

Op- en afschaling binnen de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg in Overijssel.

Vooraf

In dit document is een (hyper)link aangebracht naar het document waarin het behandel- en begeleidingsaanbod voor de ketenveldnorm is beschreven. Deze links werken alleen als dit document wordt opgestart in de Dimence Groep netwerkgeving. Dit document staat echter ook op <https://www.continuiteitvanzorg.nl/producten-overijssel/>.

Inleiding

Om de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg goed te laten functioneren is het belangrijk dat de op- en afschaling tussen de (ambulante) levensloopfunctie en de beveiligde intensieve zorg goed georganiseerd zijn. Dit vergt nauwe samenwerking tussen en zorgvuldig handelen van de uitvoerende zorgaanbieders. In dit document wordt een advies gedaan over de vormgeving van de toegang tot de levensloopfunctie in Overijssel.

De processen van op- en afschaling zijn onderdeel van het totale behandel- en begeleidingsaanbod zoals dat in Overijssel binnen de ketenveldnorm wordt gerealiseerd (link naar behandeling en begeleiding). De indicatiecriteria zijn gebaseerd op een aantal uitgangspunten die onderschreven dienen te worden door de samenwerkende netwerkpartners en de uitvoerende zorgpartijen in het bijzonder.

Dynamisch proces

Dit document wordt geschreven in het kader van de proeftuin ketenveldnorm. Vanwege het experimentele karakter van deze proeftuin kan het zo zijn dat het proces op- en afschaling op basis van ervaringen, zowel tijdens als na de proeftuin wordt bijgesteld. Ingrijpende aanpassingen van het proces van toegang zullen voor goedkeuring worden voorgelegd de betrokken zorgaanbieders

Uitgangspunten

Bij het beschrijven van het proces van toegang zijn de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Uitgangspunt van de ketenveldnorm is een zo ambulant mogelijke behandeling. Deze wordt in eerste aanleg geboden door het levensloopteam. Opschaling naar beveiligde intensieve zorg kan betekenen dat er sprake is van een klinische opname, maar dat hoeft niet. Opschalingscriteria zijn individueel bepaald en worden gehanteerd door het levensloopteam. (Intensivering van ambulante zorg, waardoor veiligheid beter geborgd kan worden of tijdelijk verblijf in een beschermde woonomgeving, al dan niet op het terrein van een zorgaanbieder, behoren ook tot de mogelijkheden).
- Basis voor de behandeling in het LVL-team is de ForFACT-methodiek. De procedure die binnen deze methodiek geldt voor het op- en afschalen van zorg geldt ook als leidraad voor op- en afschaling binnen de levensloopfunctie.
- Eventuele klinische opnames duren zo kort mogelijk, maar zo lang als nodig.
- Zorg- en beveiligingsbehoefte zijn leidend, niet het zorgaanbod: Patiënten die tijdelijk klinisch worden opgenomen, krijgen hiervoor een plek die het best aansluit op bij de actuele zorg- en beveiligingsvraag. T.a.v. de beveiliging wordt de veiligheid van de omgeving meegenomen in de afweging.
- Zorg- en beveiligingsbehoefte zijn leidend, niet de aan- of afwezigheid van een eventuele straf- en civielrechtelijke titel. Wanneer een straf- of civielrechtelijk kader ontbreken dienen afspraken over vrijwillige opname, kaders en voorwaarden waaronder dit gebeurt vooraf te worden besproken met de patiënt en zo mogelijk met een naaste en vastgelegd in het trajectplan.
- De intensiteit van de beveiliging (materieel en immaterieel) is zo laag als verantwoord en zo hoog als nodig. Opname kan dus afhankelijk van de zorgvraag ook plaatsvinden op een afdeling zonder specifiek (forensisch) beveiligingsniveau.

- Bij de start van een traject worden per casus, op basis van de dan beschikbare informatie afspraken gemaakt over de manier en de afdeling waar naar zal worden opgeschaald indien dit nodig is.
- Bij de start van een traject worden per casus algemene indicatiecriteria voor op- en afschaling vertaald naar de specifieke situatie van de patiënt en vastgelegd in het trajectplan.
- Voor alle opnames in het kader van de ketenveldnorm geldt dat het levensloopteam een terugkeergarantie biedt naar de levensloopfunctie. Dit betekent dat wanneer de patiënt voldoet aan de criteria voor afschaling deze terugkeer ook wordt gerealiseerd. Het levensloopteam blijft ook bij opschaling verantwoordelijk voor de uitvoering van het trajectplan.
- De inhoudelijke regie over het behandeltraject ligt, ook wanneer er tijdelijk sprake is van beveiligde intensieve zorg, bij (de regiebehandelaar van) het levensloopteam. De regie over de dagelijkse gang van zaken ligt bij de regiebehandelaar van de klinische afdeling waar de patiënt is opgenomen. Indien de regiebehandelaar van de klinische afdeling van mening is dat bij de uitvoering van de behandeling afgeweken moet worden van de afspraken in het behandeltraject vindt er overleg plaats tussen beide regiebehandelaren.

Opschaling (van zorg vanuit levensloopfunctie naar beveiligde intensieve zorg)

Maken en vastleggen afspraken over opschaling in trajectplan

Bij de start van de zorg maken de patiënt en (de regiebehandelaar van) het levensloopteam, zo mogelijk met betrokken naasten, afspraken over opschaling. Deze worden vastgelegd in het trajectplan. In afspraken is aandacht voor (1) Indicaties die duidelijk maken dat zorg vanuit de levensloopfunctie tijdelijk niet volstaat en beveiligde intensieve zorg nodig is (2) afspraken over waar de beveiligde intensieve zorg geboden zal gaan worden (3)¹ de manier waarop deze “opschaling” indien nodig in de praktijk vorm wordt gegeven (4) de terugkeergarantie aan de patiënt. (5) de manier waarop patiënt en levensloopteam contact houden tijdens een dergelijke opschaling en samen werken aan een terugkeer in de levensloopfunctie. (6) op welke manier familie en naasten betrokken mogen worden.

Algemene indicatiecriteria voor opschaling

- Ernst van de gedragsproblematiek vraagt om structurerend behandelmilieu en fysieke beveiliging
- Verminderen toegenomen recidiverisico alleen realiseerbaar door inzet beveiligde intensieve zorg
- Patiënt vormt een ernstig gevaar voor zichzelf en/of anderen
- Er is sprake van het niet nakomen van (behandel)afspraken waardoor gevaar voor zichzelf of anderen dreigt.
- Er is sprake van een ernstig nadeel

Exclusie criterium (c.q. omstandigheden die opschaling naar beveiligde intensieve zorg niet rechtvaardigen)

- Niet hebben of verlies van een woonplek zonder dat er sprake is van andere indicatiecriteria
- Uitgevoerde druk van derde partijen om de patiënt op te laten nemen (“op te sluiten”), waarbij indicatiecriteria voor opschaling niet aan de orde zijn.

Bevestigen van deze afspraak met beoogde uitvoerder van beveiligde intensieve zorg

De afspraken die patiënt en (de regiebehandelaar van) het levensloopteam zijn overeengekomen worden, zoveel mogelijk in het bijzijn van de patiënt afgestemd met de beoogde uitvoerder van beveiligde intensieve zorg. Desgewenst wordt een kennismakingsgesprek en/of rondleiding georganiseerd.

¹ De opschalingsmogelijkheden voor Overijssel inclusief een algemene indicatie voor het zorgaanbod op betreffende afdelingen en contactpersonen per afdeling zijn beschikbaar voor het Levensloopteam

(indien opschaling aan de orde is)

Opname en overdracht

Op het moment dat een patiënt in beeld komt bij het levensloopteam wordt in kaart gebracht welke opschalingsmogelijkheden mogelijk in de toekomst aan de orde zijn. Hierbij worden er *vooraf* al afspraken gemaakt tussen de patiënt, het LVL-team en behandelverantwoordelijken van mogelijke opschaallocaties. Op het moment dat er daadwerkelijk sprake is van opschaling worden deze afspraken geëffectueerd en wordt op basis van het dan actuele beeld bekeken of aanvullende afspraken noodzakelijk zijn.

In principe blijft de inhoudelijke regie over het behandeltraject ook wanneer er tijdelijk sprake is van beveiligde intensieve zorg bij (de regiebehandelaar van) het levensloopteam. De regie over de dagelijkse gang van zaken ligt bij de regiebehandelaar van de klinische afdeling waar de patiënt is opgenomen

Overdrachten vinden altijd 'warm'² plaats, zodat een er sprake is van zoveel mogelijk continuïteit van zorg. De patiënt

Vervoer

Hoe de patiënt vervoerd wordt naar de locatie voor beveiligde intensieve zorg wordt bepaalde in overleg met de regiebehandelaar. Uitgangspunt is dat het vervoer zo humaan mogelijk gebeurt maar dat de veiligheid op alle momenten gewaarborgd blijft. De regiebehandelaar maakt in samenspraak met het levensloopteam een inschatting van het gevaar-criterium. Hierbij worden in volgorde van wenselijkheid de volgende optie onderzocht en uitgevoerd:

1. Kan en wil de patiënt, al dan niet met hulp van een naaste veilig zelfstandig naar de locatie reizen?

Nee? Onderzoek optie 2

2. Indien de regiebehandelaar de inschatting maakt dat de patiënt niet in staat is op zelfstandig naar de locatie te reizen of niet actie zal meewerken aan de klinische plaatsing maar geen fysiek verzet vertoont, dan stemt de regiebehandelaar af met de psychiater van het levensloopteam. Indien de psychiater akkoord is wordt er vanuit een humaan gerichte visie GGZ vervoersdienst ingezet. In dat geval stemt de medewerker van het levensloopteam dit af met de planning van GGZ vervoersdienst.

Indien er sprake is van verzet dan wordt overgegaan tot optie 3

3. Wanneer de patiënt deze bereidheid niet heeft of 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 veiligheid (DV&O)³ 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. Hierbij is het belangrijk dat

Toegang tot dossier

Gedurende de opschaling vindt voortdurend uitwisseling van behandelgegevens plaats tussen LVL-team en locatie voor beveiligde intensieve zorg. Waar mogelijk wordt hier gebruik gemaakt van toestemming van de patiënt tot deze uitwisseling die bij de start van het traject is verkregen.

Monitoring en evaluatie

Gedurende de opschaling wordt inhoudelijk geschakeld tussen opnamelocatie en LVL-team over de voortgang van patiënt. De doelen van opschaling zoals die zijn beschreven in het trajectplan vormen hierbij het uitgangspunt. Mogelijkheden tot afschaling van zorg zijn continu onderwerp van gesprek in dit overleg. De vraag: "wanneer kan patiënt veilig en verantwoord terugkeren naar de levenslooppunt?" staat hierbij centraal. Dit overleg vindt plaats wanneer het nodig is, maar in ieder geval elke week. Wanneer er gedurende een periode van 3 maanden geen mogelijkheid tot afschaling is geweest vindt een MDO plaats om te bespreken waar mogelijkheden liggen. Hierbij kan externe consultatie worden ingewonnen.

² Wat een warme overdracht inhoudt is beschreven in het document behandeling en begeleidingsaanbod proeftuin Ketenveldnorm Overijssel

³ De dienst is ook beschikbaar voor patiënten die worden behandeld zonder strafrechtelijk kader

Na afloop van de opschaling vindt een evaluatie plaats. Hierbij wordt ook gekeken naar wat de achterliggende oorzaken van de opschaling waren en hoe de noodzaak hiertoe blijven kan worden voorkomen.

Periodiek (eens per jaar) wordt door de levensloopaanbieder en medewerkers van locaties voor beveiligde zorg de samenwerking geëvalueerd.

Voorstel voor afschaling (van beveiligde intensieve zorg naar de levensloofunctie)

Algemene indicatiecriteria voor afschaling Gaat er vooral om wie dit bepaalt, en dat is de regiebehandelaar ambulante in overleg met de regiebehandelaar klinisch (en hopelijk is dat dezelfde)

- Ernst van de gedragsproblematiek is afgenomen tot een niveau dat terugkeer naar de levensloofunctie verantwoord maakt
- Recidive/gevaarsrisico is naar niveau gedaald dat terugkeer naar levensloofunctie verantwoord maakt
- Er zijn goede afspraken gemaakt tussen patiënt en levensloopteam over terugkeer naar levensloofunctie en er is van zowel de kant van de patiënt als het levensloopteam voldoende vertrouwen dat deze werkbaar zijn.
- Patiënt vormt geen gevaar voor zichzelf en/of anderen of er is voldoende vertrouwen dat er maatregelen zijn getroffen die een gevaar indammen.
- Patiënt is in staat om, zonodig met ondersteuning, met eigen vervoer terug te keren naar diens woonplek.

Terugkeer in levensfunctie en overdracht

In het kader van de levensloopbehandeling dient het LVL-team in alle gevallen samen met de patiënt te streven naar diens terugkeer in het ambulante levensloopteam. Het moment en de manier waarop dit gebeurt wordt bepaald in overleg tussen de regiebehandelaar van het LVL-team en de regiebehandelaar van de opschalingslocatie. De regiebehandelaar van het LVL-team neemt daarbij de rest van het team mee in de besluitvorming. (Nee, want het is vanzelfsprekend)

Het LVL-team haalt de patiënt 'op' bij de opschalingslocatie. Daarmee wordt bedoeld dat er altijd sprake is van een warme overdracht, indien nodig verspreid over meerdere (contact-)momenten met de patiënt.

In het geval van terugkeer vanuit klinische zorg worden ook Veiligheidshuis en andere relevante partijen (bijv. wijkagent) indien nodig op de hoogte gesteld van de terugkeer van de patiënt. Eventuele actie en aandachtspunten worden dan ook afgestemd.

Wanneer er wel sprake was van intensivering van zorg, maar niet van een klinische opname

Er wordt afgesproken op welke wijze de zorg afgebouwd gaat worden indien er sprake was van intensivering van de zorg zonder dat er sprake (denk aan afmelden bij veiligheidshuis, reclassering, familie, wijkagent enz.).

Vervoer

De patiënt dient, zo nodig met ondersteuning (op afstand) voor eigen vervoer naar de woonplek te zorgen.

Monitoring en evaluatie

- Streven is om patiënt (en desgewenst diens systeem) hiervan van op de hoogte te brengen, de zorg wordt met de patiënt(en desgewenst diens systeem) geëvalueerd.
- In het team vindt een evaluatie plaats op effectiviteit en tevredenheid van de geleverde zorg.
- Indien vroegsignalering (en/ of behandelplan) niet toereikend waren worden deze herzien.