

Samen naar betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking

Ketenveldnorm voor de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Juni 2018

Colofon

Deze eerste werkversie van de ketenveldnorm is opgesteld door Andersson Elffers Felix, in opdracht van GGZ Nederland. Dank aan de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid voor hun subsidie om dit mogelijk te maken.

Datum

19 juni 2018

Contact

Sybren Bangma, voorzitter stuurgroep
Marloes van Es, projectleider (mves@ggz nederland.nl)

Contact met de auteurs

Frank Candel
Marianne Molenaar
Amber van Suijlekom
Peter Wijga
info@aef.nl

Inhoudsopgave

Colofon	2
Inhoudsopgave	3
1 Voorwoord	5
2 Inleiding	9
2.1 Aanleiding voor deze ketenveldnorm.....	9
2.2 Over welke cliënten gaat de ketenveldnorm?.....	10
2.3 Ambitie van deze ketenveldnorm.....	11
2.4 Welke afspraken staan er in de ketenveldnorm?	12
3 Het perspectief van cliënten en hun naasten	14
4 Zorg aan deze cliënten	17
4.1 De kern van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg	17
4.2 De zorg binnen de levensloopfunctie.....	18
4.3 De zorg op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg	22
5 Organisatie van de zorg	24
5.1 Hoe is de levensloopfunctie georganiseerd?	24
5.2 Hoe is de beveiligde intensieve zorg georganiseerd?	29
6 Kwaliteitsindicatoren	32
6.1 Kwaliteitsindicatoren voor de levensloopfunctie	32
6.2 Kwaliteitsindicatoren voor de beveiligde intensieve zorg	33
6 Bijlagen	34
Bijlage 1: Inschatting capaciteit en kosten voor beveiligde intensieve zorg	35
Bijlage 2: Informatiedeling binnen de levensloopfunctie	38
Bijlage 3: randvoorwaarden en implementatie	40
Bijlage 4: Leden stuurgroep, werkgroep en focusgroep	43
Bijlage 5: Lijst met afkortingen	45

1 Voorwoord

Bijgaand treft u de eerste werkversie van de ketenveldnorm Levensloopfunctie en Beveiligde intensieve zorg aan. Deze versie wordt voor wat betreft de inhoud onderschreven door de partijen¹ die hebben deelgenomen in de Stuurgroep. Voor een overzicht van de Werkgroep en Stuurgroep partijen verwijs ik u graag naar bijlage 4. De definitieve goedkeuring van partijen kan pas plaatsvinden nadat vanuit de beoogde proefregio's nog een aantal zaken nader zijn onderzocht en onderbouwd en nadat deze werkversie door de Alliantie kwaliteit (Akwa is de opvolger van het NKO) en het Zorginstituut is omgezet in de daartoe geldende formats en de door hen vereiste consultaties hebben plaatsgevonden.

Deze werkversie is naar de mening van de partijen wel voldoende uitgewerkt om een basis te vormen van de beoogde implementatie in de proefregio's en andere regio's. In die zin kan deze veldnorm door de ggz partijen worden gebruikt als uitgangspunt voor de zorgcontractering 2019 en verder. Voor de VG partijen geldt als voorwaarde dat er overeenstemming is over de financiering.

Kern van de veldnorm

De veldnorm beoogt de zorg, begeleiding en ondersteuning voor de 2000 -3000 cliënten die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking sterk te verbeteren. In het algemeen zijn dit mensen die (in een bepaalde fase van hun leven) korter of langer durend overlast veroorzaken. Deze veldnorm ziet specifiek toe op mensen die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, onder 'reguliere' financieringsstromen vallen maar wel een forensisch behandel- en begeleidingsklimaat met forensische expertise nodig hebben. De veldnorm voorziet in een goed werkend samenhangend systeem binnen de reguliere ggz en/of lvg zorg met een levensloop functie en beveiligde intensieve zorg bedden. Hierbinnen kunnen deze mensen beter worden geholpen, verbetert hun kwaliteit van leven en wordt voorkomen dat ze voor overlast zorgen. Aansluiting en samenwerking vanuit dit systeem met het

¹ De VGN maakt hierop een formeel voorbehoud hangende de overeenstemming met ZN over de financiële condities, i.c. zekerheid dat de zorg die wordt geleverd onder deze veldnorm ook wordt betaald. VGN en ZN zijn hierover nog met elkaar in gesprek en verwachten in de loop van juli helderheid hierover.

sociaal domein en de Forensische zorg is noodzakelijk. Ook om goede op- en afschaling mogelijk te maken.

De veldnorm voorziet in het realiseren van één integrale keten met daarbinnen een drietal regionale subketens:

1. De zorgketen waarvoor vanuit de zorg, begeleiding en ondersteuning voor individuele patiënttrajecten regionale samenwerking nodig is tussen de verschillende aanbieders vanuit de ggz, de lvg, de verslavingszorg, de forensische zorg en het sociaal domein. Deze regio's bestaan hierbij uit ca 1,6 mln inwoners en beslaan één of meer Zorg en veiligheidshuizen.
2. De inkoopketen waarbij de verschillende inkopers, verzekeraars, zorgkantoren, justitie en gemeenten met elkaar samenwerken en afstemming zoeken zodat de zorg, begeleiding, ondersteuning en huisvesting ook uit verschillende bronnen kan worden gefinancierd.
3. De bestuurlijke keten waarbij in het kader van de Veiligheidshuizen afstemming plaats vindt en zo nodig regie wordt gevoerd tussen de zorgpartijen, het OM, gemeenten, politie etcetera.

In deze context vindt de levensloopfunctie plaats, die langdurig kan blijven bestaan voor mensen, maar waar mensen uiteraard onder voorwaarden ook weer uit kunnen. Beveiligde intensieve zorg is beschikbaar om in tijden van terugval of crisis, intensievere zorg en beveiliging te bieden. De zorgaanbieder die de levensloopfunctie en de beveiligde intensieve zorg uitvoert, accepteert daarmee ook de verantwoordelijkheid voor het ten allen tijde opnemen van mensen voor wie dit is geïndiceerd. Dit moet ook leiden tot de benodigde specialisatie op deze doelgroep. Hiermee wordt een belangrijke stap gezet in het oplossen van deze problematiek.

Uiteraard moeten hiervoor ook de financiële randvoorwaarden over alle domeinen heen worden gerealiseerd. De bekostiging, inkoopmethode en plaatsingswijze mogen geen hobbels meer vormen in het leveren van de juiste zorg, begeleiding en ondersteuning. In de implementatieperiode zal worden bekeken hoe dit het beste kan worden vormgegeven.

Proces

Aan de totstandkoming van deze veldnorm is in de afgelopen 6 maanden door alle relevante branche-, beroeps- en cliëntenorganisaties in werkgroepen en Stuurgroep hard gewerkt, onder leiding van het Projectteam en daarbij ondersteund door AEF.

Daarnaast is met vele andere maatschappelijke organisaties contact geweest en is gebruik gemaakt van hun waardevolle initiatieven.

In de Stuurgroepvergadering van 19 Juni 2018 is overeenstemming bereikt over de thans voorliggende veldnorm. Voorafgaand aan deze Stuurgroep heeft er een bestuurlijke consultatie bij de partijen plaatsgevonden. Ook hierin hebben alle partijen aangegeven zich te herkennen in de lijn en doelstelling van de veldnorm. Tevens is hierbij de wens uitgesproken om de ketenveldnorm te verbreden naar hulpverlening aan mensen die primair een gevaar voor zichzelf zijn (en niet voor de samenleving), waarbij de verbreding niet ten koste mag gaan van het tempo waarmee implementatie voor de oorspronkelijke doelgroep plaatsvindt.

Ondanks dat er geen sprake is van nieuwe zorgtrajecten betekent dat echter nog niet dat deze veldnorm nu zondermeer kan worden vastgesteld en geïmplementeerd. De

voorstellen zijn daarvoor te ingrijpend en de veranderingen die zowel aan aanbod- als financieringskant van de zorg gevraagd worden zijn te groot. Daarom is een zorgvuldig implementatietraject nodig, waarvoor ook voorstellen worden gedaan. Dit begint met het volledig en bindend van toepassing verklaren van deze veldnorm volgens de daarvoor geldende procedures. In de tussentijd willen partijen al wel zoveel als mogelijk gaan werken volgens de principes en uitgangspunten uit de veldnorm, vooruitlopend op de implementatie.

Hoe nu verder

Met het uitbrengen van deze veldnorm wordt een belangrijke stap gezet in het verbeteren van de zorg, begeleiding en ondersteuning voor die mensen die daarop aangewezen zijn. Deze norm is een ketenveldnorm en overschrijdt de grenzen van (zorg) sectoren. Deze integraliteit is van groot belang voor de mensen waarop deze veldnorm zich richt. Tegelijkertijd heeft iedere sector ook zijn eigen manier om veldnormen bindend en toepasbaar te maken. Dit betekent dat daarvoor nog een traject moet worden gegaan. De Stuurgroep beveelt dan ook aan om toe te werken naar een integrale werkwijze waarbinnen sectorspecifieke accenten inzichtelijk zijn. Daarnaast kan het Zorginstituut de integrale veldnorm volgens hun procedures vaststellen waardoor de integraliteit ook kan worden gewaarborgd. Partijen uit de stuurgroep zijn overeengekomen om de ketenveldnorm gezamenlijk in te dienen.

De Stuurgroep heeft ook geconstateerd dat deze veldnorm niet zo maar kan worden ingevoerd. Om dit te doen slagen is een zorgvuldige implementatie nodig. Tegelijkertijd moeten er ook nog een aantal zaken nader worden uitgezocht en uitgeprobeerd. Bovendien is de situatie ook in de regio's verschillend. Sommige regio's zijn verder dan anderen.

De Stuurgroep heeft dan ook geadviseerd om op basis van een goed implementatieplan een aantal regionale pilots te starten. Deze pilots moeten voldoende worden ondersteund. Bovendien is er behoefte aan een landelijke coördinatie en afstemming zodat de ervaringen ook kunnen worden gedeeld met de andere regio's.

De Ministeries van VWS en JenV hebben inmiddels aangegeven dat zij bereid zijn om deze implementatie ook financieel te ondersteunen. Ook GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland zijn bereid om hieraan een bijdrage te leveren.

Wellicht dat het voortzetten van de huidige Stuurgroep met partijen en een landelijk ondersteuningsaanbod een goede coördinatiemogelijkheid kan bieden. In deze pilotperiode kan dan ook worden uitgezocht in hoeverre het voordelen biedt om de huidige contacten tussen zorgverzekeraars en forensisch plaatsingsloket door te ontwikkelen tot een landelijk gecoördineerde plaatsingsprocedure in afstemming met de plaatsingen in de forensische zorg, uiteraard rekening houdend met de wettelijk bepaalde verantwoordelijkheden en bevoegdheden van partijen.

Tenslotte wijst de Stuurgroep erop dat de implementatie van de veldnorm een majeure operatie is die effect zal hebben op vele instellingen, personen, organisaties en systemen. De Stuurgroep adviseert dan ook om tussentijdse evaluatie momenten in te bouwen en dit hele proces te ondersteunen door het uitvoeren van een effect onderzoek. Dit onderzoek zou antwoord moeten kunnen geven op de vraag of de beoogde veranderingen en verbeteringen inderdaad zijn en worden gerealiseerd. Dit in de eerste plaats vanuit het gezichtspunt van de betrokken patiënten, is de zorg, begeleiding en ondersteuning voor hen beter geworden en vanuit het gezichtspunt van andere betrokken organisaties.

De totstandkoming van deze veldnorm is naar mijn mening een goed resultaat. Graag wil ik dan ook alle partijen en personen bedanken die hun bijdrage hebben geleverd aan de realisatie van deze veldnorm.

Namens de Stuurgroep,

Sybren Bangma,
Voorzitter van de Stuurgroep

2 Inleiding

2.1 Aanleiding voor deze ketenveldnorm

Het programma Continuïteit van zorg is in 2015 gestart om de aansluiting in de zorg voor forensische patiënten naar de reguliere zorg te verbeteren. Een belangrijke component daarin was de beschikbaarheid van goede zorg voor cliënten nadat de strafrechtelijke titel is opgeheven. Maar zeker ook voor cliënten die geen delict hebben gepleegd, maar wel forensische zorg² nodig hebben. Het programma Continuïteit van zorg adviseerde om daartoe regionaal dekkende afspraken te maken met aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg, gemeenten en veiligheidspartners om de zorg sluitend te maken.

Het ging daarbij specifiek om afspraken op drie vlakken:

- **Doorgaande, langlopende, zorg in ambulante setting** met aandacht voor alle levensgebieden van de cliënt om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan wat de cliënt nodig heeft en daarmee het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk te beperken.
- **Goede toegang tot beveiligde intensieve zorg³** voor cliënten met of zonder rechterlijke machtiging: zorg in een beveiligde omgeving met een intensief zorg- en leefklimaat als dat vanwege crisis, zorg of risico noodzakelijk is.
- **Goede doorstroom naar passende woonvoorzieningen** voor een stabiele leefsituatie in de ambulante setting is een passende woonvoorziening een noodzakelijke voorwaarde.

De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (JenV) onderschrijven deze opgave⁴ en hebben veldpartijen gefaciliteerd om een

² Waar in de ketenveldnorm gesproken wordt over Forensische zorg wordt forensische zorg bedoeld zoals wordt verleend in civielrechtelijk kader (vrijwillige opname komt vrijwel niet voor, maar is wel mogelijk) in een forensische setting met forensische expertise.

