

## Inhoudsopgave handreiking implementatie Ketenveldnorm

### Voorwoord

### Managementsamenvatting

<b>Hoofdstuk 1 De opgave en doelgroep van de ketenveldnorm</b> .....	<b>8</b>
1.1 Wat is de opgave van de ketenveldnorm? .....	8
Terugblik op de proeftuinen door de onderzoekers.....	8
Terugblik op de proeftuinen door de projectleiders .....	9
1.2 Hoe ziet de doelgroep van de ketenveldnorm er uit?.....	9
Doelgroepomschrijving .....	9
De aantallen in de proeftuinen.....	10
<b>Hoofdstuk 2 Samenwerking rond de ketenveldnorm</b> .....	<b>11</b>
2.1 Hoe richt je de projectstructuur voor de implementatie van de ketenveldnorm in? .....	11
Constateringen en aanbevelingen.....	11
2.2 Welke partners hebben een rol in de ketenveldnorm en hoe betrek je hen?.....	11
Cliënten en naasten .....	11
Aanbieders van zorg op alle levensgebieden.....	12
Veiligheidspartners .....	12
Gemeenten .....	13
Financiers .....	14
Andere partners in de regio .....	14
2.3 Hoe organiseer je de ketenveldnorm binnen een grote regio? .....	14
Constateringen en aanbevelingen.....	15
<b>Hoofdstuk 3 de inhoud van de ketenveldnorm</b> .....	<b>16</b>
3.1 Wat zijn de kenmerken van de groep personen die is geïnccludeerd in de levensloopfunctie? ..	16
Redenen om een persoon niet te includeren in de levensloopfunctie.....	17
Uitstroom uit de levensloopfunctie.....	17
Constateringen en aanbevelingen.....	18
3.2 Hoe richt je het proces van aanmelden en toegang tot de levensloopfunctie in?.....	18
Constateringen en aanbevelingen.....	19
3.3 Hoe ziet de levensloopfunctie er uit? .....	20
Disciplines en expertise .....	20
Vaardigheden van professionals die de levensloopfunctie uitvoeren .....	20
Constateringen en aanbevelingen.....	20
3.4 Hoe organiseer je de levensloopfunctie? .....	21
Constateringen en aanbevelingen.....	21
3.5 Wat is de caseload van een team? .....	22
3.6 Wat is er nieuw of anders aan de levensloopfunctie? .....	22
Constateringen en aanbevelingen.....	22

3.7 Welk instrumentarium wordt gebruikt? .....	23
Constateringen en aanbevelingen .....	24
3.8 Hoe worden passende woonvormen georganiseerd? .....	24
Constateringen en aanbevelingen .....	24
3.9 Hoe organiseer je de beveiligd intensieve zorg? .....	24
Afspraken over op- en afschaling .....	25
Constateringen en aanbevelingen .....	26
<b>Hoofdstuk 4 Wettelijke kaders en bekostiging .....</b>	<b>27</b>
4.1 Wettelijke kaders .....	27
4.2 Bekostiging .....	27
4.3 Te realiseren bekostigingsoplossingen in 2020 .....	28
<b>Hoofdstuk 5 Gegevensdeling en privacy bij het werken met de ketenveldnorm en uitvoeren van de levensloopfunctie .....</b>	<b>29</b>
5.1 Inleiding .....	29
5.2 Onduidelijkheid over welk juridisch kader van toepassing is op welk onderdeel van de ketenveldnorm/levensloopfunctie .....	29
5.3 Aanbevelingen voor de korte termijn .....	31

## **BIJLAGEN**

- A. Regio indeling
- B. Toegangscriteria doelgroep
- C. Projectstructuur van de proeftuinen
- D. Samenstelling van de teams
- E. Wettelijke kaders
- F. Vignetten

## VOORWOORD

GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben Significant Public gevraagd om een landelijk evaluatieonderzoek uit te voeren naar de implementatie van de ketenveldnorm in de vier proeftuinen. Het doel van dit onderzoek is om lessen en kritische succesfactoren uit de vier regio's waar de proeftuinen plaatsvinden op te halen, voor de implementatie van de ketenveldnorm in alle andere regio's.

In de periode februari tot en met december 2019 heeft Significant Public iedere zes weken aan de hand van een monitoringsformat informatie opgehaald bij de vier proeftuinen over de implementatie van de ketenveldnorm in hun regio. Deze informatie werd elke zes weken geanalyseerd door de onderzoekers en besproken in een gezamenlijk overleg met de projectleiders van de vier proeftuinen en het landelijk projectteam. Bovendien hebben de onderzoekers in alle regio's één of meerdere bijeenkomsten bijgewoond waarin samen met betrokken partners is gereflecteerd op de eerste ervaringen met de ketenveldnorm in de regio. Deze informatie vormde de basis voor de hoofdstukken 1, 2 en 3 van voorliggende handreiking.

GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben JB Lorenz gevraagd om de bekostigingsaspecten voor de ketenveldnorm uit te werken. Zij hebben de verantwoordelijkheden van financiers op basis van de onderliggende wet- en regelgeving uiteen gezet en met behulp van vignetten tot stappen en mogelijkheden voor bekostiging uitgewerkt. Deze informatie vormde de basis voor het hoofdstuk 4 en de bijlagen 'wettelijke kaders'en 'vignetten' van voorliggende handreiking.

Op het moment van schrijven van de handreiking is de ervaring met de ketenveldnorm nog beperkt. In totaal zijn 49 personen geïncludeerd in de levensloopfunctie (meetmoment 24 november 2019). De eerste persoon is zeven maanden geleden (mei 2019) geïncludeerd. Dit betekent dat de constatering en aanbevelingen die zijn beschreven in de hoofdstukken 1, 2 en 3 van de handreiking, zijn gebaseerd op nog beperkte praktijkervaringen. In deze hoofdstukken is met name informatie opgenomen over het organiseren van de domein overstijgende netwerksamenwerking, het organiseren van de levensloopfunctie en de toegang tot beveiligd intensieve zorg. Informatie over de uitvoering van de ketenveldnorm is (nog) in mindere mate beschreven.

## MANAGEMENTSAMENVATTING

### Algemeen

De eerste persoon is in mei 2019 geïncorporeerd in de levensloopfunctie. Dit betekent dat ongeveer zes maanden ervaring is opgedaan met het daadwerkelijk uitvoeren van de ketenveldnorm. Deze tijd is te kort om de ketenveldnorm volledig te kunnen uitvoeren én monitoren. Het is daarom (nog) niet mogelijk om voor alle onderdelen van de ketenveldnorm en de volledige implementatie hiervan aanbevelingen te doen. Waar mogelijk zijn aanbevelingen beschreven.

### De bestuurlijke keten

De opgave in de ketenveldnorm vraagt om het tot stand brengen van een domein overstijgende netwerksamenwerking binnen relatief grote regio's. Het creëren van deze structuur en het organiseren van deze samenwerking kost veel tijd en aandacht van de betrokken partners in de regio. Tijd om ketenpartners te informeren en samen te komen tot heldere verwachtingen over en weer over het bestaan van, en de inhoud van de ketenveldnorm. Ook vraagt het tijd om ketenpartners buiten het verzorgingsgebied van de levenslooptaanbieder, of ketenpartners waar eerder niet of nauwelijks mee werd samengewerkt, te leren kennen.

### Aanbevelingen

- Stel een projectleider aan die substantieel tijd beschikbaar heeft (circa vier dagen per week). In de praktijk blijkt dat de ketenveldnorm nadrukkelijk gaat om een integrale aanpak waarin naast de zorg ook het sociaal domein en de veiligheidsketen een rol hebben. Het helpt wanneer de projectleider kennis heeft van, en netwerk heeft binnen deze drie domeinen
- Sluit aan bij bestaande structuren in de regio om een goede verbinding te leggen met andere initiatieven op het terrein van Zorg en Veiligheid.

### De keten van zorg en begeleiding

#### De doelgroep

Personen die binnen de levensloopfunctie zijn geïncorporeerd voldoen aan de omschrijving van de doelgroep zoals in de ketenveldnorm gedefinieerd.

### Aanbevelingen voor implementatie

- Het is belangrijk om zoveel mogelijk samen met de partners in de regio afspraken te maken over toegangscriteria en wat er gebeurt met personen die niet geïncorporeerd worden. Heb hierbij specifiek aandacht voor de volgende punten:
  - o Benadruk dat een actueel gevaarsrisico alleen, geen inclusiecriteria is.
  - o Wacht niet met aanmelden van personen tot dat de situatie escaleert of de betreffende persoon zich in een crisissituatie bevindt. Het helpt wanneer personen eerder – in een relatief rustig stadium - aangemeld worden.
  - o Zorg dat partners zich realiseren dat de levensloopfunctie geen oplossing is voor crisissituaties.

### Aanmelding en toegang tot de levensloopfunctie

Er zijn twee scenario's voor de wijze waarop het proces van aanmelding voor de levensloopfunctie is georganiseerd:

1. Aanmelding bij de Zorg- en Veiligheidshuizen;
2. Aanmelding bij de levenslooptaanbieder.

Voor beide scenario's geldt dat betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis essentieel is voor het bij elkaar brengen van informatie om een aanmelding te verrijken.

### Aanbevelingen voor implementatie

- Organiseer een nauwe samenwerking met het Zorg- en Veiligheidshuis. Bij Zorg- en Veiligheidshuizen bestaat reeds een infrastructuur voor overleg en afstemming. Niet alle Zorg- en Veiligheidshuizen staan hier altijd voor open. Focus vooral op de Zorg- en Veiligheidshuizen die welwillend zijn. Doen en resultaat bieden overtuigd.

### Disciplines en expertise in de levensloopfunctie

De levensloopfunctie is toegevoegd aan- of gebaseerd op de werkwijze en expertise van (bestaande) [ForFACT-teams](#). In alle proeftuinen stellen de verschillende zorgaanbieders expertise op het gebied

van forensische ggz, verslavingszorg, (licht) verstandelijke beperking beschikbaar. De expertise van het Openbaar Ministerie, de politie en de reclassering maken geen direct onderdeel uit van de teams die de levensloopfunctie bieden. De expertise is veelal op casusniveau beschikbaar. De expertise van, en toegang tot het sociaal domein is in twee van de vier proeftuinen direct onderdeel van de teams die de levensloopfunctie uitvoeren.

### *De organisaties van de levensloopfunctie*

De levensloopfunctie wordt op twee verschillende manieren georganiseerd:

1. Het formeren van nieuwe teams die de levensloopfunctie uitvoeren;
2. Aansluiting bij, en uitbreiding van bestaande ForFACT teams

Aansluiten bij bestaande teams zorgt voor een snelle start en is op korte termijn efficiënt te organiseren. Deze teams bestaan (grotendeels) al, de professionals kennen elkaar en zij werken conform de forensisch FACT-certificering. Het formeren van een nieuw (netwerk) team zorgt voor het bundelen van expertise en krachten. De betrokken professionals houden binding met de eigen organisatie, waardoor er bredere expertise en samenwerking ontstaat. Daarnaast is een netwerkteam gevoelsmatig 'van iedereen' in plaats van dat het gekoppeld is aan een specifieke aanbieder

### *De inhoud van de levensloopfunctie*

De inhoud van de levensloopfunctie kenmerkt zich door de volgende onderdelen:

- Alle leefgebieden worden betrokken bij het opstellen van een integraal trajectplan;
- Financiering is niet leidend;
- Een outreachende en vasthoudende werkwijze;
- De zorg- en ondersteuningsbehoefte vraagt om een langdurige en intensieve (vanuit verschillende expertisen en ketenpartners) betrokkenheid;
- Er is op voorhand oog voor de samenhang tussen ambulante zorg en klinische zorg.

### *Wonen*

Het gebrek aan passende woningen is een bedreiging voor een duurzaam behandelresultaat. Om een behandeling ook op de langere termijn effectief te laten zijn, is een stabiele leefomgeving nodig. Ook belemmert het tekort aan woningen de doorstroom bij klinieken.

### Aanbevelingen

- Ga (als aanbieder van de levensloopfunctie) samen met ketenpartners in gesprek met gemeenten over de woonbehoefte van de doelgroep voor de ketenveldnorm.
- Agendeer knelpunten rond wonen in de regio (zoals een stuurgroep verward gedrag) én in landelijke overleggen met de VNG en/of het VLOT-team.
- Ga via gemeenten in gesprek met woningcorporaties.

### *Beveiligde intensieve zorg*

De (beveiligd intensieve) klinische zorg is op twee verschillende manieren georganiseerd:

1. Een aparte afdeling beveiligd intensieve zorg;
2. Gebruik maken van de bestaande klinische afdelingen binnen de regio.

In algemeenheid geldt dat er minder hoog beveiligde bedden zijn ingekocht door verzekeraars dan er is aangevraagd. De bedden worden onder andere gebruikt voor beveiligde intensieve zorg vanuit de ketenveldnorm, maar ook voor patiëntgroepen die niet een integraal traject vanuit de levensloopfunctie krijgen. Dat levert spanning op in de regio. Bovendien is de behoefte aan beveiligd intensieve capaciteit op beveiligingsniveau 3 in een aantal proeftuinen groot.

### Aanbevelingen (indien de regio kiest voor het gebruik maken van bestaande klinische afdelingen)

- Maak afspraken met andere zorgaanbieders. Bijvoorbeeld over op- en afschaling. Maak deze afspraken op bestuurlijk niveau (commitment) én op uitvoerend niveau (geneesheer-directeur en/of regiebehandelaar van de afdeling).
- Denk in het integrale trajectplan na over een 'best' en 'second-best' scenario. Maak deze afspraken tijdig rond zodat, wanneer een crisis zich voordoet, de kans op een (second best) passende opnamemogelijkheid groter is.
- Investeer in de samenwerking met de regiebehandelaar van de verschillende afdelingen. De levensloopfunctie is eindverantwoordelijk voor het traject. Bespreek de visie van de

ketenveldnorm (de klinische behandeling is een onderdeel is van iemands levensloop) en het individuele trajectplan met elkaar.

### De inkoopketen

Het is niet gelukt om in 2019 tot structurele afspraken te komen over de bekostiging van de levensloopfunctie. Structurele, landelijke afspraken over de bekostiging van de ambulante prestatie voor de uitvoering van de levensloopfunctie en de kosten van de aanmeldfase worden gemist. De consequentie daarvan is dat vraagstukken rond bekostiging nu op casusniveau moeten worden opgepakt. Dit zorgt voor (te) veel afstemming en 'regelwerk' waardoor voor elke casus nieuwe afspraken gemaakt moeten worden.

#### Aanbevelingen voor de bekostiging van de aanmeldfase

De oplossingsrichting voor bekostiging van de aanmeldfunctie is het volgen van onderstaande lijn:

- Als de cliënt al een lopend zorgtraject heeft onder de Zvw of de Wlz, dan wordt de tijd die door de levensloopaanbieder wordt besteed in de aanmeldfase 'geschreven' op de lopende DBC / het lopende zorgtraject.
- Als er geen lopend zorgtraject in de Zvw of Wlz is voor de cliënt, dan is de gemeente aan zet om de aanmeldfase te bekostigen.
- Als er nog geen lopend zorgtraject is en de geneesheer-directeur doet een beoordeling of iemand in aanmerking komt voor gedwongen zorg in de Zvw, dan worden de kosten voor dit onderzoek in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar, ongeacht of dit leidt tot een behandeling in de Zvw of niet.
- Als sprake is van een beoordeling die leidt tot gedwongen zorg ten laste van de Zvw, kunnen de aansluitende zorgkosten eveneens in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar.

#### Aanbevelingen voor de bekostiging van de uitvoeringsfase

Aan ZN en de VNG is gevraagd om mee te denken in een oplossing voor de financiering van de uitvoeringsfase van de levensloopfunctie (dan heeft een patiënt de aanmeldfase al doorlopen en is dan geïncorporeerd in de levensloopfunctie). Nu is er geen apart inzichtelijke prestatie voor de uitvoeringsfase van levensloopzorg aan patiënten die geïncorporeerd zijn in de ambulante levensloopfunctie (het kan om zowel verplichte zorg als vrijwillige zorg gaan). Deze zorg is in de Zvw, de Wlz, de FZ en de Wmo nu niet zichtbaar in de registratie (zorgtype) en niet zichtbaar op de declaratie (prestatiecode).

- De mogelijke tijdelijke oplossingsrichting is dat de levensloopaanbieder in uitvoeringsfase met een code in de eigen registratie deze cliëntenzorg codeert. Op die manier kan worden aangetoond wat de omvang en kosten van deze patiëntengroep zijn. In de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en DJI kunnen op basis van deze eigen registratiecodes afspraken over deze patiëntengroep en omvang van de dbc's voor behandeling en verblijf gemaakt worden.
- Landelijk is er wel een prestatiecode voor de klinische beveiligde capaciteit in een regio (omdat hier wel een prestatiecode voor is vastgesteld door de NZa).

Zodra de oplossingsrichting voor de financiering aan het begin van het verlengde pilotjaar is vastgesteld, wordt de structurele oplossingsrichting voor de bekostiging van de aanmeldfase en de uitvoeringsfase verder uitgewerkt.

### Gegevensdeling

Dit hoofdstuk bevat de eerste voorzichtige kaders waarbij de verschillende situaties en positioneringskeuzes nog verder uitgewerkt en juridisch getoetst moeten worden. Deze uitwerking en toetsing volgt begin 2020.

#### Aanbevelingen voor de gegevensdeling in de voorbereidingen bij de ketenveldnorm zijn

1. Maak onderscheid tussen de verschillende situaties waarin de aanmeldtoets plaats vindt. Indien deze niet plaats vindt op basis van een gedwongen kader of met toestemming van de betrokkene, dan is het advies voor de korte termijn om deze slechts anoniem te laten uitvoeren.

2. De voorlopige toegang en toegang tot het zorgdeel van de levensloopfunctie kan pas plaats vinden als er een formele titel is. Dit is of het gedwongen kader, of toestemming van de betrokkene. Indien de titel niet duidelijk is kan het zorgdeel niet van start.
3. Indien de levensloopfunctie wordt uitgevoerd in het vrijwillig kader, maak een duidelijke keuze ten aanzien van de positionering van het trajectplan en de regierol. Wees je ervan bewust dat als deze in het zorgdeel worden belegd, de Wgbo en dus het medisch beroepsgeheim van toepassing is. Indien deze bij een niet zorgpartij wordt belegd, is het aan te bevelen de inhoud te beperken tot regie-informatie. De casemanager vanuit de levensloopaanbieder participeert eventueel vanuit zijn zorgrol, en is dan gebonden aan de Wgbo.

## Hoofdstuk 1 De opgave en doelgroep van de ketenveldnorm

### 1.1 Wat is de opgave van de ketenveldnorm?

*In de ketenveldnorm is de opgave samengevat in het organiseren van een bestuurlijke keten, de keten van zorg en begeleiding en de inkoopketen. In deze ketens worden afspraken gemaakt over:*

- *Doorgaande, langlopende zorg in ambulante setting met aandacht voor alle levensgebieden van de cliënt om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat de cliënt nodig heeft en daarmee het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk te beperken.*
- *Goede toegang tot beveiligde intensieve zorg voor cliënten met of zonder rechterlijke machtiging: zorg in een beveiligde omgeving met een intensief zorg- en leefklimaat als dat vanwege crisis, zorg of risico noodzakelijk is.*
- *Voor goede doorstroom naar passende woonvoorzieningen en een stabiele leefsituatie in de ambulante setting is een passende woonvoorziening een noodzakelijke voorwaarde.*

In deze paragraaf reflecteren de onderzoekers die betrokken zijn geweest bij de monitoring en evaluatie van de proeftuinen én de projectleiders van de proeftuinen op deze opgave.

#### Terugblik op de proeftuinen door de onderzoekers

De opgave in de ketenveldnorm vraagt om het tot stand brengen van een domein overstijgende netwerksamenwerking binnen relatief grote regio's. Deze netwerkpartners maken in de ketenveldnorm een gezamenlijke afspraak om een kleine groep cliënten met complex gedrag, levenslang en levensbreed te behandelen, begeleiden en ondersteunen. Dit gebeurde - in ieder geval in 2019 - binnen de bestaande wet- en regelgeving en huidige financieringsstromen. Belemmeringen en knelpunten binnen deze bestaande kaders zijn juist een belangrijke aanleiding geweest om afspraken vast te leggen in een ketenveldnorm. Dat maakt bovenstaande geen eenvoudige opgave.

Terugkijkend is het, ondanks grote inspanningen van betrokken partners bij de ketenveldnorm, niet gelukt om op regionaal niveau en binnen de bestaande wet- en regelgeving tot structurele afspraken over financiering en gegevensdeling te komen. Er zijn nog een aantal belangrijke belemmeringen weg te nemen. Dit vraagt om extra bereidheid van alle betrokken partners én dit vraagt lef en durf om de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid op te zoeken. Tegelijkertijd is de pilotperiode van één jaar relatief kort om deze opgave te realiseren. Proefondervindelijk signaleren dat het maken van structurele afspraken over financiering en gegevensdeling in de regio niet lukt, was nodig om het gesprek hierover te openen. De projectleiders en het projectteam mogen in onze ogen trots zijn op de beweging die zij in gang hebben gezet.

Ook het maken van afspraken over ambulante zorg en begeleiding, klinische zorg en begeleiding én doorstroom naar passende woonvormen vergt samenwerking en het ontwikkelen van een gezamenlijke visie. Dit moet zowel op bestuurlijk als uitvoerend niveau tussen (zorg)aanbieders, het sociaal domein en veiligheidspartners worden gerealiseerd. Deze samenwerking vraagt om het samen ontwikkelen van een (nieuwe) regionale samenwerkingsstructuur rond een ingewikkelde (en niet altijd gewenste) doelgroep. Het creëren van deze structuur vraagt tijd en aandacht. Tijd om ketenpartners te informeren en samen te komen tot heldere verwachtingen over en weer over het bestaan van, en de inhoud van de ketenveldnorm. Ook vraagt het tijd om ketenpartners buiten het verzorgingsgebied van de levensloopaanbieder, of ketenpartners waar eerder niet of nauwelijks mee werd samengewerkt, te leren kennen. Deze basis is in de proeftuinen gelegd en heeft er onder andere voor gezorgd dat er afspraken zijn gemaakt over uitbreiding van bestaande zorg- en begeleidingsvormen (zoals ForFACT teams) en/of nieuwe zorg- en begeleidingsvormen (zoals een multi-organisatorisch levensloopteam) te ontwikkelen.

Tot slot vraagt de ketenveldnorm om een andere manier van denken en werken binnen één of meerdere zorginstellingen. Het afgelopen jaar is de vraag 'wat doen we nu echt anders in de proeftuinen?' vaak gevallen. De professionals die de levensloofunctie uitvoeren, geven aan dat zij veel meer in lange termijn ('wat als') trajecten denken, waarbij de blik meer ligt op wat er nodig is en er minder vanuit het reguliere aanbod wordt gedacht. Het contact met de cliënt is outreachend, vasthoudender en intensiever. Deze professionals maken eerder dan in andere trajecten afspraken over opschalingsmogelijkheden naar (beveiligd intensieve) klinische zorg en proberen verschillende expertisen bij elkaar te brengen en te benutten.



