



Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

**Samenwerken in regionale netwerkvormen voor
betere ondersteuning en zorg aan mensen met een
psychische stoornis en/of een verslaving en/of een
verstandelijke beperking én een hoog veiligheidsrisico**

25 februari 2021

Colofon

De tekst van deze Ketenveldnorm is tot stand gekomen door de evaluatiebevindingen uit de pilotregio's te verwerken in de werkversie van de Ketenveldnorm zoals die er lag (juni 2018). Significant heeft in 2019 en 2020 de pilotregio's gemonitord.

Dank aan de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid voor hun subsidie om dit mogelijk te maken.

Datum

17 februari 2021

Contact

Sybren Bangma, voorzitter stuurgroep Ketenveldnorm

Sjef van Gennip, bestuurlijk adviseur Ketenveldnorm

Marloes van Es, projectleider landelijk projectteam (mves@denerlandseggz.nl)

Willemijn Verhave, projectleider landelijk projectteam (wverhave@vgn.nl)

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
1 Voorwoord	4
2 Inleiding	7
2.1 Aanleiding voor deze Ketenveldnorm	7
2.2 Ervaringen uit en evaluatie van de eerste 4 pilotregio's	7
2.3 Over welke personen gaat de Ketenveldnorm?	8
2.4 Ambitie van deze Ketenveldnorm	9
2.5 Welke afspraken staan er in de Ketenveldnorm?	11
3 Het perspectief van geïncludeerde personen en hun naasten	12
4 Ondersteuning en zorg aan geïncludeerde personen	15
4.1 De kern van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg	15
4.2 De ondersteuning en zorg binnen de levensloopfunctie	16
4.3 De zorg en behandeling op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg	19
5 Organisatie van de ondersteuning en zorg	21
5.1 Hoe is de ambulante levensloopfunctie georganiseerd?	21
5.2 Hoe is de beveiligde intensieve zorg georganiseerd?	27
6 Kwaliteitsindicatoren	30
6.1 Kwaliteitsindicatoren voor de zorg in de ambulante levensloopfunctie.....	30
6.2 Kwaliteitsindicatoren voor de beveiligde intensieve zorg	31
7 Gegevensdeling	32
8 Bijlagen	33
8.1 Regio indeling	34
8.2 Doelgroep en inclusiecriteria geoperationaliseerd in de regio	35
8.3 Wettelijke kaders voor implementatie Ketenveldnorm.....	37
8.4 Leden stuurgroep, werkgroep, klankbordgroep, focusgroep, projectleiders	45
8.5 Lijst met afkortingen.....	47

1 Voorwoord

Dit is de definitieve versie van de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Mind, de Nederlandse ggz, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en Zorgverzekeraars Nederland hebben de inhoudelijke aspecten van de Ketenveldnorm geaccordeerd. Deze versie is naar de mening van de partijen nu voldoende uitgewerkt om een basis te vormen voor de uitvoering in de regio's en voor de verdere uitwerking van de organisatorische- en financiële randvoorwaarden. In die zin kan deze Ketenveldnorm na het bestuurlijke fiat worden aangeboden aan het Zorginstituut Nederland met het verzoek om deze Ketenveldnorm te toetsen aan de inschrijfcriteria van het Register en, al dan niet na een Budget Impact Analyse, in te schrijven in het Register.

Kern van de Ketenveldnorm

De Ketenveldnorm beoogt de ondersteuning en zorg voor landelijk ongeveer 2000 personen die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen, als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening, sterk te verbeteren. Integrale samenwerking in een netwerk of keten is het sleutelbegrip. De levensloopfunctie kenmerkt zich door continuïteit van intensieve ondersteuning en zorg, professionals die bij de geïncorporeerde persoon en hun naasten betrokken blijven zo lang dat nodig is en het makkelijk opschalen en afschalen naar zwaardere of lichtere vormen van ondersteuning en zorg, ook in het sociaal domein. De levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ambulante ondersteuning en zorg (op alle levensgebieden). Vroegtijdige signalering van risico's is een belangrijk onderdeel van de levenslooppakket. Als dat nodig is vindt opschaling plaats naar een 24-uursvoorziening (waaronder beveiligde intensieve zorg).

De Ketenveldnorm ziet specifiek toe op mensen die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, onder 'reguliere' financieringsstromen vallen maar wel een forensisch behandel- en begeleidingsklimaat met forensische expertise én ook ondersteuning en hulp op andere levensgebieden nodig hebben. De Ketenveldnorm beschrijft een goed werkend samenhangend netwerksysteem van ondersteuning, zorg en veiligheid met de levenslooppakket en de beveiligde intensieve bedden. Binnen dit samenwerkend systeem kunnen deze mensen beter worden geholpen, verbetert hun kwaliteit van leven en wordt het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk beperkt. Aansluiting en samenwerking in de levenslooppakket tussen het zorg- en veiligheidsdomein, het sociaal domein en de (forensische) zorg in de regio's is noodzakelijk. Ook om goede op- en afschaling mogelijk te maken. De ervaringen uit de pilots hebben geleerd dat de aanmelding / toeleiding van personen dient te gebeuren via de Zorg- en Veiligheidshuizen en dat een hechte samenwerking met de gemeenten essentieel is voor het doelmatig implementeren van deze Ketenveldnorm.

De Ketenveldnorm voorziet in het realiseren van één integrale keten per regio (een regio bestaat uit ca 1,6 miljoen inwoners en beslaat één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen) met daarbinnen een drietal regionale subketens:

1. De uitvoeringsketen waarvoor vanuit de ondersteuning en zorg voor individuele trajecten (sub) regionale samenwerking nodig is tussen de verschillende partners in het sociaal domein, de zorg (ggz, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, forensische

zorg), het openbaar ministerie en de veiligheidspartners (politie en reclassering). Het Zorg- en Veiligheidshuis voert zo nodig regie op deze samenwerking. De zorg in het kader van de levensloopfunctie voor geïnccludeerde personen kan binnen een (sub)regio door één of meerdere levensloopaanbieders worden uitgevoerd.

2. De inkoopketen waarbij de verschillende inkopers (verzekeraars, zorgkantoren, justitie en gemeenten) met elkaar samenwerken en afstemming zoeken zodat de individuele trajecten en de ondersteuning, zorg en huisvesting uit verschillende bronnen kan worden gefinancierd.
3. De bestuurlijke keten waarbij (sub)regionaal bestuurlijke afstemming plaatsvindt over de samenwerking en de bestuurlijke randvoorwaarden ten behoeve van de levensloopfunctie. In deze bestuurlijke keten worden de bestuurlijke afspraken gemaakt tussen de samenwerkende partijen, het OM, gemeenten, politie etcetera. In alle 11 regio is één coördinerend levensloopaanbieder die de samenwerking en de bestuurlijke randvoorwaarden ten behoeve van de levensloopfunctie coördineert.

In deze context vindt de levensloopfunctie plaats, die desgewenst langdurig kan blijven bestaan en waar mensen onder voorwaarden ook weer uit kunnen stromen. Beveiligde intensieve zorg in de vorm van beveiligde bedden is in de regio beschikbaar om in tijden van terugval of crisis, intensievere zorg en beveiliging te bieden. De zorgaanbieders die de zorg in het kader van de levensloopfunctie en de beveiligde intensieve zorg uitvoeren, spannen zich in om ook de verantwoordelijkheid voor het onderling afstemmen en toegang te verlenen tot de beveiligde bedden in de regio. Dit kan ook leiden tot specialisatie op deze doelgroep. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet in het oplossen van deze problematiek.

Uiteraard moeten hiervoor ook de financiële randvoorwaarden over alle domeinen heen worden gerealiseerd. De bekostiging, in- en verkoopmethoden en opnamemogelijkheden mogen geen hobbels meer vormen in het leveren van de ondersteuning en zorg. In de implementatieperiode is bekeken hoe dit het beste kan worden vormgegeven. De ervaring leert dat veel binnen de bestaande stelsels kan worden gerealiseerd, maar dat dit niet eenvoudig is en lef en commitment vraagt van alle betrokken partijen. In de uitvoerbaarheidstoets van de Ketenveldnorm wordt verder ingegaan op de kosten die samenhangen met de coördinatiekosten voor deze complexe doelgroep én op de coördinatiekosten die stelsel-overstijgend zijn en niet te herleiden zijn tot individuele te includeren personen.

Proces

Na de vaststelling van de werkversie van de Ketenveldnorm in juni 2018 is in 2019 gestart met de implementatie in vier pilotregio's. Door inspanningen van veel mensen in deze regio's heeft dit tot veel goede inzichten en resultaten geleid. De implementatie heeft in moeilijke omstandigheden plaats gevonden, onder meer door de Corona crisis.

In augustus 2020 zijn ook de overige zeven regio's begonnen met de voorbereidingen voor de implementatie. De verwachting is dat in 2021 de landelijke uitrol een feit zal zijn.

Mede op basis van de evaluatie van de vier pilotregio's (rapport Significant, december 2020) is deze versie van de Ketenveldnorm opgeleverd door de stuurgroep.

Hoe nu verder

Met het uitbrengen van deze Ketenveldnorm wordt een belangrijke stap gezet in het verbeteren van de ondersteuning en zorg voor die mensen die daarop aangewezen zijn. Deze Ketenveldnorm overschrijdt de grenzen van sectoren. Een integrale aanpak is van groot belang voor de mensen waarop deze Ketenveldnorm zich richt.

Mind heeft de nadrukkelijke wens uitgesproken om de werkwijze van de Ketenveldnorm te verbreden naar hulpverlening aan mensen die primair een gevaar voor zichzelf zijn (en niet voor de samenleving), waarbij deze verbreding niet ten koste mag gaan van het tempo waarmee implementatie voor de oorspronkelijke doelgroep plaatsvindt.

Partijen uit de stuurgroep zijn overeengekomen om de Ketenveldnorm gezamenlijk in te dienen bij het Zorginstituut. We hebben er vertrouwen in dat het Zorginstituut de integrale Ketenveldnorm volgens hun procedures vaststelt waardoor de integraliteit van de netwerkaanpak kan worden gewaarborgd. Partijen zien de noodzaak om de implementatiestappen tot eind 2021 mede te stimuleren, de vinger aan de pols te houden en te monitoren. De huidige projectstructuur en stuurgroep zal blijven bestaan voor deze periode.

Namens de stuurgroep,

Sybren Bangma,

Voorzitter van de stuurgroep Ketenveldnorm

2 Inleiding

2.1 Aanleiding voor deze Ketenveldnorm

Het programma Continuïteit van zorg is in 2015 gestart om de aansluiting in de zorg voor forensische patiënten naar de reguliere zorg te verbeteren. Een belangrijke component daarin was de beschikbaarheid van goede ondersteuning en zorg voor personen na dat de strafrechtelijke titel is opgeheven. Maar zeker ook voor personen die geen delict hebben gepleegd, maar wel forensische ondersteuning en zorg¹ nodig hebben. Het programma Continuïteit van zorg adviseerde om daartoe regionaal dekkende afspraken te maken met gemeenten, veiligheidspartners en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg, om de keten voor ondersteuning en zorg sluitend te maken.

Het ging daarbij specifiek om afspraken op drie vlakken:

- **Doorgaande, langlopende, ondersteuning en zorg/behandeling** met aandacht voor alle levensgebieden van de te includeren persoon om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat de te includeren persoon nodig heeft en daarmee het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk te beperken.
- **Goede toegang tot beveiligde intensieve zorg²** voor personen met of zonder zorgmachtiging: begeleiding en behandeling in een beveiligde omgeving met een intensief zorg- en leefklimaat als dat vanwege crisis, zorg of risico noodzakelijk is.
- **Goede doorstroom naar passende woonvoorzieningen** voor een stabiele leefsituatie is een passende woning een noodzakelijke voorwaarde.

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) onderschrijven deze opgave³ en hebben veldpartijen gefaciliteerd om een Ketenveldnorm op te stellen voor de ondersteuning en zorg en de beveiligde intensieve zorg (samen de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg).

In de bijlage 8.4 is een overzicht opgenomen van de mensen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de Ketenveldnorm.

2.2 Ervaringen uit en evaluatie van de eerste 4 pilotregio's

In december 2020 heeft de evaluatie van de pilots plaatsgevonden mede op basis van de monitoring van Significant.

¹ Waar in de Ketenveldnorm gesproken wordt over forensische zorg wordt forensische zorg bedoeld zoals wordt verleend in civielrechtelijk kader (vrijwillige opname komt vrijwel niet voor, maar is wel mogelijk) in een forensische setting met forensische expertise.

² Beveiligde intensieve zorg is 24 uurszorg in een gesloten klinische setting met (materiële-/ fysieke) beveiliging waar patiënten met zeer ontwrichtend gedrag (ten gevolge van hun psychische aandoening of verstandelijke beperking) kunnen worden opgenomen. Er is daar sprake van intensieve zorg met expertise uit de forensische zorg, een orthopedagogisch leefklimaat, een structurerend behandelmilieu en een zorgintensief agogisch klimaat. Het gaat hier veelal om klinische zorg op fpa's, fva's en in fpk's, fvk's of op (forensische) hic's, kib en in zeer uitzonderlijke gevallen in fpc's.

³ Beleidsreacties op AEF rapport inzake passende zorg voor mensen met gevaarlijk gedrag, VWS, JenV, 22 mei 2017.

Op basis van de ervaringen van de afgelopen twee jaar is de tekst van de Ketenveldnorm aangepast. De basis van de Ketenveldnorm is onveranderd. De wijzigingen die gedaan zijn zitten vooral op het gebied van:

- Taal: de terminologie in het document is meer evenwichtig afgestemd op alle betrokkenen bij de Ketenveldnorm. Het werkdocument was qua taalgebruik vooral gericht op 'zorg'. Hierdoor voelden gemeenten en Zorg- en Veiligheidshuizen zich niet direct aangesproken. Als voorbeelden: 1) het woord patiënt is vervangen door geïncludeerd persoon en 2) Het woord zorg is vervangen door ondersteuning en zorg.
- Organisatie: we houden vast aan de elf regio's omdat er voor opschaling klinische capaciteit beschikbaar moet zijn op regionaal niveau. Er is echter meer ruimte in de tekst van de Ketenveldnorm gegeven voor de uitvoering van de levensloopfunctie op subregionaal niveau. In de praktijk in de regio's is dat bijvoorbeeld het schaalniveau van de Zorg- en Veiligheidshuizen.
- Beveiligde intensieve zorg: het onderdeel van de Ketenveldnorm dat er twee beveiligde bedden per regio beschikbaar moeten zijn blijkt niet werkbaar. Dit is uit de tekst van de Ketenveldnorm verwijderd. In de contractafspraken met de zorgverzekeraars worden door de levensloopaanbieders of de aanbieder van de levensloopfunctie in de subregio wel afspraken gemaakt over beschikbaarheid van capaciteit.
- Gegevensdeling: dit onderdeel is aangescherpt op basis van de ontwikkelde Handreiking gegevensdeling voor de Ketenveldnorm.
- In de bijlage is een overzicht van de wettelijke kaders opgenomen.
- Voorbeeldbrieven / toestemmingsformulier e.d. zoals door de pilotregio's zijn ontwikkeld, zijn te vinden op www.continuiteitvanzorg.nl

2.3 Over welke personen gaat de Ketenveldnorm?

We hanteren de volgende afbakening in de beschrijving van de betreffende personen⁴:

Personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk⁵ gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening⁶ en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.

Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico⁷ op dit gedrag.

- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek, die onvoldoende in bestaande ondersteuning-, zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.

⁴ Voor de leesbaarheid van de ketenveldnorm gebruiken we verder het woord "geïncludeerde personen" of "cliënten".

⁵ Gevaarlijk gedrag is: intimiderend en/of fysiek agressief gedrag dat gericht is tegen andere personen.

⁶ Onder psychische aandoening wordt naast de psychiatrie in de engere zin ook persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsproblematiek gerekend.

⁷ Vastgesteld op basis van een risicotaxatie.

- Er is of was sprake van een rechtelijke machtiging (Wzd), een zorgmachtiging of strafrechtelijke titel naar aanleiding van het gevaarlijke gedrag richting anderen/samenleving.
- Er is een risico dat zonder een sluitend aanbod van ambulante intensieve zorg en ondersteuning, passende hulp of huisvesting een grotere kans is op herhaling van het gevaarlijke gedrag dat onlosmakelijk verband houdt met de psychische aandoening, de (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en slechts met dwang te beheersen valt.

Specifiek voor beveiligde intensieve zorg geldt een aantal aanvullende criteria waarmee iemand tijdelijk opgenomen kan worden op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg:

- door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu of zorgintensief agogisch klimaat en fysieke beveiliging;
- er is in beginsel sprake van een niet vrijwillige plaatsing op basis van een zorgmachtiging of strafrechtelijke titel. Vrijwillige opname in deze setting komt zelden voor, maar is wel mogelijk.

Het gaat om een kleine groep personen die vanwege hun (aantoonbaar hoog risico op) gevaarlijk gedrag binnen een bestaande organisatie, dan wel een samenwerking van organisaties in de ondersteuning en zorg dan wel in het regionale netwerk van ondersteuning, zorg en veiligheid tussen de systemen valt. Daarnaast gaat het om een kleine groep personen die extra dwang/beveiligde zorg/langdurige bemoeienis nodig heeft in de vorm van de levenslooppunten vanwege het (niet aflatende hoge risico op) gevaarlijk gedrag.

Om het voor de medewerkers/professionals werkbaar en hanteerbaar te maken is operationalisering van deze doelgroep in de eigen regio noodzakelijk. Zie bijlage 8.2.

Op basis van gegevens van Zorg- en Veiligheidshuizen en de ervaringen in de pilots verwachten we dat de omvang van de doelgroep op ongeveer 2.000 te includeren personen ligt. Prevalentieonderzoek⁸ laat zien dat 30% tot 40% van de mensen in detentie een licht verstandelijke beperking heeft, dat zal in deze doelgroep waarschijnlijk vergelijkbaar zijn.

Over het landelijke zicht op de beschikbaarheid van het aantal beveiligde bedden en de opname op deze bedden is tussen partijen inmiddels een convenant gesloten.

2.4 Ambitie van deze Ketenveldnorm

Op dit moment vallen er personen die deze ondersteuning en zorg nodig hebben tussen wal en schip van de systemen in de zorg. Dat geldt ook voor personen die vanuit hun gedrag een gevaar kunnen vormen voor anderen en zichzelf. Zij krijgen niet altijd de ondersteuning en zorg⁹ die ze nodig hebben / waar ze behoefte aan hebben / waar

⁸ Kraal, H, "Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein", Hogeschool Leiden, 2016.

⁹ Voor de leesbaarheid van deze tekst wordt het woord 'ondersteuning en zorg' gehanteerd. Dit omvat behandeling, begeleiding en ondersteuning op alle levensgebieden.

ze recht op hebben. De organisatie van de ondersteuning en zorg vraagt om een sluitende aanpak van professionals, zorgorganisaties, financiers en toezichthouders, zoveel mogelijk samen met de betrokkene en zijn naasten.

Het gaat om matched care voor kwetsbare personen met complexe problemen. Intensieve ondersteuning en zorg op grond van het zo-zo-zo-principe (zo licht als het kan, zo zwaar als het moet, zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo dichtbij als het kan en zo ver weg als het moet).

“Ik wil niet meer en geen langere zorg dan noodzakelijk. Ik zou mee kunnen willen praten over zaken die mij direct aangaan.” (Jakob Visser, ervaringsdeskundige).

De Ketenveldnorm beoogt de keten van ondersteuning, zorg en veiligheid zo veel als mogelijk sluitend te organiseren en de belangen van deze personen en de veiligheid van de samenleving met elkaar in balans te brengen. De ondersteuning en zorg is toegesneden op de specifieke geïnccludeerde persoon en zijn context, gericht op stabilisatie en herstel¹⁰ op alle relevante levensgebieden; waar mogelijk in nauw contact met naasten en ervaringsdeskundigen. Bij verhoogd risico op gevaar wordt vanuit de levensloopaanpak geïntervenieerd door intensivering van ambulante zorg, of als dat nodig is een opname op een afdeling met forensische expertise en beveiligde intensieve zorg.

De **ambulante ondersteuning en zorg binnen de levensloofunctie** is gericht op stabilisatie en herstel en biedt continuïteit van ondersteuning en zorg op alle levensgebieden. Er is expliciet aandacht voor consequente monitoring en vroegtijdige signalering van risico's in iemands gedrag.

De **beveiligde intensieve zorg¹¹ binnen de levensloofunctie** is zorg in een klinische 24-uurs voorziening met forensische¹² expertise en materiële beveiliging¹³ waarbij in de meeste situaties geen sprake is van een strafrechtelijke titel. Het is een voorziening waar geïnccludeerde personen met (een hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag tijdelijk zorg ontvangen gericht op herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en versterking van beschermende factoren. Zodra het verantwoord is wordt de levensloofunctie weer ambulant voortgezet.

Om dit goed in te richten, is het van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn om de geïnccludeerde persoon volgens het zo-zo-zo principe ondersteuning en zorg te

¹⁰ We spreken in de Ketenveldnorm van herstel daar waar de gehandicaptensector werkt aan stabilisatie en versterken van de kwaliteit van leven (vg component gaat namelijk niet over).

¹¹ Voor de gehandicaptensector gaat het om de klinische voorzieningen in het sglvg+ segment. Voor de leesbaarheid van deze tekst gebruiken wij overal de term beveiligde intensieve zorg.

¹² De term forensisch heeft in deze betrekking op de behandelexpertise, het behandelklimaat en het beveiligingsniveau en niet op de financieringsvorm.

¹³ Voor de gehandicaptensector bedoelen we hiermee zowel zorgintensieve plekken waar sprake is van een stevig agogisch klimaat waarbij structuur, herhaling en nabijheid in de behandeling en begeleiding op de voorgrond staan. Deze plekken, ook wel Very Intensive Care (VIC) units genoemd, zijn gelijkwaardig aan de beveiligde intensieve zorg met beveiligingsniveau 2 hoog of 3, waarbij het accent vooral ligt op beveiliging en beheersing. Hierdoor beschikt de gehandicaptensector over twee vormen van beveiligde intensieve zorg waardoor geen doelgroep uitgesloten hoeft te worden.

verlenen. Er wordt ambulante ondersteuning en zorg geboden en (wanneer nodig) wordt de betrokkene opgenomen op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg. Om doorstroom te kunnen organiseren wordt vanuit de beveiligde intensieve zorg (weer) toegewerkt naar ambulante vormen van ondersteuning en zorg, indien nodig via lichtere klinische verblijfsvormen, een beschermde of beveiligde woonvorm of een (woon)plek in de samenleving met ondersteuning vanuit de levensloopfunctie.

Veldpartijen benadrukken het belang van het maken van een sluitend netwerk / een sluitende keten die strekt tot en met het sociaal domein en de woonvoorzieningen. Zowel binnen de gehandicaptenzorg als in de ggz loopt de doorstroming regelmatig vast door de beperkte beschikbaarheid van voldoende passende woonvoorzieningen voor deze doelgroepen. Partijen willen zich maximaal inspannen om de keten te sluiten. Gemeenten zullen daarnaast (ook) woonvoorzieningen beschikbaar moeten krijgen (waarmee verantwoordelijkheid van de Wmo 2015 invulling gegeven wordt).

2.5 Welke afspraken staan er in de Ketenveldnorm?

Alle noodzakelijke kennis en zorg voor deze te includeren personen is op dit moment al voor handen, maar wordt nog niet in een goede samenhang geboden. De belemmeringen zitten in de samenwerking, organisatie en de beschikbaarheid van de zorg en van passende woonvoorzieningen. De Ketenveldnorm legt vast in welke combinatie en samenhang deze ondersteuning en zorg door de verschillende financiers en (zorg-) aanbieders moet worden geleverd. Aangezien de Ketenveldnorm afspraken bevat door de hele keten van ondersteuning en zorg heen, is gekozen voor de term 'Ketenveldnorm'.

Deze Ketenveldnorm gaat uit van bestaande wet- en regelgeving en huidige financieringsstromen. In deze Ketenveldnorm is aangesloten bij de Wet verplichte ggz (Wvggz), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet forensische zorg (Wfz). Tevens is rekening gehouden met de nieuwe financieringssystematiek van de ggz per 2022.

Gezien de huidige rol, positie en organisatie van de verschillende Zorg- en Veiligheidshuizen en uit de ervaringen met de pilots is het noodzakelijk om voor de regionale samenwerking rond de Ketenveldnorm aan te sluiten bij de bestaande structuren of vergelijkbare regionale overlegvormen binnen de regio. Mogelijk is herschikking- of uitbreiding van ambulante- of beveiligde intensieve zorg noodzakelijk zodat over de gehele keten van ondersteuning en zorg in regio's afspraken worden gemaakt die voldoen aan de kwaliteitseisen uit de Ketenveldnorm.

De Ketenveldnorm is opgezet conform de indeling van de generieke modules van de Alliantie kwaliteit ggz (Akwa ggz) en de toetsingscriteria van het Zorginstituut Nederland. De gehandicaptenzorg werkt in de Wlz met het kwaliteitskader gehandicaptenzorg, dat ook is opgenomen zijn in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland.

3 Het perspectief van geïnccludeerde personen en hun naasten

Partijen spannen zich in om goede ondersteuning en zorg te bieden met respect voor de positie van geïnccludeerde personen en hun naasten. Partijen zijn ervan overtuigd dat indien ze er in slagen om de compassie, ondersteuning en zorg voor deze geïnccludeerde personen goed te regelen dit ook een voorbeeld is voor een bredere groep van personen die onder de Wvvggz en Wzd vallen. De verwachting is dat de Ketenveldnorm zal doorwerken naar de ondersteuning en zorg voor deze bredere doelgroep.

De inrichting van de zorg voor deze geïnccludeerde personen sluit aan bij hun perspectief en dat van hun naasten. Cliëntenorganisaties, naasten en ervaringsdeskundigen geven aan dat de zorg in elk geval moet voldoen aan de volgende kenmerken (onderstaande punten komen terug in de Ketenveldnorm):

P1

Zorg voor zorgzame zorg- en leefomgeving. Draag zorg voor een zorgzame behandelomgeving, een zorgzaam leefklimaat waar crisisinterventie (wanneer nodig) en stabilisatie plaatsvindt.

P2

Zie de hele mens. Besteed aandacht aan het narratief van de persoon. Voorkom dat de diagnose boven de persoon hangt.

P3

Houd zoveel mogelijk de regie bij de persoon zelf. De cliënt is zoveel mogelijk de regisseur van zijn eigen (zorg)proces.

P4

Zorg zo lang mogelijk voor eenzelfde behandelaar, begeleider of team. Er is één regiebehandelaar / casemanager / behandelverantwoordelijke, die tijdens het hele zorgtraject een zorgvuldige lijn houdt met de persoon, ook als iemand door omstandigheden soms in een kliniek verblijft, soms in detentie en soms ambulante hulp krijgt.

P5

Zet ervaringsdeskundigen in.(familie)ervaringsdeskundigen worden ingezet op afdelingen of in ambulante zorg en werken volgens het herstelmodel.

P6

Betrek de naasten. Naasten worden betrokken vanaf het begin (uitvoering van goed familiebeleid).

P7

Wissel expertise uit, gericht op specifieke problematiek. Expertise van professionals en deskundigen over specifieke problematiek van de persoon wordt actief uitgewisseld.

P8

Zorg voor toegankelijkheid dossier en informatie. De regiebehandelaar / casemanager (hierna verder genoemd: casemanager) zorgt ervoor dat het dossier (tijdig) beschikbaar is voor alle behandelaren en er wordt gezorgd voor een heldere informatieoverdracht, met toestemming van de geïnccludeerde persoon.

P9

Zorg voor 'lichtere' opvangmogelijkheden. Mensen hebben behoefte aan laagdrempelige opvang waar ze kunnen stabiliseren, zoals bijvoorbeeld een (gezamenlijke) woonvorm als iemand even niet meer zelfstandig kan wonen, een time-out voorziening, intensieve zorg thuis (IHT) of een bed op recept in een kliniek. Dat voorkomt escalatie en dus ook gevaarlijke situaties.

P10

Wijs de geïnccludeerde personen op de rechten die ze hebben.

Als je zorg krijgt, grijpt dat vaak sterk in op je persoonlijke leven. Daarom is het belangrijk om geïnccludeerde personen te wijzen op de rechten die ze hebben. Wat mogen ze verwachten, waar kunnen ze bezwaar tegen maken?

Naasten

Naasten van geïnccludeerde personen zijn in de levensloopfunctie ook onderdeel van het netwerk (beschermende schil) om de cliënt heen. De wisselwerking tussen de inbreng van de specifieke expertise van de naasten en de informatie vanuit het team dat de levensloopfunctie uitvoert, is van belang. De levenslooppaanpak draagt bij aan het ontlasten van familie en naasten en hen waar nodig extra steun te verlenen.

De *Generieke Module Naasten*¹⁴ beschrijft voor de ggz sector op basis van het visiestuk *Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel* en een *Basisset Kwaliteitscriteria* (LPGGz) welke elementen van belang zijn als het gaat om kwaliteit van zorg:

Focus van zorg
(uitkomst)

Kwaliteit van leven: cliënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hen relevante levensgebieden.

Herstel van vitaliteit: cliënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.

Vorm van zorg
(relaties)

Cliënt centraal: het gaat om het persoonlijke verhaal van de cliënt en de regie op de zorg ligt bij de persoon zelf.

Zorg in triade: naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.

Inhoud van zorg
(proces)

Adequate zorg: er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.

Integrale zorg: er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.

Eisen aan zorg
(structuur)

Professionele Zorg: er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten, en adequate richtlijnen.

Transparante Zorg: er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg.

