

Behandel- en begeleidingsaanbod  
Proeftuin Ketenveldnorm  
Levensloopfunctie en Beveiligde Intensieve  
Zorg Overijssel

Datum : **15 augustus 2019**

Versie : **1.0, definitief**

## Inhoud

Vooraf .....	3
Inleiding .....	3
Doelgroep .....	3
Doelen van behandeling en begeleiding .....	4
Kern van het aanbod .....	4
Monitoren / evalueren voortgang behandeling en begeleiding .....	5
Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten .....	5
Uitgangspunten voortvloeiend uit Ketenveldnorm en/of ForFACT-methodiek. ....	5
Specifieke Overijsselse Keuzes .....	6
Uitvoerders .....	7
Uitvoerders van de levensloopfunctie .....	7
Uitvoerders van de beveiligde intensieve zorg .....	7
Wanneer beschikbare zorg niet volstaat.....	8
Beschrijving onderdelen ketenveldnorm .....	8
Aanmelding .....	9
(voorlopige) Toegang .....	9
Start behandeling .....	9
Levensloopfunctie .....	10
Verbinding tussen zorg en sociaal domein.....	11
Op- en afschaling.....	11
Beveiligde intensieve zorg.....	12
Uitstroom .....	13
Warme overdracht .....	13

## Vooraf

In dit document zijn (hyper)links aangebracht naar andere document. Deze links werken alleen als dit document wordt opgestart in de Dimence Groep netwerkgeving. Documenten achter deze hyperlinks kunnen worden opgevraagd bij de projectleider, Dirk Dijkslag: [d.dijkslag@transfore.nl](mailto:d.dijkslag@transfore.nl).

## Inleiding

In dit document staat beschreven hoe de behandeling en begeleiding in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg (vanaf hier: De Ketenveldnorm) in Overijssel vorm wordt gegeven. Het document is bedoeld als leidraad voor degenen die de ketenveldnorm uitgaan voeren. De schrijfstijl en gebruikte terminologie sluiten hierop aan. Dit document is geschreven op het moment dat een concept van de ketenveldnorm ([link naar tekst ketenveldnorm](#)) beschikbaar is en in vier landelijke proeftuinen, waaronder Overijssel, wordt getoetst op bruikbaarheid, werkbaarheid en uitvoerbaarheid. Aan het eind van de proeftuin periode (december 2019) zal de ketenveldnorm worden geëvalueerd en zo nodig ook worden bijgesteld. Het evalueren van de zorg en begeleidingsaanbod maakt hier onderdeel van uit. Dit document heeft dus een dynamisch karakter.

De beschrijving van de behandel- en begeleidingsinhoud die we binnen de ketenveldnorm in Overijssel willen aanbieden is nadrukkelijk gefundeerd op de reeds aanwezige gezamenlijke basis bij de uitvoerende zorgaanbieders. Zij wordt expliciet verbonden met de rollen, taken en activiteiten van netwerkpartijen, die gezamenlijk met de uitvoerende zorgpartijen betere zorg en begeleiding willen realiseren voor de doelgroep. Daarbij wordt de inhoud van de ketenveldnorm en de kenmerken van c.q. eisen die aan de zorg worden gesteld bekend verondersteld. Hetzelfde geldt voor kennis over de Forensische Functionele Assertive Community Treatment (ForFACT)-methode ([link naar handboek ForFACT](#)). Alleen wanneer dit relevant wordt geacht zullen onderdelen hieruit worden herhaald dan wel uitgelicht.

Na de beschrijving van de doelgroep, algemene beschrijvingen van doelen van de zorg, de kern van het aanbod, inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten en de beschrijving van de uitvoerende partijen wordt de behandel- en begeleidingsinhoud meer in detail beschreven. Dit op basis van de verschillende elementen die gezamenlijk het behandelaanbod vormen.

## Doelgroep

De ketenveldnorm is, tenminste voor de duur van de proeftuinperiode, bedoeld voor 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 structurende behandeling, begeleiding en begrenzing**; bij voorkeur ambulant.
- 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.

*(bovenstaande tekst is overgenomen uit de concept ketenveldnorm)*

Bij een groot deel van de doelgroep is er daarnaast ook sprake van **verslavingsproblematiek**.

Aanvullend op bovenstaande omschrijving, onderscheidt de ketenveldnorm is bedoeld zich nog specifiek op basis van het volgende **persoon-in-context-kenmerken**:

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

Bovenstaande persoon-in-systeem-kenmerken worden, aanvullend op de beschrijving van de doelgroep in de ketenveldnorm gebruikt om **aanmeldingen** voor de ketenveldnorm te **toetsen** en al dan niet toegang te verlenen.

Op basis van deze omschrijvingen en de beschikbare gegevens bij de twee Overijsselse veiligheidshuizen (Ijsselland en Twente) wordt de totale **omvang van de doelgroep in Overijssel** geschat op **110** personen.

