



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

HANDREIKING

Beleidsplan Opvang en bescherming

DEEL II - ACHTERGRONDINFORMATIE



Handreiking t.b.v.

Beleidsplan Opvang en bescherming

*ter ondersteuning van centrumgemeenten voor het opstellen van een regionaal integraal beleidsplan
2016-2019 voor de functies opvang en bescherming*

Deel II - Achtergrondinformatie

Colofon

Auteurs

A. van Bergen

D. Heineke

Uitgevoerd door Movisie

In opdracht van Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Vormgeving

Chris Koning (VNG)

Den Haag, november 2015



Inhoudsopgave

Toelichting en leeswijzer	5
1 Inleiding	9
Inhoudelijke informatie over Stedelijk Kompas	9
Samenvatting en conclusies Monitor Stedelijk Kompas 2013	10
Conclusies en beschouwingen uit de evaluatie Plan van Aanpak MO	12
Inhoudelijke informatie over Beschermd Wonen	15
2 Beleidskader	17
Overzicht relevante wetten	17
Samenhang tussen wettelijke kaders	19
Samenwerkingsafspraken centrumgemeenten en regiogemeenten	21
Visie: de visie van de sector GGZ en MO	21
Visie op de gewenste transformatie - zelfregienetwerken als innovatie	22
3 Doelgroep	27
Doelgroepbeschrijvingen Opvang, Bescherming & Herstel	27
Omvang doelgroepen	32
Capaciteit per voorzieningentype	34
Doelgroepen van de RIBW nader toegelicht	35
Behoeften van mensen in multiprobleemsituaties	41
Casussen	42

4	Aanbod	47
	Aanbodtypen Opvang & Bescherming	47
	Maatschappelijke zorgmatrix voor multiproblematiek	49
	Beschrijving zelfregie-organisaties	51
5	Vraagstukken en ambities	53
	Wettelijk kader	53
	Ontwikkelingen in de doelgroep	53
	Maatschappelijke doelstellingen	54
	Het onderzoek voor de toegang	54
	De toewijzing van het aanbod (plaatsing)	55
	Verklaringen voor wachtlijsten beschermd wonen	57
	Weinig zicht op pgb-trajecten	57
	Overgang 18-/18+	58
	Gewenste vernieuwing in het aanbod	58
	Dagbesteding	60
	Het belang van een overzicht van voorzieningendifferenties	60
	Alternatief voor zzp: het vignettenmodel	61
	Regionale samenwerking	62
6	Organisatie van het aanbod	65
	Over het organiseren van de toegang	65
	Toegangscriteria: Checklist beschermd wonen	66
	Innovaties	67
7	Financiën	69
	Over het verstrekken van een pgb in de WMO	69
	Tijdelijke niet bezette plaatsen	70
	Over alternatieve bekostigingsmodellen	70
8	Kwaliteit en monitoring	73
	Wetstekst Kwaliteit in de WMO	73
	Uitkomstmaten voor monitoring	75
	Over monitoring	75
	Taxatie Sociale Uitsluiting en MONTRA-model	76
	E-book monitor sociaal kwetsbare groepen	76



Toelichting en leeswijzer

Na twee perioden van vier jaar Plan van Aanpak Stedelijke (of regionale) Kompassen is er een nieuwe fase aangebroken: met de komst van de Wmo2015 hebben alle gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor de opvang en bescherming van diegenen die niet in staat zijn tot zelfstandig wonen. De taak beschermd wonen is er dus bij gekomen als onderdeel van de overgang van delen van de AWBZ naar het gemeentelijk domein. Voor deze opgave is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid voor alle gemeenten in de 43 regio's, die intensieve samenwerking en afstemming noodzakelijk maakt.

Decentralisatie en transformatie

De sociale infrastructuur wordt opgeschud in een algemeen streven om de maatschappelijke ondersteuning in brede zin te transformeren: meer wijkgericht, integraler, eigen-krachtgericht, netwerkgericht en preventief werkend voor mensen met kleine en grote vragen. Ook voor de functies maatschappelijke opvang en beschermd wonen ligt er een transformatie-opgave.

Dit geeft de 43 regio's met hun centrumgemeenten de mogelijkheid om deze twee, elkaar overlappende deelsectoren, met elkaar te verbinden in één samenhangend en doeltreffend beleid 'Opvang en Bescherming'. Bij de uitwerking van dit beleid is van belang om een brede focus te hebben in het belang van herstel en participatie van deze doelgroepen. Daarbij wordt de Stedelijk Kompas aanpak als een geslaagd voorbeeld gezien.

Regionale beleidsvorming maatschappelijke opvang 2007-2014

De afgelopen acht jaar is er veel bereikt op het gebied van maatschappelijk opvang. De totstandkoming van het Plan van Aanpak van de G4 (2007) en de navolging daarop met het Stedelijk Kompas van de 39 centrumgemeenten (2008) hebben een structurele impuls gegeven aan de regionale beleidsvorming ten aanzien van maatschappelijke opvang, niet alleen in de coördinerende 43 centrumgemeenten, maar ook in de regiogemeenten die meer betrokken zijn geraakt bij het aanpakken van dakloosheid. In 2007, aan de vooravond van het Stedelijk Kompas-traject, heeft Movisie in opdracht

van de VNG een stappenplan geschreven ter ondersteuning van de beleidsambtenaren die de Stedelijk Kompassen opstelden. Met het stappenplan voor ogen is deze handreiking gemaakt ter ondersteuning van de beleidsambtenaren bij het opstellen van de regionale beleidsplannen opvang en bescherming, waarin tevens aandacht is voor herstel en participatie.

Deze handreiking geeft informatie en instrumenten om samen met andere producten uit het ondersteuningsprogramma van de VNG een adequaat en ambitieus beleidsplan te kunnen opstellen met betrekking tot maatschappelijk opvang en beschermd wonen. Deze handreiking is een hulpmiddel; geen voorschrift. Het geeft informatie over de inhoud: kennis, visies, uitgangspunten, doelen en prestatieafspraken¹, doelgroep- en aanbodbeschrijvingen, goede praktijken², achtergronden en bronnen. Verbreding met preventie en nazorg en aanverwante terreinen. De reikwijdte wordt wonen-zorg-welzijn-participatie.

De aansluiting op landelijk geformuleerde wensen: de landelijke werkafspraken GGZ.

Het taalgebruik: terminologie en definities.

Daarbij wordt de informatie gepresenteerd vanuit het perspectief van de cliënt en vanuit de situatie op 1 januari 2015. Dat levert een consistente betooglijn op. Het is aan gemeenten om keuzes te maken in hun beleidsplannen. Hiermee wordt deze handreiking ook een handig naslagwerk met achtergrondinformatie voor beleidsmedewerkers en bestuurders die nog niet helemaal op de hoogte zijn van de ontwikkelingen binnen beschermd wonen en de stand van zaken anno 2015.

Gemeenten kunnen ook andere keuzes maken dan de uitwerking van een gecombineerd meerjarenplan voor de maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Enkele regio's hebben een nieuw meerjarenplan voor de opvang vastgesteld. Andere regio's kiezen ervoor de nadruk te leggen op het inbedden van beschermd wonen in het beleidsplan Wmo (of Sociaal Domein). Voor de goede orde: beschermd wonen en maatschappelijke opvang kunnen niet los gezien worden van het overige Wmo-beleid maar hier ligt de nadruk op de voordelen van bundelen van beleid voor deze verwante doelgroepen. Er zijn ook regio's die al bijna klaar zijn met hun regionale beleidsplannen voor de nieuwe taak beschermd wonen. Voor hen kan deze handreiking nog een laatste check bieden. Tevens kunnen die gemeenten een bijdrage leveren aan andere regio's door hun plannen te delen.

Landelijke ondersteuning, kennisdelen en monitoring

De VNG begeleidt de beleidsvorming middels een ondersteuningsprogramma 'Opvang en Bescherming' met drie onderdelen:

1. Ondersteuning bij de ontwikkeling van (regionale) beleidsplannen voor opvang en beschermd wonen, waarbij de centrumgemeenten het voortouw nemen. De ondersteuning bestaat uit drie onderdelen: voorbereiding, ontwikkeling, implementatie.
2. Een kwaliteitsaanpak opvang en beschermd wonen die basale uitgangspunten oplevert voor opvang en beschermd wonen plus kwaliteitseisen voor specifieke doelgroepen en specifieke voorzieningen.
3. Een visie op beschermd wonen, een voorstel voor samenwerking tussen gemeenten en uitgangspunten voor een nieuw verdeelmodel voor het budget beschermd wonen door een onafhankelijke Commissie Toekomst.

Deze handreiking hoort bij het eerste onderdeel en vormt met de visie van de Commissie Toekomst twee belangrijke bouwstenen voor een eigen beleidsplan.

¹ In de nieuwe infrastructuur moet de gehele doelgroep goed bediend worden; niemand mag tussen wal en schip vallen.

² Gemeenten die al ver gevorderd zijn met de ontwikkeling van beleidsplannen voor de nieuwe taak beschermd wonen, worden gevraagd actief deel te nemen in de verspreiding van hun plannen zodat andere gemeenten hiervan kunnen leren.

De beleidsplannen vormen de basis voor de inkoop of subsidiëring van voorzieningen van 2017 of daarna. Het is daarbij dan ook cruciaal om de integrale aanpak die vanuit het beleid naar voren komt te vertalen naar de voorzieningen in de uitvoering.

Leeswijzer

Deze handreiking bestaat uit drie delen. Deel I geeft zo beknopt mogelijk informatie over de opbouw en de inhoud van het beleidsplan. In Deel II, dat u nu inkijkt, staan, gegroepeerd naar dezelfde hoofdstukindeling, achtergrondmaterialen, instrumenten, voorbeelden en links naar achterliggende rapporten, ter verdieping en inspiratie. Deel III is een checklist, die gebruikt kan worden om de Ausgangssituation voor wat betreft het beschikbare aanbod in de eigen gemeente of regio in kaart te brengen.



1 Inleiding

Inhoudelijke informatie over Stedelijk Kompas

Stedelijk Kompas

De maatschappelijke opvang is al langere tijd veel meer dan het helpen van dak- en thuislozen aan bed, bad en brood. De 43 centrumgemeenten voor MO zetten in hun beleidsplannen (onder de titel 'Stedelijk Kompas') in op persoonsgerichte trajecten die de situatie van dak- en thuislozen fundamenteel moeten verbeteren. Perspectief daarbij is zoveel mogelijk een zelfstandig bestaan. Gekeken wordt naar alle relevante leefgebieden (wonen, inkomen, schulden, werk of dagbesteding en zorg).

De opgestelde Stedelijk Kompassen waren uitvoeringsplannen om het realiseren van verbetering van de leefomstandigheden van dakloze mensen (of die dat dreigen te worden) en zo de hiermee gepaard gaande overlast en criminaliteit sterk te verminderen. Het uiteindelijke streven was dakloosheid sterk te verminderen ('niemand op straat') en doorstroming naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan en de kwaliteit van leven te bevorderen. De pijlers van de plannen van de G4 waren 1) individuele trajectplannen, 2) centrale regie en 3) ketenaanpak.

Resultaten Stedelijk Kompas

Resultaten die in de landelijke evaluaties van het Stedelijk Kompas en het Plan van Aanpak MO G4 onder andere naar voren komen zijn:

- Afname van het aantal huisuitzettingen = betere voorkoming van dakloosheid.
- Een betere persoonsgerichte aanpak: meer dakloze personen voorzien van een integraal, persoonsgericht traject en een persoonlijke trajectmanager.
- De verblijfsduur in de crisisopvang is afgenomen met gemiddeld 6 weken, maar in de 24-uurs woonvoorzieningen en in (al dan niet zelfstandig) begeleid wonen niet.
- De overlast door de doelgroep in de openbare ruimte nam door de niet-vrijblijvende benadering aanzienlijk af.
- Meer ketensamenwerking: centrale toegang, afspraken over gegevensuitwisseling en gezamenlijke specifieke aanpakken.

Samenvatting en conclusies Monitor Stedelijk Kompas 2013³

Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten

In navolging van de vier grote steden hebben de 39 centrumgemeenten in 2008 een Stedelijk Kompas opgesteld waarin een plan van aanpak maatschappelijke opvang wordt beschreven. Het beleid, zoals beschreven in de Stedelijk Kompassen, is erop gericht de leefomstandigheden van mensen die dak- of thuisloos zijn (of dat dreigen te worden) te verbeteren en de daarmee gepaard gaande overlast en criminaliteit sterk te verminderen. Het uiteindelijke streven is dakloosheid sterk te verminderen en doorstroming naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan evenals de kwaliteit van leven te bevorderen.

Uitvoering van het beleid in 2013

In lijn met voorgaande jaren, wordt het verbeteren van door-en uitstroom uit de maatschappelijke opvang door de meeste gemeenten (85%) als beleidsprioriteit benoemd. In de periode 2010-2012 was er bij de gemeenten sprake van toenemende prioriteit voor preventie en het voorkómen van dakloosheid. Voor 2013 is één nieuw beleidspunt uitgevraagd: dagbesteding en participatie. Dit werd door een derde van de gemeenten genoemd als focus van beleid. Gemeenten lijken klaar met bezuinigen op middelen om de doelen van het Stedelijk Kompas te bereiken. In 2012 had nog de helft van de centrumgemeenten bezuinigd op zijn uitgaven aan het Kompasbeleid: in 2013 daalde het aandeel gemeenten dat zijn uitgaven beperkte naar twee op de tien gemeenten. Het percentage centrumgemeenten dat meer financiële middelen inzette nam niet toe. Over het algemeen gaven gemeenten waarbij de decentralisatie-uitkering toenam, ook meer uit dan het jaar ervoor en beperkten gemeenten waarbij de decentralisatie-uitkering afnam ook hun uitgaven. Ten minste twee derde van de gemeenten werkt met (onderdelen van) de persoonsgerichte benadering. De overgrote meerderheid (87%) van de gemeenten werkt met het individueel trajectplan.

Schuldhelpverlening

Om schuldhelpverlening effectiever te maken is sinds 1 juli 2012 de Wgs van kracht. Halverwege 2014 blijkt het voor veel gemeenten nog niet mogelijk om aan te geven of en in hoeverre de Wgs bijdraagt aan het realiseren van de doelen uit het gemeentelijke Kompas. Slechts vijftien gemeenten spraken hun oordeel uit. Elf gemeenten vinden dat de Wgs bevorderend werkt, waarbij ze wijzen op kortere wachttijden, verbeterde samenwerking tussen verschillende partijen en de wettelijke borging en verplichting van schuldhelpverlening waardoor gemeenten zich er niet (meer) 'gemakkelijk vanaf kunnen maken'.

De schuldenproblematiek van dak- en thuisloze mensen verschilt van die van de gemiddelde schuldenaar. De eerstgenoemde groep heeft bijvoorbeeld behoefte aan meer maatwerk, meer coulant bij terugval en intensievere begeleiding. Voor centrumgemeenten lijken hier nog mogelijkheden te liggen voor verbetering, bijvoorbeeld door voor de doelgroep(en) van het Kompas aangepaste toelatingscriteria voor schuldhelpverlening. Van de 39 gemeenten hebben er 22 specifieke werk- of uitvoeringsafspraken gemaakt over schuldhelpverlening voor (enkele) doelgroepen van het Stedelijk Kompas. Bij 68% betrof dat afspraken over specifieke toeleiding naar schuldhelpverlening, bij 55% ging het om ondersteuning voor de aanvrager. Volgens vijftien gemeenten hebben de gemaakte afspraken er voor gezorgd dat de schulden sneller worden gestabiliseerd. Volgens elf gemeenten hebben de afspraken er toe geleid dat een groter deel van de doelgroep een schuldhelpverleningstraject ingaat. Mogelijk kan hierdoor worden voorkomen dat mensen verder in de problemen komen als gevolg van een steeds verslechterende financiële situatie.

Dakloze mensen zonder OGGZ-problematiek

Er zijn signalen dat er sprake is van een toenemende groep 'nieuwe daklozen'. Het betreft mensen

³ Michel Planije, Lex Hulsbosch en Mathijs Tuynman. Monitor Stedelijk Kompas 2013. Zie ook Plan van aanpak maatschappelijke opvang in 39 centrumgemeenten. Trimbos-instituut, Utrecht, 2014.

die door schulden, werkloosheid en hypotheeklast dakloos zijn geworden, zonder dat er sprake is van psychiatrische problematiek of verslavingsproblemen ('OGGZ-problematiek'). Dertig centrumgemeenten (71%) herkennen de trend in hun verzorgingsgebied. Zij constateren een toename van het aantal 'nieuwe daklozen' en baseren hun inschattingen met name op signalen uit het veld (97%). De helft van de gemeenten kon deze signalen ook opmaken uit registratiecijfers. De helft van de centrumgemeenten biedt volgens eigen zeggen meestal nachtopvang en/of maatschappelijk werk aan dakloze mensen zonder OGGZ-problematiek. In 40% van de centrumgemeenten krijgen ze meestal schuldhulpverlening en een bijstandsuitkering, in één derde van de gemeenten kan de doelgroep meestal een postadres krijgen.

Gezinnen met kinderen en kwetsbare jongeren

In 2013 beschouwen de meeste centrumgemeenten (90%) gezinnen met kinderen als een bijzondere aandachtsgroep (81% in 2012). Als het gaat om gemeentelijke maatregelen ter preventie van dakloosheid van gezinnen, zijn er nauwelijks wijzigingen ten opzichte van 2012. Vrijwel alle gemeenten (90%) hebben afspraken gemaakt met woningcorporaties over het voorkomen van huisuitzettingen (94% in 2012). In acht op de tien gemeenten wordt de hulpverlening door ketenpartners afgestemd bij gezinnen die op straat dreigen te komen. Driekwart van de gemeenten hanteert een tweede-kans beleid. Evenals in 2012, heeft bijna de helft van de gemeenten concrete afspraken gemaakt met de ketenpartners over door- en uitstroom voor gezinnen met kinderen. Net zoals in 2012 geven vrijwel alle gemeenten aan dat zij beschikken over een opvang- en/of ondersteuningsaanbod specifiek voor gezinnen met kinderen. Gemiddeld beschikt een gemeente over drie tot vier vormen van opvang of woonbegeleiding. Driekwart (76%) van de gemeenten is van mening dat de geboden hulp en ondersteuning voor gezinnen met kinderen passend is. Veel gemeenten (87%) beschikken over vormen van (preventieve) woonbegeleiding voor gezinnen. Opvangvoorzieningen specifiek voor gezinnen, zoals gezinskamers in de 24-uursopvang, crisisopvang en doorstroomwoningen zijn in een aantal gemeenten beschikbaar, maar de beschikbare capaciteit is vaak onvoldoende.

Omvang doelgroepen

Op basis van de opgaven van centrumgemeenten kunnen schattingen gemaakt worden van totalen en globale trends. De schattingen geven een heel globaal beeld van de aantallen door gemeenten getelde dakloze personen die doelgroep zijn van beleid: de cijfers beschrijven geen dakloze mensen die niet in registraties terecht komen (omdat ze bijvoorbeeld zorg mijden of gebruik maken van niet-gesubsidieerde opvang), noch mensen die geen recht hebben op ondersteuning op grond van de Wmo (zoals illegalen).

Tabel 1 toont per doelgroep de vermoedelijke trend, gebaseerd op de verschillende totaalschattingen en de kwaliteit van de data. Wat de potentieel of dreigend daklozen betreft zijn de cijfers nog te uiteenlopend om iets te kunnen zeggen over een orde van grootte of trends. Wel zijn er steeds meer gemeenten die de doelgroep in kaart trachten te brengen.

	MSK'10	MSK'11	MSK'12	MSK'13	Vermoedelijke trend
feitelijk daklozen	9.700	9.000	7.900	7.500	afnemend
residentieel daklozen	7.900	8.100	8.300	9.400	toenemend
zwerfjongeren	3.200	2.700	2.500	2.800	stabiel

Tabel 1. Geschatte totaalaantallen omvang doelgroepen en vermoedelijke trends in 39 centrumgemeenten in Monitor Stedelijk Kompas 2010 t/m 2013.

Verblijfsduur in de maatschappelijke opvang

Op basis van gegevens van veertien lidinstellingen van de Federatie Opvang, is het mogelijk een beeld te geven van de gemiddelde verblijfsduur in twee soorten voorzieningen: wonen met begeleiding en de crisisopvang. In 2013 maken mensen gemiddeld iets langer dan twee maanden (71 dagen) gebruik van de crisisopvang. Dat is gemiddeld anderhalve maand korter in dan in 2009, toen mensen gemiddeld 116 dagen in de crisisopvang verbleven. In 2013 maken cliënten van opvanginstellingen gemiddeld iets langer dan een jaar (381 dagen) gebruik van wonen met begeleiding. De verblijfsduur in voorzieningen voor wonen met begeleiding is niet noemenswaardig veranderd ten opzichte van in 2009.

Conclusies en beschouwingen uit de evaluatie Plan van Aanpak MO

*§1.2 en §1.3 uit het rapport "Het kán dus!", Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid
Evaluatie Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in de vier grote steden, 2006-2014⁴*

1.2 Concluderend

Chronische dakloosheid en daaraan gepaard gaande overlast werd doorbroken

Direct betrokkenen beschouwen het Plan van Aanpak als een doorbraak in de aanpak van dakloosheid. Deze evaluatie bevestigt die conclusie. Dankzij het Plan van Aanpak werd de hardnekkigheid van dakloosheid doorbroken, verbeterde de leefsituatie van dakloze mensen en nam de overlast in de openbare ruimte zichtbaar af. Feitelijke dakloosheid was niet meer iets wat jarenlang hoefde te duren.

Van project naar staand beleid

Duizenden mensen kregen in het kader van het Plan van Aanpak huisvesting, inkomen, zorg en dagbesteding. Bij honderden huishoudens werd uithuiszetting voorkomen. Het behoeft nauwelijks betoog dat het Plan van Aanpak wat dat betreft succesvol is geweest. Het feit dat de looptijd van het Plan van Aanpak eindigt, betekent niet dat de aanpak zelf ophoudt. De persoonsgerichte aanpak voor de doelgroep en de convenanten ter voorkoming van huisuitzettingen zijn inmiddels regulier beleid geworden en het is dus de innovatie ontgroeid. In veel andere centrumgemeenten is dit ook het geval geweest. Dit kan beschouwd worden als een succes van de aanpak.

Geleidelijke verzanding van het Plan

In fase II is er weinig meer toegevoegd aan het Plan. De belangrijkste winstpunten uit de tweede fase betreffen investeringen op dagbesteding voor de doelgroep, de aandacht voor zwerfjongeren en experimenten op het gebied van terugvalpreventie en vraagsturing. Twee belangrijke opgaven van de tweede fase, voorkómen van dakloosheid en verbeteren van uitstroom werden slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Debet aan de verschillen in succes tussen de eerste en tweede fase was het feit dat in de eerste fase een aantal succesfactoren bijeenkwamen die in de tweede fase ontbraken of door externe ontwikkelingen wijzigden (zie §1.1.4 hiervoor).

Plan van Aanpak bood niet alle dakloze mensen een uitweg

Dankzij het Plan van Aanpak werd perspectief geboden aan een grote groep dakloze mensen met problemen op vele levensdomeinen. Er zijn ook een aantal groepen die onvoldoende geholpen werden of bij wie onduidelijk is in hoeverre ze geholpen worden. De invoering van het regiobindingscriterium voor opvang en zorg wordt gezien als een neveneffect van uitvoering van het Plan van Aanpak. Er is begrip en draagvlak voor het criterium op zich, maar het wordt verkeerd toegepast. Daardoor krijgen sommige groepen nergens toegang tot de opvang. Ook voor ongedocumenteerden en mensen zonder legale verblijfsstatus heeft het Plan van Aanpak geen soelaas kunnen bieden. Voor een kleine groep 'moeilijk plaatsbaren' zijn nog geen passende voorzieningen gevonden. Tot slot is er onvoldoende zicht

⁴ M. Tuijnman en M. Planije "Het kán dus!". Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid. Evaluatie Plan van Aanpak maatschappelijke opvang in de vier grote steden, 2006-2014. Trimbos-instituut, Utrecht, 2014.

op de ondersteuning voor de zogenoemde 'economisch daklozen': rechthebbenden die dakloos zijn zonder te kampen met psychische of verslavingsproblematiek.

Zicht op duurzaam herstel ontbreekt

De indrukwekkende resultaten die binnen het Plan van Aanpak bereikt zijn zouden meer reliëf krijgen als er meer zicht was geweest op duurzaamheid van de resultaten. Het zicht hierop verbeterde voor de mensen die in 2011 instroomden middels een in opdracht van het Ministerie van VWS verrichte cohortstudie (Coda-G4). Vóór 2011 bereikten bijna 7.500 mensen minstens drie maanden de stabiele mix van huisvesting, inkomen en hulpverlening. Van hen is niet bekend hoe het ze na die drie maanden verging: wonen zij inmiddels zelfstandig en hebben ze een baan, zijn ze blijvend in zorginstellingen gehuisvest, of belandden ze opnieuw op straat?

1.3 Beschouwingen en vooruitblik

Beleidsopgaven tweede fase blijven relevant

De probleemanalyse en de beleidsopgaven die de G4 en VWS zichzelf in de tweede fase stelden, blijven relevant. De definitie van dakloosheid als een probleem van het ontbreken van passende zorg droeg bij aan het bereiken van de genoemde doorbraak. Een vraag die in deze evaluatie wordt opgeworpen (Intermezzo, na §10.2), is of dakloosheidsbeleid zich – teneinde juist de opgaven van de tweede fase te bereiken – niet meer zou moeten concentreren op de huisvestings- en armoedeproblematiek van dakloze mensen.

Behouden en versterken

De evaluatie biedt verschillende argumenten voor het behouden en versterken van de kern van het Plan van Aanpak, waaronder de hiervoor genoemde doorbraak bij het verbeteren van de leefsituatie van dakloze mensen en het verminderen van overlast, maar ook de kosteneffectiviteit en het borgen van sociale grondrechten van de kwetsbaarste burgers kwamen aan de orde.

De belangrijkste behoud- en versterkpunten van het Plan van Aanpak betreffen:

- Het behouden van de persoonsgerichte integrale hulpverlening voor de kwetsbaarste groepen.
- Het versterken van uitstroom en participatie is van groot belang voor de ondersteuning van de kwetsbaarste groepen.
- Dankzij voldoende geormerkt geld kwam een grote impuls aan het voorzieningenniveau en de samenwerking voor de doelgroep en het is zaak om dat te behouden.

Contouren van ondersteuning van de kwetsbaarste burgers

De ervaringen van acht jaar Plan van Aanpak bieden de volgende contouren voor de maatschappelijke ondersteuning van de kwetsbaarste burgers in gemeenten:

- De kwetsbaarste groepen hebben de meeste baat bij passende integrale en persoonsgerichte hulpverlening en ondersteuning.
- Deze ondersteuning en hulpverlening dient gericht te zijn op een zo zelfstandig mogelijk leven, waarbij cliënten – mits passend bij de capaciteiten van de cliënt en met de juiste hulp en ondersteuning – zo 'gewoon mogelijk wonen' en zinvol deelnemen aan de samenleving. Daarbij kan geput worden uit de inmiddels beschikbare kennis en best practices omtrent herstelondersteunende zorg en (arbeids-)rehabilitatie.
- De persoonsgerichte ondersteuning hulpverlening wordt vormgegeven door een multidisciplinaire samenhangende structuur van organisaties.
- Samenhang in zorg en ondersteuning moet actief bevorderd worden door de gemeente. Gemeentelijke regie is daarbij bevorderend, onzorgvuldige aanbesteding van zorg en afzijdigheid van zorgverzekeraars belemmerend.

- In deze samenhangende structuur moeten lichtere ondersteuning en specialistische zorg in evenwicht zijn.
- Dit evenwicht kan mede worden bewerkstelligd door de toegang tot de zorg voor lichte ondersteuning laagdrempelig te houden, maar de toegang tot specialistische, zwaardere zorg zorgvuldig te regelen en hoogdrempelig op te zetten.
- Om de gemeentelijke regie te houden en afstemming met andere wettelijke kaders te bewaken moet de voortgang gemonitord worden.

Profiteren van decentralisaties in ondersteuning van kwetsbaarste burgers

Gemeenten krijgen komend jaar de verantwoordelijkheid voor zorgtaken, de jeugdzorg en werk voor mensen met beperkingen. Op elk van deze terreinen zijn er verbanden met de opvang en zorg voor dakloze mensen. Het is dan zaak om te profiteren van de kansen die de drie decentralisaties bieden en om de behoudpunten en succesfactoren die golden onder het Plan van Aanpak zoveel mogelijk in stand te houden. Uit de evaluatie blijkt dat een integrale aanpak, vanuit samenwerking tussen sectoren, instanties en disciplines voor de kwetsbaarste burgers met problemen op veel domeinen, een absolute voorwaarde is. Samenwerking met begeleid en beschermd wonen en jeugdzorg en met instrumenten om participatie te bevorderen, biedt daarvoor theoretisch meer kansen dan bedreigingen. De wijkteams bieden kansen op het gebied van preventie, al moet genoemd worden dat de effectiviteit van wijkteams zich nog niet bewezen heeft. Daarbij is coördinatie en afstemming op cliënt- en beleidsniveau en tussen wettelijke kaders onontbeerlijk. Behalve kansen benoemden betrokkenen namelijk ook vier risico's. Ten eerste kunnen onzorgvuldige bezuinigingen samenwerking en integraliteit van hulpverlening schaden. Ten tweede kan de zorgbehoefte van de doelgroep uit het oog verloren worden door: –een onrealistisch beroep op hun 'eigen kracht', –doordat men meer aandacht heeft voor de bredere groep van sociaal kwetsbaren dan de (voorheen) OGGZ-doelgroep en door –geringe aansluiting van toepassing van de Participatiewet en de Wmo. Ten derde waarschuwt men dat de wijkteams niet de meest logische partijen zijn om de hulpverlening aan dakloze mensen te beleggen, onder meer omdat ze geen 'postcodebinding' hebben en vaak specialistische hulp nodig hebben.

Tot slot ontstaan er nieuwe schotten tussen kaders en verdwijnen oude schotten tussen afdelingen en organisaties niet vanzelf. De aanpak van het dakloosheidsvraagstuk van de G4 en VWS heeft in zekere zin gefungeerd als voorloper van de gedachtevorming met betrekking tot de inrichting van de drie decentralisaties. In die zin behoeft er weinig twijfel te bestaan over de vraag of een integrale aanpak, geschraagd door samenwerking tussen instanties en een adequate vorm van regionale binding prioriteit moeten krijgen in gemeentelijke ondersteuning.

Lessen Plan van Aanpak toepassen op beschermd wonen?

In het algemeen lijkt het decentraliseren van beschermd wonen meer kansen dan bedreigingen op te leveren voor het bieden van integrale persoonsgerichte ondersteuning en hulpverlening aan de kwetsbaarste doelgroepen. Door beschermd wonen vorm te geven binnen de gehele keten van ondersteuning en hulpverlening aan de kwetsbaarste doelgroepen krijgen gemeenten er nieuwe instrumenten bij om doorstroom in de keten te bevorderen. Het is daarbij wel van belang dat gemeenten goede beleidsplannen maken die er toe bijdragen dat de doelgroep ook echt baat heeft bij die decentralisatie, en dat zij deze beleidsplannen ook uitvoeren en volgen. De ervaringen uit acht jaar Plan van Aanpak kunnen helpen bij het vormgeven van deze plannen (zie §11.3).

Er zijn ook de nodige verschillen tussen de startcondities van het Plan van Aanpak en de decentralisatie van beschermd wonen. Verdeling van de middelen tussen regio's werpen bijvoorbeeld hun schaduw vooruit en maken het urgent om daar al van te voren goed over na te denken. Daarnaast is het van belang om cliënten actief te betrekken bij planvorming, uitvoering en evaluatie, omdat zij vaak sterk afhankelijk zijn van de goede wil van andere burgers. Ook lijkt er minder urgentie te zijn voor gecoördineerde gezamenlijke aanpak dan bij de aanpak van dakloosheid in 2006. Tot slot is het van belang

om te zoeken naar manieren om samenwerking ook financieel lonend te maken.

Inhoudelijke informatie over Beschermd Wonen

Zie hierover <http://www.ribwalliantie.nl/publicaties-ribw-alliantie>. Kort en krachtig zijn de flyer en digitale versie van Hoe werkt het. Uitgebreider informatie over RIBW's, hun werkwijze en cliënten in Anders Professioneel. Voor casussen, zie de brochure en film "Fundament voor mensenlevens".



2 Beleidskader

Overzicht relevante wetten

Wet langdurige zorg

Vanaf 2015 vallen alle cliënten met ZZZ-C indicatie onder Wmo 2015. Echter, een deel van deze cliënten zal in de toekomst mogelijk aanspraak maken op de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit betekent dus dat een deel van de cliënten slechts tijdelijk aanspraak doet op de Wmo⁵. Bijvoorbeeld als de cliënt al langere tijd beschermd wonen krijgt en de psychische en gezondheidstoestand zodanig is dat er levenslang beschermd wonen nodig zal zijn dan kan Wlz van toepassing zijn. De criteria voor toegang tot de Wlz hebben te maken met de beperkingen van de cliënt. Voor GGZ-clieñten zal worden uitgewerkt of er blijvend toezicht vereist is⁶. Andersom kan het in enkele gevallen ook mogelijk zijn dat cliënten uit de Wlz zich zelfstandiger ontwikkelen dan eerder verwacht. In dat geval zal doorstroming naar de Wmo plaatsvinden.

Jeugdwet

Jeugdhulp dat gerealiseerd wordt vanuit de Jeugdwet is beschikbaar voor jeugdigen tot 18 jaar. De jeugdhulp vervalt bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Er is dan een soepele overgang naar de Wmo nodig als vervolgbegeleiding of opvang gewenst is. Als die goede overgang er niet is bestaat het gevaar van maatschappelijke uitval of dakloosheid. Voor jongeren met een beschermd wonen-indicatie geldt er een overgangsrecht van maximaal één jaar. De jongere houdt zijn recht op de zorg uit het pakket GGZ C. De jongere kan na afloop van het overgangsrecht bij de gemeente opnieuw beschermd wonen aanvragen⁷.

Participatiewet

Met de Participatiewet wil de regering er voor zorgen dat iedereen gewoon meedoet in de samenle-

⁵ Bron: Handreiking kwaliteitskader Beschermd Wonen, Transitiebureau Wmo, pag.5; oktober 2014.

⁶ Bron: Programma Opvang en Bescherming, VNG, 2015).

⁷ Bron: <https://www.hoeverandertmijnzorg.nl/jeugd/jeugd zorg/awbz-verblijf>.

ving. Juist als het om werk gaat (arbeidsparticipatie). In de Participatiewet zijn drie wetten samengevoegd: Wet werk- en arbeidsondersteuning jonggehandicapten (Wajong), Wet werk en bijstand (Wwb) en Wet sociale werkvoorziening (Wsw). De gemeente gaat de Participatiewet uitvoeren. De gemeente moet dit doen met minder geld. De Wajong blijft bestaan voor mensen die door hun beperking echt niet kunnen werken. Zij gaan vaak naar een dagcentrum. De Wajong krijgt een andere omschrijving: Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten. Veel cliënten uit de doelgroep beschermd wonen hebben een Wajong-uitkering. De meeste cliënten in de maatschappelijke opvang hebben een bijstandsuitkering. Daarmee vallen zij ook onder de nieuwe Participatiewet en is er een verantwoordelijkheid voor gemeenten om de cliënten te helpen een baan te verwerven, bijvoorbeeld via een jobcoach, een werkplekaanpassing of scholing.

Zvw

De Zorgverzekeringswet regelt op hoofdlijnen de aanspraken op onder andere geneeskundige zorg, mondzorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen. De Zvw verplicht dat iedereen die woont of werkt in Nederland en 18 jaar of ouder is een basisverzekering afsluit. Hiermee biedt de overheid een dekking die er voor zorgt dat iedereen de medische zorg kan ontvangen die noodzakelijk is. Sinds 1 januari 2014 is de Zvw gewijzigd om het stijgend beroep op de gespecialiseerde GGZ tegen te gaan⁸:

Ambulante behandeling is met ingang van 2014 over naar de Zvw. Net als bij de verwijzing naar specialisten in de algemene gezondheidszorg wordt de huisarts hier de poortwachter. Zijn taak is ervoor te zorgen dat mensen niet onnodig zwaar (en dus duur) behandeld worden.

Voor betaling van een behandeling moet dan sprake zijn van een gediagnostiseerde psychiatrische aandoening.

De huisarts (met steun van de POH GGZ) en de basis GGZ (eerste lijn) dienen ook mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die gedurende langere tijd stabiel zijn te behandelen.

Wet gemeentelijke schuldhulpverlening

Binnen de doelgroep opvang en bescherming komen veel schulden voor. Als cliënten grote schulden hebben, vallen zij onder de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening. Deze wet draagt gemeenten op een plan vast te stellen dat richting geeft aan de integrale schuldhulpverlening aan de inwoners.

Schuldhulpverlening betreft het ondersteunen van inwoners bij het vinden van een adequate oplossing gericht op de aflossing van schulden indien redelijkerwijs is te voorzien dat een natuurlijke persoon niet zal kunnen voortgaan met het betalen van zijn schulden of indien hij in de toestand verkeert dat hij heeft opgehouden te betalen, alsmede de nazorg.

Vaak blijkt de discipline die een saneringstraject vraagt, moeilijk te realiseren voor iemand die in de opvang zit of beschermd woont. Begeleiding bij het omgaan met geld en het tegengaan van schulden kan een Wmo-voorziening zijn. Voor de begeleiding van mensen uit de doelgroep B&O zijn vaak specifieke competenties nodig. Hiervoor zijn in veel gemeenten aparte regelingen en voorzieningen getroffen.

Wet forensische zorg

Dit wetsvoorstel regelt de invoering van een nieuw stelsel voor forensische zorg. Door de aanpassing van de besturing en financiering van het tbs-stelsel wordt voorkomen dat personen met een psychische stoornis of verstandelijke beperking in een justitiële inrichting terechtkomen terwijl ze daar eigenlijk niet thuis horen.

Met dit voorstel krijgen de officier van Justitie en de rechter de mogelijkheden om iemand binnen het

⁸ Bron: A. van Bergen, Sociaal werk en GGZ, Movisie; december 2013.

strafrecht sneller GGZ te bieden. De belangrijkste doelen van dit voorstel zijn: de juiste patiënt op de juiste plek, het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit, kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving en een goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg. Door het bieden van goede zorg als onderdeel van de straf wil het kabinet herhaling van strafbare feiten terugdringen. Dit wetsvoorstel is onder andere het gevolg van de motie-Van de Beeten (EK 28.979, E), de conclusies van de interdepartementale Werkgroep Houtman (EK 28.979, F met bijlage) en het parlementair onderzoek TBS (TK 30.250, nr. 5). Deze samenvatting is gebaseerd op het wetsvoorstel en de memorie van toelichting zoals ingediend bij de Tweede Kamer. (https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32398_wet_forensische_zorg)

Forensische zorg wordt geleverd door verschillende instellingen: forensisch psychiatrische centra (FPC), forensisch psychiatrische klinieken (FPK), forensisch psychiatrische afdelingen (FPA), poliklinieken, forensische verslavingszorg afdelingen/klinieken (FVA/FVK), psychiatrische penitentiaire centra (PPC), instellingen voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicaptenzorg (SGLVG), regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW) en klinieken voor klinische intensieve behandeling (KIB) (bron: visiedocument GGZ Nederland).

Samenhang tussen wettelijke kaders

Opvang & Bescherming - Wlz

- Als duidelijk is dat iemand blijvend is aangewezen op intensieve zorg met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, bestaat er recht op zorg op grond van de Wlz⁹. Indien hiervan sprake is, dan zal een soepele overgang van het gemeentelijke domein naar de Wlz moeten plaatsvinden. Hiervoor dient het zorg- en ondersteuningsaanbod in de gemeente en in de Wlz uiteraard wel op elkaar te zijn afgestemd¹⁰. Daarom mag van de gemeenten en de zorgkantoren verwacht worden dat ze samenwerken op het terrein van beleidsvorming, inkoop bij aanbieders en toegangs-vraagstukken, met als doel dat niemand tussen wal en schip valt.

Opvang & Bescherming - Participatiewet

- Maatwerkvoorzieningen behoren afgestemd te zijn op ondersteuning ingevolge de Participatiewet (Wmo art. 2.3.5, lid 5g).
- Voor bijna alle cliënten van Opvang en Bescherming is een vorm van dagbesteding of (vrijwilligers) werk van essentieel belang. Bij het organiseren daarvan is samenwerking nodig met uitvoerders van de Participatiewet.

Opvang & Bescherming - Jeugdwet

- In de Wmo is opgenomen (art. 2.1.2, lid) dat dat er in het periodieke beleidsplan van de gemeenten bijzondere aandacht moet zijn aan de wijze waarop de continuïteit van hulp wordt gewaarborgd, in het bijzonder ten aanzien van de persoon die door het bereiken van een bepaalde leeftijd geen jeugdhulp als bedoeld in de Jeugdwet meer kan ontvangen.
- Voor cliënten in de Jeugdwet eindigt ondersteuning vanuit deze wet bij het bereiken van de 18e verjaardag. Als er daarna nog ondersteuning nodig is zal dat doorgaans vanuit de Wmo en/of zorgverzekeringswet georganiseerd moeten worden. Binnen gemeenten is er dus afstemming tussen deze twee beleidskaders nodig. Jongeren die niet in staat zijn zich op eigen kracht of met hulp te handhaven in de samenleving zijn dan veelal aangewezen op het domein Opvang & Bescherming. Zeker voor deze groep zijn ook tussenvoorzieningen gewenst (kamer/woontraining, vertrektraining e.d.).

⁹ Voor mensen met psychische problemen is dit tot op heden beperkt tot diegenen, die tevens een geneeskundige (psychiatrische) behandeling ontvangen en daartoe in een GGZ-behandelinstelling verblijven. Personen die beschermd wonen vallen nu sinds 2015 allemaal onder het gemeentelijk domein. Het Rijk laat nog een nader onderzoek uitvoeren om te bepalen of en zo ja, volgens welke criteria een deel van deze groep alsnog onder de Wlz gaat vallen. Zie verder hoofdstuk 5.

¹⁰ Bron: Memorie van Toelichting Wetsvoorstel langdurige zorg.

Opvang & Bescherming - Zvw

De meeste cliënten van het beschermd wonen (en soms van de maatschappelijke opvang) krijgen nog behandeling vanuit de geneeskundige GGZ. Gemeenten zijn niet verantwoordelijk voor deze behandeling. Behandeling blijft onderdeel van en wordt gefinancierd via de Zorgverzekeringswet. Uiteraard is het zaak dat maatschappelijke ondersteuning en behandeling op elkaar worden afgestemd¹¹.

In de Wmo is opgenomen (art. 2.1.2, lid 4b) dat er aan de samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders als bedoeld in de Zorgverzekeringswet met het oog op een zo integraal mogelijke dienstverlening bijzondere aandacht moet zijn in het periodieke beleidsplan van de gemeenten.

Opvang & Bescherming – Wet forensische zorg

Mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd kunnen, vanuit de wet op forensische zorg, verplicht worden gebruik te maken van zorg in verschillende typen instellingen, waaronder instellingen beschermd wonen. Deze ondersteuning aan cliënten met een 'forensische titel' valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, die daartoe in Nederland plaatsen¹² ingekocht heeft bij instellingen voor beschermd wonen. Als de forensische titel naar verloop van tijd verdwijnt, worden deze cliënten voor de centrumgemeenten: 'dan klappt de titel om'. Het knelpunt is dan, dat de zorg(behoeft)e doorloopt wanneer de strafrechtelijke titel afloopt en er dus doorstroom moet kunnen plaatsvinden van het strafrechtelijke/forensische segment van de RIBW-plekken binnen een instelling naar het reguliere segment van diezelfde instelling. In de beleving van de cliënt is dit zijn woonplek en uit het oogpunt van continuïteit van zorg is gewenst dat hij daar gewoon kan blijven. Meestal blijft de cliënt daarom op dezelfde plek wonen, maar klappt enkel de titel om. Er ontstaan dan echter de situatie dat een reguliere plek "opeens" gevuld is, zonder dat er naar de reguliere wachtlijst is gekeken. Hier wordt soms gesproken van verdringing van reguliere patiënten door fz-patiënten. In het kader van de continuïteit van zorg is het dus zeer onwenselijk dat de betreffende patiënt bij afloop van zijn strafrechtelijke fz titel van zijn plek weg moet, op de wachtlijst voor een reguliere plek wordt geplaatst en daar vervolgens een aantal maanden staat alvorens hij weer terug kan komen. Om dit te voorkomen dient er ruim van te voren te worden geanticipeerd wanneer de titel afloopt (dat weet de zorgaanbieder) en hoe de continuïteit op een vervolgplek wordt vormgegeven. Tevens dient er afstemming/overleg te zijn tussen de verschillende inkopers (lees: gemeenten en ministerie van V&J) over de aantallen plaatsen die ingekocht worden binnen een instelling: deze moeten dusdanig op elkaar afgestemd zijn dat er zorg continuïteit geboden kan worden door de aanbieder. Medio 2015 komt advies van een werkgroep die zich over dit vraagstuk buigt. Neem in het beleidsplan op hoe u met dit onderwerp om wilt gaan: wie gaat met wie in overleg, welke afspraken zijn gewenst.

11 Voor een toelichting op de taakverdeling in de geneeskundige GGZ, zie (<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2013/05/17/voorhangbrief-poh-ggz-en-generalistische-basis-ggz>).

12 In 2012 ging het om 418 ingekochte plaatsen en 355 gerealiseerde plaatsen in Nederland. Bron: GGZ Nederland, Betere zorg, veiliger samenleving, visiedocument forensische zorg, 2014.

Samenwerkingsafspraken centrumgemeenten en regiogemeenten

Op grond van art. 1.2.1 lid b en c van de Wmo 2015 zijn alle gemeenten verantwoordelijk voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen:

Beschermd wonen	Opvang
Te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, voor zover hij in verband met psychische of psychosociale problemen niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving.	Te verstrekken door het college van de gemeente tot welke hij zich wendt, indien hij de thuissituatie heeft verlaten, al dan niet in verband met risico's voor zijn veiligheid als gevolg van huiselijk geweld en niet in staat is zich op eigen kracht, met gebruikelijke hulp, met mantelzorg of met hulp van andere personen uit zijn sociale netwerk te handhaven in de samenleving.

De rijksoverheid heeft er samen met de VNG echter voor gekozen om de regisseurstaak voor het beschermd wonen in handen te leggen van de 43 centrumgemeenten maatschappelijke opvang. Er zijn 43 regio's bestaande uit een centrumgemeente en meerdere regiogemeenten¹³. De centrumgemeenten ontvangen vooralsnog tot minimaal eind 2017 de financiële middelen van het Rijk voor zowel opvang als bescherming. Het is gezien de wettelijke verantwoordelijkheid van alle gemeenten volstrekt duidelijk dat afstemming over het beleid tussen centrumgemeenten en regiogemeenten noodzakelijk is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan aansluitende ondersteuning op het gebied van participatie (wonen, werk en inkomen, vrije tijd) ook met het oog op preventie en nazorg, het realiseren van betrokkenheid van het informele netwerk bij de zorg; ondersteuning van mantelzorgers. Zie hierover ook het advies van de Commissie Toekomst.

Visie: de visie van de sector GGZ en MO

Bron: Couwenbergh, CH. en van Weeghel, W. en Projectgroep. Over de brug. Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos, 2014.

In onze visie gaat herstel over het opbouwen van een zinvol en bevredigend leven, gedefinieerd door de persoon met een ernstige psychische aandoening zelf, het liefst met zo min mogelijk symptomen en beperkingen. Dit is de richting waarin we de ondersteuning van deze groep willen verbeteren. Het vraagt om het best mogelijke, en optimaal toegankelijke, aanbod van behandeling, begeleiding, revalidatie, andere vormen van herstelondersteuning en bevordering van maatschappelijke acceptatie. Dit gevarieerde aanbod omvat behalve de inzet van professionals ook activiteiten die uitgaan van (begeleide) zelfhulp en het benutten van de mogelijkheden, inzet en energie van mensen met ernstige psychische aandoeningen zelf. We zien dit terug in het 'Framework for Support' van Carling (1995), waarin de belangrijkste bijdrage van cliënten zelf moet komen in de vorm van eigen regie, zelfhulp en lotgenotensteun. Daarnaast is ondersteuning van familie en vrienden belangrijk en vervolgens de dienstverlening door maatschappelijke instanties. Als laatste noemt Carling de bijdrage van de GGZ, die, behalve specialistische taken naar de cliënt, een back-up functie vervult voor primaire steunverleners.

Hieruit volgt dat de zorginfrastructuur voor mensen met ernstige psychische aandoeningen moet bestaan uit een breed, maatschappelijk geïntegreerd netwerk van personen en voorzieningen (Van Hoof e.a., 2013). Dit vraagt om intersectorale samenwerking in allerlei vormen en veronderstelt een zo compleet mogelijke, goed gecoördineerde ondersteuning. In het beoogde netwerk wordt afgesproken dat men met elkaar en met cliënten zelf zal samenwerken om hun zelfstandigheid en participatie te

¹³ Zie: voor een overzicht http://www.regioatlas.nl/indelingen/indelingen_indeling/t/centrumgemeente_maatschappelijke_opvang_beschermd_wonen.

bevorderen (Van Weeghel & Dröes, 1999). Marktwerking wordt in dit kader niet wenselijk gevonden: volgens vele geïnterviewden ondermijnt marktwerking de uitgangspunten van herstelondersteuning. Het is ook niet verstandig om de zorg voor deze groep geheel decentraal te organiseren en volledig naar de gemeenten over te hevelen. De medisch-specialistische diagnostiek en behandeling van de psychiatrische stoornis in engere zin zijn essentieel en moeten gedurende het gehele zorgtraject beschikbaar blijven.

Uitgangspunten bij het organiseren van de zorg zijn derhalve:

- Behandeling, begeleiding en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de gewone samenleving aangeboden, met functies als ambulante behandeling, crisiszorg, (woon)begeleiding, trajectbegeleiding en andere rehabilitatie-interventies.
- Alle behandel-, begeleidings- en ondersteuningsfuncties dienen flexibel te kunnen worden benut en bereikt (op- en afschalen) door mensen uit de doelgroep (en hun naastbetrokkenen) die deze functies voor kortere of langere tijd in hun zorgcarrière nodig hebben, ongeacht de achterliggende bekostigingsstructuren.
- Nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (inclusief, en op gelijkwaardig niveau, mensen met ernstige psychische aandoeningen en mensen uit hun naaste omgeving) gericht op een integrale benadering van problemen en ontwikkelingsmogelijkheden.
- Herstelondersteunend én evidence-based te werk gaan; waar spanningen tussen beide benaderingen optreden, moet men deze vruchtbaar aanwenden in de werkprocessen van de deelnemende zorgaanbieders.

Visie op de gewenste transformatie - zelfregienetwerken als innovatie

(Sonja Visser, zelfregiecentrum Venlo)

Een groot gevaar in het oude denken is uit te gaan van een goedbedoelend maar dodelijk besef van wat de doelgroep allemaal NIET kan. En dus is het volledig legitiem om alles uit de kast te halen om te bedenken hoe deze arme kwetsbare burger het best geholpen kan worden. En die hulp moet natuurlijk van de professional komen. En natuurlijk zou het mooi zijn als de maatschappij, vrijwilligers én ondernemers beter hun best gaan doen om de doelgroep te helpen bij hun participatie en herstel. Kortom alle veranderkracht wordt verondersteld te zitten bij iedereen anders dan de doelgroep zelf!! Iedereen om de doelgroep heen moet nóg beter z'n best doen, nog meer energie er in steken om die arme, arme doelgroep nou eindelijk te helpen om ook een soort van 'krachtig' (zelfregie...yeah right...) midden in het leven te gaan staan.

De echte transformatie zou zijn om de doelgroep te gaan zien als mensen die méér zijn dan cliënt en 'lid van een doelgroep'.

Om contexten te creëren (of bestaande contexten te faciliteren):

- Waarin deze mensen zich daadwerkelijk meer kunnen voelen dan cliënt en lid van een doelgroep.
- Waarin juist de kwaliteiten van deze mensen van belang zijn waardoor mensen zich van betekenis voelen.
- Waarin deze mensen keuzes kunnen maken wie ze willen ontmoeten, hoe ze zich willen ontwikkelen en al doende en ervaringsgewijs (ook mislukkingen horen bij groeien!) vanuit die keuzes daadwerkelijk weer een gevoel van zelfregie kunnen ontwikkelen.
- Die niet georganiseerd zijn vanuit kenmerken van de doelgroep, maar juist georganiseerd zijn vanuit behoeften, vragen én ideeën van de doelgroep zelf. Die behoeften, vragen én ideeën blijken namelijk doelgroep-overstijgend en zo worden deze contexten 'ineens' ontmoetingsplaatsen voor alle burgers!

- Waar de toegang niet bepaald wordt door je lidmaatschap van een doelgroep, maar door je behoefte, vragen of ideeën om te herstellen en te participeren.

Een uitwerking hiervan zijn de zelfregiecentra en zelfregienetwerken.

Zelfregienetwerken

In Nederland zijn er ongeveer 50 RCO's (Regionale Cliëntenorganisaties)/Zelfregiecentra/GGZ Steunpunten. Voor de leesbaarheid van deze paragraaf kiezen we voor de verzamelnaam 'zelfregienetwerken'.

Initiatiefnemers van zelfregienetwerken voelden zich vaak erg betrokken bij de groep mensen met een chronisch psychische en psychosociale kwetsbaarheid. Vanuit eigen herstel-ervaring of herstel-ervaringen van anderen waren zij gedreven om juist voor mensen met een chronisch psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid een context te creëren waarbinnen men andere rollen dan die van cliënt kon innemen.

De werkwijze van al deze zelfregienetwerken heeft sterke overeenkomsten. Los van elkaar wordt gewerkt met een mix van interventies uit zowel de herstelvisie en de presentiebenadering, als de visie op eigen kracht en zelfregie. Het belangrijkste kenmerk is dat ervaringskennis leidend is. Dit betekent zowel dat er vooral gewerkt wordt met ervaringswerkers als dat ook de ervaringskennis van bezoekers/deelnemers/vrijwilligers van waarde is. De werkwijze wordt ook wel aangeduid als 'door en voor' en als 'halen én brengen'. Een ander belangrijk kenmerk van zelfregienetwerken is dat er (toenemend) gewerkt wordt zónder doelgroep aanduiding. De ervaring leert meer en meer dat het 'aan de voordeur selecteren op doelgroep' meer nadelen dan voordelen heeft. Het grootste nadeel is dat door deze doelgroep aanduiding de rollen feitelijk zijn verdeeld: als bezoeker ben je dus iemand met een psychische kwetsbaarheid. Dan vraagt het al meteen een extra inspanning om andere rollen dan die van cliënt in te gaan nemen.

Een mooie omschrijving van een zelfregienetwerk komt uit de wettekst van de Wmo bij de invoering in 2007:

"Prestatieveld 5: algemene voorzieningen, laagdrempelig en toegankelijk voor alle burgers, maar op voorhand geschikt gemaakt voor mensen met een psychische en/of psychosociale kwetsbaarheid."

Dat 'op voorhand geschikt' geven zelfregienetwerken vorm door voornamelijk te werken met ervaringswerkers. Ervaringswerkers weten hoe het is om psychisch en/of psychosociaal kwetsbaar te zijn. Zij weten ook hoe het is om toch weer de weg terug te vinden naar meerdere rollen in het leven dan alleen de rol van cliënt.

Het doel van algemene voorzieningen binnen de Wmo was 'bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch of psychosociaal probleem'. Zelfregienetwerken lukt het al heel lang om verder te gaan dan deze doelen. Binnen het open karakter van een zelfregienetwerk ontstaan mogelijkheden op het gebied van:

- Ontmoeting.
- Vangnet.
- Deelname aan verzorgen van activiteiten.
- Ontplooiing.
- Herstel.
- Re-integratie/werk.
- Informatie en advies.
- Belangenbehartiging.

Binnen een zelfregienetwerk wordt een context gecreëerd waar bezoekers zich uitgenodigd voelen om deelnemer te worden en van betekenis te worden. Dat betekent dat een zelfregienetwerk vaak begint als een 'winkel met lege schappen'. Hetgeen wat aangeboden wordt is de facilitering van ruimte en (beperkt) middelen, scholing, plus de methodiek van waaruit gewerkt wordt. De ervaringswerkers maken ontmoeting mogelijk, bieden een luisterend oor en sluiten aan bij vragen of ideeën van bezoekers en faciliteren wat nodig is voor de bezoeker om het zelf te gaan doen. In de praktijk blijkt dat de ontmoeting tussen mensen vaak het begin is van leuke ideeën. Ervaringswerkers van een zelfregienetwerk ondersteunen bezoekers bij het uitvoeren van hun idee. Zeker als er meer mensen binnen een zelfregienetwerk komen ontstaan er mogelijkheden voor nieuwe rollen: er moet koffie gezet worden, afgewassen, schoongemaakt, boodschappen gedaan, een ruimte witten, een poster voor een leuke activiteit door een bezoeker, een rondleiding geven aan een ambtenaar, voorlichting aan het nieuwe sociale wijkteam... et cetera.

Zelfregienetwerken richten zich niet primair op doelgroepen, maar richten zich op behoeften, vragen en ideeën van mensen. Op voorhand is een zelfregienetwerk wel geschikt gemaakt voor mensen met chronisch psychische en/of psychosociale problemen.

Meest voorkomende aanvankelijke vragen/behoeften/ideeën van bezoekers van een zelfregienetwerk zijn:

- Mensen willen ontmoeten.
- Van betekenis willen zijn.
- Zich willen ontwikkelen/meer tot zijn/haar recht komen.
- Gewoon een plekje om te mogen 'zijn'.
- Zinvol bezig willen zijn.
- Een luisterend oor.
- Ervaring willen delen.
- Informatiebehoefte.
- Ondersteuning bij conflict/onbegrip met zorgverlener.
- Vooral géén hulp willen.
- Droog zitten, een kopje koffie en aardige mensen om je heen.

Mensen komen soms voor het één en worden verleid, door een leuke poster of vertrouwen in de gesprekspartner, voor het ander. Mensen komen iets halen en merken gaandeweg dat ze eigenlijk ook veel te brengen hebben. Vanuit de behoefte aan een luisterend oor kan vervolgens de behoefte ontstaan om deel te nemen aan een activiteit of een scholing. Andersom komt natuurlijk ook voor. Gelijktijdig is ook oké!

Algemene voorziening in plaats van maatwerk

Zelfregienetwerken lopen er tegenaan dat financiers, maar ook reguliere zorgaanbieders, nog niet altijd ervan overtuigd zijn dat algemene voorzieningen voor de 'moeilijke doelgroepen', zoals cliënten van beschermd wonen en de maatschappelijke opvang, óók mogelijk en zelfs effectief kunnen zijn. Vanuit een gevoel van verantwoordelijkheid en soms ook vanuit een gevoel van bezorgdheid lijken sommige gemeenten de stap van algemene voorzieningen voor deze doelgroep over te slaan en meteen te denken in maatwerkvoorzieningen.

Dat betekent dat we zo veel als mogelijk af moeten van maatwerkvoorzieningen. Maatwerkvoorzieningen hebben per definitie het gevaar in zich:

- a) om gericht te zijn op de kwetsbaarheid (want = toegang tot de maatwerkvoorziening).
- b) dat binnen de rolverdeling tussen professional en cliënt de professional de bringer is en de cliënt de haler is.
- c) dat de route naar het beoogde doel door de professional is bedacht.

Vanuit de gemeente en de aanbieders gezien is goed de voorkeur voor maatwerkvoorzieningen te begrijpen.

De geldstroom kan per cliënt gemonitord worden.

Kwaliteitseisen kunnen aan doel, werkwijze en opbrengst gekoppeld worden; zodoende kan men elkaar 'afrekenen' op resultaat.

Het medisch model is geheel gebaseerd op probleem-versus-oplossing en daarvoor is het noodzakelijk om het probleem te definiëren om daarmee de oplossing te legitimeren (de kwetsbaarheid van de cliënt legitimeert het harde werken van de professional/aanbieder).

Het beschikbare geld is nou eenmaal gekoppeld aan mensen met een kwetsbaarheid en niet aan 'gewoon burgers'. Het geld moet dan ook echt besteed worden aan het behandelen/begeleiden van die kwetsbare mensen. Om 'wildgroei' te voorkomen moet precies in beeld gebracht worden hoe kwetsbaar die burger is en hoe de behandeling/begeleiding er dan uit ziet.

Om kwetsbare burgers in een rol als 'gewoon burger' te verleiden moeten gemeenten en aanbieders dus geheel tegen hun natuur (en gemeente verantwoordelijkheden) ingaan. Daarvoor ontbreken nog kaders (hoe verantwoord worden zelfregienetwerken zich? Wat mogen zelfregienetwerken kosten? Wie of wat bepaalt eigenlijk of je je als kwetsbare burger hersteld en/of participierend burger voelt? Wat nou als een cliënt zich ontwikkelt binnen een zelfregienetwerk en daardoor in opstand komt tegen de begeleiding van de RIBW? Mag de cliënt eigenlijk wel zelf bepalen waar zijn lat ligt? Of is het heel goed dat de RIBW-begeleider bepaalt dat de groeiruiimte beperkt is....om teleurstellingen te voorkomen? Hoever gaat de verantwoordelijkheid van aanbieders eigenlijk, zeker als het gaat om mensen zonder een RM? Mogen cliënten eigenlijk wel groeien met vallen en opstaan?).

Een voorbeeld uit de praktijk van het Zelfregiecentrum

Piet, een man die al 30 jaar beschermd woont, begint z'n draai te vinden binnen het Zelfregiecentrum. Hij staat bekend als een 'moeilijke man' (hield jarenlang succesvol hulpverleners buiten de deur omdat hij nogal gewelddadig overkwam met zijn voorliefde voor Hitler). Als hij ergens ontevreden over is dan dreigt hij 'de boel wel even kort en klein te slaan' en hij zegt altijd een mes op zak te hebben 'voor het geval dat'.

Stiekem is Piet ook een erg aardige man en door de jaren heen is het de mensen van het Zelfregiecentrum gelukt om meer en meer contact te mogen maken met die aardige man en met zijn interesses en kwaliteiten. Hij houdt bijvoorbeeld enorm van molens en heeft op dat gebied erg veel kennis. Verder is hij nooit te beroerd om een handje te helpen en blijkt hij emotioneel te worden als hij een compliment krijgt. We zijn daar dan ook maar zuinig mee, of verpakken het in een grapje... We willen dat hij het tempo van zijn eventuele groei bepaalt en niet wij. (Want natuurlijk zien wij heel veel kansen om hem in emotioneel opzicht eens flink te helpen met groeien!)

Door onze werkwijze (hem het tempo laten bepalen, consequent blij zijn om hem als mens te zien) is hij de afgelopen 4 jaar van een boze man langzaam aan het veranderen naar een behulpzame man (of beter: een man die zichzelf ook een behulpzame man mag vinden!).

In die ontwikkeling kiest Piet er op een gegeven voor om zich aan te melden voor de cursus 'Herstellen doe jezelf' die binnen het Zelfregiecentrum wordt gegeven. Zijn begeleidster van de RIBW vindt dit maar eng, want of wij wel weten dat Piet nogal veel beperkingen heeft en helemaal niet in staat is om zich verder te ontwikkelen..?! Dat het juist niet zorgvuldig is om hem de illusie te geven dat hij zich kan ontwikkelen...?!

En inderdaad....ze dreigt gelijk te krijgen: halverwege de cursus wordt het Piet teveel...hij ontdekt dat hij door zijn ervaringen als jong mens veel emoties heeft weggestopt en ze komen nu soms ineens allemaal tegelijk naar boven en dat vindt hij reuze eng!

Hij dreigt met suïcide en zichzelf 'kapot drinken' en vertelt ons ieder uur nauwgezet dat hij met deze gedachten rondloopt. Hij zegt er steeds bij dat hij het belangrijk vindt dat wij dit weten. Wij zeggen

ook steeds dat wij het enorm waarderen dat hij ons dit vertelt. Dat wij ons kunnen voorstellen dat dit nogal angstige gedachten zijn en dat het daarmee in je eentje rondlopen verre van fijn is. We zeggen er ook bij dat het ons opvalt dát hij ons deze heel persoonlijke gedachten vertelt...en dat we dat ook zien als een enorme groei die hij heeft doorgemaakt.

We beluisteren ook dat het dreigen met het leegdrinken van een krat bier bedoeld is om 'ff niet meer zoveel emoties te hebben' en wij zeggen dit te snappen: ja, dat kan alcohol soms doen...je ff verdoven. 'Goh, dat is ook niet niks om ineens zoveel emoties te hebben!'.

We leggen hem ook uit dat dreigen met suicide ons in een lastig parket brengt: dat we dan vanuit onze verantwoordelijkheid dit met de begeleiding zouden moeten delen. We leggen hem het verschil uit tussen 'helemaal klem zitten' en 'niet meer willen leven'. Dat allebei oké is maar dat 'niet meer willen leven' voor ons een bepaalde verantwoordelijkheid met zich meebrengt. Dit snapt hij heel goed en hij haast zich te zeggen dat hij natuurlijk wel volgende week de rondleiding bij de molen wil geven (die heeft hij namelijk zelf georganiseerd voor bezoekers van het Zelfregiecentrum).

Dan kunnen we het in de gesprekjes die nog volgen hebben over het 'helemaal klem zitten' want dat doet hij! Hij heeft ineens zoveel emoties en niemand die hem afwijst...dat is hij helemaal niet gewend...het is gewoon soms te veel! Groeien is ook heel onwennig!

We mogen het af en toe 'labelen' als 'geen groei zonder oei' en hier moet hij dan enorm om lachen! Piet is inmiddels weer een stap verder: hij kan gewoon zeggen dat hij ff niet met een compliment om kan gaan 'omdat hij dat gewoon niet gewend is' en een andere keer komt hij trots vertellen dat iemand hem een compliment heeft gegeven!

De cursus 'Herstellen doe jezelf' heeft hij afgemaakt en hij is er reuze-trots op dat hij voor het eerst sinds zijn kindertijd ergens een certificaat voor heeft gekregen!

Hij heeft in de dagen dat het hem allemaal even te veel werd 1 x een half krat bier leeggedronken en de avonden daarna was hij zo moe van het schrijven van brieven aan ons (waarin hij volgens zijn eigen zeggen voor het eerst vertelt wat hem dwarszit) dat hij nog niet eens meer toekwam aan het drinken van bier.

Daar kunnen we dan samen weer hartelijk om lachen! (Héb je bier....ben je nog te moe om te drinken...!)

We vragen hem dan maar voorzichtig en met een knipoog "zal ik je een compliment geven of geef je jezelf een compliment?" Hij kiest er dan voor dat wij het compliment geven want 'mezelf op de borst slaan dat zal ik nooit doen'. En gelijk heeft ie...de dag dat hij van zichzelf mag vinden dat hij oké is, is nog niet in zicht. Maar als die dag komt weet ik zeker dat wij allemaal met een jubelkreet een gat in de lucht springen!!! (stilletjes en in gedachten uiteraard....want anders maken wij het veel te groot en wordt het iets van ons...!!!)



3 Doelgroep

Doelgroepbeschrijvingen Opvang, Bescherming & Herstel

Wanneer we het hebben over de doelgroep van beschermd wonen en van maatschappelijke opvang, blijkt dat centrumgemeenten en aanbieders vaak verschillende definities hanteren voor deze doelgroepen. Dat komt ook doordat het om een diffuse doelgroep gaat met tal van subgroepen.

Het is aan te bevelen om in eerste instantie uit te gaan van landelijk veel gebruikte definities, zie het schema hieronder. Maak een keus welke groepen u wilt onderscheiden en definities u daarbij wilt opnemen.

Maatschappelijke opvang	Beschermd wonen
Doelgroep maatschappelijke opvang algemeen	Doelgroep beschermd wonen algemeen
1. Feitelijk daklozen	6. Herstel & Uitstroom
2. Residentieel daklozen	7. Herstel & Stabilisatie
3. Potentieel of dreigend daklozen	
Specifieke subgroepen:	Subgroepen:
4. Nieuwe daklozen	8. Jongvolwassenen
5. Zwerfjongeren	9, Volwassenen
6. Ouderen en personen die tevens behoefte hebben aan verpleging en verzorging	10. Ouderen en personen die tevens behoefte hebben aan verpleging en verzorging
7. Dakloze gezinnen	Of subgroepen naar specifieke stoornis, b.v. 11. Autisme
8. Verslaafden	12. Psychiatrie en verslaving
	13. Psychiatrie en cognitieve beperkingen

Voor de RIBW-cliënten kan ten behoeve van planning van voorzieningen ook onderscheid worden gemaakt naar de manier waarop zij hun indicatie verzilveren: via pgb of zorg in natura (ZIN).

Doelgroep maatschappelijke opvang algemeen

Cliënten in de maatschappelijk opvang kampen vaak met meerdere problemen. Het is vaak een combinatie van dakloosheid, psychiatrische, somatische en/of verslavingsproblemen, schulden die opgebouwd zijn, geweldsproblematiek, werkloosheid of het ontbreken van een zinvolle dagbesteding. Ook wordt aangenomen dat 25% van de doelgroep een (licht) verstandelijk beperking heeft. Vanwege de multi-problematiek hebben de cliënten vaak te maken met instanties uit verschillende maatschappelijke domeinen.

Een veel gebruikte indeling van de doelgroep maatschappelijke opvang in subgroepen is de indeling: feitelijk daklozen, residentieel daklozen – dreigend daklozen. Deze indeling is relevant omdat deze aansluit op de drie uitgangssituaties, van waaruit het persoonsgebonden traject start – en daarmee een indicatie geeft van de groep voor wie bepaalde voorzieningen beschikbaar dienen te zijn. Ook zijn er landelijk en vaak ook regionaal cijfermatige gegevens beschikbaar over de omvang van de drie subgroepen waardoor het mogelijk is de ontwikkeling in de tijd en het effect van ingezette maatregelen te monitoren.

1. Subdoelgroep feitelijk daklozen

Personen die niet beschikken over een eigen woonruimte en die voor een slaapplek gedurende de nacht tenminste één nacht (in de maand) waren aangewezen op buiten slapen ofwel overnachten in de openlucht en in overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstallingen, stations, winkelcentra of een auto) en binnen slapen in passantenverblijven van de maatschappelijke opvang, inclusief eendaagse noodopvang, of binnen slapen bij vrienden, kennissen of familie, zonder vooruitzichten op een slaapplek voor de daarop volgende nacht. Voor hen is nodig: (out reachende) contactlegging en vraagverheldering, met daarop volgend een persoonsgericht traject waarbij in ieder geval aandacht is voor de combinatie wonen-werken/dagbesteding-inkomen- zorg- sociale contacten. Primair doel is te komen tot een stabiele mix, om van daaruit toe te werken naar optimaal herstel van zelfredzaamheid en participatie.

2. Subdoelgroep residentieel daklozen

Residentieel daklozen zijn personen die als bewoner staan ingeschreven bij instellingen voor maatschappelijke opvang (internaten, sociale pensions, woonvoorzieningen) op basis van particulier initiatief dat zich richt op semipermanente bewoning voor dakloze mensen en particuliere commerciële pensions waar voornamelijk dakloze mensen wonen. Vanuit de regionale kompassen was voor hen al de doelstelling dat zij in een persoonsgericht traject wonen-werken/dagbesteding-inkomen-zorg komen tot een stabiele situatie, om van daaruit toe te werken naar optimaal herstel van zelfredzaamheid en participatie.

3. Subdoelgroep potentieel of dreigend daklozen

Tot de deze doelgroep behoren mensen die wel zelfstandig wonen, maar zodanig met problemen kampen dat zij groot risico lopen op dakloosheid, als zij geen tijdige hulp en ondersteuning krijgen. Deze doelgroep wordt wel aangeduid als de OGGZ-doelgroep. Hiertoe behoren ook degenen die (ongepand en/of zonder georganiseerde vervolghulpverlening) vertrekken uit de klinische GGZ of ontslagen worden uit detentie.

De meeste gemeenten zetten preventieve maatregelen en instrumenten in om uitval of terugval te voorkomen (L. Hulsbosch, M.Planije, M.Tuynman, Monitor Stedelijk Kompas, Trimbos 2013).

Naast en in aanvulling op deze indeling van de doelgroep MO kunt u ook aandacht besteden aan specifieke subgroepen. Dat is van belang als u voor een dergelijke groep afzonderlijke voorzieningen of beleidsdoelstellingen wilt realiseren.

4. Subdoelgroep nieuwe daklozen

Dit zijn mensen die vanwege acute problemen (relatieproblematiek, schulden, werkloosheid, uithuiszetting, brand) dakloos zijn geworden, zonder dat er sprake is van psychiatrische problematiek of verslavingsproblemen. Zij kunnen niet meer kunnen terugvallen op een eigen huis. Als ze ook niet op een eigen netwerk kunnen terugvallen, zitten ze dringend verlegen op crisisopvang voor tijdelijk verblijf én begeleiding om het leven weer op de rit te zetten¹⁴. Het aanbod van de maatschappelijke opvang is voor deze mensen vaak niet nodig, maar ze kunnen ook niet helemaal op eigen kracht in hun (woon)behoefte voorzien. Voorbeelden van (woon)voorzieningen die hierop inspelen zijn het aanbod van tijdelijke kamers in leegstaande verzorgingshuizen of kantoren, gecombineerd met ondersteuning door maatschappelijk werk om het leven weer op de rails te krijgen. Het is zinvol om in uw beleidsplan aan te geven of en hoe u in de (opvang)behoeften van deze groep voorziet en ook of u ze tot de doelgroep van dit beleidsplan rekent of dat u in uw regio afspreekt dat iedere gemeente hier zelf voorzieningen voor treft.

Specifieke groepen die binnen deze groep in het oog springen, zijn illegalen: veelal uitgedeelde vluchtelingen, die geen status hebben ontvangen en mensen uit Midden- en Oost-Europa, die op zoek naar werk naar Nederland zijn gekomen. Desgewenst kunt u ook daar afzonderlijk aandacht aan besteden.

5. Subdoelgroep zwerfjongeren

Jongeren zijn een van de risicogroepen binnen de maatschappelijke opvang en vallen nadrukkelijk ook onder het Regionaal Meerjarenbeleidsplan OBH. Tot 18 jaar behoren zij tot de jeugdhulp en krijgen daar de nodige opvang, zorg en ondersteuning. De jeugdzorg vervalt echter bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar en als er dan verder geen natraject/begeleiding en/of opvang volgt is de kans op dak-/thuisloosheid groot.

In 2011 hebben diverse landelijke partijen onder leiding van VWS een eensluidende definitie vastgesteld: 'Zwerfjongeren zijn feitelijk of residentieel daklozen onder de 23 jaar met meervoudige problemen¹⁵. In de toelichting op deze definitie worden jongeren die verblijven in een stabiele woonomgeving als begeleid-wonen-projecten, Jeugdzorgvoorzieningen en foyers de jeunesse (zoals Kamers met Kansen) uitgesloten van de definitie. 'Ook hier wordt het onderscheid feitelijk en residentieel gemaakt:

- Feitelijk dakloos is een jongere die geen eigen woonruimte heeft en daar ook geen uitzicht op heeft. Hij overnacht ofwel in de buitenlucht, in een noodopvang, of tijdelijk bij vrienden of familie. Residentieel dakloos is een jongere zonder eigen woonruimte, die zelfstandig (dus niet met een ouder) ingeschreven staat bij een instelling voor maatschappelijke opvang.

Zwerfjongeren hebben vrijwel allemaal te maken met complexe, meervoudige problematiek¹⁶. Ten eerste ontbreekt het hen aan passende huisvesting. De problemen van zwerfjongeren zijn een combinatie van meer en hogere schulden dan leeftijdsgenoten en (negatieve) ervaringen met Jeugdzorg. Daarnaast is een deel (licht) zwakbegaafd, hebben ze meer psychische aandoeningen en gedragsproblemen en zijn ze lichamelijk en geestelijk ongezonder dan leeftijdsgenoten, gebruiken ze vaker (soft)

¹⁴ Zie Tuynman, M, e.a., Monitor Stedelijk Kompas, 2014.

¹⁵ Zwerfjongeren in Nederland: een heldere definitie, VWS, 2011.

¹⁶ Zie Factsheet zwerfjongeren Nederland, de belangrijkste feiten over zwerfjongeren in Nederland, SZN, oktober 2014, <https://www.movisie.nl/publicaties/factsheet-zwerfjongeren-nederland>.

drugs en hebben ze vaker een instabiele thuissituatie meegemaakt. Er worden wel drie subgroepen onderscheiden:

- Jongeren die in principe voldoende competenties hebben voor zelfstandig functioneren maar door externe omstandigheden (gezinsproblemen/geen thuis meer hebben – om hun leven weer op orde te krijgen hebben zij tijdelijk behoefte aan begeleiding gericht op het realiseren van (min of meer zelfstandige) huisvesting, voldoende financiën en vooral toeleiding naar school en/of werk. Soms kan ook de relatie met het eigen netwerk worden hersteld.
- Jongeren met ernstige psychische problemen, verslaving en/of een verstandelijke beperking waardoor zij onvoldoende competenties hebben voor zelfstandig functioneren, terwijl het eigen netwerk ook ontbreekt, onmachtig is of zelfs negatief werkt– voor hen is adequate zorg een noodzakelijke voorwaarde om te kunnen toewerken naar maatschappelijk herstel. Vaak zal een periode van beschermd wonen daarin noodzakelijk zijn.
- Jongeren met traumatische ervaringen, waardoor ze competenties die ze in principe wel hebben niet voldoende hebben kunnen ontwikkelen en vaak ook geen moed en motivatie meer hebben om hun leven weer op poten te zetten – voor hen is langduriger begeleiding nodig, gericht op het ontwikkelen en behoud van motivatie en waarbij hindernissen op de levensgebieden huis, werk/school, inkomen, relaties en gezondheid . Soms zal tijdelijk beschermd wonen hierbij nodig zijn.¹⁷

Over het algemeen wordt ontraden om jeugdigen op te vangen in algemene voorzieningen voor daklozen, om te voorkomen dat ze zich hiermee gaan identificeren en hun ontwikkeling daardoor in de maatschappelijk gezien ongewenste richting verloopt. Het zo mogelijk behalen van een startkwalificatie en verkrijgen of behouden van werk zijn zeker voor jongeren belangrijke doelen. Deze zullen in principe altijd deel uitmaken van het persoonsgebonden traject.

Doelgroep beschermd wonen algemeen¹⁸

Beschermd wonen is bedoeld voor personen met psychische of psychosociale problemen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Zij kunnen ten gevolge van hun psychiatrische aandoening of combinatie met problemen niet zelfstandig wonen. Zij kunnen wonen in een accommodatie van een instelling, met het daarbij behorende toezicht en begeleiding. Het zwaartepunt van de zorg ligt in mindere mate op behandeling en in meerdere mate op begeleiding en structuur bij het wonen. Er is doorgaans directe nabijheid van 24 uur per dag toezicht of ondersteuning nodig. Het beschermd wonen heeft verschillende doelen:

- Bevorderen en herstel van zelfredzaamheid en participatie.
- Bevorderen van het psychisch en psychosociaal functioneren.
- Stabiliseren van een psychiatrisch ziektebeeld.
- Voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast.
- Afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen.

De meeste cliënten wonen in een specifieke instelling voor beschermd wonen (zogenoeten RIBW). Er zijn ook andersoortige instellingen die beschermd wonen leveren, zoals instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (VG) of een somatische beperking (Verzorging & Verpleging). BW-zorg in zo'n andere instelling noemt met 'sectorvreemd beschermd wonen'. Bijna alle cliënten worden tevens voor hun aandoening behandeld. Dit gebeurt steeds meer door de huisarts en door de GGZ. De mate van intensiteit van de behandeling verschilt¹⁹.

¹⁷ Zie kennisdossier Movisie (<https://www.movisie.nl/publicaties/zwerfjongeren-nederland>).

¹⁸ Zie Informatiekaart Beschermd Wonen, Transitiebureau Wmo, februari 2014 en <http://www.ribwalliantie.nl/upload/documents/2015/Hoe-Werkt-Het-wegwijs-in-de-psychiatrische-begeleiding-2015-Presentatie-2.pdf>.

¹⁹ Zie Transitiebureau + Clientgroepen extramurale AWBZ-begeleiding en de mogelijkheden van vernieuwing in de Wmo, maart 2014, <http://www.invoeringwmo.nl/content/overzicht-handreikingen-en-informatiekaarten>.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen cliënten die beschermd wonen met als doel:

- Herstel en uitstroom (ontwikkelingsgericht).
- Herstel en stabiliteit (langdurig zorgafhankelijk).

Voor een deel van de cliënten is het beschermd wonen de opstap naar een zelfstandig bestaan, voor een ander deel van de cliënten is de begeleiding in combinatie met de beschermende woonomgeving levenslang nodig om hun situatie stabiel te houden. Vooraf is niet goed in te schatten welk scenario voor cliënten van toepassing is²⁰.

Schattingen²¹ zijn dat het aandeel van de eerste groep 55%, en de tweede groep 45% is. De grens is niet altijd even scherp. Het is nog niet gebruikelijk dat deze groepen op deze manier geregistreerd en geteld worden.

Daarnaast is er nog een ander doelgroep-onderscheid dat van toepassing is in het beschermd wonen:

- Cliënten die gekozen hebben voor ZIN.
- Cliënten die gekozen hebben voor zorg via een pgb.

Tenslotte zijn er cliënten die om wat voor reden dan ook hun beschermd wonen-indicatie niet verzilverd hebben. Zij ontvangen géén beschermd wonen. Wel hebben zij vaak behandeling en/of ambulante begeleiding.

Deze 5 subdoelgroepen zijn als volgt te 'combineren' in een matrix.

Perspectief Leveringsvorm	Cliënten Herstel & Stabilisatie	Cliënten Herstel & Doorstroom
Cliënten Zorg in Natura	xx	x
Cliënten pgb	x	xx
Cliënten Niet in Zorg	x	xx

Zowel bij ZIN-clieënten als bij pgb-clieënten komen zowel stabilisatie-clieënten als doorstroomclieënten voor. Bij cliënten 'Niet in Zorg' zal dat ook het geval zijn, maar dat zal over het algemeen niet bekend zijn, omdat de cliënt niet in beeld is. Naar verwachting zullen pgb-clieënten en cliënten niet-in-zorg vaker een doorstroomcliënt zijn dan een stabilisatiecliënt (twee kruisjes). Dit omdat de keus van de cliënt hierin samenhangt met de mate van eigen regievoering, waartoe deze (eventueel samen met zijn netwerk) in staat is.

6. Subdoelgroep cliënten herstel en stabilisatie

Een deel van de cliënten beschermd wonen heeft dermate psychiatrische beperkingen dat 24-uurs bescherming en begeleiding zeer langdurig, wellicht levenslang, nodig zal zijn. Er is sprake van een structurele hoge zorgzwaarte. Het aanbod is gericht op veiligheid, stabiliteit en kwaliteit van leven. De psychiatrische aandoening kan gepaard gaan met een (licht) verstandelijke beperking of somatische aandoeningen. In dat geval zal er eerder sprake zijn van langdurige zorgafhankelijkheid. Voor deze groep zal in een later stadium beoordeeld worden of de cliënt in de Wmo blijft of overgaat naar de Wlz. Wie voor de Wlz in aanmerking komt is afhankelijk van de nog te ontwikkelen inhoudelijke toegangscriteria die op landelijk niveau ontwikkeld worden. Een vraag die speelt bij de indeling in cliëntgroepen Wlz/Wmo is of vooraf voorspeld kan worden welke cliënten zich gaan ontwikkelen en voor welke cliënten stabilisatie het hoogst haalbare is.

20 Zie Transitiebureau + Clientgroepen extramurale AWBZ-begeleiding en de mogelijkheden van vernieuwing in de Wmo, maart 2014.

21 Zie Transitiebureau + Clientgroepen extramurale AWBZ-begeleiding en de mogelijkheden van vernieuwing in de Wmo, maart 2014.

7. Subdoelgroep cliënten met perspectief naar meer zelfredzaamheid

Voor een ander deel van de doelgroep is een vorm van zelfstandig wonen zeer wel mogelijk, veelal in combinatie met ambulante begeleiding. Zij kunnen de noodzakelijke wooncompetenties leren en/of leren anderen in te schakelen voor die zaken die zij zelf niet kunnen. Er is veel mogelijk bij deze cliënten mits het past bij hun mogelijkheden en wensen en ze hierin methodisch worden ondersteund²². Een beslissend element hierbij is de mate van eigen regie, die iemand (weer) neemt over het eigen leven. De ondersteuning dient dit te stimuleren en erop aan te sluiten. Zij kunnen na verloop van tijd (stapsgewijs) uitstromen naar zelfstandige huisvesting.

8. Subdoelgroep cliënten met een indicatie beschermd wonen die niet in zorg zijn

Ook zijn er cliënten die hun indicatie niet verzilveren. Het is voor de centrumgemeenten onbekend waar zij verblijven en of zij andersoortige ondersteuning ontvangen. Het is te zien als een aparte doelgroep beschermd wonen: immers een indicatie beschermd wonen wordt alleen afgegeven als er sprake is van een behoorlijke kwetsbaarheid. De door het CIZ afgegeven indicatie en de basale persoonsgegevens zijn bekend bij de centrumgemeente. De gemeente kan kiezen om deze groep actief te benaderen.

9. Subdoelgroep cliënten met leveringsvorm ZIN beschermd wonen

Tot en met 2014 konden cliënten bij de indicatiestelling aangeven welke leveringsvorm hun voorkeur had: ZIN of pgb. Als een cliënt koos voor ZIN dan was zorg mogelijk van een door het Zorgkantoor gecontracteerde aanbieder. Dit laatste is nog steeds het geval, maar sinds 2015 contracteert de centrumgemeente de zorgaanbieders beschermd wonen.

10. Subdoelgroep cliënten met leveringsvorm persoonsgebonden budget beschermd wonen

Als de cliënt kiest voor een pgb, dan toetst de centrumgemeente (voorheen het zorgkantoor) of een pgb bij de cliënt geschikt is. Als dat het geval is, is het aan de cliënt (budgethouder) om een zorgovereenkomst op te stellen dat vervolgens goedgekeurd moet worden door zowel het SVB als de centrumgemeente. Via het zogeheten trekkingsrecht kan de cliënt dan zelf zorg inkopen.

Omvang doelgroepen

In de Stedelijk Kompas-periode sinds 2008 is geprobeerd zicht te krijgen op de omvang van de doelgroepen maatschappelijke opvang. Het bleek dat de centrumgemeenten verschillende tel-werkwijzen hadden. De monitor Stedelijk Kompas die in deze periode een aantal malen is uitgevoerd laat de volgende trends zien.²³

Feitelijk daklozen

- Het aantal feitelijk daklozen (d.w.z. zonder vaste woon- of verblijfplaats) lijkt sinds 2009 jaarlijks af te nemen tot 2013.
- Landelijk wordt het aantal eind 2013 op 7.500 geschat voor de G39, gemiddeld 6 per 10.000 inwoners.

Residentieel daklozen

- Het aantal residentieel daklozen (d.w.z. die in instellingen verblijven) lijkt sinds 2009 jaarlijks licht toe te nemen tot en met 2013.
- Landelijk wordt het aantal op 9.400 geschat voor de G39, gemiddeld 7 per 10.000 inwoners.

²² Zie Transitiebureau+ Clientgroepen extramurale AWBZ-begeleiding en de mogelijkheden van vernieuwing in de Wmo, maart 2014.

²³ Zie Tuynman, M, e.a., Monitor Stedelijk Kompas 2013, 2014, <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=AF1336>. Let op: dit zijn aantallen exclusief de G4. Het totaal aantal daklozen in Nederland ligt dus hoger dan de hier genoemde aantallen.

Potentieel daklozen

De definitie en daarmee de schatting van het aantal potentieel daklozen hangt samen met de keus welke risico-indicatoren hiervoor worden meegenomen (denk daarbij mensen in multi-probleemsituaties door combinaties van b.v. werkloosheid, (geestelijke) gezondheidsproblemen, verslaving, huurachterstanden, overlast, schulden, relatieproblemen, problemen met justitie). De gemeenten uit de G39 die preventieve maatregelen nemen om dakloosheid te voorkomen tellen gemiddeld 10 potentieel daklozen per 10.000 inwoners.

Nieuwe daklozen

Drie kwart van de 39 centrumgemeenten constateert een toename van het aantal 'nieuwe daklozen' (daklozen zonder psychiatrische- of verslavingsproblematiek) in de gemeente of regio in de afgelopen drie jaar. Hierover zijn geen schattingen van de omvang bekend.

Zwerfjongeren²⁴

- Het aantal zwerfjongeren is sinds 2009 jaarlijks licht gedaald, met een stabilisatie in 2013.
- Landelijk wordt het aantal jongeren zonder vaste woon- of verblijfplaats op circa 9.000 geschat, waarvan 2.800 bij de G39, gemiddeld 2 per 10.000 inwoners.

Wat betreft het beschermd wonen is de omvang van de doelgroep op landelijk niveau ook niet goed in beeld. Dit heeft o.a. te maken met de complexe overgang van gegevens vanuit het CIZ en de zorgkantoren per 1 januari 2015. Alle centrumgemeenten worstelen met het in beeld krijgen van de feitelijke doelgroep.

Een goed beeld is er over het aantal cliënten in Nederland met een indicatie voor beschermd wonen t/m 2014. Die indicaties werden toen nog afgegeven en geregistreerd door het CIZ in de vorm van zorgzwaartepakketten (ZZP GGZC).

Landelijk betrof het de volgende omvang:

Beschermd Wonen in Nederland per ZZP GGZ-C	Aantal cliënten ²⁵ met een geldige indicatie op 1 januari (CIZ.nl)					
	2013		2014		2015	
	n	%	n	%	n	%
GGZ01C	815	2	485	1	295	1
GGZ02C	5.275	15	3.840	10	2.735	7
GGZ03C	16.960	47	17.840	48	18.710	49
GGZ04C	7.515	21	8.485	23	9.025	24
GGZ05C	4.885	13	5.980	16	6.495	17
GGZ06C	690	2	765	2	690	2
Totaal	36.140	100	37.395	100	37.950	100
Per 10.000 inw. ²⁶	21		22		22	

Tabel 1 Aantallen cliënten geïndiceerd voor BW-zorg per ZZP (bron: CIZ.nl)

²⁴ Zie factsheet zwerfjongerenbeleid, Movisie/SZN, 2014 <https://www.movisie.nl/publicaties/factsheet-zwerfjongeren-nederland>.

²⁵ Het betreft hier afrondingen op 5-tallen omdat het CIZ uit privacyoverwegingen wil voorkomen dat de cijfers kunnen leiden individuele casussen. Het werkelijke aantal geïndiceerden kan daardoor licht afwijken.

²⁶ Uitgegaan is van een inwoneraantal in Nederland van 16,8 miljoen in 2013 en 16,9 miljoen in 2014 en 2015.

Landelijk is het aantal BW-geïndiceerden beschermd wonen in Nederland gestegen met 5% in de periode 2013-2015. Het aantal BW-geïndiceerden steeg daarmee van 21 naar 22 per 10.000. Het feitelijk zorggebruik in Nederland kan geschat worden op 35.000²⁷. Dit is 95% van de mensen met een CIZ-indicatie in 2013. Dat zou betekenen dat 5% van de geïndiceerde cliënten niet in zorg is (1 inwoner per 10.000). Vanuit diverse centrumgemeenten wordt gemeld dat 10 tot 20% van het aantal geïndiceerden niet in zorg is. Ook is niet te zien hoeveel cliënten hun indicatie verzilverd hebben in ZIN of pgb. Er zijn centrumgemeenten met minder dan 10% geïndiceerde cliënten met een pgb beschermd wonen en gemeenten met meer dan 40%. De tabel laat ook zien dat de zorgzwaarte met name op 1 januari 2014 gestegen is.

Het onderscheid tussen de doelgroepen Herstel & Uitstroom en Herstel & Stabilisatie is voor zover bekend, nog niet expliciet gemeten door de centrumgemeenten. Het is wel gewenst dat hier een meer duidelijke definitie voor komt, zodat ook deze subgroepen goed van elkaar onderscheiden in beeld gebracht kunnen worden. Op basis van landelijk nog te ontwikkelen scherpe criteria zou de doelgroep beschermd wonen, minimaal opgesplitst kunnen worden in een groep 'Stabilisatie' en een groep 'Doorstroom'. Hierover komt in het najaar 2015 waarschijnlijk een eerste rapportage beschikbaar²⁸. Dit raakt aan de discussie over de scheidslijn Wlz-Wmo. De commissie Toekomst zal ook een visie formuleren namens de gemeenten op de vraag of de groep 'Stabilisatie' in de Wmo zou moeten blijven of overgaan naar de Wlz.

In de toekomst is een verdere verfijning wellicht gewenst.²⁹ Een te hanteren indeling sluit dan aan op de verwachtingen over ontwikkeling van de zelfredzaamheid van de cliënt. De vraag is hoe exact een inschatting te maken is over de vraag hoe snel en hoe ver een bepaald type cliënt kan herstellen.

Capaciteit per voorzieningentype

Om uitspraken te doen over de actuele en gewenste relatie tussen vraag en aanbod is een overzicht nodig van de beschikbare capaciteit. Dat kan per instelling, maar interessanter is het om het per 'voorzieningentype' te doen. Daarbij gaat het name om die voorzieningen die specifiek voor de doelgroep worden geboden. Zo wordt de omvang van het specifieke regionale aanbod zichtbaar. Let op: het gaat niet alleen om de voorzieningen die een centrumgemeente bekostigt, maar ook om voorzieningen uit het Wmo-budget – en wellicht breder (participatiewet, zorgverzekeringswet, forensisch). Andere dekkingsbronnen zullen vooral gelden voor voorzieningen op het gebied van inloop, dagbesteding en ambulante begeleiding.

27 Bron: Factsheet langdurige zorg, GGZ Nederland en RIBW Alliantie, mei 2013. Zie ook: Hoe werkt het, wegwijzer in de psychiatrische begeleiding 2015, uitgave van de RIBW Alliantie. Deze geeft een daadwerkelijk gebruik van Beschermd wonen op van ca. 10.000 en van begeleid wonen van 15.000, in totaal ruim 25.000 op 31 december 2013. Een vrij grote groep heeft dus wel een indicatie, maar verzilverd deze niet.

28 Een adviescommissie van het Zorginstituut Nederland (ZiN) ontwikkelt voorstellen voor een afwegingskader waarmee op een onafhankelijk, objectief en zoveel mogelijk op een landelijk uniforme manier bepaald kan worden wie er toegang heeft tot zorg op grond van de Wet langdurige zorg. Naar verwachting blijven de gemeenten in ieder geval tot 2017 verantwoordelijk voor het gehele Beschermd Wonen. Daarna kan een deel overgaan naar de Wlz op basis van wetsaanpassingen. Najaar 2015 wordt het advies van ZiN verwacht.

29 Een voorbeeld: de gemeente Leiden hanteert voor de huidige BW-cliënten de volgende categorieën: herstel en uitstroom binnen 6 maanden; herstel en uitstroom binnen 3 jaar; herstel en stabilisatie binnen BW; herstel en stabilisatie Wlz.

Dat kan op de volgende manier:

	Voorzieningen- type	Capaciteit woon- vormen in aantal beschikbare 'bedden'	Capaciteit woon- vormen in aantal beschikbare etmalen per jaar	Capaciteit ambu- lante (woon) begeleiding in uren per jaar	Capaciteit dagbesteding in dagdelen per jaar
Doel- groep MO	1				
	2				
	3				
	4				
Doel- groep BW	5				
	6				
	7				

Van de woonvormen kunt u de capaciteit op twee manieren tellen: het aantal beschikbare bedden of kamers (de bruto capaciteit) of het aantal etmalen verblijf per jaar dat de aanbieder kan bieden; de bezetting is immers nooit 100%, iemand kan tijdelijk naar het ziekenhuis moeten, of er is leegstand na vertrek van een cliënt. De ene maat geeft het maximaal aantal cliënten dat gelijktijdig in een woonvorm kan verblijven. De andere telling heeft u nodig in verband met de inkoop. Vergeet niet om kleine aanbieders (ZZP-ers e.d.) mee te tellen.

Een uitsplitsing naar capaciteit betaald via pgb en via inkoopcontracten kan relevant zijn, omdat de pgb-betalde aanbieders niet per se beschikbaar zullen komen voor een andere cliënt als de huidige cliënt het contract verbreekt. Je kunt het pgb-aanbod dus als een soort flexibele schil zien.

Voor wat betreft de uren ambulante (woon)begeleiding en dagdelen dagbesteding is relevant aan te geven of de uren/dagdelen vanuit het budget Opvang en Bescherming betaald zijn of vanuit de lokale Wmo-budgetten (of wellicht uit de participatiewet).

Doelgroepen van de RIBW nader toelicht

Bron: Pagina 21-28 van Anders Professioneel, (A. van Bergen, RIBW Alliantie, 2013)

Janny

Ik ben 47 jaar. Ik heb jarenlang geworsteld in problematische relaties met veel huiselijk geweld, geweldadige scheidingen, stalking enzovoorts. Mede daardoor ben ik de laatste 5 jaar opgenomen geweest voor een psychiatrische behandeling vanwege angsten en depressies. Het gaat nu een stuk beter met me. Ik heb zin om een nieuwe start te maken. Binnenkort word ik ontslagen en heb ik woonruimte nodig. Mijn wens is om in een eigen huis te wonen in een nieuwe gemeente, maar wel met voldoende begeleiding. Ik heb al in geen jaren meer voor mezelf gezorgd en weet niet zeker of ik dat alweer aankan. Ik ben bang om weer terug te vallen en wil per se afstand houden van mijn familie en vrienden van vroeger. Ik wil graag een opleiding volgen voor kapster en mensen ontmoeten. Als het kan, zou ik ook zangles willen volgen en in een koor willen zingen.

1. Omvang

De precieze omvang van de groep mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen en ernstige psychosociale problemen is niet bekend. Epidemiologisch onderzoek geeft aan dat 1 à 2% van de bevolking op enig moment langdurige psychiatrische aandoeningen heeft (afgeleid uit factsheets Trimbos-instituut). Het overgrote deel daarvan is thuiswonend. Medio 2011 hebben 67.500 volwassenen en circa 12.000 kinderen een Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)-indicatie voor begeleiding met de grondslag psychiatrie, dit is ongeveer 0,5 % van de bevolking. Velen daarvan krijgen begeleiding

en/of dagbesteding vanuit een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) of van een divisie beschermd wonen en/of dagbesteding van een grote GGZ-instelling.

2. Ernstige psychiatrische aandoening of psychosociaal probleem

De doelgroep van de RIBW's bestaat uit mensen met een (gediagnosticeerde) chronische psychiatrische aandoening die hen belemmeren op enkele of vele levensgebieden en uit mensen met een ernstig psychosociaal probleem, waarbij geen diagnose beschikbaar is over een onderliggende psychiatrische aandoening. Dat laatste wil niet zeggen dat geen sprake kan zijn van een dergelijke aandoening, maar er kunnen allerlei redenen zijn waarom mensen (nog) niet gediagnosticeerd zijn. Denk bijvoorbeeld aan daklozen en zorgmijders.

De meest voorkomende psychiatrische aandoeningen met blijvende beperkingen zijn³⁰:

- Stemmingsstoornissen: langdurige intense somberheid, negatief zelfbeeld en apathie of extreme stemmingswisselingen. Dit kan leiden tot isolement, zelfverwaarlozing en suïcidaliteit. Benamingen zijn bijvoorbeeld depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis.
- Angststoornissen: extreme angstgevoelens of paniekaanvallen, die het hele leven beheersen en de handelingsmogelijkheden ernstig beperken. Benamingen zijn bijvoorbeeld paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie en generaliseerde angststoornis.
- Middelenstoornissen: verslaving of excessief gebruik met risico op gezondheidsschade en sociaal-maatschappelijke uitval. Bijvoorbeeld alcohol- of drugsmisbruik en alcohol- of drugsafhankelijkheid.
- Aandacht tekort- of gedragsstoornissen: onaangepast gedrag, dat zich zeer moeilijk laat corrigeren en dat kan leiden tot ernstig sociaal ongemak en isolement, overlast, agressie of zelfbeschadiging. Benamingen zijn bijvoorbeeld ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel opstandige gedragsstoornis, persoonlijkheidsstoornis.
- Psychotische stoornissen: een psychose is een psychiatrisch toestandsbeeld, waarbij de cliënt het normale contact met de - door zijn omgeving ervaren - werkelijkheid geheel of gedeeltelijk kwijt is, bijvoorbeeld schizofrenie. Dit kan leiden tot bizar gedrag, vermijden van zorg en contact, zelfverwaarlozing, suïcidaliteit en het ontstaan van multi-problemen.
- Combinaties van stoornissen.

3. Combinaties van stoornissen

Vaak komen combinaties van stoornissen voor, zowel van verschillende psychiatrische aandoeningen als een combinatie van een psychiatrische aandoening met bijvoorbeeld een licht verstandelijke beperking, met autisme of met een niet aangeboren hersenletsel. Ook verslavingsproblematiek behoort tot de psychiatrische aandoeningen. De combinatie van een andere psychiatrische aandoening en/of ernstig psychosociaal probleem met een verslaving of excessief middelengebruik komt veel voor.

Bij ouder wordende mensen met een langdurige psychiatrische aandoening kunnen net als bij andere ouderen cognitieve problemen en/of lichamelijke beperkingen en chronische ziektes ontstaan. Dit is bij hen eerder regel dan uitzondering omdat zij door medicijngebruik en een vaak ongezonde leefstijl (roken, zelfverwaarlozing, middelengebruik) een verhoogde kans hierop hebben.

Combinaties van problemen kunnen een gerichte behandeling moeilijk maken. Dit leidt dan vaak tot multi-problemen: naast en in aanvulling op de oorspronkelijke aandoening krijgt iemand ook problemen op andere levensgebieden, zoals werken, wonen, gezondheid, relaties en financiën. De problemen hangen onderling samen en beïnvloeden elkaar. Vaak is na verloop van tijd niet meer met zekerheid te zeggen wat als eerste speelde.

³⁰ Onder andere gebaseerd op factsheet De GGZ: De belangrijkste ziektebeelden oktober 2010 en informatie op www.trimbos.nl.

Mark

Mark is 34 jaar en is verslaafd aan heroïne. Hij woont antikraak in een oud flatgebouw. Mark verwaarloost zichzelf en zijn gezondheid is slecht. Hij werkt op een veegproject in de stad om aan geld te komen, hoewel hij soms ook moet stelen om genoeg te kunnen gebruiken. Hij is al een paar keer opgepakt. Zijn ouders hebben er in overleg met de sociale dienst voor gezorgd dat al zijn vaste lasten automatisch betaald worden en dat hij iedere week een vast bedrag krijgt voor boodschappen. Mark heeft buiten het project weinig contacten, het interesseert hem ook niet, als hij maar dagelijks kan gebruiken. Zijn moeder maakt zich zorgen over hem maar Mark vindt dat overdreven. "Ik kan altijd nog stoppen als ik dat echt zou willen, laat iedereen me maar met rust laten. Ik regel het zelf wel."

4. Beperkingen als gevolg van de aandoeningen

Mensen die begeleiding vragen van een RIBW hebben niet alleen last van hun aandoening (of vaak: van een combinatie van aandoeningen), maar ook en soms vooral van de beperkingen als gevolg ervan. De volgende beperkingen in het dagelijks functioneren zijn vrijwel altijd aan de orde als mensen begeleiding vragen bij een RIBW.

- **Sociale redzaamheid:** matig tot ernstig beperkt, vooral wat betreft het regelen van dagelijkse routine; zelf geld beheren, het initiëren en uitvoeren van complexe taken en het bijhouden van administratieve zaken. Het gaat hier zowel om regieverlies als om vaardigheden. Als er niemand beschikbaar is om iemand daarbij te helpen, is de kans groot dat een aantal administratieve en regelzaken in het slop raken en dat gewone dagelijkse verplichtingen niet worden nagekomen, met het risico op bijvoorbeeld schulden of een verwaarloosd huishouden.
- **Sociaal functioneren:** moeite met contacten leggen en onderhouden, intieme relaties aangaan en behouden; angstig bij formele contacten en contacten met instanties: vermijdend gedrag, hierdoor vaker in isolement. Contact met familie en oude vrienden is vaak verwaterd of er zijn zo veel nare dingen gebeurd dat familie en vrienden afstand bewaren. Of iemand heeft zelf het contact verbroken en wil of kan het niet zelf herstellen. Veel mensen hebben moeite om zelf contact te leggen met een vreemde.
- **Probleemgedrag:** licht tot ernstig, varieert van passief gedrag, angstig en verward gedrag, initiatiefloos en destructief gedrag, dwangmatig gedrag en verslavingsproblematiek. Soms is probleemgedrag een direct gevolg van de stoornis, maar het kan ook een reactie zijn uit onmacht en spanning. Als iemand in een vertrouwde omgeving is, met personen die hij kent of bezig is met een vertrouwde bezigheid, zal hij veel minder probleemgedrag vertonen dan in een onbekende omgeving met nieuwe mensen of activiteiten. Overigens zie je ook het omgekeerde: dat iemand in een onbekende sociale omgeving heel adequaat reageert en daarbij sociaal op zijn tenen loopt, maar dit niet kan volhouden als hij ergens langer of vaker is.
- **Psychisch functioneren:** matig tot zwaar beperkt, varieert van emotionele, sombere of ongeremde stemming en chaotische gedachten (zoals veel mensen wel eens hebben, wel heftig maar nog invoelbaar en herkenbaar) tot aan wanen, depressiviteit, manie en psychose (de extreme versies, veel heftiger dan wat iemand die hier niet aan lijdt zelf meemaakt; de relatie tot de werkelijkheid van anderen is op een dergelijk moment zoek voor de betreffende persoon).
- **Concentratieproblemen:** matig tot zwaar beperkt. Heel veel mensen met psychiatrische aandoeningen of ernstige psychosociale problemen geven aan dat het hun veel moeite kost om zich goed te concentreren. Daar hebben ze zowel last van bij regietaken (denken, plannen, kiezen) als bij hun geheugen (zich iets herinneren, leren) en bij oriëntatie (in tijd, plaats en persoon).

5. Gevolgen van beperkingen voor zelfredzaamheid en participatie

Door deze beperkingen zijn mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen vaak blijvend beperkt in hun zelfredzaamheid en hun deelname aan het maatschappelijk verkeer. Het is voor hen moeilijk om een eigen plan te trekken en zelf de richting van hun leven te bepalen (zelfregie). Ze hebben bijvoorbeeld moeite met het vinden of behouden van werk, met sociale contacten en relaties of met

(zelfstandig) wonen. Ze hebben vaak hun leven lang ondersteuning nodig om met voldoende kwaliteit van leven zelfstandig te kunnen wonen en naar vermogen mee te doen in de samenleving.

Die steun komt juist bij mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen niet automatisch uit de eigen sociale omgeving. Het persoonlijk netwerk is vaak heel klein geworden. Familie, vrienden, collega's en bekenden uit vrije tijd zijn uit beeld geraakt of hebben zich vanwege conflicten, onmacht en onbegrip teruggetrokken. Soms heeft iemand zelf het contact verbroken. Het netwerk beperkt zich dan tot professionals en medecliënten. Het valt iemand in de herstelperiode vaak moeilijk om zelfstandig oude contacten te vernieuwen of nieuwe contacten te leggen.

Jan (36 jaar)

Ik ben vroeger horecakov geweest. Ik heb een jaar of tien gesukkeld met steeds terugkerende psychoses. De laatste jaren gaat het beter. Sinds kort woon ik zelfstandig na een jaar of drie in een RIBW. In het begin vond ik het heerlijk weer helemaal eigen baas te zijn, maar nu begint het tegen te vallen. Ik zit hele dagen te gamen op internet. Eigenlijk verveel ik me, ik voel me nogal eenzaam, maar het lukt me niet om iets op te pakken. Ik blow ook veel. Ik voel zelf dat dit me geen goed doet. Ik zou graag onderzoeken wat er nog mogelijk is met mijn horeca-ervaring, liefst betaald en ik zou graag een meisje leren kennen, maar dan wil ik ook iets te bieden hebben.

6. Stigmatisering en zelfstigmatisering leiden tot maatschappelijke uitsluiting

De beperkingen worden versterkt door de reacties van de buitenwereld. Er is sprake van stigmatisering en negatieve beeldvorming. Veel mensen trekken zich terug zo gauw ze horen dat iemand een psychiatrische aandoening heeft of bij de GGZ behandeld is. Ze gaan er zonder meer van uit dat zo iemand afwijkend gedrag zal vertonen en minder competent is. Mensen die ervoor uitkomen dat ze een psychiatrische aandoening hebben, worden bijvoorbeeld vaak niet (meer) uitgenodigd voor sociale bijeenkomsten en verjaardagen bij familie en bekenden en ze worden om onduidelijke redenen afgewezen bij sollicitaties.

In reactie daarop speelt ook "zelfstigmatisering" een rol: mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen hebben het beeld van de buitenwereld in hun eigen zelfbeeld opgenomen en voelen zichzelf al bij voorbaat minder competent en minder geaccepteerd. Ze geven het gauw op of zijn al bij voorbaat afhoudend of agressief in contacten. Of ze dagen anderen juist uit door expres afwijkend gedrag te vertonen. Het overwinnen van zelfstigmatisering en het leren omgaan met uitsluiting zijn extra opgaven wanneer iemand werkt aan herstel en maatschappelijke re-integratie.

7. Risico's bij het ontbreken van ondersteuning

Een belangrijk kenmerk van mensen met psychiatrische aandoeningen is, dat de ernst van de problematiek in de tijd wisselt. Het kan een tijdlang goed gaan en dan kan een terugval plaatsvinden, soms plotseling en zonder aanwijsbare reden. Dan is de directe beschikbaarheid van iemand die van wanten weet en waarmee afspraken zijn gemaakt over hoe te handelen in geval van crisis noodzakelijk om verdere escalatie te voorkomen. Daarom is in veel gevallen een vinger aan de pols contact van een gespecialiseerde professional nodig.

Wanneer er onvoldoende ter zake kundige steun beschikbaar is en iemand geïsoleerd leeft, bestaat het risico dat iemand zichzelf verwaarloost en problemen ontwikkelt op allerlei levensgebieden, met als uiteindelijk effect dat hij niet meer zelfstandig kan wonen. Het risico bestaat dat symptomen verergeren zonder dat iemand uit zijn omgeving het merkt en hem stimuleert om hulp te zoeken. Bij acute problematiek kan iemand agressief worden naar anderen of suïcidaal. Opname voor behandeling is dan vaak noodzakelijk. Ook dreigen er ernstige maatschappelijke gevolgen. Iemand kan uitzichtloze schulden ontwikkelen. Er kan overlast voor de omgeving ontstaan, bijvoorbeeld vanwege gebrek aan hygiëne, geluidsoverlast, agressie of wanneer iemand zelf drugs dealt of regelmatig drugdealers of andere profiteurs in huis haalt. Gevolg van zelfverwaarlozing, isolement en multi-problemen kan zijn,

dat iemand dakloos raakt of in het justitiële circuit belandt.

8. Herstel: werken aan een nieuw evenwicht

Mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen of ernstige psychosociale problematiek vinden na een acute periode waarin de symptomen voorop stonden en waarin meestal ook een behandeling plaatsvindt vaak een nieuw evenwicht. Dit wordt het proces van herstel genoemd. Hoewel de aandoening niet volledig genezen is, kan iemand door ervaring wijs worden en beter omgaan met zijn symptomen. Goed ingestelde medicatie en/of psycho-educatie (leren omgaan met de symptomen) dragen bij aan het ontstaan van dit evenwicht. Het belangrijkste is echter het proces van herstel dat iemand zelf moet doormaken. Coaching van professionals, ervaringsdeskundigen en/of andere vertrouwenspersonen kan daarbij helpen.

Toch blijft de aandoening op de achtergrond van invloed op het leven. Bij grote veranderingen of spanningen kan de aandoening weer op de voorgrond komen. Dit wordt wel aangeduid als levenslange kwetsbaarheid. De restverschijnselen kunnen ertoe leiden dat mensen met een psychiatrische aandoening vaak weinig energie hebben (of juist - bij perioden - een overmaat aan energie die ze moeilijk kunnen richten), dat ze het moeilijk vinden om zelf de lijn in hun leven vast te houden, dat concentreren en leren minder gemakkelijk gaat dan voorheen en dat ze gemakkelijk uit hun evenwicht kunnen raken als zich onverwachte gebeurtenissen voordoen. Ze kunnen zich snel onbegrepen of overvraagd voelen en reageren daar niet altijd adequaat op.

In het herstelproces gaat iemand op zoek naar een nieuw evenwicht:

- tussen regie nemen en zelf doen en zich laten adviseren en ondersteunen.
- tussen participeren en actief zijn en voldoende rust en ontspanning nemen.
- tussen groeien en ontwikkelen en accepteren van eigen grenzen.
- tussen rust, veiligheid en structuur en uitdaging, spontaniteit en terugvalrisico.

De begeleiding ondersteunt iemand met de herstelgerichte zorg om al deze gevolgen van het leven met een aandoening te hanteren en een zo normaal mogelijk leven te leiden. Sleutelwoorden zijn steun bij eigen regie en het gebruik van eigen kracht, wederkerigheid en balans met de omgeving (geven en nemen), zo nodig bescherming.

Nadja (42 jaar)

Ik ben naar Nederland gekomen voor mijn huwelijk toen ik 20 was. Mijn man woonde al sinds hij klein was in Nederland. Er kwamen al snel drie kinderen, we woonden in bij de ouders van mijn man. Moeder bleef de baas in huis. Het boterde niet echt tussen mij en haar. Ik leefde in een kleine wereld, ik leerde nauwelijks Nederlands en kwam eigenlijk niet buiten. Ik was erg eenzaam. De situatie verergerde toen mijn man zonder werk kwam en een van mijn zoons autistisch bleek te zijn. Ons gezin raakte in een isolement en iedereen verweet dit aan mij. Ik stortte in, kreeg vreselijke huilbuien, deed diverse zelfmoordpogingen. Toen ik opgenomen werd, heeft mijn man mij verstoet. Via mijn begeleider kwam ik in een groep met meer vrouwen van allochtone afkomst met vergelijkbare omstandigheden. Inmiddels ben ik tien jaar verder. Ik woon nu zelfstandig, spreek goed Nederlands, heb een Mbo-opleiding gevolgd en werk als ervaringsdeskundige in een FACT-team. Ik heb nog regelmatig contact met een RIBW-medewerker (zelf ook van allochtone afkomst) die mij coacht.

9. Zelfregisserend vermogen behoeft steun

Naast beperkingen in het zelfregisserend vermogen ten gevolge van de aandoening kan iemand door langdurige opname en afhankelijkheid van hulpverleners ook last hebben van "learned helplessness", aangeleerde hulpeloosheid. Hij of zij heeft het helemaal afgeleerd om nog na te denken over wat hij zelf zou kunnen doen, ervaart daar ook geen behoefte meer toe. Of hij is zo bang om weer terug te vallen en weer meer last te krijgen van symptomen, dat hij daardoor veel minder durft te doen dan hij

zou kunnen. Het vergt vaak een proces van jaren om weer stapje voor stapje het vertrouwen in eigen kunnen op te bouwen.

Het omgekeerde zie je ook: dat iemand niet goed doorheeft wat zijn beperkingen zijn en koste wat het kost zelf wil kiezen en bepalen, ook als hij daar de consequenties niet van overziet of keuzes maakt die gezien zijn vaardigheden of omstandigheden helemaal niet haalbaar zijn. Dit kan leiden tot zorgmijding, schulden, zelfverwaarlozing of terugval in het ziektebeeld als er niet een vertrouwd persoon beschikbaar is die hem of haar de spiegel voorhoudt, hem confronteert met de realiteit en helpt om het realiteitsgehalte van de eigen keuzes te vergroten.

Kevin (19)

Ik heb een groot deel van mijn jeugd doorgebracht in instellingen, eerst vanwege autisme en later zeiden ze dat ik ook psychotische symptomen had. Mijn moeder wil ik nooit meer zien, want ze heeft me weggedaan en ze betuttelt me, zegt altijd dat ik dingen niet goed voor elkaar heb. Ik ben niet dom, maar school lukte gewoon niet. Ik heb praktijkonderwijs gevolgd. Ik heb veel geleerd van werk- en woonvaardigheden. Nu heb ik een Wajong-uitkering en werk 4x6 uur bij een fietsenmaker. Zo gauw ik 18 was, ben ik weggegaan uit het instituut en ben ik zelfstandig gaan wonen. Ik heb het nu best goed voor elkaar. Ik krijg woonbegeleiding en heb een job coach. Mijn tante beheert mijn financiën voor me. Omgaan met geld en het nemen van zakelijke beslissingen vind ik nog steeds wel moeilijk. Mijn vrije tijd gaat op aan internet en gamen. Ik droom ervan een reis naar New York te maken, maar het is te duur. En nu heeft mijn tante ook nog kanker gekregen! En ik heb steeds vaker ruzie met mijn baas. Die moet toch weten dat ik zo veel ervaring heb dat ik het beter weet dan de andere jongens die er werken.

10. Participatie- en ondersteuningsbehoeften en mogelijkheden

Onderzoek onder mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen geeft het volgende rijtje aan behoeften die zij zelf aangeven (bron: Handreiking Maatschappelijke Steunsystemen, 2010):

- Ontmoetingsmogelijkheden en gezelschap.
- Activiteiten en dagbesteding.
- (Betaald) werk.
- Zingeving.
- Relaties, intimiteit en seksualiteit.

Het is duidelijk dat de behoefte aan (zingevende en zinvolle) participatie en sociaal contact groot is. De laatste jaren is veel ervaring opgedaan met diverse mogelijkheden om mensen met langdurige psychiatrische aandoeningen meer te laten participeren. Met passende begeleiding en goede samenwerking tussen betrokken partijen blijkt daarin veel mogelijk. Denk hierbij aan de samenwerking van RIBW (en/ op GGZ) met welzijn, met partijen op het gebied van arbeidsre-integratie en onderwijs, met regionale cliëntenorganisaties (zelforganisaties van GGZ-cliënten), met vrijwilligersorganisaties, met maatschappelijk betrokken ondernemers en kunstenaars en met wijkplatforms en wijkregisseurs. Ook de inzet van (opgeleide en betaalde) ervaringsdeskundigen binnen RIBW's en GGZ-instellingen is een succesvolle formule, zowel als carrièremogelijkheid voor mensen die een eind gevorderd zijn in hun herstelproces zelf als vanwege hun inzet als rolmodel en coachend vertrouwenspersoon voor mensen die nog niet zo ver zijn. Ook spelen ze een belangrijke rol als ambassadeur en voorlichter bij het bestrijden van vooroordelen en onbekendheid bij samenwerkingspartners en andere maatschappelijke gremia.

Behoeften van mensen in multiprobleemsituaties

Uit: Niemand tussen wal en schip – referentiekader Maatschappelijke Zorg, Wolf, 2015; Academische Werkplaats OGGz bij Impuls Radboudumc Nijmegen³¹

Tekst en figuur is met toestemming van Impuls uit het referentiekader overgenomen.

Over de doelgroep (p. 10)

Mensen in multi-probleemsituaties hebben complexe problemen op meerdere leefdoelgebieden, zijn onvoldoende in staat om hun problemen zelf of in de eigen omgeving op te lossen, kunnen onvoldoende in de eigen bestaansvoorwaarden voorzien en krijgen veelal niet de hulp die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven. De populatie is zeer heterogeen. Vooral nog lijkt het reëel om bij de omvang van de multi-probleem groep uit te gaan van 1% van de volwassen bevolking en voor de risicogroepen een bandbreedte aan te houden van 1 tot 5%.

Wat zijn hun basisbehoeften?

Hoewel mensen met een stapeling van problemen over het algemeen weinig grip op hun bestaan hebben, is hun behoefte aan zelfbepaling onverminderd groot. De mate waarin drie basisbehoeften van zelfbepaling - autonomie, competenties en verbondenheid - zijn vervuld, bepaalt in hoge mate het welbevinden en de gezondheid van mensen. Hoe meer het eigen gedrag als zelfbepaald wordt ervaren des te groter de intrinsieke motivatie en des te meer mensen volharden in het bereiken van hun doelen. Mensen in multi-probleemsituaties voelen zich goed en ervaren een zekere rust als op een aantal leefdoelgebieden hun leven op orde is. Daarnaast willen de meesten wat van hun leven maken en weer kunnen dromen van een positieve toekomst. Voor het krijgen en behouden van die stabiliteit en hoopgevende perspectieven vinden zij een aantal domeinen essentieel, namelijk: wonen, financiën, dagactiviteiten, gezondheid, sociale relaties en veiligheid. De maatschappelijke zorg vertrekt dan ook vanuit de behoeften van mensen op deze leefdoelgebieden, zelfgekozen doelen en eigen regie.

³¹ Zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Niemand+tussen+w+al+en+schip%3A+referentiekader+maatschappelijke+zorg>.

Schema 3.1

Behoeften van mensen in multiprobleemsituaties als vertrekpunt van maatschappelijke zorg

Wonen	Financiën	Dagactiviteiten
Stabiele en veilige woonruimte Zorg voor huishouden	Toereikend inkomen voor levensonderhoud Administratie op orde Zo nodig: - regeling schulden - inkomensbeheer	Stabiele dagstructuur Betekenisvolle dagactiviteiten
Gezondheid	Sociale relaties	Veiligheid & recht
Goede gezondheid Zelfzorg & zelfpresentatie Positieve identiteit	Wederkerige verbindingen Steun van anderen Veiligheid in primaire systeem	Persoonlijke veiligheid Veiligheid van naastbetrokkenen Toegang tot en gebruik van rechten

Bron: J. Wolf (2015)

Casussen

Casus feitelijk daklozen: Achmed³²

Een vaste baan heeft Achmed nooit gehad. Als voortijdig schoolverlater heeft hij altijd 'gescharreld' om aan de kost te komen. Door omgang met enkele vrienden is hij inmiddels verslaafd aan cocaïne en moet hij regelmatig 'klusjes' opknappen om aan geld te komen. Hoewel zijn gezondheid lijdt onder het harde zwerversbestaan, piekerde hij er niet over om naar de dokter te gaan. Deze weerstand heeft hij van huis uit meegekregen en wordt de laatste tijd nog versterkt door lichte psychoses. Eerder is hij al enkele keren opgenomen geweest voor een crisisbehandeling en een langer durende behandeling.

³² Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 28.

Dat zette geen zoden aan de dijk, omdat hij in z'n leefpatroon terugviel. Nu de politie hem steeds vaker in het vizier heeft en zijn vriendenkring kleiner wordt, lukt het de veldwerker om hem over te halen zich te melden voor een plaats in een kleinschalige opvangvoorziening.

Casus feitelijk daklozen: Jordy³³

Jordy heeft het goed getroffen met haar beide huisgenoten waarmee zij een appartement van de opvanginstelling deelt. Wekelijks krijgt zij bezoek van haar woon-/trajectbegeleidster. Met haar kan zij de administratieve en andere praktische dingen regelen. Jordy kan dan wel zelf het huishouden bijhouden en zichzelf verzorgen, maar in het contact met instanties blijft ze erg onzeker. Ook is ze blij dat de uitkeringsinstantie haar geld beheert, omdat ze anders al snel weer schulden zou maken en daarmee ook haar huurwoning op het spel zou komen te staan.

Casus potentieel daklozen: Sjaak³⁴

Sjaak werkt in een magazijn en heeft een lichte psychiatrische stoornis. Met ambulante begeleiding lukt het hem zelfstandig te wonen. Een woonbegeleider bezoekt hem twee keer per week in zijn huurwoning voor een individueel gesprek waarin aandacht wordt besteed aan werk, sociale contacten en behoeften op het gebied van zorg. Hiernaast beheert hij de financiën en zorgt hij ervoor dat alle rekeningen op tijd worden betaald. Door deze begeleiding kan Sjaak in zijn eigen woning blijven wonen. Door te voorkomen dat Sjaak dakloos wordt, zijn op verschillende domeinen kosten bespaard. Op het domein wonen worden bijvoorbeeld uitgaven voor huisuitzetting en het afsluiten van nutsvoorzieningen voorkomen. Huisuitzetting zal waarschijnlijk betekenen dat hij tevens zijn baan verliest en een beroep moet doen op een uitkering. Indien Sjaak na een periode van dakloosheid weer een stabiele woonsituatie krijgt, moeten mogelijk kosten worden gemaakt om hem te re-integreren op de arbeidsmarkt. Hiernaast brengt het leven op straat kosten mee op de domeinen zorg en veiligheid. Zo is de kans reëel dat Sjaak als dakloze overlast zal geven. Dit brengt o.a. kosten voor politie en justitie mee. Ook is te verwachten dat hij door het ongezonde leven op straat meer medische kosten zal maken en een beroep zal doen op allerlei (crisis)behandelingen.

Casus potentieel daklozen: Frans³⁵

Vanwege de financiële crisis kostte het de veertiger Frans steeds meer moeite om als zelfstandig ondernemer (zzp-er) het hoofd boven water te houden. Tegelijkertijd namen de onderhuidse spanningen in zijn relatie toe. Een half jaar geleden is het huwelijk op de klippen gelopen en moest Frans zijn huis uit omdat dit op naam van zijn ex-vrouw staat. Sindsdien verblijft hij wisselend bij een goede kennis en in de nachtopvang. Hij is niet meer in staat zijn bedrijfje te runnen en voelt zich in toenemende mate depressief. Hij beseft zo niet verder te kunnen.

Als de mensen van de nachtopvang hem een aanbod doen, grijpt hij dit met beide handen aan. Samen met trajectbegeleider stelt hij een plan op om een nieuwe start te maken. Na enkele weken krijgt hij een eigen flat toegewezen van de woningcorporatie. Zijn trajectbegeleider zorgt er tevens voor dat er de eerste tijd regelmatig iemand komt om praktische ondersteuning bij het zelfstandig wonen te bieden. Met behulp van een tijdelijke bijstandsuitkering en een reïntegratietraject lukt het hem om zijn werk weer te hervatten.

Casus potentieel daklozen: Marvin³⁶

Marvin is 18 jaar en woonde tot voor kort bij begeleid wonen in de jeugdzorg. Omdat Marvin 18 jaar werd en de einddatum van het begeleid wonen daarmee in zicht kwam, schreef Marvin zich in voor

33 Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 36.

34 Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 21.

35 Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 27.

36 Bron: <http://marionwelling.blogspot.nl/2012/02/leidse-zwerfjongeren-in-de-knel.html>.

een uitkering en huurde een kamer bij vrienden. Verder was hij gestart met een leerwerktraject waar hij opnieuw in het werkritme leerde komen en het vertrouwen in zijn eigen kunnen teruggewon. Maar het liep anders dan gedacht. Vanuit het leerwerktraject had hij de eerste periode geen inkomen. Marvin was te laat met het bij de gemeente overschrijven naar zijn nieuwe woonadres en kreeg daardoor geen uitkering. Dat kwam doordat er een nieuwe ID moest worden aangevraagd waarvoor hij geen geld had. Doordat hij ook de huur niet kon betalen, werd hij uit zijn kamer gezet. Marvin had nog wel een paar vrienden waar hij af en toe logeerde en bij zijn moeder kon hij twee dagen in de maand terecht om zijn kleren te wassen, maar er was niemand waar hij langer kon blijven. Marvin is een nogal drukke jongen en hem in huis nemen heeft ook nog eens financiële consequenties. Naar de daklozenopvang wil hij niet, daar voelt hij zich niet thuis en dat is begrijpelijk gezien de zware problematiek van veel cliënten (verslaving, psychiatrie) die daar gebruik van maken. Maar geen daklozenopvang of buiten slapen (=feitelijk dakloos) betekent geen postadres en geen uitkering en zonder bewijs van inkomen kun je je niet inschrijven bij bijvoorbeeld de woningbouw en zonder inkomen verhuurt niemand je een kamer. Al met al een vicieuze cirkel. Het leerwerktraject wat hij met veel enthousiasme was begonnen, liep inmiddels ook niet meer zo soepel omdat hij veel tijd bezig was met het zoeken van onderdak en een maaltijd en het daardoor niet altijd lukte om aanwezig te zijn. Nogmaals: het bestrijden van fraude is prima, maar voor zwerfjongeren moet een oplossing gevonden worden. Zo komen ze van de wal in de sloot en worden uiteindelijk inderdaad ook feitelijk dakloos...

Casus doelgroep Herstel & Stabiliteit: André³⁷

André woont sinds 2 jaar in de beschermende woonvorm. André heeft ZZP 4C indicatie. Vanaf zijn 18e is hij, met enkele onderbrekingen, verslaafd geweest aan harddrugs. 'De eerste tien jaar had ik het gebruik redelijk in de hand,' vertelt hij. 'Maar daarna werd het problematisch. Het gaat je hele leven bepalen. Je krijgt een drang die het onmogelijk maakt om een normaal bestaan te leiden. 'Ik heb wel voorlichting gegeven op scholen en vergeleek het voor de leerlingen dan met een verjaardagsfeestje. Voor iedereen is er taart, behalve voor jou. Dat begrepen ze goed. Dat wil niet zeggen dat ik geen pieken heb gekend hoor. Ik heb ook veel geleefd. De roes, geld hebben, een tijdje werken... Maar er zijn natuurlijk veel verloren kansen geweest. Ik heb nog een paar jaar op straat gezworven. Dan heb je niks meer en leef je eigenlijk alleen om te gebruiken.' Domme pech heeft soms ook flink roet in het eten gegooit. 'Ik ben eens 4 jaar clean geweest en had mijn leven toen weer aardig op de rails. Een loodgietersopleiding gevolgd, normaal werk, ik had weer perspectief. Totdat ik opeens met 2 verlamde armen zat. Bleek ik een erfelijke zenuwziekte te hebben, neuropathie. Ik kreeg te horen dat ik binnen een jaar in een rolstoel zou zitten. Weg toekomst. Achteraf bleek het mee te vallen. De ziekte is wel progressief, maar heeft een erg wisselend verloop. Nu ga ik gelukkig al een hele tijd niet meer achteruit. Maar ik moet mijn leven er wel op instellen. Ik heb nog maar 10 tot 15 procent van de kracht van een gezond iemand.' André heeft het wel naar zijn zin in de BW vanwege de aanspraak en de bezigheden. Hij werkt bijvoorbeeld 2 dagen voor Klus en Werk. En hij kookt op maandag voor de bewoners. Dat stimuleert hem wel. 'Zo'n omgeving heb ik ook nodig. Hiervoor ben ik een tijdje zwaar depressief geweest. Ik moet niet de hele dag op mezelf zijn aangewezen. Natuurlijk gebeurt er hier wel eens wat, maar daar kan ik me goed voor afsluiten. Ik weet maar al te goed hoe het er in het wereldje aan toegaat.' 'Zelf zoek ik nooit de confrontatie, ik geloof meer in de dialoog. Daar ligt voor mij ook een nieuwe uitdaging. Ik ga me oriënteren op de cliëntenraad van de woonvorm en misschien de opleiding voor ervaringswerker doen. Daarvoor wil ik ook weer helemaal clean worden. Van de heroïne ben ik al af. Lichamelijk kan ik dat werk aan en het lijkt me zeker wat. Iets voor anderen doen en mijn eigen ervaring nuttig gebruiken, dat zou mooi zijn. Zonder er meteen een 'heilig moeten' van te maken, ga ik me daar nu serieus op focussen'.

³⁷ RIBW Alliantie en GGZ Nederland, Maak kennis met André, Gerrit, Ben, Karin, Joska, Lucien en 35.000 anderen, Zes levensverhalen van bewoners van RIBW's in Nederland.

Casus doelgroep Herstel & Doorstroom: Lucien³⁸

Lucien (47), woont beschermd bij een RIBW. Hij heeft een ZPP 3 indicatie. 'Twee keer in mijn leven ben ik verslaafd geweest aan harddrugs. Na mijn tweede afkickperiode wilde ik niet meer terug naar mijn flatje. Bang om wéér alleen te zijn, om wéér terug te vallen in dat zwarte gat. Toen is de RIBW in beeld gekomen. Ik kon terecht in een beschermd wonen project. Mijn redding. Elke minuut van de dag kon ik daar terecht bij de andere bewoners en een begeleider. Ik voelde me er veilig met mensen die in hetzelfde schuitje zaten. We hebben enorm veel gepraat, elkaar geholpen. Stapje voor stapje ben ik naar de gewone maatschappij toegegroeid. Ik kon vrijwilligerswerk gaan doen en ben later naar een andere woning verhuisd. We zijn nu met ons vieren. Ik heb ook weer contact met mijn zus, ook hiermee heeft de RIBW me geholpen. Ooit wil ik helemaal zelfstandig wonen, maar dat is nu te vroeg. Ik vrees de eenzaamheid. Gelukkig jaagt niemand me op. Ik krijg alle hulp, maar bepaal mijn eigen tempo. Drugs heb ik niet meer nodig en ooit wil ik stoppen met roken. Maar nu nog niet: step-by-step.'

