



Handreiking implementatie Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Versie 1.0, 17 februari 2020

Deze handreiking is tot stand gekomen met dank aan

Significant (Jitske Nijhuis en Paula van Haaren)

opzet van de inhoud en evaluatie van de implementatiehandreiking Ketenveldnorm

JB Lorenz (Bianca den Outer)

opzet en inhoud van de bekostiging, de casussen voor bekostiging en de wettelijke kaders

Bureau ten Kate communicatie (Trea ten Kate)

eindredactie

Inhoudsopgave

VOORWOORD	4
Managementsamenvatting	5
Hoofdstuk 1 De opgave en doelgroep van de Ketenveldnorm.....	9
1.1 Wat is de opgave van de Ketenveldnorm?	9
Terugblik op de proeftuinen door de onderzoekers	9
Terugblik op de proeftuinen door de projectleiders	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
1.2 Hoe ziet de doelgroep van de Ketenveldnorm er uit?	11
Doelgroepomschrijving.....	11
De aantallen in de proeftuinen	11
Hoofdstuk 2 Samenwerking rond de Ketenveldnorm.....	12
2.1 Hoe richt je de projectstructuur voor de implementatie van de Ketenveldnorm in?.....	12
Constateringen en aanbevelingen.....	12
2.2 Welke partners hebben een rol in de Ketenveldnorm en hoe betrek je hen?	12
Cliënten en naasten	13
Aanbieders van zorg op alle levensgebieden	13
Veiligheidspartners.....	13
Gemeenten.....	14
Financiers	15
Andere partners in de regio	16
2.3 Hoe organiseer je de Ketenveldnorm binnen een grote regio?.....	16
Constateringen en aanbevelingen.....	16
Hoofdstuk 3 de inhoud van de Ketenveldnorm	18
3.1 Wat zijn de kenmerken van de groep personen die is geïnccludeerd in de levensloopfunctie? .	18
Redenen om een persoon niet te includeren in de levensloopfunctie	19
Uitstroom uit de levensloopfunctie.....	19
Constateringen en aanbevelingen.....	19
3.2 Hoe richt je het proces van aanmelden en toegang tot de levensloopfunctie in?	20
Constateringen en aanbevelingen.....	21
3.3 Hoe ziet de levensloopfunctie er uit?.....	21
Disciplines en expertise.....	21
Vaardigheden van professionals die de levensloopfunctie uitvoeren.....	22
Constateringen en aanbevelingen.....	22
3.4 Hoe organiseer je de levensloopfunctie?	23
Constateringen en aanbevelingen.....	23
3.5 Wat is de caseload van de levensloopfunctie?	24
3.6 Wat is er nieuw of anders aan de levensloopfunctie?	24
Constateringen en aanbevelingen.....	24
3.7 Welk instrumentarium wordt gebruikt?.....	26
Constateringen en aanbevelingen.....	26
3.8 Hoe worden passende woonvormen georganiseerd?	26
Constateringen en aanbevelingen.....	26
3.9 Hoe organiseer je de beveiligd intensieve zorg?.....	27
Afspraken over op- en afschaling	28

Constateringen en aanbevelingen.....	29
Hoofdstuk 4 Wettelijke kaders en bekostiging.....	30
4.1 Wettelijke kaders	30
4.2 Bekostiging.....	31
4.3 Te realiseren bekostigingsoplossingen in 2020.....	31
Hoofdstuk 5. Gegevensdeling en privacy bij het werken met de Ketenveldnorm en uitvoeren van de levensloopfunctie.....	33
5.1 Inleiding	33
5.2 Onduidelijkheid over welk juridisch kader van toepassing is op welk onderdeel van de Ketenveldnorm/levensloopfunctie	33
De juridische titel voor de aanmeld- en opstartfase /-toets.....	33
De juridische titel voor de (voorlopige) toegang tot de levensloopfunctie	34
Juridische kaders tijdens de uitvoering van de levensloopfunctie: trajectplan en regierol.....	34
5.3 Aanbevelingen voor de korte termijn	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.

BIJLAGEN

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

VOORWOORD

Hoe implementeren we de Ketenveldnorm

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 vier proeftuinen in de regio's Limburg, Midden-Nederland, Oost-Brabant en Overijssel. Het doel van dit onderzoek is om lessen en kritische succesfactoren uit de vier regio's op te halen, voor de implementatie van de Ketenveldnorm in alle andere regio's.

Van februari tot en met december 2019 haalde Significant Public iedere zes weken aan de hand van een monitoringsformat informatie op bij de proeftuinen over de implementatie van de Ketenveldnorm in hun regio. Na analyse van de informatie door de onderzoekers, werd het met de projectleiders van de proeftuinen en het landelijk projectteam gezamenlijk besproken. Bovendien waren de onderzoekers in alle regio's bij één of meerdere bijeenkomsten om samen met betrokken partners te reflecteren op de eerste ervaringen met de Ketenveldnorm in de regio. De uitkomsten vormen de basis voor de hoofdstukken 1, 2 en 3 van deze handreiking.

GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland hebben JB Lorenz gevraagd om de bekostiging van de Ketenveldnorm uit te rekenen. Zij hebben de verantwoordelijkheden van financiers op basis van de onderliggende wet- en regelgeving uiteengezet en met behulp van casussen de stappen en mogelijkheden voor bekostiging uitgewerkt. Deze informatie vormt de basis voor het hoofdstuk 4 en de bijlagen 'wettelijke kaders' en 'casussen' van deze handreiking.

Op het moment van schrijven van de handreiking is de ervaring met de Ketenveldnorm nog beperkt. In totaal zijn 49 mensen geïnccludeerd in de levensloopfunctie (meetmoment 24 november 2019). De eerste persoon is in mei 2019 geïnccludeerd. Dit betekent dat de constatering en aanbevelingen die zijn beschreven in de hoofdstukken 1, 2 en 3 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 beveiligde intensieve zorg. Informatie over de uitvoering van de Ketenveldnorm is (nog) in mindere mate beschreven.

Overal waar we in deze handreiking spreken over mensen of personen (geïnccludeerd in de levensloopfunctie) bedoelen we iedereen die onder de Ketenveldnorm valt: patiënten, cliënten, burgers, verzekerden.

Managementsamenvatting

Algemeen

Het doel van het werken conform de Ketenveldnorm is om een geïntegreerd en domein overstijgend zorgaanbod te organiseren en te leveren in een regio voor personen van 18 jaar en ouder die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een niet aangeboren hersenletsel.

Dit zorgaanbod (de levensloopfunctie) kan alleen worden georganiseerd in de samenwerking tussen het sociaal domein, het zorgdomein, het forensisch domein en het veiligheidsdomein. Zo ontstaat er een geïntegreerd aanbod voor mensen die langdurige bemoeienis en beveiligde intensieve zorg nodig hebben vanwege het (niet aflatende hoge risico op) gevaarlijk gedrag, vaak als gevolg van hun psychische stoornis, middelenaafhankelijkheid, verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenaandoening.

In vier proeftuinen wordt gewerkt aan de implementatie van de Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. De handreiking is voor de zeven andere regio's die in 2020 moeten starten om in 2021 landelijk volledig operationeel te kunnen zijn.

De eerste persoon is in mei 2019 geïncorporeerd in de levensloopfunctie. Dit betekent dat ongeveer zes maanden ervaring is opgedaan met het 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 en oplossingsrichtingen beschreven

De bestuurlijke keten

Om te kunnen werken conform de Ketenveldnorm moet er een domein- en stelsel overstijgende netwerksamenwerking opgezet worden binnen relatief grote regio's. Het creëren van deze structuur en het organiseren van deze samenwerking kost tijd, aandacht en inzet van de betrokken partners in de regio. Denk daarbij aan het informeren van ketenpartners en bespreken wat de verwachtingen zijn over het bestaan en de inhoud van de Ketenveldnorm. Ook vraagt het tijd om ketenpartners buiten het verzorgingsgebied van de levensloopaanbieder en ketenpartners waar eerder niet of nauwelijks mee werd samengewerkt, te leren kennen.

Aanbevelingen

- *Stel een projectleider aan die substantieel circa vier dagen per week beschikbaar is en een netwerk heeft binnen de verschillende domeinen. 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 spelen en taken hebben.*
- *Sluit aan bij bestaande structuren in de regio; maak kennis, leg verbindingen en maak heldere werkafspraken om de samenwerking goed te laten verlopen met andere initiatieven op het terrein van Zorg en Veiligheid en het sociaal domein.*
- *Betrek de bestuurlijk verantwoordelijke Burgemeesters en wethouders.*
- *Maak kennis, leg verbindingen en maak heldere werkafspraken met de Zorg en Veiligheidshuizen in de regio.*

De doelgroep

Mensen die binnen de levensloopfunctie zijn geïncorporeerd voldoen aan de omschrijving van de doelgroep zoals in de Ketenveldnorm gedefinieerd: personen van 18+ die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een niet aangeboren hersenletsel.

Aanbevelingen

Maak met de partners in de regio afspraken over toegangscriteria en wat er gebeurt met personen die niet geïncludeerd worden.

- *Benadruk dat een actueel gevaarsrisico alleen, geen inclusie criterium is.*
- *Benadruk 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 door partners van de zorg- en veiligheidshuizen bij de zorg- en veiligheidshuizen.
2. Aanmelding door partners van de zorg- en veiligheidshuizen bij de levensloopaanbieder.

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 verkrijgen.

Aanbevelingen

Organiseer een nauwe samenwerking met het zorg- en veiligheidshuis. Bij zorg- en veiligheidshuizen bestaat een infrastructuur voor overleg en afstemming van actuele casuïstiek.

- *Zorg dat ook niet-actuele casussen in de overlegstructuur een plek krijgen.*
- *Meld mensen aan in een relatief rustig stadium, wacht niet met aanmelden tot de situatie escaleert of de persoon zich in een crisissituatie bevindt.*

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 en (licht) verstandelijke beperking beschikbaar. De expertise van het Openbaar Ministerie, de politie en de reclassering maakt geen direct onderdeel uit van de teams die de levensloopfunctie bieden. De expertise is vaak wel 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 organisatie van de levensloopfunctie

De levensloopfunctie wordt op twee manieren georganiseerd:

1. Het formeren van nieuwe teams die de levensloopfunctie uitvoeren
 - 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. Een netwerkteam is gevoelsmatig 'van iedereen' in plaats van dat het gekoppeld is aan een specifieke aanbieder.
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 forensische FACT-certificering.

Kenmerken van de inhoud van de levensloopfunctie

- Alle leefgebieden worden betrokken bij het opstellen van een integraal trajectplan.
- Financiering is niet leidend.
- Een outreachende en vasthoudende werkwijze.
- Een langdurige en intensieve betrokkenheid vanuit verschillende expertisen en ketenpartners bij de zorg- en ondersteuningsbehoefte.
- Oog voor de samenhang tussen ambulante zorg en klinische zorg.

- Aandacht voor de verbinding met het sociaal domein.
- Expliciet aandacht voor mensen met LVB- en verslavingsproblematiek.

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 van de Ketenveldnorm.*
- *Agendeer knelpunten rond wonen in de regio in bestaande overlegstructuren, 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 manieren georganiseerd:

1. Een aparte afdeling voor de beveiligd intensieve zorg opstarten;
2. Gebruikmaken van de bestaande klinische (forensische) afdelingen binnen de regio.

Verzekeraars betalen de beveiligde intensieve zorg die nodig is. Ook als dat boven de afspraken is. Er zijn minder hoog beveiligde bedden ingekocht door verzekeraars dan er door zorgaanbieders zijn aangevraagd. De beveiligde bedden worden ingezet voor beveiligde intensieve zorg vanuit de Ketenveldnorm, maar ook voor patiëntgroepen die niet een integraal traject vanuit de levensloopfunctie krijgen, maar wel een beveiligde intensieve zorg nodig hebben op een klinische voorziening. De behoefte aan beveiligd intensieve bedden capaciteit op beveiligingsniveau 3 is in een aantal proeftuinen groot.

Aanbevelingen

Als de regio kiest voor het gebruikmaken 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' passende opnamemogelijkheid. Leg hierover afspraken vast zodat, wanneer een crisis zich voordoet, de kans op een 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 - bekostiging

Het is in geen enkele regio gelukt om in 2019 tot structurele afspraken te komen over de inkoop en bekostiging van de (ambulante) levensloopfunctie. Deze levensloopfunctie wordt, naar verwachting, een duurdere DBC met meer indirecte tijd dan andere DBC's. Hierdoor vallen deze DBC's mogelijk boven de gemiddelde prijs per cliënt die door de zorgaanbieder is afgesproken met de verzekeraar van de cliënt. Structurele, landelijke afspraken over een prestatieomschrijving en een tarief van de ambulante prestatie voor de uitvoering van de levensloopfunctie en de kosten van de aanmeld- en opstartfase worden gemist. De consequentie daarvan is dat vraagstukken rond bekostiging nu allemaal op casusniveau moeten worden opgepakt. Dit zorgt voor (te) veel afstemming en 'regelwerk' waarin voor elke casus nieuwe afspraken gemaakt moeten worden.

Aanbevelingen voor de bekostiging van de aanmeld- en opstartfase

De tijd die door de levensloopaanbieder wordt besteed in de aanmeld- en opstartfase wordt in rekening gebracht onder de Wmo.

Aanbevelingen voor de bekostiging van de uitvoeringsfase

Aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG) is gevraagd om mee te denken over een oplossing voor de financiering van de uitvoeringsfase van de levensloopfunctie. Op dat moment is de aanmeld- en opstartfase al doorlopen en is de persoon geïncorporeerd in de levensloopfunctie. De NZa acht een aparte inzichtelijk prestatie voor de uitvoeringsfase van de ambulante levensloopfunctie niet proportioneel. Er is nu geen apart inzichtelijke prestatie voor de uitvoeringsfase van de levensloopzorg aan personen die geïncorporeerd zijn in de ambulante levensloopfunctie. Deze zorg is in de Zvw, de Wlz, de FZ en de Wmo daarom niet zichtbaar in de registratie (zorgtype) en niet zichtbaar op de declaratie (prestatiecode).

- Een mogelijke tijdelijke oplossing is dat de levensloopaanbieder in de uitvoeringsfase met een code in de eigen registratie deze zorg codeert. Zo wordt 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 sinds 1-1-2019 een prestatiecode voor is vastgesteld door de NZa).*
- Er moet voor aanbieders de mogelijkheid zijn om een parallelle DB(B)C te openen, ook als de primaire DBC bij een andere aanbieder wordt uitgevoerd.*

Zodra de oplossingsrichting voor de financiering aan het begin van het verlengde pilotjaar is vastgesteld, wordt de structurele oplossingsrichting voor de bekostiging van de aanmeld- en opstartfase 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:

- Maak onderscheid tussen de verschillende situaties waarin de aanmeldtoets plaatsvindt. Als deze niet plaatsvindt op basis van een gedwongen kader of met toestemming van de persoon of wettelijk vertegenwoordiger, dan is het advies voor de korte termijn om deze anoniem te laten uitvoeren.*
- De voorlopige toegang en toegang tot het zorgdeel van de levensloopfunctie kan pas plaatsvinden als er een formele titel is. Dit is het gedwongen kader of toestemming van de persoon of wettelijk vertegenwoordiger. Als de titel niet duidelijk is kan het zorgdeel niet starten.*
- Als de levensloopfunctie wordt uitgevoerd in het vrijwillig kader, maak een duidelijke keuze ten aanzien van de positionering van het trajectplan en de regierol. Als deze in het zorgdeel worden belegd, is de Wgbo en daarmee het medisch beroepsgeheim van toepassing. Als deze bij een niet-zorgpartij worden 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 Opgave 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 persoon om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat de persoon nodig heeft en daarmee het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk te beperken.
- Goede toegang tot beveiligde intensieve zorg voor personen 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 projectleiders van de proeftuinen en de onderzoekers die betrokken waren bij de monitoring en evaluatie 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- en stelsel-overstijgende netwerksamenwerking binnen relatief grote regio's. Deze netwerkpartners maken in de Ketenveldnorm een gezamenlijke afspraak om een kleine groep personen met complex gedrag, zo lang en breed als nodig 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.

Terugkijkend is het, ondanks grote inspanningen van betrokken partners bij de Ketenveldnorm, (nog) niet gelukt om op regionaal niveau en binnen de bestaande wet- en regelgeving tot structurele afspraken over financiering en gegevensdeling te komen. Een aantal belangrijke belemmeringen moet nog weggenomen worden. Dit vraagt om extra bereidheid van alle betrokken partners én het vraagt lef om de grenzen van de eigen verantwoordelijkheid op te zoeken. Tegelijkertijd is de pilotperiode van minder dan één jaar relatief kort om deze opgave te realiseren. Proefondervindelijk is gesignaleerd dat het maken van structurele afspraken over financiering en gegevensdeling in de regio niet lukt. Dat signaal 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 het bestaan en de inhoud van de Ketenveldnorm. Ook kost het tijd om ketenpartners buiten het verzorgingsgebied van de levensloopaanbieder en ketenpartners waar nog niet of nauwelijks mee is 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 ontwikkelen van nieuwe zorg- en begeleidingsvormen (zoals een multi-organisatie levensloopteam).

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 gesteld. De professionals die de levensloopfunctie 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 persoon is outreachend, vasthoudender en intensiever. De 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. Het trajectdenken vanuit de persoon en zijn naasten is een belangrijke verandering.

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 worden door iedereen ervaren. Gedurende de proeftuin zetten we ons ervoor in om alle stappen gezamenlijk te zetten. Mensen bellen elkaar, weten elkaar snel te vinden. Dit heeft ook effect op de bejegening en ondersteuning van de personen. 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. De teams zijn operationeel en werken met casussen. Dit is flink pionieren voor de teams en zoeken hoe de werkwijze van de Ketenveldnorm te vertalen is naar de praktijk. Deze werkwijze typeert zich door trajectdenken 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 persoon 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, in de organisatie en in de uitvoering van de Ketenveldnorm. Ketenpartners hebben een samenwerkingsovereenkomst ‘implementatie Ketenveldnorm’ getekend, meerdere ketenpartners hebben bijgedragen aan de projectkosten en het project wordt aangestuurd door de regionale Programmaraad Zorg & Veiligheid.”

Projectleider Overijssel:

“Het traject dat een persoon volgt vormt ons uitgangspunt bij de implementatie van de Ketenveldnorm. In en ten behoeve van dit traject maken we de keuzes. In de projectorganisatie kiezen we ervoor 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 mogelijk gebruik te maken van de bestaande infrastructuur en alleen iets nieuws te ontwikkelen als het echt nodig is. We sluiten bijvoorbeeld aan bij de bestaande structuur in de zorg- en veiligheidshuizen en de bestaande samenwerking in het kader van het Forensisch Circuit Oost-Nederland. 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 Doelgroep van de Ketenveldnorm

Doelgroepomschrijving

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

- Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico op dit gedrag.
- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-)problematiek, die onvoldoende in bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.
- Er is of was sprake van een 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 blijkt in de praktijk hanteerbaar. In drie regio's zijn aanvullend op de doelgroepomschrijving regionale toegangscriteria opgesteld, zie bijlage B. Deze criteria zijn een nadere operationalisering van de doelgroepomschrijving, maar tast de omschrijving niet aan. Het gezamenlijk opstellen van deze criteria in een regio bleek heel nuttig om elkaar als professionals beter te leren kennen en voor het ontwikkelen van een gezamenlijk professioneel referentiekader.

Aanbevelingen

Concretiseer de toegangscriteria zoals benoemd in de Ketenveldnorm samen met de betrokken partners in de regio. Dit draagt bij aan een eenduidig beeld over de groep mensen die in aanmerking komt voor de Ketenveldnorm. Ook kan dit eventuele teleurstelling en irritatie van ketenpartners, bijvoorbeeld in situaties dat een persoon niet geïnccludeerd¹ wordt, voorkomen.

De aantallen in de proeftuinen

	Omvang regio	Inschatting potentieel aantal personen	Aantal aanmeldingen	Maand waarin eerste persoon is geïnccludeerd	Aantal personen geïnccludeerd
Overijssel	1,2 miljoen	110	21	Juni 2019	12
Oost-Brabant	1,4 miljoen	150	24	Juni 2019	9
Midden-Nederland	1,9 miljoen	100	16	Mei 2019	10
Limburg	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 personen² geïnccludeerd. Een uitgebreide toelichting op de kenmerken van de personen die in aanraking zijn gekomen met de Ketenveldnorm is beschreven in paragraaf 3.1.

¹ Met inclusie wordt toegang tot de levensloopfunctie bedoeld

² 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 de Ketenveldnorm is georganiseerd in de proeftuinen.

2.1 Projectstructuur inrichten voor implementatie van de Ketenveldnorm

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

- Limburg: De Rooyse Wissel
- Midden-Nederland: Fivoor
- Oost-Brabant: GGZ Eindhoven/De Woenselse poort
- Overijssel: Transfore

De aanbieder van de levensloopfunctie heeft een projectleider voor de proeftuin aangesteld. De projectleiders zijn ruim vier 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. In bijlage C staat een schematische weergave van de projectstructuur.

Constateringen

- *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 de (forensische) gehandicaptenzorg, verslavingszorg, 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 een netwerk binnen de domeinen zorg, veiligheid en het sociaal domein.*
- *Sluit aan bij bestaande (overleg)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:

- Patiënten en naasten
- Aanbieders van zorg op alle levensgebieden
- Aanbieders in het sociaal domein
- Veiligheidspartners
- Gemeenten
- Financiers
- Andere partners

Deze paragraaf beschrijft hoe de partners 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.

Patiënten en naasten

Het uitgangspunt van de Ketenveldnorm is dat patiënten en naasten zoveel als mogelijk betrokken worden bij het proces en de uitvoering van de zorg en ondersteuning vanuit het levensloopteam. (Familie)ervaringsdeskundigheid is in de project-, werk-, klankbord- en/of stuurgroepen vertegenwoordigd. Hun bijdrage is van toegevoegde waarde bij de organisatie en uitvoering van de Ketenveldnorm. De uitgangspunten voor het betrekken van patiënten 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 levenslooppuntie organiseert in nauwe samenwerking met andere aanbieders vanuit ggz, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, forensische zorg en het sociaal domein. De levenslooppuntie 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 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 voor een regionaal dekkend aanbod. Vaak zijn mensen die in aanraking komen met de Ketenveldnorm al bekend bij zorgaanbieders. Vanuit deze historie is het snel duidelijk wie van de aanbieders de levenslooppuntie 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 paragraaf 3.4.
- De aanbieder van de levenslooppuntie draagt op dit moment de (financiële) risico's bij inclusie van een persoon in de levenslooppuntie. Wanneer meerdere aanbieders de levenslooppuntie gezamenlijk uitvoeren, wordt het financiële risico gedeeld. Tegelijkertijd is dan het financieren soms moeizamer.

Veiligheidspartners

Veiligheidspartners (Openbaar Ministerie, politie, DJI, 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 zij op verschillende manieren betrokken:

- Veiligheidspartners kunnen mensen aanmelden, vaak 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 of de persoon bekend is bij de politie.

Wanneer een geïncludeerde 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 het team verplichte zorg van het Openbaar Ministerie) en het sociaal

domein³. 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 Generiek Casusoverleg Ondersteunend Systeem (GCOS) ingelezen worden bij juridische partners aan de ZSM-tafel (Zorgvuldig, Snel, op Maat).

- 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 drangmogelijkheden. 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 vaak bekend.

Gemeenten

Gemeenten hebben, onder andere op basis van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de participatiewet de taken en verantwoordelijkheden om ‘de zelfredzaamheid en de participatie van mensen met een beperking of mensen die leven met chronische psychische of psychosociale problemen zo veel mogelijk in de eigen leefomgeving te ondersteunen’. Ten aanzien van de Ketenveldnorm gaat het bijvoorbeeld om het bieden van begeleiding of het organiseren van wonen en dagbesteding. Op grond van de Participatiewet ondersteunen gemeenten in het zoeken naar werk en/of inkomensvoorzieningen. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor de openbare orde en veiligheid binnen de gemeenten. Daarnaast zijn gemeenten één van de financiers van de levenslooppuntie (WMO en participatiewet) en zijn mede verantwoordelijk voor het maken van afspraken en afstemming over de financiering van de levenslooppuntie.

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. De ervaring leert ons dat wanneer een gemeente een inwoner aanmeldt, zorgaanbieder en gemeente samen aan de lat staan om het traject van de Ketenveldnorm vorm te geven.

In de uitvoering van de Ketenveldnorm hadden gemeenten in het merendeel van de proeftuinen een beperkte rol. De rol van de gemeenten was 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, 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 levenslooppuntie (zie hoofdstuk 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 gestoken in het bekendmaken van de Ketenveldnorm bij gemeenten. Grotere gemeenten zijn over het algemeen

³ De verwachting is dat er in 2020 – na de inwerkingtreding van de Wet Verplichte GGZ – ook meer samenwerking met het Openbaar Ministerie en de gemeente (in het kader van het verkennend onderzoek) plaats gaat vinden.

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, op bestuurlijk en op ambtelijk niveau.

Aanbevelingen

- *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 personen en 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 daarna de succesverhalen met 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+ personen 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 betrokken als pilotdeelnemer.

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. In enkele proeftuinen zijn DiForZo 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. Er is behoefte aan structurele, landelijke afspraken over onder andere de bekostiging van de ambulante prestatie, de bekostiging van het vrijhouden van beveiligde bedden en de kosten van de aanmeld- en opstartfase. Omdat deze afspraken er niet zijn, worden vraagstukken rond bekostiging nu steeds op casusniveau opgepakt. Dit zorgt voor (te) veel afstemming en ‘regelwerk’ omdat 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 genoemde partners worden ook andere partners betrokken in stuurgroepen en/of projectgroepen, zoals:

- voorzieningen voor beschermd wonen
- maatschappelijke opvang
- penitentiaire instellingen (PI's)
- Regionale Ambulance Voorziening (RAV)
- GGD
- organisaties voor niet aangeboren hersenletsel
- voorzieningen voor werk en inkomen
- schuldhulpverlening

Deze partners hebben nog een beperkte rol gehad in de uitvoering van de Ketenveldnorm.

2.3 Ketenveldnorm organiseren 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 personen (op basis van een eerste inschatting in de vier proeftuinen circa 1600⁴ in Nederland) binnen de levensloopfunctie worden geïncorporeerd, is er gekozen voor vrij 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 en gevonden kan worden.

De vier proeftuinregio's (Overijssel, Midden-Nederland, Oost-Brabant en Limburg) zijn oranje weergegeven (afbeelding). In elke regio is een groot aantal gemeenten. 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

- *De proeftuinen sluiten zo veel 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:*
 - *De projectstructuur (inclusief projectleider die als centraal aanspreekpunt fungeert).*
 - *De bestuurlijke keten.*

⁴ Deze informatie is gebaseerd op de inschatting van het aantal cliënten in de vier regio's waar de proeftuin plaats vond. De inschatting van de vier proeftuinen is geëxtrapoleerd tot een landelijke inschatting.

- Het ontwikkelen van een gezamenlijk traject rond een persoon die is geïncorporeerd in de levensloopfunctie.

Op subregionaal niveau:

- 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.
- 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 mensen 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

- Het gemeentelijk ondersteuningsaanbod.

Op bovenregionaal niveau (landelijk en/of tussen regio's):

- Opschaling naar beveiligde zorg als passende bedden binnen de eigen regio niet beschikbaar zijn.
- Afspraken gegevensdeling.

Aanbevelingen

Maak afspraken over de bekostiging van de Ketenveldnorm op meerdere niveaus: lokaal, (sub)regionaal en landelijk. Voor meer informatie over de bekostiging zie hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 3 de inhoud van de Ketenveldnorm

3.1 Kenmerken van personen geïncludeerd in de levensloopfunctie

Onderstaande tabel beschrijft de populatie binnen de Ketenveldnorm.