## Doelen van behandeling en begeleiding

De belangrijkste **doelen van de behandeling en begeleiding** in het kader van de ketenveldnorm zijn:

- **Toename van geestelijke gezondheid, welzijn en kwaliteit van leven van de patiënt**
- **Toename van zelfredzaamheid** waar deze gewenst is en **stabilisatie van zelfredzaamheid** waar deze aanwezig is
- **Bevorderen van integratie in en bijdragen aan de samenleving** op een manier die aansluit bij de wensen van de patiënt en bijdraagt aan de inkluderende samenleving die we voorstaan
- **Vergroten veiligheid van de maatschappij en verminderen recidivegevaar**

De behandeling en begeleiding zijn gericht op het **verminderen van de symptomen** en **leren omgaan met de aandoening**.

Het bieden van continuïteit van zorg is voor deze doelgroep hét onderliggende principe om deze doelen en de daarbij behaalde resultaten duurzaam te borgen.

## Kern van het aanbod

De levensloopfunctie kenmerkt zich door **continuïteit van intensieve zorg, professionals die bij de patiënt betrokken blijven zo lang dat nodig is** en het **makkelijk opschalen en afschalen naar zwaardere of lichtere vormen van zorg, ook in het sociaal domein**. De levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ambulante zorg (op alle levensgebieden). Als dat nodig is vindt opschaling plaats naar een 24-uursvoorziening (waaronder beveiligde intensieve zorg)(*Dit stuk is overgenomen uit de tekst van de ketenveldnorm*).

Het levensloopteam volgt de patiënt in zijn leven **en behandel- ondersteuningsbehoeften**. Vanuit de methodiek van het **Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)**, die binnen de ketenveldnorm in Overijssel wordt gehanteerd, wordt er vanuit gegaan dat er altijd sprake is van een dergelijke behandel- en ondersteuningsbehoefte. Ook als hier beginsel geen sprake van lijkt en er bij de patiënt weerstand is tegen behandeling en/of begeleiding. Het is dan aan de patiënt en professionals samen om **deze behoefte ‘boven water’** te krijgen.

Het streven is om de patiënt ambulante te behandelen en begeleiding. Daar waar de ambulante behandeling en begeleiding stagneert en/of waar er extra behoefte is aan zorg en/of veiligheid kan worden opgeschaald. **Ambulante behandeling en begeleiding en opschalingsmogelijkheden naar o.a. vormen van beveiligde intensieve zorg zijn dus onlosmakelijk met elkaar verbonden.**

De invulling van de behandeling en begeleiding wordt afgestemd op de **individuele behoefte** en verschilt dus per persoon. Hoe de behandeling en begeleiding eruit zien wordt beschreven in het **trajectplan** (eindtermen behandeling en begeleiding hoofdlijnen bijbehorend traject, afspraken over op- en afschalen), het **zorgplan** (behandeldoelen en bijbehorend aanbod per behandel en begeleidingssetting) en het **signaleringsplan** (plan waarmee patiënt zelf kan herkennen of het wel of niet goed met hem/haar gaat gekoppeld aan te ondernemen acties om indien het stoplicht op rood of oranje staat weer in groen te komen).

### Monitoren / evalueren voortgang behandeling en begeleiding

Monitoren en evalueren van de voortgang van de behandeling en begeleiding vindt plaats op geleide van de ontwikkeling van de patiënt in relatie de behandel- en begeleidingsdoelen zoals omschreven in het zorgplan. Monitoren voor voortgang (of stagnatie) vindt continu plaats door individuele hulpverleners en door het multidisciplinaire teams. De **FACT-bord-bespreking**, die elke doordeweekse dagen dagelijks plaatsvindt vervult hierbij een **centrale rol**.

Wanneer een patiënt in crisis dreigt te raken wordt er een **risicoanalyse** uitgevoerd, op basis waarvan beleid wordt gemaakt. Hierin is opgenomen welke hulpverlener welke interventie op welk moment met welk doel uitvoert. Het levensloopteam draagt er dan tevens zorg voor dat het beleid en de informatie duidelijk wordt **overgedragen naar de crisisdiensten en/of IHT-teams**.

Het **zorgplan** wordt **halfjaarlijks samen met de patiënt geëvalueerd**. De eerste contactpersoon (veelal een door de patiënt aangewezen naaste) en alle organisaties die in rol hebben in de behandeling en begeleiding zijn hierbij aanwezig evenals eventuele toezichthouders vanuit de reclassering. Tijdens de evaluatie wordt naast eventuele bijstelling van het zorgplan nagegaan of het **signaleringsplan geactualiseerd** dient te worden en of er **relevante veranderingen zijn in het sociale netwerk** van de patiënt. Na de evaluatie wordt het zorgplan geactualiseerd en opnieuw ondertekend door de patiënt.

### Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten

Bij de uitvoering van de Ketenveldnorm in Overijssel wordt een aantal inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten gehanteerd die logischerwijs voortvloeien uit de ketenveldnorm zelf en/of de ForFACT-methodiek waarop levensloopteam is gebaseerd. Daarnaast wordt een aantal specifieke keuzes gemaakt. Beide zetten we hieronder (kort) uiteen.

#### Uitgangspunten voortvloeiend uit Ketenveldnorm en/of ForFACT-methodiek.

- **Ambulante behandeling** en begeleiding is **onlosmakelijk verbonden met klinische opschalingsmogelijkheden** naar bijvoorbeeld beveiligde intensieve zorg.

