

Op zoek naar de best passende zorg

Resultaten pilots met hoog risico patiënten



Datum

8 februari 2019

Opdrachtgever

Ministerie van Justitie en Veiligheid en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Contact

Marianne Molenaar / m.molenaar@aef.nl

Floor Hoogeboom / f.hoogeboom@aef.nl

Referentie

GD29/rapport pilots hoog risico patiënten

Foto: Hollandse Hoogte

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

Andersson Elffers Felix

Samenvatting rapport pilots hoog risico patiënten



Waarom de pilots: voor sommige patiënten in de (forensische) ggz is het moeilijk om een passend zorg- en begeleidingsaanbod te organiseren. Het gaat om mensen die te maken hebben met een combinatie van problematiek, zoals een psychische/psychiatrische stoornis, verslaving en (vaak) een licht verstandelijke beperking, waarbij het risico op gevaarlijk gedrag groot is. Zij hebben een verleden van vele delicten, vaak op het gebied van agressie. Het zorgaanbod voor deze patiënten is versnipperd en het lukt onvoldoende om de aansluiting vanuit een strafrechtelijk kader naar reguliere zorg goed te vinden.



Doel van de pilots: in 2017 hebben zorgaanbieders Antes en Transfore pilots uitgevoerd rond deze patiënten, om werkenderwijs te onderzoeken wat er nodig is om deze zorg wél goed te organiseren. Het betreffen pilots van kleine omvang: bij Transfore werden acht patiënten begeleid in de pilot, bij Antes zeven. Dat betekent dat de inzichten die de pilots opleveren een voorzichtige interpretatie vragen. Tegelijkertijd bieden de pilots wel degelijk handvatten om in de toekomst de zorg voor deze patiënten beter vorm te geven.



Werkwijze in de pilots: Transfore en Antes hebben een verschillende werkwijze gehanteerd. Het Forensisch FACT team van Transfore intensiverde de bestaande werkwijze, door bijvoorbeeld iemand extra te bezoeken, of al contact leggen met een nieuwe patiënt, terwijl hij nog in een kliniek verblijft. Zij investeerden actief in het winnen van vertrouwen. Daarnaast investeerde Transfore in de regionale samenwerking. Het team van Antes werkte met de Resource Assertive Community Treatmen (R-ACT), een aanvullende methodiek op Forensisch FACT. Deze methode betreft de patiënt heel actief in de behandeling en vormt met hem een resourcegroep uit zijn netwerk.



Resultaten van de pilots: de intensieve inzet rond de patiënten zorgde ervoor dat de problematiek van mensen niet verergerde en de hectiek verminderde; er waren minder overlastmeldingen en er vonden bijna geen strafbare feiten plaats. Door een stap extra te zetten voor mensen ontstond er meer stabiliteit in hun leven. Terugval werd voorkomen door regelmatige inname van medicatie of het vinden/behouden van een passende woonplek. Daarnaast loonde het investeren in collega-instellingen; zij wisten zich meer geëquipeerd om met de patiënten te werken.



Inzichten uit de pilots: het zetten van kleine stappen kan al een groot resultaat opleveren: het is al grote winst als terugval in middelengebruik of crimineel gedrag voorkomen wordt. De pilotorganisaties trekken de volgende lessen:

- a.) **Zorginhoudelijk** hebben de patiënten stabiliteit nodig. Deze stabiliteit ontstaat door een passende woonomgeving, werk-/dagbesteding, sociale relaties en regelmatige inname van medicatie. Een multidisciplinair team van zorgverleners dat vertrouwd raakt is cruciaal. Van zorgverleners en zorgaanbieders vraagt dit volharding en blijven investeren. Het betrekken van naasten kan een steun in de rug bieden voor de patiënt en helpt zorgverleners tijdig te signaleren wanneer mensen 'afglijden'.
- b.) **Samenwerking in de keten** is noodzakelijk; daarvoor is het nodig structuren in te richten (zowel op uitvoerend als bestuurlijk niveau) en elkaar te leren kennen. Deze patiënten hebben verschillende vormen van zorg nodig en dat vraagt (regionale) samenwerking. Ook zijn de patiënten vaak niet meer welkom in de instellingen in de regio. Het is behulpzaam als een partij verantwoordelijkheid neemt voor de patiënten en regie voert.
- c.) **Knelpunten** om de zorg goed vorm te geven bestaan uit:

- Versnippering in de zorg door verschillende financieringsstelsels (Wfz, Zvw, Wmo) en bijbehorende procedures. Specifiek aandachtspunt is de eigen bijdrage die patiënten moeten gaan betalen voor ambulante begeleiding wanneer zij vanuit de Wfz overgaan naar de Wmo of Zvw.
 - Terughoudendheid van mensen/organisaties om (nogmaals) te investeren in deze patiënten; zij hebben vaak voor veel overlast gezorgd door agressieproblematiek.
 - De onmogelijkheid om een passende woonplek te vinden, met name voor patiënten die te maken hebben met een combinatie van hulpvragen op het gebied van verslaving, ggz en een licht verstandelijke beperking.
 - Op- en afschalen van zorg kost veel ‘leuren’ bij andere partijen; het organiseren van een opname of time-out is niet eenvoudig.
 - Er is een groot personeelstekort in de ggz.
- d.) **Financiering** van de zorg voor hoog risico patiënten blijft een aandachtspunt. De zorg vergt intensieve inzet van zorgverleners. Daarnaast is er relatief veel indirecte tijd nodig voor samenwerking in de keten en is er sprake van een hoge ‘no show’ van patiënten. Ook het ‘investeren aan de voorkant’, voordat iemand in zorg is bij jou als aanbieder, wordt normaal gesproken niet vergoed. De zorgkosten voor deze patiënten zijn dus hoog en moet passen binnen het ‘financiële vierkant’ waarbinnen zorgaanbieders werken. De extra financiële middelen binnen de pilot hielpen om te zoeken naar creatieve (en wellicht op lange termijn goedkopere) oplossingen.



Hoe verder: de *ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg* biedt aanknopingspunten om de zorg voor hoog risico patiënten goed vorm te geven. De cliënten waarvoor de ketenveldnorm ontwikkeld is, zijn vergelijkbaar met de mensen die begeleid zijn in de pilots hoog risico patiënten. De pilots laten een aantal aandachtspunten zien en roepen vragen op bij het vormgeven van passende zorg voor deze mensen:

- Verken wat er zorginhoudelijk nodig is voor deze patiënten: de pilots laten zien dat het organiseren van *stabiliteit* via een passende woonplek, sociaal netwerk en het hebben van werk belangrijk is om het risico op recidive te voorkomen. Wat voor soort team heb je hiervoor nodig? Wat vraagt dit van samenwerking in de keten? En hoe kan je blijvende begeleiding vormgeven op de langere termijn?
- Hoe kan je maatwerk bieden door de schotten van financiële en wettelijke kaders heen? Maak met elkaar de koppeling tussen de leefwereld en de systeemwereld.
- Hoe kan je ervoor zorgen dat de zorg zo dicht mogelijk bij de persoon georganiseerd is en zo min mogelijk klinische opname nodig is?
- Kan je in de bekostiging van de zorg zoeken naar andere manieren van afrekening dan op basis van een gemiddelde, waardoor de hoge zorgkosten geen belemmering vormen om deze patiënten in zorg te nemen?
- Zorg voor een heldere toegang tot deze intensieve vorm van zorg, zoals de levensloopfunctie. Hanteer duidelijke criteria; zorg voor een transparant proces van toetsing en organiseer mandaat om deze zorg in te zetten.
- Blijf samenwerken rond deze patiënten: deze zorg kan je niet alleen bieden.

Inhoud

Samenvatting rapport pilots hoog risico patiënten.....	3
1 Achtergrond en doel van de pilots en van deze rapportage	6
1.1 Achtergrond en doel van de pilots	6
1.2 Doel van deze rapportage.....	7
2 Opzet en opbrengsten pilot Transfore	8
2.1 Opzet van de pilot bij Transfore	8
2.2 Uitvoering van de pilot bij Transfore.....	9
2.3 Inzet van menskracht en middelen	13
2.4 Knelpunten in de uitvoering en financiering	15
2.5 Resultaten en lessen uit de pilot	15
3 Opzet en opbrengsten pilot Antes	17
3.1 Opzet van de pilot bij Antes.....	17
3.2 Uitvoering van de pilot bij Antes	18
3.3 Inzet van menskracht en middelen	23
3.4 Knelpunten in de uitvoering en financiering	24
3.5 Resultaten en lessen uit de pilots.....	25
4 Lessen: goede zorg organiseren voor hoog risico patiënten	27
4.1 Wat leren de pilots?.....	27
4.2 Terugblik op het monitoringsproces van de pilots.....	29
5 Hoe verder: de ketenveldnorm	31
5.1 Aandachtspunten bij de zorg aan hoog risico patiënten.....	31

1 *Achtergrond en doel van de pilots en van deze rapportage*

Voor u ligt de rapportage over de pilots die Antes en Transfore van oktober 2017 tot oktober 2018 uitvoerden rond 'hoog risico patiënten'. In dit eerste hoofdstuk leest u wat de achtergrond en het doel van de pilots was en wat het doel van deze rapportage is.

1.1 **Achtergrond en doel van de pilots**

Hoog risico patiënten

Er zijn in Nederland patiënten¹ waarmee (forensische) ggz-instellingen en instellingen voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking moeilijk uit de voeten kunnen, vanwege de meervoudige problematiek van deze patiënten. Het gaat om mensen die te maken kunnen hebben met een combinatie van:

- Psychiatrische problematiek
- Verslaving aan middelen
- Een verstandelijke beperking

Er is vaak sprake van agressie en geweld, ook ten opzichte van hulpverleners, waardoor mensen niet meer welkom zijn in instellingen. De patiënten komen veelvuldig in aanraking met politie en justitie en zitten dan weer 'binnen' met een strafrechtelijke titel en dan weer buiten, al dan niet in zorg. Het risico op ontwrichtend en gevaarlijk gedrag is groot, het gaat om 'hoog risico patiënten'.

Met name de overgang tussen de periode waarin iemand in een kliniek of penitentiaire inrichting zit met een strafrechtelijke titel en daarna weer naar buiten gaat is cruciaal. Juist dan ontbreekt het nu vaak aan een adequaat zorg- en begeleidingsaanbod. De zorg is bijvoorbeeld versnipperd of afwezig en er is onvoldoende forensische kennis aanwezig bij hulpverleners. Dat vergroot de kans dat deze patiënten snel weer 'afglijden' en het risico op gevaarlijk gedrag groot is.

¹ In deze rapportage spreken we over 'patiënten', omdat deze term in de opzet van de pilot is gehanteerd en het gaat om mensen met een psychisch of psychiatrisch ziektebeeld. Voor het woord patiënten kan ook 'cliënten' gelezen worden.

Doel pilots: onderzoeken wat er nodig is om een adequaat zorg- en begeleidingsaanbod in te richten

Om te onderzoeken wat er nodig is om wél een adequaat zorg- en begeleidingsaanbod voor deze hoog risico patiënten in te richten, hebben Transfore en Antes geëxperimenteerd in een pilot. Het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) hebben hiervoor extra middelen beschikbaar gesteld, voor organisaties die zich op vernieuwende wijze actief willen inzetten voor het organiseren van continuïteit van zorg. De pilots richten zich op de volgende vragen:

- Wat is er nodig om een adequaat zorg- en begeleidingsaanbod in te richten?
- Wat ‘werkt’ er voor deze patiënten, welke inzet van zorg of begeleiding is nodig?
- Wat is er nodig in de samenwerking in de keten / regio?
- Tegen welke belemmeringen lopen de organisaties aan bij het vormgeven van de zorg en begeleiding? Bijvoorbeeld juridische, financiële of organisatorische belemmeringen?
- In hoeverre kan de zorg en begeleiding vorm krijgen binnen bestaande financiële kaders?
- Welke lessen kunnen andere regio’s en organisaties trekken vanuit de pilots?

Antes en Transfore zijn beide op verschillende wijze aan de slag gegaan rond de patiënten. Transfore had al geïnvesteerd in het opzetten van een regionale samenwerkingsstructuur om continuïteit van zorg te borgen en heeft deze verder uitgebouwd. Ook was er al een forensisch FACT-team, dat in de pilot samenwerkte met het reguliere FACT-team. Voor Antes gold dat in de organisatie positieve resultaten zijn geboekt met een nieuwe methode, de Resource Assertive Community Treatment (R-ACT) methodiek. Antes heeft in de pilot daarom deze methode ingezet voor de hoog risico patiënten en hiervoor een nieuw team opgebouwd.

De ministeries hebben Andersson Elffers Felix (AEF) gevraagd de pilots te monitoren en de resultaten te verwerken in een rapportage. Deze rapportage ligt nu voor u.

Daarbij past ook een woord van dank en bewondering van AEF aan alle betrokkenen bij Antes en Transfore die hun ervaringen in de pilot hebben willen delen en die inzage hebben gegeven in de werkwijze en opbrengsten van de pilot. Als onderzoekers zijn we onder de indruk van de bevoegdheid en inzet van de zorgverleners om de patiënten heen. Dat je juist een stap extra wilt zetten voor mensen die door anderen al lang zijn opgegeven, dat is heel bijzonder.

1.2 Doel van deze rapportage

Het doel van deze rapportage is u inzicht te geven in de resultaten en inzichten die de pilots opleveren. Daarnaast is de wens dat de pilots lessen bieden voor andere organisaties en regio’s die een passend zorg- en begeleidingsaanbod voor hoog risico patiënten willen realiseren.

Vanaf november 2018 zijn er in vier regio’s proeftuinen gestart om te leren wat er nodig is voor de implementatie van de *ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg*.² Het doel van deze ketenveldnorm is het verbeteren van de zorg, begeleiding en ondersteuning voor cliënten die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen als gevolg van een psychische stoornis en/of verstandelijke beperking. De mensen voor wie de ketenveldnorm bedoeld is, zijn vergelijkbaar met de patiënten die in de pilots hoog risico patiënten door Antes en Transfore begeleid zijn. Daarom beoogt deze rapportage ook ‘lessons learned’ te bieden aan de regio’s die nu aan de slag gaan met deze doelgroep.

² Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, juni 2018

2 *Opzet en opbrengsten pilot Transfore*

In dit hoofdstuk leest u:

- hoe Transfore de pilot rond hoog risico patiënten heeft opgezet
- hoe de daadwerkelijke uitvoering plaatsvond,
- hoe de inzet van mensen en middelen er in de pilot uit zag
- tegen welke knelpunten Transfore aanliep
- welke resultaten de pilot oplevert en
- welke lessen Transfore en AEF trekken uit de pilot.

2.1 **Opzet van de pilot bij Transfore**

Transfore heeft bij de start van de pilot sterk ingezet op het gebruiken en verder inrichten van een regionale samenwerkingsstructuur om samen te werken rond hoog risico patiënten. De toegang tot de pilot werd door het Veiligheidshuis en Forensisch FACT-team beheerd en bewaakt.

Criteria om een patiënt te includeren in de pilot waren:

- er is sprake van een justitieel verleden;
- het reguliere zorgaanbod en de manieren waarop dat is georganiseerd volstaat niet, er is in de keten voldoende geprobeerd, maar dat werkte niet;
- er is iets anders of extra's nodig dan regulier mogelijk is.

Kortom: toegang was alleen mogelijk als de verschillende ketens optimaal functioneerden en de samenwerking tussen ketens ook afdoende was. De patiënten die dan alsnog tussen wal en schip vielen werden geïncludeerd in de pilot. Het aanmelden van patiënten kon bij het Veiligheidshuis. De aanmelder werd gevraagd om een ideaal trajectplan te beschrijven en de redenen aan te geven waarom deze patiënt binnen de pilot begeleid zou moeten worden. Dit om er zeker van te zijn dat alle mogelijkheden benut waren en de pilot echt iets extra's kon bieden.

In de regio werkt men met een mandaatcommissie, waar uiteindelijk knopen werden doorgehakt over wie verantwoordelijk was voor bepaalde zorg, als men daar niet uit kwam (escalatie). Deze mandaatcommissie is samengesteld uit vertegenwoordigers van de

Andersson Elffers Felix

zorgorganisaties (GGZ, forensisch GGZ, LVB), politie, gemeenten, Openbaar Ministerie en het Veiligheidshuis.³

De insteek was het bieden van ambulante zorg met mogelijke opschaling. Tijdens de pilotperiode zijn 15 mensen aangemeld voor de pilot. Bij drie van hen bleek ambulante zorg niet mogelijk en was klinische opname nodig. Eén persoon pleegde een delict en kreeg TBS. Een ander kreeg een ongeluk met NAH als gevolg. Voor twee patiënten bleek het bestaande zorgaanbod afdoende. Transfore heeft in de pilot uiteindelijk 8 patiënten intensief ambulant begeleid. De hoofdvoerder was het Forensisch FACT team van Transfore, waarbij de idee was samen te werken met het reguliere FACT team van een ggz instelling.

In overleg met de ministeries van JenV en VWS zijn verschillende thema's benoemd waarover de pilots informatie ophalen. De inzet van Transfore voor de pilot, uitgaande van individuele patiënttrajecten, was om allereerst kwalitatieve informatie te verzamelen over hoe de doelgroep er uit ziet, welke zorg en begeleiding patiënten nodig hebben en welke belemmeringen dan opdoemen. Daarnaast hield Transfore bij hoeveel tijdsinzet de zorg en begeleiding van hoog risico patiënten kost in vergelijking met hun andere cliënten.

2.2 Uitvoering van de pilot bij Transfore

2.2.1 Typering van de patiënten

Wanneer je door de oogharen heen kijkt naar de verhalen en achtergrond van de patiënten die deelnamen aan de pilot vallen de volgende zaken op voor wat betreft zaken die het bieden van goede zorg ingewikkeld maken:

- Patiënten hebben te maken met een psychische/psychiatrische stoornis, vaak is er sprake van waandenkbeelden of paranoïde gedachten.
- Bij een aantal patiënten is sprake van verminderde tot lage begaafdheid gecombineerd met alcohol- of drugverslaving c.q. excessief gebruik.
- Patiënten komen veelvuldig in aanraking met justitie vanwege delicten die te maken hebben met agressie en geweld. Politie meldingen betreffen meestal overlast-gevend gedrag (verbale of fysieke agressie).
- Patiënten nemen hun medicatie onregelmatig of niet in, wat wel noodzakelijk is om stabiliteit te behouden.
- Er is geen tot een zeer beperkt sociaal netwerk om de patiënt heen.
- Patiënten zijn niet meer welkom in de meeste (zorg)instellingen in hun stad of regio, omdat zij gewelddadig waren richting mede-cliënten/patiënten of hulpverleners en zij een bestaande groep 'ontwrichten'.
- Hulpverleners ervaren een 'moeheid' rond deze patiënten en vinden het moeilijk om de motivatie te vinden om alsnog met deze mensen aan de slag te gaan.
- Patiënten komen vaak niet opdagen bij afspraken, zijn zorgmijndend en weigeren behandeling te ondergaan.
- Er zijn onvoldoende mogelijkheden om dwang te regelen, het lukt niet om een BOPZ maatregel te verkrijgen.

³ Burgemeester uit de regio die portefeuillehouder zorg en welzijn is, wethouder van de centrumgemeente, directeuren van zorginstellingen, officier van justitie en hoofd politie.

2.2.2 Werkwijze van het Forensisch FACT team van Transfore

Het team

Het forensische FACT team van Transfore (vanaf nu: pilotteam) bestaat uit de volgende professionals:

- Teamleider for-FACT
- Basispsycholoog
- Verpleegkundig specialist
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige (2x)
- Maatschappelijk werker
- Forensisch agoog
- Psychiater

De teamleider geeft aan dat de veiligheid van medewerkers een belangrijke voorwaarde is om het werken met hoog risico patiënten goed te kunnen (en blijven) doen. Ieder moet zich veilig en gesteund weten, want het werken met deze doelgroep is zwaar en risicovol.

Het werken binnen een klein team hielp hen om korte lijnen te houden en snel met elkaar te kunnen schakelen.

Intensiveren van reguliere werkwijze

Het pilotteam heeft in de pilot zijn reguliere werkwijze geïntensiveerd. Bijvoorbeeld door een persoon vaker te bezoeken of iemand al voor de daadwerkelijke start van een zorgtraject te leren kennen.

“Bij meneer B. zijn we met hem en zijn hulpverleners kennis gaan maken toen hij nog in de kliniek zat. We zijn met twee mensen van team een aantal keer op bezoek gegaan, een paar weken voordat hij weer richting Zwolle zou komen. Voor meneer B. was dat prettig: hij wist wie de mensen waren met wie hij contact zou hebben als hij uit de kliniek kwam. Wij konden vast met hem verkennen waar hij zou gaan wonen en hoe zijn dagen er dan uit kwamen te zien. Idealiter wil je dit met alle patiënten zo doen: alvast betrokken raken wanneer iemand nog in een kliniek zit, zodat iemand dan niet plotseling weer thuis of op straat komt. Maar daar zijn normaal gesproken niet de tijd en de middelen voor.”

Medewerker pilot-team Transfore.

Een ander voorbeeld dat het team van Transfore noemt bij het intensiveren van de aanpak is het volgende:

“Meneer H. heeft veel baat bij een rustige woonplek in een RIBW. Vanuit ons team zijn we toen in gesprek gegaan met de RIBW instelling hier in de stad, om samen te kijken hoe we voor hem een plek konden bieden. De hulpverleners in de RIBW vonden het spannend om hem op te nemen. Uiteindelijk kwamen we op het idee om meer begeleiders in te zetten dan normaal gesproken. Dat bood aan alle partijen meer rust. Meneer H. verblijft nu al een tijd rustig in de RIBW. Wij hebben nog steeds contact met zijn begeleiders daar en merken dat zij er veel prijs op stellen om met ons te kunnen overleggen over zaken waar ze tegenaan lopen.”

Medewerker pilot-team Transfore

De kern van de aanpak zit volgens het team in het opbouwen van vertrouwen en wederkerigheid. Bij alle patiënten is vanaf de start ingezet op regelmatige inname van medicatie, door middel van (o.a.) depot. Dat lukte door de intensieve inzet, door als zorgverlener te blijven ‘drukken’, nog eens langs te gaan.

Daarnaast is er aanhoudende monitoring en aandacht geweest voor het verslavingsgedrag.

Andersson Elffers Felix

Verder was de begeleiding gericht op het vormgeven van een stabiele leefsituatie, waarbij het team en de patiënt inzetten op een passende woonplek, het opbouwen van sociale contacten en (vrijwilligers)werk of dagbesteding. Daarnaast investeerde het team ook in het (hulpverlenings-)systeem om de patiënt heen, door contact op te nemen met familie of door hulpverleners te ondersteunen bij de instelling waar de patiënt woont.

Pas als deze basale levensbehoeften op orde waren had de patiënt (indien nodig of mogelijk) ook ruimte voor een volgende stap, bijvoorbeeld het volgen van (trauma)behandeling of cognitieve gedragstherapie. Maar bij de meeste patiënten is die blijvende stabilisering al een uitdaging.

In de pilot is door het team voor deze patiënten een stapje extra gedaan. Extra bezoek, een extra belletje; medewerkers investeren in contact met de patiënt en zijn daarin vasthoudend. Dit betreft dus geen andere methodiek dan binnen ForFACT, maar vooral een intensievere inzet. Dat past ook bij de werkwijze van Transfore: mensen krijgen in de basis ambulante behandeling, waarbij een klinische opname een intermezzo is. Tijdens de opname blijft het ambulante team betrokken en denkt bijvoorbeeld mee over het behandelplan. In personele zin is dat ook geborgd, doordat de psychiater en psycholoog zowel ambulante als klinisch werken.

De intensieve inzet vergt veel van medewerkers; dit zijn de 'moeilijkste patiënten', waarbij je toch een stap extra zet.

Inzet van risicotaxatie

Bij alle patiënten voert Transfore een risicotaxatie (FARE) uit bij de start van een traject. Deze risicotaxatie evalueren en herhalen zij jaarlijks (inmiddels halfjaarlijks). Gezien het feit dat deelnemers aan de pilot korter dan één jaar in zorg zijn, is nog geen tweede risicotaxatie uitgevoerd. Het pilotteam verwacht echter de volgende veranderingen te zien in de risicotaxatie:

De score blijft waarschijnlijk hoog op de volgende factoren:

- Het delict-verleden weegt zwaar in een risicotaxatie; dat verandert niet na een jaar.
- Het wegblijven uit het criminele circuit is niet voor iedereen haalbaar; dat circuit is vertrouwd en blijft trekken.
- Persoonlijkheidsproblematiek en psychische kwetsbaarheid blijft bestaan, de mate van ontwikkeling/herstel is zeer beperkt.

De score verandert op de volgende factoren:

- De progressie op beschermende factoren is bij deze patiëntgroep beperkt; mensen zetten kleine stapjes. Er is bij de meesten vooruitgang te zien op de factoren waar het team op inzet: relaties, wonen, werk/dagbesteding.
- Belangrijke beschermende factor die wel voor de meesten is veranderd, is de inname van medicatie (veelal via een depot) en door extra intensieve begeleiding. Dit draagt voor een deel van de doelgroep bij aan het verlagen van de recidivekans.

Mogelijkheden in strafrechtelijke voorwaarden

Eén van de punten die bij de start van de pilot als aandachtspunt is benoemd, is het verkennen of je als zorgaanbieder meer gebruik kan maken van mogelijkheden die strafrechtelijke titels bieden. Landelijk gezien is er steeds meer aandacht voor het inzetten van strafrechtelijke titels met voorwaarden of civielrechtelijke titels met voorwaarden.

Andersson Elffers Felix

Transfore geeft aan dat er in de pilotperiode zo min mogelijk gebruik is gemaakt van deze aanvullende mogelijkheden (vooral RM met voorwaarden), omdat deze manier wat hen betreft niet de voorkeur heeft. De voorkeur is namelijk om te starten vanuit samenwerking en niet vanuit sancties. Mocht het toch nodig zijn om met voorwaarden te werken, dan zet Transfore het wel in. Wat onder andere ingezet is door Transfore of partners:

- Het opleggen van voorwaarden om te mogen blijven wonen in een woning, bijvoorbeeld verplichte inname van medicatie.
- Inzet van bewindvoering als voorwaarde
- Voorwaarde dat iemand niet onder invloed is; anders geen begeleiding/hulpverlening.

Daarnaast is er in een andere regio goede ervaringen opgedaan met zogenaamde omklapwoningen: wanneer iemand een bepaalde periode laat zien dat hij zelfstandig/stabiel kan leven, hij dan een woning aangeboden krijgt (een ‘omklapwoning’, die eerst in beheer is bij een stichting en daarna op naam van de persoon komt te staan). Het gaat hierbij om patiënten die langdurig klinisch opgenomen zijn en die op deze manier kunnen resocialiseren. Transfore staat dan een half jaar garant voor de betaling van de huur aan de woningcorporatie en biedt zorg via het forensisch FACT team.

Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat het werken met deze voorwaarden ook een fundamentele keuze kan zijn: zet je vooral in op dit soort ‘beheersmaatregelen’ of werk je meer herstelgericht? Het is de vraag wat bij een bepaalde patiënt goed werkt.

2.2.3 Samenwerking met zorginstellingen, gemeente, veiligheidspartners

Zoals eerder beschreven was samenwerking op bestuurlijk niveau afgedekt door middel van een mandaatcommissie. Op die manier kon gezamenlijke verantwoordelijkheid en regie voor deze patiëntengroep zichtbaar ingeregeld worden en kon zorg georganiseerd worden wanneer partijen er niet uit kwamen (escalatie).

Partijen in Zwolle werken daarnaast samen rond deze patiënten via twee meer operationele overleggen:

- Een Top-X overleg vanuit het Veiligheidshuis, waar de personen waar de meeste zorgen of risico’s spelen besproken worden. Deelnemers aan het overleg zijn Politie, het Openbaar Ministerie (OM), de Reclassering en betrokken zorginstellingen. De gemeente is initiator van het overleg.
- Een multidisciplinair overleg, waar mensen die direct betrokken zijn bij een patiënt bij elkaar komen.

Over de directe samenwerking met andere zorginstellingen is het pilotteam gematigd positief. Enerzijds merkten zij dat andere instellingen zich weer gingen inzetten voor patiënten, omdat Transfore nu de trekker was en deze patiënten een kans wilde bieden. Tegelijkertijd ervaart het team dat deze patiënten vaak weerstand oproepen, die van invloed is op de samenwerking.

“Patiënt R. had het zo bont gemaakt, dat het ons ook niet lukte om een samenwerking aan te gaan met de instelling waar hij eerder verbleef.” Medewerker pilotteam Transfore.

Het team geeft aan dat de samenwerking met andere instellingen ook noodzakelijk is voor de aanvullende kennis en kunde die andere partijen hebben. Zo is er bijvoorbeeld overleg over patiënten met verslavingsproblematiek of met een verstandelijke beperking met instellingen die daar specifiek op zijn ingericht. Het pilotteam vond het daarom ook jammer dat de

Andersson Elffers Felix

samenwerking met het reguliere FACT-team minder dan gehoopt tot stand kwam, aangezien het FACT-team met name meer ervaring heeft met psychiatrische problematiek van patiënten. Het FACT-team had echter negatieve ervaringen met sommige patiënten en was daarom soms afhoudend in de samenwerking. Daarnaast speelde bij hen de al hoge werkdruk een rol.

Het pilotteam heeft de nauwe samenwerking met de RIBW-instelling als zeer waardevol ervaren, omdat zij er zo samen voor konden zorgen dat de patiënt een stabiele woonomgeving kreeg.

Het team geeft aan dat samenwerking en overleg veel tijd en investering vergt. Dit is echter wel onontbeerlijk om goede continue zorg te kunnen bieden voor deze patiënten. Het ondersteunen van en samenwerken met andere hulpverleners is een belangrijke succesfactor om passende zorg te kunnen bieden waardoor een persoon kan stabiliseren.

2.3 Inzet van menskracht en middelen

Zoals eerder aangegeven heeft Transfore ervoor gekozen de bestaande werkwijze te intensiveren. De organisatie heeft bijgehouden hoeveel extra tijd de hoog risico patiënten hebben gekost.

- **Niet patiënt gebonden tijd:** In totaal is voor alle patiënten binnen de pilot 211 uur niet-patiëntgebonden tijd ingezet door medewerkers van Transfore en Dimence⁴ (tijdsinzet van partners is daarin niet meegerekend). Dat is relatief gezien een hoog aantal uren, gezien het feit dat het 8-10 patiënten betreft.
- **Patiëntgebonden tijd:** onderstaande tabel geeft weer hoeveel minuten per trajectdag zijn ingezet, in vergelijking tot andere patiënten van Transfore en Dimence (de aantallen patiënten staan in de tabel aangegeven in de eerste kolom):

Vergelijking tijdsbesteding met andere patiënten van Dimence en Transfore				
Patiëntgroep	Minuten ForFACT per trajectdag	Minuten overig per trajectdag	Minuten totaal per trajectdag	ForFACT als % van totaal
Pilot Hoog Risico	21,9	27,8	49,7	44%
Dimence 802 DBC	6,6	2,8	9,4	73%
Transfore 25 DBC	8,2	5,3	13,5	61%
Transfore 23 DBBC	9,4	9,3	18,6	50%
Dimence Groep 848 totaal ⁵	8,7	7,3	15,9	55%

⁴ Transfore (forensische zorg) is samen met Dimence ((hoog) specialistische ggz), onderdeel van de Dimence Groep. De vergelijking met andere patiënten is gemaakt met een bredere patiëntengroep dan alleen van Transfore zelf.

⁵ "Twee patiënten waren zowel in behandeling bij Dimence als Transfore.

Onderstaande tabel toont het percentage van de totale patiëntgebonden tijd die niet onder Forensisch FACT valt:

Percentage patiënt gebonden tijd niet-zijnde Forensisch FACT	
Wat	Percentage van totale patiëntgebonden tijd
Intake en screening	21%
MDO interne patiëntbespreking	24%
Steunend en structurerend behandelcontact	16%
Zorgcoördinatie	10%
Overig, bijvoorbeeld tijdsinvestering in ketensamenwerking bij de start en tijdens het traject	29%

Op basis van bovenstaande tabellen trekt Transfore de volgende voorzichtige conclusies:

- De totale inzet voor patiënten in de pilot hoog risico is met 49,7 minuten per trajectdag 3,7 (DBC) en 2,7 (DBBC) keer zo hoog als bij “reguliere” forensische patiënten. Voor de hoeveelheid forensische FACT-zorg zijn deze verhoudingsgetallen respectievelijk 2,7 en 2,3.
- Een groot deel van de bestede indirecte tijd is nodig voor overleg in de keten, bijvoorbeeld investeren in de samenwerking vooraf of andere instellingen bewegen om in actie te komen voor de patiënten. Daarnaast kost het bijvoorbeeld ook veel tijd om een passende plek te vinden voor een klinische opname. Voor al deze patiënten geldt dat zij het bij alle instellingen in de regio hebben verbruid en dat niemand heel gemotiveerd is om zich (nogmaals) in te zetten voor deze patiënten. Daarom kost het veel tijd om toch passende zorg te organiseren.

Wat hierbij opgemerkt moet worden is dat alle patiënten nog in een traject zitten, waardoor de invloed van het afsluiten van een traject op de tijdsbesteding niet in beeld komt.

Een deel van de indirecte bestede tijd zit in de regionale samenwerking. De inschatting van Transfore is, dat deze investering op termijn kleiner wordt, met name als het gaat om een individuele patiënt of een groep patiënten. Tegelijkertijd zal je bij iedere nieuwe patiënt die een plek moet vinden opnieuw moeten investeren, aangezien geen patiënt hetzelfde is. En die patiënt het nu juist verbruid heeft bij de instelling waar hij idealiter zorg zou moeten ontvangen.

De pilotmiddelen zijn dus onder andere ingezet voor:

- Intensieve investering in regionale samenwerking (mandaatcommissie)
- Extra tijdsinzet voordat iemand echt in zorg komt en er een dossier geopend kan worden
- Extra inzet personeel bij de RIBW.

2.4 Knelpunten in de uitvoering en financiering

- Het opbouwen van contacten in de regio in de mandaatcommissie en het voorbereiden van de pilot heeft veel tijd gekost (ongeveer 15 uur per casus). Deze tijd kan je normaal gesproken niet declareren, omdat deze niet toe te wijzen is aan een patiënt wanneer deze nog niet in je caseload zit. Dat geldt ook voor het vooraf bezoeken van een patiënt in een kliniek, terwijl deze nog niet bij jou in zorg is.
- Niet alle kosten kan je declareren op een DBC. Er is bij een aantal patiënten ook begeleiding of zorg ingezet door hulpverleners die geen CONO-beroep hebben, wat de basis vormt om te kunnen declareren op een DBC of DBBC. Dat betreft bijvoorbeeld een sociaal pedagogisch werker en een ervaringsdeskundige. Dit zijn echter mensen die een hele goede match vormen met de patiënten, dus daarom zet Transfore hen in.
- De kosten van organisaties waarmee Transfore/Dimence samenwerkten waren tijdens de pilot onvoldoende in beeld te krijgen. Dat zorgt ervoor dat de hoofdaannemer (Transfore) alsnog voor onverwachte kosten kan komen te staan.
- De zorg bieden die nodig is kan ook voor extra kosten zorgen. Concreet betrof dit bijvoorbeeld een patiënt waarbij een klinische opname nodig was bij een andere zorgaanbieder. Het duurde lang voordat de financiering daarvan rond was, waardoor deze patiënt onder de kostprijs zes maanden bij Transfore in de kliniek verbleef.
- Los van de pilot is de financiële afrekening met de zorgverzekeraar altijd een punt voor Transfore. Het komt voor dat het ‘productieplafond’ bereikt is en de zorgverzekeraar niet alle gemaakte kosten vergoed. Dat weet Transfore pas bij de financiële afronding. Met name voor de groep hoog risico patiënten is deze zorg nog groter, omdat de kosten voor deze groep opvallend hoog zijn.
- Het organiseren van een klinische opname bij een andere organisatie kost veel tijd. Met name het regelen van financiering via de zorgverzekeraar gaat moeizaam. Bijvoorbeeld omdat er geen indicatie is voor een licht verstandelijke beperking die voor het achttiende levensjaar is vastgesteld (criterium Wlz), of omdat er geen inkooprelatie is met de andere aanbieder.

2.5 Resultaten en lessen uit de pilot

2.5.1 Resultaten in het organiseren van passende, zorg

Het spreken over ‘resultaten’ van de pilot is niet eenvoudig. Wat levert de extra intensieve inzet precies op voor deze patiëntgroep? Een mogelijke insteek is dat de problematiek in elk geval niet verergert, want spreken over ‘herstel’ lijkt niet passend te zijn. In gesprek met Transfore blijkt het volgende:

- De kern van de aanpak bestaat uit het opbouwen van vertrouwen tussen patiënten en hulpverleners. Dat is bij de meeste patiënten uit de pilot gelukt. Tegelijkertijd blijft het een enorm ingewikkelde groep (“je kan op je kop gaan staan, met sommige mensen krijg je gewoon geen contact, bijvoorbeeld omdat ze te beschadigd zijn.”).
- Voor het overgrote deel van de patiënten kan geconcludeerd worden dat de problematiek niet verergerd is, de hectiek rond de persoon is verminderd, er minder overlastmeldingen waren en dat er geen strafbare feiten zijn gepleegd tijdens de pilotperiode. Er is één patiënt die wel een strafbaar feit heeft gepleegd en nu opgenomen is in een tbs-kliniek.
- Belangrijk winstpunt uit de pilot is dat patiënten op regelmatige basis medicatie krijgen doordat er veel intensievere betrokkenheid is van zorgverleners, wat voor veel patiënten voor veel meer stabiliteit zorgt.

Andersson Elffers Felix

- Bij twee personen is het gelukt om in de basale levensbehoeften (woning, werk, relaties) te voorzien, waardoor deze patiënten stabiel genoeg waren om te starten met psychologische behandeling.
- De medewerkers van het team geven aan dat een aantal succesverhalen niet mogelijk waren geweest zonder de pilot, bijvoorbeeld het organiseren van een stabiele woonsituatie in een RIBW voor één van de patiënten, of het goed laten landen van een andere patiënt door al in de kliniek betrokken te raken. Investeren in mensen loont en zorgt voor meer stabiliteit. Voor dit soort inzet zijn de pilotmiddelen aangewend.
- Het samenwerken binnen de keten heeft kortere lijnen opgeleverd tussen de verschillende partijen. Het pilotteam geeft aan makkelijker te kunnen schakelen met andere zorginstellingen.

2.5.2 Lessen van Transfore

Wat 'werkt' bij deze patiënten

- Vaste gezichten die vertrouwd raken
- Vroeg in traject betrokken zijn, zodat je alvast iets kan opbouwen en iemand voorbereid thuis komt vanuit een klinische setting
- Het creëren van een stabiele (woon)omgeving
- Stimuleren van regelmatige inname van medicatie
- Maatwerk kunnen bieden: bij de één zijn dat extra bezoeken, voor de ander is dat een extra woonbegeleider in de RIBW.

Wat werkt in de keten

- Investeren in de samenwerking, elkaar leren kennen, zowel op bestuurlijk als op uitvoerend niveau.
- Gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor deze moeilijkste patiëntgroep, zodat de lasten gespreid zijn en je als partijen samen een sluitend zorg- en ondersteuningsaanbod kan organiseren.
- Eén partij die de regie heeft en optreedt als trekker.
- Het coachen of ondersteunen van hulpverleners bij andere instellingen die niet weten hoe ze met deze patiënten om kunnen gaan.

3 *Opzet en opbrengsten pilot Antes*

In dit hoofdstuk leest u:

- hoe Antes de pilot rond hoog risico patiënten opgezet heeft
- hoe de daadwerkelijke uitvoering plaatsvond,
- hoe de inzet van mensen en middelen er in de pilot uit zag
- welke knelpunten Antes tegenkwam
- de resultaten die de pilot oplevert en
- welke lessen Antes en AEF trekken uit de pilot.

Dit hoofdstuk is tot stand gekomen op basis van gesprekken met het pilotteam, de betrokken beleidsmedewerker en psychiater en de rapportage die Antes zelf heeft opgesteld.

3.1 **Opzet van de pilot bij Antes**

Antes nam deel aan de pilot om een ambulant zorgaanbod te ontwikkelen waarin risicobeheersing en herstel ondersteunende zorg samenkomen. Dit betekent dat de zorg bestaat uit zowel risico-inschatting en –beheersing als interventies gericht op symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel.

In de pilot nam Antes de Resource Assertive Community Treatment (R-ACT) methodiek als uitgangspunt. In deze methode staat het functionerende sociale netwerk van de patiënt centraal in het behandelplan. De doelstelling is om met leden uit het netwerk een resourcegroep te vormen en met die groepen regelmatige bijeenkomsten te houden. De resourcegroepen bestaan uit mensen die door patiënt belangrijk worden geacht voor het bereiken van de persoonlijke hersteldoelen.

Binnen de pilot staat het eigenaarschap en de regie van de patiënt centraal; het gaat om samen beslissen. Er is sprake van een hoge frequentie in contact met de patiënt en intensieve praktische ondersteuning.

Voor deze pilot heeft Antes vier medewerkers aangenomen en hen geschoold in de R-ACT methodiek. Zij maken deel uit van het forensisch ACT-team van Antes. Deze vier medewerkers zouden zich gedurende het 1-jarige traject van de pilot met de patiënten bezighouden.

3.2 Uitvoering van de pilot bij Antes

3.2.1 Typering van de patiënten

Criteria instroom pilot

De instroom en de indicatiestelling van de patiënten voor de pilot verliep via het Veiligheidshuis in Rotterdam. Dit ging via het EPA-top casusoverleg, waarbij de volgende inclusiecriteria werden gehanteerd:

- Er is sprake van een psychische stoornis en middelenproblematiek, die de zorg en behandeling noodzakelijk maakt (en waarbij de symptomen niet lijken te verminderen);
 - die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
 - waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis
 - niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig);
 - waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.
- Er is sprake van een strafrechtelijke titel die niet (langer) beschikbaar is of binnen afzienbare termijn eindigt of er is sprake van strafrechtelijke titel en (forensische) zorg, waarbij het huidige ambulante aanbod tot onvoldoende resultaten leidt.

Problematiek van de patiënten in de pilot

Uiteindelijk zijn er zeven patiënten in de pilot geïnccludeerd. Alle patiënten waren man, tussen de 20-60 jaar oud, waarbij de meesten tussen de 40-50. De problematiek van de patiënten is als volgt te kenmerken :

- Verslaving, wat een belangrijke rol speelt in ontremd/agressief gedrag dan wel het ontstaan van psychotische symptomen die gepaard gaan met agressief gedrag
- Problematisch alcoholgebruik: 6 van de 7 patiënten, waarvan bij 5 patiënten dit de actuele problematiek betrof bij de start van de pilot
- Problematisch drugsgebruik: meestal cocaïne, 4 van de 7 patiënten, waarvan bij drie patiënten bij de start van de pilot deze problematiek actueel was
- Combinatie van problematisch alcoholgebruik en drugsgebruik: 4 van de 7 patiënten.
- Psychiatrie in engere zin (soms)
- Psychotische problematiek: 3 van de 7 patiënten
- Persoonlijkheidsproblematiek.
- Duurzaam resultaat blijft vaak uit en er is weinig stabiliteit.
- Bij alle patiënten is sprake van veroordelingen, met name vermogensdelicten. Bij één patiënt was sprake van een vermoeden van een zedencomponent. Eén patiënt had te maken met niet aangeboren hersenletsel.

Antes screende met de SCIL of er een vermoeden was van een verstandelijke beperking. Dat bleek bij 5 van de 7 patiënten zo te zijn. Uit dossieronderzoek bleek daar ook bij 4 patiënten sprake van te zijn, op basis van diagnostiek. Alle bovenstaande kenmerken leiden er toe dat patiënten grote beperkingen hebben in het dagelijks functioneren. Dat bemoeilijkt tevens de mogelijkheid om duurzame effectieve behandelinterventies in te zetten.

Alle behandelingen van de patiënten in de pilot zijn gestart in het kader van een strafrechtelijk kader (voorwaardelijke veroordeling). Bij vier van de patiënten is de

strafrechtelijke titel gedurende de pilot geëindigd en is de behandeling in een vrijwillig kader vervolgd. Bij geen van de patiënten is gedurende de pilotperiode sprake geweest van civielrechtelijke maatregelen in het kader van de Wet BOPZ, dat was bij geen van de patiënten nodig.

Alle patiënten die deel uitmaakten van de pilot maken langdurig en veelvuldig gebruik van de geestelijke gezondheidszorg en zijn soms in beeld en dan weer uit beeld. De inzet van de zorg vindt plaats vanuit verschillende financieringsstromen en kaders. Het gaat dan om:

- Ambulante en klinische behandeling binnen de zorgverzekeringswet;
- Ambulante en klinische behandeling in de forensische zorg;
- Crisisopnames;
- Bemoeizorgtrajecten.

3.2.2 Werkwijze van het pilotteam van Antes

Forensisch (F)ACT

De werkwijze van het pilotteam is gestoeld op de principes van forensisch (F)ACT. Antes schrijft daarover in de rapportage over de pilot:

“Forensisch ACT is ontwikkeld voor zeer kwetsbare mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die hulpbehoeftes hebben op verschillende levensgebieden, en zich zonder ondersteuning niet staande kunnen houden in het dagelijks leven. Waar bij reguliere (F)ACT-teams het primaire doel is om het welzijn van patiënten te verbeteren, is bij forensische (F)ACT-teams het reduceren van het risico op criminele recidive eveneens een wezenlijk doel.

Het taxeren van risico's en het daarop interveniëren met als doel om herhaling van delicten te voorkomen (risicomanagement) behoren tot de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, en daarmee ook van forensische (F)ACT-teams. Daarnaast is een wezenlijke doelstelling van het Forensisch ACT-team van Antes om patiënten toe te leiden en te verleiden tot een niveau van zorg dat passend is bij hun zorgbehoeften.”

R-ACT methode

Het pilotteam heeft er expliciet voor gekozen om te werken met de R-ACT-methodiek⁶. Deze methode betreft een doorontwikkeling van de ACT methode en includeert de patiënt en zijn naasten in de volledige aanpak. Het werken met de R-ACT methodiek brengt een aantal stappen met zich mee in de werkwijze.

De start in de werkwijze van de R-ACT-methodiek is de patiënt overtuigen om deel te nemen aan de pilot. Dat de patiënt veel

Fasen in de R-ACT-methode:

1. Voorbereiding: o.a. uitleggen aan en motiveren van cliënt, opstellen sociogram, nomineren leden Resource Group (RG).
2. Verdieping: o.a. naasten benaderen en uitleg geven, voeren van verdiepingsgesprekken met naasten.
3. Planning: o.a. startbijeenkomst plannen, patiënt nomineert voorzitter, afspraken maken over plaats en wijze van communicatie.
4. Startbijeenkomst: o.a. opstellen RG-plan en doelen, afspreken werkwijze, plannen vervolg.
5. Vervolgbijskomsten: o.a. doelen en werkafspraken evalueren, plannen vervolg.
6. Heroriëntatie: o.a. bespreken samenstelling RG, mogelijkheden tot op- en afschalen van zorg.

⁶ Zie voor meer informatie over de methode: www.ract.nl

Andersson Elffers Felix

vrijheid krijgt om zijn behandeling vorm te geven zorgt ervoor dat patiënten zich bereid weten om deel te nemen. In deze fase stellen de hulpverlener en de patiënt een sociogram op, waarin zij de sociale kringen van de patiënt in beeld brengen. Het sociogram geeft een goed inzicht hoe het leven van de patiënt eruit ziet en biedt een leidraad voor de verdere behandeling.

De personen uit het sociogram die door de patiënt geschikt worden geacht om deel te nemen aan de resourcegroep worden daarvoor uitgenodigd. De doelen waar de patiënt aan wil werken vormen het uitgangspunt bij het samenstellen van de groep.

In de tweede stap worden naasten benaderd. De ervaring van het pilotteam leert dat de familie vaak afwachtend staat tegenover deze nieuwe benadering:

“Ik denk dat we de zus van patiënt Z misschien wel 100 keer gebeld hebben om te vragen of zij deel wilde nemen aan de resourcegroep. Ze gaf eerst herhaaldelijk aan dat ze niet geïnteresseerd was, omdat ze niet geloofde in het herstel van haar broer. “Ik heb het al zo vaak geprobeerd” zei ze dan. Toen we haar uiteindelijk hebben overgehaald was zij, en waren wij, erg blij met haar betrokkenheid. Ze is nu op een structurele wijze betrokken bij het behandelplan van haar broer.”

Medewerker pilotteam Antes

Wanneer de familieleden of andere leden uit de sociale kring hebben toegestemd om deel te nemen, worden er met hen verdiepende gesprekken gevoerd zonder dat de patiënt aanwezig is. Vervolgens vindt eenmaal per drie maanden een resourcebijeenkomst plaats, waarbij de behandeling en de persoonlijke hersteldoelen van de patiënt centraal staan.

Bij vier patiënten hebben één of meerdere resourcegroep-bijeenkomsten plaatsgevonden. De deelnemers zijn veelal professionele hulpverleners, bij drie patiënten heeft de naaste familie deelgenomen (moeder, dochter of broer). Antes concludeerde dat door de langdurig ernstig verstoorde relaties met de naaste omgeving van de patiënten het niet gelukt is om een duurzame resourcegroep te vormen vanuit familiekring. De bijeenkomsten hebben wel geleid tot een verbetering van het contact tussen de familie en de professional:

“Bij patiënt X merkte ik hoezeer de communicatie met de familie is verbeterd door de verdiepingsgesprekken en de resourcebijeenkomsten. Zo had ik veel contact met de zus van patiënt X en hield zij mij ook op de hoogte van hoe het met haar broer ging. Zo belde ze me een keer toen ze op de Facebookpagina van haar broer rare berichten voorbij zag komen. Uit die berichten kon ze opmaken dat het niet goed met hem ging en wij zijn, na haar belletje, meteen in actie gekomen.”

Medewerker pilot-team Antes

Daarnaast maakten de bijeenkomsten van de resourcegroepen ook duidelijk dat de patiënten überhaupt een beperkt sociaal netwerk hadden en binnen dat netwerk voornamelijk contact hadden met eerstegraads familieleden.

Behandeling

Naast de bijeenkomsten vindt er psychiatrische en psychologische behandeling plaats, waarbij de patiënt zelf concrete doelen stelt. Daarnaast ondersteunen de hulpverleners de patiënt intensief in praktische zaken, zoals het vinden/behouden van werk of dagbesteding.

Andersson Elffers Felix

De insteek van Antes is het bieden van *behandeling*. De werkzaamheden van het team staan in het teken van deze behandeling. De teamsamenstelling is daarom als volgt:

- Klinisch psycholoog (rol: hoofdbehandelaar en tevens projectleider)
- Psychiater (rol: hoofdbehandelaar)
- Verpleegkundige (rol: behandelaar)
- Twee GGZ-agoogen (rol: behandelaar)
- Eén GGZ-agoog (rol: jobcoach)

De werkwijze van het team kenmerkt zich door:

- Een vasthoudende en volhardende benadering
- Hoge frequentie van contact
- Inzet op praktische ondersteuning om de behandeling vorm te kunnen geven, bijvoorbeeld op het gebied van financiën of huisvesting.

De meeste patiënten hebben weinig tot geen probleembesef of zelfinzicht. Daardoor ontbreekt de intrinsieke motivatie om deel te nemen aan de behandeling. Antes geeft aan dat er vaak sprake is van: “een combinatie van beperkingen die ervoor zorgt dat zij niet in staat zijn om hun gedrag aan te passen aan wat hen via therapeutische interventies (zoals bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie) wordt aangereikt.” Antes zet daarom in op:

- Motiverende gespreksvoering
- Psycho-educatie
- Medicatie
- Ondervangen van beperkingen en voorkomen van schade voor de patiënt/zijn omgeving, door middel van externe ondersteuning

Vijf van de zeven patiënten zijn tijdens de pilotperiode kortdurend opgenomen in een verslavingskliniek vanwege terugval in middelengebruik. Daarnaast was er een opname nodig vanwege psychotische ontregeling van een patiënt.

Begeleiding

Naast de bijeenkomsten en psychologische/psychiatrische behandeling bestond een groot deel van de werkzaamheden van de medewerkers van Antes uit begeleiding. Tijdens de pilot werd duidelijk dat praktische zaken, zoals huisvesting of financiën, fungeerden als startpunt voor de behandelrelatie.

In de begeleiding heeft Antes zich toegespitst op drie pijlers: financiën, wonen en dagbesteding.

Financiën

Geen van de patiënten was in staat om de financiën zelf te beheren, bij vijf van de zeven was er sprake van bewindvoering. Financiën blijken een grote bron van spanning te zijn. Uit de pilot bleek dat, ondanks dat bewindvoering een instrument is om de patiënt te beschermen, de patiënten dit zelf niet zo ervaren. Het niet volledig beschikken over de controle op financiën zorgde voor frustratie en stress en een moeizame relatie tussen de patiënt en bewindvoerder. Dit zorgde zelfs voor psychische ontregeling, wat de kans op recidive vergroot. Ook hebben spanningen over financiën bij één patiënt geleid tot gewelddadig gedrag richting een familielid. Het team heeft in deze situaties geprobeerd te bemiddelen en voor rust te zorgen.

Wonen

Geen van de patiënten in de pilot waren in staat om zonder ondersteuning te kunnen wonen.

Vier van de zeven patiënten zaten in een beschermde woonvorm, één bij ouders en twee in een zelfstandige huurwoning. Bij meerdere patiënten dreigde uithuiszetting of schorsing vanwege gedragsproblematiek en was de woonsituatie instabiel. Het risico van dakloosheid is een belangrijke factor voor terugval, psychische ontregeling en in sommige gevallen zelfs recidive. Daarom is zoveel mogelijk ingezet op het voorkomen van dakloosheid door te overleggen met de instelling waar iemand verbleef of gesprek aan te gaan met de woningcorporatie. Wanneer iemand verbleef in een instelling is nauw contact onderhouden met woonbegeleiders en is afgestemd wat er nodig is om de situatie te normaliseren. Dat heeft er toe geleid dat geen van de patiënten uit huis is gezet, wat een grote beschermende factor is. Overlast is echter niet geheel voorkomen.

Over het algemeen blijkt het moeilijk om voor deze patiënten, met gecombineerde problematiek (ggz, verslaving, verstandelijke beperking) een passende woonplek te vinden.

Dagbesteding

Het organiseren van een gestructureerde dagbesteding was een belangrijke interventie voor het verbeteren van het algeheel functioneren van de patiënt. Dit vergde intensieve begeleiding en grote vasthoudendheid ('een lange adem'). Zo was het aanhouden van het dag- en nachtritme een belangrijke factor voor het beperken van het middelengebruik. Bij vier patiënten is het gelukt om een gestructureerde dagbesteding te realiseren. De kans van slagen van het organiseren van de dagbesteding hing in grote mate af van in hoeverre er aansluiting kon worden gevonden bij de interesses van de patiënt. De dagbesteding was veelal laagdrempelig van aard, maar het bleek soms lastig om de activiteiten af te stemmen op de interesses van de patiënten.

“Bij patiënt R kwamen we erachter dat het voor hem een uitdaging was om bij de dagbesteding aan te komen. Toen zijn we elke dag langs gegaan zodat hij dagelijks bij de dagbesteding aan kwam.”

Medewerker pilotteam Antes

3.2.3 Samenwerking met zorginstellingen, gemeente, veiligheidspartners

Zoals eerder beschreven verliep de aanmelding van de patiënten via het Veiligheidshuis. Ketenpartners zoals de gemeente, de politie, het Openbaar Ministerie, het gevangeniswezen, de reclassering en verschillende zorgaanbieders namen daar deel aan het overleg.

Antes heeft ervoor gekozen om gebruik te maken van de bestaande overlegstructuren in de regio Rotterdam-Rijnmond. De doelstelling van deze wijze van organisatie was om de betrokkenheid van deze relevante partners te borgen. In de praktijk liepen medewerkers van Antes op casusniveau aan tegen een onwil van een aantal instellingen en de gemeente om zich in te zetten voor deze groep patiënten. Bijvoorbeeld omdat mensen negatieve ervaringen hebben gehad met de patiënt in kwestie. Of omdat zij verwachtten dat de patiënt voor onrust zal zorgen bij medecliënten bij dagbesteding of in BW.

“Op papier willen de betrokken partijen het beste, in de praktijk werkt dit helaas anders. Toen wij bezig huisvesting aan het regelen waren voor patiënt R kregen wij van een van onze partners het antwoord: “zo’n meneer wil je toch niet als buurman?”

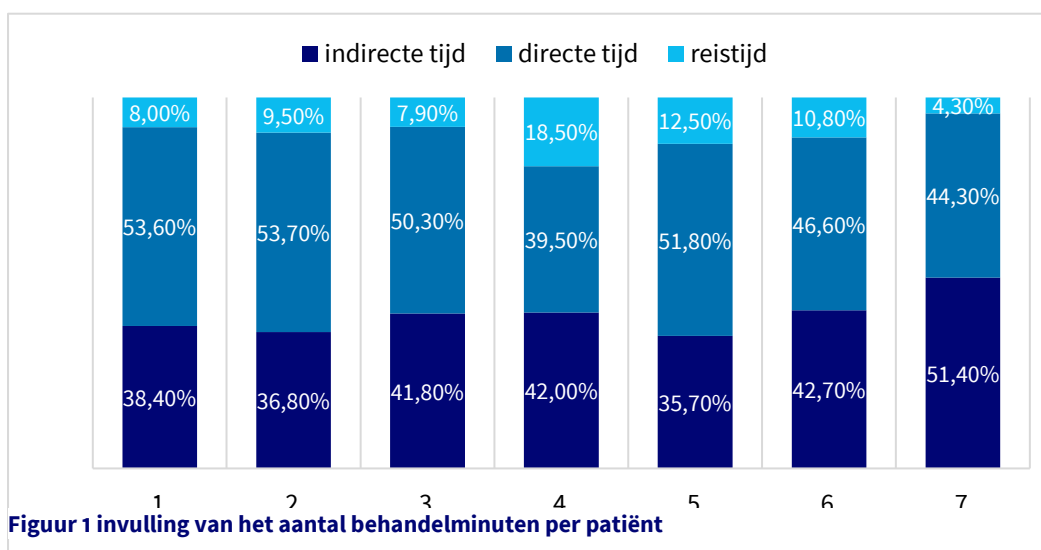
Medewerker pilot-team Antes

3.3 Inzet van menskracht en middelen

De insteek van de pilot bij Antes is geweest om de patiënten intensief te behandelen en begeleiden. De gemiddelde tijd die medewerkers van Antes per patiënt in de pilot besteedden was 44,8 behandelminuten per dag.

Antes heeft besloten geen vergelijking te maken in het aantal behandelminuten met hun andere cliënten, omdat het uitgangspunt van de pilot was dat er een intensieve behandeling en begeleiding plaats zou vinden. Het maken van een vergelijking zou dan weinig toevoegen. Bij de patiënten in de pilot zelf is wel te zien dat de meeste tijd is besteed aan diegenen waarbij een grote kans was op crises en er weinig beschermende factoren aanwezig waren.

Antes heeft de verhouding tussen directe tijd met de patiënt, indirecte tijd en reistijd in beeld gebracht. Dat wordt weergegeven in de figuur hieronder:



Een verklaring voor het relatief hoge aandeel indirecte tijd kan gevonden worden in de door Antes gekozen methodiek. De R-ACT methodiek vraagt gedurende de startfase van het zorgtraject veel organisatie en afstemming, en daarmee indirecte tijd:

“Zeker in het begin van het traject kost het veel tijd om patiënt en familie bereid te krijgen om deel te nemen aan de resourcegroepen-bijeenkomst, daarvoor hebben we herhaaldelijk moeten bellen en afspraken gemaakt. Wanneer we aangaven dat de patiënt meer regie over de eigen behandeling zou krijgen, gingen patiënten akkoord. Op dat moment gaat de behandeling pas van start, terwijl er door ons al veel tijd in is gestopt.”
Medewerker pilotteam Antes

De ingezette zorg werd gefinancierd vanuit het bestaande stelsel, bestaande uit de Forensische Zorg (Fz), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Antes heeft voor de zorgverlening geen gebruik gemaakt van de pilotmiddelen. Ook geeft Antes aan dat er geen aanleiding is gezien om contact te zoeken met de zorgverzekeraar over de relatief dure ambulante zorg voor deze patiënten, gezien het feit dat het in deze pilot maar om weinig patiënten gaat in de totale cliëntpopulatie van Antes. Tegelijkertijd geeft de organisatie wel aan dat de financiële afspraken met de zorgverzekeraar wel degelijk belemmerend kunnen zijn wanneer je als instelling voor een grote groep deze

intensieve zorg zou bieden. Dat zou namelijk een stuwend effect kunnen hebben op de gemiddelde prijzen.

Bij één patiënt was tweemaal een crisisonderzoek noodzakelijk vanwege psychotische ontregeling door middelengebruik.

3.4 Knelpunten in de uitvoering en financiering

Knelpunten bij deelname van patiënten in de pilot

- Het proces van **aanmelding van de patiënten** vanuit het Veiligheidshuis die voldeden aan de inclusiecriteria kwam moeizaam op gang. Dat had verschillende oorzaken. Ten eerste duurde het lang voordat er overeenstemming was binnen de pilot over de inclusiecriteria die Antes en Transfore zouden hanteren. Daarnaast speelt mee dat de doelgroep voor de pilot al in zorg zijn bij andere instellingen en het niet zinvol of verantwoord was om deze patiënten over te nemen. De medewerkers van Antes zijn toen met een eigen caseload uit het reguliere ACT-team begonnen. Deze patiënten hadden een minder zware indicatie en zijn geselecteerd aan de hand van drie criteria: het hebben van een justitiële titel, een Ernstig Psychiatrische Aandoening en verslavingsproblematiek.
- Toen het Veiligheidshuis 6 maanden na het starten van de pilot geschikte patiënten had gevonden, lieten methodologische en facilitaire knelpunten het niet toe dat alle tien de patiënten aan de pilot deel konden nemen. Bij Antes waren allereerst twee medewerkers uitgevallen, waardoor de overige teamleden geen 10 extra cases erbij konden hebben. Daarnaast vraagt de R-ACT-methode tijd voor opbouw en uitvoering; dat maakte **later in het jaar instromen ingewikkeld**.

Knelpunten in de keten

- Er zijn in de keten van zorg en veiligheid **weinig plekken** waar deze patiënten goed op hun plek zijn. Er is vaak sprake van een combinatie van een psychische stoornis, verslaving en (vermoedelijk) een verstandelijke beperking. Er zijn op dit moment weinig instellingen die goed uit de voeten kunnen met deze **meervoudige problematiek**.
- Het vinden van een dagbestedingsplek die aansluit bij de interesses van de patiënt bleek een uitdaging.

Knelpunten in de financiering

- In sommige gemeenten moeten mensen een **eigen bijdrage** betalen voor de inzet van dagbesteding vanuit de Wmo. Dat werkt belemmerend voor deze patiëntgroep, die daar geen zin in heeft. Vanuit justitie is begeleiding en dagbesteding wel gefinancierd en betalen mensen geen eigen bijdrage, maar zodra een strafrechtelijke titel dan afloopt, komt deze eigen bijdrage om de hoek. Er zijn gemeenten die hebben besloten om deze eigen bijdrage zelf te financieren. Bij de patiënt van Antes waarbij dit speelde is de oplossing uiteindelijk gevonden in financiering via de minimapolis waarin de eigen bijdrage vergoed werd.
- Het verkrijgen van een **passende indicatie** bij overgang van financier kostte veel inspanning van de zorgverleners. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aanvragen van een Wmo-indicatie bij de gemeente, waarbij de gemeente vraagtekens zet bij wat de (on)mogelijkheden zijn van de patiënt, ook als hij daarvoor een vergelijkbare indicatie had in een andere financieringsvorm. Idealiter zou volgens Antes de zorgvraag leidend zijn en de indicatie vanuit een ander wetgevingskader gewoon 'doorlopen', met periodieke evaluatie of deze nog passend is. De tijdsinvestering van zorgverleners is nu ook fors omdat patiënten zelf niet goed in staat zijn / niet de motivatie hebben om een indicatie te regelen.

- De verschillende financiers hanteren verschillende verantwoordingseisen. Ook dat kost veel tijd.

Inhoudelijke knelpunten bij het vormgeven van passende zorg

- **R-ACT methode moeilijk te realiseren bij deze patiënten.** De sociale netwerken van deze patiënten zijn kwetsbaar. In veel gevallen was het netwerk niet bestaand of waren personen in het netwerk, ook na lang aandringen, niet bereid om deel te nemen aan de resourcegroepen. Het sociale netwerk is daarnaast ook kwetsbaar omdat zij niet altijd de regierol op zich namen. De achterliggende gedachte van de resourcegroepen is dat het informele netwerk de regierol gedurende het proces meer op zich neemt. Uit de pilot kwam naar voren dat het lastig was om deze diepteslag te maken. De medewerkers van Antes hebben gedurende de hele pilot een faciliterende en regisserende rol aangenomen.
- Bij de start van de zorg beschikten behandelaars niet altijd over alle **informatie** omtrent psychische problematiek of strafrechtelijk verleden. Deze informatie is wel noodzakelijk om een effectieve behandelstrategie te kunnen bepalen. Reden hiervan is dat bijvoorbeeld niet alle informatie van de Reclassering bij de zorgaanbieder terecht komt. Ook andere partijen kunnen vanuit het oogpunt van privacy soms terughoudend zijn in het delen van informatie.

3.5 Resultaten en lessen uit de pilot

3.5.1 Resultaten in het organiseren van passende zorg

- De beelden van het team van Antes over de werking van de pilot zijn overwegend positief: zes van de zeven patiënten gaven aan in grote lijnen tevreden te zijn over hun behandeling, bij de naasten is de tevredenheid niet gemeten. Wel blijkt uit de contacten die behandelaars met naasten hadden, dat de gehanteerde werkwijze door hen overwegend als positief werd ervaren.
- Het functioneren van meerdere patiënten is verbeterd door de intensieve zorg. Tegelijkertijd is het een uitdaging om dit duurzaam te borgen, ook met begeleiding. Wat wel helpt, is dat je snel kan acteren als mensen 'afglijden', bijvoorbeeld doordat je als team korte lijnen hebt met familieleden die dit signaleren.
- Het herstel van de patiënten verloopt grillig: periodes van verbetering worden gevolgd voor periodes van verergering. Ook is gebleken dat het gemeten algehele recidiverisico niet is verminderd: bij twee patiënten is het gemeten recidiverisico (ongeveer) gelijk gebleven en bij drie patiënten is sprake van een gemeten stijging. Bij één van patiënten leidde een geweldsdelict tot veroordeling. De inschatting van de behandelaars is dat de inzet op de gesignaleerde risicofactoren echter wel degelijk een bijdrage heeft geleverd aan het voorkomen van verhoging van het recidiverisico. Zij schatten in dat zonder deze intensieve zorg het gemeten recidiverisico hoger zou zijn geweest. Daarnaast is de beperkte vermindering van het gemeten recidiverisico wellicht ook te verklaren vanuit het feit dat het recidive-risico hoger ingeschat wordt, juist wanneer je de patiënt beter leert kennen. Ook is de doorlooptijd van de pilot kort: mensen hebben een crimineel verleden en kampen met allerlei problematiek; dat is in minder dan een jaar tijd niet zo snel te verbeteren.
- Het is niet gelukt om duurzame resourcegroepen te vormen vanuit de naasten van patiënten. Patiënten zijn vaak niet in staat om relaties te onderhouden. Daarnaast is één jaar kort om een groep van de grond te krijgen. Tegelijkertijd leverde het betrekken van naasten wel goede informatie op voor de behandeling zelf en zijn contacten tussen patiënt en naaste wel verbeterd. Elementen uit de R-ACT-methodiek zijn dus wel interessant voor deze doelgroep.

3.5.2 Lessen van Antes

Wat 'werkt' bij deze patiënten

- De patiënt de regie geven over zijn/haar behandeling is positief voor de welwillendheid van de patiënt om mee te werken aan de behandeling. Zo gaven medewerkers van Antes aan dat patiënten het gevoel hadden serieus te worden genomen doordat zij invloed hadden op hun behandeling en hun wensen een plek hadden. De patiënten waren daardoor meer betrokken bij het eigen behandelplan. De ervaring leert dat het geven van een bepaalde mate van regie aan de patiënt in veel gevallen goed mogelijk is binnen de kaders die gelden in een forensische behandeling. Hoewel er soms spanning kan ontstaan tussen de eigen regie van de patiënt en de beperkingen die voortkomen uit de geldende kaders.
- De R-ACT-methodiek zorgt ervoor dat patiënten zelf een stappenplan uitwerken. Het stellen van concrete doelen ervoor dat de patiënt het gevoel had 'ergens naar toe te werken'.
- Houding en gedrag maken het verschil: volharding, een goede bejegening en adequaat omgaan met probleemgedrag van patiënt bleek cruciaal in het opbouwen van een behandelrelatie.
- Goede zorg bieden vraagt grote inzet. Er is er niet één pasklare oplossing voor deze groep patiënten. Het is vooral zaak om in te kunnen spelen op de instabiliteit en grilligheid die deze patiënten met zich meebrengen. De pilot maakte duidelijk dat individueel maatwerk binnen de beschikbare mogelijkheden het best bleek te werken, met flexibele op- en afschaling van behandeling en begeleiding. Dat betekent voor elk patiënt een op maat gemaakt programma, wat veel van de professional vraagt.

Algemene lessen uit de pilot

- De resourcegroepen hebben gezorgd voor een verbeterde communicatie tussen de familie en professional. Ondanks dat het lastig was om de resourcegroepen de regierol over te laten nemen, bleken de bijeenkomsten te zorgen voor kortere lijnen tussen familie en professional, wat het herstel van de patiënt ten goede kwam.
- De extra tijd die medewerkers van Antes per case beschikbaar hadden bleek veelal op te gaan aan praktische zaken, bijvoorbeeld ervoor zorgen dat de patiënt elke dag op de dagbesteding aankomt. Ondanks dat dit slechts een faciliterende rol is voor de behandelaar, maakte deze pilot duidelijk dat dit soort praktische zaken uiteindelijk zeer van belang zijn voor de patiënt. Naar het idee van de medewerkers in het team waren er drie zaken die hielpen: het hebben van werk of dagbesteding, een stabiele woonsituatie en een sociaal netwerk om de persoon heen. Het *integrale aanbod* van behandeling en begeleiding onder regie van een hoofdbehandelaar sloot aan bij de zorg- en beveiligingsbehoefte van patiënten. De R-ACT methodiek biedt naar het idee van de behandelaren veel potentieel om de overgang tussen een strafrechtelijke periode en reguliere zorg te verbeteren.
- Het centraal stellen van de zorgbehoefte en dat als uitgangspunt nemen werkte goed, in plaats van de financieringsstromen of wettelijke kaders.

4 *Lessen: goede zorg organiseren voor hoog risico patiënten*

In dit hoofdstuk beschrijft AEF wat de opbrengsten van de pilots opleveren aan lessen over de vraag wat er nodig is om goede en adequate zorg te bieden aan hoog risico patiënten. De tweede paragraaf bevat een terugblik op het monitoren van de pilots.

4.1 Wat leren de pilots?

1. Het begeleiden van deze patiëntgroep vraagt vooral veel tijd, meer menskracht én motivatie van hulpverleners.

- Bij beide pilots was de **inzet van tijd en menskracht** voor de patiënten (veel) groter dan bij de begeleiding in de reguliere (forensische) ggz. In de pilots bestond die extra inzet uit:
 - Elke dag bij iemand langs gaan in plaats van twee keer per week.
 - Met twee personen langsgaan, in verband met veiligheidsrisico's.
 - Extra menskracht inzetten bij de instelling waar iemand woonde.
 - Eerder dan normaal vast contact opbouwen, wanneer iemand zich nog in een kliniek bevindt.
 - Investeren in het ondersteunen van hulpverleners in andere organisaties rond de vraag hoe ze het beste met de persoon om kunnen gaan.
 - Meer overleg met andere zorgorganisaties, gemeente, OM en politie.
 - Investeren in het opbouwen van relaties in het netwerk van de patiënt.
- Hulpverleners gaven aan dat een groot deel van het succes ook bestond uit het **nóg** een keer proberen met een patiënt, die anders al opgegeven zou zijn. Zowel in het totale plaatje (iemand opnieuw in zorg nemen) als dagdagelijks: blijven langsgaan, **volhardend** zijn. Dat vergt het ook een specifiek soort hulpverleners; niet iedereen kan goed met deze patiëntgroep omgaan.

2. Er zijn een aantal beschermende factoren die bij de meeste patiënten voor meer stabiliteit zorgen:

- Een vast gezicht: langdurige betrokkenheid van dezelfde hulpverlener(s)
- Beide pilotorganisaties geven aan dat **het organiseren van** de onderstaande '**basis**' vooral van belang is en de ruimte voor behandelinterventies beperkt is. De basis bestaat uit:

Andersson Elffers Felix

- Een rustige omgeving om te wonen (maatschappelijke opvang is vaak te druk / onrustig). Een beschermende woonplek lijkt bij veel mensen wenselijker te zijn dan zelfstandig wonen.
 - Werk of dagbesteding
 - Een steunend netwerk
 - Financiële situatie op orde
 - Regelmatige inname van medicatie
- Bovenstaande laat zien dat er een gecombineerd team noodzakelijk is, dat integraal zowel begeleiding als behandeling biedt.
 - Het betrekken van naasten kost veel tijd en doorzettingsvermogen, maar kan wel een belangrijke steunpilaar zijn voor de patiënt zelf en een sparringspartner voor de zorgverleners. Naasten kunnen ook signaleren of iemand 'afglijd'.

3. Samenwerking in de keten is noodzakelijk, om gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor deze moeilijke doelgroep:

- De meeste hoog risico patiënten zijn al in vele instellingen in de regio geweest. Instellingen en hulpverleners zijn soms moe en murw. Het helpt als de zorg voor deze patiënten een **gezamenlijke verantwoordelijkheid** is in de regio; dat spreidt de last.
- Het **opzetten van een lokale of regionale samenwerkingsstructuur kost tijd**. Het Veiligheidshuis is hiervoor een logische plek. Daarbij is het belangrijk dat de gesprekspartners het mandaat hebben om keuzes te maken.
- Een overlegstructuur met alle partijen werkt goed, omdat de **lijnen kort** zijn en mensen elkaar persoonlijk leren kennen. Dan is het toch makkelijker om te bellen als de inzet van die ander nodig is.
- Kenmerkend voor de hoog risico patiënten is dat zij vanuit veel **verschillende financiële potjes** zorg krijgen. Soms bevinden patiënten zich in de forensische zorg vanwege een strafrechtelijke titel, dan weer krijgen zij geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet en tegelijkertijd krijgen zij begeleiding vanuit de gemeente rond dagbesteding en huisvesting, gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning. Om een samenhangend ondersteuningsaanbod te bieden is het noodzakelijk dat deze verschillende zorgvormen op elkaar aansluiten. In de pilot lukte dat, omdat de pilotorganisatie optrad als een soort regisseur en **eerste aanspreekpunt en de zorgbehoefte als uitgangspunt** nam. De hulpverleners zochten iemand al op terwijl hij zich nog in een kliniek (strafrechtelijk kader) bevond en zorgden in het vervolgproces voor passende behandeling, begeleiding en huisvesting.
- Voor reguliere instellingen werkt het daarnaast prettig dat er **één partij** is die de **regie** op zich neemt voor deze 'moeilijke doelgroep'. Kans is anders ook dat deze groep tussen wal en schip beland, omdat niemand met hen uit de voeten kan. Nu had de pilotorganisatie de verantwoordelijkheid om hoe dan ook betrokken te blijven en zorg te organiseren.
- Niet alle samenwerkingspartners zijn gemotiveerd om inzet te leveren voor deze patiënten, of begrijpen de problematiek. Er is **veel angst onder hulpverleners** en gemeenten kunnen niet altijd met deze personen uit de voeten.

4. Belemmeringen waar zorginstellingen tegen aan lopen

- Het is **lastig om een passende verblijfsplek voor de doelgroep te vinden**. De combinatie van psychiatrische problematiek én een (licht) verstandelijke beperking én verslaving, zorgt ervoor dat veel instellingen aangeven dat zij daar niet mee uit de voeten kunnen. De instellingen die dat wel kunnen (zoals SGLVG), hebben vaak een grote wachtlijst.

- Er is een groot **personeelstekort** in de ggz. Daarnaast zijn professionals vaak gedemoraliseerd als het om deze patiënten gaat; deze patiënten gebruiken vaak geweld tegen hulpverleners.
- Het is **moeilijk om een klinische opname of time- out te organiseren** voor patiënten. Dat kost veel tijd en 'leuren' bij anderen, zowel bij een instelling zelf als om de financiering bij de zorgverzekeraar rond te krijgen.

5. Aandachtspunten in de financiering

- in de 'normale' situatie neemt men niet de ruimte om zoveel tijd te besteden aan zowel cliëntgebonden als niet-client gebonden zorg. Een ggz-instelling heeft te maken met een financieel 'vierkant' waarbinnen zij de zorg moeten vormgeven. Bij een grote instelling kan je dan wel een paar patiënten hebben die 'drukken op het totaal', maar als kleine instelling is dat financieel onhaalbaar. Tegelijkertijd is de inschatting dat het in Nederland om een beperkt aantal patiënten gaat die deze intensieve zorg nodig heeft.
- Er is sprake van een **hoge no-show** (patiënten die er niet zijn als je een afspraak hebt), die normaal gesproken niet vergoed wordt. De vraag is hoe je hier rekening mee kan houden in de financiering.
- Het **samenwerken in de keten** kost in eerste instantie **veel tijd** en inzet van verschillende partijen en blijft ook tijdens een zorgtraject veel tijd kosten.
- De verplichte eigen bijdrage voor patiënten werkt belemmerend: wanneer de strafrechtelijke titel van iemand afloopt, valt de ambulante begeleiding onder de Wmo en Zvw, waar een verplichte eigen bijdrage voor geldt. Dat kan voor patiënten een reden zijn om geen begeleiding te willen. Oplossingsrichting kan zijn dat de gemeente deze eigen bijdrage financiert binnen de minimapolis.

6. Kleine stappen, vooruitgang boeken kost tijd en blijvende aandacht

- De beide pilotorganisaties geven aan dat de stappen die patiënten maken soms maar klein zijn, of zelfs afwezig. Tegelijkertijd zien de teams dat ook deze **'kleine resultaten' wel degelijk van grote waarde kunnen zijn** voor de patiënt en zijn of haar naasten en dat een relatief klein lijkende stap (vinden van passende dagbesteding, voorkomen van dakloosheid) al van groot belang kan zijn in stabilisatie en voorkomen van recidive.
- De patiëntgroep waar het om gaat vergt een **lange adem**. Wat men vaak ziet is dat het hebben van relaties, een woning en dagbesteding/werk zorgt voor meer stabiliteit. Dat is niet zomaar gerealiseerd en vergt blijvende aandacht. Het is de vraag hoe je die **blijvende aandacht kan borgen**.

4.2 Terugblik op het monitoringsproces van de pilots

Bij de opstart van de pilot zijn verschillende thema's benoemd die onderdeel zijn van de pilot. Dat ging zowel om zorginhoudelijke thema's (wat werkt nou goed bij deze patiënten) als om het creëren van randvoorwaarden (wat is er nodig in de keten). Al doende bleek welke thema's voornamelijk relevant waren voor het vormgeven van continuïteit van zorg en welke minder. Zo geven beide organisaties aan dat vooral het blijven volhouden van professionals cruciaal is.

- Eén van de thema's die minder aandacht heeft gekregen is de vraag of er mogelijkheden zijn in het creatiever inzetten en benutten van **strafrechtelijke titels** om mensen in zorg te krijgen of houden. Te denken valt aan het inzetten van bijzondere voorwaarden, zoals verplichte inname van medicatie of deelname aan behandeling. Beide pilotorganisaties

Andersson Elffers Felix

geven aan dat zij hier zelf niet extra op hebben ingezet. Zij hadden niet het idee dat dit behulpzaam was in het zorgproces. Ook gaf Transfore aan dat het de vraag is of je op deze manier 'dwang' wil uitoefenen, of dat je op een andere manier kan verleiden en werken aan herstel.

- De idee bij de aanvang van de pilot was om als instelling waar nodig contact te zoeken met de **zorgverzekeraar** over de financiering van de zorg. Voor beide pilotinstellingen geldt dat zij hierover weinig (Transfore) of geen (Antes) contact hebben gehad met de zorgverzekeraar. Dat heeft allereerst een praktische reden: de meeste DBC's zijn korter dan een jaar geleden geopend en zijn dus nog niet afgesloten. Daarnaast gaat het kleine aantal 'hoog risico patiënten' op in het totale cliëntbestand en is deze intensieve ambulante zorg wel duur, maar tegelijkertijd nog steeds een stuk goedkoper dan klinische opname. Transfore heeft voor twee patiënten die klinische opname nodig hadden (en die uiteindelijk niet geïncludeerd zijn in de pilot) contact gezocht met de zorgverzekeraar in verband met de financiering.
- Over het geheel geldt dat de pilots leren dat het belangrijk is om aan de voorkant te verhelderen wat het karakter is van de pilot. Is de pilot bedoeld als een soort *vrije ruimte* waarin men kan leren, vallen en opstaan rond het bieden van passende zorg, of is de pilot bedoeld om een concreet aantal hypothesen te toetsen? De pilots *hoog risico patiënten* was uiteindelijk een mengvorm van beide, waardoor het moeilijk is om uitspraken te doen over het al dan niet slagen van de pilot.

5 Hoe verder: de ketenveldnorm

Dit hoofdstuk biedt een korte vooruitblik: hoe verder in het proces om passende zorg te bieden aan hoog risico patiënten? In 2018-2019 vinden er pilots plaats in het kader van de *ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg*. De cliënten waarvoor de ketenveldnorm ontwikkeld is, zijn vergelijkbaar met de mensen die begeleid zijn in de pilots hoog risico patiënten. Zoals in de inleiding benoemd werd gaat het in de ketenveldnorm om 'cliënten die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen als gevolg van een psychische stoornis en/of verstandelijke beperking'. Het doel van de ketenveldnorm is om voor deze mensen passende zorg te organiseren op alle levensgebieden, zodat zij stabiliseren en waar mogelijk herstellen.

De doelstelling is om vanaf 2020 een dekkend aanbod van zorg te organiseren voor deze cliënten in de regio's. Dat betekent dat 2019 in het teken staat van ontdekken wat de randvoorwaarden en kritische succesfactoren zijn om de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg werkzaam te maken. In onderstaande paragraaf staat een aantal aandachtspunten die bij de doorontwikkeling van de zorg voor deze mensen van belang zijn.

5.1 Aandachtspunten bij de zorg aan hoog risico patiënten

Verkennen: wat voor soort zorg is er precies nodig voor deze groep patiënten en hoe houd je dat betaalbaar?

- Uit de pilot blijkt dat het soort ondersteuning dat nodig is voor deze patiënten vooral bestaat uit begeleiding op het gebied van werk, huisvesting en relaties en regelmatige inname van medicatie. Tegelijkertijd vraagt de problematiek wel psychologische/psychiatrische expertise. Dat roept de vraag op wat voor soort team je nodig hebt rond deze patiënten; wie heb je nodig om de begeleiding goed vorm te geven? Waarop leg je de nadruk? En: wat is daarin doelmatig, gezien het feit dat de inzet van een psychiater meer kost dan de inzet van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige?
- Bovenstaande roept tevens de vraag op in wat voor soort zorgklimaat deze patiënten tot stabilisatie of herstel komen. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is het veel gebruikelijker om mensen langdurig en soms zelfs levenslang te begeleiden. In de ggz is er meer sprake van korte interventies. Aangezien de beschermende factoren met name te maken hebben met *stabiliteit* in relaties, woning, werk en dagbesteding, is het interessant om te verkennen hoe je daar invulling aan kan geven door langdurige begeleiding in de nu ontwikkelende *levensloopfunctie*. Deze verkenning kan zich ook

Andersson Elffers Felix

verdiepen op de werkwijze en methode. De werkwijze kenmerkt zich globaal door *persistentie* en *presentie*. Wat is er voor nodig om dit te kunnen bieden?

- In het kostenplaatje is het opmerkelijk dat de pilotorganisaties inschatten dat er minder terugval en daarmee klinische opname nodig was vanwege de intensieve ambulante inzet. Vanuit kostenperspectief legitimeert dat een intensieve ambulante inzet, omdat dit op de langere termijn dure klinische opname voorkomt. Dit vergt wel verdere verkenning, omdat dit op basis van de kleine omvang van de pilots nog niet hard te maken is.

Samenhangende zorg door kaders en financiële schotten heen organiseren

- Belangrijke vraag blijft hoe je samenhangende zorg kan organiseren door de verschillende kaders (strafrechtelijk-vrijwillig) en financieringsstromen (Fz, Zvw, Wlz, Wmo) heen. Hoe verhouden behandeling en begeleiding zich tot elkaar en welke afbakening geldt op dit punt tussen de curatieve ggz/Zvw, de forensische zorg en de Wmo? Zoals gezegd werkte het goed om één verantwoordelijke partij te hebben die dit organiseert, die kan redeneren vanuit de zorgbehoefte. Tegelijkertijd blijft het dan zoeken naar een sluitende financiering.
- Daar komt bij dat de zorg voor deze patiënten veel tijd kost. Zowel indirecte tijd, zoals overleg met ketenpartners, als directe tijd door intensief contact met de patiënt te onderhouden. Dat betekent dat een zorginstelling wel van voldoende omvang moet zijn om deze relatief ‘zware groep’ binnen hun financiële mogelijkheden zorg te kunnen verlenen. Richting de toekomst kan het interessant zijn te verkennen of het mogelijk is een andere wijze van afrekening te hanteren, bijvoorbeeld buiten het budgetplafond van de aanbieder, of afrekening niet op basis van de gemiddelde prijs vorm te geven. Een andere optie is om een soort ‘plus’ op een db(b)c mogelijk te maken voor hoog risico patiënten.

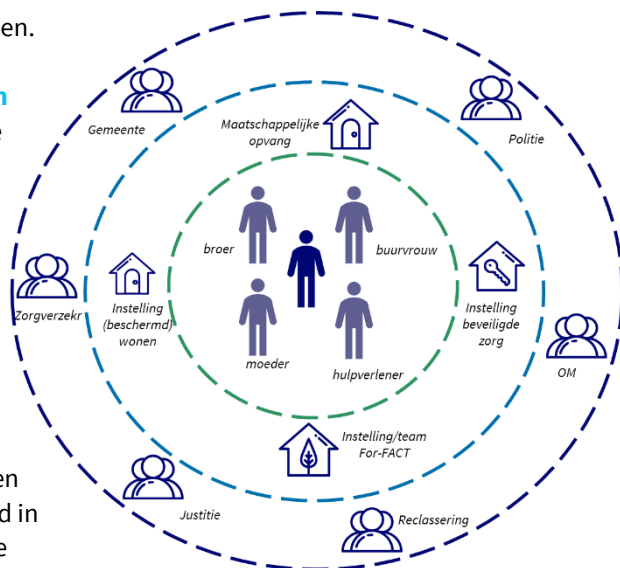
Helder krijgen wie in aanmerking komt voor deze intensieve zorg

In de pilots is uitgebreid aandacht besteed aan de vraag welke patiënten wel en niet geïncludeerd werden in de pilot. De reden daarvoor is dat het om intensieve (en daarmee kostbare) zorg gaat. Die wil je bieden aan diegenen die dat echt nodig hebben en waarvoor anders geen passend zorgaanbod beschikbaar is. Het is daarmee van belang om duidelijk af te bakenen voor wie de *levensloopfunctie* van de ketenveldnorm beschikbaar is. Dat vraagt

- het hanteren van duidelijke criteria;
- een transparant proces van toetsing;
- mensen die mandaat hebben om deze zorg in te zetten.

Samen op de patiënt heen staan; je kan het niet alleen

Het vergt veel van alle betrokkenen om passende zorg te bieden aan hoog risico patiënten. Dat geldt op individueel niveau in het sociale systeem om de patiënt heen, als bij de betrokken zorgaanbieders, veiligheidspartners en gemeenten (de keten). Dat betekent dat het noodzakelijk is om samen om de patiënten heen te staan. Interessant in dat opzicht zijn ook de initiatieven van (ex)patiënten zelf, zoals herstelacademies en buurtcirkels. Je hebt elkaar nodig; deze zorg is zwaar en vergt doorzettingsvermogen en blijvende aandacht. Juist in een wereld waarin zorg, begeleiding en wonen zijn opgedeeld in ‘financieringshokjes’ en het systeem versnipperd is. In de woorden van Antes “breng leefwereld en systeemwereld bij elkaar”.



Figuur: passende zorg vraagt samenwerken rond de patiënt op alle niveaus

Andersson Elffers Felix

Kortom: een maatschappelijke opgave die ieders inzet vraagt

Voorzien in passende zorg voor hoog risico patiënten is een maatschappelijke opgave die inzet vraagt van verschillende mensen en partijen. Met name de financiering van de zorg buiten het strafrechtelijk kader blijft een belangrijk schakelpunt. De samenwerking tussen zorgaanbieder, gemeente en zorgverzekeraar is daarmee cruciaal. Het gaat om een kleine groep mensen in Nederland, maar wel een groep die intensieve aandacht vergt. Wanneer je kan voorkomen dat deze mensen ‘tussen wal en schip’ vallen, is dat grote winst, zowel voor de persoon zelf, als voor zijn omgeving en de samenleving.