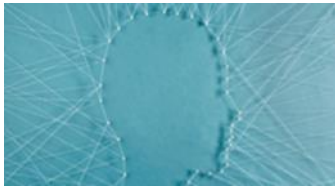




# Evaluatie Proeftuin ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg Overijssel

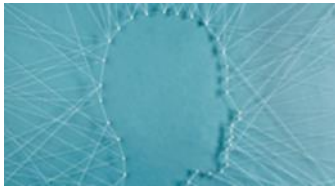
---

Auteur : Projectgroep Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel  
Datum : 9 maart 2020  
Versie : 1.0



## Inhoud

1	Inleiding .....	4
1.1	Opbouw van de evaluatie.....	4
2	Aanleiding, doelstelling en opdracht .....	5
2.1	Aanleiding voor de ketenveldnorm .....	5
2.2	Aanleiding voor de vier regionale proeftuinen .....	5
2.3	Aanleiding voor Oost-Nederland om te opteren voor een proeftuin .....	5
2.4	Opdrachtformulering .....	6
3	De Ketenveldnorm in Overijssel in de praktijk .....	7
3.1	De Context.....	7
3.1.1	Hoge verwachtingen .....	7
3.1.2	Samenwerking in een hogedrukpan .....	7
3.1.3	Korte looptijd .....	8
3.1.4	Experimenteren met een lastige doelgroep .....	8
3.1.5	Werken met een uitgestoten doelgroep .....	8
3.2	Geïnccludeerde doelgroep.....	9
3.3	De zorg.....	10
3.3.1	Aanmelding .....	11
3.3.2	Hoe vergaat het niet geïnccludeerde casussen? .....	11
3.3.3	Capaciteitsproblemen.....	12
3.3.4	(voorlopige) toegang .....	12
3.3.5	Start behandeling .....	12
	Levenslooppunt .....	12
	Werken vanuit één zorgplan.....	12
	Capaciteit levensloopteam .....	13
3.3.6	Beschikbaarheid en opschaling naar (beveiligde) intensieve zorg .....	13
	Opschaling naar HIC .....	14
3.3.7	Verbinding tussen zorg en sociaal domein .....	14
3.3.8	Uitstroom.....	15
3.4	Het levensloopteam.....	15
3.4.1	Onderlinge samenwerking .....	15
3.4.2	Meerwaarde verschillende disciplines .....	15
3.4.3	Werken volgens de ketenveldnorm .....	15
3.4.4	Samenwerking zorg- en veiligheidshuizen.....	16



3.4.5. Naasten .....	16
3.4.6. Patiëntervaringen .....	16
3.5 Randvoorwaarden .....	16
3.5.1. Gegevensdeling en privacy .....	16
3.5.2. Financiering .....	17
4. Slot .....	18
4.1 Hoe ver zijn we? .....	18
4.2 Plannen voor 2020 .....	19
4.3 Aanbevelingen voor startende regio's .....	20



## 1 Inleiding

Voor u ligt de tussenevaluatie van de Proeftuin ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg Overijssel (vanaf hier "proeftuin Overijssel"). In het document wordt teruggeblikt op de proeftuin zoals van 1 november 2018 tot en met 31 oktober 2019 is vormgegeven in Overijssel. Parallel hieraan vond ook een landelijke evaluatie plaats, waarnaar dit document op verschillende punten verwijst. Dit document focust op de proeftuin in Overijssel en het specifieke karakter, ervaringen en resultaten van deze proeftuin.

Belangrijke kanttekening bij is de relatief korte looptijd van de daadwerkelijke zorgverlening (van juni 2019 – november 2019). In deze tussenevaluatie is te lezen dat er volop redenen zijn om de in gang gezette ontwikkelingen een vervolg te geven. Om die reden is de proeftuin verlengd met een jaar om zorgaanbieders de kans te geven uitgebreider te experimenteren met de ketenveldnorm.

### 1.1 Opbouw van de evaluatie

Aansluitend op deze inleiding worden kort de aanleiding, doelstelling en opdracht voor de proeftuin in Overijssel beschreven. Vervolgens worden de belangrijkste ervaringen en resultaten met de proeftuin in Overijssel beschreven voor zover deze in het landelijke evaluatierapport niet aan de orde zijn geweest of daarvan afwijken. Op deze manier ontstaat ook een beeld van de overeenkomsten en verschillen tussen Overijssel en de andere proeftuinregio's. Het rapport wordt afgesloten met een vooruitblik op 2020 en aanbevelingen voor startende regio's.



## 2 Aanleiding, doelstelling en opdracht

### 2.1 Aanleiding voor de ketenveldnorm

Het programma Continuïteit van Zorg (CvZ) is in 2015 gestart om de aansluiting in de zorg voor forensische patiënten naar de reguliere zorg te verbeteren. Door onderzoeksbureau AEF is onderzoek gedaan naar beletselen in de continuïteit van zorg. Een belangrijke component was de beschikbaarheid van goede zorg voor patiënten nadat de strafrechtelijke titel is opgeheven en patiënten die geen delict hebben gepleegd, maar wel forensische zorg nodig hebben. Het programma CvZ adviseerde om regionaal dekkende afspraken te maken met aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg, verslavingszorg, gemeenten en veiligheidspartners om de bestuurlijke, zorg- en inkoopketen rond deze doelgroep sluitend te maken. Onderdeel van deze afspraken waren voldoende beschikbare capaciteit van beveiligde zorg, voldoende woonruimte en een passend ambulant aanbod (de levensloopfunctie).

### 2.2 Aanleiding voor de vier regionale proeftuinen

Met de beschrijving van de ketenveldnorm (nu nog een concepttekst) is beschreven welke zorg op welke manier voor de groep mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke handicap idealiter vorm dient te worden gegeven. Tenminste op hoofdlijnen. De precieze werkzame elementen van de zorginhoud zijn echter niet bekend. Dit vormde voor de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn & Sport (VWS) en Justitie & Veiligheid (J&V) de aanleiding om hieraan voorafgaand vier landelijke proeftuinen in te richten, waarin ervaring kan worden opgedaan. Ontwikkelingen binnen en resultaten van deze proeftuinen zouden naar verwachting leiden tot aanscherping van de ketenveldnorm en aanvullend daarop kennis en ervaring bieden die zal helpen om bij landelijke implementatie de bestuurlijke en financiële randvoorwaarden alsmede de aansluiting bij het sociaal domein vorm te kunnen geven.

### 2.3 Aanleiding voor Oost-Nederland om te opteren voor een proeftuin

De doelgroep waarvoor de ketenveldnorm is ontwikkeld en de problematiek die wordt beschreven zijn ook in Oost-Nederland<sup>1</sup> aan de orde. Ook was er in de regio een behoorlijke bestuurlijke, veiligheids- en zorginhoudelijke infrastructuur aanwezig die een goede basis vormt voor samenwerking. Het Forensisch Circuit Oost-Nederland (FCON), een samenwerkingsverband van zorgaanbieders dat zich ten doel stelt om doorlopende individuele zorgtrajecten voor patiënten met forensische problematiek te bieden, is een concreet resultaat in deze samenwerking.

Centraal binnen de samenwerking staat het 'ambulant, tenzij...'-principe, dat ervanuit gaat dat er ook voor deze doelgroep een passend, liefst ambulant, aanbod moet zijn, waarin klinische opschalingen slechts een onderdeel zijn van het ambulante traject. Deze ambitie, de gezamenlijk onderliggende visie en het vertrouwen dat er in Oost-Nederland voldoende basis aanwezig is om een succesvolle proeftuin te kunnen zijn, hebben ertoe geleid dat de burgemeester van Borne, in diens functie als portefeuillehouder "personen met verward gedrag", voor Oost-Nederland, namens meerdere burgemeesters en in nauwe samenspraak met de Dimence Groep en Mediant, voor Oost-Nederland de aanvraag heeft gedaan om proeftuin te worden.

In deze gehonoreerde aanvraag was een aantal vragen opgenomen die de regio graag wilde kunnen beantwoorden aan het eind van de proeftuinperiode:

- Is de veldnorm uitvoerbaar in de regio?
- Op welke wijze kan de samenwerking m.b.t. de levensloopfunctie het best georganiseerd worden?
- Welke expertise van cliëntorganisaties en familie/naasten is van belang bij de uitvoering van een levenslooptraject van een patiënt?
- Wat kan in de praktijk m.b.t. de caseload van een levensloopteam en welke aanbevelingen

<sup>1</sup> In eerste instantie werd de proeftuinregio aangeduid als Oost-Nederland. Later is in overleg met de landelijke project- en stuurgroep besloten om het gebied af te bakenen conform de provinciegrenzen van Overijssel.



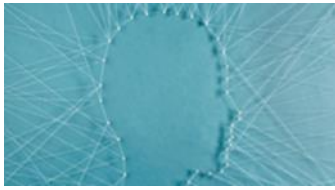
- kunnen we geven m.b.t. de inrichting ervan?
- Hoe komen afspraken tot stand in het sociaal domein met verschillende gemeenten binnen de regio Overijssel?
  - Wat zijn de kosten van de uitvoering van de levensloopfunctie en welke afspraken zijn tussen financiers gemaakt?
  - Wat zijn de minimale voorwaarden waaronder de levensloopfunctie kan worden uitgevoerd.

In deze tussenevaluatie worden deze en meer vragen beantwoord op basis van de nu beschikbare kennis. Eind 2020 zal een definitieve evaluatie plaatsvinden.

## **2.4 Opdrachtformulering**

De proeftuin kent een drietal deelopdrachten:

1. Realiseer de instellings- en domein overstijgende zorg- en veiligheidsketen zodanig (conform de ketenveldnorm) dat mensen behorend tot de doelgroep de best mogelijke zorg krijgen. Ontwikkel de levensloopfunctie en de beveiligde intensieve zorg en hun onderlinge samenhang.
2. Organiseer de in- en verkoopketen van zorg op een doelmatige manier en zodanig ten dienste van de zorginhoud dat deze het bieden van optimale zorg mogelijk maakt.
3. Organiseer de bestuurlijke keten zodanig dat mensen behorend tot de doelgroep herkend worden, toe geleid worden naar dit zorgaanbod zodat ze de voor hen best mogelijke zorg krijgen en de onveiligheid en overlast die ze in de samenleving veroorzaken tot een minimum wordt beperkt.



## 3 De Ketenveldnorm in Overijssel in de praktijk

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ervaringen en resultaten van het eerste half jaar Ketenveldnorm beschreven. Daar waar de ervaringen vergelijkbaar zijn met die van de andere proeftuinen wordt verwezen naar de Handreiking Ketenveldnorm waarin op landelijk niveau de balans opgemaakt wordt.

Dit hoofdstuk start met de context waarin de proeftuin het afgelopen jaar heeft geopereerd. Daarna wordt een korte schets gegeven van de doelgroep die uiteindelijk geïncludeerd is in de ketenveldnorm. Vervolgens wordt -grotendeels langs de lijnen van een patiënttraject- ingegaan op de ervaringen van het levensloopteam en de beveiligde intensieve zorg met de Ketenveldnorm.

### 3.1 De Context

#### 3.1.1. Hoge verwachtingen

Bij de start van de proeftuin waren de verwachtingen zowel intern als extern hoog. Veel betrokkenen hoopten dat de proeftuin dé oplossing zou bieden voor ingewikkelde casuïstiek met een forensische component. Een probleem dat in de regio veel werd ervaren. Deze verwachtingen brachten een hoge druk met zich mee voor de projectgroep, de organisaties die deelnamen aan de proeftuin en –niet in de laatste plaats- de leden van het levensloopteam. Bij patiënten die vaak al jaren voor veel problemen bij zorgorganisaties en andere betrokkenen zorgden werd naar hen gekeken voor dé oplossing. Een ongelooflijk lastige vraag, waarvoor geen generieke antwoorden of 'gouden oplossingen' bestaan.

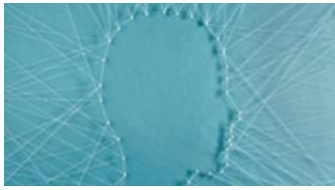
De verwachting van het levensloopteam als dé oplossing is dan ook niet in alle gevallen waargemaakt. Hoewel de proeftuin zeker potentie laat zien blijkt het ook met een gespecialiseerd team nog vaak een kwestie van zoeken, proberen en vooral: niet opgeven. Die nuance was vooraf niet bij iedereen even duidelijk. Verwachtingen en verwachttingsmanagement speelden hierdoor een belangrijke rol in de eerste maanden.

Bijvoorbeeld rond de aanmelding van patiënten. Zo was er bij diverse aanmeldingen voorlopig geen zicht op een ambulante traject. Deze aanmeldingen werden afgewezen, terwijl bij verwijzers de vraag was om deze mensen toch te includeren ook al duurde de ambulante vraag soms nog langere tijd. Casuïstiek die op andere vlakken voor problemen zorgde, werd aan de levensloopteams aangeboden met als achterliggende wens een beveiligd bed. In dit soort gevallen lukte het, vooral in de eerste maanden van de proeftuinperiode, niet altijd goed om het gezamenlijke belang en de juiste zorg op de juiste plek voorop te blijven stellen. Soms was er ook sprake van een verschillende belangen en wensen. Dit leidde tot frustratie in de samenwerking. Door verwachtingen te blijven uitspreken en te toetsen is dit de maanden erna verbeterd. Een proces dat blijvend nodig zal zijn.

Ook binnen het levensloopteam speelden de hoge verwachtingen een rol. Medewerkers verwachtten en hoopten dat binnen de werkwijze van het levensloopteam problemen waar ze in hun 'reguliere' werk tegenaan lopen, geen rol meer zouden spelen. Voor een deel is dit ook gelukt, we kunnen bij patiënten langer doorgaan, meer inzet plegen dan gebruikelijk. Andere obstakels, vooral op het gebied van toegang tot (woon)voorzieningen, bleken echter weerbarstig en nog steeds te gelden. Het is de kunst voor de medewerkers om resultaten te blijven zien, ook al zijn ze soms klein. Soms is het (deels) stabiliseren van de patiënt en zo recidive verminderen, zonder deze helemaal te voorkomen, al een enorme stap.

#### 3.1.2. Samenwerking in een hogedrukpan

De dynamiek rond de doelgroep van de ketenveldnorm is vaak enorm groot. Deels door de patiënten zelf; actieve zorgmijders die als geen ander weten hoe ze de gaten -hoe klein ook- die soms in de samenwerking vallen tussen professionals, teams of organisaties weten te benutten. Maar ook door de hoge druk, het vrijwel altijd acute karakter van de zorgvraag en de grote (politieke) afbreukrisico's rond de doelgroep. Omdat juist ook patiënten met een acute zorgvraag



werden aangemeld, hebben we ook eigenlijk alleen kunnen experimenteren met het eerste –acute- deel van de ketenveldnorm.

Voorafgaand aan de proeftuin werd aangenomen dat de samenwerking tussen verschillende uitvoerende partijen binnen Overijssel en de infrastructuur die hier onderdeel vanuit maakte de regio een voordeel en daarmee ook voorsprong zou geven bij het uitvoeren van de ketenveldnorm. Dit bleek ook het geval. Het bestaan van deze infrastructuur heeft inderdaad een positief effect gehad op het verloop van de proeftuin en het kunnen organiseren van de goede zorg en begeleiding van patiënten en de ondersteunende processen die hiervoor nodig zijn. Er lag al een basis van denken in individuele zorgtrajecten en samenwerking. Tussen de projectgroepleden en de betrokken organisaties lukte het steeds beter om elkaar aan te spreken en samen te werken in plaats van problemen te verschuiven.

Dit is een proces dat voortdurend in ontwikkeling is. Ondanks deze basis is het in Overijssel zoeken naar de invulling van de samenwerking rondom de ketenveldnorm. Verschillen van inzicht ten aanzien van inclusie, verantwoordelijkheden en aard van zorgverlening spelen rond de ingewikkelde doelgroep van de ketenveldnorm op. Dit leidde tot veel druk op het levensloopteam. Druk om patiënten te includeren. Of druk om patiënten direct klinisch op te nemen, ondanks het ambulante, tenzij...-uitgangspunt.

De startfase waarin de ketenveldnorm zich bevindt brengt onherroepelijk dynamiek met zich mee. De uitvoering van de ketenveldnorm brengt door de aard van de doelgroep en de betrokkenheid van de hele zorg- en veiligheidsketen bestaande problemen aan de oppervlakte, problemen die soms ook verder reiken dan de ketenveldnorm. In het vierde kwartaal van 2019 zijn de meest urgente problemen in overleggen op tafel gekomen. Hierbij is door betrokken zorgaanbieders opnieuw uitgesproken en gedefinieerd wat we van de ketenveldnorm verwachten, waarbij de nadruk ligt op de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de doelgroep. Deze inzichten moeten in 2020 tot concrete verbeteringen gaan leiden.

### *3.1.3. Korte looptijd*

Naast hoge verwachtingen en verschillen van inzicht speelde de korte looptijd van de Proeftuin een rol. Vooraf was al bekend dat de looptijd van de proeftuin kort zou zijn. Al snel werd duidelijk dat er met de daadwerkelijke zorgverlening slechts enkele maanden geëxperimenteerd kon worden. Dit leidde er toe dat er al vrijwel direct na de start van het levensloopteam ook geëvalueerd moest worden. Dit belemmerde het beoogde lerende effect, dat net goed en wel op gang was gekomen.

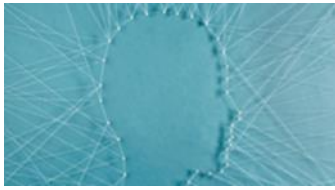
### *3.1.4. Experimenteren met een lastige doelgroep*

Door de hoge verwachtingen, looptijd en het acute karakter van de zorgvragen bleek het lastiger dan verwacht om met de doelgroep van de ketenveldnorm de grens van de mogelijkheden op te zoeken. Deze doelgroep staat veel in de aandacht, kent grote afbreukrisico's en brengt vaak een heftige dynamiek met zich mee. Dit zette de samenwerking binnen het team en tussen het team en andere organisaties onder druk, waarbij de mogelijkheid nieuwe dingen te proberen soms sneuvelde onder de hectiek van de dagelijkse praktijk.

### *3.1.5. Werken met een uitgestoten doelgroep*

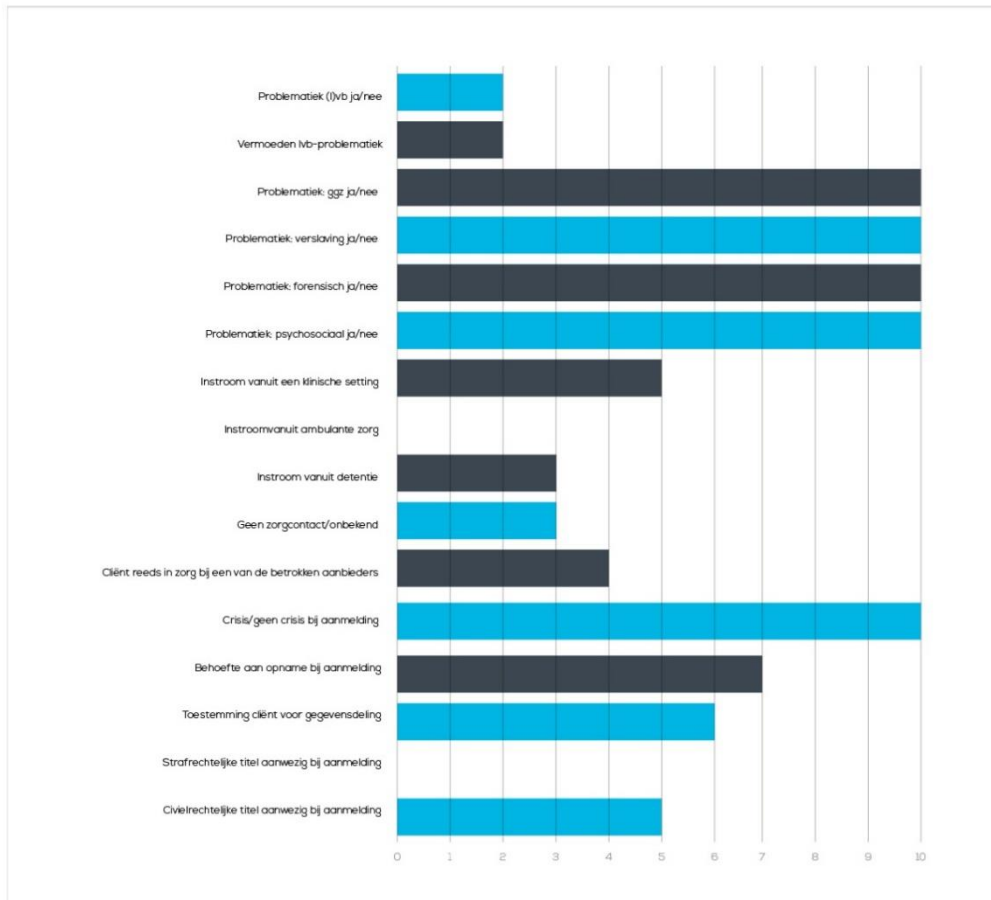
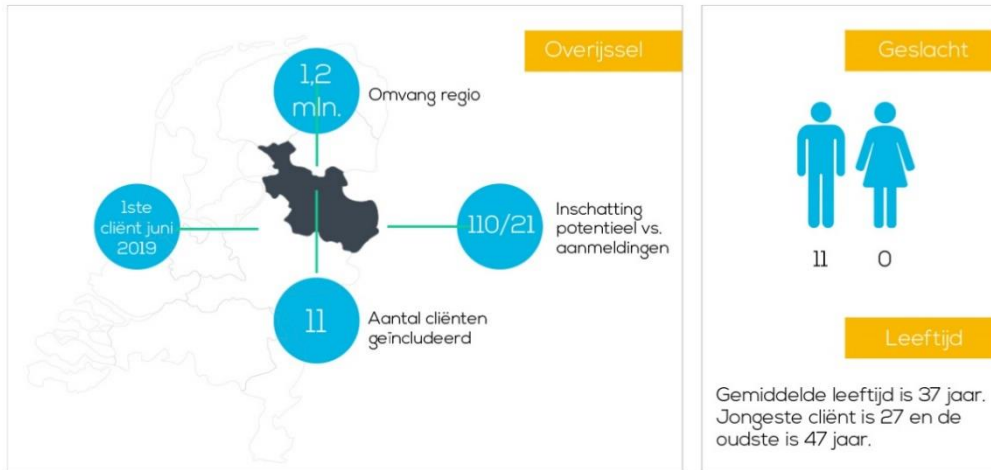
Ook de uitstotingsmechanismen die rond de doelgroep gelden hebben een belangrijke rol gespeeld. De patiënten van het levensloopteam zijn vaak –door hun voorgeschiedenis- bij voorbaat al niet welkom bij diensten die ze wel nodig hebben, zoals schuldsanering, uitkeringsinstanties of woningbouw. Door hun turbulente verleden en heden is er altijd wel een (valide) reden om de patiënt buiten te sluiten. Dit uitstotingsmechanisme speelt breed: het levensloopteam ziet ze bij zorgaanbieders, bij gemeenten en bij woningbouwstichtingen. Dit terwijl de hulpvraag juist wat speelruimte en flexibiliteit van de betrokken instanties vraagt. De ketenveldnorm veronderstelt die flexibiliteit ook, maar het gebrek er aan zorgde in praktijk voor problemen. We hopen dat we door de samenwerking te verstevigen en het wederzijds vertrouwen tussen organisaties te vergroten (je staat er niet alleen voor), uiteindelijk ook de uitstotingsmechanismen kunnen verminderen.

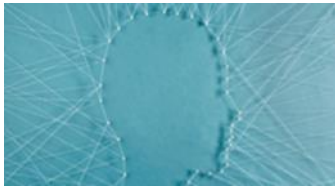




### 3.2. Geïnccludeerde doelgroep

Het levensloopteam is keihard aan de slag gegaan met de ketenveldnorm. In de periode van de proeftuin (1 juni – 31 oktober 2019 zijn in totaal 21 patiënten aangemeld, waarvan er uiteindelijk 11 zijn toegelaten tot de ketenveldnorm. Hiervan is 1 persoon inmiddels weer uitgeschreven in verband met een lopend strafrechtelijk traject.