### Terugblik op de proeftuinen door de projectleiders

Projectleider Limburg: *“Het is ons goed gelukt om alle betrokken partners bij de ketenveldnorm aan tafel te krijgen. Zorg, inkoop, sociaal domein, veiligheid, lokaal bestuur, et cetera. Hierdoor is in onze regio een vanzelfsprekend draagvlak voor de ketenveldnorm ontstaan. Nut en noodzaak wordt door iedereen ervaren. Gedurende de proeftuin zetten we in om alle stappen gezamenlijk te kunnen zetten. Mensen bellen elkaar, weten elkaar snel te vinden. Dit heeft ook effect op de bejegening en ondersteuning van de cliënten. Omdat je alle relevante partijen aan tafel hebt kun je sneller de juiste vragen stellen, je komt sneller ‘to the point’ en oplossingen liggen beter voorhanden. Je kan altijd teruggrijpen op de gezamenlijkheid”.*

Projectleider Midden-Nederland: *“Wij zijn de implementatie bottom-up gestart door het opzetten van levensloopteams om daadwerkelijk aan de slag te gaan. Door te doen ervaren we waar de knelpunten liggen. Momenteel zijn de teams operationeel en wordt er met casussen gewerkt. Dit is flink pionieren voor de teams en erg zoeken hoe de werkwijze van de ketenveldnorm te vertalen is naar de praktijk. Deze werkwijze typeert zich door traject denken en mogelijke knelpunten signaleren en deze vroegtijdig oppakken. Om deze werkwijze goed in te voegen in hun huidige werk is het belangrijk dat de teams de tijd en ruimte krijgen om dit te kunnen doen. Het projectteam staat vlak achter de levensloopteams om ondersteuning en escalatiemogelijkheden te bieden waar nodig.”*

Projectleider Oost-Brabant: *“In onze regio ligt de focus op het versterken van de ketensamenwerking. De ketenveldnorm ademt vooral zorg uit. Om echt vanuit de levensloop van een cliënt te kunnen redeneren is ook het sociaal domein en de veiligheidsketen dringend nodig. Het is een gezamenlijk vraagstuk en we willen samen werken aan een oplossing. We werken daarom met gemeenten, zorgaanbieders en veiligheidspartners samen, zowel in de organisatie als in de uitvoering van de ketenveldnorm. Ketenpartners hebben een samenwerkingsovereenkomst ‘implementatie ketenveldnorm’ getekend, meerdere ketenpartners hebben ook bijgedragen aan de projectkosten en het project wordt aangestuurd door de regionale Programmaraad Zorg & Veiligheid.”*

Projectleider Overijssel: *“Het traject dat een cliënt volgt vormt ons uit ons uitgangspunt bij de implementatie van de ketenveldnorm. In en ten behoeve van dit traject maken we de keuzes. In de projectorganisatie kiezen we er voor om inhoud en organisatie (projectgroep) en financiering (werkgroep inkoopketen) van elkaar te scheiden. Beide leggen verantwoording af aan de opdrachtgevers en de regionale stuurgroep. Ook proberen we zo veel als mogelijk gebruik te maken van de bestaande infrastructuur en alleen iets nieuws te ontwikkelen als het echt nodig is. Daarbij sluiten we bijvoorbeeld aan bij de structuur die al staat in de Zorg- en Veiligheidshuizen en de samenwerking die al bestaat in het kader van het Forensisch Circuit Oost-Nederland dat in 2016 is gestart. We maken gebruik van de bestaande klinische voorzieningen in de regio. Echt nieuw bij ons in Overijssel is het vormgeven van een multi-organisatorisch en multidisciplinair levensloopteam. Deze medewerkers zijn vanuit vier organisaties geworven en gedetacheerd. Ze hebben bij de start als team een maand lang een traject doorlopen van teambuilding en deskundigheidsbevordering.”*

### 1.2 Hoe ziet de doelgroep van de ketenveldnorm er uit?

Deze paragraaf gaat in op de doelgroepomschrijving zoals deze is opgenomen in de ketenveldnorm en geeft inzicht in het aantal personen in de proeftuinen dat in aanraking is geweest met de ketenveldnorm.

#### Doelgroepomschrijving

De ketenveldnorm beschrijft de doelgroep als: *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 rechterlijke machtiging 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 in de ketenveldnorm blijkt in de praktijk hanteerbaar. In drie regio's zijn aanvullend op de doelgroepomschrijving regionale toegangscriteria opgesteld, zie bijlage 1. Deze criteria zijn een nadere operationalisering van de doelgroepomschrijving.

#### **Aanbevelingen**

- **Stel toegangscriteria samen met de betrokken partners in de regio op.** Dit draagt bij aan een eenduidig beeld over de groep personen die in aanmerking komt voor de ketenveldnorm. Ook kan dit eventuele teleurstelling en irritatie van ketenpartners, bijvoorbeeld in situaties dat een persoon niet geïnccludeerd<sup>1</sup> wordt, voorkomen.

#### De aantallen in de proeftuinen

	Omvang regio	Inschatting potentieel aantal cliënten	Aantal aanmeldingen	Maand waarin eerste cliënt is geïnccludeerd	Aantal cliënten geïnccludeerd
<b>Overijssel</b>	1,2 miljoen	110	21	Juni 2019	12
<b>Oost-Brabant</b>	1,4 miljoen	150	24	Juni 2019	9
<b>Midden-Nederland</b>	1,9 miljoen	100	16	Mei 2019	10
<b>Limburg</b>	1 miljoen	150	25	Juli 2019	18

De eerste persoon is in mei 2019 geïnccludeerd. Op het moment van schrijven van deze handreiking zijn in totaal 49 cliënten<sup>2</sup> geïnccludeerd. Een uitgebreide toelichting op de kenmerken van de personen die in aanraking zijn gekomen met de ketenveldnorm is beschreven in hoofdstuk 3.1.

<sup>1</sup> Met inclusie wordt toegang tot de levensloopfunctie bedoeld

<sup>2</sup> Meetmoment 24 november 2019.

## Hoofdstuk 2 Samenwerking rond de ketenveldnorm

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de projectstructuur van de proeftuinen, de samenwerking met betrokken partners bij de ketenveldnorm en het schaalniveau waarop (onderdelen van) de ketenveldnorm is georganiseerd in de proeftuinen.

### 2.1 Hoe richt je de projectstructuur voor de implementatie van de ketenveldnorm in?

Het opdrachtgeverschap en/of de projectleiding voor de ketenveldnorm is belegd bij de aangewezen aanbieder van de levensloopfunctie:

1. Limburg: De Rooyse Wissel;
2. Midden-Nederland: Fivoor;
3. Oost-Brabant: GGzE/De Woenselse poort;
4. Overijssel: Transfore.

De aanbieder van de levensloopfunctie heeft een projectleider voor de proeftuin aangesteld. De projectleiders zijn ruim 4 dagen per week beschikbaar voor de implementatie van de ketenveldnorm. In alle proeftuinen is een projectstructuur opgezet waarin betrokken partners bij de ketenveldnorm zijn vertegenwoordigd. Bijlage 2 bevat een schematische weergave van de projectstructuur.

### Constateringen en aanbevelingen

- **Het organiseren van netwerksamenwerking kost veel tijd.** Onderschat dit niet. Ook partners die onderdeel uitmaken van de projectstructuur zijn tijd kwijt aan de implementatie van de ketenveldnorm. Bijvoorbeeld door deelname aan projectgroepen en werksessies.
- **De ketenveldnorm is vanuit een zorgperspectief (met name GGZ) geschreven.** In de praktijk blijkt dat de ketenveldnorm nadrukkelijk gaat om een integrale aanpak waarin ook het sociaal domein en de veiligheidsketen een rol hebben.

### Aanbevelingen

- **Stel een projectleider aan die substantieel tijd beschikbaar heeft** (circa vier dagen per week). Het helpt wanneer de projectleider kennis heeft van, en netwerk heeft binnen deze drie domeinen
- **Sluit aan bij bestaande structuren in de regio om een goede verbinding te leggen met andere initiatieven op het terrein van Zorg en Veiligheid.** Zoals de aanpak personen met verward gedrag of de implementatie van de Wet verplichte ggz.

### 2.2 Welke partners hebben een rol in de ketenveldnorm en hoe betrek je hen?

De ketenveldnorm maakt onderscheid naar de volgende partners:

- Cliënten en naasten;
- Aanbieders van zorg op alle levensgebieden;
- Veiligheidspartners;
- Gemeenten;
- Financiers;
- Andere partners.

Deze paragraaf beschrijft per partner op welke wijze zij betrokken zijn bij de proeftuinen. Ook worden waar mogelijk aanbevelingen gedaan voor het betrekken van deze partners bij de organisatie en uitvoering van de ketenveldnorm in de regio.

### Cliënten en naasten

*Het uitgangspunt van de ketenveldnorm is dat cliënten en naasten zoveel als mogelijk betrokken worden bij het proces en de uitvoering van de zorg en ondersteuning die geboden wordt vanuit het levensloopteam.*

(Familie)ervaringsdeskundigheid is in de project-, werk-, klankbord- en/of stuurgroepen vertegenwoordigd. Deze blik is van toegevoegde waarde bij de organisatie en uitvoering van de ketenveldnorm. De uitgangspunten voor het betrekken van cliënten en naasten in de uitvoering van de ketenveldnorm sluiten aan bij de werkwijze en disciplinemix zoals omschreven in de [Modelbeschrijving forensische \(F\)ACT](#). De proeftuinen hanteren deze modelbeschrijving. Dit blijkt in de praktijk afdoende.

### Aanbieders van zorg op alle levensgebieden

*De ketenveldnorm schrijft voor dat in elke regio één aanbieder de levensloopfunctie organiseert in nauwe samenwerking met andere aanbieders vanuit de ggz, de gehandicaptenzorg, de verslavingszorg, de forensische zorg en het sociaal domein.*

De levensloopaanbieder neemt het voortouw in de organisatie van de ketenveldnorm door het aanstellen van een projectleider. De projectleider voert de regie op de implementatie van de ketenveldnorm in de regio en is het aanspreekpunt voor partners en professionals die betrokken zijn bij de ketenveldnorm.

De uitvoering van de ketenveldnorm is belegd bij meerdere zorgaanbieders. Dit levert de volgende voordelen op:

- Door de samenwerking ontstaat draagvlak voor de ketenveldnorm.
- De samenwerking brengt expertise samen en zorgt tevens voor een regionaal dekkend aanbod. Vaak zijn personen die in aanraking komen met de ketenveldnorm al bekend bij zorgaanbieders. Vanuit deze historie is het snel duidelijk wie van de aanbieders de levensloopfunctie gaat uitvoeren. Ook zijn er afspraken tussen aanbieders over opschalen naar (beveiligd intensieve) klinische voorzieningen binnen de regio. In de praktijk blijken deze afspraken niet altijd realiseerbaar. Zie voor meer informatie over op- en afschalen kopje 3.4.
- De aanbieder van de levensloopfunctie draagt (op dit moment) de (financiële) risico's bij inclusie van een persoon in de levensloopfunctie. Wanneer meerdere aanbieders de levensloopfunctie gezamenlijk uitvoeren, wordt het financiële risico gedeeld.

### Veiligheidspartners

*Veiligheidspartners (Openbaar Ministerie, politie, DJI, de reclassering en het Zorg- en Veiligheidshuis) hebben een rol in de regionale samenwerking rond de ketenveldnorm. Een nadere explicitering van deze rol is niet beschreven in de ketenveldnorm.*

Veiligheidspartners maken onderdeel uit van de projectstructuur. Op casusniveau zijn veiligheidspartners op verschillende manieren betrokken:

- Veiligheidspartners kunnen personen aanmelden, veelal via de Zorg- en Veiligheidshuizen. Bij de screening en verrijking van de casus is er door betrokkenheid van veiligheidspartners zicht op het strafblad, openstaande (strafrechtelijke) zaken en in hoeverre deze persoon bekend is bij de politie.
- Wanneer een geïnccludeerde persoon bekend is bij het Zorg- en Veiligheidshuis (of wanneer er binnen de proeftuinen afspraken over aanvullende procesregie zijn gemaakt) organiseert de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis vaak de afstemming tussen de zorgpartners, veiligheidspartners (bijvoorbeeld de wijkagent en de Bopz secretaris) en het sociaal domein. In sommige situaties vindt ook afstemming met de afdeling 'zorg en veiligheid' of 'openbare orde en veiligheid' van een gemeente plaats. Bovendien kunnen adviezen uit het casusoverleg in het GCOS systeem ingelezen worden bij juridische partners aan de ZSM-tafel.
- De levensloopaanbieder en veiligheidspartners vinden elkaar ook zonder tussenkomst van het Zorg- en Veiligheidshuis. Voorbeelden zijn het op de hoogte stellen van een aanhouding en het inbrengen van expertise en afstemming over de inzet van strafrechtelijke interventies.
- De betrokkenheid van het OM blijkt in de praktijk onder andere van meerwaarde bij het zoeken van dwang- en drang mogelijkheden. De betrokkenheid van de reclassering is belangrijk bij onder andere het houden van toezicht en het creëren van voorwaarden (bijvoorbeeld bij het beëindigen van toezicht). Ook de wijkagent heeft een belangrijke functie. Personen die in aanraking komen met de ketenveldnorm zijn bij wijkagenten veelal bekend omdat zij over het algemeen veel tijd en energie besteden aan deze groep personen.
- Het risico op ontwrichtend en gevaarlijk gedrag bij de doelgroep voor de ketenveldnorm is groot. Wanneer veiligheidspartners in de uitvoering van de ketenveldnorm betrokken zijn, kunnen zij het proces van overgang tussen de periode waarin iemand in een kliniek of penitentiaire inrichting zit met een strafrechtelijke titel en daarna weer naar buiten gaat bewaken.

## Gemeenten

*Gemeenten hebben een rol in de borging van continuïteit in de zorg en/of begeleiding die hun inwoners krijgen. Bijvoorbeeld bij het organiseren van wonen, werk, dagbesteding en inkomensvoorzieningen bij detentie of langdurige klinische opname. Ook hebben gemeenten een rol in het veiligheidsdomein, met name in relatie tot politie. Daarnaast zijn gemeenten één van de financiers van de levensloopfunctie (Wmo en participatiewet) en zijn mede verantwoordelijk voor het maken van afspraken en afstemming over de financiering van de levensloopfunctie. Tot slot hebben gemeenten een rol in de regionale samenwerking in de levensloopfunctie.*

### De uitvoering van de ketenveldnorm

De gemeente heeft (al dan niet via een Zorg- en Veiligheidshuis) de mogelijkheid om een inwoner aan te melden voor de ketenveldnorm. Eerste ervaringen laten zien dat het prettig is wanneer een gemeente een inwoner aanmeldt, omdat zorgaanbieder en gemeenten daardoor samen aan de lat staan om het traject van de ketenveldnorm vorm te geven.

In de uitvoering van de ketenveldnorm hebben gemeenten in het merendeel van de proeftuinen een beperkte rol gehad. De ketenveldnorm en de rol van de gemeenten hierin was met name bij aanvang van de proeftuinen, bij veel gemeenten nog onbekend. Ook bij zorgaanbieders is niet altijd bekend wat de mogelijkheden en het aanbod van gemeenten is voor deze doelgroep.

Het merendeel van de geïncludeerde personen is op dit moment nog niet in staat om zelfstandig, dan wel beschermd of begeleid te wonen. Eerste ervaringen in de proeftuinen laten zien dat gemeenten al in een vroeg stadium kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld via [de aanpak onverzekerden](#), het [verlenen van bijzondere bijstand](#) voor het voorschieten/financieren van het eigen risico, of het bieden van een onafhankelijk cliëntondersteuner.

De proeftuinen in Oost-Brabant en Limburg hebben een afspraak gemaakt over de rol van het sociaal domein in de levensloopfunctie (zie kopje 3.3)

### Netwerksamenwerking

Het is belangrijk om (een aantal) gemeenten in de regio te betrekken in de organisatie van de ketenveldnorm. Dat kan door gemeenten uit te nodigen om zitting te nemen in stuurgroepen, projectgroepen, werkgroepen, et cetera. In de proeftuinen is veel tijd en energie uitgegaan naar het bekend maken van de ketenveldnorm bij gemeenten. Grotere gemeenten zijn over het algemeen bekend met de term 'ketenveldnorm', maar zijn zich niet altijd bewust van de rol die zij in de organisatie en uitvoering hebben en wat de ketenveldnorm voor hun complexe casussen kan opleveren.

In de proeftuinen maakt een beperkt aantal gemeenten als representant onderdeel uit van de projectstructuur. Een aantal burgemeesters (veiligheid) en/of wethouders (sociaal domein) vertegenwoordigen het perspectief van meerdere gemeenten uit de regio en denken en beslissen mee. De praktijk laat zien dat een representatiefunctie het meest efficiënt is, al blijft het nodig om ook de andere gemeenten in de regio actief te informeren over de ketenveldnorm.

De proeftuinen hebben verschillende acties ondernomen gericht op het betrekken van gemeenten bij de ketenveldnorm. Dit levert de volgende aanbevelingen op:

- **Investeer in de samenwerking met gemeenten.** Betrek gemeenten van het begin af aan door samen met hen keuzes te maken over de organisatie en inrichting van de ketenveldnorm. Bespreek zo concreet mogelijk wat van gemeenten wordt verwacht, maar ook wat de ketenveldnorm hen oplevert. Leg daarbij de link met zowel het sociaal domein als het veiligheidsdomein. Het gaat namelijk vaak om casuïstiek die bij gemeenten bekend is, waar ook zij zich ernstige zorgen over maken en waarbij sprake is van een veiligheidsrisico. Bovendien helpt het om presentaties over de ketenveldnorm te geven en aan te sluiten bij bestaande overleggen van gemeenten en/of het Zorg- en Veiligheidshuis. Dit vergroot de bekendheid van de ketenveldnorm.
- **Betrek de kleine gemeenten via de regiogemeenten Beschermd Wonen of via Zorg- en Veiligheidshuizen.** Kleine gemeenten hebben minder personen die in aanmerking komen voor de ketenveldnorm dan grote gemeenten. In de genoemde gremia komt casuïstiek vanuit grote en kleine gemeenten samen. Zorg met name dat de levensloopfunctie daar bekend is.

- **Start bij gemeenten waarmee de samenwerking al goed verloopt en/of die welwillend tegenover de ketenveldnorm staan.** Deel vervolgens de succesverhalen richting andere gemeenten.
- **Overtuig gemeenten door te doen.** Start met de ketenveldnorm en overtuig de gemeenten door hen een oplossing voor ingewikkelde casuïstiek te bieden én resultaat te leveren.

### Financiers

*De zorg aan 18+ cliënten in de levensloopfunctie wordt gefinancierd vanuit bestaande regelgeving (Zvw, Wlz, Wfz en Wmo). De betrokken financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en DJI) moeten gezamenlijk afstemmen over de financiering van de levensloopfunctie. Per proeftuin is één zorgverzekeraar aangewezen die het voortouw neemt in het maken van de financiële afspraken (vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars).*

Op landelijk niveau zijn Zorgverzekeraars Nederland, de VNG en DJI (DForZo) betrokken in de kerngroep en de stuurgroep van de ketenveldnorm. In alle proeftuinen zijn één of meerdere zorgverzekeraars en gemeenten betrokken in de regionale projectstructuur. Ook zijn in enkele proeftuinen DForZo en zorgkantoren betrokken. De proeftuinen in Midden- Nederland en Overijssel hebben bovendien een aparte werkgroep financiën/inkoop.

Ondanks de betrokkenheid van de financiers op landelijk en regionaal niveau én de vele inspanningen van het landelijke projectteam en de projectleiders van de proeftuinen is het niet gelukt om tot structurele afspraken te komen over de bekostiging van de levensloopfunctie. Dit komt onder andere door beperkingen in de mogelijkheden die de kaders van de geldende wet- en regelgeving bieden. Structurele, landelijke afspraken over onder andere de bekostiging van de ambulante prestatie en de kosten van de aanmeldfase worden gemist. De consequentie daarvan is dat vraagstukken rond bekostiging op casusniveau worden opgepakt. Dit zorgt voor (te) veel afstemming en 'regelwerk' waardoor voor elke casus nieuwe afspraken gemaakt moeten worden. Meer informatie over de bekostiging van de ketenveldnorm is beschreven in hoofdstuk 4.

### Andere partners in de regio

Naast bovengenoemde partners worden ook andere partners betrokken in stuurgroepen en/of projectgroepen. Bijvoorbeeld: voorzieningen voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang, penitentiaire instellingen (PI's), Regionale Ambulance Voorziening (RAV), GGD, voorzieningen voor werk en inkomen en/of schuldhulpverlening. Bovengenoemde partners hebben nog een beperkte rol gehad in de uitvoering van de ketenveldnorm.

### 2.3 Hoe organiseer je de ketenveldnorm binnen een grote regio?

*De ketenveldnorm gaat uit van 11 regio's met een werkgebied van circa 1,6 miljoen inwoners. Omdat er naar verwachting een beperkt*





aantal cliënten (circa 1400<sup>3</sup> in Nederland) binnen de levensloopfunctie worden geïncorporeerd, is er bewust gekozen voor grote regio's. De verwachting is dat er met deze regio-indeling een aanbod klinische beveiligd intensieve zorg in de regio georganiseerd kan worden.

Ook sluit de regio-indeling aan bij de Veiligheidsregio's en arrondissementen van het Openbaar Ministerie, waardoor de samenwerking met deze partijen duidelijker gezocht kan worden.

In bijgevoegd figuur zijn de vier proeftuinregio's (Overijssel, Midden-Nederland, Oost-Brabant en Limburg) in oranje weergegeven. In de praktijk wordt deze regio als groot ervaren. Dit levert zowel voordelen als nadelen op. Binnen één regio is een groot aantal gemeenten vertegenwoordigd en zorgaanbieders (van de levensloopfunctie) moeten ook buiten hun eigen verzorgingsgebied werken. Dit betekent dat nieuwe samenwerking met nieuwe partners opgezet moet worden. Het organiseren van deze samenwerking neemt veel (reis)tijd in beslag. Voordelen van een relatief grote regio is onder andere dat in de samenwerking met betrokken partners makkelijk(er) aangesloten kan worden bij bestaande gremia rond aanpalende ontwikkelingen op het gebied van zorg en veiligheid. Ook de organisatie van de klinische beveiligd intensieve zorg is eenvoudiger te organiseren in een grote regio.