³ Beveiligde intensieve zorg is 24 uurszorg in een gesloten klinische setting met (materiële-/ fysieke) beveiliging waar cliënten met zeer ontwrichtend gedrag (ten gevolge van hun psychische aandoening of verstandelijke beperking) kunnen worden opgenomen. Er is daar sprake van intensieve zorg met expertise uit de forensische zorg, een orthopedagogisch leefklimaat, een structurend behandelmilieu en een zorgintensief agogisch klimaat. Het gaat hier veelal om klinische zorg op fpa's, fva's en in fpk's, fvk's of soms op forensische hic's en in uitzonderlijke gevallen in fpc's.

ketenveldnorm op te stellen voor de ambulante zorg en de beveiligde intensieve zorg (samen de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg).

In de bijlage is een overzicht opgenomen van de mensen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de ketenveldnorm.

2.2 Over welke cliënten gaat de ketenveldnorm?

We hanteren de volgende afbakening in de beschrijving van de betreffende personen⁵:

Personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk⁶ gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening⁷ en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel.

- Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico⁸ 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 ambulant.
- Er is of was sprake van een rechterlijke machtiging of strafrechtelijke titel naar aanleiding van het gevaarlijke gedrag richting anderen/samenleving.
- Er is een risico dat zonder een sluitend aanbod van ambulante intensieve zorg, passende ondersteuning of huisvesting een grotere kans is op herhaling van het gevaarlijke gedrag dat onlosmakelijk verband houdt met de psychische aandoening, de (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel en slechts met dwang te beheersen valt.

Het gaat om een kleine groep cliënten die vanwege hun (aantoonbaar hoog risico op) gevaarlijk gedrag binnen een bestaande organisatie, dan wel een samenwerking van organisaties in de zorg dan wel in het regionale netwerk van zorg en veiligheid tussen de systemen valt. Daarnaast gaat het om een kleine groep cliënten die extra dwang/beveiligde zorg/langdurige bemoeienis nodig heeft in de vorm van de levensloopfunctie vanwege het (niet aflatende hoge risico op) gevaarlijk gedrag.

Op basis van gegevens van Veiligheidshuizen verwachten we dat de omvang van de doelgroep ongeveer tussen de 2.000 en 3.000 personen ligt. Prevalentieonderzoek⁹

⁴ Beleidsreactie op AEF rapport inzake passende zorg voor mensen met gevaarlijk gedrag, VWS, JenV, 22 mei 2017

⁵ Voor de leesbaarheid van de ketenveldnorm gebruiken we verder het woord **cliënten**.

⁶ Gevaarlijk gedrag is: intimiderend en/of fysiek agressief gedrag dat gericht is tegen andere personen..

⁷ Onder psychische aandoening wordt naast de psychiatrie in de engere zin ook persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsproblematiek gerekend.

⁸ Vastgesteld op basis van een risicotaxatie

laten zien dat 30% tot 40% van de mensen in detentie lvb problematiek kent, dat zal in deze doelgroep waarschijnlijk vergelijkbaar zijn.

Specifiek voor beveiligde intensieve zorg geldt een aantal aanvullende criteria waarmee iemand tijdelijk opgenomen kan worden op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg:

- door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu of zorgintensief agogisch klimaat en fysieke beveiliging;
- er is in beginsel sprake van een rechterlijke machtiging. Vrijwillige opname in deze setting komt zelden voor, maar is wel mogelijk.

2.3 Ambitie van deze ketenveldnorm

Op dit moment vallen er cliënten die zorg nodig hebben tussen wal en schip van de systemen in de zorg. Dat geldt ook voor cliënten die vanuit hun gedrag een gevaar kunnen vormen voor anderen en zichzelf. Zij krijgen niet altijd de zorg¹⁰ die ze nodig hebben / waar ze behoefte aan hebben / waar ze recht op hebben. De organisatie van deze zorg vraagt om een sluitende aanpak van professionals, zorgorganisaties, financiers en toezichthouders, zoveel mogelijk samen met de cliënt en zijn naasten.

Het gaat om matched care voor kwetsbare cliënten met complexe problemen. Intensieve zorg op grond van 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).

“Ik wil niet meer en geen langere zorg dan noodzakelijk. Ik zou mee kunnen willen praten over zaken die mij direct aangaan.” (Jakob Visser, ervaringsdeskundige).

Met de ketenveldnorm beogen we de keten van zorg en veiligheid zo veel als mogelijk sluitend te organiseren en de belangen van deze cliënten en de veiligheid van de samenleving met elkaar in balans te brengen. De zorg is toegesneden op de specifieke cliënt en zijn context, gericht op stabilisatie en herstel¹¹ op alle relevante levensgebieden; waar mogelijk in nauw contact met naasten en ervaringsdeskundigen. Bij verhoogd risico op gevaar wordt vanuit het levensloopteam geïntervenieerd door intensivering van ambulante zorg, of als dat nodig is een opname op een afdeling met forensische expertise en beveiligde intensieve zorg. De ketenveldnorm is niet bedoeld voor het één op één verantwoorden van individuele cliënttrajecten.

⁹ Kraal, H, “Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein”, Hogeschool Leiden, 2016

¹⁰ Voor de leesbaarheid van deze tekst wordt het woord ‘zorg’ gehanteerd. Zorg omvat behandeling, begeleiding en ondersteuning op alle levensgebieden.

¹¹ We spreken in de ketenveldnorm van herstel daar waar de vg sector werkt aan stabilisatie en versterken van de kwaliteit van leven (vg component gaat namelijk niet over).

De **ambulante zorg binnen de levenslooppuntie** bestaat uit continuïteit van zorg die vanuit één ambulante werkende levensloopteam wordt georganiseerd. De levenslooppuntie is gericht op herstel en biedt continuïteit van zorg op alle levensgebieden. Er is expliciet aandacht voor consequente monitoring en signalering van risico's in iemands gedrag.

De **beveiligde intensieve zorg¹² binnen de levenslooppuntie** is zorg in een klinische 24-uurs voorziening met forensische¹³ expertise en materiële beveiliging¹⁴ zonder dat er sprake is van een strafrechtelijke titel. Het is een voorziening waar cliënten met (een hoog risico op) gevaarlijk en ontwrichtend gedrag tijdelijk zorg ontvangen gericht op herstel of stabilisatie, het terugdringen van het risico op gevaarlijk gedrag en versterking van beschermende factoren. Zodra het verantwoord is wordt de levenslooppuntie weer ambulante voortgezet.

Om dit goed in te richten, is het van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn om de cliënten volgens het zo-zo-zo principe zorg te verlenen. Er wordt ambulante zorg geboden en (wanneer nodig) moet direct kunnen worden opgenomen op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg. Om doorstromen te kunnen organiseren moet vanuit de beveiligde intensieve zorg (weer) toegewerkt worden naar ambulante vormen van zorg, indien nodig via lichtere klinische verblijfsvormen, een beschermde woonvorm of een (woon)plek in de samenleving met ondersteuning vanuit het levensloopteam.

Veldpartijen benadrukken het belang van het maken van een sluitende keten die strekt tot het sociaal domein en de woonvoorzieningen. Zowel binnen de (sg)lvg als in de ggz loopt de doorstroming regelmatig vast door de beperkte beschikbaarheid van voldoende passende woonvoorzieningen voor deze doelgroepen. Partijen moeten zich maximaal inspannen om de keten te sluiten. Gemeenten moeten daarnaast (ook) woonvoorzieningen beschikbaar krijgen (en daarmee de verantwoordelijkheid van de Wmo 2015 uitvoeren).

2.4 Welke afspraken staan er in de ketenveldnorm?

Alle noodzakelijke kennis en zorg voor deze cliënten is op dit moment al voor handen, maar wordt nu niet in een goede samenhang worden geboden. De belemmeringen zitten in de samenwerking, organisatie en de beschikbaarheid van de zorg. Deze ketenveldnorm legt vast in welke combinatie en samenhang deze zorg door de verschillende financiers en (zorg-) aanbieders moeten worden geleverd. Aangezien de

¹² Voor de vg sector gaat het om de klinische voorzieningen in het sglvg+ segment. Voor de leesbaarheid van deze tekst gebruiken wij overal de term beveiligde intensieve zorg.

¹³ De term forensisch heeft in deze betrekking op de behandelexpertise, het behandelklimaat en het beveiligingsniveau en niet op de financieringsvorm.

¹⁴ voor de vg sector bedoelen we hiermee zowel zorgintensieve plekken waarbij sprake is van een stevig agogisch klimaat waarbij structuur, herhaling en nabijheid in de behandeling en begeleiding op de voorgrond staan. Deze plekken, ook wel Very Intensive Care (VIC) units genoemd, zijn gelijkwaardig aan de beveiligde intensieve zorg met beveiligingsniveau 2 hoog of 3, waarbij het accent vooral ligt op beveiliging en beheersing. Hierdoor beschikt de vg over twee vormen van beveiligde intensieve zorg waardoor geen doelgroep uitgesloten hoeft te worden.

veldnorm afspraken bevat door de hele keten van zorg heen, is gekozen voor de term 'ketenveldnorm'.

Deze ketenveldnorm gaat uit van bestaande wet- en regelgeving en huidige financiering-stromen. In deze ketenveldnorm is aangesloten bij de inwerkingtreding van de Wet verplichte ggz (Wvggz), de Wet zorg en dwang (Wzd) en de Wet forensische zorg (Wfz).

Gezien de huidige rol, positie en organisatie van de Veiligheidshuizen ligt het voor de hand om voor de regionale samenwerking rond de levensloopfunctie in de ketenveldnorm aan te sluiten bij de bestaande structuren¹⁵ of vergelijkbare regionale overlegvormen binnen dezelfde regio-indeling. Mogelijk is herschikking- of uitbreiding van ambulante- of beveiligde intensieve zorg noodzakelijk zodat over de gehele keten van zorg in regio's afspraken worden gemaakt die voldoen aan de kwaliteitseisen uit de ketenveldnorm.

De ketenveldnorm is opgezet conform de indeling van de generieke modules van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz (NKO ggz) en de randvoorwaarden van het Zorginstituut Nederland. De gehandicaptenzorg werkt in de Wlz met veldnormen, waarvan enkele opgenomen zijn in het kwaliteitsregister van het Zorginstituut Nederland.

¹⁵ Zie voor een indeling van de veiligheidshuizen, die zich op veel plekken hebben doorontwikkeld tot een zorg- en veiligheidshuis: www.veiligheidshuizen.nl/

3 Het perspectief van cliënten en hun naasten

Partijen spannen zich in om goede zorg te bieden met respect voor de positie van cliënten en hun naasten. Partijen zijn ervan overtuigd dat indien we er in slagen om de compassie en zorg voor deze cliënten goed te regelen dit ook een voorbeeld is voor een bredere groep van cliënten die onder de Wet Bopz (straks Wvggz en Wzd) vallen. Deze ketenveldnorm zal een doorwerking krijgen naar de zorg voor deze bredere doelgroep.

De inrichting van de zorg voor deze cliënten sluit aan bij hun perspectief en dat van hun naasten. Cliënten, naasten en ervaringsdeskundigen geven aan dat de zorg in elk geval moet voldoen aan de volgende kenmerken (onderstaande punten komen terug in de ketenveldnorm):

P1

Zorg voor zorgzame zorg- en leefomgeving - Draag zorg voor een zorgzame behandelomgeving, een zorgzaam leefklimaat waar crisisinterventie (wanneer nodig) en stabilisatie plaatsvindt.

P2

Zie de hele mens - Besteed aandacht aan het narratief van de persoon. Voorkom dat de diagnose boven de persoon hangt.

P3

Houd zoveel mogelijk de regie bij de cliënt zelf - De cliënt is zoveel mogelijk de regisseur van zijn eigen (zorg)proces.

P4

Zorg zo lang mogelijk voor eenzelfde behandelaar, begeleider of team - Er is één regiebehandelaar / casemanager / behandelverantwoordelijke, die tijdens het hele zorgtraject een zorgvuldige lijn houdt met de persoon, ook als iemand door omstandigheden soms in een kliniek verblijft, soms in detentie en soms ambulante hulp krijgt.

P5

Zet ervaringsdeskundigen in - Ervaringsdeskundigen worden ingezet op afdelingen of in ambulante zorg en werken volgens het herstelmodel.

P6

Betrek de naasten – Naasten worden betrokken vanaf het begin (uitvoering van goed familiebeleid).

P7

Wissel expertise uit, gericht op specifieke problematiek - Expertise van professionals en deskundigen over specifieke problematiek van de persoon wordt actief uitgewisseld.

P8

Zorg voor toegankelijkheid dossier en informatie - De regiebehandelaar / casemanager (hierna verder genoemd: casemanager) zorgt ervoor dat het dossier (tijdig) beschikbaar is voor alle behandelaren en er wordt gezorgd voor een heldere informatieoverdracht, met toestemming van de cliënt.

P9

Zorg voor 'lichtere' opvangmogelijkheden – Mensen hebben behoefte aan laagdrempelige opvang waar ze kunnen stabiliseren, zoals bijvoorbeeld een (gezamenlijke) woonvorm als iemand even niet meer zelfstandig kan wonen, een time-out voorziening, intensieve zorg thuis (IHT) of een bed op recept in een kliniek. Dat voorkomt escalatie en dus ook gevaarlijke situaties.

P10

Wijs de cliënten op de rechten die ze hebben.

Als je zorg krijgt, grijpt dat vaak sterk in op je persoonlijke leven. Daarom is het belangrijk om cliënten te wijzen op de rechten die ze hebben. Wat mogen ze verwachten, waar kunnen ze bezwaar tegen maken?

Naasten

De *Generieke Module Naasten*¹⁶ beschrijft voor de ggz sector op basis van het visiestuk *Focus op Gezondheid – Zorg voor Herstel* en een *Basisset Kwaliteitscriteria* (LPGGz) welke elementen van belang zijn als het gaat om kwaliteit van zorg:

Focus van Zorg (uitkomst)

Kwaliteit van Leven: cliënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op voor hen relevante levensgebieden.

Herstel van Vitaliteit: cliënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen om dingen te doen.

Vorm van Zorg (relaties)

Cliënt Centraal: het gaat om het persoonlijke verhaal van de cliënt en de regie op de zorg ligt bij de cliënt.

Zorg in Triade: naasten worden zo mogelijk betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund.

Inhoud van Zorg (proces)

Adequate Zorg: er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk.

Integrale Zorg: er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg.

¹⁶ Zie *Generieke Module Naasten* 2016, raadpleegbaar via: <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/>. Binnen de gehandicaptenzorg wordt gewerkt volgens het Kwaliteitskader 2017-2022 en modules die horen bij ambulante werkwijzen

In de *Generieke Module Naasten* staat beschreven op welke manier naasten een belangrijke rol spelen in de zorg voor mensen met een psychische aandoening. Zij kunnen bijvoorbeeld de problematiek (en risico's) signaleren en meewerken aan stabilisatie en/of herstel. Daarnaast is er aandacht nodig voor de emotionele belasting voor naasten en mantelzorgers.

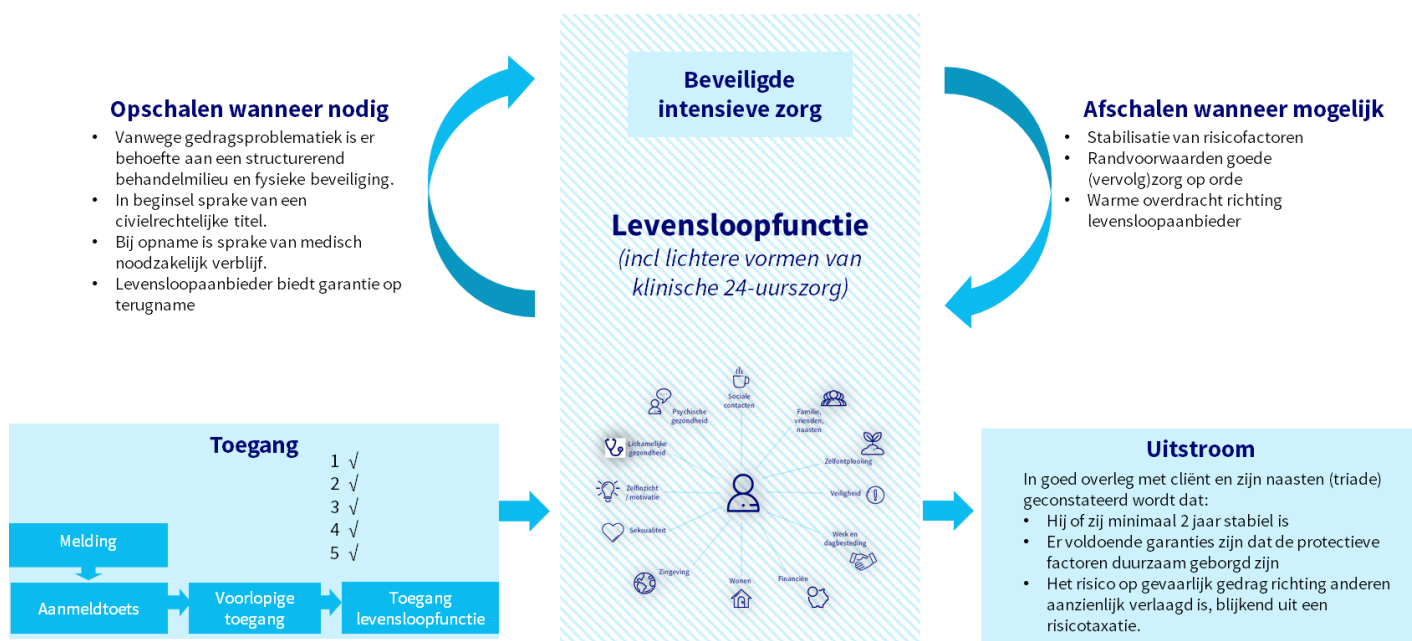
In de module staan twee kernvragen die professionals kunnen stellen:

1. Wie in uw naaste omgeving is betrokken bij de situatie waarin u momenteel verkeert?
2. Vindt u het goed deze naaste uit te nodigen om zijn kijk op de zaak te bespreken?

4 Zorg aan deze cliënten

4.1 De kern van de levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

De zorg aan deze cliënten wordt vormgegeven vanuit het ambulante team van de levensloopfunctie en waar nodig met achtervang van klinische zorg, waaronder beveiligde intensieve zorg. Onderstaand schema geeft de samenhang weer.



Wat is de kern van de levensloopfunctie?

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

De zorg past bij de specifieke problematiek van deze cliënten en is gericht op:

- herstel en stabilisatie. De zorg gaat door de 'financieringsschotten' van sociaal domein en civiele- of strafrechtelijke titels heen. De schottenproblematiek mag niet leiden tot het uitsluiten van cliënten.
- Ondersteuning op alle levensgebieden vanuit de forensisch FACT methodiek.
- Het realiseren van veiligheid en het terugdringen van incidenten, zowel voor de cliënt zelf als voor de samenleving.
- Opschaling in zorg als dat nodig is gebeurt in eerste instantie ambulante. Als dat niet kan is opname in een 24-uurs setting mogelijk. Als dat nodig is, wordt opname op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg ingezet.

Wat is de kern van een afdeling voor beveiligde intensieve zorg?

Vanwege het ontwrichtende karakter van het gedrag van de cliënt zijn een specifieke context, inzet en vaardigheden vereist voor deze zorg. In de beveiligde intensieve zorg wordt hierin als volgt / op de volgende manier in voorzien:

- er is sprake van intensieve zorg, de mate waarin kan per cliënt en over de tijd verschillen;
- een orthopedagogisch leefklimaat en materiële beveiliging en zijn onderdeel van de context waarin de zorg plaatsvindt.
- behandelkenmerken van een gesloten afdeling binnen de reguliere ggz of (sg)lvg
- expertise uit de forensische zorg waaronder herstelgerichte benadering en de-escalerend werken.
- Afschaling in zorg, zodra dat weer kan, vindt plaats naar ambulante. Als er tussenstappen nodig zijn wordt eerst afgeschaald naar lichtere vormen van 24 uren zorg.

4.2 De zorg binnen de levenslooppuntie

Deze paragraaf is een nadere uitwerking van de kenmerken zoals die vanuit cliëntperspectief en dat van hun naasten staan beschreven in hoofdstuk 2. De zorg binnen de levenslooppuntie wordt vormgegeven binnen een levensloopteam.

Maatwerk aan zorg op alle levensgebieden

De levenslooppuntie bestaat uit zorg op alle levensgebieden die in samenhang is georganiseerd.

- De zorg richt zich op het versterken van factoren die stabilisatie en herstel bevorderen en die het risico op terugval zoveel mogelijk verkleinen.
- Onderdeel van een behandeling gericht op herstel van psychische gezondheid kan een medicamenteuze behandeling zijn en andere



Afbeelding: aandacht voor alle levensgebieden

therapievormen ter reductie van recidiverisico's.

P3

P2

- Het levensloopteam heeft specifieke aandacht voor de aansluiting van methodieken uit de praktijk van lvb zorg, reclassering en verslavingszorg.
- De regie van de zorg ligt zoveel mogelijk bij de cliënt zelf; hij is de regisseur van zijn zorgproces.
- De zorg continueert zo lang als dat nodig is en omvat het hele leven. Dit betekent ook dat een cliënt meer is dan zijn diagnose: het gaat om zijn of haar hele levensverhaal.

“Ik wil mijn naasten een stem geven.” (ervaringsdeskundige).

P4

P6

- Er is altijd een cirkel van vertrouwde mensen om de cliënt aanwezig. De mensen in deze cirkel (naasten, professionals) kunnen voor lange of kortere tijd bij iemand betrokken zijn. Belangrijk is dat er altijd een aantal vertrouwde gezichten om iemand heen blijft. Dat betekent voor professionals dat zij betrokken blijven totdat de volgende professional ‘vertrouwd’ is geworden. Het team betreft het informele netwerk van de cliënt bij de zorg en heeft oog voor het draagkracht en noodzakelijke ondersteuning van het informele netwerk.
- Om de veiligheid van de samenleving te kunnen garanderen is een passende woonvorm voor mensen uit deze doelgroep nodig. Daar ligt een belangrijke rol voor gemeenten die in deze plaatsen zullen moeten voorzien. Er wordt gezocht naar een woonvorm die past bij wat iemand nodig heeft voor stabilisatie of herstel (beschermd wonen, ‘skaeve huse’, ‘housing first’, individuele woonvorm met begeleiding, etc.)
- Als iemand onverhoopt voor enige tijd in detentie of een kliniek terechtkomt dan spant de gemeente zich in om de woning van de betrokkene zo lang mogelijk beschikbaar te houden zodat continuïteit geborgd is. Partijen overleggen hierover op regionaal niveau.

“Vertrouwenspersonen moeten dichtbij zijn en goed bereikbaar.” (ervaringsdeskundige)

Vormgeven van de zorg in samenwerking met de cliënt

Professionals geven de zorg zoveel mogelijk samen met de cliënt vorm. De cliënt is de regisseur van zijn eigen zorgproces en naasten zijn (waar mogelijk in een triade) nauw betrokken, omdat zij de cliënt goed kennen en dicht bij hem/haar staan. De cliënt, naasten en professionals gaan samen aan de slag. Zij maken een persoonlijk trajectplan voor de zorg op alle levensgebieden. Daarin werken ze samen aan zorg die past: zorg op maat, volgens het zo-zo-zo principe. Dat betekent onder meer dat de professional de benodigde zorg snel en flexibel organiseert en kan intensiveren wanneer dat nodig is om crisis te voorkomen.

P4

De cliënt heeft vanuit het levensloopteam casemanager, die contacten onderhoudt met betrokkenen.

P6

“Ik wil graag eerlijke en prettige mensen om me heen op vaste basis. Dus niet elke maand een ander (nieuwe regievoerder/hoofdbehandelaar).” (ervaringsdeskundige)

Procesbewaking op de continuïteit van zorg

Een cliënt in de levensloopteam kan zich ‘overall’ bevinden. Dat betekent dat het noodzakelijk is dat er procesbewaking door de casemanager in afstemming met verschillende betrokken partijen.

Binnen de levenslooppfuntie vindt binnen de juridische kaders¹⁷ zorgvuldige uitwisseling van informatie plaats tussen de betrokken hulpverleners.

Monitoring en signalering van risicovol gedrag

Binnen de geboden zorg is zowel oog voor de risico's in het gedrag als voor de zorg op alle levensgebieden van de betrokkene. Er wordt gebruik gemaakt van risicotaxatie-instrumenten. Op basis van signalen over risicofactoren wordt de zorg geïntensiveerd als dat nodig is. Als een cliënt geen zorg ontvangt dan wordt op een andere manier nabijheid georganiseerd zodat de risico's op tijd gesignaleerd worden.

“Ik zou het fijn vinden als ik in de loop van traject de mogelijkheid heb om een time-out (Bed Op Recept) te vragen, indien ik dat noodzakelijk acht (en dan zit ik niet te wachten op overdreven zware beveiliging). Kortom: vroegsignalering van persoon zelf zeer serieus nemen.” (ervaringsdeskundige)

Het monitoren en signaleren van risicofactoren is een taak van het levensloopteam. Als er sprake is van een strafrechtelijke titel, hebben zowel de aanbieder als de reclassering een rol in het levensloopteam in verband met de resocialisatie en toezicht. Toezicht van de reclassering bestaat dan uit het signaleren van dreigend gevaarrisico. Daarnaast wordt een cliënt gestimuleerd en gemotiveerd om zich aan de voorwaarden te houden. Hij/zij wordt begeleid bij de aanpak van die factoren die bijdragen aan het plegen van delicten.

Opschaling van zorg binnen de levenslooppfuntie

Het kan zijn dat iemand gedurende een korte of langere periode meer zorg nodig heeft dan geboden kan worden in de ambulante setting van het levensloopteam, ook na inzet van IHT of andere vormen van intensieve ambulante zorg. In dat geval beoordeelt de professional samen met de cliënt en zijn naasten welke volgende stap noodzakelijk is: zo licht als het kan en zwaar als het moet. De invulling en vormgeving van nabijheid is afhankelijk van wat er nodig, soms is dat frequentie van ambulante hulp ophogen en soms is dat omgeving veranderen.

De aanbieder heeft afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van klinische capaciteit in de reguliere ggz of vg. Hieronder vallen ook de afspraken over de toegang tot hic, kib / liz voorzieningen in de ggz (in geval van een verstoorde behandelrelatie met de cliënt) of vic voorzieningen in de vg¹⁸.

Als een opname op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg nodig is, wordt gebruik gemaakt van de afspraken die de levenslooptaanbieder hierover heeft gemaakt.

Wettelijke kaders voor de levenslooppfuntie

Cliënten in de levenslooppfuntie kunnen vrijwillig deelnemen op basis van informed consent. Als er sprake is van dwang of drang dan kunnen verschillende juridische kaders van toepassing zijn. Onderstaand schema geeft een overzicht van de kaders. Bij de toepassing van onderstaande gelden de bestaande voorzieningen voor rechtshulp en rechtsbescherming.

¹⁷ Zie achtergronddocumenten

¹⁸ Zie lijst met afkortingen op de laatste pagina

Als er geen sprake is van dwang dan geldt voor een deel van deze doelgroep dat zij moeilijk te motiveren zijn om mee te werken aan behandeling. Dat vraagt om een intensieve aanpak waarin bemoeizorg en verleiding noodzakelijk zijn. Hier valt onder andere te denken aan woonzorgcontracten en andere bijzondere voorwaarden in de levering van ondersteuning.

Wanneer de Wvvgz van kracht wordt, kan voor cliënten gedwongen behandeling binnen de levensloopfunctie mogelijk zijn indien dit als verplichte zorg in de zorgmachtiging is opgenomen. Ook voor cliënten die onder de Wzd vallen zal gedwongen zorg vanuit de levensloopfunctie mogelijk zijn, in dat geval als onvrijwillige zorg, op basis van het zorgplan.

Kader	Mogelijkheden voor gedwongen zorg in de levensloopfunctie
Vrijwillig op basis van informed consent	<ul style="list-style-type: none"> — Bemoeizorg (verleiding/drang) — Vrijwillige deelname aan de levensloopfunctie — Alle zorg op grond van informed consent (art. 7:450 BW)
Strafrechtelijke titel	<ul style="list-style-type: none"> — Forensische zorg, klinisch, ambulante of zorg tijdens detentie. — Forensisch toezicht, reclasseringstoezicht — Indien voorwaardelijk: op basis van toestemming — Gedwongen zorg alleen volgens criteria Bvt/Rvt of Wet Bopz, afhankelijk van maatregel Sr. — Overige zorg op basis van informed consent (art. 7:450 BW)
Rechterlijke machtiging of IBS volgens de Wet Bopz (straks Wvvgz en Wzd)	<ul style="list-style-type: none"> — Klinische behandeling of 24-uurs zorg: gedwongen zorg alleen op grond van regels en criteria van de Wet Bopz. Overige zorg op grond van informed consent (art. 7:450 BW). Vanaf 1-1-2020 kan dit ook op basis van een zorgmachtiging onder de Wvvgz. — Ambulante behandeling gedurende een voorwaardelijk ontslag: met toestemming — Ambulante behandeling onder voorwaardelijke machtiging: met toestemming — Voorwaardelijke machtiging voor cliënten jonger dan 23 na ingang van de Wet Zorg & Dwang¹⁹.

Ook voor wat betreft informatie-uitwisseling is het juridisch kader waaronder iemand deelneemt bepalend. In de achtergronddocumenten is een nadere uitwerking van informatie-uitwisseling en rechtspositie.

¹⁹ Nb. de WzD geeft zorgverleners niet de mogelijkheid om een woning van een cliënt tegen diens wil te betreden en toepassing van ambulante onvrijwillige zorg af te dwingen

4.3 De zorg op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg

Deze paragraaf is een nadere uitwerking van de kenmerken van de zorg vanuit het perspectief van cliënten en hun naasten.

De zorg op een afdeling

- P1 – Medewerkers creëren een zorgzaam behandelklimaat of agogisch klimaat, waar crisisinterventie (wanneer nodig) en stabilisatie plaatsvindt.
- De werkwijze is herstel- en ontwikkelgericht: cliënten werken in hun eigen tempo aan ontwikkeling of herstel, er is ruimte voor een uniek, persoonlijk proces.
- P2 – De cliënt is meer dan zijn diagnose; medewerkers hebben aandacht voor het hele levensverhaal/narratief en zien de hele mens.
- De cliënt is zoveel mogelijk regisseur van zijn eigen zorgproces.
- De cliënt heeft één casemanager, die contacten onderhoudt met betrokkenen buiten de kliniek. Hij betreft het hele systeem van de cliënt, in verband met de terugkeer van de cliënt in dat systeem en het voorkomen van risico's.
- P4 – De casemanager zorgt voor goede informatieoverdracht naar andere professionals.
- De afdeling zet ervaringsdeskundigen in.
- P5 – Medewerkers wisselen actief expertise uit over de problematiek van hun cliënten, zodat zij van elkaars ervaringen leren.
- Voor de opname op de afdeling, of anders zo snel mogelijk daarna, maakt de cliënt samen met de professionals een plan dat is gericht op stabilisatie, ontwikkeling en herstel. Dit plan bouwt voort op het behandelplan uit de levensloopfunctie (als daar sprake van is).
- Tijdens de opname wordt een risicotaxatie uitgevoerd, mocht deze nog niet gedaan zijn en vindt continu screening plaats op risicogedrag.

P3

P6

P8

“Ik zou me niet overheerst, overweldigd, opgesloten of ingesloten willen voelen.”
(ervaringsdeskundige)

Continuïteit van zorg in de keten

- Er vindt zorgvuldige, warme overdracht plaats als iemand wordt doorgeplaatst naar een volgende afdeling of in ambulante setting zorg ontvangt. Van een warme overdracht is sprake als er een zorgvuldige, tijdige en juiste overdracht tussen professionals plaatsvindt en er goed contact is tussen de cliënt en zijn nieuwe behandelaar of begeleider.
- De aanbieder van de levensloopfunctie blijft ook tijdens de opname op een 24-uurs voorziening regie voeren over het daarop volgende ambulante traject. De behandelverantwoordelijke op de afdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft daarom nauw contact met de casemanager uit het levensloopteam. Hij is daarnaast beschikbaar voor consultatie door de zorgaanbieder waar mensen na afloop van hun verblijf naartoe gaan.

“Naast de levensloopfunctie zou de nadruk in de ketenveldnorm moeten liggen op het intensiveren van zorg en toezicht met behulp van intermediaire faciliteiten om escalaties en crisissen te voorkomen; beschermen gebeurt door mensen, beveiligen kan met stenen.” (Cliëntvertegenwoordiger)

Wettelijke kaders op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg

- Op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg hebben cliënten in het algemeen een rechterlijke machtiging²⁰. De afdeling is daar ook op ingericht. Plaatsing van cliënten met een (voorwaardelijke) straf of een strafrechtelijke maatregel²¹ is mogelijk. Vrijwillige plaatsing is zeer 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.
- De zorg van een cliënt wordt beschreven in het zorg- of behandelplan waarmee deze of zijn wettelijk vertegenwoordiger heeft ingestemd.
- Op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg geldt dezelfde wet- en regelgeving als in de reguliere ggz en vg. Dat geldt onder andere voor de regels van de Wgbo, Wet Bopz (vanaf 1-1-2020 Wvvggz en Wzd) en het toetsingskader dwang van de IGJ²². Dat maakt dat op deze afdelingen terughoudend wordt omgegaan met de inzet van dwangmiddelen en het aantal separaties en afzonderingen zo goed mogelijk worden voorkomen en waar mogelijk teruggedrongen. De inzet van ervaringsdeskundigen op de afdeling volgt ook uit dit toetsingskader. In geval van tijdelijke plaatsing in een fpc is de rechter gehouden om in de Wvvggz zorgmachtiging de beheersbevoegdheden van de Bvt van overeenkomstige toepassing te laten zijn.

²⁰ Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

²¹ Zie onder andere WvSv, Wsr, Pbw, Pm, Bvt

²² IGJ, "Toetsingskader Terugdringen separeren en afzonderen 2016", maart 2016

5 Organisatie van de zorg

5.1 Hoe is de levensloopfunctie georganiseerd?

In elke regio is er één aanbieder die de levensloopfunctie organiseert in nauwe samenwerking met andere aanbieders vanuit de ggz, de lvg, de verslavingszorg, de forensische zorg en het sociaal domein. Om de hele zorgketen sluitend te organiseren, is enige omvang in volume nodig. De inschatting is dat een regio een omvang heeft van ca 1,6 miljoen inwoners en omvat één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen. Nadere afstemming op geografische omvang van de regio is ook van belang. De levensloopaanbieder geeft de levensloopfunctie vorm in een levensloopteam.

Het levensloopteam

- De zorg wordt verleend door een multidisciplinair levensloopteam bestaande uit tenminste een psychiater, een psycholoog/orthopedagoog, verpleegkundigen (hieronder vallen o.a. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz) en ervaringsdeskundige(n). Expertise van de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en verslavingsarts is op consultatiebasis beschikbaar.
- Er is tenminste één team per regio dat de levensloopfunctie vervult. Het biedt voordelen om, zeker in de opbouwfase, de expertise van de levensloopfunctie toe te voegen aan een forensisch FACT team.
- De organisatie van zorg op alle leefgebieden is vormgegeven volgens de forensisch FACT methodiek met elementen van IHT en FACT lvb.
- Vanuit de forensische FACT methodiek werkt het levensloopteam met naasten, familie en ervaringsdeskundigen.
- Daar waar ook toezicht door de reclassering is voor een cliënt wordt tussen de casemanager uit het levensloopteam van de cliënt en de reclassering afgestemd. De reclassering brengt kennis over dwang en drangtrajecten in en toezichtexpertise als iemand tijdens de levensloopfunctie ook onder toezicht staat van de reclassering.
- Een nadere berekening van de caseload voor de levensloopfunctie moet uitgewerkt worden in de implementatiefase. Verwacht wordt dat een caseload van 12 tot 15

P5

cliënten per fte een realistische schatting is voor de forensisch FACT teams. Voor de lvb groep moet nog een inschatting worden gemaakt.²³

P7

- Binnen het levensloopteam zijn alle professionals globaal bekend met de casussen waar dit team verantwoordelijk voor is. Over, of van de casussen waar zij direct bij betrokken zijn hebben zij diepere kennis.
- Vanuit het levensloopteam is er één casemanager²⁴ die voor een langere periode het directe en vertrouwde aanspreekpunt is voor cliënt en naasten.
- De teamleden kennen elkaar en streven ernaar een langdurige samenwerking aan te gaan, waarbij de teamleden weten wat zij van elkaar kunnen verwachten en kennis en expertise met elkaar uitwisselen.
- De casemanager draagt zorg voor de verbinding tussen alle levensdomeinen en zorgt voor beschikbaarheid van informatie voor alle betrokkenen.
- Zorg vindt plaats binnen het team of elders onder de gemandateerde verantwoordelijkheid van de aanbieder.

P8

De levensloopaanbieder

Voor de inrichting van de levensloofunctie is het van belang dat er zowel een duidelijke lijn is in de verantwoordelijkheden rondom de zorg aan een cliënt in de levensloofunctie als dekkende regionale afspraken over de organisatie en financiering van die zorg. Vanuit die gedachte worden de volgende afspraken gemaakt:

P9

- Een levensloopaanbieder is in een regio verantwoordelijk voor de inrichting van het levensloopteam waarin continuïteit geborgd is. De levensloopaanbieder organiseert passende zorg op alle levensgebieden en draagt verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan.
- De levensloopaanbieder stemt in de regio af over de beschikbaarheid van verschillende vormen van zorg. Bijvoorbeeld lichtere vormen van opvang wanneer iemand tijdelijk niet meer alleen kan wonen.
- De levensloopaanbieder heeft samenwerkingsafspraken over de toegang tot zorg in de algemene ggz en voorziening voor (sg)lvg, beschermd wonen en het wonen in de vg sector. Hieronder vallen opname- en terugnamegarantie, warme overdracht, uitwisseling van expertise etc.
- De levensloopaanbieder maakt dekkende afspraken met een aanbieder van beveiligde intensieve zorg over samenwerking, doorplaatsing en terugname. Aanbieders voor de levensloofunctie geven een terugplaatsingsgarantie bij plaatsing van een cliënt op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg.
- Voor de inrichting van de levensloofunctie gaan we uit van het werkgebied van circa 1,6 miljoen inwoners en bestrijkt één of meerdere Zorg- en Veiligheidshuizen (een en ander afgestemd op de geografische omvang en samenwerkingsverbanden). Gezien de gewenste omvang van het levensloopteam kan er in enkele regio's voor gekozen worden om een levensloopteam over verschillende regio's heen te organiseren.
- De aanbieder van de levensloofunctie is vanuit zijn verantwoordelijkheid verplicht om de organisatie van de zorg aan de cliënten in de levensloofunctie zo vorm te

²³ Een eerste ruwe schatting laat zien dat het in de ggz totaal om € 10-20 miljoen aan aanspraak vanuit de Zvw gaat. Landelijke schatting van 20 teams met een uitbreiding van 5 FTE per team voor de levenslooptaak (20 x 0,5 miljoen).

²⁴ De verantwoordelijkheden binnen het levensloopteam zijn vastgelegd in het kwaliteitsstatuut voor de ggz en in het kwaliteitskader voor de vg aanbieders.

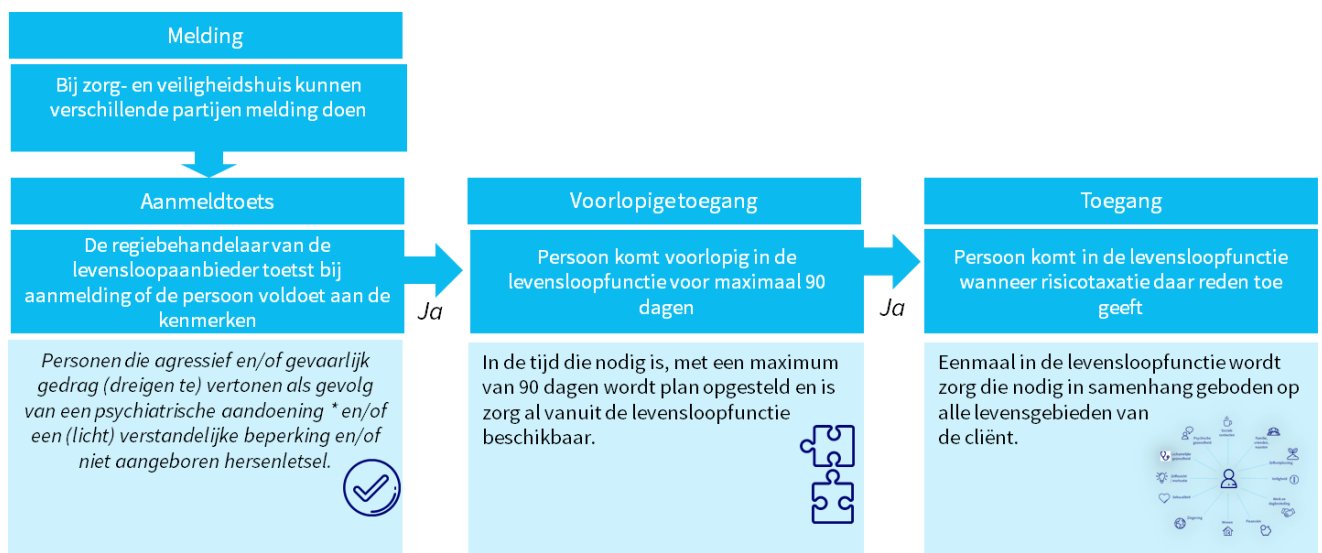
geven dat risico's, die aanleiding waren voor de aanmelding, zoveel mogelijk beperkt worden voor de cliënt zelf, zijn omgeving en de samenleving.

- De levensloopaanbieder kan bestaan uit een samenwerkingsverband van verschillende partijen of uit een aanbieder die fungeert als hoofdaannemer met onderaannemers. In de regio stemt men af of de professionals in dienst zijn bij een aanbieder van de levensloopfunctie of bij de moederorganisaties.
- De bestuurder van de levensloopaanbieder heeft de eindverantwoordelijkheid over het zorgbeleid en mandateert professionals voor alle individuele trajecten, in alle fases van de zorg.
- De levensloopaanbieder heeft expertise in de ambulante forensische zorg (ggz en/of vg) en beschikt, via de afspraken in het regionale overleg, over een regionaal dekkend netwerk van (maatwerk-) voorzieningen in het sociaal domein, participatiedomein en woonvoorzieningen.
- Wanneer de levensloopaanbieder de benodigde zorg zelf niet kan bieden, organiseert hij onder zijn verantwoordelijkheid deze zorg via anderen.
- De levensloopaanbieder voorziet in een 'consultatie en advies' functie voor professionals in de regio. Deze kunnen hun vragen hier stellen en advies krijgen over het zorgtraject. Deze expertise is beschikbaar voor alle ketenpartners.
- Op landelijk niveau worden afspraken gemaakt over de samenwerking tussen regionale aanbieders als cliënten van de ene naar de andere regio verhuizen.

Hoe is de toegang en uitstroom van de levensloopfunctie georganiseerd?

Aanmelding voor de levensloopfunctie vindt plaats bij de levensloopaanbieder. De toegang tot de levensloopfunctie is een afweging van professionals. Zij hebben in die afweging overleg met de cliënt en zijn naasten (triade). Cliënten voor de levensloopfunctie zijn voor het grootste deel al bekend bij de ggz, vg of bij justitie/ en reclassering. Een deel van hen is al in zorg, staat ergens op een wachtlijst of weigert hulp. Het dilemma is dat er vaak op deelaspecten zorg geboden wordt en een integrale aanpak ontbreekt.

Toegang vindt plaats in vier stappen volgens onderstaand schema.



- **Aanmelding** voor de levensloopfunctie kan zowel door professionals als cliënten, naasten en andere betrokkenen plaatsvinden. Elke levensloopaanbieder richt

daartoe een aanmeldpunt in. Na aanmelding voert een professional van de levensloopaanbieder een eerste **aanmeldtoets** uit of deze cliënt in aanmerking komt voor de levensloopfunctie op basis van de criteria voor de doelgroep.

- Als iemand voorlopig is toegelaten tot de levensloopfunctie worden in maximaal 90 dagen afspraken gemaakt over de inrichting van de zorg op basis van de behoefte van de cliënt. In deze periode van **voorlopige toegang** gaat het levensloopteam al aan de slag.
 - In deze periode ontvangt de persoon de zorg die nodig is voor stabilisatie of die randvoorwaardelijk is voor een zorgvuldig traject (ambulant of klinisch). Daaronder vallen ook voorzieningen in het sociaal domein.
 - Financiers garanderen toegang tot- en financiering van zorg in deze periode. Om ervoor te zorgen dat de cliënt zorg ontvangt die nodig is (ook al is de verwijzing, de indicatie of de beschikking nog niet rond), geldt dat hij in ieder geval de eerste 90 dagen na aanmelding zorg ontvangt onder de paraplu van de levensloopfunctie. Partijen maken daar regionaal afspraken over. In de 90 dagen periode regelt de levensloopaanbieder verwijzingen, indicaties en beschikkingen in overleg met financiers.
 - De levensloopaanbieder voert een risicotaxatie uit om in beeld te brengen of er bij de cliënt sprake is van (een risico op) gevaarlijk gedrag. De risicotaxatie wordt gebruikt om een onderbouwd oordeel te kunnen geven over deelname aan de levensloopfunctie.
- Op basis van de risicotaxatie wordt met iedere cliënt in de levensloopfunctie een plan opgesteld, zoveel mogelijk in samenwerking met het netwerk van de cliënt. Dit plan bevat de maatwerkafspraken om te werken aan stabilisatie en/of herstel en beschrijft wat er nodig is op de verschillende levensgebieden. Het plan bevat afspraken over het gehele traject van de cliënt, of hij /zij nu ambulante zorg ontvangt of opgenomen is. Dat betekent dat voor het opstellen van het plan nauwe samenspraak tussen verschillende hulpverleners nodig is. Voor een deel van de cliënten is dit een voortzetting van de zorg zoals dat door de (forensische) zorgaanbieder werd geboden. De cliënt maakt, op vrijwillige basis en eventueel met ondersteuning, een hulpkaart. Hierin geeft hij aan hoe een crisis bij hem er uit ziet en wat professionals kunnen doen als hij of zij zich in een crisis bevindt. Als de cliënt geen hulpkaart wil maken is dat de keuze van de cliënt.
- Op basis van de risicotaxatie neemt de levensloopaanbieder een besluit over opname van de cliënt in de levensloopfunctie. Na toegang wordt vanuit de levensloopfunctie zorg in samenhang ingezet, voor zover dat nog niet aan de orde was in de voorlopige toegang.

Een cliënt in de levensloopfunctie stroomt uit wanneer, in goed overleg met cliënt en zijn naasten (triade) geconstateerd wordt dat:

- hij of zij minimaal 2 jaar stabiel is op het gevaarscriterium²⁵;
- er voldoende garanties zijn dat de protectieve factoren duurzaam geborgd zijn²⁶;
- het risico op gevaarlijk gedrag richting anderen aanzienlijk verlaagd is of verdwenen, blijkend uit een risicotaxatie.

²⁵ Voor wat onder het gevaarscriterium wordt verstaan, wordt verwezen naar de literatuur voor forensische zorg.

²⁶ Hier is (nog?) geen meetinstrument voor

Er is altijd een mogelijkheid voor de cliënt om weer terug te kunnen vallen op de levensloopaanbieder. Na afloop vindt een warme overdracht plaats aan vervolgvorzieningen (als daar sprake van is).

Financiering van de levenslooppuntie

De zorg aan 18+ cliënten in de levenslooppuntie wordt gefinancierd vanuit bestaande regelgeving (Zvw, Wlz, Wfz en Wmo). Op hoofdlijnen is de financiering van de componenten²⁷ van de levenslooppuntie als volgt:

- Behandeling – vanuit Zvw, Wlz of Wfz indien er een strafrechtelijke titel is
- Regie op levensgebieden – vanuit Zvw of Wlz
- Begeleiding – vanuit Wlz en Wmo
- Bemoeizorg – vanuit de Wmo
- Ondersteuning van mantelzorgers – vanuit de Wmo
- Beschermd Wonen – vanuit de Wmo
- Monitoring en signalering – vanuit Wfz als sprake is van een strafrechtelijke titel, Wmo vanuit sociaal domein, Zvw en Wlz
- Werk en inkomen – vanuit de Participatiewet

Over de financiering van de levenslooppuntie moeten afspraken gemaakt worden. Het is nodig dat:

- financiers (zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten en DJI) gezamenlijk afstemmen over de financiering van de levenslooppuntie. Het is vooral belangrijk dat zij samen afspraken maken over de financiering van de kosten over de eerste 90 dagen²⁸ waarin iemand onder de levenslooppuntie valt en zorg direct beschikbaar moet zijn.
- Financiers met de levensloopaanbieder afspraken maken over financiering van een consultatie- en adviesfunctie.
- Financiers afspraken maken over mogelijkheden voor snelle hulpverlening
- Gemeenten zoveel mogelijk afspraken maken over de compensatie van het wettelijk eigen risico onder de Zvw voor de groep cliënten waar zij een collectieve zorgverzekering voor hebben afgesloten, om de drempel voor behandeling zo laag mogelijk te houden.
- Met gemeenten en andere partners afspraken worden gemaakt over de borging van continuïteit in de zorg en o.a. woning en inkomensvoorzieningen bij detentie of langdurige klinische opname.

Regionale samenwerking in de levenslooppuntie

- In het regionale overleg of in het Zorg- en Veiligheidshuisoverleg wordt de inrichting van de levenslooppuntie besproken in de regio. De financiers nemen samen een besluit over de organisatie van de levenslooppuntie op basis van een voorstel van regionale aanbieders. In het voorstel is de samenhang in de keten variërend van de ambulante zorg tot en met het zwaardere niveau van de beveiligde intensieve zorg voor de doelgroep opgenomen.
- In de regionale samenwerking hebben in ieder geval de volgende partners een rol:

²⁷ Zie voor uitwerking van de financiering van de beoordelingsfunctie het voorbeeld: <https://vng.nl/files/vng/publicaties/2018/20180212-pmvg-handreiking-beoordelingsfunctie.pdf>

²⁸ Zie ook de ruimere verwijsmogelijkheden binnen de Zvw; Ministerie van VWS, "Afspraken verwijzing Geestelijke gezondheidszorg", april 2017

Aanbieders van zorg op alle levensgebieden (deels binnen en deels buiten de levensloopaanbieder)	<ul style="list-style-type: none"> — Forensische en reguliere ggz/verslavingszorg — Forensische en reguliere lvb aanbieders — BW aanbieders en maatschappelijke opvang — Zorgaanbieders voor begeleiding en dagbesteding
Financiers	<ul style="list-style-type: none"> — Zorgverzekeraars — Zorgkantoren — Gemeenten — Justitie
Veiligheidspartners	<ul style="list-style-type: none"> — Openbaar Ministerie — Politie — Dienst Justitiële Inrichtingen — Reclassering (inclusief verslavingsreclassering) — Zorg- en Veiligheidshuis
Andere partners in de regio	<ul style="list-style-type: none"> — Woningcorporaties — Voorzieningen voor werk en inkomen — Schuldhulpverlening — GGD — Cliënt- en familieorganisaties

5.2 Hoe is de beveiligde intensieve zorg georganiseerd?

De afdeling²⁹ voor beveiligde intensieve zorg

De afdeling voor beveiligde intensieve zorg voldoet aan de volgende eisen:

- Er wordt een professionele afweging gemaakt, op basis van de noodzakelijke intensiteit van zorg en mate van fysieke beveiliging, of plaatsing op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg met een beveiligingsniveau 2 hoog of 3³⁰ (fpa/fva of fpk/fvk) noodzakelijk is. Of in incidentele situaties beveiligingsniveau 4 (fpc). Of dat plaatsing op bijvoorbeeld een (f)hlc afdeling kan. Datzelfde geldt voor een plaatsing op een afdeling voor (sg)lvg. Er is in iedere regio een variatie aan intensieve beveiligde zorg beschikbaar.
- De zorg op een afdeling waar beveiligde intensieve zorg wordt gegeven kent naast de materiële beveiligingscomponent een hoge zorgintensiteit (variërend in e, f en g bedden in de Zvw en zzp 7db (sglvg+) in de Wlz)³¹ met de daartoe behorende VOV-bezetting met forensische expertise.
- Een afdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft een minimale omvang voor opname en voor behandeling om kwalitatief goede en veilige zorg te kunnen bieden en de processen doelmatig in te kunnen richten (zie ook paragraaf 5.2).
- De zorg wordt verleend door een multidisciplinair team bestaande uit tenminste een psychiater, een psycholoog/orthopedagoog, verpleegkundigen (hieronder vallen o.a. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten ggz) en

²⁹ Een afdeling kan uit meerdere settings (zorgzwaartes) / units bestaan.

³⁰ NZa, "Tariefbeschikking gespecialiseerde ggz – TB/REG-18606-01"

³¹ NZa regelgeving

ervaringsdeskundige(n). Expertise van een verslavingsarts en een Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is op consultatiebasis beschikbaar.

- Op (sg)lvg afdelingen is een Arts Verstandelijk Gehandicapten werkzaam en op verslavingsafdelingen is een arts verslavingszorg werkzaam. Er wordt voorzien in intervisie en supervisie van de medewerkers. Daarnaast is er continue scholing voor medewerkers. Hierin wordt onder meer aandacht besteed aan:
 - Herstelgericht of ontwikkelingsgericht werken (kwaliteit van leven en versterking van vitaliteit en zingeving)
 - De-escalierend werken
 - Omgaan met agressief gedrag
 - Gedragsinterventies
 - Retrospectieve- en prospectieve incidentanalyse
 - Risicotaxatie en risicomangement
 - Monitoring en vroegtijdige signalering.
- Om beschikbaarheid voor de het op- en afschalen in de levensloofunctie te kunnen garanderen committeren aanbieders en financiers zich aan één of twee lege plekken per afdeling of een aantal lege plekken per regio.
- Een eerste inventarisatie door AEF van de huidige omvang van beveiligde intensieve zorg op de forensische afdelingen laat zien dat op dit moment ongeveer 400 - 450 plaatsen beschikbaar zijn op fpa's/fva's, fpk's/fvk's en afdelingen (sg)lvg die betaald worden vanuit Zvw/Wlz. Dezelfde uitvraag onder instellingen laat zien dat zij een uitbreiding van ongeveer 150 - 170 plaatsen noodzakelijk achten om in te kunnen springen op de behoefte die zij zien aan beveiligde intensieve zorg in hun regio. Dat betreft een extra budget van € 32 tot 36 miljoen. Ten aanzien van het aantal plekken is op basis van prevalentieonderzoek te stellen dat ongeveer 30% tot 40% van deze plekken beschikbaar moet zijn voor cliënten met een (licht) verstandelijke beperking.

Een aanbieder van beveiligde intensieve zorg

Een aanbieder van beveiligde intensieve zorg voldoet aan de volgende eisen:

- De aanbieder die deze zorg aanbiedt beschikt over contractuele afspraken met financiers voor het verlenen van zorg met forensische expertise (ambulant en/of 24-uurszorg) en voor reguliere ggz / vg zorg. De aanbieder zorgt voor aanwezigheid van forensische expertise³² in het behandelteam en het VOV team op de afdeling.
- De aanbieders van de beveiligde intensieve zorg maken dekkende afspraken met de aanbieders van de levensloofunctie (of aanbieders van andere klinische voorzieningen) over samenwerking, doorplaatsing en terugname. De aanbieder biedt een opnamegarantie aan de bij hem aangesloten levensloofregio's voor (kortdurende) opnames. Daarvoor heeft de afdeling altijd enkele lege bedden. Aanbieders voor de levensloofunctie geven een terugplaatsingsgarantie.
- Aanbieders van de levensloofunctie en beveiligde intensieve zorg zoeken met hun financiers in de Zorg- en Veiligheidsregio overeenstemming over de noodzakelijke capaciteit op het niveau van de regio. Deze inventarisatie vormt de basis voor het gesprek met de inkoopende financiers. Het kan zijn dat in een regio geen afdeling voor beveiligde intensieve zorg aanwezig is. In dat geval worden afspraken gemaakt op bovenregionaal of landelijk niveau.

³² Zie werkboek FHIC

- De aanbieder voorziet in een ‘consultatie en advies’ functie voor professionals die als casemanager uit het levensloopteam bij hun tijdelijk opgenomen cliënten betrokken zijn.

Hoe is de toegang en uitstroom van een afdeling voor beveiligde intensieve zorg georganiseerd

- De toegang tot- en de uitstroom uit een afdeling voor beveiligde intensieve zorg is een professionele afweging waar bestaande procedures voor gelden (RM³³, financiering³⁴, indicatiestelling³⁵, plaatsing).
- Specifiek voor beveiligde intensieve zorg geldt een aantal aanvullende criteria waarmee iemand tijdelijk³⁶ opgenomen kan worden op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg:
 - mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu en fysieke beveiliging;
 - er is in beginsel sprake van een rechterlijke machtiging.

Financiering van beveiligde intensieve zorg

De zorg en het verblijf op de afdeling voor beveiligde intensieve zorg wordt gefinancierd vanuit bestaande regelgeving (Zvw, Wlz of Wfz).

Om deze zorg inzichtelijk en betaalbaar te maken wordt door de NZa een prestatie ‘beveiligde intensieve zorg’ ontwikkeld.

Regionale samenwerking in de beveiligde intensieve zorg

- In het regionale overleg of in het Zorg- en Veiligheidshuisoverleg wordt de op- en afschaalmogelijkheid van de beveiligde intensieve zorg en de samenhang met de ambulante levenslooppfuntie besproken.
- De financiers nemen samen een besluit over de organisatie van de beveiligde intensieve zorg op basis van een voorstel van regionale aanbieders. In het voorstel is de samenhang van de ambulante zorg met de beveiligde intensieve zorg voor de doelgroep opgenomen.

³³ Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

³⁴ Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg

³⁵ Via het Centrum Indicatiestelling Zorg i.g.v. de Wlz, via een arts voor de Zvw, gebruikmaken van de indicatiecriteria van het NIFP

³⁶ Als een andere zorgaanbieder om een tijdelijke plaatsing op de beveiligde intensieve afdeling vraagt, dan moet deze tevens een terugplaatsingsgarantie geven.

6 Kwaliteitsindicatoren

6.1 Kwaliteitsindicatoren voor de levensloopfunctie

De kwaliteit van de zorg in de levensloopfunctie voldoet aan de eisen die wetgever en professionals stellen aan forensische zorg in de ggz of vg met in achtneming van de verschillende juridische contexten. Voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg maakt de aanbieder gebruik van prestatie-indicatoren.³⁷ Als er sprake is van lvb dan wordt gewerkt volgens het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Voor de levensloopfunctie gelden de volgende aanvullende kwaliteitsindicatoren:

- De levensloopfunctie wordt op het niveau van één of meer Zorg- en Veiligheidshuizen georganiseerd door een levensloopaanbieder. De zorg wordt vormgegeven in tenminste één team in elke regio van een Zorg- en Veiligheidshuis.
- De levensloopaanbieder biedt een breed palet aan zorg. Hij heeft (al dan niet met partners) tenminste ook de toegang tot bijvoorbeeld een hic, fpa, fpk, in uitzonderlijke gevallen het fpc, algemene ggz, (sg)lvg, forensisch / lvb FACT en beschermd wonen. Hij heeft verbinding met instellingen uit het brede sociale domein.
- Zorg en regie worden ingevuld volgens de werkwijzen van de forensisch FACT methodiek uit de vg / ggz³⁸ en IHT³⁹.
- De levensloopaanbieder maakt duidelijk op welke wijze de behoeften van de cliënt en zijn naasten mede bepalend zijn voor de zorg.
- Ook als er sprake is van detentie, verblijf in opvang of 24-uurs voorzieningen, wordt de zorg waar mogelijk vanuit het levensloopteam vorm gegeven.
- De levensloopaanbieder biedt een consultatie- en adviesfunctie.
- De levensloopaanbieder garandeert met haar partners directe toegang tot zorg.
- De bestuurder van de levensloopaanbieder heeft de eindverantwoordelijkheid over het zorgbeleid en mandateert professionals voor alle individuele trajecten, in alle fases van de zorg.
- De levensloopaanbieder maakt afspraken met een voorziening voor beveiligde intensieve zorg over plaatsing en terugplaatsing.

³⁷ IGJ i.o., "Basis set veiligheidsindicatoren geestelijke gezondheidszorg verslagjaar 2017", december 2017

³⁸ Van Veldhuizen et al, "Handboek FACT", 2008

³⁹ E. Prinsen et al, "Handboek IHT", Tijdstroom, 2016

6.2 Kwaliteitsindicatoren voor de beveiligde intensieve zorg

De kwaliteit van de beveiligde intensieve zorg voldoet aan de eisen die wetgever en professionals stellen aan forensische zorg in de ggz of vg met in achtname van het verschil in juridische context.

Voor het inzichtelijk maken van de kwaliteit van zorg maakt de aanbieder gebruik van prestatie-indicatoren.⁴⁰ Als er sprake is van lvb dan wordt gewerkt volgens het kwaliteitskader gehandicaptenzorg.

Voor de beveiligde intensieve zorg gelden de volgende aanvullende kwaliteitsindicatoren:

- Het behandelklimaat (gebouw en personeel) op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg voldoet aan de kwaliteitseisen die worden gesteld aan forensische zorg op een fpa of fva (met beveiligingsniveau 2 hoog), een fpk of fvk (met beveiligingsniveau 3⁴¹) of in incidentele situaties ook aan een fpc (beveiligingsniveau 4).
- Iedere aanbieder heeft afspraken over een variatie aan intensieve beveiligde zorg, zodat op- en afschaling kan plaatsvinden.
- Het VOV personeel op een afdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft forensische expertise.
- Op een opnameafdeling voor beveiligde intensieve zorg van minimaal 8 tot 12 bedden voor opname wordt gewerkt volgens de principes van forensisch hic.
- Een behandelafdeling voor beveiligde intensieve zorg heeft in totaal minimaal 32 bedden als deze naast een bestaande klinische voorziening wordt geëxploiteerd.
- Een behandelkliniek voor beveiligde intensieve zorg heeft minimaal 48 bedden als deze als zelfstandige kliniek wordt geëxploiteerd.
- De aanbieder van de beveiligde intensieve zorg biedt een consultatie- en adviesfunctie.
- De aanbieder van de beveiligde intensieve zorg garandeert de beschikbaarheid van zorg en heeft daarover afspraken met aanbieders van de levensloopfunctie en aanbieders van andere klinische zorg.

⁴⁰ IJG, "Basisset veiligheidsindicatoren geestelijke gezondheidszorg verslagjaar 2017", december 2017

⁴¹ Zie nadere regelgeving NZa, www.nza.nl

6 Bijlagen

Bijlage 1: Inschatting capaciteit en kosten voor beveiligde intensieve zorg

Voor deze ketenveldnorm is een inschatting gemaakt van de noodzakelijke omvang van beveiligde intensieve zorg in forensische instellingen (fpa/fva en fpk/fvk). Hierbij is geen uitvraag gedaan naar de Zvw/Wlz capaciteit op fpc's, hic, vic, kib en liz afdelingen. De fpc's zijn bedoeld voor beveiligingsniveau 4 (hier is alleen in uitzonderingsituaties plaatsing nodig vanuit de Zvw/Wlz). De kib en liz afdelingen worden wel gebruikt om in de krapte van plaatsen voor beveiligde intensieve zorg cliënten op te nemen. Dit kan inhouden dat er een grotere behoefte naar beveiligde zorg is dan nu is ingeschat omdat er bij instellingen en verzekeraars de gedachte was dat de forensische voorzieningen niet voor de Zvw/Wlz bestemd waren.

De kib en liz afdelingen zijn bedoeld als escalatiemogelijkheid bij ontwrichtend gedrag na een klinische opname van zes maanden (en niet bedoeld als eerste opname afdeling). De kib, liz, hic en de vic afdelingen hebben niet een zelfde materiële beveiliging als fpa's en fpk's.

Voor de inschatting is een uitvraag uitgezet bij de aanbieders in de forensische zorg. Hen is gevraagd om per afdeling (fpa/fva of fpk/fvk) aan te geven:

- Hoeveel forensische plaatsen zij gemiddeld in 2017 hadden betaald door DForZo.
- Hoeveel plaatsen voor beveiligde intensieve zorg zij hadden in 2017 die zijn betaald door zorgverzekeraar / zorgkantoor / eventueel in onderaanneming.
- Hoeveel extra Zvw / Wlz plaatsen zij in 2017 nodig zouden hebben (bandbreedte) om de vraag naar beveiligde intensieve zorg op te kunnen vangen.

In totaal hebben we van 23 van 28 afdelingen/klinieken informatie ontvangen en verwerkt. Daarmee is 84% van de capaciteit in beeld (uitgedrukt in forensische plaatsen). Instellingen waar geen cijfers van zijn ontvangen zijn met 0 plaatsen aangemerkt in de grafiek. Indien voorhanden zijn bij een aantal van deze instellingen die niet hebben gereageerd cijfers van 2016 gebruikt. Deze instellingen staan aangeduid met een asterisk (*). Voor de instellingen zonder gegevens is een extrapolatie toegepast op basis van de capaciteit aan forensische plaatsen. In onderstaande tabel zijn de uitkomsten van de uitvraag samengevat voor fpa/fva (incl (sg)lvg) en fpk/fvk.

Tabel 1 Totale inschatting fpa (incl (sg)lvg en fva) en fpk (incl fvk)

Afdeling	# afdelingen (met gegevens / totaal)	% van totaal in forensische plaatsen	Geëxtrapoleerde # Zvw / Wlz plaatsen in 2017	Geëxtrapoleerde # extra benodigde Zvw / Wlz plaatsen
FPA (incl fva en (sg)lvg)	17 / 22	79%	360 - 400	90 - 100
FPK (incl fvk)	6 / 6	94%	50 - 60	60 - 70
Totaal	23 / 28	9%	410 - 460	150 - 170

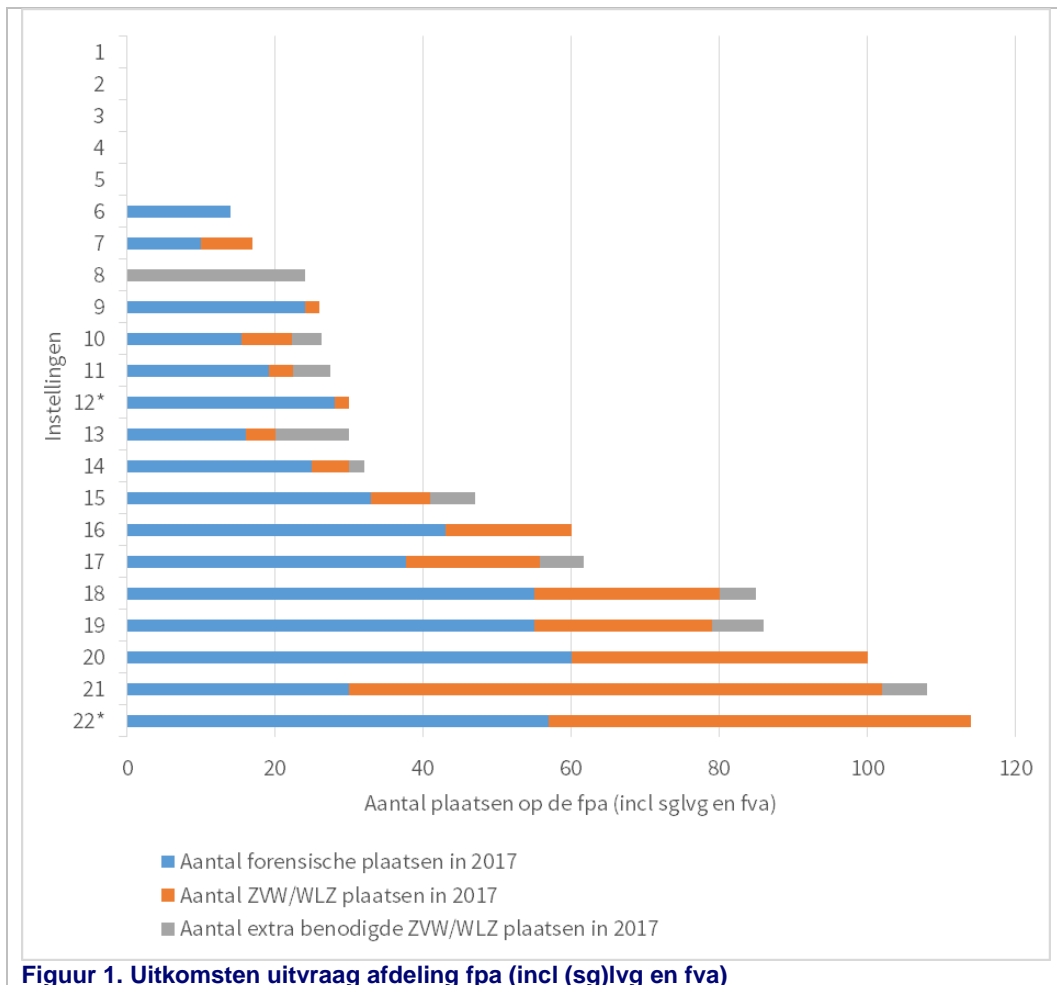
Een eerste inventarisatie van de huidige omvang van beveiligde intensieve zorg laat zien dat op dit moment ongeveer 400 - 450 plaatsen beschikbaar zijn op fpa's/fva's, fpk's/fvk's en afdelingen (sg)lvg die betaald worden vanuit Zvw / Wlz. In deze uitvraag geven vooral ggz instellingen aan dat zij een uitbreiding noodzakelijk achten om in te kunnen springen op de behoefte die zij zien aan beveiligde intensieve zorg in hun regio. Dat gaat om ongeveer 150 - 170 plaatsen. Uitgaande van een verblijfstarief niveau G

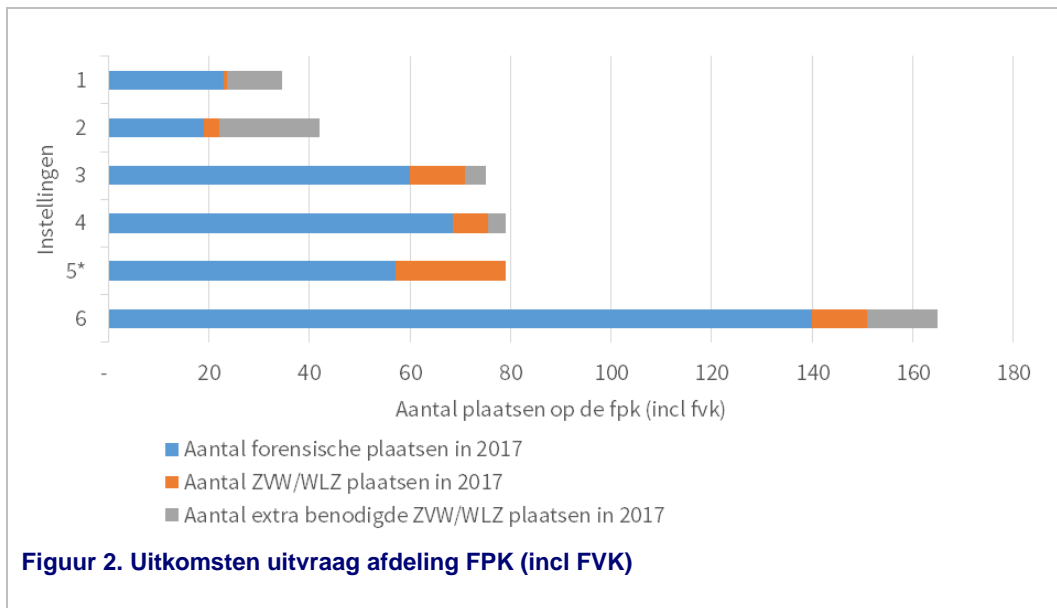
betekent een uitbreiding van 150 – 170 bedden een extra in- en verkoop onder de Zvw van € 32 tot €36 miljoen rekening houdend met 5% leegstand en een opslag voor het beveiligingsniveau.

Instellingen geven daarnaast aan dat er sterke behoefte is aan uitbreiding van de capaciteit voor beschermende intensieve zorg als vervolgvoorziening na opname op sglvg afdelingen met een hoger beveiligingsniveau.

Een eerste inschatting vanuit de VGN is dat een uitbreiding van 70 - 110 bedden voor lvb zorg noodzakelijk is naast de hierboven beschreven beveiligde intensieve bedden.

In de grafieken die volgen zijn de uitkomsten van de uitvraag per afdeling/kliniek weergegeven.





Bijlage 2: Informatiedeling binnen de levensloopfunctie

Om een goede levensloopfunctie in te kunnen richten is het van belang dat betrokken professionals op de hoogte zijn van de geschiedenis van de cliënt en van het actuele en benodigde zorgkader. Daarnaast is het belangrijk dat signalen van verschillende partners bij elkaar komen. In de regionale samenwerking maken partijen afspraken over informatiedeling.

Wanneer een professional gegevens deelt over een cliënt met een derde die direct betrokken is bij dezelfde behandelingsovereenkomst kan dit zonder toestemming gebeuren. Betrokkene kan met verschillende zorgaanbieders (partijen in de regionale samenwerking bij de levensloopfunctie) verschillende behandelovereenkomsten aangaan (b.v. met de huisarts, met de apotheek, met het ziekenhuis, met de medisch specialist, met de wijkverpleegkundige) die naast elkaar bestaan. Tussen de verschillende zorgaanbieders in deze samenwerking (partijen/ partners) kunnen gegevens alleen gedeeld worden onder een van de hieronder genoemde voorwaarden:

- uitdrukkelijke toestemming: de cliënt geeft expliciet, in woord, schrift of gedrag uitdrukking aan zijn wil om relevante delen van zijn dossier te delen met relevante derden. Nb. de betrokkene kan deze toestemming te allen tijde intrekken en wordt hierover ook geïnformeerd. De cliënt kan gemotiveerd worden om toestemming te geven voor het delen van informatie door het delen van informatie te koppelen aan bijvoorbeeld de mogelijkheden voor het organiseren van zorg en ondersteuning, bijvoorbeeld rond werk en inkomen of een woning. De toestemming dient echter altijd in vrijheid gegeven te zijn; niet onder druk van de dreiging bijvoorbeeld anders niet in aanmerking te komen voor een uitkering of woning. Dat maakt de toestemming onbruikbaar.
- De cliënt bevindt zich in een beveiligde setting. De voorwaarde om weer ambulante zorg te verlenen is bijvoorbeeld dat cliënt instemt met zorg vanuit de ambulante levensloopfunctie. Daarin moet toestemming worden gevraagd om het dossier te delen. Het stellen van deze voorwaarde dient uiteraard proportioneel te zijn. Er is geen andere (wettelijke) grond voor het delen van informatie, en het is onverantwoord zonder het delen van informatie een ambulante traject voor de cliënt in te zetten. Uiteindelijk komt het dan neer op de criteria voor een gedwongen opname in het kader van de Wet Bopz: gevaar buiten en geen vertrouwen in meewerken aan veilige behandeling ambulante (geen informed consent).
- Wettelijke grondslag: wanneer de cliënt zich bevindt in een strafrechtelijk kader of civielrechtelijk kader van de Wet Bopz is er een wettelijke grondslag om bepaalde informatie met bepaalde actoren te delen. Per informatiedeling dient een specifieke wettelijke grondslag aangewezen te kunnen worden.
- Conflict van plichten: professionals zien zich genoodzaakt om relevante delen van het dossier van de cliënt te delen met een relevante derde, op basis van een 'conflict van plichten'. De beslissing op grond hiervan het beroepsgeheim te doorbreken moet voldoen aan alle volgende criteria:
 - *Toestemmingsvereiste*: alles is in het werk gesteld om *toestemming* van de patiënt tot doorbreking van het geheim te verkrijgen
 - *Schadevereiste*: het niet doorbreken levert naar alle waarschijnlijkheid ernstige schade op (voor een ander dan de betrokkene, of voor de betrokkene zelf);
 - *Gewetensnood*: de zwijgplichtige verkeert in *gewetensnood* door het handhaven van de zwijgplicht

- *Subsidiariteit*: er is geen andere weg dan doorbreken van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen
- *Doelmatigheid*: het moet vrijwel zeker zijn dat door de geheimdoorbreking de schade aan de ander (of de betrokkene zelf) kan worden voorkomen
- *Proportionaliteit*: het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

Voor het uitwisselen van informatie over cliënten geldt het *Handvat 'Gegevensdeling in het zorg- en veiligheidsdomein'*⁴², de handreiking van KNMG⁴³ over verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg en de handreiking van de VGN over verantwoordelijkheidsverdeling⁴⁴.

Toelichting wettelijke grondslag deelname aan de levensloopfunctie

Indien iemand gedwongen opgenomen is op grond van de Wet Bopz, kan (wanneer aan bepaalde criteria is voldaan) dwangbehandeling worden toegepast. Deelname aan de levensloopregeling zou onderdeel van het behandelplan kunnen zijn. Het is mogelijk dat deelname als voorwaarde wordt gesteld voor verlof of ontslag van onvrijwillig opgenomen cliënten.

De criteria voor gedwongen opname (Wet Bopz), verplichte zorg / behandeling (Wvggz) of onvrijwillige zorg (Wzd) verschillen niet wezenlijk: gevaar, voortkomend uit stoornis in de Wet Bopz, ernstig nadeel voortkomend uit stoornis in de Wvggz en ernstig nadeel voortkomend uit psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel uit een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan in de Wzd. In alle gevallen geldt het uitgangspunt van ultimum remedium, en dient voldaan te zijn aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.

Buiten de instelling kan geen dwangbehandeling worden toegepast op basis van de Wet Bopz. Met de komst van de Wvggz en Wzd gaat deelname aan de levensloopregeling als verplichte of onvrijwillige zorg ook in de ambulante omgeving mogelijk zijn⁴⁵. De criteria als in de vorige paragraaf gegeven, blijven daarbij onverkort gelden.

Voor vg-clieuten tot 23 jaar is er straks ook nog de Voorwaardelijke Machtiging die op grond van de Wzd kan worden gebruikt om de cliënt mee te laten doen aan de levensloopfunctie. De rechter legt de Voorwaardelijke Machtiging op. Indien de cliënt zich niet aan de voorwaarden (meedoen aan levensloopfunctie) houdt, zal gedwongen opname noodzakelijk zijn. De cliënt moet dus wel aan de criteria van de Voorwaardelijke Machtiging voldoen.

⁴² Zie voor een overzicht: <https://hetccv.nl/onderwerpen/informatiepositie-gemeenten/privacyuitwisseling-persoonsgegevens/>. Nb: dit document wordt in de loop van 2018 vernieuwd. En: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/verantwoordelijkheidsverdeling.htm>

⁴³ Zie voor een overzicht: <https://hetccv.nl/onderwerpen/informatiepositie-gemeenten/privacyuitwisseling-persoonsgegevens/>

⁴⁴ <http://www.vgn.nl/artikel/26110>

⁴⁵ Overigens geldt voor de Wzd nog een voorbehoud. Op dit moment worden in de concept-amvb fixatie en insluiting in de ambulante setting uitgesloten.

Bijlage 3: randvoorwaarden en implementatie

Gezien de complexiteit van de ketenveldnorm en het belang voor cliënten en maatschappij om passende zorg te bieden, is een gelaagd en gefaseerd invoerings- en ontwikkelproces aan de orde. In dat traject is extra aandacht voor de randvoorwaarden noodzakelijk. De veldpartijen hebben de volgende afspraken gemaakt:

Bestuurlijk akkoord op de ketenveldnorm en indienen bij Netwerk kwaliteitsontwikkeling ggz

Begin juni 2018 gaan de veldpartijen (GGZ Nederland, beroepsverenigingen, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, MIND, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten) akkoord met deze eerste werkversie van de ketenveldnorm. Veldpartijen spreken af om eerst met pilotregio's te werken. De uitkomsten hiervan worden meegenomen in het traject bij het NKO (en rechtsopvolger Akwa) voor de doorontwikkeling van de veldnorm naar een kwaliteitstandaard. Op 1-1-2020 willen we de afspraken uit de ketenveldnorm in alle regio's geïmplementeerd hebben.

Verbeterde toegang van beveiligde intensieve zorg

Vanuit het commitment aan de ketenveldnorm gaan veldpartijen direct aan de slag met afspraken over een verbeterde toegang tot beveiligde intensieve zorg. Zorgverzekeraars en zorgkantoren garanderen voor 2018 en 2019 de financiering van de geleverde beveiligde intensieve zorg.

Ontwikkeling inkoopmodel voor beveiligde intensieve zorg en levensloopfunctie

Zorgverzekeraars, zorgkantoren en de inkoper van forensische zorg verkennen op welke wijze de inkoop en plaatsing van de levensloopfunctie, inclusief de beveiligde intensieve zorg, voor 2019 (en verder) gestroomlijnd vorm kan krijgen. Uitgangspunt daarbij is dat de aanbieders één contactpersoon hebben per zorgverzekeraar die beveiligde intensieve zorg in zijn portefeuille heeft.

Start van de levensloopfunctie in vier regionale pilots vooruitlopend op brede implementatie op 1-1-2020

Voor het vormgeven van de levensloopfunctie moet zo spoedig mogelijk gestart worden met (4) regio's die als pilot fungeren. Deze regio's worden met middelen ondersteund om werk te maken van deze ketenveldnorm. In deze regio's wordt een nadere inventarisatie uitgevoerd om de doelgroep, zorgbehoefte en benodigde infrastructuur in kaart te brengen.

Om vanuit de regionale pilots de inrichting van de levensloopfunctie in de andere regio's te ondersteunen wordt voorzien in een lichte landelijke structuur gericht op het delen en benutten van de ervaringen in de regionale pilots. GGZ Nederland en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland vragen subsidie aan voor de (lichte) ondersteuningsstructuur en voor de regionale pilots bij de ministeries van VWS en JenV. Afhankelijk van de omvang van de landelijke ondersteuningsstructuur is een landelijk congres en een evaluatiestudie naar het aantal cliënten, de aard van de onderliggende problematiek en de samenwerking in de pilotregio's op het gebied van de levensloopfunctie, onderdeel van de implementatie.

Afspraken over de randvoorwaarden om te komen tot succesvolle ketenveldnorm

De ontwikkeling van de levensloopfunctie in de vier pilotregio's geeft een duidelijk beeld van de financiële, juridische en organisatorische randvoorwaarden. Veldpartijen

stemmen af op welke wijze aan deze randvoorwaarden kan worden voldaan om de implementatie op 1-1-2020 mogelijk te maken.

Doorontwikkeling van de zorg aan deze cliënten

De levensloopfunctie krijgt in de pilotregio's en daarna ook in de andere regio's nader vorm. Op basis van de geleerde lessen kunnen in voorbereiding op implementatie in 2020 nadere kwaliteitsstandaarden gemaakt worden over de hulpverlening vanuit gemeenten en zorgaanbieders. Hieronder valt een uitwerking van de ketenveldnorm door het NKO in een kwaliteitstandaard. Deze standaarden, die ook ketenbreed zullen moeten zijn, worden aangeboden aan Zorginstituut Nederland. Zij werkt in een impactanalyse de uitvoerbaarheid van deze normen nader uit.

Het is wenselijk dat de geleerde lessen in de zorg aan deze cliënten ook een doorwerking krijgen op een bredere doelgroep. De veldpartijen zullen daarom het NKO tevens verzoeken om de levensloopfunctie verder uit te werken voor hulpverlening aan mensen die primair een gevaar voor zichzelf zijn (en niet voor de samenleving). Indien mogelijk zullen de pilots al gebruikt worden om hier ervaring mee op te doen. De verbreding van de ketenveldnorm zal verder in fases plaatsvinden en niet ten koste gaan van het tempo waarmee implementatie voor de oorspronkelijke doelgroep plaatsvindt.

Bestuurlijke aansturing van de implementatie

De stuurgroep van de ketenveldnorm begeleidt de implementatie van de ketenveldnorm en monitort de voortgang in de (pilot)regio's vooruitlopend op de implementatie op 1-1-2020. De voorzitter van de stuurgroep koppelt de implementatievorderingen en evaluatiegegevens terug aan de opdrachtgevers.

Beleidsmatige afstemming met andere dossiers

Op 1-1-2020 treden de Wvggz, de Wzd en de bepalingen van de Wfz die de aansluiting met deze twee wetten regelt, in werking. Dit zal van invloed zijn op de organisatie van de zorg aan deze cliënten en vraagt daarom afstemming met de implementatie van de ketenveldnorm. Ditzelfde geldt voor de ontwikkelingen met betrekking tot beschermd wonen en maatschappelijke opvang die vanuit gemeenten, aanbieders en ministerie van VWS worden ingezet. Ook is beleidsmatige afstemming nodig rondom de inrichting van de zorg voor moeilijk plaatsbare cliënten in de vg sector.

Ontwikkeling protocollen

Met de invoering van de Wvggz en de Wzd zullen bestaande manieren van werken en protocollen moeten worden herzien. De veldpartijen zullen gezamenlijk met de juristen van de branches en beroepsorganisaties protocollen ontwikkelen. Bijzondere aandacht gaat daarbij uit naar de privacy-aspecten en de rechtsbescherming van de cliënten in de levensloop.

(Door-)ontwikkelen risicotaxatie-instrumentarium

In de ambulante forensische zorg wordt vanaf 1-1-2019 de FARE als instrument gebruikt. De veldpartijen vragen het ministerie van VWS om middelen ter beschikking te stellen om de effectiviteit van het risicotaxatie-instrumentarium te toetsen en door te ontwikkelen tot een effectief maatwerk-instrumentarium voor de levensloopfunctie, dat tevens ook toepasbaar is op mensen met een verstandelijke beperking die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen.

Duurzaam verblijf en (beschermd-) wonen

Veldpartijen en cliëntgroeperingen realiseren zich dat het voor de doorstroming in de levensloopregeling essentieel is dat naast beveiligde intensieve zorg ook voldoende beschermde behandelplekken, duurzame verblijfsplekken en woonvormen beschikbaar zijn. De verwachting is dat in de pilotregio's meer zicht ontstaat op de behoefte.

Financiers (Zvw, Wlz, gemeenten) vragen het ministerie van VWS hen te ondersteunen bij het onderzoek naar de benodigde omvang voor deze doelgroep.

Evaluatieonderzoek

Veldpartijen stellen voor eind 2020 de veldnorm te evalueren en te bezien hoe deze kan worden doorontwikkeld. In het evaluatieonderzoek wordt bekeken in welke mate een certificering van de levensloopfunctie toegevoegde waarde heeft.

Bijlage 4: Leden stuurgroep, werkgroep en focusgroep

Het veld heeft de verantwoordelijkheid genomen om een veldnorm op te stellen voor een levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg in een niet-strafrechtelijk kader. De ministeries van VWS en JenV hebben GGZ Nederland gefaciliteerd om hier het voortouw in te nemen. De ketenveldnorm kwam tot stand via een stuurgroep, een werkgroep en een focusgroep. De stuurgroep bestond uit de cliëntorganisatie, beroepsverenigingen, brancheorganisaties voor de zorg, Zorgverzekeraars Nederland, justitie (Dforzo/JJI), reclassering, netwerk directeuren sociaal domein en de VNG. Met de NZa, de IGJ, het Openbaar Ministerie en het Zorginstituut zijn separate overleggen gehouden. Het OM is tevens betrokken via de werkgroep.

De ketenveldnorm is uitgewerkt in de werkgroep, met twee subcommissies, één voor de beveiligde intensieve zorg en één voor de levensloopfunctie.

Bij de totstandkoming van deze veldnorm is specifiek overleg gevoerd met cliëntorganisaties, ervaringsdeskundigen, familie en naasten om ook hun perspectief een duidelijke plek te geven. Een aantal leden namen deel aan zowel de focusgroep, als de werkgroep. Daarnaast is overleg gevoerd met juridisch experts uit de brancheorganisaties en experts vanuit zorgverzekeraars.

Stuurgroep

Sybren Bangma	GGZ Nederland/Voorzitter
Harry Beintema	Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
Judith van den Berg	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Marjolein Bolt	Trajectum
Fianne Bremmer	GGZ Nederland
Marloes van Es	GGZ Nederland/Projectleider
Goof van Gemert	Directie Forensische Zorg
Wim Huson	Waarnemer vanuit het Schakelteam personen met verward gedrag
Edwin ten Holte	RIBW alliantie
Monique Kavelaars	Pluyn en lid adviescommissie VGN
Jan Laurier	Federatie Opvang
Mark van der Lee	RIBW Nijmegen – Rivierenland
Monique Peltenburg	Secretaris netwerk directeuren sociaal domein
Nicolet Piekaar	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Jaap van der Rijst	Zorgverzekeraars Nederland
Ellen Sinnegé	SVG/3RO
Yvonne Stiphout	Antesgroep
Joep Verbugt	GGZ Eindhoven
Ditte van Vliet	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
Nic Vos de Wael	MIND
Herma van der Wal	Dimence Groep

Werkgroep

Jonathan Douma	GGZ Nederland
Leon Feijen	Transfore/Dimencegroep
Thees Gernler	Fivoor/Parnassia
Tinie Hendriks	Transfore/Dimencegroep

Tonny van Hensbergen	Federatie Opvang
Bas Hermans	Directie Forensische Zorg
Koos Heinsius	Antesgroep
Tijs van Hoek	CZ, zorgverzekeraar
Valentijn Holländer	Inforsa/Arkin
Anthony van Kaam	Stichting Mozaïk
Hetty Koopman/JanWillem v. Heertum	GGNet
Petra de Leede	Fivoor
Sandie Lemmers/Joris Meeuwissen	Exodus
Francine Loos	Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond
Ben Lijten	V&VN, verpleegkundig specialist ggz
Marjo Markx	Vereniging Ypsilon
Ariane Middelhoek	Wier (vg sector/(sg)lvg)
Susan Moller	Ned. Instituut voor Psychologen, sectie VB
Angelique Moonen	VGZ, zorgverzekeraar (tot november 2017)
Robert Nieuwenhuize	Directie Forensische Zorg
Machiel Polak	Psychiater / voorzitter raad van bestuur FPC De Kijvelanden en Fivoor
Pascale Rollee-de Leeuw	GGzE/FPK De Woenselse Poort, verpleegkundig specialist ggz
Bernice de Ruijter	Openbaar Ministerie
Karien Rijnen	3RO/LJ&R (reclassering)
Petra Spee	Stevig (vg sector/(sg)lvg)
Geert Steegs	Openbaar Ministerie
Margriet Storms	Trajectum (vg sector/(sg)lvg)
Paul Ulrich	Stichting Borderline
Ilonka Verkade	3RO/SVG (reclassering)
Jelle Zeilstra	Veiligheidshuis Rotterdam-Rijnmond

Focusgroep cliënten, ervaringsdeskundigen, familie en naasten

Els Dietvorst	Familie- en naastenperspectief
Marjo Markx	Vereniging Ypsilon
F. van der Schee	Zorgbelang Zuid Holland Zuid
Paul Ulrich	Stichting Borderline
Joke van der Meulen	Familieperspectief, Schakelteam
Jakob Visser	Forensisch ervaringsdeskundige
Toon Walravens	Ervaringsdeskundige, GGzE/FPK De Woenselse Poort

Bijlage 5: Lijst met afkortingen

Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikkinggestelden
BW	Beschermd Wonen
Dforzo/JJI	Directie Forensische Zorg / justitiële jeugdinrichtingen
FACT	flexible assertive community treatment
FARE	Forensisch Ambulante Risico Evaluatie
For Fact	flexible assertive community treatment met forensische insteek en expertise
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FVA	Forensische Verslavingszorgafdeling
FVK	Forensische Verslavingszorgkliniek
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HIC	Afdeling voor High Intensieve Care
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IHT	Intensive Home Treatment
KIB	Kliniek Intensieve Behandeling
LIZ	Afdeling voor Langdurige intensieve zorg
LVB	Licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 60 en de 80)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
(sg)lv	(Sterk gedragsgestoord en) licht verstandelijk gehandicapt
VIC bedden	Very Intensive Care bedden (in de vg sector)
VOV	Verpleegkundig, opvoedkundig en verzorgend personeel op een 24-uurs voorziening
VG	Verstandelijk gehandicapt
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wfz	Wet forensische zorg
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvggz	Wet verplichte ggz
Wzd	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket