



Aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

2022026852

Datum 20 juli 2022
Betreft Duiding coördinatie activiteiten Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Zorginstituut Nederland
Zorg
Geestelijke gezondheidszorg &
Sociaal domein

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
mw. drs. O. Overeem
T +31 (0)6 525 252 83

Onze referentie
2022026852

Geachte mevrouw Helder,

Hierbij bied ik u de 'Duiding coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' aan. In het onderstaande geef ik een korte toelichting op de duiding.

Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Het doel van de 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' is om regionaal een geïntegreerd en domeinoverstijgend zorgaanbod te organiseren en te leveren voor personen van 18 jaar en ouder die potentieel gevaarlijk gedrag vertonen als gevolg van een psychische aandoening, een verstandelijke beperking, een verslaving of hersenletsel. De zorg voor deze cliënten betreft vaak het sociaal domein, het zorgdomein, het forensisch domein en het veiligheidsdomein en is zo complex dat een goede samenwerking tussen de verschillende domeinen vereist is. Een gebrekkige samenwerking tussen de hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg aan een cliënt kan leiden tot versnippering en gebrek aan eenduidigheid in het zorgaanbod. Dit terwijl deze complexe groep cliënten juist gebaat is bij een geïntegreerd zorgaanbod en één vast aanspreekpunt. Een dergelijk geïntegreerd zorgaanbod vereist vaak extra coördinatie.

Duurzame financiering ontbreekt

De kosten voor deze coördinatie activiteiten moeten opgevangen worden binnen de huidige financieringsstromen. Voordat een reguliere bekostiging gerealiseerd kan worden moet duidelijk zijn onder welk wettelijk kader (Zvw, Wfz, Wmo en/of Wlz) de kosten voor de coördinatie activiteiten vallen gedurende de verschillende levensfasen waarin de geïnccludeerde persoon zich bevindt. De NZa, ZN en de Nederlandse ggz vragen het Zorginstituut dan ook om de cliëntgebonden en de niet-clientgebonden coördinatie activiteiten te duiden.

Basis duiding: standpunt 'Casemanagement'

Wij beantwoorden deze vragen door gebruik te maken van het standpunt 'Casemanagement', van 25 maart 2011 en de memo 'Verduidelijking standpunt Casemanagement', van 22 maart 2018.

Duiding coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie

Op grond van het bovengenoemde standpunt en de memo stelt het Zorginstituut dat cliëntgebonden en niet-clientgebonden coördinatie activiteiten ten laste van

de Zvw komen voor cliënten wiens primaire zorgvraag geneeskundig van aard is en die bovendien vanwege de complexe situatie zijn aangewezen op casemanagement. Als de primaire zorgvraag niet geneeskundig van aard is dan komen de kosten van de coördinatie activiteiten ten laste van een ander wettelijk kader (bijvoorbeeld de Wmo of de Wfz). Ook hebben wij voor de verschillende levensfasen die zijn benoemd in het duidingsverzoek, geduid wanneer de cliëntgebonden coördinatie-activiteiten ten laste van de Zvw kunnen komen en wanneer ten laste van een ander wettelijk kader.

Zorginstituut Nederland
Zorg
Geestelijke gezondheidszorg &
Sociaal domein

Datum
20 juli 2022

Onze referentie
2022026852

Aanbevelingen voor het vervolg

Tot slot adviseren wij partijen om de mogelijkheid te onderzoeken om de coördinatie activiteiten van de ketenveldnorm levensloopfunctie te financieren uit één financieringsbron afkomstig uit de wettelijke kaders waaruit de geïnccludeerde cliënten zorg/ondersteuning ontvangen. Daarmee wordt passende bekostiging gerealiseerd en worden de administratieve lasten beperkt.

Wij verwachten dat dit rapport duidelijkheid geeft over de grenzen van de aanspraak op verblijf vanuit de Zvw, het leveren van de juiste zorg aan deze geïnccludeerde cliënten ondersteunt en de ontwikkeling van passende zorg en passende bekostiging bevordert.

Hoogachtend



Peter Siebers
Plv Voorzitter Raad van Bestuur

Cc: Aan de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse ggz en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten



Zorginstituut Nederland

Duiding coördinatie activiteiten
ketenveldnorm levensloopfunctie en
beveiligde intensieve zorg

Datum 18 juli 2022
Status Definitief

Colofon

Versienummer	1
Projectleider	Olga Overeem
Volgnummer	2022005652
Contactpersoon	mw. drs. O. Overeem +31 (0)6 525 252 83
Afdeling	Zorg
Uitgebracht aan	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inhoudsopgave

Samenvatting-4

Inleiding-7

1 Casemanagement en de coördinatie activiteiten levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg-11

1.1 Casemanagement-11

- 1.1.1 Zorgdiagnostiek-11
- 1.1.2 Coördinatie-11
- 1.1.3 Monitoren/evalueren-12
- 1.1.4 Organisatie van Casemanagement-12

1.2 Casemanagement en de Zorgverzekeringswet-12

- 1.2.1 Plegen te bieden-12
- 1.2.2 Stand van de wetenschap en de praktijk-13
- 1.2.3 Redelijkerwijs aangewezen zijn op-14
- 1.2.4 Casemanagement uit andere wettelijke kaders-14

1.3 Casemanagement en de Wlz-14

2 Conclusie: antwoorden op duidingsvragen Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg-16

2.1 Cliëntgebonden coördinatie activiteiten en de Zorgverzekeringswet-16

- 2.1.1 Vraag in duidingsverzoek-16
- 2.1.2 Antwoord Zorginstituut-16

2.2 Niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten en de Zorgverzekeringswet-17

- 2.2.1 Vraag in duidingsverzoek-17
- 2.2.2 Antwoord Zorginstituut-17

2.3 Coördinatie-activiteiten, levensfasen en de Zorgverzekeringswet-17

- 2.3.1 Vraag in duidingsverzoek-17
- 2.3.2 Antwoord Zorginstituut-17

2.4 Aanvullende vragen als er geen sprake is van primaire zorg-18

- 2.4.1 Vraag in duidingsverzoek-18
- 2.4.2 Antwoord Zorginstituut-18

2.5 Tot slot-18

Bijlage 1

Bijlage 2 duidingsverzoek

Samenvatting

Het doel van de 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' is om regionaal een geïntegreerd en domeinoverstijgend zorgaanbod te organiseren en te leveren voor personen van 18 jaar en ouder die potentieel gevaarlijk gedrag vertonen als gevolg van een psychische aandoening en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of niet aangeboren hersenletsel. Kenmerkend voor deze doelgroep is een voortdurend wisselende levenssituatie en daarmee gepaard gaande zorgvraag. Deze groep kan bijvoorbeeld van detentie, naar klinische opname, uit zorg of zorgmijndend zijn. De zorg voor deze cliënten betreft vaak het sociaal domein, het zorgdomein, het forensisch domein en het veiligheidsdomein en is zo complex dat een goede samenwerking tussen de verschillende domeinen vereist is.

Naast een goede samenwerking tussen de domeinen vereist de complexiteit van de problematiek extra coördinatie van het zorgaanbod. De kosten voor deze coördinatie activiteiten moeten op korte termijn binnen de huidige financieringsstromen opgevangen worden. Voordat een reguliere bekostiging gerealiseerd kan worden moet duidelijk zijn onder welk wettelijk kader de kosten voor de coördinatie activiteiten vallen gedurende de verschillende levensfasen waarin de geïncludeerde persoon zich bevindt.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vraagt Zorginstituut Nederland (ZIN) in het duidingsverzoek 'Notitie activiteiten levensloopfunctie', van 9 februari 2022 (zie bijlage 2) om antwoord te geven op de onderstaande vier vragen:

1. Vallen de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraak in de Zvw/Wfz?
2. Behoren de cliëntgebonden coördinerende/casemanagement activiteiten tot de aanspraken in de Zvw/Wfz?
3. Zo ja, geldt dit dan ook voor alle geschetste mogelijke levensfasen van de cliënt?
4. Aanvullende vragen indien geen sprake is van een lopende behandeling bij de levensloopaanbieder:
 - Kunnen we toch spreken van behandeling als dat enkel de levensloopcoördinatie betreft? En kunnen we bv de casemanager dan zien als de regiebehandelaar?
 - Past de levensloopcoördinatie dan wel binnen de 'spelregels' van de Zvw en WMG (denk aan verwijzing, eigen risico, behandelovereenkomst, etc.).

We beantwoorden deze vragen door gebruik te maken van het standpunt 'Casemanagement', van 25 maart 2011 en de memo 'Verduidelijking standpunt Casemanagement', van 22 maart 2018. We beperken ons in deze notitie tot de verzekerde zorg uit met name de Zvw (Zorgverzekeringswet) en kijken in beperkte mate naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Immers onze wettelijke taken en bevoegdheden beperken ons tot het doen van uitspraken over de Zvw en de Wlz en de scheidslijnen met de andere wettelijke kaders.

Op grond van de eerder genoemde standpunt over casemanagement beschrijven we in hoofdstuk één eerst wat de kern van casemanagement is. Dit omdat de coördinatie activiteiten uit de ketenveldnorm levensloopfunctie overeenkomen met interventies in het kader van casemanagement. Het standpunt 'Casemanagement' beschrijft dat er verschillende definities zijn van casemanagement.

Uit de definities die in de literatuur zijn gevonden, blijkt dat de kern van casemanagement bestaat uit de volgende vier activiteiten:

- Zorgdiagnostiek
- Coördinatie;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;
- Organisatie

Vervolgens lichten we in hoofdstuk één toe dat we bij het duiden voor de Zvw vaststellen of de interventies voldoen aan de criteria:

- het criterium 'Plegen te bieden';
 - het criterium 'Stand van de wetenschap en de praktijk';
- Casemanagement hebben we in de eerdergenoemde standpunten aan deze criteria getoetst. Hieruit blijkt dat casemanagement (en dus de coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie) voldoet aan deze criteria, maar alleen als de primaire zorgvraag van de cliënt geneeskundig van aard is. Als de primaire zorgvraag niet geneeskundig van aard is, maakt ook het casemanagement geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties van de Zvw.

Voor cliënten die zijn geïnccludeerd in de ketenveldnorm levensloopfunctie en die zijn aangewezen op zorg ten laste van de Wlz, komen coördinatie activiteiten ten laste van de Wlz. Wij verwachten dat de situatie dat cliënten zorg krijgen ten laste van de Wlz én daarnaast ondersteuning behoeven in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, zich niet vaak voordoet. De verwachting is namelijk dat als cliënten verblijven in een Wlz-instelling waar zij permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg ontvangen, aanvullende levensloopbegeleiding niet nodig is.

Nadat we in hoofdstuk één voorgenoemde achtergrond informatie hebben gegeven, beantwoorden we in hoofdstuk twee de vragen uit het duidingsverzoek 'Notitie activiteiten levensloopfunctie' (zie bijlage 2).

Vraag 1:

Vallen cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraken van de Zvw?

Antwoord 1:

We concluderen, analoog aan ons standpunt over casemanagement, dat deze activiteiten onder voorwaarden onderdeel zijn van de te verzekeren prestatie in het kader van de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit is het geval als de primaire zorgvraag van de geïnccludeerde cliënt geneeskundig van aard is en er sprake is van een complexe, instabiele situatie waarbij de inzet van een casemanager noodzakelijk is.

Vraag 2:

Vallen de niet-cliantgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraken van de Zvw?

Antwoord 2:

De niet-cliantgebonden activiteiten zijn voorwaardenscheppend voor het op juiste wijze laten verlopen van de uitvoering van de ketenveldnorm. De kosten voor deze 'overhead' zou bekostigd moeten worden uit de domeinen waaruit de zorg en begeleiding aan de cliënten die geïnccludeerd zijn wordt geleverd. Dat is uit de Zvw voor dat deel van de geïnccludeerde cliënten wiens primaire zorgvraag geneeskundig van aard is en die bovendien vanwege de complexe situatie redelijkerwijs zijn aangewezen op casemanagement.

Vraag 3:

Vallen de cliëntgebonden coördinerende/casemanagement activiteiten gedurende alle geschetste mogelijke levensfasen van de geïnccludeerde cliënt onder de Zvw?

Antwoord 3:

Voor de verschillende levensfasen die zijn benoemd in het duidingsverzoek, hebben wij geduid wanneer de cliëntgebonden coördinatie activiteiten mogelijk ten laste van de Zvw kunnen komen en wanneer ten laste van een ander wettelijk kader (zie schema bijlage 1).

Vraag 4:

Als er geen sprake is van een lopende behandeling bij de levensloopaanbieder:

- Kunnen we toch spreken van behandeling als dat enkel de levensloopcoördinatie betreft? En kunnen we bv de casemanager dan zien als de regiebehandelaar?
- Past de levensloopcoördinatie dan wel binnen de 'spelregels' van de Zvw en Wmg (denk aan verwijzing, eigen risico, *behandelovereenkomst*, etc.).

Antwoord 4:

Als er geen sprake is van geneeskundige zorg voor een geïncludeerde cliënt, dan kan er ook geen sprake zijn van een regiebehandelaar of van spelregels zoals deze binnen de Zvw van toepassing zijn.

Tot slot adviseren wij de partijen om de coördinatie activiteiten van de ketenveldnorm levensloopfunctie te financieren uit één bron afkomstig uit de wettelijke kaders waaruit de geïncludeerde cliënten zorg/ondersteuning ontvangen. Daarmee kan men passende (domeinoverstijgende) bekostiging realiseren en de administratieve lasten beperken.

Inleiding

Programma Continuïteit van zorg

Het programma 'Continuïteit van zorg' is in 2015 gestart met het doel om de aansluiting in de zorg voor forensische cliënten naar de reguliere zorg te verbeteren. Een belangrijke component daarin was de beschikbaarheid van goede ondersteuning en zorg voor cliënten, nadat de strafrechtelijke titel is opgeheven. Maar ook voor cliënten die geen delict hebben gepleegd, maar wel forensische ondersteuning en zorg nodig hebben. Het programma Continuïteit van zorg adviseerde om daartoe regionaal dekkende afspraken te maken met gemeenten, veiligheidspartners en aanbieders van geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg en verslavingszorg, om zo de keten voor ondersteuning en zorg sluitend te maken. De ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie en Veiligheid (J en V) onderschrijven deze opgave en hebben partijen gefaciliteerd om een ketenveldnorm op te stellen.

Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Dit heeft geleid tot de 'Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg'¹ (hierna: ketenveldnorm levensloopfunctie). De Ketenveldnorm is het resultaat van multidisciplinaire samenwerking² binnen het programma Continuïteit van zorg. De Ketenveldnorm is opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord GGZ en past binnen de kaders van: de 'Aanpak zorg en ondersteuning mensen met verward gedrag', de 'Meerjarenagenda Zorg- en Veiligheidshuizen 2021-2024' en de 'Landelijke agenda Zorg & Veiligheid'.

Het doel van het werken conform de ketenveldnorm levensloopfunctie is om regionaal een geïntegreerd en domeinoverstijgend zorgaanbod te organiseren en te leveren voor cliënten van 18 jaar en ouder die potentieel gevaarlijk³ gedrag vertonen richting anderen/de samenleving. Deze cliënten vertonen dit gedrag als gevolg van een psychische aandoening⁴ en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of niet aangeboren hersenletsel. Het gedrag is langdurend, terugkerend en moeilijk beheersbaar binnen het bestaande zorg- en ondersteuningsaanbod. De levensloopaanpak gaat uit van een levenslange regie op de zorg en ondersteuning van deze cliënten. Kenmerkend voor deze doelgroep is een voortdurende wisselende levenssituatie en daarmee gepaard gaande zorgvraag. Deze groep kan bijvoorbeeld van detentie, naar klinische opname, uit zorg of zorgmijdend zijn. De zorg voor deze cliënten betreft vaak het sociaal domein, het zorgdomein, het forensisch domein en het veiligheidsdomein en is zo complex dat een goede samenwerking tussen de verschillende domeinen vereist is.

Kosten opvangen binnen de reguliere financieringsstromen

Naast een goede samenwerking is, door de veelheid aan partijen en de complexiteit van de problematiek, extra coördinatie nodig. Deze coördinatie activiteiten dienen op korte termijn binnen de reguliere financieringsstromen bekostigd te worden. Voor een aantal activiteiten is echter nog niet duidelijk hoe deze (regulier)

¹ 2022-01-20 Ketenveldnorm - def .pdf (continuïteitvanzorg.nl)

² Mind, (leden van-) GGZ Nederland, (leden van-) de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, (leden van-) de Federatie Opvang, (leden van-) de RIBW Alliantie, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden, het Nederlands Instituut voor Psychologen, de reclassering (3RO), de Directie Forensische Zorg van DJI, (leden van-) Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten

³ Gevaarlijk gedrag is: intimiderend en/of fysiek agressief gedrag dat gericht is tegen andere personen.

⁴ Onder psychische aandoening wordt naast de psychiatrie in de engere zin ook persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsproblematiek gerekend.

gefinancierd kunnen worden. Dit is het geval voor de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten en de cliëntgebonden coördinatie activiteiten⁵.

Duidingsverzoek

Met het duidingsverzoek 'Notitie activiteiten levensloopfunctie', van 9 februari 2022 (zie bijlage 2) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) het Zorginstituut (ZIN) dan ook de onderstaande vier vragen:

1. Vallen de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraak in de Zvw/Wfz?
2. Behoren de cliëntgebonden coördinerende/casemanagement activiteiten tot de aanspraken in de Zvw/Wfz?
3. Zo ja, geldt dit dan ook voor alle geschetste mogelijke levensfasen van de cliënt?
4. Aanvullende vragen indien geen sprake is van een lopende behandeling bij de levensloopaanbieder:
 - Kunnen we toch spreken van behandeling als dat enkel de levensloopcoördinatie betreft? En kunnen we bv de casemanager dan zien als de regiebehandelaar?
 - Past de levensloopcoördinatie dan wel binnen de 'spelregels' van de Zvw en de Wmg (denk aan verwijzing, eigen risico, behandelovereenkomst, etc.)

Standpunten casemanagement als basis voor de notitie

Naar aanleiding van het duidingsverzoek en de aanvullende informatie over de ketenveldnorm levensloopfunctie die wij van partijen hebben ontvangen, zijn wij tot de conclusie gekomen dat we de vragen van de partijen uit het duidingsverzoek kunnen beantwoorden op basis van ons eerdere standpunt 'Casemanagement'⁶, van 25 maart 2011 en de memo 'Verduidelijking Casemanagement'⁷, van 22 maart 2018. Wij kunnen met een korte duiding op basis van deze voorliggende standpunten de vragen van de NZa in het duidingsverzoek beantwoorden. Een uitgebreide duiding is om die reden niet nodig, zodat binnen het duidingstraject tijdwinst kan worden behaald.

Zorgverzekeringswet

Uitgangspunt voor onze duiding is de Zorgverzekeringswet (Zvw). De NZa verzoekt ZIN ook om over de Wet forensische zorg (Wfz) te adviseren. Onze wettelijke taken en bevoegdheden beperken ons tot het doen van uitspraken over de Zvw en Wet langdurige zorg (Wlz). Wij zullen dan ook geen uitspraken doen over de activiteiten in het kader van de Wfz. Echter, wij benoemen in deze notitie waar nodig wel de scheidslijnen tussen de Zvw en andere wettelijke kaders.

Consulteren betrokken partijen

Het concept 'Duiding ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg' is voorgelegd aan de VNG (Vereniging Nederlandse Gemeenten), dNggz (De Nederlandse ggz), de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit) en ZN (Zorgverzekeraars Nederland). De reacties van deze partijen hebben we zo veel als mogelijk verwerkt.

⁵ <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2021-10-21%20Adviesmemo%20niet-clie%C3%ABntgebonden%20co%C3%B6rdinatiekosten%20KVN%20voor%20BO.docx>

⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2011/03/25/casemanagement>

⁷ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/03/22/verduidelijking-standpunt-casemanagement>

Leeswijzer

In hoofdstuk één beschrijven we de kern van casemanagement. Vervolgens gaan we in op de criteria voor het duiden van interventies in de Zvw en toetsen we casemanagement aan deze criteria. Ook beschrijven wij het duiden van de coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie voor cliënten die aangewezen zijn op zorg ten laste van de Wlz. In hoofdstuk twee beantwoorden we de vier vragen uit het duidingsverzoek 'Notitie activiteiten levensloopfunctie' (zie bijlage 2).

1 Casemanagement en de coördinatie activiteiten levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

Partijen vergelijken de coördinatie activiteiten uit de ketenveldnorm levensloopfunctie met casemanagement en vragen ZIN of bepaalde coördinatie activiteiten onder de aanspraken van de Zvw kunnen vallen. Op basis van het standpunt 'Casemanagement'⁶, van 25 maart 2011 en de memo 'Verduidelijking casemanagement'⁷ van 22 maart 2018 vatten we in dit hoofdstuk eerst samen wat de kern van casemanagement is. Vervolgens beschrijven we de criteria voor het duiden van interventies in de Zvw en toetsen wij casemanagement aan deze criteria. Tot slot gaan we in dit hoofdstuk in op de duiding van de coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie voor cliënten die aangewezen zijn op zorg ten laste van de Wlz.

1.1 Casemanagement

In deze paragraaf vatten we samen wat de kern van casemanagement is. Hiervoor maken we gebruik van het eerder genoemde standpunt 'Casemanagement' en de memo 'Verduidelijking casemanagement'.

Het standpunt 'Casemanagement'⁶ beschrijft dat er verschillende definities zijn van casemanagement. Uit de definities die in de literatuur zijn gevonden, blijkt dat de kern van casemanagement bestaat uit:

- Zorgdiagnostiek;
- Coördinatie;
- Monitoring/evaluatie/bijstellen zorgplan;

Het gaat echter niet alleen om het uitvoeren van activiteiten. De organisatorische aspecten van casemanagement zijn ook van belang.

1.1.1 *Zorgdiagnostiek*

Zorgdiagnostiek is het onderzoeken en vaststellen van de problemen van de cliënt op verschillende levensterreinen, de mogelijkheden en belastbaarheid van het informele systeem en andere oplossingen. De zorgdiagnostiek mondt uit in een zorgbehandelplan, waarin de te behalen doelen, de middelen en maatregelen die daarvoor nodig zijn én de manier waarop de doelen zijn te bereiken, zijn omschreven. Zorgdiagnostiek richt zich niet alleen op de medische problematiek, maar op het functioneren van de cliënt in zijn totaliteit.

1.1.2 *Coördinatie*

Coördinatie als onderdeel van zorg/ondersteuning

Bij de uitvoering van het zorgbehandelplan is coördinatie belangrijk als de zorg voor cliënt samenhang in zorg vereist. Daarvoor is lang niet altijd een opgetuigd systeem van casemanagement nodig. Van elke hulpverlener mag worden verwacht dat die verantwoorde zorg levert. Dat houdt in dat elke zorgverlener de nodige inspanning levert om afgestemde zorg mogelijk te maken. Daartoe behoort de onderlinge afstemming van de zorgmomenten, maar ook deelname aan cliëntgericht overleg, als dat nodig is. Dat maakt integraal onderdeel uit van de reguliere zorg. Van aanbieders van zorg- en diensten uit andere domeinen mag eenzelfde inspanning worden gevraagd. Die inspanning komt dan niet ten laste van de Zvw, Wlz, Wfz of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar van het betreffende domein.

Verdergaande coördinatie in complexe situaties: casemanagement

Coördinatie kan ook een verdergaande inhoud hebben. In complexere en instabieler situaties kan het nodig zijn de samenhang en afstemming in de zorg (pro)actief te organiseren. Daarbij neemt één partij of functionaris het voortouw, en is eerste aanspreekpunt voor de cliënt. Als dat nodig is, benadert die andere hulpverleners, regelt actief de onderlinge afstemming (organiseren van overleg, plannen van de zorgverlening en dergelijke). Naast het vrijwel continu monitoren, plannen en bijsturen van de zorg, kan ook een periodieke evaluatie nodig zijn, aan de hand waarvan het zorgbehandelplan wordt bijgesteld. Het gaat vooral om complexe zorgsituaties waarin de zorg frequent moet worden bijgesteld, en waarbij het belangrijk is de situatie structureel in de gaten te houden (monitoring). Van casemanagement is alleen sprake als eenvoudige middelen om tot afstemming te komen, zoals incidenteel overleg, tekortschieten en een (pro)actieve benadering nodig is.

1.1.3 *Monitoren/evalueren*

In dergelijke complexe zorgsituaties kan het ook nodig zijn de situatie actief te monitoren, en te evalueren. Actieve monitoring houdt in dat de casemanager de situatie niet alleen in het oog houdt, maar ook intervineert als dat nodig is, of in ieder geval de passende interventie in gang zet. Het gaat feitelijk om periodiek herhaalde zorgdiagnostiek. Daarbij geldt hetzelfde als bij coördinatie. Zolang eenvoudige manieren van onderlinge afstemming volstaan, is er geen sprake van casemanagement. Van elk van de betrokken hulpverleners mag worden verwacht dat ze alert zijn op wijzigingen in de situatie en op complicaties en dat signaleren. Ze moeten ook de nodige inspanning leveren om hun zorg- en dienstverlening op elkaar af te stemmen en te zorgen voor adequate informatievoorziening tussen de verschillende hulpverleners. Dat is onderdeel van goede zorg. In complexe en instabiele situaties kan dit onvoldoende zijn, en is de inzet van een casemanager nodig.

1.1.4 *Organisatie van Casemanagement*

Casemanagement is niet mogelijk zonder aan een aantal organisatorische randvoorwaarden te voldoen. De werkwijze, taakverdeling, communicatie en afstemming, bereikbaarheid, onderlinge taakverdeling en dergelijke moeten zijn uitgewerkt. Er moet ook een ondersteunende infrastructuur zijn. Zonder een goede organisatorische inbedding en duidelijke ketenafspraken is casemanagement niet goed uit te voeren.

1.2 **Casemanagement en de Zorgverzekeringswet**

Bij het uitvoeren van duidingen voor de Zvw stellen wij, op grond van artikel 2.4, lid 2, van het Besluit zorgverzekering (Bzv) en artikel 2.10 van het Bzv, vast of de interventies voldoen aan de criteria:

- het criterium 'Plegen te bieden';
- het criterium 'Stand van de wetenschap en de praktijk';

1.2.1 *Plegen te bieden*

Criterium plegen te bieden^{8,9}

Een nadere uitwerking van de te verzekeren prestatie 'geneeskundige zorg', is

⁸ Betekenis en beoordeling 'plegen te bieden', CVZ, publicatienummer 268, op 17 november 2008 uitgebracht aan de minister van VWS

⁹ Pakketbeheer in de Praktijk deel 3 (bijlage 2), op 18 oktober 2013 uitgebracht aan de minister van VWS

gegeven in artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv.

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden [...]

En verder is in artikel 2.10 van het Bzv de behoefte aan verpleging omschreven:

'Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

a. verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop.

b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en c.[...]

Casemanagement en plegen te bieden

Casemanagement op zich is geen te verzekeren prestatie. Casemanagement in de zin van zorgdiagnostiek, zorgcoördinatie, monitoring en evaluatie is onder voorwaarden onderdeel van de te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw. Het gaat om geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dat is alleen het geval als de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Casemanagement die niet primair geneeskundig van aard is, zoals bij sociaal-maatschappelijke problematiek, valt buiten de te verzekeren prestaties.

1.2.2 *Stand van de wetenschap en de praktijk*

Criterium stand van de wetenschap en de praktijk

Als er sprake is van geneeskundige zorg zoals de in artikel 2.4, eerste lid, van het Bzv genoemde zorgprofessionals die plegen te bieden of zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.10 van het Bzv, kan ZIN vervolgens toetsen of specifieke interventies voldoen aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Dit criterium is opgenomen in artikel 2.1, tweede lid, van het Bzv. Dit artikel bepaalt dat: "De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten." Hoe ZIN dit beoordeelt is vastgelegd in het Rapport 'Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk'¹⁰.

Casemanagement en stand van wetenschap en de praktijk

Casemanagement voldoet aan het criterium stand van wetenschap en praktijk (artikel 2.1, lid 2, Bzv) als de zorg bewezen effectief is. Er is sprake van effectieve zorg als is voorzien in een gedegen organisatie, met goede protocollen, indicatiecriteria en een door alle relevante partijen gedragen geformaliseerde samenwerking. De werkprocessen en onderlinge communicatie moeten zijn vastgelegd en de financiële verhouding moeten zijn geregeld.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er consensus is over de effectiviteit van casemanagement ten aanzien van dementie¹¹ en psychiatrische problematiek¹², waaronder hulp aan langdurig verslaafden.

¹⁰ Beoordeling 'stand van de wetenschap en praktijk' | Rapport | Zorginstituut Nederland

¹¹ Ligthart, Suzanne A., Casemanagement bij Dementie, Radboud Universiteit, september 2006; De casemanager geketend, E. Rijken, Radboud Universiteit, 2010-09-2; Consensus over casemanagement bij dementie, P.J. Verkade, UMC Utrecht, 2009;

¹² De effectiviteit van casemanagement voor de rehabilitatie van psychiatrische patiënten, van der Stel c.s. De Geestgronden, oktober 2002; Wolf J c.s., Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen, Trimbos Instituut, 2002

1.2.3 *Redelijkerwijs aangewezen zijn op*

Als vaststaat dat de zorg tot het basispakket behoort, betekent dit nog niet dat de cliënt altijd recht heeft op die zorg. Er is alleen recht op zorg voor zover de verzekerde daar redelijkerwijs op is aangewezen (artikel 2.1, lid 3, Bzv). Dit is een individuele afweging, die op cliëntniveau wordt gemaakt.

De veelheid aan verschijningsvormen van casemanagement brengt het risico met zich mee dat het gezien wordt als panacee voor alle vragen voor zorg, ondersteuning en afstemming. De oplossing voor het complexe probleem wordt dan de standaard voor alle zorg. Dat is ondoelmatig en ongewenst.

Het onderling afstemmen van zorg en elkaar informeren over de voortgang van de zorg, hoort tot de reguliere taak van de individuele zorgverlener. Ook van de cliënt en diens directe omgeving mag worden verwacht dat die actief meewerken aan een goede planning. Van een cliënt mag ook zelfmanagement worden verwacht, voor zover de cliënt daartoe in staat is. Zolang andere, eenvoudige coördinatie activiteiten mogelijk zijn, zoals zelfmanagement, of het incidenteel onderling afstemmen van hulpverleners, is casemanagement niet aangewezen. In complexe en instabiele situaties kan dit echter onvoldoende zijn en is de inzet van een casemanager nodig. Op grond van de omschrijving van de zorgvraag van de cliënten die zijn geïncludeerd in de ketenveldnorm levensloopfunctie vinden wij het aannemelijk dat de inzet van een casemanager voor deze complexe groep cliënten noodzakelijk kan zijn.

1.2.4 *Casemanagement uit andere wettelijke kaders*

Als de problematiek niet primair leidt tot een zorgvraag die valt onder de te verzekeren prestaties in het kader van de Zvw, maakt ook het casemanagement geen onderdeel uit van de te verzekeren prestaties van de Zvw. Dat is bijvoorbeeld het geval als sociaal-maatschappelijke problemen, opvoedingsproblemen, huisvestingsproblemen en dergelijke op de voorgrond staan. Het kan heel goed zijn dat die maatschappelijke problematiek zo ernstig en complex is, dat een vorm van casemanagement is aangewezen. Maar het casemanagement is dan de verantwoordelijkheid van het gemeentelijk domein. Als daarbij ook geneeskundige aspecten een rol spelen en de directe betrokkenheid van de arts of een andere zorgverlener nodig is, komt alleen die betrokkenheid ten laste van de zorgverzekering. Hetzelfde geldt als het om justitiële problemen, onderwijs of arbeid gaat.

Met andere woorden: casemanagement valt onder de Zvw als de nadruk binnen de totale zorgvraag van de verzekerde ligt op de 'geneeskundige zorg'. Is deze geneeskundige zorg een bijkomende zaak, bijvoorbeeld als de verzekerde incidenteel en ad hoc een arts ziet en/of de verpleegkundige wordt beperkt ingezet, en de nadruk niet op de Zvw-zorg ligt, zou het casemanagement tot de Wmo gerekend moeten worden. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als de nadruk ligt op problemen met betrekking tot participatie, zelfredzaamheid, regie en dagelijkse bezigheden.

1.3 **Casemanagement en de Wlz**

In de inleiding van deze duiding geven wij aan dat de wettelijke taken en bevoegdheden van ZIN zich beperken tot het doen van uitspraken over de Zvw en Wlz. Ook geven we aan dat het uitgangspunt van onze notitie de Zorgverzekeringswet (Zvw) is.

Geïnccludeerde cliënten kunnen ook zorg krijgen uit de Wlz. De Wlz is gericht op mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een psychische aandoening;
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

Wij verwachten dat de situatie dat cliënten die in een Wlz instelling verblijven én daarnaast ondersteuning behoeven in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg, zich niet vaak voordoet. De verwachting is namelijk dat als cliënten verblijven in een Wlz-instelling waar zij permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg ontvangen, aanvullende levensloopbegeleiding niet nodig is.

Als er wel sprake is van een cliënt die geïnccludeerd is in de ketenveldnorm én die zorg krijgt ten laste van de Wlz, dan komen de kosten van de coördinatie activiteiten ook ten laste van de Wlz. In het duidingsverzoek beschrijven de partijen bijvoorbeeld een situatie waarbij een geïnccludeerde cliënt met een verstandelijke beperking is aangewezen op zorg ten laste van de Wlz. In bijlage 1 geven wij in de tabel aan ten laste van welk wettelijk kader de coördinatie activiteiten komen in deze situatie. Ook geven wij een korte toelichting op deze situatie onder de tabel.

2 Conclusie: antwoorden op duidingsvragen Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg

De NZa heeft ZIN in het duidingsverzoek 'Notitie Activiteiten Levensloopfunctie', van 9 februari jongstleden (zie bijlage 2) vier vragen aan ZIN voorgelegd. In dit hoofdstuk beantwoorden we deze vier vragen, op grond van het voorgaande hoofdstuk.

2.1 Cliëntgebonden coördinatie activiteiten en de Zorgverzekeringswet

2.1.1 *Vraag in duidingsverzoek*

In het duidingsverzoek beschrijft de NZa de cliëntgebonden coördinatie activiteiten als volgt:

- Overleggen met de politie, huisarts en Officier van Justitie, woningbouwcorporaties, sociaal wijkteam, reclassering, procesregisseur Zorg- en Veiligheidshuis, casusregisseur e.d.;
- Overleg met naasten, familie, betrokken wijkbewoners;
- Overleggen met andere betrokken zorgaanbieders;
- Contact onderhouden met de cliënt in alle fasen van zijn leven;
- Uitvoeren van risicogericht forensisch toezicht op de cliënt;
- Consultatie door de levensloopaanbieder op vraag van andere organisaties, naasten etc.

De NZa vraagt ons of deze cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraken van de Zvw vallen.

2.1.2 *Antwoord Zorginstituut*

Gezien de complexiteit van de zorgvraag van de geïnccludeerde cliënten zal reguliere coördinatie in het kader van de zorg en ondersteuning aan de geïnccludeerde cliënt vaak onvoldoende zijn, waardoor extra coördinatie in de vorm van casemanagement (cliëntgebonden coördinatie activiteiten) geboden is.

Na het bestuderen van verschillende documenten in het kader van de Ketenveldnorm levensloopfunctie (o.a. de ketenveldnorm zelf¹, maar ook de handreiking bij de ketenveldnorm¹³) en de informatie van de verschillende betrokken partijen concluderen wij dat de cliëntgebonden coördinatie activiteiten als casemanagement kunnen worden beschouwd. Immers, we vinden de kern elementen van casemanagement (zorgdiagnostiek, coördinatie, monitoren en evalueren) terug in de cliëntgebonden coördinatie activiteiten. Bovendien komt men tegemoet aan de organisatorische randvoorwaarden door daar in de ketenveldnorm levensloopfunctie¹ en de handreiking bij van de ketenveldnorm¹⁴ nadrukkelijk aandacht aan te besteden.

Nu we hebben geconstateerd dat de cliëntgebonden coördinatie activiteiten in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie vergelijkbaar zijn met casemanagement zoals omschreven in het vorige hoofdstuk, concluderen we, analoog aan ons standpunt over casemanagement, dat deze activiteiten onder voorwaarden onderdeel zijn van de te verzekeren prestatie in het kader van de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en

¹³ [Handreiking ketenveldnorm versie 17022020 - def\(2\).pdf \(continuiteitvanzorg.nl\)](#)

¹⁴ [Handreiking ketenveldnorm versie 17022020 - def\(2\).pdf \(continuiteitvanzorg.nl\) \(hoofdstuk 2\)](#)

verloskundigen die plegen te bieden en om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit is het geval als de primaire zorgvraag van de geïncludeerde cliënt geneeskundig van aard is en er sprake is van een complexe, instabiele situatie waarbij de inzet van een casemanager noodzakelijk is.

2.2 Niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten en de Zorgverzekeringswet

2.2.1 *Vraag in duidingsverzoek*

In het duidingsverzoek vraagt de NZa ons of de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten onder de aanspraken van de Zvw vallen. In het duidingsverzoek geeft de NZa de volgende specificatie van deze activiteiten:

- Het maken van bestuurlijke en organisatorische afspraken over op- en afschalen in brede zin. (In samenwerking met Zorg en Veiligheidshuis). Voor op- en afschalen in de ambulante ondersteuning, zorg en behandeling, maar ook de aansluiting klinisch op de verschillende beveiligingsniveaus, ook op het gebied van aansluiting rond detentie en op het gebied van wonen.
- Het voortdurend in overleg blijven met en aanjagen van ketenpartners en daardoor ervoor zorgen dat zij hun rol pakken in de levensloopaanpak.
- Het eventueel faciliteren van intervisie tussen casemanagers of tussen levensloopteams om de kennisdeling te bevorderen, als er met verschillende teams gewerkt wordt.
- Het blijvend informeren van ketenpartners over de levensloopaanpak en het aansluiten bij organisatorische overleggen (in samenwerking met zorg- en veiligheidshuis).
- Deze coördinatietaken brengen daarnaast verschillende backoffice/administratietaken met zich mee, zoals contracten rondom detachering en onderaannemerschap en regionale afspraken met financiers.
- Het aansluiten bij landelijke overleggen en het volgen van (landelijke) ontwikkelingen.

2.2.2 *Antwoord Zorginstituut*

Dat het grootste deel van de huidige geïncludeerde cliënten zorg ten laste van de Zvw zou ontvangen, is geen juridisch houdbare basis om voor alle geïncludeerde cliënten de niet-cliëntgebonden coördinatiekosten ten laste van de Zvw te brengen.

2.3 Coördinatie-activiteiten, levensfasen en de Zorgverzekeringswet

2.3.1 *Vraag in duidingsverzoek*

In het duidingsverzoek vraagt de NZa ons of de cliëntgebonden coördinerende/casemanagement activiteiten gedurende alle geschetste mogelijke levensfasen van de geïncludeerde cliënt ten laste van de Zvw komen.

2.3.2 *Antwoord Zorginstituut*

In de paragrafen 2.1 en 2.2 leggen we uit dat de coördinatie activiteiten alleen ten laste van de Zvw komen als de primaire zorgvraag van de geïncludeerde cliënt geneeskundig van aard is en er sprake is van een complexe, instabiele situatie waarbij de inzet van een casemanager noodzakelijk is. De varianten van de mogelijke levenssituaties zoals geschetst in het duidingsverzoek waar de cliëntgebonden coördinatie activiteiten nodig zijn, voldoen echter lang niet allemaal aan de voorwaarden voor vergoeding vanuit de Zvw. Voor de verschillende levensfasen die zijn benoemd hebben wij geduid wanneer de cliëntgebonden coördinatie activiteiten mogelijk ten laste van de Zvw kunnen komen en wanneer ten laste van een ander wettelijk kader (zie schema bijlage 1).

Als de primaire (geneeskundige) zorg door een andere zorgaanbieder wordt geleverd dan de coördinatie activiteiten door de levensloopaanbieder in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie, dan is het belangrijk dat de casemanager en de aanbieder van de primaire (geneeskundige) zorg goede afspraken maken over de noodzakelijke coördinatie activiteiten en wie deze activiteiten verricht. Immers, iedere zorgverlener van de primaire (geneeskundige) zorg heeft coördinerende taken. Dat is onderdeel van kwalitatief goede zorg in het kader van de Zvw. Partijen hebben deze coördinatie activiteiten ook vastgelegd in kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor kwalitatief goede GGZ zorg. Het moet voor de verschillende betrokken partijen dan ook duidelijk zijn welke coördinerende activiteiten in het kader van de primaire zorgvraag noodzakelijk zijn en wie deze verricht, zodat dubbele bekostiging voorkomen wordt.

2.4 Aanvullende vragen als er geen sprake is van primaire zorg

2.4.1 *Vraag in duidingsverzoek*

De laatste vraag van de NZa luidt: Als er geen sprake is van een lopende behandeling bij de levensloopaanbieder:

- Kunnen we toch spreken van behandeling als dat enkel de levensloopcoördinatie betreft? En kunnen we bv de casemanager dan zien als de regiebehandelaar?
- Past de levensloopcoördinatie dan wel binnen de 'spelregels' van de Zvw en Wmg (denk aan verwijzing, eigen risico, behandelovereenkomst, etc.).

2.4.2 *Antwoord Zorginstituut*

Wij hebben in hoofdstuk één beschreven dat casemanagement (coördinatie activiteiten ketenveldnorm levensloopfunctie) op zichzelf geen te verzekeren prestatie is. Het kan onder voorwaarden onderdeel zijn van de te verzekeren prestaties "geneeskundige zorg zoals huisartsen of medisch specialisten die plegen te bieden" of "zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg". Namelijk als de primaire zorgvraag van de geïnccludeerde cliënt geneeskundig van aard is en eenvoudige middelen om tot afstemming te komen tekortschieten.

Als er geen sprake is van geneeskundige zorg voor een geïnccludeerde cliënt, dan kan er dus ook geen sprake zijn van een regiebehandelaar of van spelregels zoals deze binnen de Zvw van toepassing zijn. Vraag 4 moet op beide onderdelen dus ontkennend worden beantwoord.

2.5 Tot slot

Het bekostigingsbeleid in het kader van de ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg is een taak van de NZa. Het behoort niet tot de bevoegdheid van het Zorginstituut. Desondanks willen we het volgende opmerken:

We worden als beleidsmakers, maar helemaal als zorgprofessionals steeds vaker geconfronteerd met cliënten die zorg en ondersteuning krijgen vanuit verschillende wettelijke kaders. Een duiding van de aanspraken biedt in het geval van domeinoverstijgende zorg vaak niet het antwoord om tot de oplossing te komen, omdat de bekostiging het volgende probleem is. Om de bekostiging van deze zorg in de praktijk uitvoerbaar maken, zullen partijen/financiers daar gezamenlijk een oplossing voor moeten vinden. Immers, het exact declareren van de coördinatie activiteiten binnen een veelheid aan wettelijke kaders is voor deze complexe

situaties onuitvoerbaar en leidt tot extra administratieve lasten. Een vorm van domeinoverstijgende bekostiging waarbij alle activiteiten uit één bron (afkomstig uit de verschillende wettelijke kaders) worden gefinancierd zou dan een beter uit te voeren oplossing zijn.

Bijlage 1

Varianten van levenssituaties van de cliënt waarin levensloopcoördinatie doorgaat

Levenssituaties		Is de primaire zorgvraag geneeskundig van aard?	Casemanagement/Coördinatie activiteiten ten laste van
1.	Cliënt is klinisch opgenomen in de SGGZ bij levensloopaanbieder tlv Zvw	JA , cliënt is opgenomen dus mag je ervan uitgaan dat de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is.	Zvw
2.	Cliënt is opgenomen in de SGGZ bij andere zorgaanbieder tlv Zvw	JA , cliënt is opgenomen dus mag je ervan uitgaan dat de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is.	Zvw , afspraken noodzakelijk tussen zorgaanbieder en levensloopaanbieder over casemanagement om dubbele bekostiging te voorkomen.
3.	Cliënt ontvangt ambulante SGGZ door levensloopaanbieder tlv Zvw	JA , als de nadruk binnen de totale zorgvraag ligt op 'geneeskundige zorg'.	Zvw
		NEE , cliënt ziet incidenteel een arts/verpleegkundige. De nadruk van de problematiek ligt in het sociaal domein.	Wmo
4.	Cliënt ontvangt ambulante zorg SGGZ door andere zorgaanbieder tlv Zvw	JA , als de nadruk binnen de totale zorgvraag ligt op 'geneeskundige zorg'.	Zvw , afspraken noodzakelijk tussen zorgaanbieder en levensloopaanbieder over casemanagement om dubbele bekostiging te voorkomen.
		NEE , cliënt ziet incidenteel een arts/verpleegkundige. De nadruk van de problematiek ligt in het sociaal domein.	Wmo

5.	Cliënt woont in een beschermde woonvorm al dan niet bij levensloopaanbieder	NEE , als alleen sprake is van wonen in een beschermde woonvorm, zonder behandeling dan is de primaire zorgvraag niet geneeskundig van aard en kan het casemanagement niet ten laste van de Zvw komen.	Wmo
6.	Cliënt tijdelijk uit Zvw/FZ. De zorg is afgeschaald er is ondersteuning door wijkteam	NEE , de zorg is afgeschaald. De primaire zorgvraag is niet geneeskundige van aard. Hierdoor kan het casemanagement niet ten laste van de Zvw komen.	Wmo
7.	Cliënt is zorgmijgend, dakloos. Vanuit levensloopfunctie wordt geprobeerd steun en netwerk om cliënt heen te coördineren	NEE , cliënt is niet in zorg en zo lang cliënt ook niet is toegeleid naar de zorg vinden alle activiteiten plaats in het kader van de OGGZ.	Wmo
8.	Cliënt heeft een forensische zorgtitel – ook wel strafrechtelijke titel genoemd – en is opgenomen bij een andere aanbieder	JA , cliënt is opgenomen dus mag je ervan uitgaan dat de primaire zorgvraag geneeskundig van aard is. Er is echter sprake van een forensische zorgtitel. We onderscheiden de volgende situaties:	
		1) Cliënt moet op basis van het vonnis of een indicatiestelling forensische zorg worden opgenomen	Wfz
		2) Cliënt was voorafgaand aan het vonnis of indicatiestelling forensische zorg al opgenomen tlv. Zvw of Wlz (bestaande financiering blijft gecontinueerd, forensische zorg wordt aanvullend vanuit de Wfz bekostigd)	Zvw/Wlz

		3) Cliënt was voorafgaand aan het vonnis of indicatiestelling forensische zorg woonachtig in Beschermd Wonen (bestaande financiering blijft gecontinueerd, forensische zorg wordt aanvullend vanuit de Wfz bekostigd)	Wmo
		4) TBS-gestelden ¹⁵ die zijn opgenomen waarvan de zorgverzekering is opgeschort	Wfz en/of Ministerie JenV
9.	Cliënt is in detentie	JA/NEE , er kan sprake van zijn dat de primaire zorgvraag geneeskundig van aard. Tijdens detentie is de zorgverzekering opgeschort. In bepaalde gevallen komt de zorg dan ten laste van de Wfz. Dat is alleen zo op basis van de titels die genoemd staan in de Wfz ¹⁶ . Andere zorg wordt verleend op basis van het vademecum van DJI ¹⁷ .	Wfz en/of Ministerie JenV
10.	Cliënt is opgenomen bij andere aanbieder (behandelrelatie vanuit deze aanbieder), ook bv VG (Wlz indicatie)	JA , cliënt is geïndiceerd door het CIZ met grondslag VG.	Wlz Eventueel extra zorg ten laste van de Wlz** Afspraken noodzakelijk tussen zorgaanbieder en levensloopaanbieder.

¹⁵ Tijdens proefverlof en voorwaardelijke beëindiging hebben TBS-gestelden wel aanspraak op Zvw. Of het casemanagement dan ten laste van de Zvw komt is afhankelijk van de levenssituatie op dat moment.

¹⁶ Wet Forensische zorg <https://wetten.overheid.nl/BWBR0040634/2020-01-01>

¹⁷ DJI: Vademecum Verstrekkingenpakket Medisch Zorg Forensische Zorg <https://www.forensischezorg.nl/zoeken?zoekterm=vademecum> (73068_dji_vademecum_2022_def.pdf)

Toelichting bij levenssituatie 10

**Heeft de cliënt een indicatie voor Wlz zorg?*

Wet langdurige zorg (Wlz)

De Wlz is gericht op cliënten met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid vanwege:

- een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, of een psychische aandoening;
- een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

De toegang tot de Wlz wordt verleend door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).

Artikel 3.1.1., lid 1 van het Besluit langdurige zorg (Blz) bepaalt: *'De verzekerde die is aangewezen op zorg, heeft recht op samenhangende zorg behorende bij de bij de verzekerde best passende zorgprofiel. Bij ministeriële regeling worden zorgprofielen vastgesteld'*. De zorgprofielen zijn opgenomen in Bijlage A bij de Regeling langdurige zorg. Het CIZ geeft bij indicatiestelling aan op welk zorgprofiel de cliënt is aangewezen, op grond van de grondslag, de omvang en de inhoud van zijn zorgvraag.

***Extrazorg*

3.1.1, lid 2 van het Blz bepaalt: *'De verzekerde heeft recht op meer zorg dan waarop hij op grond van het eerste lid recht heeft, voor zover meer zorg nodig is om te voorzien in zijn behoefte aan zorg'*. Voor meer informatie over de regeling voor meer zorg en andere mogelijkheden voor extra zorg in de Wlz: zie het Wlz Kompas op de website van ZIN¹⁸

Wat betekent het bovenstaande voor de cliënt in levenssituatie 10?

Voor de cliënt die geïnccludeerd is in de ketenveldnorm levensloopfunctie én die door het CIZ is geïndiceerd is voor de Wlz vanwege een verstandelijke beperking en deze Wlz zorg ontvangt, zullen de coördinatie activiteiten in het kader van de ketenveldnorm ten laste komen van de Wlz.

Als het geïndiceerde zorgprofiel ontoereikend blijkt te zijn om de verzekerde de zorg te bieden waarop hij is aangewezen, dan kan een ander beter passend zorgprofiel wellicht uitkomst bieden. Is het geïndiceerde zorgprofiel echter al wel het best passend zorgprofiel dan heeft de cliënt op grond van artikel 3.1.1, lid 2 van het Blz recht op meer zorg. Het zorgkantoor kan deze extra zorg toekennen als aan de voorwaarden voor het krijgen van de extra zorg is voldaan.

¹⁸ [Extra zorg \(Wlz\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#)

Bijlage 2 duidingsverzoek



Notitie Activiteiten Levensloopfunctie

Datum

9-2-2022

Contactpersoon

Lilly Buurke , Nicole Houdijk, Willem Eggink

Inleiding

Ten behoeve van een duidingsvraag die de NZa (mede namens ZN, DJI en de Nederlandse ggz) aan het ZIN stelt worden in deze notitie de doelgroep, werkwijze en activiteiten behorende bij de levenslooppaanpak beschreven. Voor de volledigheid zijn alle activiteiten beschreven, maar de duidingsvraag betreft de activiteiten beschreven onder E.2 en E.4

De centrale vragen die wij stellen aan het ZIN betreffen de niet-cliënt gebonden coördinatie activiteiten (E.2.) en de Cliënt gebonden coördinatie activiteiten (E.4).

Dit zijn de volgende vragen:

1. Vallen de niet-cliëntgebonden coördinatie activiteiten bij E.2 onder de aanspraak in de Zvw/Wfz?
2. Behoren de cliëntgebonden coördinerende/casemanagement activiteiten genoemd onder activiteit E.4 tot de aanspraken in de Zvw/Wfz?
3. Zo ja, geldt dit dan ook voor alle geschetste mogelijke levensfasen van de cliënt (zie pagina 5)?
4. *Aanvullende vragen indien geen sprake is van een lopende behandeling bij de levenslooppaanbieder:*
 - *Kunnen we toch spreken van behandeling als dat enkel de levensloopcoördinatie betreft? En kunnen we bv de casemanager dan zien als de regiebehandelaar?*
 - *Past de levensloopcoördinatie dan wel binnen de 'spelregels' van de Zvw en WMG (denk aan verwijzing, eigen risico, behandelovereenkomst, etc.).*

Toelichting:

A. Levensloopaanpak

De levensloopaanpak gaat over 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. De levensloopaanpak richt zich op mensen die geen strafrechtelijke titel (meer) hebben, onder 'reguliere' financieringsstromen vallen, maar wél (periodiek) een behandel- en begeleidingsklimaat met forensische expertise nodig hebben.

De levensloopaanpak 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 levensloopfunctie realiseert, organiseert en monitort ondersteuning en zorg (op alle levensgebieden). Dit wordt gedaan vanuit het perspectief ambulant, tenzij. Vroegtijdige signalering van risico's is een belangrijk onderdeel van de levensloopaanpak. Als dat nodig is vindt opschaling plaats naar een 24-uursvoorziening (waaronder beveiligde intensieve zorg).

De levensloopaanpak wordt meestal uitgevoerd door een aanbieder van For Fact, maar soms ook door een Fact vanuit een vg aanbieder of een Fact vanuit verslavingszorg.

De levensloopaanpak wordt uitgevoerd aan de hand van de standaard Ketenveldnorm levensloopfunctie en beveiligde intensieve zorg. Deze standaard is door partijen vastgesteld en wordt binnenkort ingediend bij het ZIN voor opname in het Register.

B. Doelgroep:

In de ketenveldnorm is de doelgroep beschreven en afgebakend:

We hanteren de volgende afbakening in de beschrijving van de betreffende personen¹⁹:

- Personen (18+) die agressief en/of gevaarlijk²⁰ gedrag (dreigen te) vertonen als gevolg van een psychische aandoening²¹ en/of een (licht) verstandelijke beperking en/of niet aangeboren hersenletsel;
- Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen/samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico²² op dit gedrag;
- Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi-) problematiek, die onvoldoende in bestaande ondersteuning-, zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt;
- Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulant;
- Er is of was sprake van een rechtelijke machtiging (Wzd), een zorgmachtiging 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 en ondersteuning, passende hulp 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.

¹⁹ Voor de leesbaarheid van de ketenveldnorm gebruiken we verder het woord "geïnccludeerde personen" of "cliënten".

²⁰ Gevaarlijk gedrag is: intimiderend en/of fysiek agressief gedrag dat gericht is tegen andere personen.

²¹ Onder psychische aandoening wordt naast de psychiatrie in de engere zin ook persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsproblematiek gerekend.

²² Vastgesteld op basis van een risicotaxatie.

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

- door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerend behandelmilieu of zorgintensief agogisch klimaat en fysieke beveiliging;
- er is in beginsel sprake van een 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.

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

Bij de invoering van het ZPM in de Zvw en Wfz zijn er twee settings ingevoerd voor beveiligde zorg: setting 6 'forensische en beveiligde zorg, klinisch' en setting 7 'forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch'. Specifiek voor de levensloopcliënten is er daarnaast binnen het ZPM een zorglabel ingesteld om prestaties te oormerken. Zo worden declaraties vanaf 2022 apart geïdentificeerd, wat het mogelijk maakt om hier aparte inhoudelijke en financiële afspraken over te maken.

C. Uitvoering levensloopaanpak landelijk georganiseerd:

In de afgelopen drie jaar zijn in het project Ketenveldnorm door de landelijke partijen (VNG, ZN, DJI, de NLggz, MIND, VGN) afspraken gemaakt over de regio indeling voor de levensloopfunctie. In elk van deze 11 regio's is (regionaal in netwerk) afgesproken wie de coördinerende levensloopaanbieder is en welke andere aanbieders participeren in de levensloopfunctie (ggz, vg, verslavingszorg).

D. Doelstelling Levensloopaanpak:

Het gaat om matched care voor kwetsbare personen met complexe problemen. Intensieve ondersteuning en zorg op grond van het zo-zo-zo-principe (zo licht als het kan, zo zwaar als het moet, zo kort als het kan, zo lang als het moet, zo dichtbij als het kan en zo ver weg als het moet).

De ambulante ondersteuning en zorg binnen de levensloopaanpak 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.

De beveiligde intensieve zorg²³ binnen de levensloopaanpak is zorg in een klinische 24-uurs voorziening met forensische²⁴ expertise en materiële beveiliging²⁵ waarbij in de meeste situaties geen sprake is van een strafrechtelijke titel. Het is een voorziening

²³ Voor de gehandicaptensector gaat het om de klinische voorzieningen in het sglvg+ segment. Voor de leesbaarheid van deze tekst gebruiken wij overal de term beveiligde intensieve zorg.

²⁴ De term forensisch heeft in deze betrekking op de behandelexpertise, het behandelklimaat en het beveiligingsniveau en niet op de financieringsvorm.

²⁵ Voor de gehandicaptensector bedoelen we hiermee zowel zorgintensieve plekken waar sprake is van een stevig agogisch klimaat waarbij structuur, herhaling en nabijheid in de behandeling en begeleiding op de voorgrond staan. Deze plekken, ook wel Very Intensive Care (VIC) units genoemd, zijn gelijkwaardig aan de beveiligde intensieve zorg met beveiligingsniveau 2 hoog of 3, waarbij het accent vooral ligt op beveiliging en beheersing. Hierdoor beschikt de gehandicaptensector over twee vormen van beveiligde intensieve zorg waardoor geen doelgroep uitgesloten hoeft te worden.

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 levenslooppaanpak op 'reguliere' klinische afdelingen of weer ambulant voortgezet.

E. De opdracht van de levenslooppaanbieder bestaat uit vier functies/activiteiten:

1. Aanmeld-/ opstartfase:

Aanmelding van personen die mogelijk geschikt zijn voor de levenslooppaanpak worden aangemeld bij de zorg- en veiligheidshuizen. In een multidisciplinair overleg met betrokken partijen uit het zorg-, sociaal en veiligheidsdomein wordt besproken of de cliënt voldoet aan de inclusie criteria of dat er nog andere behandel- en ondersteuningsmogelijkheden mogelijk zijn. Als de cliënt wordt geïnccludeerd start de levenslooppaanbieder met de levenslooppaanpak.

Activiteiten: Afhankelijk van hoe de samenwerking met het Zorg- en Veiligheidshuis is ingericht kan de levenslooppaanbieder al cliëntgebonden activiteiten uitvoeren. Zoals contact opbouwen met cliënt, toeleiden naar de levenslooppaanpak en multi- problematiek onderzoeken om te bepalen of de cliënt geïnccludeerd kan worden. Het betreft dan vaak cliënten die nog niet in zorg zijn bij ggz.

De activiteiten in deze aanmeld- en opstartfase vinden plaats nog voor de cliënt formeel geïnccludeerd is. Over de financiering van deze activiteiten zijn vaak afspraken gemaakt met de betrokken gemeente (Wmo) en met de zorg- en veiligheidshuizen.

2. Niet-clientgebonden coördinatie activiteiten (continue) tijdens hele traject:

Deze zijn gericht op het organiseren van de infrastructuur die randvoorwaardelijk is om de levenslooppaanpak uit te voeren. Het gaat om het opzetten, onderhouden, borgen en coördineren van het netwerk van zorgaanbieders en andere ketenpartners in aanpalende domeinen om op- en afschalen van ondersteuning en zorg (überhaupt) mogelijk te maken. Binnen dat netwerk en samenwerking vallen onder andere de activiteit om het op operationeel niveau én op bestuurlijk niveau mogelijk te maken dat de verschillende zorgaanbieders en de aanbieders uit het sociaal domein met elkaar dat sluitende netwerk kunnen gaan vormen.

Deze niet-client gebonden coördinatiefunctie wordt uitgevoerd door de coördinerende levenslooppaanbieder in de regio. Dit is de geëigende organisatie om deze activiteiten uit te voeren vanuit de kennis van de verschillende zorgvragen van de cliënten. Als de cliënt geïnccludeerd is dan moet de levenslooppaanbieder de keten en opgebouwde infrastructuur benutten om de levenslooppaanpak te leveren.

Het gaat daarbij om de volgende activiteiten (advies Significant):

- Het maken van bestuurlijke en organisatorische afspraken over op- en afschalen in brede zin. (In samenwerking met Zorg en veiligheidshuis)

Voor op- en afschalen in de ambulante ondersteuning, zorg en behandeling, maar ook de aansluiting klinisch op de verschillende beveiligingsniveaus, ook op het gebied van aansluiting rond detentie en op het gebied van wonen.

- Het voortdurend in overleg blijven met en aanjagen van ketenpartners en daardoor ervoor zorgen dat zij hun rol pakken in de levensloopaanpak.
- Het eventueel faciliteren van intervisie tussen casemanagers of tussen levensloopteams om de kennisdeling te bevorderen, als er met verschillende teams gewerkt wordt.
- Het blijvend informeren van ketenpartners over de levensloopaanpak en het aansluiten bij organisatorische overleggen. (in samenwerking met zorg- en veiligheidshuis)
- Deze coördinatie taken brengen daarnaast verschillende backoffice/administratieve taken met zich mee, zoals contracten rondom detachering en onderaannemerschap en regionale afspraken met financiers.
- Het aansluiten bij landelijke overleggen en het volgen van (landelijke) ontwikkelingen.

De coördinatie op deze randvoorwaardelijke infrastructuur is niet-cliëntgebonden, maar staat wel ten dienste van het kunnen bieden van passende zorg aan levensloopcliënten, die veelal zorg ontvangen van vanuit de Zvw/Wfz. Deze coördinatie en de kosten hiervan wordt niet bepaald door het aantal cliënten dat is geïnccludeerd in de levensloopaanpak. Deze coördinatie wordt nu in 2022 tijdelijk gefinancierd vanuit projectfinanciering van het ministerie van VWS en JenV, maar vanaf 2023 dient hiervoor een structureel financiering te komen. De NZa werkt met een werkgroep van zorgaanbieders en financiers aan een uitwerking van een prestatie hiervoor. In dat kader ligt er nu een vraag bij het ZiNL voorligt voor een duiding van deze coördinatie binnen de aanspraak van de Zvw/FZ. Zie vraagstelling 1 in het kader hierboven.

3. Start individueel traject levensloopaanpak: Multidisciplinaire behandeling

Na inclusie van de cliënt start de multidisciplinaire behandeling of de lopende behandeling wordt gecontinueerd. De cliënt voldoet aan de criteria van toelating voor verzekerde zorg.

Meestal wordt deze behandeling geboden vanuit het multidisciplinaire Forensisch Fact-team, maar het kan ook vanuit een Fact team van verslavingszorg- of vanuit een VG instelling zijn. Altijd vanuit het principe: ambulant waar dat kan, klinisch waar dat moet.

De reguliere zorg vanuit dit ambulante team wordt gedekt vanuit de prestaties/consulten in het ZPM (setting 7 'forensische en beveiligde zorg, niet-klinisch', setting 6 'forensische en beveiligde zorg, klinisch' en mogelijk setting 4 'outreaching')

4. Cliëntgebonden coördinatieactiviteiten: Levensloopcoördinatie:

Levensloopcoördinatie (vergelijkbaar met casemanagement) is een cruciale activiteit in de levensloopaanpak om de doelstellingen te behalen.

Levensloopcoördinatie richt zich op het coördineren van de activiteiten voor de cliënt in door alle fasen heen met alle betrokken partijen om zo te komen tot een stabiele leef- en woonomgeving van de cliënt.

Levensloopcoördinatie wordt uitgevoerd door het levensloopteam (dus 1 aanbieder) en er wordt een primaire behandelaar aangewezen die voor de hele duur van het traject het directe en vertrouwde aanspreekpunt is voor de geïnccludeerde persoon en zijn naasten, maar ook de centrale aanspreekpersoon voor externe organisaties. De levensloopcoördinatie wordt niet altijd door 1 professional alleen uitgevoerd, vanwege het belang van continuïteit. Professionals die de levensloopcoördinatie uit kunnen voeren zijn: vpk, spv, gz psycholoog en mw (in een uitvraag door de NZa bij zorgaanbieders worden de beroepen die de levensloopcoördinatie uitvoeren concreet in kaart gebracht)

Activiteiten in het kader van de cliëntgebonden levensloopcoördinatie:

- Overleggen met de politie, huisarts en Officier van Justitie, woningbouwcorporaties, sociaal wijkteam, reclassering, procesregisseur Zorg- en Veiligheidshuis, casusregisseur e.d.
- Overleg met naasten, familie, betrokken wijkbewoners
- Overleggen met andere betrokken zorgaanbieders
- Contact onderhouden met de cliënt in alle fasen van zijn leven.
- Uitvoeren van risicogericht forensisch toezicht op de cliënt
- Consultatie door de levensloopaanbieder op vraag van andere organisaties, naasten etc...

Deze levensloopcoördinatie vindt plaats aansluitend op en in afstemming met de zorg die de levensloopcliënt ontvangt, maar kan los staan van het domein van waaruit deze de zorg ontvangt (en ook als de levensloopcliënt (tijdelijk) geen zorg ontvangt of in detentie zit).

Als de cliënt in zorg is bij de levensloopaanbieder dan is de levensloopcoördinatie een onderdeel van de multidisciplinaire behandeling.

De activiteiten in het kader van de levensloopcoördinatie bestaan echter voor het grootste deel uit niet directe cliëntcontacten, maar zijn wel ten behoeve van 1 cliënt (indirecte tijd, cliëntgebonden). Vanwege de complexe en steeds in heftigheid wisselende problematiek van deze doelgroep zijn er gemiddeld meer overlegsituaties nodig dan bij een gemiddelde cliënt van het For Fact. Wanneer een levensloopcliënt geen zorg ontvangt kan ook sprake zijn van directe cliëntcontacten.

In het ZPM is de indirecte tijd verdisconteerd in het tarief. Indirecte tijd wordt niet apart gedeclareerd. Wanneer een cliënt is geïnccludeerd in de levensloopfunctie, dan vraagt de levensloopcoördinatie meer indirecte tijd dan nu in het tarief berekend is als reguliere indirecte tijd. Als de cliënt in zorg is bij de levensloopaanbieder dan krijgt deze wel de reguliere indirecte tijd vergoed middels de consulten, maar niet de extra indirecte tijd die zij in het kader van de levensloopcoördinatie. Daarom wordt door de NZa nu bekeken hoe dit middels een aparte prestatie passend kan worden vergoed. In dat kader ligt er nu een vraag bij het ZiNL voorligt voor een duiding van deze coördinatie binnen de aanspraak van de Zvw/FZ.

In alle levensfasen:

De levensloopcoördinatie en het contact onderhouden met de cliënt in alle fasen van zijn leven wordt uitgevoerd vanaf het moment dat een cliënt wordt geïncorporeerd in de levenslooppaanpak. In sommige fasen is er sprake van intensieve multidisciplinaire behandeling. In andere fasen is die intensiteit wat lager, maar gaat de levensloopcoördinatie langdurig door in allerlei vormen. Daardoor kan er ook weer direct opgeschaald worden naar volledige multidisciplinaire behandeling of worden opgeschaald naar een zwaarder klinisch traject, indien nodig. De casus blijft periodiek besproken worden in het multidisciplinaire behandelteam zodat het multidisciplinaire risicogericht werken gehandhaafd blijft.

Varianten van de levenssituatie van de cliënt waarin levensloopcoördinatie doorgaat:

1. Cliënt is in zorg ambulant bij levenslooppaanbieder
2. Cliënt is klinisch opgenomen bij de levenslooppaanbieder
3. Cliënt woont in een beschermende woonvorm bij de levenslooppaanbieder

De levensloopcoördinatie vindt plaats door de levenslooppaanbieder, die ook zelf een behandelrelatie heeft met de cliënt.

4. Cliënt is opgenomen bij andere aanbieder (behandelrelatie vanuit deze aanbieder), ook bv VG (Wlz indicatie)
5. Cliënt heeft een forensische zorgtitel en is opgenomen bij een andere FZ aanbieder
6. Cliënt wordt ambulant behandeld bij specialistische ggz aanbieder (regulier FACT)), levensloopcoördinatie door levenslooppaanbieder

Een andere aanbieder heeft een behandelrelatie met de cliënt. De levensloopcoördinatie vindt dan aanvullend hierop plaats vanuit de levenslooppaanbieder.

7. Cliënt tijdelijk uit ZVw/fz zorg, afgeschaald, Bijvoorbeeld ondersteuning vanuit wijkteam
8. Cliënt is in detentie
9. Cliënt is zorgmijddend, dakloos. Vanuit levensloopfunctie wordt geprobeerd om weer steun en netwerk om cliënt heen te coördineren.
10. Cliënt woont in beschermende woonvorm

Er is geen sprake van een behandelrelatie. De levensloopcoördinatie vindt dan plaats door levenslooppaanbieder.

In al deze fasen gaat de levensloopcoördinatie vanuit het levensloopteam door en blijft er vanuit het levensloopteam 1 centraal aanspreekpersoon voor de cliënt, zijn naasten en alle betrokken partijen. Door deze continue levensloopbenadering bij alle overgangen in deze fasen is er voortdurend ondersteuning op alle levensgebieden (wonen, werk, sociale contacten, inkomen) en daardoor vermindert de kans op verslechtering van psychiatrische problematiek en op recidive van delicten of risicovol gedrag.

De vraag is of in alle beschreven situaties de levensloopcoördinatie valt onder de aanspraak in de ZVw. Zie vraagstelling 2 t/m 4 in het kader hierboven.