### Constateringen en aanbevelingen

- **De proeftuinen sluiten zo veel als mogelijk aan bij bestaande gremia en samenwerkingsstructuren in de regio.**
- **Onderdelen van de ketenveldnorm worden op verschillende schaalniveaus georganiseerd:**
  - Op het niveau van de ketenveldnormregio:
    - o De projectstructuur (inclusief projectleider die als centraal aanspreekpunt fungeert).
    - o De bestuurlijke keten.
    - o Het ontwikkelen van een gezamenlijk traject rond een persoon die is geïncorporeerd in de levensloopfunctie.
  - Op subregionaal niveau:
    - o Niveau van de [zorg- en veiligheidshuizen](#): toegang en aanmelding vindt in de meerderheid van de proeftuinen plaats op het niveau van het Zorg- en Veiligheidshuis.
    - o Verzorgingsgebied zorgaanbieder: de uitvoering van de levensloopfunctie is in de regio's gekoppeld aan het bestaande verzorgingsgebied van een ForFACT team. Daarbij zien we dat er regionale coördinatie plaatsvindt bij de plaatsing van cliënten bij een specifieke aanbieder of ForFACT team. Uitzondering is Overijssel, waarbij er één team is (met twee standplaatsen) dat de gehele regio bedient.
  - Op lokaal niveau
    - o Het gemeentelijk ondersteuningsaanbod.
  - Op bovenregionaal niveau (landelijk en/of tussen regio's):
    - o Opschaling naar beveiligde zorg (indien passende bedden binnen de eigen regio niet beschikbaar zijn).
    - o Afspraken gegevensdeling.
- **Afspraken over de bekostiging van de ketenveldnorm moeten op meerdere niveaus gemaakt worden (lokaal, (sub)regionaal en landelijk).** Voor meer informatie over de bekostiging zie hoofdstuk 4.

---

<sup>3</sup> Deze informatie is gebaseerd op de inschatting van het aantal cliënten in de vier regio's waar de proeftuin plaats vond.

### Hoofdstuk 3 de inhoud van de ketenveldnorm

Voorliggend hoofdstuk gaat in op de inhoud van de ketenveldnorm. Hierin wordt aandacht besteed aan de kenmerken van de huidige groep personen die geïnccludeerd is in de levenslooppuntie, het proces van aanmelding en toegang, de invulling van de levenslooppuntie en de beveiligde intensieve zorg.

#### 3.1 Wat zijn de kenmerken van de groep personen die is geïnccludeerd in de levenslooppuntie?

Onderstaande tabel beschrijft de populatie binnen de ketenveldnorm.<sup>4</sup>

[NB in onderstaande tabel ontbreken de gegevens van één persoon. Deze worden in een volgende versie ingevoegd]

Aantal personen: 49 cliënten per november 2019		Beschrijving populatie																								
Datum includeren	De eerste persoon is geïnccludeerd op 21 mei 2019. De laatste persoon is geïnccludeerd op 24 november.																									
	 <table border="1"> <caption>Instroom cliënten ketenveldnorm</caption> <thead> <tr> <th>Maand</th> <th>Aantal cliënten</th> <th>Cumulatief totaal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Mei</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Juni</td> <td>7</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Juli</td> <td>11</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Augustus</td> <td>2</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>September</td> <td>13</td> <td>34</td> </tr> <tr> <td>Oktober</td> <td>4</td> <td>38</td> </tr> <tr> <td>November</td> <td>10</td> <td>48</td> </tr> </tbody> </table>		Maand	Aantal cliënten	Cumulatief totaal	Mei	1	1	Juni	7	8	Juli	11	19	Augustus	2	21	September	13	34	Oktober	4	38	November	10	48
Maand	Aantal cliënten	Cumulatief totaal																								
Mei	1	1																								
Juni	7	8																								
Juli	11	19																								
Augustus	2	21																								
September	13	34																								
Oktober	4	38																								
November	10	48																								
Leeftijd	De gemiddelde leeftijd is 40 jaar. De jongste persoon is 19 jaar, de oudste persoon is 60 jaar oud.																									
Geslacht	In de proeftuinen zijn 43 mannelijke personen en 3 vrouwelijke personen geïnccludeerd.																									
Problematiek: (l)vb ja/nee	35% van de personen heeft te maken met lvb-problematiek. Bij nog eens 25% van de personen is er een vermoeden van lvb-problematiek, maar is dit (nog) niet aangetoond.																									
Zo ja: Wlz-indicatie?	4%: twee personen hebben een indicatie voor de wet langdurige zorg.																									
Problematiek: ggz ja/nee	90% van de personen kampt met ggz-problematiek. Bij twee personen (4%) wordt ggz-problematiek vermoed, maar is deze nog niet vastgesteld.																									
Problematiek: verslaving ja/nee	92% van de personen heeft te maken met verslavingsproblematiek.																									
Problematiek: forensisch ja/nee	100%: Alle personen hebben te maken met forensische problematiek.																									
Problematiek: psychosociaal ja/nee	100%: Alle personen hebben problematiek op psychosociaal vlak. Daarbij is met name dakloosheid een groot probleem.																									
Instroom	Ongeveer 40% van de personen stroomt in vanuit een klinische setting. 30% van de personen ontving al ambulante zorg (o.b.v. de Wmo, Zvw of forensische zorg). 15%																									

<sup>4</sup> De uitvraag die is gedaan bevatte geen vraag over niet aangeboren hersenletsel (NAH). Volgend jaar wordt deze vraag toegevoegd aan de uitvraag.



	stroomt in vanuit detentie (PI of JJI). De overige 15% heeft geen recent zorgcontact/onbekend.
Cliënt reeds in zorg bij één van de bij de levensloopfunctie betrokken aanbieders	Ongeveer 55% van de personen is op het moment van aanmelden in zorg bij één van de bij de levensloopfunctie betrokken zorgaanbieders.
Crisis/geen crisis bij aanmelding	Ongeveer 55% van de personen is op het moment van aanmelden in crisis.
Behoeft aan opname bij aanmelding	Bij ongeveer 50% van de aanmeldingen is er behoefte aan een (beveiligd intensieve) klinische opname. Dat percentage wordt mede verklaard omdat 40% van de personen bij aanmelding klinisch verblijft.
Toestemming cliënt voor gegevensdeling	50% van de personen heeft toestemming gegeven om gegevens te delen (telling vanaf mei 2019). In Midden-Nederland is dit percentage 100%, omdat toestemming nodig is voor aanmelding. Bij de andere proeftuinen geeft 25% van de personen deze toestemming.
Strafrechtelijke titel aanwezig bij aanmelding	20% van de personen heeft een strafrechtelijke titel op het moment van instroom.
Civielrechtelijke titel aanwezig bij aanmelding (RM)	40% van de personen heeft bij instroom een rechterlijke machtiging.

De groep personen die is geïncludeerd kenmerkt zich door een lange (forensische) zorghistorie, waarbij er geen mogelijkheden meer binnen het bestaande zorg- en begeleidingsaanbod bestaan. De mogelijkheden binnen de reguliere ggz (poliklinisch, (For)FACT en meerdere klinische opnames) zijn eerder al ingezet. In de zorghistorie van de geïncludeerde personen komen de volgende elementen terug:

- Personen zijn meerdere keren klinisch opgenomen geweest (met een IBS, RM, artikel 37-maatregel of tbs-maatregel). Er is sprake van overplaatsingen tussen klinieken of ontslag uit klinieken.
- Personen zijn langdurig klinisch opgenomen geweest (ook in het kader van een justitiële titel met een aansluitende rechterlijke machtiging). In de ambulante zorg en begeleiding die daarop volgt vallen personen weer terug in oud gedrag.
- Voor alle geïncludeerde personen geldt dat zij een strafblad hebben en vele incidenten en meldingen van gevaarlijk gedrag en overlast achter hun naam hebben staan. Het strafblad bestaat vaak uit vermogens- en geweldsdelicten. De personen zijn regelmatig gedetineerd geweest, op basis van een artikel 37 geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis, of hebben een ISD-maatregel of soms tbs-maatregel gehad. Reclasseringstrajecten zijn vaak niet positief afgerond.
- Een stabiele woonsituatie is voor de geïncludeerde personen erg lastig te creëren. Zij wisselden de afgelopen jaren vaak van woon- of verblijfplek: kliniek, een zelfstandige woning of een woning met ambulante ondersteuning/een beschermde woonvormen naar opvang door familie, de nachtopvang of dakloosheid. Zij vertrekken vrijwillig bij een woonvoorziening, worden uitgezet omdat ze afspraken niet nakomen, voor overlast zorgen of (dreigen met) gewelddadig gedrag.

#### Redenen om een persoon niet te includeren in de levensloopfunctie

- Er zijn nog mogelijkheden in het voorliggend veld.
- Er is op korte termijn zicht op veranderende omstandigheden, zoals een RM die in aanvraag is, bij een lopende strafzaak wordt een tbs-maatregel gevorderd, verhuizing naar het buitenland.
- De persoon heeft in mindere mate behoefte aan forensische expertise. Er is sprake van multiproblematiek in combinatie met lastig gedrag, maar er is (nog) geen sprake van acuut gevaarlijk gedrag. In deze gevallen is het een mogelijkheid dat meerdere aanbieders gezamenlijk de zorg oppakken. Dit wordt niet onder de vlag van de ketenveldnorm gedaan.
- Er is onvoldoende perspectief voor een ambulant traject; een langdurig klinisch traject is meer passend.

#### Uitstroom uit de levensloopfunctie

De proeftuinen hebben nog niet te maken gehad met uitstroom uit de levensloopfunctie. De eerste persoon is op moment van schrijven van deze handreiking zeven maanden geïncludeerd. De eis om uit

te stromen (twee jaar stabiel) is daarmee nog niet bereikt. Op verzoek van het Openbaar Ministerie is bij één persoon de inclusie na enkele maanden teruggedraaid omdat in een lopende strafzaak een tbs-maatregel wordt gevorderd. Een klein (<5) aantal personen heeft zijn/haar toestemmingverklaring voor behandeling stopgezet. In deze situaties blijft de levensloopfunctie contact houden met de betreffende persoon. Andere ingezette trajecten vanuit bijvoorbeeld het sociaal domein kunnen doorlopen bij het intrekken van de behandeltoestemming.

### Constateringen en aanbevelingen

- **Personen die binnen de levensloopfunctie zijn geïnccludeerd voldoen aan de omschrijving van de doelgroep zoals in de ketenveldnorm gedefinieerd.**
- **Een deel van de personen die door ketenpartners is aangemeld voor de levensloopfunctie is niet geïnccludeerd.** De groep kenmerkt zich door:
  - o Personen met geen/zeer beperkt zicht op een ambulant perspectief. Bij deze personen is er behoefte aan een langdurige, klinische behandel/verblijfslocatie. Dat is een andere vraag dan inclusie in de levensloopfunctie of een klinische opname (al dan niet op een afdeling voor beveiligd intensieve zorg). Op een later moment komen deze personen mogelijk wel in aanmerking voor de ketenveldnorm. Verwijzers kunnen hen opnieuw aanmelden.
  - o Er is duidelijk sprake van multiproblematiek en (forse) overlast, maar het risico op gevaarlijk gedrag wordt als laag ingeschat. Deze groep kwam het afgelopen jaar niet in aanmerking voor de levensloopfunctie maar is wel gebaad bij een soortgelijke werkwijze.
- **Het merendeel van de personen wordt door verwijzers aangemeld op het moment dat er een actueel gevaarsrisico, dan wel crisissituatie is.** Het opstarten van behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit de levensloopfunctie in een relatief rustige periode is echter prettiger voor de persoon zelf. Het helpt wanneer deze personen eerder aangemeld worden.

### Aanbevelingen

- **Het is belangrijk om zoveel mogelijk samen met de partners in de regio afspraken te maken over toegangscriteria (zie kopje 1.2) en wat er gebeurt met personen die niet geïnccludeerd worden.** Heb hierbij specifiek aandacht voor de volgende punten:
  - o Benadruk dat een actueel gevaarsrisico alleen, geen inclusiecriteria is.
  - o Wacht niet met aanmelden van personen tot dat de situatie escaleert of de betreffende persoon zich in een crisissituatie bevindt. Het helpt wanneer personen eerder – in een relatief rustig stadium - aangemeld worden.
  - o Zorg dat partners zich realiseren dat de levensloopfunctie geen oplossing is voor crisissituaties.
- **Het is belangrijk dat personen die niet geïnccludeerd worden een advies of een breed overleg bij het Zorg- & Veiligheidshuis geboden wordt.**

### 3.2 Hoe richt je het proces van aanmelden en toegang tot de levensloopfunctie in?

Er zijn twee scenario's voor de wijze waarop het proces van aanmelding voor de levensloopfunctie is georganiseerd.

#### 1. Aanmelding bij de Zorg- en Veiligheidshuizen

In Limburg, Overijssel en Oost-Brabant vindt aanmelding voor de levensloopfunctie plaats bij de Zorg- en Veiligheidshuizen. De aanmelding bestaat uit een aantal stappen en sluit grotendeels aan bij de bestaande werkwijze van Zorg- en Veiligheidshuizen:

1. **Aanmelding.** Eén van de convenantpartners van het Zorg- en Veiligheidshuis meldt een persoon aan bij het Zorg- en Veiligheidshuis.
2. **Screening.** Na aanmelding screenen en verrijken de procesregisseur (al dan niet met convenantpartners in een casusoverleg) de aanmelding met beschikbare informatie. Hierin wordt onder andere gekeken of de persoon aan de doelgroepomschrijving voor de ketenveldnorm voldoet en of alle mogelijkheden binnen de reguliere zorg zijn benut.
3. **Screeningsbeslissing.** De procesregisseur neemt een beslissing. De casus wordt, voorzien van een advies over een passende behandelmogelijkheid die nog niet is ingezet, teruggegeven aan de aanmelder of wordt besproken in een aanmeldoverleg voor de ketenveldnorm (Oost-Brabant: "Adviestafel", Overijssel "Regionale casustafel", Limburg: "Provinciaal aanmeldoverleg").

4. **Aanmeldoverleg ketenveldnorm.** Bij dit overleg zijn minimaal de procesregisseur, Openbaar Ministerie, politie en de zorgaanbieders van de levensloopfunctie aanwezig. Zij besluiten gezamenlijk of iemand toegang krijgt tot de levensloopfunctie en (indien aan de orde) bij welk team of aanbieder de persoon op basis van locatie en problematiek het beste past. Het aanveldoverleg vindt in Oost-Brabant en Overijssel maandelijks plaats. Omdat Limburg voor een gefaseerde instroom gekozen heeft, vindt het overleg voorafgaand aan een instroommoment plaats.
5. **Definitief besluit.** Wanneer een gezamenlijk besluit in de vorige stap uitblijft, heeft de regiebehandelaar (vanuit zijn/haar eindverantwoordelijkheid) de doorslaggevende stem in de aanmelding.

## 2. Aanmelding bij de levenslooptaanbieder

In Midden-Nederland verloopt de aanmelding via een aanveldformulier via een website. De screening van de aanveldingen is belegd bij een aanveldcommissie waar de verschillende levensloopteams vertegenwoordigd zijn door één persoon. De aanveldcommissie besluit of een persoon toegang krijgt tot de levensloopfunctie en bij welk team de persoon op basis van locatie en problematiek het beste past. Als de aanveldcommissie niet tot includeren besluit, adviseren ze de aanmelder waar hij of zij het beste terecht kan. Wanneer de aanveldcommissie onvoldoende informatie uit het aanveldformulier en toegevoegde bijlagen haalt, heeft de coördinator van de aanveldcommissie de mogelijkheid om aan te sluiten bij een (bestaand) casusoverleg bij het Zorg- en Veiligheidshuis.

Het aanveldpunt werkt via het cliëntvolgend ICT-systeem [ZOCUS](#). Iedereen mag een persoon aanvelden (bijvoorbeeld ook naasten, GGZ-instellingen/klinieken, of zorgverzekeraars) ter bespreking bij de aanveldcommissie. Bij aanvelding is instemming van de cliënt voor het verlenen van zorg en delen van gegevens een vereiste.

### Constateringen en aanbevelingen

- **Betrokkenheid van het Zorg- en Veiligheidshuis is essentieel bij het bij elkaar brengen van informatie om een aanvelding te verrijken.** De proeftuinen die de aanveldingsfase bij het Zorg- en Veiligheidshuis beleggen, sluiten aan bij de bestaande structuren en convenanten (zoals het convenant gegevensdeling) van het Zorg- en Veiligheidshuis. Wanneer voor een andere werkwijze gekozen wordt, bestaat het risico dat een aangemelde casus niet aan de eisen van het Zorg- en Veiligheidshuis voldoet en het moeilijker wordt om informatie te verzamelen over de betreffende persoon (met name het verzamelen van informatie vanuit de veiligheidsketen kan laster zijn).
- **Als de aanvelding voor de levensloopfunctie bij een Zorg- en Veiligheidshuis is belegd, mogen alleen convenantpartners van het Zorg- en Veiligheidshuis personen aanvelden.** Hierdoor wordt niet aan alle partners (waaronder zorgaanbieders en naasten) de mogelijkheid geboden om een persoon aan te melden voor de levensloopfunctie.
- **Het advies dat bij afwijzing voor de levensloopfunctie wordt meegegeven wordt in het merendeel van proeftuinen als positief ervaren.** Aanmelders waarderen een heldere onderbouwing van het advies. Aanvullend monitoren een aantal proeftuinen hoe de personen die zij niet hebben geïnccludeerd zich ontwikkelen. Het doel van deze monitoring is leren van beslissingen omtrent aanvelding en toegang en het eventueel aanpassen van de aanveldprocedure en toegangscriteria.
- **De voorlopige toegang (90-dagen-regel<sup>5</sup>) is bij regionale partners onbekend.** Bovendien is het organiseren van beschikkingen en indicaties een continu proces en niet gebonden aan de fase van aanvelding en toegang.

### Aanbevelingen

- **Organiseer een nauwe samenwerking met het Zorg- en Veiligheidshuis.** Niet alle Zorg- en Veiligheidshuizen staan hier altijd voor open. Focus vooral op de Zorg- en Veiligheidshuizen die welwillend zijn. Doen en resultaat bieden overtuigd.

---

<sup>5</sup> Om de overgang tussen stelsels beter te laten verlopen en de indicatiestelling hierin geen barrière te laten vormen, benoemt de tekst van de ketenveldnorm de 90 dagen-regel. Daarmee wordt een indicatie uit het voorgaande stelsel voor maximaal 90 dagen overgenomen zodat de bekostiging van zorg gecontinueerd wordt

### 3.3 Hoe ziet de levensloopfunctie er uit?

#### Disciplines en expertise

De levensloopfunctie is toegevoegd aan- of gebaseerd op de werkwijze en expertise van (bestaande) [ForFACT-teams](#). Dat betekent dat de disciplines zoals aanwezig in ForFACT-teams beschikbaar zijn. Concreet gaat het om:

- Regiebehandelaren (verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog en/of psychiater).
- (Forensisch) GGZ agogen/(sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen.
- Ervaringsdeskundigen.
- Maatschappelijk of sociaal juridisch werkers.
- Casemanager/trajectmanagers.
- Arbeidsdeskundigen.

Onafhankelijk van de wijze waarop de levensloopfunctie in de proeftuinen is georganiseerd (zie de volgende paragraaf), stellen de verschillende zorgaanbieders expertise op het gebied van forensische ggz, verslavingszorg, (licht) verstandelijke beperking beschikbaar. Bijlage 3 bevat een overzicht van de samenstelling van de teams die de levensloopfunctie uitvoeren in de proeftuinen.

#### Vaardigheden van professionals die de levensloopfunctie uitvoeren

- Ervaring in de (ambulante) hulpverlening.
- Affiniteit met de doelgroep en zin in deze uitdaging.
- Kennis van- en ervaring met uitstotingsprocessen en dynamiek waarbinnen deze plaatsvinden.
- Uithoudingsvermogen en een lange adem.
- Humor en relativeringsvermogen.
- Weet om te gaan met een onduidelijke of onzekere setting, vindt het leuk om nieuwe dingen te bedenken en te doen.
- Is positief en gelooft dat de doelen van de ketenveldnorm bereikt kunnen worden.
- Kan samenwerken binnen een team en netwerken met andere organisaties.
- Kent de sociale kaart binnen de regio.
- Is bekend met partijen en processen binnen zorg, veiligheid en sociaal domein.

#### Constateringen en aanbevelingen

- **Alle proeftuinen brengen expertise op het gebied van forensische ggz, verslaving en behandeling/begeleiding van mensen met een (licht) verstandelijk beperking in de levensloopfunctie samen.** Deze expertise sluit aan bij behoefte van de doelgroep van de ketenveldnorm (zie beschrijving in paragraaf 3.1).
- **De expertise van het Openbaar Ministerie, de politie en de reclassering maken geen direct onderdeel uit van de teams die de levensloopfunctie bieden.** De expertise is veelal op casusniveau beschikbaar via de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis (indien aan casus gekoppeld) of via rechtstreeks contact. Deze expertise krijgt bijvoorbeeld een plek in het integraal trajectplan. Hierin worden ook afspraken opgenomen over welke rol genoemde partners hebben in de uitvoering van dit plan.
- **De expertise van, en toegang tot het sociaal domein is in twee van de vier proeftuinen direct onderdeel van de teams die de levensloopfunctie uitvoeren.** De expertise is uiteraard in alle proeftuinen op casusniveau beschikbaar via de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis of via een andere professional uit het sociaal domein (wijkteammedewerker, Wmo-consulent).  
Expertise vanuit het sociaal domein binnen een team dat de levensloopfunctie uitvoert wordt momenteel (nog) niet gemist. De verwachting is de behoefte aan deze expertise groeit

naarmate personen langer geïncorporeerd zijn en zij zich ontwikkelen richting beschermd/begeleid/zelfstandig wonen met een grotere begeleidingscomponent.

- **In Oost-Brabant en Limburg wordt per cliënt een levensloopteam geformeerd.** De rol van het sociaal domein binnen het levensloopteam is in deze proeftuinen expliciet gemaakt en vastgesteld:
  - o Oost-Brabant koppelt een gemeentelijke casusregisseur aan elke persoon die wordt geïncorporeerd. De gemeentelijk casusregisseur coördineert en volgt de gemeentelijke ondersteuning en legt de verbinding met Openbare Orde & Veiligheid. In Oost-Brabant zijn vooral ambulante cliënten geïncorporeerd.
  - o In Limburg wordt per persoon een participatiecoach en een Wmo-consulent aangewezen. Ook is een procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis betrokken als escalatiemogelijkheid bij stagnerende ketensamenwerking. Zorgprofessionals zijn blij met deze rol van de gemeente. Het lijkt hen fijn om één ingang te hebben bij gemeenten; nu is het voor hen vaak een zoektocht en moeten zij van 'loket naar loket'. Ook leren zij in de uitvoering van hun werk (en door gesprekken/voorlichting) over de mogelijkheden en onmogelijkheden binnen het sociaal domein.
- **Het opstellen en uitvoeren van een integraal trajectplan neemt veel (indirecte cliëntgebonden) tijd in beslag.** Deze werkzaamheden worden belegd bij de casemanager vanuit de levensloopteam of een teamleider van het levensloopteam. Ook de procesregisseurs van de Zorg- en Veiligheidshuizen geven aan dat de ondersteuning die zij hierbij bieden voor hen veel tijd in beslag neemt. Naast de cliëntgebonden tijd besteden de projectleiders veel indirecte uren aan relatie- en netwerkbeheer. Deze werkzaamheden verschuiven gedurende de implementatie steeds meer richting de levensloopteammanagers of het levensloopteam.

### 3.4 Hoe organiseer je de levensloopteamfunctie?

De levensloopteamfunctie wordt op twee verschillende manieren georganiseerd:

#### 1. Het formeren van nieuwe teams die de levensloopteamfunctie uitvoeren

In Midden-Nederland en Overijssel zijn nieuwe teams geformeerd die de levensloopteamfunctie uitvoeren. Midden-Nederland heeft een netwerkteam geformeerd. In dit team werken medewerkers vanuit verschillende organisaties zonder dat zij naar één 'hoofdaannemer' worden gedetacheerd. Het netwerkteam heeft een specialisatie gericht op lvb. Ook is in Midden-Nederland een nieuw team geformeerd vanuit drie bestaande ForFACT-teams. De casemanagers komen samen in één levensloopteam en hebben een specialisatie gericht op verslaving.

In Overijssel is één levensloopteam geformeerd waarin professionals vanuit verschillende zorgaanbieders (met expertise op onder andere lvb en verslaving) gedetacheerd zijn naar één aanbieder. Op consultbasis is een arts verstandelijk gehandicapten, verslavingsarts en een toezichthouder Reclassering beschikbaar.

#### 2. Aansluiting bij, en uitbreiding van bestaande ForFACT teams

Oost-Brabant en Limburg kiezen ervoor om geen aparte teams te formeren voor de levensloopteamfunctie. Elke persoon die instroomt in de levensloopteamfunctie krijgt een 'levensloopteam' om hem/haar heen georganiseerd. Een persoon in de levensloopteamfunctie krijgt een casemanager van één van de bestaande ForFACT teams, waar nodig aangevuld met expertise uit één of meerdere ForFACT teams. In Oost-Brabant krijgt elke persoon ook een gemeentelijk casusregisseur vanuit het sociaal domein. In Limburg wijst de betrokken gemeente ook een Wmo-consulent en participatiecoach aan. Daarnaast is standaard een procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis bij een cliënt betrokken. Hij of zij wordt ingeschakeld wanneer de ketensamenwerking stagneert. Wanneer er geen passende woonvorm voor de persoon wordt gevonden, kan in Limburg worden geëscaleerd naar de ketenregisseur beschermd wonen/maatschappelijke opvang.

Ook in Midden-Nederland voeren - naast de twee andere teams - drie bestaande ForFACT teams de levensloopteamfunctie uit. De teams ondersteunen elkaar als dat nodig is, ze kunnen een persoon bijvoorbeeld tijdelijk overnemen wanneer het aangewezen team de persoon tijdelijk niet in zorg kan hebben. De levensloopteammanager coördineert de zorg.

### Constaties en aanbevelingen

- **Aansluiten bij bestaande teams zorgt voor een snelle start en is op korte termijn efficiënt te organiseren.** Deze teams bestaan (grotendeels) al, de professionals kennen elkaar en zij werken conform de forensisch FACT-certificering. Ook de relatief grote omvang van de regio



en het (op dit moment) nog geringe aantal cliënten maakt het organisatorisch makkelijker om aan te sluiten bij de bestaande ForFACT teams.

- **Het vormen van een levensloopteam vanuit verschillende organisaties neemt meer tijd in beslag.** In de proeftuin Overijssel heeft het levensloopteam een maand de tijd gekregen voor teambuilding en deskundigheidsbevordering. Het [programma](#) en de [evaluatie](#) zijn beschikbaar op de website van het programma Continuïteit van Zorg.
- **Het formeren van een nieuw (netwerk) team zorgt voor het bundelen van expertise en krachten.** De betrokken professionals houden binding met de eigen organisatie, waardoor er bredere expertise en samenwerking ontstaat. Daarnaast is een netwerkteam gevoelsmatig 'van iedereen' in plaats van dat het gekoppeld is aan een specifieke aanbieder. Het nadeel van een nieuw team formeren is dat het opstarten van een dergelijk team tijd kost. Medewerkers moeten elkaar nog leren kennen en wennen aan elkaar. Daarnaast is het ingewikkeld om ook de backoffice organisatorisch en administratief goed te regelen. Op welke manier wordt bijvoorbeeld omgegaan met tijd die niet direct naar patiënten gaat? Professionals uit dit team kunnen niet schrijven op de DBC. Ook het delen van informatie is lastiger wanneer professionals vanuit meerdere organisaties in een team samenwerken.
- **Het detacheren van professionals naar één zorgaanbieder lost problemen in informatiedeling tussen de teamleden gedeeltelijk op.** Op het moment dat de betrokken professionals voor dezelfde organisatie werken, mogen zij binnen het levensloopteam informatie delen en in hetzelfde systeem werken. Op deze manier kan een gezamenlijk dossier worden gevoerd. De mogelijkheid om informatie te delen is beperkt tot het levensloopteam. Dat betekent dat professionals geen informatie uit hun moederorganisatie mogen delen, dan wel mee terug mogen nemen.

### 3.5 Wat is de caseload van een team?

Het is nog niet goed mogelijk om een reële inschatting van de caseload te maken. De trajecten binnen de levenslooppuntie bevinden zich nog in de startfase. De focus in deze trajecten is hoofdzakelijk gericht op het verleiden tot zorg en begeleiding en (prille) opstart van de zorg en begeleiding. Er is nog onvoldoende ervaring met de intensiteit van de behandeling en begeleiding van deze cliënten.

De levenslooppuntie wordt in een aantal proeftuinen uitgevoerd vanuit bestaande ForFACT teams. De reguliere caseload van een ForFact team is 1:22<sup>6</sup>. Voor een For ACT-team ligt deze caseload op 1:15<sup>7</sup>. De verwachting is dat de caseload van deze teams (misschien wel de helft) kleiner is dan de caseload van een ForFACT team. Levenslooppuntie hebben over het algemeen een langduriger traject dan reguliere cliënten, waardoor de uitstroom afneemt. De langdurigheid van deze trajecten heeft op termijn ook effect op de caseload van de bestaande ForFACT teams omdat deze over de jaren heen meer gevuld wordt met levenslooppuntie.

### 3.6 Wat is er nieuw of anders aan de levenslooppuntie?

De *inhoud* van de geboden interventies vanuit zorg, sociaal domein of het (straf)recht is tot op heden niet anders dan bestaande werkwijzen of interventies voor deze doelgroep. Dit beeld kan in de toekomst veranderen omdat op het moment van schrijven nog een beperkt aantal personen is geïnccludeerd en de ervaringen met de levenslooppuntie nog beperkt zijn. De wijze waarop personen in de ketenveldnorm bejegend worden en de manier waarop de samenwerking tussen partners wordt vormgegeven is daarentegen wel nieuw. Dit blijkt onder andere uit het volgende:

#### Constateringen en aanbevelingen

- **Alle leefgebieden worden betrokken bij het opstellen van een integraal trajectplan.** Na inclusie in de levenslooppuntie wordt een integraal trajectplan opgesteld. In Overijssel en Limburg gebeurt dit door de casemanagers levenslooppuntie. In Oost-Brabant gebeurt dit in een Casus-Op-Maat overleg bij het Zorg- & Veiligheidshuis, met de casemanager levenslooppuntie, de gemeente en andere betrokken professionals. Het werken met een integraal trajectplan is voor de meeste proeftuinen nieuw (Overijssel en Oost-Brabant heeft al meer ervaring met het denken in cliënttrajecten en het werken met traject- en scenarioplannen).

<sup>6</sup> Bron: Bahler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & Platform For(F)ACT. (2019). ForFACTSchaal 2019. CCAF, Utrecht.

<sup>7</sup> Bron: Bahler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & Platform For(F)ACT. (2019). ForACT-Schaal 2019. CCAF, Utrecht.

Bij het opstellen van het integraal trajectplan worden meerdere scenario's uitgedacht; wat moet er bijvoorbeeld georganiseerd worden wanneer de situatie van een persoon veranderd (iemand raakt in crisis, wordt verdacht van een strafbaar feit, kan de stap maken naar begeleid wonen, et cetera). Nog voordat deze situatie zich daadwerkelijk voordoet stemt de levensloopcasemanager af met de organisaties die in de verschillende scenario's een rol hebben.



In de proeftuinen is nog beperkt ervaring opgedaan met het werken volgens deze methodiek. Dit maakt het lastig om conclusies te trekken over de effectiviteit van deze manier van werken. Professionals geven aan dat ze de methode prettig vinden. Het zorgt dat zij meer redeneren vanuit wat een cliënt nodig heeft/gaat hebben en minder vanuit het bestaande aanbod denken. Ook is er minder focus op alleen de eerstvolgende plek, maar juist op 'wat daarna?'. Bovendien vinden professionals het prettig om crisissituaties voor te kunnen zijn of eenvoudiger kunnen organiseren, door in een redelijk rustig moment in het traject uit te zoeken welke afspraken zij moeten maken met ketenpartners en financiers.

- **Financiering is niet leidend.** Als een persoon bijvoorbeeld niet de juiste indicaties heeft stopt het traject niet. Het is de bedoeling dat de betrokken aanbieders van zorg en begeleiding samen met de financiers kijken wat mogelijk is. Ondanks dat dit het afgelopen jaar nog niet het gewenste resultaat heeft gehad is dit wel een vernieuwd uitgangspunt.
- **Een outreachende en vasthoudende werkwijze.** Binnen de ketenveldnorm maken betrokken partners uit de zorg, veiligheid en het sociaal domein de afspraak dat zij gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor deze specifieke doelgroep. Deze doelgroep staat vaak niet (meer) open voor hulpverleners. Dat vraagt vanuit de levensloopfunctie om een voorinvestering vóór de daadwerkelijke behandeling en begeleiding geboden kan worden. Anders dan bij aanmeldingen voor het reguliere (For)FACT team, houden zij vast. Oók wanneer een persoon tot vijf keer toe niet thuis geeft of afspraken niet nakomt. Oók wanneer een persoon wordt aangehouden of gedetineerd raakt. Oók wanneer een persoon zich misdraagt of gewelddadig opstelt. Professionals verwachten - en ervaren al gedeeltelijk - meer ruimte om 'te doen wat nodig is' en te luisteren naar de behoefte van de persoon.
- **De zorg- en ondersteuningsbehoefte vraagt om een langdurige en intensieve (vanuit verschillende expertisen en ketenpartners) betrokkenheid.** De betrokken professionals ervaren meer ruimte om contact met een cliënt te maken. De afspraak is dat een cliënt pas wordt overgedragen na een stabiele periode van minimaal twee jaar. Professionals ervaren hierdoor minder druk om een traject binnen een bepaalde periode af te sluiten, zoals binnen reguliere financieringskaders wel het geval is.
- **Er is op voorhand oog voor de samenhang tussen ambulante zorg en klinische zorg.** In het integrale trajectplan worden onder andere scenario's ten aanzien van op- en afschaling vastgelegd (inclusief afspraken hierover met de beoogde aanbieders). Knelpunten rond gegevensdeling (zie hoofdstuk 5) maken dit in de praktijk soms lastig. Voorbeelden van deze afspraken zijn te vinden in paragraaf 3.4. Wanneer een persoon uit de levensloopfunctie klinisch wordt opgenomen, blijven de betrokken professionals vanuit de levensloopfunctie betrokken.

### 3.7 Welk instrumentarium wordt gebruikt?

De proeftuinregio's sluiten voor risicotaxatie aan bij de huidige werkwijze van de For-FACT teams. Zij maken in de ambulante trajecten gebruik van de [FARE](#) als risicotaxatie-instrument.

Naast risicotaxatie brengen de bij de levensloopfunctie betrokken professionals ook periodiek de stand van zaken/resultaten op overige leefgebieden in kaart. De proeftuinregio's maken bijvoorbeeld gebruik van de [Camberwell Assessment of Needs](#) (CAN), [Zelfredzaamheidsmatrix](#) (ZRM) of de [Manchester](#)

[verkorte kwaliteit van leven meting](#) (MANSA). Er is aandacht voor het herkennen van lvb binnen de proeftuinen. Limburg werkt met de [SCIL](#) om een eerste inschatting van intelligentie te maken.

#### Constateringen en aanbevelingen

- **Risico-taxatie en instrumentarium is belangrijk maar niet altijd mogelijk om vroeg in een traject af te nemen.** Om een goede inschatting te maken, is het nodig om een persoon te kennen en over voldoende informatie te beschikken. Dit is in het begin van het traject niet bij alle personen het geval waardoor de betrouwbaarheid van de risicotaxatie niet altijd voldoende is. De risicotaxatie wordt in deze situaties na een aantal maanden opnieuw uitgevoerd.

#### 3.8 Hoe worden passende woonvormen georganiseerd?

Een groot deel van de geïnccludeerde personen heeft problemen op het gebied van wonen. Zij zijn bijvoorbeeld dakloos bij aanmelding, verliezen hun woning gedurende het traject of zijn niet meer welkom bij de maatschappelijke opvang. Het vinden van een passende woning voor deze doelgroep is moeilijk. Personen zijn vaak vanwege eerdere incidenten niet meer welkom bij een woningcorporatie, instelling voor beschermd wonen of maatschappelijke opvang. Ook bijzondere woonvormen, als skaeve huse zijn niet altijd beschikbaar (bijvoorbeeld vanwege een tbs-titel in het verleden). De verwachting is dat deze doelgroep behoefte heeft aan een woonvorm waar intensieve woonbegeleiding geboden wordt. Deze doelgroep is waarschijnlijk niet geschikt om in een groep te wonen.

#### Constateringen en aanbevelingen

- **Het gebrek aan passende woningen is een bedreiging voor een duurzaam behandelresultaat.** Om een behandeling ook op de langere termijn effectief te laten zijn, is een stabiele leefomgeving nodig. Ook belemmert het tekort aan woningen de doorstroom bij klinieken. In enkele proeftuinen is gebleken dat er cliënten op oneigenlijke gronden een bed voor beveiligde intensieve zorg bezet houden omdat het alternatief is dat zij op straat komen.

#### Aanbevelingen

- **Ga als aanbieder van de levensloopfunctie samen met ketenpartners in gesprek met gemeenten over de woonbehoefte van de doelgroep voor de ketenveldnorm.** Het vraagstuk rond wonen raakt aan de doordecentralisatie van Beschermd Wonen en Maatschappelijke opvang. Gemeenten zijn in dit kader bezig met het maken van plannen.
- **Agendeer knelpunten rond wonen in de regio (zoals een stuurgroep verward gedrag) én in landelijke overleggen met de VNG en/of het VLOT-team.** Zij hebben vanuit hun rol een breder beeld van wooninitiatieven en -mogelijkheden in het land. Knelpunten rond wonen doen zich ook voor bij andere (kwetsbare) groepen in de samenleving. De behoefte aan woningen (al dan niet beschermd/begeleid) is groot.
- **Ga via gemeenten in gesprek met woningcorporaties.** Woningcorporaties hebben vaak een bepalende rol in de voorwaarden waartegen iemand in een woning kan wonen. Het kan helpen om uit te leggen dat een persoon behandeling en begeleiding vanuit de levensloopfunctie krijgt. Daarnaast is het belangrijk om bij een dreigende uithuiszetting samen met woningcorporaties en andere ketenpartners af te stemmen.

#### 3.9 Hoe organiseer je de beveiligd intensieve zorg?

In de ketenveldnorm is de volgende tekst opgenomen over intensieve beveiligde zorg:

*“Vanwege het ontwrichtende karakter van het gedrag van de cliënt zijn een specifieke context, inzet en vaardigheden vereist voor deze zorg. In de beveiligde intensieve zorg wordt hierin als volgt/op de volgende manier in voorzien:*

- *Er is sprake van intensieve zorg, de mate waarin kan per cliënt 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 waaronder herstelgerichte benadering en de-escalerend werken;*
- *Afschaling in zorg, zodra dat weer kan, vindt plaats ambuland. Als er tussenstappen nodig zijn wordt eerst afgeschaald naar lichtere vormen van 24 uren zorg.*

De (beveiligd intensieve) klinische zorg is op twee verschillende manieren georganiseerd:



1. **Een aparte afdeling beveiligd intensieve zorg.** GGzE in Oost-Brabant kiest voor een aparte afdeling beveiligd intensieve zorg (BIZ). De afdeling heeft 12 bedden, waarvan 8 bedden zijn aangewezen voor personen zonder strafrechtelijke titel, die met een RM (of vrijwillig) opgeschaald worden. Dit zijn onder andere personen die geïncorporeerd zijn in de levensloopfunctie. De BIZ biedt, binnen een beveiligde omgeving, intensieve zorg aan personen met (een hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag. Het gaat om tijdelijke zorg gericht op herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en het versterken van beschermende factoren. De regiebehandelaar van de BIZ draagt de verantwoordelijkheid over de klinische zorg. Op de BIZ werken naast de regiebehandelaar: verpleegkundig begeleiders, maatschappelijk werker, medisch specialisten, activiteitenbegeleider en medewerkers toezicht en veiligheid. Het komt met regelmaat voor dat personen die verblijven op de BIZ aangemeld worden voor de levensloopfunctie.  
De vanuit de levensloopfunctie aangestelde casemanager zorg blijft betrokken als een persoon is opgeschaald. De BIZ is over het algemeen bezet. De opnameduur loopt uiteen van enkele dagen tot enkele weken (soms enkele maanden). Dat zorgt voor een hoge doorloopsnelheid, waardoor er op regelmatige basis bedden beschikbaar zijn. Naast deze afdeling is in de regio ook bij een andere ggz-instelling en een sglvg-aanbieder beveiligde zorg aanwezig. Per persoon wordt bij het opstellen van het traject- of zorgplan gekeken welke beveiligde intensieve zorg het meest passend is. De beschikbaarheid van beveiligde zorg wordt regionaal afgestemd.
2. **Gebruik maken van de bestaande klinische afdelingen binnen de regio.** De andere drie proeftuinen maken gebruik van de bestaande klinische afdelingen. Deze keuze is deels ingegeven door noodzaak: de extra ingekochte beveiligde intensieve klinische capaciteit is verspreid over meerdere aanbieders óf is ingekocht bij één aanbieder die deze capaciteit over meerdere regio's moet verdelen. Ook bestaat twijfel of een dergelijke afdeling kostendekkend is te realiseren. In Overijssel is bewust de keuze gemaakt om geen aparte afdeling te organiseren. Breed gebruik maken van de bestaande klinische afdelingen biedt de mogelijkheid om per persoon te beoordelen welke kliniek (op basis van problematiek, locatie en benodigd beveiligingsniveau) passend is. De proeftuinen die gebruik maken van de bestaande klinische afdelingen ervaren dat er binnen de regio voldoende (gespecialiseerd) aanbod aanwezig is, maar de druk op de capaciteit enorm hoog is. Wanneer opschaling aan de orde is, duurt het soms lang (met een uiterste geval van twee maanden) voordat een persoon daadwerkelijk kan worden opgenomen. Deze manier van organiseren biedt een beperkte mogelijkheid om te sturen op de beschikbaarheid van bedden. Het vraagt om het maken van afspraken met bestuurders én regiebehandelaren van +/- 10 tot 15 afdelingen per regio. Het maken van afspraken over prioritering van de beschikbare bedden voor personen die geïncorporeerd zijn in de levensloopfunctie zijn in de praktijk niet of nauwelijks te maken.

### Afspraken over op- en afschaling

De vier proeftuinen hebben afspraken over op- en afschaling tussen de levensloopfunctie en de (beveiligd intensieve) klinische capaciteit gemaakt. Het maken van afspraken op persoonsniveau is veelal belegd bij de casemanagers van de levensloopfunctie. Zij maken deze afspraken met de persoon en de betrokken zorgaanbieders en leggen deze vast in het integrale trajectplan.

In Limburg heeft de regiebehandelaar het mandaat om op- en af te schalen in zorgintensiteit. Als de levensloopcasemanager vastloopt, is er de regionale afspraak dat er wordt opgeschaald naar de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis en bij stagnerende ketensamenwerking contact met veiligheidspartners en sociaal domein. Als ook de procesregisseur vast loopt, is er contact tussen de manager van het Zorg- en Veiligheidshuis en het bestuur van de organisatie waarmee de samenwerking stagneert. De laatste stap is escalatie naar het lokale bestuur.

In Oost-Brabant zijn casemanagers verantwoordelijk voor het op- en afschalen. Bij het trajectplan worden afspraken gemaakt over waar opschaling naar toe plaatsvindt. Opschaling is een onderdeel van het traject van de cliënt en is tijdelijk. Voorafgaand aan opschalen worden terugname garantie afspraken gemaakt en wordt de benodigde informatie met de zorginstelling gedeeld (middels een aanmeldformulier). De casemanagers blijven bij deze opschaling betrokken (bijvoorbeeld bij zorggesprekken) en zijn ook betrokken bij de uitstroom. Er zijn diverse escalatiestappen die gezet kunnen worden, mochten er problemen zijn (interne organisatie, Zorg- & Veiligheidshuis, Adviestafel). Overijssel werkte het proces rondom op- en afschalen uit in een [document](#). Daarin beschrijven zij de volgende stappen:

- Maken en vastleggen van afspraken over opschaling in het integrale trajectplan.
- Criteria voor opschaling.
- Bevestigen van de gemaakte afspraken.
- Opname en overdracht.
- Vervoer naar de afdeling.
- Toegang tot het dossier.
- Overleg tussen levensloopfunctie en afdeling.
- Criteria voor afschaling.
- Terugkeer naar de levensloopfunctie en overdracht.

### Constateringen en aanbevelingen

- **Er zijn in de praktijk minder hoog beveiligde bedden ingekocht door verzekeraars dan er is aangevraagd.** Van de landelijk toegezegde 151 bedden zijn er op peildatum januari 2020 .....geëxploiteerd in bedden (met substitutie naar ambulante trajecten [NB cijfers volgen in januari 2020]). In de meeste proeftuinen gaat het om bestaande bedden die een extra 'plus' hebben gekregen. De hoog beveiligde bedden worden onder andere gebruikt voor beveiligde intensieve zorg vanuit de ketenveldnorm, maar ook voor patiëntgroepen die niet een integraal traject vanuit de levensloopfunctie krijgen. Sommige partners zien de 'beveiligde bedden' als onderdeel van de ketenveldnorm en melden personen direct aan voor een dergelijke klinische opname. Dat levert spanning op in de regio.
- **De behoefte aan beveiligd intensieve capaciteit op beveiligingsniveau 3 is in een aantal proeftuinen groot.** De vraag naar deze bedden is groter dan het aanbod, waardoor de bedden over het algemeen bezet zijn. Bij crisissituaties wordt daarom in het uiterste geval uitgeweken naar een beschikbaar bed op beveiligingsniveau 4. In de proeftuinen waar dit heeft plaatsgevonden zijn de extra kosten (circa 200 euro per dag) die deze extra beveiligingscomponent met zich mee neemt niet vergoed.
- **De proeftuinen die geen 'eigen' beveiligd intensieve afdeling openen zien hier de inhoudelijke voordelen van.** Daarbij is het belangrijk om met de volgende dingen rekening te houden:
  - o Het maken van afspraken met de verschillende klinieken binnen de ketenveldnorm regio neemt veel tijd in beslag. Maak afspraken op bestuurlijk niveau (commitment) én op uitvoerend niveau (geneesheer-directeur en/of regiebehandelaar van de afdeling). De ervaring is dat je beide soorten afspraken nodig hebt om in de praktijk snel te kunnen handelen. Deze afspraken bevatten in ieder geval de redenen om op te schalen en de redenen (en de mogelijkheden) om af te schalen.
  - o Denk in het integrale trajectplan na over een 'best' en 'second-best' scenario. Maak deze afspraken tijdig rond zodat, wanneer een crisis zich voordoet, de kans op een (second best) passende opnamemogelijkheid groter is.
  - o Investeer in de samenwerking met de regiebehandelaar van de verschillende afdelingen. Ervaringen tot nu toe laten zien dat de levensloopfunctie en de 'klinische' wereld van elkaar verschillen. In de meeste proeftuinen is de afspraak gemaakt dat de regiebehandelaar van de afdeling eindverantwoordelijk is voor de klinische (dagdagelijkse) behandeling. De levensloopfunctie is eindverantwoordelijk voor het traject. Bespreek de visie van de ketenveldnorm (de klinische behandeling is een onderdeel is van iemands levensloop) en het individuele trajectplan met elkaar.

## Hoofdstuk 4 Wettelijke kaders en bekostiging

Uitgangspunt bij het opstellen van de ketenveldnorm was dat de benodigde zorg en ondersteuning geboden zou kunnen worden vanuit de huidige wettelijke kaders. Dit is in het eerste pilotjaar een zeer weerbarstige werkelijkheid gebleken. Meerdere proeftuinen hebben financiële werkgroepen ingericht om ook de onderlinge afrekening goed te laten verlopen. Keer op keer bleek dat er landelijke oplossingen nodig waren om rechtmatig geld uit te geven uit de zorgverzekeringswet of wet langdurige zorg, regio's te ontzorgen en te faciliteren. Het is in 2019 nog niet gelukt deze landelijke afspraken te maken. Dit zal een van de belangrijkste punten zijn die in het tweede pilotjaar vorm moeten krijgen. De inhoud van dit hoofdstuk is daardoor wat minder concreet in constatering en adviezen dan de voorgaande hoofdstukken. Wel worden de wettelijke kaders helder uiteen gezet, via vignetten worden deze zowel wettelijk als in kostenverdeling geconcretiseerd. We geven algemene adviezen over bekostiging. Het hoofdstuk sluit af met een doorkijk naar de beoogde oplossingsrichtingen die we in 2020 hopen te realiseren.

### 4.1 Wettelijke kaders

Landelijke wet- en regelgeving vormt de basis voor de bekostiging van de levenslooppuntie en beveiligde intensieve zorg. De wettelijke kaders / grondslagen ([hier linken naar de bijlage wettelijke kaders](#)) vormen de basis van de uitvoering van de levensloopregeling. Door de grondslagen expliciet te maken, wordt voorkomen dat betrokkenen en financiers onduidelijkheid ervaren rondom (de afbakening) van verantwoordelijkheden.

#### **Vignetten brengen de wettelijke en financiële verantwoordelijkheidsverdeling in beeld**

De ketenveldnorm gaat expliciet uit van samenhang tussen de verschillende juridische- en financiële kaders. Deze afbakening blijkt in de praktijk van de proeftuinen niet zwart-wit. Op basis van vignetten op casusniveau ([hier linken naar de bijlage met de 3 vignetten](#)) wordt duidelijk wat de kosten van ondersteuning van mensen uit de doelgroep van de ketenveldnorm zouden kunnen zijn. Daarnaast geven deze casussen een beeld van de mogelijkheden van bekostiging zijn als er sprake is van een levenslooppuntie. Als de landelijke kaders geregeld zijn, kan iedere regio in een stapsgewijs proces komen tot concrete en passende regionale afspraken voor de bekostiging van de levenslooppuntie en de beveiligde intensieve zorg en zo wordt recht gedaan aan regionale diversiteit.

#### Adviezen

- Stel bij het voorbereiden van de samenwerkingsafspraken in een regio op basis van de wettelijke kaders vast welke partij waarvoor verantwoordelijk is.
- Breng in kaart welke partijen en voorzieningen en samenwerkingsafspraken binnen een regio op (sub)regionaal niveau beschikbaar zijn. Denk daarbij onder andere aan:
  - zorg, ondersteuning en begeleiding in klinische en ambulante setting (Wmo, Zvw, FZ en Wlz).
  - de Participatiewet en aanpalende voorzieningen.
  - de lokale- en regionale woonvisies en prestatieafspraken met woningbouwcorporaties.
  - voorzieningen beschermd wonen en de gevolgen van de doordecentralisatie beschermd wonen.

### 4.2 Bekostiging

Het uitgangspunt is dat de partijen elk hun aandeel in de zorg, begeleiding en ondersteuning vanuit de eigen wettelijke kaders leveren (en declareren) of financieren.

#### Adviezen

- Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben of maken ieder een eigen inkoopkader op basis van een samenwerkingsovereenkomst. Indien nodig worden bestaande inkoopkaders aangescherpt of aangepast.
- Gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars kopen zorg en ondersteuning in bij de zorgaanbieder(s) en rekenen af op basis van daadwerkelijk verbruik.
- Financiering van cliëntenzorg vindt plaats vanuit de Wmo2015, de Wlz of vanuit de Zvw en in voorkomende gevallen vanuit de WFZ.
- Partijen richten dit in op een manier die zo min mogelijk administratieve lasten met zich mee brengt.

- Zorgaanbieders bespreken samen met de financiers (gemeenten, zorgverzekeraar(s) en zorgkantoren) de afbakeningsvraagstukken. Als sprake is van forensische zorg, wordt deze financiering aangeboord.
- Registratie en verantwoording wordt vormgegeven vanuit de wettelijke kaders van de Wmo2015, Zvw en Wlz.

#### 4.3 Te realiseren bekostigingsoplossingen in 2020

Eind 2019 zijn door de landelijke partijen, gesteund door de ministeries, de volgende oplossingsrichtingen verkend en in gang gezet:

##### **Aanmeldfase**

Aan ZN en de VNG is gevraagd om mee te denken in een oplossing voor de financiering van de aanmeldfase in het verlengde pilotjaar vanaf 1-1-2020. Er is op dit moment geen betaaltitel / prestatie voor de aanmeldfase waarin (verkennend) onderzoek plaatsvindt op alle levensgebieden ter beoordeling van de inclusie voor de levensloopzorg.

De oplossingsrichting voor bekostiging van de aanmeldfunctie is het volgen van onderstaande:

- Als de cliënt al een lopend zorgtraject heeft onder de Zvw of de Wlz, dan wordt de tijd die door de levensloopaanbieder wordt besteed in de aanmeldfase 'geschreven' op de lopende DBC.
- Als er geen lopend zorgtraject in de Zvw of Wlz is voor de cliënt, dan is de gemeente aan zet om de aanmeldfase te bekostigen.
- Als er nog geen lopend zorgtraject is en de geneesheer-directeur doet een beoordeling of iemand in aanmerking komt voor gedwongen zorg in de Zvw, dan worden de kosten voor dit onderzoek in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar, ongeacht of dit leidt tot een behandeling in de Zvw of niet.
- Als sprake is van een beoordeling die leidt tot gedwongen zorg ten laste van de Zvw, kunnen de aansluitende zorgkosten eveneens in rekening gebracht worden bij de zorgverzekeraar

Zodra de oplossingsrichting voor de financiering aan het begin van het verlengde pilotjaar is vastgesteld, wordt de structurele oplossingsrichting voor de bekostiging van de aanmeldfase uitgewerkt.

##### **Uitvoeringsfase**

Aan ZN en de VNG is gevraagd om mee te denken in een oplossing voor de financiering van de uitvoeringsfase van de levensloopfunctie (dan heeft een patiënt de aanmeldfase al doorlopen en is dan geïncludeerd in de levensloopfunctie). Nu is er geen apart inzichtelijke prestatie voor de uitvoeringsfase van levensloopzorg aan patiënten die geïncludeerd zijn in de ambulante levensloopfunctie (het kan om zowel verplichte zorg als vrijwillige zorg gaan). Deze zorg is in de Zvw, de Wlz, de FZ en de Wmo nu niet zichtbaar in de registratie (zorgtype) en niet zichtbaar op de declaratie (prestatiecode).

De mogelijke tijdelijke oplossingsrichting is dat de levensloopaanbieder in uitvoeringsfase met een code in de eigen registratie deze cliëntenzorg codeert. Op die manier kan worden aangetoond wat de omvang en kosten van deze patiëntengroep zijn. In de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en DJI kunnen op basis van deze eigen registratiecodes afspraken over deze patiëntengroep en omvang van de dbc's voor behandeling en verblijf gemaakt worden. Landelijk is er wel een prestatiecode voor de klinische beveiligde capaciteit in een regio (omdat hier wel een prestatiecode voor is vastgesteld door de NZa). De structurele oplossing wordt meegenomen met het traject van vaststelling van de ketenveldnorm door de NZa.

## Hoofdstuk 5 Gegevensdeling en privacy bij het werken met de ketenveldnorm en uitvoeren van de levensloopfunctie

### Let op:

Dit hoofdstuk bevat de eerste voorzichtige kaders waarbij de verschillende situaties en positioneringskeuzes nog verder uitgewerkt en juridisch getoetst moeten worden. Deze uitwerking en toetsing volgt begin 2020

### 5.1 Inleiding

In het najaar van 2019 heeft een eerste analyse plaats gevonden van de gegevensverwerking bij samenwerking tussen partijen in het kader van de ketenveldnorm en de levensloopfunctie. In dit hoofdstuk worden in het kort de voorlopige conclusies van die analyse weer gegeven. Uit de analyse volgt dat bij de toepassing van de ketenveldnorm onderscheid gemaakt moet worden tussen (cliënt)situaties, aangezien afhankelijk van de situatie het juridisch kader voor de gegevensverwerking kan verschillen. Daarnaast hebben ook keuzes ten aanzien van de positionering van het trajectplan en de regierol invloed op het juridisch kader. Door deze situaties en keuzes te expliciteren kan aan professionals duidelijkheid geboden worden over de wijze waarop zij in specifieke situaties met gegevens om moeten gaan.

De juridische kaders voor de verschillende situaties en positioneringskeuzes zijn nog niet uitgewerkt. Deze zullen in de loop van het voorjaar verder worden uitgewerkt.

### 5.2 Onduidelijkheid over welk juridisch kader van toepassing is op welk onderdeel van de ketenveldnorm/levensloopfunctie

Bij het toepassen van de ketenveldnorm en het uitvoeren van de levensloopfunctie is onduidelijk wie in welk onderdeel van aanmelding en uitvoering aan zet is. Ook wordt er onvoldoende onderscheid gemaakt tussen verschillende situaties die van toepassing kunnen zijn en de gevolgen die dat heeft voor het geldende juridisch kader. Daardoor kunnen de uitvoerend professionals niet weten aan welke regels ten aanzien van gegevensverwerking zij zich moeten houden en kunnen de organisaties niet weten hoe zij tot een zorgvuldige inrichting van de gegevensverwerking kunnen komen.

#### De juridische titel voor de aanmeldfase /toets

De juridische titel voor de aanmeldfase / aanmeldtoets in de levensloopfunctie kan verschillen per situatie. In de aanmeldfase wordt met behulp van een aanmeldtoets bepaald of iemand voldoet aan de criteria om geïncorporeerd / opgenomen te worden in de levensloopfunctie of niet. Deze toets wordt uitgevoerd door de levenslooppaanbieder, op verzoek van een aanmeldende partij. Het verzoek kan de uitkomst zijn van een casusoverleg in het Zorg- en Veiligheidshuis<sup>8</sup>.

Voor het juridisch kader dat van toepassing is op de aanmeldtoets zijn verschillende mogelijkheden:

- De aanmeldtoets vindt plaats als onderdeel van een zorgplan in een gedwongen kader. Per 1 januari 2020 is dat de WvGGZ of de WZD. In dit geval vormt de WvGGZ of WZD de wettelijke basis voor de aanmeldtoets, als deze niet al heeft plaats in het kader van de WvGGZ of WZD.
- De aanmeldtoets vindt plaats met toestemming van de betrokkene, omdat deze verwacht baat te hebben bij de levensloopfunctie. In dat geval kan de aanmeldtoets waarschijnlijk gezien worden als onderdeel een behandeling en is de Wgbo van toepassing.
- Er is geen toestemming van betrokkene en er is (nog) geen sprake van een gedwongen kader. In dat geval vraagt de aanmelder de aanmeldtoets aan in het kader van de goede uitoefening van de eigen (wettelijke) taak. In deze situatie zou je kunnen zeggen dat de aanmeldende partij de aanmeldtoets aanvraagt om te kunnen beoordelen: komt deze cliënt in aanmerking voor de levensloopfunctie of niet. Deze situatie is het meest ingewikkeld. De aanmeldtoets omvat óók een medische beoordeling. In die zin is de Wgbo van toepassing. Echter: er is nog geen sprake van behandeling in het vrijwillig kader of zorgplan in het gedwongen kader. Dat maakt de situatie diffuus. De toets heeft dan geen titel om aan de slag te gaan. Een oplossing zou kunnen zijn dat de toets

<sup>8</sup> Het is belangrijk te beseffen dat het ZVH geen eigen wettelijke taak heeft. Het ZVH heeft slechts een faciliterende rol en handelt altijd namens een van de bij een casus betrokken partijen, in de regel de partij die de casus bij het ZVH heeft aangemeld, of de partij die formeel de casusregie heeft.

plaats vindt op basis van (noodgedwongen beperkte) anonieme informatie en leidt tot een advies aan de aanmeldende partij.

Bovenstaande laat zien dat de startsituatie invloed heeft op het juridisch kader dat van toepassing is en dus op welke regels van toepassing zijn op de gegevensverwerking.

### **De juridische titel voor de (voorlopige) toegang tot de levensloopfunctie**

Op dit moment is het zo dat de (voorlopige) toegang tot de levensloopfunctie start als de aanmeldtoets positief is. De zorgpartijen kunnen echter alleen aan de slag als er sprake is van:

- een zorgplan in het kader van de WvGGZ of WZD, of
- een vrijwillige behandelovereenkomst al dan niet in combinatie met een zorgovereenkomst. Deze laatste zal in de regel nodig zijn voor de afstemming in het kader van de levensloopfunctie met partijen die niet behoren tot het medisch behandelteam

In de praktijk blijkt dat er vaak nog niet voldaan is aan deze formele criteria. In dergelijke situaties heeft de zorgprofessional onvoldoende juridische basis om aan de slag te gaan met de levensloopfunctie.

Voor de betrokken overheidspartijen in het justitieel en sociaal domein speelt dit niet of nauwelijks. Zij hebben een eigen wettelijke taak die, met inachtneming van een aantal zorgvuldigheidscriteria, in principe voldoende mogelijkheden biedt om tot gegevensdeling te komen in het kader van de levensloopfunctie.

### **Juridische kaders tijdens de uitvoering van de levensloopfunctie: trajectplan en regierol**

De kern van de levensloopfunctie is het samenspel tussen voorzieningen en interventies uit het zorg-, sociaal, en justitieel domein. In samenhang moeten ze leiden tot een stabiele en veilige situatie voor de betrokkene, zijn naasten en omgeving. In veel gevallen zal het zwaartepunt van de ondersteuning liggen bij de levensloopaanbieder. Maar in de loop van de levensloopfunctie kan het zwaartepunt verschuiven, bijvoorbeeld naar het sociaal domein, en soms weer terug naar zorg.

Centrale elementen in de uitvoering van de levensloopfunctie zijn het trajectplan, en de regierol op de samenwerking. De positionering hiervan kan gevolgen hebben voor het juridisch kader dat van toepassing is op deze elementen, en dus op regels die van toepassing zijn op de gegevensverwerking.

#### *De positionering van het trajectplan en de regierol*

Het trajectplan omvat de afspraken tussen partijen en voor zover mogelijk met de betrokkene in het kader van de levensloopfunctie. Hierin staat bijvoorbeeld welke voorzieningen partijen inzetten en afspraken over monitoring. Onder het trajectplan hangen de deelplannen waaraan partijen uitvoering geven vanuit hun eigen taak en betrokkenheid. Een van die deelplannen is het zorg- en behandelplan in het kader van de levensloopfunctie. In de huidige beschrijving van de ketenveldnorm ligt de regie op het trajectplan bij de casemanager levensloopfunctie van de levensloopaanbieder. Maar in principe kunnen hier in keuzes gemaakt worden.

Afhankelijk van de positionering van het trajectplan en de regierol kunnen verschillende juridische kaders van toepassing zijn. Beiden hebben voor- en nadelen. Hieronder laten we een aantal de revue passeren:

- **De levensloopfunctie wordt uitgevoerd binnen het gedwongen kader van de WvGGZ of WZD:** in deze situatie zal het zorgplan in het kader van de WvGGZ of WZD in de regel fungeren als trajectplan en zal de casemanager van de levensloopaanbieder fungeren als regisseur. Beiden zijn geheel gepositioneerd binnen het 'zorgdeel' van de levensloopfunctie. Het juridisch kader van de WvGGZ respectievelijk de WZD van toepassing op de gegevensverwerking.
- **De levensloopfunctie wordt uitgevoerd binnen het vrijwillig kader en het trajectplan en de regisseursrol zijn gepositioneerd binnen het zorgdeel van de levensloopfunctie:** in deze situatie zal op zowel het trajectplan, als de regierol van de casemanager de Wgbo van toepassing zijn, ook op de onderdelen die strikt genomen geen onderdeel zijn de behandeling maar die plaats vinden in het kader van afstemming. In een zorgovereenkomst in aanvulling op de behandelovereenkomst kunnen hier afspraken over gemaakt worden.
- **De levensloopfunctie wordt uitgevoerd binnen het vrijwillig kader, en het trajectplan en de regisseursrol zijn gepositioneerd bij een van de betrokken partijen buiten het zorgdomein:** in deze situatie zal op zowel het trajectplan, als de regierol van de casemanager het juridisch kader van toepassing zijn van de partij die de regie voert en het samenwerkingsprotocol dat de partijen

hebben afgesproken. In deze situatie is de Wgbo alleen van toepassing op het zorgdeel van het trajectplan. De casemanager levensloopfunctie van de levensloopaanbieder neemt dan vooral het zorgdeel voor zijn rekening en opereert vanuit zijn rol als zorgverlener. Voor het afstemmingsdeel eventueel op basis van een zorgovereenkomst in aanvulling op de behandelovereenkomst.

Indien de regierol wordt belegd bij een van de partijen in het Zorg- en Veiligheidshuis en wordt uitgevoerd in het kader van complexe casuïstiek in het Zorg- en Veiligheidshuis, dan kunnen het convenant en het privacyprotocol van het Zorg- en Veiligheidshuis fungeren als kader voor de gegevensverwerking ten behoeve van de regierol. Uiteraard voor zover beide documenten in lijn zijn met de landelijk opgestelde modeldocumenten.

### 5.3 Aanbevelingen voor de korte termijn

Deze samenvatting van de analyse van de gegevensverwerking in het kader van de uitvoering van de levensloopfunctie geeft inzicht in de belangrijkste aandachtspunten. Deze zijn:

4. Maak onderscheid tussen de verschillende situaties waarin de aanmeldtoets plaats vindt. Indien deze niet plaats vindt op basis van een gedwongen kader of met toestemming van de betrokkene, dan is het advies voor de korte termijn om deze slechts anoniem te laten uitvoeren.
5. De voorlopige toegang en toegang tot het zorgdeel van de levensloopfunctie kan pas plaats vinden als er een formele titel is. Dit is of het gedwongen kader, of toestemming van de betrokkene. Indien de titel niet duidelijk is kan het zorgdeel niet van start.
6. Indien de levensloopfunctie wordt uitgevoerd in het vrijwillig kader, maak een duidelijke keuze ten aanzien van de positionering van het trajectplan en de regierol. Wees je ervan bewust dat als deze in het zorgdeel worden belegd, de Wgbo en dus het medisch beroepsgeheim van toepassing is. Indien deze bij een niet zorgpartij wordt belegd, is het aan te bevelen de inhoud te beperken tot regie-informatie. De casemanager vanuit de levensloopaanbieder participeert eventueel vanuit zijn zorgrol, en is dan gebonden aan de Wgbo.





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 Amersfoort, Utrecht
5 Amsterdam	1.1 miljoen	Amsterdam-Amstelland
6 Gelderland	2 miljoen	NOG Veiligerhuis West-Veluwe Vallei 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 Leijgraaf 's-Hertogenbosch Brabant Zuidoost
10 Zeeland-West-Brabant	1.5 miljoen	Midden-Brabant Breda, Bergen op Zoom Zeeland
11 Limburg	1 miljoen	Noord Limburg, Midden Limburg District Sittard District Heerlen District Maastricht



# BIJLAGE

## INCLUSIECRITERIA KETENVELDNORM

# Regionale toegangscriteria (Oost Brabant)

1. Risicotaxatie laat een hoog delict gevaar 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 delict gevaar 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 toegangscriteria (Limburg)

1. Risicotaxatie laat een hoog delict gevaar 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 delict gevaar
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, RM of IBS 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

# Patiënt in systeem kenmerken (Overijssel)

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 overlast gevend gedrag
4. Het gedrag van de persoon 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 - hulpverlenende - instanties).

Toegang bij voorkeur niet tijdens een periode waarin gevaarlijk en overlast gevend 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.

# BIJLAGE

## PROJECTSTRUCTUUR KETENVELDNORM

## Regionale projectgroep: De regionale projectgroep stuurt het proces, signaleert knelpunten en monitort de voortgang en gaat over tot besluitvorming

CZ, de Rooyse Wissel, ForZo/JJI, afgevaardigden van gemeenten uit de regio noord – midden en zuid Limburg zijn vertegenwoordigd, MO/BW, Mondriaan, PI Zuid-Oost, politie, STEVIG/Dichterbij, Provinciaal projectleider personen met verward gedrag, Reclassering Nederland, Veiligheidshuizen, Vincent van Gogh, Ypsilon, NAH, BOPZ officier, MetGGZ en ervaringsdeskundigheid, SGL

## Provinciaal bestuurlijk strategisch overleg

In dit overleg wordt naast het onderwerp 'personen met verward gedrag' ook de voortgang van de ketenveldnorm en Wvggz besproken.

