

# Samenhangende zorg en ondersteuning

voor mensen met complexe problematiek en veiligheidsrisico's

Auteurs  
Opdrachtgever  
Kenmerk  
Publicatiedatum

Patrick Jansen en Louise Pansier  
De Nederlandse ggz  
LP/24/1641/ovcz  
7 oktober 2024  
© Bureau HHM



## Inhoud

1.	Doel en werkwijze .....	3
1.1	Doel .....	3
1.2	Werkwijze .....	4
2.	Doelgroepomschrijving.....	6
2.1	Ontosysteem .....	6
2.2	Microsysteem .....	7
2.3	Mesosysteem .....	9
2.4	Exosysteem.....	9
2.5	Macrosysteem.....	10
2.6	Chronosysteem.....	11
3.	Aspecten voor verbetering.....	12
3.1	Zorg rond de totaliteit van de cliënt .....	12
3.2	Passende trajecten .....	14
3.3	Handelingsruimte en handelingsbekwaamheid professionals .....	16
4.	Verbetervoorstellen.....	19
4.1	Uitgangspunten .....	19
4.2	Verbetervoorstellen.....	22
4.3	Randvoorwaarden.....	24
4.4	Reflectie .....	25

# 1. Doel en werkwijze

*Dit hoofdstuk beschrijft hoe we zijn gekomen tot verbetervoorstellen voor het organiseren van samenhangende zorg en continuïteit voor cliënten waarvoor de overgang van forensische zorg naar reguliere zorg en vice versa niet goed verloopt. Uitgangspunt voor dit traject was om te kijken op welke manier de reguliere zorg (ggz, verslaving, gehandicaptenzorg, beschermd wonen) en de forensische zorg samen voor een beter sluitend aanbod en duurzame trajecten kunnen zorgen. Tijdens het traject werd ook duidelijk welke randvoorwaarden hier vanuit andere partijen voor noodzakelijk zijn. Het gaat dan om landelijke voorwaarden op het gebied van wet- regelgeving en financiering. Maar ook om de voorwaarde dat alle partijen in een regio (onder andere zorg, welzijn, gemeenten, politie, woningcorporaties, zorg- en veiligheidshuizen) zich committeren aan het organiseren van maatwerkgerichte trajecten voor deze personen. Daarbij hebben we gemerkt dat er tussen betrokken partijen niet op alle aspecten overeenstemming is over bijvoorbeeld oorzaken, definities, waarden en oplossingen. Dit maakt het vraagstuk een wicked problem, waar geen rechttoe rechtaan oplossingen voor zijn en waar een strategie van opgavegericht samenwerken noodzakelijk is. De verbetervoorstellen en randvoorwaarden die we in deze rapportage aanreiken, zijn daarmee een onderdeel van het proces wat nodig is om tot daadwerkelijke verbetering te komen.*

## 1.1 Doel

Er zijn diverse signalen dat voor een specifieke groep cliënten de overgang van forensische zorg naar reguliere zorg en vice versa niet goed verloopt (zie kader voor toelichting van termen forensische zorg en reguliere zorg). Kenmerkend aan deze groep is dat zij wisselend zorg en ondersteuning nodig hebben vanuit verschillende titels (justitiële titel; civielrechtelijke titel) en vanuit hun ernstige problematiek (psychiatrie, verslaving en/of lvb) en veiligheidsrisico. Bij deze groep cliënten is denken in duurzame trajecten cruciaal. Dit soort trajecten komen nu onvoldoende tot stand, waardoor cliënten heen en weer worden geschoven tussen forensische en reguliere zorg en (ondanks persisterende risico's) buiten beeld raken. Het doel van dit traject is om concrete verbetervoorstellen te formuleren voor het organiseren van samenhangende zorg- ondersteuningstrajecten en continuïteit voor deze doelgroep. De focus ligt daarbij op voorstellen waar op korte termijn al een start mee kan worden gemaakt, met andere woorden: oplossingen die liggen binnen de invloedssfeer van de betrokken organisaties (reguliere ggz, forensische zorg, verslavingszorg, beschermd wonen, VG-zorg).

*Forensische zorg is klinische en ambulante behandeling uit een verplicht strafrechtkader. Daarnaast bieden forensische aanbieders klinische en ambulante behandeling aan patiënten uit een civielrechtelijk kader (Wvggz en Wzd) voor wie deze beveiliging en behandeling passend is.*

*Onder reguliere zorg verstaan we ambulante en klinische behandeling en beschermd en begeleid wonen, zoals wordt geboden door de specialistische ggz, de gehandicaptensector en beschermd wonen (BW). Dit kan zowel in het vrijwillig kader of gedwongen kader (Wvggz en Wzd).*

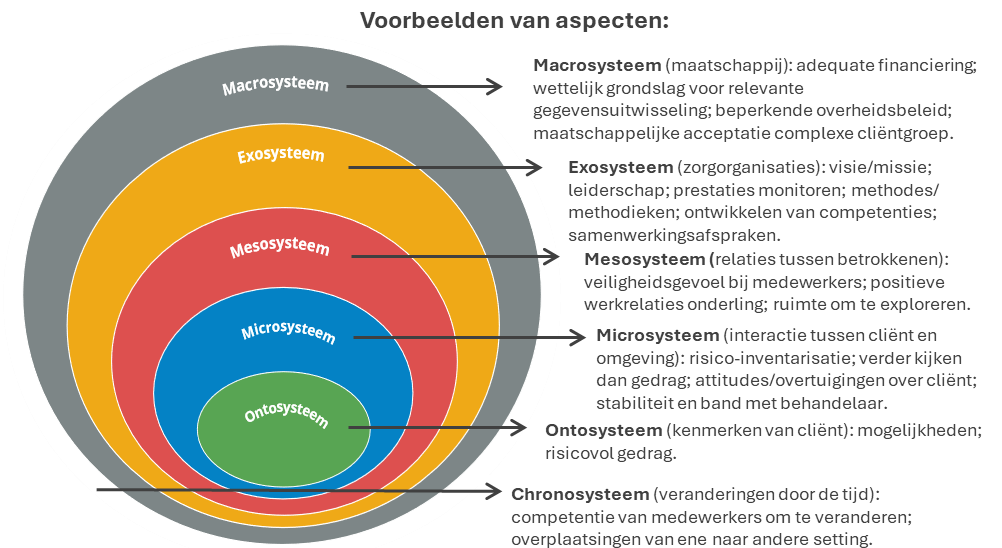
## 1.2 Werkwijze

Dit traject kende in hoofdlijnen twee stappen:

- Een werksessie met professionals. Voorafgaand aan de werksessie hebben wij, op basis van aangeleverde casuïstiek, een uitwerking gemaakt van de doelgroep. De deelnemers aan de werksessie hebben deze voorbeeldcasus ontvangen samen met aanvullende informatie en enkele concrete vragen om vooraf over na te denken of intern te bespreken. De werksessie heeft geleid tot een nadere omschrijving van de doelgroep die in hoofdstuk 2 is opgenomen. Na de werksessie hebben wij tevens een uitwerking gemaakt van aspecten voor verbetering (hoofdstuk 3) en een eerste richting voor de verbetervoorstellen.
- Een sessie met bestuurders/directies. In deze sessie hebben we uitgangspunten voorgelegd voor de zorg en voor de organisatie van zorg en hebben we de verbetervoorstellen besproken. De uitwerking van deze onderdelen vindt u in hoofdstuk 4.

Het gaat om een complexe doelgroep waar de expertise van verschillende domeinen noodzakelijk is. Gedeeld probleem-eigenaarschap en multi-dimensioneel kijken is daarbij van belang. Als handvat voor de doelgroepbeschrijving en de uitwerking van verbetervoorstellen hebben wij daarom gebruik gemaakt van het 'ecologisch model' van de Amerikaanse psycholoog Bronfenbrenner. Het uitgangspunt in dit model is dat men naar probleemgedrag (ontwrichtend gedrag, delict-gedrag, et cetera) kijkt als gevolg van een negatieve wisselwerking tussen de persoon en de mensen in zijn omgeving. Het model is onder andere in de gehandicaptenzorg en jeugdzorg gebruikt om te ontrafelen welke factoren meespelen in hoe iemand zich ontwikkelt en functioneert in interactie met zijn omgeving. Het model bestaat uit verschillende ecologische 'lagen' ofwel systemen om hem heen, die op elkaar en op de persoon inwerken en met de tijd veranderen. Niet alleen kenmerken van de cliënt spelen mee, maar ook de gekozen benadering in zorg en beveiliging en de manier

waarop de zorg wordt georganiseerd. We gebruiken het ecologisch model als handvat om in de breedte te kijken naar de factoren die een rol spelen in het vraagstuk. Figuur 1 bevat het ecologisch model, met voor iedere laag enkele voorbeelden van mogelijk relevante aspecten.



*Figuur 1. Ecologisch model, toegepast op doelgroep samenhangende zorg- en ondersteuningstrajecten*

In de werksessie hebben we eerst per laag van het ecologisch model geïnventariseerd welke aspecten relevant zijn voor samenhangende zorg voor deze doelgroep. Dit hebben we verwerkt in de doelgroepbeschrijving in hoofdstuk 2.

Daarna hebben we ideeën verzameld om samenhangende zorg voor deze doelgroep te organiseren rondom de thema's:

1. Zorg rond de cliënt organiseren
  2. Passende trajecten, op- en afschalen
  3. Voldoende handelingsruimte en handelingsbekwaamheid professionals
- In hoofdstuk 3 beschrijven we de aspecten die hierbij naar voren kwamen.