¹⁴ Zie *Generieke Module Naasten* 2016, raadpleegbaar via: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/>. Binnen de gehandicaptenzorg wordt gewerkt volgens het Kwaliteitskader 2017-2022 en modules die horen bij ambulante werkwijzen.

In de **Generieke Module Naasten** staat beschreven op welke manier naasten een belangrijke rol spelen in de zorg voor mensen met een psychische aandoening. Zij kunnen bijvoorbeeld de problematiek (en risico's) signaleren en meewerken aan stabilisatie en/of herstel. Daarnaast is er aandacht nodig voor de emotionele belasting voor naasten en mantelzorgers.

In de module staan twee kernvragen die professionals kunnen stellen:

1. Wie in uw naaste omgeving is betrokken bij de situatie waarin u momenteel verkeert?
2. Vindt u het goed deze naaste uit te nodigen om zijn/haar kijk op de zaak te bespreken?

In het **Kwaliteitskader Forensische Zorg** (februari 2021) staat de volgende tekst over familie en naasten opgenomen:

Het netwerk van de patiënt/cliënt wordt actief betrokken tijdens de behandeling en/of begeleiding.

1. De behandeling/begeleiding is erop gericht om samen met de patiënt/cliënt zijn/haar omgeving zo in te richten dat hij/zij zich staande kan houden in de maatschappij. Het kan gaan om het betrekken van een bestaand (prosociaal) netwerk, het creëren van een nieuw netwerk en leren om weerbaarder te worden tegen eventuele negatieve invloeden. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare in het betrekken van naasten met respect voor de wensen van de patiënt/cliënt en de naasten.
2. Naasten, en andere relevante systeemleden, van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij er geen toestemming is van de patiënt/cliënt) uitleg over:
 - De problematiek.
 - De behandeling/begeleiding.
 - De afspraken omtrent bezoek.
3. Naasten van de patiënt/cliënt krijgen (tenzij zij zelf anders beslissen) uitleg en informatie over:
 - Het forensische zorgsysteem.
 - Algemene informatie over (de gevolgen van) licht verstandelijke beperkingen,
 - Psychiatrische - en verslavingsproblematiek.
 - Adviezen om zelf ondersteuning te krijgen (familieverenigingen en (eventueel) familie-ervaringsdeskundigen).
 - De mogelijkheid om een familievertrouwenspersoon in te schakelen.
4. Gezien het grote belang van de invloed van het netwerk, wordt de patiënt/cliënt actief gemotiveerd om toestemming te geven zijn naasten te betrekken.

4 Ondersteuning en zorg aan geïncludeerde personen

4.1 De kern van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

De ondersteuning en zorg aan de geïncludeerde personen wordt vormgegeven vanuit het ambulante team van de levensloopfunctie en waar nodig met de achtervang van de beveiligde intensieve zorg.

Wat is de kern van de levensloopfunctie?

De levensloopfunctie kenmerkt zich door continuïteit van intensieve ondersteuning en zorg, professionals die bij de geïncludeerde persoon betrokken blijven zo lang dat nodig is en het makkelijk opschalen en afschalen naar zwaardere of lichtere vormen van ondersteuning en zorg, ook in het sociaal domein. De levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ambulante ondersteuning en zorg (op alle levensgebieden). Vroegtijdige signalering van risico's is een belangrijk onderdeel van de levenslooppaanpak. Als dat nodig is vindt opschaling plaats naar een 24-uursvoorziening (waaronder beveiligde intensieve zorg).

De ondersteuning en zorg past bij de specifieke problematiek van de geïncludeerde personen en is gericht op:

- Herstel en stabilisatie. De ondersteuning en zorg gaat door de 'financieringsschotten' van sociaal domein en civiele- of strafrechtelijke titels heen. De schottenproblematiek mag niet leiden tot het uitsluiten van personen.
- Ondersteuning op alle levensgebieden vanuit de forensisch FACT methodiek.
- Ondersteuning en zorg zowel vanuit het sociaal domein, de zorg (ggz, verslaving, forensisch en gehandicaptenzorg) als vanuit het veiligheidsdomein.
- Het realiseren van veiligheid en het terugdringen van incidenten, zowel voor de geïncludeerde persoon zelf als voor de samenleving.
- Vroegtijdige signalering van risico's Samen met de geïncludeerde persoon en zijn naasten vroege signalen van ontregelingen op het spoor komen (middelengebruik, medicatie en/of contactweigering etc.), zodat ontregelingen òf kunnen worden voorkomen òf in een vroeg stadium (lees: minder ernstig) kunnen worden behandeld/gekeerd. Met als gevolg meer stabiliteit, grotere kans op inclusie en minder beroep op dure beveiligde intensieve zorg.
- Opschaling in ondersteuning en zorg als dat nodig is gebeurt in eerste instantie ambulant. Als dat niet kan is opname in een 24-uurs setting mogelijk. Als dat nodig is, wordt opname op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg ingezet.
- Er wordt gewerkt met individuele trajecten voor geïncludeerde personen, waarin duidelijke doelen en wegen om die doelen te bereiken staan beschreven.

Wat is de kern van een afdeling voor beveiligde intensieve zorg?

Vanwege het mogelijk ontwrichtende karakter van het gedrag van geïncludeerde personen zijn een specifieke context, inzet en vaardigheden vereist voor deze zorg. In de beveiligde intensieve zorg wordt hier op de volgende manieren in voorzien:

- er is sprake van intensieve zorg, de mate waarin kan per persoon en over de tijd verschillen;

- een orthopedagogisch leefklimaat en materiële beveiliging zijn onderdeel van de context waarin de zorg plaatsvindt;
- behandelkenmerken van een gesloten afdeling binnen de reguliere ggz of (sg)lvg;
- expertise uit de forensische zorg (of vanuit de High Intensive Care's) waaronder risicotaxatie, herstelgerichte benadering en de-escalerend werken;
- Afschaling in zorg, zodra dat weer kan, vindt plaats naar ambulante. Als er tussenstappen nodig zijn wordt eerst afgeschaald naar lichtere vormen van 24 uren zorg.

Iedere regio beschikt over een aantal beveiligde bedden, waarop ook bovenregionaal kan worden opgenomen. Daar waar de regio (nog) niet over beveiligde bedden beschikt wordt de beschikbaarheid georganiseerd door afspraken met (levensloop) aanbieders uit andere regio's. Definities over 'wat is een beveiligd bed' worden in het traject 'Dashboard beveiligde zorg' meegenomen.

4.2 De ondersteuning en zorg binnen de levensloopfunctie

Deze paragraaf is een nadere uitwerking van de kenmerken zoals die vanuit perspectief van geïncludeerde personen en dat van hun naasten staan beschreven in hoofdstuk 2. De ondersteuning en zorg binnen de levensloopfunctie wordt vormgegeven vanuit een integrale aanpak. Alle expertise is van belang: ggz expertise, forensische expertise, expertise vanuit de gehandicaptenzorg, vanuit de verslavingszorg, vanuit de wijkteams (sociaal domein) en expertise vanuit het veiligheidsdomein.

In de uitvoering komen verschillende varianten voor. De levensloopfunctie kan worden uitgevoerd door een apart levensloopteam of bijvoorbeeld, door een (forensisch) FACT team, altijd gevuld met voorgenoemde expertises.

Maatwerk aan ondersteuning en zorg op alle levensgebieden

De levensloopfunctie bestaat uit ondersteuning en zorg op alle levensgebieden die in samenhang is georganiseerd.

- De ondersteuning en zorg richt zich op het versterken van factoren die stabilisatie en herstel bevorderen en die het risico op terugval zoveel mogelijk verkleinen.
- Onderdeel van een behandeling gericht op herstel van psychische gezondheid kan een medicamenteuze behandeling zijn en andere therapievormen ter reductie van recidiverisico's.



Afbeelding: aandacht voor alle levensgebieden

- In de levenslooppaanpak is specifieke aandacht voor een integrale werkwijze in de praktijk van ondersteuning vanuit het sociaal domein, het veiligheidsdomein, de ggz, de forensische expertise, de lvb zorg, reclassering en verslavingszorg.
- De regie van de ondersteuning en zorg ligt zoveel mogelijk bij de geïnccludeerde persoon zelf; hij is de regisseur van zijn proces.
- De levenslooppaanpak continueert zo lang als dat nodig is en omvat het hele leven. Mensen zijn meer dan hun diagnose: het gaat om zijn of haar hele levensverhaal.

“Ik wil mijn naasten een stem geven.” (ervaringsdeskundige).

- Er is altijd een cirkel van vertrouwde mensen om de geïnccludeerde persoon aanwezig. De mensen in deze cirkel (naasten, professionals) kunnen voor lange of kortere tijd bij iemand betrokken zijn. Belangrijk is dat er altijd een aantal vertrouwde gezichten om iemand heen blijft. Dat betekent voor professionals dat zij betrokken blijven totdat de volgende professional ‘vertrouwd’ is geworden. Laat niet los voordat de ander vast heeft. In de levenslooppaanpak wordt het informele netwerk van de geïnccludeerde persoon bij de ondersteuning en zorg betrokken. De professionals hebben oog voor de draagkracht en noodzakelijke ondersteuning van het informele netwerk, bijvoorbeeld conform de methodiek van resourcegroepen.
- Om de veiligheid van de samenleving te kunnen garanderen is een passende woonvorm voor mensen uit deze doelgroep nodig. Daar ligt een belangrijke rol voor gemeenten die hierin zullen moeten voorzien. Er wordt gezocht naar een woonvorm die past bij wat iemand nodig heeft voor stabilisatie of herstel ((beveiligd) beschermd wonen, ‘skaeve huse’, ‘housing first’, individuele woonvorm met begeleiding, etc.) .
- Als iemand onverhoopt voor enige tijd in detentie of een kliniek terechtkomt dan spant de gemeente zich in om de woning van de betrokkene zo lang mogelijk beschikbaar te houden zodat continuïteit geborgd is. Partijen overleggen hierover op regionaal niveau.

“Vertrouwenspersonen moeten dichtbij zijn en goed bereikbaar.” (ervaringsdeskundige)

Vormgeven van de ondersteuning en zorg samen met de geïnccludeerde persoon

Professionals geven de ondersteuning en zorg zoveel mogelijk samen met de geïnccludeerde persoon vorm. Er wordt naar gestreefd om, daar wat dat kan, de geïnccludeerde persoon de regisseur van zijn eigen proces te laten zijn. Daar waar de geïnccludeerde persoon nog contacten heeft met naasten worden zij (waar mogelijk in een triade) nauw betrokken, omdat zij de betrokkene goed kennen en dicht bij hem/haar staan. De geïnccludeerde persoon, naasten en professionals gaan samen aan de slag. Zij maken een persoonlijk trajectplan voor de ondersteuning en zorg op alle levensgebieden. Daarin werken ze samen aan ondersteuning en zorg die past: op maat, volgens het zo-zo-zo principe. Dat betekent onder meer dat de professional de benodigde zorg snel en flexibel organiseert en kan intensiveren wanneer dat nodig is om crisis te voorkomen.

De geïnccludeerde persoon heeft vanuit de levenslooppaanpak een casemanager, die contacten onderhoudt met betrokkenen.

“Ik wil graag eerlijke en prettige mensen om me heen op vaste basis. Dus niet elke maand een ander (nieuwe regievoerder/hoofdbehandelaar).” (ervaringsdeskundige)

Procesbewaking op de continuïteit van zorg

Een geïnccludeerde persoon in de levenslooppuntie kan zich ‘overal’ bevinden. Dat betekent dat het noodzakelijk is dat er procesbewaking door de casemanager in afstemming met verschillende betrokken partijen plaatsvindt.

Monitoring en signalering van risicovol gedrag

Binnen de geboden zorg is zowel oog voor de risico’s in het gedrag van de geïnccludeerde persoon, als voor de ondersteuning en zorg op alle levensgebieden van de geïnccludeerde persoon. Er wordt gekeken naar hoe de thuissituatie is, inclusief de situatie van kinderen (kindcheck). Er wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten. Op basis van signalen over risicofactoren wordt de ondersteuning en zorg geïntensiveerd als dat nodig is. Als een persoon geen ondersteuning en zorg meer ontvangt dan wordt op een andere manier nabijheid georganiseerd zodat de risico’s op tijd gesignaleerd worden.

“Ik zou het fijn vinden als ik in de loop van traject de mogelijkheid heb om een time-out (Bed Op Recept) te vragen, indien ik dat noodzakelijk acht (en dan zit ik niet te wachten op overdreven zware beveiliging). Kortom: vroeg signalering van persoon zelf zeer serieus nemen.” (ervaringsdeskundige)

Het monitoren en signaleren van risicofactoren is een taak binnen de levenslooppuntiek. Als er sprake is van een strafrechtelijke titel, heeft ook de reclassering een rol in de levenslooppuntiek in verband met de resocialisatie en toezicht. Toezicht van de reclassering bestaat dan uit het signaleren van dreigend gevaarsrisico. Daarnaast wordt een geïnccludeerde persoon gestimuleerd en gemotiveerd om zich aan de voorwaarden te houden. Het niet nakomen heeft consequenties en de reclassering houdt toezicht. Hij/zij wordt begeleid bij de aanpak van die factoren die bijdragen aan het plegen van delicten.

Opscaling van ondersteuning en zorg binnen de levenslooppuntiek

Het kan zijn dat iemand gedurende een korte of langere periode meer ondersteuning en zorg nodig heeft dan geboden kan worden in de ambulante setting van de levenslooppuntiek, ook na inzet van IHT of andere vormen van intensieve ambulante zorg. In dat geval beoordeelt de professional samen met de geïnccludeerde personen zijn naasten welke volgende stap noodzakelijk is: zo licht als het kan en zwaar als het moet. De invulling en vormgeving van nabijheid is afhankelijk van wat er nodig is, soms is dat frequentie van ambulante hulp ophogen en soms is dat omgeving veranderen.

De zorgaanbieder heeft afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van klinische capaciteit. Hieronder vallen ook de afspraken over de toegang tot hic of kib voorzieningen in de ggz (kib is geïndiceerd in het geval van een verstoorde behandelrelatie met de betrokkene) of vic voorzieningen in de gehandicaptenzorg¹⁵.

Als een opname op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg nodig is, wordt gebruik gemaakt van de afspraken die de levenslooppuntiekers in de regio hierover hebben gemaakt.

¹⁵ Zie lijst met afkortingen in bijlage 8.5

Wettelijke kaders voor de levensloopfunctie

Voor de wettelijke kaders verwijzen we naar de bijlage 8.3 en naar de handreiking gegevensdeling levensloopfunctie (later wordt hier een link ingevoegd).

4.3 De zorg en behandeling op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg

Deze paragraaf is een nadere uitwerking van de kenmerken van de ondersteuning en zorg vanuit het perspectief van geïncludeerde personen en hun naasten.

De ondersteuning en zorg op een afdeling

- Medewerkers creëren een zorgzaam behandelklimaat of agogisch klimaat, waar crisisinterventie (wanneer nodig) en stabilisatie plaatsvindt.
- De werkwijze is herstel- en ontwikkelgericht: geïncludeerde personen werken in hun eigen tempo aan ontwikkeling of herstel, er is ruimte voor een uniek, persoonlijk proces.
- De geïncludeerde persoon is meer dan zijn diagnose; medewerkers hebben aandacht voor het hele levensverhaal/narratief en zien de hele mens.
- De geïncludeerde persoon is zoveel mogelijk regisseur van zijn eigen zorgproces.
- De geïncludeerde persoon heeft een ambulante casemanager in het levensloopteam, die ook bij opname de contacten onderhoudt en samen met betrokkene regie voert over het proces.
- De geïncludeerde persoon heeft een casemanager, die contacten onderhoudt met betrokkenen buiten de kliniek. Hij betreft het hele systeem van de geïncludeerde persoon, in verband met de terugkeer van de betrokkene in dat systeem en het voorkomen van risico's.
- De casemanager zorgt voor goede informatieoverdracht naar andere professionals.
- De afdeling maakt gebruik van ervaringsdeskundigen en van familie-ervaringsdeskundigheid
- Medewerkers wisselen actief expertise uit over de problematiek van hun geïncludeerde personen, zodat zij van elkaars ervaringen leren.
- Voor de opname op de afdeling, of anders zo snel mogelijk daarna, maakt de geïncludeerde persoon samen met de professionals (casemanager levensloopfunctie, regiebehandelaar kliniek) een plan dat is gericht op stabilisatie, ontwikkeling en herstel. Dit plan bouwt voort op het behandelplan uit de levensloopfunctie (als de betrokkene eerst al levensloopzorg heeft gehad).
- Tijdens de opname wordt een risicotaxatie uitgevoerd, mocht deze nog niet gedaan zijn en vindt continu screening plaats op risicogedrag.

*“Ik zou me niet overheerst, overweldigd, opgesloten of ingesloten willen voelen.”
(ervaringsdeskundige)*

Continuïteit van ondersteuning en zorg in de keten

- Er vindt zorgvuldige, warme overdracht plaats als iemand wordt doorgeplaatst naar een volgende afdeling of (weer) in ambulante setting ondersteuning en zorg kan ontvangen. Van een warme overdracht is sprake als er een zorgvuldige, tijdige en juiste overdracht tussen professionals plaatsvindt en er goed contact is tussen de geïncludeerde persoon en zijn nieuwe begeleider of behandelaar.

- De aanbieder van de levensloopfunctie blijft ook tijdens de opname op een 24-uurs voorziening regie voeren over het klinische en daar op volgende ambulante traject. De behandelverantwoordelijke op de afdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft daarom nauw contact met de casemanager van de levenslooppaanpak. Hij is daarnaast beschikbaar voor consultatie door de zorgaanbieder waar mensen na afloop van hun verblijf naartoe gaan.

“Naast de levensloopfunctie zou de nadruk in de Ketenveldnorm moeten liggen op het intensiveren van zorg en toezicht met behulp van intermediaire faciliteiten om escalaties en crisissen te voorkomen; beschermen gebeurt door mensen, beveiligen kan met stenen.” (Cliëntvertegenwoordiger)

Wettelijke kaders op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg

- Op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg hebben geïnccludeerde personen in het algemeen een strafrechtelijke- of een civielrechtelijke titel. Vrijwillige opname is zeer uitzonderlijk, maar wel mogelijk wanneer er overeenstemming is over de opname (informed consent, art 7:450 BW).
- De ondersteuning en zorg van een geïnccludeerde persoon wordt beschreven in het zorg- of behandelplan waarmee deze, of zijn wettelijk vertegenwoordiger, heeft ingestemd.
- Op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg geldt dezelfde wet- en regelgeving als in de reguliere ggz en gehandicaptenzorg. Dat geldt onder andere voor de regels van de Wgbo, de Wvvgz en Wzd en het toetsingskader dwang van de IGJ¹⁶. Dat maakt dat op deze afdelingen terughoudend wordt omgegaan met de inzet van dwangmiddelen en het aantal separaties en afzonderingen zo goed mogelijk worden voorkomen en waar mogelijk teruggedrongen. De inzet van ervaringsdeskundigen op de afdeling volgt ook uit dit toetsingskader. In geval van tijdelijke opname in een fpc is de rechter gehouden om in de Wvvgz zorgmachtiging de beheersbevoegdheden van de Bvt van overeenkomstige toepassing te laten zijn.

¹⁶ IGJ, “Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016”, maart 2016.

5 Organisatie van de ondersteuning en zorg

5.1 Hoe is de ambulante levensloopfunctie georganiseerd?

Om de Ketenveldnorm sluitend te organiseren, is enige omvang in volume nodig (het gaat om een relatief kleine groep -potentieel- te includeren personen) en zijn er afspraken nodig over de klinische capaciteit voor de verschillende soorten beveiligingsniveaus. Daarom wordt de coördinatie van de Ketenveldnorm op een schaalgrootte van 11 regio's georganiseerd. De 11 regio's hebben elk een omvang van ca 1,6 miljoen inwoners en één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen. De uitvoering van de levensloopfunctie vindt zo dicht mogelijk bij de leefwereld van de betrokkenen / de doelgroep in het gebied van het Zorg- en Veiligheidshuis plaats (subregio). De focus van de levensloopaanpak ligt op ambulante tenzij. Ook opname in een kliniek wordt, waar mogelijk, zo dicht mogelijk bij de leefwereld (en het betreffende uitvoerende levensloopteam) georganiseerd. Lacunes in de klinische zorg worden op het niveau van de 11 Ketenveldnormregio's georganiseerd of binnen het landelijk netwerk van voorzieningen. Inclusief ruimte om het divers te organiseren en te leren van elkaar

De uitvoeringsketen, de bestuurlijke verantwoordelijkheid en in- en verkoopafspraken op het vlak van bekostiging kunnen, wanneer dit beter geschikt lijkt in die regio, ook op subregionaal niveau worden georganiseerd. Bijvoorbeeld rond één of enkele Zorg- en Veiligheidshuizen. In elke regio is er echter wel één partij die als eerste contactpartij (verder genoemd de coördinerend levensloopaanbieder) voor de coördinatie van de Ketenveldnorm in die regio benaderd kan worden voor landelijke afstemming, monitoring etc. De coördinerend levensloopaanbieder organiseert de levensloopfunctie op regionaal niveau in nauwe afstemming met de samenwerkingspartners, of ze brengt kennis over en initieert bij andere partijen dat zij op subregionaal niveau ook een sluitende uitvoeringsketen en bestuurlijke keten vormen voor deze doelgroep. Binnen één regio kan de Ketenveldnorm door meerdere uitvoerend levensloopaanbieders vanuit de ggz, de gehandicaptenzorg, de verslavingszorg, de forensische zorg, het sociaal domein of het veiligheidsdomein worden uitgevoerd.

De levensloopaanbieder en de samenwerkingspartners

Er zijn verschillende manieren om de levensloopaanpak sluitend te organiseren. In de 11 regio's van de Ketenveldnorm is er per regio één coördinerend levensloopaanbieder (die ook een rol als uitvoerend levensloopaanbieder kan hebben) en één of meerdere uitvoerend levensloopaanbieders.

Voor de inrichting en afstemming van de levensloopfunctie is het van belang dat er door alle samenwerkende partijen in de (sub)regio afspraken gemaakt worden over:

- a. de verantwoordelijkheden van de coördinerend levensloopaanbieder en de verantwoordelijkheden van de uitvoerend levensloopaanbieder(s) en de samenwerkingspartners rond de ondersteuning en zorg aan geïncorporeerde personen (casus- en procesregie op individueel persoonsniveau).
- b. hoe de coördinatie en de kosten van de stelsel-overstijgende niet persoonsgebonden inzet voor de organisatie van de levensloopfunctie (door de coördinerend levensloopaanbieder) wordt afgesproken.

Vanuit die gedachte worden in de (sub)regio's de volgende afspraken gemaakt:

- Per regio zijn in het netwerk van samenwerkende partijen op bestuurlijk en uitvoerend niveau afspraken gemaakt over de coördinatie van de levensloopfunctie. Die coördinator initieert en bewaakt de bestuurlijke samenhang in de (sub)regio en draagt er zorg voor dat de verantwoordelijkheden in uitvoeringsketen zijn belegd zodat de keten in (sub)regio sluitend is. De uitvoering van de levensloopfunctie kan door meer aanbieders worden uitgevoerd, mits er ook sprake is van de toevoeging van alle benodigde (forensische) expertise bij de netwerkaanpak.
- Een levensloopaanbieder is in het eigen werkgebied verantwoordelijk voor de inrichting van de levensloopfunctie waarin continuïteit geborgd is (casus- en procesregie). De levensloopaanbieder organiseert passende ondersteuning en zorg op alle levensgebieden.
- De levensloopaanbieder stemt in de regio de beschikbaarheid van verschillende vormen van ondersteuning en zorg af. Bijvoorbeeld lichtere vormen van opvang wanneer iemand tijdelijk niet meer alleen kan wonen.
- De levensloopaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over de toegang tot ondersteuning en zorg in de algemene ggz en voorziening voor gehandicaptenzorg, beschermd wonen en het wonen in de gehandicaptensector. Hieronder vallen opname- en terugnamegarantie, warme overdracht, uitwisseling van expertise etc.
- De levensloopaanbieder maakt, als hij niet zelf de beveiligde klinische zorg kan leveren, dekkende afspraken met een of meer aanbieders van beveiligde intensieve zorg over samenwerking, opname en terugname. Aanbieders voor de levensloopfunctie geven een terugplaatsingsgarantie bij opname van een geïnccludeerde persoon op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg.
- De aanbieder van de levensloopfunctie is vanuit zijn verantwoordelijkheid verplicht om de organisatie van de ondersteuning en zorg aan de geïnccludeerde personen in de levensloopfunctie zo vorm te geven dat risico's, die aanleiding waren voor de aanmelding, zoveel mogelijk beperkt worden voor de geïnccludeerde persoon zelf, zijn omgeving en de samenleving.
- De levensloopfunctie kan worden vormgegeven als een samenwerkingsverband van verschillende partijen of uit een aanbieder die fungeert als hoofdaannemer met onderaannemers. In de regio stemt men af of de professionals in dienst zijn bij dat samenwerkingsverband of bij de eigen organisatie in dienst blijven.
- De levensloopaanbieder heeft expertise in de ambulante forensische zorg (ggz, verslavingszorg en/of in de sector van de verstandelijk gehandicaptenzorg) en beschikt, via de afspraken in het regionale overleg, over een regionaal dekkend netwerk van (maatwerk-) voorzieningen in de zorg, het sociaal domein, participatiedomein en woonvoorzieningen.
- Wanneer de levensloopaanbieder de benodigde ondersteuning en zorg zelf niet kan bieden, organiseert hij onder zijn verantwoordelijkheid deze ondersteuning en zorg zelf, via anderen of draagt hij de geïnccludeerde persoon over aan een andere aanbieder.
- De levensloopaanbieder voorziet in een 'consultatie en advies- functie' voor professionals in de regio. Deze kunnen hun vragen hier stellen en advies krijgen over het traject van ondersteuning en zorg. Deze expertise is beschikbaar voor alle ketenpartners.

- Op landelijk niveau worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen regionale aanbieders als geïnccludeerde personen van de ene naar de andere regio verhuizen.

De betrokkenheid van de gemeente

Veel gemeenten hebben inwoners met ggz-problematiek en/of een licht verstandelijke beperking, die ook andere problemen hebben (zoals een verslaving) en daardoor gevaarlijk gedrag vertonen of een risico hebben op gevaarlijk gedrag. Deze inwoners zijn soms in beeld bij gemeenten, soms bij (beveiligde) zorginstellingen of bijvoorbeeld bij Zorg- en Veiligheidshuizen. Maar een levenslange regie (levensloopfunctie) op de zorg en ondersteuning ontbreekt vaak. De Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg is de 'sluitende aanpak' voor deze inwoners. Doel van de 'levensloopfunctie' is om een betere samenhang tussen ondersteuning, zorg en veiligheid op het juiste moment te bieden, waarbij continu contact wordt onderhouden met de betrokkene.

Gemeenten hebben de taken en verantwoordelijkheden om 'de zelfredzaamheid en de participatie van mensen met een beperking of mensen die leven met een chronische psychische of een psychosociale kwetsbaarheid zo veel mogelijk in de eigen leefomgeving te ondersteunen'. Dat doen gemeenten onder andere op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Participatiewet. Voor mensen in de levensloopfunctie gaat het bijvoorbeeld om het bieden van begeleiding of het organiseren van dagbesteding. Op grond van de Participatiewet ondersteunen gemeenten in het zoeken naar werk en/of inkomensvoorzieningen. Ook zijn gemeenten betrokken bij het maken van afspraken met woningcorporaties, en zijn gemeenten verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid. Ook vanuit de Wet verplichte GGZ en de Wet zorg en dwang komen gemeenten in contact met de doelgroep van de levensloopfunctie, gemeenten moeten meldingen in behandeling nemen en een verkennend onderzoek uitvoeren en de burgemeester heeft de mogelijkheid om een crisismaatregel op te leggen. Gemeenten zijn dus vanuit het zorg- én veiligheidsdomein bezig om inwoners en hun omgeving te ondersteunen bij het leiden van een stabiel leven. Dat vraagt om bestuurlijke- en uitvoeringsbetrokkenheid (bijvoorbeeld in de rol van procesregie) vanuit -meestal- verschillende portefeuilles, bijvoorbeeld sociaal domein, zorg, wonen en/of openbare orde & veiligheid. In de meeste regio's is het Zorg- en Veiligheidshuis betrokken in de aanmeldfase.

Hoe is de inclusie en uitstroom van de levensloopfunctie georganiseerd?

De aanmelding voor de levensloopfunctie is georganiseerd in afstemming met de Zorg- en Veiligheidshuizen. Per (sub)regio is duidelijk wat het aanmeldpunt is of de aanmeldpunten zijn. In de regio zijn afspraken tussen de levensloopaanbieder en de Zorg- en Veiligheidshuizen gemaakt over de uitvoering van de aanmeld- en opstartfase.

De inclusie tot de levensloopfunctie is een afweging van professionals. Zij steken in op vroegtijdige signalering van risico's. Zij hebben in die afweging, waar dat nodig is en kan, overleg met de te includeren persoon en zijn naasten. Personen zijn voor toegang tot de levensloopfunctie voor het grootste deel al bekend bij het Zorg- en Veiligheidshuis, de ggz, gehandicaptenzorg en/of bij politie/justitie/reclassering. Een deel van hen ontvangt al ondersteuning of zorg, staat ergens op een wachtlijst of weigert tot nu toe hulp. Het dilemma is dat er vaak op deelaspecten ondersteuning en zorg geboden wordt en een integrale aanpak (nog) ontbreekt.

Aanmelding voor de levensloopfunctie kan, afhankelijk van keuzes in de regio, zowel door professionals als personen zelf, naasten en andere betrokkenen plaatsvinden. De aanmelding wordt (veelal) georganiseerd in samenwerking tussen het Zorg- en Veiligheidshuis en de levensloopaanbieder. Zij hebben afspraken met elkaar over het uitvoeren van de aanmelding en het opstarten van het benodigde onderzoek voor inclusie.

