

# De levenslooppaanpak in Noord Nederland

## Evaluatieonderzoek naar de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg voor mensen met een hoog veiligheidsrisico

### **Auteurs**

Simon Venema  
Sandra Vos  
Petrick Glasbergen  
Eric Blaauw

December 2022

[www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl](http://www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl)

## Inhoud

Voorwoord .....	3
Samenvatting .....	4
1. Inleiding.....	6
1.1. Aanleiding.....	6
1.2. Doelgroep van de levenslooppaanpak .....	7
1.3. De doelgroep van de levenslooppaanpak in de praktijk.....	7
1.4. Maatschappelijke en financiële kosten .....	8
1.5. Naasten en sociale omgeving .....	8
1.6. Doelstellingen van de levenslooppaanpak .....	9
1.7. Werkwijze van de levenslooppaanpak .....	10
1.8. Ervaringen uit de proeftuinregio's.....	11
1.9. Eerste resultaten van de levenslooppaanpak in de proeftuinregio's en uitdagingen.....	13
1.10. Context in Noord Nederland .....	16
2. Onderzoek in Noord Nederland .....	17
2.1. Doel en vraagstelling .....	17
2.2. Methode van onderzoek .....	18
3. Resultaten .....	21
3.1. Betrokkenheid van organisaties .....	21
3.2. Rollen en taken van organisaties en professionals.....	22
3.3. Inclusie van de doelgroep.....	25
3.4. Kenmerken van de doelgroep .....	27
3.5. Hulp- en ondersteuningsaanbod van de levenslooppaanpak.....	28
3.6. Naasten en netwerk .....	31
3.7. Eerste resultaten van de levenslooppaanpak.....	32
3.8. Randvoorwaarden .....	35
4. Conclusie en aanbevelingen .....	40
4.1. Wie doet wat bij wie met welk resultaat?.....	40
4.2. Beschouwing .....	43
4.3. Aanbevelingen.....	44
4.4. Tot slot .....	46
Referenties .....	48
Begrippenlijst.....	50
Bijlage 1: Interviewvragen .....	52
Bijlage 2: Observatieschema aanmeld- en inclusiebijeenkomsten.....	53
Bijlage 3: Observatieschema levensloopbijeenkomsten .....	55
Bijlage 4: Thematisch raamwerk voor analyse van kwalitatieve data.....	57

## Voorwoord

Het onderzoek 'De levenslooppaanpak in Noord Nederland: Evaluatieonderzoek naar de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg voor mensen met een hoog veiligheidsrisico' is uitgevoerd door het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Groningen in samenwerking met het Verbindend Landelijk Ondersteuningsteam (VLOT) van de Vereniging Nederlandse gemeenten met financiering van ZonMw. Het project is georganiseerd vanuit de Innovatiewerkplaats Forensische Multiproblematiek van de Hanzehogeschool Groningen.

Het project had niet tot stand kunnen komen zonder betrokkenheid van de volgende personen:

*Onderzoekstagiaires:* Jetske Zijlstra, Maaïke Lynn Bolhuis en Marit Meppelink

*Studentonderzoekers:* Cadisha Bernabela, Chris Janssen, Matthijs van der Heide, Demi Snippe, Isa Slump, Douwe Lijcklama, Elisa Pinon, Hans Kuipers, Kim Nanninga, Lisa Onderstal, Dominique Veninga, Mirjam Kooistra, Susan van Geel, Nienke van Rest, Heleen Breukelaar, Wytske Kok, Amelia Platje, Anniek van der Klaauw, Lynn Prent, Myrthe Kluin, Veerle Mink en Lianne van Esch

*Professionals:* Inge Zwaan, Pauline Zwart, Rianne Folkerts, Jorik Hofman, Tasha Brunekreef, Nelleke van Rij, Silvie Stok, Marcel Petrusma, Rene Janssen, Rebekka Huhn, Marcel Stuifzand, Tjitske Steerenberg, Jetske Nauta, Heleen Wadman, Danny Nijdam, Gerrit Harmanny, Edmee Josse, Mea Wuisman, Els Dietvorst, Ronald Verberne, Frida Bolting, Angela Vrolijk, Willie Marijanan, Joop van Velzen, Harold Brouwer, Baukje Besling, Siard Heidanus, Renate Harkema, Edwin Hoffenkamp, Jinke Veel, Gerda Groen, Evert Boomsma, Ina Roelofsma, Gabriëlla Jansen, Christiaan Feij, Annegreet Groeneveld, Alfons Boer, Thera Lulf, Ilse Kolk, Jaqueline Valkeneer, Carly Craanen en alle (andere) betrokkenen van de levenslooppaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe.

Heel veel dank voor jullie waardevolle bijdragen.

Simon Venema

Sandra Vos

Petrick Glasbergen

Eric Blaauw

## Samenvatting

In dit onderzoek wordt de implementatie van de levenslooppaanpak in Noord Nederland beschreven, en wordt ingegaan op de eerste ervaringen met de aanpak. In de levenslooppaanpak werken organisaties in het veiligheidsdomein, het zorgdomein en het sociaal domein in een netwerk met elkaar samen om langdurig passende zorg en ondersteuning te leveren aan personen met een hoog veiligheidsrisico die verward gedrag vertonen als gevolg van een psychische beperking, een verslaving en/of een niet-aangeboren hersenaandoening. De doelstellingen van de levenslooppaanpak zijn om 1) geïnccludeerde personen te voorzien van langdurige zorg en ondersteuning, 2) flexibele toegang te organiseren tot beveiligde intensieve zorg en 3) langdurige oplossingen voor een stabiele leefsituatie te organiseren. De doelgroep van de aanpak in Noord Nederland bestaat naar schatting uit ongeveer 150 personen.

Het vertrekpunt van het onderzoek was de vraag: *Wie doet wat bij wie met welk resultaat?* Daarbij ging het onderzoek in op de rollen en taken van verschillende professionals en organisaties, het inclusieproces, de kenmerken van de doelgroep, de vormen van zorg en ondersteuning die in de praktijk worden aangeboden, de rol van naasten, de rol van ervaringsdeskundigen, de eerste resultaten van de aanpak, de randvoorwaarden, en de overeenkomsten en verschillen tussen de drie provincies in Noord Nederland. De onderzoeksvraag is onderzocht door middel van 53 semigestructureerde interviews (50 interviews met professionals, twee interviews met ervaringsdeskundige naasten, één interview met een naaste van een geïnccludeerde persoon), twee focusgroepbijeenkomsten (waarvan één met professionals en één met ervaringsdeskundige naasten), 32 observaties van levensloopbijeenkomsten en bestudering van vier cliëntdossiers. Verder zijn gegevens opgevraagd van in totaal 20 geïnccludeerde personen uit Noord Nederland om de kenmerken van de doelgroep inzichtelijk te maken. Naast een beschrijvende doelstelling had het onderzoek ook een actiegerichte doelstelling. In dit kader zijn verscheidene praktijkproducten ontwikkeld. Deze zijn te vinden op [www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl](http://www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl).

In de praktijk werd de levenslooppaanpak in iedere provincie op een andere manier georganiseerd. In de samenstelling van welke partners betrokken waren accentverschillen te zien tussen de drie provincies. Overeenkomend was echter dat het Zorg- en Veiligheidshuis in alle provincies de procesregie voerde en dat de casusregie was belegd bij de GGZ (Forensisch ACT, ForFact, OGGZ, verslavingszorg). De levenslooppaanpak verschilde op twee belangrijke manieren van de reguliere zorg en ondersteuning voor de doelgroep: binnen de levenslooppaanpak 1) werd de intentie uitgesproken om langdurig bij een geïnccludeerde persoon betrokken te blijven—ook als de persoon hierop ‘formeel’ geen recht had en 2) werd op structurele wijze samengewerkt tussen organisaties uit verschillende disciplines. Het onderzoek wees uit dat de acties van levensloopprofessionals onder te brengen waren in vijf hoofdcategorieën: 1) contact maken en onderhouden met de geïnccludeerde persoon, 2) organiseren van basisvoorwaarden voor zorg- en hulpverlening, 3) organiseren van een woonplek, 4) organiseren van beveiligde klinische opname en 5) inzetten van een justitiële interventie. Verder omvatte het takenpakket van de levensloopprofessionals: 6) het langdurig betrokken zijn bij de geïnccludeerde persoon om een één-op-één vertrouwensband op te bouwen, 7) het proactief organiseren van de meest passende zorg en ondersteuning voor de geïnccludeerde persoon, en 8) het doorbreken van structurele barrières die de realisatie van zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen bemoeilijken.

Het inclusieproces werd na een periode van oriëntatie en experimenteren in alle drie provincies vormgegeven door middel van een relatief kleinschalig en efficiënt georganiseerd proces,

waarbij een beperkt aantal partijen was betrokken. Het aanmeld- en inclusieproces werd grotendeels belegd bij de levensloopprofessionals zelf en niet bij een afzonderlijk inclusieoverleg, zoals in andere regio's het geval was. In de praktijk werden de geïncludeerde personen vooral aangemeld vanuit de organisaties die betrokken waren bij de levenslooppaanpak.

In de praktijk werden de geïncludeerde personen gekenmerkt door een hoog veiligheidsrisico en langdurige, hardnekkige problematiek op meerdere leefgebieden. Het ging hierbij om mensen die overlastgevend, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag vertoonden of hierop een hoog risico hadden. Er was veelal sprake van een (vermoeden van) een licht verstandelijke beperking in combinatie met psychische problemen en vaak verslavingsproblematiek. Verder ging het veelal om mensen die zorgmijndend waren. De helft van de geïncludeerde personen was dakloos. De problematiek van geïncludeerde personen was complex en wederzijds versterkend; problemen op het ene leefgebied versterkten problemen op andere leefgebieden.

Vanuit het onderzoek was het niet mogelijk om uitspraken te doen over de effecten van de levenslooppaanpak, omdat de beoogde resultaten (onder meer afgenomen overlast, verminderd delictgedrag en toegenomen gevoelens van veiligheid) pas op langere termijn te meten zijn en buiten de periode van het onderzoek vielen. Wel werden eerste succesfactoren geïdentificeerd. Zo kon de langdurige betrokkenheid van levensloopprofessionals bij de geïncludeerde persoon en de verbeterde multidisciplinaire samenwerking tussen professionals uit verschillende organisaties leiden tot verbeteringen op casusniveau. De successen en verbeteringen op casusniveau waren onder meer: het succesvol organiseren van een woonplek voor geïncludeerde personen, toegenomen vertrouwen in hulpverlening, een welwillendere opstelling om geholpen te worden en een afname van overlastgevend gedrag. Daarnaast werden in het onderzoek meerdere barrières geïdentificeerd die de optimale uitvoering van de aanpak compliceerden, waaronder problemen met de structurele financiering voor de aanpak, borging van de aanpak, beperkte bekendheid van de aanpak bij ketenpartners, het vinden van geschikte woon- en verblijfplekken voor geïncludeerde personen, complicaties rondom het delen van gegevens tussen organisaties en ingewikkeldheden om zonder rechterlijke uitspraak te kunnen opschalen naar beveiligde intensieve zorg. Vanuit deze barrières zijn aanbevelingen geformuleerd.

Samenvattend waren de eerste ervaringen met de levenslooppaanpak in Noord Nederland overwegend positief. In de praktijk lukte het om geïncludeerde personen te voorzien van langdurige zorg en ondersteuning, ook als hiervoor geen zorgtitel was. Tegelijkertijd werden verschillende barrières geïdentificeerd die succesvolle implementatie en uitvoering van de aanpak bemoeilijken. Met name de financiering van de levenslooppaanpak en de flexibele toegang tot beveiligde intensieve zorg zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Positief is dat belangrijke stappen werden gezet in het vinden van langdurige oplossingen om stabiele leefsituaties van geïncludeerde personen te organiseren. Hierbij vormt het woonvraagstuk een belangrijk aandachtspunt.

De organisatie van de levenslooppaanpak vereist een lange adem. Dit geldt ook voor onderzoek naar de aanpak; de verwachte resultaten van de aanpak zijn pas op langere termijn zichtbaar en meetbaar. Het onderzoek wijst echter uit dat met de levenslooppaanpak in Noord Nederland belangrijke stappen zijn gezet om passende en domeinoverstijgende zorg en ondersteuning te organiseren voor personen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico. Om de aanpak verder door te ontwikkelen en te evalueren is een langetermijnperspectief noodzakelijk.

## 1. Inleiding

De levenslooppaanpak staat beschreven in de landelijke ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, en betreft een aanpak waarin organisaties in het veiligheidsdomein<sup>1</sup>, het zorgdomein<sup>2</sup>, en het sociaal domein<sup>3</sup> in een netwerk samenwerken om langdurig passende zorg en ondersteuning te leveren aan personen met een hoog veiligheidsrisico en die verward gedrag vertonen als gevolg van een psychische beperking, een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening. Landelijk gaat het om zo'n 1.500 tot 2.000 personen (van Es, 2022). Deze personen hebben behoefte aan een langdurige en gezamenlijke aanpak om toe te werken naar stabiliteit en herstel op verscheidene leefgebieden en het risico op gevaarlijk gedrag te beperken. Het doel is om een aanpak te organiseren waarin ondersteuning, zorg en veiligheid met elkaar verweven zijn en waarbij doorlopende betrokkenheid van levensloopprofessionals is bij de geïnccludeerde persoon en zijn of haar netwerk. In 2019 zijn vier proeftuinregio's (Oost-Nederland, Oost-Brabant, Limburg en Midden-Nederland) van start gegaan met de levenslooppaanpak. In 2020 volgden andere regio's, waaronder Noord Nederland. Het onderhavige onderzoek geeft een beschrijving van de implementatie van en de ervaringen met de levenslooppaanpak in Noord Nederland.

### 1.1. Aanleiding

Verschillende factoren hebben geleid tot de ontwikkeling van de levenslooppaanpak. Het landelijke programma Continuïteit van Zorg is in 2015 gestart om de aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere zorg te verbeteren. Vanuit dit programma is de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg opgesteld, waar vanuit de levenslooppaanpak is beschreven. In het programma Continuïteit van Zorg werd beschreven dat de reguliere (forensische) zorg onvoldoende aansluit op de behoeften van personen met complexe problematiek. Voor de beoogde doelgroep van de levenslooppaanpak (hieronder verder beschreven) is doorlopende zorg en ondersteuning wenselijk om het risico op gevaarlijk gedrag zo veel mogelijk te beperken en te voorkomen dat zij 'tussen wal en schip' van de systemen van de zorg vallen (Continuïteit van Zorg, 2021). De ervaring leert dat het voor de beoogde doelgroep noodzakelijk is dat professionals uit het veiligheidsdomein, het zorgdomein en het sociaal domein intensief met elkaar samenwerken vanwege de complexe problematiek van de betreffende personen op meerdere leefgebieden. Uit het programma Continuïteit van Zorg kwam naar voren dat er voor complexe casuïstiek onvoldoende mogelijkheden zijn voor (beveiligde) zorg na afloop van een strafrechtelijke titel (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2020). Uit het programma bleek verder dat het niet eenvoudig was om doorlopende zorg en ondersteuning te organiseren binnen de bestaande kaders van wet- en regelgeving en de daarbij behorende financieringsstromen. Verder is het voor de beoogde doelgroep wenselijk dat er goede en flexibele toegang is tot beveiligde, intensieve zorg, om crisissituaties te voorkomen. Ten slotte vormt de landelijke stijging van toenemende E33-meldingen (overlast door personen met verward gedrag) en de aandacht hiervoor een belangrijke context waarin de levenslooppaanpak wordt georganiseerd (Politie, 2022). De levenslooppaanpak is niet de eerste aanpak voor personen met een hoog veiligheidsrisico en/of verward gedrag. In de afgelopen jaren zijn verscheidene regionale aanpakken rondom deze doelgroep georganiseerd (denk bijvoorbeeld aan de Top600-aanpak in Amsterdam en

---

<sup>1</sup> Onder meer politie, Openbaar Ministerie, Zorg- en Veiligheidshuis, penitentiaire inrichtingen en reclassering.

<sup>2</sup> Onder meer geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verslavingszorg, de sector (licht) verstandelijk gehandicapten (LG en LVG), beveiligde zorginstellingen en zorgverzekeraars.

<sup>3</sup> Onder meer sociale wijkteams en gemeenten.

de persoonsgerichte aanpak [PGA] in Rotterdam). Kenmerkend aan de levenslooppaanpak is dat het om een landelijk dekkende aanpak gaat.

## 1.2. Doelgroep van de levenslooppaanpak

De doelgroepomschrijving is landelijk vastgesteld (Continuïteit van Zorg, 2021). De levenslooppaanpak richt zich op “personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel”. Aanvullend zijn de volgende inclusiecriteria opgesteld:

- “Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico op dit gedrag.
- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek, die onvoldoende in bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.
- 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.” (Continuïteit van Zorg, 2022, p. 8-9)

## 1.3. De doelgroep van de levenslooppaanpak in de praktijk

Landelijk wordt geschat dat de doelgroep van de levenslooppaanpak zo'n 1.500 tot 2.000 personen omvat (Continuïteit van Zorg, 2021; van Es, 2022). In de praktijk gaat het doorgaans om mannen van vaak tussen de 30 en 50 jaar die herhaaldelijk ontwrichtend, gevaarlijk en agressief gedrag (dreigen te) vertonen. De beoogde te includeren personen kampen doorgaans problemen op verschillende leefgebieden, zoals een psychiatrische stoornis, persoonlijkheidsstoornis en verslaving. De personen in de beoogde doelgroep hebben een uitgebreide zorggeschiedenis in de GGZ en/of de verslavingszorg en zijn meermaals in aanraking geweest met justitie voor met name gewelds- en vermogensdelicten. Ze hebben geregeld al eens onder toezicht van de reclassering gestaan en zijn al geruime tijd bekend zijn bij hulpverlenende organisaties (Andersson Elffers Felix, 2021; Significant, 2021). Geschat wordt dat 30 tot 40 procent van de personen in deze doelgroep een licht verstandelijke beperking heeft (Kaal, 2016), alhoewel deze niet altijd gediagnostiseerd is. Het gaat om mensen die veelal zorgmijdend zijn, vaak dakloos zijn of geen vaste verblijfplaats hebben en meermaals behandeld zijn geweest in een beveiligde klinische (of forensische) instelling en/of in de gevangenis hebben verbleven. Er is vaak sprake van een groot wantrouwen richting hulpverlening (Andersson Elffers Felix, 2021). Kortom, er is sprake van een doelgroep met een hoog veiligheidsrisico en complexe multi-problematiek op meerdere leefdomeinen (onder meer psychische gezondheid, wonen, middelengebruik en sociale relaties).

Vanwege de complexiteit van de problematiek is het lastig bij personen in de doelgroep om tot een passende diagnose te komen en daarmee de juiste zorg en ondersteuning aan te bieden (Andersson Elffers Felix, 2021). Bij personen met problematiek op meerdere leefgebieden is het vaak

onduidelijk welke problematiek behandeld moet worden, waardoor organisaties de cliënten vaak over en weer naar elkaar doorverwijzen (van Wamel et al., 2012). Vanwege de problematiek op verschillende leefdoelgebieden is niet één organisatie in staat om de persoon te voorzien van de meest passende zorg en ondersteuning, maar is domeinoverstijgende samenwerking tussen meerdere organisaties vereist (Candel & Wijga, 2017). Verder wordt het aanbieden van de juiste zorg voor deze doelgroep bemoeilijkt door contra-indicaties en vraagstukken rondom welke problematiek voorliggend is. Mensen met agressieproblemen worden bijvoorbeeld geweigerd bij de GGZ omdat ze te agressief zijn, ook al is dit gedrag een gevolg van hun stoornis waarvoor ze bij de GGZ komen. Het volgende citaat illustreert dit goed: *“Een cliënt met verslavings- en psychiatrische problematiek krijgt geen hulp, omdat de GGZ vindt dat de verslaving voorop staat, terwijl de verslavingszorg vindt dat er voornamelijk sprake is van psychiatrische problematiek”* (Witteveen & Koffijberg, 2019, p. 11). Dit vindt bovendien plaats in een context waarin professionals uit het zorgdomein, veiligheidsdomein en sociaal domein vaak een tekort aan verbinding, afstemming en gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid ervaren (Witteveen & Koffijberg, 2019).

Ten slotte is het ingewikkeld om een geschikte woonplek te vinden voor deze doelgroep (Andersson Elffers Felix, 2021). In reguliere woonwijken kunnen deze personen voor overlast zorgen en kan weerstand ontstaan vanuit de buurtbewoners. Het vinden van een passende beschermde of begeleide (forensische) woonvoorziening<sup>4</sup> is ingewikkeld vanwege het tekort aan woonvoorzieningen, het ontbreken van een strafrechtelijk kader om iemand te plaatsen, contra-indicaties, lange wachtlijsten, ingewikkeldheden rondom financiering en situaties waarbij de persoon eerder ontwrichtend gedrag heeft vertoond in een instelling en de instelling de persoon weigert.

#### 1.4. Maatschappelijke en financiële kosten

Personen in de doelgroep van de levenslooppaanpak vertonen gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag, veroorzaken overlast en plegen (soms ernstige) misdrijven. Dit leidt tot hoge financiële en maatschappelijke kosten. Ook leven personen in de doelgroep regelmatig onder preciaire—soms schrijnende—omstandigheden met weinig perspectief. De personen in kwestie kunnen voor (gevoelens van) onveiligheid zorgen in de regio. De doelgroep vraagt veel inzet van professionals in het zorgdomein, veiligheidsdomein en sociale domein. In de regio Noord-Holland Noord is geschat dat een persoon in de doelgroep van de levenslooppaanpak over een periode van twee jaar de samenleving €500.000 kost (Witteveen & Koffijberg, 2019). De maatschappelijke en financiële baten van een aanpak die slaagt om incidenten te verlagen en het leven van personen in de doelgroep te stabiliseren zijn daarmee hoog.

#### 1.5. Naasten en sociale omgeving

De problematiek van personen in de doelgroep van de levenslooppaanpak heeft grote gevolgen voor de sociale omgeving. Naasten van mensen met psychische problematiek en delictgedrag kunnen te maken krijgen met stress als gevolg van gewelddadig gedrag van personen, stigma, problemen op het gebied van familierelaties en sociale contacten en gevoelens van schuld, angst of rouw (Rowaert et al., 2016). Tegelijkertijd kunnen naasten ook een belangrijke rol spelen in

---

<sup>4</sup> Dit betreft woonvoorzieningen voor mensen die niet (meer) zelfstandig kunnen wonen vanwege langdurige psychiatrische en/of verslavingsproblemen, waarbij de mate van begeleiding kan variëren. Forensische beschermde woonvoorzieningen zijn bedoeld voor mensen die uitstromen vanuit forensische instellingen, zoals uit een Forensisch Psychiatrische Kliniek of de Forensisch Psychiatrische Afdeling.



de kwaliteit van leven en het herstel of beheersbaar maken van de problematiek van de persoon in kwestie. Hiervoor is het belangrijk dat naast informatie en ondersteuning van professionals ontvangen en er psycho-educatie wordt aangeboden (Rowaert et al., 2016).

## 1.6. Doelstellingen van de levenslooppaanpak

De levenslooppaanpak beoogt door langdurige betrokkenheid bij de geïnccludeerde persoon en door organisatie- en discipline-overstijgende samenwerking tot een langdurige, stabiele oplossing voor deze complexe doelgroep te komen. Met de levenslooppaanpak wordt beoogd om de volgende doelstellingen te behalen:

### 1. *Langdurige zorg en ondersteuning - ook zonder titel*

Het eerste doel is om continuïteit van zorg te bieden aan personen die dit nodig hebben. Dit betekent dat verschillende vormen van zorg op elkaar aansluiten, en er een 'sluitende keten' van zorg en ondersteuning ontstaat. De zorg en ondersteuning voor de beoogde doelgroep is eerder bekritiseerd omdat het te kortcyclisch zou zijn (Candel & Wijga, 2017). Een gebrek aan continuïteit van zorg doet zich onder meer voor bij overgangen van verschillende vormen van zorg, bijvoorbeeld van strafrechtelijke forensische zorg naar reguliere begeleiding, reguliere behandeling of vervolgzorg (Continuïteit van Zorg, z.d.). Dit betekent doorgaans ook een overgang van financieringsvormen. Bij overgangen van de ene vorm van zorg naar de andere raken personen in deze doelgroep vaak tijdelijk buiten beeld van hulpverleners en belanden ze 'tussen wal en schip'. Daardoor zijn signalen van overlast en incidenten (te) laat in beeld (Candel & Wijga, 2017). Een ander voorbeeld van een gebrek aan continuïteit is als zorg tijdelijk stop wordt gezet als iemand wordt gedetineerd of wordt opgenomen in een kliniek en onvoldoende wordt geanticipeerd op het vervolgtraject (Witteveen & Koffijberg, 2019). Doordat mensen in de doelgroep van de levenslooppaanpak in veel verschillende instellingen hebben verbleven zijn vertrouwensbanden met professionals verloren gegaan (Andersson Elffers Felix, 2021).

Met de levenslooppaanpak wordt beoogd dat iemand altijd terecht kan bij de hulpverleners van de levenslooppaanpak, ongeacht of de persoon een hier een formele titel voor heeft. De persoon krijgt de zorg die hij of zij nodig heeft, ook als de persoon bijvoorbeeld geen zorgtitel heeft, niet de juiste diagnose heeft, het onduidelijk is welk probleem voorliggend is, er contra-indicaties zijn, of er (tijdelijk) geen financiering is. Een vaak terugkerend credo dat dit omschrijft is 'geen titel, wel zorg' (Continuïteit van Zorg, 2015). De belangen van de persoon en de omgeving staan daarbij voorop en niet de belangen van de organisaties om de persoon heen.

### 2. *Flexibele toegang tot beveiligde intensieve zorg*

Het tweede doel is om flexibel op te kunnen schalen naar beveiligde intensieve klinische zorg bij een (dreiging van) crisissituatie. De levenslooppaanpak is in principe ambulante, maar met de mogelijkheid om op te schalen naar beveiligde, intensieve klinische zorg. In de context van de levenslooppaanpak bestaan verschillende vormen van opschalen naar beveiligde intensieve zorg: 1) planbare klinische zorg, zoals een detox of kortdurende klinische behandeling, 2) opname bij acute psychiatrische crisis en 3) opname na justitiecontact (Fivoor, z.d.). Hierbij gaat het om 24-uurszorg in

een gesloten, beveiligde klinische setting, waarbij intensieve zorg wordt verleend.<sup>5</sup> Vaak wordt in de praktijk in deze context gesproken over ‘beveiligde bedden’. Doordat de levensloopprofessionals doorlopend bij de geïnccludeerde persoon betrokken blijven, is de gedachtegang dat crisissituaties vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden. Door in een vroeg stadium op te schalen kunnen escalaties en mogelijk (ernstige) delicten worden voorkomen. Snel op kunnen schalen naar beveiligde intensieve zorg kan daarmee een preventieve werking hebben. Om snel op te kunnen schalen moet het mogelijk zijn om een geïnccludeerde persoon te kunnen plaatsen op een beveiligd bed, ook wanneer hier geen rechterlijke uitspraak aan ten grondslag ligt vanuit bijvoorbeeld een zorgmachtiging, crisismaatregel, rechtelijke machtiging of strafrechtelijke beslissing, en er daarmee geen financiering aanwezig is. Wanneer de situatie van de geïnccludeerde persoon stabiliseert, dan is het wenselijk dat er wordt afgeschaald, waarbij de ambulante zorg wordt voortgezet. De gedachtegang is tevens dat de betrokkenheid van de levenslooppaanbieder en de ‘achtervang’ van beveiligde intensieve zorg kunnen bijdragen aan meer vertrouwen en zekerheid bij ambulante zorgaanbieders.

Voor opschalen naar beveiligde intensieve zorg zijn binnen de levenslooppaanpak twee criteria opgesteld: 1) door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu of zorgintensief agogisch klimaat en fysieke beveiliging en 2) er is in beginsel sprake van een niet-vrijwillige plaatsing op basis van een zorgmachtiging, crisismaatregel, ibs, rechtelijke machtiging of strafrechtelijke titel (vrijwillige opname in deze setting komt zelden voor, maar is wel mogelijk) (Continuïteit van Zorg, 2022, p. 9).

### 3. *Langdurige oplossingen voor een stabiele leefsituatie*

Het derde doel is om toe te werken langdurige naar een langdurige, stabiele leefsituatie van de geïnccludeerde persoon. Een voorwaarde hiervoor is dat een passende woonvorm wordt gevonden. Hiermee wordt beoogd dat de overlast, het gevaar en het delictgedrag zoveel mogelijk wordt beperkt en de kwaliteit van leven zo veel mogelijk wordt verhoogd.

## 1.7. Werkwijze van de levenslooppaanpak

De levenslooppaanpak kent vier onderdelen. Het eerste onderdeel is het aanmeld- en inclusieproces. Dit proces wordt doorgaans georganiseerd in een multidisciplinair overleg, waarbij een besluit wordt genomen om een persoon wel of niet te includeren in de levenslooppaanpak. De persoon in kwestie kan zowel met als zonder toestemming worden geïnccludeerd. Een tweede onderdeel is de organisatie van de levensloopfunctie. De levensloopfunctie wordt doorgaans uitgevoerd door een multidisciplinair team van levensloopprofessionals dat langdurig bij de geïnccludeerde persoon betrokken blijft, ook als deze persoon ‘formeel’ geen recht heeft op zorg, of wanneer de persoon in detentie of een kliniek verblijft. De zorg en ondersteuning die dit team verleent varieert van samen een kop koffie drinken tot aan het organiseren van klinische opname. Door de langdurige en intensieve betrokkenheid bij de geïnccludeerde persoon kunnen crisissituaties vroegtijdig worden gesignaleerd en mogelijk worden voorkomen. Het derde onderdeel is het (snel) opschalen naar beveiligde intensieve zorg en het afschalen naar ambulante zorg. Het vierde onderdeel is de uitstroom uit de levenslooppaanpak. Iemand kan uit de levenslooppaanpak uitstromen wanneer 1) de persoon zeker twee jaar stabiel is, 2) er voldoende garanties dat beschermende factoren voldoende

---

<sup>5</sup> Zoals een forensisch psychiatrische afdeling (fpa), een forensische verslavingsafdeling (fva), een forensisch psychiatrische kliniek (fpk), een forensische verslavingskliniek (fvk), een (forensische) high intensive care (hic), een kliniek intensieve behandeling (kib) en in uitzonderlijke gevallen een forensisch psychiatrisch centrum (fpc).

zijn geborgd en 3) het risico op gevaarlijk gedrag richting anderen en/of de samenleving aantoonbaar aanzienlijk is verlaagd.

## 1.8. Ervaringen uit de proeftuinregio's

In vier proeftuinregio's is sinds 2019 ervaring opgedaan met de levenslooppaanpak. In juli 2022 waren in totaal 193 personen geïnccludeerd in de levenslooppaanpak in de vier proeftuinregio's (van Es, 2022). Tussen de regio's is veel variatie zichtbaar in de organisatie van het inclusieproces, de teams van levensloopprofessionals en het proces van op- en afschalen.

### *Aanmelden en inclusie*

In iedere proeftuinregio werd de aanmeldprocedure op een andere manier georganiseerd. De onderstaande beschrijving is gebaseerd op onderzoek van Significant (Huberts et al., 2022; Nijhuis et al., 2022; Significant, 2020; van Haaren et al., 2021). In alle proeftuinregio's was het proces van aanmelden belegd bij het Zorg- en Veiligheidshuis. Verschillende organisaties (doorgaans convenantpartners van het Zorg- en Veiligheidshuis) konden een casus aandragen bij het Zorg- en Veiligheidshuis, zoals de GGZ, gemeenten en penitentiaire inrichtingen. Vervolgens werd door het Zorg- en Veiligheidshuis besproken of de casus voorgelegd zou worden aan de aanmeld- en inclusieoverleg om een beslissing te maken over deelname aan de levenslooppaanpak.

In de aanmeld- en inclusieoverleggen waren sterke regionale verschillen waarneembaar. In Oost-Brabant werd de casus geanonimiseerd ingebracht om de besluitvorming over inclusie zo objectief mogelijk te laten verlopen. In andere proeftuinregio's lag hier minder nadruk op. Ook de samenstelling van de aanmeld- en inclusieoverleg verschilde per proeftuinregio. De volgende partijen waren bij alle aanmeld- en inclusieoverleggen in de proeftuinregio's vertegenwoordigd: procesregisseur van het Zorg- en Veiligheidshuis, een vertegenwoordiger van het Openbaar Ministerie, politie en de zorgaanbieders van de levenslooppaanpak. Welke andere partijen aansloten verschilde per proeftuinregio. In Limburg sloot bijvoorbeeld ook een psychiater en een vertegenwoordiger vanuit de reclassering aan. In Oost-Brabant sloten ook vertegenwoordigers van vijf grootste gemeenten aan bij het aanmeld- en inclusieoverleg. Om tot een keuze voor inclusie dan wel exclusie te komen zijn in de proeftuinregio's in aanvulling op de landelijke inclusiecriteria ook regionale inclusiecriteria geformuleerd.<sup>6</sup> De aanvullende criteria waren doorgaans een praktische

---

<sup>6</sup> In Overijssel zijn de volgende aanvullende inclusiecriteria geformuleerd: 1) persoon loopt vast in 'de keten', 2) alle logisch te bedenken alternatieven zijn inmiddels geprobeerd, 3) er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van gevaarlijk en overlastgevend gedrag, 4) het gedrag van de persoon wordt gedurende langere periode als niet hanteerbaar beschouwd en 5) de kenmerken van de problematiek zijn divers en manifesteren zich op diverse levensgebieden, waardoor de persoon (mede als gevolg van uitstotingsprocessen vaak heen en weer wordt gestuurd tussen (hulpverlenende) instanties.

In Midden Nederland zijn de volgende aanvullende inclusiecriteria geformuleerd: 1) de persoon loopt vast in de zorg, veiligheid, maatschappelijke (UWV, sociaal domein etc.) en in de woonketen. Professionals zitten 'met de handen in het haar', 2) de kenmerken van de problematiek zijn divers en manifesteren zich op diverse levensgebieden, waardoor de persoon mede als gevolg van uitstotingsprocessen vaak heen en weer wordt gestuurd tussen (hulpverlenende) instanties, 3) er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van gevaarlijk gedrag, 4) de historie laat een beeld of verwachting zien waarbij de continuïteit van zorg en ondersteuning niet of onvoldoende gewaarborgd kan worden, 5) alle logisch te bedenken behandel- en begeleidingsalternatieven zijn inmiddels geprobeerd: er dreigt of is sprake van langdurige en terugkerende problematiek.

In Oost-Brabant zijn de volgende aanvullende inclusiecriteria geformuleerd: 1) risicotaxatie laat een hoog recidive risico zien en forensische expertise is nodig, 2) psychiatrische problematiek en/of verslaving en/of licht verstandelijke beperking (dubbel of triple diagnose), 3) problemen op meerdere levensgebieden (multi-problematiek), 4) ambulante nabijheid verhoogt de kwaliteit van leven en/of verlaagt het risico op delict en gevaar en/of is nodig om contact te maken en de persoon te verleiden tot zorg en ondersteuning, 5) er dreigt of is sprake van langdurige en herhaaldelijk terugkerende problematiek: de historie laat een beeld of verwachting zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoezorg; er is geen continuïteit in zorg en ondersteuning, 6) de persoon heeft eerder een strafrechtelijke titel of gedwongen zorg gehad, heeft geen strafrechtelijke titel (meer/of deze is bijna afgelopen) en 7) professionals zitten echt met de handen in het haar; alles is al geprobeerd, maar zonder effect.

In Limburg zijn de volgende aanvullende criteria geformuleerd: 1) risicotaxatie laat een hoog delictgevaar zien, forensische expertise is nodig en bij opschaling is een beveiligde omgeving nodig, 2) psychiatrische problematiek en/of verslaving en/of licht verstandelijke beperking

vertaling van de landelijk opgestelde inclusiecriteria. In een aantal regio's vormde inclusie direct de start van het invullen en concretiseren van een trajectplan (van Haaren et al., 2021).

Vaak werd de uitgangspositie gehanteerd dat het beter was om niet te includeren tijdens een crisisperiode, maar liever in een periode dat de situatie rondom de persoon rustig was. Het idee hierbij was dat een rustige periode een betere start biedt voor het opbouwen van een zorgrelatie. Ook het besluitvormingsproces om tot een keuze te komen over inclusie verschilde per proeftuinregio. Wanneer een persoon niet werd geïncludeerd dan werd vaak een advies gegeven aan de aanmelder.

#### *Inrichting levenslooppaanpak*

In de proeftuinregio's zijn twee varianten te onderscheiden in hoe de teams van levensloopprofessionals werden vormgegeven: 1) het formeren van een nieuw levensloopteam en 2) aansluiting bij en uitbreiding van bestaande organisatiestructuren (zie Significant, 2020 voor een gedetailleerde bespreking). In beide varianten was een verscheidenheid aan expertise op het gebied van forensische GGZ, verslavingszorg en LVB beschikbaar. In de proeftuinregio's hadden alle geïncludeerde personen een casemanager uit het levensloopteam die de eerste contactpersoon voor de geïncludeerde persoon vormde. Belangrijk om te vermelden is dat in de proeftuinregio's (nog) geen nieuwe werkwijzen of interventies waren ontwikkeld, maar dat de levenslooppaanpak hoofdzakelijk een nieuwe manier van domeinoverstijgend samenwerken was (Significant, 2020).

In Overijssel en Midden-Nederland was gekozen om een nieuw levensloopteam te formeren. Hier werden nieuwe multidisciplinaire levensloopteam ingericht. In Midden-Nederland was het nieuwe team opgebouwd uit drie verschillende ForFACT-teams. Naast het nieuwe levensloopteam kon een geïncludeerde persoon ook worden toegewezen aan een bestaand ForFACT-team. In Overijssel bestond dit nieuwe team uit een vaste groep en een flexibele schil (met expertise op het gebied van LVB, verslaving of reclassering) die op consultatiebasis werd geraadpleegd.

In Oost-Brabant en Limburg was gekozen om aan te sluiten bij bestaande organisatiestructuren. Hier werd de levenslooppaanpak ondergebracht bij verschillende reeds bestaande ForFACT-teams. In dit geval werd er per nieuwe geïncludeerde persoon vanuit een ForFACT-team een levensloopteam gevormd rondom de persoon. In zowel Oost-Brabant als in Limburg was een functionaris vanuit de gemeente aangesloten bij het levensloopteam en was er een procesregisseur vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis betrokken voor het geval dat de samenwerking stagneerde.

In iedere proeftuinregio werd binnen de teams van levensloopprofessionals gebruik gemaakt van trajectplannen, waarin onder meer behandel- en begeleidingsdoelen, interventies, criteria voor op- en afschaling, lange termijndoelen, scenario's en afspraken over financiering konden worden vastgelegd. De insteek van het trajectplan was doorgaans dat het samen met de geïncludeerde persoon zou worden opgesteld. In de regionale evaluatie in Overijssel werd echter geschreven dat het opstellen van een trajectplan niet altijd lukte, vanwege de tijd die het kostte om een zodanige relatie met de geïncludeerde personen op te bouwen om in gezamenlijkheid aan het plan te kunnen werken (Projectgroep Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel, 2020). Bovendien werd genoemd dat het plan mogelijk afdeed aan de flexibiliteit die juist nodig is bij de doelgroep. In Limburg werd het trajectplan

---

(dubbel of triple diagnose) en/of NAH, 3) problemen/probleemgedrag op meerdere levensgebieden (multiproblematiek), 4) ambulante nabijheid verhoogt kwaliteit van leven en/of verlaagt risico op delictgevaar, 5) langdurige en terugkerende problematiek: de historie laat een beeld zien van rondpompen/tussen wal en schip/zorgmijding/bemoeizorg/uitstoting, 6) de persoon heeft eerder een strafrechtelijke titel, ZM of CM gehad, heeft geen strafrechtelijke titel (meer/of deze is bijna afgelopen), 7) reguliere zorg en begeleiding hebben niet het gewenste effect gehad en 8) organiciteit is geen uitsluiting.

ook ingezet om de voortgang van de geïncludeerde persoon te monitoren, waarbij gebruik werd gemaakt van diverse gevalideerde evaluatie- en risicotaxatie-instrumenten (Moonen et al., 2021).

#### *Opschalen naar beveiligde intensieve zorg, afschalen naar ambulante zorg*

Ook op het gebied van opschalen naar beveiligde intensieve zorg en afschalen naar ambulante zorg zijn twee varianten te onderscheiden: 1) het realiseren van een aparte beveiligde afdeling voor geïncludeerde personen zonder zorgtitel en 2) gebruik maken van bestaande klinische voorzieningen (Significant, 2020). In Oost-Brabant was sprake van de eerste variant; in Eindhoven was een afdeling Beveiligd Intensieve Zorg (BIZ) met 12 bedden beschikbaar voor mensen zonder zorgtitel, waaronder voor geïncludeerde personen van de levenslooppaanpak. Als de bedden bezet waren dan konden de levensloopprofessionals inzetten op de reguliere klinische opnamemogelijkheden. In Oost-Brabant was dan ook sprake van een relatief snelle toegang tot beveiligde intensieve zorg (van Haaren et al., 2021). In de andere drie proeftuinregio's was sprake van de tweede variant en was geen aparte beveiligde locatie voor geïncludeerde personen beschikbaar. Het voordeel van deze tweede optie was dat er gericht kon worden gekeken naar welke kliniek het meest passend was voor de geïncludeerde persoon in kwestie. Afspraken over waar welke voorziening het meest passend was bij de geïncludeerde persoon werden in een vroeg stadium gemaakt (Moonen et al., 2021; *Op- En Afschaling Binnen de Ketenveldnorm Levensloopfunctie En Beveiligde Intensieve Zorg in Overijssel*, z.d.). Het nadeel hiervan was de soms lange wachttijden voor opname en dat het opschalen veel moeite kostte (Projectgroep Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel, 2020). De behoefte om op te schalen bleek voor een gedeelte van de geïncludeerde personen in de proeftuinregio's groot, bijvoorbeeld vanwege ontwrichtend gedrag of overmatig drugsgebruik (Nijhuis et al., 2022). Het bleek in de praktijk moeilijk te zijn om afspraken te maken om geïncludeerde personen van de levenslooppaanpak prioriteit te geven voor klinische opname.

### 1.9. Eerste resultaten van de levenslooppaanpak in de proeftuinregio's en uitdagingen

De maatschappelijke businesscase rapportage van Significant (2022) geeft inzicht in de eerste baten van de levenslooppaanpak in de proeftuinregio's. Een overzicht van deze effecten is te vinden in Tabel 1. Ondanks de overwegend positieve resultaten worden verscheidene uitdagingen uitgelicht. Tabel 2 geeft een overzicht van deze uitdagingen.

*Tabel 1: Baten van de levenslooppaanpak in de proeftuinregio's*

<b>Belanghebbende</b>	<b>Baten</b>
Geïncludeerde persoon	Eén vast, vertrouwd contactpersoon voor geïncludeerde persoon Gemakkelijker vinden van een passende opname- of woonplek Toegenomen inspraak van geïncludeerde persoon in zorg en ondersteuning Verbeterde relaties van geïncludeerde persoon met naasten Langdurige betrokkenheid van levensloopcasemanager is ondersteunend bij grote veranderingen (bijv. na opname in een kliniek, periode na detentie, of tijdens een crisissituatie)
Directe naasten	Naasten voelen zich gehoord en serieus genomen Band met geïncludeerde persoon is verbeterd Afgenomen overlast voor de omgeving
Professionals	Er is één vast aanspreekpunt dat de regie neemt

Belanghebbende	Baten
	Er wordt naar het ‘complete plaatje’ van zorg, straf en ondersteuning gekeken
	Levenslooppaanpak geeft de casus meer urgentie bij ketenpartners
	Door toegenomen gevoel van urgentie bij ketenpartners lukt het vaker om een stabiele woonoplossing te vinden
	Toegenomen afstemming tussen organisaties uit verschillende domeinen waardoor escalaties kunnen worden voorkomen
	Verbeterde samenwerking tussen zorgaanbod (GGZ, verslavingszorg, LVB) en gemeentelijke zorg (Wmo-begeleiding en beschermd wonen)
	Verbetering van processen van op- en afschaling door verbeterde samenwerking tussen organisaties

Bron: Significant (2022)

Tabel 2: Uitdagingen van de levenslooppaanpak in de proeftuinregio's

Domein	Uitdagingen
Vinden van stabiele woonoplossing	Beperkt aanbod van geschikte woonvoorzieningen Lange wachtlijsten
Op- en afschaling naar beveiligde, intensieve zorg	Beperkte bekendheid van levenslooppaanpak bemoeilijkt crisisopname Tekort aan plekken
Meerwaarde	Meerwaarde van de aanpak is niet altijd duidelijk voor ketenpartners Verwachtingen zijn geregeld (te) hoog
Tijdsinvestering	Grote indirecte tijdsinvestering (voorbereidingstijd, afstemming met ketenpartners, maken van trajectplannen) Toegenomen tijdsinvestering van levensloopprofessionals (zowel directe als indirecte tijd), vooral bij minder stabiele personen

Bron: Significant (2022)

De rapportages van Significant en de lokale evaluaties van de proeftuinregio's gaven ook inzicht in welke randvoorwaardelijke zaken van belang waren in de realisatie van de levenslooppaanpak. De randvoorwaarden hadden te maken met financiering, gegevensdeling, woonvormen, beveiligde bedden en het realiseren van organisatie- en discipline-overstijgende samenwerking.

#### Financiering

Ten tijde van het onderzoek van Significant waren er geen structurele afspraken over de financiering van de levenslooppaanpak (Significant, 2020). Per 1 juli 2022 kwam een vast dagelijks tarief voor de inzet van de levensloopcoördinator afgesproken, waarvoor geen tijd voor geschreven hoefde te worden.<sup>7</sup> Ook hebben de Zorg- en Veiligheidshuizen extra middelen gekregen voor de procesregie. Tekenend voor de belangrijke rol van financiering was dat in de proeftuinregio Midden Nederland per 1 januari 2022 geen nieuwe personen in de aanpak werden geïncorporeerd vanwege het gebrek aan financiering beschikbaar voor een forensisch levensloopcoördinator.<sup>8</sup> Verder werd in de regionale evaluatie uit Overijssel de hoge werkdruk bij betrokken procesregisseurs als gevolg van de levenslooppaanpak beschreven (Projectgroep Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel, 2020). In de

<sup>7</sup> Zie <https://www.fivoor.nl/nieuws/financiering-levenslooppaanpak-rond/>, geraadpleegd op 20 december 2022

<sup>8</sup> Zie <https://www.continuiteitvanzorg.nl/regio-s-15-46-14/midden-nederland/>, geraadpleegd op 20 december 2022 en <https://www.fivoor.nl/nieuws/financiering-forensisch-levensloopcoördinator-is-nog-niet-geregeld/>, geraadpleegd op 20 december 2022.

proeftuinen bleek verder dat levensloopprofessionals een gebrek aan capaciteit ervoeren voor de uitvoering van casus- en procesregie (van Haaren et al., 2021).

#### *Gegevensdeling*

Ook ingewikkeldheden rondom gegevensdeling tussen ketenpartners kwamen aan bod in de rapportages van Significant (Significant, 2020). Het delen van gegevens tussen partners uit het forensische domein, sociale domein en zorgdomein bleek van groot belang te zijn om de levenslooppaanpak uit te voeren. Vanwege de complexiteit van de doelgroep en het feit dat verschillende organisaties uit verschillende domeinen op verschillende juridische grondslagen met elkaar samenwerken binnen de levenslooppaanpak konden gegevens over geïnccludeerde personen in de proeftuinregio's niet eenvoudig tussen organisaties worden gedeeld. Dit belemmerde de uitvoering van de levenslooppaanpak. Om informatie te delen golden verschillende procedures, afhankelijk van of de persoon vrijwillig of gedwongen geïnccludeerd was (zie Reijerse & Sonnenschein, 2022 voor een gedetailleerde bespreking).

#### *Beschikbaarheid van passende woonvormen*

Het organiseren van een passende woonvorm voor geïnccludeerde personen bleek een belangrijke randvoorwaarde te zijn om tot een stabiele leefsituatie te komen (Significant, 2020). Het was niet eenvoudig om een passende verblijfplek te vinden vanwege de complexe problematiek en eerdere incidenten van personen in de beoogde doelgroep. Geïnccludeerde personen konden hierom worden geweigerd bij maatschappelijke opvang, woningcorporaties of bijzondere woonvormen. Ook was begeleid wonen niet voor alle geïnccludeerde personen geschikt, omdat veel geïnccludeerde personen niet goed konden functioneren in een groep. Het tekort aan woonvormen was verder een complicerende factor bij het afschalen van beveiligde intensieve zorg in een klinische setting naar ambulante zorg en ondersteuning.

#### *Beschikbaarheid van beveiligde bedden*

De ervaringen uit de proeftuinregio's wezen uit dat het voor een deel van de casuïstiek nodig was om op te schalen naar beveiligde intensieve zorg in een klinische setting (Nijhuis et al., 2022). In het geval van een dreigende crisissituatie was het noodzakelijk dat er snel kon worden opgeschaald. Een belangrijke randvoorwaarde bleek te zijn dat vroegtijdig afspraken werden gemaakt over beschikbaarheid van beveiligde bedden voordat de crisissituatie zich voordoet. Uit de ervaringen in de proeftuinregio's bleek dat het landelijk opgezette 'Dashboard beveiligde bedden'<sup>9</sup> kon ondersteunen bij het vinden van een beveiligd bed, maar dat het probleem van de beperkte beschikbaarheid van deze locaties daarmee niet was opgelost (Nijhuis et al., 2022).

#### *Organisatie- en discipline-overstijgende samenwerking*

Ten slotte bleek uit het onderzoek van Significant dat het realiseren van organisatie- en discipline-overstijgende samenwerking tussen verschillende ketenpartners een belangrijke randvoorwaarde was om de aanpak te laten slagen (van Haaren et al., 2021). Hierbij was het ten eerste van belang om de juiste partijen bij de aanpak betrokken te krijgen. Dit gold voor ketenpartners in de uitvoering van zorg en ondersteuning (Zorg- en Veiligheidshuis, GGZ, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, forensische zorg, politie), de inkoop om zorg en ondersteuning te financieren (verzekeraars, zorgkantoren, justitie en gemeenten) en de bestuurlijke keten om

---

<sup>9</sup> Het Dashboard Beveiligde Bedden is een platform waarbij de capaciteit en wachttijden inzichtelijk worden gemaakt. Zie <https://www.beveiligdebedden.nl/>, geraadpleegd op 20 december 2022.

randvoorwaardelijke zaken te regelen (gemeenten, Openbaar Ministerie, politie, etc.).

Uit de eerste ervaringen van de landelijke implementatie van de aanpak bleek dat het initieel lastig was om in de uitvoering de verstandelijk gehandicaptensector, de verslavingszorg en de gemeenten aan te laten sluiten. Ook bleek het in de praktijk ingewikkeld om partners in de inkoopketen (zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten in hun rol als zorgfinanciers) aan te laten sluiten om structurele afspraken te maken over de financiering van de zorg en ondersteuning van de levenslooppaanpak. Ten tweede bleek het belangrijk te zijn dat het gedachtengoed van de levenslooppaanpak onderschreven werd door alle de betrokken partners. Ten slotte was een belangrijke, maar gecompliceerde, randvoorwaarde om in de praktijk gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorg en ondersteuning van de geïnccludeerde persoon te realiseren.

### 1.10. Context in Noord Nederland

De levenslooppaanpak wordt in Nederland in 11 regio's georganiseerd.<sup>10</sup> De regio Noord Nederland telt 1.7 miljoen inwoners en omvat de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. De organisatie van het zorgdomein, het veiligheidsdomein en het sociaal domein in Noord Nederland is een belangrijke context om de organisatie van de levenslooppaanpak in Noord Nederland te begrijpen. Noord Nederland kent drie Zorg- en Veiligheidshuizen; één voor iedere provincie. Noord Nederland vormt echter één organisatieregio (arrondissement) voor het Openbaar Ministerie, de politie en de reclassering. Iedere provincie kent eigen provinciale zorginstellingen (GGZ Friesland, GGZ Drenthe en Lentis) en meer regionale zorginstellingen. Verder is de verslavingszorg (Verslavingszorg Noord Nederland) en verstandelijk gehandicaptenzorg boven-provinciaal georganiseerd. Daarnaast zijn er meer regionaal georganiseerde verslavingszorg- en verstandelijk gehandicaptenzorginstellingen. Binnen de provincies bestaan grote verschillen tussen gemeenten, onder meer in termen van populatie en daarmee de potentiële omvang van de doelgroep van de levenslooppaanpak. Ook verschillen de gemeenten in organisatiestructuren.

In Noord Nederland wordt geschat dat de potentiële doelgroep van de levenslooppaanpak zo'n 150 personen omvat. In 2021 is in Drenthe een verkenning gedaan naar de vraagstukken rondom de potentiële doelgroep van de levenslooppaanpak (Swieters & Pot, 2021). De omvang van de potentiële doelgroep in Drenthe bleek naar schatting te liggen tussen 30 en 40 personen. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de communicatie tussen verschillende organisaties die betrokken zijn bij potentieel te includeren personen stroef verliep, dat er beperkt informatie werd gedeeld of kon worden gedeeld tussen verschillende betrokken partijen en dat er (onder meer) behoefte was aan centrale casusregie. Tegelijkertijd werd grote bereidheid om gezamenlijk te werken aan oplossingen voor deze beoogde doelgroep geconstateerd. In het onderzoek werd onder meer geconcludeerd dat er in Drenthe veel behoefte was aan de levenslooppaanpak.

---

<sup>10</sup> Noord Nederland, Noord-Holland, Overijssel, Midden-Nederland, Amsterdam, Gelderland, Den Haag, Rotterdam, Oost-Brabant, Zeeland-West-Brabant en Limburg.



## 2. Onderzoek in Noord Nederland

### 2.1. Doel en vraagstelling

Van september 2020 tot en met juli 2022 is de implementatie van de levenslooppaanpak in Noord Nederland gevolgd vanuit het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Gemeente Groningen in samenwerking met het Verbindend Landelijk Ondersteuningsteam (VLOT) van de Vereniging Nederlandse gemeenten met financiering van ZonMw. Het doel van het onderzoek was tweeledig:

(1) *Beschrijvend doel:*

Beschrijven van de levenslooppaanpak in de provincies Groningen, Friesland en Drenthe, met betrekking tot beslissingen over inclusie/exclusie van geïnccludeerde personen en beschrijving van de doelgroep, werkwijze van de verschillende organisaties en korte-termijneffecten van de aanpak. Hierbij wordt tevens een beschrijving gegeven van probleempunten en gevonden oplossingen bij de totstandkoming van de aanpak. Het huidige rapport richt zich hoofdzakelijk op deze doelstelling.

(2) *Actiegericht doel:*

Gezamenlijk met betrokken ketenpartners in het sociaal domein, zorgdomein en veiligheidsdomein inventariseren van probleempunten, signaleren van oplossingsrichtingen en het werken aan de oplossingsrichtingen. Daarbij worden producten ontwikkeld ten behoeve van de aanpak. De producten zijn te vinden op <https://www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl/>.

#### *Onderzoeksvragen*

Het onderzoek is gestart met de volgende overkoepelende vraag: *Wie doet wat bij wie met welk resultaat?* De eerste 'wie' in deze vraag verwijst naar de organisaties en professionals die betrokken zijn bij de levenslooppaanpak: welke organisaties en professionals ondernemen de acties behorende bij de levenslooppaanpak en hoe zijn de rollen verdeeld? Hierbij hoort ook de vraag of en hoe naasten van geïnccludeerde personen en ervaringsdeskundigen zijn betrokken bij de aanpak. 'Wat' verwijst naar de acties behorende bij de aanpak: welke interventie en welk hulpaanbod wordt wanneer aangeboden aan de geïnccludeerde persoon en hoe verloopt in de praktijk de organisatie overstijgende samenwerking tussen professionals? De tweede 'wie' verwijst naar de geïnccludeerde persoon en diens naasten: wat zijn de kenmerken van geïnccludeerde personen en hoe worden ze geselecteerd en hoe worden naasten van de geïnccludeerde personen betrokken bij de aanpak? Het 'resultaat' verwijst naar de uitkomst van de levenslooppaanpak: wat zijn de uitkomsten van deelname aan de levenslooppaanpak op cliënt-, naasten-, professional-, organisatie- en samenlevingsniveau? De vraag is vertaald naar de volgende deelvragen:

1. Welke organisaties zijn bij de verschillende onderdelen van de levenslooppaanpak op welke manier betrokken?
2. Wat zijn de rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot de aanmelding en inclusie, de levenslooppaanpak en (eventuele) uitstroom?
3. Welke personen worden wel en niet geïnccludeerd in de levenslooppaanpak en hoe verloopt het proces rondom inclusie en exclusie?
4. Wat zijn in de praktijk de kenmerken van de doelgroep van de levenslooppaanpak?

5. Welk hulp- en ondersteuningsaanbod wordt wanneer bij welke geïncludeerde persoon en/of naasten door welke professional en organisatie uitgevoerd?
6. Hoe wordt het netwerk van de geïncludeerde persoon betrokken met betrekking tot de aanmelding, levenslooppaanpak en (eventuele) uitstroom?
7. In hoeverre is de levenslooppaanpak effectief voor geïncludeerde personen, naasten, professionals en wat zijn de werkzame bestanddelen?
8. Aan welke randvoorwaarden moet de levenslooppaanpak voldoen om succesvol te zijn?

## 2.2. Methode van onderzoek

Een verscheidenheid aan onderzoeksmethoden is toegepast om de doelstellingen van het onderzoek te behalen. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van drie methoden: 1) semigestructureerde interviews en focusgroep-bijeenkomsten, 2) observaties en 3) dossieranalyses. Tabel 3 toont een overzicht van de verzamelde onderzoeksgegevens.

In het onderzoek is intensief samengewerkt met studenten van de Hanzehogeschool Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen. De studenten voerden de onderzoeken uit in het kader van hun afstudeeropdracht en waren onder meer afkomstig uit de afstudeerrichtingen Social Work, Sociaal Juridische Dienstverlening, Toegepaste Psychologie, Verpleegkunde, Sociologie en Forensische Psychologie. De studentonderzoeken vormden deelprojecten binnen het bredere onderzoek en vormden gezamenlijk een belangrijk deel van de input voor het onderzoek. De studenten ontwikkelden de vraagstelling en praktijkproducten in samenwerking met het werkveld en het onderzoeksteam. De semigestructureerde interviews en observaties werden gedeeltelijk afgenomen door studenten onder supervisie van het onderzoeksteam.

### *Semigestructureerde interviews en focusgroepen*

In de periode van februari 2021 tot en met oktober 2022 zijn in totaal 53 interviews afgenomen met professionals die werkzaam zijn binnen Groningen ( $N = 19$ ), Friesland ( $N = 12$ ) en Drenthe ( $N = 12$ ),<sup>11</sup> of die overkoepelend werkzaam zijn binnen de drie noordelijke provincies ( $N = 8$ ). De geïnterviewde professionals waren afkomstig uit het sociaal domein ( $N = 17$ ), veiligheidsdomein ( $N = 19$ ) en zorgdomein ( $N = 13$ ).<sup>12</sup> Drie interviews gingen specifiek over naasten en werden gevoerd met een naaste van een geïncludeerde persoon in de levenslooppaanpak in Noord Nederland en twee ervaringsdeskundige naasten. In alle interviews werd een gemeenschappelijke set aan vragen gesteld wanneer dit passend was (te vinden in bijlage 1).

Daarnaast werden in twee focusgroep-bijeenkomsten discussies gevoerd om specifieke thema's verder uit te lichten, namelijk de werkzame bestanddelen van de aanpak (uitgevoerd met twee medewerkers van Zorg- en Veiligheidshuizen) en de rol van naasten in de aanpak (uitgevoerd met drie experts/ervaringsdeskundigen op het gebied van naastenondersteuning). Van de interviews en bijeenkomsten van de focusgroep werden samenvattingen geschreven.

### *Observaties en dossieranalyses*

In de periode van september 2021 tot en met juni 2022 zijn de aanmeld- en inclusiebijeenkomsten en de levensloopbijeenkomsten geobserveerd. Hierbij is gebruik gemaakt van gestructureerde observatieschema's (zie bijlage 2 en 3). Door middel van observaties kon een

---

<sup>11</sup> Twee geïnterviewde participanten konden binnen een provincie worden ingedeeld omdat het ervaringsdeskundigen uit andere provincies betrof.

<sup>12</sup> Eén van de geïnterviewde participanten kon niet in één van de drie domeinen worden ingedeeld.

gedetailleerd beeld worden gevormd over de daadwerkelijke implementatie en dagelijkse uitvoering van de levenslooppaanpak.

De observaties van de aanmeld- en inclusieoverleggen konden alleen worden uitgevoerd in Groningen en Friesland, doordat in de loop van het onderzoek de inclusietafels in Drenthe wegens gebrek aan helderheid over financiering werden geannuleerd. In Groningen en Friesland werden daarnaast ook levensloopbijeenkomsten geobserveerd. Daarbij is het belangrijk om op te merken dat de aard van de levensloopbijeenkomsten in Friesland ten tijde van de observaties vooral oriënterend was en Groningen met name bezig was met de uitvoering van de aanpak. In Drenthe was het niet mogelijk om observaties van levensloopbijeenkomsten uit te voeren, maar is wel toegang verkregen tot de dossiermateriaal van vier geïncludeerde personen. Deze zijn samengevat en geanonimiseerd.

#### *Contextualiseren van onderzoeksgegevens*

Daarnaast zijn de onderzoekers in de periode van september 2020 tot en met augustus 2022 aanwezig geweest bij project- en stuurgroepoverleggen en zijn verscheidene bovenregionale conferenties door de onderzoekers bijgewoond en/of georganiseerd. Ook zijn relevante documenten door de onderzoekers vergaard (o.a. notulen, aanmeldformulieren, beleidsdocumenten).

*Tabel 3: Overzicht van onderzoeksgegevens*

<b>Onderzoeksmethode</b>	<b>Aantal</b>
Semigestructureerde interviews	53
Focusgroep-bijeenkomsten	2
Observaties levensloopbijeenkomsten	18 observaties in Groningen 3 observaties in Friesland
Observaties aanmeld- en inclusieoverleg	3 observaties in Groningen 8 observaties in Friesland
Dossieranalyse van geïncludeerde personen	Dossiers van 4 geïncludeerde personen in Drenthe
Gegevens over kenmerken van geïncludeerde personen	Gegevens voor 11 geïncludeerde personen uit Groningen (peildatum: 21 juni 2022) Gegevens voor 5 geïncludeerde personen uit Friesland (peildatum: 24 oktober 2022) Gegevens voor 4 geïncludeerde personen uit Drenthe (peildatum: 13 juli 2022)

#### *Analysemethode*

Op basis van de onderzoeksvragen, literatuur en een eerste lezing van de data werd een thematisch raamwerk ontwikkeld, bestaande uit 20 deelonderwerpen die werden vertaald naar codes (zie bijlage 4). Deze codes werden vervolgens systematisch toegepast op de onderzoeksgegevens in Atlas.ti 22 (software voor kwalitatieve data analyse). Tekstfragmenten werden daarmee onderverdeeld in de deelonderwerpen uit het thematisch raamwerk. Daarna werden alle datafragmenten per deelonderwerp bestudeerd in relatie tot de hoofdvraag en deelvragen van het onderzoek. Tijdens het coderen van de data werden notities gemaakt van secties die lastig binnen de deelonderwerpen te plaatsen waren, of in de optiek van de onderzoekers speciale analytische aandacht verdienden. Voorbeelden van de onderwerpen van deze notities waren 'positionering van het levensloopteam', '(zoeken naar) meerwaarde van aanpak' en 'regievoering'.

#### *Actiegericht doel*

In het kader van de actiegerichte doelstelling van het onderzoek zijn producten ontwikkeld die kunnen helpen om de implementatie van de levenslooppaanpak te bevorderen. Dit is gedaan door praktijkvragen vanuit professionals te inventariseren. Hierbij ging het onder meer om het ontwikkelen van aanmeldformulieren, informatiemateriaal voor indirect betrokken partijen, overzichten van mogelijke woonplaatsen voor geïnccludeerde personen van de levenslooppaanpak en overzichtelijke informatie over de organisatie van de levenslooppaanpak in proeftuinregio's. De praktijkvraag was leidend voor het praktijkproduct. De producten zijn beschikbaar op <https://www.onderzoeklevenslooppaanpak.nl/producten>. In het conclusiehoofdstuk blikken we terug op de actiegerichte doelstelling.

## 3. Resultaten

### 3.1. Betrokkenheid van organisaties

Deze paragraaf wordt de eerste deelvraag behandeld: ‘Welke organisaties zijn bij de verschillende onderdelen van de levenslooppaanpak op welke manier betrokken?’. Net als in de proeftuinregio’s waren in Noord Nederland twee organisatievormen te onderscheiden: 1) een nieuw opgesteld levensloopteam en 2) aansluiting op bestaande samenwerkingsstructuren. In Groningen was ervoor gekozen om een (gedeeltelijk) nieuw levensloopteam in te richten. In Drenthe werd aangesloten op bestaande samenwerkingsstructuren. In Friesland werd in eerste instantie gestart met een nieuw opgesteld levensloopteam, maar werd later overgegaan op een vorm waarbij op bestaande structuren werd aangesloten.

Het is analytisch zinvol om de partijen die betrokken zijn bij de levenslooppaanpak in te delen in een ‘eerste ring’ en een ‘tweede ring’. Met de eerste ring worden professionals bedoeld die direct betrokken zijn bij de organisatie en inrichting van de levensloopfunctie. Deze partijen waren betrokken bij alle geïnccludeerde casussen. In alle provincies waren dit in ieder geval het Zorg- en Veiligheidshuis en de GGZ in de vorm van ForFACT of Forensisch ACT. De verdere invulling van de eerste ring verschilde per provincie; lokaal werd besproken welke partijen het meest passend waren om te betrekken bij de aanpak, bijvoorbeeld vanwege hun expertise en mandaat om ondersteuning te kunnen organiseren binnen de keten. De tweede ring bestond uit partijen die betrokken waren bij de geïnccludeerde persoon, maar niet bij de directe uitvoering van de levenslooppaanpak. Hierbij kan worden gedacht aan de politie, woonbegeleiders, medewerkers van penitentiaire inrichtingen, medewerkers uit klinische setting, bewindvoerders en verschillende diensten van de gemeente. De samenstelling van de tweede ring was afhankelijk van de provincie, de situatie en problematiek van de geïnccludeerde persoon.

#### *Organisatie van de levenslooppaanpak in Groningen*

In Groningen werd een (gedeeltelijk) nieuw levensloopteam gevormd bestaande uit vijf partijen in de eerste ring: het Zorg- en Veiligheidshuis Groningen, ForFACT vanuit Lentis/AFP, Cosis (expertise op het gebied van LVB), Wender (maatschappelijke opvang) en OGGZ van WIJ Groningen (sociaal team met forensische expertise). Deze partijen kwamen wekelijks bijeen in een levensloopteamoverleg. Tijdens deze overleggen werden alle geïnccludeerde casussen besproken. Ook werden geregeld bijeenkomsten gewijd aan een uitgebreide bespreking van één specifieke geïnccludeerde persoon, waarbij organisaties uit de tweede ring die bij de casus betrokken waren aansloten bij het overleg. Voorbeelden van organisaties uit de tweede ring die aansloten bij deze overleggen waren de gemeente, politie, reclassering, daklozenopvang, Housing First en handhaving. In de provincie Groningen werd de levenslooppaanpak in de opstartfase alleen met cliënten uit de gemeente Groningen gestart. Vanwege de relatief kleine schaal van de aanpak konden snel personen worden geïnccludeerd. Het doel was om ervaring op te doen op kleine schaal, om vervolgens de aanpak verder uit te breiden naar de omliggende gemeenten. Vanaf begin 2022 werden ook personen uit andere gemeenten geïnccludeerd, onder meer de gemeente Eemsdelta.

#### *Organisatie van de levenslooppaanpak in Friesland*

In Friesland werd in de eerste fase gekozen om een nieuw levensloopteam te vormen, maar deze vorm werd in mei 2022 losgelaten. In de eerste fase bestond de eerste ring uit het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland, ForFACT vanuit Verslavingszorg Noord Nederland en de GGZ Friesland,

Trajectum (LVB) en het Sociaal Domein Fryslân (gemeente). Er werd enkele maanden gewerkt met deze vorm, waarbij twee personen werden geïnccludeerd. Vanwege de tegenvallende resultaten, de grote tijdsinvestering van professionals, de relatief beperkte omvang van de doelgroep in verhouding tot de tijdsinvestering en de beperkte financiering vanuit de moederorganisaties van de professionals werd besloten de initiële vorm niet door te zetten.

Daarna werd besloten verder te gaan in een nieuwe, kleinere vorm. In deze tweede fase werd de aanpak hoofdzakelijk getrokken door het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland. Uniek aan deze organisatievorm is dat vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland een trajectbegeleider<sup>13</sup> aan iedere geïnccludeerde casus werd gekoppeld. De insteek hiervan was dat de trajectbegeleider langdurig betrokken bleef bij de geïnccludeerde persoon en persoonlijk en langdurig één-op- één contact met de geïnccludeerde persoon onderhield gedurende het traject. De procesregie van de geïnccludeerde persoon was in deze vernieuwde organisatievorm belegd bij het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland en de casusregie was belegd bij de organisatie bij wie de geïnccludeerde persoon in zorg was, bijvoorbeeld ForFACT of Verslavingszorg Noord-Nederland. De tweede ring werd ingericht vanuit het maatwerkoverleg van het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland. Hierbij werd voor iedere geïnccludeerde persoon een uniek netwerk van ketenpartners opgezet. Dit netwerk werd na inclusie gevraagd om commitment uit te spreken om de levenslooppaanpak gezamenlijk uit te voeren voor deze persoon. Deze vernieuwde vorm kon binnen de onderzoeksperiode niet door de onderzoekers worden geobserveerd.

#### *Organisatie van de levenslooppaanpak in Drenthe*

De levenslooppaanpak werd in Drenthe georganiseerd vanuit bestaande samenwerkingsverbanden. Hierbij voerde het Zorg- en Veiligheidshuis Drenthe procesregie en was de uitvoering van de levenslooppaanpak bij het Forensisch ACT team van GGZ Drenthe belegd. Per geïnccludeerde persoon werd bekeken welke externe partijen in de tweede ring al betrokken waren of betrokken zouden moeten worden. Denk hierbij aan een medewerker openbare orde en veiligheid van de gemeente, een professional vanuit een betrokken zorginstelling, een wijkagent, een professional van de maatschappelijke opvang (zoals het Leger des Heils), een curator, een bewindvoerder en een professional vanuit het zorgkantoor. Deze betrokkenheid van partijen in de tweede ring werd georganiseerd via het maatwerkoverleg van het Zorg- en Veiligheidshuis Drenthe, van waaruit samenwerkingsverbanden met externe partijen rondom de geïnccludeerde persoon werden opgezet. De samenstelling van partijen in de tweede ring verschilde per geïnccludeerd persoon, maar ook op verschillende momenten in de tijdlijn van een geïnccludeerd persoon.

### 3.2. Rollen en taken van organisaties en professionals

In deze paragraaf staat de tweede deelvraag centraal: ‘Wat zijn de rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot de aanmelding en inclusie, de levenslooppaanpak en (eventuele) uitstroom?’.

#### *Rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot de aanmelding en inclusie*

Aanmeldingen voor nieuw te includeren personen voor de levenslooppaanpak kwamen veelal binnen via het Zorg- en Veiligheidshuis, de levenslooppaanbieders of convenantpartners van organisaties die betrokken waren in de eerste ring. Ook voor het aanmeld- en inclusieproces waren verschillen tussen de drie provincies zichtbaar. Hierbij waren twee vormen te onderscheiden: 1) een geïntegreerd aanmeld- en inclusieproces, waarbij het aanmeld- en inclusieproces was belegd bij de

---

<sup>13</sup> De functie van trajectbegeleider bestaat niet in alle Zorg- en Veiligheidshuizen.

levensloopprofessionals en 2) een onafhankelijk aanmeld- en inclusieproces, waarbij een losstaand overleg werd georganiseerd met een verscheidenheid aan ketenpartners en een beslissing werd genomen over inclusie.

In Groningen werd het aanmeld- en inclusieproces vormgegeven volgens een geïntegreerd model. In Drenthe en Friesland werd geëxperimenteerd met verschillende vormen van het aanmeld- en inclusieproces. Beide provincies begonnen met een onafhankelijk model, waarbij de nadruk lag op objectieve screening van de inclusiecriteria en breed draagvlak onder verschillende partijen voor inclusie. Daarvoor was het van belang dat een brede vertegenwoordiging van partners uit het sociale domein, het veiligheidsdomein en het zorgdomein aansloot bij de inclusieberaden. In Drenthe sloten hierbij de volgende partijen aan: GGZ Drenthe, Zorg en Veiligheidshuis Drenthe, vertegenwoordigers van verscheidene Drentse gemeenten en Trajectum. In Friesland ging het om de volgende partijen: Zorg en Veiligheidshuis Friesland, Dienst Justitiële Inlichtingen, GGZ, Verslavingszorg Noord Nederland Reclassering, Sociaal Domein Fryslân en Trajectum. Om de objectiviteit van de beslissing te bevorderen werd de casuïstiek in Friesland en Drenthe anoniem besproken. Desalniettemin kwam het geregeld voor dat de deelnemers van de aanmeldtafel dachten een redelijk accurate inschatting te kunnen geven om welke individu het ging; veel van de besproken personen waren lange tijd bekend bij de betrokken organisaties. Dit had te maken met de relatief geringe populatie en daarmee geringe omvang van de beoogde doelgroep in de drie regio's in Noord Nederland. In een later stadium werd in zowel Friesland als in Drenthe het inclusieproces belegd bij de eerste ring, waarmee in alle drie provincies uiteindelijk sprake was van een geïntegreerd aanmeld- en inclusieproces.

#### *Rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot de levenslooppaanpak*

Hoe de rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot de levenslooppaanpak waren vormgegeven was afhankelijk van de organisatievorm van de levenslooppaanpak. Groningen droeg het levensloopteam als geheel zorg voor de geïnccludeerde persoon. Vanuit het levensloopteam werd een contactpersoon toegewezen aan de geïnccludeerde persoon die de casusregie voerde. Vaak was dit iemand van ForFACT (Lentis/AFP) of van de OGGZ (WIJ Groningen, forensisch team). Deze persoon nam het voortouw in het contact met de geïnccludeerde persoon. De procesregie werd gevoerd vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis. Iedere casus werd binnen het wekelijkse overleg van het levensloopteam besproken, waarbij gezamenlijk werd gezocht naar oplossingen voor vraagstukken die zich voordeden.

In Drenthe nam het Zorg- en Veiligheidshuis de procesregie op zich. Om iedere geïnccludeerde persoon heen werd een netwerk van betrokken organisaties in de tweede ring geconstrueerd. Dit netwerk kon uit een verscheidenheid aan organisaties bestaan, afhankelijk van de problematiek en zorgvraag van de geïnccludeerde persoon. Als voorbeeld waren er bij een geïnccludeerde persoon de volgende partijen in de tweede ring betrokken: reclassering, Dienst Justitiële Inrichtingen, het Openbaar Ministerie, een verslavingskliniek, een forensische psychiatrische kliniek, politie en een directe naaste van de geïnccludeerde persoon. Het Zorg- en Veiligheidshuis onderhield structureel contact met dit netwerk om de meest passende vorm van zorg en ondersteuning te realiseren. Het Forensisch ACT team van GGZ Drenthe voerde de casusregie uit en was betrokken bij alle geïnccludeerde personen in Drenthe. De directe ondersteuning en het cliëntcontact was grotendeels (maar niet uitsluitend) belegd bij het Forensisch ACT team.

In Friesland leverde het Zorg- en Veiligheidshuis in de tweede fase een trajectbegeleider die langdurig bij de geïnccludeerde persoon betrokken bleef en één-op-één contact onderhield. De casusregie was belegd bij de organisatie bij wie de geïnccludeerde persoon primair in zorg was. De

procesregie werd gevoerd vanuit het Zorg- en Veiligheidshuis. Zoals aangegeven betreft dit een nieuwe invulling van de levenslooppaanpak. Vanwege de nieuwe aard van de vorm hebben de onderzoekers deze vorm niet gedetailleerd in kaart kunnen brengen.

Al met al verschilden de drie provincies van elkaar in de manier waarop de levenslooppaanpak werd vormgegeven, onder meer in termen van de organisatie van de aanpak en de samenstelling van de betrokken organisaties. Het is duidelijk dat de verschillende provincies zoekende waren in hoe zij deze aanpak het best vorm konden geven, wie welke rol zou moeten hebben en hoe de aanpak te organiseren is.

#### *Rollen en taken van organisaties en professionals met betrekking tot uitstroom*

De uitstroom van geïnccludeerde persoon was in Noord Nederland, net als in de proeftuinregio's, nog niet aan de orde. Daarom kunnen geen uitspraken worden gedaan over het proces van uitstroom. De insteek is dat geïnccludeerde personen na twee jaar stabiliteit kunnen uitstromen, waarbij de levensloop-professionals op de achtergrond aanwezig blijven voor het geval de situatie destabiliseert.

#### *Samenwerking*

Eén van de doelen van de levenslooppaanpak is dat op een andere, nieuwe manier wordt samengewerkt tussen organisaties uit het zorgdomein, het veiligheidsdomein en het sociaal domein, om zo tot een langdurige, stabiele oplossing voor deze complexe doelgroep te komen.

In Groningen waren de ervaringen omtrent samenwerking overwegend positief. Het levensloopteam zag elkaar wekelijks, ontwikkelde zich tot een gezamenlijk team waarbij het netwerk aangesloten professionals effectief benut kon worden. Doordat de professionals uit verschillende organisaties samen in één team samenwerkten werd de onderlinge communicatie als soepel ervaren. Rondom een casus werd een online omgeving gecreëerd (via Zivver) waar updates over de geïnccludeerde persoon werden geplaatst en alle betrokken partijen bij die casus informatie konden delen. Een plan rondom een casus werd besproken met de eerste en tweede ring. Opvallend was de actieve en betrokken houding van alle professionals, die graag af wilden stemmen en samenwerken. Op verschillende momenten ontstonden vragen over casusregie. Zo was er in een levensloopteambijeenkomst een reclasseringswerker zich afvroeg: *“wie is er nu eigenlijk in de lead? Normaal ben ik dat, zijn jullie dat nu?”*. De formele status van het levensloopteam was ten tijde van het onderzoek nog niet concreet, al voeren zij in de praktijk wel proces- en casusregie. Het doel was om een gezamenlijk plan te hebben voor een casus, waarbij iedere ketenpartner een op het gezamenlijke plan afgestemd eigen plan had binnen de eigen organisatie.

In Friesland was in de voorbereidende fase lang georiënteerd op de organisatie van het project. In de voorbereidende gesprekken werd duidelijk dat professionals onduidelijkheden ervoeren rondom de meerwaarde van de aanpak en wat ieders rol en taak zou zijn. In de tweede fase, ten tijde van de tweede organisatievorm, werd gekozen om de aanpak op een andere manier aan te vliegen en werd 'gewoon gestart'.

In Drenthe voerde het Zorg- en Veiligheidshuis procesregie. Daarbij werd gezorgd dat de juiste partijen waren aangesloten bij de casus en werden maatwerkoverleggen georganiseerd om de zorg af te stemmen. Vanuit Drenthe werd opgemerkt dat het prettig is dat de verschillende Zorg- en Veiligheidshuizen dezelfde taal spreken en daardoor ook eenvoudig casuïstiek kunnen overdragen. Eén casus werd naar Groningen overgedragen. Ook is positieve samenwerking met de GGZ Drenthe op gang gekomen. Opgemerkt werd dat *je “na verloop van tijd een vaste groep mensen krijgt die zich*



*met deze casuïstiek bezig houdt, dan creëer je expertise waardoor het makkelijker wordt om effectief samen te werken”.*

#### *Rollen en taken van ervaringsdeskundigen*

In de levenslooppaanpak in Noord Nederland was in de praktijk vooralsnog een beperkte rol weggelegd voor de inzet van ervaringsdeskundigen. Het belang van het betrekken van ervaringsdeskundigen werd door levensloopprofessionals breed gedeeld, maar de praktische invulling hiervan was niet altijd eenduidig. Dit had volgens professionals mede te maken met de problematiek van de doelgroep. Een barrière die hierin werd benoemd was dat er niet altijd veel behoefte was om te spreken met ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld in het geval van een klinische opname of een detentie: *“dan zijn heel andere gespreksonderwerpen aan de orde”* (GGZ-professional uit Groningen). Verder merkten professionals op dat de expertise van de ervaringsdeskundigen moest passen bij de doelgroep van de levenslooppaanpak. Dit vraagt om ervaringsdeskundigen met ervaring in de forensische zorg en een geschiedenis van langdurige, hardnekkige problematiek op meerdere leefgebieden. Het werd door professionals als lastig ervaren om ervaringsdeskundigen met deze expertise te vinden. Benadrukt werd dat de levensloopprofessionals ten tijde van het onderzoek hoofdzakelijk bezig waren met het zorgen dat de levenslooppaanpak van de grond kwam, waardoor in deze fase van het implementatietraject na vermeld weinig ruimte overbleef om na te denken over de inzet van ervaringsdeskundigheid. Wel werd vaak opgemerkt dat op langere termijn de inzet van ervaringsdeskundigen van groot belang is voor de levenslooppaanpak.

### 3.3. Inclusie van de doelgroep

In deze paragraaf staat de derde deelvraag centraal: ‘Welke personen worden wel en niet geïnccludeerd in de Levenslooppaanpak en hoe verloopt het proces rondom inclusie en exclusie?’.

#### *Provinciale inclusiecriteria*

Het proces rondom inclusie werd in iedere provincie op een verschillende manier vormgegeven. Naast de landelijke inclusiecriteria stelden alle drie provincies aanvullende of vervangende inclusie- en exclusiecriteria op. Hierbij viel op dat er accentverschillen waren in de inclusiecriteria tussen de drie noordelijke provincies. In Drenthe lag in de criteria het zwaartepunt bij het gevaarlijke gedrag en behoefte aan forensische expertise. Vier van de zeven criteria omvatten dit thema, zoals de risico-inventarisatie, de aanwezigheid van een rechterlijke machtiging of strafrechtelijke titel of de behoefte aan forensische expertise. In Friesland waren de criteria iets algemener geformuleerd. Voorbeelden van Friese inclusiecriteria waren dat er voldoende informatie over de achtergrondgeschiedenis van de betrokkene moest zijn, dat iemand bij voorkeur niet in acute crisis was en dat er geen andere mogelijkheden meer waren voor zorg en ondersteuning dan iemand te includeren in de levenslooppaanpak. In Groningen waren vijf criteria opgesteld, waarvan er drie betrekking hadden op het vastlopen in de keten en twee over het niet hanteerbaar en herhalend zijn van het overlast gevende en risicovolle gedrag van de te includeren persoon. Alle drie provincies voegden aan de landelijke inclusiecriteria toe dat er sprake moest zijn van een langdurige hulpverleningsgeschiedenis en het ‘rondpompen’ van de betrokkene door de zorg- en hulpverleningssystemen, waarbij ook sprake was van uitstotingsprincipes (‘niemand wil deze cliënt meer hebben’).

### *Inclusie in de praktijk*

In Groningen werden in totaal drie aanmeldoverleggen door de onderzoekers geobserveerd. In Groningen vond inclusie plaats doordat de casus werd ingebracht door één of twee leden van het levensloopteam. Ter plekke werd de casus toegelicht en werd besproken of er voldoende informatie was om een besluit te kunnen nemen. Aan de hand van de inclusiecriteria werd in dialoog besloten tot inclusie of exclusie. Tijdens dit gesprek of daarna werd het aanmeldformulier ingevuld. Van de vier geregistreerde aanmeldoverleggen is één persoon niet geïncludeerd. In dit geval had het levensloopteam een advies geformuleerd voor de aanmelder. Omdat het inclusieproces binnen het levensloopteam plaatsvond was een overdracht tussen de aanmeldbespreking en het levensloopteam niet nodig.

In Friesland werden in totaal acht aanmeldoverleggen door de onderzoekers geobserveerd. Deze vonden allen plaats in de eerste fase in het organisatieproces in Friesland. Soms werden meerdere personen tijdens één overleg besproken. Bij drie casussen was het besluit uitgesteld en is er in de volgende bespreking op teruggekomen. Van de geregistreerde besprekingen was bij één overleg sprake van inclusie. De drie andere aangemelde personen werden niet geïncludeerd omdat ze niet voldeden aan het 'alles is al geprobeerd'-criterium en/of het 'gevaar'-criterium. Wanneer er nog hulpverlening aanwezig was en verschillende interventies werden ingezet of bedacht konden worden, werd niet geïncludeerd. Er werd dan soms relatief weinig tijd besteed aan het onderzoeken of de persoon voldeed aan de criteria, maar er werd gebrainstormd over mogelijke aanpakken en interventies die gepleegd konden worden. Hierdoor kon rolverwarring optreden: *"moeten we nu alleen ja of nee zeggen, of mogen we inhoudelijk meedenken en adviezen geven?"*. De werkwijze van de inclusietafel is meerdere malen gedurende het proces aangepast en aangescherpt. Zo werd geëxperimenteerd met verschillende structuren (stemrondes en vragenrondes), de presentatie van de informatie over de te bespreken casus (mondeling of schriftelijk) en met het concreet bespreken van de criteria. Ook de rol en taak van de inclusietafel was onderwerp van gesprek. Friesland wilde de inclusietafel benutten als een expertgroep die ook later in trajecten benut zou kunnen worden. De inclusietafel wilde advies geven, maar het beoogde levensloopteam wilde zelf hun aanpak vormgeven.

In de tweede organisatievorm werden in Friesland geen aanmeldoverleggen geobserveerd. Wel viel op dat in de tweede fase is gekozen voor een vereenvoudigde versie van het aanmeld- en inclusieproces. Hierbij is de keuze tot inclusie of exclusie hoofdzakelijk bij het Zorg- en Veiligheidshuis Friesland belegd. Als werd besloten tot inclusie, dan werd de aanpak uitgelegd aan betrokken ketenpartners, waarna gevraagd werd om gezamenlijk commitment uit te spreken.

In Drenthe werden vroeg in het proces twee aanmeldoverleggen georganiseerd. Deze werden formeel niet geobserveerd, maar zijn wel bijgewoond door het onderzoeksteam. Deze aanmeldoverleggen waren grondig voorbereid. Er was geruime informatie over de te bespreken casus beschikbaar, inclusief een uitgebreide tijdlijn van de hulpverleningsgeschiedenis en politiemeldingen van de te bespreken persoon. Een relatief groot aantal verschillende organisaties sloot aan om gezamenlijk een zo objectief mogelijk besluit te nemen over inclusie. Binnen deze vorm werden enkele personen werden geïncludeerd. Ten tijde van de inclusie was echter nog niet helder hoe de levenslooppaanpak in Drenthe vorm moest krijgen en hoe de randvoorwaarden moesten worden geregeld. Daarna werd de inclusie tijdelijk stopgezet. Bij het hervatten van het includeren werd gekozen voor een kleinere organisatievorm van het aanmeld- en inclusieoverleg waarbij het Zorg- en Veiligheidshuis Drenthe samen met het Forensisch ACT team van GGZ Drenthe het besluit over inclusie nam. Andere procesregisseurs van het Zorg- en Veiligheidshuis konden casussen aandragen

voor inclusie. Verder konden convenantpartners bij aanmelding van een casus bij het Zorg- en Veiligheidshuis aangeven dat iemand een mogelijke kandidaat is voor de levenslooppaanpak.

### 3.4. Kenmerken van de doelgroep

In deze paragraaf staat de vierde deelvraag centraal: ‘Wat zijn in de praktijk de kenmerken van de doelgroep van de levenslooppaanpak?’. In Tabel 4 is een overzicht gegeven van door de professionals geregistreerde informatie van 20 geïnccludeerde personen in de levenslooppaanpak in Noord Nederland. Hierbij valt een aantal kenmerken op. De doelgroep bestond hoofdzakelijk uit mannen (95%) van gemiddeld 38.7 jaar oud, alhoewel de gemiddelde leeftijd van de geïnccludeerde personen per provincie verschilde (Groningen: 42 jaar, Friesland: 37 jaar, Drenthe: 31 jaar). Bij 72% van de geïnccludeerde personen speelde (een vermoeden van) LVB-problematiek. Van vrijwel alle (95%) geïnccludeerde personen was bekend dat zij psychische problematiek ervoeren. Hierbij kan worden gedacht aan psychoses en persoonlijkheidsproblematiek. Ook kon het gaan om meerdere stoornissen tegelijkertijd. Het merendeel van de geïnccludeerde personen ervoer problematiek op het gebied van middelengebruik (80%). Alle geïnccludeerde personen ervoeren problematiek op psychosociaal gebied, bijvoorbeeld met betrekking tot wonen, werken, vrijetijdsbesteding, financiën of relaties.

De zorgtitels- en indicaties van de geïnccludeerde personen verschilden: 30% had een Wlz-indicatie, 25% een forensische titel en 25% een rechterlijke machtiging of zorgmachtiging. Alhoewel niet expliciet werd geregistreerd welke personen geen titel of indicatie hadden, suggereren deze gegevens dat 20% van de geïnccludeerde personen geen zorgtitel- of indicatie had. Het grootste gedeelte van de geïnccludeerde personen was dakloos (50%). De rest van de geïnccludeerde personen verbleef in een beschermde woonvoorziening (15%), een forensische kliniek (10%), woonde onconventioneel (bijvoorbeeld in een caravan; 10%), verbleef bij familie of in het eigen netwerk (10%), of verbleef in een maatschappelijke opvang (5%). Ten tijde van aanmelding had 44% van de geïnccludeerde personen volgens de levensloopprofessionals behoefte aan opname en had 67% van de geïnccludeerde personen behoefte aan ondersteuning vanuit de gemeente. Meer dan de helft (65%) van de geïnccludeerde personen was reeds in zorg bij één van de bij de levenslooppaanpak betrokken zorgaanbieders (waarbij niet werd geregistreerd welke zorgaanbieder dit was).

In de praktijk ging het om mensen die veelal overlastgevend, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag vertoonden en geregeld contact hadden met de politie vanwege overlastmeldingen en delicten. Geïnccludeerde personen waren al vaker opgenomen of ingesloten geweest. De geïnccludeerde personen hadden vaak een lange geschiedenis van zorg en hulpverlening. Vanwege het overlastgevend en gevaarlijke gedrag kwam het geregeld voor dat de geïnccludeerde personen op vanwege eerdere negatieve ervaringen geweigerd werden bij woningcorporaties en maatschappelijke opvang. Het betrof vaak mensen die zorgmijdend waren en weinig vertrouwen hadden in hulpverlening. Het was doorgaans onduidelijk welke problematiek op de voorgrond stond, waarbij het bijvoorbeeld de vraag was of de psychische problematiek ervoor zorgde dat de persoon problematisch middelen gebruikte, of dat het juist andersom was. Vaak versterkte de problematiek op verschillende leefgebieden elkaar, waardoor het ingewikkeld was om te bepalen wat de focus van de zorg en ondersteuning zou moeten zijn en welke problematiek voorliggend was. Wat verder opviel was dat er regelmatig vermoedens waren van psychische problemen en/of een verstandelijke beperking, maar dat diagnoses ontbraken. Het kwam ook voor dat het voor betrokken partijen onduidelijk was waar de geïnccludeerde persoon verbleef. Ook waren schulden en precare financiële

situaties veelvoorkomend. Volgens de professionals had een aanzienlijk deel van de doelgroep een langdurig klinisch traject nodig en aansluitend een beschermde woonvorm met forensische expertise. Samenvattend kwamen de kenmerken van de geïncludeerde personen in Noord Nederland daarmee sterk overeen met de beoogde doelgroep zoals deze landelijk beschreven is.

Tabel 4: Kenmerken van geïncludeerde personen in Groningen (N = 11), Friesland (N = 5) en Drenthe (N = 4)

Kenmerk	
Leeftijd	Gemiddelde: 38.7 Minimum: 19 Maximum: 65
Geslacht (% man)	95%
Problematiek: (vermoeden van) (I)vb	72%
Problematiek: ggz	95%
Problematiek: verslaving	80%
Problematiek: psychosociaal	100%
Wlz indicatie	30%
Forensische titel	25%
Rechtelijke machtiging of zorgmachtiging bij aanmelding	25%
Verblijf	50% dakloos 10% forensische kliniek 10% onconventioneel (bijv. caravan) 15% beschermd wonen 5% maatschappelijke opvang 10% bij familie / in netwerk
Behoefte aan opname bij aanmelding	44%
Behoefte aan ondersteuning vanuit gemeente bij aanmelding	67%
Persoon reeds in zorg bij één van de bij de levenslooppaanpak betrokken aanbieders	65%

Bron: levenslooppaanpak Groningen (peildatum: 21 juni 2022), Friesland (peildatum: 24 oktober 2022) en Drenthe (peildatum: 13 juli 2022). De weergegeven percentages zijn berekend voor kenmerken van geïncludeerde personen waarvoor gegevens beschikbaar waren.

### 3.5. Hulp- en ondersteuningsaanbod van de levenslooppaanpak

In deze paragraaf wordt de vijfde deelvraag behandeld: 'Welk hulp- en ondersteuningsaanbod wordt wanneer bij welke geïncludeerde persoon en/of naasten door welke professional en organisatie uitgevoerd?'. In de analyses zijn vijf verschillende vormen van zorg en ondersteuning richting geïncludeerde personen geïdentificeerd: 1) contact maken en onderhouden met de geïncludeerde persoon, 2) organiseren van basisvoorwaarden voor zorg- en hulpverlening, 3) organiseren van een woonplek, 4) organiseren van beveiligde klinische opname en 5) inzetten van een justitiële interventie. Deze vormen van zorg en ondersteuning omvatten niet het gehele takenpakket van de levenslooppaanpak, maar geven wel een belangrijke indicatie van welke concrete vormen van zorg en ondersteuning de levenslooppaanpak richting de geïncludeerde personen organiseren. Specifieke zorg en ondersteuning gericht op naasten is niet geïdentificeerd.

### 1. Contact maken en onderhouden met de geïnccludeerde persoon

Kort na de inclusie was één van de eerste doelstellingen om contact te maken met de geïnccludeerde persoon. Daarmee hoopten de levensloopprofessionals het vertrouwen van de geïnccludeerde persoon te winnen en de persoon er van te overtuigen om hulp te accepteren. Dit werd gedaan door de casusregisseur van de geïnccludeerde persoon vanuit het team van levensloopprofessionals (een medewerker van ForFACT, Forensisch ACT of van de OGGZ). Dit betekende dat een professional de geïnccludeerde persoon bezocht, bijvoorbeeld op straat, thuis, in een inrichting of in een kliniek. Bij geïnccludeerde personen die in een kliniek of in de gevangenis verbleven onderhield de levensloopprofessional contact met de behandelaar of de casemanager van de geïnccludeerde persoon. Bij een geïnccludeerde persoon met een hoog veiligheidsrisico kwam het voor dat de politie meeging naar een huisbezoek om de veiligheid te waarborgen. Het lukte niet altijd om contact te maken met de geïnccludeerde persoon, bijvoorbeeld omdat het onbekend was waar de persoon verbleef. Vaak wilden de professionals eerst een plan maken voordat ze contact wilden maken met de geïnccludeerde persoon, zodat ze deze persoon ook 'iets te bieden' hadden.

De levensloopprofessionals benadrukten dat direct één-op-één contact met de geïnccludeerde personen op langere termijn niet de primaire doelstelling van de levenslooppaanpak was. Op langere termijn was volgens betrokkenen de belangrijkste rol weggelegd voor de lokale partnerorganisaties.

*“Er is in de levensloop een acute fase waarbij je een casemanager kan ontlasten en wat meer aanwezig bent, door huisbezoeken. Als tweede fase heb je dat je het lokale netwerk erbij betreft en dat je wat meer op de achtergrond bent, dan is er een 50/50 verdeling. En als laatste fase ben je eigenlijk alleen maar op de achtergrond [...]. De kracht ligt vooral in het lokale netwerk met verschillende organisaties korte lijntjes hebben.”* (GGZ-professional in Drenthe)

Welke partijen in de tweede ring betrokken waren bij deze vorm van zorg en ondersteuning was afhankelijk van de problematiek van de geïnccludeerde persoon. Wanneer een geïnccludeerde persoon in een inrichting of kliniek verbleef, dan waren ook deze partijen betrokken bij deze vorm van zorg en ondersteuning.

### 2. Organiseren van basisvoorwaarden voor zorg- en hulpverlening

Veel acties van de levensloopprofessionals waren gericht op het organiseren van de basisvoorwaarden voor het leveren van zorg en ondersteuning. Het organiseren van deze basisvoorwaarden bleek vooral kort na inclusie relevant te zijn. Acties die bij deze vorm van zorg en ondersteuning horen waren onder meer: ervoor zorgen dat de geïnccludeerde persoon op een adres ingeschreven stond en daarmee een postadres had, het aanvragen van een uitkering, het regelen van een zorgverzekering (zodat zorg kon worden gefinancierd) en het inschrijven van een persoon bij een zorginstelling (zodat zorg kon worden geleverd). Wie deze taak uitvoerde hing af van de situatie van de geïnccludeerde persoon. Er werd bij deze vorm van zorg en ondersteuning veel samengewerkt met de organisaties in de tweede ring die bij de geïnccludeerde persoon betrokken waren. Daarnaast keek de levensloopprofessionals uit de eerste ring in het eigen netwerk en zocht daar naar de meest passende partners om de basisvoorwaarden voor zorg- en hulpverlening te organiseren. De volgende professionals en organisaties in de tweede ring waren met name relevant in acties binnen deze categorie van zorg en ondersteuning: gemeente, curator, bewindvoerder en zorgverzekeraars.

### 3. *Organiseren van een woonplek*

Het organiseren van een woonplek werd gezien als basisvoorwaarde voor stabilisering en hulpverlening en vormde een groot deel van de acties van de levensloopprofessionals. Dit vraagstuk was relevant voor een groot aantal geïncludeerde personen; eerder werd al geconstateerd dat de helft van de geïncludeerde personen dakloos was. Een GGZ-medewerker uit Drenthe vatte het als volgt samen: *“wij kunnen ze niet behandelen en bedienen als ze op de stoep staan”*. Bij het organiseren van een woonplek ging het om verschillende vormen van wonen, zoals beschermd wonen, begeleid wonen, onconventioneel wonen (bijvoorbeeld in een caravan of een containerwoning in een relatief afgelegen gebied) en Housing First (een vorm van wonen met ambulante, intensieve begeleiding voor dakloze mensen met meervoudige problematiek).

Het organiseren van een woonplek was niet eenvoudig. De geïncludeerde personen in de levenslooppaanpak werden bij veel verblijfspoten geweerd. De levensloopprofessionals besteedden veel aandacht aan het zoeken van een verblijfspot voor geïncludeerde personen. Hierbij kon het ook gaan om het vinden van een verblijfspot voor personen die in detentie of een kliniek verbleven en op korte termijn hieruit werden ontslagen. Een bijkomende ingewikkeldheid is dat personen in de doelgroep van de levenslooppaanpak vaak tussen gemeenten of provincies verhuizen. Op het gebied van wonen was een essentiële rol weggelegd voor partijen uit de tweede ring; met name voor gemeenten, woningcorporaties, woningbouwverenigingen, reclassering, zorgkantoren en instellingen voor beveiligd en beschermd wonen.

### 4. *Organiseren van beveiligde klinische opname*

In de praktijk bleek dat een aanzienlijk deel van de geïncludeerde personen een langdurig klinisch traject nodig had en aansluitend een beschermde woonvorm met forensische expertise. Dit was met name het geval voor personen waarbij eerdere pogingen om de juiste ambulante zorg en ondersteuning te kunnen bieden mislukt waren. Het organiseren van een beveiligde klinische opname (ook wel een ‘beveiligd bed’ genoemd) was een belangrijk onderdeel van de werkzaamheden behorende bij de levenslooppaanpak. Acties hieromtrent waren vooral relevant bij (dreigende) crisissituaties. Eén van de doelstellingen van de levenslooppaanpak was om snel op te kunnen schalen naar beveiligde, intensieve zorg, ook wanneer hieraan geen rechterlijke uitspraak aan ten grondslag lag (zoals een zorgmachtiging, crisismaatregel, rechterlijke machtiging of strafrechtelijke beslissing). Dit werd door betrokken professionals echter gezien als één van de grootste barrières in de organisatie van de levenslooppaanpak. In de praktijk verliep het opschalen naar beveiligde, intensieve zorg meestal via de aanvraag van een zorgmachtiging. Deze aanvraag werd in slechts een klein aantal gevallen gehonoreerd. De meerderheid van de aanvragen werd afgewezen.

Daarnaast was het lastig om een beveiligd bed te vinden, wat ook te maken had met het landelijke tekort aan beveiligde bedden. Hieruit is af te leiden dat het snel opschalen naar beveiligde, klinische zorg zonder rechterlijke uitspraak, zoals geambieerd, in de praktijk nog niet volledig was gerealiseerd. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat het probleem hoog op de agenda kwam in verschillende overleggen en er daardoor gezamenlijk werd gezocht naar een structurele oplossing voor dit probleem. Dit gebeurde juist omdat het een aantal keer niet was gelukt om een zorgmachtiging voor een geïncludeerde persoon aan te vragen en iemand op te nemen, terwijl een crisissituatie dreigde. Professionals en organisaties die geregeld betrokken waren bij acties in deze categorie—met name de aanvraag voor een zorgmachtiging—waren onder meer het Openbaar Ministerie, de geneesheer-directeur van de zorgaanbieder en aanbieders van beveiligde bedden.

### 5. *Inzetten van een justitiële interventie*

Bij een aantal casussen was het van belang om een justitiële interventie in te zetten. Verschillende activiteiten van de levensloopprofessionals kunnen onder deze categorie worden geplaatst, zoals het samenwerken met de politie om de persoon in kwestie aan te houden, of gezamenlijk met justitiële partners uit de tweede ring in te zetten op de tenuitvoerlegging van een (deels) voorwaardelijke straf of het voorbereiden van de maatregel van plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Een onderdeel hiervan was ook om aangiftes en meldingen te verzamelen om daarmee een dossier op te bouwen, wat kon bijdragen aan het organiseren van een justitiële aanpak waarna vanuit een forensisch kader zorg en ondersteuning kon worden geleverd. In de praktijk kwam het regelmatig voor er geen aangifte gedaan werd van incidenten. Ook kon het binnen deze vorm van zorg en ondersteuning gaan om adviezen uitbrengen, bijvoorbeeld om een geïnccludeerde persoon te plaatsen op een veelplegerslijst, wat kon bijdragen aan het toeleiden naar de maatregel van ISD. Daarbij waren de levensloopprofessionals ingebed in een justitieel netwerk. Zo werden levensloopprofessionals geraadpleegd om te assisteren bij het opstellen van reclasseringsadviezen en was sprake van frequent, intensief contact met de politie om ontwikkelingen rondom de casus te bespreken. Acties binnen deze categorie waren met name relevant bij (dreiging) van gevaarlijk gedrag en wanneer de openbare orde en veiligheid in het geding was. De organisaties die veelal betrokken waren bij acties binnen deze categorie waren onder meer het Openbaar Ministerie, de Dienst Justitiële Inrichtingen, de reclassering en de politie.

### 3.6. Naasten en netwerk

In deze paragraaf staat de zesde deelvraag centraal: 'Hoe wordt het netwerk van de geïnccludeerde persoon betrokken met betrekking tot de aanmelding, levenslooppaanpak en (eventuele) uitstroom?'. In de observaties van de levensloopbijeenkomsten en in de dossiers van geïnccludeerde personen kwamen naasten beperkt aan bod. Bij een klein aantal casussen waren naasten wel actief betrokken in de aanpak. Het belang van het betrekken van het netwerk van geïnccludeerde personen werd door levensloopprofessionals breed onderstreept. In de interviews werd echter benoemd dat professionals het lastig vonden om het netwerk te betrekken. Een aantal geïnterviewde professionals merkten op dat dit te maken had met het feit dat de levenslooppaanpak in Noord Nederland nog in de opstartfase was; hierdoor waren de professionals bezig met 'overleven', waardoor nog weinig tijd was om structureel in te zetten op het betrekken van de sociale omgeving van geïnccludeerde personen. Ook kwam het voor dat geïnccludeerde personen geen toestemming gaven aan professionals van de levenslooppaanpak om contact te zoeken met het sociale netwerk.

Er zijn vier deelonderwerpen te identificeren binnen het thema van naasten van geïnccludeerde personen in de levenslooppaanpak: 1) naasten als hulpbron voor geïnccludeerde persoon en/of voor professional, 2) naasten als slachtoffer, 3) naasten als risicofactor en 4) afwezigheid van naasten. Naasten vallen soms in meerdere categorieën tegelijkertijd.

#### 1. *Naasten als hulpbron voor geïnccludeerde persoon en/of voor professional*

In de levenslooppaanpak was in enkele gevallen sprake van de betrokkenheid van naasten. Hiervoor was toestemming noodzakelijk van de geïnccludeerde persoon. De naasten in deze categorie maakten zich vaak ernstige zorgen om het gedrag en de problematiek van de geïnccludeerde persoon. Het ging hierbij meestal om familieleden en vrienden van de geïnccludeerde persoon. De naasten in deze categorie werden geïnformeerd over de vorderingen en sloten naasten aan bij overleggen met

hulpverleners. Het contact met naasten kon zowel fysiek als digitaal plaatsvinden. Naasten zochten soms direct contact met professionals van de levenslooppaanpak, bijvoorbeeld om hen te informeren over de stand van zaken rondom de geïnccludeerde persoon en mee te denken over de meest passende zorg en ondersteuning. Ook ondersteunden enkele naasten de professionals van de levenslooppaanpak, bijvoorbeeld door de geïnccludeerde persoon ervan te overtuigen dat een zorgmachtiging noodzakelijk was. Verder kwam het voor dat naasten over tijd meer of minder betrokken raakten bij de aanpak.

In een aantal gevallen verbleven geïnccludeerde personen bij een naaste. Soms verliep dit positief en benoemden professionals van de levenslooppaanpak dat de naaste een positieve invloed had op de geïnccludeerde persoon. Soms was er echter sprake van een negatieve afloop, bijvoorbeeld vanwege het middelengebruik van de geïnccludeerde persoon, waarna de geïnccludeerde persoon uit huis werd gezet.

### *2. Naasten als slachtoffer*

In enkele gevallen waren naasten slachtoffer van het gevaarlijke gedrag van de geïnccludeerde persoon. Zo was er een casus waarbij familieleden van een geïnccludeerde persoon bang voor hun zoon waren vanwege zijn gevaarlijke gedrag. Daarnaast kwam het voor dat professionals van de levenslooppaanpak zich zorgen maakten over de intieme relaties van geïnccludeerde personen, waarbij werd gevreesd voor onveilige situaties.

### *3. Naasten als risicofactor*

Naasten konden ook een risico vormen voor de geïnccludeerde personen. Hierbij kon het bijvoorbeeld gaan om vrienden met problematisch middelengebruik of een criminele achtergrond. Ook kwam het voor dat vrienden en familie onderdeel waren van de problematiek van de geïnccludeerde persoon, met name wanneer zij zelf ook psychische problematiek of verslavingsproblematiek hadden. Het kon dan zijn dat deze naasten de verslavingsproblematiek in stand hielden of de geïnccludeerde persoon stimuleerden om crimineel activiteiten uit te voeren.

### *4. Afwezigheid van naasten*

Geregeld werd in interviews met professionals benoemd dat naasten, met name familie, geen contact meer hebben met de geïnccludeerde persoon. In een aantal casussen was sprake van problematische familierelaties, waarbij beide partijen geen contact meer met elkaar wilden. Dit werd veelal gewijd aan een lange geschiedenis van problematisch gedrag van geïnccludeerde personen. Ook kwam het voor dat de geïnccludeerde personen zelf waren opgegroeid in een onveilige thuissituatie (denk aan huiselijk geweld of misbruik). Verder kwam het voor dat naasten niet bekend waren bij de professionals van de levenslooppaanpak. In deze gevallen was het onduidelijk hoe de sociale omgeving van de geïnccludeerde persoon eruit zag.

## 3.7. Eerste resultaten van de levenslooppaanpak

In deze paragraaf wordt de zevende deelvraag behandeld: 'In hoeverre is de levenslooppaanpak effectief voor geïnccludeerde personen, naasten, professionals en wat zijn de werkzame bestanddelen?'. Het is vooralsnog te vroeg om te spreken over de effectiviteit van de levenslooppaanpak en de werkzame bestanddelen, omdat de aanpak ten tijde van het onderzoek nog startende was. In deze context werd door professionals vaak opgemerkt dat de effecten van de



aanpak pas op de lange termijn zichtbaar zouden worden. Het onderzoeken van een afname van overlast of gevaarlijk gedrag lag daarmee buiten de scope van dit onderzoek. In de beginfase van het project is veel overlegd over de beste manier om de aanpak in te richten en is geëxperimenteerd met verschillende vormen van de aanpak. In de loop van de onderzoeksperiode zijn veel wijzigingen doorgevoerd in de organisatie van de aanpak, wat het ingewikkeld maakt onderzoek te doen naar de effectiviteit van de aanpak. Soms vonden professionals het zelf ook lastig om de meerwaarde van de aanpak te benoemen. Het is belangrijk om te vermelden dat professionals veelvuldig erkennen dat volledig herstel voor het merendeel van de personen in de doelgroep geen realistisch scenario is en hoofdzakelijk gestuurd moet worden op een toename van stabiliteit en verbetering van welbevinden.

Op basis van het onderzoek zijn wel eerste succesfactoren en positieve ervaringen geïdentificeerd. Deze zijn onder te brengen in vijf categorieën: 1) een kader om langdurig betrokken te kunnen blijven bij geïnccludeerde personen, 2) verbeterde communicatie en samenwerking tussen organisaties en professionals leidt tot verbeteringen in zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen, 3) belang van het 'label' van de levenslooppaanpak, 4) langdurige betrokkenheid van één vast contactpersoon leidt tot verbeteringen voor geïnccludeerde personen en 5) bijdragen aan structurele oplossingen voor problemen in de zorg en ondersteuning voor de doelgroep van de levenslooppaanpak.

#### *1. Een kader om langdurig betrokken te kunnen blijven bij geïnccludeerde personen*

De levenslooppaanpak bood professionals een kader om langdurig betrokken te blijven bij geïnccludeerde personen. Dit betekende dat levensloopprofessionals ook betrokken konden blijven wanneer geïnccludeerde personen bijvoorbeeld in een instelling voor beschermd wonen of in detentie verbleven. Dit was een belangrijk verschil ten aanzien van het reguliere zorg- en ondersteuningsaanbod voor de doelgroep.

#### *2. Verbeterde communicatie en samenwerking tussen organisaties en tussen professionals leidt tot verbeteringen in zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen*

Een veelgenoemd positief kenmerk van de aanpak was dat de communicatie en samenwerking tussen organisaties en professionals leidde tot verbeteringen in de zorg en ondersteuning van de doelgroep. Waar professionals uit verschillende organisaties en domeinen normaliter alleen incidenteel contact met elkaar zochten en samenwerkten, gebeurde dat door levenslooppaanpak op structurele basis. Dit stimuleerde een domeinoverstijgende aanpak doordat professionals uit verschillende organisaties elkaar vaker zagen, elkaars werkwijze en -processen beter leerden kennen en elkaar konden aanvullen waar nodig. De gezamenlijke 'commitment' om langdurig bij een casus betrokken te blijven droeg bij aan een gevoel van gedeelde verantwoordelijkheid voor de casus. Verder was een voordeel van domeinoverstijgende samenwerking dat een breder palet aan verbindingen ontstond met ketenpartners uit de tweede ring. Zo werd vanuit de GGZ benoemd dat door de structurele samenwerking met het Zorg- en Veiligheidshuis de verbinding naar het Openbaar Ministerie makkelijker te leggen was. Daarnaast kon de samenwerking met organisaties uit verschillende domeinen helpen om oplossingen te vinden die anders niet zouden worden gevonden.

Een kenmerkend voorbeeld uit Groningen was dat het vanuit de samenwerking tussen verschillende partijen lukte om met een geïnccludeerde persoon te spreken over het vinden van een woning. Deze persoon woonde in een caravan aan de rand van een woongebied en stond voorheen niet open voor enige vorm van hulpverlening vanuit de GGZ. Het lukte om met de geïnccludeerde persoon een gesprek hierover aan te gaan, omdat het gesprek werd gevoerd door een politieagent

met wie de geïnccludeerde persoon goed overweg kon. Daarnaast werd Housing First door de levensloopprofessionals betrokken bij dit gesprek. De GGZ bleef op de achtergrond, omdat de persoon in kwestie geen positieve houding had tegenover de GGZ. De persoon werd hierbij benaderd op een manier die bij hem paste en door mensen die hij vertrouwde. De professionals beschreven dat deze benadering, die voortkwam uit de samenwerking tussen de GGZ, de politie, de nachtopvang en Housing First, zonder de levenslooppaanpak niet tot stand gekomen zou zijn.

### 3. *Belang van het 'label' van de levenslooppaanpak*

Het label van de levenslooppaanpak vormde een belangrijke bijdrage aan het organiseren van de meest passende zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen. Hierdoor lukte het soms om *“deuren te openen die anders gesloten bleven”*. Als gevolg van de inclusie wisten ketenpartners in de tweede ring dat een team van professionals bij de geïnccludeerde persoon betrokken blijft en de verantwoordelijkheid draagt—ook als het mis dreigde te gaan. De ketenpartners konden dan terugvallen op de levensloopprofessionals. Dit leidde tot verhoogde bereidheid bij ketenpartners om bij te dragen aan het organiseren van de juiste zorg en ondersteuning. Voorbeelden hiervan waren de plaatsing van een geïnccludeerde persoon in een zorginstelling die daar normaliter geweigerd zou zijn, de gemeente die een persoon wilde inschrijven op een briefadres terwijl dit eigenlijk volgens de richtlijnen niet zou kunnen en het sneller doorlopen van een zorgmachtigingsaanvraag. Daarnaast werd het door ketenpartners in de tweede ring als prettig ervaren dat er een vaste regisseur was met wie zij contact konden opnemen. Tegelijkertijd viel op dat de potentie van de meerwaarde van het label van de levenslooppaanpak nog niet volop kon worden benut omdat de levenslooppaanpak nog niet voldoende bekend was bij alle ketenpartners.

### 4. *Langdurige betrokkenheid van één vast contactpersoon leidt tot verbeteringen voor geïnccludeerde personen*

Door de levenslooppaanpak was er één vast contactpersoon voor geïnccludeerde personen die langdurig betrokken bleef. Bij een aantal casussen lukte het om een vertrouwensband op te bouwen tussen de geïnccludeerde persoon en de vast betrokken levensloopprofessional. Dit kon leiden tot positieve gevolgen voor de geïnccludeerde persoon. Zo beschreef een GGZ-professional uit Drenthe een casus die als gevolg van de vaste betrokkenheid van de levensloopprofessionals trouw zijn medicatie nam, waardoor het gevaarlijke delictgedrag aanzienlijk afnam. Ook was er een Drentse casus die vrijwillig wilde deelnemen aan de aanvraag van een zorgmachtiging vanuit de betrokkenheid van de levensloopprofessionals, terwijl dat eerst niet het geval was. Een naaste van een geïnccludeerd persoon beschreef de langdurige betrokkenheid van één vast contactpersoon als belangrijke meerwaarde van de aanpak:

*“Ik merk zeker een verschil nu het levensloopteam betrokken is. Hij heeft nu het gevoel dat er iemand is die hij kan bellen als hij hulp nodig heeft. Hij denkt dat als hij straks later ergens begeleid kan wonen dat hij een telefoontje kan plegen en ze staan voor hem klaar. En niet eerst weer een halfjaar over straat moet dwalen. Door het contact met het levensloopteam had [de geïnccludeerde persoon] zelf het gevoel dat er mensen naast hem stonden in plaats van overal de afwijzing of moet schreeuwen om hulp. Nu heeft hij het gevoel dat het levensloopteam hem wil helpen. [...] Ik vind het fijn dat het levensloopteam betrokken is zodat, als het straks wel mis zou gaan, is er een team dat om hem heen staat zodat er direct ingegrepen kan worden. En niet weer een jaar lang tegen een muur aanloopt en wacht tot het gaat escaleren.”* (naaste van een geïnccludeerde persoon)

5. *Bijdragen aan structurele oplossingen voor problemen in de zorg en ondersteuning voor de doelgroep van de levenslooppaanpak*

De levenslooppaanpak kon naast het organiseren van zorg en ondersteuning op casusniveau ook bijdragen aan structurele verbeteringen voor de doelgroep als geheel. Zo leidden ingewikkeldheden rondom het snel opschalen naar beveiligde, intensieve zorg op individueel niveau tot discussies op beleidsniveau. Van daaruit kon het probleem structureel worden aangepakt, zodat de zorg en ondersteuning voor de levenslooppaanpak-doelgroep structureel wordt verbeterd. Hierbij werkte het ondersteunend dat de levenslooppaanpak landelijk beleid is.

### 3.8. Randvoorwaarden

In deze paragraaf staat de laatste deelvraag centraal: 'Aan welke randvoorwaarden moet de levenslooppaanpak voldoen om succesvol te zijn?'. Net als in de proeftuinen bleken ook in Noord Nederland randvoorwaarden een cruciale rol te spelen in de implementatie en uitvoering van de levenslooppaanpak. Er zijn acht randvoorwaarden geïdentificeerd: 1) financiën, 2) bekendheid van de levenslooppaanpak, 3) beschikbaarheid van passende woon- en verblijfplekken, 4) gegevensdeling, 5) toegang tot beveiligde bedden, 6) faciliteren van en bereidheid tot samenwerken 7) betrekken van de juiste professionals en 8) borging van de aanpak.

#### 1. Financiën

Gebrek aan structurele financiering voor de levenslooppaanpak werd ervaren als één van de grootste knelpunten. De zorg en ondersteuning van de levenslooppaanpak werd via de bestaande structuren en wet- en regelgeving gefinancierd. Een belangrijke complicerende factor is dat de zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen afkomstig is uit verschillende financieringsbronnen. Zo bestaat financiering vanuit de zorgverzekeringswet voor mensen die verzekerd zijn en zelf zorg willen, bestaat financiering vanuit het Ministerie van Veiligheid en Justitie voor gedetineerden, terbeschikkinggestelden en mensen die zorg krijgen vanuit een strafrechtelijke titel en bestaat Wmo financiering vanuit gemeenten voor mensen die niet (meer) zelfstandig kunnen deelnemen aan de maatschappij. Deze financieringsbronnen zijn gekoppeld aan wetgevingen, die gecategoriseerd kunnen worden binnen het zorgdomein, het veiligheidsdomein en het sociaal domein. Vanwege de multipale problematiek op verschillende leefdomeinen doorkruisen mensen in de doelgroep van de levenslooppaanpak de grenzen van deze domeinen geregeld en vallen zij niet altijd goed meer onder de respectievelijke financieringsregels. Hierdoor is er voor levensloopprofessionals niet altijd een (wettelijke) grondslag waarop zij hun taak uit kunnen voeren. Ook kwam het voor dat de grondslag over tijd wisselde. Dit kon ertoe leiden dat er geen (tijdelijk) financiering was voor het werk van de levensloopprofessionals, met name in de context van ambulante zorg. Het kon het gaan over een GGZ-professional die zijn of haar uren niet gefinancierd kreeg omdat de geïnccludeerde persoon (nog) niet formeel in zorg was bij de GGZ, bijvoorbeeld omdat een grondslag hiervoor ontbrak of omdat er contra-indicaties waren (bijvoorbeeld als andere problematiek voorliggend was). Ook kon het gaan om een aanbieder van beveiligde bedden die een geïnccludeerde persoon bij wie crisis dreigde niet kon plaatsen, omdat er geen uitspraak van de rechter aan de plaatsing ten grondslag lag en de aanbieder van beveiligde bedden daarom geen financiering kon krijgen voor de plaatsing. Op langere termijn leidden aanbieders van beveiligde bedden hierdoor financieel verlies, wat het onaantrekkelijk maakte om geïnccludeerde personen zonder dat hier een rechterlijke uitspraak aan ten grondslag lag te plaatsen. Ook kan het ingewikkeld zijn om de tijd voor organisatie-overstijgende overleggen

horende bij de levenslooppaanpak vergoed te krijgen.

In de praktijk werd de tijd die de levensloopprofessionals aan de aanpak konden besteden vergoed vanuit de bestaande financieringsstructuren. De mate waarin professionals tijd konden besteden aan de levenslooppaanpak was afhankelijk van de mogelijkheden binnen en de bereidwilligheid van de moederorganisatie waar de betrokken professionals werkzaam waren. Een aantal organisaties maakte op eigen initiatief tijd en ruimte vrij voor de implementatie en uitvoering van de levenslooppaanpak. Dit lukte echter niet bij alle organisaties. Verder werden er creatieve oplossingen gevonden om de kosten te plaatsen binnen een al bestaande activiteit van de moederorganisatie.

De gevonden oplossingen werd veelal gezien als tijdelijk, met de doelstelling om de aanpak op korte termijn werkbaar te maken. Op langere termijn werden deze oplossingen echter als onhoudbaar gezien—ook omdat op langere termijn de caseload zal toenemen. In de optiek van de betrokken professionals moest voor de langere termijn worden gezocht naar een structurele, landelijke oplossing voor de financieringsproblematiek. In algemene zin werd de financiering van levensloopprofessionals als onzeker ervaren.

*“Als ik zie hoeveel tijd ik, juist aan die mensen die niet in zorg zijn, omdat ze dat niet willen, daar ben ik daar wel eigenlijk veel meer tijd aan kwijt en dat wordt dan gewoon niet betaald. [...] Dat is qua mijn tijd wel een behoorlijke opoffering. Ik vind het heel erg leuk om te doen, dus dat is het niet, maar ik kan me voorstellen dat mijn baas op een gegeven moment zegt, ‘ja, leuk, lief en aardig, maar jij bent hier ook om andere dingen te doen waarvoor je wel betaald wordt’.”*  
(GGZ-professional in Drenthe)

*“Op dit moment als een persoon geïncludeerd is die al bij ons patiënt is dan krijgen wij de zorg vergoed, of door de zorgverzekeraar als diegene vrijwillig in zorg is, of door justitie als diegene met een gedwongen kader in zorg is, net als onze andere patiënten die bij ons in zorg zijn. Maar als iemand geïncludeerd wordt die niet of nog niet bij ons in zorg is, omdat hij misschien bij VNN [Verslavingszorg Noord Nederland] in zorg is, of helemaal nergens, dan krijgen wij niks vergoed.”* (GGZ-professional in Friesland)

*“Zolang ze vanuit mijn organisatie niet zeggen dat ik er niet heen mag, dan gaan we gewoon [...]. We weten allemaal dat morgen onze baas kan zeggen ‘we houden er mee op’, maar dat doen ze al anderhalf jaar niet, dus we blijven lekker zitten. [...] Tegelijkertijd kun je je afvragen of je dit überhaupt wel had moeten starten terwijl er helemaal geen financiering voor is.”* (GGZ-professional in Groningen)

Het relatief vrij kunnen indelen van tijd en de mogelijkheid tot outreachend werken binnen een organisatie werd als een essentiële factor voor het realiseren van de levenslooppaanpak gezien, terwijl strenge regels rondom het registreren van uren juist als belemmerend werden ervaren. Verder is het belangrijk om op te merken dat ten tijde van de interviews nog geen vast dagelijkse tarief voor de inzet van de levensloopcoördinator beschikbaar was, terwijl dat ten tijde van het schrijven van deze rapportage wel het geval was.

## 2. Bekendheid van de levenslooppaanpak

Een voorwaarde om de levenslooppaanpak uit te kunnen voeren is dat de professionals uit verschillende domeinen bekend zijn met de aanpak en overtuigd zijn van de doelstellingen. Dit werd gezien als een voorwaarde voor effectieve domeinoverstijgende samenwerking. Hierbij ging het met

name om professionals en organisaties uit de tweede ring. In de praktijk werd regelmatig opgemerkt dat partijen nog onvoldoende op de hoogte waren van de aanpak. De bekendheid van de levenslooppaanpak bij gemeenten viel hierbij specifiek op. Om de aanpak op provinciaal niveau te implementeren, werd het als belangrijk ervaren dat alle gemeenten in de provincie bekend zijn met de levenslooppaanpak. Dit werd als lastig ervaren, vanwege het grote aantal gemeenten en de organisationele verschillen tussen gemeenten.

In alle drie provincies werd opgemerkt dat de bekendheid en status van de levenslooppaanpak nog beperkt was. Dit was weinig verrassend, aangezien de aanpak nog startende was ten tijde van het onderzoek. Dat maakte dat de professionals vaak moesten uitleggen wat hun rol en taak is en het doel van de levenslooppaanpak moesten toelichten. Pas wanneer ketenpartners begrepen wat met de levenslooppaanpak werd beoogd en wat ieders rol en taak was kon effectieve samenwerking op gang komen. Ook was het in de praktijk niet altijd eenvoudig om uit te leggen wat de levenslooppaanpak precies inhield. Ook dit kwam doordat de aanpak nog startende was en nog geen vaste vorm voor de uitvoering van de aanpak gevonden was, en nog er vragen waren over wie verantwoordelijk was voor de totaalpakket van de levenslooppaanpak.

*“Je hebt gewoon gunstig gezinde mensen nodig op sleutelposities, bijvoorbeeld bij het OM, bij ZSM en bij de TBS kliniek. Dat bepaalt ook heel erg of je slaagt in het trajectplan met je patient hebt opgesteld.”* (GGZ-professional in Groningen)

*“De levensloop klinkt hartstikke mooi, maar bijvoorbeeld medewerkers van de gemeente die zijn er niet altijd van doordrongen dat het ook een overeenkomst met de gemeente is, dat zij eraan mee moeten werken. Dus het kan best zijn dat wanneer ik of een collega van mij dan contact opneemt met een medewerker van de gemeente, dat ze dan zeggen van ‘ja, ik heb daar echt geen boodschap aan’. [...] De levenslooppaanpak is nog vrij onbekend.”* (GGZ-professional in Drenthe)

Tegelijkertijd waren er ook partijen waarbij de levenslooppaanpak al wel bekender was. Dit kon leiden tot meer mogelijkheden, bijvoorbeeld als het ging om het organiseren van een woonoplossing of het opschalen naar beveiligde, intensieve zorg.

### 3. Beschikbaarheid van passende woon- en verblijfplekken

Het organiseren van een woon- of verblijfplek werd door professionals beschouwd als randvoorwaarde voor het verlenen van zorg en ondersteuning. Vanwege de multi-problematiek was het ingewikkeld om een passende woonplek te vinden. Het aantal beschikbare woonplekken is beperkt en bij geschikte locaties kon sprake zijn van wachtlijsten. Verder werden geïnccludeerde personen bij veel zorgaanbieders geweerd vanwege contra-indicaties. Zo kwam het voor dat een zorglocatie een persoon niet wilde plaatsen omdat de verslaving of psychiatrische problematiek als te problematisch werd beschouwd, of dat een organisatie iemand niet kon plaatsen omdat onvoldoende expertise aanwezig was op het gebied van licht verstandelijke beperkingen. Verder kwam het voor dat zorglocaties personen weerden omdat de zorgindicatie te hoog was en zij deze zorg niet konden leveren. Daarnaast werd agressieproblematiek en grensoverschrijdende gedrag door veel zorglocaties als te ernstig beschouwd om iemand te kunnen plaatsen. Om deze redenen werden geïnccludeerde personen soms ook geweerd bij de nachtopvang.

Veel organisaties hadden daarnaast eerder negatieve ervaringen opgedaan met de geïnccludeerde personen en waren daarom niet bereid hen van een plek te voorzien. Verder speelde

de 'zorgplicht' van organisaties een belemmerde rol in de plaatsing. Dit betekende dat de organisatie waar de persoon verbleef verantwoordelijk bleef voor de persoon, ook als het fout gaat. De geïnccludeerde personen werden gezien als personen waarbij de kans op incidenten groot was. Ook werden geïnccludeerde personen bij woningcorporaties geweigerd vanwege het risico dat het mis zou gaan. Het verantwoordelijkheidsgevoel naar andere bewoners in de buurt speelde hierin een rol. Bovendien benadrukten professionals geregeld dat het overgrote gedeelte van de geïnccludeerde personen vanwege overlastgevend gedrag ongeschikt is om in een reguliere woonwijk te plaatsen.

Rondom woonproblematiek was betrokkenheid van gemeenten bij de levenslooppaanpak van groot belang. De samenwerking met gemeenten verliep niet overal zoals gewenst. Professionals van de levenslooppaanpak kregen per gemeente te maken met verschillende partijen, verschillende richtlijnen en onbekendheid van de levenslooppaanpak. Draagvlak voor de levenslooppaanpak verschilde per gemeente. Een complicerende factor was dat het proces van draagvlak voor iedere gemeente opnieuw georganiseerd moest worden.

In enkele gevallen konden onconventionele woonoplossingen voor geïnccludeerde personen een uitweg bieden. Dit was echter niet altijd eenvoudig te organiseren en was afhankelijk van de betrokkenheid van de gemeente. Het organiseren van nieuwe onconventionele woonlocaties kon leiden tot weerstand van omwonenden. Daarnaast werd door professionals opgemerkt dat voor een groot gedeelte van de geïnccludeerde personen onconventioneel wonen geen oplossing biedt, omdat de personen vanwege de complexe problematiek behoefte hebben aan een relatief hoge mate van dagelijkse ondersteuning en begeleiding die niet geboden kan worden bij onconventionele woonoplossingen.

#### *4. Gegevensdeling*

Het uitwisselen van kennis en informatie tussen professionals en organisaties werd gezien als een voorwaarde om effectief te kunnen samenwerken. De wens was om dossiers voor geïnccludeerde personen aan te maken die voor de betrokken partijen toegankelijk zijn en niet bij verschillende organisaties versnipperd raken. In de praktijk was de levenslooppaanpak in alle drie provincies onder de paraplu van de Zorg- en Veiligheidshuizen geplaatst. De Zorg- en Veiligheidshuizen hadden convenanten met ketenpartners met betrekking tot uitwisselen van informatie. Ondanks deze toestemming werden bij professionals toch reserves bemerkt in het delen van gegevens. Het gesprek over wat wel en niet gedeeld kon worden en welke manier informatie wel gedeeld kon worden werd in alle provincies gevoerd. Het bleek soms weerbarstig omdat professionals geen risico wilden nemen om informatie te delen waarvan achteraf zou blijken dat het niet gedeeld had mogen worden.

#### *5. Toegang tot beveiligde bedden*

De toegang tot beveiligde bedden verliep via bestaande juridische kaders. Dit betekende dat in de praktijk een rechterlijke uitspraak nodig was om op te schalen naar beveiligde, intensieve zorg. Hierbij kon het gaan om een zorgmachtiging, crisismaatregel, rechterlijke machtiging of een strafrechtelijke beslissing. Vrijwillige opname in beveiligde intensieve zorg vormt hierin een uitzondering, maar kwam in de praktijk weinig voor. Vanwege de eis van een rechterlijke uitspraak voor de financiering kon het opschalen in tijden van (dreigende) crisissituaties niet zo snel worden gerealiseerd als gewenst. Er was geen speciale aanvraagroute beschikbaar voor geïnccludeerde personen in de levenslooppaanpak.

In de praktijk werd de beveiligde opname vaak gerealiseerd via een aanvraag van een zorgmachtiging. Deze aanvragen werden echter regelmatig afgewezen. Een verklaring hiervoor was

dat de partijen die de zorgmachtigingsaanvraag moesten beoordelen niet altijd goed op de hoogte waren van wat de levenslooppaanpak betekende en niet altijd bekend waren met de uitgebreide voorgeschiedens van de persoon in kwestie. Vanuit het perspectief van de levensloopprofessionals werden de levensloopprofessionals zelf hierbij onvoldoende geraadpleegd. Het moeizame proces van de zorgmachtigingsaanvraag werd ervaren als een belangrijke complicerende factor om snel te kunnen opschalen naar beveiligde intensieve zorg. Verder bleek het in de praktijk moeilijk om een aanmeldende partij te vinden voor een zorgmachtiging; organisaties wilden in een aantal gevallen liever niet de aanmeldende partij zijn vanuit veiligheidsoverwegingen.

Een bijkomende complicatie is dat de kosten van een beveiligd bed niet worden gedekt op het moment dat iemand zonder uitspraak van de rechter wordt geplaatst op een beveiligd bed. Ook was het aantal beschikbare beveiligde bedden die geschikt waren voor personen uit de doelgroep in (Noord) Nederland beperkt. In deze context is het relevant om te noemen dat regelmatig werd opgemerkt dat de problematiek van de doelgroep van de levenslooppaanpak veelal te ernstig is voor een niet-forensische, reguliere opname binnen de GGZ. Concluderend werd de landelijk uitgesproken ambitie om zonder zorgmachtiging, rechtelijke machtiging of strafrechtelijke titel flexibel en preventief te kunnen opschalen naar beveiligde intensieve zorg vooralsnog in de praktijk als onhaalbaar ervaren.

#### *6. Faciliteren van en bereidheid tot samenwerken*

Het creëren van een context waarin domeinoverstijgend kon worden samengewerkt vormde de zesde randvoorwaarde voor de implementatie en uitvoering van de levenslooppaanpak. Dit betekent ten eerste dat domeinoverstijgende samenwerking vanuit financieel perspectief wordt gefaciliteerd en dat tijd en vanuit de moederorganisaties ruimte vrij wordt gemaakt voor overleg tussen verschillende organisaties. Ten tweede betekent dit dat sprake moet zijn van een cultuur waarin kan worden samengewerkt en waarin professionals van verschillende organisaties het gevoel hebben dat ze gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen voor de casus. Hierbij is het ook van belang dat professionals worden betrokken die hiertoe bereid zijn. Ten derde gaat het om communicatie en afstemming. Zo ontbrak het vanuit het oogpunt van een aantal professionals aan een vast contactpersoon bij verschillende organisaties in de tweede ring die bekend waren met de levenslooppaanpak en waarmee snel en eenvoudig kon worden geschakeld. Op deze manier kon volgens de professionals worden voorkomen dat verschillende organisaties tegelijkertijd acties rondom een persoon uitzetten die langs elkaar heenlopen. Een complicerende factor was dat organisaties uit verschillende domeinen normaliter beperkt samenwerkten, waardoor niet iedereen gewend was aan deze vorm van domeinoverstijgende samenwerking. Ook kon domeinoverstijgend samenwerken samengaan met rol- en taakverwarring. Verder hadden de verschillende partijen die betrokken waren bij de levenslooppaanpak allemaal hun eigen manier van werken, wat samenwerking kon belemmeren.

#### *7. Betrekken van de juiste professionals*

Een zevende randvoorwaarde was het betrekken van de professionals met de houding en attitudes die nodig zijn voor de uitvoering van de levenslooppaanpak. Daarbij zijn drie kenmerken in de houding en attitudes van levensloopprofessionals te identificeren: levensloopprofessionals 1) blijven langdurig en aanhoudend betrokken bij geïncludeerde personen, 2) zoeken in samenwerking met ketenpartners proactief naar manieren om de meest passende zorg en ondersteuning voor geïncludeerde personen te organiseren en 3) dragen bij aan het doorbreken van barrières in de

organisatie van zorg om de organisatie- en discipline-overstijgende zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen structureel te kunnen realiseren (zie ook Bolhuis et al., 2023 voor een uitgebreidere bespreking). Daarnaast merkten professionals regelmatig op dat de levensloopprofessional tegen een stootje moet kunnen, buiten de gebaande paden kan denken en kleine successen moet kunnen vieren. Ook is het van belang dat er professionals betrokken zijn die voldoende mandaat hebben binnen hun eigen moederorganisatie om creatieve oplossingen door te voeren.

#### 8. Borging van de aanpak

De laatste randvoorwaarde is de borging van de aanpak. Ten tijde van het onderzoek was de levensloopaanpak in Noord Nederland nog in de pilotfase en was de aanpak nog niet geborgd. Daarmee werd de aanpak als fragiel ervaren.

*“[De levensloopaanpak] bestaat nu bij de gratie van een aantal enthousiastelingen die dat dan doen. [...] het moet natuurlijk professioneel opgetuigd zijn en geborgd zijn. Daar zijn we gewoon nog niet. Als wij er morgen mee ophouden dan denk ik dat het een half jaar duurt voordat de directie het opmerkt zeg maar”.* (GGZ-professional in Groningen)

Verder werd het door professionals als noodzakelijk gezien er duidelijkheid ontstaat bij wie de verantwoordelijk voor de implementatie en de borging van het totaalpakket van de levensloopaanpak en de bijbehorende randvoorwaarden ligt. Om de aanpak te borgen was het volgens een aantal professionals noodzakelijk om aan de levensloopaanpak de status van een interventie of werkmethode te verlenen. Wanneer de aanpak goed omschreven en helder afgebakend is en er aanwijzingen zouden zijn dat de aanpak tot de gewenste resultaten zou leiden, dan geeft dit gewicht richting zorgaanbieders en financiers. Zo'n status zou gepaard gaan met de ontwikkeling een handleiding, een methodebeschrijving en bewijs van effectiviteit.

## 4. Conclusie en aanbevelingen

### 4.1. Wie doet wat bij wie met welk resultaat?

Het vertrekpunt van het onderzoek naar de levensloopaanpak in Noord Nederland was de vraag: *‘wie doet wat bij wie met welk resultaat?’* Om deze vraag te beantwoorden werd gebruik gemaakt van semigestructureerde interviews, focusgroep-bijeenkomsten, observaties van bijeenkomsten en dossieranalyses. In dit hoofdstuk splitsen we de *‘wie doet wat bij wie met welk resultaat’* op in drie gedeelten: 1) *wie doet wat?*, 2) *bij wie?* en 3) *met welk resultaat?*.

#### *Wie doet wat?*

De levensloopaanpak werd in iedere provincie op een andere manier georganiseerd. In Groningen werd gekozen voor een (gedeeltelijk) nieuw opgesteld levensloopteam, terwijl in Friesland en Drenthe (uiteindelijk) werd gekozen om aan te sluiten op bestaande organisatie- en samenwerkingsstructuren. In alle provincies voerde het Zorg- en Veiligheidshuis de procesregie en was de casusregie belegd bij de GGZ (Forensisch ACT, ForFact, OGGZ, verslavingszorg). In de precieze samenstelling van de betrokken partners in de eerste ring (professionals die direct betrokken zijn bij de organisatie en inrichting van de levensloopaanpak) en tweede ring (partijen die betrokken waren bij de geïnccludeerde persoon, maar niet bij de directe uitvoering van de levensloopaanpak) waren



accentverschillen te zien tussen de drie provincies.

De levenslooppaanpak verschilde op twee belangrijke manieren van de reguliere zorg en ondersteuning voor de doelgroep. Het eerste verschil is dat binnen de levenslooppaanpak de intentie werd uitgesproken om langdurig bij een geïncludeerde persoon betrokken te blijven, ook als de persoon hierop 'formeel' geen recht had. Dit verschilt ten aanzien van de reguliere zorg en ondersteuning voor de doelgroep, waar trajecten doorgaans tijdelijk van aard zijn en de zorg en ondersteuning sneller wordt afgeschaald of gestopt wanneer hiervoor geen grondslag is. Het tweede verschil is de manier waarop tussen organisaties werd samengewerkt. Binnen de levenslooppaanpak werd op structurele wijze samengewerkt tussen organisaties uit verschillende disciplines. Binnen de reguliere trajecten is de zorg en ondersteuning vaker belegd bij één organisatie. Samengenomen blijkt het meest kenmerkende aspect van de levenslooppaanpak de intentie te zijn om met een verscheidenheid aan organisaties langdurig betrokken te blijven bij geïncludeerde personen.

De rollen en taken van de levensloopprofessionals en de verhouding van de levenslooppaanpak ten aanzien van reguliere zorg en ondersteuning werden gaandeweg het implementatietraject steeds duidelijker. Het onderzoek wees uit dat de acties behorende bij de levenslooppaanpak onder te brengen waren in vijf hoofdcategorieën: 1) contact maken en onderhouden met de geïncludeerde persoon, 2) organiseren van basisvoorwaarden voor zorg- en hulpverlening, 3) organiseren van een woonplek, 4) organiseren van beveiligde klinische opname en 5) inzetten van een justitiële interventie. Daarbij waren drie kenmerken van levensloopprofessionals van belang voor een succesvolle uitvoering van de aanpak: 1) langdurige betrokkenheid bij de geïncludeerde persoon om een één-op-één vertrouwensband op te bouwen, 2) proactieve organisatie van de meest passende zorg en ondersteuning voor de geïncludeerde persoon en 3) het doorbreken van structurele barrières die de realisatie van zorg en ondersteuning voor geïncludeerde personen bemoeilijken (zie ook Bolhuis et al., 2023). Al met al valt te concluderen dat levensloopprofessionals zich met name bezighouden met het organiseren van langdurige zorg en ondersteuning op verschillende leefgebieden en hiervoor samenwerken met partijen uit verschillende professionals en organisaties in het zorgdomein, veiligheidsdomein en sociaal domein.

#### *Bij wie?*

In de praktijk kwamen de kenmerken van de geïncludeerde personen in Noord Nederland sterk overeen met de landelijk geformuleerde doelgroepomschrijving en de kenmerken van geïncludeerde personen in de proeftuinregio's. Het ging hierbij om mensen die overlastgevend, ontwrichtend en gevaarlijk gedrag vertoonden of hierop een hoog risico hadden en waarbij sprake was van problematiek op verschillende leefgebieden. Er was veelal sprake van een (vermoeden van) een licht verstandelijke beperking in combinatie met psychische problemen en vaak verslavingsproblematiek. Verder ging het vaak om mensen die zorgmijndend waren. De problematiek van geïncludeerde personen was complex en wederzijds versterkend; problemen op het ene leefgebied versterkten problemen op andere leefgebieden en vice versa. Hierdoor was niet altijd duidelijk welke problematiek voorliggend was, waardoor het lastig was om te bepalen op welke vorm van zorg en ondersteuning het best kon worden ingestoken.

Initieel waren verschillen in de inrichting van de inclusieprocessen te bekennen tussen de drie provincies. Uiteindelijk werd in alle drie provincies gekozen voor een relatief kleinschalig en efficiënt georganiseerd inclusieproces, waarbij een beperkt aantal partijen was betrokken. Hierbij spreken we van een geïntegreerd aanmeld- en inclusieproces, waarbij het aanmeld- en inclusieproces is belegd bij levensloopprofessionals uit de eerste ring en niet bij een afzonderlijk inclusieoverleg zoals in andere

regio's het geval is. In de praktijk werden de geïnccludeerde personen vooral aangemeld vanuit de organisaties die betrokken waren bij de levenslooppaanpak.

*Met welk resultaat?*

Het is nog te vroeg is om uitspraken te doen over de effecten van de levenslooppaanpak. Beoogde resultaten zoals afgenomen overlast, verminderd delictgedrag en toegenomen gevoelens van veiligheid onder buurtbewoners zijn pas op langere termijn vast te stellen en vielen buiten de observatieperiode van het onderzoek. In dit onderzoek zijn wel enkele eerste successen gesignaleerd waaruit de meerwaarde van de levenslooppaanpak blijkt. Deze successen zijn onder te brengen in vijf categorieën: 1) een kader om langdurig betrokken te kunnen blijven bij geïnccludeerde personen, 2) verbeteringen in zorg en ondersteuning voor geïnccludeerde personen door verbeterde communicatie en samenwerking tussen organisaties en professionals, 3) de meerwaarde van het 'label' van de levenslooppaanpak, 4) de langdurige betrokkenheid van één vast contactpersoon kon leiden tot verbeteringen voor geïnccludeerde personen en 5) de levenslooppaanpak kon bijdragen aan het vinden van structurele oplossingen voor problemen in de zorg en ondersteuning voor de doelgroep vanuit individuele casussen. Deze successen laten zien dat de aanpak kan leiden tot verbeteringen op casusniveau en overkoepelend niveau. Daarbij hebben enkele geïnccludeerde personen in Noord Nederland als gevolg van inclusie in de levenslooppaanpak meer vertrouwen gekregen in hulpverlening en zich welwillender opgesteld voor hulp. In enkele casussen leidde dit tot een afname van overlastgevend gedrag. Verder zijn vanuit de multidisciplinaire samenwerking oplossingen gevonden voor complexe vraagstukken rondom casuïstiek die in de reguliere zorg en ondersteuning niet tot stand zouden zijn gekomen.

Tegelijkertijd zijn in het onderzoek meerdere barrières geïdentificeerd die de optimale uitvoering van de aanpak bemoeilijken. Ten eerste was er onduidelijkheid op het gebied van de financiering van de aanpak. Binnen de provincies werden innovatieve oplossingen gevonden om de uitvoering van de aanpak op korte termijn werkbaar te maken, maar deze situatie werd op lange termijn als onhoudbaar ervaren. Omdat de aanpak daardoor afhankelijk was van de inzet en motivatie van individuele professionals, werd de levenslooppaanpak als fragiel ervaren. Ten tweede werd de uitvoering van de levenslooppaanpak bemoeilijkt door de beperkte bekendheid van de aanpak bij ketenpartners in de tweede ring. In de praktijk moesten levenslooppactprofessionals doorlopend organisaties in de tweede ring informeren over de inhoud en hem overtuigen van het belang van de levenslooppaanpak. Ten derde was het lastig om geschikte woon- en verblijfplekken voor geïnccludeerde personen te vinden. Het aantal geschikte plekken was beperkt, mede doordat veel zorglocaties de geïnccludeerde personen niet wilde plaatsen. Veel aandacht van de levenslooppactprofessionals ging dan ook uit naar het zoeken van een passende woon- en verblijfplek. Daarbij kon de inclusie in de levenslooppaanpak in een aantal casussen helpen om iemand geplaatst te krijgen. Ten vierde deden zich in de praktijk complicaties voor rondom het delen van gegevens tussen organisaties. Het delen van informatie en het gezamenlijk opbouwen van een dossier werd gezien als een voorwaarde voor effectieve samenwerking tussen organisaties. In de praktijk konden bestaande convenanten tussen de Zorg- en Veiligheidshuizen en ketenpartners een grondslag vormen om gegevens te delen, maar werden reserves bemerkt bij professionals in het delen van gegevens. Ten slotte waren er complicaties met het snel opschalen naar beveiligde intensieve zorg. Opschalen naar beveiligde intensieve zorg bij signalen van crisissituaties werd gezien als een kerncomponent van de aanpak, waarmee ernstige incidenten mogelijk konden worden voorkomen. In de praktijk lukte het vaak niet om snel op te schalen naar beveiligde intensieve zorg zonder dat hier een rechterlijke

uitspraak aan ten grondslag lag (bijvoorbeeld een zorgmachtiging, rechtelijke machtiging, crisismaatregel of strafrechtelijke titel) en er daarmee geen financiering voor de plaatsing op een beveiligd bed was. Juist dit was belangrijk om flexibel en preventief op te kunnen schalen. De landelijk uitgesproken ambitie om snel en preventief te kunnen op- en afschalen werd daarmee vooralsnog in de praktijk als onhaalbaar ervaren.

## 4.2. Beschouwing

### *De levenslooppaanpak in de opstartfase*

In dit onderzoek is de levenslooppaanpak in Noord Nederland in de opstartfase gevolgd. Ten tijde van de opstartfase werd de aanpak gekenmerkt door een doorlopend proces van veranderingen in visies en werkprocessen. Een groot gedeelte van de onderzoeksperiode vond plaats tijdens een fase van oriënteren. Dit bemoeilijkte de evaluatie van de aanpak. Ook was het binnen de periode van het onderzoek niet mogelijk om de beoogde lang termijnresultaten van de aanpak te evalueren. Hiervoor is vervolgonderzoek nodig.

### *Naasten, netwerk en ervaringsdeskundigheid*

Uit het onderzoek blijkt dat in de levenslooppaanpak in Noord Nederland nog beperkt wordt samengewerkt met het netwerk van de geïncorporeerde personen. Ook viel op dat er weinig aandacht is voor de rol van ervaringsdeskundigen. Een verklaring die door professionals werd aangedragen voor de beperkte betrokkenheid van het netwerk en ervaringsdeskundigheid was dat de aanpak zich nog in de opstartfase bevond. De levensloopprofessionals waren ten tijde van het onderzoek vooral bezig met 'overleven' en invulling geven van de aanpak en vonden hierdoor weinig ruimte om naasten en ervaringsdeskundigen te betrekken. Het belang van het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen werd echter wel breed onderstreept.

### *Verschillen tussen de drie provincies*

Er waren veel verschillen in de organisatieprocessen en werkwijzen tussen de drie provincies. In Friesland werd lang gediscussieerd over hoe bestaande overlegorganen en samenwerkingsverbanden konden worden verbonden en werd lang gesproken over de meerwaarde van de levenslooppaanpak ten aanzien van bestaande aanpakken en samenwerkingsverbanden rondom personen met een hoog veiligheidsrisico. In Drenthe werd gekozen om bestaande samenwerking tussen het Zorg- en Veiligheidshuis en de GGZ uit te breiden met de 'levensloopgedachte' en werd ingezet op het creëren van draagvlak bij de verschillende gemeenten in de provincie. Dit was een tijdrovend proces dat veel energie heeft gekost en niet volledig tot de gewenste resultaten leidde. In Groningen werd gekozen om een (gedeeltelijk) nieuw samenwerkingsverband te organiseren, bestaande uit professionals die al contact met elkaar hadden. Hier werd op kleine schaal al vroeg met de aanpak gestart (alleen in de gemeente Groningen) en is de aanpak gaandeweg uitgebreid naar andere gemeenten in de provincie. Deze contextuele verschillen verklaren voor een gedeelte de geobserveerde verschillen in de organisatie en werkwijzen van de levenslooppaanpak tussen de drie provincies.

### *Reflecties op het actieonderzoek*

In de hoofdstuk twee van dit rapport is benoemd dat het onderzoek uit twee doelstellingen bestond: een beschrijvend en een actiegericht doel. De actiegerichte doelstelling van dit onderzoek is beperkt besproken in deze rapportage. Voor deze doelstelling zijn tal van praktijkgerichte producten ontwikkeld in samenwerking met de professionals uit de eerste en tweede ring. De producten hebben

naar vermeld een positieve bijdrage geleverd aan de uitvoering van de aanpak. Daarnaast werden de observaties van de levensloop- en aanmeldbijeenkomsten doorlopend teruggekoppeld aan de projectteams. Dit werd door de professionals als waardevol ervaren.

Het was tijdrovend en ingewikkeld om de participatieve relaties op te bouwen die nodig zijn voor succesvol actieonderzoek. Het is gelukt om deel te nemen aan het professionele netwerk en gezamenlijk de onderzoeksvragen te formuleren, maar het is minder goed gelukt gezamenlijk op zoek te gaan naar antwoorden op deze vragen. Hiervoor zijn verschillende verklaringen aan te dragen. Ten eerste waren de levensloopprofessionals hoofdzakelijk bezig met het organiseren en uitvoeren van de levenslooppaanpak, waardoor zij niet altijd voldoende ruimte ervoeren voor het actieonderzoek. Ten tweede bleek het ingewikkeld om de timing en tempo van het actieonderzoek te matchen aan de timing van het implementatie- en uitvoeringstraject. Ten derde waren de levensloopprofessionals nog zoekende in een rol in relatie tot de eigen organisatie en de samenwerkingsorganisaties, wat een ingewikkelde context creëerde voor actieonderzoek. Ten vierde werd de levenslooppaanpak in de drie noordelijke provincies in drie afzonderlijke projectgroepen vormgegeven, met ieder een unieke samenstelling van organisaties en betrokken professionals. Dit bemoeilijkte de uitvoering van het actieonderzoek, aangezien de participatieve relaties in iedere provincie opnieuw opgebouwd dienden te worden.

Binnen de onderzoeksperiode zijn stappen gezet om participatieve relaties op te bouwen en zijn hiermee positieve ervaringen opgedaan, maar is het niet volledig gelukt. Gaandeweg is de doelstelling van het actieonderzoek dan ook bijgesteld. In eerste instantie was de doelstelling om gezamenlijk met de levensloopprofessionals praktijkvragen vast te stellen en te onderzoeken. Daarna werd de doelstelling kleinschaliger en draaide het om het leveren van een positieve bijdrage aan relevante praktijkvraagstukken, waarbij een kleinere rol werd weggelegd voor het participatieve element van het actieonderzoek. Overkoepelend vergt een succesvol participatief actieonderzoek een langere termijnperspectief dan mogelijk was binnen de tijdsperiode van dit onderzoek. Hierbij moet voldoende tijd worden ingeruimd voor het opbouwen van participatieve relaties, het gezamenlijk creëren van voldoende commitment is bij alle betrokken partijen en het gezamenlijk afstemmen van de doelstellingen en invulling van het actieonderzoek.

### 4.3. Aanbevelingen

Op basis van het onderzoek zijn meerdere aanbevelingen te formuleren voor een succesvolle uitvoering van de levenslooppaanpak.

1. *Grens- en overbruggingsbudgetten als oplossing voor het financieringsprobleem*: De grootste barrière voor de uitvoering en organisatie van de levenslooppaanpak was de financieringsproblematiek. Professionals opperden meermalen om een 'grijs fonds' op te zetten van waaruit kon worden gefinancierd. Dit zou gaan om een financieringsbron waaruit alle zorg en ondersteuning vanuit de levenslooppaanpak initieel kan worden gefinancierd, en waarbij verrekening achteraf plaatsvindt wanneer duidelijk is uit welke wet de zorg geleverd is (Raad Volksgezondheid & Samenleving, 2022). Op deze wijze kunnen discussies over de financieringsgrond worden omzeild.
2. *Start door te experimenteren in de praktijk*: De aanpak in Noord Nederland stagneerde op verschillende momenten doordat veel aandacht werd besteed aan oriëntatie en overleg over het organiseren van de randvoorwaarden van de levenslooppaanpak. Dit leidde onder meer tot een inclusiestop en ging ten koste van de energie en het enthousiasme van de

levensloopprofessionals. Veelal lukte het niet om vraagstukken op regionaal niveau op te lossen en lieten veelvoorkomende problemen zich het best werkenderwijs oplossen. Het bleek in de praktijk helpend om aan de hand van concrete casuïstiek de barrières in de uitvoering van de levenslooppaanpak structureel te slechten.

3. *Ontwikkel efficiënte strategieën om gemeenten te betrekken:* In de provincie Groningen werd de aanpak in eerste instantie alleen in de gemeente Groningen opgestart. Dit maakte het mogelijk om vlot te starten met de aanpak. Een andere optie is om gemeenten te vragen om een vast contactpersoon te leveren voor de levenslooppaanpak. Daarbij is het van belang dat levensloopprofessionals en gemeenten afspraken maken over de beschikbaarheid van woonvoorzieningen en routes om geïnccludeerde personen aan een woon- of verblijfplek te helpen die passend is voor de ondersteuningsvraag en -behoefte. Dit van groot belang aangezien een stabiele woon- of verblijfplek door levensloopprofessionals wordt gezien als voorwaarde voor het leveren van zorg en ondersteuning.
4. *Faciliteer levensloopprofessionals:* In de praktijk werden de uren die de levensloopprofessionals aan de aanpak besteedden gefinancierd vanuit de moederorganisaties waarin zij werkzaam waren. Om de levenslooppaanpak te laten slagen is het van belang dat medewerkers hiervoor voldoende tijd en ruimte vanuit hun moederorganisatie krijgen en worden gefaciliteerd om de aanpak op te zetten en uit te voeren.
5. *Zorg voor een lerende houding:* Met elkaar willen samenwerken en van elkaar willen leren is een noodzakelijke voorwaarde om de aanpak te laten slagen. Hiervoor is het van belang dat professionals bij de aanpak betrokken worden met een hierbij passende houding en attitude.
6. *Voorzie in heldere informatie over de levenslooppaanpak voor ketenpartners:* De levenslooppaanpak kent veel verschillende facetten en is niet altijd eenvoudig en eenduidig over te brengen naar ketenpartners in de tweede ring. Aangezien bekendheid van de aanpak een randvoorwaarde is voor een succesvolle aanpak, is het belangrijk om te voorzien in goede en duidelijke informatie. Hierbij kan het helpen als deze informatie specifiek is toegespitst op de ketenpartner in kwestie; zo zal een gemeente andere informatie behoeven dan de reclassering of een penitentiaire inrichting.
7. *Maak afspraken over opschalen naar beveiligde intensieve zorg zonder rechterlijke uitspraak:* Om de ingewikkeldheden met flexibel opschalen naar beveiligde intensieve te voorkomen is het van belang om in een vroeg stadium met aanbieders van beveiligde bedden afspraken te maken over op- en afschalen op casusniveau. Tegelijkertijd is het noodzakelijk om structureel en op landelijk niveau na te denken over hoe de mogelijkheden tot (preventief) opschalen kunnen worden ingericht en bekostigd.
8. *Werk samen met naasten:* In de praktijk werd binnen de levenslooppaanpak in Noord Nederland nog beperkt zorg en ondersteuning verleend aan naasten. Uit de interviews met een naaste van een geïnccludeerde persoon en met ervaringsdeskundige naasten bleek dat hieraan wel behoefte was. Deze betrokkenheid kan kleinschalig worden georganiseerd, waarbij naasten worden geïnformeerd over de voortgang en betrokken bij de aanpak en de levensloopprofessionals laagdrempelig bereikbaar zijn. Uitgebreidere vormen van samenwerking met naasten kunnen zijn om naasten te betrekken bij het opstellen van trajectplannen en de begeleiding van geïnccludeerde personen en het aanbieden van psycho-educatie of hulp en ondersteuning voor naasten. Het is van belang dat levensloopprofessionals voldoende tijd en ruimte ervaren om zich hiervoor in te zetten.

Daarnaast is het van belang om naasten zelf te vragen hoe zij betrokken zouden willen zijn bij de zorg en ondersteuning voor de geïnccludeerde persoon. Verder is het wenselijk om specifiek beleid te ontwikkelen rondom samenwerking met naasten binnen de levenslooppaanpak. Hierbij is het van belang om met een aantal gecompliceerde scenario's rekening te houden, zoals wanneer 1) er geen toestemming van de geïnccludeerde persoon is om naasten te betrekken, 2) er geen naasten (meer) zijn, 3) wanneer naasten slachtoffer zijn (geweest) van het gedrag van de geïnccludeerde persoon, en 4) wanneer naasten een risicofactor vormen voor de problematiek van de persoon.

9. *Betrek ervaringsdeskundigen:* De inzet van ervaringsdeskundigheid in de levenslooppaanpak in Noord Nederland was ten tijde van het onderzoek beperkt. Ervaringsdeskundigen kunnen bijdragen aan het op een laagdrempelige manier contact maken met de geïnccludeerde persoon en diens netwerk. Ook kunnen ervaringsdeskundigen de situatie, het levensverhaal en behoeften met de betrokkenen verkennen en bijdragen aan een gelijkwaardige relatie tussen levensloopprofessionals en de geïnccludeerde persoon. In lijn met de aanbeveling rondom samenwerken met naasten, is het wenselijk om specifiek beleid te ontwikkelen rondom samenwerking met ervaringsdeskundigen binnen de levenslooppaanpak. Het is echter lastig om geschikte ervaringsdeskundigen te vinden met ervaringen die voldoende aansluiten bij de problematiek van de geïnccludeerde personen. Het gaat bij de levenslooppaanpak immers om mensen met langdurige en hardnekkige problematiek op verschillende leefgebieden.
10. *Borg de veiligheid van levensloopprofessionals:* In Noord Nederland is het voorgekomen dat de persoonlijke veiligheid van een levensloopprofessional in het geding was en persoonlijke beveiliging nodig was. Het hoge veiligheidsrisico van de doelgroep is een inherent kenmerk van de levenslooppaanpak. Het is daarom van belang om vroeg in het implementatietraject van de levenslooppaanpak een protocol uit te werken om de veiligheid van medewerkers te borgen. Verder bleek dat het belangrijk was dat er binnen de teams van levensloopprofessionals iemand aanspreekbaar was in het geval van heftige of onveilige situaties.
11. *Zorg voor structurele borging van de levenslooppaanpak:* De levenslooppaanpak werd als fragiel omschreven, omdat de aanpak afhankelijk was van de inzet van individuele bestuurders en professionals. Doordat de aanpak afhankelijk is van de inzet van individuen is de aanpak voorsnog niet structureel geborgd. Om te voorkomen dat de levenslooppaanpak eindigt als een tijdelijke pilot is het noodzakelijk dat op bestuurlijk niveau afspraken worden gemaakt over hoe de levenslooppaanpak een blijvende positie in het zorg- en ondersteuningsstelsel rondom personen met een hoog veiligheidsrisico kan bemachtigen. Verder is het noodzakelijk dat er duidelijkheid ontstaat wie verantwoordelijk is voor de totale implementatie en borging van de levenslooppaanpak en de bijbehorende randvoorwaarden.

#### 4.4. Tot slot

In dit rapport is een beschrijving gegeven van het inclusieproces, de doelgroep, de werkwijze, de probleempunten en de eerste resultaten van de levenslooppaanpak in Noord Nederland. Ook is aandacht besteed aan de verschillen en overeenkomsten tussen Groningen, Friesland en Drenthe. De eerste ervaringen met de aanpak zijn overwegend positief. In de praktijk lukte het om geïnccludeerde personen te voorzien van langdurige zorg en ondersteuning, ook wanneer deze personen hierop 'formeel' geen recht hadden. Tegelijkertijd zijn verschillende barrières geïdentificeerd die succesvolle

implementatie en uitvoering van de aanpak bemoeilijken. Met name de financiering van de levenslooppaanpak en de flexibele toegang tot beveiligde intensieve zorg vormen belangrijke aandachtspunten. Daarbij zijn echter belangrijke stappen gezet in het vinden van langdurige oplossingen om stabiele leefsituaties van geïnccludeerde personen te organiseren. Hierbij vormt het woonvraagstuk een belangrijk aandachtspunt.

De organisatie van de levenslooppaanpak vraagt, net als de zorg en ondersteuning voor de geïnccludeerde personen, om een lange adem. Dat geldt ook voor onderzoek naar de aanpak. De resultaten van de aanpak zullen pas op langere termijn zichtbaar en meetbaar worden. Het onderzoek wijst wel uit dat met de levenslooppaanpak in Noord Nederland belangrijke stappen zijn gezet om passende en domeinoverstijgende zorg en ondersteuning te organiseren voor personen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico. Om de aanpak verder door te ontwikkelen en te evalueren is een langetermijnperspectief noodzakelijk.

## Referenties

- Andersson Elffers Felix. (2021). *Personen met verward gedrag en hoog veiligheidsrisico: Problematiek en zorgbehoefte*.
- Bolhuis, M., Venema, S., Vos, S., Glasbergen, P., & Blaauw, E. (2023). Niet de zoveelste hulpverlener: Een verkenning van de levenslooppaanpak voor personen met een hoog veiligheidsrisico. *Participatie & Herstel*.
- Candel, F., & Wijga, P. (2017). *Onderzoek naar beletselen in continuïteit van zorg voor mensen met gevaarlijk, agressief en ontwrichtend gedrag die geen juridische titel (meer) hebben*. <https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/20170418-pmvg-cvz-onderzoek-beletselen-continuïteit-van-zorg-18042.pdf>
- Continuïteit van Zorg. (z.d.). *Continuïteit van zorg: Wegwijzer naar een veilige zorgketen voor patiënt en naaste, organisatie en maatschappij*. <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/6.3.b Eindrapport Continuïteit van zorg.pdf>
- Continuïteit van Zorg. (2015). *Geen titel, wel zorg*. <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Advies-CvZ-na-strafrechtelijke-keten.pdf>
- Continuïteit van Zorg. (2021). *Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg: Samenwerken in regionale netwerkvormen voor betere ondersteuning en zorg aan mensen met een psychische stoornis en/of een verslaving en/of een verstandelijke beperking én een hoog veiligheidsrisico*. <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022-01-20 Ketenveldnorm - def .pdf>
- Fivoor. (z.d.). *Proces op- en afschalen tijdens Levenslooppaanpak volgens Fivoor*. [https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Levenslooppaanpak op- en afschalen met toelichting 2022-03-16 Fivoor\(1\).pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Levenslooppaanpak op- en afschalen met toelichting 2022-03-16 Fivoor(1).pdf)
- Huberts, S., Haaren, P. Van, & Berk, V. De. (2022). *Monitoring implementatie ketenveldnorm januari 2022*. [https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Monitor Ketenveldnorm rapportage 2022 \(002\).pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Monitor Ketenveldnorm rapportage 2022 (002).pdf)
- Kaal, H. (2016). *Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein*. <https://www.hsleiden.nl/binaries/content/assets/hsl/lectoraten/lvb-en-jeugdcriminaliteit/notitie-prevalentie-ministerie-van-veiligheid-en-justitie.pdf>
- Moonen, A., van de Veen, L., & Elbers, M. (2021). *Aanpak Ketenveldnorm in Limburg: Uitvoering Levensloopfunctie en Beveiligde Intensieve Zorg*.
- Nijhuis, J., Huberts, S., van der Berk, V., & Jongebreur, W. (2022). *Maatschappelijke businesscase ketenveldnorm levenslooppaanpak*. <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Rapportage maatschappelijke businesscase levenslooppaanpak.pdf>
- Op- en afschaling binnen de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg in Overijssel*. (z.d.). <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Overijssel/Proces op- en afschaling definitief.pdf>
- Politie. (2022). *Geregistreerde overlast; soort overlast, gemeentelijke indeling 2022*. <https://data.politie.nl/#/Politie/nl/dataset/47021NED/table?dl=421BD>
- Projectgroep Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel. (2020). *Evaluatie Proeftuin ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg Overijssel*. <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Overijssel/Regionale evaluatie Proeftuin Ketenveldnorm Overijssel def.pdf>



- Raad Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*.  
<https://www.raadrvs.nl/binaries/raadrvs/documenten/publicaties/2022/03/04/grenzeloos-samenwerken/Grenzeloos+samenwerken.pdf>
- Reijerse, A., & Sonnenschein, L. (2022). *Handreiking gegevensdeling bij het includeren in- en uitvoeren van de levenslooppaanpak*. [https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022-01-05/Handreiking\\_gegevensdeling\\_Ketenveldnorm\\_met\\_bijlagen\\_def.pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022-01-05/Handreiking_gegevensdeling_Ketenveldnorm_met_bijlagen_def.pdf)
- Rowaert, S., Vandevelde, S., Lemmens, G., Vanderplasschen, W., Beken, T. Vander, Laenen, F. Vander, & Audenaert, K. (2016). The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 39(1), 11–19.  
<https://doi.org/10.1097/MRR.000000000000152>
- Significant. (2020). *Handreiking Implementatie Ketenveldnorm*.
- Significant. (2021). *Monitoring ketenveldnorm: De eerste effecten van de ketenveldnorm op casusniveau*. <https://edit-ggz.azurewebsites.net/getmedia/996e3835-ce79-416e-a42b-4d53b98e45a5/Maatschappelijke-businesscases-ketenveldnorm-2020.pdf>
- Swieters, C., & Pot, C. (2021). *Samen naar Veiligheid: Inventarisatie naar de 30/40 casuïstiek Drenthe met verward gedrag en gevaar risico*.
- van Es, M. (2022). *Implementatieplan Ketenveldnorm - Levenslooppaanpak*.  
[https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022/Implementatieplan\\_Ketenveldnorm\\_-\\_Levenslooppaanpak\\_-\\_versie\\_8\\_juli\\_2022.pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022/Implementatieplan_Ketenveldnorm_-_Levenslooppaanpak_-_versie_8_juli_2022.pdf)
- van Haaren, P., Huberts, S., & de Berk, V. (2021). *Monitoring implementatie Ketenveldnorm juni 2021*.  
[https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Monitor\\_ketenveldnorm\\_Rapportage\\_2021\\_\(Significant\\_Public\)\\_Definitief.pdf](https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Monitor_ketenveldnorm_Rapportage_2021_(Significant_Public)_Definitief.pdf)
- van Wamel, A., Muusse, C., & van Rooijen, S. (2012). *Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose: Handreiking*. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1190-geintegreerde-behandeling-van-dubbele-diagnose-clienten.pdf>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2020). *Brief aan de leden: Voortgang ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg*. [https://vng.nl/sites/default/files/2020-10/20201029\\_ledenbrief\\_voortgang-ketenveldnorm-levensloopfunctie-en-beveiligde-intensieve-zorg.pdf](https://vng.nl/sites/default/files/2020-10/20201029_ledenbrief_voortgang-ketenveldnorm-levensloopfunctie-en-beveiligde-intensieve-zorg.pdf)
- Witteveen, A., & Koffijberg, J. (2019). *Van fragmentatie naar samenhang: Een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen ter verbetering van de aanpak van verwarde personen met een veiligheidsrisico*. [https://mijngemeente.vrnhn.nl/sites/default/files/2019-05/Rapport\\_Van\\_fragmentatie\\_naar\\_samenhang.pdf](https://mijngemeente.vrnhn.nl/sites/default/files/2019-05/Rapport_Van_fragmentatie_naar_samenhang.pdf)

## Begrippenlijst

In deze begrippenlijst wordt een aantal terugkerende kernbegrippen binnen de levenslooppaanpak uitgelegd.

<p>Ketenveldnorm voor de levensloopp functie en beveiligde intensieve zorg</p>	<p>De Ketenveldnorm beoogt de ondersteuning en zorg voor landelijk ongeveer 1.500 tot 2.000 personen die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen, als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening, sterk te verbeteren. Integrale samenwerking in een netwerk of keten is het sleutelbegrip. De levensloopp functie kenmerkt zich door continuïteit van intensieve ondersteuning en zorg, professionals die bij de geïnccludeerde persoon en hun naasten betrokken blijven zo lang dat nodig is en het makkelijk opschalen en afschalen naar zwaardere of lichtere vormen van ondersteuning en zorg, ook in het sociaal domein. De levensloopp functie realiseert, organiseert en monitort ambulante ondersteuning en zorg (op alle levensgebieden). Vroegtijdige signalering van risico's is een belangrijk onderdeel van de levenslooppaanpak. Als dat nodig is vindt opschaling plaats naar een 24-uursvoorziening (waaronder beveiligde intensieve zorg).</p>
<p>Opschalen naar beveiligde intensieve zorg</p>	<p>Beveiligde intensieve zorg is 24-uurszorg in een gesloten klinische setting met (materiële/fysieke) beveiliging waar patiënten met zeer ontwrichtend gedrag (ten gevolge van hun psychische aandoening of verstandelijke beperking) kunnen worden opgenomen. Er kan op twee manieren worden naar beveiligde intensieve zorg worden opgeschaald: 1) vrijwillig, en 2) op basis van een rechterlijke uitspraak (bijvoorbeeld een zorgmachtiging, crisismaatregel, rechterlijke machtiging of strafrechtelijke beslissing). Binnen beveiligde intensieve zorg is sprake van intensieve zorg met expertise uit de forensische zorg, een orthopedagogisch leefklimaat, een structurerend behandelmilieu en een zorgintensief agogisch klimaat. Het is een voorziening waar geïnccludeerde personen 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 levensloopp functie weer ambulant voortgezet.</p>
<p>Ambulante ondersteuning binnen de levenslooppaanpak</p>	<p>De ambulante ondersteuning en zorg binnen de levensloopp functie is gericht op stabilisatie en herstel en biedt continuïteit van ondersteuning en zorg op alle levensgebieden. Er is expliciet aandacht voor consequente monitoring en vroegtijdige signalering van risico's in iemands gedrag.</p>
<p>Personen met een hoog veiligheidsrisico</p>	<p>De doelgroep van de levenslooppaanpak is landelijk een groep van ongeveer 1.500 tot 2.000 mensen met een psychische stoornis en/of verstandelijke beperking en/of verslaving, die een ernstig risico vormen voor zichzelf of hun omgeving.</p>
<p>Aanmeld- en inclusieoverleg</p>	<p>In dit overleg wordt besloten of een aangemelde persoon voldoet aan de inclusiecriteria, en of deze persoon al dan niet geïnccludeerd gaat worden in de levenslooppaanpak.</p>
<p>Geïnccludeerde persoon</p>	<p>Personen die zijn geïnccludeerd in de levenslooppaanpak, en langdurige zorg en ondersteuning ontvangen van levensloopp professionals.</p>

	Voorafgaand aan inclusie wordt gescreend of de persoon binnen de doelgroep van de levenslooppaanpak valt. Wanneer de persoon voldoet aan de inclusiecriteria, wordt de persoon geïnccludeerd en valt dus onder de levenslooppaanpak.
Levensloopprofessional	De levenslooppprofessionals voeren de levenslooppaanpak uit. Doorgaans zijn deze professionals werkzaam binnen de Zorg- en Veiligheidshuizen of binnen de GGZ (ForFACT, Forensisch ACT, verslavingszorg).
Zorgtitel	Afhankelijk van de ondersteuningsvraag en problematiek en achtergrond van een persoon, kan de zorg en ondersteuning worden gefinancierd uit verschillende bronnen. Dit kan bijvoorbeeld vanuit een forensische zorgtitel, een zorgmachtiging, de wet zorg en dwang, de wet maatschappelijke ondersteuning, de participatiewet, de wet langdurige zorg, de zorgverzekeringswet. In deze context wordt gesproken over een zorgtitel.
Beschermde woonvoorziening	Dit betreft woonvoorzieningen voor mensen die niet (meer) zelfstandig kunnen wonen vanwege langdurige psychiatrische en/of verslavingsproblemen, waarbij de mate van begeleiding kan variëren. Forensische beschermde woonvoorzieningen zijn bedoeld voor mensen die uitstromen vanuit forensische instellingen, zoals uit een Forensisch Psychiatrische Kliniek of de Forensisch Psychiatrische Afdeling.

## Bijlage 1: Interviewvragen

### Interviewronde 1 (februari 2021 tot en met februari 2022):

1. Hoe ziet een optimaal functionerende levenslooppaanpak er volgens u uit? Kunt u beschrijven wat er dan op dagelijkse basis gebeurt?
2. Wat zijn volgens u de belangrijkste uitkomsten van een succesvolle levenslooppaanpak?
3. Op welke manier verschilt de levenslooppaanpak van bestaande aanpakken? Kunt u hier concrete voorbeelden van noemen?
4. Welke barrières verwacht u bij de implementatie en uitvoering van de levenslooppaanpak tegen te komen?
5. Wat merkt de cliënt zelf dat hij of zij aan de levenslooppaanpak deelneemt? Wat verandert er in zijn of haar leven?
6. Voor het actieonderzoek dat door het Lectoraat Verslavingskunde & Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen wordt uitgevoerd beogen we praktijkvraagstukken te behandelen die voor professionals relevant zijn, zodat het onderzoek kan helpen om de praktijk te optimaliseren. Wat zijn volgens u de belangrijkste vraagstukken waar toekomstige projecten zich op moeten richten?

### Interviewronde 2 (februari 2022 tot en met juli 2022):

1. Hoe verschilt de levenslooppaanpak in de praktijk van het reguliere aanbod van zorg en ondersteuning? Wat gaat er anders dan regulier wanneer een cliënt is geïncorporeerd in de levenslooppaanpak?
2. Wat merkt het netwerk van de geïncorporeerde persoon van de inclusie?
  - o Doorvraag: Zijn de netwerken van cliënten in beeld, en zo ja, hoe zien deze er uit?
  - o Doorvraag: Hoe moet in de ideale situatie worden samengewerkt tussen de professionals, de cliënt en het netwerk/naasten van cliënten in de levenslooppaanpak?
  - o Doorvraag: Welke acties zijn tot nu ondernomen om samenwerking met het netwerk van een cliënt te realiseren? Hoe is dat gegaan?
3. Wat zijn volgens u op dit moment de belangrijkste knelpunten die de uitvoering van de levenslooppaanpak bemoeilijken?
  - o Doorvraag: Welke afspraken moeten worden gemaakt en welke zaken moeten worden geregeld om de levenslooppaanpak te laten slagen? En wie zijn daarbij betrokken?
4. Zijn er al eerste successen geboekt met geïncorporeerde personen waaruit de meerwaarde van de Levensaanpak blijkt? Kunt u deze omschrijven?
  - o Doorvraag (bij successen): Wat maakte dat dit succes tot stand kon komen? Wat was het werkzame principe hierachter?
  - o Doorvraag (bij geen successen): Wat maakt dat deze successen nog niet tot stand zijn gekomen? Wat zijn hierin de belemmerende factoren?

## Bijlage 2: Observatieschema aanmeld- en inclusiebijeenkomsten

<b>Informatie over overleg</b>	
Datum	
Provincie	
Wie zijn er aanwezig? Vermeld per aanwezige de naam, functie en organisatie.	
Zijn er mensen uitgenodigd die niet aanwezig zijn? Zo ja, wie zijn dit?  Wordt er gesproken over of dit consequenties heeft voor de besluitvorming over inclusie/exclusie? Zo ja, wat wordt er gezegd?	
Welke informatie is voorafgaand aan de bijeenkomst gedeeld met de participanten van de aanmeldtafel? (vink aan wat van toepassing is)  Hoe ver van tevoren en door wie is de informatie opgestuurd?	
Hoe lang duurde de bijeenkomst?	
Welke organisatie/functie zit het overleg voor?	

*Wanneer er in één bijeenkomst meerdere cliënten worden besproken, kopieer dan de onderstaande tabellen zo vaak als nodig.*

<b>Wie doet wat?</b>	
Door welke organisatie is de casus aangemeld? Is deze aanwezig?	
Is de cliënt geïnccludeerd?	
Hoe is de procedure van de besluitvorming rondom inclusie/exclusie gestructureerd? Schets een tijdslijn van de bijeenkomst	
Welke partijen hebben gestemd en welke partijen niet? Wat waren de overwegingen daarbij?	
Welke argumenten werden genoemd om de cliënt <u>wel</u> te includeren?	
Welke argumenten werden genoemd om de cliënt <u>niet</u> te includeren?	
Als de cliënt <u>wel</u> is geïnccludeerd: Is er gesproken over de overdracht van de aanmeldtafel naar het Levensloopteam? Zo ja, wat werd hier over gezegd? Wie coördineert de overdracht?	
Als de cliënt <u>niet</u> is geïnccludeerd: Is er gesproken een terugkoppeling naar de aanmelder? Zo ja, wat werd hier over gezegd? Wie coördineert de overdracht?	
Wordt er nog een overdracht gedaan naar andere partijen? (wellicht niet aanwezig waren bij de bijeenkomst)	

### Bijlage 3: Observatieschema levensloopbijeenkomsten

<b>Informatie over overleg</b>	
Datum	
Provincie	
Wie is er aanwezig? Vermeld per aanwezige de naam, functie en organisatie. <i>Nb observaties anoniem delen met levensloopteam</i>	
Wie was er niet aanwezig? <i>Nb observaties anoniem delen met levensloopteam</i>	
Hoe lang duurt de bijeenkomst?	
Overige opmerkingen	

*Wanneer er in één bijeenkomst meerdere personen worden besproken, kopieer dan de onderstaande tabellen zo vaak als nodig. Gebruik steeds dezelfde letter voor een persoon zodat op termijn een tijdslijn gemaakt kan worden.*

<b>Casus:</b>	<b>Observaties</b>
---------------	--------------------

<b>Terugblik casus</b>	
Schets wat wordt besproken over de situatie van de casus	
Welke acties zijn door het levensloopteam ondernomen?	
Wie heeft wat gedaan?	
In hoeverre is het doel behaald? (resultaat)	
Wat ging minder goed of was ingewikkeld? (barrières/knelpunten)	
Wat ging goed? (successen)	
Overige opmerkingen	

Casusbespreking	Observaties
Wat speelt nu in de casus?	
Welke opties worden genoemd om de cliënt te ondersteunen?	
Welke keuze wordt gemaakt en waarom?	
Wie gaat wat doen?	
Wat is het doel dat het levensloopteam wil bereiken?	
Welke barrières/problemen voorziet het levensloopteam?	
Overige opmerkingen	

Netwerk, naasten & ervaringsdeskundigheid	Observaties
Wat wordt besproken aangaande netwerk/naasten? Om welke naasten van de cliënt gaat het?	
Wat wordt besproken over ervaringsdeskundigen? Om wat voor ervaringsdeskundige gaat het?	
Overige opmerkingen	



## Bijlage 4: Thematisch raamwerk voor analyse van kwalitatieve data

Code	Omschrijving
1 Acties richting de cliënt	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over acties direct richting de cliënt, zoals het opnemen van contact, het bezoeken van een cliënt of afspreken met een cliënt.
2 Organiseren van zorg op casusniveau	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over acties die er aan bijdragen dat de passende zorg en ondersteuning voor de cliënt wordt geregeld. Let op: voor zorgmachtigingen en wonen zijn aparte codes geformuleerd.
3 Samenwerking tussen professionals	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over aan contacten, acties en informatie uitwisselen met andere professionals/ketenpartners
4 Organiseren van zorg op structureel niveau	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over acties die er aan bijdragen dat de passende zorg en ondersteuning voor alle cliënten van de levensloopaanpak wordt geregeld, of acties die er aan bijdragen om structurele barrières in de organisatie van de levensloopaanpak te overbruggen
5 Rol van externe organisaties	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over organisaties in de 'tweede ring', bijvoorbeeld dat er contact met hen wordt gezocht in het kader van de levensloopaanpak
6 Op- en afschalen	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over het opschalen naar beveiligde intensieve zorg, of het afschalen van beveiligde zorg naar ambulante en alle ingewikkeldheden die daar bij komen kijken
7 Randvoorwaarden	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over randvoorwaardelijke zaken die nodig zijn voor succesvolle organisatie van de aanpak, zoals financiering van zorg voor de cliënt, financiering van de professionals, gegevensdeling tussen organisaties, beschikbaarheid van beveiligde bedden en beschikbaarheid van verblijfplekken
8 Naasten en netwerk	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de rol van naasten en netwerk van de cliënt en/of hoe deze betrokken kunnen worden. Naasten en netwerk formuleren we op inclusieve wijze; hieronder kunnen onder meer gezinsleden, familieleden, vrienden, winkelmedewerkers en huisdieren vallen
9 Netwerk als risicofactor	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over het netwerk als risicofactor. Denk bijvoorbeeld aan vrienden van de cliënt die in hetzelfde circuit zitten
10 Ervaringsdeskundigheid	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de rol of het betrekken van ervaringsdeskundigen in de levensloopaanpak, of ingewikkeldheden hieromtrent.
11 Zorgmachtiging	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over zorgmachtigingen en bijbehorende procedures

12	Wonen	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over zaken omtrent wonen. Denk hierbij aan het regelen van een woningen (ook bijvoorbeeld door contact op te nemen met bijvoorbeeld gemeenten), beveiligde woonsettingen, problematiek met betrekking tot wonen, etc.
13	Kenmerken en problematiek van cliënt	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de kenmerken en/of problematiek van de cliënt, zoals bijvoorbeeld psychiatrische problematiek, LVB, of multi-problematiek, of andere zaken waar de cliënt mee te maken heeft (gehad).
14	Zorgvraag	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de zorgvraag- of behoefte van de cliënt
15	Verslaving en middelengebruik	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over onderwerpen die te maken hebben met de verslaving of middelengebruik van de cliënt.
16	Veiligheid, delicten en risico's	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over veiligheid, delicten en risico's van het gedrag van de cliënt. Denk hierbij aan ook de rol van veiligheidspartners zoals reclassering, politie en gevangeniswezen. Hieronder valt ook risicotaxatie of uitingen over verwachtingen van risico- of delictgedrag van de cliënt.
17	Doel van levenslooppaanpak voor cliënt	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de doelstelling van de levenslooppaanpak voor de cliënt, zoals bijvoorbeeld beperken van overlast of risicogedrag of het stabiliseren van een cliënt.
18	Successen en resultaten	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over resultaten die in lijn met de wens van het levensloopprofessionals zijn; het gaat om de eerste geboekte resultaten.
19	Plannen die niet lukken	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over acties die niet naar wens zijn uitgevoerd, of mislukte plannen. Dit gaat vaak samen met barrières en randvoorwaarden.
20	Financiële situatie	Deze code is van toepassing wanneer wordt gesproken over de financiële situatie van de cliënt.

---