- Het levensloopteam werkt vanuit de **SRH-methodiek**. Waar mogelijk gebeurt dit ook op afdelingen voor beveiligde intensieve zorg. Er wordt overal **herstelgericht** gewerkt.
- **Ons streven is om de patiënt, waar nodig te verleiden tot behandeling en begeleiding en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie.** Dit onafhankelijk van aan- of afwezigheid van straf- of civielrechtelijke mogelijkheden tot vormen van (af)gedwongen behandeling. Indien het (gedurende een bepaalde periode) niet lukt om te komen tot een samenwerking met de patiënt dan zal wel gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die de wet ons biedt.
- De **intensiteit van behandeling en begeleiding worden afgestemd op de actuele behoefte.** Het levensloopteam houdt te allen tijde contact met de patiënt, ook wanneer er tijdelijk sprake is van een beperkte behoefte.
- Er is sprake van een **contextuele behandeling en begeleiding**, waarbij het aanwezige sociale netwerk (specifiek naasten) en partners uit de sociale omgeving van de patiënt actief betrokken worden bij zorg en behandeling. Hierbij is ook aandacht voor de behoeften van het sociale netwerk.
- **In ons denken staat “wat nodig is” centraal. Ons handelen sluiten we hier zo veel mogelijk op aan.** Dit betekent dat wat ons zo min mogelijk laten leiden door de beperkingen die de huidige organisatie en financiering van zorg met zich meebrengen en is. Dit is een kenmerk van pionieren in een proeftuinperiode.

### Specifieke Overijsselse Keuzes

- Wij organiseren de zorg vanuit **één levensloopteam** dat is **ingebod in de twee gecertificeerde regionale ForFACT-teams van Transfore**. Het levensloopteam werkt vanuit **verschillende standplaatsen** en werkt nauw samen met de **twee regionale veiligheidshuizen** in Overijssel (IJsselland en Twente) en de **regionale en lokale partners in het sociaal domein**.
- Ons levensloopteam bestaat uit medewerkers van **verschillende Overijsselse zorgaanbieders** die **gezamenlijk de kennis, expertise en vaardigheden** hebben voor het bieden van benodigde behandeling en begeleiding. Daarnaast **bevorderen ze de toegang tot en samenwerking met** de diverse afdelingen voor beveiligde intensieve zorg.
- Wij bieden beveiligde intensieve zorg op de plek die het best aansluit bij de behoefte van de patiënt. (*zie verder uitvoerders van de beveiligde intensieve zorg*).
- Om de zorg buiten kantooruren te kunnen waarborgen wordt samengewerkt met **de crisisdienst** (in het werkgebied van Mediant) en de **Intensive Home Treatment (IHT)-teams** (in het werkgebied van Dimence).
- Gedurende de proeftuinperiode zullen leden van de crisisdienst van Mediant regelmatig aansluiten bij casusoverleggen (met toestemming van de patiënt). De IHT-teams van Dimence zullen dit niet doen. Ervaringen met beide manieren van werken worden meegenomen in de evaluatie.
- Bij het organiseren van (het toeleiding naar) behandeling en begeleiding maken we **zoveel mogelijk gebruik** van de **bestaande infrastructuur** in termen van zorgaanbod, overlegvormen, samenwerkingsverbanden en dergelijke. Indien deze niet volstaat of kwalitatief goede en doelmatige zorg belemmert zal een passende oplossing worden gerealiseerd.
- Wij maken binnen de kaders van de wet optimaal gebruik van de **mogelijkheid tot informatiedeling**. Hierbij investeren we waar nodig in het duidelijk maken van het belang van goede informatiedeling tussen partijen aan de patiënt.

## Uitvoerders

Zoals elders al is aangegeven en op diverse plekken in dit document ook wordt onderbouwd is het **realiseren van kwalitatief goede, effectieve en doelmatige zorg in het kader van de ketenveldnorm in Overijssel alleen mogelijk door de samenwerking van een groot aantal zorgaanbieders en partijen in het sociaal domein**. In dit document beperken we ons echter tot de direct uitvoerenden van de ketenveldnorm. In het vervolg van dit document zal verder worden ingegaan op de vormgeving van de verbinding met het sociaal domein en de partijen en die hier (o.a.) bij betrokken zijn.

### Uitvoerders van de levensloopfunctie

De levensloopfunctie wordt uitgevoerd door **het levensloopteam: een multidisciplinair team dat werkt volgens het organisatiemodel van het forensisch FACT**. Het team werkt vanuit Transfore waar het (op verschillende standplaatsen) is **ingebied in de bestaande forensische FACT-teams**. Het team bestaat uit medewerkers van Tactus, Trajectum, Transfore en CTP Veldzicht, waarbij de **medewerkers van Tactus, Trajectum en CTP Veldzicht zijn geselecteerd op basis van de toevoegde expertise die ze vanuit hun organisaties meenemen én de rol die ze kunnen spelen bij het realiseren van opschalingsmogelijkheden naar beveiligde intensieve zorg**.

Een **centrale rol** in het team is weggelegd voor de **regiebehandelaar**. Deze rol kan worden ingevuld door een psychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut, GZ-psycholoog of verpleegkundig specialist. De regiebehandelaar heeft een **coördinerende en inhoudelijke taak** in de *aansturing* van het team. Daarnaast bestaat het team uit verpleegkundig specialisten, (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, trajectbegeleiders, maatschappelijk werkers en/of forensisch agogen en ervaringsdeskundigen. **Een verslavingsarts en een arts verstandelijk gehandicapt zijn op consultatiebasis beschikbaar**. In Overijssel kunnen we hierbij een beroep doen op respectievelijk Tactus en Trajectum.

Naast de multidisciplinaire samenstelling van het team en bijbehorende kennis en expertise stelt het leveren van goede behandeling en begeleiding in het kader van deze proeftuin ketenveldnorm ook eisen aan het profiel en de attitude van de individuele medewerker. Een medewerker van het levensloopteam in de proeftuinfase voldoet bij voorkeur aan onderstaande eisen en (persoonlijke)kenmerken:

- Is een ervaren hulpverlener, bij voorkeur met ambulante ervaring
- Heeft kennis *van* en ervaring *met* uitstotingsprocessen en de dynamiek waarbinnen deze plaatsvinden
- Heeft uithoudingsvermogen
- Heeft humor/relativeringsvermogen
- Heeft zin in de klus/enthousiasme
- Kan onduidelijkheid en onzekerheid verdragen
- Gelooft dat “het” kan
- Wil en kan samenwerken “over organisaties heen”
- Vindt het leuk om te pionieren

### Uitvoerders van de beveiligde intensieve zorg

Een fundamentele keuze in Overijssel is dat we de beveiligde intensieve zorg bieden op die plek die het best aansluit bij de behoefte van de patiënt. In de praktijk betekent dit dat we in het trajectplan

van de patiënt (dus op casusniveau) vooraf op basis van een inschatting afspraken maken over opschaal mogelijkheden met de volgende aanbieders:

- Dimence
- Mediant
- Tactus
- Trajectum
- Transfore
- CTP Veldzicht

### Wanneer beschikbare zorg niet volstaat

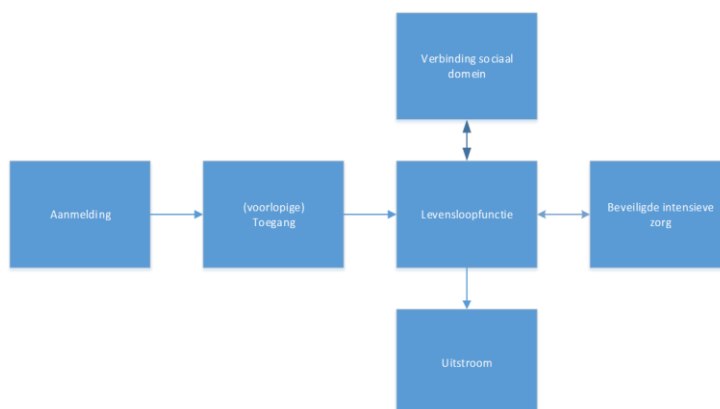
Hoewel er stevig is geïnvesteerd in het realiseren van een breed zorgaanbod, waarmee we een grote groep patiënten hopen de meest passende zorg te kunnen bieden, kan het altijd voorkomen dat dit onvoldoende blijkt te zijn, of dat elders meer passende zorg beschikbaar is. In voorkomende gevallen zullen wij in **overleg gaan met andere zorgaanbieders** die deze zorg mogelijk wel kunnen bieden. Diverse zorgaanbieders in Overijssel hebben hierin hun medewerking ook al toegezegd. Ook in deze gevallen geldt dat de levensloopfunctie altijd een terugkeergarantie biedt.

### Beschrijving onderdelen ketenveldnorm

In de paragrafen die nu volgen worden de verschillende onderdelen die in hun samenhang de ketenveldnorm vormen meer inhoudelijk beschreven. Hierbij is zowel aandacht wat de inhoud is van de losstaande onderdelen als de manier waarop ze met elkaar zijn verbonden.

Achtereenvolgens worden de volgende onderdelen beschreven:

- Aanmelding
- (voorlopige) toegang
- Start behandeling
- Levensloopfunctie
- Verbinding tussen zorg en sociaal domein
- Op- en afschaling
- Beveiligde intensieve zorg
- Uitstroom



Figuur 1: De verschillende onderdelen die samen de ketenveldnorm vormen



## Aanmelding

Voorafgaand aan een eventuele behandeling en begeleiding in het kader van de ketenveldnorm worden **aanmeldingen, die bij het veiligheidshuis** worden gedaan, in eerste instantie gescreend door een procesregisseur en op basis daarvan al dan niet **voorgelegd in één van de beide regionale casusoverleggen voor ketenoverstijgende problematiek**. Ter voorbereiding wordt relevante informatie opgevraagd. Als een casus wordt besproken die mogelijk in aanmerking komt voor zorg in het kader van de ketenveldnorm neemt de **regiebehandelaar** van het levensloopteam ook deel aan het overleg en heeft deze uiteindelijk ook de **beslissende stem** in het al dan niet toelaten van de patiënt tot de ketenveldnorm. Dit is een besluit dat niet lichtvaardig genomen kan worden, want de afspraak is dat een patiënt die eenmaal is toegelaten tot zorg ook in zorg blijft. **Voorkomen dient te worden dat mensen waarvoor ander passend behandel aanbod beschikbaar is worden toegelaten**. De complete aanmeld- en toegangsprocedure vind je **<HIER>**

## (voorlopige) Toegang

In de ketenveldnorm wordt formeel onderscheid gemaakt tussen voorlopige toegang en toegang. Dit is bedoeld om de uitvoerende partijen de mogelijkheid te bieden om het verlenen van zorg te starten op het moment dat dat nodig is en deze ook betaald te krijgen. Ook als dit betekent dat vereiste indicaties nog niet beschikbaar zijn. **In de praktijk betekent het voor de betrokken patiënt dat er geen onderscheid is tussen voorlopige toegang en toegang**. Immers wanneer de zorg eenmaal gestart is wordt deze niet meer gestopt. Voor de uitvoerende zorgaanbieders (in dit geval specifiek het levensloopteam) betekent het echter wel dat in de periode van de zogenoemde 90-dagen regeling zij samen met de financiers de indicaties en de daarbij behorende financiering regelen. **Het opstellen van een traject- en behandelplan en het uitvoeren van een risicotaxatie (voor zover niet beschikbaar) maken hier in ieder geval onderdeel vanuit**. De complete aanmeld- en toegangsprocedure is **<HIER>** beschreven.

## Start behandeling

Op het moment dat toegang is verleend tot de levenslooppuntie is dit ook het moment om de persoon in kwestie daarover te **informer**, mocht dat eerder in het proces nog niet zijn gebeurd. Insteek hierbij is het verkrijgen van overeenstemming over nut en noodzaak van zorg en begeleiding in de levenslooppuntie. Insteek is om op deze manier de patiënt te **verleiden** tot deelname. Hoewel hier in alle gevallen de voorkeur naar uitgaat boven het afdwingen van medewerking is het bij personen waarbij een strafrechtelijk dan wel civielrechtelijk kader ontbreekt gewoonweg de enig manier om iemand in zorg te krijgen. Dit zal vooral aan het begin van een traject de nodige tijd en energie vergen.

Door gebruik te maken van **psycho educatie** zal geprobeerd worden om de patiënt te motiveren voor het formuleren van een **hulpvraag**, het opstellen van een **traject- en een zorgplan** **<klik hier>** en opstellen van een gepersonaliseerd signaleringsplan. Verschil tussen het trajectplan en zorgplan is hierbij dan in het trajectplan de grote lijnen voor de lange termijn worden beschreven met daarbij een lonkend (positief) perspectief aan de horizon, terwijl het zorgplan de doelen voor de middellange termijn worden beschreven. Insteek bij het opstellen van deze plannen is het in overeenstemming brengen van wensen en belangen van de patiënt en diens omgeving, zeker als deze niet op elkaar aansluiten. De hulpvragen kunnen betrekking hebben op (het functioneren in) het **sociaal domein** maar kunnen ook meer **behandelinhoudelijk** karakter hebben. Doelen zijn zoveel mogelijk gericht op **herstel**.

Behandel- en begeleidingsdoelen worden mede gebaseerd op de resultaten van de **risicotaxatie** en inventarisatie van de **behoefte aan vergroten van de zelfredzaamheid**. Hiervoor zullen, zoveel mogelijk samen met de patiënt, de **Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE)** en de Nederlandse versie van de **Camberwell Assessment of Needs (CAN)** worden uitgevoerd. Meer informatie over de FARE en de CAN vind je [<HIER>](#). **Op indicatie** kunnen bij start behandeling en begeleiding of verderop in het traject **ook andere instrumenten** worden ingezet. Bijvoorbeeld voor het onderzoeken van de eventuele verstandelijke beperking.

Bij de start van de behandeling worden tevens afspraken gemaakt over het individuele behandelbeleid wanneer de ambulante zorg en begeleiding niet voldoende zijn en er tijdelijk behoefte is aan een vorm van 24-uurs zorg, waaronder bijvoorbeeld **beveiligde intensieve zorg**. Belangrijk daarbij is dat, de patiënt, het levensloopteam en de beoogde zorgbiedende afdeling hierover vooraf overeenstemming bereiken over de reden voor deze zegenomde opschaling en afspraken maken over de doelen en bejegening bij een dergelijke tijdelijke opname. De algemene procedure over opschaling vind je [<hier>](#).

Bovenstaand proces wordt afgesloten met de **ondertekening van het zorgplan**. Daarnaast wordt een verklaring opgesteld en ondertekend waarin de patiënt verklaard op de hoogte te zijn van het traject dat gestart gaat worden in het kader van de levensloopfunctie. Het expliciet akkoord gaan met een tijdelijke opschaling naar beveiligde intensieve zorg of een andere vorm van 24-uurs zorg maakt hier onderdeel van uit. In dezelfde verklaring worden ook afspraken vastgelegd die het **delen van relevante informatie** tussen betrokken netwerkpartijen mogelijk maakt. [<klik hier voor de basisversie van de verklaring>](#).

## Levensloopfunctie

In de levensloopfunctie krijgt de patiënt krijgt behandeling en begeleiding gericht op **recidivepreventie**. Er wordt daarbij zorg geleverd op alle **levensgebieden** waarvoor dit geïndiceerd is op basis van de CAN. Behandeling en begeleiding worden **binnen kantooruren** uitgevoerd door het levensloopteam. Dit gebeurt volgens het organisatiemodel van de ForFACT en de SRH-methodiek. Daarbij wordt een persoonlijk profiel samen met de patiënt wordt opgesteld. Hierin worden persoonlijke doelen van de patiënt beschreven om zo mede motivatie voor de behandeling te creëren. Deze worden vastgesteld in het zorgplan. **Hierbij is aandacht voor aspecten als bijvoorbeeld naasten, gemeente en woningbouwcorporaties**. Het levensloopteam stelt zich hierin ondersteunend in op en biedt psycho educatie indien nodig. Tevens zien we een belangrijke rol voor de eerste contactpersoon, die we net als andere relevante naasten zoveel mogelijk bij de behandeling zullen betrekken. Daar waar het contact met de familie verbroken is zal, indien deze wens bij de patiënt bestaat getracht worden dit te herstellen.

Vanuit het idee van zorg op maat kan het voorkomen dat we op indicatie aanvullende specifieke behandelingen aanbieden die geboden worden door de ketenpartners die de ketenveldnorm uitvoeren. Te denken valt aan bijvoorbeeld dramatherapie, groepsbehandeling, systeemtherapie, etc.

Forensische interventies kunnen gericht zijn op agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Andere belangrijke behandelinterventies kunnen gericht zijn op verslaving, leefstijl, netwerk, rehabilitatie en maatschappelijke problemen op gebied van wonen en werk.

Waar mogelijk en wenselijk wordt gebruik gemaakt van **technologische mogelijkheden** om de behandeling en begeleiding te ondersteunen. Zo krijgen patiënten desgewenst een device (tablet) in bruikleen krijgen waarmee ze via beeldbellen contact kunnen hebben met het levensloopteam (ook tijdens een eventuele klinische opname). Ook kunnen ze op dit device hun **dossier** inzien en gebruik maken van diverse **e-health toepassingen** die hun behandeling en begeleiding ondersteunen.

Het levensloopteam biedt zorg tijdens kantooruren. **Er wordt echter 24 uur per dag 7 dagen per week zorg geboden.** Dit gebeurt door de borging en samenwerking met de betrokken ketenpartners. Dit wordt op dezelfde manier geborgd als vanuit het ForFACT-team: Er is een nauwe samenwerking met de **crisisdienst** (in werkgebied Mediant) en de **IHT-teams** (in werkgebied Dimence). Hetzelfde geldt voor de klinische afdelingen die zich hebben verbonden aan de levenslooppfuntie als het gaat om het op- en afschalen

## Verbinding tussen zorg en sociaal domein

In lijn met een **contextuele visie** op behandeling en begeleiding zal een behandel- en begeleidingstraject binnen de levenslooppfuntie slechts effectief zijn wanneer de patiënt **optimaal (re)integreert** in de samenleving waar hij/zij onderdeel vanuit maakt. Hoewel “optimaal” in dit kader zeer persoonlijk dient te worden ingevuld kan in algemene zin worden gesteld dat de **behoefte aan ondersteuning richting samenleving** en het maken van **verbindingen met partners in het sociaal domein** hier een belangrijke bijdrage aanleveren. Op basis van de behoefte aan ondersteuning, waarbij mogelijkheden tot **versterken van zelfredzaamheid** worden benut, maken patiënten samen met hun begeleider(s) vanuit het levensloopteam verbinding met relevante partijen. Inzet hierbij is zowel het **realiseren (of herstellen) van een duurzame relatie** als het **organiseren van praktische zaken die deelname aan de samenleving bevorderen** en de kwaliteit van leven verbeteren. Met het reeds (of nog) aanwezige (sociale) netwerk van de patiënt als uitgangspunt zullen de patiënt en zijn/haar begeleider(s) vanuit het levensloopteam inbedding in de samenleving en aansluiting op het sociaal domein zo proberen te organiseren dat op diverse levensgebieden optimaal ondersteuning kan worden geboden. Hulpverleners uit het levensloopteam maken hierbij gebruik van hun uitgebreide kennis van de regionale sociale kaart en bijbehorende contacten in het sociaal domein. De **casustafel voor ketenoverstijgende problematiek** (IJselland: GGZ Veiligheidsoverleg, Twente: RFPN) **heeft hierbij een ondersteunende rol**. De gemeente (casusafhankelijk) is vaste deelnemer aan dit overleg en fungeert als toegang tot de gemeente (in brede zin) en het lokale netwerk. De patiënt en de voortgang van het traject zal maandelijks gemonitord worden op deze casustafels. De betrokken gemeente is daarmee goed aangehaakt en kan, op het moment dat dit gevraagd wordt, de verbinding leggen met de WMO (Wijkteams en Toegang voor beschermd wonen) en het sociaal domein (denk bijvoorbeeld aan de woningbouw).

Hier zal per casus ook worden afgesproken welke functionaris vanuit de gemeente waar de patiënt woonachtig is of was, bij de casus betrokken is. Waar mogelijk wordt de ondersteuning in het sociaal domein en bij integratie in de samenleving in samspraak met de patiënt belegd bij partijen die hiervoor de specifieke taak, kennis en expertise hebben (voor vragen rondom huisvesting ga je naar een woningbouwvereniging, in geval van schuldenproblematiek richt je je tot een instantie voor schuldhulpverlening, etc.). Samen met zijn/haar begeleider(s) vanuit bewaakt de patiënt de samenhang en streven ze naar een zo groot mogelijke zelfredzaamheid.

Gezien de complexiteit van de problematiek van de patiënt en de uitstotingsmechanismen waar zij als gevolg van hun gedrag zowel in de samenleving als bij “instanties” te maken hebben gekregen zullen begeleiders van het levensloopteam, meer nog dan bijvoorbeeld in een ForFACT-team, te werk gaan op basis van een echte hands-on mentaliteit en **het vermogen, de bereidheid en het uthoudingsvermogen om samen met de patiënt de nodige hobbels en weerstanden te overwinnen.**

## Op- en afschaling

De mogelijkheid tot het opschalen naar intensievere vormen van behandeling en begeleiding, o.a. naar beveiligde intensieve zorg, is een belangrijk kenmerk van de ketenveldnorm. **Een dergelijke opschaling**

**duurt zo kort als mogelijk en zo lang als nodig.** Wanneer nodig zal er weer worden afgeschaald naar de reguliere zorg vanuit de levensloopfunctie.

Bij de start van zorg in het kader van de ketenveldnorm dienen, zoveel mogelijk in overleg met de betreffende patiënt **afspraken te worden gemaakt over algemene en specifieke criteria voor dergelijke op- en afschaling.** Dit gebeurt in samenspraak met de locatie/setting die in beeld is als opschaalbaar. **Zowel de beoogde opschaalsetting als de criteria en voorwaarden waaronder de op-, maar ook de afschaling plaatsvinden worden vastgelegd in het trajectplan.**

Voorafgaand aan een eventuele opschaling dient beschreven en geëvalueerd te zijn welke interventies zijn ingezet en waarom ze niet voldoende zijn gebleken om opschaling te voorkomen.

Daarnaast vindt zowel voorafgaand en tijdens op- en afschaling overleg plaats tussen de regiebehandelaar van het levensloopteam en de regiebehandelaar van de locatie voor beveiligde intensieve zorg.

Zodra de regiebehandelaar de opschaling in een beveiligde klinische setting heeft geïnitieerd; raadpleegt de medewerker van het levensloopteam het trajectplan van de betreffende patiënt. Plaatsing binnen de setting/locatie die in het trajectplan is opgenomen heeft de eerste keus en daarom wordt er getracht om de patiënt daar op te nemen. Wanneer die locatie op dat moment geen plaatsingsmogelijkheid heeft; zal de medewerker van het levensloopteam een soort gelijke locatie benaderen.

De medewerker van het levensloopteam legt contact met de contactpersoon van de betreffende instelling en benoemt dat het gaat om een plaatsing van een patiënt van het levensloopteam. Zij **plannen samen het tijdstip van opname** en daarna verzorgt de medewerker van het levensloopteam een schriftelijke en telefonische overdracht aan de klinische collega's. Vervolgens wordt er in overleg met de regiebehandelaar bepaald op welke manier de patiënt vervoerd wordt naar de klinische setting.

Indien de regiebehandelaar de inschatting maakt dat de patiënt zal meewerken aan de klinische plaatsing en geen fysiek verzet vertoont, dan stemt de regiebehandelaar af met de psychiater van het levensloopteam. Indien de psychiater akkoord is wordt er een vervoersdienst ingezet. In dat geval stemt de medewerker van het levensloopteam dit af met de planning van GGZ vervoersdienst. De regiebehandelaar maakt in samenspraak met het levensloopteam een inschatting van het gevaarcriterium. Wanneer de patiënt niet in staat is om samen te werken en een gevaar vormt voor zich zelf of een ander; dan zal de patiënt door dienst, vervoer en ondersteuning (DV&O) opgehaald moeten worden en naar de klinische setting worden gebracht. De medewerker van het levensloopteam stemt dit af met de afdeling planning van DV&O. Hiervoor is het noodzakelijk dat de patiënten van het levensloopteam een **acuut urgente status** krijgen binnen de planning van DV&O.

<Het proces van op- en schaling is HIER beschreven>

## Beveiligde intensieve zorg

Indien er sprake is van opschaling naar beveiligde intensieve zorg is dit omdat er **sprake is van een situatie waarin de veiligheid van de patiënt en/of diens omgeving met ambulante behandeling en begeleiding niet meer gewaarborgd kan worden.** Het klimaat (herstelgericht), de bejegening en de behandel- en begeleidingsinterventies zijn er op gericht om een verantwoorde afschaling naar de levensloopfunctie te kunnen realiseren. Dit betekent dat de behandeling en begeleiding zijn gericht op **stabilisatie en opheffen van de crisis.** Het al dan niet (opnieuw) instellen van medicatie kan hier onderdeel van uitmaken.

Tijdens de klinische behandeling en begeleiding is de **regiebehandelaar in de kliniek verantwoordelijk voor de behandeling en begeleiding in de kliniek**. Deze zal ook tenminste wekelijks de behandeling evalueren en bepalen of klinische opname noodzakelijk blijft of dat er kan worden afgeschaald.

**De regiebehandelaar van het levensloopteam blijft verantwoordelijk voor het traject.** Omdat de klinische behandeling een intermezzo is in het traject van de patiënt worden de behandeling en begeleiding hierop afgestemd en onder toezicht van de regiebehandelaar van de klinische afdeling uitgevoerd. Het levensloopteam draagt zorg voor een zorgvuldige overdracht naar het klinische team en zij blijven proactief betrokken. Zo sluiten zij aan bij de behandelplanbesprekingen en houden zij ook tijdens de klinische opname nauw contact met zowel de patiënt als het klinische behandelteam.

## Uitstroom

In de tekst van de ketenveldnorm staat beschreven dat een patiënt uitstroomt wanneer in goed overleg met patiënt en naasten geconstateerd wordt dat:

1. Hij of zij tenminste 2 jaar stabiel is op het **gevaar criterium**  
én
2. Er voldoende garanties zijn dat de **protectieve factoren duurzaam geborgd** zijn  
én
3. Uit een risicotaxatie het **risico op gevaarlijk gedrag** richting anderen aanzienlijk **verlaagd of verdwenen** is.

Het komen tot dit punt van uitstroom vraagt een zorgvuldig proces waarin de patiënt langzamerhand steeds meer **“loskomt”** van het levensloopteam en met hulp aan andere partijen in het zorg- of sociaal domein zo zelfstandig mogelijk en met zoveel mogelijk eigen regie invulling geeft aan deze uitstroom. Dit is een proces dat tijd kost en niet altijd lineair zal verlopen. Van zowel de patiënt, diens omgeving als van de begeleiders uit het levensloopteam vraagt dit dat ze tot aan de uitstroom blijven werken aan het **vergroten van de zelfredzaamheid** en het **borgen van factoren die recidiverisico duurzaam verlagen**.

De mate waarin de doelen in het traject- en zorgplan gerealiseerd zijn vormen daarbij belangrijke ijkpunten evenals een het recidiverisico en de factoren waaruit dit is opgebouwd. Het niveau van zelfredzaamheid dat wordt nagestreefd wordt en vereist is verschilt per individu. Voorwaarde is wel dat deze op een dusdanig niveau is dat **tekorten in ze zelfredzaamheidstekorten geen risicoverhogende factor** meer vormen en de patiënt voor de eventuele doorontwikkeling ervan **niet meer afhankelijk is van het levensloopteam**. Concreet betekent dat op het moment dat uitstroom wordt overwogen het recidiverisico en de mate van zelfredzaamheid opnieuw worden gemeten middels respectievelijk de FARE en de CAN. Daarnaast wordt in kaart gebracht hoe algemene (o.a. wonen, dagbesteding, financiën en sociaal netwerk) en meer specifieke beschermende factoren duurzaam zijn geborgd.

Wanneer op alle seinen op groen staan vindt er een **warme overdracht** plaats naar een zorg- of welzijnsaanbieder die samen met de patiënt diens traject verder vorm gaan geven. Dit gebeurt echter niet zonder dat duidelijk is dat zowel de patiënt als diens “nieuwe” hulpverleners/begeleiders altijd **terug kunnen vallen** op het levensloopteam als dit nodig mocht zijn.

## Warme overdracht

Bij een warme overdracht gaan de patiënt en de behandelaar van het levensloopteam samen naar de instelling of organisatie waar de behandeling of begeleiding wordt voortgezet.

Het doel van een warme overdracht is, dat alle **dossierinformatie** (met toestemming van de patiënt) bij de nieuwe behandelende instelling (en zo mogelijk bij de behandelaar). De **hulpvraag van de patiënt** en de daarbij passende/ behorende zorg staan centraal. Daarnaast heeft het de overdracht als doel dat patiënt zijn / haar nieuwe behandelaar **leert kennen** en dat er samen **inhoudelijke afstemming plaatsvindt** (kennisoverdracht) over bv. de behandelgeschiedenis, op gepersonaliseerde interventies, en bejegeningaspecten. **Een naaste/familie lid kan aansluiten bij de warme overdracht.** Het is de taak van de huidige behandelaar/ begeleider om de patiënt voor te bereiden op de overgang door goed te informeren over het waarom en hoe en wat de patiënt te wachten staat. Onderlinge flexibiliteit, openheid en bereidheid elkaar bij te staan is de basis voor soepel verwijzen en bied continuïteit van zorg. Daarnaast verlaagt het de drempel naar een nieuwe fase en ontwikkeling die altijd spanning met zich mee kan brengen. **Als blijkt dat het nodig is dat het levensloopteam een tijdje samen op gaan (denk aan gezamenlijke huisbezoeken) met de vervolginstelling, behoort dat ook tot de warme overdracht.**