## Werkgroep levensloopteam

Be-there, CZ, De Rooyse Wissel, ervaringsdeskundige, ForZo/JJI, Gemeenten, LSFVP, MO/BW, Mondriaan, Mutsaersstichting, STEVIG/Dichterbij, Ypsilon, Veiligheidshuizen en Zgtriade

## Werkgroep beveiligde intensieve zorg

CZ, de Rooyse Wissel, ervaringsdeskundige, ForZo/JJI, Levanto-groep, MO/BW, Mondriaan, Stevig/Dichterbij, Stichting Exodus Zuid Nederland en Vincent van Gogh

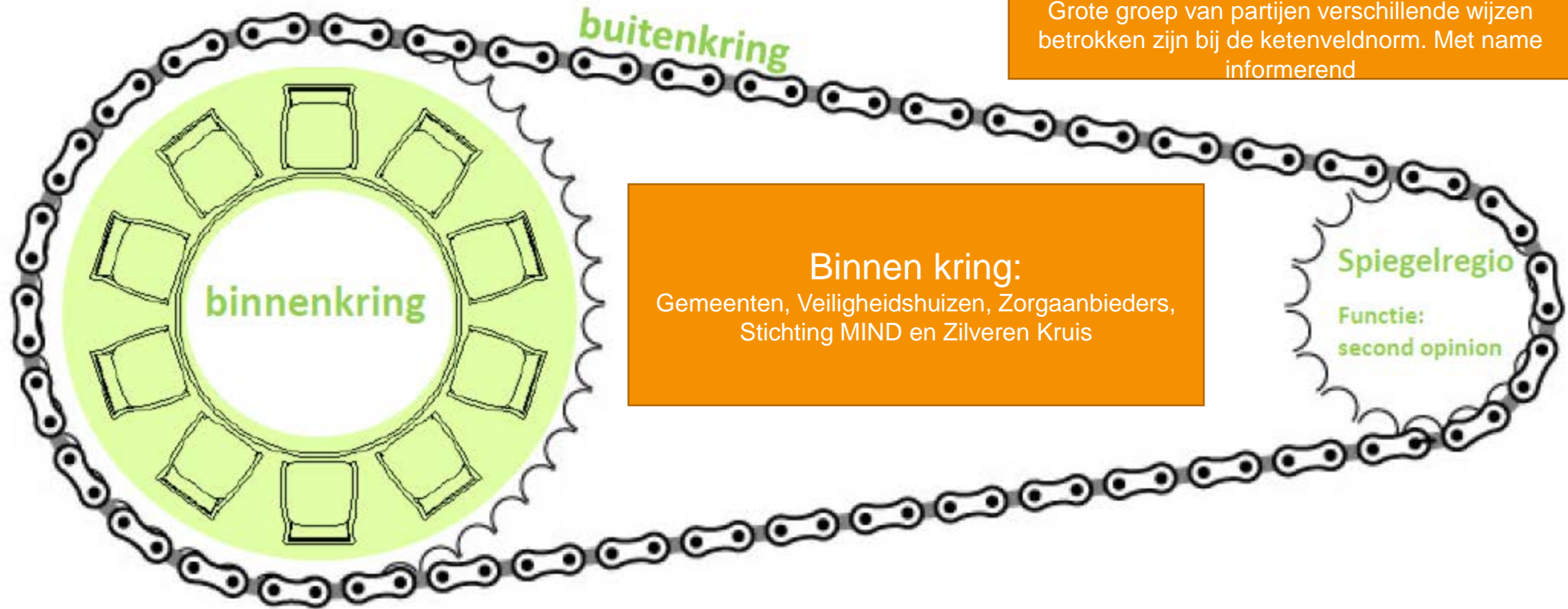
## Klankbordgroep: resultaten uit de projectgroep en werkgroepen worden gespiegeld aan de klankbordgroep:

3RO, Confidence Twende, ervaringsdeskundigen, familieperspectief, ForZo/JJI, gemeenten, GGD, Mondriaan, OM, PI Zuid-Oost, Pluryn, Politie, Stevig/Dichterbij, Stichting Exodus en Vincere



Projectteam bestaande uit medewerkers  
van Fivoor

projectleider, projectondersteuner, specialist op financiën en  
een beleidsmedewerker op de evaluatie



**Buiten kring:**  
Grote groep van partijen verschillende wijzen  
betrokken zijn bij de ketenveldnorm. Met name  
informerend

**Binnen kring:**  
Gemeenten, Veiligheidshuizen, Zorgaanbieders,  
Stichting MIND en Zilveren Kruis

**Wergroep financiën**  
Zilverenkruis, Zorgkantoor, gemeenten,  
DJI, diverse zorgaanbieders

**Wergroep zorg**  
Diverse organisaties hebben deelgenomen  
aan de werkgroep. Dit was afhankelijk van de  
specifieke vraag die voorlag



De Programmaraad Zorg & Veiligheid fungeert als regionale stuurgroep. Zij is verantwoordelijk voor besluitvorming/richtinggevende uitspraken

(organisaties zijn veelal zelf verantwoordelijk voor besluitvorming)

Ervaringsdeskundige, Gemeente Vught, Gemeente Eindhoven, Gemeente Oss, Gemeente Helmond, Gemeente Oirschot, Gemeente Bernheze, GGZ Oost Brabant, GGZ Oost Brabant, GGZ Eindhoven, GGZ Reinier van Arkel, STEVIG, Novadic-Kentron, Politie Oost-Brabant, Openbaar Ministerie, Reclassering Nederland (namens 3 reclasseringsorganisaties), Huisartsenposten Oost-Brabant, RAV Brabant Midden West Noord, GGD Brabant Zuid Oost, GGD Hart voor Brabant, Zorg- & Veiligheidshuis Brabant zuidoost, Zorg- & Veiligheidshuis Brabant noordoost, VGZ zorgverzekeraar. Agendaleden: CZ, DJI, Landelijke Huisartsen Vereniging regiobureau Zuidwest Nederland.

Vanuit gemeente zitten wethouders of burgemeesters (Oirschot, Bernheze) aan tafel. Wethouder van gemeente Vught is voorzitter

**Regionale  
Klankbordgroep  
Cliënten en Naasten**

Samenwerkingsovereenkomst voor de implementatie van de ketenveldnorm 2019 - 2020. gemeente Sint-Michielsgestel, gemeente Vught, gemeente Oss, gemeente Helmond, GGZE, Reinier van Arkel, GGZ Oost Brabant, Novadic-Kentron, OM, Politie eenheid Oost Brabant, Regionale Ambulancevoorziening Brabant Midden-West-Noord, GGD Hart voor Brabant, VGZ Zorgverzekeringen, Veiligheidshuis Brabant Zuidoost, STEVIG, ervaringsdeskundige.

Projectsturing vindt plaats onder leiding van een projectmanager (aangesteld door GGZE / de Woenselse Poort, mede gefinancierd door een aantal ketenpartners). Projectuitvoering vindt plaats binnen de reguliere organisatie van GGZE en de andere ketenpartners

**Maandelijkse Adviestafel**  
(vanaf juni 2019)  
Includeren cliënten en bespreken voortgang uitvoering

Werksessies  
Doelgroep & Zorglandschap

Werksessies  
Samenwerking & Inrichting

Werksessies  
Aanmelden en Toegang

Werksessies  
Beveiligde Zorg

Werksessies  
Klantreis levensloopfunctie

Werksessies  
Evaluatie 2019 en  
aanbevelingen 2020

## Stuurgroep

Tactus, Transfore, Mediant, Trajectum, DJI, Zorg- en Veiligheidshuis IJsselland (vertegenwoordigd de beide zorg- en veiligheidshuizen), gemeente Kampen, Familieperspectief, Menzis, Gemeente Haakbergen (portefeuillehouder personen met verward gedrag Oost Nederland), Gemeente Borne

## Projectgroep

Beleidsadviseur Transfore, projectleider  
Senior Beleidsadviseur Trajectum  
Vertegenwoordiger vanuit Tactus  
Directiesecretaresse Transfore  
Ketenmanager Veiligheidshuis Twente  
Veiligheidsmakelaar Veiligheidshuis IJsselland  
Teammanager Sociaal Psychiatrisch Behandelcentrum  
Mediant  
Controller Dimence Groep  
Meewerkend teamleider ForFACT Twente Transfore

## Werkgroep inkoop

Ministerie van JenV, Menzis, Trajectum, Transfore,  
Zorgkantoor Zwolle, Gemeente Deventer, Dimence Groep,  
Gemeente Almelo

# BIJLAGE

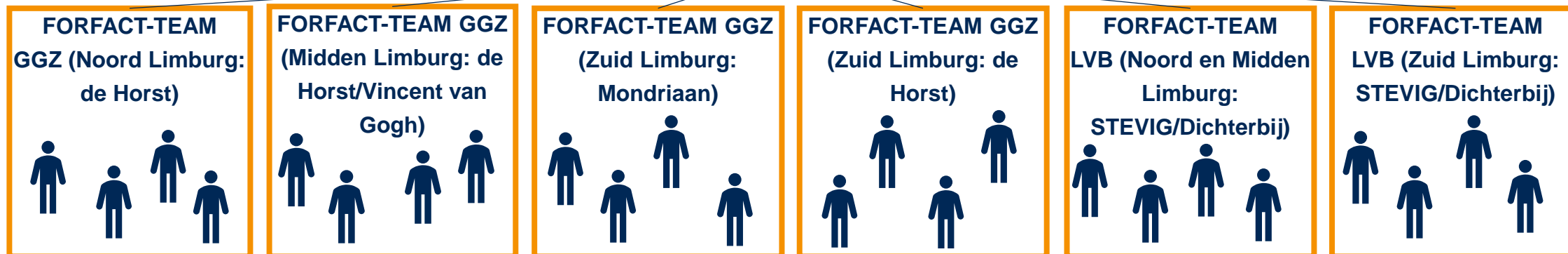
## EXPERTISEN EN DISCIPLINES IN LEVENSLÖOPFUNCTIE

# Limburg

Procesregisseur van één van de vijf Zorg- en Veiligheidshuizen blijft na includeren betrokken. Hij/zij regisseert het proces, pakt door bij stagnatie in de keten en is de ingang naar de gemeentelijke zorg en ondersteuning en de veiligheidsketen

De persoon wordt, op basis van problematiek en locatie, aan één van de zes ForFACT-teams in de provincie Limburg toegewezen.

- Regiebehandelaar heeft behandelregie en beschikt over mandaat om op te schalen
- Levensloopcasemanager coördineert het integrale domeinoverstijgende persoonsgerichte traject. Bij stagnatie escaleert hij/zij naar de procesregisseur.



## ANDERE BETROKKEN KETENPARTNERS

- Naasten
- Partners in het sociaal domein, veiligheid en de zorg
- Specialisten: GHB-arts, verslavingsarts, veteranen, geriaters, neurologen, et cetera

# Midden-Nederland



Materieel juridische dienstverlening



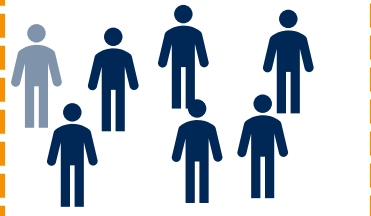
Clïënt wordt, op basis van problematiek en locatie bij één van de levensloopteams geplaatst.

Expertisen in netwerkteam zijn ook beschikbaar voor de ForFACT-teams die de levenslooppfunctie uitvoeren.

Nieuw team geformeerd vanuit drie bestaande ForFACT-teams komen casemanagers samen in één levensloopteam.

# Oost-Brabant

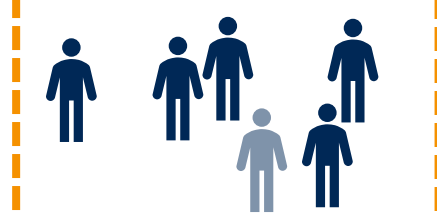
## FORFACT-TEAM VERSLAVINGSZORG



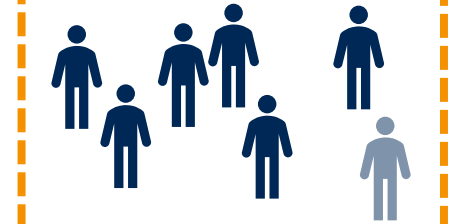
## FORFACT-TEAM (L)VB



## FORFACT-TEAM FORENSISCHE GGZ



## FOR (F)ACT-TEAM FORENSISCHE GGZ

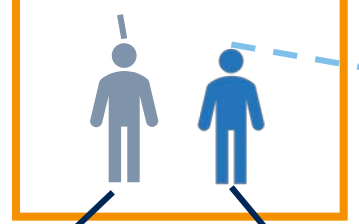


## FORFACT-TEAM FORENSISCHE GGZ



## LEVENSLOOPTEAM OM DE CLIËNT HEEN

### REGISSEURSDUO



Elke cliënt krijgt een levensloopcasemanager uit één van de For-(F)ACT-teams van vijf zorgaanbieders en een gemeentelijk casusregisseur toegewezen. Zij vormen samen met andere professionals en naasten een 'levensloopteam' om de cliënt heen. Als het nodig is wordt aanvullende zorgexpertise georganiseerd.

### Levensloopcasemanager zorg

- Is een ambulante casemanagers met forensische expertise, expertise ggz en/of verslavingszorg en/of lvb.
- Coördinatie (multidisciplinaire) zorg, toegang tot zorg en mandaat voor op- en afschalen van zorg.
- 1e contactpersoon voor cliënt.
- Uitvoeren trajectplan en behandelplan.
- Signaleren van risico's, risicotaxaties uitvoeren.
- Consultatie door anderen uit het netwerk rond persoon.

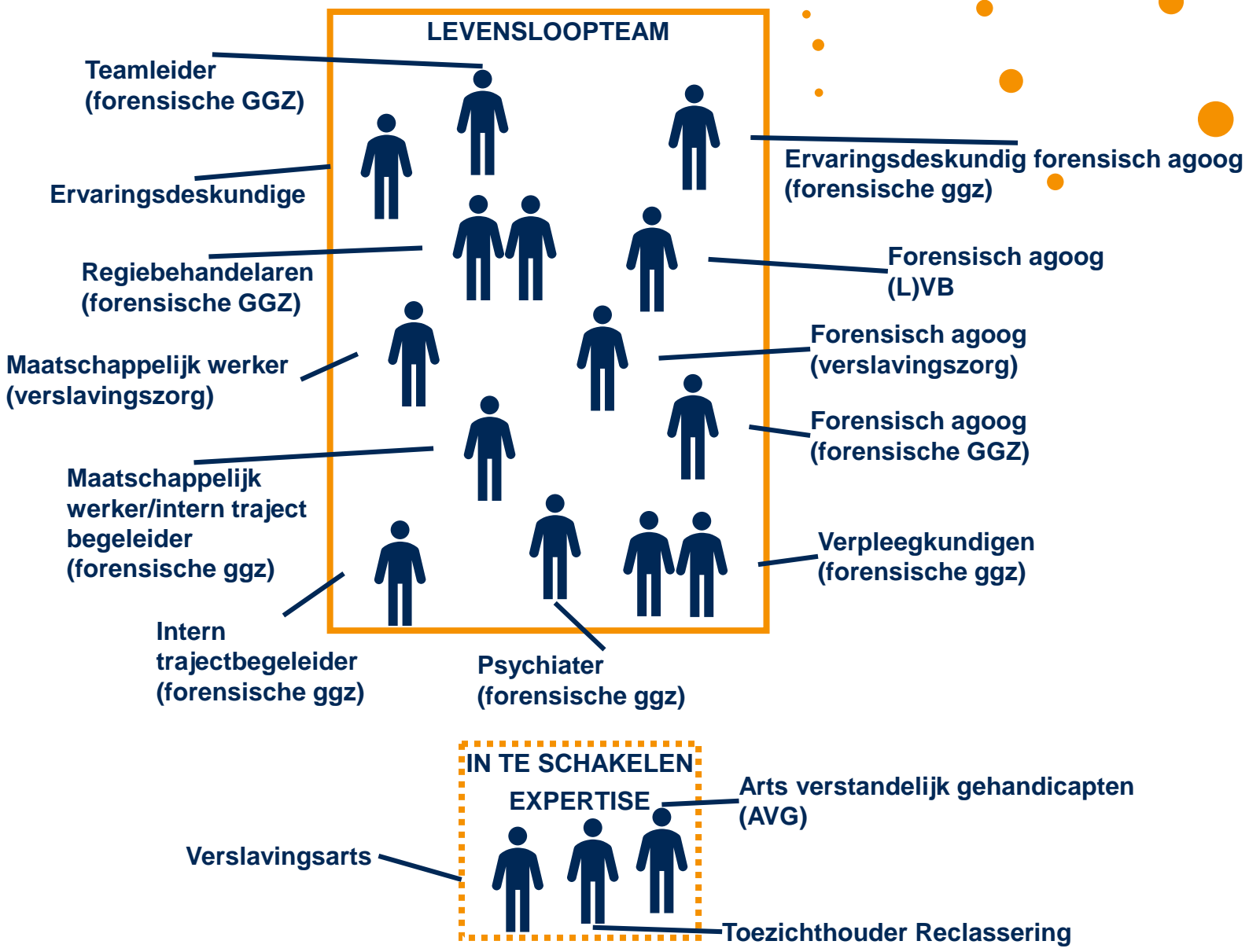
### Gemeentelijke casusregisseur

- Coördineren, afstemmen en volgen gemeentelijke ondersteuning.
- Verbinding veiligheidsdomein.
- Uitvoeren trajectplan en signalerende rol.

### ANDERE BETROKKEN KETENPARTNERS

- Zorg- & Veiligheidshuis: voeren procesregie op de ketensamenwerking (deze rol kan ook door een gemeente uitgevoerd worden)
  - Openbaar Ministerie: interventies strafrecht en civielrecht.
  - Reclassering: resocialisatie en toezicht (bij strafrechtelijke titel).
  - Politie: signaleren en adviseren, opsporen en aanhouden, veilige publieke taak.
  - Woningcorporaties
  - Naasten
- Zij werken samen op basis van een integraal trajectplan met zorg, straf en bestuurlijke interventies en diverse scenario's

# Overijssel



Het levensloopteam bestaat uit 3FTE, waarvan de meeste mensen 8 uur per week voor het levensloopteam werken.

Het levensloopteam werkt tijdens kantooruren. Er zijn afspraken over de achterwacht van de crisisdienst en IHT buiten kantooruren.

Twee personen uit het levensloopteam hebben werkervaring binnen de NAH



# Wettelijke kaders Handreiking Ketenveldnorm

Versie juli 2019

<b>Stap 1: Wettelijke kaders</b>	
	Bepaal wie je ketenpartners zijn, bepaal met hen een gezamenlijk en gedeeld beeld over wat je gaat doen om de zorg op basis van de ketenveldnorm te organiseren. Stel op basis van wettelijke kaders vast welke partij waarvoor verantwoordelijk is. Denk daarbij aan zorg, ondersteuning en begeleiding in klinische en ambulante setting
	Onderzoek en benut de samenhang met andere relevante structuren en afspraken in de regio
	Sluit aan bij de Participatiewet en aanpalende voorzieningen
	Sluit aan bij de lokale en regionale woonvisies en prestatieafspraken
	Sluit aan bij het domein jeugd en de Wvvgz en waar nodig de WFZ
	Verbind actief de ketenveldnorm aan afspraken over door- en uitstroom, waaronder beschermd wonen en (beveiligde) klinieken
	Verbind actief de ketenveldnorm aan (inkoopkaders) doordecentralisatie Beschermd wonen

## Wettelijke kaders

### Zvw - zorgverzekeraars

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 daarbij sprake zijn van een medische noodzaak die een zorgprofessional vaststelt. Daarnaast wordt FACT mede gefinancierd via de zorgverzekeraar (tezamen 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 verblijf 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.

Met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de werkzaamheden van FACT-teams verdient het aanbeveling om een goede monitoring in de regio's op te zetten waarbij de ist-situatie van de huidige FACT in kaart gebracht worden en wie de huidige financiers zijn met welk aandeel in het FACT (justitie/Zvw/Wmo). Daarbij is het belangrijk om ook de Soll-situatie met elkaar vast te stellen en te monitoren. Wat zijn de bestaande en de eventuele nieuwe interventies? In welk domein vallen deze? Wanneer over de parameters die antwoord geven op deze vragen gezamenlijk gedragen parameters worden vastgesteld, ontstaat er vooraf consensus en kunnen betrokken partijen op basis van de resultaten van de monitoring ook hun verantwoordelijkheid invullen bij het maken van bekostigingsafspraken.

#### 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;
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

De toegang tot de WLZ wordt verleend door het 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 cliënten hoeven dus niet te voldoen aan de toegangscriteria van de Wlz (blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid). 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.

De toegang tot de WLZ wordt verleend door het CIZ. Een psychische stoornis op zich is op dit moment (2019) geen grondslag voor toegang tot de Wlz. De openstelling van de Wlz voor de GGZ is verderop beschreven.

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)

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, klanten worden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven/wonen. Continuïteit van zorg staat centraal.
- 2) Nieuwe instroom na het 18<sup>e</sup> jaar. Hier gaat het volgen de MvT 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

Wet forensische zorg heeft betrekking op ggz, verslavingszorg en gehandicaptenzorg. Daarbij kan dus ook sprake zijn van aansluiting op reguliere gehandicaptenzorg. Op 1 januari 2019 is het Interimbesluit fz vervangen door de Wet forensische zorg (Wfz). Hierin wordt onder meer geregeld dat de NZa handhavende bevoegdheden krijgt. De Wfz hangt samen met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) die ingaat op 1 januari 2020. Deze wet is onder meer gericht op een verbeterde aansluiting tussen de forensische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Bij forensische zorg kan sprake zijn van een terbeschikkingstelling waardoor een patiënt gedwongen kan worden om zorg te ontvangen in een fpc. In dit geval geldt de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt). In fpk's en fpa's gelden regels uit de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) als er sprake is van gedwongen zorg. De Bopz gaat vervangen worden door Wvggz en Wet zorg en dwang. De gevolgen voor de samenhang met de Wet forensische zorg worden nog in kaart gebracht.

Forensische zorg wordt verleend aan personen die hiertoe zijn aangewezen op grond van een strafrechtelijke titel. Forensische zorg is overeenkomstig zorg die omschreven is in de Wlz en de Zorgverzekeringswet, voor zover het geestelijke gezondheidszorg 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 justitiele titel voorbereidingen voor aansluitende zorg, indien dit noodzakelijk wordt geacht door de zorgverlener of behandelaar.

Het verdient aanbeveling om te kijken op welke vlakken de Wfz samenhangt met de WvvgZ, als onderdeel van het soepel continueren van zorg. Dit zal door de opstellers van deze handreiking de komende tijd verder uitgewerkt worden.

## Wmo 2015 - gemeenten

De Wmo2015 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 van mensen 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. Daar waar het 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 Wmo2015 nadrukkelijk ook openbare taken die het belang van personen of gezinnen overstijgen. Het 'openbare' heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van gemeenten om in te grijpen daar waar burgers onder de minimale voorwaarden van bestaan (dreigen te) zakken. Vaak gebeurt dit als gevolg van problemen met de (geestelijke) gezondheid.

### *Doelgroep in OGGZ*

OGGZ maakt in de Wmo2015 deel uit van maatschappelijke ondersteuning. De primaire doelgroep in OGGZ bestaat uit sociaal kwetsbare mensen. Het zijn mensen die vaak al een langere periode niet goed genoeg in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Daarnaast is er vaak sprake van meervoudige problematiek (zoals schulden, verwaarlozing, sociaal isolement).

Vaak is er 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 Wmo2015. OGGZ gaat daarmee over alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheid die niet worden voorafgegaan door een vrijwillige, individuele hulpvraag van een cliënt. Het gaat hierbij om:

1. Signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning;
2. Bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
3. 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*

Daarnaast zijn gemeenten per 1-1-2016 verantwoordelijk geworden voor de zorg en ondersteuning van (jong)volwassenen met een tijdelijke behoefte aan een beschermde woonomgeving. In dit kader zijn er per 1-1-2017 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 LVB 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 cliënten in een integraal behandeltraject met een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uitstrekt tot alle leefsfere (wonen, school of dagbesteding, vrije tijd). Dit betreft de behandelzorg 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 cliënt 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 cliënt terug op gemeentelijke regelingen.

De cliënt wordt behandeld aan de hand van een voor de cliënt 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 volwassen cliënte met chronische psychische problematiek is sinds 1 januari 2015 een (maatwerk)voorziening die wordt geleverd vanuit de Wmo 2015. Het gaat hierbij om begeleiding die gericht is op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, opdat de betrokkene zo lang mogelijk zelfredzaam blijft en in de eigen omgeving kan blijven. De gemeente is verantwoordelijk voor een (maatwerk)voorziening, bestaande uit ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie, voor zover de betrokkene in verband met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen niet op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk voldoende zelfredzaam is of in staat is tot participatie. Hoe deze maatwerkvoorziening in het concrete geval ingevuld wordt, hangt af van de individuele situatie van de cliënt en van het beleid van zijn gemeente.

Over het algemeen en op papier 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. Hier ontstaat een grijs gebied tussen wanneer iets behandeling of begeleiding is. Een grijs gebied dat leidt tot een financieringsvraagstuk waar (met name jongeren) in FACT de dupe van kunnen worden. Behandeling en begeleiding blijft soms een grijs gebied. Ook landelijk speelt dit thema. VNG, VWS en ZN nemen op korte termijn het initiatief tot het verlenen van een opdracht aan een externe partij die helderheid dient te verschaffen over de taak-, verantwoordelijkheids- en financieringsverdeling voor de FACT-teams. De uitkomsten van dit onderzoek (voor zover beschikbaar in het najaar 2019) kunnen worden opgenomen in een nieuwe versie van de handreiking.

De levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ambulante zorg **op alle levensgebieden**. Hierin is de rol van gemeenten die verantwoordelijk zijn voor de zorg en veiligheid in hun regio een cruciale rol. Op het gebied van belangrijke beschermende factoren op levensgebieden als werk, inkomen en sociaal netwerk spelen zij een belangrijke rol. De levensloopaanbieder zal concrete afspraken moeten maken met gemeenten over de waarborgen die georganiseerd dienen te worden voor de mensen die toegang krijgen tot de levensloopfunctie.

Juist vanwege het bovenstaande is helderheid en toegankelijkheid bij gemeenten over de opgave die alle partijen in de keten hebben met betrekking tot het realiseren, organiseren van maatschappelijke noodzakelijk. Met name op het gebied van passende ondersteuning in combinatie met (ambulante) zorg.

Daarnaast is het belangrijk om als financiers van zorg en ondersteuning (zorgverzekeraars en gemeenten) te kijken wat mensen nodig hebben en hoe de hulp aan hen kan worden versterkt. Voor een goede werking van FACT is het van belang dat passende interventies uit het sociaal en het medisch domein duaal gefinancierd worden door Zorgverzekeraar en gemeente.

#### 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:

1. Ondersteuning van en 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;
2. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt;
3. 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 met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt,
4. Met dien verstande dat de leeftijdsgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht.

Door sluitende goede zorg en ondersteuning te organiseren voor jeugdigen die vanuit gesloten jeugdzorg of BOPZ uitstromen, kan latere instroom in de ketenveldnorm voorkomen worden. We zien in cijfers van CBS dat het aantal jongeren met gesloten jeugdhulp en BOPZ-maatregelen tussen 2015 en 2017 toenam. Het verdient aanbeveling dat de partijen in de regio, zeker de levensloopaanbieder en gemeenten, de aansluiting te maken met het domein Jeugd binnen

gemeenten. Immers, ook de implementatie van de WvGGZ zal effecten kunnen hebben gezien het feit dat deze wet geldt vanaf 16 jaar.

Voor jongeren tot 23 jaar is verlengde Jeugdhulp mogelijk. De Impact op deze doelgroep is nog niet duidelijk. Een helder overzicht van de wet- en regelgeving is hier te vinden:

<https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/van-jeugd-naar-volwassenheid/Wet-en-regelgeving/Wettenschema-wetgeving-voor-kinderen-en-jongeren>

#### Participatiewet en andere inkomensvoorzieningen – gemeenten / UWV

De Participatiewet geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om financiële bijstand te verlenen aan personen die in zodanige omstandigheden verkeren (of dreigen te geraken), dat zij niet voldoende middelen hebben om in de noodzakelijke kosten van bestaan te voorzien. De gemeente ondersteunt niet alleen financieel, maar heeft ook de opdracht deze mensen te begeleiden naar werk en/of maatschappelijke activiteiten.

Gemeenten hebben tevens 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. Middels 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.

Veel mensen die uitstromen uit de forensische zorg en GGZ kampen met grote schulden, huisvestigingsvraagstukken en werk en inkomen. Dit zijn allemaal factoren die, mits deze goed georganiseerd zijn, beschermende factoren zijn. Levensloopaanbieders dienen te kijken naar de invulling die gemeenten geven aan de Participatiewet en aanpalende voorzieningen en afspraken te maken welke eisen en doorlooptijd hieraan gesteld worden. Een stabiel inkomen biedt bestaanszekerheid en daarmee fungeert dit als een beschermende factor.

#### Openbare Orde – gemeenten

De gemeentewet belast burgemeesters expliciet met de handhaving van de openbare orde. Daarnaast is in de huidige BOPZ (per 2020 WvGGZ, zie verderop) opgenomen dat de burgemeester in de opnameprocedure een IBS kan afgeven, in bijzondere omstandigheden. Verder heeft de burgemeester een essentiële rol in de het opleggen van tijdelijk huisverboden en de aanpak van woonoverlast. In de Gemeentewet is opgenomen dat de burgemeester zich bedient van de politie 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, alsmede 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.

## Aanpalende wetgeving en ontwikkelingen

### Wonen/Omgevingswet (gemeenten en huisvesting)

Tot het organiseren van passende zorg en ondersteuning behoort eveneens de zorg voor adequate huisvesting. Een stabiele woonsituatie is een beschermende factor. 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.

Werk de woonvisies en mogelijkheden voor adequate huisvesting voor deze doelgroep uit en benoem alternatieven.

Streef en ondersteun initiatieven om prestatieafspraken tussen gemeenten en woningcorporaties te maken.

### WvGGZ - gemeenten

Met ingang van 1 januari 2020 treedt de WvGGZ in werking. De WvGGZ stelt gemeenten voor nieuwe taken en verantwoordelijkheden 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 tot ggz uitgevoerd door of namens de gemeente. Deze directe taken staan nog los van de samenhang die gemeenten moeten organiseren met de aanpak personen met verward gedrag en de ondersteuning voor de groep inwoners die wél probleem heeft of geeft, maar níét voor verplichte zorg in aanmerking komt. Want met de WvGGZ wordt het verlenen van verplichte zorg niet eenvoudiger. Deze wordt alleen gevarieerder.

De nieuwe wet stelt op zichzelf geen andere eisen aan de regionale samenwerking dan een driemaandelijks overleg, maar om redenen van schaalgrootte, de vereiste specifieke expertise en de vereiste samenwerking met ketenpartners op regionale of bovenregionale schaal, ligt het voor de hand om samen te werken met andere gemeenten in de regio en ketenpartners in het zorg- en veiligheidsdomein. Bij de vormgeving van de ketenveldnorm zou nader onderzocht kunnen worden of structuren en overlegmomenten logisch gecombineerd kunnen worden.

### Beschermd Wonen 2021

De justitiële plaatsen voor (forensisch) beschermd wonen zijn ingekocht bij reguliere aanbieders van beschermd wonen in het gemeentelijk domein. Het beleid inzake beschermd in de Wmo is nu geconcentreerd bij de centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang. In 2020 worden alle 355 gemeenten verantwoordelijk voor opvang en beschermd wonen. De herverdeling van de beschikbare middelen voor beschermd wonen in de Wmo zal op den duur ook leiden 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 bestaat er geen enkel zich op die effecten.

Het verdient aanbeveling met (forensische) zorginstellingen en gemeenten afspraken te maken over de in- door- en uitstroom naar en van beschermd wonen.

- Inzicht is daarom heel belangrijk om de effecten te doordenken van de doordecentralisatie van beschermd wonen.

Voor de doelgroep van de ketenveldnorm zouden gemeenten in inkoopkaders afspraken kunnen maken over de organisatie van de beschermende factoren voor deze doelgroep (werk, inkomen en sociaal netwerk).

#### GGZ: toegang tot de Wlz 2021

Per 2021 wordt de Wlz toegankelijk voor een bredere doelgroep. Mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nodig hebben, kunnen vanaf 2021 toegang krijgen tot de Wet langdurige zorg (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. Het is nog niet duidelijk wat de effecten zullen zijn van de openstelling van de Wlz voor een bredere doelgroep. Hiertoe zijn inmiddels door de opstellers van de handreiking gesprekken gepland met CIZ om te bekijken hoe we met elkaar zicht kunnen krijgen op de effecten van de openstelling van de Wlz voor mensen die hun leven lang intensieve GGZ nodig hebben. De opstellers van de handreiking betrekken de zorgkantoren en het CIZ bij het opstellen van de criteria om te komen tot analyse van de casuïstiek in de zomerperiode. Dit onderwerp en een inschatting van de te verwachten effecten zal in de volgende versie van de handreiking worden beschreven.

#### Wettelijk kader (SG)LVG-indicaties: ter informatie

##### Memorie van Toelichting bij de Wet Langdurige Zorg (pagina 13)

“In de HLZ-brief van 25 april 2013 staat dat de zzp's LVG 1–5 voor kinderen tot achttien jaar onderdeel worden van de nieuwe Jeugdwet. Ook na het bereiken van de achttienjarige leeftijd kan 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 cliënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz dan wel kan de cliënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar.

Bij deze groep cliënten is er dus niet in alle gevallen sprake van een blijvende behoefte aan zorg. Toch heeft de regering het noodzakelijk geacht deze groep cliënten 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. Tevens 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 dient te 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

1. 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.
2. 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.

# Vignetten behorend bij de Handreiking implementatie Ketenveldnorm

*Versie juli 2019*

## ***Vignet 1: Klaas***

Dit vignet is opgesteld ter verduidelijking van de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Het betreft een uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van Zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de Ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden.

### **Situatie**

Klaas is een man van 37 jaar. Eind jaren '90 komt hij als adolescent in aanraking met hulpverlening wanneer een naast familielid suïcide pleegt. Er ontstaat een knik in zijn ontwikkeling, hij onderbreekt zijn Hbo-studie(s) en ondanks oprechte pogingen lukt het hem niet goed zijn leven op de rit te krijgen; Klaas wordt recidiverend depressief, suïcidaal en uit zich regelmatig achterdochtig.

#### *Zorgverzekeringswet (ZVW)<sup>1</sup>*

Begin jaren '00 volgen de eerste (vrijwillige) psychiatrische opnames in verband met somberheid, suïcidaliteit en een paranoïde gedachtegang. Dit ontwikkelt zich later meer naar paranoïde psychotische decompensaties, al dan niet vanwege medicatieontrouw en stevig alcohol- en cannabisgebruik. De continuïteit van zorgverlening wordt bemoeilijkt doordat zorgaanbieders regelmatig slechts een deel van zijn problematiek behandelen: ggz óf verslaving. Ook zijn complexe gedrag maakt dat zijn behandeling bij sommige zorgaanbieders vroegtijdig wordt stopgezet.

#### *Verplichte zorg (BOPZ; ZVW)<sup>2</sup>*

In deze periode veroorzaakt het gedrag van Klaas gevaarlijke situaties. Vooral de maatschappelijke onrust is groot. In eerste instantie wordt er met enige regelmaat in het kader van de wet BOPZ een IBS uitgeschreven (een tijdelijke verplichte opname), hoewel duidelijk wordt dat er niet altijd een acuut psychiatrisch

---

<sup>1</sup> Ook de voor de voorlopers van de Zorgverzekeringswet gebruiken we in deze casus de term Zorgverzekeringswet om de toegankelijkheid te vergroten.

<sup>2</sup> Per 2020 wordt de BOPZ vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvvggz).

toestandsbeeld ten grondslag ligt aan het gedrag van Klaas. In de situatie van Klaas worden de grenzen van de wet opgezocht om maatschappelijke onrust te voorkomen.

Tussen de periodes van verplichte zorg ontwikkeld Klaas zich tot actief zorgmijder. Tijdens zijn behandelperiodes wordt gerapporteerd dat Klaas antisociaal gedrag vertoont dat voortkomt uit wantrouwen, persoonlijkheidsdynamiek en een aversie jegens de hulpverlening. In de reguliere klinische opnamesetting is de veiligheid nauwelijks tot niet te borgen; als reactie op de opgelegde beperkingen en aversie jegens hulpverlening ontstaat er bij Klaas veel onrust en agressie.

#### *Detentie*

Op zijn 33<sup>e</sup> verbreekt zijn vriendin hun relatie. Klaas raakt hierdoor volledig ontregeld. Enkele maanden na zijn relatiebreuk uit hij forse bedreigingen aan zijn voormalige vriendin. Deze bedreiging zijn zo heftig, dat dit resulteert in een gevangenisstraf. Klaas blijkt echter niet detentiegeschikt en wordt overgeplaatst naar een observatiekliniek. Er wordt een aanvraag ingediend voor reclasseringstoezicht, maar dit wordt door de rechter afgewezen.

#### *Zwervend bestaan*

Bij uitstroom uit de observatiekliniek leidt Klaas een zwervend bestaan. Hij verblijft in meerdere regio's. Soms in de Maatschappelijke Opvang, maar vaak bij één van zijn vriendinnen. Overall loopt de situatie steeds verder uit de hand. Er sprake van ernstig maatschappelijk overlastgevend, fors grensoverschrijdend en/of gevaarzettend gedrag, wat leidt tot overbelasting en een gevoel van machteloosheid bij hulpdiensten.

#### *Zonder Ketenveldnorm*

Zonder Ketenveldnorm is er sprake van een status-quo. Doordat steeds opnieuw zorg moet worden opgeschaald en regio's steeds opnieuw de verantwoordelijkheid moeten nemen, is het voor de hulpdiensten te ingewikkeld. Eigenlijk wil niemand hem hebben. Het lukt hulpdiensten dan ook niet om een effectieve, samenhangende aanpak te ontwikkelen. Om de situatie te doorbreken wordt gewacht op nieuwe bedreiging, zodat Klaas opnieuw vanuit de strafrechtketen kan worden geholpen.

#### *Instroom Ketenveldnorm*

In 2019 wordt Klaas echter aangemeld voor de ketenveldnorm vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis in regio X. Na aanmelding vanuit het Veiligheidshuis vindt een beoordeling plaats of alle voorliggende opties in het reguliere circuit én de strafrechtketen voldoende zijn uitgeput.

Wanneer dat het geval blijkt en de situatie dermate ernstig is, wordt Klaas geïncludeerd. Daaropvolgend wordt een plan opgesteld voor een sluitende zorg en ondersteuning. Vanwege het hoge recidive-risico (drugsgebruik; verkeerd netwerk) vindt er een overdracht plaats van regio X naar regio Y. In regio Y wordt de zorg en ondersteuning van Klaas georganiseerd rondom een Beschermd wonen voorziening.

#### **Wettelijke kaders**

Het levensloopteam zet voor Klaas zorg en ondersteuning in vanuit de volgende wettelijke kaders: de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke opvang 2015 en de Participatiewet. Om tot een gedeeld en expliciet beeld te komen van ieders wettelijke verantwoordelijkheden en tot toereikende (incidentele/structurele) bekostigingsafspraken te komen, dienen de wettelijke kaders ook in het geval van Klaas als uitgangspunt.

Door de grondslagen expliciet te maken, wordt voorkomen dat betrokkenen en financiers onduidelijkheid ervaren rondom (de afbakening) van verantwoordelijkheden. De ketenveldnorm zelf gaat immers expliciet uit van het organiseren van samenhang tussen de verschillende juridische- en financiële kaders.

Afhankelijk van keuzes bij de regionale inrichting van de ketenveldnorm moet op casusniveau onderhandeld worden over de bekostiging van de verschillende elementen uit de levensloopfunctie, of kan op basis van structurele bekostigingsafspraken tussen financiers de levensloopfunctie worden ingevuld. De mate van afspraken bepaalt dus de hoeveelheid werk of 'onderhandelen' in individuele gevallen.

De handreiking bekostiging geeft een nadere toelichting op het maken en soepel uitvoeren van fundamentele samenwerkingsafspraken. Deze afspraken zijn sterk gebaat bij het expliciet maken van rollen en verantwoordelijkheden binnen een (keten)samenwerking.

In de situatie van Klaas worden de elementen uit de levensloopfunctie als volgt verdeeld over de wettelijke kaders:

ZVW: medicatie, ambulante en klinische ggz, huisarts

Wmo: (intensieve) begeleiding, beschermd wonen

Participatiewet: werk en inkomen

Wanneer het bepalen van de wettelijke grondslagen voor de verschillende elementen uit de levensloopfunctie onduidelijkheid geeft, kunnen de regio's en financiers gebruik maken van bestaande en ondersteunde afwegingskaders, dan wel aanvullende afspraken om de onduidelijkheden weg te nemen. We geven hierbij als voorbeeld de verdeling van behandeling en begeleiding binnen FACT en de Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf.

Hierbij plaatsen we wel de disclaimer dat FACT wordt afgeschaald bij twee jaar stabiliteit. De levensloopteams in de ketenveldnorm zijn levenslang en daar zal structurele begeleiding vanuit de WMO aanwezig zijn in meer stabiele fasen.



**Uit de handreiking bekostiging:** Over het algemeen en op papier 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. Hier ontstaat een grijs gebied tussen wanneer iets behandeling of begeleiding is. Een grijs gebied dat leidt tot een financieringsvraagstuk waar (met name jongeren) in FACT de dupe van kunnen worden. Behandeling en begeleiding blijft soms een grijs gebied. Ook landelijk speelt dit thema. VNG, VWS en ZN nemen op korte termijn het initiatief tot het verlenen van een opdracht aan een externe partij die helderheid dient te verschaffen over de taak-, verantwoordelijkheids- en financieringsverdeling voor de FACT-teams. De uitkomsten van dit onderzoek (voor zover beschikbaar in het najaar 2019) kunnen worden opgenomen in een nieuwe versie van de handreiking.

Vooralsnog verdient het aanbeveling om met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de werkzaamheden van FACT-teams een goede monitoring in de regio's op te zetten waarbij de ist- situatie van de huidige FACT in kaart gebracht worden en wie de huidige financiers zijn met welk aandeel in het FACT (justitie/Zvw/Wmo). Daarbij is het belangrijk om ook de Soll-situatie met elkaar vast te stellen en te monitoren. Wat zijn de bestaande en de eventuele nieuwe interventies? In welk domein vallen deze? Wanneer over de parameters die antwoord geven op deze vragen gezamenlijk gedragen parameters worden vastgesteld, ontstaat er vooraf consensus en kunnen betrokken partijen op basis van de resultaten van de monitoring ook hun verantwoordelijkheid invullen bij het maken van bekostigingsafspraken.

*zorgvisie). Vanuit deze uitgangspunten hebben de betrokken partijen een gedeelde verantwoordelijkheid en een eigen rol:*

- *de GGZ-aanbieder treft al bij aanvang van de opname voorbereidingen voor tijdig en passend ontslag,*
- *de betrokken financiers (gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren) zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar maken van passende vervolgvorzieningen op het terrein van bijvoorbeeld wonen, inkomen en ambulante zorg en ondersteuning.*

*Naast samenwerking rondom individuele patiënten en ten behoeve daarvan, is tijd nodig waarin partijen in gezamenlijkheid de benodigde randvoorwaarden creëren. De Werkwijzer geeft hiervoor de gewenste richting aan en biedt regionale en lokale partijen een handvat om met elkaar in dialoog te gaan en de benodigde afspraken te maken zowel op individueel patiëntniveau als algemeen.'*

Let op: vraagstukken omtrent de beschikbaarheid en toegang tot elementen van de levensloopfunctie behoren niet tot de bekostiging. Het is aan de regio's om hier fundamentele afspraken over te maken en sturing aan te geven.

## **Bekostiging**

### *Rekenvoorbeeld*

*Samenvatting:*

ZVW per jaar:	€58.758
WMO per jaar:	€74.311
Participatiewet per jaar:	€13.725
<b>Kosten totaal:</b>	<b>€146.793</b>

Kosten per onderdeel op basis van maximum NZa tarieven (waar beschikbaar) of inschatting tarief op basis van beperkte steekproef (WMO):

**Verblijf 2 maal 6 weken HIC (inclusief afschalen zorg naar categorie E):**

Tarief categorie H (HIC):	€ 513,77
Tarief categorie E:	€ 393,65

Aantal dagen H: 70

Aantal dagen E: 14

Kosten verblijf:	70 * € 513,77 = € 35.964
	14 * € 393,65 = € 5.511

**Totaal kosten verblijf: € 58.758**

**Behandeling (ambulant en gedurende klinische opname):**

Uitgaande van diagnosetabel Persoonlijkheidsstoornis (waaronder paranoïde persoonlijkheidsstoornis) en gemiddeld 2,5 uur per week: DBC Persoonlijkheidsstoornis vanaf 6.000 t/m 11.999 minuten. Maximaal NZa tarief: € 17.282,61

**Kosten Behandeling: € 17.282,61**

**Sociaal domein (Dagbesteding, Beschermd Wonen):**

De bekostiging voor Beschermd Wonen en Dagbesteding is als gevolg van decentralisatie in 2015 (WMO 2015) niet meer landelijk gereguleerd en kan dus per regio verschillen in zowel producten als in tariefstelling. In deze berekening is uitgegaan van de ZZP GGZ-C systematiek en door middel van een beperkte steekproef een tarief bepaald.

