

Forensische zorgen



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

14 mei 2018

Opdrachtgevers

Ministerie van J&V, DJI divisie ForZo/JJI, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland

Contact

Peter Wijga

Frank Candel

Katy Hofstede

Michiel Ehrismann

Referentie

GV460/conceptrapport

Inhoud

Leeswijzer	5
Deel A: Hoofdboodschap	6
1 Conclusies	7
1.1 Algemene conclusie	7
1.2 Doelgroep	8
1.3 Administratieve taken	8
1.4 Arbeidsmarkt en werving	9
1.5 Kosten en inkomsten	9
1.6 Werkdruk	10
2 Reflectie	11
2.1 Goede en veilige forensische zorg staat onder druk	11
2.2 Rammelende randvoorwaarden voor goede en veilige zorg	13
2.3 De reële risico's in de sector	15
3 Aanbevelingen	17
3.1 Agenda voor veerkracht in de forensische zorg	17
3.2 Maatregelen voor de korte termijn	19
Deel B Toelichting en uitwerking	20
4 Over het onderzoek: verantwoording en methode	21
4.1 Aanleiding	21
4.2 Opdrachtgeverschap	21
4.3 Vraagstelling	22
4.4 Scope	22
4.5 Methode	23
5 Achtergrond: de sector forensische zorg	26
5.1 Forensische zorg	26
5.2 Wetgeving	26
5.3 Structuur van de sector	27
5.4 Proces van forensische zorg	28
5.5 Bekostiging	29
6 In detail: de doelgroep	31
6.1 In welke mate is een verzwaring van de complexiteit van de patiënten in de forensische zorg vast te stellen?	31
6.2 Wat zijn mogelijke verklaringen voor een verschuivingen in de populatie?	39
6.3 Gevolgen voor aanbieders	42
7 In detail: administratieve taken	44

7.1	Tijdsbesteding aan administratieve taken	44
7.2	Ontwikkeling van administratieve taken	47
7.3	Gevolgen voor aanbieders.....	49
7.4	Oplossingsrichtingen	51
8	In detail: arbeidsmarkt en werving	53
8.1	Werving personeel	53
8.2	In welke mate is er krapte op de arbeidsmarkt?.....	57
8.3	Gevolgen voor aanbieders.....	58
8.4	Conclusie.....	61
9	In detail: kosten en inkomsten	62
9.1	Opbrengsten in forensische zorg.....	62
9.2	Kosten van forensische zorg.....	66
9.3	Gevolgen voor aanbieders.....	69
10	In detail: werkdruk	71
10.1	Is er momenteel sprake van een hoge werkdruk?	71
10.2	Wat zijn de factoren die de werkdruk beïnvloeden?	74
10.3	Hoe heeft de werkdruk in de forensische zorg zich ontwikkeld?	81
10.4	Gevolgen voor aanbieders.....	82
	Bijlage A: Gesprekspartners	84
	Bijlage B: Bronvermelding	87
	Bijlage C: Afkortingen	88

Leeswijzer

In dit rapport presenteert Andersson Elffers Felix (verder: AEF) de resultaten van een onderzoek in de forensische zorg. De vraag die wij beantwoorden:

Staan de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg onder druk?

In dit rapport presenteren wij de bevindingen die we hebben gedaan op basis van interviews, groepsgesprekken, documentenonderzoek en enquêtes. We beantwoorden de onderzoeksvraag na analyse van 5 factoren:

- de **doelgroep** van klinische forensische afdelingen
- **administratieve taken** van personeel in de forensische zorg
- de **werkdruk** op klinische forensische afdelingen
- de **arbeidsmarkt** en de **werving** van personeel
- de **kosten** van aanbieders, en hoe die zich verhouden tot de inkomsten.

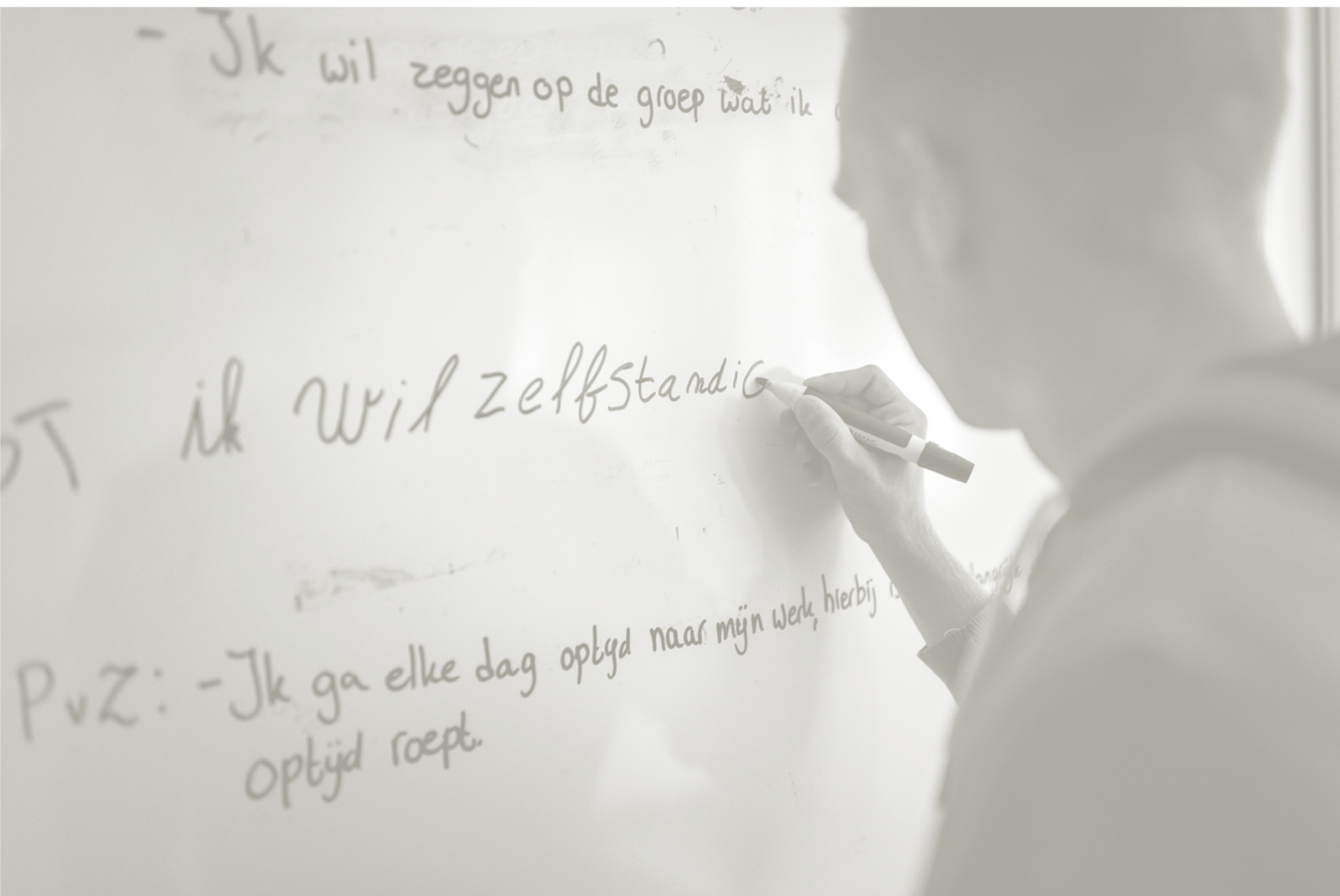
In deel A (hoofdstukken 1, 2 en 3) treft u respectievelijk de bevindingen, onze reflectie hierop en onze aanbevelingen. Deel B geeft een meer gedetailleerde beschrijving van het onderzoek. Zo treft u in hoofdstuk 4 een toelichting op het onderzoek en de methodologie die AEF heeft toegepast. Een kort overzicht van de sector forensische zorg voor diegene die minder bekend zijn met de materie vindt u in hoofdstuk 5. Een gedetailleerde uitwerking van de vijf thema's vindt u in de hoofdstukken 6 tot en met 10.

In de tekst van dit rapport treft op verschillende plekken uitspraken aan van professionals uit de sector die zij in de enquête of in één van de werksessies of gesprekken met ons hebben gedaan. Deze uitspraken dienen ter illustratie van hetgeen in de tekst is uitgewerkt.

Vanwege de leesbaarheid worden een aantal begrippen verkort weergegeven:

- **'patiënten'** zijn de personen die in zorg zijn bij een forensische instelling. Daarmee bedoelen we ook de personen die door hun instelling 'cliënten' worden genoemd.
- **'behandelaren'** gebruiken we als verzamelnaam voor psychiaters, psychologen en vergelijkbare functies in de sector.
- **'VOV'** (een afkorting van verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend) gebruiken we als verzamelnaam voor deze functies. Daartoe rekenen we ook sociotherapeuten enagogisch medewerkers.

Deel A: Hoofdboodschap



1 Conclusies

In een brief aan de vaste Kamercommissie van 13 juni 2017 sprak GGZ Nederland haar zorgen uit over de druk op de forensische zorg¹. In het overleg van de vaste Kamercommissie van 22 juni 2017 heeft de toenmalige staatssecretaris van Veiligheid en Justitie aan de Kamer toegezegd om deze ontwikkelingen te onderzoeken². Dit onderzoek is gestart in november 2017 onder opdrachtgeverschap van GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de beleidsdirectie van het ministerie van Justitie en Veiligheid (DS&J) en de divisie ForZo/JJI van DJI.

Het onderzoek heeft tot doel om de ontwikkelingen in de klinische forensische zorg objectief in kaart te brengen, vast te stellen of er inderdaad problemen bestaan en de oorzaken hiervan in beeld te krijgen. De opdracht richt zich op zowel ggz- als lvb-zorg (licht verstandelijk beperkt). De onderzoeksvraag die voor deze opdracht is geformuleerd, luidt als volgt:

Staat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg onder druk?

Hieronder treft u onze conclusies. We beschrijven eerst onze algemene conclusies en daarna onze bevindingen per thema. Een gedetailleerde uitwerking per thema vindt u in de hoofdstukken 6 tot en met 10.

1.1 Algemene conclusie

In dit onderzoek staat de volgende vraag centraal: “Staat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg onder druk?”

Wij concluderen dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg onder druk staan.

De sector kent een grens in de maximale belastbaarheid die medewerkers en patiëntenzorg aan kunnen. Deze grens is overschreden. Alle professionals die wij in de loop van dit onderzoek spraken, geven aan dat zij zich zorgen maken om de sector. Zij geven aan dat de druk zich zo hoog heeft opgebouwd dat zij collega's en patiënten eronder zien lijden.

Op dit moment is de druk op de sector nog niet overal te zien in uitkomstmaten. Zo ziet de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) nog geen toename in het aantal incidenten. De

¹ GGZ Nederland, “AO tabs en forensische zorg”, juni 2017

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 29 452, nr. 220

kans op incidenten neemt echter toe volgens de respondenten uit het onderzoek. Binnen de sector wordt wel een afname van de veiligheid beleefd. Daarnaast zijn er sterke zorgen over de effectiviteit van de forensische zorg, volgens de behandelaren die we daarover gesproken hebben, professionals komen steeds minder toe aan de noodzakelijke behandeling.

Er is niet één oorzaak aan te wijzen voor de toegenomen druk. Het is een samenloop van verschillende ontwikkelingen die heeft geleid tot de huidige situatie. In dit onderzoek zijn vijf thema's onderzocht: doelgroep, administratieve taken, arbeidsmarkt, kosten en werkdruk. Op elk thema zijn er de afgelopen jaren meer en/of sterkere ontwikkelingen geweest die de druk hebben verhoogd, dan ontwikkelingen die de druk hebben verlaagd.

Een aantal ontwikkelingen ligt buiten de invloedssfeer van de sector. Soms liggen deze ook buiten de directe invloedssfeer van beleidsmakers, zoals de situatie op de arbeidsmarkt en de afgenomen tolerantie voor veiligheidsrisico's in de maatschappij. Daarom is er niet één maatregel die het evenwicht rond de sector kan herstellen. Dit vraagt een gemeenschappelijke agenda met samenhangende maatregelen. Hoofdstuk 3 doet aanbevelingen voor een dergelijke agenda.

1.2 Doelgroep

De mix van patiënten in de forensische zorg is in de afgelopen jaren zwaarder geworden. Dat komt maar in beperkte mate doordat de zorgvraag van patiënten die de forensische zorg instromen zwaarder is geworden. Weliswaar zijn er meer mensen met lvb, nieuwe vormen van drugsgebruik en multi-problematiek te zien, maar deze ontwikkelingen zijn niet zo sterk dat zij de door personeel ervaren toename van complexiteit kunnen verklaren.

Vooraf verduidelijking in de patiëntpopulatie, met steeds meer patiënten met complexere problematiek, speelt een belangrijke rol. Dat komt ten eerste door uitstroom van de lichtere populatie door sturing op kortere behandelingen en ambulante of Beschermd Wonen (BW)-trajecten. Ten tweede geven respondenten aan dat steeds meer mensen met zware problematiek relatief lichte en kortere titels of voorwaarden krijgen opgelegd. Ten derde zien we verschillende keteneffecten die meer druk geven op de forensische zorg, zoals de instroom van patiënten uit de reguliere ggz en stokkende doorstroom naar reguliere zorg.

Deze ontwikkelingen betekenen dat er met gelijke middelen zwaarder werk moet worden gedaan. Patiënten vragen meer tijd van (meer ervaren) behandelaren en VOV-personeel, waardoor minder tijd overblijft voor behandeling en ongepland contact op de afdeling. Ook verandert door de kortere opnames de dynamiek op een afdeling. Dat verhoogt de werkdruk en zet de kwaliteit van zorg juist onder druk.

1.3 Administratieve taken

Uit het onderzoek komt naar voren dat medewerkers in de forensische zorg bij een 36-urige werkweek circa 16 van de 36 uur aan administratieve taken besteden. Deze bevinding wordt ondersteund door eerdere onderzoeken. De tijdsbesteding wordt als zeer hoog ervaren door medewerkers. De tijdsbesteding is ruim groter dan de tijdsbesteding aan direct contact met patiënten.

Uit het onderzoek komt naar voren dat de tijdsbesteding aan administratieve taken in de afgelopen jaren gestegen is; het sterkst voor behandelaren. De stijging komt niet voort uit één

regel of procedure, maar uit een groot aantal verschillende ontwikkelingen. De invoering van het nieuwe bekostigingssysteem en toenemende verantwoordingseisen bij zaken als verlofaanvragen, incidenten en kwaliteitsmanagement (ROM) spelen een rol, net als interne procedures van aanbieders.

De stijging in administratieve taken kan de tijd die direct voor patiënten beschikbaar is (verder) verdringen, ook omdat andere tijdsbesteding min of meer vast staat. Dit betekent dat medewerkers steeds vaker het gevoel hebben dat regels en administratie een groter deel van hun werk zijn dan patiëntenzorg. Dit kan doorwerken op de werkdruk en werkplezier en daarmee op het verloop van medewerkers.

1.4 Arbeidsmarkt en werving

Uit de gesprekken met enquête bij HR professionals in de forensische zorg blijkt een tekort aan goedopgeleide, ervaren mensen die in de forensische zorg willen werken. Dat geldt voor alle belangrijke beroepen: psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en agogen.

De krapte op de arbeidsmarkt is al langer voelbaar, maar HR professionals geven aan dat de respons op vacatures sterk is afgenomen in de afgelopen 1,5 à 2 jaar. Daarbij is er een beperkte variatie tussen de kandidaten voor vacatures; sollicitanten zijn vaak pas afgestudeerd. In de forensische zorg is een zekere stevigheid en overwicht noodzakelijk in het contact met patiënten. Dat evenwicht komt hierdoor onder druk te staan.

Dit probleem heeft meerdere oorzaken. Ten eerste is er te weinig (ervaren) personeel op de arbeidsmarkt, onder andere omdat er weinig wordt opgeleid voor forensische werken. Ten tweede zijn de uitstroom en het ziekteverzuim hoger dan gewenst, mede als gevolg van hoge werkdruk. Ten derde heeft het imago van de sector, die bekend staat als een zware sector om in te werken, een negatief effect op de wervingskracht van forensische aanbieders. Ten slotte zijn de arbeidsvoorwaarden, zo geven HR-afdelingen aan, niet beter dan in lichtere vormen van zorg. In sommige regio's loont het financieel om de overstap te maken naar ambulante werk.

Specifiek voor de forensische zorg geldt dat er geen brede structuur van basisopleidingen is die toeleidt naar de forensische zorg. Daardoor heeft de sector een achterstand ten opzichte van andere sectoren. Ook de berichtgeving in de media over incidenten hebben een impact op de aantrekkelijkheid van de sector om in te werken.

Gevolg is dat er zowel een numeriek als kwalitatief arbeidsmarkttekort is. Dat betekent dat er niet voldoende vaste, ervaren krachten zijn om de stevigheid en continuïteit te bieden die eigenlijk goed is voor de patiënten en medewerkers. Het tekort op de arbeidsmarkt wordt door veel professionals en leidinggevendenden als de belangrijkste belemmerende factor gezien voor het leveren van goede en veilige zorg.

1.5 Kosten en inkomsten

De afgelopen jaren zijn aanbieders financieel kwetsbaarder geworden want sinds de invoering van prestatiebekostiging ligt er meer financieel risico bij aanbieders. NZa-studies bevestigen dat ook. Aanbieders geven aan dat dit risico alleen hen beperkt aanbieders in de keuzes die zij maken. Zo zijn er meer financiële redenen gekomen om met flexibel in plaats van vast personeel te werken. Of dat uiteindelijk nodig blijkt, weten aanbieders pas achteraf.

Voor sommige aanbieders zijn de inkomsten ook daadwerkelijk gedaald, zo vond de NZa. Dat laatste geldt met name voor de tarieven van fpa's en fpk's waar aanbieders rigoureuze keuzes hebben moeten maken.

De NZa tarieven zijn sinds 2013 niet herijkt (wel geïndexeerd). ForZo/JJI hanteert twee typen afslagen op deze tarieven. De specifieke afslagen op de DBBC productie hebben voornamelijk effect op de overige forensische zorg (ofz) zoals de fpa en fpk en zeer beperkt voor de tbs. De generieke afslagen zijn in de laatste jaren afgebouwd en daarvoor zijn beleidsrijke maatregelen genomen: een veranderende productie en productmix, met een trend naar zorgproducten met lagere tarieven. Aanbieders maken in de overgang naar de nieuwe productmix en de afbouw van duurdere voorzieningen transitiekosten die niet worden gedekt uit de tarieven.

Aan de kostenkant kwamen er hogere materiële kosten (ICT, accountants, advies, inhuur) op de sector af, dat geldt zowel voor de ofz als voor de tbs aanbieders. Omdat de tarieven niet herijkt werden, heeft dit andere uitgaven verdrongen. Het lijkt erop dat veel aanbieders ervoor hebben gekozen de uitgaven aan ondersteunende functies (teamleiders, inkopers, secretariaten) te verminderen. Soms geldt dit ook voor de formatie in het primaire proces. Het betekent in ieder geval vaak een taakverschuiving naar primair personeel. Kwantitatieve onderbouwing van deze keuzes blijkt lastig door verschillen tussen aanbieders en gebrek aan betrouwbare data.

1.6 Werkdruk

De werkdruk in de forensische zorg wordt als zeer hoog ervaren. De werkdruk is de afgelopen vijf jaar (sterk) gestegen. Professionals die al langere tijd in de forensische zorg werkzaam zijn, benadrukken dat het gaat om een geleidelijke verschuiving.

De benodigde continuïteit wordt gemist, en dat leidt tot onzekerheid, stress, en het gevoel er alleen voor te staan. Professionals ervaren dat zij steeds meer moeten doen (e.g. voor méér patiënten de zorg dragen), en daar steeds minder in gesteund worden (e.g. afbouw van ondersteunende diensten als management en secretariaat).

Hierdoor halen professionals niet de behandelresultaten die zij zelf wenselijk en, onder betere omstandigheden, haalbaar vinden. Ook knaagt de afname van het contact tussen patiënt en professionals aan de motivatie van de vakmensen. Veel medewerkers geven aan dat zij te weinig tijd hebben om hun werk te doen. Onder invloed van financiële druk en verantwoordingsdruk is er steeds minder aandacht voor patiënten. Veel personeel ervaart een toename van incidenten en van onrust op de groep.

2 Reflectie

De verschillende ontwikkelingen rond de forensische zorg werken op elkaar in en bepalen daarmee de mate waarin goede en veilige zorg geboden kan worden. Onderstaand figuur laat die samenhang op hoofdlijnen zien. Dit hoofdstuk geeft daar verdere uitwerking aan.



Figuur 1 Invloed van verschillende ontwikkelingen op kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg

In dit hoofdstuk leest u in samenhang hoe elk van deze elementen zich ontwikkeld hebben.

2.1 Goede en veilige forensische zorg staat onder druk

De beschreven ontwikkelingen in de forensische zorg hebben invloed op de kwaliteit en veiligheid van de zorg doordat deze op verschillende wijze leiden tot een druk op het werkklimaat in de zorg. VOV-personeel en behandelaren voelen de effecten in hun dagelijks werk. Omdat in de zorg, en in de forensische zorg in het bijzonder, de interpersoonlijke relatie tussen behandelaar of begeleider en patiënt centraal staat, gaan een goed werkklimaat en een goed behandelklimaat op een afdeling hand in hand. Dat betekent dat een verslechtering van het werkklimaat ook gevolgen heeft voor de kwaliteit en veiligheid in de zorg.

Eisen aan forensisch behandel- en werkklimaat

De patiëntenpopulatie in de forensische zorg stelt specifieke eisen aan een goed en veilig behandelklimaat. We noemen er een aantal:

- **Forensische scherpste**, waarmee we bedoelen dat risico's in het gedrag van patiënten gesignaleerd worden, waarop snelle, adequate interventie volgt.

- Ruimte voor goed contact tussen professionals en patiënten als eerste waarborg voor **relationele veiligheid** van patiënten en medewerkers.
- **Gerichte ondersteuning van patiënten** die aansluit bij hun zorgbehoefte met inzet van de groep van patiënten zelf als therapeutisch middel.
- Duidelijke **structuur en daginvulling**
- Duidelijke omschrijving van de grenzen en het **zorgvuldig bewaken van grenzen**, normen en waarden die gelden binnen het therapeutisch milieu.

Bovenstaande aspecten vragen in het werkklimaat om

- Inzet van **voldoende personeel** dat **gekwalificeerd is en goed geschoold** is in de omgang met deze doelgroep.
- Inzet van **ervaren personeel** dat zich door enige jaren werkzaamheid in de sector de vaardigheden in forensische scherpste eigen heeft gemaakt.
- Een juiste **mix van medewerkers** die stevig genoeg zijn om in de omgang met patiënten overeind te blijven.
- **Continuïteit in het team** zodat professionals en patiënten weten wat ze aan elkaar hebben en op elkaar zijn ingespeeld.
- Ruimte om naast geplande contacten **voldoende tijd** door te brengen op de afdeling om escalatie in een vroegtijdig stadium te kunnen detecteren en daarop te kunnen ingrijpen.
- Voldoende **veerkracht in het team** om met onverwachte situaties om te kunnen gaan.
- **Ondersteuning vanuit organisatie en leidinggevenden** om te kunnen wat nodig is.
- Adequate **ondersteuning bij incidenten** gericht op het leren van in plaats van afrekenen op incidenten.

De huidige werkdruk die professionals ervaren, zowel bij VOV'ers als behandelaren, laat zien dat op bovenstaande aspecten is ingeboet in de afgelopen jaren.

Is de zorg in de forensische sector nu onveilig?

Bij navraag geeft de IGJ aan geen stijging in het aantal calamiteiten vanuit de forensische zorg te zien. In de afgelopen jaren is ook geen toename van grote incidenten te zien in de forensische zorg, al is de aandacht voor de incidenten die er wel zijn sterk gegroeid. Er staan momenteel niet disproportioneel veel aanbieders onder toezicht van één van de inspecties. Daaruit kan echter niet geconcludeerd worden dat er geen dringend probleem is. Immers alle “near accidents” zijn voor de IGJ niet in beeld.

Uit alle gesprekken die wij in het kader van dit onderzoek hebben gevoerd en uit de enquête onder 800 professionals uit de forensische zorg komt naar voren dat professionals in de sector een duidelijke ontwikkeling op uitkomstmaten zien die zorgen geeft; een stijgend aantal incidenten en een stijgend aantal heropnames.

De risico's zijn toegenomen. Uit de gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd blijkt dat aanbieders en medewerkers de afgelopen jaren minder zorg zijn gaan bieden dan zij noodzakelijk vinden. Door de financiële druk, de druk op beschikbaar personeel en de extra wettelijke (administratieve) taken is er minder ruimte over om zoals gewenst te reageren op incidenten, moeilijker patiënten of onverwachte ziekte van een collega. Aanbieders, teams en medewerkers zijn gericht op het waarborgen van de veiligheid ook als dat ten koste gaat van het werkklimaat. Denk daarbij aan het doorwerken tijdens ziekte, het laten vervallen van opleidingen of inwerkperiodes en het continu ondersteunen van andere teams in tijden van grote drukte.

De veiligheid wordt in acht genomen, maar de veerkracht van de sector lijdt onder de opgebouwde druk. Het ziekteverzuim en de afname in relationele veiligheid laten zien dat de veerkracht van professionals en teams is afgenomen. Aanbieders werken binnen zeer smalle marges. Dat betekent dat elk incident, elke nieuwe vraag en elke verandering direct een grote impact heeft op de organisatie en de mensen die daarin het werk moeten doen.

De randvoorwaarden voor goede en veilige zorg staan onder druk waardoor de risico's in de forensische zorg zijn toegenomen.

2.2 Rammelende randvoorwaarden voor goede en veilige zorg

De personele randvoorwaarden staan sterk onder druk

De druk op het personeel is de grootste bedreiging voor goede en veilige zorg. De belangrijkste bedreigingen voor de een gezond en veilig werkklimaat zijn:

- Aanbieders (zowel ofz als tbs) moeten met minder kwaliteit en kwantiteit genoegen nemen om hun vacatures te vervullen. Tegelijk moeten ze daarvoor meer moeite moeten doen en meer kosten maken.
- Aanbieders (zowel ofz als tbs) geven aan dat zij in toenemende mate flexibel personeel moeten inhuren om hun roosters gevuld te krijgen. Dat leidt tot extra kosten, maar belangrijker nog, het leidt tot minder stabiele teams. Flexibel personeel is minder goed ingewerkt in de manier van werken, kent de patiënten minder goed en is minder goed inzetbaar in het dagelijkse werk. Daardoor neemt de kwaliteit van zorg af en wordt vast personeel zwaarder belast.
- De mix in het werknemersbestand in de tbs en ofz is de afgelopen jaren veranderd. Veel ervaren krachten zijn verdwenen. Nieuw personeel is in de regel minder ervaren en veel vaker vrouw. Mensen blijven minder lang in dezelfde functie. Ook dat is een gegeven in de gehele zorg, maar extra van belang in de forensische zorg omdat het daar enige jaren kost om voldoende ervaring op te bouwen om een team te kunnen dragen. Dat komt voornamelijk door de eisen die de doelgroep stelt (aanleren van de forensische scherppte) en het doorgronden van de regelgeving die voor de behandeling van belang is.
- In gesprekken en in de enquête geven veel professionals aan dat de aard van het vak de afgelopen jaren is veranderd. Dit speelt zowel in de tbs als de ofz, maar in het algemeen sterker binnen de tbs. Professionals zien een toenemende focus op materiële en procedurele beveiliging, en afnemende ruimte om aan te sluiten bij de problematiek van de patiënt. Dat heeft directe consequenties in de taken die uitgevoerd moeten worden. Maar het heeft ook indirecte consequenties voor de sfeer en cultuur op een afdeling. Mensen geven aan dat deze verandering ten koste is gegaan van hun werkplezier.

De belangrijkste oorzaken voor bovenstaande ontwikkelingen zijn de veranderingen in de arbeidsmarkt, de veranderende manier waarop medewerkers zich aan aanbieders verbinden en de financiële druk die aanbieders ervaren.

De krapte op de arbeidsmarkt bemoeilijkt de zoektocht naar goed personeel. Er is in veel Nederlandse sectoren steeds meer vraag naar goed personeel. Het aanbod groeit niet even hard als de vraag, en daardoor is krapte op de arbeidsmarkt ontstaan. Dit probleem wordt in de zorgsector in alle hevigheid gevoeld. Dat is in de forensische zorg ook het geval. Hoewel er regionale en contextuele verschillen zijn, geven aanbieders sectorbreed aan dat er voor alle hoofdgroepen van professionals krapte op de arbeidsmarkt is.

Tegelijk speelde een flexibilisering van de arbeidsmarkt. Als gevolg daarvan zijn er bijvoorbeeld meer werknemers die uit vaste dienst gaan en zichzelf (voor een hoger tarief) verhuren als zzp'er.

Waar andere spelers op de arbeidsmarkt personeel konden werven door hun wervingsbudgetten en salarissen te verhogen, bleek dat voor forensische zorgaanbieders maar heel beperkt mogelijk. De tarieven die zij ontvangen, zijn sinds 2012 wel geïndexeerd maar niet herijkt. Daardoor bleef de positie van de forensische zorg gelijk terwijl andere werkgevers er een schepje bovenop konden doen.

De organisatorische randvoorwaarden staan onder druk

Door verschillende externe ontwikkelingen hebben aanbieders maatregelen moeten nemen die de randvoorwaarden voor goede en veilige zorg ondergraven. De belangrijkste zijn:

- Veel aanbieders hebben in de afgelopen jaren door financiële krapte verschillende bezuinigingen doorgevoerd die direct en indirect een effect hadden op het primair personeel. Veel aanbieders hebben op management en ondersteuning bezuinigd. Daardoor is een deel van de overheadtaken bij primair personeel terecht gekomen.
- Veel aanbieders hebben ook op primair personeel bezuinigd, al dan niet als gevolg van lagere productmix. Zo zijn er steeds meer aanbieders die in de nacht geen VOV-personeel meer inzetten en deze dienst door beveiligers laten waarnemen. Dat betekent niet alleen een verschraving van de zorg in de nacht maar ook een verschuiving van de werkzaamheden die eerder in deze “loze uurtjes” werd gedaan naar de drukte van de dagdienst.
- Op verschillende vlakken is sprake van een toename aan administratieve taken voor zowel primair als ondersteunend personeel. Dat komt voornamelijk door de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel (DBBC's). Maar daarnaast zijn ook andere ontwikkelingen van invloed op de administratieve taken. De belangrijkste daarvan zijn de processen rondom verlof en verlengingszittingen in de tbs, de Bopz-regelgeving in de fpa's en fpk's en de afhandeling van incidenten die in het geheel een toegenomen registratiekramp veroorzaken.
- Voor bovenstaande toename aan administratieve taken geldt ook dat aanbieders nog niet, op een uitzondering na, in staat zijn geweest om hun ondersteunende processen en ICT zodanig in te richten dat deze werkelijk ten dienste staan van het primair personeel. Dat geldt met name voor aanbieders die voor verschillende financiers zorg leveren. Onwillige systemen zijn een grote bron van ergernis voor professionals.
- Regelgeving leidt naast administratieve taken ook tot een inperking van de ruimte voor professionals op andere vlakken. De belangrijkste daarin zijn de procedurele voorschriften rondom dwang en drang vanuit de Bopz, de verlofrichtlijnen rondom middelengebruik en delicten tijdens verlof in tbs en de overgang in de financiering rond de leeftijdsgrens 18-/18+.

Tegenover deze ontwikkelingen staat dat er de afgelopen jaren verschillende initiatieven zijn geweest van de sector om zich te organiseren en verder te ontwikkelen. Voorbeelden zijn het forensisch netwerk, het landelijk TBS-overleg en het FPA-beraad. Voor kennisuitwisseling en -ontwikkeling zijn landelijke kwaliteitsnetwerken opgericht voor FPA's, SGLVG-behandelcentra en recent de TBS-klinieken. Middels het programma Kwaliteit Forensische Zorg subsidieert het ministerie kwaliteitsontwikkeling. De forensische zorg blijft echter een sector waarbinnen instellingen vanuit historie verschillen in dienstverlening, organisatiegrootte, organisatievorm en visie. Zo zijn er verschillende geïntegreerde GGZ-instellingen waar in een klein onderdeel forensische zorg wordt geboden, maar er zijn ook gespecialiseerde eigenstandige forensische klinieken. Verschillende problemen waar de

sector als geheel mee worstelt (zoals een collectief tekort aan voor het forensisch werk opgeleid personeel) zijn niet collectief opgepakt.

Bovenstaande ontwikkelingen zijn voornamelijk veroorzaakt door de ervaren financiële krapte van aanbieders, door toegenomen regeldruk vanuit verschillende stelsels en door de opeenvolgende wijzigingen in beleid waardoor aanbieders hun processen niet hebben kunnen aanpassen.

De randvoorwaarden rondom de zorg aan patiënten op een afdeling staan onder druk

Uit de gesprekken komt naar voren dat aanbieders in toenemende mate ervaren dat zij niet goed kunnen sturen op een goede match tussen zorgaanbod en zorgvraag. Deze procedures geven onzekerheid en daarmee druk bij medewerkers. Het gaat om de volgende aspecten:

- Doordat veel aanbieders geen intakegesprekken meer voeren voorafgaand aan opname, hebben zij minder handvatten om de zorg aan patiënten goed aan te laten sluiten bij de vraag.
- Het is onaantrekkelijk voor aanbieders om patiënten te weigeren als zij denken dat dit beter is voor de dynamiek in de groep. Ook hebben zij minder mogelijkheden om een patiënt voor te bereiden op zijn of haar komst naar de afdeling. Door de financieringssystematiek liggen alle doorlopende kosten geheel bij de aanbieder als een bed niet gevuld is. Dat leidt tot productiedruk vanuit de eigen instelling en beperkt de mogelijkheden nog verder.

Deze ontwikkelingen komen met name door de veranderingen in de wijze waarop in het stelsel van indicatie, plaatsing, inkoop en facturatie zijn ingericht.

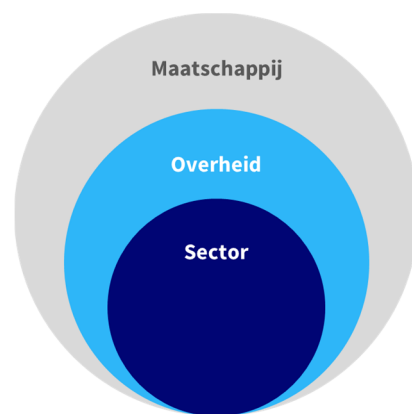
2.3 De reële risico's in de sector

Zoals eerder gesteld kent de doelgroep in de forensische zorg specifieke risico's die hoger zijn dan in andere sectoren. Dat stelt hoge eisen aan professionals, teams en organisaties. Regelgeving en bekostiging moeten aanbieders ruimte geven om om te gaan met deze risico's.

De verlaagde tolerantie van incidenten en risico's in de maatschappij leggen een druk op het departement om daarop te handelen. Veel meer dan in andere sectoren zijn incidenten in de forensische zorg ook gevoelig door de lange verantwoordelijkheidslijnen vanuit de bewindsvoerders. Het departement en ForZo/JJI staan daarnaast voor de opgave om steeds striktere keuzes te maken in de besteding van middelen.

Zo staan departement en ForZo/JJI voor de uitdaging om hun sturingsmogelijkheden te vergroten zonder de uitvoerders te beperken. In de zoektocht naar een efficiënt georganiseerde sector hebben departement en ForZo/JJI prikkels ingebouwd in de financiering. De inrichting van de keten en financieringssystematiek zijn aangepast. Ook zijn er aanvullende eisen gesteld aan de verantwoording door aanbieders; deels als gevolg van de financieringssystematiek, deels los daarvan (bij bijvoorbeeld verlopen en incidenten). Daarnaast is geïnvesteerd in de kwaliteit in de sector.

Deze aanpassingen hebben geleid tot voortdurende dynamiek in organisaties en beleid. In combinatie met de beschreven druk op de sector kunnen aanbieders daardoor geen ruimte en tijd vinden om de veranderingen in beleid in te passen. Aanpassingen in ICT worden over



de jaren heen ingeregeld, en de tijd om dat goed te doen is nog niet verstreken als de volgende aanpassing volgt. Deze dynamiek speelt sterker bij de ofz waarin ook regelgeving vanuit het ministerie van VWS en vragen vanuit zorgverzekeraars en gemeenten impact hebben op de bedrijfsvoering en zorgprocessen.

Nieuwsberichten over de forensische zorg laten zien dat het maatschappelijk debat over forensische zorg zich heeft gefocust op beheersing en beveiliging. Terwijl er in de sector zelf de afgelopen jaren een verschuiving heeft plaatsgevonden van een focus op beheersing naar een focus op herstel.

Dit resulteert bij incidenten in een risico-regelreflex: om nieuwe incidenten te voorkomen worden er meer controles en regels ingevoerd. Dat speelt met name binnen de tbs waarin strikte regels zijn opgesteld over bijvoorbeeld delicten en middelenmisbruik tijdens verlofperiodes. De druk vanuit media en maatschappij om dit te doen wordt door beleidsmakers gevoeld. Deze reactie levert geen echte zekerheid op, maar het is wel een manier om te laten zien dat de risico's serieus genomen worden.

Nadelen van deze reflex zijn verkramping bij aanbieders, grotere verantwoordingsdruk bij professionals, en een te grote nadruk op incidenten in het werk. De verantwoordelijkheid voor incidenten komt te eenzijdig te liggen bij professionals, teams en aanbieders in plaats van de patiënt. Dat leidt tot een indekcultuur bij professionals en aanbieders.

Het wantrouwen dat we zien tussen aanbieders en overheid is een product van bovenstaande dynamiek. Aanbieders zoeken ruimte om met de risico's om te gaan, departement en ForZo/JJI zoeken om aanbieders te sturen op tegengestelde eisen. Dat wantrouwen wordt gevoed doordat de sector onvoldoende collectief optreedt en aanbieders in de druk die is ontstaan soms zoeken naar individuele snelle oplossingen. Het wantrouwen van aanbieders wordt gevoed door de sterke focus op financiën van de afgelopen jaren waar steeds minder ruimte is voor een gesprek.

De nieuwe inkoopssystematiek van aanbesteding zal het contact tussen ForZo/JJI en aanbieders eerder nog verder verzwakken dan dat het bijdraagt aan vertrouwen. Er zullen immers nauwelijks meer echt contactmomenten zijn waarin aanbieders en inkopers elkaar tegenkomen.

In deze context zal de sector als geheel, dus aanbieders, ForZo/JJI en departement, gezamenlijk een aantal maatregelen moeten nemen om de druk op de sector hanteerbaar te maken en zo de veiligheid en kwaliteit in de sector te waarborgen. De sector kan daarin voortbouwen op de gezamenlijke aanpak die in 2013 heeft geleid tot de meerjarenovereenkomst forensische zorg.

3 Aanbevelingen

Uit het onderzoek komt een duidelijk waarschuwingssignaal naar voren: de forensische zorg staat onder druk; onder de huidige omstandigheden kunnen patiënten niet goed behandeld worden. Het is tijd dat er niet meer gesproken wordt over *of* er gehandeld wordt, maar *hoe*.

De druk op de sector is een gevolg van langjarige processen; dat vraagt ook om gezamenlijke actie en uithoudingsvermogen op de langere termijn in het oplossen daarvan. De sector kan echter niet zo lang wachten. Er zijn nu al maatregelen nodig om de ergste druk te verlichten. We beschrijven in dit hoofdstuk een aantal oplossingen voor de kortere termijn.

De problemen in de sector vragen op onderdelen om extra financiering, maar alleen geld helpt niet.

3.1 Agenda voor veerkracht in de forensische zorg

Het is nodig dat dat departement, uitvoeringsorganisatie en aanbieders gezamenlijk een **‘agenda voor de forensische zorg’** opstellen zoals dat eerder is gedaan in de meerjarenovereenkomst forensische zorg uit 2013. In deze overeenkomst zijn GGZ Nederland, het Ministerie van Justitie en Veiligheid en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland gekomen tot een gezamenlijke agenda voor hoogwaardige en betaalbare forensische zorg. De afgelopen 5 jaar hebben deze verschillende partijen in goede samenwerking veel verbeteringen doorgevoerd, zoals het terugbrengen van de behandelduur in de tbs.

Dit gesprek moet in de nieuwe agenda worden doorgezet over het borgen van de randvoorwaarden voor goede zorg:

- In welke mate moet er geïnvesteerd worden om de randvoorwaarden weer te borgen?
- op welke plek levert meer geld een verbetering in omstandigheden van professionals op?
- welke aanvullende maatregelen moeten er worden genomen?

Het borgen van de kwaliteit en veiligheid is een gedeelde taak van alle partijen. Er zijn zoveel factoren van invloed op het werk- en behandelklimaat, dat alle betrokkenen moeten meewerken aan het verlichten van de druk. Zonder samenwerking kunnen hoogstens enkele factoren worden aangepakt. Dan zullen professionals en patiënten onvoldoende verschil merken.

De agenda kan voor een deel voortbouwen op bestaande initiatieven en zal rekening moeten houden met de lopende wetgevingstrajecten (Wfz, Wvggz, Wzd, AVG etc). We adviseren partijen dringend om het aantal projecten dat wordt opgepakt te beperken en goed geprogrammeerd in te richten. Dat voorkomt dat het herstel van randvoorwaarden als een extra last wordt ervaren in de sector.

Hieronder doen we aanbevelingen voor een dergelijke agenda. Deze hebben betrekking op de driehoek personeel, organisatie en patiënten(zorg).

Herstel van de personele randvoorwaarden

De veranderende arbeidsmarkt vraagt om samenhangende maatregelen. Het is niet te verwachten dat de krapte op de arbeidsmarkt op korte termijn verbetert. De sector moet dus langs verschillende lijnen investeren om gevonden te worden door nieuw personeel, aantrekkelijk te blijven voor bestaand personeel en dit personeel zo te faciliteren dat het om kan gaan met veranderende omstandigheden.

- Investeren in de opleiding en ondersteuning van de huidige medewerkers om zo de werkdruk, ziekteverzuim en verloop terug te dringen en het werkplezier te vergroten.
- Vergroten van de instroom van medewerkers
 - door meer integratie van de forensische zorg in agogische en verpleegkundige opleidingen (zowel MBO als HBO). Gezamenlijke ontwikkeling van curricula voor forensische agogen en verpleegkundigen.
 - door meer opleidingsmogelijkheden voor GZ psychologen, klinisch psychologen en psychiaters binnen instellingen in de forensische zorg. voeren van een brede arbeidsmarktcampagne als aanvulling op bovenstaande.
- Versterking van de HR-functie in de forensische zorg, en het intensiveren van de samenwerking tussen HR-afdelingen van aanbieders.

Herstel van de organisatorische randvoorwaarden

De forensische zorg is gebaat bij continuïteit en beleidsrust. Dat geeft de sector de gelegenheid zich te 'zetten' na een aantal jaren van grote veranderingen. Daarnaast zijn er mogelijkheden om processen en procedures te verbeteren zodat medewerkers, teams en aanbieders meer ruimte krijgen.

- Voortdurende inzet van aanbieders, ForZo/JJI en departement op het verminderen van de regeldruk in de forensische zorg.
- Verkenning van de mogelijkheden om horizontaal toezicht, dat nu in de algemene ggz wordt verkend, ook in de forensische zorg toe te passen. Dit moet leiden tot een sturingsfilosofie die gebaseerd is op vertrouwen tussen aanbieders en ForZo/JJI met oog voor de verschillen tussen toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid.
- Verkenning van de wijze waarop de aanbieders, ForZo/JJI, departement en Inspecties omgaan met grote incidenten. Incidenten zijn onvermijdelijk in de forensische zorg. De wijze waarop politiek en media nu hiermee omgaan leidt echter telkenmale tot meer regelgeving en meer administratieve taken. Met een proactief mediabeleid en afspraken over de omgang met incidenten kan de sector meer regie voeren. Daarbij horen ook afspraken over een vorm van (onderlinge) financiële ondersteuning bij maatregelen direct volgend op een incident.
- Verkenning (samen met de NZa) op welke wijze de tarieven in de nieuwe bekostigingsstructuur van de forensische zorg getoetst kunnen worden op de mate waarin zij instellingen in staat stellen om de noodzakelijke activiteiten in de forensische zorg te bekostigen. Dat moet leiden tot een nieuw evenwicht in de tarifiering die recht doet aan de veranderde omstandigheden en die onevenredige productiedruk voorkomt.
- Een deel van de druk op teams en medewerkers wordt veroorzaakt door slecht functionerende ICT-systemen. Een verbetering op dat vlak vraagt vooral om tijd (rust) en afstemming tussen partijen om verbeteringen door te voeren in de huidige systemen. Dit vraagt inspanningen van aanbieders, aanpassing van de beleidskeuzes van het ministerie en het vraagt van grotere GGZ-concerns dat er hier en daar in systemen uitzonderingen gemaakt worden voor de forensische zorg.

Zoals gezegd is het raadzaam om bovenstaande veranderingen gefaseerd in te voeren zodat aanbieders de ruimte hebben om deze goed in te voeren, bijvoorbeeld door deelname aan implementatie- en kwaliteitsnetwerken. Herstel van de randvoorwaarden in het patiëntproces

Rondom de organisatie van patiëntenstromen binnen de forensische zorg zien we de volgende concrete maatregelen.

- Verbetering van de (financiering van de) intakeprocedures waardoor teams zich kunnen voorbereiden op de komst van nieuwe patiënten.
- Vereenvoudiging van de indicatieprocedures en administratieve procedures op de verschillende schakelmomenten in de forensische zorg.

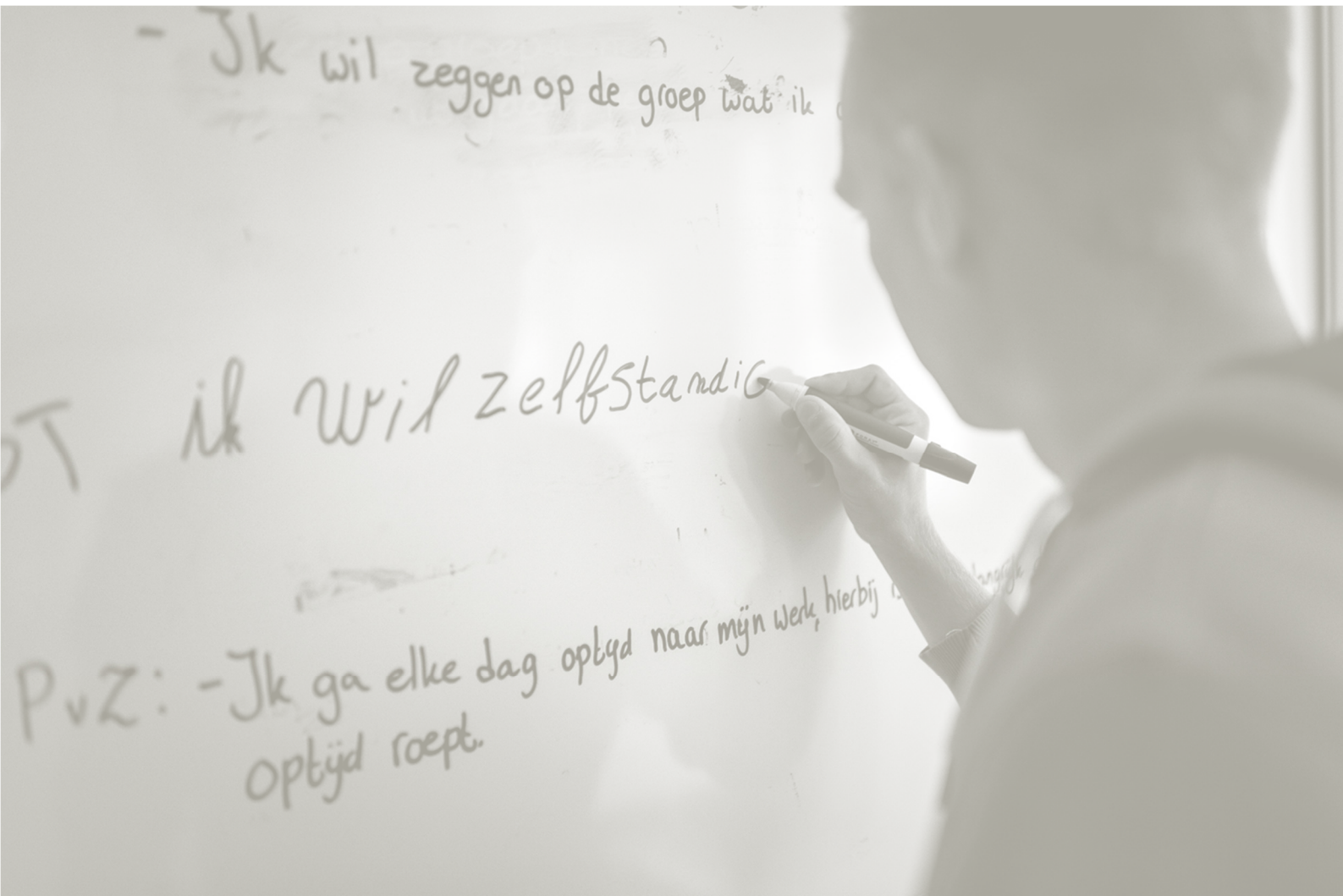
3.2 Maatregelen voor de korte termijn

Een agenda voor de forensische zorg is niet de enige oplossing. Gezien de urgentie van het vraagstuk zijn ook maatregelen nodig die nog dit jaar de ergste druk op de sector verlichten. Deze maatregelen geven ook een duidelijk signaal aan professionals: hun druk wordt herkend en er worden acties ondernomen.

Wij zien hiervoor zeven maatregelen die op relatief korte termijn effect kunnen sorteren:

- Aanbieders, ForZo/JJI en departement maken afspraken over aanpassing van de (afslag van) tarieven in de ofz en voor fpa's en voor fpk's in het bijzonder, zodat aanbieders meer ruimte krijgen om goed en voldoende personeel te werven en aan zich te binden en om te investeren in het bestaande personeelsbestand.
- Aanbieders, ForZo/JJI en departement maken afspraken om op korte termijn de opleiding van nieuw personeel te intensiveren door een opleidingsfonds in te richten. Op korte termijn kan ook een start van een arbeidsmarktcampagne ingezet worden.
- Aanbieders, ForZo/JJI en departement versnellen hun aanpak van administratieve lasten door een aantal schrapsessies te organiseren waarin onder andere aandacht is voor de materiële verantwoording, de procedures rondom verlofaanvragen in de tbs en de wijze waarop incidentverantwoording plaatsvindt. Veldpartijen brengen hun goede voorbeelden in dit traject in.
- Departement en aanbieders maken werk van de versnelde invoering van forensische huisregels zodat binnen de fpk's en fpa's meer rust en overzicht ontstaat in de zorg aan mensen met verschillende titels.
- Aanbieders, ForZo/JJI en departement maken, samen met de NZa, afspraken over de inzet van andere typen personeel voor de VOV functie (functiemix). Waar dit aanpassing van wetgeving vergt, kan dit een onderwerp zijn voor de agenda voor de forensische zorg, maar voor de korte termijn kan een experimenteer-regeling hierin wellicht voorzien.
- Aanbieders, ForZo/JJI en departement werken op korte termijn een concreet gezamenlijk kader uit waarop zij het nieuwe financieringsmodel voor de forensische zorg zullen beoordelen, dat momenteel door de NZa wordt ontwikkeld. Een aanzienlijke winst in administratieve taken is daar in ieder geval een onderdeel van.
- Aanbieders onderzoeken op welke wijze bestuurders en managers zicht kunnen houden op de kwetsbaarheid van teams. Zij laten hiervoor een beknopte set van indicatoren ontwikkelen die direct toepasbaar is door aanbieders. Zij laten hierop onafhankelijk onderzoek doen naar de alarmsignalen die een goede voorspeller zijn van onveilige situaties in forensische teams.

Deel B Toelichting en uitwerking



4 Over het onderzoek: verantwoording en methode

4.1 Aanleiding

In de afgelopen jaren is veel bereikt in de sector met grote inspanning van aanbieders, departement en ForZo/JJI om meer mensen die in het strafrecht zijn beland te behandelen en begeleiden en daarmee hun kans op recidive te verminderen. Deze behandeling is kwalitatief beter geworden door alle investeringen in de professionalisering van de sector. Maar op dit moment staan de nieuwe verworvenheden onder druk.

In een brief aan de vaste Kamercommissie van 13 juni 2017 sprak GGZ Nederland haar zorgen uit over de ontwikkelingen in de forensische zorg. Hoewel GGZ Nederland ook positieve punten benoemde, zoals de terugloop van de gemiddelde behandelduur en de verbeterende samenhang tussen verschillende zorgtypen, zag de branchevereniging “in toenemende mate redenen tot zorg” die de veiligheid van personeel en patiënten onder druk zetten³.

Ten eerste werd er gesignaleerd dat de problematiek van de patiënten in de (klinische) forensische zorg steeds groter wordt. Ten tweede signaleerde GGZ NL een hogere werkdruk, wat het – in combinatie met een negatief imago van de sector – moeilijk maakt om nieuw personeel te vinden. Ten derde stelde de brief dat de administratieve lasten toenemen, waarbij administratie een doel op zichzelf zou dreigen te worden.

In het overleg van de vaste Kamercommissie van 22 juni 2017 heeft de staatssecretaris aan de Kamer toegezegd om samen met GGZ Nederland deze ontwikkelingen te onderzoeken⁴. Dat onderzoek is begin november 2017 gestart. In dit hoofdstuk bespreken wij de organisatie en uitvoering van het onderzoek en de gehanteerde onderzoeksmethodes.

4.2 Opdrachtgeverschap

GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), de beleidsdirectie van het ministerie van JenV (DS&J) en de divisie ForZo/JJI van DJI waren gezamenlijk opdrachtgever van het onderzoek. Het onderzoeksteam stond gedurende het onderzoek in verbinding met een stuurgroep vanuit de opdrachtgevers. Daarnaast was er een klankbordgroep van experts uit het veld. Een overzicht van de leden van de stuurgroep en klankbordgroep is opgenomen in bijlage A.

³ GGZ Nederland, “AO tabs en forensische zorg”, juni 2017

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2016–2017, 29 452, nr. 220

4.3 Vraagstelling

Het onderzoek heeft tot doel om de ontwikkelingen in de klinische forensische zorg objectief in kaart te brengen, vast te stellen of er inderdaad problemen bestaan en de oorzaken hiervan in beeld te krijgen. De onderzoeksvraag die voor deze opdracht is geformuleerd, luidt als volgt:

Staat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten en medewerkers in de forensische zorg onder druk?

Om deze vraag te beantwoorden, wordt antwoord gegeven op zes deelvragen:

- A. Is sinds de inwerkingtreding van het nieuwe stelsel in 2008 de **doelgroep** complexer en daarmee ‘zwaarder’ geworden? Hoe kan dit worden vastgesteld? Als de doelgroep zwaarder is geworden, welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag, wat betekent dat voor forensische zorgaanbieders en wat zijn daarvan de gevolgen?
- B. Waar bestaan de huidige **administratieve taken** voor de forensische zorgaanbieders uit? Is de administratieve regeldruk sinds de inwerkingtreding van het nieuwe stelsel van forensische zorg in 2008 toegenomen? Hoe kan dit worden vastgesteld? Als de administratieve lasten zijn toegenomen, waardoor komt dat? Wat betekent dat voor forensische zorgaanbieders en wat zijn daarvan de gevolgen?
- C. In hoeverre is momenteel sprake van **werkdruk** voor medewerkers in de forensische zorg? Is de werkdruk sinds de inwerkingtreding van het nieuwe stelsel van forensische zorg in 2008 toegenomen? Hoe kan dit worden vastgesteld? Als de werkdruk is toegenomen, waardoor komt dat? Wat betekent dat voor forensische zorgaanbieders en wat zijn daarvan de gevolgen?
- D. In hoeverre lukt het forensische zorgaanbieders voldoende hoogopgeleid en ervaren **personeel** aan te trekken? Wat wordt vereist en hoe ziet de praktijk eruit (is sprake van krapte op de arbeidsmarkt)? Hoe kan dit worden vastgesteld? Wat betekent dat voor forensische zorgaanbieders en wat zijn daarvan de gevolgen?
- E. Hoe hebben de **kosten** (en inkomsten) voor de forensische zorgaanbieders zich in de afgelopen 10 jaren ontwikkeld? Hoe kan dit worden vastgesteld? Wat betekent dat voor forensische zorgaanbieders en wat zijn daarvan de gevolgen?
- F. Welke **aanbevelingen** kunnen worden gedaan?

4.4 Scope

Het onderzoek is afgebakend op kwaliteit en veiligheid in de forensische sector, met een nadruk op de klinische zorg op fpc's, fpk's, fpa's en afdelingen voor sglvg. De zorg binnen PPC's viel buiten het bestek van dit onderzoek.

Het onderzoek heeft zich gericht op de sector als geheel en de randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid die daarin te onderscheiden zijn. In dit onderzoek zijn specifieke incidenten en het beleid van individuele aanbieders geen onderwerp van onderzoek geweest. Het onderzoek doet dan ook geen uitspraak over de kwaliteit en veiligheid van de zorg binnen de specifieke aanbieders.

4.5 Methode

In dit onderzoek is gekozen voor een combinatie van verschillende methodieken om een zo feitelijk mogelijke beschrijving te geven van de situatie in de sector. We werkten met vijf onderzoeksmethoden: bureauonderzoek (vooral voor verkenning), data-analyse (kwantificering), enquêtes (voor specialistische informatie), werksessies (breedteonderzoek) en interviews (diepteonderzoek). De omvang staat weergegeven in de onderstaande figuur.

Bureauonderzoek	Data-analyse	Enquêtes	Werksessies	Interviews
relevante literatuur beleidsdocumenten jaarverslagen	Ifzo data en kostengegevens van aanbieders	Personeel (n=805) HR (n=19)	72 deelnemers 9 werksessies	14 deelnemers

Hieronder bespreken we hoe deze methodes toegepast zijn.

Bureauonderzoek

Binnen de forensische zorg is al veel onderzoek, documentatie en kennis aanwezig. Voor elk van de vijf deelvragen is de reeds aanwezige kennis bestudeerd zoals inspectierapporten, jaarverslagen van aanbieders, NZa-documentatie zoals de Marktscan Forensische Zorg en inkoopdocumentatie zoals het Handboek Forensische Zorg. Deze bronnen zijn gebruikt als uitgangspunt voor het onderzoek en als referentiepunt voor onze eigen bevindingen. Een volledige lijst met bestudeerde bronnen is opgenomen in bijlage B.

Data-analyse

Om een inschatting te maken van de ontwikkeling in de patiëntenpopulatie over de afgelopen jaren zijn gegevens uit het systeem Ifzo gebruikt. Hiervoor zijn geanonimiseerde gegevens gebruikt van ruim 14 duizend plaatsingsbesluiten (via DJI) uit de periode 2014 – 2017. Daarnaast heeft het NIFP aanvullende cijfers aangeleverd over de door hen gestelde indicaties. De bevindingen uit deze analyses zijn getoetst bij de leveranciers van deze gegevens.

Om een kwantitatieve onderbouwing te geven van trends op het gebied van kosten en inkomsten heeft AEF aanbieders gevraagd om een aantal kengetallen over hun financiën te delen. Bij een eerste uitvraag bleek dat de definities van diverse posten te verschillend waren geïnterpreteerd, waardoor het totale overzicht weinig waarde had.

In samenspraak met de aanbieders is toen besloten om tijdens een werksessie gezamenlijk een tweede uitvraag te definiëren en te kijken welke gegevens haalbaar waren om aan te leveren. AEF heeft via verschillende wegen, zowel telefonisch als per e-mail, meerdere malen geprobeerd om deze data te verkrijgen. Uiteindelijk konden zeven aanbieders gegevens aanleveren over één of meer kostenontwikkelingen. De resultaten zijn dan ook niet te zien als representatief beeld van de sector, maar als casestudies over dit onderwerp.

Enquêtes

Gedurende het onderzoek zijn twee enquêtes uitgezet. In de eerste plaats hebben 781 medewerkers hun mening gegeven over de kwaliteit en veiligheid in de forensische sector. Het geeft een goede representatie van de sector aangezien alle beveiligingsniveaus, verschillende

functies en leeftijdscategorieën vertegenwoordigd zijn⁵. Daarmee vormen de enquêteresultaten een waardevolle bron voor het rapport.

Medewerkers zijn bevraagd over de door hen ervaren ontwikkelingen in doelgroep en werkdruk. De enquête bestond uit 30 gesloten vragen met een beperkt aantal gerichte antwoordmogelijkheden. Van de 30 vragen had een vijftal betrekking op de functie en het type dienstverband. Vier vragen gingen over de doelgroep, bijvoorbeeld of in de beleving van de respondent de zorgzwaarte van patiënten veranderd zou zijn. De daaropvolgende vragen hadden betrekking op werkdruk gerelateerde onderwerpen, zoals het aantal vrije dagen en gevoelens van (on)veiligheid op de werkplek. In de laatste vragen werden respondenten bevraagd over steunende factoren, zoals plezier in het werk en ziekteverzuim, al dan niet met een werk gerelateerde oorzaak.

Daarnaast was de enquête voorzien van een open veld waar respondenten een boodschap konden achterlaten over hun werk dan wel de enquête; van deze mogelijkheid werd op grote schaal gebruikgemaakt. Een aantal van deze boodschappen zijn in dit rapport geciteerd om bevindingen te illustreren en/of kracht bij te zetten.

In de tweede plaats zijn de HR-medewerkers van verschillende aanbieders in de forensische zorg bevraagd over werkdruk en de werving van personeel. Ook deze enquête is via de mail verspreid. De HR-afdelingen van 19 aanbieders hebben de enquête afgerond, waardoor de cijfers een redelijke representatie zijn van de sector⁶.

De vragenlijst bestond uit 19 gesloten vragen met een beperkt aantal gerichte antwoordmogelijkheden. Van de 19 vragen had een vijftal betrekking op de kenmerken van de desbetreffende instelling. De rest van de vragen ging over de samenstelling van het personeelsbestand, werving van nieuw personeel in termen van openstaande vacatures en werkdruk gerelateerde factoren zoals het verzuimpercentage.

Interviews

AEF heeft 14 diepte-interviews gehouden met een semigestructureerd karakter. Dit houdt in dat AEF voorafgaande aan een interview een leidraad met vragen opstelde, maar de deelnemer tijdens het gesprek vrij was om zijn of haar eigen verhaal te vertellen. De interviews dienden vooral om kennis op te halen en om de werksessies voor te bereiden. Werknemers uit verschillende lagen van de sector – van VOV'ers tot directeuren tot behandelaren – zijn geïnterviewd. Door de keuze van gesprekspartners is ervoor gezorgd dat alle perspectieven belicht werden. Een lijst met gesprekspartners is opgenomen in bijlage A.

Werksessies

AEF heeft in februari en maart 2018 in totaal negen werksessies georganiseerd over de ontwikkelingen in de sector. Bij de werksessies waren 10 tot 15 mensen aanwezig. In totaal hebben 74 mensen één of meerdere sessies bijgewoond. Daarmee vormden de sessies belangrijke input voor het rapport. Een lijst met deelnemers is opgenomen in bijlage A.

⁵ Dit geldt in mindere mate voor de sglvg-afdelingen waar minder respondenten op de personeelsenquête gereageerd hebben en minder professionals in de werksessies aanwezig waren.

⁶ Instellingen die hebben geantwoord zijn: FPC De Oostvaarderskliniek, Pompestichting, CTP Veldzicht, GGZ Eindhoven, Vincent van Gogh, FPC Dr. S van Mesdag, Behandelcentrum Middenweg, Antegroep, GGNet, fpa de Boog, fpa/fpp Coornhert, De Forensische Zorgspecialisten, Trajectum, Forint FPA, fpc De Rooyse Wissel, GGZ Noord Holland Noord, Stevig, GGZ Friesland, Transfore en Tactus Verslavingszorg

De opdrachtgevers hebben aanbieders benaderd om deelnemers aan de werksessies voor te stellen. De voorgestelde deelnemers zijn vervolgens door AEF uitgenodigd. De werksessies zijn georganiseerd in de vorm van een gestructureerd rondetafelgesprek en waren bedoeld om zoveel mogelijk informatie op te halen bij de aanwezigen.

In twee werksessies werd gepraat over de doelgroep. In één sessie stond een mogelijke verzwarende van de complexiteit van patiënten centraal; de andere sessie had betrekking op de gevolgen van complexere zorg voor de aanbieders van forensische zorg. Arbeidsmarkt en werving, werkdruk en het imago van de sector werden in drie werksessies behandeld. In twee werksessies is besproken welke factoren een hoge werkdruk bepalen en in hoeverre deze veranderd zijn; in de andere werksessie is verkend wat de gevolgen zijn van hoge werkdruk, het imago van de sector en problemen met werving van personeel. Verder zijn twee sessies over administratieve taken georganiseerd volgens de Delphi-methode. Voorafgaand aan de Delphi-sessies werd de deelnemers per mail gevraagd om een schatting te maken van de tijd die ze kwijt zijn aan de verschillende administratieve taken. De rondgestuurde lijst met administratieve taken was voornamelijk gebaseerd op input uit de interviews.

5 Achtergrond: de sector forensische zorg

Dit hoofdstuk geeft achtergrondinformatie over de forensische zorg voor die lezers die niet al op de hoogte zijn van wat het is en hoe het georganiseerd is.

5.1 Forensische zorg

Forensische zorg is een combinatie van beveiliging en verplichte zorg:

- voor volwassenen in Nederland die zowel een psychiatrische/psychische en/of verstandelijke beperking hebben alsmede een strafbaar feit hebben gepleegd
- die meestal wordt opgelegd door de rechter en plaatsvindt voor, tijdens of na de straf, of deze vervangt. Patiënten zijn daarbij niet in de mogelijkheid om zelf hun zorgaanbieder aan te wijzen
- die als doestelling heeft dat deze patiënten na hun behandelperiode en eventuele straf kunnen functioneren in de maatschappij (tegengaan van recidive) en geen strafbare feiten meer zullen plegen
- dat zich als domein beweegt op het snijvlak van twee werelden: veiligheid en zorg.

5.2 Wetgeving

Het interim-besluit fz creëert een wettelijke basis waarvan uit de organisatie van de forensische zorg geregeld wordt. Hierin wordt ForZo/JJI (onderdeel van het ministerie van Justitie en Veiligheid) aangewezen als zorginkoper. Tevens wordt daarin onderschreven dat de NZa verantwoordelijk is voor het markttoezicht en het bepalen van tarieven en prestaties.

Het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg) voorziet in wat wel en niet onder de forensische zorg wordt geschaard. Ook de toezichthoudende bevoegdheden van de NZa liggen in het Bud Wmg vast. Op 1 januari 2019 wordt het Interim-besluit fz vervangen door de Wet forensische zorg (Wfz). Hierin wordt onder meer geregeld dat de NZa handhavende bevoegdheden krijgt.

De Wfz hangt samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) die ingaat op 1 januari 2020. Deze wet is onder meer gericht op een verbeterde aansluiting tussen de forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg.

Bij forensische zorg kan sprake zijn van een terbeschikkingstelling waardoor een patiënt gedwongen kan worden om zorg te ontvangen in een fpc. In dit geval geldt de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt). In fpk's en fpa's gelden regels uit de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) als er sprake is van gedwongen zorg.

5.3 Structuur van de sector

De forensische zorg kent een eigen structuur waarin verschillende partijen een rol spelen.

Behandelaanbieders

De aanbieders verschillen in het type en het beveiligingsniveau van de zorg die ze leveren. In dit onderzoek wordt waar mogelijk met een vierdeling gewerkt:

- **Forensisch psychiatrische afdelingen (fpa/fva)** bieden zorg aan op het één na lichtste beveiligingsniveau (het zogeheten niveau 2)⁷. Een fpa is een beveiligde kliniek, waar zowel reguliere patiënten als forensische patiënten worden geplaatst. Het doel is om patiënten terug te laten keren in de maatschappij. De aanname is dat patiënten in staat zijn om op termijn de beveiligde context te verlaten. Forensische verslavingsafdelingen (fva) bieden op hetzelfde beveiligingsniveau zorg aan voor de doelgroep verslaafden.
- **Forensische psychiatrische klinieken (fpk/fvk)** bieden zorg op beveiligingsniveau 3. Ook in een fpk kunnen reguliere patiënten en forensische patiënten met strafrechtelijke titel worden geplaatst. Een fpk biedt een intensieve vorm van zorg aan in een hoog beveiligde omgeving gericht op het terugdringen van recidive. Forensische verslavingsklinieken (fvk) bieden zorg aan op hetzelfde beveiligingsniveau voor de doelgroep verslaafden.
- **Forensisch psychiatrische centra (fpc)**, ofwel tbs-klinieken, leveren zorg op beveiligingsniveau 4. Een fpc is een gesloten instelling waar patiënten zijn opgenomen aan wie tbs met verpleging van overheidswege. Het gaat om patiënten met een psychiatrische aandoening die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd.
- **Aanbieders sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (sglvg)** bieden ook op beveiligingsniveau 2 en in een specifieke voorziening zorg aan verstandelijk gehandicapten. Het doel van een behandeling is om patiënten op een veilige wijze te resocialiseren.

De tabel hieronder geeft met het aantal behandelaanbieders en hun verblijfplaatsen een indruk van de grootte van de sector. Een plaats kan meerdere malen per jaar bezet zijn.

Tabel 1 Overzicht van het aantal behandelaanbieders en verblijfplaatsen [Bron: JenV]

Behandelinstelling	Beveiligings-niveau	Aantal locaties	Gemiddeld # plaatsen
Besloten afdeling / resocialisatieafdeling	1	80	300
fpa, fva, sglvg	2	21	655
fpk, fvk	3	10	391
Fpc	4	7	947

Beleidspartijen

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

⁷ Binnen de fpa's is nog nader onderscheid te maken in open en gesloten fpa's (beveiligingsniveau 2 laag en 2 hoog).

Indicerende en plaatsende instanties

Indicatiestelling voor klinische zorg beschrijft de zorgbehoefte en de eventuele beveiligingsnoodzaak van de justitiabele. De indicatiestelling vindt onafhankelijk van het zorgaanbod en de zorginkoop plaats, zodat de zorgbehoefte objectief wordt vastgesteld. Indicaties kunnen door verschillende instanties afgegeven worden. Voor klinische zorg of verblijfszorg na klinisch verblijf, vraagt de reclassering een indicatiestelling aan bij het NIFP/IFZ. Het Forensisch Plaatsingsloket (FPL) plaatst de justitiabele bij een aanbieder op basis van de indicatie en de beschikbare plaatsen.

Toezichthouders

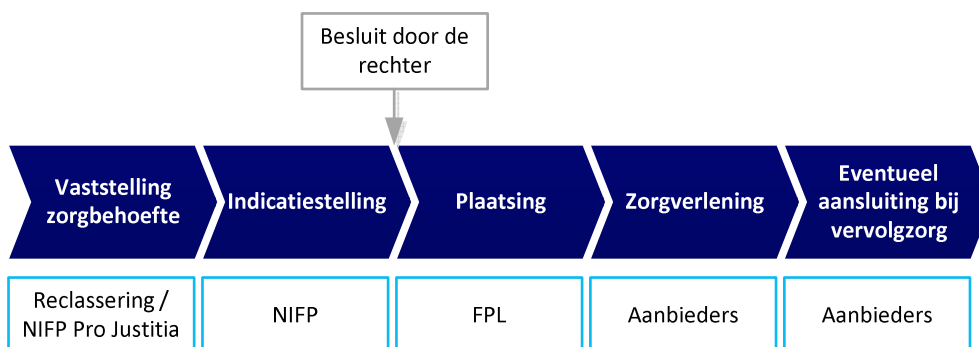
Binnen de sector zijn een drietal toezichthouders actief:

- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt zich bezig met markttoezicht en het vaststellen van tarieven en prestaties voor de forensische zorg.
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is verantwoordelijk voor veiligheid, kwaliteit, en toegankelijkheid van de medische zorg in de organisaties die onderdeel zijn van DJI. Hieronder vallen bijzondere voorzieningen (detentie- en uitzetcentra), justitiële jeugdinrichtingen (de Inspectie Jeugdzorg coördineert het toezicht binnen de JJI) en penitentiaire inrichtingen (inclusief penitentiaire psychiatrische centra).
- De Inspectie Justitie en Veiligheid (IJenV) richt zich op zichtbare verbetering van de effectiviteit en de kwaliteit van de sanctietoepassing.

5.4 Proces van forensische zorg

Binnen de forensische zorg zijn er drie momenten waarop de zorgbehoefte van een justitiabele zichtbaar kan worden: na het plegen van een delict en tijdens de rechtsgang die daarna wordt opgestart, tijdens de detentie of tijdens de periode van toezicht door de reclassering.

In totaal bestaan er 28 forensische zorgtitels: 24 strafrechtelijke titels, twee vormen van forensisch psychiatrisch toezicht (fpt), verdiepingsdiagnostiek en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering. De laatste titel kan, voordat er sprake is van één van de strafrechtelijke titels, onder bepaalde voorwaarden gebruikt worden om een verdachte zorg te bieden.



Figuur 2 Schematische weergave van forensisch zorgstelsel bij klinische forensische zorg [Bron: JenV]

Bovenstaande figuur is een weergave van het forensische zorgstelsel bij bijzondere voorwaarden. Op verzoek van ofwel de rechter-commissaris (RC), ofwel de officier van justitie (OvJ) voert de reclassering en eventueel een (of meerdere) Pro Justitia-rapporteur(s) een onderzoek uit naar de persoon in kwestie om de zorgbehoefte vast te stellen. Ter aanvulling

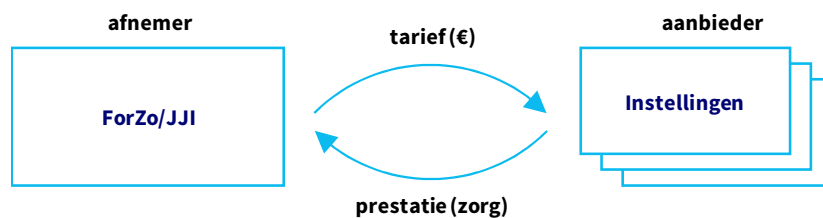
op haar onderzoek en wanneer geen Pro Justitia is aangevraagd kan de reclassering verdiepingsdiagnostiek inzetten. Een indicatie wordt gesteld als uit het onderzoek blijkt dat de justitiabele zorg nodig heeft.

Een indicatiestelling beschrijft de zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak van de justitiabele. Het NIFP adviseert het OM en de rechter over de duur en de aard van de benodigde klinische zorg voor de justitiabele (ambulante zorg kan ook door de Reclassering geïndiceerd worden)

De uiteindelijke uitspraak van de rechter is leidend. De inhoud en strekking van de titel bepaalt welke zorg moet worden verleend. Als dit betekent dat er een andere soort zorg is opgelegd dan geadviseerd, dan dient er geplatest te worden in lijn met de uitspraak. Dit betekent dat er een nieuwe indicatie wordt opgesteld, die past bij de soort zorg die de rechter heeft opgelegd. Er kan ook forensische zorg worden opgelegd na het vonnis van de rechter. Dat gebeurt dan in vrijwillig kader vanuit het gevangeniswezen of na overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis.

5.5 Bekostiging

Het stelsel van forensische zorg kent een aanbieder die een prestatie levert en een afnemer die hiervoor een tarief betaalt. De figuur hieronder geeft dit weer.



Figuur 3 Schematische weergave van de bekostiging van forensische zorg

Deze situatie kent een aantal bijzonderheden:

- **Afnemer:** Er is in Nederland slechts één afnemer van forensische zorg. ForZo/JJI koopt namens de overheid forensische zorg in voor iedereen met een forensische titel.
- **Aanbieder:** De aanbieders vervullen de rol van aanbieder. Hoewel de aanbieders geen winstoogmerk hebben, concurreren ze wel in enige mate met elkaar.
- **Prestatie:** De NZa stelt vast wat een presentatie is. Deze prestaties fungeren als eenheden forensische zorg. Er zijn drie typen eenheden: Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties (DBBC's), Zorg Zwaarte Pakketten (ZZP's) en extramurale parameters.
- **Tarief:** Voor elke DBBC en ZZP heeft de NZa een maximumtarief vastgesteld. Dit doet de NZa op basis van een kostprijsonderzoek. De afnemer is niet verplicht deze maximumtarief te betalen, maar kan ervoor kiezen een tarief te betalen die lager ligt.

In 2012 vond een grotere verandering in het stelsel plaats, toen er een nieuwe bekostigings-systematiek (DBBC) werd geïntroduceerd. In termen van de bovenstaande samenvatting werd toen de prestatie, met bijbehorende tarief opnieuw gedefinieerd.

Het ministerie van Justitie en Veiligheid bepaalt in haar beleid wat jaarlijks uitgegeven wordt aan forensische zorg. ForZo/JJI heeft jaarlijks de beschikking over ruim 700 miljoen euro voor forensische zorg, waarvan 375 miljoen euro in de aanbestedingsleidraad wordt uitgezet. Het overige budget wordt besteed aan investering en subsidie. Onderstaande tabel laat zien dat

het totale budget voor de forensische zorg sinds 2010 is gestegen van € 601 miljoen in 2010 tot € 752 miljoen in 2017. De groei zit met name in de klinische en ambulante overige forensische zorg. Volgens de begroting loopt het budget terug tot € 718 miljoen in 2020.

Tabel 1 Totaal budget forensische zorg voor moederdepartement (x € 1 miljoen) [Bron: Jaarrekeningen en Begroting ministerie Justitie en Veiligheid]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	<i>realisatie</i>					<i>begroting</i>		
Intramurale forensische zorg in GW (PPC)	94	92	101	99	91	93	103	111
FPC's/forensische zorg	378	361	364	335	330	300	277	291
Intramurale forensische zorg in GGZ instellingen	129	147	186	214	248	247	276	266
Ambulante forensische zorg	-	53	57	61	68	74	82	85
Totaal	601	652	707	709	738	714	737	752

6 In detail: de doelgroep

In haar brief aan de vaste TK commissie van Veiligheid geeft GGZ Nederland aan dat de doelgroep binnen de forensische zorg zwaarder is geworden. Dat inzicht wordt breed in de sector gedeeld onder zowel professionals als bestuurders. In alle gesprekken die wij hebben gevoerd in het kader van dit onderzoek komt naar voren dat er sprake is van een verdichting van patiënten met complex gedrag.

In dit memo werken wij het thema doelgroep uit op basis van interviews, groepsgesprekken, documentenonderzoek en enquêtes. We beantwoorden één voor één de gestelde onderzoeksvragen:

- 1. In welke mate is verzwaring van de complexiteit van patiënten vast te stellen?**
- 2. Wat zijn mogelijke verklaringen voor verschuivingen in de populatie?**
- 3. Wat zijn de gevolgen voor de aanbieders van forensische zorg?**

6.1 In welke mate is een verzwaring van de complexiteit van de patiënten in de forensische zorg vast te stellen?

Professionals geven breed aan een verzwaring van de doelgroep te ervaren

In de enquête geeft meer dan 90% van de respondenten aan dat de zorgzwaarte van patiënten zwaarder is geworden, de helft heeft het zelfs over een sterke stijging. Er zijn geen respondenten die aangeven dat de populatie lichter is geworden. Uit de enquête komen geen uitgesproken verschillen tussen fpa, fpk of fpc's naar voren.

Tabel 2 Ontwikkeling van de zorgzwaarte van patiënten in de forensische zorg [Bron: AEF enquête]

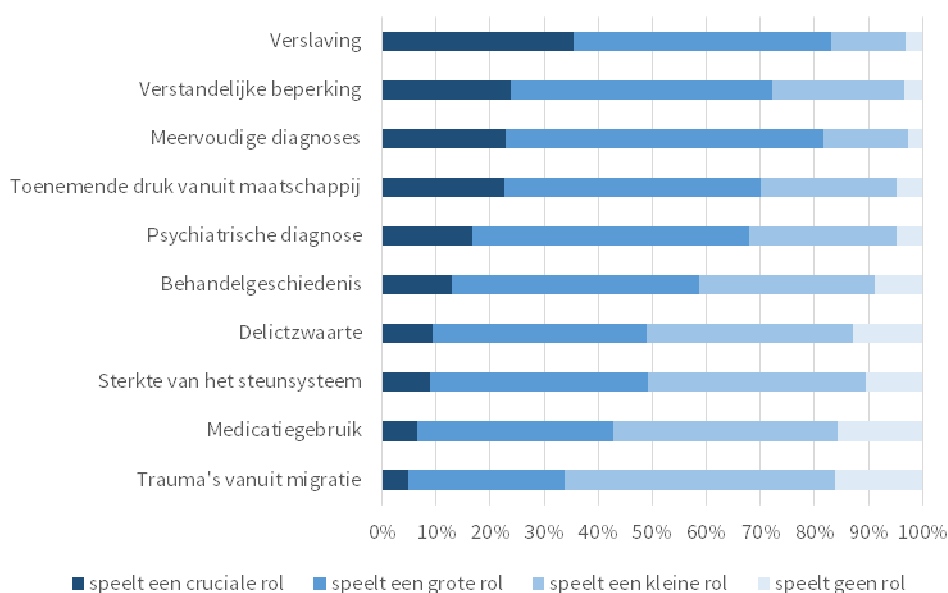
	fpc (n=309)	fpk (n=211)	fpa (n=184)	sglvg (n=33)
ja, sterk	48%	52%	51%	48%
ja, enigszins	42%	41%	41%	39%
nee, die is gelijk gebleven	10%	7%	9%	12%
nee, die is afgenomen	0%	0%	0%	0%

Uit de enquête komt naar voren dat professionals verandering in middelengebruik als de belangrijkste verklarende factor beschouwen in de verzwaring van de populatie. De verzwaring als gevolg van verslavingsproblematiek wordt bevestigd in de gesprekken en werksessies. Daarin komt onder andere naar voren dat er een verschuiving plaatsvindt naar meer synthetische drugs. Deze toename komt ook terug in de Nationale Drug Monitor van Trimbos. Medewerkers en zorgprogramma's in de forensische zorg lijken hierop nog onvoldoende toegerust. Dat geeft druk op het team en op de behandeling.

Drugs hebben een versturende werking op het klimaat binnen de forensische zorg. Uit bijna alle incidentrapportages van de IJenV van de afgelopen jaren komt het gebruik van en de handel in drugs binnen de instelling naar voren als één van de belangrijke factoren die onveiligheid in hand werken. In de afgelopen jaren is veel ingezet op het tegengaan van drugs en andere contrabande binnen de FPC's. Dat heeft nog niet geleid tot een drugsvrije behandelomgeving en het is ook de vraag in welke mate dat ook gaat gebeuren, daarvoor zijn de mogelijkheden om kleine hoeveelheden binnen te smokkelen te divers.

“Er zou eerst gewerkt moeten worden aan het verslavingsgedrag van de cliënten en daarna het psychiatrisch gedeelte. Meer scholing omtrent het gebruik van drugs is gewenst.”

- Agogisch medewerker, fpk



Figuur 4 Beïnvloedende factoren in verzwarende van de populatie in de afgelopen vijf jaar [Bron: AEF enquête]

Binnen de strafrechtketen is steeds meer aandacht voor personen met lvb. In de enquête geven professionals aan dat zij een toename van personen met lvb zien en dat dat een belangrijke factor is in de verzwarende van de populatie. Dat komt onder andere doordat behandelprogramma's niet altijd aansluiten en personeel niet adequaat is getraind in communicatie met deze doelgroep.

De toename van vastgestelde lvb is eerder ook gevonden in het onderzoek naar prevalentie van lvb in de justitiële keten⁸. Deze gebruikt de cijfers van DJI over het aantal personen met lvb (IQ < 80) binnen fpc's. Dit aandeel is 17% in 2006, dat stijgt tot 27% in 2009, daalt vervolgens weer naar 21% in 2012 en piekt met 33% in 2013. Nieuwe cijfers over het aantal personen met lvb worden niet meer opgenomen in de reeks *Forensische zorg in getal*.

⁸ Hendrien Kaal, "Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein", Hogeschool Leiden, 2016

Uit de enquête blijkt dat professionals een toename zien van patiënten met meervoudige diagnoses. In de gesprekken komt naar voren dat professionals met name een toename zien van mensen die niet meer meekomen in de huidige maatschappij.

Uit gesprekken komt naar voren dat aanbieders een toename ervaren van patiënten met autismespectrumstoornissen. Dat kan voor een deel het gevolg zijn van verbeterde diagnostiek. Zij geven in ieder geval aan dat voor deze doelgroep, ondanks recente uitbreidingen, nog altijd te weinig passende zorgprogramma's beschikbaar zijn.

Cijfermatige analyse geeft een lichte indicatie dat er een zwaardere doelgroep in klinische forensische zorg instroomt

Er zijn geen bestaande onderzoeken bekend die een generieke uitspraak doen over de ontwikkeling van de zwaarte van de doelgroep op forensische afdelingen. Voor dit onderzoek is daarom gebruikgemaakt van gegevens vanuit Ifzo over ruim 18 duizend klinische plaatsingen om een beeld te geven over de ontwikkelingen sinds 2013. In deze cijfers zijn ambulante plaatsingen dus niet meegenomen (tenzij anders vermeld) en zijn plaatsingen in een PPC (art. 15 Pbw) ook buiten beschouwing gelaten.

De gegevens uit Ifzo kennen wel beperkingen:

- Ifzo is geen patiëntvolgsysteem en daarom geeft de informatie over plaatsingen nog geen 100% zuiver beeld van de feitelijke verblijfsintensiteit of beveiligingsniveau gedurende het hele klinische traject. Een nadere duiding door koppeling met gefactureerde zorg was in het bestek van dit onderzoek niet mogelijk.
- De gegevens over de verblijfsintensiteit zijn pas bruikbaar vanaf 2014 omdat in 2013 een ander systeem gebruikt werd. De gegevens over 2013 zijn verder vertekend als gevolg van veranderingen in de facturatiesystematiek. We hebben er daarom voor gekozen om de cijfers over 2013 in het geheel niet te gebruiken.
- Tot slot zeggen de gegevens over plaatsing alleen iets zeggen over het moment van plaatsing. Als complexere patiënten langer op een afdeling blijven en eenvoudige patiënten eerder uitstromen dan komt dat niet naar voren in deze cijfers.

Aanvullend op deze cijfers uit Ifzo over plaatsingen hebben we een overzicht ontvangen van de ontwikkeling van de verblijfsintensiteit in de indicaties van het NIFP. Daarvoor gelden bovenstaande beperkingen even goed.

We brengen de ontwikkelingen op de volgende aspecten in beeld:

- Ontwikkeling van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau waarop plaatsing en indicatie plaatsvond.
- Ontwikkeling van de strafrechtelijke titel waaronder zorg wordt verleend per beveiligingsniveau waarop plaatsing plaatsvond.
- Ontwikkeling van de verdeling van zware delicten over de verschillende beveiligingsniveaus waarop plaatsing plaatsvond.

Ontwikkeling van verblijfsintensiteit en beveiligingsniveau waarop plaatsing plaatsvond

Onderstaande tabel geeft inzicht in de ontwikkeling⁹ van verblijfsintensiteit naar beveiligingsniveau. De tabel laat zien dat voor alle beveiligingsniveaus geldt dat het aandeel van de laagste verblijfsintensiteit fors gedaald of verdwenen is waardoor per saldo de patiënten gemiddeld zwaarder zijn geworden. Dit effect is het sterkst op de afdelingen met

⁹ De tabel geeft inzicht in de ontwikkeling vanaf 2014 omdat de cijfers over 2013 niet vergelijkbaar zijn door verschil in definities van verblijfsintensiteit.

het laagste beveiligingsniveau. Op de fpk is daarnaast een lichte verzwaring te zien naar meer patiënten in de hoogste categorie.

Tabel 3 Ontwikkeling verhouding verblijfsintensiteit per beveiligingsniveau bij plaatsingen [Bron: AEF, Ifzo]

Beveiligingsniveau	Verblijfsintensiteit	2014	2015	2016	2017
1	ABC	22%	8%	12%	9%
	DE	76%	89%	82%	89%
	FG	2%	3%	6%	2%
2 laag (fpa open)	ABC	5%	2%	1%	0%
	DE	84%	88%	87%	90%
	FG	11%	10%	12%	10%
2 hoog (fpa gesloten)	ABC	2%	1%	0%	0%
	DE	60%	60%	59%	64%
	FG	37%	39%	41%	36%
3 (fpk)	ABC	1%	0%	0%	0%
	DE	40%	38%	36%	38%
	FG	59%	62%	64%	62%
4 (fpc)	ABC	1%	0%	0%	0%
	DE	2%	1%	1%	1%
	FG	97%	99%	99%	99%

Bovenstaande tabel laat zien dat er slechts een beperkte ontwikkeling in verblijfsintensiteit is te zien over de jaren 2014 – 2017. Voor fpk en fpc is er een lichte verzwaring met iets meer plaatsingen van FG-patiënten. In de klinieken met een lager beveiligingsniveau is vooral te zien dat er minder patiënten zijn geplaatst met lage verblijfsintensiteit. Per saldo neemt daar de zwaarte dus toe. Alleen voor klinieken van het laagste beveiligingsniveau is er echt van een significante verschuiving sprake door een teruggang in lichte patiënten.

Uit de cijfers van de indicatiestelling vanuit het NIFP komt een vergelijkbaar beeld zoals onderstaande tabel laat zien; een afname in de lichte verblijfsintensiteiten en daarmee per saldo een lichte verzwaring. In deze cijfers, die over alle beveiligingsniveaus gaan, is geen stijging in de zwaartecategorie te zien.

Tabel 4 Aangeleverde klinische indicatiestellingen door het NIFP [Bron: NIFP]

	2014	2015	2016	2017
n=	2.317	2.258	2.177	2.376
ABC	4%	1%	3%	2%
DE	64%	64%	63%	67%
FG	32%	35%	34%	31%

Ontwikkeling van de strafrechtelijke titel waaronder zorg wordt verleend per beveiligingsniveau waarop plaatsing plaatsvond.

Onderstaande tabel geeft per beveiligingsniveau inzicht in de verdeling van de verschillende titels waaronder iemand geplaatst is. We laten de titels zien die samen 90% van de plaatsingen vormen.

Tabel 5 Ontwikkeling juridische titels in klinische plaatsingen [Bron: Ifzo]

	2014	2015	2016	2017
Beveiligingsniveau 1 n=	547	579	615	677
Voorwaardelijke veroordeling	59%	65%	69%	73%
Schorsing VH met voorwaarden (art. 80 Sv)	15%	15%	19%	16%
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders	9%	5%	3%	3%
Overbrenging vanuit GW voor hulpverlening	5%	6%	3%	1%
Vw beëindiging van de verpleging van overheidswege	4%	2%	1%	2%
<i>overige titels</i>	9%	8%	5%	5%
Beveiligingsniveau 2 laag n=	216	165	169	168
Voorwaardelijke veroordeling	44%	44%	36%	40%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	12%	7%	16%	15%
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders	9%	13%	15%	13%
Overbrenging vanuit GW voor hulpverlening	10%	5%	8%	7%
Vw beëindiging van de verpleging van overheidswege	9%	8%	4%	3%
Strafrechtelijke machtiging	5%	6%	6%	10%
Overbrenging vanuit GW naar psychiatrisch ziekenhuis	3%	3%	5%	2%
TBS met voorwaarden	1%	5%	5%	5%
<i>Overige titels</i>	8%	13%	11%	11%
Beveiligingsniveau 2 hoog n=	913	1.011	978	1.091
Voorwaardelijke veroordeling	38%	36%	35%	31%
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders	8%	12%	13%	17%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	10%	8%	9%	15%
Strafrechtelijke machtiging	9%	9%	14%	10%
Overbrenging vanuit GW voor hulpverlening	9%	12%	8%	6%
Overbrenging vanuit GW naar psychiatrisch ziekenhuis	11%	8%	7%	7%
TBS met voorwaarden	4%	5%	5%	4%
<i>Overige titels</i>	11%	11%	9%	9%
Beveiligingsniveau 3 n=	840	938	750	785
Voorwaardelijke veroordeling	23%	25%	27%	27%
Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders	7%	9%	13%	16%
Overbrenging vanuit GW naar psychiatrisch ziekenhuis	11%	11%	10%	7%
Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden	8%	10%	10%	10%
TBS met voorwaarden	8%	8%	10%	11%
TBS met dwangverpleging	5%	6%	9%	6%
Strafrechtelijke machtiging	12%	4%	4%	4%
Vw beëindiging van de verpleging van overheidswege	8%	7%	3%	4%
Overbrenging vanuit GW voor hulpverlening	6%	7%	5%	4%
FPT voorwaardelijke beëindiging	5%	4%	3%	3%
<i>Overige titels</i>	9%	8%	7%	7%

		2014	2015	2016	2017
Beveiligingsniveau 4	n=	1.484	1.398	589	486
TBS met dwangverpleging		26%	37%	41%	42%
Vw beëindiging van de verpleging van overheidswege		27%	23%	11%	17%
FPT voorwaardelijke beëindiging		26%	22%	25%	15%
FPT proefverlof		8%	7%	11%	11%
TBS met proefverlof		6%	8%	3%	1%
<i>Overige titels</i>		7%	3%	10%	15%

Uit bovenstaande tabel komt naar voren dat de verhouding tussen de verschillende titels sterk kan wisselen over de jaren. Deze wisselingen zijn niet altijd goed te duiden. We zien een paar grotere verschuivingen:

- De grote daling in het aantal plaatsingen op beveiligingsniveau 4 geeft aan dat hier waarschijnlijk andere processen een rol spelen dan natuurlijke ontwikkeling in de sector. Dat lijkt, bij navraag, onder andere te komen door een verschuiving van patiënten als gevolg van de sluiting van de fpc's Oldenkotte en 2Landen en de gedeeltelijke herbestemming van fpc Veldzicht. De verhoudingscijfers over de titels zijn daarom minder informatief.
- We zien een toename van voorwaardelijke veroordelingen bij een lager beveiligingsniveau (1 en 2 laag) en afname bij 2 hoog.
- We zien daarnaast een lichte afname van overbrenging vanuit het gevangeniswezen voor hulpverlening en overbrenging naar een psychiatrisch ziekenhuis.

Uit de hierboven beschreven ontwikkelingen zijn geen conclusies te trekken over aanmerkelijke verschuivingen naar lichtere titels binnen de forensische zorg. Dat betekent niet dat die er niet zijn; zo zeggen deze cijfers nog niets over korte duur van de titels of verschuivingen ten opzichte van de periode voor 2014. Uit gesprekken begrijpen we dat het Interimbesluit Forensische zorg er onder andere toe heeft geleid dat de populatie op fpa's is veranderd. Voor 2012 waren dat met name mensen met een artikel 37 titel. Na het interimbesluit zijn er meer patiënten geplaatst vanwege detentiefasering of voorwaardelijke veroordeling.

Ontwikkeling van de verdeling van delicten over de verschillende beveiligingsniveaus waarop plaatsing plaatsvond

Uit de werksessies is het beeld naar voren gekomen dat er op dit moment vaker patiënten die kapitale delicten hebben gepleegd op een fpa terecht komen dan eerder het geval was. Dat zou een maat zijn voor de complexiteit van de patiënten.

Om een beeld te geven van de ontwikkeling van de zwaarte van delict hebben we de verdeling naar beveiligingsniveau in beeld voor twee groepen delicten; zedenmisdrijven (n= 1.203 in 2017) en misdrijven tegen het leven (n= 1.095 in 2017). In deze analyse zagen we een toename van het aandeel ambulante/BW plaatsingen in de periode 2013 tot en met 2016 voor beide groepen. In 2017 is het aandeel plaatsingen in de kliniek weer terug rond het niveau van 2013.

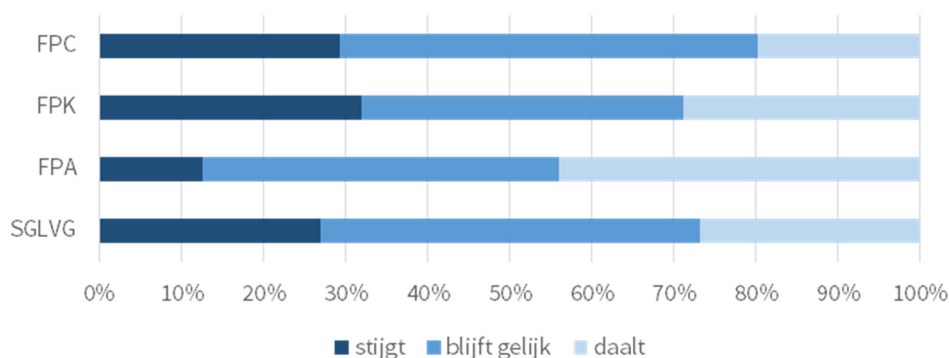
In de verdeling binnen de beveiligingsniveaus is vanaf 2013 in eerste instantie een verschuiving van beveiligingsniveau 1, 2 laag en 4 naar 3. Ook hier vindt in 2017 (en voor zedendelinquenten al in 2016) een verschuiving terug te zien naar fpc's waardoor uiteindelijk

licht meer plaatsingen op het hoogste beveiligingsniveau plaatsvinden. Er vinden over de jaren aanzienlijk minder plaatsingen op de lagere beveiligingsniveaus plaats (1 en 2 laag).

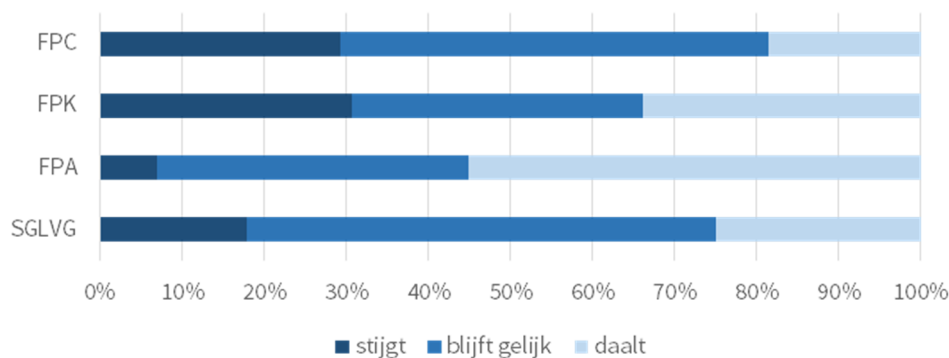
De gevonden aantallen laten geen merkbare ontwikkeling zien in de verhouding tussen klinische en ambulante plaatsing van deze groepen. Voor de patiënten die een zedenmisdrijf hebben begaan is een verschuiving van fpk naar fpa 2 hoog te zien.

Wat zeggen veranderende uitkomstmaten over de complexiteit van de doelgroep?

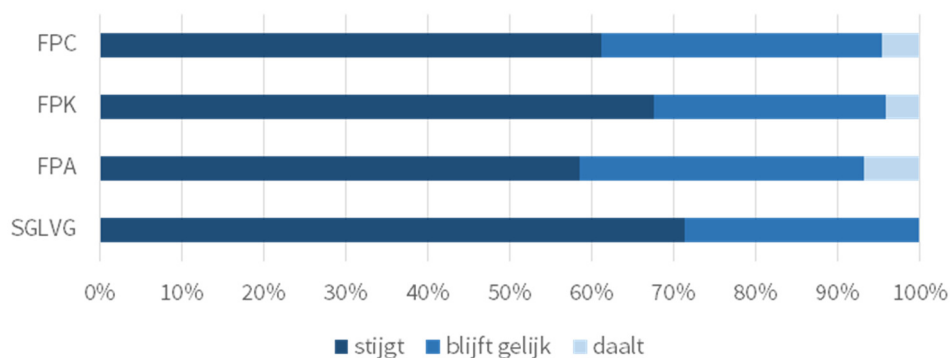
In de enquête hebben we professionals gevraagd in welke mate zij veranderingen zien in enkele uitkomstmaten van de zorg; ingezette dwangmiddelen, aantal separaties, aantal heropnames en het aantal incidenten. Veranderingen op deze aspecten kunnen onder andere het gevolg zijn van een zwaardere populatie. Maar er spelen ook veel andere factoren een rol. Denk aan organisatiebeleid over het terugdringen van het aantal separaties of sturing op het beter melden van incidenten.



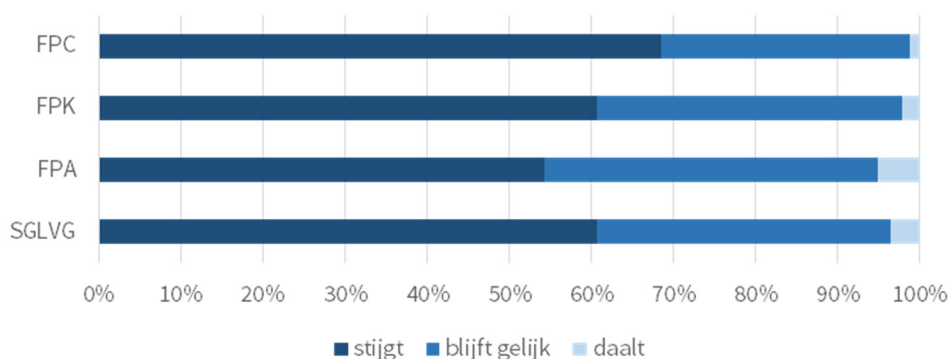
Figuur 5 Ontwikkeling van het aantal ingezette dwangmiddelen volgens professionals [Bron: AEF enquête]



Figuur 6 Ontwikkeling van het aantal separaties volgens professionals [Bron: AEF enquête]



Figuur 7 Ontwikkeling van het aantal gemelde incidenten volgens professionals [Bron: AEF enquête]



Figuur 8 Ontwikkeling van het aantal heropnames volgens professionals [Bron: AEF, enquête]

Binnen de fpa's lijkt per saldo sprake zijn van een afname van ingezette dwangmiddelen als zijn respondenten daar niet eenduidig over (13% geeft aan dat er stijging is en 44% rapporteert een daling). Binnen de fpc's, fpk's en afdelingen voor sglvg geven evenveel professionals een toename als een afname van ingezette dwangmiddelen (zie figuur 10).

Aanbieders in de forensische zorg geven aan dat zij beleid voeren om het aantal separaties terug te dringen. Een exacte telling is op dit moment niet voorhanden doordat de registratie in het landelijke meldingssysteem Argus tijdelijk is stilgelegd.

Uit de enquête komt een nog sterker verschil te zien tussen de fpa's en de andere typen aanbieders. Binnen fpa's geeft 54% van de respondenten aan dat er sprake is van een daling tegen 7% die een stijging rapporteren. Binnen de fpc's en de afdelingen voor sglvg is geen grote verandering te zien op basis van deze cijfers. Personeel in de fpc's ervaart juist iets vaker een stijging van het aantal separaties (29% tegen 18% die een daling aangeven). Dat kan een signaal zijn dat er sprake is van een zwaardere doelgroep die vaker een separatie nodig heeft.

Ongeveer 60-70% van de respondenten signaleert een groei in het aantal gemelde incidenten in de forensische zorg (zie figuur 11). Een groei in het aantal meldingen kan een teken zijn van een toename van de onveiligheid, maar ook een signaal dat het beleid van aanbieders werkt om meer incidenten te melden. Cijfers hierover op landelijk niveau ontbreken. Uit anekdotische verhalen in de werksessies, interviews en enquêtes komen wel voorbeelden

naar voren waarin medewerkers vertellen dat zij niet alleen meer meldingen zien maar ook daadwerkelijk meer veiligheidsincidenten.

Tot slot geeft een groot deel van de respondenten (54% voor fpa's, en 68% voor fpc's) aan dat er sprake is van een toename van het aantal heropnames (zie figuur 12). In de werksessies wordt dit ook bevestigd. Heropnames komen vaker voor omdat patiënten sneller doorgeplaatst worden naar een ambulante setting of een afdeling met een lager beveiligingsniveau of zorgintensiteit. Een heropname zorgt in de regel voor hectiek en onrust op een afdeling.

Bij navraag geeft de IGJ aan geen stijging in het aantal gemelde calamiteiten vanuit de forensische zorg te zien. Er gebeuren wel met enige regelmaat incidenten in deze sector die breed op publieke belangstelling kunnen rekenen, maar in de afgelopen jaren is geen toename van grote incidenten te zien.

6.2 Wat zijn mogelijke verklaringen voor een verschuivingen in de populatie?

Ontwikkeling in de doelgroep door een veranderde toestroom naar de forensische zorg

Uit gesprekken komt naar voren dat door rechters in toenemende mate eisen worden gesteld aan de behandeling in de forensische zorg. Dat gaat met name over de mate van resocialisatie en verloop en de duur van de behandeling (en daarmee vrijheidsbeneming). Ook lijkt er een verandering in de opgelegde strafrechtelijke titels te zijn opgetreden waarin rechters kiezen voor titels die minder drang- en dwangmogelijkheden toelaten door de rechtspositionele verschillen. Deze ontwikkelingen leggen een druk op de behandeling, doordat behandelaren minder instrumenten in handen hebben om iemand in zorg te houden en te corrigeren op zijn gedrag of te motiveren voor behandeling. Professionals geven aan dat zij in de afweging van de rechter de afweging vaak missen over de (on-)mogelijkheden in de behandeling zonder een passende titel.

“Het lijkt alsof de rechten van de patiënt voor de rechten van de medewerkers staan, waardoor de veiligheid nogal eens in het geding komt. Met name doordat er rondom alle vormen van dwangbehandeling erg moeilijk wordt gedaan qua regelgeving (privacy van de patiënt en dergelijke). Het moet op de eerste plaats een veilige werkomgeving zijn!”

- Sociotherapeut, fpk

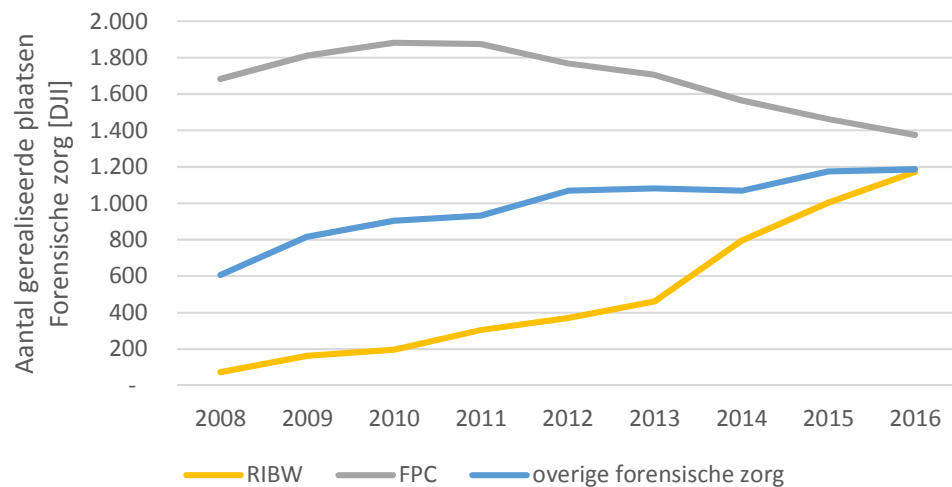
Uit gesprekken komt naar voren dat vanuit de reguliere ggz in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de expertise en faciliteiten van de forensische zorg voor opname van complexe patiënten. Deze patiëntengroep vindt steeds vaker met een civiele Bopz-maatregel een plek in een fpa, fpk, afdeling voor sglvg en in mindere mate op een fpc. Professionals geven aan dat deze doelgroep relatief zwaar is en meer incidenten veroorzaakt dan de reguliere populatie met een forensische titel. Daar speelt waarschijnlijk mee dat dit een patiëntengroep is waarmee de reguliere ggz zich geen raad weet door hun ontwrichtende gedrag op de afdeling. Hiervan komen alleen de zware gevallen uiteindelijk in een forensische instelling. Ook de grotere drempel om drang- en dwangmiddelen in te zetten met het civiele kader zijn een reden waarom deze groep door professionals als zwaar wordt ervaren.

Er zijn geen eenduidige cijfers over de ontwikkeling in het aantal civiele plaatsingen in de forensische zorg. Zowel de NZa als de zorgverzekeraars hebben hier geen adequaat inzicht in. Er is recentelijk een inschatting gemaakt in het kader van de ketenveldnorm Beveiligde

intensieve zorg en levensloopfunctie, maar die geeft alleen cijfers over 2017 en laat geen ontwikkeling zien.

Ontwikkeling in de doelgroep door veranderde doorstroom binnen de forensische zorg

In de jaren na 2008 kende de overige forensische zorg een sterke stijging waar het aantal plekken in tbs juist is gedaald. Onderstaande grafiek brengt deze ontwikkeling in beeld. Ervan uitgaande dat voor 2008 ook al voor de relatief zwaarste en vaak meest gevaarlijke en kwetsbare personen ook al tbs bestond is er in de jaren daarna een nieuwe doelgroep aangeboord binnen de forensische zorg. De verwachting is dat dit een relatief lichtere doelgroep was die eerder wel in de gevangenis zat maar geen zorg kreeg of alleen zorg vanuit de PI. Door de verbeterde toegang en indicatiestelling hebben zij in de afgelopen jaren ook zorg ontvangen. Hiermee zou ten opzichte van 2008 de gemiddelde zwaarte zijn afgenomen.



Figuur 9 Ontwikkeling klinische plaatsen in de forensische zorg [Bron: DJI]

In de afgelopen jaren is sterk ingezet op een verkorting van de duur van verblijf in een tbs instelling. Dat heeft tot gevolg dat tbs-patiënten minder lang in een fpc verblijven. Hierdoor kennen zij nog relatief zware problematiek als zij worden doorgeplaatst naar andere klinieken met een minder intensief behandelaanbod. In de fpk's en fpa's kan daardoor een toename in zware patiënten plaats vinden. Per saldo stromen de 'lichtste' patiënten op de tbs uit waardoor een zwaardere mix aan patiënten overblijft.

“Er wordt onvoldoende gekeken naar de problematiek van de patiënten en het beveiligingsniveau wat daarbij past. Patiënten worden meestal op indicatie geplaatst, terwijl de problematiek in combinatie met het delict vaak te zwaar is voor de beveiliging die geboden wordt. Hierdoor ontstaan er onveilige situaties of kan veiligheid niet gegarandeerd worden, zowel voor de maatschappij als ook voor mijn collega's. Dit is de grootste stress/werkdruk die ik ervaar.”

- Sociotherapeut, fpa

De drempel voor opname op een long stay afdeling is steeds hoger. Het aantal plekken op de LFPZ is van 2012 tot 2016 afgenomen van 162 naar 108¹⁰. Dat heeft tot gevolg dat behandelaren ook een behandeling en resocialisatietraject moeten inzetten bij patiënten bij

¹⁰ DJI, “Forensische zorg in getal 2012-2016”, 2017

wie zij dat eerder niet gedaan zouden hebben omdat zij onvoldoende perspectief zagen. Dat legt een druk op behandelaars en patiënten die in de praktijk leidt tot teleurstellingen. Daarmee blijft ook een deel van de populatie verstoken van een langduriger behandeling.

In de gehele ggz en ook in de forensische zorg is sterk ingezet op ambulantisering van de zorg. Door patiënten eerder in staat te stellen te wennen aan het bestaan buiten de kliniek is het mogelijk om hen intensiever te begeleiden. In de afgelopen jaren zijn er daarom in verschillende regio's forensische FACT teams opgezet om de ambulantisering vorm te geven. Dat heeft er toe geleid dat meer "eenvoudige" patiënten uit de klinieken zijn uitgestroomd. Daardoor zal de gemiddelde complexiteit van patiënten op de klinieken zijn toegenomen. Bovendien wordt de uitgeplaatste patiëntengroep vaker terug opgenomen na een crisis en zorgt daarmee voor turbulentie op de afdeling. In 2012 voorspelde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (nu RVS) deze beweging al in hun advies *Stoornis en Delict*.

Door de inzet op verkorting van behandelduur in de forensische zorg wordt ook meer geïnvesteerd in specifieke zorgprogramma's die aansluiten bij een bepaalde groep (lvb, ass, verslaving, etc). Uit een analyse van de populatie op de verschillende fpa's¹¹ is gebleken dat er grote verschillen zijn in samenstelling van de patiëntengroepen. Afdelingen specialiseren zich in de behandeling van specifieke groepen. Dat is goed voor de kwaliteit van de zorg maar heeft als neveneffect dat er meer overplaatsingen zijn tussen aanbieders en daardoor meer onrust.

De intake van nieuwe patiënten is in de afgelopen jaren veranderd. Aanbieders geven aan nu vaak geen intakegesprek meer te voeren (fpa en fpk), ook omdat de DBBC financiering dat niet vergoedt. Zij hebben nu alleen de beperkte informatie uit het plaatsingsbesluit om een besluit te nemen over acceptatie van een opname. Zij ervaren vooral het ontbreken van contact met de patiënt vooraf als een gemis omdat deze hierdoor niet goed voorbereid op de afdeling komt. De afdeling zelf is ook minder goed in staat om zich voor te bereiden op de komst van een nieuwe patiënt.

Aanbieders ervaren dat zij steeds minder 'nee' kunnen zeggen tegen een patiënt. Dat komt niet alleen door de procedure maar ook door de interne druk om bedden vol te krijgen. Respondenten geven aan dat zij hierdoor in ieder geval een minder goede match kunnen maken tussen patiënt en afdeling. Medewerkers geven aan dat dit bijdraagt aan de werkdruk op een afdeling. De volgende quote onderstreept deze bevinding:

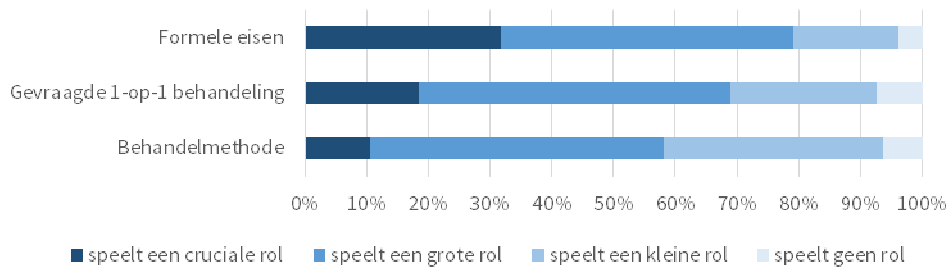
"Ik ervaar het als een ernstig tekort dat forensische cliënten voor opname geen uitgebreide intake meer moeten ondergaan. Dit leidt tot ongepaste plaatsingen, meer incidenten en vooral beheersen in het begeleiden, wat contraproductief werkt."

- Sociotherapeut, fpk

Verzwaring van de populatie als gevolg van andere eisen aan de zorg

Uit de enquête komt naar voren dat met name de formele eisen aan de behandeling maken dat de zorg zelf zwaarder is geworden. Ongeveer 80% van de respondenten geeft aan dat dit een grote of cruciale rol speelt in de als zwaarder ervaren zorg.

¹¹ Uitgevoerd in het kader van het kwaliteitsnetwerk fpa door een onderzoek van één van de deelnemende aanbieders. Dit onderzoek is niet openbaar.



Figuur 10 Invloed van behandelaspecten op zwaarte van de zorg [Bron: AEF, enquête]

Hierin speelt niet zozeer de zwaarte van de doelgroep, maar de mogelijkheden om aan deze groep goede zorg te kunnen bieden. In het onderzoek van Arteria¹² geven aanbieders aan dat zij op verschillende punten op dit moment niet de zorg kunnen leveren die zij zouden willen leveren. Dat gaat voornamelijk om risicotaxatie, samenwerking met partners in de keten en het voorbereiden en begeleiden van verlof.

6.3 Gevolgen voor aanbieders

Het algemene beeld dat naar voren komt is dat de doelgroep zelf, in beperkte mate veranderd is de afgelopen jaren. Er lijkt meer sprake van verslaving, het aantal mensen waarvan lvb is vastgesteld is gestegen en het aantal mensen met meervoudige problematiek lijkt te stijgen.

De populatie die in klinische forensische zorg geplaatst is, is in de afgelopen jaren licht zwaarder geworden. Een sterke verschuiving kon niet kwantitatief aangetoond worden met de gebruikte gegevens. Nader onderzoek op basis van dossiers zou meer zicht kunnen geven op de feitelijke ontwikkeling.

De belangrijkste verzwarende factoren van de populatie in de forensische zorg liggen in de volgende factoren:

- Verdichting van zware populatie op alle afdelingen door de snellere uitstroom van lichtere populatie naar ambulante of BW trajecten.
- De eisen die aan de behandeling van deze groep worden gesteld zijn toegenomen, met meer druk op resocialisatie vanuit de rechter en druk op snelle doorstroom vanuit de financier.
- Crisisplaatsingen van patiënten uit de reguliere ggz met een ontwrichtend effect op de forensische afdelingen.
- Versnelling van de doorloop op de afdelingen voor forensische zorg waardoor de behandeldruk toeneemt. Deze dynamiek zorgt voor een belasting op de kwaliteit en veiligheid van de te leveren zorg.
- Verandering van de wijze waarop strafrechtelijke maatregelen worden opgelegd waardoor mensen met zware problematiek, relatief 'lichte' of korte titels of voorwaarden opgelegd krijgen. Ook neemt de diversiteit aan titels op een afdeling toe, dat zorgt voor onduidelijke situaties en daarmee voor onrust bij patiënten.

¹² Arteria Consulting, "Tarifiering forensische zorg: Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg", 2017

Verder is het gebruik van drugs in de forensische zorg een belangrijke contribuerende factor aan onveilige situaties. Het tegengaan van gebruik van en handel in drugs in een behandelcontext blijkt een lastig probleem. Een verminderde personele bezetting kan strikte handhaving in gedrang brengen. De materiële en procedurele beveiliging die de afgelopen jaren zijn versterkt geven geen garantie op een drugsvrije omgeving.

7 In detail: administratieve taken

Medewerkers in de forensische zorg geven aan dat ze een aanzienlijk deel van hun tijd besteden aan administratieve taken. Te denken valt aan verslaglegging, rapportages, verantwoording, registratie van zorginhoudelijke en financiële gegevens, et cetera. Dat is geen nieuw verschijnsel. Wel zijn deze lasten in hun beleving de afgelopen jaren (verder) gestegen, vooral voor behandelaren.

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- 1. Waaruit bestaan de huidige administratieve taken binnen de forensische zorg?**
- 2. Zijn de administratieve taken toegenomen in de afgelopen jaren? Wat is de oorzaak?**
- 3. Wat zijn de gevolgen voor aanbieders van forensische zorg?**
- 4. Welke oplossingsrichtingen zijn er om administratieve lasten terug te dringen?**

Uitvoering van administratie is in veel opzichten onderdeel van het vak. Een teveel aan administratieve lasten kan echter andere activiteiten verdringen.

7.1 Tijdsbesteding aan administratieve taken

We hebben in werksessies onderzocht hoeveel tijd een professional besteedt aan administratieve taken in een gewone week. Dit is onderzocht voor zowel behandelaren als VOV'ers. Uitgangspunt zijn de doorsnee psychiater en de doorsnee sociotherapeut.¹³

Behandelaren

De onderstaande tabel geeft de uitkomst van de werksessie over de tijdsbesteding van een psychiater (fpk, in een 36-urige werkweek). Het consensusgetal geeft aan wat de groep deelnemers het meest representatieve getal achtte voor een doorsnee psychiater. De ondergrens en bovengrens geven de minima en maxima binnen de groep aan.¹⁴

¹³ Daarbij zijn we er ons van bewust dat “de doorsnee professional” niet bestaat, evenmin als een “gewone week”. De cijfers zijn dan ook niet bedoeld als precieze detaillering van het Nederlands gemiddelde, maar als indicatie van de omvang van administratieve lasten.

¹⁴ Het consensusgetal is dus geen wiskundig gemiddelde en houdt ook niet noodzakelijkerwijs het midden tussen de ondergrens of bovengrens.

Tabel 6 Tijdsbesteding per week aan administratieve taken door een doorsnee psychiater

Administratieve taak	Ondergrens	Bovengrens	Consensusgetal
Dagrapportages	5,0	6,5	6,0
Behandelplannen	1,5	2,5	2,0
Berichten aan partners ¹⁵	2,0	2,5	2,0
Tijdschrijven	1,5	2,0	2,0
Bekostigingsadministratie ¹⁶	1,5	2,0	1,5
Verlofprocedures	0,5	1,5	1,0
Dwangbehandeling rapportages	0,5	1,0	1,0
Incidentrapportages	0,5	0,5	0,5
Totaal			16,0

In de sessie ontstond consensus dat een psychiater tijdens een doorsnee week circa 16 uur aan administratieve taken kwijt is. Schrijven en lezen in het patiëntendossier kost het meeste tijd, maar andere administratieve taken vereisen samen ook meer dan een dag per week.

Niet alle behandelaren volgen de doorsnee psychiater:

- **psychiaters onderling** verschillen vooral in de wijze waarop zij ondersteund worden. Er zijn aanbieders die aparte ‘behandelrapporteurs’ in dienst hebben die zich grotendeels richten op administratie. Bij die aanbieders zitten de psychiaters vaker bij de ondergrens.
- **psychologen** lijken gemiddeld iets meer tijd te besteden aan administratie dan psychiaters. Aanvullend op de bovenstaande cijfers besteden psychologen tot 3,0 uur per week aan medicatierapportages en besteden zij extra tijd aan behandelplannen.
- **fpa’s** kennen meer doorstroom van patiënten. Dat vraagt om meer tijd voor DBBC-administratie. Voor fpc’s en sglvg-aanbieders zal dat juist minder tijd kosten. De deelnemers gaven dat dit opweegt tegen de eventuele effecten van complexere zorg.

De bevindingen uit deze sessie komen sterk overeen met eerdere metingen van FMS en VvAA in de reguliere GGZ en Berenschot in de langdurige (geestelijke) gezondheidszorg.¹⁷ Beide onderzoeken concludeerden dat behandelaren circa 40% van hun tijd aan administratieve lasten besteden; het meest aan respectievelijk rapportages in het EPD, behandelplannen en ketenafstemming.

Verpleegkundigen, Opvoedkundigen en Verzorgenden

De onderstaande tabel geeft de uitkomst van de werksessie over de tijdsbesteding van een sociotherapeut (fpc, in een 36-urige werkweek). Het consensusgetal geeft aan wat de deelnemers het meest representatief getal achtten voor een doorsnee sociotherapeut.

¹⁵ Daartoe behoort ook de communicatie met partners bij plaatsing, zoals afstemming met DJI en het corrigeren van foutieve plaatsingsbewijzen.

¹⁶ Bekostigingsadministratie: DBBC’s verlengen, typeren, afsluiten

¹⁷ Argumentenfabriek, “Administratiedruk medisch specialisten”, 2017; en Berenschot, “Administratieve belasting in de langdurige zorg”, 2016

Tabel 7 Tijdsbesteding per week aan administratieve taken door een doorsnee sociotherapeut

Administratieve taak	Ondergrens	Bovengrens	Consensusgetal
Dagrapportage	5,0	7,0	6,0
Berichten aan partners	1,0	3,0	2,5
Incidentrapportages	0,5	2,5	1,5
Behandelopdrachten	1,5	1,5	1,5
Behandelprogramma's	1,0	1,0	1,0
Medicatie rapportages	1,0	1,0	1,0
Organisatorische administratie ¹⁸	0,5	1,5	1,0
ROM-rapportages	0,5	1,0	0,5
Urenregistratie	0,0	1,0	0,5
Overig ¹⁹	1,0	1,0	1,0
Totaal			16,5

In de werksessie ontstond consensus dat een doorsnee sociotherapeut per week circa 16,5 uur aan administratieve taken besteedt. Naast het schrijven en lezen van de voortgang in het patiëntendossier, besteden zij veel tijd aan berichtenverkeer met ketenpartners zoals reclassering en maatschappelijk werk.

“Dagelijks zijn er eigenlijk te veel taken om te doen voor de tijd die er is binnen een dienst. Het komt er op neer dat je binnen een dienst alleen de taken op je neemt die noodzakelijk zijn. Waaronder veel administratieve of regelzaken. De patiënten contacten bestaan veel uit de verplichte momenten..”

- sociotherapeut, fpc

Niet alle VOV'ers volgen het ene getal van 16,5 uur per week:

- **sociotherapeuten onderling** verschillen sterk in de totale tijdsbesteding. Het verschil tussen onder- en bovengrens is hoger dan bij psychiaters. Dat komt door verschillen in werkstijl (de ene sociotherapeut schrijft sneller of kernachtiger dan de ander) en omdat sociotherapeuten veel kleine taken hebben waarvan de intensiteit per instelling verschilt.
- **verpleegkundigen** besteden evenveel tijd aan administratieve taken. Voor hen lijkt de bovenstaande verdeling ook te gelden. De tijdsbesteding van verzorgden kon in de werksessies niet in beeld worden gebracht.
- **fpa's en fpc's** verschillen niet sterk van de doorsnee fpc tijdsbesteding. Ook hier hebben aanbieders met meer doorstroom van patiënten meer administratieve lasten.

Sociotherapeuten besteden iets meer uren aan administratieve lasten dan psychiaters. Dit valt op, maar sluit wel aan bij het eerder genoemde onderzoek van FMS en VvAA, waaruit bijvoorbeeld bleek dat wijkverpleegkundigen meer tijd aan administratieve lasten besteden dan medisch specialisten.

¹⁸ In aanbieders met zelfsturende teams neemt elke sociotherapeut een deel van taken zoals roostering op zich. De consensus was om hier 1 uur per week voor te vermelden.

¹⁹ Overige taken omvatten administratie rond labformulieren, kamercontroles, bezoekformulieren, klachtenafhandeling, HACCP (hygiëne), etc.

7.2 Ontwikkeling van administratieve taken

Uit interviews, enquêtes en werksessies blijkt dat de administratieve lasten de afgelopen jaren inderdaad zijn toegenomen. Dit beeld wordt gedeeld door alle betrokkenen die wij gesproken hebben. Professionals die al langere tijd in de forensische zorg werkzaam zijn, benadrukken dat het gaat om een geleidelijke verschuiving.

“De tijd die in verplichte (bureaucratische) werkzaamheden gaat zitten is m.i. enorm. Het is tijd die niet met cliënten doorgebracht kan worden, waardoor onrust / onveiligheid / agressie snel toe kan nemen. Zeker bij LVB is dit het geval. Werken vanuit de presentiebenadering is zodoende lastig te verwezenlijken.”

sociotherapeut, fpc

Behandelaren gaven aan dat ze afgelopen jaren meer tijd besteedden aan de volgende taken:

- tijdschrijven
- bekostigingsadministratie
- berichtenverkeer met partners
- verlofprocedures
- incidentrapportages.

VOV'ers gaven aan dat ze afgelopen jaren meer tijd besteedden aan de volgende taken:

- berichtenverkeer met partners
- ROM-rapportages en kwaliteitsindicatoren
- organisatorische administratie (bijv. roosters).

De stijging van de verschillende taken wordt hieronder puntsgewijs besproken. Er zijn geen typen taken in beeld gekomen waar de tijdsbesteding de afgelopen jaren is gedaald.

Tijdschrijven en bekostigingsadministratie

Behandelaren geven aan de introductie van het DBBC-bekostigingssysteem heeft geleid tot meer administratieve lasten. In dat systeem worden de activiteiten van behandelaren op het niveau van minuten geregistreerd. Dat was niet nodig in het vorige bekostigingssysteem. Ook het typen, verlengen, afsluiten en DBBC's vraagt relatief veel tijd. De NZa merkte al op dat “administratieve lasten van de registratie en verantwoording van de diagnosegerelateerde elementen (...) en de behandeltijd worden als (te) hoog worden ervaren.”²⁰

Berichtenverkeer met partners

Zowel behandelaren als VOV'ers gaven aan dat ze de laatste jaren meer tijd besteedden aan berichtenverkeer met ketenpartners. Ze zien verschillende oorzaken voor deze stijging:

- Ketenpartners in brede zin (reclassering, maatschappelijk werk, gemeenten en zorgverzekeraars) vragen meer administratie omdat ook bij hen verantwoordingslasten stijgen. Dit is wat het ministerie van VWS omschrijft als de ‘regelreflex’.²¹ Gemeenten en zorgverzekeraars vragen bijvoorbeeld om meer gegevens over de patiënt en behandeling om na ontslag uit forensische kliniek hun eigen zorgverlening voort te kunnen zetten.
- Het berichtenverkeer met rechtbanken is sterk gestegen omdat deze meer informatie vragen. De betrokkenen geven aan dat rechtbanken steeds beter onderbouwd willen zien waarom forensische zorg (vooral tbs) verlengd moet worden.

²⁰ NZa, “Notitie beleid Visie doorontwikkeling productstructuur ggz/fz”, 2018, p. 3

²¹ VWS, “Eindevaluatie Experiment regelarme aanbieders”, 2016, p. 22

- Het berichtenverkeer met verwijzers (DJI, reclassering) is gestegen met de introductie van Informatiesysteem Forensische Zorg (Ifzo) voor indicatiestelling en plaatsing. Het komt regelmatig voor dat plaatsingsbewijzen of indicatiestellingen niet helemaal kloppen. De instelling moet dan contact opnemen met partners om fouten recht te zetten.

Verlofprocedures

In onderzoek van GGZ-Nederland²² bleek dat administratieve lasten rond vrijheidsbeperkende maatregelen het zwaarste effect hebben op organisaties van alle administratieve taken in de forensische zorg in termen van frequentie en impact op tijd, organisatie en kosten. Dat betekent niet dat deze taken in absolute zin het meeste tijd kosten, maar wel dat ze sterk doorwegen op personeel en instelling.

Voor verlofaanvragen in de tbs is in 2008 het Adviescollege Verloftoetsing tbs (AVT) ingesteld. Dit college beoordeelt of patiënten van tbs-aanbieders op verlof kunnen. Sindsdien is de verlofprocedure geprofessionaliseerd, maar ook veel uitgebreider geworden. Het 'Format bij de ministeriële regeling Verloftoetsing tbs' vraagt momenteel 111 gegevens op.²³ Al bij de eerste evaluatie van het AVT in 2010 concludeerde het WODC dat de "administratieve en procedurele last die inherent is aan verlofaanvragen sterk [was] toegenomen."²⁴ Ook de administratieve taken rondom tbs verlengingszittingen nemen veel tijd in beslag.

Incidentrapportages

In interviews en werksessies geven de betrokkenen aan dat incidentrapportages meer tijd kosten omdat de eisen aan deze rapportages toenemen. Deze eisen worden zowel vanuit Justitie als vanuit het management van aanbieders zelf opgesteld. Een aantal respondenten gaf aan te vermoeden dat de grotere nadruk op incidentrapportages is ontstaan in antwoord op een aantal veel gepubliceerde incidenten rond mensen met een forensische titel. De nieuwe Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg legt een verdere druk op dit proces door een verruiming van het begrip incident (onder andere geweld tussen patiënten) en toevoeging van nieuwe procedures waaronder het delen van de informatie over de analyse van het incident met de betrokkene.

ROM-rapportages en kwaliteitsindicatoren

De forensische zorg kent een kernset prestatie-indicatoren om de kwaliteit van behandeling te meten. Een deel van deze indicatoren hebben (ook) betrekking op Routine Outcome Monitoring (ROM), bedoeld om de voortgang van behandelingen te meten. Het aantal indicatoren is echter de laatste jaren sterk gegroeid. De tabel hieronder geeft dit weer.

Tabel 6 Aantal prestatie-indicatoren in de Kernset prestatie-indicatoren Klinische Psychiatrie [Bron: DJI]

Administratieve taak	fpa/fpk		fpc	
	2013	2018	2013	2018
Aantal prestatie-indicatoren	5	14	4	11
Waarvan met financiële consequentie	0	2	0	2

²² GGZ Nederland, "Het roer moet om", 2017

²³ Staatscourant, "Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 24 december 2010", 2010, nr. 5679537/10; en DJI, "Houdende regels over de verlening van een machtiging tot verlof aan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden (Verlofregeling TBS)", 2017

²⁴ Koenraadt, Langbroek, Tigchelaar, & Van der Velde, "Het verlof van de ter beschikking gestelde", WODC, 2010

Zowel voor fpc's en voor overige klinische zorg is het aantal gevraagde prestatie-indicatoren sterk toegenomen. Dat vraagt meer administratie. Bovendien is het registreren van de benodigde gegevens belangrijker geworden, omdat aanbieders een boete kunnen krijgen wanneer ze niet aan de norm voldoen op twee van deze indicatoren.

Organisatorische administratie

In de werksessies en interviews kwam naar voren dat in de afgelopen jaren bij een aantal aanbieders het aantal ondersteunende functies is teruggebracht. Het gaat dan om functies zoals teamleiders, secretariaten en inkopers. Hun taken zijn (in elk geval deels) aan sociotherapeuten zelf toebedeeld. Die besteden daarom nu tijd aan taken zoals het inplannen van roosters, bestellen van boodschappen en het bijhouden van bezoekerslijsten; taken die eerst bij ondersteunende functies lagen.

Groei sterker voor behandelaren dan voor VOV'ers

In relatieve zin leken behandelaren een grotere stijging te rapporteren dan sociotherapeuten. Een mogelijke oorzaak is dat behandelaren het bekostigingssysteem als duidelijkste mijlpaal voor grotere administratieve lasten aanwezen. Voor sociotherapeuten lijkt de laatste mijlpaal langer geleden te hebben plaatsgevonden, toen na de eeuwwisseling er door de introductie van elektronische patiëntendossiers veel meer werd geregistreerd.

7.3 Gevolgen voor aanbieders

Weinig directe tijd met patiënt

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 leerlingen of stagiaires maar ook schoonmaak. Een berekening van de Ecorys in opdracht van de NZa²⁵ schatte in dat deze 'andere taken' 26%, oftewel 9,5 uur van een doorsnee regiebehandelaar vragen. De onderstaande figuur illustreert dit.



Figuur 11 Schematische weergave van de impact van administratieve taken op de tijdsbesteding van een professional in de forensische zorg

Bijkomend probleem is dat veel van de 'andere taken' vrij vast staan. Een stijging in de administratieve lasten gaat al snel ten koste van de directe face to face tijd met de patiënt.²⁶

²⁵ Ecorys, "Productiviteit in de curatieve GGZ", 2017

²⁶ Ofwel van de vrije tijd van medewerkers omdat het leidt tot overwerk, met gevolgen voor de werkdruk.

Daarbij zijn er twee aandachtspunten bij de figuur. Ten eerste zijn administratieve lasten in de praktijk niet net geclusterd, maar juist versnipperd over de week. Deze versnippering maakt het effect van administratieve lasten groter, omdat er tussen twee administratieve handelingen niet altijd voldoende tijd overblijft voor een andere activiteit. Ten tweede gaat de figuur uit van een 36-urige werkweek, terwijl in de praktijk veel forensische medewerkers parttime werken. Per saldo hebben zij dan minder tijd voor de patiënt.

“Dagelijks zijn er eigenlijk te veel taken om te doen voor de tijd die er is binnen een dienst. Het komt er op neer dat je binnen een dienst alleen de taken op je neemt die noodzakelijk zijn. Waaronder veel administratieve of regelzaken. De patiënten contacten bestaan veel uit de verplichte momenten. Tijdens het eten of tijdens ingeplande gesprekken. Er is geen tijd om een vertrouwensband op te bouwen, patiënten ervaren weinig ruimte om hun verhaal te doen wegens de werkdruk die zij zien bij personeel. Er is geen tijd om te investeren in een sociaal therapeutisch milieu.”

VOV'er, fpc

Doorrekenend zou 22,1%, oftewel 8,0 uur overblijven aan directe (face to face) tijd met de patiënt. Dit is aanzienlijk lager dan in andere vormen van geestelijke zorg. Ecorys geeft als mogelijke verklaring “dat bij dit type zorg relatief meer tijd besteed moet worden aan risicotaxaties, overleggen en juridische zaken.”²⁷

Meer regelgeving en voorschriften

Professionals gaven aan dat zij de afgelopen jaren ook last hebben ondervonden van het juridische web van regels. Elk van de 28 forensische zorgtitels kent eigen regels en voorschriften hoe patiënten behandeld moeten worden. Hoewel niet alle regels leiden tot administratieve taken, maken ze wel het werk complexer. Ze bemoeilijken de uitvoering van het werk waar wel direct contact is met patiënten.

Een eerste voorbeeld zijn Bopz-voorschriften die stellen dat er elk kwartier een medewerker toezicht moet houden op een gesepareerde patiënt.²⁸ De werktijd van de medewerker raakt dan versnipperd waardoor die niet toekomt aan andere taken. Een tweede voorbeeld is dat verlofrichtlijnen zo strikt zijn dat verlof van patiënten kan worden opgeschort bij de meest kleine vergrijpen, zelfs als die per ongeluk zijn begaan. Dit werkt de behandeling in de praktijk alleen maar tegen. Een derde voorbeeld zijn administratieve schotten in de behandeling van jongeren die 18 jaar oud worden. Forensische aanbieders hebben vaak geen toegang tot de informatie van jeugdhulporganisaties die jongeren tot hun 18^e hebben begeleid.²⁹

Organisatorische gevolgen

In interviews en een werksessie is specifiek besproken welke gevolgen de toename van administratieve heeft voor aanbieders. Zij geven de volgende effecten aan:

- Er is meer risico op incidenten omdat de tijd waarin behandelaren direct contact hebben met patiënten onder druk staat. Ook de Inspectie JenV heeft in een recent incidentonderzoek een link gelegd tussen de (gestegen) hoeveel administratieve taken en het risico op incidenten.³⁰

²⁷ Ecorys, “Productiviteit in de curatieve GGZ”, 2017

²⁸ Inspectie voor de Gezondheidszorg, “Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen”, 2016, p. 30

²⁹ GGZ Nederland, “Het roer moet om”, 2017, p. 55

³⁰ IvenJ, “Incidentonderzoek de Woenselse Poort”, 2017, p. 6

- Als aanbieders de stijgende hoeveelheid administratieve taken willen compenseren door meer personeel aan te nemen, de financiële gevolgen voor hen zijn (omdat ze daar niet voor bekostigd worden).
- Aanbieders zoeken naar manieren om administratieve lasten terug te dringen, bijvoorbeeld door een aantal medewerkers zich te laten specialiseren in administratie. Dit lijkt inderdaad de gemiddelde tijd voor administratie terug te dringen, maar het heeft ook nadelen. Zo wordt het moeilijker om roosters te maken en kan er een gat tussen realiteit en rapportage ontstaan.
- Medewerkers zijn soms minder gemotiveerd en zoeken dan ander werk buiten de forensische zorg, met personeelstekorten als gevolg (en van daaruit weer financiële gevolgen door frictiekosten, mutatiekosten en wervingskosten).

Naast de gevolgen in het primair proces merken aanbieders ook dat de benodigde capaciteit van ondersteunende afdelingen gestegen is. Afdelingen als zorgadministratie en controlling hebben veel meer taken gekregen. Tijdens een werksessie gaf een controller aan dat hij al veertig jaar bij een instelling werkt. In die tijd was de ondersteunende afdeling gegroeid van 8 naar 40 fte – niet in verhouding met de ontwikkeling van het patiëntenbestand. De tarieven de afgelopen jaren hier niet voor herijkt – zie hoofdstuk 10.

7.4 Oplossingsrichtingen

Er zijn twee voorwaarden om administratie te beperken: vertrouwen en overzicht. Wanneer die voorwaarden zijn gerealiseerd, kunnen detailoplossingen de lasten terugdringen.

Wederzijds vertrouwen tussen beleid en uitvoering

Vertrouwen (of het gebrek daaraan) is vaak genoemd als onderliggende oorzaak voor stijgende administratieve lasten. Partijen aan weersijden van de tafel gaan er niet altijd vanuit dat de andere partij zo goed en eerlijk mogelijk handelt. Er komt dan nieuwe regelgeving of registratie om toch een juiste gang van zaken te ‘borgen’. Een controller merkte op:

“Als medewerker bedrijfsvoering ervaar ik een toenemende lastendruk en bemoeienis vanuit wet- en regelgeving en controles. Jammer dat als uitgangspunt “wantrouwen” geldt. Alles moet in detail worden verantwoord. Meer vertrouwen in zorgaanbieders zou deze werkdruk sterk kunnen verminderen en de aandacht kunnen verleggen naar “meer handen aan het bed”.

controller, fpc

Ook eerder onderzoek onderkende dit. Zo schreef het WODC over de oprichting van het Adviescollege Verloftoetsing TBS “Het dominante ketenprobleem bij de verloftoetsing in het tbs-veld was in de aanloop naar de instelling van het AVT een gebrek aan vertrouwen tussen beleidsmakers en bestuursorganen enerzijds en tbs-klinieken anderzijds.”³¹

Vertrouwen bestaat tussen mensen en is nauwelijks van bovenaf af te dwingen. Maar open communicatie, ook bij incidenten, kan helpen. Bovendien groeit vertrouwen over tijd in een stabiele omgeving. Stabiele bekostiging en wet- en regelgeving kunnen daaraan bijdragen.

³¹ Koenraadt, Langbroek, Tigchelaar, & Van der Velde, “Het verlof van de ter beschikking gestelde”, WODC, 2010, p. 103

Overzicht in de herkomst van administratie

Opvallende uitkomst van de werksessies en interviews is dat professionals zelf vaak niet weten of administratieve taken verplicht zijn, en zo ja, *door wie*. Verzekeraars, inspecties, beroepsgroepen, ForZo/JJI en ketenpartners hebben allemaal eigen kwaliteit- en registratie-eisen. Bovendien kennen aanbieders interne procedures rond registratie. Zo ontstaan administratieve taken waarvan vaak al snel niet meer duidelijk is voor wie deze worden uitgevoerd.

In die situatie is het complexer om van bovenaf administratieve lasten terug te dringen dan wanneer alle eisen vanuit één bron waren gekomen. De meest geschikte plek om een overzicht op te bouwen van administratieve taken is daarom het instellingsniveau. Van daaruit kan worden bepaald welke taken het gemakkelijkst kunnen worden gereduceerd.

Specifieke verbeteringen

Een aantal specifieke verbeteringen kan in potentie administratieve lasten reduceren:

- **NZa** werkt aan een nieuw financieringsmodel, het zogeheten zorgclustermodel. Daarbij lijkt reductie van administratie een neven doel (“geen verzwaring, liefst vermindering”³²), maar het zou een hoofddoel moeten zijn. Elke verandering van bekostigingsmodel betekent op korte termijn een toename van administratieve lasten³³ en is het (in dit opzicht) dus alleen waard als daar een sterke afname op lange termijn tegenover staat.
- **Aanbieders** kunnen een overzicht maken hun administratieve taken. Van daaruit kunnen ze per punt bepalen welke taken verplicht zijn en welke taken gereduceerd kunnen worden. Dat kan door taken te schrappen of door processen efficiënter te organiseren. Een dergelijk project kost tijd en geld (tijdelijk nog meer administratie), maar de potentie lijkt groot. Tijdens de werksessies bleek dat twee aanbieders recent dergelijke projecten uitvoerden. De uitkomsten waren steeds grote concrete besparingen tot wel 4 fte.³⁴ Eerder heeft ook het ‘experiment regelarme aanbieders’ laten zien dat onnodige regels daadwerkelijk teruggedrongen kunnen worden op instellingsniveau.³⁵
- **Inspecties** kunnen zoeken naar verdere samenwerking met elkaar en met gemeenten. Onderzoek van GGZ Nederland beschreef al dat inspecties verschillende eisen, vragen en formats gebruiken.³⁶ Inspecties zelf geven aan dat ze de afgelopen jaren al intensiever met elkaar afstemmen; mogelijk is er nog winst te behalen door bijvoorbeeld samen formats op te stellen. Een ander voorstel dat tijdens het onderzoek is gedaan is om medewerkers vaker mondeling om informatie te vragen. Dit zou de beleefde administratieve druk verminderen.
- **Medewerkers** kunnen onderling overleggen hoeveel verslaglegging nodig is. Verslaglegging (dagrapportages) is immers de grootste administratieve taak. Hoe uitgebreid die verslaglegging is, kunnen medewerkers vaak onderling bepalen. Kan er in een EPD ooit worden volstaan met “geen bijzonderheden” als er geen bijzonderheden zijn? En zo nee, hoeveel verslaglegging is dan nodig per dienst? Kan dat in twee zinnen of vraagt het altijd een half A4?

³² NZa, “Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ”, 2017, p. 6

³³ Naast de aanzienlijke frictiekosten tijdens de overgangsperiode betekent een nieuw bekostigingsmodel ook dat er enige tijd geen stabiele omgeving is waarin vertrouwen kan groeien en overzicht kan ontstaan in de samenhang van administratieve lasten.

³⁴ Bijvoorbeeld door een foto van een patiënt bij te voegen in plaats van de beschrijven wat deze aan heeft. Of door verlofaanvragen door één persoon (met mandaat) te laten schrijven in plaats van vier medewerkers.

³⁵ VWS, “Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen”, 2016

³⁶ GGZ Nederland, “Het roer moet om”, 2017, p. 56

8 In detail: arbeidsmarkt en werving

Zonder uitzondering geven organisaties in de FZ aan dat er een tekort is aan ervaren personeel. Veel van onze gesprekspartners (uit interviews en werksessies) geven aan dat dit het meest dwingende probleem is waar de sector mee worstelt.

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- 1. In hoeverre lukt het forensische zorgaanbieders voldoende hoogopgeleid en ervaren personeel aan te trekken?**
- 2. Is er sprake van krapte op de arbeidsmarkt? Op basis waarvan kunnen we dat vaststellen? Verschilt dit voor psychiaters, psychologen, SPV'ers en agogen?**
- 3. Hoe reageren aanbieders op deze arbeidsmarkt? Welke eisen worden aan te werven personeel gesteld?**
- 4. Wat betekent dat voor aanbieders van forensische zorg en de zorg die zij leveren?**

8.1 Werving personeel

Aanbieders hebben grote moeite met het werven van voldoende geschikt personeel. Veel leidinggevendenden zeggen voortdurend bezig te zijn om één of meerdere van hun teams 'op de rit' te krijgen. Dat betekent dat er niet voldoende vaste, ervaren krachten zijn om de stevigheid en continuïteit te bieden die eigenlijk goed is voor de patiënten en medewerkers.

VOV'ers en behandelaren geven in werksessies en via de enquête in grote getale aan dat zij zien dat er een tekort is aan geschikt personeel, en dat dat zowel zittend personeel als de behandeling onder druk zet.

"Ik merk dat er vooral veel personeelstekort is binnen onze kliniek. Collega's raken hierdoor overwerkt en verzuimen. Dit kan ook leiden tot meer onrust voor de cliënten, wat kan leiden tot agressie of decompensatie. Ook ik merk dat de werkdruk hoog is, waardoor ik regelmatig overwerk of mijn werk niet naar wens afkrijg.

- Sociotherapeut, fpk

In haar rapportages over de Woenselse Poort en Aventurijn concludeerde ook de Inspectie JenV dat er een tekort is aan ervaren personeel, en dat dat tekort leidt tot een gevoel van onveiligheid bij personeel.

Tekorten onder VOV'ers

Zoals beschreven in hoofdstuk 8 leidt het tekort bij VOV'ers tot het gevoel 'er alleen voor te staan'. Dit gevoel kan ontstaan als er een flexkracht is, maar ook als er een erg jonge collega

is, of een vaste collega van een andere groep. Het gebrek aan 'ervaring' kan dus duiden op verschillende zaken:

- of iemand werkervaring heeft in de geestelijke gezondheidszorg
- of iemand ervaring heeft met specifieke doelgroepen die vaak aanwezig zijn op FZ-afdelingen (mensen met Autisme-Spectrum Stoornissen (ASS), een licht verstandelijke beperking (lvb), verslaafde mensen, etc.)
- of iemand ervaring heeft met het werken in de forensische zorg: is diegene bekend met het vaak heftige gedrag van de doelgroep, en bezit diegene de vaardigheden (risicotaxatie, agressiehantering) die noodzakelijk zijn
- of iemand ingewerkt is in de organisatie: kent deze persoon de collega's, de verwachtingen over de manier van werken, de gebruikte instrumenten?
- of iemand ervaring heeft met de specifieke groep patiënten en collega's: elke groep heeft zijn eigen dynamiek, en zowel voor de behandeling als voor het bouwen en behouden van het behandelklimaat is een relatie met de patiënten essentieel.

Veel VOV-personeel zegt onder druk te staan en/of zich onveilig te voelen op de werkvloer omdat ze vaak meemaken dat ze zonder vaste collega op de groep staan. Er is een grote behoefte aan stabiliteit, aan een situatie waarin er de meeste dagen iemand naast je op de groep staat die:

- weet wat hij/zij van die specifieke groep patiënten kan verwachten, omdat hij/zij de patiënten kent én weet om te gaan met provocaties of agressie
- overweg kan met de manier van werken en computersystemen die in de organisatie gebruikt worden
- toegang heeft tot de computersystemen (zoals b.v. niet het geval is met invalkrachten vanuit uitzendbureaus).

Tekorten onder behandelaren

Er wordt ook een tekort ervaren aan behandelend personeel. HR-personeel geeft aan dat psychiaters en psychologen moeilijk te vinden zijn, en dat er vaak minder ervaren personeel wordt aangenomen dan men eigenlijk wenst aan te nemen.

Een te lage bezetting onder behandelend personeel leidt ertoe dat patiënten minder intensief behandeld worden dan wenselijk is.

“Mijns inziens is het meest cruciale punt het tekort aan behandelaren. Hierdoor heeft iedereen te veel werk waardoor het niet meer zorgvuldig gebeurt en de cliënten (en collega's) tekort wordt gedaan. Juist met deze doelgroep is het van belang weloverwogen en zorgvuldig te werk te gaan. Die mogelijkheid is er met de huidige werkdruk en tekort aan behandelaren niet, waardoor we in een negatieve spiraal terecht zijn gekomen.

— GZ-psycholoog, fpa

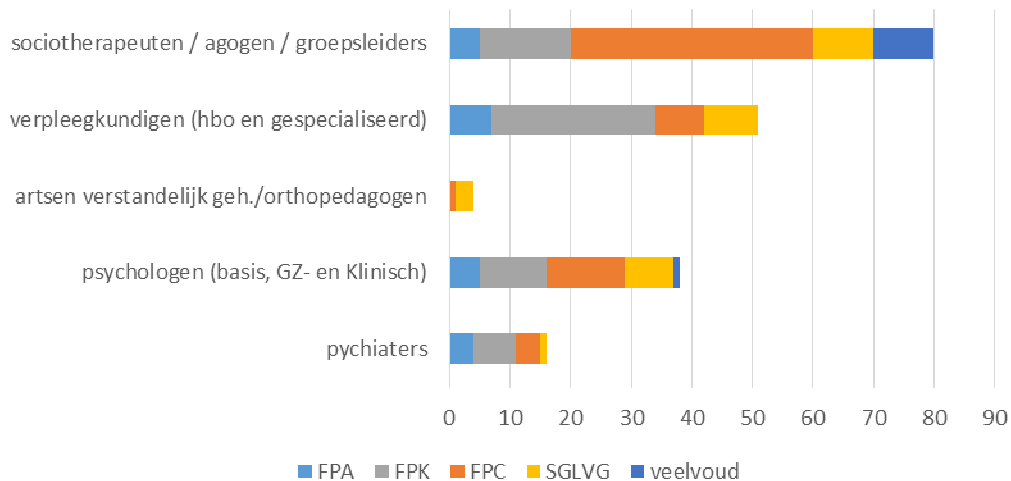
Ook verhoogt het tekort de ervaren werkdruk bij de zittende behandelaren. Onze gesprekspartners geven aan dat zij vaak gedwongen zijn jong personeel aan te nemen en direct al grote verantwoordelijkheden te geven, waar een intensievere en langere inwerkperiode eigenlijk wenselijk is.

De cijfers

Om een inschatting te maken van de omvang en aard van het ervaren te kort, heeft AEF via een enquête aan FZ-aanbieders uitgevraagd:

- hoeveel vacatures er open stonden ten tijde van het onderzoek (circa januari 2018), uitgesplitst naar beroepsgroepen
- of dit aantal vacatures representatief was
- hoe lang de vacatures ongeveer open staan per beroepsgroep.

Uit de respons op deze vragen komt het volgende beeld naar voren:



Figuur 12 Aantal vacatures begin 2018 per beroep en per zorgtype [Bron: AEF, HR enquête]

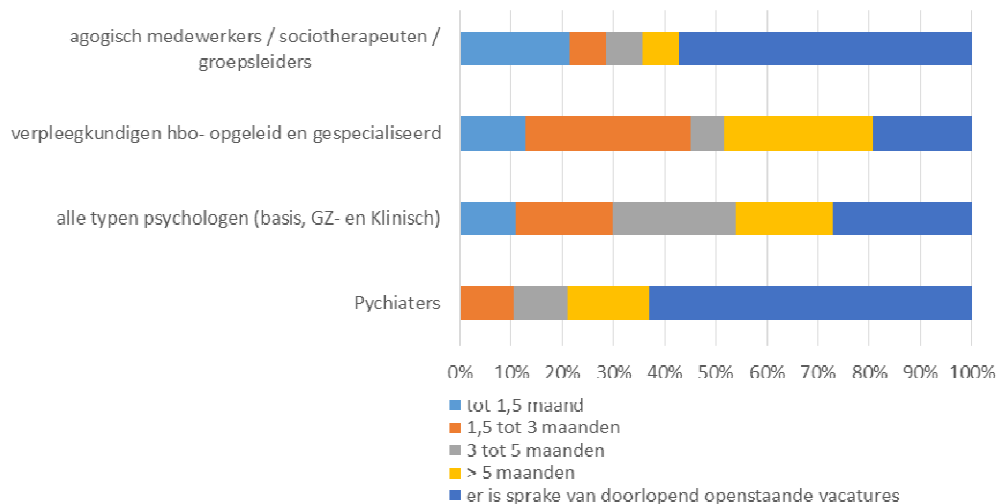
In aantallen was er begin 2018 vooral een tekort aan sociotherapeuten en agogen, en in mindere mate aan verpleegkundigen en psychologen. Zie ook de uitsplitsing hieronder, waarin onderscheid gemaakt wordt naar type zorg (fpa/fpk/fpc/sglvg of een combinatie).

Deze grafiek toont vooral op hoofdlijnen³⁷ interessante informatie:

- er is sectorbreed een groter tekort aan VOV'ers (zowel sociotherapeuten als verpleegkundigen) dan aan behandelaren.
- er is maar een beperkt aantal opvallende verschillen tussen de beveiligingsniveaus. Eén opvallend verschil is dat in een aantal fpc's veel sociotherapeuten worden gezocht.

Het is interessant om deze cijfers te combineren met gegevens over de duur van de periode dat bepaalde vacatures open staan. Zie de grafiek hieronder, waarin die gegevens staan uitgesplitst per beroepsgroep:

³⁷ Omdat niet alle aanbieders hebben geantwoord op onze enquête, en sommige aanbieders grote hoeveelheden personeel zoeken (bijv. een tiental sociotherapeuten) is de grafiek vooral interessant om onderlinge verschillen uit af te lezen, niet om gedetailleerde conclusies te trekken over b.v. het tekort aan psychiaters in de SGLVG-sector).



Figuur 13 Hoe lang staan vacatures open voor welke beroepsgroep? [Bron: AEF, HR enquête]

We zien onder andere dat vacatures voor psychiaters veelal doorlopend open staan. Dit terwijl er (zie hierboven) eind 2018 een beperkt aantal psychiaters gezocht werd. Een verklaring is dat iedere instelling maar een beperkt aantal psychiaters nodig heeft. Er wordt dus nooit door één instelling naar een tiental psychiaters gezocht – maar één psychiater is al moeilijk te vinden.

Vacatures voor psychiaters staan zoals gezegd bij bijna alle aanbieders doorlopend open. Ook psychologen (vooral GZ- en klinisch psychologen) zijn moeilijk te vinden: het merendeel van de aanbieders moet meer dan 5 maanden zoeken. Zowel uit de enquête als uit onze gesprekken blijkt dat basispsychologen gemakkelijker aan te trekken zijn. Aanbieders geven echter aan dat zij zich door deze situatie soms genoodzaakt zien basispsychologen aan te nemen waar zij eigenlijk GZ- of klinisch psychologen nodig hebben, en deze mensen zelf op te leiden (met het risico dat ze ook weer vertrekken).

De moeite die aanbieders hebben om hbo-verpleegkundigen aan te trekken, verschilt: sommige aanbieders hebben vacatures maandenlang open staan, een andere groep aanbieders geeft aan dat 1,5 tot 3 maanden meestal genoeg is. Voor sociotherapeuten en agogen staan bij veel aanbieders ook doorlopend vacatures open. In dat geval is echter vooral het aantal vacatures opvallend: voor grotere aanbieders is het niet uitzonderlijk om op zoek te zijn naar een tiental VOV'ers. Er is dus een grote vraag naar dit type personeel, vooral bij fpc's.