Vanuit deze thema's komen enkele mogelijkheden voor verbetering naar voren, zowel voor wat organisaties intern kunnen doen als gezamenlijk. Deze verbetervoorstellen beschrijven we in hoofdstuk 4. Daarbij besteden we ook aandacht aan randvoorwaarden die overstijgend moeten worden ingevuld.

Want:

*Samenhangende zorg- en ondersteuningstrajecten voor mensen met complexe problematiek en veiligheidsrisico's vraagt aandacht op alle lagen van het ecosysteem.*

### 1.3 Leeswijzer

Het doel van dit traject was om tot verbetervoorstellen te komen voor samenhangende zorg en ondersteuning voor mensen met complexe problematiek als gevolg van (een combinatie van) psychische problemen, verslaving en/of LVB waarbij tevens sprake is van veiligheidsrisico's. Om direct naar de verbetervoorstellen te gaan, [klik hier voor hoofdstuk 4](#). Wie zich eerst wil verdiepen in de kenmerken van de doelgroep en wat dit van professionals en betrokken organisaties vraagt: ga naar [hoofdstuk 2](#). Voor uitgebreidere informatie over de onderliggende aspecten voor de verbetervoorstellen, zie [hoofdstuk 3](#).

## 2. Doelgroepomschrijving

*Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de doelgroep aan de hand van de verschillende systemen uit het ecologisch model van Bronfenbrenner: het onto-, micro-, meso-, exo-, macro- en chronosysteem. Hiermee ontstaat een beeld van de doelgroep vanuit verschillende perspectieven.*

### 2.1 Ontosysteem

*In het ontosysteem gaat het om kenmerken van de cliëntgroep, zowel de mogelijkheden als het probleemgedrag. Bij deze doelgroep komen de problemen makkelijk op de voorgrond te staan door de heftigheid en langdurigheid ervan.*

#### Algemene kenmerken

In de doelgroep komen alle leeftijden voor (we richten ons hier op 18+). De indruk is dat het merendeel in de leeftijdsgroep 30 tot 50 jaar zit. Factoren die invloed hebben op de ontwikkeling van problematiek zijn onder andere migratieachtergrond, armoede en geografische woonplek.

#### Multiproblematiek

Het gaat om mensen die problemen hebben op meerdere levensgebieden (zoals wonen, dagbesteding en financiën) en bij wie sprake is van minimaal twee maar vaak meer problematieken uit onderstaande lijst met voorbeelden (niet uitputtend):

- Een licht verstandelijke beperking (LVB)
- Middelengebruik/verslaving: vaak multimiddelengebruik waaronder cocaïne, cannabis, speed, GHB en/of Flakka
- Psychiatrische problematiek, bijvoorbeeld schizofrenie, psychotisch beeld en/of paranoïde psychose
- Persoonlijkheidsproblematiek
- Hechtingsproblematiek
- Traumagerelateerde problematiek
- Emotieregulatieproblematiek
- Stoornis in impulsbeheersing
- Ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD, ASS of PDD-NOS
- Somatische aandoeningen

De problemen en stoornissen die mensen hebben en het gedrag dat daarmee samenhangt, leiden vaak tot (verergering van) beperkingen in het adaptief functioneren. Zo ontstaat een vicieuze cirkel. Er kan ook sprake zijn van regelmatig escaleren en (met goede zorg en ondersteuning) weer stabiliseren. De combinatie van problemen op veel verschillende leefgebieden betekent in het huidige systeem dat veel verschillende organisaties en verschillende financiers (zorgverzekeraar, zorgkantoor, gemeente, DJI) betrokken zijn. Niet alleen wat betreft zorg en ondersteuning maar ook voor huisvesting, participatie, inkomen et cetera.

Sommigen mensen uit de doelgroep zijn regelmatig dakloos. Werk of dagbesteding is meestal niet aan de orde vanwege periodes van detentie of door conflicten op de werkvloer (voortkomend uit de onderliggende problematiek).

### **Problemen op gebied van veiligheid**

Naast de problemen op het gebied van psychisch functioneren, verslaving en LVB is sprake van risicovol gedrag of een hoog veiligheidsrisico voor zichzelf of voor de omgeving. Deze personen vertonen vaak ontwrichtend gedrag en zijn hierdoor minder groepsgeschikt. Bij delict-gedrag wordt agressie veel genoemd en specifiek openlijke geweldpleging; daarnaast vermogensdelicten, verboden wapenbezit, inbraak, vernieling, bedreiging en brandstichting. De combinatie van een intensieve zorgvraag en veiligheidsrisico's maakt deze mensen moeilijk plaatsbaar in de huidige praktijk.

### **Forensische zorgtitels of civielrechtelijke titel(s)**

Het gaat veelal om personen met een (aflopende) forensische titel (bijvoorbeeld ISD-maatregel), personen met een civielrechtelijke titel (crisismaatregel of zorgmachtiging) of met een zorgmachtiging afgegeven door de strafrechter op grond van artikel 2.3 Wfz. Vrijwillige opname komt sporadisch voor. De benodigde behandeling en het verblijf vallen onder de Zvw of de Wlz.

## **2.2 Microsysteem**

*Bij het microsysteem gaat het om de interacties van cliënten met hun omgeving. Dit kunnen zowel mensen zijn uit het informele netwerk als professionals.*

### **Interacties in sociale context**

Vaak is sprake van instabiliteit in de sociale context, zoals in familie- en liefdesrelaties. Mensen verliezen hun sociale netwerk door het beloop van hun ziekte of problematiek (overvraging). Of het is juist het sociale systeem dat problemen veroorzaakt of verergert (opgroeisituatie, toxische relaties en/of foute vrienden). Cliënten hebben vaak al op veel verschillende plekken gewoond, al dan niet in instellingen/voorzieningen. Dat is ook een belemmerende factor voor het ontwikkelen of behouden van sociale contacten. Vaak hebben cliënten geen vaste contactpersoon of wettelijk vertegenwoordiger, omdat deze vanwege het vertoonde gedrag afhaken of door de cliënt worden afgewezen.

### **Interacties in zorgsetting**

Cliënten hebben al meerdere behandelingen ondergaan, sommigen alleen ambulant en anderen met opname (gedwongen of vrijwillig). Hierbij wordt vaak ook onderzoek gedaan en worden diagnoses gesteld; soms worden deze diagnoses in een volgend traject weer verworpen. Meestal zijn verschillende invalshoeken geprobeerd in de behandeling: verslavingszorg, specialistische ggz en/of forensisch. Soms worden resultaten behaald met behandeling, maar vaak stagneert het traject doordat de cliënt niet mee wil werken aan behandeling (waaronder medicatie-ontrouw), door (gevolgen van) middelengebruik of door ongezonde contacten met medecliënten. Ook agressie of ander delict-gedrag kan leiden tot beëindigen van behandeling, bijvoorbeeld na incidenten met medewerkers of medecliënten. Dit resulteert in veelvuldige overplaatsingen. De vele wisselingen die cliënten meemaken (in woon- of opnameplekken en professionals) kunnen traumatiserend werken.

Het kan ook gebeuren dat een plaatsing wordt geweigerd vanwege eerder getoond gedrag en de in- en exclusiecriteria die organisaties hanteren. Dit kan ook te maken hebben met het benodigde beveiligingsniveau (2 of 3) waar niet in kan worden voorzien. Sommige cliënten zijn geïncorporeerd in de levenslooppaanpak. Een manier om problemen vóór te zijn is tijdige signalering, bijvoorbeeld in de vorm van een risico-inventarisatie of signaleringsplan.

### Interacties in strafsetting

Cliënten bevinden zich in detentie of zijn in het verleden (sommigen meermaals) gedetineerd. Vaak is sprake van een uitgebreid justitieel dossier en een strafblad.

### Gewenste setting voor zorg- en ondersteuningstrajecten

De gewenste setting is een woonplek waar de persoon met zijn gecombineerde problematiek langdurig intensieve zorg en begeleiding kan krijgen; waar nabijheid wordt geboden met heldere afspraken en communicatie, zodat hij weet waar hij aan toe is; waar hij mag zijn wie hij is mét z'n hele verhaal; waar niet te hoge verwachtingen zijn; waar middelengebruik niet direct tot uitplaatsing leidt (maar wel onder controle kan worden gehouden om negatieve gevolgen te voorkomen).

De gewenste setting is ook een behandelplek waar de problematiek integraal behandeld kan worden (combinatie van psychiatrie, verslaving en / of LVB), waar men goed weet om te gaan met delictgedrag en recidiverisico's en waar afdelingen zijn met verschillende beveiligingsniveaus (1 tot en met 3) of waar het beveiligingsniveau zonder verandering van sociale context aanpasbaar is.

Na afloop van behandeling met verblijf moet cliënt terug kunnen keren naar zijn woonplek. Na afloop van detentie of een maatregel is niet altijd een passende vervolgplek en/of (na)zorg geregeld. Soms komen cliënten op straat

terecht, waar al snel opnieuw problemen ontstaan. Een goed voorbereid trajectplan is nodig, dat de betrokken partijen in gezamenlijkheid opstellen.