Indicatie: ZZP GGZ 5-C inclusief Dagbesteding.

Tarief: € 203,59

Aantal dagen: 365 (declarabele afwezigheid, de woning blijft beschikbaar voor Klaas ook gedurende de klinische opname<sup>3</sup>).

**Kosten Sociaal Domein: 365 \* € 203,59 = € 74.311**

Kosten participatiewet:

---

<sup>3</sup> Hierover kunnen afwijkende afspraken gemaakt worden, zoals een aparte prestatie afwezigheidsdag waarin uitsluitend huisvesting vergoed wordt. Dit zal de kosten beperken.

Opleiding per jaar:	Lesgeld (conform DUO):	€ 1.168
	Materiële kosten:	€ 250
	<b>Opleidingskosten:</b>	<b>€ 1.418</b>
Uitkering: Uitgaande van een bijstandsuitkering:		€ 12.307
<b>Totale kosten Participatiewet:</b>		<b>€ 13.725</b>

Indien nodig is beveiligde intensieve zorg beschikbaar. Hiervoor gelden de onderstaande prestaties (ZVW) en tarieven per dag. Deze tarieven komen dan in plaats van (dus niet bovenop) de hierboven gehanteerde tarieven voor verblijf categorie H en/of E.

E2	€400,87	Beveiligingsniveau 2
E3	€415,63	Beveiligingsniveau 3
F2	€441,66	Beveiligingsniveau 2
F3	€456,42	Beveiligingsniveau 3
G2	€574,86	Beveiligingsniveau 2
G3	€589,61	Beveiligingsniveau 3

#### Colofon

Dit vignet dient als bijlage voor de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg en is tot stand gekomen met inzet van expertbureau jb Lorenz. Het betreft een verdere uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden. Voor meer informatie over de Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg kunt u terecht op [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl)

# Vignet “Monica”

Vignet 2: Monica (heet op de website Continuïteit van Zorg ‘Hans’)

Dit vignet is opgesteld ter verduidelijking van de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Het betreft een uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van Zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de Ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden.

## Situatie

Monica is een vrouw van 28 jaar. Ze heeft een IQ van 63 en een (uitgebreide) voorgeschiedenis in de psychiatrie en gehandicaptenzorg. Monica komt uit een klein gezin (1 broer), waarin zowel aan de kant van vader als moeder psychiatrie en LVB voorkomen. Zelf wordt Monica in haar jeugd gediagnosticeerd met ADHD, waarvoor zij ook medicatie gebruikt en al op jonge leeftijd gaat ze van het regulier naar het speciaal onderwijs. Als ze 11 is scheiden haar ouders, waarna Monica acting-out gedrag ontwikkelt. Op school raakt ze dagelijks betrokken bij vechtpartijen met medeleerlingen en docenten. Op haar 16<sup>e</sup> wordt ze dan ook van school gestuurd. Vanaf dat moment gaat ze werken.

### *Maatschappelijke opvang (Wmo)*

Wanneer Monica op haar 17e naar Deventer verhuist komt zij in aanraking met ‘foute vrienden’. Ze gaat gebruiken (speed, cocaïne, xtc, cannabis). Om aan geld te komen werkt ze als kassamedewerker, maar in die werksituatie is continu sprake van overvraging. Monica raakt werkloos, dakloos en verblijft in een Maatschappelijke Opvang. Ze zorgt voor overlast en loopt gewapend op straat waarbij ze zich dreigend uit naar voorbijgangers en hulpverleners. Dat leidt ertoe dat ze ook in de Maatschappelijke Opvang niet meer welkom is. Monica wordt meerdere malen aangehouden voor poging tot overval en opgenomen in de reguliere psychiatrie, waar het (extreem) gewelddadige gedrag zich binnen de instelling voortzet tegen het personeel. Er lijkt ook hierbij sprake van overvraging.

### *SGLVG (Wlz)*

Op haar 20e komt Monica terecht in een SGLVG-behandelkliniek. Deze behandeling lijkt beter aan te slaan en het aantal incidenten neemt sterk af. De combinatie van beperkte behandeling en vooral veel begeleide dagbestedingsactiviteiten doen Monica goed, hoewel er wel sprake is van incidenten met medepatiënten. Monica ziet zichzelf als zelfredzaam, maar raakt snel over- of onderprikkelt. Haar reactie op over- of onderprikkeling is drugsgebruik, waardoor psychiatrische problemen terugkeren. Op het moment dat ze de kliniek verlaat is er geen passende zorg beschikbaar.

### *Beschermd wonen (Wmo)*

Monica verblijft voor en na haar opname in een SGLVG-behandelkliniek meerdere keren in een RIBW<sup>4</sup>, maar wordt steeds uit de beschermde woonvormen gezet vanwege het overtreden van de regels. Vaak gaat het om relatief kleine overtredingen zoals roken op de kamer en verbale agressie jegens personeel dat zij niet kent. Op het moment dat ze van voorziening moet wisselen ontstaan schakelmomenten waarop ze uit beeld raakt, waarna de cirkel van delictgedrag, kleine overvallen, psychiatrie en gebruik zich herhaalt.

---

<sup>4</sup> Ze heeft een indicatie voor een GGZ C-4 pakket, dit valt nu onder beschermd wonen.

### *BOPZ (Zvw); ISD (Wfz)*

In de periode na de SGLVH-behandelkliniek verscherpen de incidenten van licht naar zwaar en zorgt Monica voor veel overlast en zwaar fysiek geweld (met name richting hulpverleners). Dit leidt allereerst tot een aantal IBS'en en een verplichte opname met een Rechterlijke Machtiging (BOPZ), maar ook deze opname is tijdelijk. Niet snel daarna legt de rechter haar een ISD-maatregel op voor twee jaar.

Monica doorloopt haar ISD en ze heeft zichtbaar baat bij de structuur die het haar biedt. Wanneer haar ISD in een extramuraal fase komt, met behandeling vanuit een Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA), wordt er toegewerkt naar een overplaatsing naar Beschermd Wonen. Monica vindt dit spannend en zodra de ISD-titel vervalt gaat het mis. Monica onttrekt zich aan zorg en begeleiding en veroorzaakt ernstig overlast en gevaar voor zichzelf en haar omgeving. Hulporganisaties weten niet wat ze met haar aan moeten en escaleren naar het Veiligheidshuis.

### *Ketenveldnorm*

Monica wordt door het Zorg- en Veiligheidshuis aangemeld voor de Ketenveldnorm. Na aanmelding vanuit het Veiligheidshuis vindt een uitgebreide beoordeling plaats of alle voorliggende opties inclusief de strafrechtketen voldoende zijn uitgeput. Wanneer dat het geval blijkt wordt Monica geïncorporeerd in de Ketenveldnorm. Er wordt een plan opgesteld voor sluitende zorg en ondersteuning.

Monica doet het goed wanneer sprake is van een gekaderd dagritme, hulpverlening (FACT in combinatie met woonbegeleiding) die ze kent, die haar op het juiste niveau aanspreekt en haar helpt met de signalering van mogelijke risico's. Uit het verleden blijkt dat dan incidenten afnemen.

Deze hulpverlening is intensief, ook wanneer het beter met haar lijkt te gaan, omdat uit het verleden blijkt dat ze bij afschaling direct gevaar vormt voor zichzelf en anderen. Afschalen kan dus niet; er is sprake van behoefte aan blijvende ondersteuning om ernstig nadeel te voorkomen. Daarnaast moeten woonvorm/dagbesteding, waar Monica komt, berekend zijn op haar soms afwijkende gedrag. Dit vraagt een ander soort inzet dan tot op heden gepleegd is.

### **Wettelijke kaders**

De zorg en ondersteuning voor Monica wordt vormgegeven vanuit de volgende wettelijke kaders: de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Participatiewet.

Om tot een gedeeld en expliciet beeld te komen van ieders wettelijke verantwoordelijkheden en tot toereikende (incidentele/structurele) bekostigingafspraken te komen, dienen de de wettelijke kaders ook in het geval van Monica als uitgangspunt.

Door de grondslagen expliciet te maken, wordt voorkomen dat betrokkenen en financiers onduidelijkheid ervaren rondom (de afbakening) van verantwoordelijkheden. De ketenveldnorm zelf gaat immers expliciet uit van het organiseren van samenhang tussen de verschillende juridische- en financiële kaders.

In de situatie van Monica worden de elementen uit de levensloopfunctie als volgt verdeeld over de wettelijke kaders:

Wlz: Langlopende indicatie; beschermd wonen, behandeling en begeleiding.

Zvw: Behandeling gedurende eerste 90 dagen

Wmo: ADL, tijdelijke beschermd wonen voorziening voor maximaal 90 dagen voordat de voorziening vanuit de Wlz is geregeld (vraagt inhoudelijke afspraken met en tussen gemeenten).

Participatiewet: bestaanszekerheid; werk en inkomen

Let op: De ruimte die partners binnen de wettelijke kaders hanteren (beschikbaarheid, toegang), vraagt nadere afspraken tussen betrokken organisaties en financiers. De ketenveldnorm gaat immers expliciet uit van het organiseren van samenhang tussen de verschillende juridische- en financiële kaders.

Dat betekent ook dat vraagstukken omtrent de beschikbaarheid en toegang tot elementen van de levensloopfunctie niet behoren tot de bekostiging. Deze inhoudelijke en organisatorische vraagstukken zijn voorliggend. Het is aan de regio's om hier fundamentele afspraken over te maken en sturing aan te geven.

## **Bekostiging**

Bekostiging uit:           WMO (eerste 90 dagen Beschermd Wonen incl. Dagbesteding)  
                                  ZVW (Behandeling gedurende eerste 90 dagen)  
                                  WLZ (indicatie 6VG na 90 dagen, verblijf in instelling)  
                                  Participatiewet (90 dagen bijstand, daarna zak- en kleedgeld tijdens verblijf)

### **Samenvatting kosten jaar 1:**

WMO eerste 3 maanden:	€	17.314
ZVW eerste 3 maanden:	€	4.962
WLZ restant jaar (9 maanden):	€	96.489
Participatiewet per jaar:	€	6.227
<hr/> Kosten totaal:	€	<hr/> 124.992

### **WMO:**

ZZP 4GGZ-C:                   € 192,38 per dag  
Totale kosten 90 dagen:       € 17.314

### **ZVW:**

Diagnosegroep:               Aandachtstekort- en gedragsstoornissen  
Minuten behandeling:       2.877 (op basis van ZZP SGLVGnorm, berekend voor 90 dagen)

DBC product:                 030 Aandachtstekort - en gedrag - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten

Maximaal NZa tarief:       € 4.962,16

### **WLZ:**

Na 90 dagen indicatie ZZP 7VG inclusief behandeling, inclusief dagbesteding

Tarief:	€ 350,87
Aantal dagen:	275
<hr/> Kosten WLZ:	<hr/> € 96.489

**Participatiewet:**

Bijstandsuitkering: € 1.025,55 (per maand, gedurende 3 maanden)  
Zak- en kleedgeld: € 350 (per maand, gedurende verblijf in instelling)

Totale kosten participatiewet: € 6.227

**Colofon**

Dit vignet dient als bijlage voor de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg en is tot stand gekomen met inzet van expertbureau jb Lorenz. Het betreft een verdere uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden. Voor meer informatie over de Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg kunt u terecht op [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl)



## Vignet “Marco”

Dit vignet is opgesteld ter verduidelijking van de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Het betreft een uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van Zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de Ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden.

### Situatie

Marco is een man van 42 jaar. Als adolescent komt hij als hangjongere in aanraking met softdrugs. In diezelfde periode ontwikkelt Marco een psychotische kwetsbaarheid. Daarnaast heeft Marco gedragsproblematiek, zo wordt hij snel boos in onbekende situaties en wordt regelmatig geschorst van school vanwege agressie. Gaandeweg schiet het incidenteel gebruik van cannabis door in een verslaving. Zijn omgeving maakt zich zorgen over de gevolgen van zijn gedrag én zijn drugsgebruik.

#### *Zorgverzekeringswet (ZVW)*

Wanneer mensen in zijn omgeving hun zorgen uiten, start de eerste (vrijwillige) behandeling van Marco. In eerste instantie is deze behandeling gericht op zijn verslaving, maar wanneer psychotische kwetsbaarheid wordt gediagnosticeerd richt de behandeling zich ook op deze kwetsbaarheid. De continuïteit van zorgverlening wordt wel bemoeilijkt doordat zorgaanbieders vaak moeite hebben met zijn agressieve gedrag. Meerdere behandelingen worden om die reden gestopt. Nieuwe behandelaars richten zich vaak maar op een deel van zijn problematiek: ggz óf verslaving. In deze periode verliest Marco vanwege zijn gedrag ook een groot deel van zijn sociale netwerk.

Na een paar jaar wisselende behandelingen concludeert een psychiater dat er misschien meer aan de hand is. Marco wordt op 27-jarige leeftijd gediagnosticeerd op autisme. Daarbij wordt geconstateerd dat wisselende gezichten in zijn omgeving bijdragen aan zijn gedragsproblemen en agressie.

#### *Verplichte zorg (BOPZ; ZVW)*

Tussen periodes van klinische opname ontwikkelt Marco steeds agressiever gedrag naar zijn omgeving. Zijn agressie is niet meer alleen gericht op hulpverleners en zijn directe omgeving, maar ook steeds vaker op buurtbewoners. Dit leidt tot vervelende conflicten en wanneer een ruzie uit de hand loopt eindigt dat voor Marco in een eerste verplichte opname: eerst in een crisisopname (IBS) en later in een langdurige periode van verplichte zorg (rechterlijke machtiging; RM).

Tijdens de verplichte zorg gaat het relatief goed met Marco. Door verminderd cannabisgebruik stabiliseert hij, maar zodra zijn RM afloopt verbreekt hij het contact met hulpverlening, pakt hij zijn gebruik weer op en verslechtert zijn situatie. Het gaat opnieuw mis wanneer Marco vastloopt in zijn administratie en schulden opbouwt. De woningcorporatie dreigt met een huisuitzetting wat maakt dat Marco geen uitwegen meer ziet en zijn woning in de brand steekt.

#### *Strafrecht (Wfz)*

Marco wordt opgepakt en veroordeeld. Onderdeel van straf is opname met een Artikel 37-maatregel op een Forensische Psychiatrische Afdeling (FPA). In het eerste jaar van zijn gedwongen behandeling gaat het

wederom goed met Marco. De gesloten structuur maakt ook hier dat zijn cannabisgebruik onder controle wordt gehouden, en structuur van de FPA draagt bij aan stabilisatie en bevordert zijn behandeling. Wel blijft Marco af en toe agressief en vindt er soms een terugval plaats.

#### *Verplichte zorg (BOPZ; ZVW, Wlz)*

Op zijn 36<sup>e</sup> loopt de Artikel-37 maatregel af en wordt er opnieuw een nieuwe rechterlijke machtiging (RM) aangevraagd. Deze wordt door de rechter afgegeven. Feitelijk blijft Marco daarmee op dezelfde plek als onder zijn Artikel 37-maatregel, waardoor zijn behandeling en gestructureerde omgeving wordt voortgezet.

Hier ontstaat echter een vervelende situatie: de RM'en worden steeds weer verlengd en de behandeling wordt gedurende deze hele periode voortgezet. Ontslag naar een eigen woning met ambulante zorg wordt ingeschat als te risicovol voor Marco zelf en de maatschappij. Uiteindelijk zit Marco al zeven jaar in deze setting.

Omdat uitstroom uit de klinische instelling wel tot de mogelijkheden behoort, is Marco door de FPA meerdere keren aangemeld bij een Beschermd Wonen-voorziening. Vanwege de combinatie van problematiek, wordt zijn aanmelding structureel afgewezen omdat instellingen aangeven de vereiste structuur niet te kunnen bieden. Ook een verzoek voor plaatsing voortgezet klinische behandeling wordt afgewezen omdat er primair geen sprake is van een behandelingsvraag maar van een verblijfsvraag.

#### *Instroom ketenveldnorm*

In 2019 wordt Marco vanuit de zorgaanbieder aangemeld voor de ketenveldnorm. Reden voor aanmelding is dat Marco woont op een behandelplek, omdat een passend en samenhangend alternatief niet kan worden georganiseerd. De ernst van de situatie wordt versterkt doordat Marco ondertussen volledig is gehospitaliseerd.

Bij het Veiligheidshuis is Marco overigens niet bekend: hij is immers al zeven jaar in verplichte zorg. Na aanmelding vindt een beoordeling plaats of alle voorliggende opties in het reguliere circuit én de strafrechtketen voldoende zijn uitgeput. Wanneer dat het geval blijkt en de situatie dermate ernstig is, wordt Marco geïncorporeerd in de ketenveldnorm. Daaropvolgend wordt een plan opgesteld voor een sluitende zorg en ondersteuning.

### **Wettelijke kaders**

Het levensloopteam maakt een plan dat is opgebouwd uit de volgende elementen:

- Woningaanbieder creëert een passende woonplek
- Begeleiding is intensief aanwezig en gericht op duurzaam contact opbouwen
- Flexibele ondersteuning in ADL en deelname aan de samenleving
- Kliniek biedt voortgezette behandeling en mogelijkheid tot tijdelijk verblijf (decompensatie)
- Inzet vanuit een ervaren dagbestedingspartner
- Een uitkering

Om tot een gedeeld en expliciet beeld te komen van ieders wettelijke verantwoordelijkheden en tot toereikende (incidentele/structurele) bekostigingsafspraken te komen, dienen de wettelijke kaders als uitgangspunt.

Door de grondslagen expliciet te maken, wordt voorkomen dat betrokkenen en financiers onduidelijkheid ervaren rondom (de afbakening) van verantwoordelijkheden. De ketenveldnorm zelf gaat immers expliciet uit van het organiseren van samenhang tussen de verschillende juridische- en financiële kaders.

Deze verschillende elementen uit het plan van Marco worden gefinancierd vanuit de volgende wettelijke kaders: de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke opvang 2015 en de Participatiewet.

Wlz: financier huidige setting behandeling en verblijf

ZVW: behandeling, tijdelijk verblijf (decompensatie)

Wmo: Woonbegeleiding, intensieve begeleiding, ADL, dagbesteding

Participatiewet: werk en inkomen

Wanneer het bepalen van de wettelijke grondslagen voor de verschillende elementen uit de levenslooppuntie onduidelijkheid geeft, kunnen de regio's en financiers gebruik maken van bestaande en ondersteunde afwegingskaders, dan wel aanvullende afspraken om de onduidelijkheden weg te nemen. We geven hierbij als voorbeeld de Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf en ontwikkelingen in de Wet verplichte ggz.

De werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf is opgesteld om de overgang van verblijf in een instelling voor geneeskundige ggz naar ambulante setting te bevorderen. Daarmee gaat de werkwijzer uit van het organiseren van samenhangende zorg en ondersteuning op meerdere leefdomeinen en raakt zodoende aan de organisatie en bekostiging van de levenslooppuntie.

Let op:

De werkwijzer is onderschreven door GGZ Nederland, Mind, de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en geeft duiding aan wettelijke verantwoordelijkheden, termijnen en randvoorwaarden en kan zodoende als erkend instrument worden gehanteerd bij de regionale invulling van de ketenveldnorm.

vraagstukken omtrent de beschikbaarheid en toegang tot elementen van de levenslooppuntie behoren niet

tot de

Per 1 januari 2020 vervangt de Wet verplichte ggz (Wvvggz) de BOPZ. Onderdeel van de verplichte zorg (de zorgmachtiging) wordt een inventarisatie van randvoorwaarden voor maatschappelijke deelname. De verantwoordelijk Geneesheer-Directeur kan zich dus uitspreken over randvoorwaarden op het gebied van wonen, inkomen, dagbesteding, en behandeling. Het is aan de Wvvggz-regio's om hier nadere invulling aan te geven. Het kan daarom verstandig zijn om bij vraagstukken over het organiseren en bekostigen van samenhangende zorg en ondersteuning aan te sluiten bij de regionale ontwikkeling op aanpalende beleidsterreinen.

bekostiging. Het is aan de regio's om hier fundamentele afspraken over te maken en sturing aan te geven.

## Bekostiging

Bekostiging vignet 3

WLZ	€	14.005
WMO	€	62.096
ZVW	€	19.911
Participatiewet	€	12.307
<b>Totaal</b>	<b>€</b>	<b>108.317</b>

#### WLZ:

Bekostiging WLZ op basis van 60 dagen ZZP 5GGZ-B in afwachting van beschikbaarheid van een passende BW-voorziening.

Tarief:	€	233,41
Aantal dagen		60
Kosten:	€	14.004,60

#### WMO:

Na 60 dagen overplaatsing naar BW-voorziening op basis van ZZP 5GGZ-C inclusief dagbesteding. Totaal 305 dagen bekostiging BW uit de WMO.

ZZP 5GGZ-C Incl.	€	203,59
Aantal dagen:		305
Kosten:	€	62.094,95

#### ZVW:

Behandeling tijdens verblijf op BW, bij decompensatie ook korte perioden verblijf op klinische voorziening in combinatie met opschaling behandeling. 4 maal per jaar 1 week klinisch verblijf.

#### Behandeling:

Per week 1 uur behandeling gedurende 48 weken per jaar. 2 uur per week gedurende 4 weken van klinische opname. Totaal aantal uren: 56 per jaar, 3.360.

DBC: 207 - Persoonlijkheid - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten

Tarief: € 8.88,35

Verblijf op kliniek categorie E (intensieve verzorging), gedurende 28 dagen per jaar.

Tarief per dag: € 393,65

Per jaar: € 11.022,20

Totale kosten ZVW per jaar: € 19.910,55

#### Participatiewet:

Kosten Participatiewet op basis van bijstandsuitkering. Vanwege de korte duur van de opname in een kliniek loopt de bijstandsuitkering in deze periode regulier door.

Hoogte uitkering per maand	€	1.025,55
Uitkering per jaar	€	12.306,60

## Colofon

Dit vignet dient als bijlage voor de handreiking voor de bekostiging van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg en is tot stand gekomen met inzet van expertbureau jb Lorenz. Het betreft een verdere uitwerking van bestaande vignetten van het programma Continuïteit van zorg. De casuïstiek is zo geformuleerd dat in alle gevallen de ketenveldnorm van toepassing is, om daarmee te illustreren hoe in concrete situaties bekostigingsafspraken gemaakt kunnen en moeten worden. Voor meer informatie over de Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg kunt u terecht op [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl)