



De optimale zorg op de bekende plek

Een inhoudsanalyse van de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan cliënten van de levenslooppak in Noord-Nederland

Optimal care at a familiar place

A content analysis of the active principles of care and support to clients of the 'levenslooppak' in the north of the Netherlands



Marit Meppelink

Master Sociologie Criminaliteit en Veiligheid, Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider: dr. Marieke Haan

Referent: prof. dr. René Veenstra

Augustus 2022

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeerthesis die geschreven is voor de master Sociologie: Criminaliteit en Veiligheid aan de Rijksuniversiteit Groningen. In deze thesis wordt onderzoek gedaan naar de levensloopaanpak: een nieuwe aanpak voor mensen met complexe multiproblematiek waarbij de nadruk ligt op continue zorg en ondersteuning voor de cliënt in combinatie met multidisciplinaire en domeinoverstijgende samenwerking tussen professionals. Het doel van deze thesis is om de levensloopaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe te optimaliseren. Om dit doel te kunnen bereiken, zijn er observaties bij overleggen van het levensloopteam en de aanmeldtafel uitgevoerd, samenvattingen gemaakt van notulen en rapportages uit de systemen ‘VIS2’ en ‘Kedo’, korte, open interviews gehouden met professionals en is er een focusgroep georganiseerd. Tijdens het schrijven van deze thesis heb ik stage mogen lopen bij het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen. Binnen dit Lectoraat wordt onderzoek uitgevoerd naar onder meer de levensloopaanpak. Ik heb hier in een half jaar tijd veel kennis en ervaring mogen opdoen over de levensloopaanpak, het werken in multidisciplinaire teams en het doen van onderzoek. Daarom wil ik graag mijn stagebegeleider Simon Venema en de onderzoekers Petrick Glasbergen en Sandra Vos bedanken voor alle gezellige en nuttige maandagmiddagoverleggen, hun feedback en hun vertrouwen in mij.

Tijdens het schrijven van deze thesis werd ik ondersteund door mijn scriptiebegeleider Marieke Haan. Ik wil haar dan ook graag bedanken voor alle feedback, alle tijd die zij in mijn thesis heeft geïnvesteerd en alle kennis die zij met mij heeft gedeeld. Daarnaast wil ik mijn referent René Veenstra bedanken voor de nuttige toevoegingen die hij aan mijn thesis heeft geleverd.

Ten slotte wil ik mijn vriend Casper en mijn ouders bedanken voor hun steun, wijze woorden en vertrouwen in mij.

Marit Meppelink

Groningen

16-08-2022

Samenvatting

In 2020 is de levensloopaanpak gestart in Groningen, Friesland en Drenthe om mensen met complexe multiproblematiek zorg en ondersteuning te kunnen bieden die zij nodig hebben. Met de levensloopaanpak wordt getracht om de samenhang tussen zorg, veiligheid en ondersteuning te verbeteren, om zo de overlast in de samenleving te verkleinen (Glasbergen e.a., 2021; Significant Public, 2021). Elke provincie heeft de levensloopaanpak op haar eigen manier geïmplementeerd. Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag *“Hoe kan de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak het beste ingezet worden om een optimale levensloopaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe te kunnen ontwikkelen?”*, is het van belang inzicht te krijgen in welke werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopaanpak in de drie provincies gezamenlijk en apart voorkomen en wat de gevolgen van de verschillen tussen de provincies in deze werkzame bestanddelen zijn. Om hier antwoord op te kunnen geven, zijn observaties van de overleggen van de aanmeldtafels en levensloopteams uitgevoerd, is er een documentanalyse over notulen en rapportages gedaan en hebben er een focusgroep en 27 korte, open interviews plaatsgevonden. Alle werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning die bekend zijn uit de literatuur komen in alle drie provincies naar voren. Het levensloopteam in Groningen besteedt de meeste aandacht aan specifieke kennis over de doelgroep; de minste aandacht wordt besteed aan (het betrekken van) naasten en de samenwerking tussen professional en cliënt in vergelijking met Friesland en Drenthe. Het levensloopteam in Friesland besteedt de meeste aandacht aan (het betrekken van) naasten, persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, de samenwerking tussen professional en cliënt en de meerwaarde van de levensloopaanpak; de minste aandacht wordt besteed aan de samenwerking tussen professionals in vergelijking met Groningen en Drenthe. De betrokken professionals in Drenthe besteden de meeste aandacht aan samenwerking tussen professionals; de minste aandacht wordt besteed aan persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening en de meerwaarde van de levensloopaanpak in vergelijking met de andere twee provincies. Deze verschillen leiden in Groningen tot een goede samenwerking met de GGZ en vrije kaders van de levensloopaanpak, in Friesland tot het stoppen met de levensloopaanpak en een doorstart als de levensloopbenadering en in Drenthe tot een zoektocht naar de meerwaarde van de levensloopaanpak ten opzichte van reguliere maatwerkcasuïstiek. Het advies in Groningen is onder meer om de specifieke kennis over de doelgroep te behouden en uit te breiden en te investeren in de samenwerking tussen professional en cliënt. Het advies in Friesland is onder meer om te investeren in de samenwerking met ketenpartners en enkele randvoorwaarden van de levensloopaanpak vast te leggen. Het advies in Drenthe is onder meer te blijven investeren in contact en korte lijnen tussen professionals en te onderzoeken wat de precieze meerwaarde van de levensloopaanpak is. In alle drie de provincies geldt het advies om naasten en ervaringsdeskundigen te betrekken. Deze adviezen kunnen leiden tot een optimalisatie van de levensloopaanpak, zodat cliënten de zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Op deze manier wordt de veiligheid en het welzijn van deze individuele cliënten, hun naasten en dat van de gehele samenleving vergroot.

Inhoudsopgave

Voorwoord	ii
Samenvatting	iii
Inleiding	1
De levenslooppaanpak	1
Algemeen proces van de levenslooppaanpak	2
Cliënten van de levenslooppaanpak	3
Aanleiding en probleemstelling	4
Relevantie	5
Maatschappelijke relevantie	5
Sociologische relevantie	6
Wetenschappelijke relevantie	6
Theoretisch kader	8
Wisselwerking tussen individu en samenleving	8
Levenslooppaanpak en sociologische theorieën	9
De invloed van de context	9
Werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning	10
<i>Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening</i>	11
<i>Samenwerking tussen de professional en de cliënt</i>	12
<i>De samenwerking tussen professionals</i>	12
<i>Het belang van naasten</i>	13
<i>Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep</i>	14
Methode	15
Dataverzameling	15
<i>Deelvraag 1 en 2</i>	15
<i>Deelvraag 3</i>	17
Data-analyse	18
Wetenschappelijke nauwkeurigheid	20

<i>Geloofwaardigheid</i>	20
<i>Overdraagbaarheid</i>	21
<i>Afhankelijkheid</i>	21
<i>Overtuigingskracht</i>	22
Ethische overwegingen	22
Resultaten	25
Implementatie van de levenslooppaanpak	25
<i>Groningen</i>	26
<i>Friesland</i>	26
<i>Drenthe</i>	27
Deelvraag 1: werkzame bestanddelen in de drie noordelijke provincies gezamenlijk 28	
<i>Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening</i>	29
<i>Samenwerking tussen de professional en de cliënt</i>	30
<i>De samenwerking tussen professionals</i>	31
<i>Het belang van naasten</i>	32
<i>Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep</i>	32
<i>Meerwaarde</i>	33
Deelvraag 2: werkzame bestanddelen per provincie inclusief verschillen en overeenkomsten	33
<i>Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening</i>	33
<i>Samenwerking tussen de professional en de cliënt</i>	35
<i>De samenwerking tussen professionals</i>	36
<i>Het belang van naasten</i>	40
<i>Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep</i>	40
<i>Meerwaarde</i>	41
Deelvraag 3: gevolgen van verschillen	42
<i>Groningen</i>	42
<i>Friesland</i>	43
<i>Drenthe</i>	44

Ter afsluiting	45
Conclusie en discussie	46
Conclusie en beantwoording hoofd- en deelvragen	46
<i>Deelvraag 1</i>	46
<i>Deelvraag 2</i>	47
<i>Deelvraag 3</i>	49
<i>Hoofdvraag</i>	50
Discussie	52
<i>Beperkingen</i>	52
<i>Krachten</i>	55
<i>Reflectieve beoordeling</i>	55
<i>Omstandigheden</i>	56
<i>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</i>	57
Literatuurlijst	59
Bijlage 1: observatieschema aanmeldtafel en levensloopteam	65
Bijlage 2: overzicht kenmerken observaties	75
Bijlage 3: poster intervisiedag over de levenslooptaanpak voor betrokken professionals	79
Bijlage 4: codeboek	80



Inleiding

‘Merendeel mensen die overleed na contact met politie gedroeg zich verward’. Zo luidt de titel van een artikel in de Volkskrant (2022), waarin gesteld wordt dat 42 van de 50 mensen die overlijden na contact met de politie verward gedrag vertoonden. In deze gevallen is er veelal sprake van de combinatie van verward gedrag, (een geschiedenis van) overmatig drugs- of alcoholgebruik en psychische problemen. In één derde van de gevallen is geweld door de politie gebruikt omdat het slachtoffer een gevaar voor zichzelf, de politieagent of anderen bleek te zijn (de Boer e.a., 2022). Mensen die verward gedrag vertonen en een bepaald veiligheidsrisico met zich meebrengen, vormen de doelgroep van de ketenveldnorm (hierna genoemd: levensloopaanpak). Deze unieke groep mensen kampt met multiproblematiek en heeft te maken (gehad) met een rechtelijke machtiging of strafrechtelijke titel. Hierdoor is er behoefte aan zorg en ondersteuning, maar vaak is er geen sluitend aanbod. Dit heeft tot gevolg dat de kans op herhaling van het gevaarlijke gedrag groot is, wat kan leiden tot een incident met een fatale afloop.

Een oplossing die genoemd wordt om het aantal fatale incidenten te verkleinen, is het bieden van meer en langere hulpverlening, die bestaat uit een betere samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en andere instanties. Hierdoor kunnen hulpverleners sneller en eerder ingezet worden om op deze manier een escalatie te voorkomen (Volkskrant, 2022). Martin Sitalsing, politiechef Midden-Nederland, onderschrijft deze oplossing. Volgens hem is het belangrijk dat de politie en de GGZ samen optreden, omdat de GGZ een zekere mate van deskundigheid heeft. Daarnaast blijkt het belangrijk om mensen met een potentieel risico op verward gedrag in beeld te hebben en, waar mogelijk, preventief hulp te bieden. Dit kan volgens Sitalsing gerealiseerd worden door de levensloopaanpak, waarin de cliënt een levensloopbegeleider krijgt die als casusregisseur meeloopt. De levensloopbegeleider blijft tijdens het hele leven betrokken en houdt zicht op de specifieke situatie van de cliënt (Op1, 2022). Deze langdurige betrokkenheid is één van de kernwaarden van de levensloopaanpak (Continuïteit van Zorg, 2022).

De levensloopaanpak

In 2015 is het programma Continuïteit van Zorg gestart om een betere aansluiting van zorg voor forensische patiënten te ontwikkelen (Continuïteit van Zorg, 2022). Hieruit is de levensloopaanpak voortgekomen. Dit is een nieuwe manier van werken waarbij mensen die gevaarlijk gedrag (kunnen) vertonen voor lange termijn ondersteund worden door organisaties en professionals uit het zorg-, veiligheids- en sociale domein. Het gevaarlijke gedrag is veelal het gevolg van psychische aandoeningen, verslaving, een verstandelijke beperking of een combinatie hiervan. Het doel is een verbetering van de samenhang tussen zorg, veiligheid en ondersteuning, om zo de overlast in de samenleving te verkleinen en deze mensen de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden (Glasbergen e.a., 2021; Significant Public, 2021). De levensloopaanpak kan gezien worden als een systematische oplossing voor een gebrek aan continuïteit in de samenwerking tussen de betrokken

organisaties bij een cliënt (Schaftenaar & van Otheusden, 2019). De kern van de levenslooppaanpak bestaat uit drie onderdelen: (1) doorgaande en langlopende ondersteuning, zorg en behandeling op alle levensgebieden van de cliënt, (2) goede toegang tot beveiligde intensieve zorg, ook zonder zorgmachtiging en (3) een goede doorstroom naar passende woonvoorzieningen (Continuïteit van Zorg, 2022). Voor deze doelgroep zijn internationaal programma's bekend met betrekking tot re-integratie, zoals geregeld contact met een hulpverlener, het nemen van verplichte medicatie, het volgen van verplichte therapie of het verblijven op een specifiek adres (Pycroft & Clift, 2012). Echter, de levenslooppaanpak probeert verder te gaan door langdurig en met professionals uit verschillende organisaties en domeinen betrokken te zijn bij de cliënt. De levenslooppaanpak is daarom een nieuwe aanpak die zich onderscheidt van andere nationale en internationale programma's.

Algemeen proces van de levenslooppaanpak

De levenslooppaanpak kan op twee manieren geïmplementeerd worden, namelijk (1) als een samenwerkingsverband dat bestaat uit verschillende partijen of (2) als een hoofdaanbieder van de zorg en ondersteuning met onderaanbieders. Het proces van de levenslooppaanpak is weergegeven in Figuur 1. De aanmelding van cliënten gebeurt in samenwerking met de regionale Zorg- en Veiligheidshuizen (ZVH), de gemeente en de levenslooppaanbieder. De aanmelding kan gedaan worden door professionals, de cliënt zelf, naasten of andere betrokkenen. Na de aanmelding wordt er een aanmeldtafel georganiseerd, waar de te includeren cliënt besproken wordt en er, aan de hand van een aanmeldtoets, besloten wordt of de cliënt wel of niet geïnccludeerd wordt. Als de cliënt passend lijkt voor de levenslooppaanpak, wordt deze voorlopig geïnccludeerd en wordt er een op maat gemaakt integraal trajectplan opgesteld.

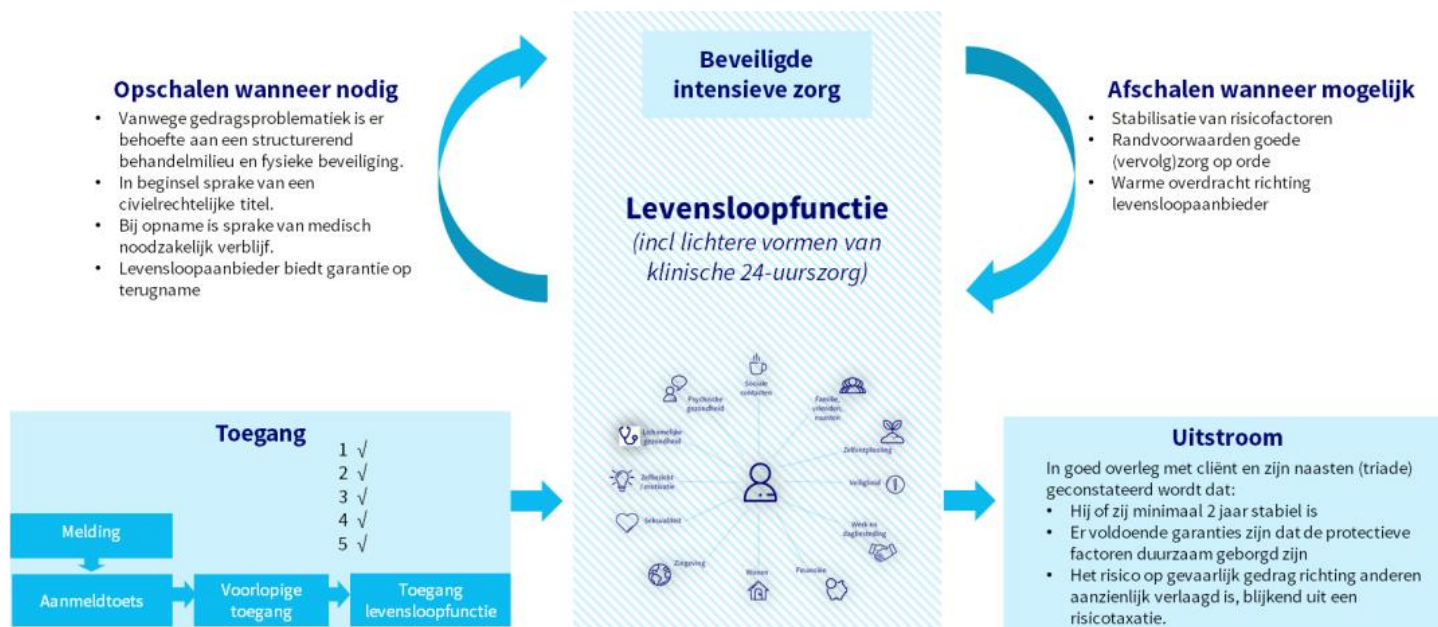
Na definitieve inclusie wordt de cliënt bijgestaan door een levensloopteam, dat zowel als een apart team kan bestaan of gekoppeld kan zijn aan een (For-)FACT-team (Forensisch Flexible Assertive Community Treatment). Deze teams behandelen en begeleiden zeer kwetsbare mensen in het strafrechtelijk kader die kampen met ernstige psychiatrische stoornissen en die vanuit deze stoornissen zorgen voor een (aanzienlijk) delictgevaar voor de samenleving (Place e.a., 2011). Beide vormen resulteren in een multidisciplinair team met één levensloopbegeleider, die het aanspreekpunt is voor cliënten en naasten en de regie heeft over informatieverstrekking naar alle betrokkenen. Het team werkt samen met (1) zorgaanbieders, (2) financiers, (3) veiligheidspartners, en (4) andere partners, zoals woningcorporaties, voorzieningen voor werk en inkomen of cliënt- en familieorganisaties. Er wordt gestuurd op samenwerking met naasten, familie en ervaringsdeskundigen en er is de mogelijkheid tot op- en afschaling tussen vormen van zorg of beveiligingsniveaus als dit nodig is.

Een cliënt kan uitstromen uit de levenslooppaanpak wanneer zowel de cliënt, het levensloopteam en de naasten van de cliënt vinden dat de cliënt (1) minimaal twee jaar stabiel is en laag scoort op het gevaarscriterium en (2) de protectieve factoren rondom de cliënt voldoende en duurzaam gewaarborgd zijn. Dit kan aangetoond worden door middel van een risicotaxatie. Ten slotte moet er altijd de

mogelijkheid zijn voor de cliënt om weer terug te vallen op de levensloopaanbieder (Continuïteit van Zorg, 2022; Candel e.a., 2018).

Figuur 1

Algemeen proces van de levensloopaanpak



Bron: Candel e.a., 2018

Clënten van de levensloopaanpak

Clënten van de levensloopaanpak vallen in de hulpverlening tussen wal en schip door hun (hoge risico op) gevaarlijk gedrag, waardoor zij niet de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig, behoefte aan of recht op hebben (Continuïteit van Zorg, 2022). De doelgroep van de levensloopaanpak bestaat uit personen ouder dan 18 jaar die agressief of gevaarlijk gedrag (dreigen te) vertonen. Dit gedrag komt voort uit een psychische aandoening, een (licht) verstandelijke beperking, niet aangeboren hersenletsel of een combinatie hiervan. Daarbij komen de volgende vijf criteria:

1. Er is sprake van gevaarlijk gedrag richting anderen of de samenleving of een aantoonbaar (hoog) risico op dit gedrag.
2. Er is sprake van langdurige, terugkerende en moeilijk beheersbare (multi) problematiek, die onvoldoende in de bestaande zorg- en begeleidingssystemen te beheersen valt.
3. Mede door de dominante gedragsproblematiek is er behoefte aan een structurerende behandeling, begeleiding en begrenzing; bij voorkeur ambulante.
4. Er is of was sprake van een rechtelijke machtiging of strafrechtelijke titel naar aanleiding van het gevaarlijke gedrag richting anderen of de samenleving.

5. Er is een risico dat zonder een sluitend aanbod van ambulante intensieve zorg, passende ondersteuning of huisvesting er een grotere kans is op herhaling van het gevaarlijke gedrag. Dit gedrag houdt onlosmakelijk verband met de psychische aandoening, de (licht) verstandelijke beperking, het niet aangeboren hersenletsel of een combinatie hiervan en valt slechts met dwang te beheersen (Continuïteit van Zorg, 2022).

Dit resulteert in een doelgroep van doorgaans mannen van gemiddeld 40 tot 50 jaar oud waarbij veel hulpverleners betrokken zijn (geweest) in hun leven; dit kan oplopen tot 60 hulpverleners per persoon (Glasbergen e.a., 2021). Kenmerkend voor deze doelgroep is bekendheid bij hulpverleningsinstanties, overlastgevend en zorgmijndend gedrag en moeite bij het vinden van een geschikte woonvoorziening. Dit komt veelal doordat deze mensen moeite hebben met het functioneren in groepen of overlast veroorzaken. Door hun zorgmijndende gedrag verdwijnen de cliënten geregeld uit beeld bij hulporganisaties. Als cliënten wel in beeld zijn bij hulporganisaties, zijn er vaak veel verschillende professionals betrokken. Hierdoor is het vaak onbekend welke organisatie het voortouw neemt in de zorg en ondersteuning. Hulpverleners ervaren het gevoel dat alles al geprobeerd is en weten niet wat nog passend kan zijn voor de cliënt. De bestaande hulpverlening is daarom ontoereikend (Glasbergen e.a., 2021).

Aanleiding en probleemstelling

In Nederland hebben naar schatting 1.500 tot 3.000 mensen baat bij inclusie in de levensloopaanpak (Bolhuis e.a., ter perse) en in Noord-Nederland gaat het naar schatting om 100 tot 150 mensen (Glasbergen e.a., 2021). Voor hen is, naast de levensloopaanpak, geen aanbod voor forensische zorg en ondersteuning op alle levensgebieden die zij nodig hebben.

Om deze mensen de zorg en ondersteuning te kunnen bieden die zij nodig hebben en daarmee de veiligheid in de samenleving te vergroten en de kosten om dit te bereiken te verlagen, is in 2020 de levensloopaanpak gestart in de drie noordelijke provincies: Groningen, Friesland en Drenthe. In 2021 is een onderzoek gestart naar de implementatie van de levensloopaanpak in deze drie provincies door het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen. Mijn onderzoek vormt hier een deelonderzoek van. Om deze reden zal mijn onderzoek zich focussen op de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. In de praktijk constateren de procesregisseurs van de Zorg- en Veiligheidshuizen en de leden van de levensloopteams dat er verschillen zijn in de vorm en werkwijze van de levensloopaanpak tussen de provincies. Zo wordt er bijvoorbeeld in Groningen en Friesland gewerkt met een speciaal opgericht levensloopteam en probeert Drenthe de werkwijze van de levensloopaanpak te integreren in de bestaande ForFACT-teams.

Doordat elke provincie haar eigen vorm en werkwijze heeft, ervaren de betrokken professionals in de drie provincies verschillende knelpunten tijdens de implementatie van de levensloopaanpak. Daarnaast heeft ook elke provincie enkele eigen oplossingen gevonden die gebaseerd zijn op de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning voor hun cliënten. In de praktijk vragen de

professionals uit Groningen, Friesland en Drenthe zich af hoe professionals in de andere twee noordelijke provincies omgaan met de problemen waar zij tegenaan lopen. Inzicht in hoe werkzame bestanddelen ingezet worden in Groningen, Friesland en Drenthe kan bijdragen aan nieuwe oplossingen voor de knelpunten die ervaren worden tijdens de implementatie van de levensloopaanpak in de deze provincies. Mijn hoofdvraag luidt daarom: *“Hoe kan de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak het beste ingezet worden om een optimale levensloopaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe te kunnen ontwikkelen?”*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden, is het noodzakelijk om drie deelvragen te beantwoorden. Voordat deze beantwoord kunnen worden, zal literatuur gezocht worden over de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopaanpak en uit de forensische doelgroep. Vervolgens zal onderzocht worden welke van deze werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak terug te zien zijn in de drie noordelijke provincies gezamenlijk. De eerste deelvraag die hiermee beantwoord zal worden, is: *“Wat zijn de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak in Noord-Nederland?”*

Ten tweede zal gekeken worden naar welke werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning wel of niet voorkomen in de werkwijze van de levensloopteams in de drie aparte provincies. Daarnaast zullen deze werkzame bestanddelen met elkaar vergeleken worden om te ontdekken of en hoe deze verschillen tussen de provincies. De tweede deelvraag die hiermee beantwoord zal worden, is: *“Welke werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak zijn aanwezig per provincie?”*

Ten slotte zal onderzocht worden wat de gevolgen kunnen zijn van de eventuele verschillen tussen de provincies in de werkzame bestanddelen voor de implementatie van de levensloopaanpak. Dit kan uiteindelijk inzichten bieden om op een andere manier te kijken naar en om te gaan met de implementatieproblemen die spelen in de verschillende provincies. De derde deelvraag die hiermee beantwoord zal worden, is: *“Wat zijn de gevolgen van de verschillen tussen de provincies in de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak?”*

Relevantie

Maatschappelijke relevantie

Het niet kunnen ondersteunen van de doelgroep van de levensloopaanpak kan leiden tot grote maatschappelijke kosten. Deze mensen kennen een lange hulpverleningsgeschiedenis, vertonen veel overlastgevend en verward gedrag en hebben een zorgmijdende houding. Om deze redenen zijn veel hulpverleningsinstanties betrokken (geweest), moet de politie geregeld optreden en eindigen cliënten meermaals in detentie. Dit resulteert in jaarlijkse kosten van ongeveer 250 duizend euro per cliënt (Witteveen & Koffijberg, 2019). In Nederland bestaat de doelgroep van de levensloopaanpak naar schatting uit 1.500 tot 3.000 cliënten, waardoor de jaarlijkse kosten van de gehele doelgroep kunnen

oplopen tot 375 tot 750 miljoen euro (Bolhuis e.a., ter perse). Bij de levensloopaanpak nemen enerzijds de kosten van de ambulante begeleiding, klinische (beveiligde) opname en de inzet van professionals toe. Anderzijds nemen de kosten van crisisopnames, politie-inzet, justitiële kosten door vervolging en detentie, overlast en de inzet van de Wmo-begeleiding af. Daarnaast kan de levensloopaanpak bijdragen aan een toename van stabiliteit en rust bij de cliënt, rust en vertrouwen bij familieleden, veiligheid in de maatschappij en beter zicht op en meer tijdige toegang tot het regionale zorgaanbod. Verder resulteert de levensloopaanpak in een afname van de maatschappelijke overlast en zorgt de multidisciplinaire samenwerking tussen professionals, de cliënt en naasten voor het gevoel dat er samengewerkt wordt aan hetzelfde doel (Significant Public, 2021). Het is daarom maatschappelijk gezien relevant om te onderzoeken hoe de levensloopaanpak optimaal geïmplementeerd kan worden in de drie noordelijke provincies.

Sociologische relevantie

Het is van belang dat de doelgroep van de levensloopaanpak de optimale zorg en ondersteuning krijgt die zij nodig heeft, omdat dit anders kan leiden tot een toename in overlastgevend gedrag en criminaliteit in de samenleving (Bolhuis e.a., ter perse). Criminaliteit zorgt in de maatschappij voor gevoelens van onveiligheid, wat leidt tot meer wantrouwen jegens een ander. Om wantrouwen tegen te gaan, is vertrouwen en wederkerigheid nodig; twee zaken die een grote rol spelen in de primaire sociale orde. De primaire sociale orde gaat over persoonlijke, informele relaties die mensen onderling hebben, die bestaan uit verbondenheid en wederzijdse sturing. Deze relaties worden ook wel sociale relaties genoemd en zij zorgen ervoor dat mensen hun sociale en emotionele behoeften kunnen vervullen (Glebbeeck & Vos, 2000). Sociale relaties in sociale netwerken kunnen het gedrag van mensen beïnvloeden en veranderen (Valente, 2010; 2012), wat ook invloed heeft op het al dan niet overgaan tot crimineel gedrag. De positieve invloed dat een sociaal netwerk kan hebben op het criminele gedrag van individuen, en daarmee onveiligheid en wantrouwen in de samenleving, is de kracht van de primaire sociale orde. Een optimale levensloopaanpak in de drie noordelijke provincies waarin aandacht is voor deze sociale relaties, is daarom van belang. Dit maakt huidig onderzoek is sociologisch relevant.

Wetenschappelijke relevantie

In de (inter)nationale literatuur zijn verschillende programma's bekend die betrekking hebben op de re-integratie van de doelgroep van de levensloopaanpak vanuit een (klinisch) beveiligde setting naar de maatschappij (Pycroft & Clift, 2012). De levensloopaanpak zelf is hier niet mee te vergelijken, omdat zij nog een stap verder gaat. Dit gebeurt door de focus te leggen op het bieden van doorgaande en langlopende zorg en ondersteuning, toegang tot zorg zonder zorgmachtiging en ondersteuning bij het vinden van een passende woonplek voor de cliënt. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de levensloopaanpak in Nederland en specifiek onderzoek naar de levensloopaanpak in de drie noordelijke

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

provincies is nog gaande. Internationaal is er geen onderzoek uitgevoerd naar de levensloopaanpak. Echter, onderzoek naar hoe de levensloopaanpak op een optimale manier kan worden geïmplementeerd in de drie provincies is wel van belang. Enerzijds omdat dit kan bijdragen aan de vermindering van criminaliteit in de samenleving en anderzijds omdat dit een basis kan zijn voor andere regio's om de levensloopaanpak ook te implementeren. Dit onderzoek zal, naast het onderzoek van het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg, één van de eerste onderzoeken zijn die de implementatie(problemen) van de levensloopaanpak in de drie noordelijke provincies uiteenzet. Daarom is dit onderzoek wetenschappelijk relevant.

Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt ten eerste aandacht besteed aan de wisselwerking tussen het individu en de samenleving. Ten tweede wordt de levensloopaanpak besproken in relatie tot verschillende sociologische theorieën over criminaliteit. Vervolgens wordt de invloed van de context op de werking van de levensloopaanpak toegelicht. Ten slotte worden de in de literatuur gevonden werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten uit de forensische doelgroep en de doelgroep van de levensloopaanpak weergegeven.

Wisselwerking tussen individu en samenleving

Crimineel en overlastgevend gedrag komt in alle samenlevingen voor en een juiste aanpak voor dit gedrag is daarom van groot belang om de veiligheid in de samenleving te verhogen en de kosten om dit te bereiken te verlagen. Deze aanpak hoort theoretisch onderbouwd te zijn en gebaseerd te zijn op het wat-werkt-waarom principe. Bij dit principe is het belangrijk om vragen te stellen over waarom, voor wie, onder welke condities en in welke context de aanpak werkt (Bogaerts, 2010). Dit geldt onder meer voor hulpverleners, beleidsmedewerkers en onderzoekers.

Elke aanpak gericht op het individu krijgt vorm binnen een samenleving. Dit resulteert in een wisselwerking tussen het individu en de samenleving, die onder meer bepaald wordt door de wisselwerking tussen het individu en de omgevingsfactoren. Deze wisselwerking is mede bepalend voor het wel of niet doen slagen van een aanpak voor een individu en is daarom van belang om mee te nemen in het vormgeven van een passende aanpak. De wisselwerking tussen het individu en de samenleving is duidelijk terug te zien in de ecologische systeemtheorie. In deze theorie is het individu omgeven door vijf systemen: (1) het microsysteem, zoals onder meer gezin en vrienden, (2) het mesosysteem, of wel de interacties tussen de microsystemen en het individu, (3) het exosysteem, zoals onder meer het land van herkomst van familie en de media, (4) het macrosysteem, zoals onder meer culturele patronen en waarden en het politieke systeem en (5) het chronosysteem, of wel alle omgevingsveranderingen die gebeuren tijdens het leven van een individu (Bronfenbrenner, 1979).

Ook binnen het forensisch kader is de wisselwerking tussen het individu en de omgevingsfactoren van belang. Zo blijken criminaliteit en recidive van beide af te hangen, waarbij er een grote rol is weggelegd voor het sociale netwerk van de cliënt (Megargee, 1976; Monahan, 1981). Meer en betere sociale ondersteuning resulteert vaak in een afname van crimineel en overlastgevend gedrag (Bogaerts e.a., 2006; Nakhaie & Sacco, 2009). Echter, in hoeverre een sociaal netwerk invloed kan hebben op het gedrag van de cliënt is afhankelijk van in hoeverre de cliënt dit toelaat (Spreeen e.a., 2002). Kennis over de negatieve of positieve rol van het sociale netwerk is van belang wanneer de cliënt na behandeling terugkeert in ditzelfde sociale netwerk (Pomp e.a., 2010). Het sociale netwerk van een forensische cliënt bestaat vaak uit ongeveer 0 tot 30 mensen, waarvan het grootste gedeelte familie is. Vergeleken met mensen uit een niet-forensische doelgroep, is dit relatief klein (Greeven, 1997; Pol, 1995; Ellenbroek, 2000).

Levensloopaanpak en sociologische theorieën

Sociale netwerken en relaties spelen een belangrijke rol in het ontstaan van criminaliteit volgens de sociale-controletheorie (Hirschi, 1969). Deze theorie probeert te verklaren waarom mensen niet overgaan tot crimineel gedrag, ondanks dat iedereen dezelfde voordelen kan halen uit crimineel gedrag. Volgens deze theorie vormen sociale bindingen met anderen in de maatschappij een drempel om over te gaan tot crimineel gedrag; hoe meer sociale bindingen, hoe kleiner de kans dat iemand crimineel gedrag zal vertonen. De invloed van sociale bindingen kan bestaan uit de hechting aan anderen, betrokkenheid bij de samenleving, de gebondenheid door maatschappelijke activiteiten en de aanvaarding van de algemeen geaccepteerde normen en waarden (Hirschi, 1969).

Volgens een verdere uitwerking van de sociale-controletheorie (Sampson & Laub, 1993) zorgt een slechte binding met anderen in de samenleving tot gebrekkige sociale controle, wat gezien wordt als de oorzaak van crimineel gedrag. Vooral in de kindertijd is sociale controle van ouders, familie en school van belang. Vroegtijdig antisociaal gedrag van kinderen wordt gezien als een voorspeller van crimineel gedrag in de adolescentie en volwassenheid. Bij volwassenen hebben verschillende belangrijke elementen in het leven invloed op de binding met de maatschappij, zoals het hebben of missen van een partner of een vaste baan. Hoe minder deze elementen aanwezig zijn in iemands leven, hoe minder sociale controle en hoe groter de kans op crimineel gedrag (Sampson & Laub, 1993). De cliënten van de levensloopaanpak vertonen vaak weinig tot geen sociale binding met de maatschappij. Het ontbreekt veelal aan een stabiele levenspartner, een vaste woonplek en een vaste baan, waardoor er weinig sociale controle plaatsvindt. Dit vergroot de kans op het vertonen van crimineel gedrag.

In de differentiële associatietheorie (Sutherland, 1947) wordt gesteld dat de manier waarop individuen aankijken tegen crimineel gedrag tot stand komt door interacties met anderen. Crimineel gedrag wordt dus aangeleerd en niet aangeboren. Het aanleren van crimineel gedrag gaat volgens deze theorie voornamelijk door middel van communicatie- en interactieprocessen tussen individuen. De mate waarin een individu middels sociale relaties beïnvloed wordt door een bepaalde definitie van crimineel gedrag, verschilt door de duur, de intensiteit, de prioriteit en de frequentie van de blootstelling aan de definitie (Sutherland, 1947). De cliënten van de levensloopaanpak hebben veelal een klein tot geen sociaal netwerk en bevinden zich vaak aan de rand van de maatschappij, waar criminaliteit als een middel wordt gezien om te kunnen voorzien in het levensonderhoud. Deze definitie wordt hen dan ook aangeleerd, waardoor het criminele gedrag in stand kan worden gehouden.

De invloed van de context

Bij sociologische experimenten hebben twee zaken invloed op de uitkomst, namelijk het mechanisme en de context (Pawson & Tilley, 1997). Een mechanisme kan omschreven worden als iets wat een zichtbaar verschijnsel, de uitkomst, kan verklaren door kenmerken die onzichtbaar zijn. Hiermee kunnen sociale verschijnselen op zowel macro- als microniveau worden verklaard. Sociale mechanismen hebben betrekking op de keuzes die gemaakt worden en de capaciteiten die mensen

bezitten. Deze kunnen verschillen tussen personen in dezelfde (culturele) groep, tussen personen in verschillende (culturele) groepen en tussen dezelfde personen in de tijd. De verschillen in capaciteiten tussen mensen leiden ertoe dat de levensloopteams in de drie provincies verschillende keuzes maken en verschillende oplossingen bedenken voor problemen. Daarnaast kunnen er ook andere keuzes gemaakt worden door het levensloopteam van nu in vergelijking met hetzelfde levensloopteam van een jaar geleden. De context kan omschreven worden als de omgeving waarin iets plaatsvindt. Deze contexten staan niet vast, maar kunnen verschillen per situatie en in de tijd. De context bepaalt uiteindelijk of en hoe een mechanisme werkt en daarmee wat de uitkomst kan zijn. Dit worden context-mechanism-outcome-configuraties genoemd (Pawson & Tilley, 1997). De verschillen in context tussen Groningen, Friesland en Drenthe zouden hierdoor een verklaring kunnen zijn voor verschillen tussen de drie provincies in de implementatie van de levenslooptaanpak.

Bij evaluatieonderzoek en de implementatie van een (nieuwe) aanpak is het belangrijk om de vraag te stellen ‘wat werkt voor wie onder welke omstandigheden?’ (Pawson & Tilley, 1997; Bogaerts, 2010). Dit, in combinatie met de context-mechanism-outcome-configuraties, laat zien dat de omstandigheden en daarmee de context waarin een (nieuwe) aanpak geïmplementeerd wordt een grote invloed heeft op de werking van de aanpak. Verschillende contexten kunnen daarom leiden tot verschillende vormen van implementatie van een aanpak, wat op haar beurt kan leiden tot verschillende uitkomsten van dezelfde aanpak. Dit is van belang bij het onderzoeken van de gevolgen van de verschillen tussen de provincies in de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning van cliënten van de levenslooptaanpak.

Werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning

Bij de implementatie van een aanpak is het belangrijk dat het duidelijk is wat de werkzame bestanddelen zijn. Deze zullen in deze paragraaf worden besproken. In de praktijk komen cliënten van de levenslooptaanpak en de forensische doelgroep, zoals ForFACT, overeen. De doelgroep van ForFACT bestaat uit mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, die vanuit deze stoornis zorgen voor een (aanzienlijk) delictgevaar voor de samenleving. Ze hebben langdurige behandeling, begeleiding en toezicht nodig om met een zo klein mogelijk delictrisico en zo min mogelijk symptomen toch zo veel mogelijk aan de maatschappij deel te kunnen nemen (Place e.a., 2011). In de literatuur zijn werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning aan cliënten van de levenslooptaanpak en de forensische doelgroep te vinden. Deze zijn op te delen in vijf onderwerpen: (1) persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, (2) samenwerking tussen de professional en de cliënt, (3) samenwerking tussen professionals, (4) het belang van naasten en (5) specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep. Deze vijf onderwerpen worden hieronder uitgelegd en besproken met betrekking tot beide groepen.

Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening

Cliënten uit de forensische doelgroep en de levenslooppaanpak zijn gebaat bij intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening die aangepast is op hun unieke situatie. Een persoonlijke behandeling die afgestemd is op de behoeften van de cliënt is belangrijk omdat dit bijdraagt aan een daling van het recidiverisico (Ward & Stewert, 2003). Zorg op maat, waarin de nadruk ligt op de specifieke en unieke kenmerken, wensen, behoeften en situatie van de cliënt, wordt gekenmerkt door een proactieve houding van de professional. Dit komt tot uiting door het kennen van de belangen van de cliënt en het actief bezig zijn met het maken van afspraken met andere organisaties (Bolhuis e.a., ter perse).

Daarnaast moet de zorg altijd toegankelijk zijn en moet de cliënt ongelimiteerd toegang hebben tot diensten van (en opnames in) de GGZ, ook wanneer hier geen machtiging voor is (Skipworth & Humberstone, 2002). Daarnaast is het belangrijk dat er structuur geboden wordt door zo lang mogelijk eenzelfde behandelaar en levensloopbegeleider te hebben die de cliënten geregeld observeert, monitort en bezoekt, ook al bevinden zij zich in detentie (Lamb e.a., 1999; Cosden e.a., 2005; Cuddeback e.a., 2009). Het herstel van de cliënt moet het centrale doel zijn (Skipworth & Humberstone, 2002), wat bereikt kan worden middels een actieve, assertieve en soms autoritaire aanpak en een lage werkdruk (de Kogel & Nagtegaal, 2008; Lamb e.a., 1999). Ten slotte moet er op verschillende levensgebieden hulp geboden worden, vooral met betrekking tot het vinden van een passende huisvesting en het opstellen van een integraal trajectplan (Cosden e.a., 2005; Lamb e.a., 1999; Continuïteit van Zorg, 2020).

Een volledig integraal trajectplan heeft geresulteerd in een verbeterde toegang tot beveiligde bedden en beveiligd wonen, ook zonder rechtelijke machtiging, doordat het label ‘levenslooppaanpak’ urgentie creëert bij verschillende ketenpartners (Significant Public, 2021; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021). Echter, de doorstroommogelijkheden kunnen nog verbeterd worden. Een gevolg van gebrekkige doorstroming is dat alle forensische bedden bezet zijn, waardoor opschaling van een cliënt niet altijd kan als het nodig is (Zijlstra, 2021). Verder is een goede doorstroom naar een passende woonvoorziening belangrijk om het risico beheersbaar te houden en bij te dragen aan een stabielere levenssituatie (Zijlstra, 2021; Continuïteit van Zorg, 2022). Een proactieve houding van de professional draagt bij aan het vinden van een passende woonplek, al blijkt dit in de praktijk lastig. Enerzijds is het ideaalbeeld dat de cliënt zo veel mogelijk deel kan nemen aan de maatschappij, maar anderzijds blijkt dit onrealistisch (Bolhuis e.a., ter perse).

Daarnaast is het belangrijk gebleken dat levensloopbegeleiders continu betrokken blijven middels 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 (Significant Public, 2021; Bolhuis e.a., ter perse). Er moeten altijd mogelijkheden tot op- en afschaling tussen vormen van zorg of beveiligingsniveaus zijn (Continuïteit van Zorg, 2022) en dit lukt beter binnen levensloopteams door de proactieve houding van professionals (Bolhuis e.a., ter perse). Door preventief te werken, neemt het

risico op een crisissituatie af, waardoor de levensloopaanpak gezien kan worden als een ultieme behandelinterventie.

Verder hoeven professionals die betrokken zijn bij de levensloopaanpak niet te werken binnen vaste kaders, waardoor creatieve en op maat gemaakte alternatieven mogelijk zijn (Zijlstra, 2021). Dit kan positieve gevolgen hebben voor de realisatie van herstel, stabilisatie, veiligheid en het terugdringen van incidenten voor zowel de cliënt als de samenleving (Continuïteit van Zorg, 2022; Significant Public, 2021).

Samenwerking tussen de professional en de cliënt

Het is belangrijk dat er effectief wordt samengewerkt tussen de professional en de cliënt uit de forensische doelgroep (Skipworth & Humberstone, 2002), omdat een goede, professionele relatie bijdraagt aan een betere re-integratie en een verlaagde kans op recidive van de cliënt (de Kogel & Nagtegaal, 2008).

In de levensloopaanpak is de langdurige en intensieve betrokkenheid van de professional bij de cliënt de kern van de hulpverlening, die gekenmerkt wordt door betrokkenheid, acceptatie en eerlijkheid (Zijlstra, 2021). Hierdoor is een persoonlijke en vertrouwelijke relatie tussen levensloopbegeleider en cliënt mogelijk en kan de cliënt altijd bij deze persoon terecht (Significant Public, 2021; Significant Public, 2022; Bolhuis e.a., ter perse). Zo kan er rust en vertrouwen bij de cliënt ontstaan, wat bijdraagt aan stabilisatie en het afnemen van incidenten (Zijlstra, 2021; Bolhuis e.a., ter perse). Het blijkt van belang dat professionals hun verwachtingen en beloftes nakomen (Bolhuis e.a., ter perse). Cliënten kunnen verder zelf contact opnemen met de professional wanneer zij het idee hebben dat ze terugvallen, waardoor er vroeg gesignaleerd kan worden (Significant Public 2021; Significant Public, 2022). Het blijkt belangrijk voor cliënten om zelf deze regie in handen te hebben, en dat zij bekend zijn met de rechten die ze hebben (Continuïteit van Zorg, 2022).

De samenwerking tussen professionals

De samenwerking tussen professionals uit verschillende domeinen is een belangrijke bouwsteen voor het kunnen bieden van passende zorg voor cliënten uit de forensische doelgroep. Het is van belang dat professionals van verschillende zorginstanties multidisciplinair, geregeld en nauw met elkaar samenwerken in een mobiel team (Skipworth & Humberstone, 2002; de Kogel & Nagtegaal, 2008). De betrokkenheid van professionals uit justitiële instanties is hierin een meerwaarde (Lamb e.a., 1999; Lamberti e.a., 2004; van Marle e.a., 2009; Cosden e.a., 2004; Davis e.a., 2008). De verzameling, uitwisseling en deling van informatie tussen alle betrokkenen is cruciaal om de cliënt goed te kunnen monitoren en een eventuele terugval of kritieke situatie vroegtijdig te kunnen signaleren (de Kogel & Nagtegaal, 2008).

Doordat bij de levensloopaanpak professionals uit verschillende domeinen en organisaties met elkaar aan tafel zitten, ontstaat er een brede expertise, inzet en samenwerking, wat uitmondt in een sluitende en door iedereen gedragen aanpak van zorg en ondersteuning (Continuïteit van Zorg, 2020;

Continuïteit van Zorg, 2022; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021). Iedereen werkt aan hetzelfde doel, wat noodzakelijk is om gezamenlijk de behandeling aan deze complexe casussen te laten slagen (Zijlstra, 2021). Ketenpartners weten elkaar beter te vinden en er zijn onderling kortere lijnen, wat resulteert in een standvastige houding om de cliënt te kunnen helpen en tot nieuwe oplossingen te komen. Daarnaast krijgen de professionals beter inzicht in en toegang tot het regionale zorgaanbod (Significant Public, 2021; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021). Voor het opstellen van het integraal trajectplan is het bevorderlijk om met de juiste mensen met de juiste bevoegdheden aan tafel te zitten (Zijlstra, 2021). Hierdoor ontstaat een gevoel van gezamenlijkheid en kan er meer bereikt worden (Significant Public, 2022). Verder is het belangrijk om een ervaringsdeskundige bij het levensloopteam te betrekken (Continuïteit van Zorg, 2022; Zijlstra, 2021). Door multidisciplinair overleg wordt de vraag welke losstaande problematiek op de voorgrond staat bij een cliënt doorbroken en is het duidelijk welke organisatie de regie heeft. Het blijkt belangrijk om de schotten tussen de verschillende betrokken organisaties te doorbreken, waardoor een cliënt voor een langere tijd zorg en ondersteuning kan ontvangen van verschillende organisaties die gezamenlijk werken aan het zelfde doel. Hierdoor kan tevens eenvoudiger op- en afgeschaald worden tussen vormen van zorg of beveiligingsniveaus en kan organisatie- en discipline-overstijgende zorg en ondersteuning geboden worden aan cliënten. Hier ligt een taak voor professionals.

Er blijken in de praktijk drie barrières te zijn die de implementatie van de levenslooptaanpak kunnen bemoeilijken: (1) onduidelijkheid over welke organisatie de zorg en ondersteuning van de cliënt financiert, (2) gegevensdeling tussen verschillende betrokken organisaties en (3) wachtlijsten (Bolhuis e.a., ter perse). Binnen de levenslooptaanpak zouden de financieringskaders geen obstakel meer hoeven te vormen (Significant Public, 2021; Continuïteit van Zorg, 2022), maar dit blijkt in de praktijk niet zo te zijn (Bolhuis e.a., ter perse). Daarnaast blijkt het van belang om informatie omtrent de cliënt en het dossier met alle professionals te delen, zodat elke partij op de hoogte is (Continuïteit van Zorg, 2022). Doordat professionals het dossier niet meer hoeven te sluiten, houden zij meer tijd over om betrokken te zijn (Zijlstra, 2021). Ten slotte blijkt uit onderzoek uit de proeftuinregio's dat de samenwerking beter kan. Dit komt doordat er sprake kan zijn van verschillende belangen en rolverwarring. Dit kan tot gevolg hebben dat cliënten opnieuw moeten worden opgenomen door dezelfde professional, terwijl hun werkrelatie al verstoord is door eerdere trajecten (Zijlstra, 2021).

Het belang van naasten

Het is van belang dat de sociale omgeving van de cliënt uit de forensische doelgroep, zoals familie, vrienden of andere sleutelpersonen, betrokken wordt bij de hulpverlening (Skipworth & Humberstone, 2002; Lamb e.a., 1999). Het betrekken van de sociale omgeving van de cliënt zorgt voor extra sociale controle, sociale bindingen en sociale steun, wat bijdraagt aan de re-integratie en de recidivevermindering van de cliënt (de Kogel & Nagtegaal, 2008). In de levenslooptaanpak wordt tevens

gepleit voor het realiseren van een zorgzame zorg- en leefomgeving van de cliënt, en het betrekken van naasten bij de zorg en ondersteuning (Continuïteit van Zorg, 2022).

Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep

Om passende hulp te kunnen bieden aan cliënten uit de forensische doelgroep, is het van belang dat er binnen het team van professionals forensisch psychiatrische kennis en expertise aanwezig is (Cuddeback e.a., 2009; van Marle e.a., 2009; de Kogel & Nagtegaal, 2008). Daarnaast moet er rekening gehouden worden met de specifieke culturele kenmerken en problemen van cliënten, zoals hun criminele achtergrond (Skipworth & Humberstone, 2002; Cuddeback e.a., 2009; van Marle e.a., 2009). Dit kan door extra aandacht te besteden aan individueel risicomanagement en rehabilitatieplannen van de cliënten, dat als onderliggend basismechanisme van de hulpverlening geldt (Skipworth & Humberstone, 2002; van Marle e.a., 2009). Ten slotte blijkt het uitvoeren van interventies die gericht zijn op agressie- en impulsmanagement van groot belang (Lamb e.a., 1999), omdat dit de meest voorkomende problematiek is van de cliënten van de levenslooppak (Glasbergen e.a., 2021).

Binnen de levenslooppak is het ook belangrijk om expertise over de specifieke problemen van cliënten uit te wisselen. De zorg en ondersteuning moet afgestemd zijn op de unieke kenmerken en situatie van de vaak kwetsbare cliënt, waarbij de nadruk ligt op het zien van de hele mens. Het is voor professionals dus belangrijk om hier kennis van te hebben (Continuïteit van Zorg, 2022). Het uitvoeren van een persoonlijke risicotaxatie is één van de bouwstenen voor een optimale levenslooppak (Zijlstra, 2021).

Concluderend kan er gesteld worden dat de levenslooppak raakvlakken heeft met veel sociologische theorieën over criminaliteit. Daarnaast moet deze aanpak multidisciplinair en domeinoverstijgend zijn om zowel alle betrokken zorginstanties als de omgevingsfactoren van een individu mee te nemen. Hoe en of de levenslooppak werkt, is onder meer afhankelijk van de context waarin deze geïmplementeerd wordt en de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning zoals opgedeeld in de bovenstaande vijf onderwerpen. Deze werkzame bestanddelen zullen daarom in de rest van het onderzoek onderzocht worden in het kader van de levenslooppak in Groningen, Friesland en Drenthe.

Methode

In dit hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek beschreven. In Tabel 1 wordt de dataverzameling van dit onderzoek weergegeven per provincie en deelvraag. De inhoud van de tabel zal vervolgens uitgeschreven en uitgelegd worden uitgesplitst naar de provincies. Daarna zal de data-analyse besproken worden. Dit hoofdstuk sluit af met een paragraaf over de wetenschappelijke nauwkeurigheid van dit onderzoek en de ethische overwegingen die in acht zijn genomen.

Tabel 1

Dataverzameling per provincie en deelvraag

	Groningen	Friesland	Drenthe
Deelvraag 1	Tien observaties van overleg levensloopteam	Twee observaties van overleg levensloopteam en twee observaties van overleg aanmeldtafel	Documentanalyse wat leidt tot vier samenvattingen van vier tijdlijnen (één per cliënt) o.b.v. alle notulen in de systemen ‘VIS2’ en ‘Kedo’
Deelvraag 2	Tien observaties van overleg levensloopteam	Twee observaties van overleg levensloopteam en twee observaties van overleg aanmeldtafel	Documentanalyse wat leidt tot vier samenvattingen van vier tijdlijnen (één per cliënt) o.b.v. alle notulen in de systemen ‘VIS2’ en ‘Kedo’
Deelvraag 3	Eén samenvatting van de focusgroep Zeven korte, open interviews in één samenvatting	Eén samenvatting van de focusgroep Negen korte, open interviews in één samenvatting	Elf korte, open interviews in één samenvatting

Dataverzameling

Deelvraag 1 en 2

Groningen en Friesland. Om de eerste twee deelvragen te kunnen beantwoorden, zijn in de periode tussen 1 maart en 31 mei tien observaties van de overleggen van het levensloopteam in Groningen uitgevoerd. In Friesland zijn twee observaties van de overleggen van het levensloopteam en twee observaties van de overleggen van de aanmeldtafel uitgevoerd. Observeren is een

onderzoeksmethode die in kaart kan brengen hoe iets feitelijk werkt of voorkomt, waarbij de sociale realiteit vanuit een extern perspectief kan worden geanalyseerd (Flick, 2014). Het doel van observeren is het kunnen zien van gedrag en interacties alsof de onderzoeker niet aanwezig is (Adler & Adler, 1998). De observaties zijn niet-participerend uitgevoerd en de onderzoeker nam de rol van complete observeerder aan, om het overleg zo min mogelijk te onderbreken en beïnvloeden (Flick, 2014; Gold, 1958). Er was sprake van systematische observatie, aangezien er gebruik werd gemaakt van een gestructureerd observatieformulier (Flick, 2014). Tijdens het overleg zijn aantekeningen gemaakt, die naderhand gestructureerd en ingevuld zijn op het observatieformulier zijn. Het meteen maken van aantekeningen komt de feitelijke weergave van het proces ten goede (Lofland & Lofland, 1984). Het observatieformulier is opgesteld door de onderzoekers die betrokken zijn bij het grotere onderzoek naar de levensloopteam en is aangepast op basis van eerder uitgevoerde observaties. Het observatieformulier van zowel de aanmeldtafel als het levensloopteam is terug te vinden in Bijlage 1.

In Groningen zijn tien observaties uitgevoerd bij de overleggen van het levensloopteam. Van deze tien observaties heb ik zeven observaties uitgevoerd samen met een onderzoeker van het overkoepelende onderzoek naar de levensloopteam en heb ik drie observaties alleen uitgevoerd. Eén overleg heeft online plaatsgevonden, waardoor er een online observatie is uitgevoerd. In dezelfde periode zijn in Friesland vier observaties uitgevoerd, waarvan twee observaties van de overleggen van het levensloopteam en twee observaties van de overleggen van de aanmeldtafel. Van deze vier observaties heb ik één observatie uitgevoerd samen met twee onderzoekers van de Hanzehogeschool die betrokken waren bij de levensloopteam. Deze twee onderzoekers hebben ook de andere drie observaties uitgevoerd, onder leiding van één van de onderzoekers van het overkoepelende onderzoek naar de levensloopteam. Eén overleg heeft online plaatsgevonden, waardoor er een online observatie is uitgevoerd. Een beschrijving van de kenmerken van de observaties is terug te vinden in Bijlage 2. Wanneer er zaken onduidelijk waren voor de onderzoeker, was er na het overleg ruimte voor vragen. Ten slotte zijn de ingevulde observatieformulieren of een samenvatting daarvan teruggestuurd naar de procesregisseurs van het ZVH, die eventuele aan- of opmerkingen konden maken. Hiermee wordt gecontroleerd of de observator(en) de informatie op de juiste manier weergegeven hebben. De procesregisseurs hebben geen aanpassingen gemaakt.

Drenthe. Om de eerste twee deelvragen te kunnen beantwoorden, is in Drenthe in de periode van 1 maart t/m 31 mei een documentanalyse uitgevoerd. Er zijn geen observaties van het levensloopteam of de aanmeldtafel uitgevoerd, omdat deze niet hebben plaatsgevonden in deze periode. In plaats daarvan zijn documenten geanalyseerd, die bestaan uit rapportage en notities die zowel intern gemaakt zijn binnen het ZVH Drenthe als extern gemaakt zijn tussen het ZVH Drenthe en externe organisaties. Documentanalyse is een methode om op systematische wijze documenten in te zien en evalueren, om op deze manier begrip en waarde toe te kunnen kennen aan de data (Corbin & Strauss, 2008). Documenten kunnen gezien worden als sociale feiten, die op een sociale manier gemaakt,

gedeeld en gebruikt worden (Atkinson & Coffey, 1997). Documentanalyse kan gebruikt worden voor casestudies, waarin over één fenomeen, event of persoon uitgebreid gedocumenteerd wordt (Stake, 1995). De officiële documenten kunnen bij een casestudie aangevuld worden met verslagen van interne communicatie binnen een organisatie (Mills e.a., 2006). Documenten kunnen gebruikt worden voor de volgende doelen: (1) het scheppen van een context rond het onderzochte, (2) het doen opkomen van vragen die gesteld moeten worden of situaties die geobserveerd moeten worden, (3) het bieden van aanvullende data, (4) het bieden van een overzicht van verandering en ontwikkeling van het onderzochte en (5) ter bevestiging van andere data (Bowen, 2009).

In dit onderzoek is een documentanalyse uitgevoerd, wat heeft geleid tot vier tijdlijnen behorende bij de vier geïncludeerde cliënten in Drenthe. Dit is gedaan om een context te scheppen en een overzicht van veranderingen en ontwikkelingen te creëren. Om een tijdlijn te maken, zijn per geïncludeerde cliënt alle documenten uit de systemen van het ZVH Drenthe samengevat, om op deze manier selectiviteit tegen te gaan.

Deelvraag 3

Om de derde deelvraag te kunnen beantwoorden, heeft er een focusgroep plaatsgevonden met de procesregisseurs uit Groningen en Friesland en zijn er korte, open interviews gehouden met professionals uit alle drie de provincies. De focusgroep werd voorgezeten door mijzelf en een onderzoeker van het overkoepelende onderzoek naar de levenslooppak. Een focusgroep is een groepsdiscussie waarin de onderzoeker een actieve rol heeft in het bevorderen van de groepsinteractie (Kitzinger & Barbour, 1999). Het doel van een focusgroep is het verkrijgen van informatie in de context en om een situatie te creëren die dichterbij de communicatie van alledag staat dan interviews (Flick, 2014). Hierdoor kunnen informatie en inzichten gevonden worden die zonder groepsinteractie minder zichtbaar zouden zijn, waardoor interpretaties van deelnemers beter weergegeven kunnen worden (Morgan, 1988). Een focusgroep is in dit onderzoek gebruikt omdat ze discussies kan opwekken (Lunt & Livingstone, 1996) over de werkwijze en resultaten van de levenslooppak binnen de drie provincies. Het doel van de focusgroep was tweeledig. Enerzijds was het doel om verschillende werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan cliënten van de levenslooppak te identificeren, als aanvulling op de observaties en documentanalyse. Anderzijds zorgde de focusgroepen voor meer informatie over de werkwijze en resultaten van de levenslooppak, waardoor de drie provincies kunnen leren van elkaars ervaringen en resultaten. In dit onderzoek waren de beoogde deelnemers de procesregisseurs uit Groningen, Friesland en Drenthe. Echter, door ziekte kon de procesregisseur uit Drenthe niet aanwezig zijn. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen, waren de doelgroep, het inclusieproces, de context, de ketensamenwerking, aanpak, interventies en resultaten. Deze focusgroep is opgenomen en er is een samenvatting gemaakt om de data te kunnen analyseren.

Om data mee te nemen die verkregen zijn van professionals uit alle drie de provincies, is gebruik gemaakt van 27 korte, open interviews met betrokken professionals uit Groningen, Friesland en Drenthe

op een intervisiedag over de levensloopaanpak voor deze professionals. Aan alle aanwezigen is een poster laten zien met informatie over dit onderzoek; deze poster is te vinden in Bijlage 3. Daarnaast is hen gevraagd om na te denken over twee vragen: ‘welke factoren heeft professional in zijn of haar functie en provincie ervaren die hebben bijgedragen aan de implementatie van de levensloopaanpak?’ en ‘welke factoren zij hebben gemist?’ Dit konden de professionals op post-its schrijven en op een andere poster plakken. Aan de hand van hun antwoorden zijn de 27 korte, open interviews uitgevoerd. Hier zijn notulen van gemaakt. De notulen en de informatie op de post-its zijn meegenomen in de analyse. Deze vorm van dataverzameling kan gezien worden als een elicitatiemethode, waarbij informatie uitgelokt wordt door middel van één of verscheidene visualisaties. De participanten worden vervolgens bevraagd hierover (Vanderveen, 2008). De participant kan op deze manier zijn of haar eigen ideeën en meningen uiten, die gevormd zijn door ieders eigen achtergrond. Dit leidt tot verschillende reacties van de participanten, die een idee geven van wat de participant denkt of voelt (Berger & Mohr, 1982). De samenvatting en losse, relevante passages van de focusgroep en de notulen van de korte, open interviews zijn meegenomen als aanvullende informatie op de data uit de observatieformulieren en tijdelijnen en zijn hieraan gekoppeld. De data uit de focusgroep en interviews dienen op deze manier ter ondersteuning en aanvulling voor het onderzoek, waardoor ze kunnen leiden tot toekomstige inzichten (Bryman & Bell, 2004).

Data-analyse

Om een antwoord te kunnen geven op de drie deelvragen, zijn de data geanalyseerd middels een inhoudsanalyse met een kwantitatief en een kwalitatief component. Dit maakt het mogelijk om flexibel in te spelen op de gebeurtenissen in de onderzoekssituatie en vrijer te analyseren (Wester, 2003). Een kwantitatieve inhoudsanalyse wordt in de sociologie gebruikt om een getalsmatige beschrijving van de inhoud van documenten weer te geven (Neuendorf, 2002). In dit onderzoek zijn de eerste twee deelvragen geanalyseerd middels een kwantitatieve inhoudsanalyse; het aantal keer dat een code voorkwam in de documenten is geteld. Het coderen is gedaan middels het programma ATLAS.ti (Archiv für Technik, Lebenswelt und Alltagssprache, text interpretation, 2022, versie 22), dat de analyse van onder meer tekstuele data op een kwalitatieve manier ondersteunt. Middels het programma kan tekst op een systematische manier gerangschikt, bijgehouden, gelabeld en beheerd worden (ATLAS.ti, 2022).

Bij een kwalitatieve inhoudsanalyse is het belangrijk om een zo uitgebreid mogelijk codeboek op te stellen waarin er een duidelijk onderscheid is tussen alle codes (Neuendorf, 2002). Dit codeboek is weergegeven in Bijlage 4. Het volledige codeboek is opgesteld na het coderen van alle data. Het coderen van de data is per document gegaan. In totaal zijn twintig documenten geanalyseerd: tien observatieformulieren van de overleggen van het levensloopteam in Groningen, twee observatieformulieren van de overleggen van het levensloopteam in Friesland, twee observatieformulieren van de overleggen van de aanmeldtafel in Friesland, vier samenvattingen van

een tijdlijn per cliënt in Drenthe, één samenvatting van de focusgroep en één samenvatting van de korte, open interviews. Om de eerste twee deelvragen te beantwoorden, zijn de tien documenten uit Groningen, de vier documenten uit Friesland en de vier documenten uit Drenthe geanalyseerd. Om de derde deelvraag te beantwoorden, zijn de samenvatting van de focusgroep en de samenvatting van de korte, open interviews geanalyseerd. Eerst zijn één voor één de observatieschema's uit Groningen gecodeerd, vervolgens de observatieschema's uit Friesland, daarna de tijdlijnen uit Drenthe en ten slotte de samenvattingen van de focusgroep en de korte, open interviews.

Het codeerproces ging als volgt. Bij het eerste document zijn codes toegevoegd aan de hand van de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning zoals bekend uit de literatuur (genoemd in het theoretisch kader onder 'werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning'). Wanneer er een onderwerp uit de data naar voren kwam dat niet bekend was uit de literatuur, is dit gecodeerd onder de naam van het onderwerp om zo alle informatie uit de data mee te kunnen nemen. Elk volgend document is gecodeerd aan de hand van de codes die in de eerdere documenten zijn opgesteld en er zijn nieuwe codes toegevoegd wanneer dat nodig was. Nadat alle codes waren opgesteld, zijn zij toegewezen aan zes codegroepen. Op deze manier kon onderzocht worden in hoeverre de thema's terugkwamen in de data (Bryman, 2012) aangezien zij de inhoud van de tekst vormen die wordt beïnvloed door de contextuele informatie eromheen (Mayring, 2000). Deze codegroepen zijn gemaakt op basis van de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning zoals genoemd in het theoretisch kader: (1) persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, (2) samenwerking tussen de professional en de cliënt, (3) samenwerking tussen professionals, (4) het belang van naasten, en (5) specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep. Naast deze codegroepen is er nog één codegroep gevormd (6) 'meerwaarde'.

Vervolgens is onderzocht of verschillende codes samengevoegd konden worden. Codes werden samengevoegd wanneer ze te veel overlap vertoonden in de onderliggende betekenis van de codes. Zo zijn onder meer de codes 'samenwerking professionals betrokkenheid', 'samenwerking professionals overdracht' en 'samenwerking professionals overleg' samengevoegd tot de code 'samenwerking professionals communicatie'. Daarnaast is er gekeken of de codes genoeg van elkaar verschilden. Een twijfelgeval was de code 'woonplek/opname', aangezien deze zowel bij de samenwerking tussen professionals als bij persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening hoort. Wanneer professionals samenwerkten om een woon- of opnameplek voor de cliënt te zoeken, werd dit onder 'samenwerking professionals woonplek/opname' geschaald. Wanneer een cliënt eerder op een woonplek heeft verbleven waar het hem wel of juist niet goed af ging, werd dit onder 'persoonlijke hulpverlening woonplek/opname' geschaald. Het codeerproces heeft geresulteerd in een codeboek bestaande uit 78 codes in 6 codegroepen. Van de 78 codes behoren 35 codes bij de observatieformulieren uit Groningen en Friesland en de tijdlijnen uit Drenthe (eerste twee deelvragen). De overige 43 codes horen bij de samenvatting van de focusgroep en de samenvatting van de korte, open interviews (derde deelvraag). De codes zijn gebruikt om de resultaten mee te beschrijven. Hierbij

is gekeken hoe vaak een code voorkwam in zowel de drie provincies gezamenlijk als in de aparte provincies en welke gevolgen genoemd werden van (het gemis van) een werkzaam bestanddeel. Daarnaast is er ook waarde gehecht aan codes die minder vaak voorkwamen, aangezien ook deze codes data weergeven die van belang is om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

De betekenis van de data kan niet rechtstreeks uit de data zelf worden gehaald, maar is afhankelijk van de onderzoeker zelf. Om de geloofwaardigheid van de betekenis te kunnen waarborgen, is het belangrijk dat de onderzoeker zich kan plaatsen in de sociale context waarin de data zijn verkregen (Wester & Pleijter, 2006). Dit is gedaan door literatuur te lezen over de levensloopteam, aanwezig te zijn bij de overleggen van de levensloopteams in Groningen en Friesland en kennis te hebben gemaakt met de betrokken professionals bij de levensloopteam in Drenthe.

Wetenschappelijke nauwkeurigheid

Een manier om de kwaliteit van kwalitatief onderzoek weer te geven, is aan de hand van wetenschappelijke nauwkeurigheid. Hierbij zijn vier componenten van belang: (1) geloofwaardigheid, (2) overdraagbaarheid, (3) afhankelijkheid en (4) overtuigingskracht (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). In onderstaande secties zullen deze vier componenten besproken worden.

Geloofwaardigheid

Geloofwaardigheid heeft betrekking op de mate waarin de resultaten voortkomend uit het onderzoek overeenkomen met de realiteit (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Ik heb op verschillende manieren getracht rekening te houden met de geloofwaardigheid in mijn onderzoek. Ten eerste heb ik geheimhoudingsverklaringen ondertekend bij het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg van de Hanzehogeschool Groningen, het ZVH Drenthe en het ZVH Friesland. Er is geen geheimhoudingsverklaring ondertekend bij het ZVH Groningen omdat dit vanuit hen niet noodzakelijk werd geacht. Wel heb ik meermaals met de procesregisseur en de leden van het levensloopteam gesproken om het doel van de observaties en de manier van werken uit te leggen, zodat zij weten dat de verkregen data anoniem verwerkt zullen worden. Dit is gedaan om de professionals zo veel mogelijk vrijuit te laten denken en praten, zonder dat zij rekening hoeven te houden met wat er uiteindelijk over hen in het onderzoeksverslag komt te staan.

Ten tweede zijn de procesregisseurs van het ZVH Groningen en het ZVH Friesland op de hoogte gehouden van de werkzaamheden van de onderzoekers. Na elke bijeenkomst van het levensloopteam is een samenvatting gemaakt van het observatieformulier die teruggestuurd werd naar de procesregisseurs. Zij mochten informatie laten verwijderen, toevoegen of aanpassen, zonder een verklaring daarvoor te geven. Dit is ook gedaan met een samenvatting van de focusgroep. Er zijn geen aanpassingen gemaakt door de betrokken professionals. De procesregisseurs uit Groningen en Friesland hebben aangegeven tevreden te zijn met de ingevulde observatieformulieren.

Ten slotte zijn de data geanalyseerd middels een inhoudsanalyse. Dit is een geregeld gebruikte onderzoeksmethode in kwalitatief onderzoek, wat bijdraagt aan het nemen van de juiste operationele maatregelen om de verkregen data op een juiste manier te kunnen bestuderen en analyseren (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Daarnaast is gebruik gemaakt van literatuur omtrent werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan de forensische doelgroep en de doelgroep van de levenslooppaanpak. De gevonden werkzame bestanddelen zijn vervolgens vergeleken met de verkregen data. Doordat ik veel heb gelezen over de levenslooppaanpak en betrokken ben bij het grotere onderzoek naar de levenslooppaanpak, ben ik in staat een goede afweging te maken over of de gevonden werkzame bestanddelen in de data overeenkomen met de gevonden werkzame bestanddelen in de literatuur.

Overdraagbaarheid

De overdraagbaarheid van een onderzoek heeft betrekking op de mate waarin de gevonden resultaten te plaatsen zijn in andere contexten (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Mijn onderzoek maakt gebruik van data die verkregen zijn binnen het grotere onderzoek naar de levenslooppaanpak. Hierdoor is het mogelijk dat de gevonden resultaten van mijn onderzoek als voorbeeld kunnen dienen voor andere regio's. Het meenemen van de context in mijn onderzoek is daarom van belang, zodat andere onderzoekers in andere regio's mijn onderzoek op dezelfde manier uit kunnen voeren. Om deze reden zal in het resultatenhoofdstuk beschreven worden hoe elk van de drie provincies op hun eigen manier vorm heeft gegeven aan de levenslooppaanpak. Daarnaast is het dataverzamelingsproces beschreven in het methodehoofdstuk. Hierin staat hoe het huidige observatieformulier tot stand is gekomen, wanneer de dataverzameling heeft plaatsgevonden en welke methoden gebruikt zijn om de verkregen data te verwerken. Op deze manier is getracht transparantie te bieden in de manier van dataverzameling en -verwerking.

Afhankelijkheid

De afhankelijkheid van een onderzoek heeft betrekking op de vergelijkbaarheid van resultaten in dezelfde context, met dezelfde methode en met dezelfde participanten (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Er moet zekerheid zijn dat wanneer uitkomsten verschillen dit enkel kan liggen aan een verandering binnen de participanten. Het is daarom belangrijk om de gebruikte methode zo nauwkeurig te beschrijven dat andere onderzoekers op basis van deze beschrijving hetzelfde onderzoek op dezelfde manier met dezelfde participanten zouden moeten kunnen uitvoeren. Deze beschrijving van de dataverzameling en -analyse is te vinden in de methodesectie. Daarnaast is er een uitgebreide beschrijving van de context weergegeven in mijn onderzoek. Ten slotte is een reflectieve beoordeling van het onderzoeksproces uitgevoerd en weergegeven in de discussiesectie, waarbij ook aandacht is voor de positionaliteit en subjectiviteit van mijzelf als onderzoeker.

Overtuigingskracht

De overtuigingskracht heeft betrekking op in hoeverre de uitkomsten van het onderzoek daadwerkelijk het resultaat zijn van de participanten en niet van de onderzoeker (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). De positie die onderzoekers innemen in het onderzoek zou geen invloed mogen uitoefenen op de resultaten. Echter, onderzoekers begrijpen en interpreteren de wereld altijd op hun eigen manier, wat invloed heeft op de manier waarop mijn onderzoek uitgevoerd en beschreven is. Ik heb geprobeerd rekening te houden met mijn positionaliteit door gezamenlijk met andere onderzoekers het observatieschema aan te passen en observaties uit te voeren en deze te vergelijken. Observeren door twee observatoren verhoogt de betrouwbaarheid van de observaties. Beide observatoren maken aantekeningen, één van de observatoren vult het observatieformulier in en de ander vult het observatieformulier aan met de eigen aantekeningen. Daarnaast zijn drie van de vier observaties in Friesland aangevuld met notulen die door de procesondersteuner tijdens de vergadering zijn gemaakt, om zo de selectiviteit van de onderzoeker(s) te verminderen (Flick, 2014). Hierdoor neemt mijn invloed als onderzoeker af.

Daarnaast is rekening gehouden met reflexiviteit: er wordt erkend dat ik als onderzoeker invloed heb op de uitvoering en interpretatie van het onderzoek. Dit vormt een belangrijk deel van de overtuigingskracht (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Mijn reflectieve beoordeling van het onderzoeksproces is weergegeven in de discussiesectie, waarin aandacht besteed wordt aan deze positionaliteit.

Verder is er een uitgebreide en nauwkeurige beschrijving gegeven van de onderzoeksmethode in de methodesectie, wat de integriteit van de onderzoeksmethode ten goede komt. Verder zijn methodologische tekortkomingen beschreven in de discussiesectie en is er gekeken naar de effecten van deze tekortkomingen op mijn onderzoek.

Om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen, is er op verschillende manieren data verzameld, namelijk via observaties, documentanalyse, een focusgroep en korte, open interviews. Dit heeft geresulteerd in een completer inzicht in de levenslooppaanpak in de drie provincies. Daarnaast zijn de data door verschillende onderzoekers verzameld. Bij de overleggen van de levensloopteams en aanmeldtafels in Groningen en Friesland waren, zo ver mogelijk, twee observatoren aanwezig. In Friesland was dit altijd zo, in Groningen zijn er twee observaties uitgevoerd door één onderzoeker. De aantekeningen van de observatoren werden na de overleggen vergeleken en met elkaar aangevuld. Op deze manier zijn de resultaten niet afhankelijk van de interpretatie van één onderzoeker, wat de validiteit en de betrouwbaarheid van de resultaten ten goede komt. Deze subjectiviteit van de onderzoeker komt terug in de reflectieve beoordeling in de discussiesectie.

Ethische overwegingen

Bij de uitvoering van een onderzoek is het van belang dat de participanten zo min mogelijk tot geen schade ondervinden aan hun deelname aan het onderzoek. Om hier rekening mee te houden, zijn

drie kernwaarden opgesteld die betrekking hebben op ethiek: (1) het welzijn van participanten gaat altijd voor de wetenschappelijke interesse, (2) het onderzoek moet altijd opbrengsten genereren voor een grotere populatie dan enkel de onderzoekers zelf en (3) de onderzoeksprocedure moet op een goede en eerlijke manier plaatsvinden en opgeslagen worden (Hennink e.a., 2011).

In de ontwerpfase is nagedacht over de tweede kernwaarde: het onderzoek moet altijd opbrengsten genereren voor een grotere populatie dan enkel de onderzoekers zelf (Hennink e.a., 2011). Het doel van mijn onderzoek is een bijdrage leveren aan een betere implementatie van de levensloopaanpak in de drie noordelijke provincies. Dit komt zowel de cliënten van de levensloopaanpak als hun naasten als de gehele samenleving ten goede. Daarnaast zullen professionals die betrokken zijn bij de levensloopaanpak baat hebben bij mijn onderzoek doordat zij handvatten krijgen om de zorg en ondersteuning aan cliënten optimaal vorm te geven. Ten slotte levert mijn onderzoek een bijdrage aan het onderzoek van het Lectoraat Verslavingskunde en Forensische Zorg naar de implementatie van de levensloopaanpak in Noord-Nederland.

In de etnografische fase is rekening gehouden met de eerste kernwaarde: het welzijn van de participanten gaat altijd voor de wetenschappelijke interesse (Hennink e.a., 2011). Hierbinnen is rekening gehouden met drie aspecten: (1) vrijwillige participatie, (2) zelfbeschikking en (3) minimalisatie van de schade. Ten eerste heb ik aan de leden van het levensloopteam gevraagd of ik observaties mocht uitvoeren tijdens de overleggen van het levensloopteam en de aanmeldtafel en heb ik het doel en de manier van dataverzameling, -verwerking en -opslag uitgelegd. Ten tweede mochten de leden van het levensloopteam op elk moment aangeven dat zij niet meer geobserveerd wilden worden. Tot op heden is hier geen sprake van. Ten derde heb ik aangegeven dat alle data anoniem verwerkt zullen worden en dat de data op geen enkele manier terug te leiden zijn naar de cliënt of de professional. Hierdoor werden professionals gestimuleerd om hun eigen mening te uiten en vrijuit te spreken. Daarnaast heb ik rekening gehouden met vertrouwelijkheid door alleen de onderzoekers van het grotere onderzoek naar de levensloopaanpak toegang te geven tot de ruwe observatiedata. De samenvattingen zijn gedeeld met andere onderzoekers die deelonderzoeken uitvoerden voor het grotere onderzoek naar de levensloopaanpak.

In het analyseplan is rekening gehouden met de derde kernwaarde: de onderzoeksprocedure moet op een goede en eerlijke manier plaatsvinden en opgeslagen worden (Hennink e.a., 2011). Dit heeft betrekking op de anonieme verwerking van de gegevens. Hier is rekening mee gehouden door een kritische en neutrale houding aan te nemen en aandacht te besteden aan mijn reflexiviteit. Dit is opgevangen door data te verzamelen middels verscheidene methoden en observaties uit te voeren door verschillende onderzoekers. Alle data is geanonimiseerd zodat cliënten niet herkend kunnen worden. De namen van professionals worden wel genoemd in de observatieformulieren en in de samenvattingen van de observatieformulieren en focusgroep, maar in dit onderzoek zijn geen namen weergegeven. Alle data zijn opgeslagen op de beveiligde omgeving SharePoint van de Hanzehogeschool Groningen en de beveiligde omgeving ShareFile van Verslavingszorg Noord Nederland. Hier hebben ik, de onderzoekers

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

van het overkoepelende onderzoek en de onderzoekers van de Hanzehogeschool toegang toe. Deze data zal bewaard worden tot het overkoepelende onderzoek naar de levenslooppaanpak is afgerond; naar verwachting november 2022. De gevonden resultaten zijn gedeeld met het ZVH Groningen, ZVH Friesland en ZVH Drenthe.

Resultaten

In dit hoofdstuk komen de resultaten van het onderzoek aan bod. Ten eerste zal een contextschets gegeven worden van de implementatie van de levensloopaanpak in de drie provincies. Ten tweede zullen de resultaten per deelvraag worden weergegeven. Ten slotte worden de resultaten van de drie deelvragen samengebracht.

Implementatie van de levensloopaanpak

Elke provincie heeft de algemene wijze van de levensloopaanpak aangepast op haar eigen manier. In Tabel 2 zijn de overeenkomsten en verschillen weergegeven.

Tabel 2

Overeenkomsten en verschillen in de levensloopaanpak tussen Groningen, Friesland en Drenthe

	Groningen	Friesland	Drenthe
Aantal geïncludeerde personen	Elf	Drie	Vier
Aanmeldtafel			
<i>Vorm</i>	Geïntegreerd met levensloopteam	Eerst losstaand, daarna geïntegreerd, nu tijdelijke inclusiestop	Eerst losstaand, nu tijdelijke inclusiestop
<i>Overeenkomsten partijen</i>	ZVH ForFACT Cosis (lvb)	ZVH ForFACT Trajectum (lvb)	ZVH ForFACT Trajectum (lvb)
<i>Verschillen partijen</i>	Wender WIJ	DJI Reclassering Gemeente	OM Politie Gemeente
Levensloopteam			
<i>Vorm</i>	Nieuw team	Oriënterend	Geïntegreerd met GGZ
<i>Overeenkomsten partijen</i>	ZVH ForFACT Cosis (lvb)	ZVH ForFACT Trajectum (lvb)	ZVH ForFACT Specifieke deskundigen uit lvb- en verslavingssector
<i>Verschillen partijen</i>	Wender WIJ Gemeente Reclassering Limor Politie OGGZ	Gemeente	

Groningen

In Groningen komen nieuwe meldingen binnen bij het ZVH Groningen. Er worden een aantal inclusiecriteria gehanteerd, die bestaan uit de landelijke criteria en een aantal Groningse criteria

1. De cliënt loopt vast in de keten.
2. Alle logisch te bedenken alternatieven zijn al geprobeerd.
3. Er is aantoonbaar sprake van een patroon van herhaling van gevaarlijk en overlastgevend gedrag.
4. Het gedrag van de cliënt wordt als niet hanteerbaar beschouwd gedurende een langere periode.
5. De kenmerken van de problematiek van de cliënt zijn divers en uiten zich op diverse levensgebieden, waardoor de cliënt (mede als gevolg van uitstotingsprocessen) heen en weer wordt gestuurd tussen hulpverlenende instanties.

Als de cliënt aan alle criteria voldoet, wordt de aanmelding aangevuld met ontbrekende informatie over de cliënt van netwerkpartners en wordt de aanmelding besproken binnen het levensloopteam. Bij toelating wordt er een casusregisseur aangewezen. Bij afwijzing formuleert het levensloopteam een advies voor de melder met betrekking tot de in te zetten hulpverlening en processtappen die genomen kunnen worden. Na inclusie wordt een trajectplan opgesteld, waarin afspraken staan over interventies, resultaten, op- en afschaling tussen vormen van zorg of beveiligingsniveaus, rollen en monitoring. De inhoudelijke uitvoering van het trajectplan wordt in eerste instantie gedaan door de GGZ, in nauwe samenwerking met andere ketenpartners. Het trajectplan wordt gevolgd en bewaakt door het levensloopteam middels een periodieke evaluatie. Het levensloopteam is zo de schakel tussen de uitvoerende zorgpartners en het traject van de cliënt. Met betrekking tot de uitstroom van cliënten in Groningen worden de landelijk opgestelde criteria gehanteerd (ZVH Groningen, 2020).

Friesland

In Friesland wordt een cliënt aangemeld bij het ZVH Friesland. In een maatwerkoverleg wordt besloten of de cliënt aangemeld kan worden voor de levenslooptaanpak aan de hand van de landelijk opgestelde criteria, aangevuld met enkele specifieke Friese inclusiecriteria.

1. De kenmerken van de problematiek zijn divers, waardoor de cliënt, mede als gevolg van uitsluitingsprocessen, vaak heen en weer wordt gestuurd tussen (hulpverlenende) instanties. Dit laat een beeld zien van: (1) veel wisselende (zorg)trajecten, (2) veel betrokken ketenpartners, (3) niet logisch op elkaar volgende routes, (4) geen continuïteit in zorg en ondersteuning waardoor het vertrouwen in de hulpverlening bij de cliënt daalt en er geen motivatie is om mee te werken aan (zorg)trajecten, (5) cliënten die het risico lopen weer terug te vallen in oud gedrag, (6) veel incidenten en meldingen, (7) negatieve consequenties voor naasten en omgeving en (8) het niet kunnen behouden van goede huisvesting.
2. De achtergrondgeschiedenis van de cliënt is voldoende in beeld gebracht.

3. Er is sprake van een kwetsbaarheid en – in het contact tussen de cliënt, hulpverlening en handhavers – van een bepaalde ongrijpbaarheid van de cliënt. Dit kan zich uiten in: (1) problemen met hechten aan en vertrouwen van mensen, (2) ontbreken van het algehele gevoel van veiligheid voor persoon of omgeving en (3) onbedoelde onderbrekingen in continuïteit en willen aanvaarden van zorg en ondersteuning.
4. De levensloopaanpak is een aanvulling op bestaande structuren en geen vervanging daarvan.

Naast bovenstaande inclusiecriteria, hanteert Friesland ook twee exclusiecriteria:

1. Om te starten met een relatief goede uitgangssituatie bij de inzet van de levensloopaanpak, vindt de melding/inclusie bij voorkeur niet plaats in een periode dat er een acute psychische crisis is.
2. Terughoudendheid betrachten bij cliënt jonger dan 27.

Op basis van alle informatie en de in- en exclusiecriteria wordt het aanmeldformulier ingevuld en wordt een cliënt al dan niet geïncludeerd (ZVH Friesland, z.d.). In mei 2022 heeft Friesland besloten te stoppen met de levensloopaanpak in de huidige vorm en verder te gaan met de geïncludeerde casussen via het ZVH Friesland onder de naam ‘levensloopbenadering’. Trajectbegeleiders vanuit het ZVH Friesland zorgen voor continuïteit in het contact met de cliënten en hebben een uitvoerende rol in de zorg en ondersteuning.

Drenthe

Een nieuwe aanmelding wordt gedaan bij het ZVH Drenthe. Wanneer uit een maatwerkoverleg blijkt dat de inzet van het levensloopteam gewenst is, wordt er contact opgenomen met de GGZ en wordt de cliënt voorlopig geïncludeerd. Hierna volgt een maatwerk+ overleg, waarbij de cliënt besproken wordt aan de hand van een ingevulde zelfredzaamheidmatrix en een ingevuld intakeformulier van de levensloopaanpak. Op basis hiervan wordt bepaald of cliënt voldoet aan de criteria van de levensloopaanpak en als dit zo is, wordt de cliënt bij de maandelijkse aanmeldtafel aangedragen. Het geanonimiseerde intakeformulier en de zelfredzaamheidmatrix worden één week voor de aanmeldtafel doorgestuurd naar alle deelnemers. Tijdens de aanmeldtafel wordt gestemd of de cliënt voldoet aan de opgestelde criteria. Mocht er niet unaniem ingestemd worden, dan worden de criteria één voor één besproken en volgt er weer een stemming. In Drenthe gelden de volgende aanvullende criteria

1. De uitkomst van de risico-inventarisatie “verward/gevaarlijk” geeft een ‘gemiddeld tot hoog risico’ op delictgevaar.
2. De in het maatwerkoverleg betrokken professionals geven aan dat forensische expertise en bij opschaling een beveiligde omgeving nodig is.

De cliënt wordt geïncludeerd wanneer twee derde van de aanwezigen voor inclusie stemt, anders komt de cliënt onder regulier maatwerk te vallen. Bij inclusie wordt er afgestemd welke organisatie de uitvoering van de zorg en ondersteuning regelt. In de meeste gevallen zal de GGZ de uitvoerende partij zijn, in combinatie met een organisatie uit de verstandelijk gehandicapten- of verslavingssector. De

cliënt wordt elke drie maanden gemonitord waarbij de stand van zaken en eventuele knelpunten worden besproken. Wanneer de cliënt twee jaar stabiel is, bepaalt de aanmeldtafel of de levensloopaanpak afgeschaald kan worden (ZVH Drenthe, z.d.).

Deelvraag 1: werkzame bestanddelen in de drie noordelijke provincies gezamenlijk

In de drie provincies gezamenlijk komen alle vijf de onderwerpen die gevonden zijn in de literatuur over zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopaanpak terug. Naast deze groepen is er op basis van de data-analyse nog één groep toegevoegd; deze heeft de naam ‘meerwaarde’ gekregen. In Tabel 3 is te zien hoe vaak een code(groep) voorkomt per provincie en in totaal.

Tabel 3

Frequentie codes per provincie en in totaal

Codegroep	Groningen 977 codes	Friesland 193 codes	Drenthe 1131 codes	Totaal 2301 codes
Persoonlijke hulpverlening				
Persoonlijke hulpverlening	11,6%	14,0%	6,8%	9,5%
<i>Continuïteit en communicatie</i>	8,5%	8,3%	4,5%	6,5%
<i>Woon- of opnameplek</i>	1,2%	-	1,8%	1,4%
<i>Zorg op maat</i>	1,9%	5,7%	0,5%	1,6%
Gemis persoonlijke hulpverlening	6,4%	6,7%	5,0%	5,7%
<i>Continuïteit en communicatie</i>	2,4%	2,6%	1,6%	2,0%
<i>Woon- of opnameplek</i>	3,9%	3,6%	3,1%	3,5%
<i>Zorg op maat</i>	0,1%	0,5%	0,3%	0,2%
Samenwerking tussen professional en cliënt				
Samenwerking professional en cliënt	0,8%	3,1%	2,5%	1,7%
<i>Meenemen</i>	0,6%	3,1%	2,2%	1,5%
<i>Vertrouwensband</i>	0,2%	-	0,3%	0,2%
Gemis samenwerking tussen professional en cliënt	2,5%	0,5%	0,8%	1,5%
<i>Veiligheid</i>	2,1%	-	0,4%	1,1%
<i>Vertrouwensband en meenemen</i>	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%
Samenwerking professionals				
Samenwerking professionals	56,1%	41,5%	71,0%	62,2%
<i>Zorgmachtiging</i>	6,5%	1,1%	4,2%	4,9%
<i>Andere of snellere wegen bewandelen</i>	2,5%	2,1%	1,4%	1,9%
<i>Bevorderen van de veiligheid</i>	1,6%	-	0,1%	0,7%
<i>Communicatie</i>	21,8%	21,2%	46,7%	34,0%
<i>Financiering</i>	0,1%	-	0,7%	0,4%
<i>Gegevensdeling</i>	3,2%	8,8%	3,8%	4,0%
<i>Korte lijnen</i>	8,6%	1,0%	5,7%	6,5%

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

<i>Langs gaan bij cliënt</i>	3,0%	1,6%	0,3%	1,5%
<i>Nieuwe cliënten vinden of includeren</i>	2,2%	0,5%	-	1,0%
<i>Opschaling</i>	-	-	0,8%	0,4%
<i>Woon- of opnameplek</i>	6,6%	5,2%	7,3%	6,9%
Gemis samenwerking professionals	16,6%	18,7%	4,9%	11,0%
<i>Zorgmachtiging</i>	2,2%	-	0,9%	1,4%
<i>Andere of snellere wegen bewandelen</i>	3,8%	1,6%	0,6%	2,0%
<i>Communicatie</i>	6,1%	5,7%	2,0%	4,1%
<i>Gegevensdeling</i>	1,4%	9,3%	0,8%	1,8%
<i>Korte lijnen</i>	0,8%	-	0,1%	0,3%
<i>Onvoldoende middelen of kennis</i>	1,0%	1,6%	0,1%	0,6%
<i>Woon- of opnameplek</i>	1,3%	0,5%	0,4%	0,8%
Naasten				
Naasten	3,5%	16,1%	8,7%	6,4%
Gemis naasten	0,5%	0,5%	0,3%	0,4%
Specifieke kennis over de doelgroep				
Specifieke kennis over de doelgroep	0,5%	-	-	0,2%
<i>Licht verstandelijke beperking</i>	0,3%	-	-	0,1%
<i>Benodigdheden</i>	0,2%	-	-	0,1%
Gemis specifieke kennis over de doelgroep	-	2,1%	0,1%	0,2%
<i>Inclusiecriteria</i>	-	2,1%	0,1%	0,2%
Meerwaarde				
Meerwaarde	1,4%	2,1%	0,1%	0,8%
Gemis meerwaarde	0,3%	3,1%	-	0,4%

Noot. Onder een codegroep, bijvoorbeeld 'persoonlijke hulpverlening', vallen in totaal twee codes, namelijk de naam van de codegroep zelf en het gemis hiervan, zoals 'totaal code persoonlijke hulpverlening' en 'totaal code gemis persoonlijke hulpverlening'. Onder deze codes vallen subcodes, die samen het totaal van de code vormen, zoals 'code persoonlijke hulpverlening – continuïteit en communicatie', 'code persoonlijke hulpverlening – woon- of opnameplek' en 'code persoonlijke hulpverlening – zorg op maat'.

Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening

Binnen de drie provincies wordt er in 10 procent van de gevallen gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening. Dit gaat over continuïteit en communicatie (7 procent), het ontvangen en bieden van zorg op maat (2 procent) en een woon- of opnameplek (1 procent). Continuïteit en communicatie houdt in dat er contact is tussen de cliënt en het levensloopteam, zij elkaar zien, het levensloopteam de cliënt in beeld heeft en hen volgt. Dit contact kan fysiek, via de telefoon of via de mail zijn. Het levensloopteam wil continu betrokken zijn bij de cliënt door “daar waar andere partijen de cliënt afstoten, als levensloopteam te zeggen: ja kom maar” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 6-4-2022). Het ontvangen en bieden van zorg op maat richt zich op persoonlijk afgestelde zorg en ondersteuning voor de cliënt of het ontvangen hiervan door de cliënt en op het opstellen van het trajectplan. Het bieden en ontvangen van zorg en ondersteuning die is afgestemd

op de behoeften van de cliënt is noodzakelijk, omdat “cliënten van de levensloopteam misschien wel een andere aanpak nodig hebben dan andere cliënten” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 20-4-2022). Woon- en opnameplek richt zich vooral op de keren dat plekken genoemd zijn waar de cliënt kan verblijven.

Binnen de drie provincies wordt er in 6 procent van de gevallen gesproken over het gemis van persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening. Dit gaat over het vinden van een passende woon- of opnameplek (3 procent), continuïteit (2 procent) en het ontvangen en bieden van zorg op maat (minder dan 1 procent). Het vinden van een passende woon- of opnameplek blijkt lastig omdat de cliënt niet past bij de doelgroep van de woonplek, de cliënt veelal al op veel plekken heeft verbleven of de wachtlijsten lang zijn. Het gemis van continuïteit richt zich vooral op dat er geen contact is tussen het levensloopteam en de cliënt of de zorg niet goed op elkaar afgestemd was waardoor de cliënt in een “gat tussen de verschillende zorgen zit” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 4-5-2022) Daarnaast kunnen zorginstellingen “huiverig zijn om iets te beginnen met de cliënt” (Observatieschema Levensloopteam Friesland 10-3-2022). Het ontvangen en bieden van zorg op maat wordt vooral gemist doordat het levensloopteam “zich afvraagt of zij als levensloopteam de cliënt wel kunnen bieden wat hij nodig heeft” (Observatieformulier Aanmeldtafel Friesland 14-4-2022). Daarnaast geven zorginstellingen aan de cliënt geen passende hulp te kunnen bieden.

Samenwerking tussen de professional en de cliënt

Binnen de drie provincies wordt er in 2 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen de professional en de cliënt. Er wordt vooral samengewerkt tussen de professional en de cliënt bij het verkrijgen van toestemming van de cliënt voor een aanmelding, behandeling, contact of gegevensdeling en het meenemen van de cliënt in het traject door de professional. Daarnaast wordt er gesproken over een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt, omdat “de cliënt aangeeft niemand te vertrouwen, behalve ForFACT” (Tijdlijn D3).

Binnen de drie provincies wordt er in 2 procent van de gevallen gesproken over het gemis van samenwerking tussen de professional en de cliënt. Hierbij ervaren de professionals in bijna alle gevallen een gemis van veiligheid vanwege het risicovolle en gevaarlijke gedrag van de cliënt. Dit komt in de meeste gevallen naar voren bij de aanvraag van een zorgmachtiging. Dit is omdat “mensen en organisaties huiverig zijn om de aanmelder van deze aanvraag te zijn, omdat ze het ongemakkelijk vinden om met naam en toenaam te worden genoemd bij een lastige casus zoals deze; dat voelt onveilig” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 9-3-2022). Dit heeft ertoe geleid dat één cliënt een professional uit het levensloopteam heeft bedreigd. Verder wordt in minder dan 1 procent van de gevallen het gemis van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt en het meenemen van de cliënt in het traject door de professional genoemd. Hierdoor is de cliënt niet altijd op de hoogte van de acties die uitgevoerd worden door het levensloopteam.

De samenwerking tussen professionals

Binnen de drie provincies wordt er in 62 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals. In 34 procent van de gevallen heeft dit betrekking op de communicatie tussen professionals, die vooral bestaat uit overleggen, telefonisch contact en mailcontact. De samenwerking tussen professionals om een woon- of opnameplek te vinden voor een cliënt wordt in 7 procent van de gevallen genoemd. Dit gebeurt ook via overleggen, telefonisch contact en mailcontact. In 7 procent van de gevallen wordt er gesproken over korte lijnen tussen professionals. Via deze korte lijnen kan het levensloopteam eenvoudiger met andere professionals in contact komen, wat het belang van een netwerk om professionals en zorginstanties heen laat zien. Dit is de kern van de levensloopteam, “aangezien het de organisatie alleen vaak niet lukt om de passende zorg te bieden” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 4-5-2022). Middels deze korte lijnen kunnen contactgegevens van professionals gedeeld worden en kunnen professionals leden van het levensloopteam snel met andere professional in contact brengen. In 5 procent van de gevallen wordt de samenwerking tussen professionals met betrekking tot de zorgmachtiging genoemd. Dit gaat zowel over de optie, aanvraag of verlening van een zorgmachtiging. In 4 procent van de gevallen wordt genoemd dat de professionals gegevens met elkaar delen. Dit gaat onder meer over elkaar op de hoogte houden van het traject van de cliënt en het delen van informatie over de cliënt die bekend is bij de eigen organisatie. Ook de gesprekken tussen professionals over een registratiesysteem vallen hieronder. In 2 procent van de gevallen wordt genoemd dat de samenwerking tussen professionals binnen de levensloopteam leidt tot andere of snellere wegen en nieuwe constructies. Dit kan bijvoorbeeld leiden tot “het opbouwen van een constructie waarbij de cliënt wel kan werken en toch de zekerheid van zijn Wajong-uitkering kan behouden” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 9-3-2022). In 2 procent van de gevallen wordt genoemd dat professionals samenwerken door gezamenlijk bij de cliënt langs te gaan. Daarnaast wordt er in 1 procent van de gevallen genoemd dat professionals samenwerken om nieuwe cliënten voor de levensloopteam te vinden, te includeren of over te dragen tussen de provincies. Verder wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat professionals samenwerken om de veiligheid te bevorderen. Zo heeft “handhaving [naam professional] en haar dochter begeleid naar de fiets” (Observatieschema Levensloopteam 4-5-2022) toen zij de cliënt op straat zag. Ten slotte wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat professionals samenwerken om een opschaling van zorg of beveiligingsniveau te realiseren of omtrent de financiering van de zorg en ondersteuning aan de cliënten van de levensloopteam.

Binnen de drie provincies wordt in 11 procent van de gevallen gesproken over het gemis van samenwerking tussen professionals. In 4 procent van de gevallen heeft dit betrekking op de communicatie tussen professionals, zoals het gemis van overleg en terugkoppeling tussen professionals en de betrokkenheid van professionals. In 2 procent van de gevallen wordt er genoemd dat er een gemis is van het gezamenlijk kunnen bewandelen van andere of snellere wegen om iets voor de cliënt te kunnen bewerkstelligen. Dit kan bijvoorbeeld komen omdat “ketenpartners moeite hebben met het

doorbreken van protocollen en kaders, terwijl dit juist de bedoeling is bij de levensloopaanpak” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 4-5-2020). Daarnaast wordt er in 2 procent van de gevallen genoemd dat de samenwerking tussen professionals omtrent gegevensdeling mist. Dit richt zich voornamelijk op het gemis van een passend registratiesysteem of omdat professionals bang zijn om te veel, te snel of de verkeerde informatie te delen. Er wordt in 1 procent van de gevallen genoemd dat de samenwerking tussen professionals mist wanneer het gaat om de zorgmachtiging. Dit gaat zowel over de aanvraag als de beoordeling van een zorgmachtiging. Er wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat de samenwerking tussen professionals omtrent het vinden van een passende woon- of opnameplek gemist wordt. Dit heeft geresulteerd in “een gat in het aanbod van woonplekken voor cliënten uit de doelgroep van de levensloopaanpak, omdat mensen op locatie er liever niet aan beginnen om deze mensen onder te brengen op hun locatie, ondanks dat de populatie best aanzienlijk is” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 20-4-2022). Daarnaast wordt er in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat er een gemis is van de samenwerking tussen professionals door onvoldoende middelen of kennis. Er heerst vooral een gebrek aan kennis over de levensloopaanpak, aangezien “nog vrijwel niemand van de ketenpartners weet dat de levensloopaanpak bestaat” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 23-3-2022). Ten slotte wordt er in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat er een gemis is van korte lijnen tussen professionals, waardoor het langer kan duren voordat zaken geregeld zijn.

Het belang van naasten

Binnen de drie provincies wordt er in 6 procent van de gevallen gesproken over naasten. Onder naasten vallen familie, moeder, vader, stiefouders, zus, broer, oma, dochter, kennissen, vrienden, romantische relaties, buurman, buurtbewoners en een voormalig medewerker van een zorginstelling. Het contact tussen de cliënt en hun naasten wordt zowel op een positieve als op een negatieve manier benoemd. Daarnaast worden de naasten van de cliënt ook betrokken in overleg, bijvoorbeeld omdat “zijn familie hem veel beter kent en advies zou kunnen geven over welke woonplek passend kan zijn” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 30-3-2022).

Binnen de drie provincies wordt er in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over het gemis van het betrekken van naasten. Onder naasten vallen hier familie, moeder, zoon en vrienden. Het gemis van naasten richt zich vooral op het contact tussen de cliënt en naasten, de betrokkenheid van naasten en het bieden van onderdak door naasten. Daarnaast wordt er gesproken over het gemis van netwerk- en systeemgericht werken, omdat “preventief werken en het voorkomen van intergenerationele overdracht zou meer inzet moeten verdienen” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 6-4-2022).

Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep

Binnen de drie provincies wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over aanwezige kennis van professionals over deze specifieke doelgroep. Hierbij ging dit over kennis van de

problematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking en de behoeften van de doelgroep. Zo vindt “het levensloopteam het fijn dat [naam professional] daarbij zit, aangezien zij de doelgroep goed kent en snapt wat er moet gebeuren” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 18-5-2022).

Binnen de drie provincies wordt ook in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat kennis van de inclusiecriteria van de levensloopteam gemist wordt. Dit kan ertoe leiden dat een cliënt niet geïncludeerd wordt “omdat er een discussie ontstaat over het criterium of alle mogelijke opties geprobeerd zijn” (Tijdslijn D2).

Meerwaarde

Binnen de drie provincies wordt er door de professionals in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over de meerwaarde van de levensloopteam. Dit richt zich vooral op de samenwerking en de korte lijnen tussen professionals en het kunnen bewandelen van snellere en andere wegen. Binnen de drie provincies wordt het gemis van de meerwaarde van de levensloopteam ook in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Dit richt zich vooral op de vraag wat het levensloopteam kan toevoegen ten opzichte van andere zorginstaties en op het gemis van (een onderbouwde) methode van de levensloopteam.

Deelvraag 2: werkzame bestanddelen per provincie inclusief verschillen en overeenkomsten

Persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening

Groningen. In Groningen wordt in 12 procent van de gevallen gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening. Hierbij gaat het in 9 procent van de gevallen over continuïteit en communicatie. Hieronder valt al het contact tussen het levensloopteam en de cliënt (fysiek, via de telefoon en via mail), het in beeld hebben en volgen van de cliënt en continue zorg en begeleiding bieden zonder het dossier te sluiten. Dit heeft tot gevolg dat “[naam professional] een goede band heeft met de cliënt en de cliënt hem regelmatig belt. Soms gaat hij mee naar de voedselbank” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 16-3-2022). Alle percentages zijn terug te vinden in Tabel 3. Het ontvangen en bieden van zorg op maat wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Dit heeft vooral betrekking op bieden wat de cliënt nodig heeft en het opstellen van trajectplannen. In 1 procent van de gevallen wordt er gesproken over het vinden van een woon- of opnameplek voor de cliënt.

Het gemis van persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening wordt in 6 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het in 4 procent van de gevallen over het gemis van het vinden van een woon- of opnameplek. Redenen die hiervoor genoemd worden, zijn het niet passen van de cliënt bij de doelgroep, de vele plekken waar een cliënt al heeft gewoond en het geringe aanbod aan woonplekken. Dit zou ertoe kunnen leiden dat “de cliënt zal uitvallen omdat hij ‘nog steeds te complex is’”(Observatieschema Levensloopteam Groningen 18-5-2022). Er wordt in 2 procent van de gevallen genoemd dat continuïteit en communicatie mist. Hier valt onder dat de cliënt geen contact wil, de cliënt

uit beeld is of er geen zorg en ondersteuning geboden wordt of kan worden geboden. Er wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over het gemis van het bieden van zorg op maat, aangezien het levensloopteam geen persoonlijke risicoanalyses maakt.

Friesland. In Friesland wordt er in 14 procent van de gevallen gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening. Hiervan gaat het in 8 procent van de gevallen over continuïteit en communicatie. Hierin komen continuerende betrokkenheid en contact, een vast aanspreekpunt en het in beeld zijn van de cliënt vooral voor. Ondanks dat de levensloopteam in haar huidige vorm gestopt is in Friesland, nemen zij dit wel mee in hun vervolgaanpak. Er wordt in 6 procent van de gevallen gesproken over het ontvangen en bieden van zorg op maat. Hierbij wordt gekeken naar het aansluiten bij de behoeftes van de cliënt en dat de levensloopteam passend lijkt voor deze cliënten. Er wordt niet gesproken over het vinden van een woon- of opnameplek.

Het gemis van persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening wordt in 7 procent van de gevallen genoemd. Hierbij wordt in 4 procent van de gevallen gesproken over het gemis van het kunnen vinden van een woon- of opnameplek. Dit komt veelal doordat cliënten al op veel plekken hebben verbleven of snel ontregelen op een nieuwe plek. Daarnaast wordt in 3 procent van de gevallen gesproken over het gemis van continuïteit en communicatie. Hieronder valt het gemis van begeleiding, huiverig zijn om hulp te bieden en de “valkuil van teveel betrokken hulpverleners” (Observatieschema Levensloopteam Friesland 10-3-2022). Ten slotte wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over het gemis van het ontvangen en bieden van zorg op maat. Hierbij vraagt het levensloopteam zich vooral af wat zij kunnen toevoegen aan de zorg en ondersteuning voor de cliënten ten opzichte van andere zorginstanties.

Drenthe. In Drenthe wordt in 7 procent van de gevallen gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening. Hierbij gaat het in 5 procent van de gevallen over continuïteit en communicatie, waaronder contact (fysiek, telefonisch of via de mail), het in beeld hebben van de cliënt en betrokkenheid, zoals de cliënt ergens heenbrengen, vallen. Het kunnen vinden van een woon- of opnameplek wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Er wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over het ontvangen of bieden van zorg op maat. Onderwerpen hierbij zijn de aanvraag van een Wajong-uitkering, het uitvoeren van diagnostiek en het begeleiden van de cliënt bij het uitschrijven van hun postadres.

Het gemis van persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening wordt in 5 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het in 3 procent van de gevallen over het gemis van het vinden van een woon- of opnameplek. Dit komt vooral omdat de woonplek geen passende zorg kan bieden, de cliënt niet past bij de doelgroep, de cliënt agressief gedrag vertoont en er weinig aanbod is. Volgens de Gemeente is “het probleem dat de zorginnovatie er wel is, maar er nog geen passende plek gevonden kan worden” (Tijdlijn D1). Er wordt in 2 procent van de gevallen genoemd dat er een gemis is van continuïteit en communicatie. Er is dan vaak sprake van geen contact of het niet in beeld hebben

van de cliënt. Ten slotte wordt het gemis van het ontvangen of bieden van zorg op maat in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd; de zorg lijkt niet passend of kan niet geboden worden.

Overeenkomsten en verschillen. In Friesland (14 procent) wordt het meest gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, gevolgd door Groningen (12 procent) en Drenthe (7 procent). De mate waarin er gesproken wordt over het gemis aan persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening heeft dezelfde volgorde, al zijn de verschillen kleiner. Hier wordt in Friesland (7 procent) het meest over gesproken, gevolgd door Groningen (6 procent) en Drenthe (5 procent). Alle verschillen kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). Met betrekking tot de onderwerpen van persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening zijn ook verschillen te zien. Waar in Groningen en Drenthe gesproken wordt over het vinden van een woon- en opnameplek en een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt, gebeurt dit in Friesland niet.

Samenwerking tussen de professional en de cliënt

Groningen. In Groningen wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen de professional en de cliënt. Hierbij gaat het vooral over het meenemen van de cliënt in het traject. Verder gaat het over een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt. Het gemis van de samenwerking tussen de professional en de cliënt wordt in 3 procent van de gevallen genoemd. In 2 procent van de gevallen gaat het over het gemis van een gevoel van veiligheid van de professional door de cliënt. Dit komt veelal door de kwetsbare positie die de professional als aanvrager van de zorgmachtiging inneemt ten opzichte van de cliënt. Uit een casus blijkt dat dat dit vergaande gevolgen kan hebben, zoals (doods)bedreigingen van de cliënt naar de professional. Aangezien cliënten van de levensloopaanpak een hoog veiligheidsrisico hebben, zijn professionals huiverig om hier een belangrijke positie in te nemen. In de overige gevallen wordt genoemd dat er een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt mist.

Friesland. In Friesland wordt in 3 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen de professional en de cliënt. Hierbij wordt enkel gesproken over het meenemen van de cliënt in het traject. Het gemis van de samenwerking tussen de professional en de cliënt wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het over het gemis van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt.

Drenthe. In Drenthe wordt de samenwerking tussen de professional en de cliënt in 3 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het in 2 procent van de gevallen om het meenemen van de cliënt in het traject. De cliënt wordt hierbij op de hoogte gesteld van ontwikkelingen of er wordt uitleg gegeven hoe bijvoorbeeld “een zorgmachtiging in zijn voordeel kan werken” (Tijdlijn D1). In minder dan 1 procent van de gevallen gaat het om een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt. Het gemis van de samenwerking tussen de professional en de cliënt wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het om een gemis van een gevoel van veiligheid van de professional door

voornamelijk gewelddadig gedrag van de cliënt en het meenemen van de cliënt in het traject. Dit leidt ertoe dat cliënten aangeven “zich niet gehoord te voelen” (Tijdlijn D2).

Overeenkomsten en verschillen. De samenwerking tussen de professional en de cliënt wordt in Friesland en Drenthe (3 procent) vaker genoemd dan in Groningen (minder dan 1 procent). In alle provincies wordt gesproken over het meenemen van de cliënt in het traject. In Groningen en Drenthe komt ook de vertrouwensband tussen de professional en de cliënt aan de orde; in Friesland niet. Overeenkomstig met bovenstaande volgorde is de volgorde van het gemis van de samenwerking tussen professional en cliënt. Dit wordt in Groningen (3 procent) vaker besproken dan in Friesland en Drenthe (minder dan 1 procent). Ook deze verschillen zijn allemaal gering (Baaij, 2019). In alle provincies wordt het gemis van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt besproken. Groningen en Drenthe besteden daarnaast aandacht aan het gemis van een gevoel van veiligheid van de professional door het gedrag van de cliënt. Dit komt in Friesland niet naar voren.

De samenwerking tussen professionals

Groningen. In Groningen wordt in 56 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals. Hierbij gaat het in 22 procent van de gevallen over de communicatie tussen professionals. Hieronder vallen alle overleggen, mail- en telefonisch contact. De korte lijnen tussen professionals wordt in 9 procent van de gevallen genoemd. Daarnaast wordt in 7 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals om een passende woon- of opnameplek voor de cliënt te vinden. Onder de noemer van de levensloopaanpak probeert het levensloopteam meer voor elkaar te krijgen door bijvoorbeeld aan woonplekken te vragen de aanvraag van de cliënt om daar te wonen te heroverwegen wanneer zij deze al hebben afgekeurd. Er wordt in 6 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals met betrekking tot de zorgmachtiging. Dit gaat zowel over de aanvraag, de beoordeling als het algemene proces van de zorgmachtiging. De gegevensdeling tussen professionals wordt in 3 procent van de gevallen genoemd. Dit gaat vooral over het delen van informatie over de cliënt tussen verschillende betrokken professionals, maar ook over een registratiesysteem om deze informatie eenvoudiger met elkaar te delen. Er wordt in 3 procent van de gevallen gesproken over het samen langsgaan door verschillende betrokken professionals bij de cliënt. Dit wordt vooral gedaan door de GGZ, Wender, WIJ en de politie. Samenwerken om andere of snellere wegen te bewandelen wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Het gaat hier vooral om een nieuwe constructie voor de aanvraag van de zorgmachtiging, het snel kunnen regelen van een beoordeling voor de zorgmachtiging terwijl een cliënt nog vast zit en het behouden van een Wajong-uitkering terwijl een cliënt net start met werken. Er wordt in 2 procent van de gevallen genoemd dat professionals samenwerken om nieuwe cliënten te vinden en te includeren in de levensloopaanpak. Hierbij worden verschillende gesprekken voorgesteld met ketenpartners, zoals Wender of Cosis, en worden er aanmeldingen gedaan om een cliënt te includeren. De samenwerking tussen professionals om de veiligheid van professionals te bevorderen, wordt in 2 procent van de

gevallen genoemd. Hierbij kijkt het levensloopteam terug op gerichte acties die zijn uitgevoerd om de veiligheid van professionals te bevorderen en wordt er contact opgenomen met andere proeftuinregio's of zorginstellingen om te overleggen hoe zij de veiligheid van hun professionals waarborgen. Ten slotte wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals omtrent financiering. Hiermee proberen de professionals samen te werken “zodat de financiering gedekt is” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 4-5-2022).

Het gemis van de samenwerking tussen professionals wordt in 17 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het in 6 procent van de gevallen om het gemis van communicatie. Hierbij gaat het om het ontbreken van overleggen, een slechte communicatie tussen professionals of het niet betrokken (willen) zijn van professionals. Het gemis van het kunnen bewandelen van andere of snellere wegen wordt in 4 procent van de gevallen genoemd. Dit gemis leidt ertoe dat barrières niet doorbroken kunnen worden; het levensloopteam merkt dat er “uiteindelijk alsnog tegen dezelfde grenzen aangeboden wordt als zonder levensloopteam en dat de deuren nog niet echt open zijn” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 16-3-2022). Het gemis van de samenwerking tussen professionals omtrent de zorgmachtiging wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Hierdoor blijven aanvragen liggen of worden deze niet goedgekeurd. Het gemis van gegevensdeling tussen professionals wordt in 1 procent van de gevallen genoemd. Dit gaat vooral over het gemis van een systeem waarin alle betrokken professionals de voor hen relevante informatie kunnen inzien. Het gemis van de samenwerking tussen professionals omtrent het vinden van een woon- of opnameplek wordt in 1 procent van de gevallen genoemd. Dit komt voornamelijk doordat woon- of opnameplekken de cliënt niet willen opnemen omdat zij hen ongepast achten en door het gemis van samenwerking tussen professionals wanneer een cliënt uitstroomt naar een andere gemeente. Het gemis van onvoldoende middelen en kennis in de samenwerking tussen professionals wordt in 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het vooral om onvoldoende kennis van professionals over (de werking van) de levensloopteam. Ten slotte wordt het gemis van korte lijnen tussen professionals in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Dit leidt ertoe dat het moeilijker is om “een makkelijke route voor nieuwe woonplekken voor levensloopteamcliënten te maken” (Observatieschema Levensloopteam Groningen 18-5-2022).

Friesland. In Friesland wordt in 42 procent van de gevallen gesproken over de samenwerking tussen professionals. Hierbij gaat het in 21 procent van de gevallen om de communicatie tussen professionals. De samenwerking tussen professionals omtrent gegevensdeling wordt in 9 procent van de gevallen genoemd. Dit gebeurt in bijna alle gevallen bij de overleggen van de aanmeldtafels. De samenwerking tussen professionals omtrent het vinden van een woon- of opnameplek wordt in 5 procent van de gevallen genoemd. Dit gaat in alle gevallen om een woonplek; een opnameplek wordt niet genoemd. Samenwerking om andere of snellere wegen te kunnen bewandelen wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Zo wordt er “besproken om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor het inrichten van een carrousel [nieuwe manier] om ontregelen te voorkomen en te zorgen dat de cliënt zijn indicatie in geval van ontregeling kan houden” (Observatieschema Levensloopteam Friesland 10-3-

2022). Er wordt in 2 procent van de gevallen genoemd dat professionals gezamenlijk langs gaan bij de cliënt, wat voornamelijk gedaan wordt door Wender. De samenwerking tussen professionals omtrent (de aanvraag van) de zorgmachtiging wordt in 1 procent van de gevallen genoemd, net zoals het hebben van korte lijnen tussen professionals. Ten slotte wordt het samenwerken om nieuwe cliënten te vinden en includeren in de levensloopteam in minder dan 1 procent van de gevallen besproken.

Het gemis van de samenwerking tussen professionals wordt in 19 procent van de gevallen besproken. Hierbij gaat het in 9 procent van de gevallen om het gemis van gegevensdeling. Vooral met betrekking tot inclusie geven professionals aan eerst meer informatie over de cliënt te willen hebben, omdat dit niet altijd wordt gegeven. Het gemis van communicatie tussen professionals wordt in 6 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat om het niet (bijwonen van) overleggen door professionals en het ontbreken van een taakverdeling of terugkoppeling tussen professionals. Het gemis van de samenwerking om andere of snellere wegen te bewandelen en voldoende kennis of middelen in de samenwerking tussen professionals wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Dit heeft tot gevolg dat er geen diagnostiek uitgevoerd kan worden “vanwege een flinke onderbezetting” (Observatieschema Levensloopteam Friesland 10-3-2022). Ten slotte wordt het gemis van samenwerking tussen professionals omtrent het vinden van een woonplek in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd.

Drenthe. In Drenthe wordt de samenwerking tussen professionals in 71 procent van de gevallen besproken. Hierbij gaat het in 47 procent van de gevallen om de communicatie tussen professionals. De samenwerking tussen professionals om een woon- of opnameplek te vinden, wordt in 7 procent van de gevallen besproken. Verder wordt hebben van korte lijnen tussen professionals in 6 procent van de gevallen genoemd. Het samenwerken van professionals omtrent de zorgmachtiging wordt in 4 procent van de gevallen genoemd. Daarnaast wordt de gegevensdeling tussen professionals in 4 procent van de gevallen genoemd. De gegevens worden zowel fysiek als via de telefoon of via de mail gedeeld tussen verschillende professionals. Zo zijn in één van de casussen vijf professionals betrokken om iets uit te zoeken: “het UWV heeft informatie nodig uit het UJD. Het ZVH Drenthe heeft hier geen toegang toe en mag de informatie van het OM niet delen, dus zij vragen ForFACT of zij aan CB Bewind willen vragen of zij de justitiële documentatie kunnen opvragen” (Tijdlijn D1). De samenwerking tussen professionals om andere of snellere wegen te kunnen bewandelen wordt in 1 procent van de gevallen genoemd. Daarnaast werken professionals in minder dan 1 procent van de gevallen samen om een opschaling van zorg of beveiligingsniveau te realiseren, zowel op individueel- als op procesniveau. Er wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat professionals samenwerken om de financiering van de zorg en ondersteuning van cliënten rond te krijgen. In minder dan 1 procent van de gevallen wordt genoemd dat professionals gezamenlijk langsgaan bij de cliënt; dit wordt vooral opgepakt door de GGZ. Ten slotte wordt de samenwerking tussen professionals om de veiligheid van professionals te bevorderen ook in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd.

Het gemis van de samenwerking tussen professionals wordt in 11 procent van de gevallen besproken. Hierbij gaat het in 4 procent van de gevallen om het gemis van communicatie tussen professionals. Het gemis van de samenwerking tussen professionals omtrent gegevensdeling wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Hieronder valt dat de cliënt geen toestemming geeft om informatie te delen of dat andere betrokkenen geen informatie willen delen. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat er “besloten wordt om het overleg op te splitsen tussen partijen betrokken bij moeder en partijen betrokken bij de cliënt (Tijdlijn D2). Het gemis van het kunnen bewandelen van andere of snellere wegen door de samenwerking tussen professionals wordt in 2 procent van de gevallen genoemd. Daarnaast gaat het in 1 procent van de gevallen om het gemis van de samenwerking omtrent de zorgmachtiging. Professionals willen of kunnen de aanvraag of beoordeling niet doen of de uitvoering van de zorgmachtiging lijkt niet haalbaar. Verder wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd dat de samenwerking tussen professionals omtrent het vinden van een woon- of opnameplek gemist wordt. Het gemis van korte lijnen tussen professionals wordt in ook in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd, net zoals het gemis van voldoende kennis en middelen. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat er niet voldoende middelen beschikbaar zijn voor “het opschalen van de intensiviteit van de begeleiding bij spanningsopbouw” (Tijdlijn D2).

Overeenkomsten en verschillen. Er is te zien dat de samenwerking tussen professionals vaker in Drenthe (71 procent) besproken wordt dan in Groningen (56 procent) en Friesland (42 procent). Het verschil tussen Drenthe en Friesland kan gezien worden als middelmatig. De verschillen tussen Drenthe en Groningen en Groningen en Friesland kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). De onderwerpen die besproken worden, komen grotendeels overeen, namelijk de zorgmachtiging, andere of snellere wegen bewandelen, communicatie, gegevensdeling, korte lijnen, gezamenlijk langs gaan en het vinden van een woon- of opnameplek. Daarnaast wordt de samenwerking tussen professionals om de veiligheid van professionals te bevorderen, omtrent financiën en omtrent opschaling wel in Groningen en Drenthe besproken, maar niet in Friesland. De samenwerking tussen professionals om nieuwe cliënten te vinden en te includeren in de levenslooptaanpak wordt in Groningen en Friesland wel besproken, maar niet in Drenthe.

Het gemis van de samenwerking tussen professionals wordt in Friesland (19 procent) het meest besproken, gevolgd door Groningen (17 procent) en Drenthe (5 procent). Alle verschillen kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). Het gemis van de samenwerking om andere of snellere wegen te bewandelen, communicatie tussen professionals, gegevensdeling, voldoende middelen en kennis en het vinden van een woon- of opnameplek komt in alle provincies naar voren. In Groningen en Drenthe wordt daarnaast ook het gemis van de samenwerking omtrent de zorgmachtiging en korte lijnen tussen professionals besproken; in Friesland niet.

Het belang van naasten

Groningen. In Groningen worden naasten in 4 procent van de gevallen genoemd. Onder naasten vallen hier familie, moeder, een gezin waar de cliënt verbleef, kennissen, vrienden en romantische relaties. Het contact met naasten wordt zowel in positieve als negatieve zin genoemd. Er wordt ook gesproken over het opnemen van contact met en het betrekken van de naasten van de cliënt door het levensloopteam. In minder dan 1 procent van de gevallen wordt er gesproken over het gemis van naasten. Onder naasten vallen hier familie en een zoon. Daarnaast wordt alleen in Groningen het netwerk- en systeemgericht werken en de focus op intergenerationele overdracht gemist.

Friesland. In Friesland wordt in 16 procent van de gevallen gesproken over naasten. Onder naasten vallen hier moeder, kennissen, vrienden en een buurman. Het contact met naasten wordt zowel in positieve als in negatieve zin genoemd. In Friesland wordt niet gesproken over het betrekken van naasten door het levensloopteam. Het gemis van naasten wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Het niet betrokken zijn van naasten kan zowel een keuze zijn van de naasten als van de cliënt zelf. Zo wil één van de cliënten “onder geen beding contact met moeder” (Observatieformulier Aanmeldtafel Friesland 14-4-2022).

Drenthe. In Drenthe worden naasten in 9 procent van de gevallen genoemd. Onder naasten vallen hier een familie, moeder, vader, stiefouders, zus, broer, oma, dochter, buurtgenoten, vrienden, romantische relaties en een voormalig medewerker van een zorginstantie. Het contact met naasten wordt zowel in positieve als in negatieve zin genoemd. Het levensloopteam betreft de naasten geregeld; in één casus is een zus betrokken als mentor van de cliënt en in een andere casus vindt er geregeld app- of belcontact plaats tussen een vriendin van de cliënt en het levensloopteam. Het gemis van naasten wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. In deze gevallen gaat het om een vriendin van de cliënt en de moeder; zij geven aan minder betrokken te zijn.

Overeenkomsten en verschillen. In Friesland (16 procent) wordt het meest gesproken over naasten, gevolgd door Drenthe (9 procent) en Groningen (4 procent). In alle provincies wordt in minder dan 1 procent van de gevallen gesproken over het gemis van naasten. Alle verschillen kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). Verder worden in Groningen en Drenthe de naasten actief betrokken, terwijl dit in Friesland niet het geval is. Ten slotte besteedt alleen Groningen actief aandacht aan het gemis van netwerk- en systeemgericht werken met de focus op intergenerationele overdracht.

Specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep

Groningen. In Groningen wordt het hebben van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het om specifieke kennis over problematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking en de behoeften van de doelgroep van de levensloopteam. Er wordt niet gesproken over het gemis van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep.

Friesland. In Friesland wordt het hebben van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep niet besproken. Het gemis van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep komt in 2 procent van de gevallen naar voren. Hierbij gaat het om de inclusiecriteria; het is onduidelijk wat de inclusiecriteria zijn en of de cliënt past bij de levenslooppaanpak op basis van de inclusiecriteria.

Drenthe. In Drenthe wordt het hebben van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep ook niet besproken. Het gemis van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep wordt in minder dan 1 procent van de gevallen besproken. Hier gaat het ook om onduidelijkheid omtrent de inclusiecriteria.

Overeenkomsten en verschillen. Alleen in Groningen wordt gesproken over het hebben van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep, al is dit in minder dan 1 procent van de gevallen. Het gemis van specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep komt in Groningen niet voor, maar wel in Friesland (2 procent) en Drenthe (minder dan 1 procent). Alle verschillen kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). De kennis die gemist wordt, is kennis over de inclusiecriteria voor cliënten van de levenslooppaanpak.

Meerwaarde

Groningen. In Groningen wordt de meerwaarde van de levenslooppaanpak in 1 procent van de gevallen genoemd. De meerwaarde is daar vooral dat er bij alle geïncludeerde cliënten stappen in hun traject worden gemaakt en dat de samenwerking tussen zorginstellingen in alle sectoren is verbeterd. Daarnaast noemt het levensloopteam in Groningen dat de meerwaarde gericht is op het sneller kunnen bewandelen van bestaande routes. Dit komt omdat je als “team leert welke routes je moet bewandelen om dingen voor elkaar te krijgen, je snapt hoe de systemen werken en hoe de lijnen lopen, zodat je het snelst zaken voor elkaar kan krijgen binnen de kaders” (Observatieschema Levensloopteam 23-3-2022). Het gemis van een meerwaarde van de levenslooppaanpak wordt in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het om de vraag wat het levensloopteam kan toevoegen en over het gemis van een onderbouwde methode van de levenslooppaanpak.

Friesland. In Friesland wordt de meerwaarde van de levenslooppaanpak in 2 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat om het continu betrokken van het levensloopteam bij de cliënt en om het meedenken met andere organisaties en gezamenlijk verantwoordelijk zijn. Het gemis van de meerwaarde van de levenslooppaanpak wordt in 3 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het om het gemis van kaders en om de vraag wat het levensloopteam kan toevoegen in vergelijking met andere betrokken partijen. Dit gemis heeft ertoe geleid dat de levenslooppaanpak in Friesland in deze vorm stopt. De levenslooppaanpak gaat hier een andere vorm krijgen omdat “de drie deelnemende organisaties van mening zijn dat de pilot niet het resultaat heeft opgeleverd als gehoopt en trekken zich om deze reden terug” (Samenvatting Observatieschema Levensloopteam 12-5-2022).

Drenthe. In Drenthe wordt de meerwaarde van de levenslooppaanpak in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Hierbij gaat het om het kunnen versterken van professionals door “de cliënt

te steunen, dingen helder te maken en korte lijnen te hebben” (Tijdslijn D4). Het gemis van de meerwaarde van de levensloopteam wordt niet besproken.

Overeenkomsten en verschillen. In alle provincies wordt de meerwaarde van de levensloopteam genoemd: in Friesland in 2 procent, in Groningen in 1 procent en in Drenthe in minder dan 1 procent van de gevallen. In de meeste gevallen gaat dit om de samenwerking en korte lijnen tussen en het meedenken door professionals. De betrokkenheid van de professionals wordt in Drenthe specifiek genoemd, in de andere provincies niet. Het gemis van een meerwaarde van de levensloopteam wordt in Friesland (3 procent) en Groningen (minder dan 1 procent) genoemd. Alle verschillen kunnen gezien worden als gering (Baaij, 2019). De vraag is hier vooral wat het levensloopteam kan toevoegen ten opzichte van andere betrokken partijen. Daarnaast mist Groningen een onderbouwde methode van het levensloopteam en mist Friesland kaders van de levensloopteam.

Deelvraag 3: gevolgen van verschillen

Groningen

Uit de focusgroep en de korte, open interviews blijkt dat één van de grootste verschillen tussen Groningen en Friesland de samenwerking met en betrokkenheid van de GGZ is. In Groningen is de GGZ één van de aanjagers van de levensloopteam; zij zijn vanaf het begin af aan betrokken. Daarnaast zitten er medewerkers van de GGZ in het levensloopteam in Groningen, waardoor zij bekend zijn met (de werking van) het levensloopteam en het levensloopteam meer voor elkaar kan krijgen bij de GGZ. Het gevolg is dat de GGZ meekijkt hoe zij kunnen bijdragen aan het bewandelen van andere of snellere wegen en domeinoverstijgende samenwerking. Daarnaast speelt de GGZ een belangrijke rol in het onderhouden van korte lijnen met ketenpartners in de provincie Groningen, omdat de GGZ al provinciaal werkt. Er wordt aangegeven dat “het [de implementatie van de levensloopteam in Groningen] niet vanzelf gaat, maar dat dat [de betrokkenheid van de GGZ] wel heel helpend is” (Samenvatting Focusgroep).

In Groningen stellen de betrokken organisaties hun medewerkers voor vier uur per week beschikbaar voor het levensloopteam. Medewerkers van het sociale team, de GGZ en Wender hebben geen vaste kaders en kunnen vrij opereren. De medewerker van het sociale team heeft daarnaast geen vaste caseload en de medewerkers van de GGZ hebben de mogelijkheid om cliënten veel te benaderen. Omdat dit goed bevalt, heeft het levensloopteam een nieuwe medewerker van Cosis betrokken die ook cliënten kan benaderen en weinig vaste kaders heeft. Het gevolg van weinig vaste kaders en veel vrije uren, is dat het levensloopteam de mogelijkheid en vrijheid heeft om hun werkwijze te gaan ontdekken en zelf in te richten. Deze vrije uren “zijn één van de succesfactoren waardoor de levensloopteam loopt in Groningen” (Samenvatting Focusgroep). Mede hierdoor is het levensloopteam in Groningen nu op het punt dat er een aantal zaken vastgelegd moet worden, zoals een vaste route voor de aanvraag van een zorgmachtiging van levensloopteamcliënten. Dit kan vervolgens als basis van de werking van het

levensloopteam gaan gelden. Omdat het levensloopteam mandaat mist, is deze vaste route nog niet van de grond gekomen. Daarnaast moet een veiligheidsplan vastgelegd worden. Voor sommige leden van het levensloopteam in Groningen is hun veiligheid de afgelopen tijd in het geding gekomen. Dit heeft ertoe geleid dat het levensloopteam veel gesprekken voert over hoe zij de veiligheid van hun professionals kunnen waarborgen en bezig zijn met het gezamenlijk opstellen van een veiligheidsplan.

Het levensloopteam in Groningen boekt kleine successen; de trajecten van alle elf de geïnccludeerde cliënten stonden eerst stil, maar zijn nu allen in beweging. Dit heeft ervoor gezorgd dat ketenpartners open staan om zorg en ondersteuning te bieden aan een geïnccludeerde cliënt, omdat zij weten dat de cliënt altijd terug kan vallen op het levensloopteam. Dit komt de samenwerking tussen professionals van verschillende zorginstanties ten goede. Hierdoor ontstaan er kortere lijnen tussen professionals die allen bekend zijn met de levensloopteam, waardoor het levensloopteam in Groningen tegenwoordig weet wie ze kunnen benaderen om andere of snellere wegen te bewandelen. Echter, ondanks een goede ketensamenwerking is er een gebrek aan een centraal registratiesysteem waarin zowel het ZVH Groningen als de ketenpartners informatie en gegevens over de cliënt kunnen delen en inzien. Hierdoor mist het levensloopteam of de ketenpartner soms informatie.

Ten slotte gaat het levensloopteam in Groningen een follow-up maken van hun startnotitie en volgt er een evaluatie van hun werkwijze en de stand van zaken van het afgelopen jaar. Hiermee probeert het levensloopteam in Groningen zich te blijven ontwikkelen en de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning te optimaliseren. Het doel is dat de cliënten de passende zorg en ondersteuning krijgen die zij nodig hebben.

Friesland

Een groot verschil tussen Friesland en de andere twee provincies is het gebrek aan samenwerking met de ketenpartners. Door weinig kaders en andere verwachtingen van het management dan van de professionals die de levensloopteam uitvoerden, was het voor de leden van het levensloopteam onbekend hoeveel uren zij konden besteden aan de levensloopteam. Dit heeft ertoe geleid dat professionals te veel uren aan de levensloopteam hebben besteed, waarop het management van de ketenpartners heeft besloten zich terug te trekken van de levensloopteam. De ketenpartners hielden zich te veel bezig met de randvoorwaarden, zoals het registreren van uren en een streng toezicht hierop.

Daarnaast heerste onduidelijkheid over algemene kaders en de financiering van de uren van medewerkers. Er wordt genoemd dat de “levensloopteam hoog in de boom is bedacht, maar de kaders en randvoorwaarden zijn niet gecreëerd, waardoor het proces niet goed op gang gekomen is” (Samenvatting Focusgroep). Deze twee redenen worden als de oorzaak van het niet goed op gang komen van de levensloopteam in Friesland gezien, wat ertoe heeft geleid dat de levensloopteam in de huidige vorm gestopt is in Friesland. Het ZVH Friesland gaat, samen met hun trajectbegeleiders, door met de ‘levensloopteambenadering’. Het ZVH Friesland is het enige ZVH dat trajectbegeleiders heeft. Zij

worden vaak ingezet wanneer een proces vastloopt of om naast de cliënt te gaan staan wanneer er veel hulpverleners betrokken zijn. Deze constructie is zo uitgevoerd omdat alle ketenpartners hebben aangegeven dat het prettig is om te werken met trajectbegeleiders en daarom hebben zij akkoord gegeven dat de trajectbegeleiders ondergebracht kunnen worden bij het ZVH Friesland. De onafhankelijkheid van de trajectbegeleiders kan helpen om vertrouwen te winnen bij een cliënt en daarmee een brug te vormen naar ketenpartners die ook bij deze cliënt betrokken zijn. Daarnaast hoeven trajectbegeleiders geen vaste uren te schrijven en hoeven zij alleen verantwoording af te leggen aan de betrokken procesregisseur. Hierdoor is er meer ruimte om op een vrijere manier de zorg en ondersteuning te kunnen bieden aan cliënten van de levensloopbenadering. De trajectbegeleiders in de levensloopbenadering gaan cliënten opzoeken en blijven voor een langere tijd betrokken. Er zal vooral ingezet worden op het creëren van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt, zodat er snel geschakeld kan worden. Dit kan een escalatie voorkomen. Met betrekking tot nieuwe cliënten voor de levensloopbenadering, zal het ZVH Friesland binnen hun maatwerkcasuïstiek kijken wanneer en of een cliënt in aanmerking komt voor de levensloopbenadering. De wens is om hier weer een netwerk aan ketenpartners omheen te bouwen. Daarnaast wordt genoemd dat de samenwerking tussen het ZVH Friesland en de GGZ een rol speelt in de levensloopaanpak. De GGZ geeft aan niet alle cliënten hulp te kunnen bieden en daarom de cliënt los te laten. Dit is ook een reden waarom het levensloopteam geen continue zorg en ondersteuning kon bieden aan de cliënt.

Ten slotte verschilt de doelgroep in Friesland van de doelgroep in de andere twee provincies; in Friesland worden namelijk veel jongeren met verslavingsproblematiek aangemeld voor de levensloopaanpak. Er wordt genoemd dat hulpverleners deze cliënten “niet aanmelden vanuit de jeugdgedachte dat er nog geïnvesteerd moet worden in deze jongeren omdat zij nog ontwikkelingsmogelijkheden hebben” (Samenvatting Focusgroep). Hulpverlener melden cliënten aan omdat zij denken dat alle hulp al is ingezet is en dit niet voldoende heeft geholpen of omdat zij voorzien dat de problematiek van de cliënt erger zal worden wanneer de cliënt ouder wordt. Dit leidt tot een gevoel van wanhoop, dat voortkomt uit spanning, handelingsverlegenheid en een gebrek aan kennis over (de werking en doelgroep van) de levensloopaanpak van professionals.

Drenthe

In Drenthe wordt er niet gewerkt met een nieuw levensloopteam, maar nemen het ZVH Drenthe en de GGZ de taken van de levensloopaanpak op zich. De vraag die hierbij gesteld wordt door de andere provincies is “of het werk bij de levensloopcliënten anders is dan normaal of dat het gezien wordt als maatwerkcasuïstiek die lang blijft?” (Samenvatting Focusgroep). Doordat de levensloopaanpak zich beperkt tot deze twee organisaties, is er een gebrek aan domeinoverstijgende samenwerking in vergelijking met de andere twee provincies. Uit de korte, open interviews blijkt dat een duidelijke afstemming tussen financiers, gemeente, justitie, zorgverzekeraar en het zorgkantoor ook gemist wordt, wat de samenwerking tussen professionals niet ten goede komt.

In Drenthe is veel gepraat over het criterium ‘alles is geprobeerd’. Hierin heeft het levensloopteam de lat hoog gelegd, wat ertoe heeft geleid dat bijna alle cliënten van de levensloopteam in Drenthe een tbs-maatregel hebben. Dit is een groot verschil met de andere twee provincies, aangezien een plaatsing in een tbs-kliniek in Groningen en Friesland voornamelijk gebruikt wordt als een tijdelijke opschalingsmaatregel.

Drenthe onderscheidt zich van de andere twee provincies door al te werken met het systeem Kedo, waarin zowel het ZVH Drenthe als ketenpartners die betrokken zijn bij een cliënt informatie over de cliënt kunnen inzien. Op deze manier kunnen gegevens en informatie eenvoudig gedeeld worden tussen ketenpartners. Doordat Drenthe hiermee is begonnen, wordt er in Groningen en Friesland ook gekeken naar de mogelijkheid om over te stappen op dit systeem.

Ter afsluiting

Om een advies per provincie uit te kunnen brengen over hoe zij de levensloopteam kunnen optimaliseren, is het van belang dat er kennis is over de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopteam. In alle drie de provincies gezamenlijk komen alle werkzame bestanddelen terug die gevonden zijn in de literatuur. De samenwerking tussen professionals wordt het meest genoemd. Daarna volgt persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, het betrekken van naasten, de samenwerking tussen professional en cliënt, de meerwaarde van de levensloopteam en ten slotte specifieke kennis over de doelgroep.

Per provincie komen alle werkzame bestanddelen aan bod, maar verschilt de mate waarin. Ten opzichte van de andere twee provincies wordt in Groningen het meest gesproken over persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, specifieke kennis over de doelgroep en de meerwaarde van de levensloopteam. Ten opzichte van de andere twee provincies wordt in Drenthe het meest gesproken over het betrekken van naasten, de samenwerking tussen professional en cliënt en de samenwerking tussen professionals. In Friesland wordt geen enkel werkzaam bestanddeel vaker besproken dan in Groningen of Drenthe.

De gevolgen van bovenstaande verschillen zijn zichtbaar per provincie. In Groningen is het levensloopteam vooral op zoek naar het vastleggen van bepaalde zaken en routes, zodat deze sneller bewandeld kunnen worden. De samenwerking tussen ketenpartners is één van de sterke punten in deze provincie. In Friesland liep de samenwerking tussen ketenpartners juist stuk en daarom is het levensloopteam bezig met een nieuwe implementatie van de levensloopteam. Hierin is een grote rol weggelegd voor de trajectbegeleiders. Ten slotte zijn de betrokkenen van de levensloopteam in Drenthe ook zoekende en is er een inclusiestop. Ondanks dat er in Drenthe een goedwerkend systeem is voor informatiedeling tussen het ZVH Drenthe en ketenpartners, wordt er gezocht naar wat de meerwaarde kan zijn van de levensloopteam. Ten slotte is in alle drie de provincies de inzet van ervaringsdeskundigen mogelijk.

Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de hoofd- en deelvragen van het onderzoek beantwoord aan de hand van een conclusie en er wordt teruggeblikt op het onderzoek door beperkingen en sterke punten van het onderzoek uit te lichten. Daarna vindt er een reflectieve beoordeling plaats en worden de omstandigheden waarin dit onderzoek heeft plaatsgevonden toegelicht. Ten slotte zullen er aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan worden.

Conclusie en beantwoording hoofd- en deelvragen

De levensloopaanpak is in 2020 gestart in Groningen, Friesland en Drenthe. In dit onderzoek is gekeken naar hoe de levensloopaanpak op een optimale wijze geïmplementeerd kan worden in deze provincies. Om hier een advies over te kunnen geven, is onderzocht hoe de bestanddelen van de zorg en ondersteuning die bekend zijn uit de literatuur (genoemd onder ‘werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning’ in het theoretisch kader) terug te zien zijn in Noord-Nederland.

Deelvraag 1

Aan de hand van de eerste deelvraag “*Wat zijn de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak in Noord-Nederland?*” is onderzocht welke werkzame bestanddelen in welke mate voorkwamen in de drie noordelijke provincies gezamenlijk. Blijkend uit de literatuur zijn er vijf werkzame bestanddelen: (1) persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening, (2) samenwerking tussen de professional en de cliënt, (3) samenwerking tussen professionals, (4) het belang van naasten en (5) specifieke kennis met betrekking tot de doelgroep. In de resultaten komen alle werkzame bestanddelen in de drie provincies naar voren. De drie meest besproken onderwerpen in de drie provincies gezamenlijk waren samenwerking tussen professionals (62 procent), persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening (10 procent) en naasten (6 procent) of het ontbreken hiervan. De twee onderwerpen die het minst werden besproken, zijn samenwerking tussen professional en cliënt (2 procent) en specifieke kennis over de doelgroep (minder dan 1 procent) of het ontbreken hiervan. Hieruit kan geconcludeerd worden dat alle werkzame bestanddelen die weergegeven zijn uit de literatuur terug te zien zijn in de levensloopaanpak van de drie provincies. Daarnaast kwam de meerwaarde van de levensloopaanpak, of het ontbreken hiervan, in minder dan 1 procent van de gevallen naar voren. Ondanks dat dit een heel klein deel vormt, kan dit een aanwijzing zijn dat de provincies (nog) weinig bezig zijn met het onderscheidend vermogen van de levensloopaanpak ten opzichte van andere aanpakken.

Opvallend is dat er in de drie provincies gezamenlijk niet gesproken wordt over de inzet van ervaringsdeskundigen, terwijl uit de literatuur blijkt dat het meenemen van een ervaringsdeskundige binnen het levensloopteam aangeraden wordt (Continuïteit van Zorg, 2022; Zijlstra, 2021). Een ervaringsdeskundige kan een goede toevoeging zijn aan het levensloopteam, aangezien cliënten zich vaak beter begrepen voelen door ervaringsdeskundigen, zij dicht bij de cliënt staan en andere inzichten kunnen bieden binnen het levensloopteam (Bovenberg e.a., 2011). Dit kan bijdragen aan betere

persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening en een betere samenwerking tussen de professional en de cliënt.

Deelvraag 2

Aan de hand van de tweede deelvraag *“Welke werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak zijn aanwezig per provincie?”* is onderzocht welke werkzame bestanddelen in welke mate voorkwamen in iedere provincie afzonderlijk. Uit de resultaten blijkt dat persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening het meest genoemd wordt in Friesland, gevolgd door Groningen en Drenthe. Opvallend is dat in alle provincies meer gesproken wordt over het gemis van het kunnen vinden van een woon- of opnameplek voor een cliënt dan over het kunnen vinden van een woon-of opnameplek voor de cliënt. In Friesland wordt het laatstgenoemde helemaal niet genoemd. Dit komt niet overeen met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat het label ‘levensloopaanpak’ heeft geleid tot meer urgentie waardoor er een verbeterde toegang is tot beveiligde bedden en beveiligd wonen, ook zonder rechtelijke machtiging (Significant Public 2021; Significant Public 2022; Zijlstra, 2021). Deze ongelimiteerde toegang tot diensten van en opnames in de GGZ is belangrijk om cliënten de passende zorg en ondersteuning te kunnen bieden (Skipworth & Humberstone, 2022). Echter, één van de redenen waarom er geen woon- of opnameplek voor de cliënt gevonden kan worden, is de gebrekkige doorstroming waardoor alle beveiligde bedden bezet zijn en opschaling niet mogelijk is (Zijlstra, 2021). Ten slotte blijkt dat het levensloopteam in Friesland zich het meest focust op zowel het kunnen bieden en ontvangen van zorg op maat als het gemis van het kunnen bieden en ontvangen van zorg op maat. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het levensloopteam in Friesland meer bezig is met hun zoektocht naar het vormgeven van hun manier van zorg en ondersteuning bieden dan de andere twee provincies.

De samenwerking tussen professional en cliënt komt het meest naar voren in Friesland en Drenthe en het minst in Groningen. Dit komt overeen met het gemis van samenwerking tussen professional en cliënt; dit wordt in Groningen meer gemist dan in Friesland en Drenthe. In Groningen wordt vooral een gevoel van veiligheid tussen de professional en de cliënt gemist, wat een negatieve invloed heeft op de re-integratie en recidive van een cliënt (de Kogel & Nagtegaal, 2008). Opvallend is dat er in Friesland enkel gesproken wordt over het gemis van een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt en het meenemen van de cliënt. Een professionele relatie die hierdoor gekenmerkt is, kan een negatief effect hebben op de stabilisatie en de afname van incidenten van de cliënt (Zijlstra, 2021; Bolhuis e.a., ter perse). In alle provincies wordt binnen de samenwerking tussen professional en cliënt het meest gesproken over het meenemen van de cliënt, al is dit niet veel meer dan in 3 procent van de gevallen. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er niet veel gesproken wordt over het betrekken van de cliënt bij hun eigen proces en het opbouwen van een vertrouwensband.

De samenwerking tussen professionals wordt in alle provincies het meest genoemd van alle werkzame bestanddelen. In Drenthe komt dit het meeste voor, gevolgd door Groningen en Friesland.

Dit komt overeen met het gemis aan samenwerking tussen professionals; dit wordt het meest besproken in Friesland, gevolgd door Groningen en Drenthe. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het levensloopteam in Drenthe de samenwerking als meest prettig ervaart en dat het levensloopteam in Friesland het meest aan het zoeken is naar een goede samenwerking tussen professionals. In alle provincies wordt vaker genoemd dat zij korte lijnen tussen professionals ervaren dan dat zij die missen. Deze korte lijnen hebben tot gevolg dat het levensloopteam een standvastige houding in kan nemen om de cliënt beter te kunnen helpen, tot nieuwe oplossingen kan komen en een beter inzicht in en toegang tot het regionale zorgaanbod krijgt (Significant Public 2021; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021). In Friesland wordt vooral gesproken over het gemis van gegevensdeling tussen professionals. Dit komt overeen met het onderzoek van Bolhuis e.a. (ter perse), waaruit blijkt dat gegevensdeling een barrière is binnen de levensloopteam. Echter, gegevensdeling tussen professionals is cruciaal om een cliënt goed te kunnen monitoren en hiermee een eventuele terugval of kritieke situatie vroegtijdig te kunnen signaleren (de Kogel & Nagtegaal, 2008). Dat er in Groningen en Drenthe meer gesproken wordt over het delen van gegevens dan over het gemis van het delen van gegevens, komt de levensloopteam in Groningen en Drenthe ten goede. Verder is het opvallend dat er in Groningen en Drenthe gesproken wordt over hoe professionals samenwerken omtrent financiering. Dit laat zien dat de financiering geen obstakel (meer) vormt voor de cliënten, zoals dat in de levensloopteam bedoeld is (Significant 2021; Continuïteit van Zorg, 2022). In Friesland wordt hier niet over gesproken.

Het betrekken van naasten wordt het meest genoemd in Friesland, gevolgd door Drenthe en Groningen. Ondanks dat dit in alle provincies naar voren komt, wordt het betrekken van naasten in niet veel meer dan 16 procent van de gevallen genoemd. Dit is opvallend, aangezien uit de literatuur blijkt dat sociale netwerken van mensen belangrijk zijn voor zowel het ontstaan als het tegengaan van crimineel gedrag (Hirschi, 1969; Sampson & Laub, 1993; Megargee, 1976; Monahan, 1981; Bogaerts e.a., 2006; Nakhaie & Sacco, 2009). Om de cliënt op een juiste manier te kunnen ondersteunen, lijkt het daarom van belang om in te zetten op het betrekken van naasten. Echter, het gemis van naasten wordt in alle provincies in minder dan 1 procent van de gevallen genoemd. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de levensloopteams in Groningen, Friesland en Drenthe gedeeltelijk bezig zijn met het betrekken van naasten en dit nog weinig ervaren als een gemis.

Het hebben van specifieke kennis over de doelgroep komt alleen in de provincie Groningen naar voren. Dit komt overeen met de mate waarin het gemis van specifieke kennis van de doelgroep besproken wordt, namelijk niet in Groningen en wel in Friesland en Drenthe. De kennis die in het levensloopteam van Groningen heerst over de kenmerken en behoeftes van de cliënten draagt bij aan het bieden van passende zorg en ondersteuning (Continuïteit van Zorg, 2022). Echter, in geen van de provincies wordt een risicotaxatie gemaakt of wordt aandacht besteed aan individueel risicomanagement. Meer aandacht hiervoor zou kunnen bijdragen aan meer specifieke kennis over de doelgroep en een optimale levensloopteam (Zijlstra, 2021; Skipworth & Humberstone, 2002; van Marle e.a., 2009).

De meerwaarde van de levensloopaanpak wordt het meest besproken in Friesland, gevolgd door Groningen en Drenthe. Het gemis van de meerwaarde van de levensloopaanpak wordt in dezelfde volgorde besproken. Hieruit kan geconcludeerd worden dat vooral Friesland op zoek is naar wat de meerwaarde van de levensloopaanpak kan zijn en dat Drenthe zich hier het minst mee bezig houdt. Dit is opvallend, omdat zowel in Drenthe als Friesland een tijdelijke inclusiestop is ingevoerd. In deze periode kan juist van belang zijn om na te denken over wat het levensloopteam bij kan dragen ten opzichte van andere vormen van zorg om cliënten de juiste zorg en ondersteuning te kunnen bieden.

Deelvraag 3

Aan de hand van de derde deelvraag *“Wat zijn de gevolgen van de verschillen tussen de provincies in de werkzame bestanddelen van de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopaanpak?”* is onderzocht wat de gevolgen zijn van de verschillen tussen de drie provincies in de levensloopaanpak en de zorg en ondersteuning die geboden kan worden aan cliënten per provincie. Het blijkt dat de samenwerking met en betrokkenheid van de GGZ in Groningen beter loopt dan in Friesland en dat er in Groningen meer successen geboekt worden dan in Friesland. Dit maakt dat er in Groningen meer korte lijnen zijn tussen professionals en dat er andere of snellere wegen bewandeld kunnen worden ten opzichte van de andere twee provincies. Hierdoor zijn er meer of snellere ontwikkelingen in het traject van de cliënt. Dit komt overeen met de resultaten van de tweede deelvraag. In Friesland is er een gebrek aan samenwerking tussen professionals, wat ervoor gezorgd heeft dat het ZVH Friesland de levensloopaanpak op een andere manier gaat inrichten, namelijk met trajectbegeleiders. Continu betrokken blijven bij de cliënt staat hierbij voorop. Drenthe heeft als enige provincie geen apart opgesteld levensloopteam, waardoor de vraag rijst wat zij anders doen ten opzichte van reguliere maatwerkcasuïstiek. Opvallend is dat uit de korte, open interviews blijkt dat er een duidelijke afstemming gemist wordt tussen financiers, gemeente, justitie, zorgverzekeraar en het zorgkantoor, terwijl de communicatie tussen professionals in Drenthe veruit het meest naar voren komt. Een verklaring hiervoor kan zijn dat er wel veel overleg is tussen zorginstanties in Drenthe, maar dat andere instanties zoals financiers, gemeente, justitie, zorgverzekeraars en het zorgkantoor hierin niet betrokken worden. Drenthe werkt als enige provincie met het systeem ‘Kedo’, waarin zowel het ZVH Drenthe als ketenpartners informatie kunnen inzien. Dit leidt ertoe dat zij het minst hebben gesproken over het gemis van gegevensdeling van alle provincies. Er kan daarom geconcludeerd worden dat de verschillende implementaties in de provincies geleid hebben tot verschillende vormen van de levensloopaanpak; elk met hun sterke en zwakke punten. Dit komt overeen met eerder onderzoek, waaruit blijkt dat de context een invloed heeft op hoe een aanpak geïmplementeerd wordt en wat de gevolgen van de aanpak kunnen zijn (Pawson & Tilley, 1997).

Opvallend aan de resultaten van de korte, open interviews is dat er genoemd wordt dat ervaringsdeskundigen voor alle drie de provincies beschikbaar zijn. Echter, uit de resultaten van de observaties en de tijdlijnen blijkt dat hier geen gebruik van wordt gemaakt. Een verklaring kan zijn dat

de levensloopteams van de drie provincies zich nog niet hebben verdiept in het betrekken van een ervaringsdeskundige, terwijl ervaringsdeskundigen hier wel voor open staan.

Hoofdvraag

Om een antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag *“Hoe kan de zorg en ondersteuning voor cliënten van de levensloopteam het beste ingezet worden om een optimale levensloopteam in Groningen, Friesland en Drenthe te kunnen ontwikkelen?”*, zal er per provincie een advies gegeven worden.

Groningen. In de provincie Groningen zijn de meeste cliënten geïncorporeerd in de levensloopteam. Dit levensloopteam heeft de meeste specifieke kennis over de doelgroep. Mijn advies is om deze specifieke kennis over de doelgroep te behouden en uit te breiden. De professionals uit het levensloopteam zijn nu een jaar bezig en gaven aan dat ‘het wel loopt’, maar dat een aantal zaken en routes verder uitgewerkt moet worden. Mijn advies is daarom om een vervolgnote te maken waarin deze nieuwe routes en procedures zijn uitgewerkt, zodat dit kenbaar gemaakt kan worden aan (nieuwe) ketenpartners. Dit kan bijdragen aan het behoud van de positieve samenwerking en korte lijnen tussen het levensloopteam en ketenpartners, zodat er snel multidisciplinair overlegd en samengewerkt kan worden om de cliënt zorg en ondersteuning te kunnen bieden. Binnen deze samenwerking is het belangrijk dat er in Groningen spoedig een centraal registratiesysteem komt waarin zowel het ZVH Groningen als ketenpartners informatie over de cliënt kunnen inzien. Dit zorgt ervoor dat alle professionals de cliënt kunnen monitoren zodat een eventuele terugval of kritieke situatie vroegtijdig gesignaleerd kan worden (de Kogel & Nagtegaal, 2008).

Opvallend in alle drie de provincies is dat er weinig gesproken wordt over de samenwerking tussen de professional en de cliënt; in Groningen wordt hier in minder dan 1 procent van de gevallen over gesproken. Mijn advies is daarom om meer te investeren in de samenwerking tussen professional en cliënt, juist nu de kaders en randvoorwaarden van de levensloopteam in Groningen duidelijk lijken te zijn. Door de cliënt meer mee te nemen in hun traject, hen op de hoogte te stellen van de voortgang van hun traject en actief in te zetten op het creëren van een vertrouwensband tussen het levensloopteam en de cliënt, kan er een professionele relatie ontstaan die zorgt voor rust en vertrouwen bij de cliënt. Dit kan bijdragen aan een betere re-integratie, een verlaagde kans op recidive en stabilisatie van de cliënt (de Kogel & Nagtegaal, 2008; Zijlstra, 2021; Bolhuis e.a., ter perse).

Ten slotte luidt het advies voor het levensloopteam in Groningen om de naasten van de cliënten meer te betrekken en te investeren in ervaringsdeskundigen. Dit omdat er door het levensloopteam in Groningen het minst gesproken wordt over naasten in vergelijking met Friesland en Drenthe en er helemaal niet gesproken wordt over ervaringsdeskundigen. Het betrekken van naasten is belangrijk omdat dit kan leiden tot meer sociale controle, bindingen en steun, wat op haar beurt kan bijdragen aan recidivevermindering en re-integratie (de Kogel & Nagtegaal, 2008). Door een ervaringsdeskundige te betrekken bij het levensloopteam, kan onder meer de samenwerking tussen de professional en de cliënt

verbeteren. Dit kan leiden tot een optimale vorm van zorg en ondersteuning aan de cliënten van de levenslooppaanpak.

Friesland. In de provincie Friesland wordt er ten opzichte van de andere provincies het meeste aandacht besteed aan naasten, persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening en de samenwerking tussen de professional en de cliënt. Het is belangrijk om dit voort te zetten. Echter, het grootste gemis is een positieve samenwerking tussen het levensloopteam en ketenpartners en duidelijke kaders. Mijn advies luidt daarom om bij de doorstart van de levensloopbenadering in plaats van de levenslooppaanpak de kaders, enkele vaste routes en de financiering uit te werken en vast te leggen voordat de trajectbegeleiders volledig ingezet worden. Daarna kan er aandacht besteed worden aan de samenwerking met ketenpartners. Hiermee wordt voorkomen dat het ZVH Friesland weer tegen het gemis van kaders en samenwerking aanloopt en de levensloopbenadering weer anders vormgegeven moet worden.

Daarnaast is het belangrijk voor het levensloopteam in Friesland om te investeren in de samenwerking met ketenpartners. Dit kan onder meer door ketenpartners meer kennis bij te brengen over de werking van de levensloopbenadering. Dit zou er, net zoals in Groningen, toe kunnen leiden dat ketenpartners meer geneigd zijn de cliënt hulp en ondersteuning te willen bieden, omdat zij weten dat de cliënt altijd terug kan vallen op het levensloopteam. Hoe meer betrokken ketenpartners, hoe breder de expertise, inzet en samenwerking, wat belangrijk is voor een sluitende en door iedereen gedragen aanpak van zorg en ondersteuning voor de cliënt (Continuïteit van Zorg, 2020; Continuïteit van Zorg, 2022; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021). Daarnaast is mijn advies, net zoals in Groningen, om een ervaringsdeskundige te betrekken bij het levensloopteam. Dit versterkt de samenwerking tussen professionals en de samenwerking tussen de professional en de cliënt, ondanks dat hier in Friesland al veel aandacht aan besteed wordt in vergelijking met Groningen en Drenthe.

Ten slotte blijkt uit de data dat er niet gesproken wordt over het hebben van specifieke kennis over de doelgroep. Daarnaast heeft Trajectum, de ketenpartner met kennis over mensen met een licht verstandelijke beperking, zich teruggetrokken uit de levenslooppaanpak. Echter, het is van belang om hier kennis over te hebben (Skipworth & Humberstone, 2002; Cuddeback e.a., 2009; van Marle e.a., 2009), aangezien dit een kenmerk is van veel cliënten die geïnccludeerd zijn in de levenslooppaanpak. Extra nadruk op een persoonlijke risicotaxatie en rehabilitatieplannen kunnen bijdragen aan meer specifieke kennis over de doelgroep (Skipworth & Humberstone, 2002; van Marle e.a., 2009; Zijlstra, 2021). Op deze manier kan de zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopbenadering geoptimaliseerd worden.

Drenthe. In Drenthe liggen de taken van het levensloopteam bij het ZVH Drenthe en de GGZ. Uit de resultaten van de tijdlijnen blijkt dat er veel samengewerkt wordt tussen ketenpartners, al blijkt uit de interviews dat er soms afstemming gemist wordt. Mijn advies is daarom om te blijven investeren in het contact en de korte lijnen tussen professionals, zoals dit al het meest voorkomt in Drenthe in

vergelijking met Groningen en Friesland. Op deze manier kan er, ondanks dat er geen speciaal levensloopteam is opgesteld, toch een sluitend en breed gedragen plan gemaakt worden. Dit komt de zorg en ondersteuning van de cliënt ten goede (Continuïteit van Zorg, 2020; Continuïteit van Zorg, 2022; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021).

Daarnaast wordt in Drenthe de minste meerwaarde van de levensloopteam ervaren in vergelijking met Groningen en Friesland. Dit kan komen doordat Drenthe als enige provincie geen speciaal opgesteld levensloopteam heeft, maar de taken van de levensloopteam bij het ZVH Drenthe en de GGZ liggen. Hierdoor wordt de vraag gesteld wat er in de aanpak voor de cliënten van de levensloopteam anders is dan voor cliënten die niet geïncludeerd zijn. Mijn advies is daarom om te onderzoeken wat de precieze meerwaarde is van de levensloopteam in Drenthe voor cliënten en ketenpartners, zodat dit naar beide groepen uitgedragen kan worden. Zo kan de professional uitleggen aan de cliënt wat de cliënt kan verwachten en mag de cliënt ervan uit gaan dat de professional zijn verwachtingen en beloftes nakomt. Dit kan positief bijdragen aan de relatie tussen professional en cliënt (Bolhuis e.a., ter perse). Daarnaast kan het vastleggen van verwachtingen en een werkwijze bijdragen aan betere persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening voor de cliënt; dit wordt vastgelegd in het integrale trajectplan. Een volledig uitgewerkt trajectplan kan bijdragen aan het bieden van hulp op alle levensgebieden en onder meer aan een verbeterde toegang tot beveiligde bedden en beveiligd wonen (Significant Public, 2021; Significant Public, 2022; Zijlstra, 2021).

Ten slotte blijkt het in Drenthe ook belangrijk om een ervaringsdeskundige en een professional die specifieke kennis heeft over de doelgroep te betrekken bij de levensloopteam. Dit kan zowel de samenwerking tussen professionals als de samenwerking tussen de professional en de cliënt versterken, waardoor de cliënt de zorg en ondersteuning kan ontvangen die hij nodig heeft.

Discussie

Beperkingen

Dit onderzoek kent enkele beperkingen die invloed kunnen hebben op de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid. De kern van dit onderzoek is een vergelijking van de percentages in welke mate de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan cliënten van de levensloopteam voorkomen in Groningen, Friesland en Drenthe. Echter, deze vergelijking moet met voorzichtigheid gemaakt worden om de volgende redenen. Ten eerste zijn bijna alle gevonden verschillen gering, op het verschil in samenwerking tussen professionals in Drenthe en Friesland na (Baaij, 2019). Dit geldt alleen wanneer er op een kwantitatieve wijze naar de data gekeken wordt. Echter, in dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een kwalitatieve inhoudsanalyse met een kwantitatief component. Dit heeft tot gevolg dat de verschillen kwantitatief gering zijn, maar op een kwalitatieve wijze toch interessant kunnen zijn voor de betrokken professionals bij de levensloopteam in Groningen, Friesland en Drenthe.

Ten tweede bevinden de drie provincies zich in verschillende stadia van de implementatie van de levensloopteam. In Groningen komt het levensloopteam wekelijks bijeen en wordt een aantal

zaken en routes vastgelegd. In Friesland is het levensloopteam gestopt met de levensloopteam en gaat het ZVH Friesland verder met hun trajectbegeleiders onder de naam 'levensloopbenadering'. In Drenthe zijn de betrokken professionals aan het oriënteren hoe zij de levensloopteam vanuit het ZVH Drenthe en de GGZ het beste vorm kunnen geven en is er daarom een inclusiestop. Dit heeft ertoe geleid dat de acties van en de inzet van werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning door de levensloopteams van de provincies verschillen (Pawson & Tilley, 1997). Zo onderzocht het levensloopteam in Groningen elke week tijdens de vergadering van het levensloopteam welke acties er uitgevoerd moesten worden per geïncludeerde cliënt, terwijl Friesland in de overleggen vooral bezig was met hoe zij de levensloopteam het beste vorm konden geven. Ondanks deze verschillen, is het voor de professionals in elke provincie leerzaam om in te kunnen zien welke onderwerpen zij in welke mate bespreken. Dit is waardevolle informatie tijdens elk stadium van de implementatie van de levensloopteam, omdat het handvaten kan geven over hoe de levensloopteam het beste opgezet, aangepast of behouden kan worden.

Ten derde is er sprake van een verschil in doelgroep tussen de provincies. In Friesland worden vooral jonge mensen onder de 27 jaar geïncludeerd, terwijl in Drenthe vooral mensen met een tbs-maatregel geïncludeerd zijn. Een verschil in doelgroep kan tot gevolg hebben dat betrokken professionals andere acties moeten uitvoeren of andere werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning inzetten (Pawson & Tilley, 1997). Zo kan de zorg en ondersteuning voor jongeren meer gericht zijn op het betrekken van een sociaal netwerk en behandeling, terwijl dit voor oudere mensen met een tbs-maatregel meer gericht kan zijn op het vinden van een passende en langdurige woonplek. Dit kan een reden zijn waarom bepaalde werkzame factoren van zorg en ondersteuning juist meer of minder aanwezig waren. Echter, het uiteindelijke doel van deze scriptie is om een advies per provincie te geven om de levensloopteam te optimaliseren. De adviezen zijn gebaseerd op de huidige doelgroep van de levensloopteam per provincie. Bij een uitbreiding van deze doelgroep, kunnen de adviezen hun kracht verliezen.

Ten vierde is er een verschil te zien in de verkregen data tussen de provincies. In Groningen kon geregeld data worden verzameld in de wekelijkse bijeenkomsten van het levensloopteam. In Drenthe kwam het levensloopteam namelijk niet bijeen, waardoor er enkel gebruik is gemaakt van de rapportages en notulen in het systeem. Deze rapportages en notulen zijn gemaakt door de betrokken professionals vanuit het ZVH Drenthe en de GGZ en geven dus alleen hun perceptie weer. Daarnaast is in deze data meer achtergrond informatie te vinden, wat in de vergaderingen van het levensloopteam in Groningen en Friesland vaak minder naar voren kwam. Dit heeft tot gevolg dat er meer informatie uit Drenthe is meegenomen dan uit de andere provincies. Daarnaast heeft de procesregisseur van het ZVH Drenthe niet deel kunnen nemen aan de focusgroep, waardoor uit de focusgroep alleen data uit Groningen en Friesland konden worden meegenomen. Om de verschillen in informatie op te vangen, zijn korte, open interviews gehouden met professionals uit alle provincies. Aan alle aanwezige professionals is op een intervisiedag gevraagd of zij de (niet) werkzame bestanddelen van de

levensloopaanpak in hun provincie zouden willen benoemen. Het risico van interviews is dat de participanten sociaalwenselijke antwoorden geven. Desondanks is er geen reden om aan te nemen dat de participanten sociaalwenselijk hebben geantwoord, aangezien niet alle participanten de vraag hebben beantwoord. Alleen de participanten die hier antwoord op wilden geven, hebben dit gedaan. Hierdoor is er sprake van vrijwillige deelname (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Daarnaast is vooraf benadrukt dat er geen goede of foute antwoorden waren en dat alle informatie die de participanten delen kan bijdragen aan het optimaliseren van de levensloopaanpak. Hierdoor konden de participanten erop vertrouwen dat de onderzoeker hen als geloofwaardig beschouwde (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Gezamenlijk wordt hiermee de kans op sociaalwenselijke antwoorden aanzienlijk verkleind. Ondanks dat de dataverzameling op verscheidene manieren het lastig maakt om vergelijkingen te maken, draagt dit positief bij aan de geloofwaardigheid en betrouwbaarheid van mijn onderzoek.

De verschillen in data tussen de provincies hebben ook geleid tot verschillen in het absolute aantal toegekende codes. In Groningen en Drenthe zijn respectievelijk vijf en bijna zes keer zoveel codes toegekend als in Friesland. Eén van de oorzaken hiervan is dat uit Friesland vier observatieformulieren zijn meegenomen, tegenover tien in Groningen en vier volledig uitgewerkte tijdlijnen in Drenthe. Daarnaast wordt er in de overleggen die plaats hebben gevonden in Friesland veel tijd besteed aan het onderzoeken hoe zij het levensloopteam het beste vorm kunnen geven en waar zij tegenaan lopen. Doordat Friesland hiernaar aan het zoeken is, zijn er minder mensen geïnccludeerd en komen de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning aan de cliënten minder naar voren dan in Groningen en Drenthe. Dit maakt het lastig om te spreken over het meer of minder aandacht besteden aan de werkzame bestanddelen van zorg en ondersteuning door professionals in Friesland dan door professionals in Groningen en Drenthe. Echter, een weergave van welke werkzame factoren al wel en nog niet worden ingezet door professionals in Friesland kan bijdragen aan de opzet van de levensloopbenadering door het ZVH Friesland.

Naast de beperkingen die gericht zijn op de vergelijking tussen de provincies, is mijn onderzoek contextafhankelijk. Als antwoord op de hoofdvraag zijn adviezen per provincie opgesteld. Uit dit onderzoek komt naar voren dat alle drie de provincies de levensloopaanpak anders implementeren en dat professionals uit elke provincie tegen eigen problemen aanlopen en eigen successen boeken. Dit is mede afhankelijk van de context waarin de levensloopaanpak geïmplementeerd wordt, welke anders is in elke provincie. Dit heeft tot gevolg dat de adviezen die in dit onderzoek per provincie zijn gegeven waarschijnlijk niet bruikbaar zijn voor andere provincies, aangezien daar sprake is van een andere context (Pawson & Tilley, 1997). Dit vermindert de generaliseerbaarheid van dit onderzoek.

Afsluitend vormt mijn positie en subjectiviteit als onderzoeker een beperking. Als onderzoeker ben ik voornamelijk in Groningen en Drenthe verantwoordelijk geweest voor het observeren en het maken van een samenvatting van een tijdlijn op basis van notulen en rapportages. In Groningen zijn mijn ingevulde observatieformulieren aangevuld met de notulen van een andere onderzoeker of zijn mijn ingevulde observatieformulieren doorgelezen om selectiviteit tegen te gaan (Flick, 2014). In

Drenthe heeft er geen andere onderzoeker meegekeken naar de data; de samenvatting van de tijdlijn is volledig door mij gemaakt. Dit heeft tot gevolg dat deze samenvatting afhankelijk is van de afwegingen die ik als onderzoeker heb gemaakt over welke informatie relevant genoeg is om mee te nemen. De data uit Drenthe zijn dus afhankelijk van mijn subjectiviteit en moeten daarom met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Krachten

Mijn onderzoek is één van de eerste onderzoeken dat in kaart brengt hoe de levensloopaanpak geïmplementeerd wordt in de drie noordelijke provincies van Nederland. Daarnaast is dit het eerste onderzoek dat de drie provincies met elkaar vergelijkt en probeert te verklaren wat de gevolgen zijn van de verschillen in de implementatie en de werkzame bestanddelen van de levensloopaanpak. Dit draagt bij aan meer kennis over de werkzame bestanddelen van behandeling voor mensen met complexe multiproblematiek. Huidig onderzoek kan als startpunt gebruikt worden om de levensloopaanpak te optimaliseren in de drie noordelijke provincies, zodat cliënten de zorg en ondersteuning kunnen krijgen die zij nodig hebben.

Verder zijn de data in dit onderzoek op verscheidene verschillende manieren verzameld: observaties, notulen en rapportages uit het systeem, een focusgroep en korte, open interviews. Dit heeft ertoe geleid dat er veel verschillende soorten informatie uit verschillende invalshoeken meegenomen kon worden in mijn onderzoek. Dit maakt mijn onderzoek geloofwaardiger en betrouwbaarder (Lincoln & Guba, 1986; Bryman & Bell, 2007).

Reflectieve beoordeling

De positie die ingenomen wordt door mijzelf als onderzoeker en de subjectiviteit die ik met mij meebreng, heeft gevolgen voor de uitvoering en interpretatie van mijn onderzoek (Lincoln & Guba, 1986; Shenton, 2004). Bij het opstellen van het observatieformulier ben ik, samen met drie andere onderzoekers, betrokken geweest. Dit heeft ertoe geleid dat mijn positie en subjectieve inbreng met betrekking tot het observatieformulier verkleind is (Flick, 2014).

Vervolgens heb ik in het verzamelen van de data een prominente positie ingenomen. In Groningen ben ik aanwezig geweest bij alle overleggen van het levensloopteam en heb ik deze geobserveerd. In drie van de tien gevallen heb ik deze observaties alleen uitgevoerd; in de andere zeven gevallen heb ik samen met een andere onderzoeker geobserveerd. Wanneer er door twee onderzoekers geobserveerd werd, heb ik het observatieformulier ingevuld op basis van mijn aantekeningen en heeft de andere onderzoeker dit aangevuld op basis van haar aantekeningen. Wanneer ik alleen observeerde, heeft een andere onderzoeker het ingevulde observatieformulier doorgelezen en vragen gesteld bij onduidelijkheden. Hierdoor is de data uit Groningen grotendeels afhankelijk van de manier waarop ik de overleggen geïnterpreteerd heb, al is dit ondervangen door altijd een tweede onderzoeker mee te laten observeren of lezen (Flick, 2014).

In Friesland ben ik als onderzoeker bij één overleg aanwezig geweest. Daarnaast waren bij dit overleg nog twee onderzoekers aanwezig. Ik heb het observatieformulier ingevuld op basis van mijn aantekeningen, waarna de andere twee onderzoekers dit hebben aangevuld op basis van hun aantekeningen. Bij de overige drie overleggen ben ik als onderzoeker niet aanwezig geweest, maar hebben deze twee andere onderzoekers onder leiding van een hoofdonderzoeker de observaties uitgevoerd. Hierdoor is de data uit Friesland minimaal afhankelijk van de manier waarop ik de overleggen geïnterpreteerd heb. Om de positionaliteit en subjectiviteit van de andere onderzoekers te verkleinen, is er altijd in Friesland altijd geobserveerd door minimaal twee onderzoekers (Flick, 2014).

In Drenthe vonden geen overleggen plaats tussen de betrokken professionals bij de levensloopaanpak waar ik bij kon zijn. Om toch data uit Drenthe mee te kunnen nemen, is besloten om alle notulen en rapportages in het systeem ‘VIS2’ en ‘Kedo’ door te lezen en dit in een tijdlijn te zetten. Begin maart heb ik toegang gekregen tot het systeem ‘VIS2’, maar omdat het ZVH Drenthe over is gestapt op een ander systeem, kon ik deze gegevens enkel inzien tot eind maart. Pas begin mei heb ik toegang gekregen tot het nieuwe systeem ‘Kedo’. De data uit Drenthe zijn dus in twee verschillende fasen gemaakt tot een tijdlijn. Deze tijdlijn vormt zo een samenvatting van alle ontwikkelingen rondom een cliënt. Ik ben de enige onderzoeker die toegang heeft gehad tot deze data en heb deze data alleen verwerkt tot een samenvatting. Dit heeft als gevolg dat ik een prominente positie als onderzoeker heb gehad in Drenthe en dat de manier van weergave van de data afhankelijk is van mijn subjectiviteit. Van de drie provincies is mijn positie en subjectiviteit het grootst in Drenthe. Om deze reden moeten de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Omstandigheden

Tijdens mijn stage en mijn onderzoek hebben er veel veranderingen plaatsgevonden binnen de levensloopaanpak. Het levensloopteam in Friesland heeft in mei 2022 besloten te stoppen met de huidige vorm van de levensloopaanpak omdat de ketenpartners zich hebben teruggetrokken. Het ZVH Friesland wil door onder de naam ‘levensloopbenadering’, waarin hun trajectbegeleiders continu contact en zorg waarborgen voor de cliënt. Het is de wens om hier een netwerk omheen te bouwen. In Drenthe zijn de betrokkenen van het ZVH Drenthe en de GGZ zoekend naar hoe zij de levensloopaanpak het beste vorm kunnen geven. Om hier aandacht aan te kunnen besteden, is er in Drenthe een tijdelijke inclusiestop van cliënten voor de levensloopaanpak.

Om als onderzoeksteam een bijdrage te leveren aan een goede implementatie van de levensloopaanpak en bovenstaande problemen te ondervangen, is een intervisiedag over de levensloopaanpak georganiseerd. Op deze dag kwamen professionals die betrokken zijn bij de levensloopaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe bijeen om gezamenlijk te werken aan twee casussen en te leren van de manier waarop de professionals in de twee andere provincies werken. Op deze dag was ook ruimte voor overleg, zowel tussen de professionals uit de provincies als tussen de professionals en de onderzoekers. Deze gesprekken en de korte, open interviews hebben bijgedragen

aan het verzamelen van de data, om via deze weg een geloofwaardig en betrouwbaar onderzoek uit te kunnen voeren (Lincoln & Guba, 1986; Bryman & Bell, 2004). Ondanks de tegenvallende resultaten in Friesland en de zoektocht naar de vorm van de levenslooppaanpak in Drenthe, is het belangrijk dat huidig onderzoek is uitgevoerd. Dit is omdat er hierdoor meer zicht is op welke werkzame bestanddelen werken in de verschillende provincies en wat de gevolgen daarvan zijn. Deze kennis kunnen de professionals uit Groningen, Friesland en Drenthe meenemen in hun verdere implementatie van de levenslooppaanpak.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Dit onderzoek geeft aanleiding tot enkele nieuwe onderzoeken. Uit dit onderzoek blijkt dat de levenslooppaanpak in Groningen ervoor heeft gezorgd dat er een ontwikkeling heeft plaatsgevonden in de trajecten van alle geïnccludeerde cliënten. In Friesland heeft de levenslooppaanpak ertoe geleid dat het ZVH Friesland extra in gaat zetten op continu contact met en zorg voor cliënten via hun trajectbegeleiders. Het is daarom belangrijk om te onderbouwen dat de levenslooppaanpak werkt door de situaties van de cliënten nu te vergelijken met de situaties van de cliënten voordat zij geïnccludeerd werden in de levenslooppaanpak. In het onderzoek van Significant Public (2021) wordt er voor een aantal casussen besproken wat de inzet per ketenpartner voor en na de inclusie in de levenslooppaanpak was en wat de meerwaarde van de levenslooppaanpak voor de casus was. Het is belangrijk om een analyse van de situatie van de cliënt, de inzet van ketenpartners en de meerwaarde van de levenslooppaanpak uit te voeren bij de geïnccludeerde cliënten. Dit is omdat dit een wetenschappelijke basis zal leveren voor de werking van de levenslooppaanpak; iets dat er nu nog (te) weinig is.

Een andere aanbeveling voor vervolgonderzoek is dat het perspectief van cliënten moet worden meegenomen. In dit onderzoek zijn alleen data verzameld vanuit professionals, terwijl uit de literatuur blijkt dat het meenemen van de cliënt en hen regie geven over hun eigen traject van belang is voor het slagen van een traject. Hierin is het ook belangrijk dat cliënten hun mening mogen geven en vorm mogen geven aan hun eigen traject, voor zo ver mogelijk (Continuïteit van Zorg, 2022). Bij vervolgonderzoek is het dus belangrijk om naast data vanuit professionals ook data vanuit cliënten te verzamelen. Dit wordt al gedaan bij het onderzoek van Candel e.a. (2018), waarin cliënten kunnen aangeven aan welke kenmerken de zorg in het algemeen in elk geval moet voldoen. Om specifiek aandacht te geven aan hun eigen situatie, zouden cliënten in vervolgonderzoek kunnen aangeven welke werkzame bestanddelen volgens hen wel of niet werken en of deze terug te zien zijn in hun eigen traject. Hierdoor hebben zij meer regie en dragen zij bij aan betere zorg en ondersteuning voor hen en anderen.

Ten slotte blijft het belangrijk om onderzoek te doen naar de levenslooppaanpak in Noord-Nederland. De eerste twee jaar van de implementatie van de levenslooppaanpak is bijna voorbij en de levenslooppaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe bevindt zich in verschillende stadia. Er zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd naar de implementatie van de levenslooppaanpak in Nederland (Continuïteit van Zorg, 2022; Significant Public 2021; Significant Public, 2022) en de verwachtingen

over de implementatie van professionals in de drie noordelijke provincies (Bolhuis e.a., ter perse). Echter, er is naast dit onderzoek (nog) geen onderzoek dat beschrijft hoe de implementatie van de levensloopaanpak in Groningen, Friesland en Drenthe verloopt en of en hoe de verwachtingen van de professionals (Bolhuis e.a., ter perse) zijn uitgekomen. Het blijft belangrijk om onderzoek te doen naar welke bestanddelen van zorg en ondersteuning wel of niet werken voor de cliënten van de levensloopaanpak. Dit is om op deze wijze professionals uit de levensloopteams in Noord-Nederland en in de rest van Nederland te kunnen ondersteunen in het implementeren van de levensloopaanpak op de meest optimale manier. Vervolgonderzoek zou op deze manier kunnen bijdragen aan het verder vorm geven van de levensloopaanpak, dan wel een andere aanpak, voor mensen met complexe multiproblematiek, zodat zij de zorg en ondersteuning krijgen die zij missen en nodig hebben. Op deze manier wordt de veiligheid en het welzijn van deze individuele cliënten, hun naasten en dat van de gehele samenleving vergroot.

Literatuurlijst

- Adler, P. A., & Adler, P. (1998). Observation techniques. In N. Denzin & Y. S. Lincoln (eds.), *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. SAGE.
- Atkinson, P. A., & Coffey, A. (1997). Analysing documentary realities. In D. Silverman (ed.), *Qualitative research: Theory, method and practice*. SAGE.
- ATLAS.ti. (2022, versie 22). *What is ATLAS.ti?* Verkregen via <https://atlasti.com/product/what-is-atlas-ti/>
- Baaij, F. (2019). *De statistische achtergrond van de vuistregels op het havo eindexamen wiskunde A* (Bachelor thesis, Technische Universiteit Delft).
- Berger, J., & Mohr, J. (1982). *Another way of telling*. Pantheon Books.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2)2, 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Bogaerts, S. (2010). Emerging international perspectives in forensic psychology: Individual level analysis. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 263-266. <https://doi.org/10.1080/15228932.2010.481229>
- Bogaerts, S., Vanheule, S., Leeuw, F., & Desmet, M. (2006). Recalled parental bonding and personality disorders in a sample of exhibitionists: A comparative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 636-664. <https://doi.org/10.1080/14789940500094524>
- Bolhuis, M. L., Venema, S. D., Vos, S., Glasbergen, P., & Blaauw, E. (ter perse). Niet de zoveelste hulpverlener: Een verkenning van de optimale kenmerken van professionals in de levensloopaanpak. *Participatie en Herstel*.
- Bovenberg, F., Wilrycx, G., Bähler, M., & Francken, G. (2011). Inzetten van ervaringsdeskundigheid: Pleidooi voor meer ervaringsdeskundigen op topfuncties. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 1, 45-54.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods* (4th ed.). Oxford University Press.
- Bryman, A., & Bell, E. (2007). *Business Research Methods* (2th ed.). Oxford University Press.
- Candel, F., Molenaar, M., van Suijlekom, A., & Wijga, P. (2018). *Samen naar een betere zorg voor mensen met (potentieel) gevaarlijk gedrag als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking*. Verkregen via https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j4nvg5kkg27kof_j9vvij5epmj1ey0/vkrn7ie_szwf=/blg855339.pdf

- Continuïteit van Zorg. (2020). *Handreiking implementatie Ketenveldnorm*. Verkregen via <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Handreiking%20implementatie%20Ketenveldnorm%20-%20december%202020.pdf>
- Continuïteit van Zorg. (2022). *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*. Verkregen via <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/2022-01-20%20Ketenveldnorm%20-%20def%20.pdf>
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3rd ed.). SAGE
- Cosden, M., Ellens, J.K., Schnell., & Yamini-Diouf, Y. (2005). Efficacy of a mental health treatment court with Assertive Community Treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 23(2), 199-214. <https://doi.org/10.1002/bsl.638>
- Cuddeback, G.S., Morrissey, J.P., Cusack, K.J., & Meyer, P. S. (2009). Challenges to developing Forensic Assertive Community Treatment. *American Journal of Psychiatric rehabilitation*, 12(3), 225-246. <https://doi.org/10.1080/15487760903066362>
- Davis, K., Fallon, J., Vogel, S., & Teachout, A. (2008). Integrating into the mental health system from the criminal justice system: Jail aftercare services for persons with a severe mental illness. *Journal of Offender Rehabilitation*, 46(3-4), 217-231. <https://doi.org/10.1080/10509670802143599>
- de Boer, H., Ferwerda, H., Kuppens, J., & van Leiden, I. (2022). *Fatale politie-incidenten: Patronen bij fatale incidenten binnen de context van politieoptreden*. Verkregen via https://bureau.beke.nl/wpcontent/uploads/2022/02/Download_Bekereeks_Fatale_politie_incidenten.pdf
- de Kogel, C.H., & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. WODC/BJU
- Ellenbroek, E. (2000). *Maatschappelijke inpassing bij forensisch psychiatrische patiënten: Een verkennende studie naar sociale netwerken van forensisch psychiatrische patiënten opgenomen in het F.P.C. Veldzicht*. (Thesis, University Maastricht)
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research* (5th ed.). SAGE
- Glasbergen, P., Venema, S., & Vos, S. (2021). *Welkomstboekje: Onderzoek levensloopaanpak*. Verkregen via de mail.

- Glebbeeck, A. C., & Vos, H. (2000). Heeft de sociologie een toekomst? Over de hardnekkige onvolledigheid van de sociologische beroepsopvatting. *Mens en Maatschappij*, 75(4), 277-293.
- Gold, R. M. (1958). Roles in sociological field observations. *Social Forces*, 36(3), 217-223. <https://doi.org/10.2307/2573808>
- Greeven, P. G. J. (1997). *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: Een empirische studie*. Gouda Quint
- Hennink, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative research methods*. SAGE
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press
- Kitzinger, J., & Barbour, R. S. (1999). Introduction: The challenge and promise of focus groups, in R. S. Barbour & J. Kitzinger (eds.), *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice*. SAGE
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E., & Gross, B.H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 50(7), 907-913. <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.907>
- Lamberti, J.S., Weisman, R., & Faden, D. (2004). Forensic Assertive Community Treatment: Preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55(11), 1285-1293. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.11.1285>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1986). But is it rigorous? Trustworthiness and authenticity in naturalistic evaluation. *Relational Systems Evaluation*, 73-84. <https://doi.org/10.1002/ev.1427>
- Lofland J., & Lofland, L. H. (1984). *Analyzing social settings* (2nd ed.). Wadsworth
- Lunt, P., & Livingstone, S. (1996). Rethinking the focus group in media and communication research. *Journal of Communication*, 46, 79-89. <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.1996.tb01475.x>
- Mayring, P. (2000). Qualitative content analysis. *Forum on Qualitative Social Research*, 1(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-1.2.1089>
- Megargee, E. (1976). The prediction of dangerous behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 3, 3-21. <https://doi.org/10.1177/009385487600300101>
- Mills, J., Bonner, A., & Francis, K. (2006). The development of constructivist grounded theory. *International Journal of Qualitative Methods*, 5(1), 25-35. <https://doi.org/10.1177/160940690600500103>

- Monahan, J. (1981). The clinical prediction of violent behavior. *Crime and Delinquency Issues* (a monograph series). U. S. Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health.
- Morgan, D. L. (1988). *Focus groups as qualitative research*. SAGE
- Nakhaie, M. R., & Sacco, V. F. (2009). Social capital, individual disorders and property offences. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 392-399. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.009>.
- Neuendorf, K.A. (2002). *The content analysis guidebook*. SAGE
- Op1. (2022). *Martin Sitalsing over de aanpak van verwarde personen: "In acute situaties zou de aanwezigheid van de GGZ mooi zijn"*. Verkregen via <https://op1npo.nl/2022/02/17/frank-paauw-martin-sitalsing-over-de-aanpak-van-verwarde-personen/>
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. SAGE.
- Place, C., van Vugt, M., Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). *Modelbeschrijving forensische (F)ACT: Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams*. Verkregen via <https://www.trimbos.nl/docs/e7fa29ca-bb6c-4415-9c26-18ec5511cffa.pdf>
- Pol, M. (1995). *Sociale netwerken van forensisch psychiatrische patiënten: Methode ten behoeve van Diagnostiek Behandeling Rehabilitatie*. Utrecht University
- Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Völker, B. (2010). The role of personal social networks in risk assessment and management of forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 267-284. <https://doi.org/10.1080/15228932.2010.481232>
- Pycroft, A., & Clift, S. (2012). *Risk and rehabilitation: Management and treatment of substance misuse and mental health problems in the criminal justice system*. The Policy Press.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press.
- Schaftenaar, P., & van Outheusden, I. (2019). *Handreiking duurzame verbinding: Relationeel zorgverlenen en contact na behandeling als middel om betekenis te geven aan de relatie en risicomangement toe te passen*. Verkregen via https://www.researchgate.net/profile/Petra-Schaftenaar/publication/335985280_Handreiking_Duurzame_Verbinding/links/5d88d696a6fdcc8fd6157688/Handreiking-Duurzame-Verbinding.pdf
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22(2), 63-75. <https://doi.org/103233/22201>

- Significant Public. (2021). *Monitoring ketenveldnorm: De eerste effecten van de ketenveldnorm op casusniveau*. Verkregen via <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Maatschappelijke%20businesscases%20ketenveldnorm%202020.pdf>
- Significant Public. (2022). *Maatschappelijke Businesscase Ketenveldnorm Levensloopaanpak*. Verkregen via <https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Rapportage%20maatschappelijke%20businesscase%20levensloopaanpak.pdf>
- Skipworth, J., & Humberstone, V. (2002). Community forensic psychiatry: Restoring some sanity to forensic psychiatric rehabilitation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 47–53. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.11.x>
- Spreen, M., Völker, B., & Flap, H. (2002). The structural dimensions of social capital: Estimating the number of seemingly unrelated pairs of alters from ego's perspective. In J. Hagberg (Ed.), *Contributions to social network analysis, information theory and other topics in statistics: A festschrift in Honour of Ove Frank on the occasion of his 65th birthday. Handbook of Sociological Theory* (pp. 18–39). Kuvert proffset HB
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE
- Sutherland, E. H. (1947). *Principles of criminology* (4th ed.). J.B. Lippincott.
- Vanderveen, G. N. G. (2008). Laat het zien! Het gebruik van foto's in interviews. *Tijdschrift voor Criminologie*, 4, 385-395.
- van Marle, J., Arends, M., & Klaver, J. (2009). ACT voor forensische patiënten. In: Mulder & Kroon (Red.), *Assertive Community Treatment: Bemoezing voor patiënten met complexe problemen* (pp. 411-424). Boom.
- Valente, T. W. (2010). *Social networks and health: Models, methods, and applications*. Oxford University Press.
- Valente, T. W. (2012). *Network interventions*. *Science*, 337, 49–53. <https://doi.org/10.1126/science.1217330>
- Volkskrant. (2022). *Merendeel mensen die overleden na contact met politie gedroeg zich verward*. Verkregen via <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/merendeel-mensen-die-overleden-na-contact-met-politie-gedroeg-zich-verward~b8dcf974/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F#:~:text=Nieuws,Merendeel%20mensen%20die%20overleden%20na%20contact%20met%20politie%20gedroeg%20zich,alcoholgebruik%2C%20of%20een%20geschiedenis%20daarvan.>

- Ward, T., & Steward, A. C. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 353–360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- Wester, F. (2003). *Rapporteren over kwalitatief onderzoek*. Lemma.
- Wester, F. & Pleijter, A. (2006). Inhoudsanalyse als kwalitatief-interpreterende werkwijze. In F. Wester, K. Renckstorf & P. Scheepers (Eds.), *Onderzoekstypen in de Communicatiewetenschap* (pp. 575-599). Kluwer.
- 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. Veiligheidsregio Noord-Holland Noord*. Verkregen via https://www.vrnhn.nl/sites/vrnhn/files/downloads/Eindrapport%20Van%20fragmentatie%20naar%20samenhang%2025032019_0.pdf
- Zijlstra, J. (2021). *Professionals uit de forensische zorg over een optimale levensloopaanpak voor persistente daders* (Master thesis, Rijksuniversiteit Groningen).
- Zorg- en Veiligheidshuis Drenthe. (z.d.). *Werkproces aanmelding en inclusie Levensloopaanpak Drenthe*. Verkregen via de mail.
- Zorg- en Veiligheidshuis Fryslân. (z.d.) *Werkproces aanmelding en inclusie levensloopaanpak 1.1. Aanpassing omschrijving en criteria – versie februari 2022*. Verkregen via de mail.
- Zorg- en Veiligheidshuis Groningen. (2020). *Startnotitie levensloopaanpak provincie Groningen*. Verkregen via Hanzehogeschool SharePoint.

Bijlage 1: observatieschema aanmeldtafel en levensloopteam

Observatieschema

Bijeenkomsten Aanmeldtafel

Versie 0.1

Introductie

De eerste ronde van observeren draait om de vraag: ‘*wie doet wat?*’.

De volgende deelvragen staan centraal bij het observeren:

1. Welke partijen zijn betrokken bij keuzes rondom inclusie dan wel exclusie, en wat zijn hun rollen?
2. Hoe verloopt het proces van inclusie dan wel exclusie, en welke overwegingen staan hierbij centraal?
3. Hoe ziet de overdracht van de aanmeldtafel naar andere partijen er uit?

Instructie voor studenten:

Vul tijdens de bijeenkomst het observatieformulier in. Betrek de aanwezigen in het overleg om je te assisteren en te ondersteunen bij het invullen van het observatieformulier, zodat het observatieformulier gezamenlijk ingevuld wordt. Stel hierbij waar nodig vragen als iets niet duidelijk is.

Na afloop van het overleg stuur je het ingevulde observatieformulier per e-mail door aan alle aanwezigen bij het overleg. Zij kunnen dan nog eventuele aanpassingen maken.

Observatieschema

Informatie over overleg	
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?	
Wordt de casus anoniem besproken?	ja/nee
Welke informatie is voorafgaand aan de bijeenkomst gedeeld met de participanten van de aanmeldtafel? (vink aan wat van toepassing is)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ diagnose(s) ➤ persoonlijke geschiedenis ➤ hulpverleningsgeschiedenis ➤ justitiële geschiedenis ➤ zorgzwaarte/financiering ➤ directe aanleiding/onderbouwing aanmelden ➤ risicotaxatie ➤ zelfredzaamheidsmatrix ➤ anders namelijk....
Hoe ver van tevoren en door wie is de informatie opgestuurd?	

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

(n.b. dit onderdeel kan voorafgaand aan de bijeenkomst al ingevuld worden)	
Hoe lang duurde de bijeenkomst?	
Welke organisatie/functie zit het overleg voor?	
Overige opmerkingen/opvallende zaken	

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

Wie doet wat?	Observaties
Beschrijving van de casus	
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?	

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

Welke argumenten werden genoemd om de cliënt <u>niet</u> te includeren?	
Als de cliënt <u>wel</u> is geïncludeerd: 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 geïncludeerd: 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)	

Reflecties op het inclusieproces	Observaties
Is er gesproken over of de juiste organisaties aanwezig waren? Zo ja, wat werd hierover gezegd?	
Is er gesproken over de mate waarin de participanten zich hadden voorbereid? Zo ja, wat werd hier over gezegd?	

Meppelink – de optimale zorg op de bekende plek

Is er gesproken over in hoeverre de vooraf verstrekte informatie voldoende was om een keuze rondom inclusie/exclusie op te baseren? Zo ja, wat werd hier over gezegd?	
Is er gesproken over hoe de inclusiecriteria geïnterpreteerd zouden moeten/kunnen worden? Zo ja, wat werd hierover gezegd?	
Is er op andere onderwerpen gereflecteerd op de bijeenkomst? Zo ja, wat werd er gezegd?	

Observatieschema

Bijeenkomsten Levensloopteam

Versie 2

Introductie

De eerste ronde van observeren draait om de vraag: ‘*wie doet wat?*’.

De volgende deelvragen staan centraal bij het observeren:

1. Welke interventies en acties onderneemt het Levensloopteam?
2. Hoe worden de keuzes voor deze interventies gemaakt, welke alternatieve interventies worden afgewogen, en hoe verloopt de besluitvorming rondom de keuze voor een interventie?
3. Welke organisatie binnen het Levensloopteam voert welke interventie uit en wie is verantwoordelijk op casus- en regieniveau?
4. Tegen welke barrières loopt het Levensloopteam aan bij het uitvoeren van de interventies?
5. Wat zijn de behaalde resultaten en successen?

Instructie voor studenten:

Vul tijdens de bijeenkomst het observatieformulier in. Betrek de aanwezigen in het overleg om je te assisteren en te ondersteunen bij het invullen van het observatieformulier, zodat het observatieformulier gezamenlijk ingevuld wordt.

Stel hierbij waar nodig vragen als iets niet duidelijk is. Voorbeeldvragen kunnen zijn: “wat is precies de klacht of het probleem dat met deze interventie verholpen dient te worden?”, “wie voert de regie tijdens deze interventie?”, of “waarom is juist voor deze en niet voor een alternatieve interventie gekozen?”.

Na afloop van het overleg stuur je het ingevulde observatieformulier per e-mail door aan alle aanwezigen bij het overleg. Verwijder hierbij de namen van de betrokken professionals. Zij kunnen dan nog eventuele aanpassingen maken.

Als verscheidene casussen worden besproken, vul dan voor iedere casus een uniek formulier in. Geef een unieke letter aan iedere besproken geïncludeerde persoon.



Observatieschema

Informatie over overleg	
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 verscheidene 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.

Casus:	[vul in]
---------------	----------

Terugblik casus	Observaties
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)	

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

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	

Controleer of de observatieformulieren geanonimiseerd zijn voordat deze gedeeld worden met het Levensloopteam.



Bijlage 2: overzicht kenmerken observaties

	Soort overleg	Aanwezig	Afwezig	Aantal observatoren	Tijdsduur	Manier	Aantal besproken cliënten
Groningen							
09-03-2022	Levensloopteam	ZVHG ForFACT Cosis WIJ	Wender	2	1 uur	Fysiek	6
16-03-2022	Levensloopteam + casusoverleg	ZVHG Cosis ForFACT WIJ OGGZ VNN	-	2	2 uur	Fysiek	6
23-03-2022	Levensloopteam + casusoverleg	ZVHG Cosis ForFACT WIJ Wender Politie Gemeente OGGZ	-	2	2 uur	Fysiek	7

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

Reclassering							
30-03-2022	Levensloopteam + casusoverleg	ZVHG ForFACT Wender VTH Limor	WIJ Cosis	2	2 uur	Fysiek	10
06-04-2022	Levensloopteam	ZVHG Cosis ForFACT WIJ Wender	-	2	2 uur	Fysiek	10
20-04-2022	Levensloopteam	ZVHG Cosis ForFACT Wender	WIJ	1	1 uur	Online	10
04-05-2022	Levensloopteam	ZVHG ForFACT Cosis WIJ	Wender	1	2 uur	Fysiek	4
11-05-2022	Levensloopteam	ZVHG Wender ForFACT Gemeente	-	2	2 uur	Fysiek	8

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

		WIJ					
18-05-2022	Levensloopteam	ZVHG	-	1	1,25 uur	Fysiek	8
		ForFACT					
		Cosis					
		WIJ					
		Wender					
25-05-2022	Levensloopteam	ZVHG	-	2	2 uur	Fysiek	6
		Wender					
		ForFACT					
		WIJ					
		Cosis					
Friesland							
10-03-2022	Levensloopteam	ForFACT	Trajectum	3	1,5 uur	Online	1
		Wender	SDF				
		ZVHF					
		VNN					
		PI					
17-03-2022	Aanmeldtafel	ForFACT	Trajectum	3	1,5 uur	Fysiek	4
		VNN					
		ZVHF					
		SDF					
14-04-2022	Aanmeldtafel	ForFACT	-	2	1,5 uur	Fysiek	3
		VNN					

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

		SDF					
		ZVHF					
		Trajectum					
12-05-2022	Levensloopteam	ForFACT	Trajectum	3	1,5 uur	Fysiek	-
		VNN					
		SDF					
		ZVHF					

Bijlage 3: poster intervisiedag over de levenslooppaanpak voor betrokken professionals





Bijlage 4: codeboek

Codegroep	Code	Omschrijving	Voorbeeld
Naasten	Naasten	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over (het betrekken van) naasten van de cliënt.	“De cliënt mag wonen bij een man waar hij eerder heeft gewoond.”
	Gemis naasten	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van (het betrekken van) naasten van de cliënt.	“Er is sprake van een beperkt steunsysteem: de cliënt heeft één zoon maar hier heeft hij geen contact mee.”
Persoonlijke hulpverlening	Persoonlijke hulpverlening	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het bieden van continu zorg en	“[naam professional] heeft goed contact met de cliënt en gaat vrijdagmiddag naar hem toe.”
	continuïteit/communicatie	ondersteuning aan de cliënt of contact tussen de professional en de hulpverlener.	
	Persoonlijke hulpverlening	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het verblijven van een cliënt op een woon-	“De cliënt heeft een plek toegewezen gekregen voor langere tijd.”
	woonplek/opname	of opnameplek.	
	Persoonlijke hulpverlening zorg op maat	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het bieden van zorg en ondersteuning die afgestemd is op de cliënt.	“De cliënt is gebaat bij veel begeleiding, aandacht en structuur vanwege zijn beperking. Daarom heeft hij vaste gezichten om zich heen nodig qua hulpverleners.”
	Gemis persoonlijke hulpverlening continuïteit	Wordt toegekend wanneer er wordt gesproken over het gemis van het bieden van continu zorg en ondersteuning aan de cliënt.	“Gister aangegeven dat het levensloopteam langs wil komen, maar de cliënt geeft aan daar niet op te zitten wachten en dat hij alleen contact wil hebben met zijn advocaat.”
	Gemis persoonlijke hulpverlening passende woonplek	Wordt toegekend wanneer er wordt gesproken over het gemis van een passende woon- of opnameplek voor de cliënt.	“De cliënt heeft een VG6-indicatie, maar er wordt genoemd dat de cliënt niet passend is op een VG6-locatie.”
Gemis persoonlijke hulpverlening zorg op maat	Wordt toegekend wanneer er wordt gesproken over het gemis van het bieden van zorg en ondersteuning die is afgestemd op de cliënt.	“Vriendin en [zorginstantie] bespreken hun frustraties over de manier waarop er (geen) hulp geboden wordt (kan worden) aan de cliënt.”	

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

Samenwerking professional en cliënt	Samenwerking professional cliënt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het meenemen van de cliënt door de professional in (de voortgang van) zijn traject.	“Tevens gaat zij [professional] de cliënt bijpraten over het overleg.”
	Samenwerking professional cliënt vertrouwensband	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over een vertrouwensband tussen de professional en de cliënt.	“De cliënt geeft aan niemand te vertrouwen, behalve ForFACT.”
	Gemis samenwerking professional cliënt veiligheid	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over een gemis van een gevoel van veiligheid van de professional door (het gedrag van) de cliënt.	“De grote barrière lijkt te zijn dat organisaties uit veiligheidsoverwegingen liever geen aanmelder willen zijn bij casussen met een hoog veiligheidsrisico zoals deze.”
	Gemis samenwerking professional cliënt vertrouwen/meenemen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over een gemis van vertrouwen tussen de professional en de cliënt of een gemis van het meenemen van de cliënt door de professional in (de voortgang van) zijn traject.	“De cliënt is niet op de hoogte van deze aanmelding.”
Samenwerking professionals	Samenwerking professionals aanvraag zorgmachtiging	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals omtrent (de aanvraag van) de zorgmachtiging.	“[naam professional] en [naam professional] nemen de leiding zodat de aanvraag voor de zorgmachtiging binnen [naam zorginstantie] geregeld wordt.”
	Samenwerking professionals andere/snellere wegen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals om andere of snellere wegen te kunnen bewandelen.	“Deze cliënt het label ‘levensloopteam’ heeft. Zo kan er een vroege aanmelding gedaan worden.”
	Samenwerking professionals bevorderen veiligheid	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals om de veiligheid van de professionals te bevorderen.	“[naam professional] stelt voor dat er een plan gemaakt wordt zodat de veiligheid gewaarborgd kan worden.”
	Samenwerking professionals communicatie	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over alle vormen van communicatie tussen professionals.	“Volgende week woensdag is er een casuoverleg over de cliënt.”

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

Samenwerking professionals financiering	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals omtrent de financiering van zorg en ondersteuning aan de cliënt.	“Het is belangrijk om contact te hebben met de ziektekostenverzekering i.k.v. de levenslooppaanpak zodat de meerkosten niet bij de GGZ terecht komen.”
Samenwerking professionals gegevensdeling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de gegevensdeling tussen professionals.	“Iedereen gaat in zijn/haar eigen organisatie checken of er iets bekend is over de cliënt.”
Samenwerking professionals korte lijnen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over korte lijnen tussen professionals.	“Iemand van [zorginstantie] heeft gezegd dat dit wel vaker voorkomt en dat ze daarom daar een lijntje voor hebben.”
Samenwerking professionals langs gaan	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het samen langs gaan van professionals bij de cliënt.	“[naam professional] is met [naam professional] bij de cliënt langs geweest en gaat maandag met [naam professional] langs.”
Samenwerking professionals nieuwe cliënten	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals om nieuwe cliënten voor de levenslooppaanpak te vinden of te includeren.	“Als deze lijst af is, kan het levensloopteam met de politie om tafel om te kijken of daar nog eventuele nieuwe cliënten uit naar voren komen.”
Samenwerking professionals opschaling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals om een opschaling van de zorg en ondersteuning aan de cliënt te realiseren.	“Mailwisseling tussen [zorginstantie] en [zorginstantie] met de vraag of zij kunnen opschalen.”
Samenwerking professionals woonplek/opname	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de samenwerking tussen professionals om een woon- of opnameplek voor de cliënt te vinden.	“Een woonplek vinden moet dus vanuit het levensloopteam, in samenwerking met de casemanager.”
Gemis samenwerking professionals aanvragen zorgmachtiging	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van samenwerking tussen professionals omtrent (de aanvraag van) de zorgmachtiging.	“Andere betrokkenen de zorgmachtiging afkeuren, terwijl het levensloopteam vindt dat zij de aanvraag goed onderbouwd hebben.”

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

	Gemis samenwerking professionals andere/snellere wegen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van samenwerking tussen professionals waardoor andere of snellere wegen bewandeld kunnen worden.	“Maar echt ontschotten en over de grenzen van organisaties heen werken, dat gebeurt nog niet en dat zien [naam professional] en [naam professional] ook niet snel gebeuren.”
	Gemis samenwerking professionals communicatie	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van communicatie tussen professionals.	“De communicatie met de politie loopt slecht.”
	Gemis samenwerking professionals gegevensdeling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van gegevensdeling tussen professionals.	“Ze [levensloopteam] missen een systeem waar iedereen in kan en waarin alle updates geplaatst kunnen worden.”
	Gemis samenwerking professionals korte lijnen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van korte lijnen tussen professionals.	“Door corona lijkt het zo te zijn dat de afstand tussen ketenpartners groter is geworden.”
	Gemis samenwerking professionals onvoldoende middelen/kennis	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van samenwerking tussen professionals door onvoldoende middelen of kennis van professionals.	“Ook rijst er de vraag of er een nieuwe IQ-test gedaan kan worden bij de cliënt. Vanuit de PI is het ingewikkeld om daar iets in te betekenen vanwege een flinke onderbezetting.”
	Gemis samenwerking professionals woonplek/opname	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van samenwerking tussen professionals om een woon- of opnameplek voor de cliënt te vinden.	“Naar aanleiding van de zorgmachtiging onderzoekt [naam professional] of de cliënt op de PPC kan verblijven met de zorgmachtiging. De PPC geeft aan dat dit alleen kan ter overbrugging naar een andere plek. Voor deze overbrugging had de cliënt op een wachtlijst moeten staan, en dat is niet het geval.”
Specifieke kennis doelgroep lvb	Specifieke kennis doelgroep lvb	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over specifieke kennis van het levensloopteam over mensen met een licht verstandelijke beperking.	“Gericht op de kennis die zij heeft over lvb-problematiek.”
	Specifieke kennis doelgroep behoeftigheden	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over specifieke kennis van het levensloopteam over de behoeftigheden van de cliënten.	“[naam professional] zit daarbij, aangezien zij de doelgroep goed kent en snapt wat er moet gebeuren.”

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

	Gemis specifieke kennis doelgroep inclusiecriteria	Wordt toegekend wanneer er wordt gesproken over het gemis van specifieke kennis van het levensloopteam over (het hanteren van) de inclusiecriteria.	“Betrokkene wordt niet geïncludeerd omdat er discussie ontstaat over het criterium dat alle mogelijke opties geprobeerd zijn.”
Meerwaarde	Meerwaarde	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de meerwaarde van de levensloopteam.	“Het mooie van de levensloopteam is dat ze door alle sectoren heen kunnen werken.”
	Gemis meerwaarde	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het gemis van de meerwaarde van de levensloopteam.	“De leden van het levensloopteam kunnen de meerwaarde van wat een levensloopteam zou kunnen betekenen nog niet concreet verwoorden. Dit lijkt nog een zoektocht.”
Focusgroep en interviews	Gevolg alle provincies langzaam	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over belemmeringen als gevolg in alle provincies.	“[naam professional] en [naam professional] noemen dat dit een grote belemmering in het systeem is aangezien dit het proces van een zorgmachtiging en opschalen afremt.”
	Gevolg F doelgroep	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de doelgroep als gevolg in Friesland.	“De cliëntengroep van de levensloopteam in Friesland bestaat vooral uit jongeren met verslavingsproblematiek.”
	Gevolg F door op andere manier	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het doorzetten van de levensloopteam op een andere manier als gevolg in Friesland.	“In Friesland gaan nu de trajectbegeleiders door met de levensloopteam; zij blijven voor een langere tijd betrokken. Binnen maatwerk gaat [zorginstantie] met elkaar kijken of een cliënt in aanmerking komt voor de levensloopteam. De wens is om hier een netwerk van mensen en ketenpartners omheen te bouwen.”
	Gevolg F niet goed op gang komen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het niet goed op gang komen van de levensloopteam als gevolg in Friesland.	“Volgens [naam professional] is de levensloopteam hoog in de boom bedacht, maar zijn de kaders en randvoorwaarden niet gecreëerd, waardoor het proces niet goed genoeg op gang is gekomen.”
	Gevolg F samenwerking professional cliënt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over gevolgen voor de samenwerking tussen professional en cliënt in Friesland.	“De onafhankelijkheid van de trajectbegeleiders kan soms helpen om vertrouwen te winnen bij een cliënt.”
	Gevolg F samenwerking professionals	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over gevolgen voor de samenwerking tussen professionals in Friesland.	“Wat maakte dat medewerkers van hun baas geen tijd meer mochten investeren in de levensloopteam.”

Gevolg F zorg op maat	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de gevolgen voor het bieden van zorg op maat aan de cliënt in Friesland.	“In Friesland neemt [naam zorginstantie] deze rol ook op zich, maar zij kunnen geen hulp bieden zodra het bijv. over het gedrag van de cliënt gaat. Op dat moment stappen zij eruit.”
Gevolg G doelgroep	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de doelgroep als gevolg in Groningen.	“Maar dat dit [aanmelding van jongeren] eerder voorkomt in de maatwerkcasuïstiek dan in de levenslooppaanpak.”
Gevolg G het loopt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de voortgang van de levenslooppaanpak als gevolg in Groningen.	“[naam professional] geeft aan dat deze vrije uren één van de succesfactoren is waardoor de levenslooppaanpak loopt in Groningen.”
Gevolg G nieuwe cliënt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het includeren van een cliënt uit een andere provincie als gevolg in Groningen.	“Een lid van het levensloopteam van beide provincies kunnen dan gezamenlijk de cliënt bezoeken zodat de overgang wat ‘zachter’ is. [naam professional] geeft aan nu ook aan te sluiten bij [naam professional] om te kijken wat de huidige situatie van de cliënt is.”
Gevolg G onduidelijkheid	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het heersen van onduidelijkheid als gevolg in Groningen.	“Wat het lastig maakt om goed uit te leggen wat het levensloopteam nou precies doet.”
Gevolg G partners aangehaakt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de betrokkenheid van ketenpartners als gevolg in Groningen.	“[naam professional] geeft aan dat alle stilstaande casussen nu wel in beweging zijn. Dit zorgt ervoor dat ketenpartners weer meer willen proberen met de cliënt, aangezien zij altijd terug kunnen vallen op het levensloopteam.”
Gevolg G snellere/andere wegen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het kunnen bewandelen van snellere of andere wegen als gevolg in Groningen.	“In Groningen weet het levensloopteam bij wie ze aan moeten kloppen en heeft deze persoon kennis van de levenslooppaanpak, zodat dit niet elke keer opnieuw uitgelegd hoeft te worden.”
Gevolg G vastleggen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over het vastleggen van zaken en routes als gevolg in Groningen.	“In Groningen zijn ze nu zo ver dat er een aantal zaken vastgelegd moeten worden zodat die als basis kunnen gelden.”
Verskil alle provincies doelgroep	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over verschillen tussen alle provincies omtrent de doelgroep.	“De doelgroep van de levenslooppaanpak in Drenthe bestaat bijna alleen maar uit cliënten met een tbs-maatregel. De doelgroep van de levenslooppaanpak in Groningen bestaat uit andere cliënten, en in Friesland bestaat deze weer uit andere cliënten.”

Meppelink – De optimale zorg op de bekende plek

Vershil D doelgroep	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent de doelgroep.	“[naam onderzoeker] is benieuwd hoe het komt dat in Drenthe zo’n zware doelgroep is geïncludeerd; is dit toeval of zijn [naam professional] haar lijntjes heel goed?”
Vershil D gegevensdeling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent gegevensdeling.	“Drenthe werkt hier [programma] ook mee.”
Vershil D inclusiecriteria	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent de inclusiecriteria.	“Volgens [naam onderzoeker] is er in Drenthe veel gepraat over het criterium ‘alles is geprobeerd’, dus misschien hebben zij hun lat heel hoog gelegd.”
Vershil D persoonlijke hulpverlening	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening.	“In Drenthe worden goede opschalingsmogelijkheden gemist.”
Vershil D samenwerking professional cliënt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent de samenwerking tussen professional en cliënt.	“In Drenthe wordt het zelf in gesprek gaan met de cliënt over wat en waarom hij dit wil en hoe hij zo is geworden zodat je meer te weten komt over wat goed ging en waarom zodat je meer mogelijkheden kan bekijken gemist.”
Vershil D samenwerking professionals	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent de samenwerking tussen professionals.	“In Drenthe wordt het aanhalen van contactpersonen gemist.”
Vershil D voldoende kennis/middelen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en Friesland/Groningen omtrent het hebben van voldoende kennis en middelen.	“In Drenthe wordt er gewerkt op basis van expertise.”
Vershil D werkwijze	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Drenthe en	“In Drenthe is er geen levensloopteam, maar nemen [naam professional] en [naam zorginstantie] de taken vooral op zich. [naam onderzoeker] vraagt zich daarom af

	Friesland/Groningen omtrent de werkwijze van het levensloopteam.	of het werk bij de levensloopteamcliënten daarom anders is dan normaal of dat het gezien wordt als maatwerkcasuïstiek die lang blijft.”
Verskil F en G opschalen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland/Groningen en Drenthe omtrent opschalen.	“[naam professional] geeft aan dat je binnen de levensloopteam gaat kijken welke opties er nog wel zijn, terwijl een tbs-maatregel soms jarenlang duurt. [naam professional] en [naam professional] gebruiken een tbs-maatregel meer als opschalingsmogelijkheid naar een hoger beveiligingsniveau, dus als tijdelijke maatregel om een cliënt te stabiliseren of een crisis te bezweren.”
Verskil F ervaring	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent ervaringen met de levensloopteam.	“[naam professional] geeft aan dat ze graag met ervaringen ‘de boer op wil gaan’, maar dat zij dit nu nog niet kunnen doen.”
Verskil F gegevensdeling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent gegevensdeling.	“[naam professional] geeft aan dat wanneer een cliënt aangemeld wordt, zij de informatie uit het systeem van de vorige organisatie krijgen en dit verwerken in hun eigen systeem.”
Verskil F naasten	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent (het betrekken van) naasten.	“In Friesland worden naasten goed betrokken.”
Verskil F onvoldoende kennis/middelen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent het hebben van onvoldoende middelen en kennis.	“[naam professional] vraagt zich af hoe het kan dat hulpverleners denken dat dit [jongeren met verslavingsproblemen] de doelgroep is. Volgens haar worden deze jongeren aangemeld op basis van wanhoop: wat moeten we nu nog met deze jongeren?”
Verskil F persoonlijke hulpverlening	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening.	“In Friesland zijn er korte lijnen tussen professional en cliënt.”
Verskil F randvoorwaarden	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en	“Volgens [naam professional] heeft dit alles te maken met de randvoorwaarden. De financiën zijn niet geregeld en zij vraagt zich af hoe er uren voor medewerkers

	Groningen/Drenthe omtrent het gemis aan randvoorwaarden.	vrijgemaakt kunnen worden terwijl er geen financiële compensatie beschikbaar voor is.”
Vershil F samenwerking professional cliënt	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent de samenwerking tussen professional en cliënt.	“In Friesland wordt er goed geluisterd naar de wensen en mogelijkheden van de cliënt.”
Vershil F samenwerking professionals	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent de samenwerking tussen professionals.	“[naam professional] geeft aan dat hun levensloopparters zich hebben teruggetrokken.”
Vershil F veiligheid	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen Friesland en Groningen/Drenthe omtrent veiligheid van professionals.	“De trajectbegeleiders zullen hier [gevoel van onveiligheid] ook mee te maken krijgen, dus [naam professional] vraagt hoe zij hiermee omgaan. [naam professional] geeft aan dat de trajectbegeleiders aanwezig zullen zijn op de intervisiedag en hun ervaringen dan kunnen delen.”
Vershil G D samenwerking professionals	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen/Drenthe en Friesland omtrent	“Zij [professional] geeft aan dat gezamenlijk de cliënt opzoeken ook een optie is. Een lid van het levensloopteam van beide provincies kunnen dan gezamenlijk de cliënt bezoeken zodat de overgang wat ‘zachter’ is. [naam professional] geeft aan nu ook aan te sluiten bij [naam professional] om te kijken wat de huidige situatie van de cliënt is, en zij zegt dat dit samen oppakken van de cliënt interessant is.”
Vershil G gegevensdeling	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent gegevensdeling.	“In Groningen wordt een centraal registratiesysteem voor de ketenpartners gemist.”
Vershil G inclusiecriteria	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent inclusiecriteria van de levensloopaanpak.	“Zij worstelen wel met het gevaarscriterium: wanneer vertoont iemand gevaarlijk gedrag? Daar zit voor hen de moeilijkheid.”
Vershil G onderbouwing	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en	“[naam professional] zegt dat ze nog geen ‘vast pakket’ hebben dat ze aan kunnen bieden.”

	Friesland/Drenthe omtrent de onderbouwing van de levenslooppak.	
Vershil G onvoldoende kennis/middelen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent onvoldoende kennis en middelen.	“[naam professional] merkt dat cliënten worden aangemeld wanneer hulpverleners niet meer weten wat ze moeten/kunnen doen voor de cliënt, maar tegelijkertijd is er nog geen zorgmachtiging aangevraagd omdat dit te ingewikkeld is of omdat hulpverleners dan op een kwetsbare positie komen te staan.”
Vershil G persoonlijke hulpverlening	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent persoonlijke, intensieve en domeinoverstijgende hulpverlening.	“In Groningen hebben de professionals een proactieve houding.”
Vershil G samenwerking professionals	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent de samenwerking tussen professionals.	“[naam professional] geeft aan dat zij mazzel hebben dat [naam zorginstantie] één van de aanjagers van de levenslooppak is en dat zij vanaf het begin af aan betrokken zijn geweest. Ook zitten er medewerkers van [naam zorginstantie] in het levensloopteam en zijn dit mensen die dit soort zaken ook wel ‘doorbeuken’ binnen hun eigen organisatie.”
Vershil G veiligheid	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent het waarborgen van de veiligheid van professionals.	“[naam professional] geeft aan dat zij ernaar toe willen dat er een algemeen veiligheidsplan komt: wat doen we wanneer en wat kunnen we wanneer en op welke manier vragen aan welke organisatie.”
Vershil G voldoende kennis/middelen	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent voldoende kennis en middelen.	“In Groningen heerst er veel kennis.”
Vershil G werkwijze	Wordt toegekend wanneer er gesproken wordt over de verschillen tussen en Groningen en Friesland/Drenthe omtrent de werkwijze van de levenslooppak.	“[naam professional] geeft aan dat Groningen wel echt op zoek is naar hoe ze anders kunnen werken dan dat ze bij maatwerkcasuïstiek doen. Dit hebben zij ook nog niet uitgevonden, maar ze zijn er wel hard naar op zoek.”