In de regio worden afspraken gemaakt waar en hoe een **aanmeldtafel** georganiseerd wordt waar de aanmeldingen worden besproken en de beslissing wordt genomen tot toelating / inclusie tot de levensloopfunctie.

De levensloopaanbieder voert, wanneer mogelijk, een **risicotaxatie** uit om in beeld te brengen of er bij de te includeren persoon sprake is van (een risico op) gevaarlijk gedrag. De risicotaxatie wordt gebruikt om een onderbouwd oordeel te kunnen geven over deelname aan de levensloopfunctie. Het kan zijn dat een risicotaxatie pas later in het traject wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld wanneer betrokkene ten tijde van aanmelding niet in zorg is.

Op basis van de risicotaxatie en zorgbehoeften / doelen wordt voor iedere geïnccludeerde persoon in de levensloopfunctie een plan opgesteld, zoveel mogelijk met de betrokkene zelf en het netwerk van de geïnccludeerde persoon. Dit plan bevat de maatwerkafspraken om te werken aan stabilisatie en/of herstel en beschrijft wat er nodig is op de verschillende levensgebieden. Het plan bevat afspraken over het gehele traject van de geïnccludeerde persoon, of hij /zij nu ambulante ondersteuning en zorg ontvangt of opgenomen is. Dat betekent dat voor het opstellen van het plan nauwe samenspraak tussen verschillende professionals nodig is. Voor een deel van de geïnccludeerde personen is dit een voortzetting van de ondersteuning en zorg zoals dat door de (forensische) aanbieder werd geboden. De geïnccludeerde persoon maakt, op vrijwillige basis en eventueel met ondersteuning, een hulpk kaart / zorgkaart / crisiskaart. Hierin geeft hij aan hoe een crisis bij hem er uit ziet en wat professionals kunnen doen als hij of zij zich in een crisis bevindt. Als de geïnccludeerde persoon een dergelijke kaart niet wil maken, is dat de keuze van de betrokkene.

Na de inclusie wordt vanuit de levensloopfunctie ondersteuning en zorg in samenhang ingezet, voor zover dat nog niet aan de orde was voorafgaand aan de inclusie.

Een geïnccludeerde persoon in de levensloopfunctie stroomt uit wanneer, in goed overleg met hem en zijn naasten (triade) geconstateerd wordt dat:

- hij of zij minimaal 2 jaar stabiel is op het gevaarscriterium¹⁷;
- Er voldoende garanties zijn dat de protectieve factoren duurzaam geborgd zijn¹⁸;
- Het risico op gevaarlijk gedrag richting anderen aanzienlijk verlaagd is of verdwenen, blijvend uit een risicotaxatie.
- Er altijd een mogelijkheid is voor de geïnccludeerde persoon om terug te kunnen vallen op de levensloopaanbieder. Na afloop vindt een warme overdracht plaats aan vervolgvorzieningen.

¹⁷ Voor wat onder het gevaarscriterium wordt verstaan, wordt verwezen naar de literatuur voor forensische zorg.

¹⁸ Hier is (nog?) geen meetinstrument voor.

Als iemand na aanmelding **niet wordt geïncludeerd**, dan wordt aan het voorliggend veld met een warme overdracht een gericht advies gegeven over wat er kan worden ondernomen om de persoon in kwestie de juiste ondersteuning en zorg op de juiste plek te bieden.

Zorg in het kader van de levensloopfunctie

De levensloopaanbieder geeft de levensloopfunctie vorm in een of meer aparte levensloopteams of koppelt deze aan een (forensisch) FACT team waar ook kennis vanuit de gehandicaptensector en de verslavingszorgsector, het sociaal domein en het veiligheidsdomein aan wordt toegevoegd.

- De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team bestaande uit tenminste een psychiater, een psycholoog/orthopedagoog, verpleegkundigen (hieronder vallen o.a. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz) en ervaringsdeskundige(n). Expertise van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en verslavingsarts is op consultatiebasis beschikbaar.
- Er is tenminste één team per regio dat de levensloopfunctie vervult. Het biedt voordelen om, de expertise van de levensloopfunctie toe te voegen aan een (forensisch) FACT team.
- De organisatie van ondersteuning en zorg op alle leefgebieden is vormgegeven volgens de forensisch FACT methodiek met elementen van IHT en FACT Ivb.
- Vanuit de forensische FACT methodiek werkt het team met naasten, familie- en ervaringsdeskundigen.
- Daar waar ook toezicht door de reclassering is voor een geïncludeerde persoon wordt tussen de casemanager uit het team van de geïncludeerde persoon en de reclassering afgestemd. De reclassering brengt kennis over dwang en drangtrajecten in en toezichtexpertise als iemand tijdens de levensloopfunctie ook onder toezicht staat van de reclassering.
- Een berekening van de kosten op basis van de caseload voor de levensloopfunctie is uitgewerkt in de uitvoerbaarheidstoets van de Ketenveldnorm. Een caseload van circa acht geïncludeerde personen per fte is daarbij inhoudelijk gezien gewenst. Daarnaast is er inzet van psychiaters en psychologen noodzakelijk.
- Binnen het team zijn alle professionals globaal bekend met de casussen waar dit team verantwoordelijk voor is. Over, of van de casussen waar zij direct bij betrokken zijn hebben zij diepere kennis.
- Vanuit het team is er één casemanager¹⁹ die voor een langere periode het directe en vertrouwde aanspreekpunt is voor geïncludeerde personen en naasten.
- De teamleden kennen elkaar en streven ernaar een langdurige samenwerking aan te gaan, waarbij de teamleden weten wat zij van elkaar kunnen verwachten en kennis en expertise met elkaar uitwisselen.
- De casemanager draagt zorg voor de verbinding tussen alle levensdomeinen en zorgt voor beschikbaarheid van informatie voor alle betrokkenen.
- Essentieel is ook de samenhang en samenwerking binnen de levensloopfunctie met het sociaal domein, denk aan de essentiële voorwaarden voor participatie (Wmo-

¹⁹ De verantwoordelijkheden voor professionals zijn vastgelegd in het kwaliteitsstatuut voor de ggz en in het kwaliteitskader voor de gehandicaptenzorgaanbieders.

ondersteuning, participatiewet). De levensloopaanbieder is verantwoordelijk voor het realiseren van deze samenwerking.

Wettelijke kaders voor de financiering van de levensloopfunctie

De ondersteuning en zorg aan 18+ personen in de levensloopfunctie wordt gefinancierd vanuit bestaande regelgeving (Zvw, Wlz, Wfz en Wmo). De Wmo wordt ingevuld door de desbetreffende gemeente en kan daarom qua invulling per gemeente verschillen. Meer informatie is te vinden in de bijlage 8.3 en in de uitvoerbaarheidstoets Ketenveldnorm (later wordt hier een link ingevoegd). Op hoofdlijnen is de financiering van de componenten²⁰ van de levensloopfunctie als volgt:

- Financiering van de aanmeld- en opstartfase voor individuele burgers²¹: de VNG adviseert haar leden om de financiering van de aanmeldfase te richten op de (bestaande) samenwerkingsafspraken met de Zorg- en Veiligheidshuizen over triage en inclusie - vanuit de Wmo
- Behandeling – vanuit Zvw, Wlz of Wfz indien er een strafrechtelijke titel is
- Proces- en casusregie voor individuele personen op verschillende levensgebieden – vanuit Zvw, Wlz of Wmo
- Begeleiding – vanuit Wlz, Wfz en Wmo
- Dagbesteding – vanuit Wlz, Wfz en Wmo
- Bemoezorg – vanuit de Wmo (ondanks dat de term bemoezorg niet specifiek in de Wmo is opgenomen)
- Ondersteuning van mantelzorgers – vanuit de Wmo
- Beschermd Wonen – vanuit de Wfz en Wmo
- Monitoring en signalering – vanuit Wfz als sprake is van een strafrechtelijke titel, Wmo vanuit sociaal domein, Zvw en Wlz
- Werk en inkomen – vanuit de Participatiewet

Regionale samenwerking in de levensloopfunctie

- Samenwerkingspartners bespreken in het (bestuurlijk) Zorg- en Veiligheidshuisoverleg of een ander relevant (bestuurlijk) regionaal overleg over Zorg & Veiligheid, hoe de inrichting van de levensloopfunctie wordt vormgegeven in de regio. In de inrichting moet de samenhang in het netwerk / de keten, variërend van de ambulante ondersteuning en zorg tot en met het zwaardere niveau van de beveiligde intensieve zorg, voor de doelgroep worden georganiseerd. Elke uitvoeringsorganisatie maakt afspraken, die nodig zijn om de Ketenveldnorm uit te voeren, met de eigen financiers.
- De officier van justitie heeft een regierol in de samenwerking. Dit betekent dat de officier van justitie bepaalt welke aanvragen leiden tot de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging, dat de officier van justitie op meerdere momenten kan besluiten om de voorbereidingsprocedure te stoppen en dat het de

²⁰ Zie voor uitwerking van de financiering van de beoordelingsfunctie het voorbeeld: <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2018/20180212-pmvg-handreiking-beoordelingsfunctie.pdf>

²¹ In de triage in de opstartfase wordt afgesproken door ketenpartners wie voor die aangemelde persoon de regie neemt. Op- en afschaling zijn daarbij bepalend.

officier van justitie is die uiteindelijk bepaalt welke verzoekschriften aan de rechter worden voorgelegd.

- Deze rol als poortwachter betekent ook een grote verantwoordelijkheid. De officier van justitie zal zijn wettelijke taken alleen goed kunnen vervullen als er een goede samenwerking is binnen de gehele keten.
- Hiervoor is een nauwe samenwerking nodig met de geneesheer-directeur, maar ook met andere ketenpartners zoals het college van B en W.
- In de regionale samenwerking hebben in ieder geval de volgende partners een rol:

Aanbieders van ondersteuning en zorg op alle levensgebieden (deels binnen en deels buiten de levensloopaanbieder)	<ul style="list-style-type: none"> • Forensische en reguliere aanbieders van ggz/verslavingszorg • Forensische en reguliere aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg • BW aanbieders en maatschappelijke opvang • Aanbieders voor begeleiding en dagbesteding
Financiers	<ul style="list-style-type: none"> • Zorgverzekeraars • Zorgkantoren • Gemeenten • Justitie
Openbaar Ministerie	<ul style="list-style-type: none"> • Openbaar Ministerie
Veiligheidspartners	<ul style="list-style-type: none"> • Politie • Dienst Justitiële Inrichtingen • Reclassering (inclusief verslavingsreclassering) • Zorg- en Veiligheidshuis
Andere partners in de regio	<ul style="list-style-type: none"> • Woningcorporaties • Voorzieningen voor werk en inkomen • Schuldhulpverlening • GGD • Cliënt- en familieorganisaties

5.2 Hoe is de beveiligde intensieve zorg georganiseerd?

De afdeling²² die beveiligde intensieve zorg levert

De afdeling waar beveiligde intensieve zorg wordt geleverd voldoet aan de volgende eisen:

- Er wordt een professionele afweging gemaakt, op basis van de noodzakelijke intensiteit van ondersteuning en zorg en mate van fysieke beveiliging, of opname op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg met een beveiligingsniveau 2 hoog of 3²³ (fpa/fva of fpk/fvk) noodzakelijk is. In incidentele situaties kan opname ook beveiligingsniveau 4 (fpc) noodzakelijk zijn. Dit is een ultimatum remedium, waarbij wél de benaderingswijze, maar niet het wettelijk kader van toepassing is). Of dat opname op bijvoorbeeld een hic of (f)hic afdeling kan. Datzelfde geldt voor een opname op een afdeling voor (sg)lv. In iedere Ketenveldnormregio worden afspraken gemaakt over wie welk type klinische plaatsen levert. Hierin wordt

²² Een afdeling kan uit meerdere settings (zorgzwaartes) / units bestaan.

²³ NZa, "Tariefbeschikking gespecialiseerde ggz – TB/REG-18606-01".

afgestemd met de coördinator van het landelijk project 'dashboard beveiligde bedden'.

- De ondersteuning en zorg op een afdeling waar beveiligde intensieve zorg wordt gegeven kent naast de materiële beveiligingscomponent een hoge zorgintensiteit (variërend in e, f en g bedden in de Zvw en zorgzwaartepakket 7db (sglvg+) in de Wlz)²⁴ met de daartoe behorende VOV-bezetting met forensische expertise.
- Een afdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft een minimale omvang voor opname en voor behandeling om kwalitatief goede en veilige ondersteuning en zorg te kunnen bieden en de processen doelmatig in te kunnen richten (zie ook paragraaf 5.2).
- De ondersteuning en zorg wordt verleend door een multidisciplinair team bestaande uit tenminste een psychiater, een psycholoog/orthopedagoog, verpleegkundigen (hieronder vallen o.a. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz) en ervaringsdeskundige(n). Expertise van een verslavingsarts en een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is op consultatiebasis beschikbaar.
- Op (sg)lvg afdelingen is een Arts Verstandelijk Gehandicapten werkzaam en op verslavingsafdelingen is een arts verslavingszorg werkzaam. Er wordt voorzien in intervisie en supervisie van de medewerkers.
- Om beschikbaarheid voor het op- en afschalen in de levensloopfunctie te kunnen garanderen stemmen levensloopaanbieders en financiers in een regio onderling de toegang tot en de beschikbaarheid van beveiligde bedden af.
- De huidige omvang van beveiligde intensieve zorg op de forensische afdelingen laat zien dat er door zorgverzekeraars en de Dienst Justitiële inrichtingen ligdagen ingekocht zijn op fpa's/fva's, fpk's/fvk's en afdelingen (sg)lvg die betaald worden vanuit Zvw/Wlz/Wfz. Ten aanzien van het aantal plekken is op basis van prevalentieonderzoek te stellen dat ongeveer 30% tot 40% van deze plekken beschikbaar moet zijn voor personen met een (licht) verstandelijke beperking. Voor realtime inzage in de beschikbaarheid van beveiligde bedden in Nederland (via een dashboard) is een convenant afgesloten door partijen.

Een aanbieder van beveiligde intensieve zorg

Een aanbieder van beveiligde intensieve zorg voldoet aan de volgende eisen:

- De aanbieder die deze ondersteuning en zorg aanbiedt beschikt over contractuele afspraken met financiers voor het verlenen van zorg met forensische expertise (ambulant en/of 24-uurszorg) en voor reguliere ggz / gehandicaptenzorg. De aanbieder zorgt voor aanwezigheid van forensische expertise²⁵ in het behandelteam en het VOV team op de afdeling.
- De aanbieders van de beveiligde intensieve zorg maken dekkende afspraken met de aanbieders van de levensloopfunctie (of aanbieders van andere klinische voorzieningen) over samenwerking, opname en terugname. In de regio wordt getracht een opnamegarantie te bieden voor opnames. Steeds vanuit de invalshoek 'ambulant, tenzij'. Daarvoor stemmen aanbieders van beveiligde intensieve zorg de beschikbaarheid van bedden onderling af. Mocht er in de regio

²⁴ NZa regelgeving.

²⁵ Zie werkboek FHIC.

geen bed beschikbaar zijn, dan schaal de uitvoerend levensloopaanbieder die de verantwoordelijkheid voor de geïncubeerde persoon op dat moment heeft, op naar de landelijk coördinator beveiligde zorg. (dashboard) of er elders een plek is. Aanbieders voor de levensloofunctie geven een terugplaatsingsgarantie.

- Aanbieders van de levensloofunctie en beveiligde intensieve zorg zoeken met hun financiers overeenstemming over de noodzakelijke capaciteit op het niveau van de regio. Deze inventarisatie vormt de basis voor het gesprek met de inkoopende financiers. Het kan zijn dat in een regio geen afdeling voor beveiligde intensieve zorg aanwezig is. In dat geval worden afspraken gemaakt op bovenregionaal of landelijk niveau.
- De aanbieder voorziet in een ‘consultatie en advies’ functie voor professionals die als casemanager uit het levensloopteam bij hun tijdelijk opgenomen personen betrokken zijn.

Hoe is de toegang en uitstroom van een afdeling voor beveiligde intensieve zorg georganiseerd?

- De toegang tot en de uitstroom uit een afdeling voor beveiligde intensieve zorg is een professionele afweging waar bestaande procedures voor gelden (²⁶, Wvvgz of Wzd machtiging, financiering²⁷, indicatiestelling²⁸, plaatsing).
- Specifiek voor beveiligde intensieve zorg gelden een aantal aanvullende criteria waarmee iemand tijdelijk²⁹ opgenomen kan worden op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg:
- mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu en fysieke beveiliging;
- er is in beginsel sprake van een zorgmachtiging of strafrechtelijke machtiging.

Financiering van beveiligde intensieve zorg

De ondersteuning en zorg en het verblijf op de afdeling voor beveiligde intensieve zorg wordt gefinancierd vanuit bestaande regelgeving (Zvw, Wlz of Wfz). Om dit inzichtelijk en betaalbaar te maken is door de NZa een prestatie ‘beveiligde intensieve zorg’ vastgesteld.

Regionale samenwerking in de beveiligde intensieve zorg

- In het regionale overleg³⁰ worden afspraken gemaakt over de op- en afschaalmogelijkheid van de beveiligde intensieve zorg en de samenhang met de ambulante levensloofunctie.
- De aanbieder van de beveiligde intensieve zorg maakt contractafspraken over de in- en verkoop van de beveiligde intensieve zorg en de eventuele substitutiemogelijkheden.

²⁶ Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.

²⁷ Zorgverzekeringswet, Wet forensische zorg en Wet langdurige zorg.

²⁸ Via het Centrum Indicatiestelling Zorg i.g.v. de Wlz, via een arts voor de Zvw, gebruikmaken van de indicatiecriteria van het NIFP.

²⁹ Als een andere zorgaanbieder om een tijdelijke opname op de beveiligde intensieve afdeling vraagt, dan moet deze tevens een terugplaatsingsgarantie geven.

³⁰ Dit kan het regio-overleg Wvvgz, of een ander overleg, zoals het PGA overleg zijn.

6 Kwaliteitsindicatoren

6.1 Kwaliteitsindicatoren voor de zorg in de ambulante levensloopfunctie

De kwaliteit van de ondersteuning en zorg in de levensloopfunctie voldoet aan de eisen die wetgever en professionals stellen aan forensische zorg in de ggz of gehandicaptenzorg met in achtname van de verschillende juridische contexten voor de cliënt. Voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van ondersteuning en zorg maakt de aanbieder gebruik van prestatie-indicatoren.³¹ Als er sprake is van lvb dan wordt gewerkt volgens het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Voor de levensloopfunctie gelden de volgende aanvullende kwaliteitsindicatoren:

- In de levensloopfunctie wordt rond één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen gewerkt door een of meerdere levensloopaanbieders. De ondersteuning en zorg wordt vormgegeven in één of meer teams in elke regio van een Zorg- en Veiligheidshuis.
- De levensloopaanbieder biedt een breed palet aan zorg. Hij heeft (al dan niet met partners) tenminste ook de toegang tot bijvoorbeeld een hic, fpa, fpk, in uitzonderlijke gevallen het fpc, algemene ggz, (sg)lvg, forensisch / lvb FACT, kib e.d. en beschermd wonen. Hij heeft verbinding met instellingen uit het brede sociale domein.
- Ondersteuning, zorg en regie worden ingevuld volgens de werkwijzen van de (forensisch) FACT methodiek uit de gehandicaptenzorg / ggz³² en IHT³³.
- De levensloopaanbieder maakt duidelijk op welke wijze de behoeften van de geïnccludeerde persoon en zijn naasten medebepalend zijn voor de ondersteuning en zorg.
- Ook als er sprake is van detentie, verblijf in opvang of 24-uurs voorzieningen, wordt de ondersteuning en zorg waar mogelijk vanuit de levensloopaanpak vormgegeven.
- De levensloopaanbieder biedt een consultatie- en adviesfunctie.
- De uitvoerend levensloopaanbieder schoolt de teamleden op alle aspecten van de levensloopaanpak. Hierin wordt onder meer aandacht besteed aan:
 1. herstelgericht of ontwikkelingsgericht werken (kwaliteit van leven en versterking van vitaliteit en zingeving);
 2. de-escalerend werken;
 3. omgaan met agressief gedrag;
 4. gedragsinterventies;
 5. retrospectieve- en prospectieve incidentanalyse;
 6. risicotaxatie en risicomangement;
 7. monitoring en vroegtijdige signalering.

³¹ IGJ i.o., "Basis set veiligheidsindicatoren geestelijke gezondheidszorg verslagjaar 2017", december 2017.

³² Van Veldhuizen et al, "Handboek FACT", 2008.

³³ E. Prinsen et al, "Handboek IHT", Tijdstroom, 2016.

- De levensloopaanbieder spant zich samen met haar partners in om directe toegang tot ondersteuning en zorg te garanderen.
- De bestuurder van de uitvoerend levensloopaanbieder heeft de verantwoordelijkheid over het zorgbeleid en mandateert professionals voor alle individuele trajecten, in alle fases van de ondersteuning en zorg.
- De levensloopaanbieder maakt afspraken met een voorziening voor beveiligde intensieve zorg over opname en terugplaatsing.

6.2 Kwaliteitsindicatoren voor de beveiligde intensieve zorg

De kwaliteit van de beveiligde intensieve zorg voldoet aan de eisen die wetgever en professionals stellen aan forensische zorg in de ggz of gehandicaptenzorg met in achtneming van het verschil in juridische context. Voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van ondersteuning en zorg maakt de aanbieder gebruik van prestatie-indicatoren.³⁴ Als er sprake is van lvb dan wordt gewerkt volgens het Kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Voor de beveiligde intensieve zorg gelden de volgende aanvullende kwaliteitsindicatoren:

- Het behandelklimaat (gebouw en personeel) voor beveiligde intensieve zorg voldoet aan de kwaliteitseisen die worden gesteld aan forensische zorg op een fpa of fva (met beveiligingsniveau 2 hoog), een fpk of fvk (met beveiligingsniveau 3³⁵) of in incidentele situaties ook aan een fpc (beveiligingsniveau 4) of een hic met extra personele beveiliging. In overleg met de coördinator van het landelijk dashboard beveiligde bedden worden hier afspraken over gemaakt. Iedere aanbieder heeft afspraken over een variatie aan intensieve beveiligde zorg, zodat op- en afschaling kan plaatsvinden.
- Het VOV personeel voor beveiligde intensieve zorg heeft alle expertise die nodig is voor een levensloopaanpak voor de geïnccludeerde personen.
- Op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg wordt gewerkt volgens de principes van de hic.
- De aanbieder van de beveiligde intensieve zorg biedt een consultatie- en adviesfunctie.
- De aanbieder van de beveiligde intensieve zorg spant zich in om de beschikbaarheid van zorg te garanderen en heeft daarover afspraken met aanbieders van de levensloopfunctie en aanbieders van andere klinische zorg.

³⁴ IGJ, "Basisset veiligheidsindicatoren geestelijke gezondheidszorg verslagjaar 2017", december 2017.

³⁵ Zie nadere regelgeving NZa, www.nza.nl.

7 Gegevensdeling

Voor een goed functioneren van de levenslooppuntie is het noodzakelijk dat er tussen de verschillende professionals en tussen sectoren informatie kan worden uitgewisseld. Deze gegevensdeling wordt gereguleerd door wetgeving. In de Handreiking gegevensdeling is uitgewerkt welke wettelijke mogelijkheden er zijn. Dit wordt in de Handreiking weergegeven in een aantal te onderscheiden routes, waarbinnen gegevensdeling mogelijk is. Binnen elk van deze routes is het in meer of mindere mate mogelijk om gegevens met elkaar te delen. Elk met hun eigen procedures en afwegingen. De Handreiking gegevensdeling biedt een 'gereedschapskist' waar medewerkers gepast gebruik van kunnen maken. De routes zijn de:

- vrijwillige route: de te includeren persoon stemt in met gegevensdeling met anderen;
- "onder voorwaarden" route;
- Wvggz route;
- Wzd route;
- Bemoeizorgroute.

8 Bijlagen

8.1 Regio indeling



Regio's voor de pilot ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg	Aantal inwoners (geschat)	Veiligheidshuizen
1 Noord-Nederland	1.7 miljoen	Groningen, Fryslân, Drenthe
2 Noord-Holland	1.5 miljoen	Noord-Holland Noord Zaanstreek-Waterland Kennemerland
3 Overijssel	1.2 miljoen	IJsselland Twente
4 Midden-Nederland	1.9 miljoen	Flevoland Gooi- en Vechtstreek Utrecht - Amersfoort
5 Amsterdam	1.1 miljoen	Amsterdam-Amstelland
6 Gelderland	2 miljoen	NOG Veiligehuis West-Veluwe Vallei, regio Arnhem Gelderland-Zuid
7 Den Haag	1.9 miljoen	Hollands Midden Haaglanden
8 Rotterdam	1.8 miljoen	Rotterdam-Rijnmond Zuid-Holland-Zuid
9 Oost-Brabant	1.4 miljoen	Maas en Leigraaf, Brabant Noordoost Brabant Zuidoost
10 Zeeland-West-Brabant	1.5 miljoen	Markiezaten Baronie Breda Midden-Brabant Zeeland
11 Limburg	1 miljoen	Noord Limburg, Midden Limburg Westelijke Mijnstreek, Maastricht, Heuvelland, Parkstad

8.2 Doelgroep en inclusiecriteria geoperationaliseerd in de regio

Doelgroepomschrijving

Personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.

- Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico op dit gedrag.
- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek, die onvoldoende in bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.
- Er is of was sprake van een zorgmachtiging of strafrechtelijke titel naar aanleiding van het gevaarlijke gedrag richting anderen/samenleving.
- Er is een risico dat zonder een sluitend aanbod van ambulante intensieve zorg, passende ondersteuning of huisvesting een grotere kans is op herhaling van het gevaarlijke gedrag dat onlosmakelijk verband houdt met de psychische aandoening, de (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en slechts met dwang te beheersen valt.

De doelgroepomschrijving blijkt in de praktijk hanteerbaar. In drie regio's zijn aanvullend op de doelgroepomschrijving regionale toelichtingen op de toegangscriteria opgesteld. Deze criteria zijn een nadere operationalisering van de doelgroepomschrijving, maar tast de omschrijving niet aan. Het gezamenlijk opstellen van deze criteria in een regio bleek heel nuttig om elkaar als professionals beter te leren kennen en voor het ontwikkelen van een gezamenlijk professioneel referentiekader.

Persoon in systeem kenmerken (Overijssel en Midden-Nederland)

De persoon voldoet aan criteria zoals beschreven in Ketenveldnorm. Daarop aanvullend:

1. Persoon loopt vast in de 'keten'.
2. Alle logisch te bedenken alternatieven zijn inmiddels geprobeerd.
3. Er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van gevaarlijk en overlastgevend gedrag.
4. Het gedrag wordt gedurende langere periode als niet hanteerbaar beschouwd.
5. De kenmerken van de problematiek zijn divers en manifesteren zich op diverse levensgebieden, waardoor de persoon, mede als gevolg van uitstotingsprocessen, heen en weer wordt gestuurd tussen instanties.

Toegang bij voorkeur niet tijdens een periode waarin gevaarlijk en overlastgevend gedrag actueel is, maar anticiperend op toekomstig gevaarlijk gedrag. Dit werkt preventief en biedt een relatief goede uitgangspositie voor de start van een eventuele zorgrelatie.

Regionale toegangscriteria (Limburg)

1. Risicotaxatie laat een hoog delictgevaar zien, forensische expertise is nodig en bij opschaling is een beveiligde omgeving nodig.
2. Psychiatrische problematiek en/of verslaving en/of licht verstandelijke beperking (dubbel of triple diagnose) en/of NAH.
3. Problemen/probleemgedrag op meerdere levensgebieden (multiproblematiek).
4. Ambulante nabijheid verhoogt kwaliteit van leven en/of verlaagt risico op delictgevaar.
5. Langdurige en terugkerende problematiek: de historie laat een beeld zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoeizorg/uitstoting.
6. De persoon heeft eerder een strafrechtelijke titel, ZM of CM gehad, heeft geen strafrechtelijke titel (meer/of deze is bijna afgelopen).
7. Reguliere zorg en begeleiding hebben niet het gewenste effect gehad.
8. Organiciteit is geen uitsluiting.

Regionale toegangscriteria (Oost Brabant)

1. Risicotaxatie laat een hoog delictgevaar zien, forensische expertise is nodig en bij opschaling is een beveiligde omgeving nodig.
2. Psychiatrische problematiek en/of verslaving en/of licht verstandelijke beperking (dubbel of triple diagnose).
3. Problemen/probleemgedrag op meerdere levensgebieden (multiproblematiek).
4. Ambulante nabijheid verhoogt kwaliteit van leven en/of verlaagt risico op delictgevaar en/of is nodig om contact te maken en de persoon te verleiden tot zorg en ondersteuning.
5. Er dreigt of is sprake van langdurige en terugkerende problematiek: de historie laat een beeld of verwachting zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoeizorg/uitstoting. Er is geen continuïteit in zorg en ondersteuning.
6. De persoon heeft eerder een strafrechtelijke titel of RM gehad, heeft geen strafrechtelijke titel (meer/of deze is bijna afgelopen).
7. Professionals zitten met handen in het haar. Alles is al geprobeerd, maar zonder effect.

Regionale screeningscriteria regio Rotterdam-Rijnmond

Persoon voldoet aan criteria zoals beschreven in Ketenveldnorm, met aanvullend:

- Persoon loopt vast in “de keten”.
- Alle logisch te bedenken alternatieven zijn inmiddels geprobeerd.
- Er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van gevaarlijk en overlast gevend gedrag.
- Het gedrag van de persoon wordt gedurende langere periode als niet hanteerbaar beschouwd.
- De kenmerken van de problematiek zijn divers en manifesteren zich op diverse levensgebieden, waardoor de persoon (mede als gevolg van uitstotingsprocessen vaak heen en weer wordt gestuurd tussen (hulpverlenende) instanties.

Gevaarlijk en/of overlastgevend gedrag is een uiting van de problematiek. Gezien het streven om dit gedrag te voorkomen (preventie) en om een relatief goede uitgangspositie te hebben voor de start van een eventuele zorgrelatie vindt de melding bij voorkeur niet plaats in een periode waarin dit gedrag actueel is, maar wordt geanticipeerd op toekomstig overlastgevend en/of gevaarlijk gedrag.

8.3 Wettelijke kaders voor implementatie Ketenveldnorm

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Geneeskundige zorg voor psychische stoornissen is onderdeel van de huisartsenzorg, basis-ggz en gespecialiseerde ggz, inclusief de POH ggz. Deze zorg wordt verstrekt volgens de Zorgverzekeringswet. Er moet sprake zijn van een medische noodzaak die een zorgprofessional vaststelt. Daarnaast wordt FACT medegefinancierd via de zorgverzekeraar, samen met gemeenten. Bij een crisis vanwege een psychische stoornis moet behandeling en eventueel medisch noodzakelijk verblijf vanuit de geneeskundige ggz volgens de Zorgverzekeringswet verstrekt worden. Ook de activiteiten in het kader van de triagering, beoordeling en verwijzing naar de juiste hulpverlener vallen in het domein van de Zorgverzekeringswet. Als de verzekerde verblijf nodig heeft in verband met de geneeskundige ggz, wordt dit de eerste drie jaar verstrekt vanuit de Zorgverzekeringswet, waarbij het tweede en derde jaar vallen onder de LGGZ binnen de Zvw. Is na drie jaar het verblijf nog steeds medisch noodzakelijk in verband met de geneeskundige ggz? Dan valt dit vanaf het vierde jaar (de 1096e dag) onder de Wet langdurige zorg. Rechtmatigheid is altijd het uitgangspunt in de Zvw.

Samenloop gespecialiseerde ggz en forensische zorg

Het is mogelijk om een DBC voor de gespecialiseerde ggz te declareren naast een DBBC voor forensische zorg. Voorwaarde is dat aan de afzonderlijke regelgeving voor DBC- en DBBC-registratie wordt voldaan. Geestelijke gezondheidszorg die geen onderdeel uitmaakt van het door de rechter opgelegde vonnis, komt ten laste van de Zvw als de patiënt op de openingsdatum van de DBC een geldige zorgverzekering heeft en mits de zorgverzekeringswet niet is opgeschort.

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is gericht op mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een psychische aandoening;
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Toegang

De toegang tot de Wlz wordt verleend door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Een psychische stoornis op zich is op dit moment (2019) geen grondslag voor toegang tot de Wlz. Tenzij een verzekerde drie jaar noodzakelijk verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige ggz-behandeling, betaald uit de Zvw. Dan wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit de Wlz: het zogenaamde 'voortgezet ggz-verblijf'. Deze personen hoeven dus niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz. Het CIZ geeft een indicatie voor het voortzetten van het verblijf voor drie jaar; daarna vindt herindicatie plaats. Is het verblijf dan nog steeds medisch noodzakelijk? Dan kan er weer een indicatie voor drie jaar gegeven worden.

Indicaties

Het CIZ geeft de volgende indicaties af voor (jong)volwassenen die zijn aangewezen op integrale multidisciplinaire behandeling (zie beleidsregels CIZ):

- LVG 1: wonen met enige behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).
- LVG 2: wonen met behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).

- LVG 3: wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (18 tot 23 jaar).
- LVG 4: wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).
- LVG 5: besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).

Per 2021 wordt de Wlz toegankelijk voor een bredere doelgroep. Mensen die hun leven lang intensieve ggz nodig hebben, kunnen vanaf 2021 toegang krijgen tot de Wlz als zij voldoen aan de bestaande Wlz-toegangscriteria. Het CIZ is verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Bij de indicatiestelling gaat het niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de persoon blijvend behoefte heeft aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid door zijn beperkingen, het ontbreken van regie op nagenoeg alle levensdomeinen en het onvermogen om op relevante momenten hulp in te roepen.

Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving maakt onderscheid in twee situaties:

1. Voortzetting van de integrale multidisciplinaire behandeling in een verblijfsetting die is gestart in de Jeugdwet. De behandeling is nog niet helemaal afgerond, mensen worden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven/wonen. Continuïteit van zorg staat centraal.
2. Nieuwe instroom na het 18e jaar. Hier gaat het volgens de Memorie van Toelichting om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode.

Wet forensische zorg (Wfz)

Op 1 januari 2019 is het Interim-besluit forensische zorg vervangen door de Wet forensische zorg. Wfz heeft betrekking op ggz, verslavingszorg en gehandicaptenzorg. Daarbij kan ook sprake zijn van aansluiting op reguliere gehandicaptenzorg. In de wet wordt onder meer geregeld dat de NZa handhavende bevoegdheden krijgt. De Wfz hangt samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) die in is gegaan op 1 januari 2020. Deze wet is onder meer gericht op een verbeterde aansluiting tussen de forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Bij forensische zorg kan sprake zijn van een terbeschikkingstelling waardoor een persoon gedwongen kan worden om zorg te ontvangen in een Forensisch psychiatrisch centrum (Fpc). In dit geval geldt de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt). In Forensisch psychiatrisch klinieken (Fpk) en op Forensisch psychiatrische afdelingen (Fpa) gelden regels uit de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) als er sprake is van gedwongen zorg. De wet Bopz is vervangen door de Wvggz en de Wet zorg en dwang. De gevolgen voor de samenhang met de Wet forensische zorg worden nog in kaart gebracht.

Forensische zorg wordt verleend aan mensen die hiertoe zijn aangewezen op grond van een strafrechtelijke titel. Forensische zorg is overeenkomstig zorg die omschreven is in de Wet langdurige zorg en de Zorgverzekeringswet, voor zover het ggz of verslavingszorg betreft. Daarbij kan beveiliging deel uitmaken van de forensische zorg. Het doel van de zorg is herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive. De forensische zorg voorziet in aansluiting met andere vormen van ggz. Zo treft de zorgaanbieder zes weken voor de afloop van de justitiële titel voorbereidingen

voor aansluitende zorg, als dit noodzakelijk wordt geacht door de zorgverlener of behandelaar.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) - Gemeenten

De Wmo 2015 geeft gemeenten de opdracht tot het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen. Het ondersteunen is erop gericht dat zij zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven, op basis van de eigen mogelijkheden en de steun van het sociaal netwerk. Als wonen in de eigen leefomgeving niet langer mogelijk is voor mensen met psychische of psychosociale problemen, organiseren gemeenten voorzieningen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Gemeenten hebben naast de algemene voorzieningen en de maatwerkvoorzieningen in de Wmo 2015 nadrukkelijk ook openbare taken die het belang van personen of gezinnen overstijgen; de verantwoordelijkheid van gemeenten om in te grijpen als burgers onder de minimale voorwaarden van bestaan (dreigen te) zakken. Vaak gebeurt dit als gevolg van problemen met de (geestelijke) gezondheid.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De OGGZ maakt in de Wmo 2015 deel uit van maatschappelijke ondersteuning. De primaire doelgroep in OGGZ bestaat uit sociaal kwetsbare mensen, die vaak al een langere periode niet goed in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Daarnaast is er vaak sprake van meervoudige problematiek, zoals schulden, verwaarlozing, sociaal isolement. Er is vaak al sprake geweest van bemoeizorg. Ook risicogroepen, zoals mensen met een verhoogd risico op sociale kwetsbaarheid en afglijding, behoren tot de doelgroep.

Bij de invoering van de Wmo 2015 zijn de toen beschikbare middelen en taken van de gemeenten op het terrein van de OGGZ opgenomen in de Wmo 2015. OGGZ gaat over alle activiteiten op het terrein van de ggz die niet worden voorafgegaan door een vrijwillige, individuele hulpvraag van een patiënt. Het gaat hierbij om:

- Signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning.
- Bereiken (bemoeizorg) en begeleiden (en toeleiden tot zorg) van kwetsbare personen en risicogroepen.
- Functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare groepen en risicogroepen.

Zorg en ondersteuning voor mensen met een tijdelijke behoefte aan een beschermde woonomgeving

Gemeenten zijn per 1 januari 2016 verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van (jong)volwassenen met een tijdelijke behoefte aan een beschermde woonomgeving. In dit kader zijn er per 1 januari 2017 structureel middelen (60 miljoen euro per jaar) toegevoegd aan de middelen voor gemeenten. Voor een deel betreft het hier overlap van zorg en ondersteuning die raakt aan de afbakening van de doelgroep voor de Ketenveldnorm, namelijk de doelgroep (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking die zich kenmerkt door een geschiedenis van ernstige tot zeer ernstige gedragsproblematiek, vaak in combinatie met bijkomende psychiatrische problematiek. Hierbij kan ook sprake zijn van forensische problematiek. Er is bijvoorbeeld sprake (geweest) van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag,

manipulatief gedrag, ontremd of grensoverschrijdend seksueel gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie en zelfbeschadigend gedrag. Vanwege deze gedragsproblematiek zitten (jong)volwassenen in een integraal behandeltraject met een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uitstrekt tot alle leefsfieren: wonen, school of dagbesteding, vrije tijd. Dit betreft de behandelenzorg die in orthopedagogische behandelcentra wordt geboden. Het CIZ kan voor deze doelgroep (18-23 jaar) een Wlz indicatie voor 3 jaar afgeven. De zorgprofielen zijn dan LVG 1 -5. Voor SGLVG is de indicatiestelling niet beperkt tot een leeftijdsgroep. De beleidsregels van het CIZ zijn hiervoor leidend.

Deze indicatie kan worden verzilverd bij zorgaanbieders die verblijf met integrale behandeling bieden. De kosten worden betaald uit de Wlz, tenzij de persoon niet wil worden behandeld door een organisatie die voldoet aan deze eisen. In dat geval kan de indicatie niet worden verzilverd in de Wlz en valt de persoon terug op gemeentelijke regelingen. De persoon wordt behandeld aan de hand van een vastgesteld behandelplan dat zich richt op het leren van sociale vaardigheden, het aanleren van praktische vaardigheden, het verbeteren van de vrijetijdsbesteding, het ontwikkelen en aanleren van emotionele vaardigheden, versterken van motorische ontwikkeling, versterking van autonomie, verbetering van het sociale netwerk en seksuele opvoeding. Ten aanzien van de gedragsproblematiek kan nog veel sturing, regulering en toezicht nodig zijn.

Begeleiding

(Extramurale) begeleiding aan volwassenen met chronische psychische problematiek is sinds 1 januari 2015 een (maatwerk)voorziening die wordt geleverd vanuit de Wmo 2015. Deze begeleiding is gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, zodat de persoon zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en in de eigen omgeving kan blijven. De gemeente is verantwoordelijk voor een (maatwerk)voorziening die bestaat uit ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie van de persoon die door een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp mensen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie. Hoe deze maatwerkvoorziening ingevuld wordt, hangt af van de situatie van de persoon en van het beleid van zijn gemeente.

In theorie is de scheiding tussen behandeling en begeleiding helder, de praktijk is echter weerbarstiger. FACT is hier een voorbeeld van; behandeling en begeleiding lopen door elkaar heen en staan in elkaars verlengde, waardoor er een grijs gebied ontstaat tussen behandeling en begeleiding. Dit leidt tot een financieringsvraagstuk waar met name jongeren in FACT de dupe van kunnen worden. Ook landelijk speelt dit thema. VNG, VWS en ZN geven binnenkort een onderzoeksopdracht aan een externe partij die helderheid moet verschaffen over de taak-, verantwoordelijkheids- en financieringsverdeling voor de FACT-teams. De uitkomsten (voor zover beschikbaar in het najaar 2019) worden opgenomen in een nieuwe versie van de handreiking.

De Jeugdwet - gemeenten

Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen <18 jaar en hun ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. In de Jeugdwet staan de taken van gemeenten beschreven:

- Ondersteuning, hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptiegerelateerde problemen.
- Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen tot 18 jaar met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem.
- Het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen tot 18 jaar met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking.
- De leeftijdsgrens van 18 jaar geldt niet voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht.
- Voor jongeren tot 23 jaar is verlengde Jeugdhulp mogelijk. De impact op deze doelgroep is nog niet duidelijk.

Participatiewet en andere inkomensvoorzieningen – gemeenten / UWV

De Participatiewet geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om financiële bijstand te verlenen aan mensen die onvoldoende middelen hebben voor de noodzakelijke kosten van bestaan. De gemeente ondersteunt niet alleen financieel, maar heeft ook de opdracht deze mensen te begeleiden naar werk en/of maatschappelijke activiteiten. Gemeenten hebben ook de verantwoordelijkheid voor het organiseren van schuldhulpverlening en het verlenen van Bijzondere Bijstand, voor bijzondere noodzakelijke kosten van bestaan. Daarnaast kennen veel gemeenten een autonoom beleid voor minima. Met dit instrumentarium zijn gemeenten in staat om op maat inkomensvoorzieningen te bieden. Overige inkomensvoorzieningen die relevant kunnen zijn voor de doelgroep hebben een relatie met een arbeidsbeperking, zoals de Wajong en WIA. De uitvoering van deze wettelijke taken is belegd bij het UWV.

Openbare Orde – gemeenten

De Gemeentewet belast burgemeesters met de handhaving van de openbare orde. Daarnaast is in de Wet verplichte ggz (Wvvggz) opgenomen dat de burgemeester in de opnameprocedure een Crisismaatregel (CM) kan afgeven in bijzondere omstandigheden. Verder heeft de burgemeester een essentiële rol in het opleggen van tijdelijke huisverboden en de aanpak van woonoverlast. In de Gemeentewet is opgenomen dat de burgemeester de politie in kan schakelen in de handhaving van de openbare orde en in de hulpverlening. Gemeenten hebben expliciete verantwoordelijkheden in het lokale veiligheidsdomein. Het is aanbevelingswaardig dat gemeenten daarom de domeinen zorg en veiligheid verbinden, vanuit het perspectief van de ondersteuning en zorg voor het individu en vanuit de verantwoordelijkheden van de gemeenten voor de openbare orde en veiligheid. Gemeenten en levensloopaanbieders kunnen hier afspraken over maken. We constateren nu dat in de pilotregio's de zorg- en veiligheidshuizen hier een positie krijgen.

Wonen/Omgevingswet - gemeenten en huisvesting

Een stabiele woonsituatie is een beschermende factor. Daarom hoort de zorg voor adequate huisvesting ook bij het organiseren van passende zorg en ondersteuning.

Gemeenten en wooncorporaties zijn verantwoordelijk voor het aanbod van voldoende woningen in een gemeente. Via een set van prestatieafspraken wordt vastgelegd hoe de ontwikkeling van het sociale woonaanbod in een gemeente is. Een belangrijk onderwerp is de passende toewijzing voor specifieke doelgroepen, waarbij zeker ook de relatie is gelegd tot het aanbod van woningen voor mensen met psychische en psychosociale problemen.

Wet Zorg en Dwang en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wzd en de Wvggz) – gemeenten

Met ingang van 1 januari 2020 zijn de Wet Zorg en Dwang (Wzd) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking getreden, waarmee gemeenten nieuwe taken en verantwoordelijkheden krijgen bij het verlenen van verplichte zorg. Ook bestaande verantwoordelijkheden worden gewijzigd en uitgebreid. Onderdelen zijn het invullen van de hoorplicht bij een crisismaatregel (voorheen IBS), een meldingsfunctie voor inwoners en een verkennend onderzoek naar de noodzaak voor ggz uitgevoerd door of namens de gemeente. Deze directe taken staan los van de samenhang die gemeenten moeten organiseren met de aanpak personen met verward gedrag en de ondersteuning voor de groep inwoners die wél problemen heeft of geeft, maar níét voor verplichte zorg in aanmerking komt. Want met de Wvggz wordt het verlenen van verplichte zorg niet eenvoudiger, wel gevarieerder. De Wzd en de Wvggz vervangen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).

Beschermd Wonen 2021 - gemeenten

De plaatsen voor beschermd wonen zijn door gemeenten ingekocht bij aanbieders van beschermd wonen in het gemeentelijk domein. Ook de dienst justitiële inrichtingen koopt plaatsen voor forensisch beschermd wonen in bij aanbieders van beschermd wonen in een gemeente. Het beleid in de Wmo is geconcentreerd bij de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang. In 2021 worden alle 352 gemeenten verantwoordelijk voor opvang en beschermd wonen. De herverdeling van de beschikbare middelen voor beschermd wonen in de Wmo leidt op den duur ook tot een andere verdeling van de beschikbare plaatsen voor beschermd wonen. De uitwerking van deze plannen beïnvloedt ook de beschikbaarheid en verdeling van de justitiële plaatsen en de ketensamenwerking in de regio's. Op dit moment is er geen zicht op de effecten.

Wettelijk kader Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (SGLVG) - indicaties - ter informatie

Pagina 13 van de Memorie van Toelichting bij de Wet langdurige zorg

“In de Hervorming Langdurige Zorg (HLZ)-brief van 25 april 2013 staat dat de zorgzwaartepakketten LVG 1–5 voor kinderen tot achttien jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet. Ook na het bereiken van de achttienjarige leeftijd kan er nog behoefte zijn aan deze zorg, bijvoorbeeld omdat de behandeling die vóór het achttienjarige levensjaar is gestart nog niet is afgerond.

Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24

uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Na deze behandelperiode kan de patiënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz of kan de patiënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar.

Bij deze groep patiënten is er dus niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg. Toch vindt de regering het noodzakelijk deze groep patiënten onder de reikwijdte van de Wlz te brengen. De continuïteit van de ingezette behandeling prevaleert, naar de mening van de regering, boven het bereiken van de leeftijd van achttien jaar. Ook vindt de regering het van belang dat deze vorm van integrale behandelzorg ook beschikbaar is voor jongvolwassenen. De regering maakt daarom voor deze groep een uitzondering op het uitgangspunt dat er sprake moet zijn van een blijvende zorgbehoefte.”

Regeling Langdurige Zorg en Wet langdurige zorg

RLZ 2.5. De verzekerde, bedoeld in artikel 3.2.1, derde lid, onderdeel a, van de wet, heeft slechts recht op zorg indien hij is aangewezen op behandeling van de gedragsproblematiek en in verband daarmee verblijft in een instelling en is aangewezen op een van de zorgprofielen genoemd in artikel 3.2, eerste lid.

RLZ 3.2. lid 1 LVG wonen met enige behandeling en begeleiding,
LVG wonen met behandeling en begeleiding,
LVG wonen met intensieve behandeling en begeleiding,
LVG wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding, en
LVG besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding,
LVG behandeling in een SGLVG behandelcentrum;

Wlz 3.2.1. lid 3: In afwijking van het eerste lid heeft een meerderjarige verzekerde recht op zorg voor zover hij vanwege een combinatie van een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen:

a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of

b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

Beleidsregels indicatiestelling Wlz 2019 (CIZ, 2018: 19) maakt onderscheid tussen twee situaties :

Als het gaat om [...] voortzetting van onder de Jeugdwet aangevangen multidisciplinaire behandeling in een LVG behandelinstelling omdat verzekerde 18 jaar wordt en hij volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van deze integrale behandeling met verblijf) is er toegang tot de Wlz. De behandelaar geeft aan dat nog een periode (en welke periode/hoe lang) voortzetting van deze behandeling in een LVG behandelinstelling nodig is.

Als het gaat om een meerderjarige verzekerde met een licht verstandelijke handicap en gedragsproblemen zonder voortzetting vanuit de Jeugdwet (Wlz art 3.2.1. derde lid onder a) doorlopen alle stappen.

Stap 4: Bepalen noodzaak voor integrale multidisciplinaire behandeling in een (SG)LVG behandelinstelling

In deze stap wordt vastgesteld of er een noodzaak is voor integrale multidisciplinaire behandeling in een LVG of SGLVG behandelinstelling, zoals beschreven in de memorie van toelichting bladzijde 13.

Het gaat om jongvolwassenen (18 tot 23 jaar) met een licht verstandelijke handicap in combinatie met gedragsproblemen en vaak ook psychische stoornissen. Er is vaak sprake van meervoudige problematiek en/of problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik.

De noodzaak tot een integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG-behandelinstelling wordt aangegeven bij de aanvraag en onderbouwd door een betrokken behandelaar. Bij de LVG-profielen zijn de volgende toelatingscriteria in combinatie vereist:

- Behandelperspectief/prognose. Uit de onderzoeksgegevens moet blijken dat er perspectief is dat de gevraagde behandeling leidt tot verbetering in het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van de verzekerde, geformuleerd in een concreet behandeldoel. De behandeling moet een multidisciplinair karakter hebben, gecoördineerd door een Wlz-behandelaar waarbij tijdens de intake- en diagnostiekfase is gebleken dat intramurale opname met behandeling noodzakelijk is;
- Er is bij aanvang van de behandeling sprake van ernstige gedragsproblemen;
- Het aanbod is (binnen de Wlz) gericht op jongeren van 18 tot 23 jaar oud;
- Voor verzekerden die niet zijn aangewezen op integrale, multidisciplinaire behandeling in een LVG behandelinstelling, is geen LVG-zorgprofiel aan de orde. Mogelijk is er wel recht op een zorgprofiel in de reeks VG.

8.4 Leden stuurgroep, werkgroep, klankbordgroep, focusgroep, projectleiders

Het veld heeft de verantwoordelijkheid genomen om een Ketenketenveldnorm op te stellen voor een levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg in een niet-strafrechtelijk kader. De werkversie van de Ketenketenveldnorm (juni 2018) kwam tot stand met behulp van een stuurgroep, een werkgroep en een focusgroep met ervaringsdeskundigheid en cliënt- en familievertegenwoordiging. De stuurgroep bestond uit de cliëntorganisatie, beroepsverenigingen, brancheorganisaties voor de zorg, Zorgverzekeraars Nederland, justitie (Dforzo/JJI), reclassering, netwerk directeuren sociaal domein en de VNG. Met de NZa, de IGJ, het Openbaar Ministerie en het Zorginstituut zijn separate overleggen gehouden. Het OM is betrokken via de werkgroep.

De ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid hebben de Nederlandse ggz en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland gefaciliteerd om de werkversie van de Ketenketenveldnorm te implementeren in het veld. Op basis van de evaluatie van vier pilotregio's is de werkversie van de Ketenketenveldnorm verrijkt met praktijkervaringen op het vlak van de aanmelding, samenhangende ondersteuning en zorg, op- en afschalen naar en van beveiligde klinische zorg, gegevensdeling tussen sectoren en de bekostiging.

Stuurgroep 2018

Sybren Bangma (onafhankelijk voorzitter), Harry Beintema (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie), Judith van den Berg (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland), Marjolein Bolt (Trajectum), Fianne Bremmer (GGZ Nederland), Marloes van Es (GGZ Nederland / landelijk projectleider), Goof van Gemert (Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen), Wim Huson (Waarnemer vanuit het Schakelteam personen met verward gedrag), Edwin ten Holte (RIBW alliantie), Monique Kavelaars (Pluryn en lid adviescommissie VGN), Jan Laurier (Federatie Opvang), Mark van der Lee (RIBW Nijmegen – Rivierenland), Monique Peltenburg (Secretaris netwerk directeuren sociaal domein), Nicolet Piekaar (Vereniging Nederlandse Gemeenten), Jaap van der Rijst (Zorgverzekeraars Nederland), Ellen Sinnege (SVG/3RO), Els van Bezouwen (Antesgroep), Joep Verbugt (GGZ Eindhoven), Ditte van Vliet (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), Nic Vos de Wael (MIND), Herma van der Wal (Dimence Groep).

Werkgroep 2018

Jonathan Douma (GGZ Nederland), Leon Feijen (Transfore/Dimencegroep), Thees Gernler (Fivoor/Parnassia), Tinie Hendriks (Transfore/Dimencegroep), Tonny van Hensbergen (Federatie Opvang), Bas Hermans (Directie Forensische Zorg Dienst Justitiële Inrichtingen), Koos Heinsius (Antesgroep), Tijs van Hoek (CZ, zorgverzekeraar), Valentijn Holländer (Inforsa/Arkin), Anthony van Kaam (Stichting Mozaïk), Hetty Koopman en Jan Willem v. Heertum (GGNet), Petra de Leede (Fivoor), Sandie Lemmers en Joris Meeuwissen (Exodus), Francine Loos (Zorg- en Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond), Ben Lijten (V&VN, verpleegkundig specialist ggz), Marjo Markx (Vereniging Ypsilon), Arianne Middelhoek (Wier -(sg)lvg), Susan Moller (Ned. Instituut voor Psychologen, sectie VB), Angelique Moonen (VGZ, zorgverzekeraar (tot november 2017), Robert Nieuwenhuize (Directie Forensische Zorg Dienst Justitiële Inrichtingen), Machiel Polak (Psychiater, FPC Kijvelanden /Fivoor), Pascale Rollee-de Leeuw

(GGzE/FPK De Woenselse Poort, verpleegkundig specialist ggz), Bernice de Ruijter (Openbaar Ministerie), Karien Rijnen (3RO/LJ&R (reclassering), Petra Spee (Stevig (vg sector/(sg)lv), Geert Steegs (Openbaar Ministerie), Margriet Storms (Trajectum (vg sector/(sg)lv), Paul Ulrich (Stichting Borderline), Ilonka Verkade (3RO/SVG (reclassering), Jelle Zeilstra (Zorg- en Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond).

Focusgroep cliënten, ervaringsdeskundigen, familie en naasten 2018

Els Dietvorst (Familie- en naastenperspectief), Marjo Markx (Vereniging Ypsilon), F. van der Schee (Zorgbelang Zuid Holland Zuid), Paul Ulrich (Stichting Borderline), Joke van der Meulen (Familieperspectief en lid Schakelteam), Jakob Visser (Forensisch ervaringsdeskundige), Toon Walravens (Ervaringsdeskundige, GGzE/FPK De Woenselse Poort).

Regionaal projectleiders 2018

Helga Aarts (Oost Brabant), Dirk Dijkslag (Overijssel), Sophie Koek en Karen Hermanns (Midden Nederland), Linda van 't Land en Angelique Moonen (Limburg).

Stuurgroep 2019 – 2020

Sybreng Bangma (onafhankelijk voorzitter), Lilly Buurke (de Nederlandse ggz), Marloes van Es (landelijk projectleider), Sjef van Gennip (bestuurlijk adviseur), Nicole Houdijk (Zorgverzekeraars Nederland), Han Huizinga (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), Astrid Jansen (Vereniging Nederlandse Gemeenten), Robert Nieuwenhuize (Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen), Jaap van der Rijst (Zorgverzekeraars Nederland), Willemijn Verhave (landelijk projectleider), Nic Vos de Wael (MIND).

Klankbordgroep 2019-2020

Sybreng Bangma (onafhankelijk voorzitter), Janine Berton (Openbaar Ministerie), Rob Broekman (Openbaar Ministerie), Hyacinthe van Bussel (de Rooyse Wissel), Saskia Capello (Verslavingsreclassering), Marloes van Es (landelijk projectleider), Goof van Gemert (Directie Forensische Zorg van de Dienst Justitiële Inrichtingen), Gertrude Graumans (GGZ Eindhoven / de Woenselse Poort), Tinie Hendriks (Transfore), Edwin ten Holte (Valente), Frank van der Linden (Humanitas), Aarnout Melis (Ministerie van VWS), Joke van der Meulen (Familieperspectief), Pouwel van der Siepkamp (Kans Plus), Andrea Stierman (Ministerie van Justitie en Veiligheid), Ditte van Vliet (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland), Tonny van Hensbergen (Valente), Marjo Markx (Vereniging Ypsilon), Willemijn Verhave (landelijk projectleider), Ilonka Verkade (3RO/SVG (reclassering), Anton Waldoër (Zorg- en Veiligheidshuis Noord Holland), Elvira van Wirdum (Fivoor), Nynke van Zorge (Vereniging Nederlandse Gemeenten).

Regionaal projectleiders 2019-2020 in de eerste 4 proeftuinen

Helga Aarts (in Oost Brabant), Dirk Dijkslag (tot 4^e kwartaal 2019 in Overijssel) en Joanne Snijder (vanaf 4^e kwartaal 2019 in Overijssel), Peter Boon (tot 1^e kwartaal 2020 in Midden Nederland) en Karen Hermanns (tot 3^e kwartaal 2020 in Midden Nederland, Jelle Boerstra (4^e kwartaal 2020 in Midden Nederland), Elsa Doze (vanaf 2^e kwartaal 2021 in Midden Nederland), Angelique Moonen en Maud Beljaars (in Limburg).

8.5 Lijst met afkortingen

Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikkinggestelden
BW	Beschermd Wonen
Dforzo/JJI	Directie Forensische Zorg / justitiële jeugdinstellingen
FACT	Flexible assertive community treatment
FARE	Forensisch Ambulante Risico Evaluatie
For Fact	Flexible assertive community treatment met forensische insteek en expertise
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FVA	Forensische Verslavingszorgafdeling
FVK	Forensische Verslavingszorgkliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIC	Afdeling voor High Intensieve Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IHT	Intensive Home Treatment
KIB	Kliniek Intensieve Behandeling
LVB	Licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 60 en de 80)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
(sg)lv	(Sterk gedragsgestoord en) licht verstandelijk gehandicapt
VIC bedden	Very Intensive Care bedden (in de gehandicapten sector)
VOV	Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel op een 24-uurs voorziening
VG	Verstandelijk gehandicapt
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Wfz	Wet forensische zorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet