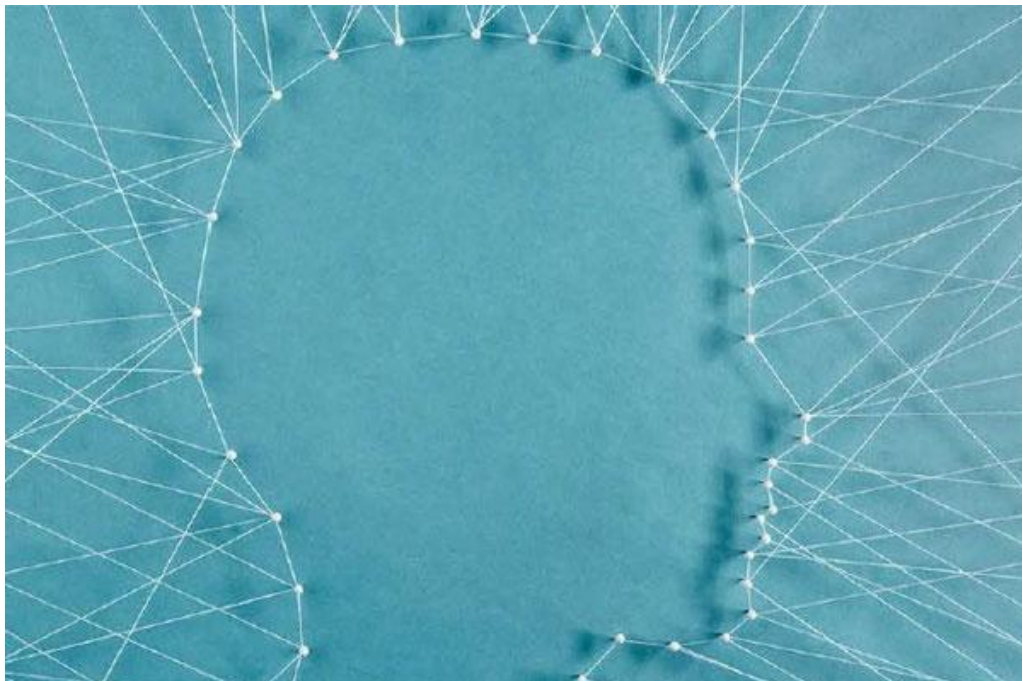
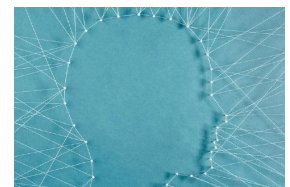


Aanpak Ketenveldnorm in Limburg

Uitvoering Levensloopfunctie en Beveiligde Intensieve Zorg

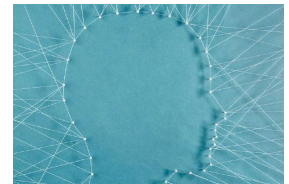
Datum: 08-03-2023
Versie: 2.0
Status: Definitief
Auteur: Angelique Moonen, Leontien van Veen en Maud Elbers



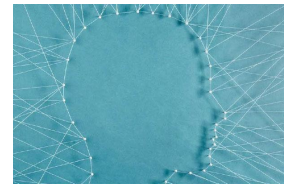


Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1	Doel van dit document	4
2.	Doelgroep en inclusiecriteria	5
2.1	Doelgroep	5
2.2	Inclusiecriteria	5
2.3	Exclusiecriteria	5
2.4	Aantallen Limburg	5
2.5	Werken conform de Ketenveldnorm betekent	6
2.6	Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten	6
3.	De toegang tot de levensloopfunctie	8
3.1	Aanmelden bij Zorg- en Veiligheidshuis	8
3.2	Toestemming betrokkene	8
3.3	Eerste screening en verrijking van de casus	8
3.4	PGA-overleg	8
4.	Integraal trajectplan	10
4.1	Het integrale trajectplan	10
4.2	Signaleringsplan/hulpkaart	11
4.3	Monitoren/evalueren voortgang behandeling en begeleiding	11
4.4	Monitoring en signalering van risicovol gedrag	11
4.5	Disclaimer	12
5.	Beveiligde intensieve zorg	13
5.1	Beveiligde intensieve zorg	13
5.2	Uitgangspunt is het zo-zo-zo-principe:	13
5.3	Afspraken over opschalen van zorg	13
5.4	De regiebehandelaar bepaalt of op- en afschalen nodig/mogelijk is	13
5.5	De klinische behandeling is tijdelijke zorg als intermezzo (interventie) in het levenslooptraject	13
5.6	Continuïteit	14
5.7	Verantwoordelijkheid	14
5.8	Tijdig opnemen is uitgangspunt	14
5.9	Zelfbindingsverklaring	14
6.	Langdurige klinische opname of detentie	15
6.1	Langdurige klinische opname	15
6.2	Langdurige opname in een Penitentiaire Inrichting (PI)	15
7.	Voortijdige beëindiging	16
8.	Uitstroom uit de levensloopfunctie	17
8.1	Zorgvuldig proces	17
8.2	IJKpunten	17
8.3	Warme overdracht en terugval levensloopfunctie	17
9.	Rollen in de levensloopfunctie	18
9.1	Levensloopcasemanager	18
9.2	De procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis	18
9.3	De regiebehandelaar (BIG geregistreeerde medewerker)	19
9.4	Levensloopteam	19
9.5	Gemeente	19
9.6	Zorgaanbieders	20
9.7	Coördinerend zorgaanbieder Ketenveldnorm	20
9.8	Bemoeizorg	20
9.9	Instellingen wonen/woningcorporaties	20
9.10	Officier van Justitie	20
9.11	Reclassering	21
9.12	Ervaringsdeskundigen	21
9.13	Familieperspectief/ ervaringsdeskundigen	21



9.14	Penitentiaire instellingen (PI's)	21
9.15	Het netwerk van de geinclideerde persoon	21
9.16	Instellingen maatschappelijke opvang	22
9.17	Voorzieningen voor werk en inkomen	22
9.18	Schuldhelpverlening	22
10.	Gegevensdeling	23
11.	Financiële en wettelijke kaders	24
11.1	Financiële kaders	24
11.2	Wettelijke kaders	24
12.	Doorontwikkeling Ketenveldnorm	25
12.1	Evaluatie en doorontwikkeling	25
12.2	Borging	25
12.3	Communicatie- en overlegstructuur	26
	Bijlage 1: betrokken partners Ketenveldnorm	27
	Bijlage 2: toestemmingsformulier	29
	Bijlage 3: zelfverbindingsverklaring	30
	Bijlage 4: procedure beveiligde zorg crisis	32



1. Inleiding

De Ketenveldnorm Levensloopfunctie en Beveiligde Intensieve Zorg is ontwikkeld om een sterke verbetering te realiseren in de ondersteuning, begeleiding en zorg voor mensen met gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verslaving, verstandelijke beperking, niet aangeboren hersenletsel. De Ketenveldnorm is gericht op mensen die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, onder 'reguliere' financieringsstromen vallen, maar wel een forensisch behandel- en begeleidingsklimaat met forensische expertise nodig hebben. Uitgangspunt is 'ambulant, tenzij...'. Professionals blijven zo lang als nodig betrokken, signaleren tijdig een mogelijke terugval en schalen begeleiding en zorg op maat op en af. Beveiligde zorg is aanwezig, mocht dat nodig zijn. De Ketenveldnorm vraagt nauwe samenwerking tussen netwerkpartners uit de zorg-, veiligheids- en inkoopketen als ook met het lokale bestuur en sociaal domein.

Doelen van de levensloopfunctie zijn het verbeteren van de kwaliteit van leven van geïncludeerde personen en hun naasten, verbeteren van de ketensamenwerking zorg & veiligheid en het verminderen van overlast en gevaar voor mensen zelf, hun naasten en de samenleving.

De levensloopfunctie kenmerkt zich door continuïteit van intensieve zorg, professionals die bij de geïncludeerd persoon betrokken blijven zo lang dat nodig is en het makkelijk op- en afschalen naar zwaardere of lichtere vormen van zorg en begeleiding, ook in het sociaal domein. De levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ambulante zorg en ondersteuning op alle levensgebieden. Daar waar de ambulante behandeling en begeleiding stagneert en/of waar er extra behoefte is aan zorg en/of veiligheid kan worden opgeschaald.

Iemand die geïncludeerd wordt, blijft in de levensloopbenadering totdat hij¹ twee jaar stabiel is.

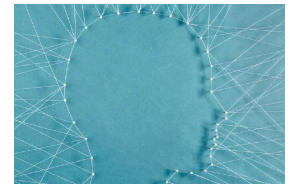
1.1 Doel van dit document

Dit document beschrijft hoe de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg in Limburg wordt uitgevoerd. Daartoe zijn met partners de onderdelen van de levensloopfunctie uitgewerkt. In bijlage 1 zijn alle bij de uitwerking betrokken partijen opgenomen.

Toegevoegde waarde Ketenveldnorm:

- 1 gezicht voor de cliënt
- Continuïteit van betrokken partijen
- Snel op/afschalen beveiligde intensieve zorg
- Kortere lijnen
- Samen optrekken
- Integraal werken
- Gezamenlijk verantwoordelijk
- Sneller over domeinen heen kunnen schakelen

¹ Waar hij/zijn in dit document geschreven is, kan ook zij/haar gelezen worden.



2. Doelgroep en inclusiecriteria

2.1 Doelgroep

De Ketenveldnorm is bedoeld voor personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag² (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening³ en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of niet aangeboren hersenletsel.

- Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico⁴ op dit gedrag.
- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-)problematiek, die onvoldoende in bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.
- Er is of was sprake van een rechterlijke machtiging, zorgmachtiging, crisismaatregel, IBS 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, de verslaving en/of niet aangeboren hersenletsel en slechts met dwang te beheersen valt.

2.2 Inclusiecriteria

Er zijn inclusiecriteria geformuleerd om aanmeldingen voor de levensloopfunctie te toetsen en al dan niet toegang te verlenen:

- risicotaxatie laat een hoog delictgevaar zien: forensische expertise is nodig en bij opschaling is een beveiligde omgeving nodig;
- psychiatrische problematiek en/of verslaving en/of licht verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel (NAH);
- problemen/probleemgedrag op meerdere levensgebieden;
- ambulante nabijheid verhoogt kwaliteit van leven en/of verlaagt risico op delictgevaar en/of is nodig om contact te maken en de persoon te verleiden tot zorg en ondersteuning;
- langdurige en terugkerende problematiek (dreigt): de historie laat een beeld of verwachting zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoeizorg;
- de persoon heeft eerder een strafrechtelijke titel, RM, Zorgmachtiging of IBS gehad;
- reguliere zorg en begeleiding hebben niet het gewenste effect gehad. Alles is al geprobeerd maar zonder het gewenste effect.

2.3 Exclusiecriteria

Er zijn exclusiecriteria geformuleerd om aanmeldingen voor de levensloopfunctie te toetsen. Er wordt niet geïnccludeerd indien:

- reguliere zorg voldoet, is voldoende;
- levensgebieden zijn op orde;
- er is sprake van (toekomstige) langdurig klinische behandeling of langdurig verblijf in een gesloten setting;
- stagnatie van zorg komt doordat er geen sluitende ketensamenwerking is (Betreft mensen waarbij de juiste zorg wel voorhanden is, maar waarbij de samenwerking tussen ketenpartners stagneert. Voor deze mensen is wel aandacht nodig, proces kan verbeterd worden via een Zorg- en Veiligheidshuis);
- mensen die nooit behandeling in het kader van een civielrechtelijke maatregel of een strafrechtelijke titel hebben gehad.

2.4 Aantallen Limburg

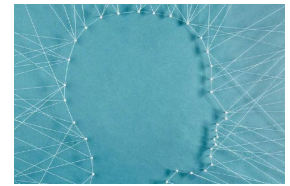
Op basis van deze omschrijvingen en de beschikbare gegevens van meerdere partijen is de inschatting dat de totale omvang in Limburg ongeveer 170⁵ personen betreft. Dit betekent niet dat zij allen geïnccludeerd dienen

² Gevaarlijk gedrag is: intimiderend en/of fysiek agressief gedrag dat gericht is tegen andere personen.

³ Onder psychische aandoening wordt naast de psychiatrie in de engere zin ook persoonlijkheidsproblematiek gerekend.

⁴ Vastgesteld op basis van een risicotaxatie.

⁵ Dit aantal is gebaseerd op een uitvraag eind 2018.



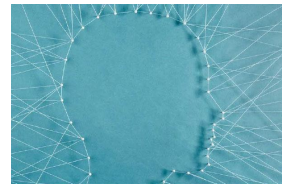
te worden in de Ketenveldnorm. Alleen als iemand voldoet aan de doelgroepomschrijving en de inclusiecriteria en als diegene baat heeft bij de levensloopbenadering.

2.5 Werken conform de Ketenveldnorm betekent

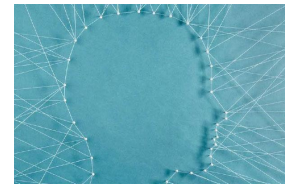
- doen wat nodig is;
- een persoon maakt minimaal 2 jaar gebruik van een levensloopteam en indien nodig langer of levenslang;
- korte lijnen met sociaal domein, zorgaanbieders, veiligheidspartners, specialisten;
- alle levensgebieden worden meegenomen;
- ketengericht werken;
- een gezamenlijke verantwoordelijkheid, integraal trajectplan, shared caseload;
- partijen kunnen niet op eigen initiatief hun betrokkenheid beëindigen;
- werken vanuit de ForFACT-methodiek (outreaching werken met gemixte disciplines, opschalen wanneer nodig);
- vertrouwen, laagdrempeligheid, nabijheid, langdurige betrokkenheid;
- contact onderhouden bij tussentijdse klinische opname (telefonisch, beeldbellen of fysiek contact);
- ook als het goed gaat betrokken blijven, blijven monitoren en investeren in contactgroei;
- zo lang mogelijk ambulante (ambulante tenzij);
- matched-care; kijken naar wat nodig is, maatwerk;
- ondersteuning bieden bij gesprekken;
- soms is het nodig om iemand eerst begeleiding te bieden voordat met de behandeling gestart wordt (begeleidingsinstantie sluit vanaf de start al aan bij het traject);
- een resource benadering; aansluiten bij en versterken van netwerk (naasten en instanties);
- trauma informed care: rekening houden met eerdere ervaring van de persoon met hulpverlening, werken aan een langdurige samenwerkingsrelatie;
- familieperspectief: het gaat echt om met naasten samen te werken en niet alleen de naasten te betrekken. Al aan het begin van het traject, bij de intake in het levensloopteam, wordt een heteroanamnese afgenomen. Op zoek gaan naar familie (naasten) is van belang om met deze specifieke doelgroep het verschil te maken. De levensloopcasemanager coördineert de zorg voor naasten, maar voert dit niet uit;
- kijken naar het kind: bij de intake in het levensloopteam is de kindcheck van belang. Kennis van de meldcode is noodzakelijk. Hierin moet meegenomen worden dat er altijd risico bestaat op belasting van bij een kind ook al zijn er geen directe kindsignalen. Het betreft immers in de meeste gevallen KOPP/KVO problematiek.

2.6 Inhoudelijke en organisatorische uitgangspunten

- De geïncludeerde persoon waar nodig verleiden tot behandeling en begeleiding en het opbouwen van een samenwerkingsrelatie. Dit moet onafhankelijk zijn van aan- of afwezigheid van straf- of civielrechtelijke mogelijkheden tot vormen van (af)gedwongen behandeling.
- Werkwijze van de zorg is conform de Forensisch (F)ACT methode, herstelgericht en multidisciplinair. Onderdeel van een behandeling gericht op herstel van psychische gezondheid kan een medicamenteuze behandeling zijn en andere therapievormen ter reductie van recidiverisico's. In de levensloopfunctie is er aandacht voor de aansluiting van methodieken uit de praktijk van GGZ, LVB, reclassering, forensische zorg en verslavingszorg. De regie ligt zoveel mogelijk bij de betrokkene zelf.
- De intensiteit van behandeling en begeleiding is afgestemd op de actuele behoefte. Het ambulante team houdt altijd contact met betrokkene, ook wanneer er tijdelijk sprake is van een beperkte behoefte en wanneer een betrokkene in detentie zit of (langdurig) klinische zorg krijgt.
- De levensloopfunctie levert maatwerk aan ondersteuning en zorg op alle levensgebieden. Dit maatwerk is in samenhang georganiseerd en gericht op het versterken van factoren die stabilisatie en herstel bevorderen en het risico op terugval zoveel mogelijk verkleinen.
- De levensloopcasemanager kan de benodigde zorg snel en flexibel organiseren en intensiveren wanneer dat nodig is om escalatie te voorkomen. Het ambulante traject is onlosmakelijk verbonden met klinische opschalingsmogelijkheden naar bijvoorbeeld beveiligde intensieve zorg.
- Het aanwezige sociale netwerk en partners uit de sociale omgeving van de betrokkene worden actief betrokken bij zorg en behandeling. Hierbij is ook aandacht voor de behoeften en het versterken van het sociale netwerk.



- Bij het organiseren van (toeleiding naar) behandeling en begeleiding gebruiken we zoveel mogelijk de bestaande infrastructuur in termen van zorgaanbod, overlegvormen, samenwerkingsverbanden, verwijzingen. Indien deze niet volstaan of kwalitatief goede en doelmatige zorg en ondersteuning belemmeren wordt een passende oplossing gezocht. Inzet daarbij is doen wat nodig is en de beperkingen die de huidige organisatie en financiering van zorg met zich meebrengen zo min mogelijk leidend laten zijn.



3. De toegang tot de levensloopfunctie

3.1 Aanmelden bij Zorg- en Veiligheidshuis

Professionals kunnen bij de Zorg- en Veiligheidshuizen een casus aanmelden voor de levensloopfunctie middels het aanmeldformulier. Men doet dat bij de procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis. Het is hiervoor van belang dat indien de betreffende casus nog onbekend is bij het Zorg- en Veiligheidshuis, deze ook regulier aangemeld wordt bij het Zorg- & Veiligheidshuis.

3.2 Toestemming betrokkene

Voorafgaand aan de daadwerkelijke aanmelding voor het PGA-overleg moet er toestemming van de betrokkene zijn t.b.v. gegevensdeling tussen ketenpartners. Dit is zowel ten behoeve van de aanmelding als vanaf het moment dat toegang tot de levensloopfunctie is verleend. Denk hierbij aan het delen van informatie tussen ketenpartners voor het integraal traject. Insteek hierbij is het verkrijgen van overeenstemming over nut en noodzaak van zorg en begeleiding in de levensloopfunctie. Door de betrokkene te laten tekenen verklaart hij op de hoogte te zijn van het traject en de afspraken met betrekking tot het delen van relevante informatie tussen betrokken netwerkpartijen.

Toestemming kan op meerdere manieren gegeven worden:

- getekend Toestemmingsformulier Ketenveldnorm (bijlage 2);
- schriftelijke toestemming met formulier van de eigen organisatie;
- mondelinge toestemming: mits in dossier genoteerd conform richtlijnen eigen organisatie (bijv. gespreksverslag of rapportage) en op het aanmeldformulier vermelden dat mondelinge toestemming is verleend. Er moet duidelijk aangeven zijn waarvoor toestemming is gegeven.
- mentor of curator aanvragen (let wel bij wilsonbekwaamheid moet dit vastgelegd worden). De mentor/curator kan dan toestemming geven.
- als onderdeel van de afspraken binnen WvGGZ of WZD;
- opnemen als voorwaarde door reclassering;
- opnemen als voorwaarden in contracten van bijv. woningcorporaties/begeleidingsinstanties;
- opnemen als onderdeel van uitstroom uit detentie.

Het verkrijgen van de toestemming zal vooral aan het begin van een traject de nodige tijd en energie vergen. De Ketenveldnorm is vrijwillig, de voorkeur voor toestemming verkrijgen gaat dan uit naar het ondertekenen van het toestemmingsformulier. Het afdwingen van medewerking kan alleen als er een strafrechtelijk of civielrechtelijk kader is, dit heeft echter niet de voorkeur.

Bemoeizorg speelt een belangrijke rol in contacten met personen die baat hebben bij de levensloopfunctie maar die niet bereid zijn om mee te werken aan includeren. Zij kunnen gevraagd worden om te helpen bij het verkrijgen van de toestemming van betrokkene. Daarnaast speelt bemoeizorg een rol in het motiveren van personen die geïnccludeerd zijn maar waarvan de geldige verwijzing naar het ForFACT-team nog niet geregeld is. Zonder geldige verwijzing mag de behandeling nog niet starten.

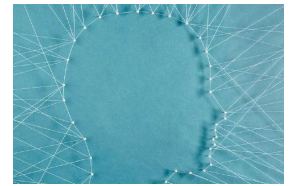
3.3 Eerste screening en verrijking van de casus

De procesregisseur van het betreffende Zorg- en Veiligheidshuis voert, samen met de aanmeldende partij, een eerste screening uit en besluit op basis daarvan om de casus al dan niet voor te leggen bij in het PGA-overleg⁶. Ter voorbereiding van bespreking van de casus wordt in afstemming met de aanmelder bekeken bij welke betrokken partijen en/of naasten relevante informatie door de procesregisseur (namens de aanmelder) kan worden opgevraagd. De procesregisseur ordent deze informatie en voegt deze toe op het Aanmeldformulier. De procesregisseur draagt zorg voor het PGA-overleg. Hierbij wordt minimaal een levensloopcasemanager/regiebehandelaar van een levensloopaanbieder (de Rooyse Wissel, Mondriaan of STEVIG/Dichterbij) voor uitgenodigd.

3.4 PGA-overleg

Elke zorg- & veiligheidshuis organiseert zijn eigen PGA-overleggen. T.b.v. de beoordeling includeren Ketenveldnorm zijn hierbij minimaal aanwezig: veiligheidspartijen, minimaal een levensloopcasemanager/

⁶ PGA-overleg = Persoonsgebonden Aanpak



regiebehandelaar van een levensloopaanbieder, gemeente, procesregisseur zorg- & veiligheidshuis, andere direct betrokkenen en de aanmelder.

De procesregisseur en/of de aanmelder is aanwezig om de casus toe te lichten en eventuele vragen van de deelnemers te beantwoorden. Indien wenselijk kunnen ook andere professionals aansluiten die bekend zijn met de casus. De partners delen geen informatie uit dit overleg met anderen buiten dit overleg.

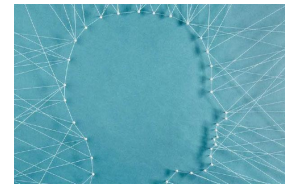
De deelnemers aan het overleg besluiten of iemand wordt geïncludeerd. Dit is een besluit dat niet lichtvaardig genomen wordt, want wanneer iemand eenmaal is toegelaten tot de levensloopfunctie blijft deze langdurig geïncludeerd (minimaal 2 jaar stabiel). Voorkomen dient te worden dat mensen waarvoor nog een ander passend (behandel)aanbod beschikbaar is, worden toegelaten. De deelnemers aan het overleg nemen gezamenlijk het besluit, waarbij de inclusiecriteria doorslaggevend zijn.

- Includeren: er wordt direct bepaald aan welk forensisch team de geïncludeerde wordt toegewezen.
- Niet includeren: de aanmelder krijgt (via de procesregisseur) een gericht handelingsadvies voor de betreffende persoon.

De procesregisseur zorgt voor een schriftelijke terugkoppeling (wel/niet includeren en motivatie gemaakte keuze) aan de deelnemers en de coördinerende zorgaanbieder middels het formulier 'bevestiging includeren/excluderen ketenvednorm' en informeert het team waaraan de nieuwe levensloopcliënt is toegewezen.

Indien iemand niet is geïncludeerd kan de aanmelder aan de slag met het handelingsadvies. Als na verloop van tijd blijkt dat dit onvoldoende oplossing biedt, of dat iemand alsnog baat kan hebben bij de levensloopfunctie, of dat aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, dan kan diegene opnieuw besproken worden in het PGA-overleg.

Als een geïncludeerd persoon gedurende de levensloopfunctie aangeeft te willen stoppen, behoudt de levensloopcasemanager het contact en probeert al het mogelijke om betrokkene binnen de Ketenveldnorm te houden. Deze dynamiek is immers passend bij deze doelgroep. Mocht toch besloten worden tot beëindiging, en komt de geïncludeerde persoon hierop terug, dan wordt deze heraanmelding ook besproken in het PGA-overleg, zie hoofdstuk 6 voor meer informatie.



4. Integraal trajectplan

Wanneer iemand is geïnccludeerd in de levensloopfunctie organiseert de procesregisseur een casuoverleg (RTO, Ronde Tafel Overleg) bij het Zorg- en Veiligheidshuis. In dat overleg vindt een eerste kennismaking en verkenning plaats in het kader van de Ketenveldnorm. De procesregisseur, de levensloopcasemanager, de regiebehandelaar van ForFACT en de huidige betrokken professionals zijn bij het casuoverleg aanwezig. Betrokkene en zijn naasten worden zo mogelijk betrokken.

Tijdens dit eerste casuoverleg wordt gekeken of er voldoende zicht is op alle levensgebieden, of de juiste partners betrokken zijn en hoe de levensloopcasemanager gepositioneerd gaat worden. Voorzichtig wordt hier het eerste scenario geschetst en eerste afspraken gemaakt, die gaandeweg door de levensloopcasemanager en de partners (het levensloopteam) verfijnd worden, waarmee de persoonsgerichte aanpak (maatwerk) vormgegeven wordt. Doel van het overleg is commitment van alle betrokken partners voor gehele integrale traject; het geeft de professionals die de levensloopfunctie uitvoeren het benodigde mandaat tijdens het traject. Het is de start van het integraal trajectplan.

4.1 Het integrale trajectplan

De invulling van behandeling en begeleiding wordt afgestemd op de individuele behoefte. Dit wordt beschreven in het integrale trajectplan. De hulpvragen kunnen betrekking hebben op (het functioneren in) het sociaal domein en kunnen ook een meer behandelinhoudelijk karakter hebben. Doelen zijn zoveel mogelijk gericht op herstel. Het integrale trajectplan bestaat uit diverse deelplannen. De levensloopcasemanager stelt het integrale trajectplan op waarvan het behandelplan van ForFACT een deelplan zorg betreft. Zo zullen er ook deelplannen zijn gericht op de andere leefgebieden; zoals financiën, wonen, kinderen, dagbesteding, scholing, veiligheid etc.

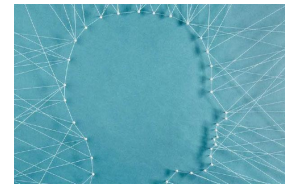
Kenmerken van het integrale trajectplan zijn:

- een integraal ketenoverstijgend plan, met zorg, straf- en bestuurlijke interventies;
- maatwerkafspraken om te werken aan stabilisatie en/of herstel van betrokkene: wat heeft betrokkene nodig op de verschillende levensgebieden? Wie heeft welke rol in het organiseren en realiseren daarvan?
- afspraken over het gehele traject van de persoon voor de langere termijn, met diverse scenario's en vervolgstappen en monitoring. Het geeft handvatten om over stelsels heen een passend traject uit te stippelen, gebruik makend van bestaande aanbod in de regio.
- het is een dynamisch document wat met betrokkene mee gaat en ook een bejegeningadvies geeft.
- bij voorkeur opgesteld samen met betrokkene, naasten en huidige en/of voorgaande zorgpartners die deze betrokkene kennen.
- het bevat afspraken over de meest geëigende klinische opschaalniveau en over criteria voor het opschalen en afspraken over terugnamegarantie.

De ontwikkelingen per deelplan hebben invloed op andere deelplannen en op het totale integrale trajectplan. Het vergt nauwkeurige afstemming en het nakomen van afspraken om gezamenlijk met betrokkene de gestelde doelen te behalen. Wijzingen dienen gedeeld te worden met de levensloopcasemanager. Indien bijstelling van het integrale trajectplan nodig is, dan worden afspraken daaromtrent in gezamenlijkheid (met betrokkene en levensloopteam) genomen.

Behandel- en begeleidingsdoelen worden mede gebaseerd op de resultaten van de risicotaxatie en inventarisatie van de behoefte aan vergroten van de zelfredzaamheid. Op indicatie kunnen bij de start van de behandeling en begeleiding of verderop in het traject ook andere instrumenten ingezet worden. Bijvoorbeeld voor het onderzoeken van een eventuele verstandelijke beperking. Hiervoor kan de SCIL gebruikt worden.

Zo mogelijk worden gedurende het behandelplan van ForFACT ook afspraken gemaakt over een vrijwillige tijdelijke opschaling naar beveiligde intensieve zorg of een andere vorm van 24-uurs zorg. Indien nodig kan hiervoor de zelfbindingsverklaring gehanteerd worden.



De levensloopcasemanagers werken vanuit hetzelfde trajectplan, welke in Limburg gekoppeld is aan de ZRM (zelfredzaamheidsmatrix) die gebruikt wordt door de gemeenten. Het trajectplan wordt besproken met betrokkene en waar mogelijk ondertekend door betrokkene.

Ook is het belangrijk financieringsafspraken te maken: wat is er nodig om het levenslooptraject te financieren? Belangrijk daarbij is dat iemand een zorgverzekering heeft/zo snel mogelijk krijgt en dat er een verwijzing is van een medisch specialist of huisarts voor zorg door het forensisch FACT (financiering vanuit Zorgverzekeringswet). Ook dienen afspraken gemaakt te worden voor de inzet van Wmo-begeleiding en inzet vanuit de Participatiewet. Zo mogelijk/nodig worden op basis van het trajectplan afspraken met financiers gemaakt. In hoofdstuk 12 staat meer informatie over de bekostiging van de levensloopfunctie.

4.2 Signaleringsplan/hulpkaart

Ook kan een signaleringplan en/of hulpkaart (plan waarmee betrokkene 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) opgesteld worden. Daarnaast wordt door de levensloopcasemanager samen met betrokkene op een passend moment in de beginfase van het traject een zelfverbindingsverklaring opgesteld. Zie bijlage 3 voor een toelichting van de zelfverbindingsverklaring.

4.3 Monitoren/evalueren voortgang behandeling en begeleiding

Monitoren en evalueren van de voortgang van de behandeling en begeleiding vindt plaats op basis van de ontwikkeling van de geïnccludeerde in relatie tot de behandel- en begeleidingsdoelen uit het integrale trajectplan. Monitoren van voortgang (of stagnatie) vindt continu plaats door de betrokken professionals.

Het integraal trajectplan wordt met regelmaat samen met de geïnccludeerde persoon en andere betrokkenen geëvalueerd. Tijdens de evaluatie wordt naast eventuele bijstelling van het plan nagegaan of het signaleringsplan geactualiseerd dient te worden en of er relevante veranderingen zijn in het sociale netwerk van betrokkene. Na de evaluatie wordt het plan geactualiseerd en indien er nieuwe doelstellingen bestaan wordt het nieuwe integrale plan opnieuw ondertekend door betrokkene.

Er zijn diverse evaluatie-instrumenten die ingezet kunnen worden tijdens het traject, bijvoorbeeld:

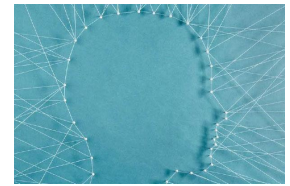
- De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Hiermee kan op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren routinematig in kaart gebracht worden.
- De MANSA. Dit is een multidimensionale vragenlijst ontwikkeld met het doel de kwaliteit van het leven vast te stellen. De vragen verwijzen naar tevredenheid over baan/woning/algehele gezondheid en dergelijke.
- De OQ. Deze meet lichamelijke klachten en het algemeen functioneren.

4.4 Monitoring en signalering van risicovol gedrag

Er is oog voor de risico's in het gedrag en daarvoor wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten. Op basis van signalen over risicofactoren, waarbij tevens de signalen vanuit de omgeving expliciet in meegenomen worden, wordt de zorg geïntensiveerd als dat nodig is. Als een persoon geen zorg ontvangt dan wordt op een andere manier nabijheid georganiseerd zodat de risico's op tijd gesignaleerd worden. Als er sprake is van een strafrechtelijke titel, hebben zowel de aanbieder als de reclassering een rol in de levensloopfunctie in verband met de resocialisatie en toezicht. Toezicht van de reclassering bestaat dan uit het signaleren van dreigend gevaar. Daarnaast wordt de geïnccludeerde gestimuleerd en gemotiveerd om zich aan de voorwaarden te houden. Hij wordt begeleid bij de aanpak van die factoren die bijdragen aan het plegen van delicten.

Er zijn diverse risicotaxatie-instrumenten die ingezet kunnen worden tijdens het traject, bijvoorbeeld:

- Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Dit is een risicotaxatie- en evaluatie-instrument voor de ambulante forensische zorg.
- Risicotaxatie instrument HKT-R. Hiermee is te bepalen hoe gevaarlijk iemand nog is en waar verbeterpunten liggen. HKT staat voor Historisch (het dossier van een cliënt), Klinisch (de gebieden waaraan gewerkt wordt met behandelaars) en Toekomst (de doelen en toekomstplannen van betrokkene).



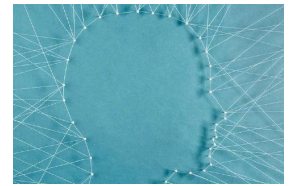
- De Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) voor cliënten die kortdurend in behandeling zijn en waarover minder informatie beschikbaar is om een uitgebreide risicotaxatie uit te voeren.
- De Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) 2.0. Dit is een risicotaxatie-instrument voor VG-cliënten die de kans op verschillende typen risico inschat.

De ForFACT-teams zijn verplicht om te werken met het risicotaxatie-instrument FARE. Dit doen zij bij aanvang, doorstroom en uitstroom. Om alle levensgebieden centraal te stellen wordt de zelfredzaamheidsmatrix ingevuld. Gezien het gegeven dat gemeenten ook werken met deze matrix, kan Wmo-zorg zo eenvoudiger worden ingezet. Daarnaast kan door de psycholoog van het levensloopteam de SCIL gehanteerd worden om een eerste inschatting te kunnen maken over intelligentie. Indien wenselijk wordt na de SCIL de WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) afgenomen.

Deze taxaties zorgen voor een compleet beeld om risicogestuurde en herstelgerichte zorg te kunnen bieden. Als dat nodig is, kunnen aanvullend ook andere taxatie-instrumenten worden ingezet.

4.5 Disclaimer

Het levensloopteam werkt op basis van een echte hands-on mentaliteit en het vermogen, de bereidheid en het uithoudingsvermogen om samen met de betrokkene de nodige hobbels en weerstanden te overwinnen. Dit is belangrijk gezien de complexiteit van de problematiek van de geïncorporeerde en de uitstotings-mechanismen waar zij als gevolg van hun gedrag zowel in de samenleving als bij instanties mee te maken hebben. Het zal dus een uitdaging zijn om personen in zorg te krijgen, op een wachtlijst voor een woning te plaatsen (van de zwarte lijst af), etc. Men krijgt geen voorrang op benodigde ondersteuning en voorzieningen, want het is niet de bedoeling dat men 'rechten ontleent' aan de levensloopteam en we willen geen verdringing van andere wachtenden. Wél is het belangrijk dat er snel en flexibel gehandeld wordt en dat er oog is voor de urgentie, zodat de risico's zo klein mogelijk blijven. Een levensloopteam wordt daarom net als andere wachtenden beoordeeld op de ernst en urgentie van de vraag waarbij oog is voor risico's en recidivegevaar.



5. Beveiligde intensieve zorg

Iemand kan gedurende een korte of langere periode meer zorg nodig hebben dan geboden kan worden in een ambulante setting, ook na inzet van andere vormen van intensieve ambulante zorg (bijv. Intensive Home Treatment, IHT). De levensloopcasemanager bepaalt samen met de betrokkene en het levensloopteam welke volgende stap noodzakelijk is: zo licht als het kan en zwaar als het moet.

5.1 Beveiligde intensieve zorg

Beveiligde intensieve zorg is zorg in een klinische 24-uurs voorziening met forensische expertise en materiële beveiliging zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel voor personen met (een hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag. Er is in de regio (extra) beveiligde intensieve zorg beschikbaar bij STEVIG/dichterbij (beveiligingsniveau 2), bij Mondriaan (beveiligingsniveau 2), bij de Rooyse Wissel (beveiligingsniveau 3 en 4) en bij Vincent van Gogh (beveiligingsniveau 2).

5.2 Uitgangspunt is het zo-zo-zo-principe:

Zo licht als het kan, zo zwaar als het moet, zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo dichtbij als het kan en zo ver weg als het moet. Plaatsing vindt plaats op de meest passende plek, zo dichtbij als mogelijk: bij de organisatie waar de betrokkene ook ambulante zorg ontvangt of –als een organisatie niet de benodigde beveiligde intensieve zorg (beschikbaar) heeft– in een kliniek in de buurt. Mocht er in de regio geen geschikte plek zijn, dan wordt gekeken bij de aangrenzende regio's.

5.3 Afspraken over opschalen van zorg

Afspraken over opschalen van zorg worden bij de start van de levensloopfunctie en voorafgaand aan opschalen, zoveel mogelijk in overleg met de betrokkene, gemaakt. Hiervoor kan een zelfverbindingsverklaring gebruikt worden. Het gaat dan over de reden voor de opschaling (criteria) en de doelen en bejegening bij de tijdelijke opname. Deze afspraken worden vastgelegd in het integraal trajectplan/ zelfverbindingsverklaring.

5.4 De regiebehandelaar bepaalt of op- en afschalen nodig/mogelijk is

Wanneer iemand in crisis dreigt te raken wordt een risicoanalyse uitgevoerd, op basis waarvan bepaald wordt welke hulpverlener welke interventie op welk moment met welk doel uitvoert. Als opschaling nodig is meldt de levensloopcasemanager dit bij de eigen organisatie (plaatsingsbureau) en draagt ervoor zorg dat de juiste informatie (verwijzing, inhoudelijk) beschikbaar is. De plaatsingsbureaus onderling bespreken de mogelijkheden rondom opname en bepalen waar iemand het beste opgenomen kan worden. Indien er een ander beveiligingsniveau of leefklimaat nodig is en koppelt terug naar de regiebehandelaar van ForFACT. Elke organisatie heeft één of twee contactpersonen voor plaatsing, zodat zij elkaar goed leren kennen.

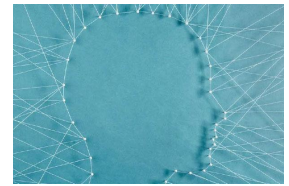
De opnemende kliniek beoordeelt de volledigheid van de informatie, maar voert geen nieuwe beoordeling uit of plaatsing aan de orde is. Er wordt een DBC⁷ geopend, waarbij rekening wordt gehouden dat de ambulante ondersteuning door de levensloopcasemanager door moet kunnen blijven lopen.

Het proces voor crisisopname is opgenomen in bijlage 4.

5.5 De klinische behandeling is tijdelijke zorg als intermezzo (interventie) in het levenslooptraject

De behandeling en begeleiding gedurende beveiligde intensieve zorg worden op het traject afgestemd en onder toezicht van de regiebehandelaar van de klinische afdeling uitgevoerd. Het is tijdelijke zorg gericht op klinische diagnostiek, detoxificatie, herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en het versterken van beschermende factoren. Er wordt toegewerkt naar ambulante vormen van zorg, indien nodig via lichtere klinische verblijfsvormen, een beschermde woonvorm of een (woon)plek in de samenleving met ondersteuning vanuit de levensloopfunctie. Voorafgaand aan opname worden terugplaatsingsgaranties bepaald. Mocht langdurige klinische zorg nodig zijn, dan wordt daarvoor een passende plek gevonden.

⁷ Vanaf 1-1-2022 wordt in de GGZ en de forensische zorg een zorgprestatie gedeclareerd (Zorgprestatiemodel).



5.6 Continuïteit

De levensloopcasemanager blijft proactief betrokken, sluit aan bij de behandelplanbesprekingen en houdt ook tijdens de klinische opname contact met zowel de geïncorporeerde als het klinische behandelteam. De regiebehandelaar van het ForFACT-team sluit ook aan bij de behandelplanbesprekingen en denkt mee, nu hij/zij de betrokkene vanuit de ambulante zorg in de meeste gevallen al gedurende langere tijd kent. Daar waar mogelijk, worden de naasten van de betrokkene geïnformeerd over de klinische opname.

5.7 Verantwoordelijkheid

Er is sprake van duale regie tussen de regiebehandelaar van het ForFACT-team en de regiebehandelaar van de kliniek in geval van vrijwillige plaatsing. Bij gedwongen plaatsing is de geneesheer-directeur bepalend.

5.8 Tijdig opnemen is uitgangspunt

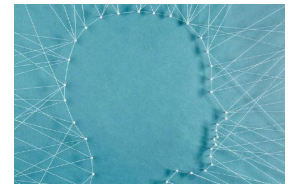
Dit betekent dat plaatsing in beveiligde intensieve zorg tijdens kantooruren plaatsvindt. Bij een acute crisis buiten kantooruren gaat iemand naar een crisisdienst, waarna tijdens de eerstvolgende werkdag overdracht naar beveiligde intensieve zorg plaatsvindt.

5.9 Zelfbindingsverklaring

In een zelfbindingsverklaring geeft de betrokkene aan welke vormen van verplichte zorg hij zichzelf bindt, wanneer het niet goed met hem gaat en hij noodzakelijke zorg weigert.

De zelfbindingsverklaring is vooral geschikt voor mensen met een wisselend ziektebeeld die al eerder (verplichte) zorg kregen vanwege een psychische stoornis. Betrokkene kan er zo voor zorgen dat de voor hem minst erge verplichte zorg wordt toegepast in situaties die te voorzien zijn op grond van eerdere ervaringen.

Voor meer informatie, zoals de voorwaarden, inhoud van en de totstandkoming en het toepassen van de zelfbindingsverklaring wordt verwezen naar bijlage 3.



6. Langdurige klinische opname of detentie

6.1 Langdurige klinische opname

De Ketenveldnorm gaat uit van een ambulante benadering. Als dat niet meer haalbaar is, kan gebruik gemaakt worden van een tijdelijke opname op een beveiligd bed. Is een langdurende klinische opname nodig dan kan overwogen worden de (bredere) inzet vanuit de levensloopbenadering tijdelijk te verminderen en deze weer te intensiveren als betrokkene uit de kliniek komt.

Bij aanvang van de opname vindt een warme overdracht plaats vanuit de levensloopcasemanager naar de kliniek. Gedurende de periode dat iemand in de kliniek verblijft, zowel voor een crisisopname als een langdurende opname, onderhoudt de levensloopcasemanager contact met de betrokkene (continuïteit van gezicht) en de professionals in de kliniek om zo beleid af te stemmen, ervaring te delen en continuïteit van zorg te bieden. Regie over de behandeling ligt bij de regiebehandelaar van de kliniek waar betrokkene verblijft. Afstemming over het behandeltraject tussen de regiebehandelaar van de kliniek en de ambulant regiebehandelaar/levensloopcasemanager is noodzakelijk om continuïteit van zorg te bieden.

Indien iemand naar verwachting langer dan een jaar in de kliniek zal verblijven, valt te overwegen de levensloopbenadering tijdelijk op te schorten. Dit besluit wordt in het RTO genomen door de levensloopcasemanager, procesregisseur en andere betrokken professionals. Indien tussentijds wordt opgeschort, worden de leden van het PGA-overleg en de coördinerend levensloopaanbieder hierover geïnformeerd.

6.2 Langdurige opname in een Penitentiaire Inrichting (PI)

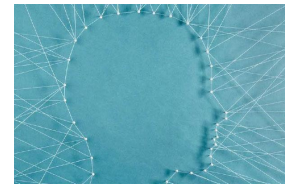
Indien een levensloopcliënt gedurende zijn traject in detentie raakt, is afstemming tussen het PMO/de regiebehandelaar van de PI en de levensloopcasemanager/ambulant regiebehandelaar van essentieel belang om de continuïteit van zorg te kunnen realiseren. Regie over de behandeling ligt tijdens detentie bij de PI, maar afstemming over het reeds ingezette beleid en uitwisselen van ervaringen is noodzakelijk. De levensloopcasemanager moet in de gelegenheid worden gesteld zijn cliënt te bezoeken. De PI kan daartoe een plaatsingsbesluit via IFZO aanvragen.

Vaak is onbekend in welke PI betrokkene is geplaatst. De procesregisseur van het zorg- en veiligheidshuis heeft hierin de verbindende rol. Ook de lokale nazorg-coördinator van het zorg- en veiligheidshuis kan deze verbinding leggen.

Richting uitstroom uit detentie werken PI en de levensloopcasemanager en procesregisseur samen om de uitstroom naar buiten zo goed mogelijk vorm te geven en deze overgang soepel te laten verlopen. In de maanden voorafgaand aan uitstroom wordt dit opgestart. De input van de levensloopcasemanager en procesregisseur wordt meegenomen in het Detentie & en Reïntegratieplan.

Bij een ISD-maatregel kan de periode van detentie gebruikt worden om passende trajecten aansluitend op detentie op te starten. Dit vraagt goede afstemming tussen de casemanager/de regiebehandelaar van de PI en de levensloopcasemanager. Van belang is om ook de cliënt mee te laten praten met het traject dat wordt beoogd.

Indien een levensloopcliënt naar verwachting langer dan een jaar in detentie zal blijven, valt te overwegen de levensloopbenadering tijdelijk op te schorten. Dit besluit wordt in een RTO genomen door de levensloopcasemanager, procesregisseur en andere betrokken professionals. Indien tussentijds wordt opgeschort worden de leden van het PGA-overleg hierover en de coördinerend levensloopaanbieder geïnformeerd.



7. Voortijdige beëindiging

Het kan voorkomen dat gedurende de levensloopfunctie betrokkene absoluut niet meer mee wil werken. Gezamenlijk wordt besproken hoe om te gaan met de casus. Wat zijn nu de mogelijkheden? Wordt iemand uit de levensloopfunctie gehaald? Wordt de levensloopfunctie tijdelijk opgeschort? Bij voorkeur vindt dit overleg in aanwezigheid van de cliënt plaats, sowieso dient diens inbreng te worden meegenomen.

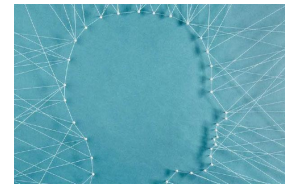
Het feit dat een levensloopcliënt gedurende het traject (tijdelijk) niet mee wil werken, is inherent aan de doelgroep. Dit is geen reden om tussentijds te stoppen met de levensloopfunctie. Het is aan de levensloopcasemanager en de procesregisseur om hierin samen met de andere betrokken professionals en waar mogelijk naasten met de nodige creativiteit te zoeken naar een passende oplossing om continuïteit van zorg te blijven bieden.

Als iemand gedurende langere tijd en stelselmatig aangeeft te willen stoppen, en alle middelen zijn ingezet, gelden voor het tussentijds beëindigen van de Ketenveldnorm de volgende voorwaarden:

- in het dossier is het bezwaar van de levensloopcliënt meerdere keren opgetekend;
- er is in minimaal twee RTO's gezocht naar een oplossing voor betrokkene;
- er is een ervaringsdeskundige en/of familie-ervaringsdeskundige ingezet;
- externe partijen zijn indien nodig geconsulteerd.

Tussentijdse beëindiging omdat iemand niet meer mee wil werken, dient te worden voorgelegd in het PGA-overleg.

Indien de Ketenveldnorm daadwerkelijk beëindigd wordt, voeren de levensloopcasemanager en de procesregisseur samen het gesprek met de cliënt om het traject zorgvuldig af te sluiten. Hierbij wordt uitdrukkelijk de uitnodiging gedaan dat betrokkene te allen tijde zich weer kan melden om weer met de Ketenveldnorm te starten. Ook worden -in afstemming met betrokkenen- diens naasten geïnformeerd over het (tijdelijk) beëindigen van de levensloopbenadering.



8. Uitstroom uit de levensloopfunctie

Iemand stroomt uit wanneer in goed overleg met betrokkene en naasten geconstateerd is dat:

1. betrokkene tenminste 2 jaar stabiel is op het gevaarscriterium;
2. er voldoende garanties zijn dat de protectieve factoren duurzaam geborgd zijn;
3. en uit een risicotaxatie het risico op gevaarlijk gedrag richting anderen verlaagd of verdwenen is.

Deze beoordeling vindt plaats door de levensloopcasemanager, procesregisseur, regiebehandelaar en andere relevante betrokkenen. Indien nodig wordt hiervoor een RTO georganiseerd.

8.1 Zorgvuldig proces

Dit vraagt een zorgvuldig proces waarin iemand langzamerhand steeds meer loskomt van de levensloopfunctie en met hulp van 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 betrokkene, diens omgeving als de levensloopcasemanagers en procesregisseurs 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. Indien besloten wordt tot uitstroom uit de levensloopfunctie worden de leden van het PGA-overleg en de coördinerend levenslooppaanbieder schriftelijk geïnformeerd.

8.2 IJkpunten

De mate waarin de doelen in het integraal trajectplan gerealiseerd zijn vormen belangrijke ijkpunten evenals het recidiverisico en de factoren waaruit dit is opgebouwd. Het niveau van zelfredzaamheid dat wordt nagestreefd en vereist is, verschilt per individu. Voorwaarde is wel dat deze op een dusdanig niveau is dat zelfredzaamheidstekorten geen risicoverhogende factor meer vormen en betrokkene voor de eventuele doorontwikkeling ervan niet meer afhankelijk is van de levensloopfunctie. Dit wordt ook besproken met de cliënt en diens naasten: hoe kijken zij hier tegenaan. Op het moment dat uitstroom wordt overwogen wordt het volgende opnieuw gemeten:

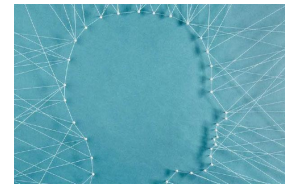
- recidiverisico;
- mate van zelfredzaamheid;
- mate van duurzame borging van algemene beschermende factoren (o.a. wonen, dagbesteding, financiën en sociaal netwerk);
- mate van duurzame borging specifieke beschermende factoren.

8.3 Warme overdracht en terugval levensloopfunctie

Als er sprake is van uitstroom vindt een warme overdracht plaats naar een zorg- of welzijnsaanbieder die samen met betrokkene diens traject verder vorm gaat geven. De levensloopcasemanager zorgt samen met de procesregisseur voor een zorgvuldige overdracht aan de betrokken partijen. Bij deze warme overdracht hoort ook het samen met de partij die het vervolgtraject oppakt tijdig in gang zetten van passende financiering van dit vervolgtraject. Hiermee wordt zes maanden voordat uitstroom uit de levensloopfunctie plaatsvindt gestart om zo continuïteit van zorg te borgen. Hierbij is ook van belang om de gemeente tijdig te betrekken.

Het dient voor zowel betrokkene als de (nieuwe) hulpverleners/begeleiders duidelijk te zijn dat ze altijd terug kunnen vallen op de levensloopfunctie indien dit nodig is. Indien binnen zes maanden na beëindiging van de levensloopfunctie sprake is van een terugval wordt de levensloopfunctie opnieuw opgestart. De coördinerend levenslooppaanbieder wordt hiervan op de hoogte gesteld.

De levensloopcasemanager borgt continuïteit van zorg door bereikbaar te zijn voor vragen.



9. Rollen in de levensloopfunctie

9.1 Levensloopcasemanager

Dit is een medewerker van één van de forensisch FACT-teams in Limburg. Iemand met forensische expertise en expertise van GGZ en/of verslavingszorg en/of Ivb. Als het nodig is wordt aanvullende (multidisciplinaire) kennis georganiseerd⁸. De levensloopcasemanager coördineert het integrale traject. De levensloopcasemanager is de eerste contactpersoon voor de geïncludeerde en stelt samen met de regiebehandelaar en de betrokken ketenpartners een domeinoverstijgend, integraal trajectplan op en voert dit uit. Een belangrijke rol voor de levensloopcasemanager is afstemming, het monitoren en signaleren van risico's. Ook als betrokkene stabiel is, blijft de levensloopcasemanager betrokken om continuïteit te kunnen bieden en indien nodig pro-actief op te kunnen schalen. Verder kan de levensloopcasemanager geconsulteerd worden door anderen uit het netwerk rond een persoon, zoals bijv. bij ZSM-advies zodat deze door het OM gebruikt kan worden bij aanhouding van betrokkene. In Limburg bestaan zes ForFACT teams (de Rooyse Wissel ambulant behandelen: drie, STEVIG/Dichterbij: twee en Mondriaan: een). Binnen elk ForFACT-team zijn levensloopcasemanagers werkzaam.

Samengevat: de levensloopcasemanager:

- maakt onderdeel uit van het ForFACT-team;
- is geen nieuwe functie, maar rol in een bestaand ForFACT-team;
- regisseert de zorg op alle leefgebieden;
- verbindt sociaal domein, zorg en veiligheid;
- coördineert het integrale trajectplan;
- schaaft op naar procesregisseur indien de ketensamenwerking stagneert;
- schaaft via de regiebehandelaar van ForFACT op naar hogere zorgintensiteit en beveiliging (beveiligde intensieve zorg).
- blijft betrokken totdat de geïncludeerde persoon uitstroomt uit de Ketenveldnorm en zorgt daarbij voor een warme overdracht.

Benodigde vaardigheden, houdingsaspecten en kennis van de levensloopcasemanager beschreven:

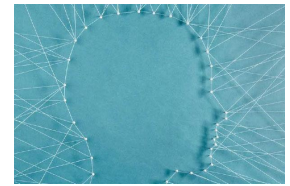
- BIG of GGZ-agoog, niveau 5 (i.v.m. registratie DB(B)C);
- werkt tijdens kantooruren, is laagdrempelig bereikbaar;
- systemische blik;
- heeft contact met betrokkene en zijn netwerk;
- integraal kunnen samenwerken, verbinden, communicatieve vaardigheden, in- en extern gerichte samenwerking, netwerker, geen einzelgänger, samenwerkingsgericht;
- houding: Lange adem, eropaf mentaliteit, stevig in schoenen staan, continuïteit van zorg willen bieden (geen 'jobhopper'), vertrouwensband willen opbouwen, onwrikbaar optimisme, gericht op match, geen kantoorbaan, creatief, daadkracht, lef, grenzen aangeven zonder af te wijzen, oplossingsgericht, steunend, komt afspraken na;
- kan casusregie voeren, coördineren, overview, monitoren, sturen en bijsturen;
- kennis van: forensische zorg, psychopathologie, regel- en wetgeving, sociale kaart regio (ook sociale kaart WMO);
- ervaring met doelgroep, affiniteit met doelgroep.

9.2 De procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis

De procesregisseur voert procesregie op de ketensamenwerking tussen zorg, veiligheid en gemeente en vervult samen met de levensloopcasemanager een belangrijke rol in aanmelding, het opstellen van een integraal trajectplan en de monitoring van dat plan en is voorzitter van het RTO.

In Limburg blijft de procesregisseur vanaf aanmelding betrokken om meerdere redenen:

⁸ Wanneer dit aan de orde is, wordt bekeken welke afspraken reeds bestaan en hoe dit het best vormgegeven kan worden. Daarbij is het belangrijk ook oog te hebben voor de administratieve lasten en snelheid van handelen (diverse organisaties kunnen bijvoorbeeld niet een DBC met dezelfde diagnose declareren).



1. Korte lijnen met gemeente van herkomst van de levensloopsccliënt. De levensloopcasemanager kan de procesregisseur vragen naar contactpersonen binnen de gemeente van herkomst. Inzet is dat er één ingang is bij de gemeente voor alle gemeentelijke ondersteuning die men nodig heeft. Deze ingang kan binnen de gemeente snel schakelen over de vragen die voorliggen.
2. Procesregie bij stagnerende ketensamenwerking. Bij het vastlopen van de ketensamenwerking of bij het organiseren van benodigde zorg en ondersteuning kan de procesregisseur op verzoek van de levensloopcasemanagers de partners bij elkaar brengen om tot een doorbraak te komen. Mocht er sprake zijn van blijvende stagnatie in de ketensamenwerking, dan kan de procesregisseur opschalen; in gesprek met de medewerker, in gesprek met de bestuurder van de betreffende organisatie ondersteund door de manager van het Zorg- en Veiligheidshuis en als dat niet baat kan de stagnatie bespreekbaar gemaakt worden met het lokale bestuur.
3. Contact met veiligheidspartners. De procesregisseur is de linking pin naar de veiligheidspartners. De procesregisseur monitort de openstaande strafzaken, deelt de inhoud van eventuele politiemeldingen met de levensloopcasemanager, vult GCOS en kan aansturen op een afspraak op locatie of een afspraak op persoon bij de politie.
4. Partners uit het veiligheidsdomein: Het openbaar ministerie heeft een actieve rol als het gaat om straf- of civielrechtelijke interventies. Reclassering heeft een actieve rol in advisering bij lopende rechtszaken en executie (toezicht in het kader van een strafrechtelijke titel). De politie (bijvoorbeeld wijkagent) speelt een rol bij het signaleren en adviseren, opsporen en aanhouden en in het uitvoeren van de veilige publieke taak.

9.3 De regiebehandelaar (BIG geregistreeerde medewerker)

De regiebehandelaar van het ForFACT-team heeft het mandaat tot opschalen naar een hogere zorgintensiteit of beveiligingsniveau als dat nodig is en is eindverantwoordelijk voor het behandelplan (onderdeel van het integraal trajectplan). De regiebehandelaar is BIG-geregistreerd. De regiebehandelaar kan uitgevoerd worden door de psychiater, verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog. De regiebehandelaar behandelt.

9.4 Levensloopteam

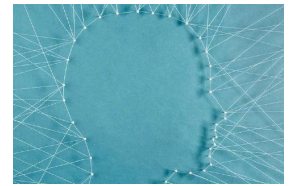
Limburg heeft geen apart levensloopteam. De levensloopcasemanager, de regiebehandelaar van ForFACT en de procesregisseur van het veiligheidshuis zijn altijd bij een geïnccludeerde betrokken en vormen samen met de benodigde aanvullende professionals het levensloopteam. Denk hierbij aan een Wmo-consulent, een ervaringsdeskundige, de wijkagent, een verslavingsarts, GHB-arts, geriater, SGLVG-arts, individueel begeleider, woonbegeleider, bewindvoerder, curator, familieperspectief, etc.

Het bestaande netwerk van professionals en naasten rondom een geïnccludeerde wordt zoveel als mogelijk betrokken en versterkt. De mensen uit dit netwerk zijn een belangrijk 'vast gezicht'. Zo mogelijk (met toestemming van betrokkene) worden ze betrokken bij het opstellen en uitvoeren van het trajectplan. Uiteraard hebben zij ook een signalerende rol.

Bovengenoemde partners treffen elkaar in de casusoverleggen rond betrokkene, zodat de lijntjes kort blijven.

9.5 Gemeente

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



9.6 Zorgaanbieders

Binnen de regio zijn er verschillende zorgaanbieders betrokken bij de Ketenveldnorm. Samen bieden ze het gehele zorgspectrum: GGZ, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, forensische zorg en sociaal domein. De zorgaanbieders zijn betrokken vanuit hun rol in de levenslooppunt en dragen actief bij aan de langdurige en integrale aanpak vanuit de Ketenveldnorm.

9.7 Coördinerend zorgaanbieder Ketenveldnorm

Een zorgaanbieder coördineert de Ketenveldnorm, de zogeheten coördinerend zorgaanbieder. Hierbij moet gedacht worden aan:

- initiëren en coördineren diverse overleggen tussen betrokken professionals
- organiseren en verzorgen van informatiesessies
- organiseren eventuele thematische subgroepen voor doorontwikkeling Ketenveldnorm
- ontwikkelen en uitvoeren van een communicatiekalender
- opstellen en verzenden nieuwsbrieven
- actueel houden van communicatie-uitingen
- aanspreekpunt voor zowel landelijk als binnen de regio over de Ketenveldnorm
- onder de aandacht blijven houden van de Ketenveldnorm binnen de regio
- betrokken zijn bij bestuurlijk overleg over en bestuurlijke borging van de Ketenveldnorm
- secretariële ondersteuning
- bijhouden van de mailbox ketenveldnormlimburg@derooysewissel.nl
- monitoring en evaluatie

9.8 Bemoeizorg

Bemoeizorg speelt een belangrijke rol in contacten met personen die baat hebben bij de levenslooppunt maar die niet bereid zijn om mee te werken aan includeren. Zo kunnen zij helpen bij het verkrijgen van toestemming en een geldige verwijzing naar het ForFact-team.

De rol van bemoeizorg stopt wanneer iemand het ForFACT-team instroomt. Wanneer de geïnccludeerde persoon besluit om niet meer in behandeling te blijven terwijl dit wel nog nodig is, dan kan het ForFACT-team bemoeizorg vragen om contact op te nemen en te onderhouden met betrokkene.

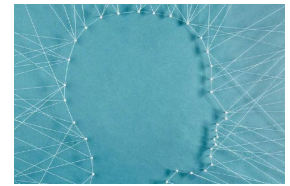
Het is niet wenselijk om de taken van bemoeizorg te beleggen bij de levensloopcasemanagers. Bemoeizorg en behandeling zijn aparte activiteiten en vragen elk een eigen deskundigheid. Vermengen van de taken leidt tot onduidelijkheid bij geïnccludeerde personen en ketenpartners en zorgt voor rolverwarring bij de professionals.

9.9 Instellingen wonen/woningcorporaties

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

9.10 Officier van Justitie

De Officier van Justitie heeft voor een deel van de werkzaamheden rondom een levensloopcliënt een regierol in de samenwerking. Dit betekent dat de Officier van Justitie bepaalt welke aanvragen leiden tot de voorbereiding van een verzoekschrift voor een zorgmachtiging, dat de Officier van Justitie op meerdere momenten kan besluiten om de voorbereidingsprocedure te stoppen en dat het de Officier van Justitie is die uiteindelijk bepaalt welke verzoekschriften aan de rechter worden voorgelegd. Deze rol als poortwachter betekent ook een grote verantwoordelijkheid. De Officier van Justitie zal zijn wettelijke taken alleen goed kunnen vervullen als er een goede samenwerking is binnen de gehele keten, bovenop of naast de aanwijzingen die hij kan geven.



9.11 Reclassering

De reclassering was of is bij het overgrote deel van de geïnccludeerde personen betrokken. De reclassering kan deel uitmaken van het integrale team rondom de geïnccludeerde, of wordt om advies gevraagd als iemand alsnog in een justitieel kader belandt. Reclassering is ook betrokken bij uitstroom uit de PI en bij het voldoen aan de voorwaarden die zijn opgelegd. Soms heeft iemand baat bij het strakkere regime van een PI of strafrechtelijk kader, en werken OM en reclassering hierin samen met de levensloopcasemanager en de procesregisseur.

9.12 Ervaringsdeskundigen

De ervaringsdeskundige kan de geïnccludeerde persoon mede-begeleiden en ondersteunen. Vanuit zijn/haar eigen ervaring initieert en stimuleert de ervaringsdeskundige het herstelproces van betrokkene. Zo kan de ervaringsdeskundige ook ingezet worden bij het verkrijgen van een toestemmingsverklaring om de persoon toe te leiden naar de levensloopfunctie.

9.13 Familieperspectief/ ervaringsdeskundigen

De inzet van een familie-ervaringsdeskundige gebeurt in het kader van herstelondersteunende zorg. De essentie van deze zorg is ruimte te maken voor het unieke proces van herstel van betrokkene en zijn naasten en voor het herstel van het netwerk van betrokkene. Een herstelproces is immers geen opzichzelfstaand proces van iemand, maar vindt altijd plaats in een sociale context.

Herstel ondersteunende begeleiding van naasten door een familie-ervaringsdeskundige is:

- de inzet van de eigen (en collectieve) ervaringskennis als instrument;
- het beheersen van vaardigheden om empowerment van naasten te faciliteren;
- actief bevorderen van het (her)vinden van de identiteit, de rollen en de balans van naasten;
- het bespreekbaar maken van het recht op zelfbeschikking met recht op risico (dignity of risk), met aandacht voor het naastenperspectief;
- dat met naasten wordt samengewerkt bij de zorg en ondersteuning van de betrokkene, dat wil zeggen: dat contextueel c.q. triadisch gewerkt wordt;
- dat naasten ondersteuning voor zichzelf krijgen van het team, indien nodig;
- dat naasten actief benaderd worden;
- dat voormalige steungevers/naasten, indien gewenst, actief betrokken worden om deel uit te gaan maken van het steunsysteem van betrokkene;
- groepsbijeenkomsten en zelfhulpgroepen voor naasten begeleiden.

9.14 Penitentiaire instellingen (PI's)

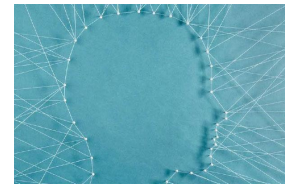
Vanuit de PI kunnen personen aangemeld worden voor de Ketenveldnorm. Ook kunnen personen tijdens de periode dat ze in de Ketenveldnorm zijn geïnccludeerd in een PI terecht komen. Vanuit het oogpunt van continuïteit is het van belang dat ook dan de levensloopcasemanager betrokken blijft. Dit betreft zowel de afstemming over de te volgen koers als een warme overdracht bij einde detentie. Vanuit de PI zijn hierbij de casemanagers, de nazorgmedewerkers en de PMO's van de PI betrokken. Ze kunnen continuïteit van beleid en contact met de levensloopcasemanager afstemmen en realiseren, ook door de levensloopcasemanager door middel van een plaatsingsbesluit via IFZO aan te merken als medebehandelaar.

9.15 Het netwerk van de geïnccludeerde persoon

Het netwerk wordt (waar mogelijk) actief betrokken tijdens de aanmelding, behandeling en/of begeleiding.

- Naasten worden (waar mogelijk) actief betrokken bij het signaleren en informeren van de professional. De naaste kan informatie verschaffen die betrokkene zelf niet kan geven.
- De behandeling/begeleiding is erop gericht om samen met de omgeving van betrokkene zo in te richten dat hij zich staande kan houden in de maatschappij. Het kan gaan om het betrekken van een bestaand (prosociaal) netwerk, het creëren van een nieuw netwerk en/of het omgaan met een bestaand niet-prosociaal netwerk. Er wordt gestreefd naar het hoogst haalbare in het betrekken van naasten met respect voor de wensen van betrokkene en de naasten.

Naasten van betrokkene krijgen (tenzij betrokkene bezwaar maakt) uitleg over: de problematiek, (en wat de invloed van het delict op hen zou kunnen zijn en hoe zij (eventueel) een bijdrage kunnen leveren.) en de behandeling/begeleiding.



- Naasten van betrokkene krijgen als zij dat willen altijd uitleg en informatie over: het forensische zorgsysteem, algemene informatie over (de gevolgen van) een (licht) verstandelijke beperking, psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek.
- Naasten van betrokkene krijgen, als zij dat willen, de mogelijkheid om zelf ondersteuning te krijgen (bijv. via familieverenigingen en (eventueel) familie-ervaringsdeskundigen).
- Naasten van betrokkene krijgen, als zij dat willen, de mogelijkheid om een familievertrouwenspersoon in te schakelen.
- Gezien het grote belang van de invloed van het netwerk, wordt betrokkene voortdurend actief gemotiveerd om toestemming te geven zijn naasten te betrekken.

9.16 Instellingen maatschappelijke opvang

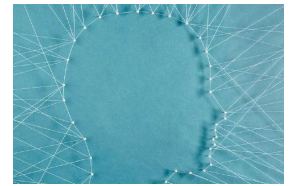
Door middel van maatschappelijke opvang wordt een tijdelijk verblijf aan mensen zonder dak boven hun hoofd geboden. Denk aan beschermd wonen of nachtopvang. Vanuit de Ketenveldnorm kan het zijn dat een geïnccludeerde tijdelijk geplaatst wordt in de maatschappelijke opvang. De levensloopcasemanager zal samen met de procesregisseur en de gemeente kijken naar een zo best passende oplossing. Binnen Limburg zijn er veel verschillende instellingen die maatschappelijke opvang bieden. De instelling wordt z.s.m. betrokken.

9.17 Voorzieningen voor werk en inkomen

Het hebben van werk en inkomen zijn belangrijke onderdelen van herstel. Wij verwachten dat organisaties die actief zijn op dit gebied een actieve rol hebben en een proactieve houding hebben richting de levensloopcliënten. Daarnaast verwachten wij dat zij geïnccludeerde niet afrekenen op hun gedrag in het verleden of vasthouden aan voorschriften, maar dat zij samen met hen en de levensloopcasemanagers op zoek gaan naar nieuwe mogelijkheden. We realiseren ons dat dit van alle partijen een inspanning vraagt. De levensloopcasemanager zal hierop regie voeren, maar niet zelf dit oppakken.

9.18 Schuldhulpverlening

Schuldhulpverlening, ook bekend als minnelijke schuldsanering, omvat een traject waarin betrokkene geholpen wordt om zijn financiële schulden af te gaan lossen (saneren). Schuldhulpverlening verloopt via de gemeente. Eerst worden de financiële problemen in kaart gebracht, zodat er een duidelijk overzicht ontstaat van de schulden. Is het niet mogelijk om de schulden op kort termijn af te lossen, dan kan samen met de schuldbemiddelaar onderhandeld worden met de schuldeisers over een mogelijk terugbetalingsregeling.



10. Gegevensdeling

Voor een goed functioneren van de levenslooppuntie is het noodzakelijk dat er tussen de verschillende professionals en tussen sectoren informatie kan worden uitgewisseld. Om personen gezamenlijk 'op te pakken' vanuit sociaal domein, veiligheidsdomein en zorgdomein, moet helder zijn wat mag en niet mag in het kader van gegevensdeling. Er wordt ingezet op samenwerking met betrokkene waarbij het doel en belang van gegevensdeling worden benoemd.

In de Handreiking "Gegevensdeling en privacy bij het toepassen van de Ketenveldnorm levenslooppuntie en beveiligde intensieve zorg" van het landelijke projectteam Ketenveldnorm, is beschreven welke mogelijke wettelijke routes er zijn binnen de Ketenveldnorm op het moment dat betrokkene geen toestemming geeft voor het delen van zijn gegevens.

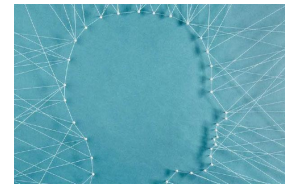
Juridisch gezien zijn daarbij twee situaties te onderscheiden:

- betrokkene wil medewerking verlenen aan de levenslooppuntie;
- betrokkene wil (nog) geen medewerking verlenen aan de levenslooppuntie.

Binnen elk van deze routes is het in meer of mindere mate mogelijk om gegevens met elkaar te delen. Elk met hun eigen procedures en afwegingen. De Handreiking gegevensdeling biedt een 'gereedschapskist' waar medewerkers gepast gebruik van kunnen maken. De routes zijn de:

- vrijwillige route: de te includeren persoon stemt in met gegevensdeling met anderen;
- "onder voorwaarden" route;
- WvGGZ-route;
- Wzd-route;
- Bemoezorgroute.

Voor de gehele uitwerking wordt verwezen naar de handreiking gegevensdeling (www.continuiteitvanzorg.nl).



11. Financiële en wettelijke kaders

11.1 Financiële kaders

Bij de uitvoering van de levensloopfunctie wordt geen beroep gedaan op het creëren van nieuwe uitzonderingsvoorzieningen. Er wordt een groot beroep gedaan op de hele keten om te zorgen voor een dusdanige inrichting en integratie van hulpbronnen dat de betrokkene op het juiste tijdstip, de juiste ondersteuning krijgt. Dit vergt afstemming, vertrouwen en samenwerking over de domeingrenzen heen. Spil in de levensloopfunctie zijn de levensloopcasemanager, de regiebehandelaren van ForFACT, de procesregisseurs van de Zorg- en Veiligheidshuizen en de contactpersoon vanuit de gemeente. Dit is de vaste kern waarbij de procesregisseur (procesregie) en de levensloopcasemanager (casusregie) het duo is dat primair aan de lat staat voor de betrokkene.

Om voldoende en continue ondersteuning te kunnen leveren zijn faciliteiten nodig uit meerdere domeinen. Psychiatrische behandeling komt voort vanuit een zorgkader (Zorgverzekeringswet, Wet forensische zorg of Wet langdurige zorg). Daarnaast is intensieve ondersteuning (bijvoorbeeld individuele begeleiding) vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning noodzakelijk. Ook is een deel van deze doelgroep aangewezen op de Participatiewet en schuldhulpverlening.

Landelijk is een handreiking ontwikkeld voor de bekostiging van de levensloopfunctie⁹. Hierin staan de wettelijke verantwoordelijkheden van betrokken financiers uitgewerkt en adviezen over de te maken afspraken.

11.2 Wettelijke kaders

11.2.1 Vrijwillige deelname

Voorkeur heeft vrijwillige deelname aan de levensloopfunctie ('informed consent'). Voor een deel van deze mensen geldt dat zij moeilijk te motiveren zijn om mee te werken. Dat vraagt om een intensieve aanpak waarin bemoeizorg en verleiding noodzakelijk zijn. Wat kun je mensen bieden en wat bied je onder welke voorwaarden? Bijvoorbeeld woonzorgcontracten en andere bijzondere voorwaarden in de levering van ondersteuning.

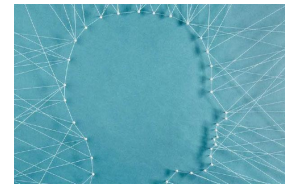
11.2.2 Bij dwang of drang kunnen verschillende juridische kaders van toepassing zijn.

Gedwongen 24-uurs opname beveiligde intensieve zorg kan bijvoorbeeld middels een Zorgmachtiging (Wet verplichte GGZ), Crisismaatregel of IBS (Wet Zorg en Dwang). Bij de WvGGZ kan voor cliënten gedwongen behandeling binnen de levensloopfunctie mogelijk zijn indien dit als verplichte zorg in de zorgmachtiging is opgenomen. Dilemma blijft dat iemand vanuit de WvGGZ niet geplaatst kan worden in een organisatie die vanuit de Wzd werkt, en andersom. Bij een vrijwillige opname speelt dit niet.

11.2.3 Beveiligde intensieve zorg

Gedurende beveiligde intensieve zorg hebben personen over het algemeen een wettelijk kader. Plaatsing van personen met een (voorwaardelijke) straf of een strafrechtelijke maatregel is ook mogelijk. Vrijwillige plaatsing is uitzonderlijk, maar mogelijk wanneer er overeenstemming is over de opname (informed consent, art 7:450 BW). Bestaande regelgeving is hierop van toepassing inclusief de mogelijkheden voor bijstand en rechtsbescherming.

⁹ Zie <https://www.continuiteitvanzorg.nl/publicaties-ketenveldnorm-/>



12. Doorontwikkeling Ketenveldnorm

12.1 Evaluatie en doorontwikkeling

De pilotperiode (december 2018-april 2021) van de Ketenveldnorm is op proces en inhoud breed geëvalueerd. De volgende aanbevelingen werden hierbij gedaan:

- Behoud de verbinding;
- Werk aan bekendheid bij zorgaanbieders en financiers;
- Vergroot de naamsbekendheid en genereer daarmee commitment;
- Maak duidelijk wat de meerwaarde is t.o.v. de persoonsgerichte aanpak vanuit ForFACT en de procesregie door het Zorg- en Veiligheidshuis;
- Breng de mogelijkheden van de beveiligde bedden beter onder de aandacht;
- Waarmee is iemand gebaat: Ketenveldnorm of toch (opbouw) strafdossier?;
- Betrek meer de mogelijkheden m.b.t. huisvesting.

Deze aanbevelingen zijn meegenomen in de verdere uitwerking van de Ketenveldnorm. Hiermee staan we niet stil, een voortdurende evaluatie en doorontwikkeling is nodig om de Ketenveldnorm een breed gedragen en goed toepasbare werkwijze te laten blijven.

Eenmaal per jaar zal de Ketenveldnorm op proces en inhoud geëvalueerd worden. De bevindingen van deze evaluatie worden besproken in de stuurgroep/klankbordgroep. Daar wordt bepaald op welke wijze de bevindingen van de evaluatie worden opgepakt.

Voor de verdere doorontwikkeling van de Ketenveldnorm zijn de volgende thema's opgehaald:

- Andere/intensievere inzet van bemoeizorg in de toeleiding naar de Ketenveldnorm;
- Inzet van bemoeizorg als een casus tijdens het traject vastloopt of dreigt vast te lopen;
- Doorontwikkeling van de levenslooppuntie;
- Doorontwikkeling van de onderlinge samenwerking, afstemming en teamvorming van de levensloopcasemanagers;
- Verkennen of het 'gouden duo' van de levensloopcasemanager en de procesregisseur ook een trio kan worden door de medewerker vanuit de gemeente/het sociaal wijkteam toe te voegen;
- Een casus vanuit de Ketenveldnorm bespreken in een moreel beraad;
- Onderzoeken of op een passend moment in de beginfase de zelfverbindingsverklaring al ingevuld kan worden door de levensloopcliënt en de levensloopcasemanager;
- Realiseren van passende woonvoorzieningen voor de doelgroep van de Ketenveldnorm, ondersteund door passende zorg en begeleiding.

De stuurgroep/klankbordgroep zal deze thema's in de doorontwikkeling meenemen.

Daarnaast wordt vanuit de deelnemende partijen aan de Ketenveldnorm Limburg meegewerkt aan de maatschappelijke businesscases¹⁰ waarmee de effecten van de Ketenveldnorm op financieel en maatschappelijk vlak in kaart worden gebracht.

12.2 Borging

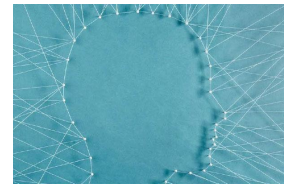
De borging van de Ketenveldnorm kan niet op provinciaal niveau gerealiseerd worden. Er wordt daarom onderscheid gemaakt tussen de borging in Zuid-Limburg en de borging in Noord- en Midden-Limburg.

In Zuid-Limburg maakt de Ketenveldnorm qua borging onderdeel uit van de Commissie Zorg en Veiligheid. De Commissie Zorg en Veiligheid heeft een bestuurlijke taak en aanjaagfunctie op het snijvlak van zorg en veiligheid. De Ketenveldnorm is een van de thema's op de agenda van de Commissie. Daarnaast kunnen vraagstukken vanuit de Ketenveldnorm worden ingebracht in de Commissie.

In Noord- en Midden-Limburg is dit traject eind 2022 nog niet zover, er is wel afstemming over de overkoepelende thema's op het snijvlak van zorg en veiligheid. De Ketenveldnorm is een van deze thema's. In de verdere uitwerking zal de Ketenveldnorm worden meegenomen om zo ook in Noord- en Midden-Limburg de bestuurlijke borging te realiseren. In Noord- en Midden-Limburg wordt het AVE-model geïmplementeerd.

De coördinerend levenslooppaanbieder heeft de taak om in beide subregio's de Ketenveldnorm bestuurlijk onder de aandacht te blijven brengen.

¹⁰ Significant stelt deze maatschappelijke businesscases op. Uit de eerste bevindingen (21 cases) kwam naar voren dat de Ketenveldnorm bijdraagt aan het vergroten van de tijd tussen escalaties en het verminderen van de ernst van deze escalaties. Ook bleken de kosten en baten niet altijd bij dezelfde financier te vallen.



Daarnaast zal de coördinerend levensloopaanbieder de afstemming met de andere regio's en de landelijke coördinatoren op blijven pakken.

12.3 Communicatie- en overlegstructuur

De Ketenveldnorm is een provinciale intensieve, integrale en langdurende aanpak voor een relatief kleine specifieke doelgroep die hierbij baat heeft. Juist door de integrale samenwerking kan de langdurende betrokkenheid gerealiseerd worden en kunnen professionals op elkaar terugvallen.

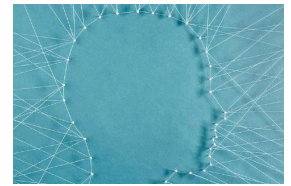
Niet alle partijen zijn altijd even intensief betrokken, dit is afhankelijk van wat een geïncludeerd persoon nodig heeft. Soms heeft een organisatie ook geen levensloopcliënt in zorg of behandeling waardoor de kennis over en bekendheid met de Ketenveldnorm kan verminderen. Dit vraagt een communicatiestructuur om de Ketenveldnorm actueel te houden en blijvend onder de aandacht van betrokken partijen te houden:

- nieuwsbrief twee maal per jaar;
- informatiefolders voor (potentiële) levensloopcliënten en professionals
- informatie beschikbaar stellen via de website www.continuiteitvanzorg.nl;
- organiseren van jaarlijkse informatiesessies met onder andere gemeenten, aanbieders van zorg en begeleiding, PI's, reclassering, financiers, of andere bij de Ketenveldnorm betrokken partijen.

Ten behoeve van de inhoudelijke afstemming zijn de volgende overleggen vastgesteld:

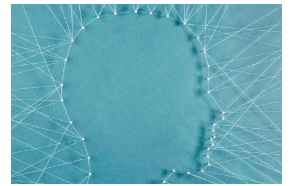
- stuurgroep/klankbordgroep (2 x per jaar), met als doel verbinden, afstemmen, en Aanpak Ketenveldnorm Limburg bijstellen/doorontwikkelen
- levensloopcasemanagers: stemmen structureel met elkaar af over casuïstiek, intervisie en lopende zaken. Zo kunnen ze gebruik maken van elkaars expertise en ondersteunen ze elkaar bij vraagstukken over een casus (frequentie wordt in afstemming met levensloopcasemanagers bepaald)
- overkoepelende afstemming tussen levensloopcasemanagers en procesregisseurs (2 x per jaar)
- overkoepelende afstemming tussen levensloopcasemanagers en plaatsingscoördinatoren van de zorgaanbieders met beveiligde bedden (2 x per jaar)

Daarnaast kan op thema een subgroep geformeerd worden. Deze subgroep is tijdelijk en werkt een thema ten behoeve van de doorontwikkeling van de Ketenveldnorm uit. De coördinerend levensloopaanbieder initieert deze subgroep in afstemming met de stuurgroep/klankbordgroep en zit de subgroep voor.

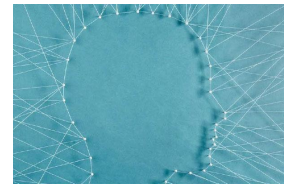


Bijlage 1: betrokken partners Ketenveldnorm





daelzicht



Bijlage 2: toestemmingsformulier

Toestemmingsformulier voor verwerking van persoonsgegevens

Met dit formulier geef ik,

Naam:
Adres:
Postcode en woonplaats:

toestemming voor het uitwisselen van gegevens tussen organisaties die samen werken aan de levensloopfunctie. Deze gegevens zijn nodig om de hulpverlening en de voortgang van de hulpverlening te optimaliseren.

Hieronder geef ik aan voor welke gegevensverwerkingen ik toestemming geef.

Ik geef toestemming onder deze voorwaarden:

- Mijn toestemming geldt alleen voor de gegevens over (de voortgang van) aan mij geboden hulp en dienstverlening van en aan ondergenoemde personen/instellingen. Voor nieuwe gegevens en/of personen vraagt [Klik hier als u tekst wilt invoeren](#). (hierna; de zorgverlener) mij opnieuw toestemming.
- De zorgverlener vertelt mij welke gegevens er over mij worden uitgewisseld.
- Als gegevens niet (meer) noodzakelijk zijn zullen de betrokken instanties deze niet registreren dan wel verwijderen.
- Ik kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde onderdelen toestemming te geven. Ik mag mijn toestemming op elk moment intrekken. De zorgverlener legt uit wat de gevolgen voor mijn hulpverlening zijn als ik (voor bepaalde) gegevens of personen geen toestemming geef of deze intrek.
- De toestemming is geldig voor de duur van de hulpverlening in het kader de levensloopfunctie.

Gegevens over de geboden hulp en dienstverlening en de voortgang mogen worden opgevraagd/afgegeven aan:

Samenwerkende instanties voor de levensloopfunctie

Huisarts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Vincent van Gogh	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
de Rooyse Wissel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Mondriaan	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
STEVIG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Gemeente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Politie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Reclassering	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Openbaar Ministerie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

Datum:.....

Handtekening:

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger
(indien van toepassing)

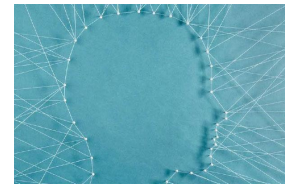
Naam cliënt

Naam vertegenwoordiger

.....

.....

*Dit formulier is opgesteld volgens de richtlijnen van de Autoriteit Persoonsgegevens



Bijlage 3: zelfbindingsverklaring

1. Voorwaarden zelfbindingsverklaring

Voor het opstellen van een zelfbindingsverklaring gelden de volgende voorwaarden:

- betrokkene is 16 jaar of ouder;
- betrokkene is ter zake wilsbekwaam, hij moet dus begrijpen wat de zelfbindingsverklaring inhoudt en de gevolgen ervan overzien;
- een onafhankelijk arts of een deskundige heeft de wilsbekwaamheid vastgesteld;
- betrokkene stelt de verklaring samen met de zorgverantwoordelijke op.

2. Inhoud zelfbindingsverklaring

De inhoud van deze zelfbindingsverklaring ligt grotendeels in de wet vast. De zelfbindingsverklaring beschrijft:

- onder welke omstandigheden verplichte zorg moet worden verleend om ernstig nadeel te voorkomen;
- welke vormen van zorg en verplichte zorg dan mogen worden verleend;
- hoe lang de verplichte zorg onder die omstandigheden mag duren;
- onder welke omstandigheden de verplichte zorg moet worden beëindigd;
- met welke familieleden en naasten, die belangrijk zijn voor de continuïteit van zorg, contact moet worden opgenomen;
- hoe lang de zelfbindingsverklaring geldig is. Daarvoor is geen minimum of maximum vastgesteld. Dit kan betrokkene samen met zijn zorgverantwoordelijke afspreken.

3. Onderdeel van de zorgmachtiging

Een zelfbindingsverklaring op zich is onvoldoende om verplichte zorg te geven. Ook bij een zelfbindingsverklaring is een zorgmachtiging nodig voordat de zorgverantwoordelijke verplichte zorg kan toepassen. De zelfbindingsverklaring wordt dan onderdeel van de zorgmachtiging. Verplichte zorg kan dus niet zonder een zorgmachtiging worden gegeven.

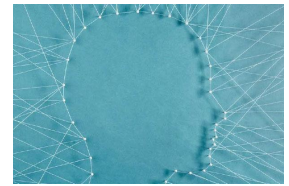
Voor de zelfbindingsverklaring geldt dat:

- een zorgplan bijgevoegd moet zijn;
- de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur moeten ondertekenen.

De zelfbindingsverklaring wordt als bijlage bij de zorgkaart gevoegd. De zorgaanbieder zorgt ervoor dat de voorkeuren van de patiënt in de zorgkaart met bijlagen bekend zijn bij de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke. Zij houden daar bij het opstellen van het zorgplan rekening mee. Bij beoordeling van aanvraag voor een zorgmachtiging checkt de rechter of zij dit goed hebben gedaan.

4. Procedure m.b.t. opstellen

- De betrokkene geeft bij de zorgverantwoordelijke aan dat hij een zelfbindingsverklaring wil opstellen.
- De levensloopcasemanager stemt met de geneesheer-directeur af in hoeverre bij betrokkene een zelfbindingsverklaring is geïndiceerd en aan welke voorwaarden een verklaring moet voldoen. Dit om te voorkomen dat de geneesheer-directeur de verklaring niet ondertekent, nadat betrokkene, eventueel bijgestaan door familie, naasten of vertrouwenspersoon, hier energie in heeft gestoken.
- De levensloopcasemanager legt betrokkene uit wat het doel is van de zelfbinding.
- Betrokkene moet ten tijde van het opstellen van de zelfbindingsverklaring wilsbekwaam zijn. Hiertoe verzoekt de levensloopcasemanager om een expliciete wilsbekwaamheidsbeoordeling door een arts/psychiater. Indien de arts/psychiater betrokkene wilsbekwaam verklaart stopt de procedure voor de zelfbinding.
- De levensloopcasemanager wijst betrokkene er op dat hij zich kan laten bijstaan door familie, naasten of de vertrouwenspersoon.
- Betrokkene en de levensloopcasemanager stellen samen de zelfbindingsverklaring op.
- Bij de zelfbindingsverklaring moet een zorgplan worden gevoegd. De aanwezigheid van een zorgmachtiging is niet noodzakelijk, deze wordt pas aangevraagd wanneer de verplichte zorg moet worden ingezet.
- De zelfbindingsverklaring wordt gedateerd en ondertekend door betrokkene, de zorgverantwoordelijke en de geneesheer-directeur. De ondertekende versie wordt opgeslagen in het EPD.

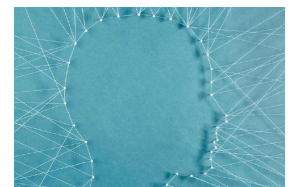


- De geneesheer-directeur verstrekt een afschrift van de zelfbindingsverklaring aan betrokkene, de vertegenwoordiger (indien van toepassing) en de Officier van Justitie.

5. Toepassen zorg uit zelfbindingsverklaring

Er zijn signalen dat het minder goed met betrokkene gaat. Om ernstig nadeel af te wenden wordt de verplichte zorg uit de zelfbindingsverklaring ingezet. De levensloopcasemanager/regiebehandelaar meldt bij de geneesheer-directeur de noodzaak van het starten van een zorgmachtiging. Hiervoor wordt de reguliere werkwijze gevolgd.

De regiebehandelaar bereidt de zorgmachtiging voor met input uit de zelfbindingsverklaring en bijbehorend zorgplan. De geneesheer-directeur zorgt ervoor dat de onafhankelijk psychiater de zelfbindingsverklaring krijgt t.b.v. het opstellen van de medische verklaring. De Officier van Justitie dient na ontvangst van alle stukken de aanvraag in bij de rechtbank. Omdat het een zorgmachtiging n.a.v. een zelfbindingsverklaring betreft doet de rechter binnen drie werkdagen na ontvangst van het verzoekschrift uitspraak. Geeft de rechter een zorgmachtiging af dan is de zelfbindingsverklaring daarmee bekrachtigd en kan de verplichte zorg worden toegepast.



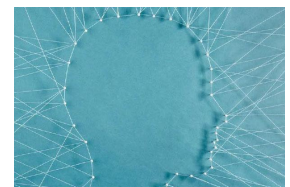
Bijlage 4: procedure beveiligde zorg crisis

Versie	2.0
Doel	Bieden van beveiligde intensieve zorg in het kader van een crisis van een cliënt in de ketenveldnorm.
Beveiligde intensieve zorg	Dit is zorg in een klinische 24-uurs voorziening met forensische expertise en materiële beveiliging, voor cliënten met (hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag. De zorg is gericht op herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en het versterken van beschermende factoren. Deze zorg is tijdelijk (zo kort mogelijk, zo lang als moet). De klinische behandeling en begeleiding worden op dit traject afgestemd. Daarbij wordt weer toegewerkt naar ambulante zorg, indien nodig via lichtere klinische verblijfsvormen, een beschermde woonvorm of een (woon)plek in de samenleving met ondersteuning vanuit de levensloopfunctie.
Beschikbare plaatsen	De Rooyse Wissel (beveiligingsniveau 3 en 4) Vincent van Gogh (beveiligingsniveau 2) Mondriaan (beveiligingsniveau 2) Dichterbij/STEVIG (beveiligingsniveau 2)
Kader	Beveiligde intensieve zorg vindt plaats binnen de bestaande kaders. Dit kan vrijwillige of gedwongen (civiel- of strafrechtelijk) zorg zijn. Er is een formele verwijzing nodig.

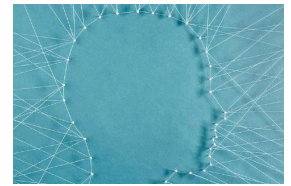
Werkwijze

Onderstaande procedure beschrijft de procedure tijdens kantoortijden. Indien er sprake is van een crisis buiten kantoortijden, wordt de crisisdienst ingeschakeld. Op de eerst volgende werkdag wordt onderstaande procedure vanaf stap 2 ingezet.

Titel procedure			
Stap	Wie?	Wat?	Waarmee?
1	Levensloopcasemanager	Ontvangt het signaal dat het niet goed gaat met de cliënt en dat acuut een beveiligd bed nodig is. Geeft dit signaal door aan de psychiater en regiebehandelaar.	
2	Psychiater & regiebehandelaar	Bepaalt dat er opgeschaald moet worden naar een beveiligd bed. Geeft het beveiligingsniveau aan en de voorkeur van zorgaanbieder op grond van inhoudelijke overwegingen (o.a. locatie, zorgvraag). Let op: zo licht als het kan, zo zwaar als het moet.	
3	Levensloopcasemanager	Informeert de plaatsingscoördinator van de eigen organisatie over de opname van levenslooppatiënt en benodigde beveiliging. Stuurt benodigde informatie toe (in elk geval aanmeldformulier Ketenveldnorm).	
4	Plaatsingscoördinator	Kijkt waar de cliënt tijdelijk geplaatst kan worden. Benadert hiervoor de zorgaanbieder (via de plaatsingsafdeling). Onderling wordt afgestemd over een geschikt bed en de beschikbaarheid daarvan. Informeert de levensloopcasemanager over de mogelijkheden.	
5	Levensloopcasemanager	Informeert psychiater/regiebehandelaar over de mogelijke plaatsing.	
6	Verwijzende psychiater/ regiebehandelaar	Neemt voorafgaand aan de indicatiestelling tot opname contact op met de opnemend, klinisch verantwoordelijk psychiater of geneesheer-directeur. Bespreek doelen en bejegening tijdens opname en route tot afschaling/ einde verblijf.	



7a		Bij cliënten met een zorgmachtiging in het kader van de WvGGZ blijft de zorgverantwoordelijke geneesheer-directeur van de instelling waar de cliënt reeds onder behandeling was verantwoordelijk voor de opname en behandeling van de cliënt.	
7b		Bij een CM in het kader van de Wzd blijft de zorgverantwoordelijke van de instelling waar de patiënt reeds onder behandeling was verantwoordelijk voor de opname en behandeling van de patiënt. De opnemende instelling kan tijdelijk de verantwoordelijkheid overnemen. Dit wordt tussen beide aanbieders (geneesheer-directeuren) nader overeengekomen.	
8	Verwijzende psychiater/ regiebehandelaar	Zorgt voor tijdelijke overdracht van de zorgmachtiging of crisismaatregel voor de duur van plaatsing. Bij een vrijwillige opname gaat de verantwoordelijkheid over op de geneesheer-directeur van de opnemende instelling.	WvGGZ: artikel 8.16, lid 1-5
9	Zorgaanbieder	De reguliere procedure van de opnemende organisatie wordt gevolgd. Neemt de cliënt op of door de opnemende organisatie gericht doorverwezen/elders geplaatst, passend bij de vraag.	
10	Levensloopcasemanager	Blijft proactief betrokken, houdt contact met cliënt en behandelteam: <ul style="list-style-type: none"> - Ziet de cliënt frequent en bespreekt de stand van zaken en beoogde vervolgstappen. - Stemt hierbij af met en sluit waar mogelijk aan bij de overlegmomenten van de instelling waar de cliënt verblijft. 	
11	Zorgaanbieder Levensloopcasemanager Regiebehandelaar	Indien mogelijk, bepaal of afschaling van het beveiligingsniveau of door/uitstroom mogelijk is. Wanneer vanwege een lager beveiligingsniveau de cliënt naar een ander zorgaanbieder door moet stromen, dan wordt de plaatsingscoördinator gevraagd om te kijken naar een passende plek (i.s.m. plaatsingsafdeling van andere zorgaanbieders). Uitstroom/ doorstroom gebeurt met een warme overdracht richting de overnemende organisatie.	
12	Psychiater (zorgaanbieder)	De psychiater/regiebehandelaar waar de cliënt tijdelijk verblijft zorgt voor overdracht van de zorgmachtiging.	



Stroomschema