Ter illustratie een voorbeeld van een plaatsingsgeschiedenis van een cliënt:

- 2017 Start vrijwillige FACT, cliënt woont begeleid
- 2018 April: IBS voor gesloten opname GGZ vanwege psychotisch beeld  
April: terug naar woonplek  
April: opnieuw IBS voor gesloten GGZ; mishandeling leidt tot plaatsing PPC  
Okt: plaatsing FPK in andere regio
- 2019 Aug: via RM plaatsing forensische kliniek in weer andere regio  
Okt: heropname GGZ, eerst gesloten; op open afdeling forse incidenten
- 2020 Nov: opname klinisch forensische psychiatrie
- 2021 Feb: heropname GGZ; gaat even goed maar opnieuw forse incidenten en cliënt weigert zorg  
Juni: ontslag  
Aug: gevangenhouding PI  
Sept: onderzoek ZM, GD geeft negatieve verklaring vanwege benodigd beveiligingsniveau  
Okt: NIFP aangevraagd, cliënt werkt niet mee, advies is behandeling in TBS-setting
- 2022 Maart: TBS wordt niet toegekend, cliënt per direct vrij zonder zorg  
April: met crisismaatregel opgenomen op HIC GGZ

### 2.3 Mesosysteem

*Het mesosysteem betreft de relaties tussen de betrokkenen rond een cliënt. Welke behandelingssituatie is het meest gewenst?*

Wat deze doelgroep nodig heeft is eenduidigheid in de benadering en begeleiding. Dit vraagt dus om goede afstemming en samenwerking tussen de betrokken professionals en (indien aanwezig) het sociaal netwerk, met aandacht voor aanwezige machtsverhoudingen.

Stabiliteit in het team is hierbij van groot belang, richting de cliënt maar ook om het vol te kunnen houden als professional. Je moet elkaar kunnen vertrouwen en op elkaar kunnen bouwen. Dit vraagt ook om aandacht voor het veiligheidsgevoel bij medewerkers. Denk aan adequaat acteren door politie en justitie op bestaande dreiging of signalen daarvan. In de ggz kunnen professionals weerstand krijgen tegen deze doelgroep: “hier heb ik niet voor gekozen”.

Omdat het om complexe problematiek gaat, moet je als professionals ‘outside the box’ kunnen denken en werken, het past niet altijd binnen bestaande protocollen. Hierdoor zijn professionals het niet altijd eens over de aanpak. Dit kan ook voortkomen uit handelingsverlegenheid of doordat de organisatie niet kan bieden wat de cliënt nodig heeft (bijvoorbeeld door afbouw van intramurale plekken zonder versterking van ambulante mogelijkheden).

Daarnaast zijn verschillende soorten kennis en expertise nodig; dit is niet altijd aanwezig binnen of beschikbaar voor het behandelteam. Dit vraagt om het bundelen van expertises door multidisciplinaire samenwerking en een warme overdracht. Deze overdracht moet mondeling plaatsvinden (een dossier kan niet goed overbrengen wat nodig is) en professionals moeten elkaar meermaals kunnen raadplegen.

De wens van professionals is dat cliënten zoveel mogelijk op de bestaande plek kunnen blijven en dat daar expertise wordt toegevoegd (in plaats van het rouleren van cliënten, wat nu op sommige plekken beleid is). Door deze extra in het team te brengen vanuit de eigen organisatie of door dit van een externe partij te betrekken. Een gedeelde verantwoordelijkheid is hierbij van belang: niet het werk over de schutting gooien, maar “mijn cliënt = jouw cliënt”.

De laatste aanbevelingen voor de behandelingssituatie (outside the box werken, samenbrengen van expertises en dit realiseren op de plek waar de cliënt is) worden nog onvoldoende toegepast.

### 2.4 Exosysteem

*Het exosysteem betreft de totaliteit van de zorgorganisatie: denk bijvoorbeeld aan visie, organisatiemodel, leiderschap, personeelsbeleid en ontwikkeling van competenties. Wat vraagt de gewenste behandelingssituatie van de organisatie?*

De hiervoor beschreven complexiteit vraagt om een ‘gelijkgerichtheid’ in alle lagen en activiteiten van de organisatie. Dit vraagt ook om samenwerking binnen de organisatie zodat goed gebruik wordt gemaakt van alle beschikbare expertise van de verschillende professionals en afdelingen. De behoefte van professionals is dat zij gesteund worden door hun management, ook (juist!) wanneer ze protocollen noodgedwongen loslaten. Productienormen binnen een organisatie(onderdeel) kunnen hierin belemmerend werken (bijvoorbeeld dat een complexe cliënt wordt geweigerd omdat deze teveel ureninzet vraagt).

Omdat bij deze doelgroep expertise nodig is uit verschillende domeinen is een goede samenwerking tussen organisaties van belang; tussen zorgaanbieders en ook met politie en justitie (onder andere binnen het Zorg- en

Veiligheidshuis). Nu zijn het vaak nog gescheiden werelden. Het opbouwen van vertrouwen en overbruggen van verschillen kost veel tijd. Het model van de levenslooppaanpak biedt handvatten hiervoor.

Belangrijk is om niet eenzijdig naar de zorg te kijken bij de aanpak; de hele keten is nodig. Er zijn verschillende aanpakken die helpen om specifieke cliëntgroepen in beeld te houden en gezamenlijk beleid te voeren, zoals TopX, MDA++, persoonsgebonden aanpak en levenslooppaanpak.

Op al deze aspecten is verbetering nodig en mogelijk.

## 2.5 Macrosysteem

*Het macrosysteem omvat de samenleving en alle (beleids)ontwikkelingen die daarin plaatsvinden en van invloed kunnen zijn op de doelgroep. Wat is nodig aan randvoorwaarden om deze behandelingssituaties te realiseren?*

### Wetten en regels

Door de diversiteit van problematiek van de doelgroep hebben cliënten met diverse wetten en regels te maken, waardoor het een uitdaging is om de zorg en ondersteuning voor deze cliënten goed op elkaar af te stemmen. Tevens zitten in het huidige systeem en financiering niet de juiste prikkels en mogelijkheden voor samenwerking tussen organisaties en domeinen. Daarnaast kunnen afspraken die op landelijk niveau zijn vastgelegd voor het 'gewone leven' belemmerend werken voor de doelgroep; cliënten lopen bijvoorbeeld vast in de eisen die 'het landelijke systeem' stelt op het gebied van het bezit van een identiteitsbewijs en woonadres. Het juridisch kader kan ook belemmerend werken, bijvoorbeeld als de best passende plek alleen toegankelijk is met een forensische titel terwijl de cliënt deze niet (meer) heeft. Of als een zorgmachtiging wordt afgegeven, terwijl de cliënt niet passend

geholpen kan worden in de GGZ. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) maakt het soms ingewikkeld om gegevens te delen. Daarnaast zijn behandelaars zoekend wat ze kunnen delen met het oog op beroepsgeheim. Ook beleidsregels zoals het woonplaatsbeginsel en de eis dat een verstandelijke beperking bewezen aanwezig moet zijn voor het 18<sup>e</sup> levensjaar maken samenhangende zorg voor sommigen cliënten ingewikkeld.

### (Zicht op) vraag en aanbod

Voor goede zorg en behandeling van de doelgroep is een landelijk beeld nodig van de behoefte aan zorg in een forensische setting en hoe dit matcht met het aanbod in regio's. Deze data over vraag en aanbod plus afstemming tussen FZ-aanbieders en justitie kunnen bijdragen aan het borgen van de benodigde zorg. De ervaring is dat er momenteel te weinig voorzieningen zijn met woonbegeleiding en andere alternatieve vormen zoals beveiligd wonen, Skaeve Huse, Tiny House, et cetera. Gemeenten moeten hier goed in mee worden genomen vanwege hun rol in het beschikbaar stellen van (locaties voor) dergelijke voorzieningen.

### Professionals/professionalisering

De salariering is conform de CAO en daardoor bij deze complexe doelgroep gelijk aan de 'basiszorg' terwijl veel meer wordt gevraagd van professionals. Daarnaast zijn opleidingen sterk gericht op protocollair werken, terwijl complexe doelgroepen als deze juist vragen om outside the box denken en creatieve oplossingen. Dit betekent dat professionele autonomie moet worden gestimuleerd en gefaciliteerd (waarbij wel rekening moet worden gehouden met 'state of the art' zorg en tuchtrechtelijke toetsing).

Deze punten liggen niet alle binnen de invloedssfeer van organisaties in forensische en regulier zorg, maar ook binnen de bestaande kaders is vaak

meer mogelijk dan men denkt. Waar belemmeringen blijven bestaan, moeten deze op de juiste plek worden geagendeerd.

## 2.6 Chronosysteem

*Alle hiervoor beschreven systemen zijn niet statisch. Door de tijd heen veranderen dingen om een cliënt heen, waarbij het ene meer invloed op zijn gedrag zal hebben dan het andere. Wat vraagt dit van betrokken organisaties?*

Als je bij cliënten uit deze doelgroep terugkijkt in de tijd, zijn er vaak al vanaf jonge(re) leeftijd problemen. Bij mensen met een LVB wordt deze beperking niet altijd herkend, waardoor een stapeling van problemen kan ontstaan, bijvoorbeeld door overvraging. Ook leidt het niet herkennen van een LVB ertoe dat zij geen passende ondersteuning ontvangen. Dit verergert de problemen. Andersom gesteld: bij een goede signalering en screening van LVB kunnen problemen worden voorkomen.

Psychische problemen lijken op steeds jongere leeftijd te ontstaan; aandacht voor preventie is daarom van belang om te voorkomen dat mensen uiteindelijk in deze doelgroep terecht komen.

Verandertrajecten binnen organisaties of in de samenwerking tussen organisaties kunnen zowel positieve als negatieve effecten hebben op de zorg voor de cliënten. En door de extramuralisering van de ggz die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden is het moeilijker geworden om passende verblijfssettings te vinden voor deze cliënten.

## 3. Aspecten voor verbetering

*Om te komen tot verbetervoorstellen zijn we in gesprek gegaan met diverse professionals en hebben we via drie verschillende perspectieven zicht gekregen op relevante aspecten:*

- 1. Het organiseren van de zorg en ondersteuning rond de totaliteit van de cliënt?*
- 2. Hoe kom je tot passende trajecten?*
- 3. Hoe organiseer je voldoende handelingsruimte en handelingsbekwaamheid bij professionals?*

*Dit hoofdstuk bevat een overzicht van verschillende aspecten die verbeterd kunnen worden voor de zorg- en ondersteuningstrajecten aan de doelgroep. We hebben deze aspecten beschreven aan de hand van de verschillende systemen uit het ecologisch model.*

### 3.1 Zorg rond de totaliteit van de cliënt

We hebben allereerst besproken welke aspecten relevant zijn om tot verbetering van zorg- en ondersteuningstrajecten te kunnen komen als de cliënt echt centraal wordt gesteld.

#### Ontosysteem (cliënt)

Er dient geen discussie te zijn over wat “voorliggende” problematiek is. De cliëntgroep kenmerkt zich door een grote diversiteit aan problemen en deze zijn met elkaar verweven. De multiproblematiek moet daarom juist in samenhang worden bekeken en de aanpak moet gericht zijn op het bereiken van het door de cliënt gewenste toekomstperspectief (en het verminderen van veiligheidsrisico's voor derden).

#### Microsysteem (interactie met cliënt)

Het is van belang dat andere partijen en deskundigheid in een eerder stadium worden betrokken. Nu zijn alleen die professionals betrokken van de organisatie waar de cliënt in behandeling is. Alle afzonderlijke zorgprofessionals hebben kennis over een deel van de problematiek van de cliënt. Het is niet gewenst om cliënten op grond van deelproblematiek (bijvoorbeeld verslaving) af te schuiven naar een andere zorgorganisatie.

De overgang van het kader van structuur en beveiliging (forensische zorg) naar meer eigen regie en vrijheden in de specialistische ggz moet makkelijker gemaakt worden voor de cliënt. De overgang is nu vaak te groot. Beide zorgvormen kunnen de kloof kleiner maken:

- Professionals uit de forensische zorg kunnen de cliënt voorbereiden op meer regie door bijvoorbeeld te oefenen in vrijheden (zoals leren omgaan met de verleiding van drugs). In FPC's is hier al veel ervaring mee.
- Professionals uit de gespecialiseerde ggz kunnen de cliënt veiligheid bieden door bijvoorbeeld structuur aan te brengen en het personeel te

leren risico's in te schatten (zoals observeren wanneer bij de cliënt agressie oploopt). Het hanteren van signaleringsplannen helpt hierbij.

### **Mesosysteem (relaties tussen betrokkenen)**

De cliënt in totaliteit zien betekent alle deskundigheid samen inzetten. Gezamenlijk afvragen: wat is er aan de hand met deze cliënt, wat is er allemaal gebeurd en wat is er nodig? Belangrijke uitgangspunten bij de aanmelding zijn: de cliënt zelf zien en spreken (in plaats van óver de cliënt spreken) en gezamenlijk zorg leveren. De zorg en ondersteuning bouwen om de cliënt heen en de cliënt niet in hokjes stoppen.

Verschillende zorgorganisaties dienen één geheel te vormen en/of maken gebruik van elkaars deskundigheid. De cliënt kan door één organisatie worden behandeld, en deze organisatie kan ook expertise vanuit andere organisaties halen. Door tijdens de behandeling van de cliënt bij een organisatie al goede samenwerking te organiseren met andere organisaties wordt het opzetten van passende trajecten makkelijker.

Onbekend maakt onbemind. Daarom is het van belang om elkaar te ontmoeten en op zoek te gaan naar een gezamenlijk probleemhouders-gevoel. Binnen zowel de specialistische ggz als de forensische zorg bestaan gekleurde beelden over elkaar: over de cliënten, de behandeling en het personeel. Samenwerken begint bij vertellen wat je wel kan en wat je niet kan en in gesprek te gaan met elkaar. Niet vertellen wat de ander moet doen, maar je verdiepen in elkaars werelden en kijken naar wat je zelf kan doen (eventueel met hulp van de anderen). Organiseer een goede overdracht, waarbij de juridische aspecten daarvan niet uit het oog worden verloren (zoals een wettelijke grondslag voor het delen van relevante gegevens met diegenen die de gegevens nodig hebben).

### **Exosysteem (zorgorganisatie)**

Professionals ervaren veel tijdsdruk en hebben juist voor deze groep extra ruimte en tijd nodig. Dit betekent dat binnen de organisatie, gefaciliteerd door de verzekeraars, keuzes moeten worden gemaakt in productienormen en dat financiering voor niet-cliëntgebonden tijd wordt geregeld.

Regionale contacten en afspraken zijn nodig om gebruik te maken van elkaars deskundigheden en in de praktijk te kunnen af- en opschalen. Hierbij helpt het als per regio het zorg- en ondersteuningsaanbod voor deze groep in kaart is gebracht in relatie tot de zorg- en ondersteuningsvraag, met aandacht voor alle levensgebieden.

Gezamenlijk eigenaarschap voor deze doelgroep bij alle betrokken partijen in de regio is noodzakelijk. Zowel op bestuurlijk als op operationeel niveau. Op de werkvloer komt de samenwerking incidenteel wel tot stand, maar samenwerkingsafspraken op bestuurlijk niveau ontbreken veelal. Een voorbeeld van zo'n afspraak is dat per regio één partij andere betrokken organisaties kan uitnodigen voor een casusoverleg om een gezamenlijk traject en gezamenlijke expertises in te zetten. Regionale afspraken over de coördinatie van casusoverleg en de coördinatie van cliënten zijn essentieel om goede zorg te kunnen leveren.

Vanuit alle lagen binnen een organisatie dient men zich hard te maken voor deze doelgroep. Als een organisatie kiest voor deze doelgroep dient hier intern beleid op te worden ontwikkeld. Het vraagt een onvoorwaardelijke benadering door iedereen en verbindend leiderschap (zie bijvoorbeeld het project PRO). Als je kiest voor deze doelgroep betekent dit dat rekening moet worden gehouden met eventuele negatieve effecten voor medewerkers en de organisatie (zoals het risico op meer schade aan gebouwen).

### Macrosysteem (samenleving)

De regelgeving en bijbehorende inkoop en financiering bepalen nu waar iemand zorg ontvangt, maar dit zou andersom moeten zijn: de cliënt zou het uitgangspunt moeten zijn voor waar hij de zorg ontvangt.

Er is behoefte aan een doelgroepfinanciering (voor de behandeling een combinatie van DJI en Zorgverzekeringswet, aangevuld met Wmo of Wlz voor wonen en begeleiding) en een heldere maatschappelijke businesscase waarin duidelijk wordt wat de effecten zijn van goede zorg voor deze cliënten op de kosten en veiligheid in maatschappij. Daarnaast dienen organisaties afspraken te maken voor gegevensuitwisseling binnen de kaders van de wet (waaronder AVG en gezondheidswetgeving zoals rond het beroepsgeheim), zodat het mogelijk wordt om (informatie uit) cliëntendossiers tussen organisaties te delen.

### 3.2 Passende trajecten

Om meer zicht te krijgen op het creëren van passende trajecten hebben we ons tijdens dit gesprek met name gericht op de mogelijkheden om de zorg tijdig op- en af te schalen.

### Ontosysteem (cliënt)

Bij op- en afschalen van zorg is het van belang dat je uitgaat van de levensloop en de vraag van de cliënt, zodat je met elkaar kunt bepalen wat je moet bieden. Veel aandoeningen zijn chronisch/recidiverend, dus ook wanneer het een poos goed gaat is het van belang de cliënt te blijven ondersteunen (tenzij een grondige analyse aannemelijk maakt dat volledig afschalen realistisch is). Het gaat om het bieden van trajecten met een perspectief voor de cliënt. Maak vervolgens vanuit de vraag van de cliënt een signaleringsplan met alle betrokken partijen.

Voor regionale op- en afschaling van zorg is het nodig dat de zorgaanbieders in de regio met elkaar hebben vastgesteld voor welk type cliënten dit aan de orde is. Vervolgens is het van belang dat op regionaal niveau inzicht is in de aard en omvang van de zorgvraag in de regio (zodat dit kan worden afgezet tegen het beschikbare aanbod en het aanbod kan worden afgestemd op de zorgvraag).

Er zijn twee typen op- en afschalen:

- *Opschaling van ambulante naar klinische in crisissituatie.*  
De zorgvraag van de doelgroep is zodanig dat in het kader van opschalen binnen 20-30 minuten professionals van de eigen of een andere zorgaanbieder aanwezig moeten kunnen zijn.
- *Op- afschalen naar klinische setting van andere organisatie.*  
Bij overplaatsing van cliënten is het nodig dat de intake persoonlijk gebeurt, om te voorkomen dat een nieuwe cliënt op basis van alleen 'informatie op papier' wordt afgewezen. Bij de intake dient de cliënt altijd aanwezig te zijn en de overdracht te worden gegeven door een professional vanuit de forensische zorg (bij afschaling) of gespecialiseerde ggz (bij opschaling).

### Microsysteem (interacties met cliënt)

Op cliëntniveau is het van belang dat de betrokken professionals kunnen beschikken over alle relevante gegevens van de cliënt, zodat ze adequate zorg en behandeling kunnen geven. Begeleiders en behandelaars werken volgens richtlijnen en standaarden, maar dienen de vrijheid te hebben om niet-reguliere vormen van ondersteuning en behandeling snel in te zetten indien is gebleken dat geprotocolleerde vormen niet werken. Zorg voor een coördinator per cliënt (vergelijkbaar met de levensloopcoördinator) die de belangen van de cliënt behartigt en zich ervoor sterk maakt dat de cliënt de

juiste zorg en behandeling ontvangt. Indien mogelijk kan de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis hierin een rol spelen.

### **Mesosysteem (relaties tussen betrokkenen)**

Onder het motto 'jouw cliënt is mijn cliënt' dienen binnen zorgaanbieders afspraken te worden gemaakt over het op- en afschalen, zodat cliënten binnen zorgaanbieders de juiste zorg en behandeling ontvangen, met behoud van hun plek in de maatschappij. Dit moet dus ook door financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, DJI, gemeenten) worden gefaciliteerd. Zowel op- en afschalen van ambulante naar klinische als tussen twee verschillende vormen van klinische behandeling.

Het is van belang om tijd te nemen om elkaar te leren kennen en deskundigheid te kunnen overdragen. Leren van elkaar en met elkaar zoeken naar goede mogelijkheden voor op- en afschalen. Hierbij is het nodig dat de overgangen voor de cliënt niet te groot zijn en een warme overdracht tussen professionals plaatsvindt. Bij afschaling van zorg is het van belang om andere partijen eerder te betrekken.

Dit vraagt van professionals om in afschaal- en opschaaltrajecten te denken en vooruit te denken. Dit kan binnen de eigen organisatie bijvoorbeeld door cliënten over te plaatsen van HIC naar IHT, IHT deeltijdbehandeling of IHT bed en vice versa. Of door voor een beveiligingsniveau 2 (resocialisatieafdeling) een geleidelijke schaal aan te brengen tussen klinisch en ambulante. Maar de op- en afschaling kan ook plaatsvinden tussen forensische zorginstellingen en gespecialiseerde ggz-instellingen en instellingen voor (begeleid en/of beveiligd) wonen.

Om meer van elkaar te leren kan personeel van de ene afdeling/instelling/ woonvorm een paar dagen meewerken op een andere plek. Op- en afschalen

kan plaatsvinden door personeel in te zetten op afdelingen/instellingen/ woonvormen of te zorgen dat de cliënt langzaam overstapt van de ene naar de andere plek.

### **Exosysteem (zorgorganisatie)**

Zorgaanbieders hebben deels zelf de mogelijkheid om behandeling en begeleiding tijdens opname/verblijf goed te organiseren. Neem interne belemmeringen weg (zoals interne afrekening op lagere productiviteit op afdelingsniveau), zodat meer ruimte ontstaat voor samenwerking tussen afdelingen. Voorkom dat afdelingen allemaal verschillende regels hanteren voor het toelaten van cliënten en stimuleer samenwerking met andere afdelingen. Zorg dat de visie van 'jouw cliënt is mijn cliënt' binnen de gehele organisatie wordt nageleefd, van bestuurdersniveau tot medewerkersniveau; dat iedereen vanuit deze visie handelt en elkaar aanspreekt als niet op deze manier wordt gewerkt; dat signalen ook op bestuurdersniveau terecht komen en van daaruit adequate acties intern worden uitgezet.

Zorg hierbij dat alle professionals de scholing krijgen die relevant is in het kader van deze doelgroep en dat in de praktijk een vangnet is (bij andere professionals en bij leidinggevend) waarop medewerkers kunnen terugvallen.

Wat betreft het *opschalen in crisissituaties*:

- Voor het maken van regionale afspraken is het allereerst van belang dat wordt vastgesteld wat een regio is en hoe groot een regio moet zijn om binnen 20-30 minuten op te kunnen schalen. Vervolgens dient te worden besproken welke professionals/aanbieders worden ingezet in het geval van op- en afschalen (dit is een beperkt aantal zodat professionals/aanbieders de cliënten kennen bij recidive).

- Sluit in de regio zoveel mogelijk aan bij reguliere FACT-teams en help indien nodig bepaalde Wmo-teams bij het ontwikkelen van risicobewustzijn. Maak hierbij gebruik van ervaringen uit de ambulance wereld (bijvoorbeeld voor het organiseren van efficiënte aanrijtijden zodat binnen 20-30 minuten de benodigde expertise aanwezig is). Ga ook op zoek naar bestaande of nieuwe werkwijzen om meer samen te werken met andere partijen dan alleen zorgpartijen (zoals het traject Streettriage, dit is niet direct gericht op op- en afschalen, maar hierbij is een nauwe samenwerking tussen politie en zorgaanbieders als de politie in contact komt met een persoon met onbegrepen gedrag die overlast veroorzaakt).

Voor op- en afschalen in kader van passende trajecten is van belang:

- Zorg op regionaal niveau voor een helder inzicht in het zorgaanbod dat beschikbaar is, ook voor hele specifieke behandelvormen (zoals ECT) zodat direct duidelijk is welke aanbieder moet worden ingeschakeld voor het leveren van een bepaalde behandelvorm.
- Ga als bestuurders van de partijen in de regio samen in gesprek met de zorgverzekeraar om afspraken te maken over regionale op- en afschaling en met de gemeenten over passende huisvesting. Het helpt als een convenant wordt opgesteld, waarin ze verklaren dat partijen zich gezamenlijk inspannen voor mensen die een hoog beveiligingsniveau nodig hebben. Vervolgens is het van belang dat over dit convenant wordt gecommuniceerd naar alle medewerkers binnen de diverse organisaties, zodat de medewerkers elkaar hierop kunnen aanspreken. En de ervaringen vanuit de praktijk terugkomen op het niveau van de bestuurder en de afspraken regelmatig worden geëvalueerd.

Voor op- en afschalen is goede samenwerking noodzakelijk. Professionals ervaren afstand tussen verschillende vormen van zorg en disfunctionele beelden van elkaar over en weer. Er is nog in beperkte mate sprake van echte

bereidwilligheid tot samenwerking en het willen overnemen van goede voorbeelden. Je moet kartrekkers hebben om veranderingen binnen en tussen organisaties tot stand te brengen. Dit vergt bereidwilligheid (de echte wil) en gedrevenheid van bestuurders om daadwerkelijk aan de slag te gaan en samen leren door te doen in plaats van te blijven praten over de voorwaarden van samenwerking.

#### **Macrosysteem (samenleving)**

Creëer mogelijkheden voor domeinoverstijgende samenwerking. Dit betekent ook ruimte creëren in productienormen en financiering.

#### **Chronosysteem**

Zorg voor regelmatige evaluaties over de ervaringen met het op- en afschalen en pas werkwijzen hierop aan.

### **3.3 Handelingsruimte en handelingsbekwaamheid professionals**

Tot slot hebben we met professionals gesproken over de aspecten die van belang zijn om te zorgen dat iedereen deskundig is.

#### **Ontosysteem (cliënt)**

De cliënten in de doelgroep hebben complexe problematiek, maar wat zij willen voor hun leven is meestal eenvoudig: een eigen plek om te wonen en te leven. Het is belangrijk om eerst naar de persoon zelf te luisteren, door open en nieuwsgierig in gesprek te gaan over zijn verhaal en over zijn gewenste toekomst. Een complex probleem vraagt niet altijd om een complexe oplossing. Soms zijn situaties ook complex geworden doordat onze maatschappij complex is georganiseerd; dit moet de cliënt niet worden aangerekend.

Kenmerken van cliënten waar in het bijzonder rekening mee moet worden gehouden, is dat zij niet goed functioneren in een groep en nabijheid van begeleiders nodig hebben.

### **Microsysteem (interacties met cliënt)**

In de relatie met cliënten is handelingsbekwaamheid van belang. De neiging bij professionals en hun organisaties is om af te gaan op het dossier. Er wordt vaak over de cliënt gepraat in plaats van met. Vaak bevat het dossier heftige gebeurtenissen waardoor bij voorbaat wordt gedacht aan beveiligingsniveaus en maatregelen of wordt een cliënt zelfs geweigerd. Als je de cliënt ontmoet, blijkt het regelmatig mee te vallen en kun je het goed organiseren.

Hierbij is het ook van belang om vertrouwen hebben als professional: durf een risico rond de cliënt te nemen, dat je de cliënt ook durft los te laten (vergelijkbaar met je kind dat opgroeit). Daarnaast is het van belang om tijdens de behandeling te werken met een signaleringsplan. Als je weet door welke situaties de cliënt uit zijn evenwicht raakt en welke signalen daarbij horen, kun je als professional vroegtijdig actie ondernemen om terugval te voorkomen. Dit is mogelijk als je een realistische risico-inschatting maakt, rekening houdend met iemands voorgeschiedenis en problematiek.

Professionals moeten tijdig anticiperen: bij de start op een nieuwe plek moet je al met elkaar nadenken over het uitstroomperspectief, zodat je de toekomstige plek vroegtijdig kunt betrekken. In de voorbereiding op een overplaatsing van een cliënt is het belangrijk dat de cliënt alvast kan kennismaken met de nieuwe plek. Dit kan al wel een jaar van tevoren nodig zijn, zodat de cliënt ernaar toe kan werken en het team op de nieuwe plek goed is voorbereid.

### **Mesosysteem (relaties tussen betrokkenen)**

Net als in het microsysteem staat in het mesosysteem handelingsbekwaamheid centraal. Als het moment van overplaatsing daar is, moet een warme overdracht worden georganiseerd tussen de betrokken professionals. Daarnaast is het belangrijk dat de medewerkers tijdens hun werk veilig zijn en dit ook zo ervaren. Om dit te realiseren moet binnen de specialistische ggz het 'werken met risicotaxatie' worden versterkt. Het is van belang dat professionals samen reflecteren op de zorg die ze verlenen en dat teams leren om hierover met elkaar in gesprek te gaan.

Medewerkers worden in de basis geschoold op het gebied van psychiatrie, verslaving, LVB en veiligheid maar de koppeling met de praktijk mist. Op het moment dat deze medewerkers in de praktijk aan de slag gaan, ontstaan er vragen hoe ze met situaties om moeten gaan. Er is behoefte aan reflectie-momenten zodat beginnende medewerkers ervaringen kunnen delen en adviezen krijgen waar ze mee verder kunnen in de praktijk. Bijvoorbeeld door iemand vanuit de gehandicaptenzorg een paar dagen of weken mee te laten lopen die advies kan geven aan het team.

Niet iedereen hoeft expert te worden op alle terreinen. Professionals moeten vooral weten wanneer ze externe deskundigheid nodig hebben en waar ze die kunnen vinden.

### **Exosysteem (zorgorganisatie)**

Op het niveau van het exosysteem moet handelingsruimte gecreëerd worden voor professionals.

- Vanuit het management is leiderschap nodig dat mensgericht werken faciliteert. Deskundigheidsbevordering dient gericht te zijn op het ontwikkelen van competenties en training van medewerkers.

- Naast deskundigheidsbevordering op het gebied van cliëntkenmerken dient ook aandacht te zijn voor het ontwikkelen van een professionele houding, lef hebben en durven doen wat nodig is.
- Daarnaast dienen professionals altijd door hun leidinggevenden te worden gesteund bij de levering van de zorg (rugdekking). Managers moeten lef hebben om flexibel om te gaan met de zorglevering voor deze doelgroep.
- Om te zorgen dat professionals van verschillende organisaties elkaar kunnen inschakelen is het nodig dat op organisatieniveau afspraken zijn gemaakt over consultatie. Daarnaast is behoefte aan intervisie op team-niveau, een moreel beraad en casuïstiekbespreking tussen organisaties. Om hierin te voorzien is het van belang dat bestuurders van organisaties uit verschillende domeinen bereid zijn om hierin gezamenlijk te investeren.

De scholingsbudgetten dienen toereikend te zijn om deskundigheidsbevordering te kunnen blijven bieden. Deze budgetten worden in de praktijk niet altijd volledig gebruikt. Het is daarom van belang dat leidinggevenden de scholingsmogelijkheden meenemen in het jaargesprek, om medewerkers te prikkelen zich te ontwikkelen (waar nodig en aansluitend op de mogelijkheden en bevoegdheden).

Daarnaast kunnen organisaties de handelingsbekwaamheid en competenties van professionals voor deze doelgroep verbeteren door:

- inwerkprogramma's binnen organisaties uit te breiden (niet slechts één dag(deel) inwerken op de plek waar de persoon gaat werken, maar meerdere dagen op verschillende afdelingen binnen de organisatie);
- te faciliteren dat medewerkers in andere afdelingen kunnen 'duiken';
- faciliterend leiderschap, zelf het goede voorbeeld geven, voor te leven;
- inspiratie op te doen bij 'rebellens in de zorg', zoals beschreven in het onderzoek '[Op zoek naar goede leefsysteem](#)'.

De deskundigheidsbevordering binnen en tussen organisaties kan verbeteren door:

- stages tussen forensisch zorg en specialistische ggz te regelen; bij elkaar in de keuken te kijken om meer uitwisseling te krijgen;
- gezamenlijke intervisie en casusbespreking, al dan niet als onderdeel van overdracht van een specifieke cliënt;
- personeel uit te wisselen tussen afdelingen en tussen zorgaanbieders (een vorm van job rotation) om ervaring en expertise te delen.

### **Macrosysteem (samenleving)**

Wat betreft handelingsbekwaamheid zou het goed zijn als in alle basisopleidingen een vak 'samenwerken' wordt opgenomen. De neiging bestaat om door te specialiseren op kennis in plaats van op competenties in samenwerken. Daarnaast dient in de basisopleiding aandacht te worden besteed aan mogelijkheden om buiten gebaande paden te lopen, protocollen als hulpmiddel / handvatten te zien en niet als dwingend, zodat professionals leren om gemotiveerd te durven afwijken van protocollen en daarmee de beschikbare handelingsruimte benutten.

Om handelingsbekwaamheid bij andere professionals te vergroten willen ggz-professionals graag beschikbaar zijn voor consultatie. Hiermee kan onnodige inzet van zwaardere zorg worden voorkomen; denk aan de situatie dat een cliënt niet (meer) in zorg is en de huisarts een vraag heeft. Met een kort telefonisch contact kan een psychiater meedenken en advies geven, waardoor de huisarts de cliënt niet hoeft aan te melden voor een intake. In de huidige financiering is dit lastig; een laagdrempelige werkwijze met passende financiering is gewenst. Vanaf 2025 is er een prestatie voor de consultatiefunctie ggz in het sociaal domein. Hierdoor kan elke ggz-organisatie afspraken maken met de zorgverzekeraars over het bieden van consultatie aan sociaaldomein-organisaties.

## 4. Verbetervoorstellen

*Vanuit de verschillende perspectieven die we in het vorige hoofdstuk hebben beschreven, kwamen deels verschillende en deels vergelijkbare aspecten naar voren. In dit hoofdstuk hebben we deze aspecten omgezet naar uitgangspunten voor de zorg en de organisatie van zorg en vier concrete verbetervoorstellen waar aanbieders intern en samen met andere partijen in de regio mee aan de slag kunnen. Daarbij moeten ook randvoorwaarden door andere partijen worden ingevuld; deze beschrijven we in paragraaf 4.3. Zoals we in de introductie op hoofdstuk 1 al aangaven, zijn deze verbetervoorstellen en beschreven randvoorwaarden slechts een onderdeel van de oplossing.*

### 4.1 Uitgangspunten

Zorg en ondersteuning bieden aan deze groep is ingewikkeld: hoe complexer de groep hoe meer partijen er betrokken zijn, hoe meer beelden er zijn over oorzaken en oplossingen en hoe complexer de samenwerking wordt. De gewenste verbetering is alleen mogelijk wanneer alle partners (naast zorgaanbieders ook de financiers en andere systeempartijen) er samen voor gaan staan. Om deze gezamenlijkheid uit te drukken hebben we onderstaande uitgangspunten geformuleerd voor de beschreven doelgroep. Deze kunnen in een vervolgtraject verder worden uitgewerkt.

#### Uitgangspunten voor de zorg

- De totaliteit van de cliënt staat centraal: multiproblematiek wordt in samenhang bekeken en de aanpak/traject is gericht op het bereiken van het door de cliënt gewenste toekomstperspectief, waarbij zowel zorg als welzijn worden meegewogen. Welke problematiek 'voorliggend' is, is geen issue.
- Inzet is ambulant, tenzij langdurig wonen beveiligd/ beschermd gewenst is door de cliënt of nodig is voor veiligheid in de samenleving. Bij deze doelgroep is sturen op en meewegen van risico's van gedrag voor de samenleving belangrijk. Wanneer ambulante inzet passend en mogelijk is, wordt gezorgd voor bestaanszekerheid van inkomen, huisvesting, zingeving, dagbesteding voor de cliënt.
- De cliënt krijgt maatwerkgerichte zorg op de plek waar hij is of - als een andere plek beter past bij vraag / behoefte - met een goede overdracht naar de nieuwe plek. Met andere woorden: expertise wordt naar cliënt gebracht in plaats van andersom. Dit vraagt om flexibele trajecten die steeds worden aangepast aan de vraag. Flexibel betekent op- en afschalen van vormen van zorg (beveiligingsniveaus) maar ook van ambulant naar klinisch en vice versa.

- Betrokken organisaties ontwikkelen maatwerktrajecten binnen de mogelijkheden van beschikbare capaciteit en draagkracht personeel.
- Elke cliënt heeft een zoveel mogelijk passende woonplek, met maatwerk op vormen van wonen gecombineerd met bescherming, mate van behandelen en/of begeleiden. Bijv. langdurig wonen waarbij sprake is van “blijvend vertrouwen” in de cliënt.
- Wanneer er een spanningsveld is tussen woonplaatsbeginsel en regio-binding van cliënt gaan we hier op casusniveau het gesprek over aan.

### **Uitgangspunten voor organisatie van zorg:**

#### Uitgangspunten organisatie intern:

- Bestuurders faciliteren hun medewerkers in handelingsruimte bij deze cliënten (rugdekking), maar ondersteunen ook als het niet meer kan. Veerkracht en veiligheid bij de medewerkers zijn relevante factoren om mee te wegen bij plaatsing. Zorgorganisaties bieden goede arbeidsvoorwaarden met het oog op veiligheid en vertrouwen van personeel.
- Om trajecten met perspectief voor cliënten te ontwikkelen werken we planmatig. Binnen iedere organisatie wordt coördinatie geregeld om de visie te blijven uitdragen en de samenwerking intern en extern te bevorderen.

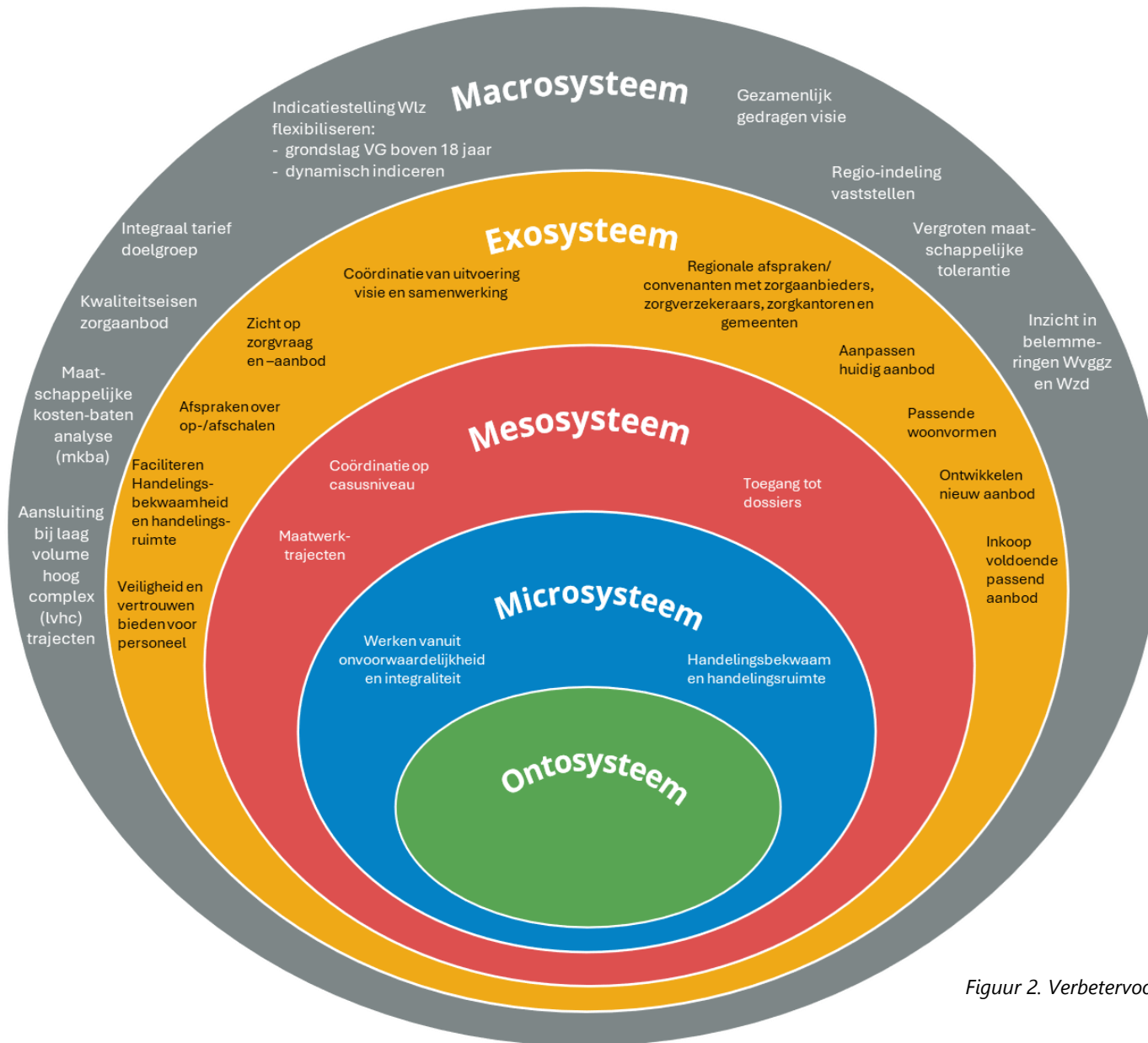
#### Uitgangspunten organisatie met ketenpartners in de regio:

- Duurzaam perspectief voor de cliënt is leidend voor de organisatie van zorg en ondersteuning. Alle partijen (aanbieders, financiers en andere ketenpartners) werken hieraan mee vanuit een gezamenlijke ambitie en doelen.
- Hiervoor hebben we elkaar als organisaties en domeinen nodig, complexe casuïstiek is van ons allemaal: aanbieders forensische zorg, aanbieders specialistische ggz, aanbieders gehandicaptensector,

aanbieders BW, verslavingszorgaanbieders, gemeenten, zorgkantoor, zorgverzekeraars, DJI, GGD, woningcorporaties, Zorg- en veiligheids-huizen, politie OM.

- We zetten ons actief in voor samenwerking over de domeinen heen en vertrouwen op elkaars deskundigheid. Wederzijds vertrouwen en samen eigenaarschap zijn sleutelwoorden. Samenwerken = bijdrage leveren zodat een ander zijn werk kan doen. Dit vraagt ook om ketenafspraken waarin ruimte is om te handelen (ook financieel) en achteraf het gesprek te voeren over gemaakte keuzes (en hiervan te leren voor volgende situaties).
- We verdragen dat niet alles maakbaar is; incidenten kunnen altijd gebeuren en inclusie betekent soms ook risico's nemen (soms samen) met cliënten.
- We spreken landelijk af welke regio-indeling we hanteren, rekening houdend met de bestaande indelingen, zoals centrumgemeente-, zorgkantoor- en veiligheidsregio.
- In elke regio is continuïteit van woonvormen geregeld: van zelfstandig naar langdurig klinisch wonen. Wat niet op regionale schaal kan, bundelen we bovenregionaal.
- In de regio zijn afspraken over flexibel op- en afschalen tussen zorg-aanbieders, inclusief afspraken over vervolgttrajecten.
- In de regio zijn afspraken over duurzaamheid van deze organisatie van zorg en manier samenwerken: we gaan dit aan voor komende 10 jaar.

Vanuit deze uitgangspunten hebben we een aantal verbetervoorstellen uitgewerkt die we in de volgende figuur hebben verdeeld over de verschillende systemen van het ecologisch model. Hierin hebben we ook een aantal randvoorwaarden verwerkt. In paragraaf 4.2 hebben we de uitwerking van de verbetervoorstellen nader beschreven en in 4.3 de randvoorwaarden.



Figuur 2. Verbetervoorstellen per laag van het ecologisch model.

## 4.2 Verbetervoorstellen

Afhankelijk van de bestaande situatie zijn deze voorstellen meer of minder van toepassing voor individuele professionals en organisaties.

### 1. Ontwikkel een gezamenlijke visie op de doelgroep

Ga met alle betrokken organisaties in de regio en met alle betrokken professionals binnen een organisatie in gesprek over wat van belang is voor duurzame trajecten en samenhangende zorg en ondersteuning voor deze doelgroep. Voor dit gesprek op regioniveau vanuit de opdracht om het met elkaar op te pakken: iedereen levert een bijdrage, je kunt je hier niet aan onttrekken. Kijk hiervoor ook naar de afspraken/ervaringen met de Ketenveldnorm. Onderdelen die minimaal in een gezamenlijke visie moeten worden uitgewerkt:

#### *Overeenstemming over uitgangspunten*

De in paragraaf 4.1 beschreven uitgangspunten moeten in de regio worden doorleefd om tot een gezamenlijk handelingskader te komen.

#### *Onvoorwaardelijke benadering*

Van iedere organisatie wordt op iedere laag, van bestuurder en burgemeester naar managers, professionals en ondersteunende diensten een onvoorwaardelijke benadering verwacht. Dit betekent dat iedereen achter de zorg en behandeling staat die wordt geboden en elkaar hierin (onder)steunt. Dit vraagt lef om gemotiveerd af te wijken van protocollen en volledig vertrouwen in elkaar. Hiervoor is action learning nodig op alle niveaus in de organisatie en tussen organisaties.

#### *Integrale benadering van de cliënt*

Door de multiproblematiek van cliënten is expertise van verschillende zorgprofessionals nodig. Het is van belang dat zorgprofessionals continu met

elkaar samenwerken en expertise inschakelen die nodig is. Binnen organisaties betekent dit dat de organisatie zo wordt ingericht dat de inzet van expertise vanuit verschillende afdelingen wordt bevorderd en niet wordt belemmerd door interne administratieve afspraken (zoals afspraken over productienormen).

#### *Coördinatie van uitvoering visie en samenwerking*

Om afspraken over deze doelgroep intern en tussen organisaties te laten slagen is het goed om binnen iedere organisatie de rol van coördinator aan een betrokken professional toe te wijzen. De taak van deze persoon is om de visie te blijven uitdragen en de samenwerking intern en extern te bevorderen.

### 2. Creëer zicht op de zorgvraag en het aanbod in een regio

Om de cliënt een zorgtraject te kunnen bieden met op- en afschalingsmogelijkheden is het van belang om goed zicht te krijgen op de zorgvraag van de individuele cliënt en overstijgend van de gehele cliëntgroep. Om vervolgens goede plaatsingen te kunnen doen is zicht nodig op het zorgaanbod (inclusief woonplekken) van alle zorgorganisaties in de regio. Een regionale insteek is van belang, zodat vanuit de regio de regio, invulling en voorwaarden vormgegeven (dit kan niet landelijk worden bepaald). De focus ligt hierbij op de vraag: welke cliënt heeft welke setting/aanbieder nodig? Dit vraagt afspraken op verschillende niveaus:

#### *Individueel cliëntniveau*

- Werken vanuit een integrale benadering van de cliënt door continu met elkaar samenwerken en expertise inschakelen die nodig is vanuit verschillende organisaties (ook vanuit gemeenten, zorg- en veiligheidshuizen). Niet ieder voor zich, maar samen kennis delen en vaardigheden leren. Ook binnen een grote organisatie met verschillende afdelingen.

- Bepalen wie dossierhouder is en zorgen dat die toegang heeft tot alle dossiers; bepaal de dossierhouder op basis van het zwaartepunt van de verantwoordelijkheid voor regie en coördinatie.

#### *Regionaal niveau*

Stel met elkaar vast wat een regio is en geef inzicht in de totale zorgvraag en het actueel beschikbare aanbod voor deze cliëntengroep. Dit gaat over forensisch zorgaanbod niveau 1, 2 en 3, specialistische ggz, verslavingszorgaanbod, gehandicaptenzorgaanbod (klinisch en ambulant) en het beschermd wonen aanbod. Inventariseer per regio welke eventuele aanpassingen in het aanbod nodig zijn op basis van ontwikkelingen in de zorgvraag. Het geeft een beeld van welk aanbod (boven)regionaal aanwezig is en hoe daarmee afspraken gemaakt kunnen worden. Voor dit regionale overzicht is het nodig dat zorgorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI met elkaar afspraken maken over het aanleveren en delen van deze gegevens.

Het is van belang om aan te sluiten op andere bestaande overlegtafels in plaats van weer iets nieuws te creëren; zorg dat deze doelgroep standaard op de agenda komt van bestaande tafels waar zowel zorg als veiligheid aan de orde komt. Zet in op het beter verbinden van bestaande verbanden.

### **3. Ontwikkel passend aanbod of maak aanbod passend**

Om te zorgen voor voldoende passend aanbod dienen organisaties zich in te zetten om huidige voorzieningen aan te passen of nieuwe voorzieningen te creëren.

*Aanpassen van huidig aanbod in de specialistische ggz, verslavingszorg, gehandicaptenzorg en het beschermd wonen*

In de reguliere zorg moet de herstelgerichte aanpak gecombineerd worden met risicotaxatie van gedrag van de cliënt: op de-escalatie en het bieden van

relationele veiligheid door het bieden van structuur en begrenzen. Na inventarisatie van het aanbod in een regio kunnen aanbieders afspreken met elkaar welk aanbod in de reguliere zorg meer passend gemaakt wordt voor deze doelgroep. En wat gedaan gaat worden om de aansluiting tussen de reguliere zorg en de forensische behandelsetting met beveiliging te verbeteren. Met tevens aandacht voor afschalen van de beveiliging in de forensische zorg naar reguliere zorg om de overgang verkleinen.

#### *Creëren van nieuwe voorzieningen*

Op basis van de inventarisatie van het regionale (en eventueel bovenregionale) aanbod en op basis van de zorgvraag van de gehele cliëntengroep (casussen bundelen) wordt geconstateerd wat er gemist wordt. Voorbeelden van benodigde voorzieningen zijn:

- Langdurige verblijfsvoorzieningen/behandelvoorzieningen die onvoorwaardelijk verblijf bieden: wat de cliënt ook doet hij mag hier blijven.
- Beschermd woonvoorzieningen met eventueel beveiligingsniveau of gericht op het bieden van relationele veiligheid; dit vraagt om samenwerking tussen het beschermd wonen, specialistische ggz, verstandelijke gehandicaptenzorg en verslaving. Bijvoorbeeld BW+.
- Resocialisatie afdeling voor afschalen naar beveiligingsniveau 2 en 1.

Om de inzet van expertise tussen organisaties te bevorderen is regionaal bestuurlijk commitment nodig, vastgelegd in *regionale afspraken of eventueel convenanten* tussen zorgorganisaties die de samenwerking op de werkvloer bevorderen en faciliteren.

Het is het meest logisch om de overstijgende regie op de gezamenlijke aanpak bij het veiligheidshuis neer te leggen; niet bij zorgpartijen (die kunnen wel op casusniveau regie voeren).

Tot slot zijn *regionale afspraken op- en afschalen zorg in kader van passende trajecten* nodig tussen zorgaanbieders afspraken met elkaar over op- en afschalen in trajecten van cliënten (inclusief werkwijze bij crisissituaties). Hierbij horen ook afspraken over bijvoorbeeld de wijze van toewerken naar de andere zorgsetting; de wijze van overdracht; gegevensdeling en het inzetten van elkaars deskundigheid.

#### 4. Vergroot handelingsbekwaamheid en handelingsruimte

In paragraaf 3.3 zijn diverse mogelijkheden geschetst om deskundigheidsbevordering te organiseren. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn:

- Steun aan professionals van leidinggevendenden (tot en met bestuur) om zo nodig te mogen afwijken van protocollen.
- Uitwisseling tussen teams en professionals van verschillende afdelingen/organisaties en reflectie tussen teams en professionals, zoals intervisie of casusbespreking over de domeinen heen.
- Leiderschap die dit gedachtengoed uitdraagt (dat deze doelgroep tot het aanbod behoort).
- Goede koppeling van opleiding/training met de praktijk; breng expertise naar een team toe en laat experts meekijken of een tijdje meewerken om gericht adviezen te kunnen geven.
- Deskundigheidsbevordering die naast inhoud ook op professionele houding en samenwerking is gericht.
- Keuzes voor passende productienormen en zorgen dat financiering voor niet-cliëntgebonden tijd wordt geregeld.
- Aandacht voor risicotaxatie en risicobeheersing, hiervoor is een landelijk aanbod van scholing voor professionals gewenst (het EFP kan hierin een rol spelen).
- Action learning om op een nieuwe manier naar uitdagingen te kijken en zelf met innovatieve oplossingen te komen.

Praktisch gezien is hiervoor nodig dat een regio overzicht heeft van waar welke expertise aanwezig is, werkafspraken over wanneer en hoe deze in te zetten is en dat informatie zoals mobiele nummers van betreffende medewerkers beschikbaar zijn.

In aanvulling hierop is van belang om externe partijen (zoals de IGJ) te laten zien dit een specifieke doelgroep is die echt andere zorg nodig heeft; hierbij is het van belang om open te zijn over incidenten, zodat anderen hiervan kunnen leren en tegelijk duidelijk wordt wat echt helpt.

#### 4.3 Randvoorwaarden

We hebben in dit traject gekozen voor een insteek die gericht is op oplossingen die binnen het huidige systeem gerealiseerd kunnen worden. Het blijft echter goed om de systeemwereld kritisch te beschouwen en te zien waar deze de bedoeling van samenhangende zorg belemmert. Zowel de professionals als de bestuurders gaven aan dat verbetering in de samenwerking slechts een deel van de oplossing is. Om de verbetervoorstellen te kunnen realiseren is het noodzakelijk dat de volgende randvoorwaarden (veelal landelijk niveau) worden ingevuld:

1. Flexibiliseren van indicatiestelling. Specifiek genoemd zijn 1) de toekenning van de grondslag Verstandelijk gehandicapt in de Wlz bij mensen boven de 18 jaar en 2) om bij mensen met een Wlz-indicatie dynamisch te kunnen indiceren (dat wil zeggen dat het indicatiebesluit rekening houdt met mogelijkheden voor op- en afschalen).
2. Passende financiering en inkoop. Specifiek genoemd zijn een integraal, maatwerkgericht tarief voor de doelgroep, afspraken over 'eerst leveren en achteraf verantwoorden' en (op regionaal niveau) inkoop van voldoende passend aanbod in de Wlz door zorgkantoren.

3. Ontwikkelen van een maatschappelijke kosten baten analyse (MKBA), waarbij zicht is op de kosten en baten verdeeld over de verschillende (zorg)domeinen.
4. Kwaliteitseisen voor organisaties die zorg aan deze doelgroep willen leveren, gericht op aanwezige deskundigheid en netwerk.
5. Vergroten van maatschappelijke tolerantie door positieve media-aandacht: wat gaat er goed?
6. Inzicht in belemmeringen en mogelijkheden om cliënteninformatie te mogen delen vanuit de privacywet (de Algemene Verordening Gegevensbescherming, AVG).
7. Inzicht in belemmeringen en mogelijkheden rond wetgeving onvrijwillige zorg (Wzd/Wvvgz).
8. Op lokaal en regionaal niveau organiseren van passende huisvesting, zodat een woonprobleem niet met zorg hoeft te worden opgelost.
9. Aansluiting onderzoeken van deze doelgroep op de regeling voor lvhc-doelgroepen (laag volume hoog complex).

#### 4.4 Reflectie

Ter afsluiting van de rapportage hebben we nog een aantal punten die ons zijn opgevallen tijdens de twee sessies:

- Het is heel waardevol om met elkaar aan tafel over de domeinen heen in gesprek te gaan. Het geeft een gevoel van gedeeld probleem-eigenaarschap, gedeelde urgentie en een gedeeld beeld van oplossingsrichtingen. Dit is een goede eerste stap in de richting van verbetering.
- Bestuurders en professionals van zorgaanbieders ervaren in de praktijk veel belemmeringen met het huidige systeem, dat zich kenmerkt door hokjes die zijn ingericht op basis van problematiek en medicalisering waarbij de mens uit het oog is verloren. Bij een deel heerst het gevoel dat zonder aanpassing van het systeem geen zinvolle verbetering mogelijk is.

Het is daarom van belang om landelijk tot een gezamenlijke visie op deze groep te komen, om vanuit die visie binnen het systeem tot verbetering te komen én te adresseren waar aanpassingen in het systeem noodzakelijk zijn.