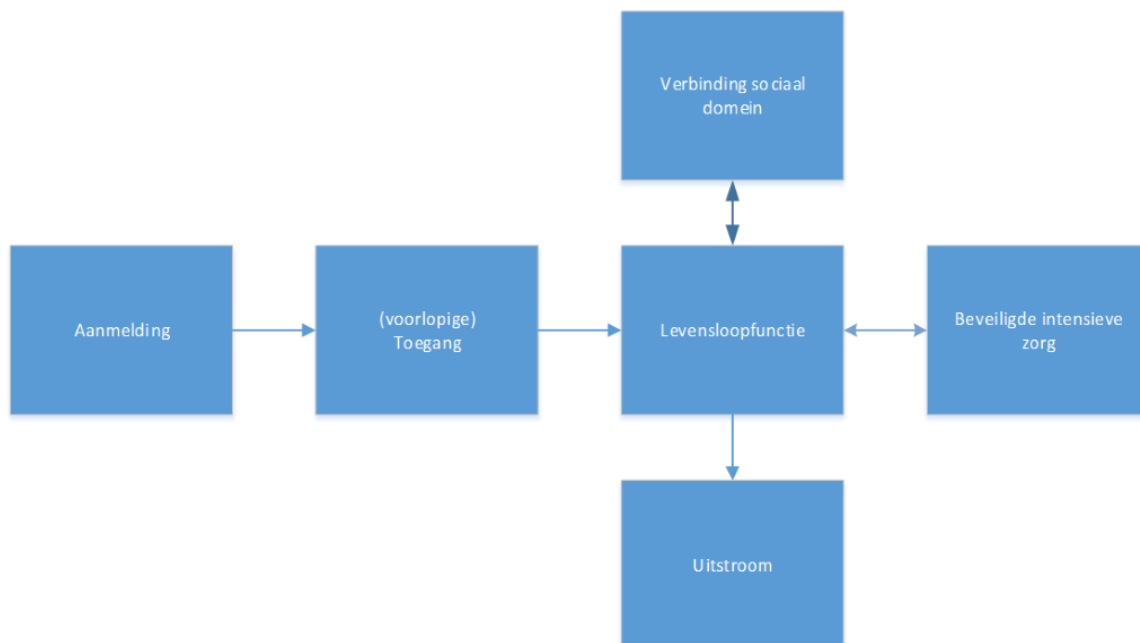
In de voorbereiding op de proeftuinperiode bleken de doelgroepkenmerken onvoldoende om te kunnen besluiten tot in- of exclusie van de ketenveldnorm. Daarom zijn er in het aanmeldproces aanvullende aanmeldcriteria geformuleerd. Deze definiëren niet zozeer de doelgroep maar laten zien waardoor het bestaande aanbod voor de doelgroep tekort schiet en welke dynamieken hiermee gepaard gaan. Dit is ook voor regio's die nog gaan starten met de ketenveldnorm een belangrijk aandachtspunt.

### 3.3 De zorg

**In het hierop volgende stuk worden de ervaringen met de ketenveldnorm beschreven. Hierbij wordt het zorgtraject dat een patiënt 'doorloopt' als basis genomen.**

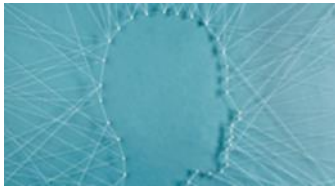
De belangrijkste opdracht tijdens deze proeftuin was om de benodigde zorg voor de doelgroep te organiseren en in te richten. Het gaat hierbij nadrukkelijk om zorg- in bredere zin die begint bij het "vinden" van de doelgroep, het verlenen van toegang tot het zorgaanbod van zowel de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg en betrekken van diverse partijen in het sociaal domein en tot slot het vormgeven van uitstroom uit de ketenveldnorm. Doel is een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven met een zo veilig mogelijke deelname aan de samenleving. Voor de patiënt en diens omgeving.

Voorafgaand aan de ketenveldnorm is onderstaand 'ideaalbeeld' van het zorgtraject vastgesteld<sup>2</sup>: van aanmelding tot uiteindelijk uitschrijving bij het levensloopteam. In de eerste fase tot eind 2019 hebben we al veel waardevolle informatie opgehaald over het zorgtraject, de verbreding naar het sociaal domein is de volgende stap. In onderstaande paragrafen worden de bevindingen besproken. Alle onderwerpen beginnen met een korte introductie van het onderwerp, om vervolgens stil te staan bij de ervaringen en aandachtspunten. Deze kunnen variëren van punten rondom samenwerking tot financiële verbeterlagen.



*De verschillende onderdelen die samen de ketenveldnorm vormen*

<sup>2</sup> Voor een volledige omschrijving van het zorgaanbod, zie [www.continuiteitvanzorg.nl](http://www.continuiteitvanzorg.nl) en de tekst van de ketenveldnorm



### *3.3.1. Aanmelding*

De aanmelding en toegang tot de ketenveldnorm zijn kritische onderdelen van het proces. Aanmelding van casussen vindt plaats via de zorg- en veiligheidshuizen en eventuele toelating wordt besproken in het casuoverleg. Er is in beide regio's een samenwerkingsconvenant tussen zorg- en veiligheidshuis en een groot aantal betrokken partijen die een rol kunnen spelen binnen de ketenveldnorm. Dit biedt voldoende ruimte om casussen te bespreken met in achtname van wet- en regelgeving m.b.t. gegevensdeling en privacy. Samen met de Zorg- en Veiligheidshuizen zijn afspraken gemaakt over de doelgroep en de nadere inclusiecriteria.

In het voortraject is afstemming nodig tussen regiebehandelaar en de procesregisseur van het Veiligheidshuis over mogelijk aan te melden casuïstiek. Ten tijde van de proeftuin zijn er aanvullende afspraken gemaakt over deze afstemming. In de praktijk is gebleken dat procesregisseurs en regiebehandelaars soms andere informatie belangrijk vinden en informatie ook anders waarderen. Waar het voor veel partners belangrijk is om 'een' oplossing te vinden, keek het levensloopteam meer naar de mogelijkheden om goede zorg vorm te geven. Ook wordt er verschillend jargon gebruikt. Daarnaast zijn er de nodige verschillen in werkwijze tussen de Zorg- en Veiligheidshuizen IJsselland en Twente (in de manier waarop overlegvormen zijn ingericht en de manier waarop dossiers worden verwerkt).

Het bespreken van aanmeldingen in het casuoverleg is in de basis een goede keuze gebleken: partijen die nodig zijn voor de uitvoering van de ketenveldnorm zitten hier al aan tafel. Wel nam de druk op de vergadering toe omdat er meer casussen ter tafel kwamen die meer dan gemiddeld behandeltijd in beslag nemen. Regelmatig lag er een aanzienlijke druk op het besluit over toelating vanuit de aanmelder en/of de betrokken partners, waardoor er beperkte ruimte was tot afweging. Van de meeste aanmeldingen is het besluit over toelating pas later door de regiebehandelaar van het en in overleg met het levensloopteam genomen en niet, zoals afgesproken, in het casuoverleg. De terugkoppeling over dit besluit liet vaak op zich wachten, wat bij de partners van de casustafels verwarring opriep.

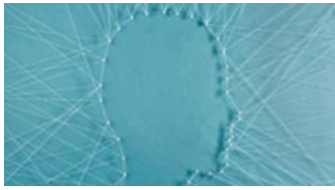
Opnieuw is te zien dat de hoge verwachtingen rond de ketenveldnorm invloed hebben op het proces. De afbakening van de doelgroep en de duiding van de inclusiecriteria vergen veel tijd en aandacht. Het is noodzakelijk hier meer ervaring mee op te doen en te blijven afstemmen binnen de regio. Deze aanbeveling is ook terug te vinden in de Handreiking (3.1).

### *3.3.2. Hoe vergaat het niet geïncludeerde casussen?*

Niet alle casussen die worden aangemeld bij het veiligheidshuis worden toegelaten tot de ketenveldnorm. Mede om te kunnen beoordelen of de inschatting om iemand niet toe te laten een juiste is zijn alle aangemelde maar niet toegelaten casussen in de afgelopen periode waar mogelijk gemonitord.

Tot nu toe is de belangrijkste reden voor exclusie dat er nog een alternatief traject mogelijk is. Bij het afwijzen van een aanmelding wordt door de regiebehandelaar van het levensloopteam een terugverwijzingsadvies met hierin een alternatieve route gegeven. Wanneer ook deze route niet tot resultaat leidt, kan een patiënt opnieuw aangemeld worden. De periode van de proeftuin is te kort om goed aan te kunnen geven of er met de kennis van nu andere besluiten zouden zijn genomen. Alternatieve routes zijn vrij recent ingezet.

Wel is duidelijk dat er winst behaald kan worden in het nader toelichten van de terugverwijzingsadviezen. De adviezen waren vaak beperkt uitgewerkt en onderbouwd en dit leidde meermaals tot frustratie bij de aanmelders. Ook werden de adviezen soms inhoudelijk niet gedeeld: het levensloopteam vond dan bijvoorbeeld dat er een voortraject nog niet geprobeerd was, terwijl het oordeel van de verwijzer was dat dit bij voorbaat geen geschikt traject was. Voor het volgende jaar ligt hier een belangrijke uitdaging. Wanneer er meer ervaring wordt opgedaan kan ook beter worden getoetst of de afgesproken inclusiecriteria voldoen, of dat deze bijschaving vragen.



### *3.3.3. Capaciteitsproblemen*

De doelgroep van de ketenveldnorm is slechts één van de doelgroepen die in het Zorg- en Veiligheidshuis voorbij komt. Wel vergt de doelgroep en de gekozen werkwijze een bovengemiddelde inzet. In praktijk bleek dat de doelgroep een (te) grote investering vroeg en bijdroeg aan een hoge werkdruk voor de betrokken procesregisseurs. Voor de toekomst moet worden gekeken of hier extra capaciteit nodig is of dat er een versimpelde procedure mogelijk is.

Zorg- en Veiligheidshuizen behandelen alleen actueel overlast gevende casuïstiek. Hierdoor is het lastig een plek te vinden voor dat deel van de doelgroep van de ketenveldnorm dat gemonitord moet worden, maar niet actueel gevaarlijk is. Daarnaast betekende dit dat er alleen casuïstiek aangemeld kon worden die urgent is. Met andere woorden: casuïstiek in (tijdelijk) rustiger vaarwater past niet binnen de omschreven aanmeldingswerkwijze. Hier wordt in 2020 verder naar gekeken.

### *3.3.4. (voorlopige) toegang*

Bij de casussen die in deze proeftuinperiode zijn toegelaten was veelal sprake van crisisachtige situaties. De urgentie 'te handelen' zette de ruimte om intakeactiviteiten uit te voeren onder druk. In de projectgroep is besproken om de doelgroep pas te informeren over toelating in het levensloopteam op het moment dat dit daadwerkelijk aan de orde was. Dit om een mogelijk nieuwe teleurstelling (in de vorm van een afwijzing) te voorkomen. Dit had consequenties voor het verkrijgen van overeenstemming over het zorgplan. Het verleiden tot zorg begon pas na toelating.

In de concept ketenveldnorm staat beschreven dat, indien de indicaties die de basis vormen voor financiering van de zorg, niet aanwezig zijn er kan worden besloten tot het verlenen van (voorlopige) toegang volgens de 90-dagen regeling om deze zaken alsnog op orde te brengen. In de praktijk is het verlenen van voorlopige toegang echter onwenselijk. Allereerst vanwege het signaal dat hiervan uitgaat: De doelgroep van de ketenveldnorm is gebaat bij duidelijkheid. Daarnaast is de 90-dagen regel in de praktijk nauwelijks bekend of gewenst bij zorgorganisaties (zowel regionaal als landelijk) en de levenslooptaanbieder kan geen concrete aanspraak op financiering maken.

### *3.3.5. Start behandeling*

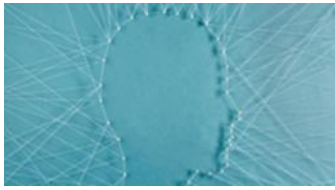
Het starten van het zorgaanbod is een proces dat veel geduld en doorzettingsvermogen vraagt. Niet zelden wijst de patiënt contact met het levensloopteam af. Het levensloopteam heeft volop geïnvesteerd in het verleiden tot zorg, meer dan dat gewoonlijk plaatsvindt. Deze investering wordt op basis van huidige financieringskaders niet betaald. Een ander probleem dat zich voordoet is dat de wettelijke mogelijkheden voor verzamelen, vastleggen en delen van informatie in de fase dat er nog geen overeenstemming is met de patiënt zeer beperkt is. Deze zaken zijn relevant voor alle proeftuinen en worden dan ook besproken in de Handreiking Ketenveldnorm, respectievelijk paragraaf 4.3 en hoofdstuk 5.

### *Levensloopteam*

Voor de bespreking van de voorlopige ervaringen met de levensloopteam en de onderscheidende elementen voor de ketenveldnorm wordt verwezen naar de Handreiking Ketenveldnorm.

### *Werken vanuit één zorgplan*

Idealiter wordt periodiek op basis van het trajectplan een zorgplan gemaakt. In dit zorgplan worden behandeldoelen en interventies beschreven. Ook worden behandeldoelen en interventies bij een eventuele opschaling alsmede criteria en voorwaarden voor afschaling beschreven. Het zorgplan is in hiermee dekkend voor zowel de levensloopteam als de beveiligde intensieve zorg. Per situatie hoeven dus in principe geen aparte zorgplannen te worden gemaakt. Hoewel de toegevoegde waarde van het trajectplan wordt gezien is het in praktijk niet altijd gelukt om de werkwijze volledig te benutten.



In de Proeftuin is het uitgangspunt gehanteerd dat het trajectplan zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt wordt gemaakt. Het duurde echter in veel gevallen voor enige gezamenlijkheid was bereikt en daarmee dus ook voor er over een trajectplan werd gesproken. Aangezien een onderscheidend kenmerk van de ketenveldnorm is dat er verder wordt gekeken dan de eerst noodzakelijke interventie en er juist geanticipeerd wordt op ontregeling in de toekomst moet dit uitgangspunt flexibeler gehanteerd worden.

### *Capaciteit levensloopteam*

Bij de samenstelling van het levensloopteam is voor het bepalen van de omvang uitgegaan van de uitgangspunten zoals die in de ketenveldnorm<sup>3</sup> zijn opgenomen. Hier wordt uitgegaan van een caseload van 12-15 patiënten per FTE, waarbij wordt aangetekend dat voor de doelgroep met LVB nog een inschatting dient te worden gemaakt.

Tijdens de proeftuin is gebleken dat deze norm in de praktijk niet haalbaar is. De benodigde intensiteit van zorg, de zogenoemde niet-patiëntgebonden tijd en reistijd alsmede de eisen die worden gesteld aan de flexibiliteit van de inzet vragen een lagere caseload per FTE. Op meerdere momenten zijn patiëntcontacten met reguliere ForFACT-patiënten afgezegd om patiënten van het levensloopteam te kunnen bedienen.

De teamleiders van de poliklinieken en de ForFACT-teams werken op basis van de ervaringen in de proeftuin een voorstel uit voor omvang en organisatie van het levensloopteam en de -functie die het uitvoeren van de beoogde (kwaliteit van) zorg mogelijk maakt. Zonder hierop teveel op vooruit lopen lijkt een caseloadverhouding volgens ACT-organisatiemodel (1 FTE per 8 patiënten) of zelfs lager gewenst. Caseload wordt tevens besproken in de Handreiking (3.5).

Bij bovenstaande dient te worden aangetekend dat, om echt goede uitspraken te kunnen over de benodigde inzet er nog meer ervaring dient te worden opgedaan.

### *3.3.6. Beschikbaarheid en opschaling naar (beveiligde) intensieve zorg*

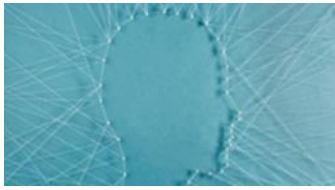
De ketenveldnorm stelt eisen aan de beschikbaarheid van (beveiligde) intensieve zorg<sup>4</sup>. Het gaat hierbij zowel om beschikbaarheid van verschillende vormen van (beveiligde) intensieve zorg als om de feitelijke beschikbaarheid op het moment dat deze nodig is. De zorgaanbieders die deelnemen aan de ketenveldnorm stelden hiervoor verschillende zorgvormen beschikbaar, binnen en buiten de regio.

In Overijssel is de keuze gemaakt om de vorm van op- en afschaling tussen levensloopfunctie en (beveiligde) intensieve zorg af te stemmen op de individuele behoefte van de patiënt. De zorgvraag is leidend en er is daarom geen aparte locatie voor beveiligde zorg voor de patiënten binnen de ketenveldnorm (zie ook Handreiking 3.9). De bestaande variëteit aan locaties voor verschillende doelgroepen wordt benut. De zorg op de ontvangende afdeling is gericht op een zo snel als mogelijk verantwoorde terugkeer naar de ambulante levensloopfunctie. Hiervoor wordt idealiter het trajectplan uitgevoerd, waarin vooraf afspraken zijn gemaakt over de locatie voor opschaling en de behandeldoelen.

De praktijk van ruim een half jaar 'opschalen' laat zien dat het realiseren van een opschalingsmogelijkheid op het moment dat hier behoefte aan is vaak veel moeite kost en (veel) langer duurt dan gewenst. We zijn immers nog in de opstartfase en de opschalingsprocessen moeten nog nader worden uitgewerkt. Alle zorgaanbieders hebben de instroom van patiënten op eigen wijze geregeld, met eigen beoordelingscriteria en doorlooptijden. Bovendien zorgen die criteria, wanneer strikt gehanteerd, dat er voor sommige patiënten nergens plek is.

---

<sup>4</sup> Zie pagina 29 en 30 van de concept ketenveldnorm



De aard van de doelgroep, het vaak problematische gedrag en de voorgeschiedenis spelen hierin ook een rol. Patiënten van het levensloopteam zijn vaak al negatief bekend bij zorgaanbieders in de regio, wat tot uitsluiting leidt.

Een ander deel van de verklaring is het feit dat soms geen bedden beschikbaar zijn. De vraag naar bedden is groot en uiteraard veel breder dan de doelgroep van de ketenveldnorm. Daarnaast is niet voorzien in iets als een leegstandsvergoeding, waardoor het vrijhouden van één of meerdere bedden voor instellingen financieel onhaalbaar is. Dit leidt tot concrete beschikbaarheidsproblemen.

Beide problemen moeten in 2020 ondervangen worden. Het eerste door de onderlinge samenwerking te verbeteren en helderheid over de opschalingsmogelijkheden en de rol van het levensloopteam hierin. Met de partners van de ketenveldnorm en het FCON is een overleg rond de hoogbeveiligde bedden ingericht, waarin wordt gekeken naar betere samenwerking met als pijlers gezamenlijke verantwoording en trajectdenken. Het tweede met name door landelijk de financiële voorwaarden en beschikbaarheid van bedden beter te faciliteren.

### *Opschaling naar HIC*

Bijzondere categorie is de opschaling naar HIC's. In principe is het levensloopteam niet 24/7 bereikbaar. Bij crises buiten kantooruren is aansluiting op de infrastructuur van IHT-teams en HIC-locaties in Overijssel nodig. Deze teams kennen de doelgroep van de ketenveldnorm, maar hebben hier in het verleden soms ook negatieve ervaringen mee opgedaan. In de pilotperiode is veel aandacht uitgegaan naar de onderlinge samenwerking.

Met drie van de vier teams is het gelukt om voorafgaand aan de start van toelating van mensen tot de ketenveldnorm samenwerkingsafspraken te maken, met het vierde team heeft dat plaatsgevonden nadat er al patiënten waren toegelaten. Teams stonden welwillend tegenover samenwerking en zagen de meerwaarde. Belangrijk hierbij was het expliciteren van het feit dat de doelgroep waarvoor de ketenveldnorm ontwikkeld is een doelgroep is waar de crisisdienst en IHT mee vast lopen. Ook het feit dat het niet een specifiek forensische doelgroep is, maar een doelgroep die bekend is in het hele stelsel is belangrijk. Belangrijk voor het IHT en de crisisdienst is dat er een nieuw zorgaanbod beschikbaar is en dat zij zekerheid hebben dat patiënten op langere termijn de juiste expertise kunnen krijgen bij het levensloopteam.

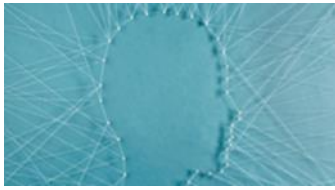
De samenwerking verdient nog wel verdere uitwerking. Zo moet er gekeken worden naar manieren om op basis van het trajectplan over en weer afspraken te maken voor mogelijke crisissituaties. Dit vergt veel afstemming op patiëntniveau. Met Dimence is de afspraak gemaakt dat de FACT-HIC bedden kunnen dienen als mogelijke opschalingsplek.

### *3.3.7. Verbinding tussen zorg en sociaal domein*

In de proeftuinperiode tot nu toe bevinden alle trajecten zich nog in een beginfase. De overgang van een behandeltraject naar een meer begeleidend traject binnen het sociaal domein en de knelpunten en uitdagingen die we daarin tegen gaan komen hebben zich dus nog niet gemanifesteerd.

Wel is het levensloopteam in aanraking gekomen met verschillende instanties waar de patiënten mee te maken hebben: uitkeringsinstanties, schuldsanering en woningcorporaties. Deze samenwerking was vaak teleurstellend. De uitstotingsmechanismen die overal rond deze doelgroep werkend zijn, zagen we hier in volle werking. Voor 2020 ligt hier een belangrijke uitdaging om manieren te vinden om 'om' de uitstotingsmechanismen heen te werken en deze patiënten op positieve manier een voorkeursbehandeling te geven.

Bijzondere aandacht verdient de woonproblematiek. In een aantal casussen zijn mensen bij toelating dak- en/of thuisloos. Het niet hebben van een vaste woon- of verblijfplaats is een belangrijk afbreukrisico voor het bereiken van een goede en duurzame resultaten. Dit zal daarom een belangrijk onderwerp zijn voor het komende jaar.



### 3.3.8. *Uitstroom*

Er zijn drie criteria geformuleerd op basis waarvan overwogen kan worden om in overleg met de patiënt te besluiten om iemand uit te laten stromen uit de ketenveldnorm. 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.

Uitstroom kan op basis van één van de afgesproken criteria plaatsvinden na twee jaar stabiel functioneren. Door de duur van de proeftuin is dit nog niet aan de orde geweest.

## 3.4 Het levensloopteam

In dit hoofdstuk staan we stil bij hét werkzame element van de ketenveldnorm: het levensloopteam. Een groep mensen die de zorg voor deze patiëntengroep vormgeven op basis van kennis en ervaring met de doelgroep, de forensische zorg, verslavingszorg, lvb én psychiatrie. In dit hoofdstuk staan we stil bij hun ervaringen met de ketenveldnorm. In Overijssel is ervoor gekozen een apart team te formeren vanuit de deelnemende partijen. Het levensloopteam bestaat uit medewerkers van Transfore, Trajectum en Tactus. Daarnaast worden medewerkers van Mediant op casusniveau geconsulteerd. Deze mogelijkheid bestaat ook voor medewerkers vanuit Veldzicht. Er is gekozen voor detachering van medewerkers naar het levensloopteam om zo zowel de expertise te borgen alsook de verbinding met de organisaties te versterken.

### 3.4.1 *Onderlinge samenwerking*

De samenwerking wordt als positief ervaren. Aan de start van het project is geïnvesteerd in team building en kennisdeling. Voor de medewerkers die uit een klinische context komen geldt dat zij tijd nodig hebben om het ambulante werken eigen te maken. Het verdient dus aanbeveling te werken met medewerkers die het ambulante werken al kennen. Daarnaast vraagt het werken in het levensloopteam om zelfredzame medewerkers.

Binnen de proeftuin Overijssel is fors ingezet op scholing van en kennismaking tussen de medewerkers bij de start van de pilot. Dit bleek goed te werken. Daarbij is een ronde gemaakt langs andere instellingen. Een goede investering, waarbij het belangrijk is om in de opstartfase continu te blijven kennis maken met andere teams en organisaties, ook om de wederzijdse verwachtingen met elkaar te bespreken.

De grote regio waarin het LVL-team actief is maakt de organisatie en overdracht soms lastig. Veel medewerkers werken enkele dagdelen voor het levensloopteam, waardoor versnippering van de inzet (en het onderlinge contact) dreigt. Voor de toekomst is het de moeite waard te onderzoeken of het niet efficiënter is teams in kleinere subregio's te organiseren, bijvoorbeeld gekoppeld aan de reguliere ForFACT-teams van de levensloopteamaanbieder. Dit wordt in 2020 verder onderzocht.

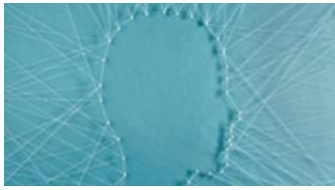
### 3.4.2. *Meerwaarde verschillende disciplines*

Dat er in het levensloopteam medewerkers vanuit verschillende organisaties en expertises zitten (LVB, verslaving, psychiatrie) heeft volgens alle betrokkenen grote meerwaarde. Op inhoud weet men elkaar te vinden en vormen de medewerkers gezamenlijk een goed gevuld palet aan expertise. De mogelijkheid tot consultatie bij Dimence, Mediant en Veldzicht is in de pilotperiode niet of nauwelijks ingezet.

Wel is het vanwege bovengenoemde versnippering nog een zoektocht hoe deze kennis en kunde het best verbonden kan worden met de problematiek van de cliënt. De brugfunctie die de gedetacheerde medewerkers zouden kunnen vervullen naar hun eigen organisatie is nog onvoldoende tot stand gekomen. Hiervan is het de vraag of het haalbaar is om dit van de individuele medewerkers te verwachten.

### 3.4.3. *Werken volgens de ketenveldnorm*

De meerwaarde van de ketenveldnorm wordt gezien. Er is meer ruimte om de patiënt te verleiden tot zorg en er zijn ruimere mogelijkheden om de patiënt te blijven zien en behandelen. De



continuïteit van zorg die onder meer tot uiting komt in het beschikbaar blijven voor de patiënt werd door een van hen treffend geformuleerd als: "Jullie zijn een stelletje Jehova's".

Medewerkers geven aan dat ze desondanks deels tegen dezelfde problemen aan lopen als buiten de Proeftuin. Zij noemen met name de klinische opschalingen en het onderbrengen van patiënten in geschikte woonvoorzieningen als moeizame processen. De samenwerking met het sociaal domein biedt volgens de medewerkers eveneens meer mogelijkheden dan nu benut.

#### **3.4.4. Samenwerking zorg- en veiligheidshuizen**

Voor het functioneren van de ketenveldnorm is de samenwerking tussen levensloopteam en de zorg- en veiligheidshuizen essentieel. Zoals onder 3.3.1. al beschreven verdient de afstemming over aanmelding en toegang nog nadere aandacht. Er zijn sinds eind 2019 gesprekken gaande waarin deze onderwerpen worden besproken. Hierin komen ook de taak- en regieverdeling tussen de regiebehandelaar van het levensloopteam en de procesregisseur van het zorg- en veiligheidshuis na inclusie aan de orde. Die vraagt om een goede afstemming. Als onderdeel van het 'lerend experimenteren' is het goed te bemerken dat alle deelnemers bereid zijn dit gesprek te voeren.

#### **3.4.5. Naasten**

De ketenveldnorm gaat uit van een goede samenwerking met naasten en/of familie van de geïnccludeerde patiënten. Dit is tijdens de pilotperiode in enkele gevallen gelukt. Bij sommige patiënten wordt actief geprobeerd om met behulp van hun naasten de patiënt te verleiden tot zorg. Vanwege de doorlooptijd is nog niet te zeggen of de werkwijze hierin verschilt van reguliere ForFACT.

#### **3.4.6. Patiëntervaringen**

Door de korte looptijd, het relatief lage aantal patiënten en de hectiek die er rond hun casuïstiek speelt is het nog niet gelukt om breed onderzoek te doen naar hun ervaringen met de ketenveldnorm. Dit gebeurt in 2020.

### **3.5 Randvoorwaarden**

Tot slot willen we nog stilstaan bij twee essentiële randvoorwaarden voor de uitvoering van de ketenveldnorm: de gegevensuitwisseling en financiering. Beide onderwerpen zijn we regionaal volop tegengekomen, zorgden voor de nodige frustratie, maar kunnen niet regionaal worden opgelost. Hoewel de onderwerp verschillen van aard, hebben ze gemeen dat hiervoor de landelijke partners aan zet zijn. In de landelijke handreiking wordt hier uitvoerig bij stilgestaan. Dit hoofdstuk geeft beknopt de regionale ervaringen weer.

#### **3.5.1. Gegevensdeling en privacy**

Zoals bij 'start behandeling' genoemd en in de landelijke Handreiking Ketenveldnorm (hoofdstuk 5) uitvoerig beschreven zijn de mogelijkheden voor informatiedeling, maar vooral ook de (ervaren) beperking daarin als gevolg van o.a. privacywetgeving een belemmerende factor geweest in de uitvoering van de proeftuin. Toch verdient deze conclusie, specifiek voor Overijssel, wel enige nuancering ten positieve voor deze regio.

Belangrijk uitgangspunt bij het delen van informatie is de toestemming van de patiënt die er in de praktijk geregeld niet of niet langdurig is. Wat in de regio in ieder geval helpend is geweest dat er gebruik is gemaakt van een toestemmingsverklaring voor informatie-uitwisseling met daarbij een uitleg in 'normale mensentaal'.

Het trajectplan is daarnaast een instrument gebleken om informatiedeling mogelijk te maken en te stroomlijnen. Als het trajectplan is belegd bij één van de uitvoerende partijen kunnen zij andere partijen, met toestemming van de patiënt, gericht de informatie verschaffen die nodig is voor de

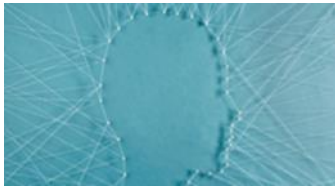




uitvoering van hun taak. Hiermee kan (grotendeels) voorkomen worden dat er te weinig specifieke “bulkinformatie” wordt verstrekt.

### *3.5.2. Financiering*

Het realiseren van een inkoopketen voor de ketenveldnorm was één van de deelopdrachten voor de proeftuinperiode. Hieraan is vormgegeven door in de werkgroep inkoopketen knelpunten in de financiering te inventariseren en te bespreken. Bij deze bespreking bleek dat een groot deel van de knelpunten niet op regionaal niveau konden worden opgelost. In 2020 ligt de opdracht er voor landelijke partners hier alsnog een oplossing voor te vinden. Hoofdstuk 4 van de Handreiking beschrijft deze opdracht. De regio zal hiervoor waar nodig informatie aanleveren.



## 4. Slot

Terugkijkend op een half jaar werken met de ketenveldnorm blijkt vooral dat die tijd te kort is om onderbouwd uitspraken te doen over de werkzaamheid van deze werkwijze. Wel heeft dit half jaar met de werkwijze in Overijssel veel gebracht. Er is geëxperimenteerd, er zijn successen behaald en we zijn tegen hobbels aan gelopen in de zorg en in de samenwerking. Precies waar een proeftuin voor bedoeld is. Het feit dat het levensloopteam en alle regionale partners er nog staan, ondanks de hoge druk waaronder het afgelopen jaar gewerkt is, is een compliment waard en biedt perspectief voor de toekomst.

In 2019 hebben we lessen geleerd die we in 2020 in praktijk gaan brengen. In dit slothoofdstuk trekken we voorlopige conclusies en geven we vooral aan waar we in 2020 mee aan de slag gaan. En we geven enkele tips voor de zeven regio's die in 2020 met de ketenveldnorm gaan starten.

### 4.1 Hoe ver zijn we?

In hoofdstuk twee is een aantal vragen geformuleerd die de regio aan het einde van de proeftuinperiode wilde beantwoorden.

#### 1. *Is de veldnorm uitvoerbaar in de regio?*

De ketenveldnorm is naar verwachting uitvoerbaar in Overijssel. Een groot deel van de infrastructuur ligt er of er wordt aan gewerkt. De verwachting is dat, mits de randvoorwaarden goed geregeld zijn, de regio eind 2020 op hoofdlijnen ingericht is om de ketenveldnorm uit te voeren.

#### 2. *Op welke wijze kan de samenwerking m.b.t. de levensloopfunctie het best georganiseerd worden?*

De levensloopfunctie vraagt om een team waarin brede expertise is en voldoende continuïteit geboden kan worden. De detachering naar Transfore vanuit Tactus en Trajectum is waardevol en zal behouden blijven. Er wordt nu onderzocht of het team geïntegreerd kan worden in het forFACT-team, hetzij op één plek voor de gehele regio, hetzij gesplitst in twee subregio's om het team optimaal in te bedden in het netwerk.

#### 3. *Welke expertise van cliëntorganisaties en familie/naasten is van belang bij de uitvoering van een levenslooptraject van een patiënt?*

Binnen de huidige pilotperiode is het nog niet goed gelukt om hier onderzoek naar te doen. Dit heeft te maken met een aantal factoren zoals de korte doorlooptijd, het hoge acute karakter van de zorg. In de gevallen waar wel sprake is van contact met naasten zien we dat dit meerwaarde heeft. In 2020 willen we dit verder gaan onderzoeken op casusniveau in de proeftuin, daarnaast wordt het onderwerp landelijk geagendeerd.

#### 4. *Wat kan in de praktijk m.b.t. de caseload van een levensloopteam en welke aanbevelingen kunnen we geven m.b.t. de inrichting ervan?*

Tot dusver is een caseload van 1FTE op 15 patiënten niet realistisch gebleken. Er is veel tijd nodig om de patiënten naar zorg toe te leiden en ook de indirecte tijd die benodigd is om bijvoorbeeld opschaling te realiseren drukt op de teamleden. Op dit moment lijkt een caseloadverhouding volgens het ACT-organisatiemodel (1 FTE per 8 patiënten) beter te passen. Aan het einde van de proeftuinverlenging zal er met meer zekerheid iets gezegd kunnen worden over het benodigde aantal FTE, aangezien de opstartfase dan voorbij is.

#### 5. *Hoe komen afspraken tot stand in het sociaal domein met verschillende gemeenten binnen de regio Overijssel?*

De verbinding met het sociaal domein is gezien de fase waarin de proeftuin verkeert nog beperkt aan de orde geweest. De evaluatie aan het einde van 2020 zal het sociaal domein als belangrijk onderdeel bevatten.



**6. Wat zijn de kosten van de uitvoering van de levensloopfunctie en welke afspraken zijn tussen financiers gemaakt?**

Door de korte looptijd en het lage aantal patiënten is het nog niet gelukt om iets te zeggen over de (meer)kosten van de individuele trajecten. De afspraken die tot op heden met financiers gemaakt zijn hebben in hoge mate een individueel karakter. Het is –met name doordat hier de landelijke randvoorwaarden voor ontbraken- niet gelukt om tot een inkoopketen zoals deze omschreven is in de ketenveldnorm te komen.

**7. Wat zijn de minimale voorwaarden waaronder de levensloopfunctie kan worden uitgevoerd.**

De levensloopfunctie vaagt om een team zoals beschreven onder 4.1.2. Daarnaast is de financiering noodzakelijk van zowel de aanmeld- en opstartfase als de betrokkenheid van het team als een patiënt elders in zorg is, in detentie of even geen andere zorg ontvangt. Zo wordt de continuïteit geregeld. De financiering van voldoende bedden en ruimte voor leegstand om zo op korte termijn op te kunnen schalen is eveneens vereiste. Tot slot is bereidheid van ketenpartners de verantwoordelijkheid te delen en gezamenlijke oplossingen te zoeken voor de doelgroep voorwaardelijk voor een geslaagde uitvoering van de levensloopfunctie.

## **4.2 Plannen voor 2020**

Ondanks de problemen die we ervaren hebben en de nodige opstartproblemen zien we nog altijd de meerwaarde en de potentie van de ketenveldnorm. De samenwerkende organisaties weten elkaar nu al beter te vinden, met alle positieve gevolgen van dien. Ook lukt het op casusniveau al om met meer inzet, meer te bereiken. Om die reden willen we graag verder met de pilot.

Allereerst willen we in 2020 meer ervaring opdoen door simpelweg meer patiënten te zien en zorg te verlenen. Daarbij richten we ons op de volgende onderdelen:

### *Verder schaven aan de inclusie in de levensloopfunctie*

De inclusie van patiënten vormde een van de grootste discussiepunten. In 2020 gaan we verder aan de slag om dit te verfijnen. Dit doen we op de volgende wijze

- Betere communicatie over de inclusiecriteria en waarom aanmeldingen hier binnen of buiten vallen; scherpere terugverwijzingsadviezen en betere uitleg hiervan.
- Verder verbeteren van de samenwerking met de zorg- en veiligheidshuizen. Zowel voor de urgente als de minder urgente casuïstiek.
- Analyse van de niet geïnccludeerde aanmeldingen op basis van het vervolgtraject: was de afwijzing terecht? Of moeten de criteria opnieuw bekeken?

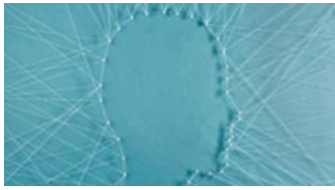
### *Opschaling verbeteren*

De opschaling van patiënten zorgde voor het nodige getouwtrek. In 2019 is al een start gemaakt met het verbeteren van de samenwerking tussen de zorgorganisaties. Belangrijk onderdeel hierbij is het samen specificeren van de daadwerkelijke vraag: sommige aanmeldingen voor de levensloopfunctie bleken vooral een vraag naar een hoogbeveiligd bed. Dit zijn dus geen actieve patiënten voor het levensloopteam, maar er is meer een vraag om na een periode van klinische opname te includeren en tot die tijd passief betrokken te blijven. Door dat onderscheid scherper te maken en samen een oplossing te vinden voor deze patiënten hopen we ook het levensloopteam hierin te ontlasten.

Voor het levensloopteam zelf zal het werken aan de trajectplannen centraal staan. Deze moeten de sleutel worden voor het beter voorbereiden van opschaallocaties op de mogelijke komst van een levenslooptpatiënt. En zo de soms onverwachte opschalingen toch beter uitvoerbaar te maken.

### *Verbinding met het sociaal domein*

Waar de eerste fase van de proeftuin zich vooral op de zorg- en veiligheidspartners heeft gericht is in de volgende fase de verbinding met het sociaal domein van belang. Hiervoor zal de projectgroep uitgebreid worden met een representant uit het sociaal domein en worden de bestaande contacten op bestuurlijk en operationeel niveau uitgebreid en geïntensiveerd.



### *Bestendinging van het team*

Met de geleerde lessen over het team, de benodigde flexibiliteit en de moeilijkheden van zo'n groot team in één gebied wordt het in 2020 zaak om het levensloopteam beter in te bedden binnen het reguliere aanbod van Transfore. Hiervoor wordt een koppeling gezocht met de ForFACT-teams van de organisatie. Daarnaast wordt er gewerkt aan duurzame verbinding met de andere aanbieders door middel van detacheringen en versoepeling van de samenwerking met zorg- en veiligheidshuizen

## **4.3 Aanbevelingen voor startende regio's**

Tot slot willen we kort een aantal waardevolle ervaringen uit Overijssel delen met de zeven regio's die volgend jaar gaan starten met de ketenveldnorm, als aanvulling op de bredere handreiking.

### 1) Managen van de verwachtingen

De ketenveldnorm bedient een doelgroep waarmee vele partners omhoog zitten. De verwachtingen zullen dan ook hoog zijn. Dit heeft positieve kanten: er is een brede groep betrokkenen rondom de doelgroep die veel voor elkaar kan krijgen. Maar ook negatieve: de verwachtingen kunnen te hoog zijn en daarmee de druk op de uitvoerders eveneens. Wees hiervan bewust en maak het verwachtingsmanagement tot een vast item in je project. Wees duidelijk over het feit dat inclusie niet betekent dat alle problemen opgelost zijn of dat partners geen bemoeienis meer hebben met de casus. Spiegel met elkaar verwachtingen, ervaringen en resultaten en stuur hier op bij. Houd hierbij ook expliciet rekening met de vraag: wie doet wat en wat kun je bij elkaar verwachten?

### 2) Wees je bewust van het uitstotingsmechanisme

De doelgroep organiseert met haar gedrag uitstoting op allerlei terreinen. Negatieve ervaringen zorgen voor negatieve verwachtingen en dit heeft zijn weerslag op de mensen, naasten en professionals, die bij deze groep betrokken zijn. De wens (de problemen van) deze groep liever kwijt dan rijk te zijn is het gevolg en de neiging een ander verantwoordelijk te maken voor het 'oplossen' ervan is niet verwonderlijk. Dit uitstotingsmechanisme moet onderkend worden om strubbelingen van context te kunnen voorzien. De doelgroep legt veel problemen in het systeem bloot wat kansen schept voor verbetering. Dit mechanisme onderkennen vergroot de bereidheid gezamenlijk de verantwoordelijkheid te nemen voor de doelgroep van de ketenveldnorm.

### 3) De vorming van het team

De professionals die uiteindelijk het levensloopteam bemensen staan voor een grote opgave. Het is goed om bij de samenstelling van je team nadrukkelijk te screenen op de eigenschappen die nodig zijn om hier mee te gaan. De ervaringen in Overijssel leren dat het goed is ervaren ambulante medewerkers te kiezen, die de lat hoog leggen en snel kunnen schakelen. Daarnaast is het aan te bevelen het team zo te organiseren dat roosterproblemen, ook in de opstartfase, zo klein mogelijk blijven en het team flexibel is. Het ligt voor de hand hiervoor aan te sluiten bij reguliere ForFACT-teams.

### 4) Neem de tijd te leren

Een nieuwe werkwijze kan niet in een keer foutloos worden ingevoerd. Gun je partners en jezelf de tijd te experimenteren, tegen problemen aan te lopen en zaken aan te passen. Met geduld heeft de ketenveldnorm in al haar facetten veel meer kans van slagen.