Regionale verschillen

Een veelgehoorde veronderstelling is dat de locatie van een afdeling een groot effect heeft op de moeite die een instelling moet doen om daarvoor geschikt personeel aan te trekken. AEF heeft deze gedachtegang onderzocht, maar ontdekte geen correlatie tussen bijvoorbeeld de afstand tot een grotere stad of de provincie en het gemak waarmee personeel gevonden wordt. Er zijn wel verschillen tussen aanbieders, maar die zijn niet onderhevig aan algemene regels: het gaat eerder om lokale effecten zoals het faillissement van een nabije instelling of het imago van een bepaalde locatie.

Verloop

Het tekort aan ervaren personeel is deels debet aan een hoge doorloop in de forensische zorg: aanbieders geven aan dat zij moeite hebben personeel vast te houden. Dit leidt er toe dat

personeel relatief veel tijd kwijt is met inwerken en begeleiden van nieuwe collega's, maar ook dat het zittend personeel onzekerheid en discontinuïteit ervaart.

Er zijn op sectoraal niveau geen cijfers beschikbaar over verloop. Wel kunnen we uit gesprekken en de jaarverslagen van een beperkt aantal aanbieders³⁸ opmaken dat het verloop van jaar tot jaar erg fluctueert. Een landelijk gemiddelde zou waarschijnlijk dus ook weinig informatief zijn.

8.2 In welke mate is er krapte op de arbeidsmarkt?

Het personeelstekort in de zorg is een bekend probleem. De Rijksoverheid heeft er aandacht voor en in zijn meest recente brief aan de Tweede Kamer constateert de minister:

- dat de vraag naar personeel in de zorg groter is dan het aanbod
- dat er op dit moment bijna 27 duizend moeilijk vervulbare vacatures zijn in zorg en welzijn, met hbo-opgeleide verpleegkundigen als een groep waar een speciaal tekort aan is
- dat de algehele tevredenheid over werken in de zorg terugloopt door een combinatie van administratieve lastendruk en werkdruk³⁹.

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) heeft tot doel om betrouwbare informatie te leveren over de ontwikkelingen in zorg en welzijn. Een aantal van de bevindingen zijn hier relevant:

- de GGZ is één van de sectoren waarin de meeste werkgevers zeggen moeilijk vervulbare vacatures te hebben⁴⁰
- deze moeilijk vervulbare vacatures in de GGZ zijn vooral voor gedragswetenschappelijke, verpleegkundige en medisch-wetenschappelijke beroepen⁴¹.
- het percentage uitstromers uit de GGZ dat buiten de sector zorg en welzijn gaat werken, neemt toe⁴².
- werkgevers in de GGZ verwachten een verdere verhoging van de werkdruk en zien de werkdruk vooral terug in verzuim en klachten van het personeel. De hoge werkdruk komt voort uit onderbezetting, meer (nieuwe) taken en werk dat complexer is geworden. Ook ervaren werkgevers hogere eisen van zorgverzekeraars en financiers⁴³.

Er is op landelijk niveau een tekort aan psychiaters die voor GGZ-aanbieders willen werken. De NZa benoemt dit tekort in haar Voortgangsrapportage over wachttijden in de GGZ:

“Uit verschillende hoeken krijgt de NZa signalen dat psychiaters uit dienst gaan bij ggz-aanbieders en zich als zzp'er laten inhuren. Dit leidt enerzijds tot een stijging in de zorgkosten en anderzijds tot minder beschikbaarheid voor bijvoorbeeld het draaien

³⁸ Er zijn niet veel aanbieders in de forensische sector die informatie over verloop opnemen in hun jaarverslagen.

³⁹ Kamerbrief over Aanpak arbeidsmarkt zorg, 1 december 2017

⁴⁰ AZW, “Werkgeversrapportage 2017”, 2017, p. 20

⁴¹ Idem, p. 21

⁴² AZW, “Brancherapportage GGZ”, 2016, p. 3

⁴³ Idem, p. 6-7

*van crisisdiensten. Dit leidt vervolgens weer tot extra werkdruk bij degenen die nog wel in dienst zijn van aanbieders, wat deze situatie verder versterkt*⁴⁴.

Het tekort aan psychiaters wordt ook in de forensische zorg breed gevoeld. Dat leidt voor sommige aanbieders tot oplopende kosten voor ‘personeel niet in loondienst’, en betekent voor alle aanbieders dat HR-medewerkers meer moeite moeten doen om psychiaters (en in mindere mate psychologen) te werven.

Er is dus in de gehele GGZ sprake van een tekort op de arbeidsmarkt. Deze problematiek is in de forensische zorg extra zwaar door het slechte imago van de sector. De forensische zorg staat bekend als een zware sector om in te werken, en aanbieders merken dat hun tak van sport een slecht imago heeft bij werkzoekenden. De arbeidsvoorwaarden, zo geven HR-afdelingen aan, zijn niet beter dan in lichtere vormen van zorg. In sommige delen van het land loont het financieel zelfs om de overstap te maken naar ambulante werk, en dat doen veel mensen dan ook.

HRM-medewerkers in de FZ merken op dat de krapte op de arbeidsmarkt in hun sector al langer voelbaar is, maar dat de respons op vacatures in kwantitatieve zin snel afneemt in de afgelopen 1,5 à 2 jaar.

Kwaliteit van het personeel

Het werven en selecteren van personeel is niet alleen een kwantitatieve exercitie. De kwaliteit van het personeel is in elke sector van groot belang, en wij hoeven onze lezers niet te vermoeien met de constatering dat zorg mensenwerk is.

Naast het feit dat forensische aanbieders in aantallen een tekort aan personeel hebben, geven zij aan dat er een beperkte variatie is tussen de kandidaten voor vacatures. Sollicitanten zijn veelal pas afgestudeerd, en zij zijn veelal vrouw. In het eerste geval is dat problematisch omdat veel zittend personeel er juist behoefte aan heeft dat zij naast een stevige persoonlijkheid staan, of werken onder een behandelaar die richting kan geven.

Het tweede is een bron van zorg omdat aanbieders zien dat er op veel afdelingen een groot verschil ontstaat tussen de populatie patiënten (grote meerderheid mannen) en het fysiek kwetsbaarder jonge vrouwelijke personeel. Sommige aanbieders zien dit ‘gat’ zo groot worden dat zij het proberen te compenseren door de inzet van straatcoaches of beveiligers (mannen met fysiek overwicht).

De kwaliteit van het nieuw geworven personeel is dus voor veel aanbieders onvoldoende. Er is niet alleen een numeriek arbeidsmarkttekort, maar ook een kwalitatief arbeidsmarkttekort: er zijn te weinig ervaren krachten beschikbaar die weten wat werken in de forensische zorg inhoudt en die de vaardigheden hebben om een stabiele en proactieve factor te vormen voor collega’s én patiënten.

8.3 Gevolgen voor aanbieders

Aanbieders van forensische zorg zien dat er door een tekort aan ervaren medewerkers te grote personele onrust ontstaat. Dit is een cruciale constatering die door velen gezien wordt als het grootste probleem waar de forensische zorg nu mee worstelt.

⁴⁴ NZa, “Voortgangsrapportage over wachttijden in de GGZ”, 2017, p. 35

Aanbieders voelen zich gedwongen om meer te werken met uitzendkrachten en ZZP'ers dan zij willen. Dit personeel kan sommige taken niet op zich nemen, waardoor deze taken er voor het vaste personeel bijkomen.

Dit probleem heeft meerdere oorzaken: het is moeilijk om personeel te werven, er is te weinig ervaren personeel op de arbeidsmarkt, de werkdruk en het ziekteverzuim in de forensische zorg is hoog, de in- en uitstroom is hoger dan gewenst, en het imago van de sector laat te wensen over.

Aanbieders spannen zich in om om te gaan met het personele tekort dat zij ervaren. Hieronder beschrijven wij onze belangrijkste bevindingen:

Typen dienstverbanden

Het omschreven tekort op de arbeidsmarkt noopt aanbieders tot:

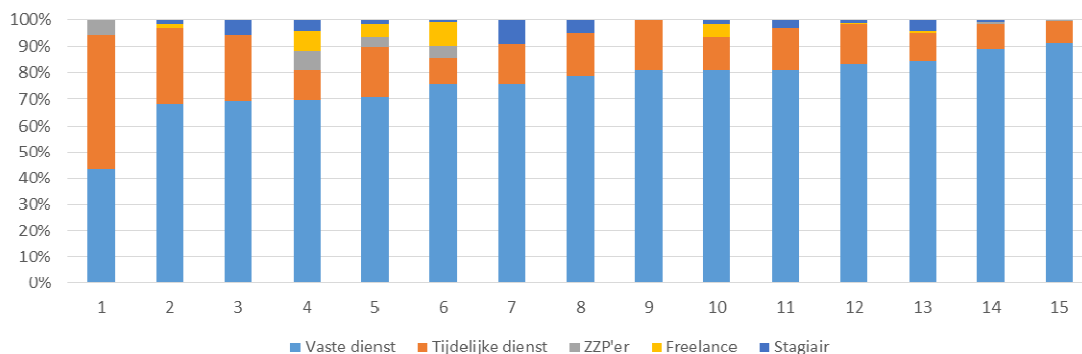
- Het sneller bieden van vaste contracten. Typen sollicitanten waar veel vraag naar is (bijvoorbeeld GZ-psychologen) kunnen als ze het vragen direct een vast contract krijgen. Ook geven aanbieders aan dat ze medewerkers uit allerlei vakgebieden vaste contracten aanbieden in de hoop het verloop terug te dringen. Dit laatste is een redelijk recente ontwikkeling.
- Om behandelaren aan zich te binden zien aanbieders zich genoodzaakt om hen een hoger salaris te bieden of hen in te huren als zzp'er. Psychiaters en (in mindere mate) psychologen hebben het voor het kiezen en kunnen binnen een zzp-constructie meer geld verdienen terwijl ze minder verantwoordelijkheden hoeven dragen. Psychiaters die wél in vaste dienst zijn dragen bijvoorbeeld managementtaken, en vertegenwoordigen hun organisatie.
- het opzetten van een flexpool om personeelstekorten op te vangen en potentieel personeel (stagiairs en zomerkrachten) aan zich te binden.

Flexibel of vast?

AEF heeft geprobeerd in kaart te brengen wat aanbieders doen om het tekort aan ervaren personeel te compenseren (ook gegeven de huidige arbeidsmarktproblematiek). We ontdekten dat de manieren waarop aanbieders hier mee omgaan erg wisselen, en moeilijk te veralgemeniseren zijn. Een mooie illustratie daarvan zijn de resultaten van een uitvraag naar het aantal medewerkers dat vast, tijdelijk of freelance in dienst is.

De HR-afdelingen die hebben gereageerd op onze enquête geven aan dat zij gemiddeld 76% van de medewerkers vast in dienst hebben, en 18% tijdelijk⁴⁵. Een dergelijk gemiddelde is echter weinig betekenisvol. Eén van de manieren om meer te zeggen over de betekenis van deze cijfers, is om te kijken wat de verschillen tussen aanbieders zijn. In de afbeelding hieronder is de respons op onze enquête weergegeven, gesorteerd van de instelling met de meeste mensen in tijdelijke dienst tot de instelling met de minste mensen in tijdelijke dienst. De namen van individuele aanbieders zijn vervangen door nummers.

⁴⁵ De overige procenten zijn zzp'ers/freelancers en stagiairs.



Figuur 14 Aandeel medewerkers naar type dienstverband [Bron: AEF, HR enquête]

We zien dat de opbouw van het medewerkersbestand sterk wisselt. Er zijn aanbieders met ruim 10% freelancers/ZZP'ers, en er zijn aanbieders die zéér beperkt individueel inhuren. Ook het percentage stagiairs wisselt sterk. Dit is informatief: er zijn verschillende manieren om om te gaan met de beperkingen die de arbeidsmarkt op dit moment oplegt.

Dat beeld komt ook naar voren uit onze gesprekken en werksessies: sommige aanbieders zetten sterk in op een flexpool, andere juist op inhuren of op het werven van zo veel mogelijk vast personeel. Een flexpool is in de grafiek hierboven onzichtbaar (het kan om tijdelijk of vast personeel gaan dat flexibel ingezet wordt), maar is wél van invloed op de ervaring van medewerkers. Bovendien zegt het aantal flexers niets over de kwaliteit: een flexpool kan een soort van intern opleidingsinstituut zijn, of een hoogwaardige pool ervaren medewerkers.

Op basis van de beschikbare gegevens kan geen eenduidige, sectorbrede analyse gemaakt worden van inzet van flexibel personeel.

Selectiebeleid, zorg voor personeel, PR-beleid

Aanbieders geven aan dat zij onder druk van het tekort op de arbeidsmarkt hun selectiebeleid aanpassen:

- de eisen aan nieuw personeel worden naar beneden bijgesteld, bijvoorbeeld door (veel) mensen aan te nemen die wel opgeleid zijn maar eigenlijk te onervaren
- extra aandacht besteden aan opleidingsmogelijkheden, bijvoorbeeld door mbo-geschoold personeel de kans te geven door te groeien of door basispsychologen aan te nemen en hen tijdens het werk de kans te geven GZ-psycholoog te worden
- er wordt extra geïnvesteerd in kennismakingsgesprekken met geïnteresseerde sollicitanten, om te voorkomen dat ze onverhoeds uitvallen
- waar mogelijk: stimuleren van doorstroom binnen de eigen algemene ggz-instelling met behulp van interne open dagen. Er zijn echter ook voorbeelden van het tegenovergestelde effect: forensische zorgafdelingen die personeel verliezen aan de collega-afdelingen binnen de eigen instelling
- hier en daar is geëxperimenteerd met het uitwisselen van personeel uit de PI. Na een scholingstraject worden hen doorgroeimogelijkheden geboden binnen de forensische zorg. Hieruit blijkt dat het cultuurverschil tussen beheersen en behandelen beperkend kan werken.

Daarnaast werken aanbieders hier en daar aan werving door hun PR-beleid steviger neer te zetten. Zij presenteren zich bijvoorbeeld door middel van meeloopdagen, presentaties op hogescholen, of door het inzetten van het eigen personeel in de werving.

Wat is sectorspecifiek?

Een deel van het gebrek aan ervaren personeel wordt direct veroorzaakt door arbeidsmarktproblematiek: er is in de GGZ een tekort aan bepaalde soorten personeel. Maar ook wordt gevoeld dat:

- er géén specifieke opleidingen zijn voor de forensische zorg, en dat nieuw personeel dus nog binnen de instelling bepaalde basisvaardigheden moet opdoen
- het inwerken arbeidsintensief is vanwege de extra vaardigheden die vereist zijn om met agressie om te gaan, en vanwege de administratieve taken van het personeel
- het verloop in de sector groot is: aanbieders hebben moeite om mensen aan zich te binden. Daarvoor worden verschillende verklaringen gegeven:
 - mensen weten niet waar ze aan beginnen bij het starten van een baan in de FZ: soms vertrekken mensen na een aantal maanden omdat ze geschrokken zijn van de heftigheid van de patiënten
 - personeel vertrekt soms uit financiële overwegingen, bijvoorbeeld omdat er beter betaald werk is (e.g. ambulant), of omdat er gelijk betaald werk is dat zij gemakkelijker vinden
 - HR-medewerkers observeren dat medewerkers op het moment in het algemeen minder geneigd lijken om zich voor een langere tijd aan één werkgever te binden.

Aanbieders ervaren op een aantal vlakken belemmeringen in de regelgeving om flexibel in te kunnen springen op krapte op specifieke functies. Zo worden de normen over het opleidingsniveau van medewerkers vanuit de DBBC-financiering als belastend ervaren. HR-medewerkers geven aan dat het uitkomst zou kunnen bieden om ervaren mbo'ers aan te kunnen stellen op plaatsen waar een hbo-verpleegkundige of psychotherapeut niet gevonden wordt.

8.4 Conclusie

Er is een tekort aan ervaren personeel in de forensische zorg. Daardoor zijn teams te weinig stabiel: te vaak is de vaste medewerker te weinig ervaren, of is er geen vaste medewerker beschikbaar. De kwaliteit van de zorg en veiligheid van de medewerkers en patiënten lijdt hieronder.

9 In detail: kosten en inkomsten

Ook de financiën van forensische zorgaanbieders hebben invloed op de kwaliteit en veiligheid in de sector. Meer financiële middelen bieden immers meer mogelijkheden om goede, veilige zorg te leveren. In dit onderzoek is nagegaan hoe de financiële situatie van aanbieders zich de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- 1. Hoe hebben de tarieven zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?**
- 2. Hoe hebben de kosten zich ontwikkeld in de afgelopen jaren?**
- 3. Wat zijn de consequenties van deze ontwikkelingen voor forensische zorg?**

9.1 Opbrengsten in forensische zorg

Voor de opbrengsten van aanbieders spelen vijf factoren een rol:

1. Het **maximumtarief** van de NZa
2. De **afslagen** die ForZo/JJI eventueel op de maximprijs hanteert
3. De **productie** oftewel het volume van producten dat een instelling levert
4. De **productmix** van zorg die een instelling levert
5. Het **risico** dat aanbieders bij de bovenstaande factoren lopen.

Maximumtarieven

De maximumtarieven van de NZa zijn voor het jaar 2013 vastgesteld aan de hand van een kostprijsonderzoek dat in 2012 is uitgevoerd. Sindsdien zijn de tarieven elk jaar gecorrigeerd voor prijsstijgingen (de 'indexatie'), maar niet opnieuw berekend. In 2016 is er een nieuw onderzoek uitgevoerd, maar de resultaten daarvan zijn tot dusver niet gebruikt om de tarieven opnieuw vast te stellen.

Dit betekent dat tarieven niet zijn gecompenseerd voor veranderingen in kostenposten die sneller gestegen of gedaald zijn dan de indexatie. Aanbieders zullen dus op hun eigen begroting ruimte moeten maken om de stijging van de kostenpost op te vangen. Dit kan ertoe leiden dat de ene kostenpost de andere kostenpost gaat verdringen.

Veel betrokkenen merkten aanvullend op dat kostprijsonderzoek laat zien welke kosten aanbieders *maken*, niet welke kosten ze *zouden moeten maken*. Wanneer aanbieders minder kosten maken dan eigenlijk nodig is voor acceptabele zorg, worden uiteindelijk de NZa-tarieven gebaseerd op de (te lage) kostprijs. In 2017 heeft Arteria onderzoek gedaan naar de

verschillen tussen werkelijke en benodigde prijs⁴⁶, maar daar is nog geen consensus over ontstaan.

Onderdeel van bovenstaande discussie is dat aanbieders en ForZo/JJI op een aantal dossiers met elkaar onderzoeken in welke mate verschillende kostencomponenten nu in de tarieven verwerkt zitten; bijvoorbeeld zak- en kleedgeld binnen de tbs of het houden van intakegesprekken voorafgaand aan opname. Doordat de NZa tarieven in principe een weergave zijn van de werkelijk gemaakte kosten in 2010 zouden deze componenten erin versleuteld moeten zitten. Deze componenten zijn echter niet genormeerd of als zodanig uit de tarieven af te leiden waardoor ontwikkeling op deze componenten niet zichtbaar tot een aanpassing op de inkomsten leidt.

Afslagen

Zoals eerder beschreven kan de afnemer ervoor kiezen om een prijs te hanteren die lager ligt dan de NZa-maximumtarieven. Sinds de introductie van de nieuwe bekostigingssystematiek is er een zogeheten ‘afslag’ op de tarieven gehanteerd. ForZo/JJI geeft aan dat uit interne berekeningen bleek dat de totale kosten volgens de nieuwe berekenwijze hoger uitkwamen dan volgens de oude berekenwijze. De afslagen corrigeerden dit effect, zodat de productietaakstelling kon worden gerealiseerd binnen het macrokader. Vanaf 2016 zijn de afslagen zodanig ingericht dat er een financiële prikkel richting ambulante zorg ontstond.

ForZo/JJI hanteerde daarbij twee typen afslagen: generieke afslagen op alle inkomsten van aanbieders (met uitzondering van de NHC) en specifieke afslagen op de DBBC-tarieven. Het effect van de laatstgenoemde categorie werd in de eerste jaren aanmerkelijk gedempt. Dat komt door de overgangsregeling die maakte dat de DBBC-omzet maar voor een klein percentage meetelde. In onderstaande tabel is dat uitgewerkt in het uiteindelijk effect op de omzet van aanbieders in de verschillende categorieën. In latere jaren heeft ForZo/JJI de afslagen gedifferentieerd naar tbs en ofz. Onderstaande tabel laat de ontwikkeling in tariefafslagen zien.

Tabel 8 Uiteindelijk effect van DBBC afslagen⁴⁷ op het maximumtarief voor prestaties in de forensische zorg als gevolg van verschuiving in financieringsparameters [Bron: ForZo/JJI]

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Afslagen op gehele productie						
Generieke korting	2,3%	4,5%	4,5%	2,0%	1,0%	0,0%
Aandeel financiering						
Budgetparameters FZ	95%	95%	70%	0%	0%	0%
DBBC productie	5%	5%	30%	100%	100%	100%
Afslagen op DBBC productie (tbs / ofz)						
Verblijf	0%	0%	0%	0% / 3%	0% / 3%	0% / 3%
Behandeling verblijf	25%	25%	25%	0% / 10%	0% / 10%	0% / 10%
Ambulante behandeling	25%	25%	25%	0% / 10%	0% / 6%	0% / 6%
Dagbesteding	25%	25%	25%	10% / 25%	10% / 25%	10% / 25%

⁴⁶ Arteria Consulting, “Tarifiering forensische zorg: Onderzoek naar de kosten voor het leveren van noodzakelijke forensische (gehandicapten) zorg”, 2017

⁴⁷ Deze afslagen zijn gecorrigeerd voor het feit dat vanwege een overgangsregelingen de DBBC-tarieven in 2013, 2014 en 2015 voor resp. 5%, 5% en 30% meetelden in de totale bekostiging. De afslagen hadden alleen betrekking op de DBBC-tarieven.

Vervolg tabel 8

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Netto effect DBBC afslagen (=afslag x aandeel DBBC financiering)						
Verblijf	0%	0%	0%	0% / 3%	0% / 3%	0% / 3%
Behandeling verblijf	1,25%	1,25%	8%	0% / 10%	0% / 10%	0% / 10%
Ambulante behandeling	1,25%	1,25%	8%	0% / 10%	0% / 6%	0% / 6%
Dagbesteding	1,25%	1,25%	8%	10% / 25%	10% / 25%	10% / 25%

Bovenstaande tabel laat zien dat de afslagen in de tbs zijn afgebouwd behalve voor dagbesteding (10%). In de tbs hanteert ForZo/JJI de NZa tarieven behalve op dagbesteding. Voor de ofz geldt dat de afslagen pas echt effect hadden na de DBBC-overgangsregeling. In de ofz wordt nog steeds een afslag gehanteerd op de verschillende componenten.

De NZa concludeerde in 2017 dat het risico op omzetverlies door ForZo/JJI kon worden beperkt door instelling specifieke aanpassingen van de tariefafslagen op de NZa-maximumtarieven. Voor zover bekend is dat niet gebeurd. ForZo/JJI heeft naast afslagen ook de mogelijkheid om toeslagen toe te kennen op basis van kwaliteitscriteria. Deze toeslagen zijn in de periode tot 2017 niet ingezet voor klinische behandeling, wel voor ambulante forensische zorg. Deze toeslagen kunnen alleen toegekend worden tot het NZa maximumtarief, dat betekent ook dat in de tbs (behalve voor dagbesteding) geen toeslagen toegekend kunnen worden omdat al het maximumtarief wordt toegekend.

Gerealiseerde prijs

De onderstaande tabel laat zien wat de gerealiseerde prijs per bed per dag is binnen de forensische zorg. Door deze af te zetten tegen de indexering van kosten door de NZa kan in beeld gebracht worden in welke mate er sprake is geweest van een effectieve korting.

Tabel 9 Gerealiseerde prijs per bed (exclusief huisvesting) in de forensische zorg [Bron: ForZo/JJI]

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gemiddelde prijs per bed (2010 = 100)							
tbs	100,0	99,8	103,3	102,9	105,8	105,0	114,0
ofz	100,0	103,2	115,4	110,5	108,8	94,7	96,5
Generieke indexering kosten (2010 = 100)	100	102,7	105,5	108,4	110,2	110,3	111,7

In de tbs is de gemiddelde prijs per bed in absolute zin gestegen, maar afgezet tegen de indexatie door de NZa (voor inflatie, stijgende personeelslasten, etc.) is te zien dat de stijging van inkomsten achterloopt op de stijging van kosten. Uitzondering is een technisch effect in de tbs in 2016⁴⁸. Kanttekening bij deze cijfers is dat de veranderde productmix ook een effect heeft op de gerealiseerde prijs.

Diezelfde kanttekening geldt nog veel sterker bij de ofz. Het is niet mogelijk gebleken om een uitsplitsing naar verschillende typen aanbieders of beveiligingsniveau te maken om dit beeld nader aan te scherpen.

⁴⁸ De sterke stijging tussen 2015 en 2016 wordt verklaard door het feit dat de sector in 2016 geheel over was op prestatiebekostiging. Daarmee werd in er de prijs per bed ook een opslag opgenomen voor niet-bezette bedden.

“Het lijkt de laatste jaren alleen maar over geld te gaan, zorgverzekeraars die alles gerapporteerd willen zien, en de instelling die alleen maar bedden gevuld moet hebben, om niet in financiële problemen te komen.”

- Agogisch medewerker, fvk

Productie

In 2013 hebben de partijen in de forensische zorg samen afgesproken om de productie van de sector terug te brengen.⁴⁹ Dit moest de totale kosten voor forensische zorg terugbrengen van € 688 miljoen in 2013 tot € 602 miljoen (exclusief indexering). Het ministerie en de aanbieders zetten in op reductie van de gemiddelde behandelduur en op ambulantisering.

Deze beleidsrijke invulling van de efficiencytaakstelling uit het Masterplan DJI betekende een uitbreiding van de productie van DBBC's met lagere zorgintensiteit en beveiligingsniveau en Beschermd Wonen tegen een afbouw van de zwaardere producten. Deze verandering brengt transitiekosten met zich mee voor aanbieders. Ook betekent het dat vaste kosten zoals overhead, huisvesting en bepaalde materiële kosten zoals beveiliging met een lager tarief gedekt moeten worden. Dat geeft financiële druk bij aanbieders.

Ecorys onderzocht in opdracht van de NZa de productiviteit in de forensische zorg en vond (onverwacht) dat lagere geïndiceerde zorgzwaarte van patiënten samenhangt met een lager percentage declarabele uren dat een instelling kan maken.⁵⁰ Dat zou betekenen dat goedkopere DBBC productie niet een evenredige daling van de kosten meebrengt.

In theorie kan dalende productie aanbieders in financiële problemen brengen. Niet alle kosten kunnen (snel) meebewegen met dalende inkomsten. In de praktijk speelde dit vooral voor tbs-aanbieders, daarom is in die sector gericht op afbouw van twee klinieken en gedeeltelijke sluiting van een derde kliniek ingezet. De onderstaande tabel geeft het gerealiseerd aantal bedden in de tbs en in de overige forensische zorg weer, inclusief beschermd wonen.

Tabel 10 Gerealiseerd aantal bedden in de forensische zorg [Bron: ForZo/JJI]

Gerealiseerd aantal bedden	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Tbs	2.156	2.062	1.976	1.858	1.782	1.630	1.491
ofz (waaronder Beschermd Wonen)	1.244	1.396	1.546	1.628	1.916	2.150	2.359
Totaal	3.400	3.458	3.522	3.486	3.698	3.780	3.850

De daling van het aantal plaatsen in de tbs is vooral opgevangen door een sluiting van twee instellingen en een herbestemming van een ander.

Het totaal aantal bedden is licht gestegen en er is een sterke verschuiving te zien van (duurdere) tbs-bedden naar (goedkopere) ofz- en Beschermd Wonen-bedden. Vooral het aantal BW bedden is sterk gestegen in de afgelopen jaren (bw-aanbieders speelden in 2008 nauwelijks een rol, maar maakten in 2015 de helft van de ofz-bedden uit, zie ook paragraaf 6.2).

⁴⁹ VenJ, “Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017”, 2013; en DJI, “Masterplan DJI 2013-2018”, 2013

⁵⁰ Ecorys, “Productiviteit in de curatieve GGZ”, 2017, p. 65

Risico

Hoe meer risico aanbieders lopen op lagere inkomsten, hoe meer ze daar in hun uitgaven rekening mee dienen te houden – zelfs als de omzetsdaling uiteindelijk niet optreedt.

Door invoering van prestatiebekostiging - in de vorm van DBBC's en de NHC - lopen aanbieders meer risico. Vóór 2013 was de bekostiging meer gebaseerd op capaciteit – de zorg die aanbieders *hadden kunnen leveren*. Sinds het aflopen van overgangsregelingen in respectievelijk 2016 en 2018, worden aanbieders alleen nog bekostigd voor zorg die *daadwerkelijk geleverd hebben*. Als behandelplaatsen ('bedden') om wat voor reden dan ook niet worden gebruikt, is daarvoor geen bekostiging. De tarieven kennen wel een opslag voor leegstand, maar aanbieders lopen altijd risico om meer leegstand dan gemiddeld te hebben.

Twee aanvullende factoren verhoogden het risico. Ten eerste gaven de geïnterviewden aan dat er meer factoren zijn die een tijdelijke omzetsdaling kunnen veroorzaken. Vooral grote incidenten zijn een risico. Bij incidenten met veel media-aandacht worden soms tijdelijk afdelingen gesloten. In dat geval krijgt een instelling tijdelijk veel minder inkomsten terwijl de kosten (vastgoed, vast personeel) veelal doorlopen. Met het nieuwe bekostigingsstelsel ligt dit risico bij aanbieders, terwijl zij maar beperkte invloed hebben op het optreden van incidenten.

Ten tweede betekende de transitie zelf een verhoging van het risico: aanbieders konden moeilijk voorzien of ze met hun businessmodel meer of minder bekostigd zouden krijgen. De NZa gaf aan dat er zeer grote verschillen tussen aanbieders waren: gemiddeld 8,8% omzetverschil in 2013, maar een standaardafwijking van 26,9%.⁵¹ Uiteindelijk waren er ook aanbieders die erop vooruitgingen, maar vooraf liep elke instelling *het risico* op omzetverlies van meer dan 30%. ForZo/JJI heeft in 2016 (mede) hierdoor de tariefafslagen gedifferentieerd naar tbs en ofz.

9.2 Kosten van forensische zorg

In beeld brengen kosten

Er zijn verschillende uitdagingen bij het in beeld brengen van de kostenontwikkeling. Ten eerste is die niet los te zien van inkomsten. Aanbieders passen hun kosten aan op hun inkomsten - enerzijds zodat ze niet failliet gaan, anderzijds omdat ze geen winstoogmerk hebben. Er waren inderdaad niet veel faillissementen (tussen 2012 en 2016 bleef het aantal aanbieders vrijwel gelijk⁵²) maar dan nog steeds is het mogelijk dat kosten te hard stegen.

Ten tweede is er weinig bronmateriaal. De NZa geeft aan dat haar kostprijsonderzoeken niet bruikbaar zijn omdat de definities tussen 2012 en 2016 te sterk verschillen. We hebben zelf een proef gehouden met een uitvraag onder aanbieders. Daaruit bleek dat het niet praktisch is om aanbieders een *totaaloverzicht* van alle kosten uit te vragen, zie ook paragraaf 4.5⁵³. Wel konden aanbieders om *kengetallen* worden gevraagd. Paragraaf 10.3.1 gaat hier verder op in.

Belangrijkste kostenposten

Uit documentenanalyse komt naar voren dat de grootste kostenposten voor aanbieders zijn:

⁵¹ NZa, "Tariefstelling in relatie tot de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg", 2016, p. 6

⁵² NZa, "Marktscan forensische zorg 2016", 2016, p. 12

⁵³ Instellingen werken met te verschillende definities, kunnen niet ver genoeg terug in de tijd kijken, of kunnen kosten voor forensische zorg niet isoleren van hun andere kosten.

Tabel 11 Indicatie omvang kostensoorten aanbieders

Kostensoort	Omvang	Relevantie
Personeel	ca. 60 – 70%	Hoog
Lonen en salarissen		Middel
<i>waarvan behandelaren</i>		Hoog
<i>waarvan VOV'ers</i>		Hoog
<i>waarvan ondersteunend personeel</i>		Hoog
Sociale lasten en pensioenpremies		Laag
Overige personeelskosten		Middel
Inhuur		Hoog
Materieel	ca. 20 – 30%	Midden
Voeding- en hotelmatige kosten		Midden
Patiëntgebonden kosten		Midden
Afschrijving		Laag
Overige materiële kosten		Hoog
Huisvesting en kapitaallasten	ca. 5% - 15%	Laag
Rente		Laag
Huur		Laag

Uit interviews en werksessie werd aangegeven dat niet alle kostenposten de afgelopen tijd even relevant zijn geweest voor de in kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg:

- **Personeelskosten** worden als uiterst relevant gezien voor de (verandering) van kwaliteit en veiligheid in de sector. Personeelskosten tevens zijn de grootste kostenpost.
 - **Lonen en salarissen** bewegen mee met het aantal medewerkers en zijn daarmee relevant. De kosten per medewerker liggen veelal vast in CAO's en worden geïndexeerd.
 - Onderliggend is de verdeling over verschillende groepen medewerkers. Wanneer het aantal overheadfuncties stijgt, blijft er minder budget over voor zorgfuncties.
 - **Sociale lasten en pensioenpremies** spelen geen grote rol. Dit zijn veelal vaste percentages van de lonen en salarissen.
 - **Overige personeelskosten** omvatten zaken als opleidingen. Ze zijn van belang omdat aanbieders zich ermee kunnen onderscheiden op een krappe arbeidsmarkt. Bovendien nemen deze kosten toe bij de snellere wisseling van personeel.
 - **Inhuur** is een belangrijke factor. Aanbieders kunnen gedwongen zijn om meer medewerkers in te huren, maar de indexatie compenseert hier niet voor.
- **Materiële kosten** worden vooral voor inflatie geïndexeerd. Deze kosten zijn voor aanbieders echter vaak niet snel aan te passen. Wanneer deze kosten om een exogene reden (anders dan inflatie) stijgen, kunnen ze dus personeelskosten verdringen. Een voorbeeld daarvan zijn de investeringen in extra scanapparatuur en urinecontroles als gevolg van de inzet op contrabande binnen de FPC's.
- **Huisvesting en kapitaallasten** zijn de afgelopen jaren niet erg relevant geweest, omdat deze (deels) nog via de Normatieve Huisvestingscomponent apart werden gefinancierd. Het deel dat niet via de NHC liep, is jaarlijks door de NZa geïndexeerd.

Exogene ontwikkelingen

De bovenstaande kostenposten hebben de afgelopen jaren een ontwikkeling doorgemaakt.

Het is nuttig om daarbij onderscheid te maken tussen endogene ontwikkelingen (veranderingen waar aanbieders zelf voor kiezen) en exogene ontwikkelingen (veranderingen die ‘van buiten’ op de sector af komen).

Uit interviews en werksessies kwam naar voren dat er op een tweetal kostenposten de afgelopen jaren sectorbrede ontwikkelingen zijn geweest:

- **Meer materiële kosten:** Uit interviews bleek dat veel aanbieders hogere ICT-kosten hebben. ICT ondersteunt een steeds complexer stelsel van verantwoording en verslaglegging. Daarnaast stijgen de eisen aan ICT zelf, bijvoorbeeld voldoen aan de nieuwe Algemene Verordening Gegevensbescherming. Door een complexer bekostigingsstelsel en meer eisen aan rapportage en verantwoording (zie hoofdstuk over administratieve lasten) zagen aanbieders zich genoodzaakt om meer ondersteunende functies in te stellen; zoals behandelrapporteurs, financiële medewerkers en medewerkers bij zorgadministratie.
- **Meer inhuur:** Door krapte op de arbeidsmarkt en een relatief hoog ziekteverzuim hadden aanbieders steeds vaker moeite om hun teams te vullen met eigen personeel. Dit maakte hen afhankelijker van externe inhuur. Dit werd versterkt doordat in sommige gebieden medewerkers bewust uit dienst gaan om als zzp’er voor een hoger tarief terug te komen. Deze laatste beweging kan ook een prijsopdrijvend effect hebben op de salarissen van medewerkers die nog wel in vaste dienst zijn. Vooral de kosten voor de inhuur van VOV personeel zijn hoog. Dat komt door de opslag van uitzendbureaus en doordat er een opslag van 21% btw bovenop komt.

Voor een kwantitatieve onderbouwing van deze trends hebben we een tiental forensische zorgaanbieders om kengetallen rond deze kostenposten gevraagd. Vanwege moeilijkheden in de beschikbaarheid van data, konden uiteindelijk zes aanbieders gegevens aanleveren over de materiële kosten. De resultaten zijn dan ook niet te zien als representatief beeld van de sector, maar als casestudies over dit onderwerp.

Tabel 12 Drie typen materiële kosten als percentage van de totale begroting van FZ-aanbieders
[Bron: uitvraag bij controllers in de FZ]

Instelling	Advieskosten		Accountskosten		ICT-kosten	
Jaar	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Instelling 1 (fpc)	0,30%	0,30%	0,29%	0,56%	1,35%	2,76%
Instelling 2 (fpk/fpa)	0,32%	0,31%	0,02%	0,08%	0,76%	0,67%
Instelling 3 (fpk/fpa)	0,82%	1,11%	0,54%	0,40%	3,14%	5,88%
Instelling 4 (fpc/fpa)	1,77%	2,26%	0,18%	0,38%	2,92%	3,77%
Instelling 5 (fpc)	0,49%	2,57%	0,48%	0,28%	0,70%	1,25%
Instelling 6 (fpc/fpk)	-	-	0,73%	1,07%	-	-

Hoewel de beperkte steekproef klein is, geeft dit overzicht enige ondersteuning voor de bovenstaande bevindingen. De materiële kosten zijn over het algemeen een groter deel uit gaan maken van de kosten. Daarop zijn slechts enkele uitzonderingen: de advieskosten en ICT-kosten van instelling 2 en de accountantskosten van aanbieders 3 en 5.

Endogene ontwikkelingen

Exogene kostenstijgingen kunnen uitgaven op andere kostenposten verdringen. De keuze hoe deze stijgingen worden gecompenseerd ligt bij aanbieders zelf (daarom ‘endogeen’)

genoemd). Uit interviews bleek dat dit vooral invloed had op de personele samenstelling. De invloed daarvan is uitgevraagd onder aanbieders. De tabel hieronder geeft de resultaten.

Tabel 13 Aantal medewerkers (in FTE) per 100 bezette bedden uit de casestudies

Instelling	VOV		Dagbesteding		Behandelaren	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017
Instelling 1 (fpc)	99,57	113,43	24,89	23,15	22,83	26,62
Instelling 2 (fpk/fpa)	97,03	100,92	9,04	8,28	19,94	28,96
Instelling 3 (fpk/fpa)	120,59	90.18 ⁵⁴	15,27	7,75	18,81	11,55
Instelling 4 (fpc/fpa)	118,33	113,73	22,50	22,16	21,94	31,96
Instelling 5 (fpc)	70,46	102,63	21,38	17,08	32,99	20,67
Instelling 7 (fpc) ⁵⁵	99,70	113,73	12,93	13,66	26,54	32,63

Deze casestudy geeft niet direct ondersteuning voor de stelling dat aanbieders sectorbreed hebben bezuinigd op personeel in hun primair proces. Het geeft een wisselend beeld: bij sommige aanbieders is de personele bezetting per bezet bed gestegen, maar bij andere aanbieders is deze gedaald. De steekproef is echter klein en het is niet uitgesloten dat hier sprake is van zelfselectie, waarbij aanbieders die het goed doen eerder gegevens beschikbaar stellen. Achterliggende keuzes zoals een verschuiving in taken naar primair personeel door afbouw van indirect personeel blijven hierin nog onderbelicht. Ook veranderingen in productmix waardoor minder VOV personeel ingezet wordt, komt in bovenstaande niet terug.

9.3 Gevolgen voor aanbieders

Aanbieders zijn de afgelopen jaren geconfronteerd met financiële veranderingen. In het kader van het Masterplan DJI is aan de forensische zorg een efficiencytaakstelling opgelegd. In de eerste jaren is deze korting ingevuld met een generieke korting. Deze generieke korting is later afgebouwd. In plaats daarvan kwam een ‘beleidsrijke’ invulling met een trend naar zorgproducten met een lager tarief. Dit is ook zo afgesproken in de meerjarenovereenkomst Forensische Zorg.

Daarnaast zijn bij de start van de DBBC financiering specifieke afslagen gehanteerd door ForZo/JJI op de verschillende onderdelen van de DBBC financiering. Deze zijn afgebouwd voor de tbs waardoor daar nu (bijna) de NZa maximumtarieven gehanteerd worden. De specifieke afslagen zijn in de ofz maar ten dele afgebouwd. Het netto-effect van die afslagen is wel gestegen doordat deze nu over de volledige productie worden toegepast nu de overgangsregeling is afgelopen.

Bij de sector lag de uitdaging om zorgproducten met een lager tarief dan ook tegen lagere kosten te leveren. Voor de ene instelling was dat eenvoudiger dan voor de andere. De precieze financiële gevolgen verschillen daardoor per instelling. De NZa vond in een evaluatie⁵⁶ dat deze verschillen recentelijk zijn toegenomen. Instellingen lopen in elk geval *het risico* op minder inkomsten.

⁵⁴ Bij deze instelling (‘instelling 3’) valt op dat het aantal fte/bed veel sterker gedaald is dan bij andere aanbieders. Dit komt door een relatief sterke verandering in de productmix.

⁵⁵ Vijf aanbieders konden gegevens aanleveren over zowel de materiële kosten als de formatie. Eén instelling (‘instelling 6’) kon enkel gegevens aanleveren over de materiële kosten en één instelling (‘instelling 7’) kon enkel gegevens aanleveren over de formatie.

⁵⁶ NZa, “Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc’s in de forensische zorg”, 2015

Tegelijkertijd lijkt een aantal kostenposten te zijn gegroeid terwijl de tarieven daar niet voor aangepast zijn. Er zijn signalen dat de kosten voor ICT, accounting, advies en mogelijk ook inhuur zijn toegenomen. De signalen zijn echter zeer beperkt kwantitatief te onderbouwen.

Om kostenstijgingen (en in sommige gevallen ook minder inkomsten) te compenseren, kiezen aanbidders voor bezuinigingen. Waarop aanbidders bezuinigen, is een keuze van hen zelf.

“Hoewel mijn werkgever zich inzet voor betere arbeidsomstandigheden, zijn deze beperkt vanwege de financiële druk op de organisatie.”

- GZ-psycholoog, fpk

Het lijkt erop dat veel aanbidders hebben gekozen voor kostenreducties bij ondersteunende functies zoals secretariaten, teamleiders en inkopers. Mogelijk is dit (deels) ook een gevolg van de intensivering van ICT waardoor kostenbesparing kan worden bereikt. Sommige aanbidders bezuinigen ook op medewerkers in het primair proces.

10 In detail: werkdruk

De ervaren werkdruk in de forensische zorg ligt hoog. Dat is het geval in alle organisaties die op de één of andere manier zijn betrokken bij dit onderzoek. Professionals, van behandelaars tot VOV'ers en leidinggevenden, geven aan dat zij zich zorgen maken om de kwaliteit van de zorg die zij met de huidige werkdruk nog kunnen leveren.

In dit hoofdstuk beantwoorden wij de volgende onderzoeksvragen:

- 1. Is er momenteel sprake van een hoge werkdruk voor medewerkers in de forensische zorg?**
- 2. Wat zijn de factoren die deze werkdruk beïnvloeden?**
- 3. Hoe heeft de werkdruk in de forensische zorg zich ontwikkeld? Is zij bijvoorbeeld veranderd bij de inwerkingtreding van het nieuwe stelsel van forensische zorg in 2008?**
- 4. Als de werkdruk is toegenomen, wat betekent dat voor aanbieders van forensische zorg en de zorg die zij leveren?**

Werkdruk is altijd een ervaring, en daarom in beperkte mate te kwantificeren. AEF heeft de werkdruk onderzocht met verschillende methoden: diepte-interviews, werksessies met medewerkers, teamleiders en HR-medewerkers, een enquête onder medewerkers uit de forensische zorg en een enquête onder HR-professionals.

10.1 Is er momenteel sprake van een hoge werkdruk?

Op je werk moeten dingen gedaan worden. Dat hoort ook zo. Maar het kan zijn dat de druk om dingen gedaan te krijgen zwaar is; omdat de eisen hoog liggen, en/of omdat je weinig mogelijkheden hebt om je werk zó te doen dat je goed aan de eisen tegemoet kan komen. Dit kan er toe leiden dat mensen zware werkdruk ervaren: ze hebben niet het gevoel dat ze hun doelen halen, ervaren veel stress bij het doen van hun werk.

De gevoelde werkdruk is hoog

Uit deze werksessies, de enquêtes en de interviews blijkt dat medewerkers in de forensische zorg op het moment een hoge werkdruk ervaren. Die uit zich vooral in het gevoel:

- **‘alleen’ op de groep te staan** (vooral sterk bij VOV'ers, ook wanneer er wel iemand naast hen staat, maar diegene weinig ervaring heeft).
- **weinig op de groep te staan** (alle personeel, voornamelijk omdat zij bezig zijn met administratieve taken. Geldt ook voor managers in de vorm van ‘weinig tijd voor medewerkers’).
- dat het **heftiger is om op de groep te zijn** (meer incidenten, minder rust).

Uit de reflecties van professionals blijkt dat voorspelbaarheid en continuïteit cruciaal zijn om een behandeling in de forensische zorg te laten slagen. Op het moment wordt onder invloed van de werkdruk te weinig voorspelbaarheid en continuïteit geboden om patiënten een goed behandelklimaat te bieden.

“Ik merk in de afgelopen jaren dat de werkdruk voornamelijk is toegenomen, door mindere bezetting op de werkvloer, veel wisselende behandelteams en de druk van boven af om steeds minder dwang in te zetten, waardoor je steeds minder kan beheersen maar aan het overleven bent. Dit gaat ten koste van het de geleverde zorg en draagt bij dat je mensen soms moet laten gaan, zonder hier een goed gevoel bij te hebben. Wat je op den duur weer ziet samenvallen met recidive”.

- VOV'er, fpk

In alle contacten die wij als onderzoekers met hulpverleners uit de FZ hebben gehad, werden zorgen geuit over de effecten van deze hoge werkdruk. Veel professionals geven aan dat zij niet meer aan behandelen toekomen, omdat zij 'overleven' of 'alleen nog beheersen'. Dit drukt zwaar op het personeel omdat het ingaat tegen hun intrinsieke motivatie om met deze moeilijke doelgroep te werken.

Het ziekteverzuim in de forensische zorg is hoog

Als menselijke ervaring is werkdruk moeilijk in cijfers uit te drukken of te vergelijken met andere sectoren. Wel zijn er indicatoren van een hoge werkdruk die dat zijn, zoals het ziekteverzuim. Werkdruk komt tot uiting in onder andere verzuim, en dan vooral bepaalde typen verzuim. Een hoge werkdruk kan leiden tot stress, stress gerelateerde klachten en verminderd plezier in het werk. AEF heeft enquêtes uitgezet onder zowel het personeel als de HRM-afdelingen in de forensische zorg om zicht te krijgen op de aard en omvang van deze problematiek.

Onder de aanbieders die hebben geantwoord op onze enquête aan HRM-personeel, was het ziekteverzuim gemiddeld 6,0% in 2016. Dat is hoger dan gemiddeld in de zorg, wat met een ziekteverzuimpercentage van 5,0% in 2016⁵⁷ landelijk al één van de sectoren met het hoogste verzuim is⁵⁸. Meer specifiek zien we binnen de forensische zorg variatie: sommige aanbieders hebben een lager verzuim (4,5% en bij uitzondering lager), andere een hoog verzuim (rond de 7,5% en hoger). Uit de gesprekken in de werksessies komt naar voren dat het ziekteverzuim in bepaalde teams veel hoger kan liggen. Dan gaat het om de teams die echt onder druk staan en waar veel inzet van flexkrachten of vanuit andere teams nodig is.

Op basis van onze enquête onder medewerkers zien we dat 52% van de respondenten (n=780) het afgelopen jaar heeft moeten verzuimen. Dit percentage is vergelijkbaar met dat voor de zorg in de brede zin⁵⁹. Bij een kwart van de respondenten uit de FZ die in 2017 verzuimden (ongeveer 13% van het totale aantal respondenten) was de oorzaak van dat

⁵⁷ Dit was het gemiddelde ziekteverzuimpercentage voor de gezondheids- en welzijnssectoren over de jaren 2010-2016 (CBS Statline, Ziekteverzuimpercentage bedrijfstakken en bedrijfsgrootte).

⁵⁸ Het ziekteverzuimpercentage voor alle economische activiteit in Nederland was over de jaren 2010-2016 gemiddeld 3,99% (CBS Statline, Ziekteverzuimpercentage bedrijfstakken en bedrijfsgrootte) en <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/26/relatief-hoog-ziekteverzuim-in-de-zorg>.

⁵⁹ Waar ook rond de 50% van de werknemers verzuimde tussen 2014 en 2016 (CBS Statline, Ziekteverzuim volgens werknemers; bedrijfstak en vestigingsgrootte).

verzuim werkgerelateerd. Dat is niet opvallend wanneer dit vergeleken wordt met de gehele beroepsbevolking⁶⁰.

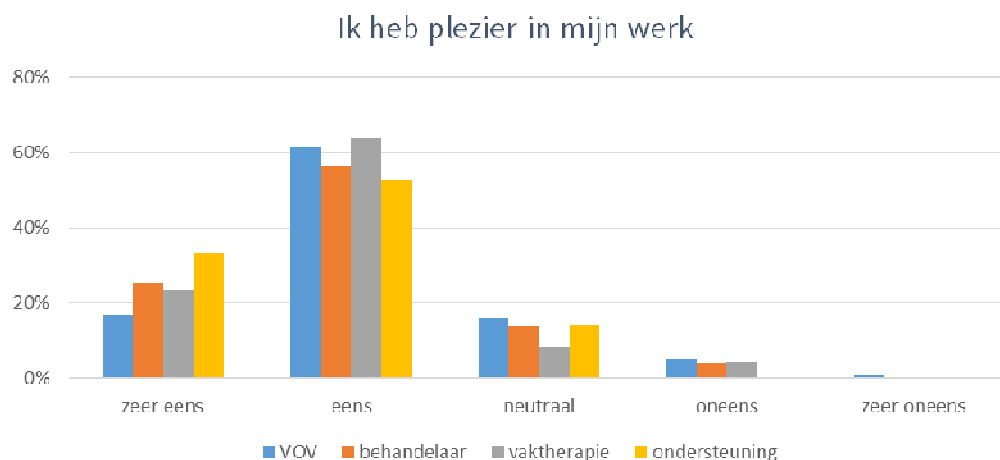
Wel is de *oorzaak* van het arbeidsgerelateerd verzuim (n=103) opvallend: in onze enquête geeft 66% van de respondenten aan dat die werkdruk of werkstress was, en 33% dat het ging om emotionele belasting. Beide zijn hoger dan de vergelijkbare cijfers in de gehele beroepsbevolking dan wel de zorgsector (in de NEA 2016 geeft 38,6% van de respondenten werkdruk of werkstress als oorzaak van werkgerelateerd verzuim, en 19,0% emotionele belasting).

Al met al is dus het ziekteverzuim in de forensische zorg opvallend hoog, en is opvallend in welke mate werkdruk en emotionele belasting oorzaken zijn van werkgerelateerd verzuim⁶¹.

Uit onze werksessies en interviews (met medewerkers, HRM-personeel en management) komt duiding van deze cijfers. Men geeft aan dat het personeel in de forensische zorg erg loyaal is, en zich over het algemeen niet snel ziek meldt. Vaak zien leidinggevenden dat het verzuim laag blijft tot een team zo zwak wordt dat er opeens langdurig, stressgerelateerd verzuim is ('één of twee vaste krachten vallen om'), waarmee zowel het verzuimpercentage omhoog schiet, als het percentage mensen dat langdurig met stressgerelateerde klachten weg is.

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

Ondanks de hoge werkdruk hebben veel professionals in de forensische zorg plezier in hun werk. Dat feit benadrukken zij in gesprekken, en ook uit de enquête onder medewerkers blijkt dat het merendeel van de respondenten voldoende plezier heeft in het werk. Hieronder zijn de resultaten weergegeven op de stelling 'Ik heb plezier in mijn werk' (n=775):



Figuur 15 Enquêtescores op werkplezier [Bron: AEF, enquête]

We zien dat de stelling 'ik heb plezier in mijn werk' door gemiddeld 80% procent van de respondenten positief (eens/zeer eens) beantwoord wordt. Dat percentage ligt wat hoger

⁶⁰ Wanneer vergeleken met de NEA 2016, waarin 8,5% van de respondenten aangeeft dat verzuim een gevolg was van het werk, en 14,9% dat het verzuim deels een gevolg was van werk. Wij hebben in onze enquête dat onderscheid niet aangebracht (TNO en CBS, "NEA 2016", 2016, p. 90).

⁶¹ Een relevante recente ontwikkeling is dat uit recent onderzoek van Vernet blijkt dat het ziekteverzuim in de zorg in 2017 een flinke stijging heeft doorgemaakt (op basis van hun gegevens van 4,92% naar 5,72%, vooral onder invloed van het langdurig verzuim). Daarmee zou het beeld in de zorg in brede zin meer gaan lijken op het beeld dat AEF krijgt op basis van haar enquêtes.

voor ondersteunend personeel (86%) en vaktherapeuten (87%) dan voor behandelaren (82%) en VOV'ers (78%).

Deze resultaten lijken opvallend in de context van dit rapport over toenemende werkdruk, administratieve lasten en een verzwaarde doelgroep. Maar steeds bleek in onze werksessies dat de mensen die zich uitspraken over de stress en werkdruk óók benadrukten hoe mooi zij hun vak vinden. De grote motivatie en betrokkenheid gaat hand in hand met de beleving dat het werk zwaar is en veel van het personeel vergt. De twee worden vaak in één zin genoemd. Onderstaand citaat illustreert die paradox:

“Ik heb plezier in mijn werk, alleen is de werkdruk erg hoog en draag ik veel verantwoordelijkheid. Ik ontkom er niet aan om veel over te werken. De combinatie van bedrijfsvoering en patiëntenzorg is een te groot takenpakket in een situatie waarin de personeelsbezetting (ondanks inzet om dit te verbeteren) nog niet op orde is”.

- Psycholoog, fpc

Over de arbeidsomstandigheden zijn VOV'ers gemiddeld het minst positief. Zij beoordelen hun algemene arbeidsomstandigheden, gebaseerd op onze enquête, met een 6,4. Ondersteuners zijn het meest positief, met een 7,2 gemiddeld, en daartussen zitten de behandelaren (6,7) en de vaktherapeuten (6,7). Deze cijfers zijn niet goed te benchmarken, maar geven wel een idee van de onderlinge verhoudingen. Onder de volgende deelvraag behandelen we een aantal verklarende factoren voor deze verschillen.

“Ik werk al 10 jaar voor de organisatie en heb geen plannen om weg te gaan. Dit zegt denk ik voldoende over de arbeidsomstandigheden en mogelijkheden die ik nog zie binnen de organisatie”.

- VOV'er, fpc

10.2 Wat zijn de factoren die de werkdruk beïnvloeden?

Er zijn een aantal factoren van invloed op de werkdruk. Veel van die factoren zijn in oorzaak en gevolg niet goed te scheiden; het is logisch dat ze elkaar beïnvloeden, maar niet te zeggen wat de kip en wat het ei is. Wel is het nuttig ze apart te bespreken, omdat ze aangrijpingspunten vormen voor een goede analyse van het probleem – en dus voor een oplossing.

Uit gesprekken met het veld blijkt dat de voornaamste factoren die van invloed zijn op de werkdruk in de forensische zorg als volgt kunnen worden onderscheiden:

Een gebrek aan gekwalificeerd en ervaren personeel
--

De verhouding tussen het aantal professionals en patiënten
--

Veranderingen in de patiëntenpopulatie (verdichting)
--

Steun in en buiten de werkomgeving

Hieronder bespreken we ze één voor één.

Kwaliteit van de bezetting

Gevraagd naar de belangrijkste oorzaak van een hoge werkdruk antwoordt het overgrote deel van de deelnemers aan dit onderzoek dat de beschikbaarheid van ervaren collega's de grootste impact heeft. Vooral VOV-personeel geeft aan veel werkdruk te ervaren door een gebrek aan ervaren collega's:

"Wat het werken zwaarder maakt is het tekort aan personeel. Zo komt er meer druk te liggen op het vaste personeel".

- Sociotherapeut, fpk

De sociotherapeut of verpleegkundige die op de groep staat met een flexwerker, en onervaren collega of een invalkracht (van buiten de organisatie of uit een ander team) voelt zich minder zeker en minder veilig. Dit concludeert ook de Inspectie JenV, bijvoorbeeld na haar onderzoek bij fpa Aventurijn⁶². Minder ervaren medewerkers staan namelijk minder sterk tegenover de patiënten en doen niet de proactieve, sfeerbepalende interventies die nodig zijn om een gezond behandelklimaat te handhaven. De onderstaande quote illustreert dat:

"Door een tekort aan personeel en daardoor de inzet van vele invallers, die niet altijd weten of kunnen bieden wat er van hen verwacht wordt, ontstaan er onveilige situaties. En wordt er niet altijd adequaat ingegrepen en bestaat er handelingsverlegenheid. Waardoor het vaste personeel veelal de klappen op moet vangen en de grenzen moet stellen".

- VOV'er, fpc

Ook betekent het aantal minder ervaren medewerkers dat het zittend personeel extra inspanningen moet verrichten. Daarvoor zijn twee redenen:

- nieuwe krachten moeten wegwijs gemaakt worden in de organisatie, de manier van werken, en de groep patiënten.
- invalkrachten en zzp'ers pakken sommige taken niet op, waardoor die altijd door het (kleinere) team van vaste medewerkers moeten worden opgepakt. Voorbeelden zijn het draaien van crisisdiensten, het doen van bepaalde registraties waarvoor de professional bevoegd moet zijn, en het vervullen van leiderschapsrollen in een team.

Inwerken en boventallig meedraaien

Het inwerken van nieuw personeel heeft echter nog een andere relatie met de kwaliteit van de bezetting: alle aanbieders die AEF heeft gesproken geven aan dat zij door druk op hun inkomsten hebben bezuinigd op de inwerkprogramma's en de periode waarin nieuw personeel boventallig meedraait op een afdeling. De inwerkperiode, waarin nieuwe medewerkers nog begeleiding krijgen, is daardoor te kort. In haar onderzoek bij De Woenselse Poort in 2017 concludeerde de Inspectie JenV dat de inwerkperiode aldaar kwetsbaarheid met zich meebracht⁶³.

De professionals en leidinggevendenden die wij over dit onderwerp spreken, geven allemaal aan dat het maanden, zo niet een halfjaar, duurt om een nieuwe groepsbegeleider de gelegenheid te geven om de beginselen van het vak in de vingers te krijgen. Ook geven zij allemaal aan dat

⁶² IvenJ, "Brief aan Aventurijn", november 2017

⁶³ IvenJ, "Incidentonderzoek de Woenselse Poort", 2017, p. 28

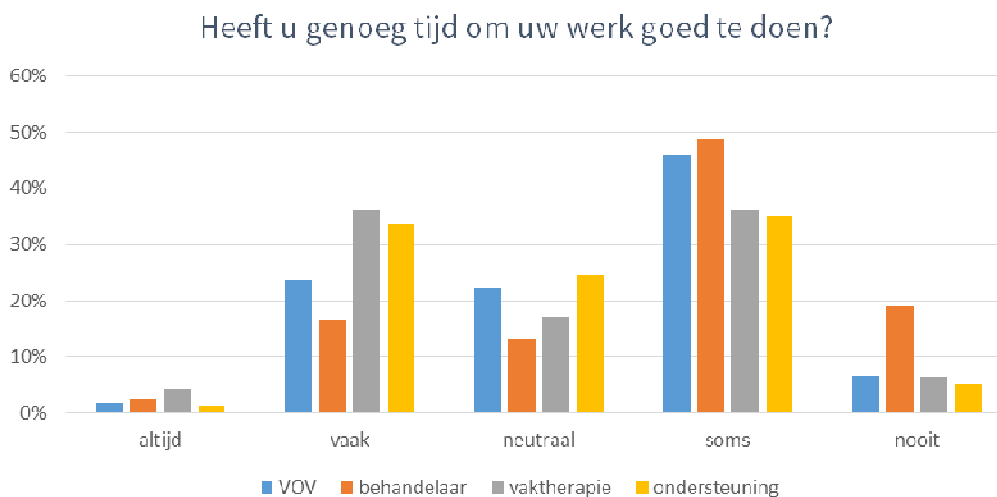
dát door het huidige personeelstekort geen optie is: de nieuwe collega's vullen vaak bij binnenkomst een 'gat' in de formatie.

Verhouding tussen het aantal professionals en patiënten

Een tweede factor die de werkdruk bepaalt is de bezetting op groepen patiënten (voor zowel behandelaren als VOV'ers). Veel medewerkers in de forensische zorg geven aan dat zij het aantal hulpverleners per patiënt te laag vinden.

Tijdsdruk

Eén van de indicatoren van een lage bezetting is de tijdsdruk die personeel ervaart. Uit onze enquête blijkt dat professionals niet altijd tijd hebben om hun werk naar behoren te doen. Ruim de helft (53%) van de respondenten op onze enquête geeft aan soms of nooit voldoende tijd te hebben voor alle bezigheden. Onderstaande grafiek toont de resultaten uitgesplitst naar beroepsgroepen.



Figuur 16 Enquêtescores op vraag over voldoende tijd voor werk [Bron: AEF, enquête]

Op basis van ons onderzoek concluderen wij dat de tijdsdruk in de forensische zorg vooral voortkomt uit administratiedruk en uit een te lage bezetting (in kwaliteit en kwantiteit). De administratieve lastendruk is al uitgebreid besproken in hoofdstuk 7. De te lage bezetting bespreken we nu even in meer detail.

Ontwikkeling in het aantal hulpverleners per patiënt

Veel van onze gesprekspartners geven aan de afgelopen decennia een geleidelijke maar stabiele ontwikkeling gezien te hebben richting een lager aantal hulpverleners per patiënt. In sommige gevallen hebben aanbieders inderdaad het aantal medewerkers op een groep teruggebracht, in andere gevallen is juist het aantal patiënten op een groep verhoogd.

“Het werk moet met steeds minder mensen gedaan worden, de patiënten worden ook steeds iets complexer en de behandelduur wordt steeds korter. Deze combinatie maakt dat er steeds meer druk komt op het nog aanwezige personeel”.

- Teamleider, fpc

Opvallend genoeg zou deze ontwikkeling formeel gezien niet moeten kunnen bestaan: de ratio tussen hulpverleners en patiënten is onderdeel van het financieringsmodel, en per beveiligingsniveau is vastgelegd hoeveel patiënten er per hulpverlener mogen zijn. Wij hebben deze schijnbare tegenstelling in werkgroepen besproken. Dan gaven de aanwezigen aan:

- dat er waarschijnlijk formatief een ander aantal medewerkers op de groep stond dan in de praktijk (arbeidsmarkttekort leidend tot open vacatures en dus minder collega's dan gewenst of verplicht)
- dat er een verschil is tussen een formatie van vaste, ervaren medewerkers en flexibele of freelance medewerkers, en dat dát niet gemeten wordt in de eisen.

Het beeld dat professionals aan AEF meegeven over de ratio medewerker/patiënt in de forensische zorg is eenduidig: er zijn minder collega's op de groep. Men geeft aan dat dit het resultaten is van afnemende financiële armslag. Als zichtbare effect jaren wordt genoemd:

- weekendsluitingen van afdelingen
- lichte bezettingen of sluitingen bij nachtdiensten (soms met één medewerker op de groep).

Er is dus sprake van een verholde verzwaring van het aantal patiënten per groep VOV'ers/per behandelaar. De onderstaande quotes illustreren het effect hiervan op VOV'ers:

“Vaak werken we met onderbezetting; 4 diensten in plaats van 6 diensten. Cliënten zijn hiervan vaak de dupe. Zij kunnen bijvoorbeeld niet met verlof of zelfs niet naar de tandarts. Ook de onveiligheid neemt hierdoor toe. Personeelsverloop is ook groot en dit is nadelig voor de continuïteit”.

- SPV'er, fpk

“Alles valt of staat met het hebben van (gekwalificeerd) personeel. Er wordt veel gewerkt met uitzendkrachten; dan staat er wel een poppetje, maar hij of zij kent de patiënten niet. Al het werk komt dan op de schouders van het vaste staflid”.

- VOV'er, fpc

Deze intensiteit van de bezetting is in de ervaring van medewerkers een cruciaal onderdeel van de problematiek. De (tijds)druk die het oplevert heeft een direct negatief effect op de behandeling. Onderstaande quote vat samen waarom:

“Dagelijks zijn er eigenlijk te veel taken om te doen voor de tijd die er is binnen een dienst. Het komt er op neer dat je binnen een dienst alleen de taken op je neemt die noodzakelijk zijn. Waaronder veel administratieve of regelzaken. De patiëntencontacten bestaan veel uit de verplichte momenten. Tijdens het eten of tijdens ingeplande gesprekken. Er is geen tijd om een vertrouwensband op te bouwen, patiënten ervaren weinig ruimte om hun verhaal te doen wegens de werkdruk die zij zien bij personeel. Er is geen tijd om te investeren in een sociaal therapeutisch milieu”.

- VOV'er, fpc

Overwerken

Een tweede indicator voor een hoge tijdsdruk tijdens het werk is de mate waarin overgewerkt wordt. Op basis van onze enquête onder personeel hebben wij echter de indruk dat er in de forensische zorg niet bijzonder veel overgewerkt wordt. We kunnen dit echter niet met zekerheid zeggen: de betrouwbaarheid van de resultaten uit onze enquête is beperkt.

Hieronder bespreken we wel wat die resultaten zijn, en waarom ze minder stevig staan dan de andere resultaten uit onze enquêtes.

Uit de enquête onder medewerkers blijkt dat de gemiddelde respondent op onze enquête 1,4 uur per week overwerkt: een stuk minder dan de gemiddelde Nederlandse werknemer, die met 3,1 uur in de week ongeveer dubbel zoveel overwerk doet. Het verschil met de gemiddelde werknemer in de zorg (2,6 uur per week) is wat kleiner⁶⁴. Opvallend is dat de behandelaren die onze enquête invulden gemiddeld veel meer overwerken (2,2 uur) dan VOV'ers (1,5 uur), ondersteuners (1,4 uur) of vaktherapeuten (0,6 uur).

Ook willen we een aantal kanttekeningen plaatsen bij deze getallen. Sommige respondenten die aan hebben gegeven overuren te schrijven, hebben een zéér hoog aantal overuren opgegeven (variërend van 24 tot 48). We kunnen niet verifiëren of dit aantal overuren inderdaad gemaakt is, of dat er sprake is van een foutieve lezing van de vraag (niet: aantal overuren per week, maar: aantal gewerkte uren per week). We kunnen dus ook niet voor deze resultaten corrigeren, en deze data (ruim 3% van de respons) zijn dus niet in het gemiddelde opgenomen.

“Het aantal gemaakte overuren is wisselend. In een bepaalde periode was dit ca. 40 uur per maand, andere maanden zijn dit er geen”.

- VOV'er, fpa

“Personeelsbeleid zou beter kunnen. Nu mogen we geen overwerk schrijven maar moeten wij eerder naar huis, wat 9 van de 10 keer niet kan”.

- VOV'er, fpc

Veranderingen in de patiëntenpopulatie

Een derde factor die van invloed is op de werkdruk, is de zwaarte van de patiënten. In hoofdstuk 6 zijn we uitgebreid ingegaan op de verdichting van de patiëntenpopulatie in de forensische zorg. Hier constateren wij dat deze de werkdruk verhoogt.

Er is een groep moeilijk of niet behandelbare patiënten die rouleert tussen aanbieders en zwaar drukt op teams. Deze patiënten zijn niet met veel, maar een klein aantal zware patiënten kan een hele afdeling ontregelen.

“Ik werk als groepsleider in een tbs-kliniek. Waar mijn groep eerst vol zat met eerste opnames lijken we nu wel een afdeling geworden voor laatste behandel pogingen [of longstay]. 90% [van de patiënten] heeft al meerdere gefaalde behandel pogingen achter de rug. De problematiek is zwaar en de patiënten kennen de klappen van de zweep. Er is echt veel mankracht en energie voor nodig om deze mensen adequaat te behandelen en te motiveren, wat er op dit moment niet is”.

- Groepsleider, fpc

De mate waarin een organisatie kan omgaan met een moeilijker populatie wordt beïnvloed door grootte van de groep, de grootte van de instelling en uniformiteit van de populatie. Een zware patiënt met tbs in een grote Tbs-instelling is gemakkelijker te ‘beheersen’ dan diezelfde patiënt in een kleinere instelling met allerlei verschillende groepen. Het personeel is in het

⁶⁴ TNO & CBS, “NEA 2016”, 2016, p. 51

tweede geval moeilijker over en weer inzetbaar, en de patiënt heeft een ontregelend effect op de andere patiënten. Wel blijkt dat ook in tbs-aanbieders patiënt zitten die zo zwaar zijn dat ze de balans op de groep verstoren.

De verkorte behandeltime heeft een verhogend effect op de werkdruk. Er zijn indirecte effecten (verkorte behandeltime betekent dat meer patiënten terugvallen en verschillende behandelproeven ondergaan), maar ook een direct effect: het verlaagt het werkplezier van de professionals. Medewerkers zien dat ze niet het gewenste resultaat kunnen boeken in de beschikbare tijd, en geven aan dat er patiënten zijn die ze al met verlof moeten laten gaan voordat die er klaar voor zijn.

Taakverschuiving tussen functies

Als gevolg van de arbeidsmarktproblematiek en werkdruk zien aanbieders zich genoodzaakt te experimenteren met taakverschuiving tussen functies. Dat heeft hier en daar creatieve, effectieve oplossingen opgeleverd waar het personeel tevreden over is. Maar we horen ook vaak dat aanbieders op secretariële ondersteuning hebben bezuinigd en dat dit administratieve druk geeft bij VOV-personeel en behandelaren. Zij hebben daardoor steeds minder tijd (en dus aandacht) voor patiënten.

De belangrijkste voorbeelden van taakverschuiving zijn:

- Het verleggen van administratieve taken van facilitaire diensten (veelal wegbezuinigd) naar VOV-personeel dan wel behandelaren.
 - administratieve lasten worden in veel aanbieders bij behandelaren gelegd omdat zij hun tijd op een DBBC kunnen schrijven. Behandelen zijn als gevolg minder op de groep.
 - In sommige aanbieders zien we ook de beweging om taken die eerst bij een psycholoog lagen bij het VOV-personeel te leggen (dat is minder duur, maar betekent dat het VOV-personeel minder tijd heeft op of aandacht heeft voor de groep en het handhaven van een behandelklimaat).
- Het aantal leidinggevenden is teruggebracht, waardoor managementtaken bij teams terecht komen. Op veel plekken is geëxperimenteerd met zelfsturing, maar dat heeft nog niet overal het gewenste effect.
- De inzet van straatcoaches, beveiliging en receptiemedewerkers om taken over te nemen van sociotherapeuten en behandelaren.
- Samenwerking tussen collega's uit het VOV-team en dagbesteding/vaktherapie om elkaar te ondersteunen.

Eisen aan administratie en methode

Uit onze gesprekken en onze enquête onder personeel blijkt dat de administratieve lastendruk een groot onderdeel is van de ervaren werkdruk. Daarvoor zijn twee belangrijke redenen:

- de directe werkdruk als gevolg van eisen aan administratie
- de manier waarop die regels ervaren worden.

Wat betreft het eerste is de ervaring dat de eisen strenger zijn geworden: vroeger moesten zaken als verlopen, separaties en behandelplannen ook op papier staan, maar werden er minder eisen gesteld aan de vorm of inhoud (Zie verder: memo administratieve lasten). Ook zien we een wisselwerking tussen de schaarste van BIG-geregistreerd personeel en de werkdruk door administratielast: de werkdruk op het bestaande gekwalificeerde personeel neemt extra toe.

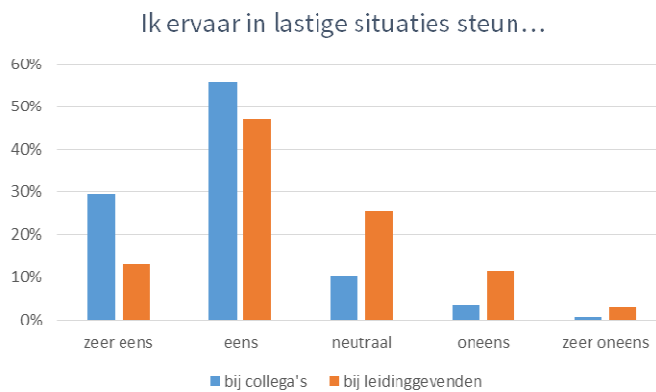
Wat betreft het tweede is de ervaring dat uit de gestelde eisen wantrouwen spreekt. Medewerkers voelen zich niet gesteund door de overheid of de samenleving. Zij zijn bang om hun administratie te laat of niet zorgvuldig genoeg te doen. Deze druk is zo hoog dat zij aangeven bij een incident soms eerst te denken aan het papierwerk ('heb ik mijn risicotaxatie netjes ingevuld?'), en dan pas aan de gevolgen voor henzelf of de patiënt. Medewerkers zijn bang voor klachten van de patiënt en/of tuchtzaken.

"Ik ervaar de vele tijd die moet worden besteed aan tuchtzaken als erg belastend. Volstrekt irreële zaken worden eindeloos voortgezet en de tuchtcolleges geven weinig blijk van een gevoel van redelijkheid in deze (voor de duidelijkheid, ik heb nooit een waarschuwing of veroordeling gehad)".

- Psychiater, fpa

Steun in en buiten de werkomgeving

In dit hoofdstuk hebben we tot nu toe vooral aandacht besteed aan factoren die de werkdruk kunnen verhogen. Natuurlijk zijn er ook factoren die de werkdruk kunnen verlagen. Daarvan is steun, zowel in de werk- privésituatie) een belangrijke. Middels onze uitvraag aan medewerkers hebben we geïnventariseerd hoe het zit met de steun die professionals in de werksituatie krijgen:



Figuur 17 Enquêtecores op vraag steun in lastige situatie [Bron: AEF, enquête]

Een ruwe vergelijking met vergelijkbare vragen uit de NEA 2016 laat zien dat het gebruikelijk is dat medewerkers meer steun ervaren bij collega's dan leidinggevend, en dat het ook normaal is dat rond de 5% van de medewerkers 'zeer weinig' of 'weinig' steun ervaart van collega's⁶⁵.

Ook steun in het privédomein (gezin, vrienden, kennissen) is belangrijk om goed met de druk op het werk om te kunnen gaan. Maar uit interviews en groepsgesprekken blijkt dat deze steun minder gevoeld wordt, vooral vanwege het slechte imago van de forensische zorg. Professionals voelen zich geremd hun ervaringen te delen, omdat:

- zij door de berichtgeving in de media naar aanleiding van incidenten het gevoel hebben zich te moeten verantwoorden over de forensische zorg in het algemeen
- de frequentie en de aard van incidenten maakt dat ook hun gezin en vrienden sneller bezorgd zijn, of hen aanmoedigen om van werk te veranderen.

⁶⁵ TNO & CBS, "NEA 2016", 2016, p. 60-1

Incidenten in de forensische zorg hebben op deze manier een werkdrukverhogend effect in alle aanbieders: ook als elders een ernstig incident plaatsvindt, merken professionals dat zij aangesproken worden op het nut van en de veiligheid in 'hun' werk.

Ook wordt er in de sector weinig steun gevoeld vanuit de financiers en politiek verantwoordelijken. Dit bezorgt sommige werknemers een gevoel van isolement.

10.3 Hoe heeft de werkdruk in de forensische zorg zich ontwikkeld?

Uit onze interviews en werksessies blijkt dat de ervaren werkdruk de afgelopen jaren inderdaad is toegenomen. Dit beeld wordt gedeeld door een ieder die wij gesproken hebben. Professionals die al langere tijd in de forensische zorg werkzaam zijn, benadrukken dat het gaat om een geleidelijke verschuiving.

De HR-professionals die onze enquête ingevuld hebben, geven unaniem aan dat de werkdruk de afgelopen 5 jaar (sterk) is gestegen. Ook blijkt dat het aantal extra diensten de afgelopen 5 jaar gestegen is⁶⁶. Hetzelfde geldt voor het verzuim⁶⁷.

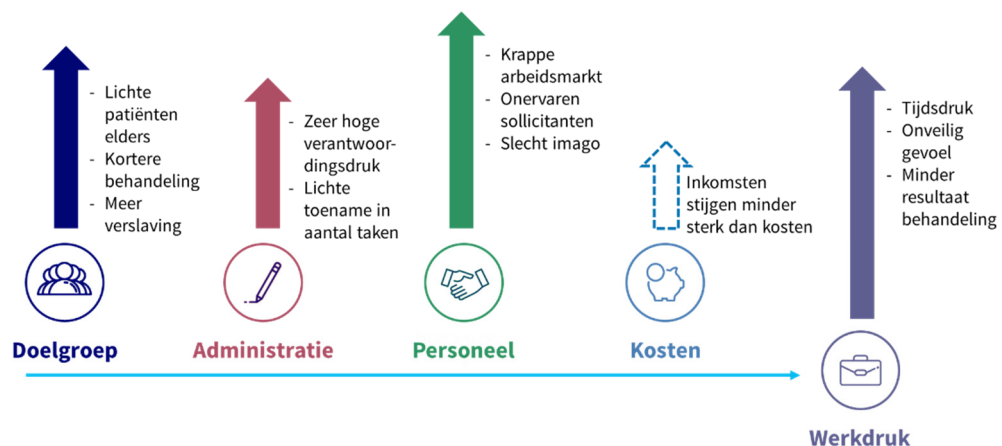
Het is niet mogelijk om een onderzoekstechnisch solide vergelijking te maken tussen de huidige werkdruk in de forensische zorg, en die van een aantal jaren geleden. Wel is het mogelijk om te kijken naar de factoren die volgens ons onderzoek van invloed zijn op de werkdruk:

- de ontwikkeling van de zwaarte van de patiëntenpopulatie
- de ontwikkeling in het aantal patiënten per professional
- de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt
- de ontwikkeling van de administratieve lasten
- de ontwikkeling van het imago van de forensische zorg.

Als we deze ontwikkelingen op een rijtje zetten, zien we dat de werkdruk de afgelopen jaren toegenomen moet zijn: de patiëntenpopulatie is verzwaard, de arbeidsmarktproblematiek neemt toe, de verantwoordingsdruk neemt toe en het imago van de forensische zorg verslechtert. Deze opeenstapeling van factoren is weergegeven in onderstaand figuur:

⁶⁶ Van de 16 respondenten op deze vraag geven 13 er aan dat het aantal extra diensten 'gestegen' is. 2 antwoorden dat het aantal 'gelijk gebleven' is, 1 antwoordt dat het aantal extra diensten 'sterk gestegen' is. Ook 'sterk gedaald' en 'gedaald' waren antwoordmogelijkheden.

⁶⁷ Op de vraag of 'het verzuim de afgelopen 5 jaar veranderd is' antwoorden 3 respondenten met 'sterk gestegen', 12 met 'gestegen', 2 met 'gelijk gebleven' en 1 met 'gedaald'.



We concluderen op basis van deze stapeling dat de werkdruk in de forensische zorg is toegenomen. Deze conclusie is in overeenstemming met het beeld dat professionals schetsen in werksessies, interviews en respons op de enquête.

10.4 Gevolgen voor aanbieders

We brengen de effecten van de hogere werkdruk op drie niveaus in beeld: professionals, teams en organisaties.

Effecten van hoge werkdruk op individuele medewerkers

Op basis van onze gesprekken en onze enquêtes blijkt dat:

- bijna alle professionals waarmee wij in aanraking zijn geweest minder vooruitgang boeken in de behandeling van de patiënt. Dit heeft een negatieve invloed op hun motivatie

"Door alle veranderingen in de zorg vind ik deze kwalitatief minder, minder stabiel en weinig diepgaand. Door continue tijdgebrek en allerlei wetgeving [is mijn werk] minder constructief en bevredigend."

— SPV'er, fpk

- het veel voorkomt dat VOV'ers niet kunnen voorkomen dat patiënten op de groep onrustig worden
- professionals minder motivatie ervaren omdat ze het gevoel hebben dat de overheid niet stuurt op resocialisatie maar op goedkope en beheersmatige zorg

"Het werk wordt vaak te sterk geprotocolleerd op basis van één incident, altijd uitgaand van een negatieve factor in plaats van het algemene beeld. Dat is erg frustrerend en maakt handelingsverlegen".

— sociotherapeut, fpc

- te veel professionals aan het 'overleven' zijn, en te weinig tijd hebben om de behandeling ter hand te nemen, hun collega's te coachen, etc.
- professionals vaker uitvallen met burn-out klachten, zoals blijkt uit gesprekken met HR-medewerkers en de data over werkgerelateerd verzuim (in dit onderzoek en breder in de zorg)

- veel professionals hun emoties (na hard werken, agressiviteit of onrust) minder goed kunnen verwerken: de productiedruk is te hoog, en ook in de privésituatie is het begrip hier en daar beperkt.

Kwetsbare teams

Op basis van onze gesprekken en enquêtes blijkt dat:

- er teams zijn die de regie verliezen over een veilig en gezond behandelklimaat. Vrijwel alle aanbieders voor forensische zorg hebben één of meerdere teams waarover zorgen bestaan
- er een vicieuze cirkel bestaat in de verschraling van personeel en vervolgens de behandeling: door de krappe bezetting en de werkdruk worden sneller mensen aangenomen die eigenlijk niet op hun plek zijn
- er weinig of geen ruimte meer is voor noodzakelijk ‘onderhoud’ als intervisie

“Verlagen van de caseload en meer tijd voor intervisie zou de behandeling en werksatisfactie ten goede komen”

– vaktherapeut, fpa

- teams steeds minder ervaren ruimte om nieuw of flexibel personeel goed in te werken waardoor de druk op ervaren krachten afneemt.

Effecten op organisaties

De druk op medewerkers en teams wordt ook gevoeld door de organisatie als geheel. Dat vertaalt zich in:

- de situatie dat het in veel FZ-aanbieders normaal is dat er onvoldoende tijd en aandacht is om agressie jegens personeelsleden te verwerken
- experimenten met zelfsturende teams, waarvan een aantal aanbieders aangeeft dat ze er inmiddels op terugkomen omdat de teams de extra verantwoordelijkheid in de huidige omstandigheden niet aankunnen
- experimenten met functiedifferentiatie (zoals beschreven) die vaak door het personeel niet begrepen worden en tot frustratie leiden
- veel behandelaren in de forensische zorg zijn ook manager. Zij geven aan weinig tijd te hebben voor beide verantwoordelijkheden, en te weinig te kunnen doen voor hun personeel. Duaal leidinggeven (een psychiater of psycholoog die over de behandeling gaat, en een manager die de organisatorische en bedrijfsmatige kant stuurt) is hier en daar wegbezuinigd, wat dit effect versterkt.

Bijlage A: Gesprekspartners

Stuurgroep

- Douma, Jonathan, beleidsadviseur forensische zorg, GGZ Nederland
- Huizinga, Han, senior beleidsmedewerker, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
- Idenburg, Jelle, hoofd zorginkoop en kwaliteit, divisie Forensische Zorg/ JJI
- Koorn, Niels, senior beleidsmedewerker, ministerie van Justitie en Veiligheid, beleidsdirectie Sanctietoepassing & Jeugd

Klankbordgroep

- Dun, Yolanda van, directiesecretaris, fpc De Rooyse Wissel
- Gernler, Thees, medewerker bestuursstaf, Fivoor
- Jansen, Bart, controller, De Forensische Zorg Specialisten
- Kroft, Sander van der, directiesecretaris, fpc Dr. S. van Mesdag
- Rippen, Christien, hoofd kenniscentrum, Trajectum

Interviews

- Batta, Ronald, coördinator, NIFP
- Beintema, Harry, geneesheer-directeur, fpc Dr. S. van Mesdag
- Breukelen, Jose van, teamleider, GGZ Noord Holland Noord
- Bussel, Hyacinthe van, directeur, fpc De Rooyse Wissel
- Cordia, John, coördinator, NIFP
- Cuijpers, John, manager, Woenselse Poort
- Eggink, Willem, beleidsadviseur, NZA
- Esch, Ilse van, teamleider, Ipse de Bruggen
- Goedhard, Laurette, psychiater, Altrecht
- Groenewegen, Patrick, beleidsmedewerker, V&VN
- Hulst, Carla van der, hoofd analyse & bekostiging, ForZo/JJI
- Morsch, Sandra, controller, GGZ Noord Holland Noord
- Smid, Wineke, psycholoog, Van der Hoeven Kliniek
- Storms, Margriet, geneesheer-directeur, Trajectum
- Vries, Sander de, psychiater, GGZ Noord Holland Noord

Werksessies

- Ararat, Devin, teamleider ambulant, Middin
- Baggum, Marjet van, directeur, Oostvaarderskliniek
- Bakker, Bertil, psychiater, fpc Dr. S. van Mesdag
- Blok, Hanita, psychiater, Pompestichting
- Boersma, Marco, lid OR, fpc de Oostvaarderskliniek
- Brenkman, Joyce, hoofd behandeling, fpc De Rooyse Wissel
- Broekmeijer, Jeroen, behandelaar, Kairos
- Bulten, Erik, hoofd diagnostiek en onderzoek en opleiding, Pompestichting

- Bussel, Hyacinthe van, directeur, fpc De Rooyse Wissel
- Busstra, Rian, manager behandelzaken, GGZ Drenthe
- Buter, Marieke, coördinerend sociotherapeut, fpc de Oostvaarderskliniek
- Canter, Desiree, HR adviseur, Fivoor
- Deenen, Tom, psychiater, fpc Veldzicht
- Esch, Ilse van, teamleider, Ipse de Bruggen
- Dijk, Leonie van, sociotherapeut, fpc de Oostvaarderskliniek
- Geffen, Wim van, teamleider, GGZ Westelijk Noord-Brabant
- Gemert, Petra van, sociotherapeut, Tactus Verslavingszorg
- Geraerts, Rob, psycholoog, Van der Hoeven Kliniek
- Gerven, Ivo van, GZ-psycholoog, fpc De Rooyse Wissel
- Gregorius, Giela, ambulant coördinerend begeleider, Middin
- Groenewegen, Patrick, beleidsadviseur, V&VN
- Eken, Karin, verpleegkundige, Inforsa
- Feijen, Leon, behandelcoördinator, Transfore
- Flutters, Frans, onderzoeker, fpc Veldzicht
- Haan, Femke, psychiater, Van der Hoeven Kliniek
- Haan, Freddy de, verpleegkundige, GGZ Friesland
- Hanegraaf, Rob, manager behandelafdeling, fpc De Rooyse Wissel
- Heertum, Jan-Willem van, directeur, GGnet fpa de Boog
- Heukels, Ronald, directeur bedrijfsvoering, GGZ Drenthe
- Hoekstra, Henk, teamleider, fpc Dr. S. van Mesdag
- Hollander, Niek, teamleider, GGZ Westelijk Noord-Brabant
- Huizinga, Han, beleidsmedewerker, VGN
- IJzendoorn, Sarah, hoofd behandeling en bedrijfsvoering, Fivoor
- Klaver, Henny, psychiater, Tactus
- Koerhuis, Martijn, directeur, Fivoor
- Koopal, Coy, geneesheer-directeur, GGZ Eindhoven
- Koot, Moniek van, teamleider, Tactus Verslavingszorg
- Kranenburg, Corry, verpleegkundige, GGZ Noord Holland Noord
- Leong, Julia, manager behandelzaken, Antes
- Loon, Pieter van, verpleegkundige, fpc De Rooyse Wissel
- Lugt, Hendrik-Jan van der, directeur, fpc de Oostvaarderskliniek
- Manders, Henk, manager TLW, fpc De Rooyse Wissel
- Meins, Wilke, teamleider, fpc Veldzicht
- Meulenbeek, Malou, psychiater, fpc Dr. S. van Mesdag
- Pétursdóttir, Hildur, behandelcoördinator, Pompestichting
- Pol, Niek van den, verpleegkundige ForFact, Inforsa
- Oers, Carina van, medewerker audit, GGZ Eindhoven
- Rooijackers, Jeroen, verpleegkundige GGZ Eindhoven
- Rosendaal, Els van, coördinator zorgadministratie, GGZ Westelijk Noord-Brabant
- Samsen, Peter, klinisch psycholoog, Transfore
- Schetters, Jasper, geneesheer-directeur, Fivoor
- Schmitz, Rose, directeur behandeling en zorg, fpc De Rooyse Wissel
- Schoezetter, Erik, zorgcontroller, Transfore
- Schuit, Ilja, klinisch casemanager, GGZ Noord Holland Noord
- Smink, Dina, psychiater, GGZ Friesland
- Son-A-Hing, Orlando, verzorger, GGZ Noord Holland Noord
- Straaten, Monique van, groepsleider, Fivoor
- Telgen, Aukje van, sociotherapeut, fpc Dr. S. van Mesdag
- Velthuis, Nikki, sociotherapeut, GGNet

- Ven, Fons van de, teamleider, GGZ Westelijk Noord-Brabant
- Verstappen, Willem, sociotherapeut, fpc De Rooyse Wissel
- Vlemmix, Peter, teamleider, Pompekliniek
- Voortman, Menno, teamleider, GGZ Drenthe
- Vos, Irene, klinisch casemanager, GGZ Noord Holland Noord
- Vos, Peter, manager HRM, fpc De Rooyse Wissel
- Vredeveld, Vera, psycholoog Van der Hoeven Kliniek
- Wai Tang, Kok, psychiater, GGNet
- Werf, Tessa van der, groepsleider, Fivoor
- Wijgergangs, Harm, directeur, STEVIG onderdeel van Dichterbij
- Wit, Dick de, directeur bedrijfsvoering, Inforsa

Bijlage B: Bronvermelding

- Arteria Consulting, “Tarifiering forensische zorg”, 2017
- AZW, “Brancherapportage GGZ”, 2016
- AZW, “Werkgeversrapportage 2017”, 2017
- Argumentenfabriek, “Administratiedruk medisch specialisten”, 2017
- Berenschot, “Administratieve belasting in de langdurige zorg”, 2016
- CBS Statline, Ziekteverzuimpercentage bedrijfstakken en bedrijfsgrootte 2010-2016
- CBS Statline, Ziekteverzuim volgens werknemers 2014 en 2016
- CBS Statline bedrijfstak en vestigingsgrootte 2014 en 2016
- DJI, “Forensische zorg in getal 2012-2016”, 2017
- DJI, “Forensische zorg in getal 2008-2012”, 2017
- DJI, “Houdende regels over de verlening van een machtiging tot verlof aan het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden (Verlofregeling TBS)”, 2017
- DJI, “Informatieblad forensische zorg”, 2017
- DJI, “Masterplan DJI 2013-2018”, 2013
- Ecorys, “Productiviteit in de curatieve GGZ”, 2017
- GGZ Nederland, “AO tabs en forensische zorg”, juni 2017
- GGZ Nederland, “Het roer moet om”, 2017
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, “Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen”, 2016
- IvenJ, “Brief aan Aventurijn”, november 2017
- IvenJ, “Incidentonderzoek de Woenselse Poort”, 2017
- Koenraadt, Langbroek, Tigchelaar, & Van der Velde, “Het verlof van de ter beschikking gestelde”, WODC, 2010
- Ministerie van VenJ, “Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2013-2017”, 2013
- Ministerie van VWS, “Eindevaluatie Experiment regelarme instellingen”, 2016
- Ministerie van VWS, “Kamerbrief over Aanpak arbeidsmarkt zorg”, 1 december 2017
- NZa, “Evaluatie invoering prestatiebekostiging in dbbc’s in de forensische zorg”, 2015
- NZa, “Notitie beleid: Visie op doorontwikkeling DBC-systematiek GGZ”, 2017
- NZa, “Notitie beleid: Visie doorontwikkeling productstructuur ggz/fz”, 2018
- NZa, “Marktscan forensische zorg 2016”, 2016
- NZa, “Tariefstelling in relatie tot de invoering van prestatiebekostiging in de forensische zorg”, 2016
- NZa, “Voortgangsrapportage over wachttijden in de GGZ”, 2017
- Staatscourant, “Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 24 december 2010”, 2010, nr. 5679537/10
- TNO & CBS, “NEA 2016”, 2016

Bijlage C: Afkortingen

ASS	Autisme-Spectrum Stoornissen
AVT	Adviescollege Verloftoetsing tbs
AZW	onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn
Bopz	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Bvt	Beginnelsenwet verpleging ter beschikking gestelden
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
ForZo /JJI	Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen, onderdeel van DJI
FMS	Federatie Medisch Specialisten
fpa	Forensisch Psychiatrische Afdeling
fpc	Forensisch Psychiatrische Centrum
fpk	Forensisch Psychiatrische Kliniek
fva	Forensische Verslavingsinstelling
fvk	Forensische Verslavingskliniek
fpt	Forensisch Psychiatrisch Toezicht
ggz	Geestelijke Gezondheidszorg
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
LFPZ	Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg
Ifzo	Informatiesysteem Forensische Zorg
IGJ	Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd
Ivb	Licht verstandelijke beperking
NHC	Normatieve Huisvestingscomponent
NIFP / IFZ	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie; werkenheid Indicatiestelling Forensische Zorg, onderdeel van DJI
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
ofz	Overige Forensische Zorg
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
PI	Penitentiaire Inrichting
ribw	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RC	Rechter-commissaris
sglv	Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt
SPV	Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
tbs	Ter beschikking stelling (art. 37a en 37b Sr)
IJenV	Inspectie Justitie en Veiligheid
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
JenV	Ministerie van Justitie en Veiligheid
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie

VGN	Verenging Gehandicaptenzorg Nederland (brancheorganisatie)
VOV	Verpleegkundig, Opvoedkundig en Verzorgend
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wfz	Wet forensische zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
ZVZ	Zorgvraagzwaarte
zzp'er	Zelfstandige zonder personeel
ZZP	Zorg Zwaarte Pakketten