

Convenant

Capaciteit Beveiligde Bedden

Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg

Inleiding

Wij – als ondertekenaars van dit convenant – zijn van mening dat iedere persoon die zorg en ondersteuning via een opname in een beveiligde klinische setting nodig heeft, hier toegang toe dient te krijgen. In dit kader merken we op dat opname van mensen – die ten gevolge van hun psychische stoornis en/of hun verstandelijke beperking en/of hun verslaving een (ernstig) risico voor zichzelf of hun omgeving vormen – op beveiligde bedden verbeterd kan en moet worden. Het gaat hier specifiek om personen die een (ernstig) risico voor zichzelf vormen en/of waarbij er sprake is van een maatschappelijk risico, waarbij een opname meer of andere beveiliging vergt dan normaal gesproken in een opname-setting geboden kan worden. Dit is belangrijk voor de individuele patiënt, maar zeker ook met het oog op de veiligheid van de samenleving. Hierbij ligt er een gedeelde verantwoordelijkheid voor alle partijen, zowel bij de zorgaanbieders als bij de financiers van zorg. We nemen in gezamenlijkheid ook de verantwoordelijkheid op ons dat iedere persoon die zorg via een opname in een beveiligde klinische setting nodig heeft, hier toegang toe krijgt.

Bij het gesprek over beveiligde bedden binnen dit convenant hanteren we de volgende definitie: bedden op beveiligingsniveau 2,3,4. Daarbinnen herkennen we bepaalde specialisaties: psychiatrie: FPA/FPK/FPC, SGLVG: Borg-instellingen, Ontwrichting: KIB/LIZ, Verslaving: FVA/FVK. Opname/plaatsing kan tot stand worden gebracht in het kader van een strafrechtelijke maatregel, een Wvvgz- of Wzd-maatregel, dan wel op vrijwillige basis.

Om deze reden committeren wij ons allen aan onderhavige afspraken ten behoeve van het ‘Dashboard Capaciteit beveiligde bedden’ en wij zeggen toe om:

1. Het Dashboard Capaciteit Beveiligde Bedden Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg (hierna: dashboard) tot stand te brengen, met ondersteuning van de Ministeries van Justitie en Veiligheid en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en;
2. Vervolgens aan de hand van het dashboard de opnamecapaciteit in beeld te brengen, zodat sneller inzichtelijk is waar mensen op beveiligde bedden kunnen worden opgenomen;
3. Samen te werken op basis van vertrouwen en openheid, waarbij transparantie voorop staat en er een constante dialoog is met als doel om de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de beveiligde bedden te verbeteren.

Dit alles met als doel om iedere persoon die zorg en ondersteuning via een opname in een beveiligde klinische setting nodig heeft, hier toegang toe te kunnen geven. De ondertekenaars:

Convenant

De partijen die dit convenant ondertekenen, te weten

- de Nederlandse ggz, namens de leden die beveiligde bedden leveren, in deze vertegenwoordigd door mevrouw drs. J.D.C. Geel
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, namens de leden die beveiligde bedden leveren, in deze vertegenwoordigd door mevrouw M.H. Bolt MBA
- Zorgverzekeraars Nederland, in deze vertegenwoordigd door de heer drs. D.J. van den Berg
- Dienst Justitiële Inrichtingen, in deze vertegenwoordigd door de heer dr. mr. G.J.C.M. Bakker

En

- De Minister van Justitie en Veiligheid, de heer mr. F.B.J. Grapperhaus
- De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heer drs. P. Blokhuis

Overwegende:

Algemeen

1. De partijen zijn het erover eens dat mensen die, ten gevolge van hun psychische stoornis en/of hun verstandelijke beperking en/of hun verslaving een (ernstig) risico voor zichzelf of hun omgeving vormen – recht hebben op (toegang tot) zorg en niet tussen wal en schip mogen vallen. Deze mensen moeten daarom opgenomen kunnen worden op een plek waar zij de juiste zorg en ondersteuning ontvangen binnen een passende beveiligde setting;
2. De partijen erkennen dat zij hier allen een eigen verantwoordelijkheid in hebben op basis van wet- en regelgeving en de maatschappelijke taak waar zij voor staan;
3. De partijen erkennen dat de capaciteit van beveiligde bedden gelimiteerd is;

Opname van patiënten en indicatiestelling

4. De partijen onderkennen het belang van ‘real time’ inzage in de beschikbaarheid van beveiligde bedden en een daarvoor te ontwikkelen ‘dashboard’ dat kan bijdragen aan het inzicht in de (beschikbare) capaciteit van beveiligde bedden;
5. De partijen erkennen dat het dashboard de huidige praktijk van opname en plaatsing¹ moet ondersteunen, maar dat de (medische) verantwoordelijkheid altijd bij de ontvangende zorgaanbieder ligt en het dashboard dus geen vervanging van de huidige opname- en plaatsingsactiviteiten is;
6. De partijen erkennen dat bestaande initiatieven/structuren m.b.t. registratie van zorgcapaciteit en onderlinge zorgbemiddeling/intercollegiale afstemming tussen aanbieders van meerwaarde zijn en dus te allen tijde onderdeel moeten blijven van het opnameproces;

Inzicht in knelpunten

7. De partijen zijn het erover eens dat een dashboard op termijn een objectief overzicht kan geven in de kwalitatieve² en kwantitatieve knelpunten omtrent het inzetten van beveiligde bedden;
8. De partijen zijn het erover eens dat het gesprek over de knelpunten over feiten moet gaan en niet over niet nader onderbouwde beelden;
9. De partijen stellen vast dat de zorgaanbieders eigenaar zijn van dit dashboard en zorgaanbieders in het bijzonder stellen vast dat zij op hun beurt verantwoordelijk zijn voor het vullen van het dashboard met actuele, juiste en volledige informatie;

¹ Het Forensisch Plaatsingsloket (onderdeel DJI- Divisie Individuele Zaken) heeft de wettelijke taak om strafrechtelijke patiënten te plaatsen. Voor niet-strafrechtelijke patiënten geldt dat zij opgenomen worden.

² Met kwalitatieve knelpunten wordt bedoeld dat de beschikbare plekken/capaciteit als niet passend voor patiënten met specifieke kenmerken wordt gezien, waardoor er wel bedden beschikbaar zijn maar deze toch niet voorzien in de specifieke vraag die er is.

10. De partijen stellen vast dat de zorgverzekeraars de hier gemaakte afspraken ook onderdeel uit zullen laten maken van de inkoopcontracten die zij sluiten met individuele aanbieders van beveiligde zorg, om zo te borgen dat het dashboard – in lijn met de hier gemaakte afspraken – met actuele, juiste en volledige informatie gevuld wordt door de zorgaanbieder met wie het inkoopcontract gesloten wordt;
11. De partijen zijn het erover eens dat er meer zicht moet komen op de capaciteit van beveiligde bedden, uitgesplitst naar primair specialisme (psychiatrie, verslaving, ontwrichtend gedrag of SGLVG) regio, mogelijkheden voor opname in het kader van de Wfz, Wvggz en/of Wzd en type zorg (behandeling, langdurige zorg of crisis);
12. Naast de real-time informatie in het dashboard zoals gespecificeerd in het convenant wordt door de partij die het dashboard beheert, separaat, op kwartaal basis, inzage verstrekt in de financieringsgrondslag van de bezette bedden (in ieder geval uitgesplitst naar Wlz Zvw, Wfz en overig). Dit zal niet per zorgverzekeraar gebeuren, maar in totaal voor alle zorgverzekeraars. Dit overzicht dient aantoonbaar aan te sluiten op de capaciteitscijfers in het dashboard.
13. Indien een financier van beveiligde bedden gedurende de looptijd van het convenant, aan de hand van een casus van een specifieke aanbieder, dergelijke informatie over de financieringsgrondslag nodig heeft, dan zal de aanbieder die aan de verzekeraars aanleveren.
14. In de evaluatiemomenten wordt expliciet getoetst of met bovenstaande bepalingen nu voldoende informatie voorhanden is om tot goed inzicht in de knelpunten in de financiering van beveiligde bedden te komen en of dit bijdraagt aan het realiseren van een goede inkoop door financiers. Ook wordt er in de evaluatie gekeken in hoeverre het zorgprestatie-model zal gaan voorzien in het tijdig opleveren van de gewenste informatie.
15. Partijen zijn het erover eens dat het hierboven genoemde totaaloverzicht (in een bij de behoefte passende frequentie) ook na 2021 beschikbaar moet zijn, en zullen ervoor zorgdragen dat de hierboven benoemde kwartaalrapportage beschikbaar blijft tot een gelijkwaardig alternatief voorhanden is. Dit tenzij uit de evaluatie na 9 maanden blijkt dat het samenspel van alle afspraken niet bijdraagt aan het realiseren van de doelen van het convenant.

Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden

16. De partijen erkennen dat er nu ook situaties zijn waarin er met patiënten wordt ‘geleurd’ en dat dit absoluut onwenselijk is;
17. De partijen erkennen dat er een Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden moet komen die bemiddelt voor de niet-strafrechtelijke patiënten die nu niet of moeizaam opgenomen kunnen worden;
18. De partijen erkennen dat dit onafhankelijke punt ingebed moet worden binnen een bestaande organisatie, niet zijnde één van de betrokken ministeries of financiers.

Afsluitend

19. De partijen spreken de intentie uit om het dashboard en het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden tot een succes te maken en kunnen op deze intentie aangesproken worden;
20. De partijen onderkennen dat het onderlinge vertrouwen broos is en dat daarom goede begeleiding van de bouw en de implementatie van het gebruik van het dashboard noodzakelijk is.

Komen partijen het volgende overeen:

- Er wordt een dashboard gebouwd waarin alle beveiligde bedden van Nederland op beveiligingsniveau 2,3,4 worden opgenomen, ongeacht de financieringsgrond.
- De zorgaanbieders van deze beveiligde bedden werken alle werkdagen het dashboard bij, waarmee het dashboard een afspiegeling is van de actuele bezetting van alle beveiligde bedden in alle klinieken in Nederland.
- Dit gebeurt met actuele, juiste en volledige informatie, waarbij op basis van het gesprek tussen zorgaanbieders over de beschikbare bedden nadere inkleuring kan worden gegeven aan de daadwerkelijke beschikbaarheid van de bedden in relatie tot de zorgvraag die er is en het beschikbare daadwerkelijke aanbod van zorg.

- De zorgaanbieders vullen de statische gegevens (zoals contra-indicaties, rechtsregime, specialismes, (post)adres, telefoonnummer en bereikbaarheid) over de locatie in en werken dit bij als er iets wijzigt.
- Het dashboard kent twee functionaliteiten: het geeft real-time inzicht in de beschikbaarheid van bedden bij de zorgaanbieders en het geeft op geaggregeerd niveau managementinformatie over de (beschikbare) capaciteit en de bevorderende en belemmerende factoren bij opname.

Tekenpagina

Partijen

- de Nederlandse ggz, namens de leden die beveiligde bedden leveren, in deze vertegenwoordigd door mevrouw drs. J.D.C. Geel
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, namens de leden die beveiligde bedden leveren, in deze vertegenwoordigd door mevrouw M.H. Bolt MBA
- Zorgverzekeraars Nederland, in deze vertegenwoordigd door de heer drs. D.J. van den Berg
- Dienst Justitiële Inrichtingen, in deze vertegenwoordigd door de heer dr. mr. G.J.C.M. Bakker

En

- De Minister van Justitie en Veiligheid, de heer mr. F.B.J. Grapperhaus
- De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heer drs. P. Blokhuis

Looptijd

Dit convenant wordt aangegaan voor de periode van 24 maanden vanaf de datum van ondertekening. Het gebruik en de effectiviteit van het dashboard en de inzet van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden zal meermaals geëvalueerd worden, waarbij wordt (her)bevestigd of de opzet gehandhaafd blijft.

Plaats en datum van ondertekening

Handtekeningen

Bijlage 1 – Toelichting

a. Inzicht in dashboard

Het dashboard geeft zoals gezegd inzicht in de realtime capaciteit per locatie, per beveiligingsniveau, per type te leveren klinische zorg (crisiszorg, reguliere behandelduur, langdurige zorg) en per primair specialisme (psychiatrie, verslaving, SGLVG, ontwrichting). Er wordt dus geen patiëntinformatie gedeeld in het dashboard, maar enkel informatie over het type zorg en de capaciteit. Ook geeft het (per locatie/afdeling) zicht in contra-indicaties en geeft de contactgegevens per instelling om verder de afstemming mee te zoeken en het professionele opnameproces in gang te zetten.

Aan alle zorgaanbieders van beveiligde bedden op niveau 2,3,4 wordt de autorisatie gegeven om te 'lezen' in het dashboard en om te 'schrijven' in dat deel van het dashboard dat hun eigen organisatie betreft.³

Het inzagerecht wordt middels autorisaties ook toegekend aan de zorgaanbieders zonder beveiligde bedden, maar mét een opnamefunctie in de regio, het Forensische Plaatsingsloket, Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en het zorgkantoor. Deze partijen krijgen inzagerecht omdat zij een opnamefunctie hebben en het Forensisch Plaatsingsloket een plaatsingsfunctie heeft en zij daarmee belangrijke ketenpartners zijn om de continuïteit van zorg aan deze patiëntengroep te vergroten.

b. De managementinformatie

Op basis van de informatie in het dashboard kunnen rapportages gedraaid worden om inzicht te krijgen in de kwalitatieve- en kwantitatieve knelpunten bij opnamen.

- op de volgende thema's kan de informatie gedraaid worden:
 - o het aantal bedden,
 - o het aantal beschikbare bedden op verschillende momenten in de tijd,
 - o hoeveelheid gereserveerde bedden op verschillende momenten in de tijd
- Dit kan landelijk, per regio, per locatie, per beveiligingsniveau en per periode.
- Separaat wordt, op kwartaal basis, inzage verstrekt in de financieringsgrondslag van de beschikbare en bezette bedden (in ieder geval uitgesplitst naar Wlz Zvw, Wfz en overig. Dit zal niet per zorgverzekeraar gebeuren, maar in totaal voor alle zorgverzekeraars).
- Het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden kan deze rapportages uitdraaien en de laatste deelt deze met de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en Dienst Justitiële Inrichtingen. De departementen van VWS en J&V krijgen op geaggregeerd niveau management/beleidsinformatie, welke kan dienen als input voor verdere beleidsontwikkeling op stelselniveau.
- Binnen dit gesprek over knelpunten is ook aandacht voor de vraag of er voldoende passende en toereikende (titels voor) financiering is om deze benodigde zorg tot stand te brengen.

Deze managementinformatie kan worden verrijkt met de informatie van de individuele zorgaanbieders uit hun logboeken. Het logboek is een (in het dashboard geïntegreerd) bestand waarin een zorgaanbieder indien zij dit wenst kan, dus op facultatieve basis, bijhouden wanneer opname niet tot stand komt of zeer moeizaam. Dit deel van het dashboard is alleen inzichtelijk voor de zorgaanbieder zelf. Hiermee kan kwalitatieve data worden verkregen over het opnameproces en het succes hiervan, informatie die niet in het dashboard zit. De kwantitatieve informatie uit het dashboard en de kwalitatieve informatie uit de logboeken vormen tezamen de basis voor de maandelijkse gesprekken over de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten. Tevens wordt deze managementinformatie periodiek besproken in het bestuurlijk overleg van (de vertegenwoordigers van) de zorgaanbieders, (de vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars/zorgkantoren, Dienst Justitiële Inrichtingen,

³ Dit betreft informatie die op de feitelijke capaciteit van beveiligde bedden ziet en dus niet op patiënt en/of persoonsgegevens van welke vorm dan ook, daarmee is er bij het verzamelen, bewerken en delen van deze informatie geen beletsel met het oog op privacy van individuele personen en/of in het kader van de verordening gegevensbescherming (AVG)

Openbaar Ministerie, Politie, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Nederlandse Zorgautoriteit, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn & sport en Ministerie van Justitie & Veiligheid.

c. Het opnameproces

De huidige praktijk van (professionele) indicatiestelling en opname wordt voortgezet. Het dashboard is geen plaatsingstool. Er wordt dus ook niet door iemand ‘geplaatst’ op basis van informatie uit het dashboard. Wel kan het gesprek tussen de opnamecoördinatoren gevoerd worden naar aanleiding van de realtime informatie die het dashboard geeft inzake het capaciteitsmanagement en de beschikbaarheid van bedden op dat moment. Het gesprek tussen de opnamecoördinatoren staat echter te allen tijden centraal. Zo kan het in de praktijk zo zijn dat een bed op vrij staat in het dashboard, maar dat een opnameverzoek toch niet wordt ingewilligd vanwege de omstandigheden binnen de klinische setting.

Wanneer een opname niet lukt binnen de reguliere samenwerkingsverbanden, zoals hierboven wordt beschreven, dan kan worden opgeschaald naar regionaal niveau. In dat geval wordt de levensloopaanbieder van de regio waarin de instelling zich bevindt gevraagd om binnen zijn (boven) regionale samenwerkingsverbanden te zoeken naar een opnameplek. De levensloopaanbieder⁴ is nu dus aan zet om te bemiddelen voor een plek voor deze aangemelde patiënt.

Wanneer opname dan nog niet tot stand is gebracht, zal het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden betrokken worden.

d. Rol Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden

Het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden zal een heldere taakomschrijving krijgen, die zit op een drietal kerntaken. Hierbij is het uitgangspunt dat het een minimale omvang heeft en gericht en gefocust haar taken oppakt, zodat (aanvullende) bestuurlijke drukte tot een minimum beperkt wordt.

Ten eerste bemiddelt zij bij individuele casuïstiek, en doet zij dit over de grenzen van de regio heen. Mocht het niet lukken om een plek te vinden binnen (of buiten) de regio, door de inzet van de levensloopaanbieder, dan wordt de landelijke coördinator van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden betrokken. Dit is de laatste stap in de opschaling van casuïstiek waarbij geen opname gerealiseerd kan worden. Dit Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden fungeert als “linking pin” tussen de regio’s en als “trouble shooter” bij zeer complexe opnamesituaties van patiënten. Zij kunnen rondom een complexe casus bijvoorbeeld een zorgconferentie organiseren met beoogde partners. Het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden heeft het mandaat om organisaties en financiers mee te laten denken over een casus (waarbij geen sprake is van de forensische titel), maar de medische verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk opnemen van de patiënt ligt bij de individuele zorgaanbieder.

De tweede taak van dit punt is dat zij als vraagbaak kan fungeren als het gaat over de beveiligde bedden in Nederland. Zo kunnen opnamecoördinatoren, Zorg- en Veiligheidshuizen, Openbaar Ministerie voor informatie over de (wet- en regelgeving omtrent) beveiligde bedden en de sociale kaart in Nederland of op regionaal niveau contact opnemen met het Landelijk Coördinatiepunt.

De derde taak van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden is dat zij, vanwege de enorme kennis die opgebouwd gaat worden door het gebruik van het dashboard en door de bemiddeling bij ingewikkelde casuïstiek, analyses opmaken van de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten en dat het Landelijk Coördinatiepunt dit bestuurlijk kan agenderen.

⁴ Zoals omschreven in de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg .: Per regio is er één aanbieder die de levensloopfunctie organiseert in nauwe samenwerking met andere aanbieders vanuit de ggz, de lvg, de verslavingszorg, de forensische zorg en het sociaal domein. Een regio heeft de omvang van ca 1,6 miljoen inwoners en omvat één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen.

e. Overlegstructuur

Vaak hebben opnamecoördinatoren nu al op dagelijkse basis met elkaar contact over opnamen. Voortaan kunnen zij hierbij gebruik maken van het realtime-inzicht in het capaciteitsmanagement deel van het dashboard.

Maandelijks komt er een landelijk (digitaal) overleg met de opnamecoördinatoren van de levensloopaanbieders, onder leiding van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden. Hier kunnen levensloopaanbieders casuïstiek inbrengen van patiënten die op een andere plek moeten worden opgenomen (op- en afschalen).

Maandelijks is er tevens een landelijk (digitaal) overleg met de stakeholders over de managementinformatie die beschikbaar komt door het dashboard. Hier wordt op een hoger, geaggregeerd niveau besproken welke knelpunten (kwalitatief en kwantitatief) er worden gesignaleerd bij de opnames van mensen op beveiligde bedden. Bij dit overleg zijn alle partijen aanwezig in de volgende verhouding (3x (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, 3x (vertegenwoordigers van) zorgverzekeraars/zorgkantoren, 2x DJI en de leden van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden). Dit overleg is in de eerste 9 maanden onder onafhankelijke begeleiding vanwege de nieuwe werkwijze die dit is en die een (langzaam te formeren) basis van vertrouwen vereist.

De frequentie van deze overleggen wordt gedurende de evaluaties bekeken en waar nodig af- of opgeschaald.

f. Bouw, beheer en betaling van het dashboard

De bouw van het dashboard wordt gedaan door een externe, nog te bepalen, partij. Hiervoor wordt een reguliere inkoopprocedure opgesteld door departementen, waarbij het Programma van Eisen zoals dat door de stakeholders samen is opgesteld dient als inhoudelijk kader. Het dashboard wordt opgeleverd voor 1 januari 2021.

De financiering van het dashboard is voor rekening van de ministeries. Onderdeel van het contract met de bouwer is het technische onderhoud aan het dashboard, ook dit wordt in de eerste fase betaald door de ministeries. De bouwer rekent geen additionele licentiekosten door aan de gebruikers, zo zal worden opgenomen in de opdracht. Het functioneel beheer van het dashboard wordt belegd bij het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden.

g. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden per partij

In deze paragraaf wordt per stakeholder uitgesplitst welke taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zij hebben.

- a. De zorgaanbieders:
 - Vullen het dashboard dagelijks, op basis van de actuele en daadwerkelijke bezetting van de bedden.
 - Geven uitvoering aan het proces van (professionele) indicatiestelling.
 - De partij die de opname in het kader van Wlz of Zvw voor haar rekening neemt maakt een afweging of opname op een beveiligd bed daadwerkelijk nodig en verantwoord is.
 - Opnamen worden in principe rechtstreeks door de zorgverzekeraars gefinancierd met inachtneming van de voor de Zvw respectievelijk Wlz vigerende voorwaarden en tarieven. Voor zover dit nu mogelijk is worden opnamen niet (meer) in het kader van onderaannemerschap uitgevoerd⁵. Streven is om op korte termijn constructies met onderaannemerschap in het geval van beveiligde zorg overbodig te maken.
 - Maken knelpunten bespreekbaar bij de financiers, met onderbouwing van de managementinformatie uit het dashboard.
 - Verzamelen informatie ten behoeve van de evaluatie van het bereiken van de doelstelling 'niet langer leuren met patiënten' door het inzicht in de opnamecapaciteit.

⁵ Hiermee wordt niet bedoeld een onderaannemerschap in het kader van een strafrechtelijke titel.

- Treden met zorgverzekeraars, zorgkantoren en DJI in overleg over de structurele borging en financiering van de functie van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en komen binnen de periode waarin de ministeries het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden bekostigen met een gezamenlijk voorstel over borging en financiering van deze functie.
 - Werken pro-actief aan oplossingen voor de geïdentificeerde kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, op basis van de hen ter beschikking gestelde managementinformatie
 - Nemen niet alleen mensen uit de eigen regio op.
 - Vaardigen 3 mensen af voor de sessies over de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, waarbij een goede afspiegeling over de regio's en over de specialismen is geborgd.
 - Voor de levensloopaanbieder geldt dat zij de maandelijkse sessies bijwonen van de opnamecoördinatoren van de levensloopaanbieders.
- b. De zorgverzekeraars & zorgkantoor
- Zorgverzekeraars garanderen de financiële vergoeding van beveiligde bedden, ook als deze eerder gemaakte contractafspraken/het omzetplafond overschrijden⁶.
 - Zorgverzekeraars zullen het convenant – en meer specifiek de gemaakte afspraken over het vullen van het dashboard met actuele, juiste en volledige informatie – toevoegen aan de inkoopcontracten die zij sluiten met de individuele zorgaanbieders waarmee zij deze contracten sluiten;
 - Er worden geen afspraken in de contracten opgenomen over het opnemen van enkel mensen uit de eigen regio: patiënten bovenregionaal opnemen is contractueel mogelijk.
 - Vaardigen 3 mensen af voor de sessies over de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, waarbij een afspiegeling is van het zorgkantoor en de zorgverzekeraar.
 - Werken proactief aan oplossingen voor de geïdentificeerde kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, op basis van de hen ter beschikking gestelde managementinformatie.
 - Treden met zorgaanbieders en DJI in overleg over de structurele borging en financiering van de functie van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en komen binnen de periode waarin de ministeries het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden bekostigen met een gezamenlijk voorstel over borging en financiering van deze functie.
- c. Dienst Justitiële Inrichtingen:
- Geven uitvoering aan hun wettelijke taak om strafrechtelijke patiënten te plaatsen en voeren hiertoe het overleg met de zorgaanbieders op basis van het opnameverzoek dat zij doen en volgen het (professionele) indicatiestellings- en opnameproces.
 - Vaardigen 2 mensen af voor de sessies over de kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten.
 - Werken proactief aan oplossingen voor de geïdentificeerde kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, op basis van de hen ter beschikking gestelde managementinformatie.
 - Treden met zorgverzekeraars, zorgkantoren en zorgaanbieders in overleg over de structurele borging en financiering van de functie van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en komen binnen de periode waarin de ministeries het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden bekostigen met een gezamenlijk voorstel over borging en financiering van deze functie.
 - DJI heeft de intentie om het boetebeding –indien de zorgaanbieder niet voldoet aan de verplichting tot opneming en verlening van de geïndiceerde forensische zorg en beveiliging- niet toe te passen gedurende het kalenderjaar 2021. In de voorgaande jaren heeft DJI deze boetes ook niet toegepast.
- d. De ministeries van VWS & Justitie en Veiligheid:
- Bouwen en betalen het dashboard waarin **alle** bedden worden opgenomen op niveau 2,3,4.
 - Faciliteren en bekostigen Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden gedurende de eerste 4 jaar.
 - Faciliteren de implementatie van het dashboard door een externe partij.

⁶ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/04/24/beveiligde-zorg-2018-2019-ggz>

- Intervenieren bij onjuist gebruik van het dashboard (bijvoorbeeld als plaatsingstool).
- Evalueren het convenant met de partijen.
- Hebben periodiek overleg met het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden.
- Werken pro-actief aan oplossingen voor de geïdentificeerde kwalitatieve en kwantitatieve knelpunten, op basis van de hen ter beschikking gestelde managementinformatie.

h. Evaluatie gebruik dashboard

Het gebruik en de effectiviteit van het dashboard en de inzet van het Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden zal meermaals geëvalueerd worden, waarbij wordt (her)bevestigd of de opzet gehandhaafd blijft. Een belangrijk ijkpunt is na negen maanden, wanneer het dashboard een eerste maal geëvalueerd wordt. Dan zal bekeken worden of het hoofddoel (zorgen dat de juiste patiënt op de juiste plek wordt opgenomen) en daarbij geformuleerde subdoelen (1. Het in beeld krijgen van de (beschikbare) opnamecapaciteit en 2. het verbeteren van het proces van opname van patiënten op beveiligde bedden) worden behaald. Ook zal aandacht zijn in de evaluatie voor eventuele knelpunten met betrekking tot de opname van patiënten op beveiligde bedden. Na deze negen maanden wordt in het bestuurlijk overleg, waarbij alle ondertekenaars vertegenwoordigd zijn, al dan niet herbevestigd of de afspraken uit het convenant worden vervolgd en dien ten gevolge ook het dashboard langer operationeel blijft.

De evaluatie wordt geïnitieerd door de Landelijke Coördinatiepunt Beveiligde Bedden en voorgezeten door de ministeries. Tijdens de evaluatie wordt ook besproken of er geen signalen zijn van verdringing van de capaciteit aan één of beide kanten (civiel en forensisch). Tevens wordt besproken in hoeverre de informatie die nu is opgenomen in het dashboard leidt tot de goede en bruikbare managementinformatie, of het dashboard goed en volledig wordt gevuld door zorgaanbieder en of er aanvullende informatie nodig of wenselijk is (bijvoorbeeld uitbreiden het soort/type bedden die in het dashboard staan). Hierbij dient altijd een zorgvuldige afweging gemaakt te worden tussen de informatiebehoefte van de verschillende partijen, de hanteerbaarheid van het dashboard en de administratieve last voor de zorgaanbieders die het dashboard vullen. Tot slot is ook onderwerp van gesprek of er geen bovenmatige druk ontstaat op de zorgaanbieders nu zij transparantie geven wat betreft hun capaciteit.