49 personen per 24 november 2019	Beschrijving populatie
Datum includeren	De eerste persoon is geïncludeerd op 21 mei 2019. De laatste op 24 november.
Leeftijd	De gemiddelde leeftijd is 39 jaar. De jongste persoon is 19 jaar, de oudste is 60 jaar.
Geslacht	In de proeftuinen zijn 46 mannen en 3 vrouwen geïncludeerd.
Problematiek: (l)vb ja/nee	35% van de personen heeft lvb-problematiek. Bij 25% is er een vermoeden van lvb-problematiek, maar (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%) is er een vermoeden van ggz-problematiek, maar (nog) niet aangetoond.
Problematiek: verslaving ja/nee	95% 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. Met name dakloosheid een groot probleem.
Instroom	Ongeveer 40% van de personen stroomt in vanuit een klinische setting. 30% ontving al ambulante zorg (o.b.v. de Wmo, Zvw of forensische zorg). 15% stroomt in vanuit detentie (PI of JJI). De overige 15% heeft geen recent zorgcontact/onbekend.
Persoon al 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 50% van de personen is op het moment van aanmelden in crisis.
Behoefte 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 persoon 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 50% deze toestemming.
Strafrechtelijke titel aanwezig bij aanmelding	20% van de personen heeft een strafrechtelijke titel op het moment van instroom.
Civilrechtelijke titel aanwezig bij aanmelding	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, ForFACT en meerdere klinische opnames) zijn eerder al ingezet. In de zorghistorie van de geïncludeerde personen komen de volgende elementen terug:

- Zij zijn meerdere keren klinisch opgenomen geweest (met een CM, ZM, artikel 37-maatregel of tbs-maatregel). Er is sprake van overplaatsingen tussen klinieken of ontslag uit klinieken.

- Zij 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 zij weer terug in oud gedrag.
- Alle geïnccludeerde personen hebben een strafblad en vele incidenten en meldingen van gevaarlijk gedrag en overlast achter hun naam. Het strafblad bestaat vaak uit vermogens- en geweldsdelicten. Zij zijn regelmatig gedetineerd geweest, op basis van een artikel 37 geplaatst in een psychiatrisch ziekenhuis, hebben een ISD-maatregel of soms tbs-maatregel gehad. Reclasseringstrajecten zijn vaak niet positief afgerond.
- Een stabiele woonsituatie is 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 iemand 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 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 geïnccludeerd. 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 werd 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

- *Mensen die binnen de levensloopfunctie zijn geïnccludeerd voldoen aan de omschrijving van de doelgroep zoals in de Ketenveldnorm gedefinieerd.*
- *Een deel van de mensen die door ketenpartners is aangemeld voor de levensloopfunctie is niet geïnccludeerd.*
- *Het merendeel van de mensen wordt door verwijzers aangemeld op het moment dat er een actueel gevaarsrisico of een crisissituatie is. Het opstarten van behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit de levensloopfunctie in een relatief rustige periode is echter prettiger voor de persoon. Het helpt wanneer deze persoon eerder aangemeld worden.*

Aanbevelingen

- *Het is belangrijk om zoveel mogelijk samen met de partners in de regio afspraken te maken over toegangscriteria (zie paragraaf 1.2) en wat er gebeurt met personen die niet geïnccludeerd worden. Heb hierbij specifiek aandacht voor:*
 - *Benadruk dat alleen een actueel gevaarsrisico geen inclusie criterium is.*

- *Zorg dat partners zich realiseren dat de levensloopfunctie geen oplossing is voor alle crisissituaties.*
- *Adviseer een werkbaar alternatief voor mensen die niet geïncludeerd worden.*

3.2 Inrichten proces van aanmelden en toegang tot de levensloopfunctie

Er zijn twee scenario's voor de manier 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 via een aanmeldformulier.
2. **Screening.** De procesregisseur (al dan niet met convenantpartners in een casuoverleg) screent en verrijkt de aanmelding met beschikbare informatie. Hierin wordt onder andere gekeken of de persoon voldoet aan de doelgroepomschrijving voor de Ketenveldnorm 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 bij welk team of aanbieder de persoon op basis van locatie en problematiek het beste past. Het aanmeldoverleg 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.⁵

2. Aanmelding bij de levensloopaanbieder

In Midden-Nederland verloopt de aanmelding via een aanmeldformulier en een website. De screening van de aanmeldingen is belegd bij een aanmeldcommissie waar elk levensloopteam vertegenwoordigd is. De aanmeldcommissie 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 aanmeldcommissie niet tot includeren besluit, adviseren ze de aanmelder waar hij of zij het beste terecht kan. Wanneer de aanmeldcommissie onvoldoende informatie uit het aanmeldformulier en toegevoegde bijlagen haalt, heeft de coördinator van de aanmeldcommissie de mogelijkheid om aan te sluiten bij een (bestaand) casuoverleg bij het zorg- en veiligheidshuis.

Het aanmeldpunt werkt via het cliëntvolgend ICT-systeem [Zocus](#). Iedereen mag een persoon aanmelden (bijvoorbeeld ook naasten, ggz-instellingen/klinieken, of zorgverzekeraars) ter bespreking bij de aanmeldcommissie. Bij aanmelding is instemming van de persoon voor het verlenen van zorg en delen van gegevens een vereiste.

⁵ In Limburg is afgesproken dat het definitieve besluit in het Provinciaal aanmeldoverleg wordt genomen.

Constateringen

- *Betrokkenheid van het zorg- en veiligheidshuis is essentieel in het bij elkaar brengen van informatie om een aanmelding te verrijken. De proeftuinen die de aanmeldingsfase 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 lastiger zijn.*
- *Als de aanmelding voor de levensloopfunctie bij een zorg- en veiligheidshuis is belegd, mogen alleen convenantpartners van het zorg- en veiligheidshuis personen aanmelden. Hierdoor wordt niet aan alle partners (naasten, zorgverzekeraars en in sommige gevallen ook een zorgaanbieder) 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 aanmelding en toegang en het eventueel aanpassen van de aanmeldprocedure en toegangscriteria.*
- *De voorlopige toegang (90-dagen-regel⁶) is in de regelgeving en bij regionale partners onbekend. Bovendien is het organiseren van beschikkingen en indicaties een continu proces en niet gebonden aan de fase van aanmelding en toegang.*

Aanbevelingen

- *Organiseer een nauwe samenwerking met het zorg- en veiligheidshuis. Bij zorg- en veiligheidshuizen bestaat een infrastructuur voor overleg en afstemming van actuele casuïstiek.*
 - *Zorg dat ook niet-actuele casussen in de overlegstructuur een plek krijgen. Wacht niet met aanmelden totdat de situatie escaleert of de persoon zich in een crisissituatie bevindt. Het helpt wanneer mensen eerder – in een relatief rustig stadium - aangemeld worden.*
- *De juridische titel om gegevens uit te wisselen bij de aanmelding staat beschreven in hoofdstuk 5: Gegevensdeling en privacy.*

3.3 Hoe ziet de levensloopfunctie eruit?

Disciplines en expertise

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

- 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.

⁶ 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 beoogd om de indicatie uit het voorgaande stelsel voor maximaal 90 dagen over te nemen zodat de zorg en de bekostiging gecontinueerd worden. Omdat dit in de regelgeving niet is verankerd, is de '90-dagen regel' gebleven bij een gedachte.

Onafhankelijk van de manier waarop de levensloopfunctie in de proeftuinen is georganiseerd (zie paragraaf 3.4), stellen de verschillende zorgaanbieders expertise op het gebied van forensische ggz, verslavingszorg, (licht) verstandelijke beperking beschikbaar. In de bijlagen is een overzicht van de samenstelling van de teams die de levensloopfunctie uitvoeren in de proeftuinen opgenomen.

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 relativiseringsvermogen.
- Kan omgaan 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

- *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 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 levensloopfunctie. 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 (nog) niet gemist. De verwachting is dat de behoefte aan deze expertise groeit naarmate mensen langer geïnccludeerd zijn en zij zich ontwikkelen richting beschermd/begeleid/zelfstandig wonen met een grotere begeleidingscomponent.*
- *In Oost-Brabant en Limburg wordt rondom iedere persoon een 'levensloopteam' geformeerd. De rol van het sociaal domein binnen het levensloopteam is in deze proeftuinen expliciet gemaakt en vastgesteld:*
 - *Oost-Brabant koppelt – naast een casemanager van een ForFACT-team - een gemeentelijke casusregisseur aan elke persoon die wordt geïnccludeerd. De gemeentelijk casusregisseur coördineert en volgt de gemeentelijke ondersteuning en legt de verbinding met Openbare Orde & Veiligheid.*
 - *Limburg wijst per persoon een levensloopcasemanager, een participatiecoach en een Wmo-consulent aan. Ook is een procesregisseur van het zorg- en veiligheidshuis betrokken als escalatiemogelijkheid bij stagnerende ketensamenwerking. Zorgprofessionals zijn blij met deze rol van de gemeente. Zij zien de voordelen van één ingang bij gemeenten in plaats van een zoektocht 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 patiëntgebonden) tijd in beslag. Deze werkzaamheden worden belegd bij de casemanager vanuit de levensloopfunctie 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. Aanvullend besteden de projectleiders veel indirecte uren aan relatie- en netwerkbeheer. Deze werkzaamheden verschuiven gedurende de implementatie steeds meer richting de levensloopcasemanagers of het levensloopteam.*

3.4 Het organiseren van de levensloopfunctie

1. Het formeren van nieuwe teams die de levensloopfunctie uitvoeren

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

Overijssel formeerde één levensloopteam waarin professionals vanuit verschillende zorgaanbieders (met expertise op onder andere lvb en verslaving) gedetacheerd zijn naar één aanbieder. Beschikbaar op consultbasis:

- arts verstandelijk gehandicapten
- verslavingsarts
- toezichthouder Reclassering

2. Aansluiting bij en uitbreiding van bestaande ForFACT-teams

Oost-Brabant en Limburg kiezen ervoor om geen aparte teams te formeren voor de levensloopfunctie. Er wordt een 'levensloopteam' georganiseerd rondom elke persoon die instroomt. Een persoon in de levensloopfunctie 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 de persoon betrokken. De procesregisseur wordt ingeschakeld wanneer de ketensamenwerking stagneert. Als 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 levensloopfunctie 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 levensloopmanager coördineert de zorg.

Constateringen

- *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 personen 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 www.continuiteitvanzorg.nl.*
- *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 het formeren van een nieuw team is dat het opstarten tijd kost. Medewerkers moeten elkaar nog leren kennen, het is ingewikkeld om de backoffice organisatorisch en administratief goed te regelen en het delen van informatie is lastiger wanneer professionals vanuit meerdere organisaties in een team samenwerken. Op welke manier wordt bijvoorbeeld omgegaan met tijd die niet direct naar patiënten gaat? Professionals uit dit team kunnen niet schrijven op de DBC.

- *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, zodat een gezamenlijk dossier kan worden gevoerd. De mogelijkheid om informatie te delen is beperkt tot het levensloopteam. Dat betekent dat professionals geen informatie uit hun moederorganisatie mogen delen of mee terug mogen nemen. Zie hiervoor ook het hoofdstuk over gegevensdeling.*

3.5 Caseload van de levenslooppuntie

Het is nog niet 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 mensen.

De levenslooppuntie wordt in een aantal proeftuinen uitgevoerd vanuit bestaande ForFACT-teams. De reguliere caseload van een ForFACT-team is 1:22⁷. Voor een ForFACT-team ligt deze caseload op 1:15⁸. De verwachting is dat de caseload van deze teams ongeveer de helft kleiner is dan de caseload van een ForFACT-team. Levenslooppatiënten hebben over het algemeen een langduriger traject dan reguliere patiënten, 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 levenslooppatiënten. Daarnaast moet rekening worden gehouden met meer indirecte tijd.

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 per onderdeel 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 mensen is geïnccludeerd en de ervaringen met de levenslooppuntie nog beperkt zijn. De manier waarop mensen in de Ketenveldnorm bejegend worden en de manier waarop de samenwerking tussen partners wordt vormgegeven is daarentegen wel nieuw.

Constateringen

- **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- en veiligheidshuis, met de casemanager levenslooppuntie, de gemeente en andere betrokken professionals. Het werken met een*

⁷ Bron: Bahler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & Platform For(F)ACT. (2019). ForFACTSchaal 2019. CCAF, Utrecht.

⁸ Bron: Bahler, M., Delespaul, P., Kroon, H., Vugt van, M., Westen, K., & Platform For(F)ACT. (2019). ForFACT-Schaal 2019. CCAF, Utrecht.

integraal trajectplan is voor de meeste proeftuinen nieuw. Overijssel en Oost-Brabant hebben meer ervaring met het denken in patiënttrajecten en het werken met traject- en scenarioplannen.



- Bij het opstellen van het integraal trajectplan worden meerdere scenario's bedacht; wat moet er bijvoorbeeld georganiseerd worden als de situatie van de persoon verandert (iemand raakt in crisis, wordt verdacht van een strafbaar feit, kan de stap maken naar begeleid wonen, et cetera). Voordat deze situatie zich voordoet stemt de levensloopcasemanager af met de organisaties die in de verschillende scenario's een rol hebben.
- In de proeftuinen is 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 de persoon 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 is het de wens van de proeftuinen om het traject door te laten lopen. 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 tot afspraken over dit punt heeft geleid, is dit wel een vernieuwend 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 te investeren vóórdát de daadwerkelijke behandeling en begeleiding kan starten. Anders dan bij aanmeldingen voor het reguliere ForFACT-team, houden zij vast. Oók wanneer een persoon tot vijf keer toe niet thuis

geeft of afspraken niet nakomt. Ook wanneer een persoon wordt aangehouden of gedetineerd raakt. Ook wanneer een persoon zich misdraagt of gewelddadig is. 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 betrokkenheid vanuit verschillende expertisen en ketenpartners.** De betrokken professionals ervaren meer ruimte om contact te maken. De afspraak is dat een persoon 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 Instrumentarium

De proeftuinregio's sluiten voor risicotaxatie aan bij de huidige werkwijze van de ForFACT-teams. Zij maken in de ambulante trajecten gebruik van de [FARE](#) als risicotaxatie-instrument. Naast risicotaxatie brengen de betrokken professionals ook periodiek de stand van zaken en 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

- **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 de 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 geïncludeerde 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. Mensen 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

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 mensen 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 voor het toewijzen van een woning. Het kan helpen om uit te leggen dat iemand 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 Organisatie van 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 persoon zijn een specifieke context, inzet en vaardigheden vereist voor deze zorg. In de beveiligde intensieve zorg wordt hierin als volgt voorzien:

- *Er is sprake van intensieve zorg, de mate waarin kan per persoon en over de tijd verschillen.*
- *Een orthopedagogisch leefklimaat en materiële beveiliging zijn onderdeel van de context waarin de zorg plaatsvindt.*
- *Behandelkenmerken van een gesloten afdeling binnen de reguliere ggz of (sg)lvg.*
- *Expertise uit de forensische zorg waaronder herstelgerichte benadering en de-escalerend werken.*
- *Afschaling in zorg, zodra dat kan, vindt plaats ambulante. 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.** GGZ Eindhoven in Oost-Brabant heeft gekozen voor een aparte afdeling Beveiligd Intensieve Zorg (BIZ). De afdeling heeft 12 bedden, waarvan 8 bedden zijn aangewezen voor mensen zonder strafrechtelijke titel, die met een ZM (of vrijwillig) opgeschaald worden. Dit zijn onder andere mensen die geïncorporeerd zijn in de levensloopfunctie. De BIZ biedt intensieve zorg aan mensen 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 mensen 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 en 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. Ook in Limburg (Mondriaan) wordt op dit moment een afdeling BIZ (bestaande uit acht beveiligd intensieve bedden) ontwikkeld.

2. **Gebruik maken van de bestaande klinische afdelingen binnen de regio.** De andere drie proeftuinen maakten in het pilotjaar 2019 gebruik van de bestaande klinische afdelingen.⁹ Het gaat om beveiligde zorg op beveiligingsniveau 2 (FPA) of 3 (FPK) en reguliere 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. Er is 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 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 mensen die geïnccludeerd 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 in afstemming met de psychiater het mandaat om op- en af te schalen in zorgintensiteit. Voorafgaand aan een opname wordt de benodigde informatie met de zorginstelling gedeeld via een aanvulling op het aanmeldformulier. De aanmelding doorloopt de reguliere procedure van de zorgaanbieder waar de persoon wordt opgenomen. De levensloopcasemanager houdt gedurende de opname contact met de persoon. 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 vastloopt, 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 en is tijdelijk. Voorafgaand aan opschalen worden terugname garantie afspraken gemaakt en wordt de benodigde informatie met de zorginstelling gedeeld via een aanmeldformulier. De casemanagers blijven bij deze opschaling betrokken (bijvoorbeeld bij zorggesprekken) en zijn ook betrokken bij de uitstroom. Er zijn diverse escalatiestappen mogelijk als er problemen zijn, zoals interne organisatie, zorg- en veiligheidshuis, Adviestafel.

⁹ In Limburg wordt op dit moment een beveiligd intensieve afdeling ontwikkeld. In 2020 zullen zij gebruik maken van de capaciteit op de BIZ én de bestaande klinische afdelingen.

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

- **De verzekeraar betaalt de beveiligde bedden die nodig zijn voor hun verzekerden.** Er zijn in de praktijk minder hoog beveiligde bedden ingekocht door verzekeraars dan er is aangevraagd. 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 mensen direct aan voor een dergelijke klinische opname. Dat levert spanning op in de regio, vooral als de vraag niet wordt gehonoreerd.
- **De behoefte aan beveiligd intensieve capaciteit op beveiligingsniveau 3 blijkt in een aantal proeftuinen groot.** De vraag naar bedden met dit beveiligingsniveau is vaak groter dan het aanbod van dat moment, 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 plaatsvond zijn de extra kosten (circa 200 euro per dag) voor deze extra beveiligingscomponent niet vergoed: beveiligingsniveau 4 kent binnen de Zvw geen betaaltitel.
- De proeftuinen die geen aparte afdeling voor beveiligd intensieve zorg organiseerden zien hier de inhoudelijke voordelen van in.

Aanbevelingen

Als er geen aparte afdeling voor beveiligd intensieve zorg georganiseerd wordt, houd dan rekening met:

- 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 mogelijkheden om af te schalen.
- Denk in het integrale trajectplan na over een 'best' en 'second-best' scenario. Maak deze afspraken tijdig zodat bij een crisis de kans op een (second best) passende opnamemogelijkheid groter is.
- 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 (dagelijkse) 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 bleek in het eerste pilotjaar een zeer weerbarstige werkelijkheid. 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 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 aanbevelingen dan de voorgaande hoofdstukken. Wel worden de wettelijke kaders uiteengezet, via casussen 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 levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. De wettelijke kaders en grondslagen vormen de basis van de uitvoering van de levensloopregeling. De grondslagen expliciet maken voorkomt dat betrokkenen en financiers onduidelijkheid ervaren rondom (de afbakening van) verantwoordelijkheden.

Casussen 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 casussen (zie bijlage F) wordt duidelijk wat de kosten van ondersteuning van mensen uit de doelgroep van de Ketenveldnorm kunnen zijn. Daarnaast geven deze casussen een beeld van de mogelijkheden van bekostiging als er sprake is van een levensloopfunctie. 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 levensloopfunctie en de beveiligde intensieve zorg en zo wordt recht gedaan aan regionale diversiteit.

Aanbevelingen

- *Stel bij het voorbereiden van de samenwerkingsafspraken in een regio op basis van de wettelijke kaders vast welke partij waarvoor verantwoordelijk is.*
- *Sluit een convenant met elkaar in de regio. Dat genereert draagvlak.*
- *Breng in kaart welke partijen, 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, declareren of financieren. De eerste stap is dat dit begin 2020 in landelijke kaders landt. De uitwerking vindt in de regio's plaats.

Aanbevelingen

- *Ga tijdig in overleg met de financiers en zorgaanbieders. Monitor de meerkosten.*
- *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 patiëntenzorg vindt plaats vanuit de Wmo 2015, 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 Wmo 2015, 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:

Aanmeld- en opstartfase

Aan ZN en de VNG is gevraagd om mee te denken in een oplossing voor de financiering van de aanmeld- en opstartfase in het verlengde pilotjaar vanaf 1-1-2020. Het is op dit moment niet duidelijk wie wat moet betalen. Er is in de Zvw, FZ of Wlz geen betaaltitel / prestatie voor de aanmeld- en opstartfase waarin (verkennd) onderzoek plaatsvindt op alle levensgebieden ter beoordeling van de inclusie voor de levensloopzorg.

Aanbeveling voor de bekostiging van de aanmeld- en opstartfase

De tijd die door de levensloopaanbieder wordt besteed in de aanmeld- en opstartfase moet in rekening worden gebracht onder de Wmo.

Zodra de oplossingsrichting voor de financiering aan het begin van het verlengde pilotjaar is vastgesteld, wordt de structurele oplossingsrichting voor de bekostiging van de aanmeld- en opstartfase 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 persoon de aanmeld- en opstartfase al doorlopen en is geïnccludeerd in de levensloopfunctie). Nu is er geen apart inzichtelijke prestatie voor de uitvoeringsfase van levensloopzorg aan mensen die geïnccludeerd 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 zorg codeert. Op die manier kan, binnen de wettelijke kaders van de AVG, worden aangetoond wat de omvang en kosten van deze groep zijn. In de contracten tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gemeenten, zorgkantoren en DJI kunnen op basis van deze eigen registratiecodes afspraken over deze groep en omvang van de DBC's voor behandeling en verblijf gemaakt worden. Landelijk is er een prestatiecode voor de klinische beveiligde capaciteit in een regio, vastgesteld door de NZa. De structurele oplossing wordt meegenomen met het traject van vaststelling van de Ketenveldnorm.

In een aantal situaties wordt de primaire DB(B)C uitgevoerd door een andere zorgaanbieder dan de levensloopaanbieder. In die situaties zou de levensloopaanbieder een parallelle DB(B)C moeten kunnen openen.

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 vond een eerste analyse plaats van de gegevensverwerking bij samenwerking tussen partijen in het kader van de Ketenveldnorm en de levensloopfunctie. Dit hoofdstuk bevat de voorlopige conclusies van die analyse. Uit de analyse volgt dat bij de toepassing van de Ketenveldnorm onderscheid gemaakt moet worden tussen (persoons)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. Deze situaties en keuzes expliciteren biedt professionals duidelijkheid over de manier waarop zij in specifieke situaties met gegevens om moeten gaan. De juridische kaders voor de verschillende situaties en positioneringskeuzes zijn niet volledig uitgewerkt. Deze worden in de loop van het voorjaar verder 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 voor professionals vaak 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 juridisch kader. Daardoor weten de uitvoerend professionals niet aan welke regels ten aanzien van gegevensverwerking zij zich moeten houden en weten de organisaties niet hoe zij de gegevensverwerking zorgvuldig moeten inrichten.

De juridische titel voor de aanmeld- en opstartfase en -toets

De juridische titel voor de aanmeld- en opstartfase en aanmeldtoets in de levensloopfunctie kan verschillen per situatie. In de aanmeld- en opstartfase wordt met behulp van een aanmeldtoets bepaald of iemand voldoet aan de criteria om geïncorporeerd te worden in de levensloopfunctie. De levenslooppaanbieder voert deze toets uit op verzoek van een aanmeldende partij. Het verzoek kan de uitkomst zijn van een casusoverleg in het zorg- en veiligheidshuis¹⁰.

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

- De aanmeldtoets is onderdeel van een zorgplan in een gedwongen kader. Per 1 januari 2020 is dat de WvGGZ of de WZD. De WvGGZ of WZD vormen dan de wettelijke basis voor de aanmeldtoets.

¹⁰ 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.

- De aanmeldtoets vindt plaats met toestemming van de persoon, 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 de persoon 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 vraagt de aanmeldende partij de aanmeldtoets aan om te kunnen beoordelen of deze persoon in aanmerking komt voor de levensloopfunctie. 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 kan zijn dat de toets plaatsvindt op basis van (noodgedwongen beperkte) anonieme informatie en leidt tot een advies aan de aanmeldende partij.

Bovenstaande laat zien dat de startsituatie van invloed is op het juridisch kader dat van toepassing is en 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 eventueel in combinatie met een zorgovereenkomst of toestemmingsformulier gegevensdeling. Het toestemmingsformulier is nodig 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 en heeft de zorgprofessional onvoldoende juridische basis om gegevens te delen in het kader van 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. Samen moeten ze leiden tot een stabiele en veilige situatie voor de persoon, zijn naasten en omgeving. In veel gevallen ligt het zwaartepunt van de ondersteuning bij de levensloopaanbieder. 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, vanuit hun eigen wettelijk kader. 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 hierin keuzes gemaakt worden.

Afhankelijk van de positionering van het trajectplan en de regierol kunnen verschillende juridische kaders van toepassing zijn. Bijvoorbeeld:

- **De levensloopfunctie wordt uitgevoerd binnen het gedwongen kader van de WvGGZ of WZD:** in deze situatie fungeert het zorgplan in het kader van de WvGGZ of WZD in de regel als trajectplan en fungeert de casemanager van de levensloopaanbieder als regisseur. Beiden zijn geheel gepositioneerd binnen het 'zorgdeel' van de levensloopfunctie. Het juridisch kader van de WvGGZ respectievelijk de WZD is van toepassing op de gegevensverwerking.
- **De levensloopfunctie wordt uitgevoerd binnen het vrijwillig kader en het trajectplan en de regisseursrol is gepositioneerd binnen het zorgdeel van de levensloopfunctie:** in deze situatie is op het trajectplan en de regierol van de casemanager de Wgbo van toepassing, ook op de onderdelen die geen onderdeel zijn de behandeling maar die plaatsvinden 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 is gepositioneerd bij een van de betrokken partijen buiten het zorgdomein:** in deze situatie is op het trajectplan en de regierol van de casemanager het juridisch kader van toepassing 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 kan de gegevensdeling eventueel op basis van een zorgovereenkomst in aanvulling op de behandelovereenkomst.

Als 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.

Aanbevelingen

- *Maak onderscheid tussen de verschillende situaties waarin de aanmeldtoets plaatsvindt. Vindt deze niet plaats op basis van een gedwongen kader of met toestemming van de persoon of wettelijk vertegenwoordiger, dan is het advies voor de korte termijn om deze anoniem uit te voeren.*
- *De voorlopige toegang en toegang tot het zorgdeel van de levensloopfunctie kan pas plaatsvinden als er een formele titel is. Dit is het gedwongen kader of toestemming van de persoon of wettelijk vertegenwoordiger. Als de titel niet duidelijk is kan het zorgdeel niet starten.*
- *Als 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. Als 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.*

Bijlage A

Regio-indeling pilot Ketenveldnorm 2019

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 Veiligershuis 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	Brabant Noordoost 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 B

Toegangscriteria Ketenveldnorm 2019

Regionale toegangscriteria (Oost Brabant)

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

Regionale toegangscriteria (Limburg)

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

Persoon in systeem kenmerken (Overijssel en Midden-Nederland)

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

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

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

Limburg

Stuurgroep

Provinciaal bestuurlijk strategisch overleg zorg en veiligheid

Naast het onderwerp ‘personen met verward gedrag’ wordt ook de voortgang van de ketenveldnorm en Wvvgz besproken

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’s 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, familie- en ervaringsdeskundigheid, SGL

Werkgroep levensloopteam

Be-there, CZ, de Rooyse Wissel, ervaringsdeskundige, ForZo/JJI, Gemeenten, LSFVP, MO/BW, Mondriaan, Mutsaersstichting, STEVIG/Dichterbij, Ypsilon, Veiligheidshuizen, Vincent van Gogh 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

Bijlage C – Projectstructuur Ketenveldnorm

Midden-Nederland

Stuurgroep

Gemeenten, Veiligheidshuizen, Zorgaanbieders. Stichting MIND en zorgverzekeraar Zilveren Kruis

Projectteam

Medewerkers van Fivoor:

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

Werkgroep Financiën

Zilveren Kruis, Zorgkantoor
Gemeenten, DJI, diverse
zorgaanbieders

Werkgroep Zorg

Diverse organisaties hebben
deelgenomen aan de werkgroep,
afhankelijk van de specifieke
vraag die voorlag

Grote groep van partijen die op verschillende wijzen betrokken zijn bij de Ketenveldnorm (met name informeren)

Oost-Brabant

Stuurgroep

Programmaad Zorg & Veiligheid fungeert als regionale stuurgroep en is verantwoordelijk voor besluitvorming/richtinggevende uitspraken

Ervaringsdeskundige, wethouder gemeente Vught (voorzitter), gemeente Eindhoven, gemeente Oss, gemeente Helmond, gemeente Oirschot, gemeente Bernheze, 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

Samenwerking en projectuitvoering

Samenwerking is geborgd in een samenwerkingsovereenkomst implementatie ketenveldnorm 2019-2020, organisaties zijn veelal zelf verantwoordelijk voor besluitvorming

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.

Werksessies:

1. Doelgroep & Zorglandschap
2. Samenwerking & Inrichting
3. Aanmelden & Toegang
4. Beveiligde Zorg
5. Klantreis levensloopfunctie

Evaluatie 2019 & aanbevelingen 2020

Maandelijks Adviestafel

Includeren cliënten en bespreken voortgang uitvoering

Regionale Klankbordgroep Cliënten en Naasten

Overijssel

Stuurgroep

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

Projectgroep

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

Werkgroep Inkoop Inkoopketen

(op afroep beschikbaar omdat er eerste landelijke zaken opgelost moeten worden)

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

Bijlage D – Samenstelling van de levensloopfunctie

Limburg

Procesregisseur zorg- en veiligheidshuis	Regiebehandelaar & Levensloopcasemanager	WMO consulent & Participatiecoach
<p>Procesregisseur van één van de vijf zorg- en veiligheidshuizen blijft na includeren betrokken:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regisseert het proces • Pakt door bij stagnatie in de keten • Is de ingang naar de gemeentelijke zorg en ondersteuning en de veiligheidsketen 	<ul style="list-style-type: none"> • Levensloopcasemanager coördineert het integrale domeinoverstijgende persoonsgerichte traject en bij stagnatie escaleert hij/zij naar de procesregisseur • Ambulante casemanager met forensische expertise, expertise ggz en/of verslavingszorg en/of lvb • 1e contactpersoon voor patiënt • Regiebehandelaar heeft behandelregie en beschikt over mandaat om op te schalen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbinding met gemeente • Pakt zaken op vanuit gemeentelijk domein
<p>De persoon wordt, op basis van problematiek en locatie, aan één van de zes ForFACT-teams in de provincie Limburg toegewezen</p>		



ForFACT-team GGZ	ForFACT-team GGZ	ForFACT-team GGZ	ForFACT-team GGZ	ForFACT-team LVB	ForFACT-team LVB
Noord-Limburg: De Horst	Midden-Limburg: De Horst/Vincent van Gogh	Zuid-Limburg: Mondriaan	Zuid-Limburg: De Horst	Noord- en Midden-Limburg: STEVIG/Dichterbij	Zuid-Limburg: STEVIG/Dichterbij

ANDERE BETROKKEN KETENPARTNERS

Naasten

Partners in het sociaal domein, veiligheid en de zorg

Specialisten: GHB-arts, verslavingsarts, veteranen, gerieters, neurologen, et cetera

Bijlage D – Samenstelling van de levensloopfunctie

Midden-Nederland

De persoon wordt, op basis van problematiek en locatie, bij één van levensloopteams geplaatst



ForFACT-team	ForFACT-team	ForFACT-team	Levensloopteam	Netwerkteam
Specialisatie Zeden	Specialisatie Zeden	Specialisatie Verslavingszorg	Specialisatie Verslavingszorg <ul style="list-style-type: none">• Nieuw team• Geformeerd vanuit drie bestaande ForFACT-teams• Casemanagers uit de ForFACT-teams komen samen in levensloopteam	<ul style="list-style-type: none">• Met kern van Fivoor• Specialisatie LVB• Materieel juridische dienstverlening• Expertise in netwerkteam is beschikbaar voor ForFACT-teams

Bijlage D – Samenstelling van de levensloopfunctie

Oost-Brabant

Procesregisseur Zorg- en Veiligheidshuis	Levensloopcasemanager	Gemeentelijk casusregisseur		
<ul style="list-style-type: none"> • Heeft een rol in het aanmelden en toegangsproces • Initieert het eerste Casus-Op-Maat-overleg, waarin het trajectplan wordt opgesteld en afspraken worden gemaakt over rolverdeling • Voert procesregie (bij vastgelopen) ketensamenwerking 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambulante casemanager met forensische expertise, expertise ggz en/of verslavingszorg en/of lvb • Coördineert (toegang tot) zorg, signaleert risico's en schaaft zorg op en af • Is 1e contactpersoon voor cliënt • Voert traject- en behandelplan uit 	<ul style="list-style-type: none"> • Coördineert, stemt af en volgt gemeentelijke ondersteuning • Verbinding met veiligheidsdomein van de gemeente • Voert trajectplan uit • Signalerende rol 		
<p>Elke cliënt krijgt een levensloopcasemanager toegewezen uit één van de For-(F)ACT-teams van vijf zorgaanbieders en een gemeentelijk casusregisseur. Zij vormen samen met andere professionals en naasten een 'levensloopteam' om de cliënt heen. Als het nodig is wordt aanvullende zorgexpertise georganiseerd.</p>				
ForFACT-team Forensische ggz	For(F)ACT-team Forensische ggz	ForFACT-team Forensische ggz	ForFACT-team (L)VB	ForFACT-team Verslavingszorg

ANDERE BETROKKEN KETENPARTNERS

- Openbaar Ministerie: interventies strafrecht en civielrecht.
- Reclassering: resocialisatie en toezicht (bij strafrechtelijke titel)
- Politie: signaleren en adviseren, opsporen en aanhouden, veilige publieke taak
- Woningcorporaties, maatschappelijke opvang en andere bij de cliënt betrokken naasten
- Naasten

Zij werken samen op basis van een integraal trajectplan met zorg, straf en bestuurlijke interventies en diverse scenario's

Overijssel

Levensloopteam

Teamleider (forensische ggz)
Ervaringsdeskundige
Ervaringsdeskundig forensisch agoog (forensische ggz)
Forensisch agoog (L)VB
Forensisch agoog (verslavingszorg)
Forensisch agoog (forensische ggz)
Verpleegkundigen (forensische ggz)
Regiebehandelaren (forensische ggz)
Maatschappelijk werker (verslavingszorg)
Maatschappelijk werker / intern trajectbegeleider (forensische ggz)
Intern trajectbegeleider (forensische ggz)
Psychiater (forensische ggz)

- 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.

In te schakelen expertise

Verslavingsarts
Arts verstandelijk gehandicapten
Toezichthouder reclasering

Bijlage E

Wettelijke kaders voor implementatie Ketenveldnorm

Aanbevelingen

- *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.*

Zorgverzekeringswet (Zvw)

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

Samenloop gespecialiseerde ggz en forensische zorg

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

Aanbevelingen

Zet goede monitoring in de regio's op met betrekking tot de organisatie en uitvoering van de werkzaamheden van ForFACT-teams 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.

Wet langdurige zorg (Wlz)

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

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

Toegang

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

Indicaties

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

- LVG 1: wonen met enige behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).
- LVG 2: wonen met behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).
- LVG 3: wonen met intensieve behandeling en begeleiding, kleine groep (18 tot 23 jaar).
- LVG 4: wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).
- LVG 5: besloten wonen met zeer intensieve behandeling en begeleiding (18 tot 23 jaar).

Wet- en regelgeving

De wet- en regelgeving maakt onderscheid in twee situaties:

1. Voortzetting van de integrale multidisciplinaire behandeling in een verblijfsetting die is gestart in de Jeugdwet. De behandeling is nog niet helemaal afgerond, mensen worden voorbereid op een zo zelfstandig mogelijk leven/wonen. Continuïteit van zorg staat centraal.
2. Nieuwe instroom na het 18e jaar. Hier gaat het volgens de 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 (Wfz)

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

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

Aanbevelingen

Kijk 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.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) - Gemeenten

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

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

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

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

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

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

Gemeenten zijn per 1 januari 2016 verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van (jong)volwassenen met een tijdelijke behoefte aan een beschermde woonomgeving. In dit kader zijn er per 1 januari 2017 structureel middelen (60 miljoen euro per jaar) toegevoegd aan de middelen voor gemeenten. Voor een deel betreft het hier overlap van zorg en ondersteuning die raakt aan de afbakening van de doelgroep voor de Ketenveldnorm, namelijk de doelgroep (jong)volwassenen met

een licht verstandelijke beperking die zich kenmerkt door een geschiedenis van ernstige tot zeer ernstige gedragsproblematiek, vaak in combinatie met bijkomende psychiatrische problematiek. Hierbij kan ook sprake zijn van forensische problematiek. Er is bijvoorbeeld sprake (geweest) van verbaal agressief gedrag, destructief gedrag, manipulatief gedrag, ontremd of grensoverschrijdend seksueel gedrag, reactief gedrag met betrekking tot interactie en zelfbeschadigend gedrag. Vanwege deze gedragsproblematiek zitten (jong)volwassenen in een integraal behandeltraject met een duidelijk omschreven behandelklimaat, dat zich uitstrekt tot alle leefsfieren: wonen, school of dagbesteding, vrije tijd. Dit betreft de behandelenzorg die in orthopedagogische behandelcentra wordt geboden. Het CIZ kan voor deze doelgroep (18-23 jaar) een Wlz indicatie voor 3 jaar afgeven. De zorgprofielen zijn dan LVG 1 -5. Voor SGLVG is de indicatiestelling niet beperkt tot een leeftijdsgroep. De beleidsregels van het CIZ zijn hiervoor leidend.

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

Begeleiding

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

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

Aanbevelingen

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

- *Het is van belang dat gemeenten helder communiceren wat de opgave is voor alle partijen in de keten op het gebied van passende ondersteuning in combinatie met (ambulante) zorg en hoe de toegang geregeld is.*
- *Daarnaast is het belangrijk dat financiers van zorg en ondersteuning (zorgverzekeraars en gemeenten) 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 dual 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:

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

Voor jongeren tot 23 jaar is verlengde Jeugdhulp mogelijk. De impact op deze doelgroep is nog niet duidelijk.

Aanbevelingen

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. Uit cijfers van CBS blijkt dat het aantal jongeren met gesloten jeugdhulp en BOPZ-maatregelen tussen 2015 en 2017 toenam. Partijen in de regio, met name de levensloopaanbieder en gemeenten, moeten de aansluiting maken met het domein Jeugd binnen gemeenten. Immers, ook de implementatie van de WvGGZ kan effecten hebben omdat deze wet geldt vanaf 16 jaar.

Participatiewet en andere inkomensvoorzieningen – gemeenten / UWV

De Participatiewet geeft gemeenten de verantwoordelijkheid om financiële bijstand te verlenen aan mensen die onvoldoende middelen hebben voor de noodzakelijke kosten van bestaan. De gemeente ondersteunt niet alleen financieel, maar heeft ook de opdracht deze mensen te begeleiden naar werk en/of maatschappelijke activiteiten.

Gemeenten hebben ook de verantwoordelijkheid voor het organiseren van schuldhulpverlening en het verlenen van Bijzondere Bijstand, voor bijzondere noodzakelijke kosten van bestaan. Daarnaast kennen veel gemeenten een autonoom beleid voor minima.

Met dit instrumentarium zijn gemeenten in staat om op maat inkomensvoorzieningen te bieden.

Overige inkomensvoorzieningen die relevant kunnen zijn voor de doelgroep hebben een relatie met een arbeidsbeperking, zoals de Wajong en WIA. De uitvoering van deze wettelijke taken is belegd bij het UWV.

Aanbevelingen

Veel mensen die uitstromen uit de forensische zorg en ggz kampen met schulden, huisvestigingsvraagstukken en problemen met werk en inkomen. Als deze factoren goed geregeld zijn, zijn dit beschermende factoren. Kijk als levensloopaanbieder naar de invulling die gemeenten geven aan de Participatiewet en aanpalende voorzieningen en maak afspraken over eisen en doorlooptijd die hieraan gesteld worden.

Openbare Orde – gemeenten

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

Aanpalende wetgeving en ontwikkelingen

Wonen/Omgevingswet (gemeenten en huisvesting)

Een stabiele woonsituatie is een beschermende factor. Daarom hoort de zorg voor adequate huisvesting ook bij het organiseren van passende zorg en ondersteuning. Gemeenten en wooncorporaties zijn verantwoordelijk voor het aanbod van voldoende woningen in een gemeente. Via een set van prestatieafspraken wordt vastgelegd hoe de ontwikkeling van het sociale woonaanbod in een gemeente is. Een belangrijk onderwerp is de passende toewijzing voor specifieke doelgroepen, waarbij zeker ook de relatie is gelegd tot het aanbod van woningen voor mensen met psychische en psychosociale problemen.

Aanbevelingen

Werk de woonvisies en mogelijkheden voor adequate huisvesting voor deze doelgroep uit en benoem alternatieven. Streef naar en ondersteun initiatieven om prestatieafspraken tussen gemeenten en woningcorporaties te maken.

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) – gemeenten

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

van verplichte zorg niet eenvoudiger, wel gevarieerder. De Wzd en de Wvvgz vervangen de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz).

Constatering

De Wvvgz stelt geen andere eisen aan de regionale samenwerking dan een driemaandelijks overleg. Vanwege 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 kan nader onderzocht 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 in de Wmo is 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 leidt op den duur ook tot een andere verdeling van de beschikbare plaatsen voor beschermd wonen. De uitwerking van deze plannen beïnvloedt ook de beschikbaarheid en verdeling van de justitiële plaatsen en de ketensamenwerking in de regio's. Op dit moment is er geen zicht op de effecten.

Aanbevelingen

Maak afspraken met (forensische) zorginstellingen en gemeenten over de instroom, doorstroom en uitstroom naar en van beschermd wonen. Geef alle partijen informatie en draag waar mogelijk kennis over, omdat inzicht in de problematiek nodig is om de effecten te begrijpen van doordecentralisatie van beschermd wonen. Voor de doelgroep van de Ketenveldnorm kunnen gemeenten in inkoopkaders afspraken maken over de organisatie van de beschermende factoren voor deze doelgroep (werk, inkomen en sociaal netwerk).

Ggz: toegang tot de Wet langdurige zorg (Wlz) 2021

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

Constateringen

Het is nog niet duidelijk wat de effecten zijn van de openstelling van de Wlz voor een bredere doelgroep. Er zijn door de opstellers van de handreiking gesprekken gepland met CIZ om zicht te krijgen op de effecten 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 wordt in de volgende versie van de handreiking beschreven.

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

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

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

Ook kan het voorkomen dat pas na het bereiken van de achttienjarige leeftijd wordt vastgesteld dat deze vorm van zorg de meest aangewezen is in verband met de gedragsproblematiek van de licht verstandelijk beperkte jongvolwassene. Het gaat hierbij om integrale behandelzorg in een verblijfssetting met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg nabij die wordt ingezet voor een bepaalde periode. Na deze behandelperiode kan de patiënt zijn aangewezen op een andere vorm van zorg vanuit de Wlz of kan de patiënt worden ondersteund door de gemeente en/of zorgverzekeraar.

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

Regeling Langdurige Zorg en Wet langdurige zorg

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

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

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

- a. tijdelijk behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid als bedoeld in het eerste lid, onder a of b, of
- b. volgens zijn behandelaar is aangewezen op het afmaken van een onder de Jeugdwet aangevangen behandeling met verblijf.

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

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.

Bijlage F

Casussen

Versie juli 2019

Casus 1: Klaas

De dynamiek van de persoon is altijd een momentopname. 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 suicide 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)¹¹

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 (Wet Verplichte ggz Zvw)¹²

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 Wvvgz een Crisis Maatregel (CM) uitgeschreven (een tijdelijke verplichte opname), hoewel duidelijk wordt dat er niet altijd een acuut psychiatrisch 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 ontwikkelt 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^e 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. Overal loopt de situatie steeds verder uit de hand. Er sprake van ernstig maatschappelijk overlastgevend, fors

¹¹ Ook de voor de voorlopers van de Zorgverzekeringswet gebruiken we in deze casus de term Zorgverzekeringswet om de toegankelijkheid te vergroten.

¹² Per 2020 is de Wet BOPZ vervangen door de Wet verplichte ggz (Wvvgz).

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.

Aanmeld- en opstartfase Ketenveldnorm

In 2019 wordt Klaas echter aangemeld voor de Ketenveldnorm vanuit het zorg- en veiligheidshuis in regio X. Na aanmelding vanuit het zorg- en 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 geïncorporeerd. 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 levensloopteam, of kan op basis van structurele bekostigingsafspraken tussen financiers de levensloopteam worden ingevuld. De mate van afspraken bepaalt dus de hoeveelheid werk of 'onderhandelen' in individuele gevallen.

In de situatie van Klaas worden de elementen uit de levensloopteam 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 levensloopteam 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.

Bekostiging

Aanmeld- en opstartfase Ketenveldnorm **€ 2.000**

Rekenvoorbeeld uitvoeringsfase

Zvw per jaar: €58.758

Wmo per jaar: €74.311

Participatiewet per jaar: €13.725

Kosten totaal: €146.793

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: € 41.475

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 opname¹³).

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

Kosten participatiewet

Opleiding per jaar:

Lesgeld (conform DUO): € 1.168

Materiële kosten: € 250

Opleidingskosten: € 1.418

Uitkering:

Uitgaande van een bijstandsuitkering: € 12.307

¹³ Hierover kunnen afwijkende afspraken gemaakt worden, zoals een aparte prestatie afwezigheidsdag waarin uitsluitend huisvesting vergoed wordt. Dit zal de kosten beperken.

Totale kosten Participatiewet:**€ 13.725**

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

Deze casus dient als bijlage 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 casussen 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

Casus 2: Marco

De dynamiek van de persoon is altijd een momentopname. 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 behandelaren 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 (Wet Verplichte ggz; 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 (CM) en later in een langdurige periode van verplichte zorg (zorgmachtiging; ZM).

Tijdens de verplichte zorg gaat het relatief goed met Marco. Door verminderd cannabisgebruik stabiliseert hij, maar zodra zijn ZM 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 (Wet Verplichte ggz; Zvw, Wlz)

Op zijn 36^e loopt de Artikel-37 maatregel af en wordt er opnieuw een zorgmachtiging (ZM) 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 ZM'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.

Aanmeld- en opstartfase 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 zorg- en veiligheidshuis is Marco niet bekend want hij is 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 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 Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf en ontwikkelingen in de Wet verplichte ggz.

Bekostiging

Aanmeld- en opstartfase Ketenveldnorm € 2.000

Samenvatting kosten uitvoeringsfase

Wlz	€	14.005
Wmo	€	62.096
Zvw	€	19.911
Participatiewet	€	12.307
Totaal	€	108.317

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.

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: € 8.880,35

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

Tarief per dag: € 393,65

Per jaar: € 11.022,20

Totale kosten Zv 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

Deze casus dient als bijlage 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 casussen 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. Meer informatie over de Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg vindt u op www.continuiteitvanzorg.nl