bestaat uit preventief gehechten

Een groot deel van de doelgroep, twee derde van alle opnames, bestaat uit preventief gehechten.²⁸ Iets minder dan 20% van de opnames betreft een patiënt uit de GW populatie, die op het moment van opname een gevangenisstraf uit zit. Een kleiner deel van de patiënten wordt overgeplaatst vanuit een tbs-kliniek (2%) of een instelling voor stelselmatige daders (ISD, 7%).



4.2 Is er sprake van een toenemende complexiteit van de doelgroep?

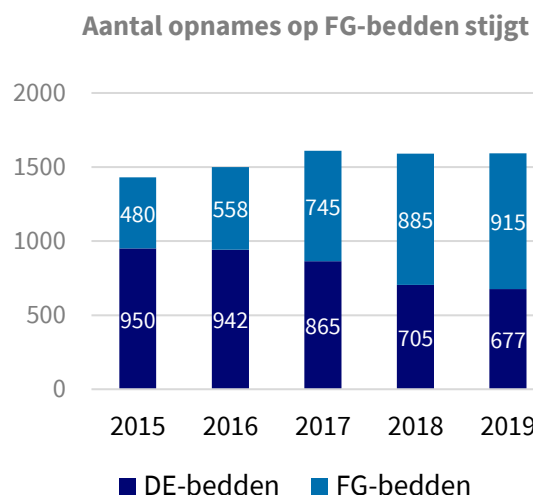
Een toename in de complexiteit van de doelgroep kan invloed hebben op wat er nodig is om kwalitatief goede zorg in een veilige omgeving te bieden. In het onderzoek is daarom gekeken naar de vraag of er sprake is van verzwarende van de doelgroep.

Medewerkers geven in de enquête aan dat zij een verzwarende van de doelgroep ervaren

In de enquête geeft **68%** aan dat de zorgzwaarte in de afgelopen vijf jaar in het PPC is toegenomen. Daarnaast geeft **12%** aan dat de zorgzwaarte gelijk is gebleven. Geen van de respondenten heeft aangegeven dat de zorgzwaarte is afgenomen.²⁹

Dit is zichtbaar in het aantal opnames op een FG-bed

In vrijwel alle interviews werd benoemd dat de omvang van de doelgroep die in crisis (met een FG-indicatie) binnen komt, groeit. Dit blijkt ook uit de cijfers. Zo was het aantal opnames op een crisis-bed in 2015 ongeveer een derde (480 van de 1430); in 2019 was dat ruim de helft (915 van de 1.592).



²⁸ PPC's Haaglanden, Vught, Zaanstad en Zwolle, *Penitentiair Psychiatrische Centra feiten en cijfers 2019*

²⁹ De rest van de respondenten (20%) heeft aangegeven "niet van toepassing/ weet niet". In bijna alle gevallen komt dit vermoedelijk omdat de respondent korter dan vijf jaar in de forensische zorg of specifiek in het PPC werkt.

Er zijn wisselende beelden over de voornaamste reden voor de toegenomen zorgzwaarte

Aan respondenten die hadden aangegeven dat de zorgzwaarte was toegenomen is gevraagd om mogelijke redenen daarvoor te wegen door 100 punten te verdelen. Daaruit blijkt dat zware diagnoses als voornaamste reden wordt gezien: van alle punten is 21% hieraan toegekend. Daarna volgen meervoudige diagnoses, verstandelijke beperking en toegenomen delictzwaarte.

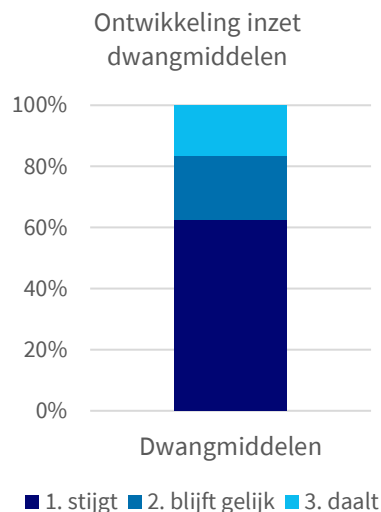
Reden toename zorgzwaarte	%
Zware diagnoses	21%
Meervoudige diagnoses	13%
Verstandelijke beperking	11%
Delictzwaarte	10%
Formele eisen	8%
Behandelgeschiedenis	7%
Focus op maatwerk / 1 op 1	6%
Druk op individu door maatschappelijke ontwikkelingen	6%
Verslaving	6%
Migratieachtergrond - trauma	6%
Nieuwe methoden intensiever	3%
Minder sterk steunsysteem	3%

Uit de interviews kwam echter een wisselend beeld op. Sommige respondenten gaven aan dat de problematiek binnen de PPC's anders is dan voorheen; het beeld over *hoe* die anders is, was echter erg wisselend. Daarnaast werd aangegeven dat de prevalentie van psychiatrische stoornissen in de maatschappij niet veranderd zou zijn. Dit roept de vraag op waarom er dan toch meer patiënten in crisis binnen zouden komen. In de interviews werd als verklaring vaak aangegeven dat problematiek die er al was sterker escaleert door onder andere de ontwikkelingen binnen de GGZ (zoals ambulantisering) en veranderingen in de maatschappij, zoals toegenomen prestatiedruk.

De inzet van dwangmiddelen lijkt toe te nemen

In de enquête is gevraagd naar de ontwikkeling in de inzet van dwangmiddelen. Daarbij heeft ruim 60% aangegeven dat de inzet van dwangmiddelen is gestegen.

Een toename in dwangmiddelen is niet noodzakelijkerwijs een indicatie van een veranderde zorgzwaarte, noch een negatieve indicator van kwaliteit of veiligheid. In de interviews is benoemd dat de inzet van dwangmiddelen, met name *dwangmedicatie*, een positieve bijdrage kan leveren aan de behandeling, omdat de patiënt hierdoor "bereikbaar" wordt en er daardoor eerder gestart kan worden met de behandeling en met het opbouwen van een relatie.



4.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

Als de doelgroep in complexiteit en zorgzwaarte toeneemt, zou dit gevolgen kunnen hebben voor (de randvoorwaarden voor) kwaliteit van zorg en veiligheid. Zo zal een complexere doelgroep meer vragen van het personeel, en zou het risico op incidenten daarmee vermoedelijk ook groter zijn.

Stijging in crisisopnames heeft impact op met name de kwaliteit van zorg

Het aantal crisis opnames is in de afgelopen jaren fors gestegen. De zorg voor deze patiënten is intensief en vraagt meer personeel per patiënt dan de populatie op een reguliere afdeling. In dezelfde periode is het aantal bedden op dit niveau ook gestegen, maar minder hard. Zo steeg het aantal gefinancierde crisisbedden van 2017 tot 2019 met 2%, maar het aantal opnames op een crisisbed met 23%³⁰.

In de praktijk leidt dit onder andere tot de inzet van overbedden. Dit heeft een negatieve impact op de kwaliteit, bijvoorbeeld omdat een rustcel niet meer beschikbaar is voor een patiënt die tijdelijk een prikkelarme omgeving nodig heeft, of omdat plaatsing in een isoleercel bij aankomst het “warme welkom” in de weg staat. Ook ontstaat er druk om de zo snel mogelijk af te schalen om ruimte te maken op een FG-afdeling, wat zowel op de betreffende patiënt als op de andere patiënten op de DE-afdeling een negatieve impact kan hebben.

De druk op de capaciteit, in combinatie met de beperkte invloed op in- en uitstroom, staat ook nader toegelicht in paragraaf 3.3.

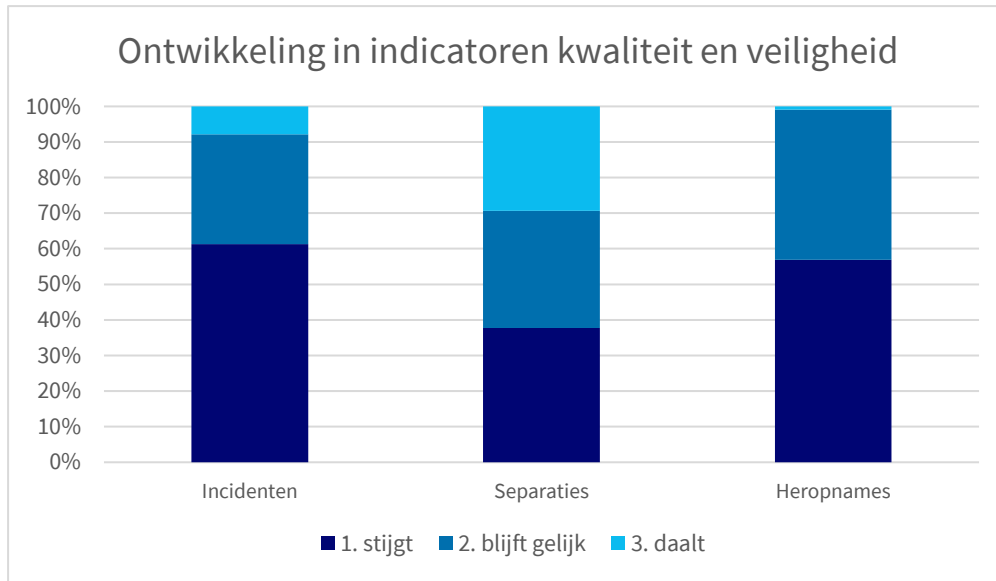
Respondenten geven aan dat aantallen incidenten en heropnames ; geen harde conclusies te trekken uit cijfers

Als de doelgroep complexer wordt, zou dit direct ten koste kunnen gaan van de veiligheid en kunnen leiden tot een stijging in het aantal incidenten en heropnames. In dit onderzoek hebben we op twee manieren naar deze indicatoren gekeken: we hebben cijfers van deze indicatoren opgevraagd bij de PPC's, en daarnaast in de enquête gevraagd naar de ervaringen van respondenten.

De cijfers zijn opgevraagd op verschillende indicatoren: incidenten, separaties en heropnames. Deze waren niet overal in deze indeling voor alle jaren beschikbaar. Omdat de cijfers niet voor alle PPC's en voor alle jaren beschikbaar zijn, en de definiëring kan verschillen, hebben we onvoldoende informatie om in dit onderzoek betrouwbare conclusies te trekken over de ontwikkeling in deze indicatoren.

In de enquête is gevraagd naar de ontwikkeling in incidenten, separaties en heropnames. Daarbij valt op dat het aantal respondenten dat aangeeft dat er sprake is van een stijging redelijk vergelijkbaar is waar het gaat om het aantal incidenten en het aantal heropnames: voor beide indicatoren geeft ongeveer 60% van de respondenten aan dat het gebruik stijgt. Voor separaties is dit beduidend lager, met 38%. Hier geeft 29% aan dat er juist sprake is van een *daling*. Voor de andere indicatoren ervaren minder respondenten een daling, met 8% voor incidenten en 1% voor heropnames.

³⁰ In 2020 is het aantal gefinancierde crisisbedden wel stevig verhoogd, met 24% ten opzichte van 2019. Op dit moment is het nog niet mogelijk dit af te zetten tegen het aantal opnames.



5 Administratieve taken

Medewerkers in het PPC voeren als onderdeel van hun werk ook administratieve taken uit. In het onderzoek hebben we gekeken naar de aard, omvang en nut van deze taken. Doel hiervan was om te achterhalen of er redenen zijn om aan te nemen dat de administratieve lastendruk ten koste gaat van de goede en veilige zorg in het PPC, of daar juist aan bijdraagt.

In dit hoofdstuk leest u:

- Aard en omvang van de administratieve taken: wat voor taken zijn het en hoeveel tijd kosten die?
- Hoe ervaren medewerkers de administratieve lastendruk? Zijn alle taken nuttig?
- Wat betekent dit voor goede en veilige zorg?

5.1 Aard en omvang van de administratieve taken

Uit de enquête blijkt dat medewerkers werkzaam in een PPC in een werkweek gemiddeld circa 13 uur aan administratieve taken besteden. Daarbij zijn duidelijke verschillen zichtbaar tussen beroepsgroepen; zo besteden casemanagers en afdelingshoofden PPC de meeste tijd aan administratieve taken, met meer dan 20 uur. Relatief weinig tijd besteden complexbeveiligers (7 uur), medewerkers bibliotheek, sport en onderwijs (7 uur) en vaktherapeuten (9 uur). Uit de interviews is gebleken dat de medewerkers de tijdsbesteding aan administratieve lasten als zeer hoog ervaren. Ook geven zij aan dat dit ten koste gaat van de tijd die ze aan direct contact met patiënten kunnen besteden.

Om nader aan te scherpen om welke activiteiten het gaat en hoeveel tijd deze activiteiten kosten, hebben we twee werksessies georganiseerd. In deze sessies is eerst de lijst met taken aangevuld en vastgesteld met de deelnemers, en vervolgens is per taak gevraagd hoeveel tijd hieraan besteed wordt. Iedere deelnemer gaf een eigen inschatting, en waar de inschattingen verschilden zijn we nader in gesprek gegaan om tot een consensus te komen. Onderstaande inschattingen zijn gebaseerd op deze consensus.

In overleg met de PPC's hebben we dit proces in twee verschillende werksessies gedaan. In één sessie hebben we de administratieve taken van de ZBIW-ers in kaart gebracht; in de andere sessie de administratieve taken van de behandelcoördinatoren. Omdat we in de interviews vaak hoorden dat een van de frustraties rondom de administratieve lasten te maken had met de verschillende systemen, hebben we ook die in kaart gebracht per taak.

Andersson Elffers Felix

Administratieve taken in detail: behandelcoördinatoren

De administratieve van behandelcoördinatoren zijn in onderstaande tabel opgenomen. Daarbij is aangegeven hoeveel tijd men gemiddeld besteed aan die taak, en welk systeem ervoor gebruikt wordt. Omdat de behandelcoördinatoren verantwoordelijk zijn voor de behandeling van patiënten, werken zij voornamelijk in USER.

Taak	Gemiddelde tijdbesteding	Systeem
Rapportages	1.5 uur per dag	USER
Opname nieuwe patiënt <i>Dossierstudie, samenvatting, beleid opstellen en delen informatie met afdelingen</i>	45 minuten nieuwe patiënt	USER
Behandelplannen <i>Schrijven, doelen en acties formuleren, updaten en evalueren</i>	3-4 uur	USER
Informatieverzoeken <i>Verzoeken van externe partijen, voor bijv. nazorg</i>	2-3 verzoeken per week, 1.5 uur per verzoek	USER en WORD
Medicatie rapportages (lezen)	Enkele minuten per dag	MicroHIS/USER
Bekostigingsadministratie <i>Koppelen aan medische gegevens, typeren/DBBC</i>	15-30 min	Digitaal formulier
Risico-taxatie <i>Invullen, risicofactoren bepalen, consensus zoeken en opnemen in behandelplan</i>	1 uur per taxatie. Indien zedendelict 1.5 uur extra	HKT-R
Incidentrapportages <i>Verschilt per PPC; alleen ernstige incidenten</i>	1-2 keer per jaar 30 min	VIM/SOAS
Urenregistraties	10-30 minuten per dag	USER
IFZO <i>Rapportages, aanvraag voor indicatiestelling andere klinieken/ppc, overdrachtsmomenten</i>	30-45 min per patiënt	USER
Ontslagbrief <i>Informatie verzamelen diverse disciplines, actuele medicatie in kaart brengen</i>	45 min per patiënt	USER
Overige taken <i>Mail, inplannen afspraken etc</i>	1 uur per dag	Verschillend

Administratieve taken in detail: ZBIW-ers

Onderstaande tabel geeft het overzicht van de administratieve taken van de ZBIW-ers, de gemiddelde tijdsbesteding per taak en het systeem waarin de taak verricht moet worden. De totale tijd die ZBIW-ers besteden aan administratieve taken is gemiddeld 12 uur per week.

Taak	Gemiddelde tijdsbesteding	Systeem
Intake	Gesprek: 1 uur Verslag: 20-30 minuten	USER
Dagrapportage (lezen en schrijven)	1 uur per dienst ³¹	USER
Overdracht ³²	15-20 min per dienst	Word/Agenda/logboek
Wekelijkse patiëntrapportage	30-45 min per week	TULP
Administratie rondom detentie	10-15 min per week	TULP
Bekostigingsadministratie ³³	10-15 min per week	Digitaal formulier
Administratie rondom medicatie	1 uur per dag	Medicatieoverzicht vanuit de apotheek via USER
Incidentenrapport	<i>Afhankelijk van ernst incident</i>	TULP
VIM-incidentmelding ³⁴	10 min per incident	VIM-formulier
Schaderapport	10 min per incident	TULP
Overige administratie ³⁵	1 uur per dienst	verschillend

Zowel behandelcoördinatoren als ZBIW'ers gaven in de werksessies aan dat administratieve taken in veel opzichten essentieel onderdeel zijn van het vak. Een teveel aan administratieve lasten kan echter andere activiteiten verdringen.

Onvoldoende ondersteuning en extra werk door verschillende systemen

In bovenstaande tabellen is per administratieve taak ook aangegeven in welk systeem de taak uitgevoerd wordt. De ZBIW'ers werken vooral in de systemen USER en TULP. TULP is het systeem dat vanuit het gevangeniswezen gebruikt wordt (en waar dus voornamelijk detentie-gerelateerde informatie in wordt vastgelegd). USER is het EPD is waarin informatie wordt vastgelegd over de zorg die de patiënt krijgt. Aangezien zorg en detentie vaak met elkaar verweven zijn binnen PPC instellingen, moet informatie in beide systemen geregistreerd worden door de ZBIW'ers. Ook in de interviews is de (bestaande) dubbeling in registraties vaak als knelpunt benoemt. Uit de enquête blijkt ook dat maar 45% van de medewerkers vindt dat de ICT systemen voldoende ondersteuning geven bij het uitvoeren van administratieve taken.

³¹ 'Per dienst' betekent hier een dienst waarbij meerdere personen werkzaam zijn. De ZBIW'ers verdelen de administratieve taken per dienst.

³² Bijv. tandartsafspraken, of iemand nuchter moet zijn en overige bijzonderheden over een patiënt

³³ ZBIW'ers houden bijvoorbeeld sportlijsten en/of arbeidslijsten bij

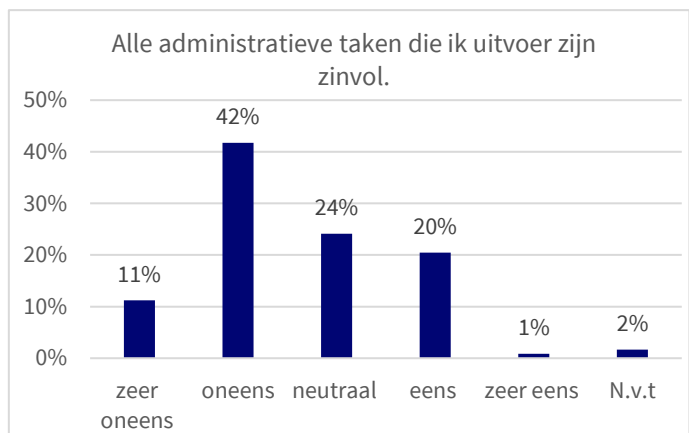
³⁴ Dit gebeurt niet in elk PPC

³⁵ Bijv. mail, rookregeling, urinetest, bezoekregistraties, cel checks, dwang en drang registraties

5.2 Hoe wordt de administratieve lastendruk ervaren?

Administratieve taken in de basis nuttig, maar niet allemaal

Hoewel sommige taken in de praktijk veel tijd kunnen kosten, hoeft dit niet automatisch te betekenen dat deze ook als last worden ervaren. De geïnterviewde medewerkers geven aan dat het besef groot is dat de administratieve taken bijdrage aan de zorg van de patiënten. Toch bleek ook in de enquête dat slechts 21,4% van de medewerkers alle administratieve taken zinvol vindt; 53% is het niet eens met de stelling “alle administratieve taken die ik uitvoer zijn zinvol”.

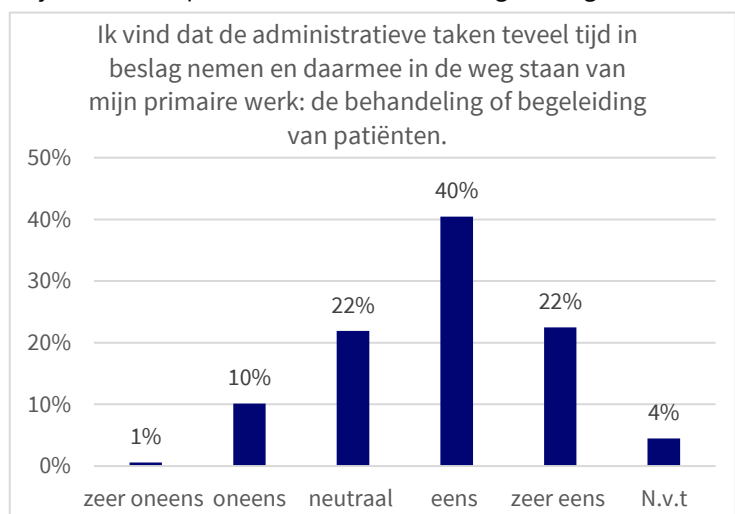


Met name de behandelcoördinatoren geven aan het niet eens te zijn met de stelling; maar liefst 90,1% was het oneens of zeer oneens. In de werksessie gaven behandelaren aan het nut van taken wel te zien als deze direct bijdragen aan de behandeling van de patiënt. Wanneer zij het gevoel hebben dat de taken daar niet aan bijdragen, maar enkel bedoeld zijn om verantwoording af te moeten leggen, voelt dit niet als zinvol. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het bijhouden van urenverantwoording.

Opvallend daarbij is dat in de meeste interviews juist werd aangegeven dat men over het algemeen de administratieve lastendruk niet als onnodig hoog ervaarde; het nut en de noodzaak van de administratieve taken werden erkend. Wel werd als kanttekening benoemd dat sommige informatie in meerdere systemen moet worden bijgehouden. Over de tijdsregistratie gaven meerdere respondenten aan dat ze het wel begrepen waarom het moet, maar eigenlijk toch zonde van de tijd vonden.

Administratie staat soms zorg aan patiënten in de weg (maar andere verplichtingen ook)

Dit gaat volgens hen ten koste van de tijd die ze met patiënten kunnen doorbrengen. Zo gaf in de enquête 71% van de behandelcoördinatoren aan het gevoel te hebben dat administratie soms de zorg aan patiënten in de weg staat. Goede zorg is volgens hen ook een keer een kop koffie drinken op de afdelingen, waar nu nauwelijks tijd voor is. Ook de psychiaters gaven aan dat administratie (waar zij gemiddeld 15 uur per week aan besteden) de zorg in de weg staat, met 66%. Over alle respondenten heen was dit gemiddeld 63%.



Andersson Elffers Felix

Overigens werd daarbij ook benoemd dat niet alle tijd buiten administratie wordt besteed aan de patiënt. Medewerkers hebben naast administratieve lasten ook andere verplichtingen. Voorbeelden zijn opleidingen, intern overleg en het begeleiden van nieuwe medewerkers of stagiaires.

Kwaliteit van rapportages is wisselend; administratieve kaders worden soms gemist

Uit de enquête is gebleken dat 29% van de behandelcoördinatoren niet altijd duidelijk te vinden hoe geadmistreerd moet worden. Ook in de werksessie waren de meningen hierover verdeeld. Sommige behandelcoördinatoren gaven aan dat men heeft behoefte aan kaders; hoe uitgebreid moet bijvoorbeeld een behandelplan? Anderen geven daarbij aan dat kaders ook contraproductief kunnen werken, omdat alle patiënten anders zijn.

In de interviews is ook aangegeven dat er meer aandacht zou moeten zijn voor kennis en vaardigheden op het gebied van rapportages. Daarbij gaat het om praktische punten zoals het gebruik van het systeem, maar ook om de vraag: wat rapporteer je nu wel en niet, en hoe? De ZBIW-ers vulden daar in de werksessie nog op aan dat de kwaliteit van de rapportages soms onder de maat is omdat ze te weinig tijd met de patiënt hebben doorgebracht om goed de administratie vast te leggen.

Dossiervoering en informatie-uitwisseling bij een complexe doelgroep

Uit de interviews is gebleken dat de betrokken PPC's ervaren dat de regeldruk is toegenomen. Er ligt veel nadruk op verantwoording. Met de dreiging van een incident op de achtergrond is het van groot belang dat het dossier op orde is. De administratieve lasten komen ook voort uit de juridische complexiteit die de aanwezigheid van vele (forensische) zorgtitels met zich meebrengt. Daarbij komt dat veel van de patiënten preventief gehecht zitten, waarmee het extra van belang is om hun dossier continue up-to-date te hebben (omdat een rechter onmiddellijke invrijheidsstelling kan gelasten).

Tijdschrijven en bekostigingsadministratie als minder zinvolle activiteiten

Een van de administratieve taken die door sommigen als niet zinvol wordt ervaren is het tijdschrijven. Behandelaren moeten hun activiteiten op het niveau van minuten registreren. Naast de administratieve lasten die dit met zich meebrengt ervaren behandelaren het ook als verantwoording moeten afleggen en een gevoel voor wantrouwen. In de interviews werd in deze context wel aangegeven dat men het minder problematisch vond wanneer dit nodig was voor de financiering, en dit ook voldoende helder was toegelicht.

Thuiswerken helpt bij efficiënt uitvoeren van administratieve taken

In de werksessies is tot slot benoemd dat veel behandelaren door de coronacrisis nu één dag per week thuis werken. Het resultaat hiervan is dat de administratie veel beter weggewerkt kan worden. De behandelcoördinatoren gaven aan dat ze thuis meer gefocust zijn, waarmee het thuiswerken ook ten goede komt van de kwaliteit van de rapportages. In de PPC's wordt de concentratie vaker verstoord door andere werkzaamheden, zoals overleggen en telefoontjes.

5.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

De uitvoering van administratieve taken leidt ertoe dat medewerkers het gevoel hebben minder tijd met de patiënt door te kunnen brengen dan dat ze nodig achten. Dat betekent overigens niet dat de medewerkers het gevoel hebben uitgebreid en goed hun administratie te kunnen uitvoeren. Medewerkers geven aan ze door de administratieve druk niet altijd kunnen rapporteren op het kwaliteitsniveau dat ze eigenlijk zouden willen. Hierbij speelt ook

Andersson Elffers Felix

dat ze soms onvoldoende tijd met de patiënt hebben kunnen doorbrengen om een goed beeld te vormen hoe het met hem gaat.

De medewerkers geven aan dat ze beseffen dat de administratieve taken ook een bijdrage aan het leveren van goede en veilige zorg, maar de tijd die ze nu besteden aan dubbel rapporteren zouden ze liever met de patiënt willen doorbrengen.

6 Werkdruk

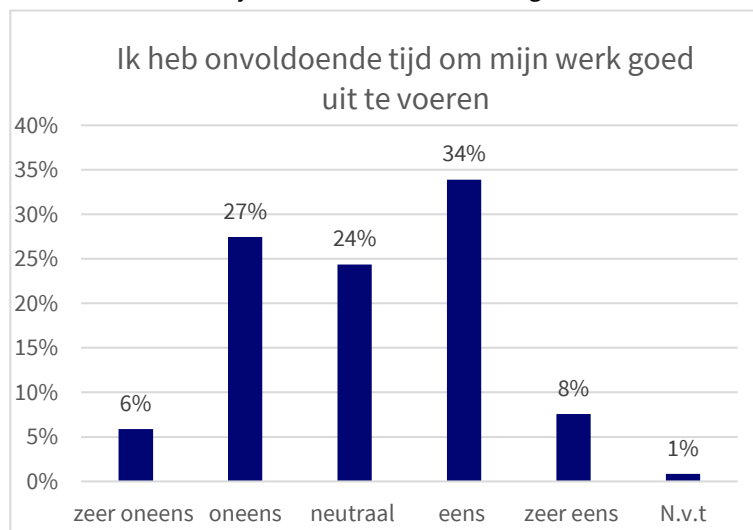
Uit het eerdere onderzoek bleek dat de werkdruk in de forensische zorg hoog ligt. Ook binnen de PPC's wordt werkdruk ervaren. In dit hoofdstuk leest u:

- In hoeverre het personeel in de PPC's werkdruk ervaart, en waar zich dat in uit;
- Wat mogelijke oorzaken zijn voor de werkdruk;
- Welke steunende factoren het personeel helpen om om te gaan met de werkdruk;
- Wat de werkdruk betekent voor het bieden van goede en veilige zorg.

6.1 De ervaringen met werkdruk en stress zijn wisselend

De druk op het personeel van de PPC's is redelijk hoog

Zoals hoofdstuk 2 (rol PPC's in de context) en hoofdstuk 6 (personeel) beschrijven, ligt er druk op de capaciteit en is de bezetting van het personeel gespannen; de PPC's geven aan dat het nu nog *nét* lukt, maar de rek is eruit. Dat maakt dat het personeel in interviews in het algemeen ervaart dat de druk redelijk hoog ligt. In de enquête geeft 41,45% van de medewerkers daarbij ook aan niet voldoende tijd te hebben om het werk goed uit te voeren (zie onderstaand figuur). Ter vergelijking: in het onderzoek naar de forensische zorg in de breedte, gaf 53% aan 'soms' of 'nooit' voldoende tijd te hebben om het werk goed te doen. Daarnaast geven medewerkers aan gemiddeld 1,64 uur per week over te werken³⁶. Dat is minder dan de gemiddelde



³⁶ Enkele respondenten hebben op deze vraag dermate veel overuren opgegeven, dat het vermoeden bestaat dat de vraag vermoedelijk verkeerd gelezen is. Zo hebben meerdere respondenten 36 of 40 uur opgegeven. Vermoedelijk hebben zij het totale aantal werkuren opgegeven. In lijn met het eerdere onderzoek is besloten voor deze reacties te corrigeren.

Andersson Elffers Felix

Nederlandse werknemer (3,29 uur per week) en ook minder dan de gemiddelde werknemer in de zorg (2,91 uur per week)³⁷; maar het is iets meer dan het gemiddelde aantal overuren in de brede forensische zorg, waar het gemiddeld om 1,4 uur ging.³⁸

De mate waarin werkdruk leidt tot stress is wisselend

In de interviews hoorden we wisselende verhalen over de mate waarin deze werkdruk ook leidt tot stress. Dit wisselende beeld blijkt ook uit de enquête (zie onderstaande figuur). ZBIW'ers en behandelaren ervaren daarbij het vaakst stress. Van het personeel dat stress ervaart is 46,45% ZBIW'er en 30,12% behandelaar. In de interviews gaven medewerkers voornamelijk aan dat werkdruk tot stress leidt, wanneer de kwaliteit van zorg in het geding komt. In paragraaf 5.2 gaan we nader in op de oorzaken.



Het ziekteverzuim in PPC's is hoog

Werkstress kan leiden tot (langdurig) ziekteverzuim. In de enquête geeft 88.5% van de respondenten (n=332) aan zich het voorgaand jaar aan 1 maart 2020 ziek te hebben gemeld. 26 van de respondenten aan dat de ziekmelding een werk gerelateerde oorzaak of aanleiding had. Als reden hiervan van de uitval, zijn de grootste redenen werkdruk of stress (de helft) of gevaarlijk werk of een bedrijfsongeval. Uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden blijkt dat in 2018 51,8% van de zorgmedewerkers in Nederland het jaar hebben verzuimd.³⁹ Dit ligt binnen de PPC's dus hoger. De mate waarin dit verzuim werk gerelateerd is, bijvoorbeeld door stress, werkdruk of emotionele belasting, ligt bij PPC's hoger dan in het brede zorgveld.

6.2 Wat zijn de oorzaken van werkdruk en stress?

Werkdruk leidt voornamelijk tot stress waar de kwaliteit van zorg in het geding komt

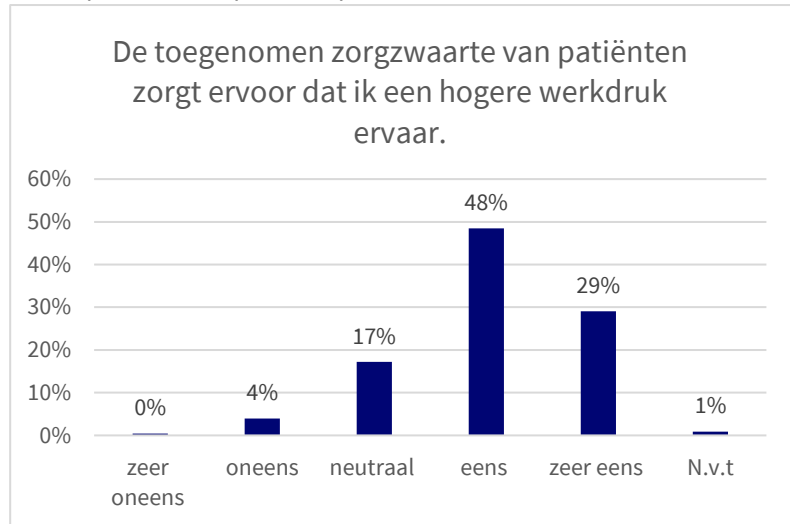
In de interviews geven werknemers voornamelijk aan werkstress te ervaren op het moment dat hierdoor de kwaliteit van zorg onder druk staat. Dit leidt ertoe dat zij het gevoel hebben niet te kunnen doen wat nodig is voor de patiënten en gaat in tegen hun 'hart voor de zaak'. Dat heeft verschillende (samenhangende) oorzaken:

³⁷ TNO / CBS, *Nationale enquête arbeidsomstandigheden*, 2018

³⁸ Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg, AEF 2018. Te vinden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/19/tk-bijlage-1-onderzoek-naar-kwaliteit-en-veiligheid-in-de-forensische-zorg>

³⁹ TNO / CBS, *Nationale enquête arbeidsomstandigheden*, 2018

- **Zorgzwaarte doelgroep.** Zoals beschreven in hoofdstuk 3 (doelgroep) is er een stijging in het aantal patiënten met een FG indicatie. Van de medewerkers die in de enquête aangeven dat de zorgzwaarte hoger is geworden (68%) geeft 77,5% van de medewerkers aan dat de toegenomen zorgzwaarte leidt tot meer werkdruk. Dit merken ZBIW'ers op de werkvloer op verschillende manieren. Zo zijn er meer patiënten met 1-op-1programma's, wat druk op het rooster en de personeelscapaciteit oplevert. Dit resulteert er vaak in dat patiënten op de afdeling meer worden ingesloten dan eigenlijk gewenst is. Ook gaven medewerkers aan dat dit onrust op de afdeling kan veroorzaken. Dit leidt tot werkdruk en eventueel stress, wanneer hierdoor niet de optimale zorg kan worden geboden.



- **Krappe bezetting personeel.** Over het algemeen is er net voldoende personeel, maar er is weinig ruimte voor reserve (*hier wordt in hoofdstuk 6 nader op in gegaan*). Dit leidt voornamelijk tot werkdruk op het moment dat er vakanties zijn of sprake is van ziekte. Dat betekent ook bijvoorbeeld dat ZBIW'ers op andere afdelingen moet invallen waar ze de groep niet kennen. Met een beperkte hoeveelheid personeel is het ook moeilijker optimale zorg te bieden op het moment dat 1-op-1programma's gedraaid moeten worden (zie hierboven).
- **Administratieve taken.** In hoofdstuk 4 beschrijven we de administratieve taken. Hier besteedt het personeel (en zeker de behandelaren) een groot deel van hun tijd aan. Veel van de geïnterviewden gaven aan vaak niet voldoende tijd te hebben voor het uitvoeren van deze taken en hierdoor soms druk te ervaren.
- **Druk op de capaciteit.** De druk op de capaciteit heeft tot gevolg dat niet de optimale zorg aan patiënten kan worden geleverd (zoals beschreven in hoofdstuk 2), waardoor medewerkers stress kunnen gaan ervaren.
- **Druk vanuit de maatschappij en media.** In een aantal interviews gaven medewerkers aan druk te ervaren 'vanuit de maatschappij' en door negatieve publiciteit bij incidenten. Exemplarisch daarbij is de door een medewerker geopperde vraag: "durf je op een feestje te vertellen dat je bij het PPC werkt?" Daarbij gaat het ook om druk die dit oplevert vanwege het ontstaan van een verantwoordingscultuur, waarbij medewerkers het gevoel hebben alles zodanig te moeten rapporteren dat zij 'gedekt' zijn mocht er een incident spelen. Niet alle medewerkers noemden dit alles belangrijke oorzaak.

6.3 Wat zijn steunende factoren die de druk verlichten?

Professionals zijn betrokken en in hebben in het algemeen plezier in hun werk

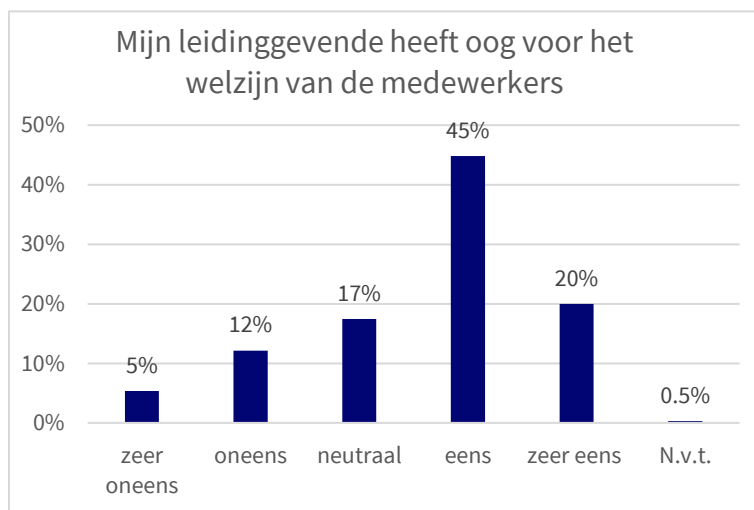
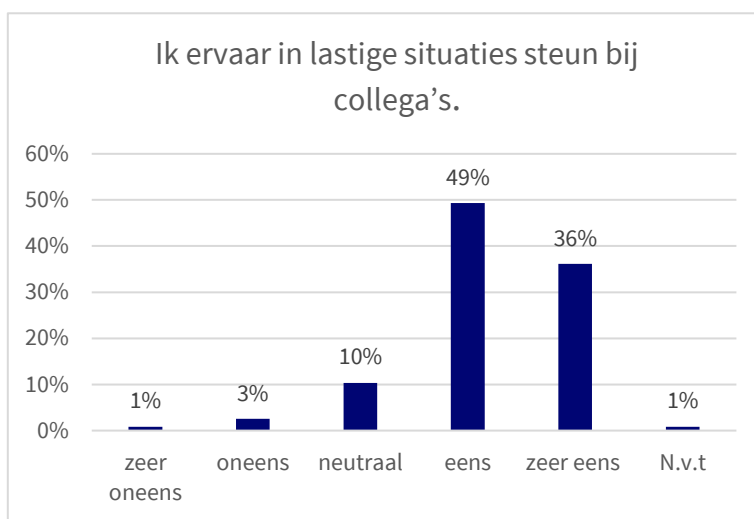
Ondanks de werkdruk en administratieve lasten hebben medewerkers in de PPC's **plezier in hun werk**. Dit werd vaak benoemd in de interviews; regelmatig ook ongevraagd, als spontane toevoeging door de respondent aan het einde van het interview. Ook de enquête liet expliciet zien dat medewerkers veel plezier hebben in hun werk. Zo heeft 90% van de respondenten

aangegeven dat ze het eens/zeer eens zijn met de stelling 'Ik heb plezier in mijn werk'. Daarmee ligt dit percentage nog hoger dan in het onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg uit 2018, waarin 80% van de medewerkers werkzaam in forensische zorginstellingen aan plezier te hebben in hun werk.⁴⁰

Een ander punt dat vaak spontaan werd benoemd in interviews was de **voldoening uit en trots op** het werk dat men in de PPC's doet. Meerdere respondenten stelden trots te zijn op het impactvolle werk dat men in de PPC doet, met een zeer complexe doelgroep. Waar de toenemende zorgzwaarte in relatie tot de werkdruk werd besproken, gaven sommige respondenten ook juist aan dat zij het werken met een complexe doelgroep juist als de grote uitdaging van hun werk zagen, waarmee de invloed van een hogere zorgzwaarte op de werkdruk toch beperkt bleef.

Tot slot heeft men **oog voor elkaar**. Medewerkers van de PPC's geven aan dat ze veel steun ervaren vanuit de collega's, en op elkaar kunnen bouwen; zeker in het context van de veiligheid werd dat als belangrijke randvoorwaarde gezien. Op basis van de interviews leek dit niet voor alle teams te gelden; toch lijkt het volgens de enquête om een grote meerderheid te gaan. Zo geeft 85% van de respondenten in de enquête aan dat ze in lastige situaties steun ervaren bij collega's. Daarnaast zijn er verschillende nazorg trajecten die medewerkers kunnen ondersteunen indien een incident heeft plaatsgevonden.

Ook geeft 65% aan dat zijn/haar leidinggevende oog heeft voor het welzijn van medewerkers. Opvallend is dat 17% het hiermee zeer oneens is.



Al met al geven werknemers een **7** voor hun tevredenheid met de werkomstandigheden.

⁴⁰ Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg, AEF 2018. Te vinden op: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/19/tk-bijlage-1-onderzoek-naar-kwaliteit-en-veiligheid-in-de-forensische-zorg>

6.4 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

Over het algemeen lijken de steunende factoren ervoor te zorgen dat de werkstress beperkt blijft. Daarmee lijkt dit ook een negatieve impact van werkdruk op kwaliteit en veiligheid veroorzaakt door de gevolgen van werkstress (zoals uitputting, gebrek aan concentratie, en – op termijn – desinteresse) te voorkomen. Tegelijkertijd lijkt de werkdruk er wel toe te leiden dat medewerkers minder ruimte hebben om (ook informeel) tijd door te brengen met de patiënten. Dat kan een negatieve impact hebben op de kwaliteit van zorg, ofwel direct (omdat er minder aandacht is voor de patiënten) dan wel indirect (omdat rapportages geschreven worden op onvolledige informatie).

7 Personeel

Om goede en veilige zorg te kunnen bieden is een personeelsbestand met voldoende en gekwalificeerd personeel een essentiële randvoorwaarde. In dit onderzoek is daarom gekeken in hoeverre het de PPC's lukt om personeel op het juiste niveau aan te trekken, op te leiden en te behouden.

In dit hoofdstuk leest u:

- In hoeverre de PPC's in staat zijn passend personeel aan te trekken
- Of medewerkers in PPC's voldoende opgeleid zijn voor hun werk, en of ze voldoende mogelijkheden hebben om zich verder te ontwikkelen
- Wat dit betekent voor de kwaliteit van zorg en veiligheid.

7.1 In hoeverre lukt het de PPC's om passend personeel aan te trekken?

Begin dit jaar concludeerde de IGJ in haar jaargesprekken met onder andere de PPC's dat het vinden en behouden van gekwalificeerde zorgmedewerkers lastig is⁴¹. Ziekteverzuim en uitstroom zijn relatief hoog, waarmee de druk op werving van voldoende personeel groot is. Tegelijkertijd blijkt het ingewikkeld om voldoende personeel met de juiste achtergrond te vinden. Daar zijn verschillende redenen voor.

Algemene krapte op de arbeidsmarkt, met name in de zorg

De krapte op de arbeidsmarkt, met name binnen de zorgsector, maakt het ingewikkelder om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken. De vraag naar personeel in de gehele zorgsector is groter dan het aanbod, waardoor er op dit moment bijna 38 duizend moeilijk vervulbare vacatures zijn in zorg en welzijn, met hbo-opgeleide verpleegkundigen als een groep waar een speciaal tekort aan is⁴².

Complicerende factor is daarbij dat veel potentiële medewerkers een zorg óf een GW-achtergrond hebben. Binnen het PPC is enige kennis van zowel zorg als de

⁴¹ IGJ, *Jaargesprekken over medische zorg in penitentiaire centra, detentiecentra en forensisch psychiatrische centra*, 2020. Te vinden op: <https://www.igj.nl/publicaties/publicaties/2020/01/29/jaargesprekken-medische-zorg-penitentiaire-centra-detentiecentra-en-forensisch-psychiatrische-centra>

⁴² <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-arbeidsmarkt/vacatures>

Andersson Elffers Felix

veiligheidsaspecten van belang. Dit betekent dat starters altijd een interne opleiding moeten krijgen om meer kennis over GW of zorg te vergaren. Ook wanneer medewerkers doorstromen vanuit de PI naar het PPC krijgen ze nadere opleiding om met de specifieke doelgroep te kunnen werken. In de interviews werd aangegeven dat het zeker een jaar duurt voordat een nieuwe medewerker volledig is ingewerkt.

Het imago van de sector kan afschrikken

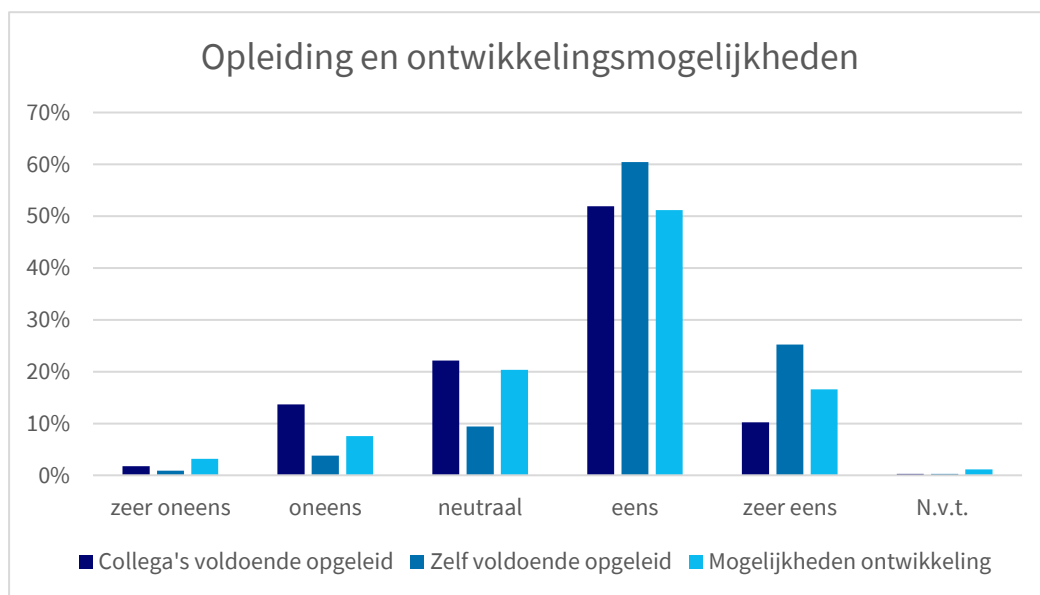
Volgens respondenten staan de PPC's bekend als een zware omgeving om in te werken, en heeft de maatschappelijke onrust die is ontstaan na incidenten in de afgelopen jaren ook geleid tot een negatief imago. In de gesprekken werd daarbij wel aangegeven dat men ook de zorgen over veiligheid in die zin onterecht vindt, dat de PPC's in hun ervaring in vergelijking met andere GGZ-instellingen juist veiliger zijn, vanwege onder andere de aanwezigheid van beveiligingsmedewerkers en de samenwerking met collega's.

Met veel inspanning wordt het risico van de krappe arbeidsmarkt gemitigeerd – voor nu

Gezien de krapte op de arbeidsmarkt en het belang van voldoende gekwalificeerd personeel is werving een punt van aandacht binnen de PPC's. Zo gaven PPC's aan voor sommige functies bewust het hele jaar door te werven, ook wanneer er geen specifieke vacante posities zijn. Daarnaast wordt waar mogelijk actief aangesloten bij wervingscampagnes vanuit het Rijk en zijn de PPC's vertegenwoordigd op zorgcongressen. Met deze inspanningen lijken de PPC's voldoende in staat om het risico van de krappe arbeidsmarkt voldoende te mitigeren: in vrijwel alle interviews werd aangegeven dat er op dit moment geen significante personeelstekorten zijn. Daarbij werd echter wel de kanttekening geplaatst dat de balans wel precar is, en dat er bij samenloop van omstandigheden (bijvoorbeeld samenloop van vakanties en verzuim) weinig reserves zijn. Werving van voldoende gekwalificeerd personeel blijft daarmee een belangrijk aandachtspunt.

7.2 Medewerkers zijn positief over opleiding en ontwikkeling

Binnen de PPC's wordt er goed geïnvesteerd in doorgroeimogelijkheden en scholing van het personeel. In de interviews werd dit vaak benoemd; en in de enquête gaf 68% aan voldoende mogelijkheden voor ontwikkeling te hebben binnen het PPC.



In de interviews is daarnaast aangegeven dat het personeel voldoende opgeleid is om het werk uit te voeren. In de enquête is daarin nog wel een interessant onderscheid zichtbaar tussen het *eigen* opleidingsniveau en dat van de collega's. Zo geeft 86% van de medewerkers aan dat zij voldoende opgeleid zijn om hun werk uit te voeren. Over het opleidingsniveau van hun collega's geeft ruim 62% aan dat zij voldoende opgeleid zijn om het werk uit te voeren; 15% geeft aan dat de collega's niet voldoende opgeleid zijn.

Een mogelijke verklaring ligt in de combinatie tussen zorg en veiligheid. Medewerkers met een veiligheidsachtergrond gaven soms in de interviews aan dat zij collega's met een zorgachtergrond nog moeten wijzen op mogelijke veiligheidsissues. Medewerkers met een zorgachtergrond benoemden juist dat de collega's met een veiligheidsachtergrond het 'zorgperspectief' soms nog missen. Omdat beide disciplines noodzakelijk zijn binnen het PPC, kunnen deze elkaar juist versterken. Dit vraagt wel om een cultuur die het lerend vermogen versterkt, ruimte biedt voor reflectie en ook het geven en ontvangen van feedback stimuleert. Uit de gesprekken blijkt dat de mate waarin dit gebeurt, verschilt per team.

7.3 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

Voldoende gekwalificeerd personeel is van groot belang voor goede en veilige zorg. Op dit moment lijken de PPC's nog in staat om het personeelsbestand voldoende gevuld te houden, maar de balans is precair en dat maakt dat er tijdelijke tekorten ontstaan bij verlof of verzuim. Dit kan ertoe leiden dat patiënten vaker en langer ingesloten moeten zitten, of bepaalde dagbestedingen niet door kunnen gaan. Daarmee heeft de krapte in het personeelsbestand tenminste incidenteel impact op de kwaliteit van zorg.

Op basis van de gesprekken zijn er geen concrete aanwijzingen dat de schaarste op de arbeidsmarkt momenteel concreet tot onveilige situaties leidt. Gezien de doelgroep van het PPC lijkt dit wel een reëel risico, als het personeelsbestand (in relatie tot het aantal bedden) zou slinken.

8 Ontwikkelingen in inkomsten en kosten

Voldoende financiering is van belang voor het kunnen garanderen van kwaliteit van zorg en veiligheid. In dit onderzoek hebben we gekeken naar de ontwikkeling in inkomsten en kosten over de afgelopen 5 jaar.

In dit hoofdstuk leest u het volgende:

- Wat zijn de inkomsten en kosten van PPC's?
- Welke financiële knelpunten ervaren PPC's?
- Wat betekent de financiële druk voor de kwaliteit en veiligheid van zorg?

8.1 Inkomsten van de PPC's

De PPC's zijn Rijksinstellingen en zijn een onderdeel van DJI, wat een agentschap is van het ministerie van JenV. De PPC-capaciteit is een afzonderlijk product in de JenV-begroting met een eigen meerjarige productietaakstelling (Q) en een eigen begrotingsprijs (P). Binnen DJI is de de divisie Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring (GW/VB) hiërarchisch verantwoordelijk. De divisie ForZo/JJI heeft daarbij een 'inbestedingsrelatie' met de PPC's. Om zoveel mogelijk een 'gelijk speelveld' te creëren, is daarbij besloten dat de PPC's sinds 2016 aansluiten op het DBBC-bekostigingssysteem voor het gehele stelsel van forensische zorg.

Tarieven zijn gedifferentieerd naar zorgzwaarte en veiligheidsniveau

De typering van de plekken binnen de forensische zorg is een combinatie van zorgzwaarte (A t/m G) en veiligheidsniveau (1 t/m 4). Aan de verschillende niveaus zijn verschillende tarieven en eisen gekoppeld, bijvoorbeeld in de personeelsnorm per bed. De PPC's bevinden zich binnen de PI en zijn daarmee sterk beveiligd, en leveren daarmee altijd klinische zorg op het hoogste veiligheidsniveau (niveau 4). In termen van zorgzwaarte hebben de PPC's plekken op de zwaardere niveaus: D, E, F en G.⁴³

Inkoopgesprekken op basis van vastgestelde maximumtarieven

Elk jaar stelt de NZa de maximumtarieven voor de forensische zorg in de breedte vast op basis van kostprijsonderzoek, met afzonderlijke tarieven voor de rijksinrichtingen. Er worden daarbij tarieven vastgesteld voor drie deelprestaties: behandeling, verblijf en dagbesteding. Onderstaande tabel toont de tariefontwikkeling sinds 2016 naar de verschillende

⁴³ Met uitzondering van enkele C-plekken op de prepassantenafdeling

zorgzwaartes in het verblijfstarief. In deze tabel is te zien dat de verblijfstarieven de afgelopen jaren elk jaar enigszins zijn gestegen, met uitzondering van het D4-tarief in 2020^{44 45 46}.

Verblijfssoort	2016	2017	2018	2019	2020
D4	€ 323,17	€ 330,27	€ 340,32	€ 354,23	€ 308,66
E4	€ 314,58	€ 321,49	€ 331,27	€ 344,81	€ 378,11
F4	€ 469,01	€ 479,31	€ 493,89	€ 514,07	€ 520,56
G4	€ 589,52	€ 602,47	€ 620,81	€ 646,17	€ 684,27

Op de maximumtarieven opgesteld door de NZa kan ForZo/JJI eventueel nog een afslag op doen. Vervolgens wordt een inbestedingsgesprek gevoerd waarin de productieafspraken en bekostiging in DBBC's worden bepaald. Dit gesprek voeren ForZo/JJI, GW/VB en een afvaardiging van de PPC's. Dit resulteert uiteindelijk in een productievoorstel voor het jaar. Na het inbestedingsgesprek en het vastleggen van de DBBC-afspraken per individueel PPC, dient ieder PPC individueel de geleverde zorg te registreren, te factureren en te verantwoorden.

Aantal gefinancierde plekken is gemaximeerd door budgetplafond

De afspraken worden gemaakt op basis van het budget dat beschikbaar is voor de PPC's vanuit het ministerie. Daaruit volgt voor hoeveel bedden er plek is op de verschillende tarieven. Er kan dan enkel nog enigszins worden geschoven tussen de drie componenten behandeling, verblijf en dagbesteding. Dat betekent dat er beperkte onderhandelruimte mogelijk is.

Dit betekent ook dat er gedurende het jaar een budgetplafond per type bedden bestaat voor de PPC's. Ze krijgen (in principe) niet meer gefinancierd dan het aantal plekken dat is afgesproken. Ook als de PPC's (een deel van) de gedraaide overproductie (achteraf) vergoed krijgen door ForZo/JJI, betekent dit dat de PPC's het risico dragen voor het behandelen van meer patiënten dan afgesproken. Andersom dragen de PPC's ook het financiële risico wanneer de plekken niet vol zouden zijn (hoewel dit in de praktijk de afgelopen tijd niet voor is gekomen). Dit budgetplafond geldt voor andere forensische zorginstellingen niet, omdat daarbij sprake is van een aanbestedingsrelatie in plaats van een inbestedingsrelatie. De geïnterviewden gaven aan dat in de praktijk dit betekent dat er niet wordt ingeleverd in de praktijk, maar het wel mogelijk is dat ze in de rode cijfers komen.

⁴⁴ We tonen enkel de verblijfstarieven omdat dit de 'vaste' component is van de totale inkomsten; en omdat de overige tarieven niet (/ minder) worden gedifferentieerd over de zorgzwaartes en beveiligingsniveaus.

⁴⁵ PPC's zijn uitgesloten van de Normatieve Huisvestingscomponent (NHC), omdat deze voor Rijksinstellingen binnen DJI zijn gecentraliseerd. T/m 2017 werd wel NHC geoffreerd, afgesproken en gefactureerd – maar achteraf gecorrigeerd. Sinds 2018 worden tarieven 'geschoond van NHC' gepresenteerd. Om te zorgen voor goede vergelijkbaarheid, is in de tabel het tarief met enkel de zorgcomponent (dus zonder NHC) opgenomen voor 2016 en 2017.

⁴⁶ Bron: NZa, tariefbeschikkingen in forensische zorg

8.2 Kosten PPC's

De belangrijkste kostenpost voor de PPC's zijn de personele kosten. Personeel krijgt daarbij betaald volgens de Rijksoverheidsschalen. Ook wordt gebruik gemaakt van inhuur van ZZP'ers. Daarnaast betalen PPC's nog een klein deel materiële kosten zelf.

Ook dragen de PPC's naar rato van de capaciteit nog een deel DJI-brede overheadkosten af aan DJI⁴⁷, zowel een centrale overdracht, een facilitair deel en divisiebrede overhead⁴⁸. Deze afdracht is per bed per dag. Daarbij gaat het om doorbelasting van om-niet dienstverlening binnen DJI. Zoals beschreven in paragraaf 8.1, declareren de PPC's een vergoeding op basis van de NZa-tarieven. Een deel van de activiteiten en daaraan verbonden kosten waarvoor de PPC's vergoeding ontvangen op basis van die tarieven, worden echter niet binnen het PPC uitgevoerd maar binnen DJI in de breedte. Daarbij gaat het om kosten als voor ICT, DGV, en SSC-DJI. Zo doet het SSC-DJI bijvoorbeeld de personele en financiële administratie van het PPC. Om dit recht te trekken zijn afspraken gemaakt over het doorbelasten van deze kosten in de vorm van om-niet dienstverlening. Dit betekent dat de PPC's op deze kosten zelf dus geen invloed hebben.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de overheadkosten in de periode 2016-2019, uitgaande van het aantal gerealiseerde verblijfsdagen vermenigvuldigd met het vastgestelde tarief⁴⁹.

PPC overhead	2016	2017	2018	2019
Afdracht DJI-brede overhead centraal	€6.894.458	€7.377.733	€8.185.785	€8.998.046
Afdracht DJI-brede overhead facilitair ⁵⁰	€4.065.775	€4.065.775	€4.065.775	€4.065.775
Afdracht divisiebrede overhead	€357.655	€382.725	€ 392.651	€435.916
Totaal	11.317.888	11.826.234	12.644.212	13.499.737
Gerealiseerde verblijfsdagen	202.065	216.229	221.837	233.110
Totaal per verblijfsdag (gemiddeld)	56,01	54,69	57,00	57,91

⁴⁷ Deze worden aan het eind van elk jaar op basis van de werkelijke productie doorbelast aan de PPC's.

⁴⁸ Enkel Zaanstad draagt het facilitaire deel niet af, omdat de huisvesting daar via PPS gefinancierd is en facilitaire diensten en onderhoud daar uitgevoerd worden door de dit PPS-consortium.

⁴⁹ De cijfers van 2016-2018 kunnen in werkelijkheid (kleine) verschillen bevatten t.o.v. de gerealiseerde verblijfsdagen. Pas sinds 2018 is de informatie uniform uit USER te halen, daarvoor was dit nog afhankelijk vanuit individuele administratie van de PPC's.

⁵⁰ Hierin is geen rekening gehouden met Zaanstad, omdat daar sprake is van een PPS constructie voor het facilitaire deel.

8.3 Welke knelpunten worden daarbij ervaren?

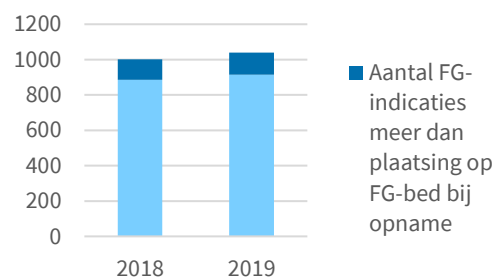
In het algemeen geven de PPC's aan financiële druk te ervaren. Zo overschreden ze de laatste jaren telkens hun budgetten voor behandeling en dagbesteding (hoewel dit niet altijd helder in beeld was, door compensatie vanuit de PI). Vaak wordt aangegeven het nu nog net te redden financieel gezien (onder andere omdat kleine verliezen ook kunnen worden opgevangen door de PI in de breedte), maar dat 'de rek eruit is'. Onderstaand lichten we verschillende knelpunten toe die zowel te maken hebben met afspraken die gemaakt worden rondom bekostiging als in de financieringsstructuur. Deze knelpunten zijn deels inherent aan de gekozen systematiek. Daarmee lijkt het zinvol om in de gesprekken over randvoorwaarden in relatie tot de visie ook stil te staan bij de vraag of deze systematiek de meest passende is.

De afgesproken 'productmix' is niet passend bij de praktijk

Geïnterviewden geven aan dat de inkomsten op papier wellicht toereikend lijken, maar dat in werkelijkheid niet zo is. Zoals in het hoofdstuk 3 (ontwikkelingen in de doelgroep) is te lezen, stijgt het aantal opnames op een FG-bed sterker dan het aantal opnames op een DE-bed. Dit wordt nog niet gereflecteerd in de verhouding van financiering voor FG-bedden ten opzichte van DE-bedden.

Het aantal FG *indicaties* stijgt daarnaast nog sterker: van 1.001 in 2018 naar 1.040, terwijl het aantal FG-*opnames* in die periode steeg van 885 naar 915 (zie figuur). Dat betekent dat een steeds groter deel van de geïndiceerde FG-patiënten in de praktijk op DE-bedden wordt geplaatst. Dit kan betekenen dat patiënten vaker een te hoge indicatie aangemeld worden; maar het kan ook betekenen dat er in praktijk meer patiënten zijn met zwaardere zorgbehoeften dan waar plek voor is, en dan waar de PPC's voor gefinancierd worden.

Vershil aantal FG-opnames en FG-indicaties



Budgetplafond kan schuren met beperkte invloed op instroom van patiënten

De PPC's kunnen niet sturen op de instroom en mogen geen patiënten weigeren. Het NIFP en Psycho Medisch Overleg (PMO) stellen indicaties vast en stellen daarbij vast of iemand naar de PPC moet. De patiënt moeten de PPC's in dat geval aannemen. Dat schuurt met het feit dat er ook een budgetplafond is vastgesteld. Op het moment dat zij aan het budgetplafond zitten, moeten zij dus nog steeds patiënten opnemen. Aan het eind van het jaar moet dan opnieuw met DJI bekeken worden of de overproductie gecompenseerd kan worden. Zoals beschreven dragen de PPC's hiervoor dan echter het financiële risico. Dat betekent ook dat de PPC's onvoldoende financiële zekerheid hebben om de capaciteit uit te breiden om te voldoen aan de toegenomen vraag.

PPC's hebben zelf beperkt aantal financiële 'knoppen' om aan te draaien

Ook aan de kostenzijde hebben de PPC's beperkte financiële 'knoppen' om aan te draaien. Van de gehanteerde verblijfstarieven, wordt ca. 56-57 euro afgedragen overhead. Daar hebben PPC's zelf weinig invloed op. PPC's hebben wel zelf invloed op personeelskosten. Deze invloed blijft echter ook beperkt. De PPC's werken met de vaste overheidsschalen. Ook zitten al aan een krappe bezetting qua personeel en kunnen dus moeilijk met minder personeel. Daarnaast willen ze ook blijven investeren in personeel om kwaliteit te blijven waarborgen en een aantrekkelijke werkgever te zijn.

PPC's krijgen de geleverde zorg niet betaald wanneer patiënten niet vervolgd worden

Wanneer gedetineerden vanuit een politiecel naar het PPC worden geplaatst omdat ze daar onhoudbaar/niet veilig zijn, moet nog bepaald worden of deze persoon vervolgd wordt. Wanneer dit niet het geval is, wordt de patiënt in principe vrijgesteld en krijgt de PPC geen financiering voor de dagen dat de patiënt hier is opgenomen. Geïnterviewden gaven aan dat niet zeer regelmatig voor komt (en dit dus niet het grootste knelpunt is), maar wel gebeurt.

De maximumtarieven worden voor de forensische zorg in de breedte vastgesteld

De NZa stelt maximumtarieven vast voor de breedte van de forensische zorg op basis van kostprijsonderzoeken. De vraag bestaat daarbij echter of deze tarieven ook representatief zijn voor de PPC's omdat deze een vrij specifiek soort zorg leveren en zich echt op het snijvlak van gevangeniswezen en forensische zorg bevinden. De PPC's voeren ook activiteiten en taken uit die op andere plekken in de forensische zorg niet uitgevoerd worden. Denk daarbij aan de dubbele administratie (in TULP voor het detentieproces in het GW en in USER voor de zorg) of de inzet van speurhonden. Omdat dit soort activiteiten elders in de forensische zorg niet worden uitgevoerd, zitten ze ook niet in het NZa-tarief.

Daarbij speelt dat de PPC's zelf weinig zicht hebben op de bepaling van de tarieven op basis van het kostprijsonderzoek. In de tabel met NZa verblijftarieven is bijvoorbeeld te zien dat voor de periode 2016-2018 de E-tarieven lager waren dan de D-tarieven. Dit kwam niet overeen met de praktijkervaring in de zorg, maar wordt door de PPC's ervaren als een 'gegeven'. De PPC's hadden daarbij geen beeld bij waarom dit het geval was. Dit is voor 2020 wel gecorrigeerd (en daarmee is het D4-tarief als enige tarief gedaald ten opzichte van vorige jaren).

Verder speelt de vraag of de tarieven nog voldoen, gezien de huidige rolopvatting van de PPC's en de gevraagde investering. Over het algemeen gaven de geïnterviewden wel aan dat de tarieven nog toereikend lijken te zijn, en dat de knelpunten eerder in de aantallen en productmix zitten.

8.4 Wat betekent dit voor het bieden van goede en veilige zorg?

De druk op de financiering heeft verschillende gevolgen met betrekking tot de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg. Daarbij gaat het onder andere om de volgende zaken:

- **Druk op de capaciteit.** De PPC's krijgen gefinancierd voor een bepaald aantal afgesproken bedden. Zij kunnen de capaciteit dus niet zomaar uitbreiden wanneer deze onder druk staat. Daarmee staat de capaciteit dus onder druk, met de gevolgen zoals deze eerder zijn beschreven. Benadrukt moet hierbij worden dat het bij druk op de capaciteit niet enkel gaat om de financiering voor het aantal plekken. Ook gaat het om de fysieke locatie (de daadwerkelijke bedden) en beschikbaarheid van (voldoende gekwalificeerd) personeel.
- **Druk op personeel.** Aan de productmix zijn ook personeelsnormen gekoppeld. Het feit dat deze productmix niet kloppend is met de praktijk, betekent dat het aantal personeelsleden dat beschikbaar is, ook krap is. Zoals beschreven in de voorgaande hoofdstukken, levert dit druk op (zeker bijvoorbeeld in vakantieperiodes of bij ziekte) en kan deze werkdruk ook gevolgen hebben voor behandeling van de doelgroep en hoe administratieve taken bijvoorbeeld worden uitgevoerd.
- **Administratieve taken.** Een gevolg van de keuze voor de DBBC-structuur, is ook dat deze structuur veel administratieve last oplevert.

Bijlage A Afkortingen

DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
EZV	Extra Zorgvoorziening
ForZo /JJJ	Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinstellingen, onderdeel van DJI
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GW	Gevangeniswezen
GW/VB	Divisie Gevangeniswezen en Vreemdelingenbewaring
Ifzo	Informatiesysteem Forensische Zorg
IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PBW	Penitentiaire beginselenwet (PBW)
PI	Penitentiaire Inrichting
PMO	Psychisch Medisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
SOAS	Staff Observation Aggression Scale
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
tbs	Ter beschikking stelling (art. 37a en 37b Sr)
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
Wfz	Wet forensische zorg
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
ZVZ	Zorgvraagzwaarte
zzp'er	Zelfstandige zonder personeel