Casus doelgroep Herstel en doorstroom Karin³⁹

Jaren van incest en geweld, drank- en machtsmisbruik. Het is kenmerkend voor het levensverhaal van Karin(44). Bij de RIBW. Karin heeft een ZPP 5 indicatie.

Al heel jong kreeg ze de zorg voor haar broertjes en zusjes. En later voor haar neefjes en nichtjes. 'Die werden bij me gebracht en gewoon niet meer opgehaald'. Haar vader misbruikte haar en haar moeder ruïneerde Karins leven volledig. 'Ze wist iedereen bij me uit de buurt te houden. Als er geld of spullen nodig waren, werd het bij mij gehaald. Met of zonder geweld. Ik was zo bang.' Karin wist niet beter of dat alles hoorde bij het leven. Om te kunnen overleven gebruikte ze verschillende persoonlijkheden. Ze werd diverse keren opgenomen, maar het bracht haar weinig. Het vertrouwen in de mens, in haarzelf en het leven bleven weg. 'Therapieën hadden geen effect en medicatie was niet de oplossing. Ik zag voor mijzelf geen toekomst meer en ben afscheidsbrieven gaan schrijven. Ik verwaarloosde mijzelf en mijn omgeving. Dat was de situatie waarin ik zat toen ik vier jaar geleden bij de RIBW kwam wonen', schetst Karin. 'Toen mijn RIBW-begeleider vroeg 'Wat kan ik voor jou doen?', wist ik dat er eindelijk naar mij werd geluisterd. Mijn wens was duidelijk. Ik wilde eindelijk gewoon leven!' Samen met haar begeleider ging ze een zeer intensief traject in. Nu voelt ze zich weer wat waard en spelen psychische problemen minder een rol. Regelmatig spreekt ze met haar begeleider over praktische zaken. Ook hebben ze indringende gesprekken over het verleden en het heden. 'Dat helpt mij alles wat gebeurd is, te verwerken. Nu pak ik het dagelijks leven en sociale contacten weer op. Ik ben er nog niet, maar ik sta nu wel in mijn kracht. Ik kan dat alleen met de steun van mijn begeleider. Zonder haar red ik het niet. Dan was ik er niet meer geweest.'

³⁸ RIBW Alliantie en GGZ Nederland, Maak kennis met André, Gerrit, Ben, Karin, Joska, Lucien en 35.000 anderen, Zes levensverhalen van bewoners van RIBW's in Nederland.

³⁹ Idem.



4 Aanbod

Aanbodtypen Opvang & Bescherming

De diverse aanbodtypen zijn als volgt te beschrijven⁴⁰:

Crisisopvang

Crisisopvang biedt een tijdelijk onderkomen. Crisisopvang is er voor mensen die door allerlei problemen niet langer thuis kunnen wonen of die door een noodsituatie geen onderdak hebben. De hulp en begeleiding in de crisisopvang zijn erop gericht de crisis op te lossen en een nieuwe woonsituatie te regelen. Soms is er na de opvang nog aanvullende hulp, zoals schuldhulp of woonbegeleiding. Crisisopvang duurt meestal enkele maanden, maar kan soms langer duren.

Outreachinge inzet (veldwerk/bemoeizorg)

Outreachinge inzet vindt in de regio's op verschillende manieren plaats. Vooral in grote steden heeft de maatschappelijke opvang een aanbod voor feitelijk daklozen die niet of nauwelijks gebruik maken van de andere maatschappelijke opvang voorzieningen. Zo zijn er veldwerkers zijn die actief op zoek gaan naar feitelijk daklozen ('buitenslapers'). Ook zijn er gemeenten met een soepbus. Hiermee wordt voorzien in de eerste levensbehoeften en worden kansen gecreëerd voor toeleiding naar hulp.

Nachtopvang

Het karakter van deze opvangvoorziening is laagdrempelig. Deze voorziening heeft een beperkte openstelling en is niet 24 uur per dag beschikbaar. De hulpvragers beschikken niet altijd over een eigen kamer (maar over een bed in slaapzalen). De gemiddelde verblijfsduur is relatief kort: een kort aantal aaneensluitende nachten per keer. De doelgroep bestaat uit feitelijk dakloze mannen en vrouwen (multi-probleem), die geen gebruik (kunnen of willen) maken van de overige 24-uurs voorzieningen.

⁴⁰ Deels gebaseerd op <http://www.opvangatlas.nl/> en Branchebeeld Federatieopvang 2009.

Dagopvang

Het karakter van deze opvangvoorziening is laagdrempelig, zonder slaapgelegenheid. Deze voorziening heeft een beperkte openstelling en is niet 24 uur per dag beschikbaar. De doelgroep bestaat uit feitelijk dakloze mannen en vrouwen (multi-probleem), die geen gebruik (kunnen of willen) maken van de overige 24-uurs voorzieningen.

Beschermd wonen (of 24-uurs wonen)

Beschermd wonen is bedoeld voor mensen met een psychische aandoening, bijvoorbeeld een psychiatrische ziekte, autisme of een hersenbeschadiging. Het gaat om mensen die niet opgenomen zijn in een instelling, maar die ook niet op zichzelf kunnen wonen. Een begeleider geeft regelmatig hulp. In een beschermde woonvorm deelt men een huis met andere mensen. De grootte van de groep kan variëren. Bewoners hebben een eigen kamer en delen de badkamer, keuken en zitkamer met de andere bewoners.

24-uurs meerzorg

De kernactiviteit van de 24-uurs meerzorgvoorziening is het bieden van tijdelijk verblijf, gekoppeld aan zorgverlening en (psychosociale) begeleiding aan cliënten die voor een langere periode (ernstig) ziek zijn of somatische beperkingen hebben en uit die hoofde meerzorg behoeven. Het onderscheidende kenmerk binnen deze voorziening is dan ook de verpleging en verzorging die aan de cliënten geleverd wordt.

Begeleid wonen (of kleinschalig groepswonen)

Begeleid Wonen-projecten zijn bedoeld voor mensen die voor zichzelf kunnen zorgen, maar voor wie alleen of helemaal zelfstandig wonen een stap te ver is. In veel gevallen woont men in zelfstandige of gedeelde woningen. De begeleider komt thuis op bezoek. De begeleider kan helpen met: orde scheppen in de administratie, hulp bij het regelen van geldzaken, hulp met het treffen van aflossingsregelingen, steun bij de organisatie van het huishouden, stimuleren van contacten in de buurt, hulp bij het vinden van werk of zinvolle dagbesteding, hulp bij het in contact komen met andere instanties. Van tevoren bespreekt de begeleider de afspraken over de begeleiding. Begeleid wonen is soms tijdelijk. Anderen krijgen langere tijd begeleiding.

Begeleiding nieuwe stijl: 29 begeleidingsmethoden op een rij

Movisie heeft deze methoden helder beschreven:

- Ze versterken zelfredzaamheid, bevorderen participatie.
- Ze zijn multi-toepasbaar, voor verschillende doelgroepen.
- Hebben zich in de praktijk bewezen.
- Ze sluiten aan bij de transformatie (kanteling).

Bron: www.movisie.nl. *Nieuwe stijl. 29 beproefde methoden in kaart gebracht.* M. Veltman e.a. 2015
Utrecht, Movisie

Woonbegeleiding (of ambulante woonbegeleiding)

Woonbegeleiding is begeleiding voor mensen met woonproblemen in hun eigen woonsituatie. Woonbegeleiding biedt hulp in de thuissituatie. Zo krijgen mensen stapsgewijs weer grip op zaken als het huishouden, schulden, gezondheid. Woonbegeleiding kan ook helpen met het vinden van sociale contacten en/of een dagbesteding, het omgaan met instanties en het aanbrengen van structuur in de dag. Een andere vorm van woonbegeleiding is woontraining: het aanleren van nieuwe vaardigheden die nodig zijn om zo zelfstandig mogelijk te wonen. Het kan verschillen of de cliënt de woning huurt bij de zorgaanbieder (in combinatie met de begeleiding), of dat de cliënt de woning 'op eigen naam' heeft,

zelfstandig huurt. Onder het motto 'scheiden wonen en zorg' wordt dit laatste steeds vaker toegepast. Voor veel cliënten is het echter ook geschikt om eerst onder de hoede van de zorgaanbieder de woonruimte onder te huren en daarna (stapsgewijs) deze of een andere woning zelfstandig te huren. Een bijzondere voorzieningentype in het beschermd wonen is de VPT: volledig pakket thuis, overgekomen vanuit de Awbz. Een VPT houdt in dat de cliënt geheel over eigen woonruimte beschikt en dat het aanbod zich beperkt tot begeleiding en bescherming.

Dagbesteding

Onder dagbesteding wordt in dit verband vooral bedoeld: arbeidsmatige dagbesteding: georganiseerde arbeid zowel vanuit instellingen als in combinatie met commerciële bedrijven voor onder meer psychiatrische patiënten, mensen met een beperking en (ex-)verslaafden, als dagbesteding of als arbeidsmarkttoeleiding (definitie www.movisie.nl). Voor de deelnemer is zaak dat deelname als zinvol wordt ervaren. Naast en in combinatie met arbeidsmatige activiteiten kunnen ook sport, creatieve en vormende activiteiten hierin voorzien of het verlenen van mantelzorg. Waar in het verleden dagbesteding vaak door zorgorganisaties werd georganiseerd in eigen kring en de nadruk lag op recreatief bezig zijn, is het de bedoeling dat dagbesteding in het kader van de Wmo2015 veel meer aansluit op het normale leven en zo veel als mogelijk de functies vervult die arbeid voor de meeste volwassenen biedt. Betaald werk is daarin voor veel mensen het ideaal. Waar mogelijk participeren mensen in hun eigen buurt en/of in genormaliseerde omgevingen, onafhankelijk van doelgroep of beperking. Dit vergt dat er in een gemeente een heel scala aan voorzieningen beschikbaar is. Denk hierbij aan:

- Maatwerk voor één doelgroep op afzonderlijke locatie of als aparte groep binnen een bredere setting; voor diegenen die zodanige beperkingen en symptomen hebben, dat gespecialiseerde begeleiding in een aangepaste omgeving noodzakelijk is.
- Deelname in bredere maatschappelijke voorzieningen, waar liefst ook sprake is van vrijwillige inzet, al dan niet met extra begeleiding door een professional of vrijwillig maatje (dit kan zowel maatwerk zijn als een algemene voorziening). Een bijzondere vorm hiervan is het meedoen en meewerken in of vanuit een zelfregiecentrum of herstelacademie, een eigen organisatie van mensen in kwetsbare posities, waarin ze zelf de activiteiten vormgeven, zie bijvoorbeeld het zelfregiecentrum in Venlo, <http://venlo.zelfregiecentrum.nl>.
- Vrijwillige inzet bij maatschappelijke organisaties en werkervaringsplaatsen ondernemers, zo nodig met extra begeleiding (ook dit kan zowel als maatwerk of als algemene voorziening ingericht worden of een combinatie van beide).
- Aansluiting op re-integratiemogelijkheden via de Participatiewet. Een voor deze doelgroep specifiek ge-eigende methode is IPS (Individual Placement and Support of in het Nederlands: Individuele Plaatsing en Steun), zie <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/werk/>.

Movisie heeft in opdracht van VWS en VNG een inventarisatie gemaakt van vernieuwend aanbod arbeidsmatige dagbesteding, zie https://www.movisie.nl/nieuwsbericht/45-innovatieve-voorbeelden-dagbesteding?utm_medium=email&utm_campaign=101115&utm_content=101115&utm_source=Movisie+Mail+101115.

Een praktijkvoorbeeld dat goed illustreert wat de ontwikkelrichting kan zijn, is van Zwolle Actief, <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/persoonlijke-coaching-iedere-dakloze-zwolle>.

Maatschappelijke zorgmatrix voor multiproblematiek

In 'Niemand tussen wal en schip', het Referentiekader maatschappelijke zorg (Wolf, 2015) is de dienstverlening geordend naar enerzijds de zorgfuncties die nodig zijn om in de behoeften van mensen te voorzien (kolommen) en anderzijds de (schaal)niveaus waarop de dienstverlening beschikbaar is (rijen).

Deze samenhang is uitgewerkt in de zogenaamde 'Maatschappelijke zorgmatrix voor multiproblematiek (zie hierna)⁴¹:

Schema 6.3

Maatschappelijke zorgmatrix voor multiproblematiek (Wolf, 2015)

	A	B	C	D	E
	Signalering & vroeginterventie	Integrale toegang	Opvang	Transitie-ondersteuning	Herstel-ondersteuning
2 Kwetsbaar in gemeenschap Ambulante maatwerkinterventies	Vangnet; Meldpunt Bijzondere Zorg; Lokaal Zorgnetwerk, etc. Project Voorkomen Huisuitzetting Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (AMHK) Veiligheidshuis	^a	Gebiedsgerichte leun- en steunstructuur voor inloop, ontmoeting, praktische ondersteuning, activering etc.	Nazorg na tijdelijk huisverbod Nazorg na opvangvoorziening Nazorg na gevangenis	Woonbegeleiding Housing First Schuldhulpverlening Activering Herstelondersteunende methodieken
3 Kwetsbaar in instituties Maatwerkvoorziening	Time outvoorziening Crisisopvang Meerzorg of ziekbed	Centrale toegang ^b	24-uurswoonvoorziening, beschermd wonen Begeleide woonvormen, incl. Kamers met Kansen	^c	
4 Kwetsbaar op straat Maatwerkvoorziening	Outreach- of bemoeizorgteam Gebruikersruimten	Centrale toegang	Woonvormen voor zeer moeilijk plaatsbaren, bv containerwoningen Nachtopvang Dagopvang		Heroïnepoli & methadonuitgifte

^a Onderdeel van 'signalering & vroeginterventie' (cel 2A) of verantwoordelijkheid van wijkteam (niveau 1).

^b Stedelijk georganiseerd of verantwoordelijkheid van wijkteam (niveau 1).

^c Geïntegreerd onderdeel van Opvangfunctie (cel 3C).

41 Bron: J. Wolf (2015). Niemand tussen wal en schip - Referentiekader Maatschappelijke zorg, 2015, Academische Werkplaats OGGz bij Impuls Radboudumc Nijmegen. Zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Niemand+tussen+w+al+en+schip%3A+referentiekader+maatschappelijke+zorg>

Beschrijving zelfregie-organisaties

(Cora Brink, LPGGz)

In Nederland zijn ongeveer 50 regionale cliëntenorganisaties (RCO's) actief. De aard en de activiteiten van RCO's kunnen verschillen. De kern is dat mensen vanuit ervaringsdeskundigheid ondersteund en gestimuleerd worden om sociale en maatschappelijke rollen te behouden en/of te herwinnen en om te werken aan hun herstel, bijvoorbeeld door het volgen van cursussen als "Herstellen doe je zelf".

Werkwijze

Kenmerkend voor de werkwijze van RCO's is werken vanuit zelfregie, het uitgangspunt 'Halen én Brengen', en een focus op ervaringskennis. Mensen met een psychi(atri)sche kwetsbaarheid zoeken er steun van 'peers' en ervaringsdeskundigen en worden gestimuleerd om aan hun herstel te werken. Als ze verder zijn in hun herstelproces, kunnen zij zich op hun beurt weer inzetten voor anderen. Daarmee ontstaat een soort dynamische ervaringscyclus in een 'door en voor' cultuur. Activiteiten worden bottom-up geïnitieerd, uitgevoerd en (door)ontwikkeld. De open visie en houding, de organische toestroom van bezoekers, de 'peer-support' en de focus op herstel, participatie en zelfregie maken zelfregie-organisaties tot een schoolvoorbeeld van Wmo-voorzieningen.

RCO's hebben een belangrijke rol in de herstelondersteuning, empowerment, erkenning en acceptatie van mensen met hun kwaliteiten en kwetsbaarheden. Vanuit ervaringsdeskundigheid zetten zij in op de kanteling, door primair uit te gaan van en te focussen op de intrinsieke kracht en het herstellervermogen van ieder mens. Zij richten zich op herstel, re-integratie en participatie, en daarmee ook op *bonding* en *bridging*; de brug slaan naar voor de deelnemer relevante externe partijen en instanties. De focus ligt op de kracht en mogelijkheden van mensen, in plaats van op hun kwetsbaarheid, aandoening of beperkingen. Ze hanteren een werkwijze die vertrekt vanuit een sterk geloof in het herstellend vermogen van mensen en de wens van ieder persoon om van betekenis te zijn.

Alle RCO's maken gebruik van ervaringskennis als 'gouden sleutel'. In de praktijk blijkt deze laagdrempelige 'peer-support' van grote waarde te zijn voor mensen en van positieve invloed op met name hun persoonlijke ontwikkeling, herstelproces, eigenwaarde, zelfregie, en maatschappelijke participatie.

Activiteiten

RCO's voeren een keer aan verschillende activiteiten uit. Globaal vallen deze onder de volgende functies: voorlichting, individuele ondersteuning, ontmoeting en ontspanning, groepsgewijze herstelactiviteiten, begeleiding naar werk, werkervaringsplekken, ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Deze activiteiten vallen onder verschillende noemers van gemeentelijk beleid, bijvoorbeeld inloop, dagbesteding, participatie, onafhankelijke cliëntondersteuning en arbeidstoeleiding.

Project herstelacademies-zelfregienetwerken

Het LPGGz voert in samenwerking met onder meer de RCO's het project herstelacademies-zelfregienetwerken uit. Binnen dit project wordt verhelderd wat er in elke regio zou moeten zijn om te faciliteren dat mensen met een psychische kwetsbaarheid hun leven weer kunnen oppakken. Dit wordt beschreven in functies of bouwstenen. Daarnaast wordt er in de regio's gewerkt aan het realiseren van deze functies of bouwstenen, in de vorm van herstelacademies of zelfregienetwerken.

Gericht op mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf	
Functies	Activiteiten
Voorlichting	Voorlichtingsbijeenkomsten Spreekuren Themabijeenkomsten Nieuwsbrieven
Individuele ondersteuning	Onafhankelijke cliëntondersteuning Spreekuren Peer support Herstel-/zelfregiecoaching Administratieve ondersteuning PGB-ondersteuning Crisiskaartconsulenten WRAP
Ontmoeting en ontspanning (dagbesteding)	Inloop Ontmoeting Sport Ontspanning Maatjesprojecten
Groepsgewijze herstelactiviteiten	Herstelgroepen Herstelcursussen (Herstellen doe je zelf) Zelfregiecursussen Lotgenoten- en zelfhulpgroepen Schrijfgroepen (herstelverhalen)
Begeleiding naar werk	Arbeidsconsulenten Workshop 'bluf-CV' Begeleiding bij vrijwilligerswerk Job coaching
Werkplekken	Vrijwilligerswerkplekken Werkervaringsplaatsen Werkprojecten
Ontwikkeling ervaringsdeskundigheid en ondersteuning van ervaringswerkers	Trainingen Cursussen Workshops Intervisie Ervaringsplaatsen
Gericht op anderen	
Belangenbehartiging: meldpunt, ondersteuning cliëntenraden, deelname aan en advisering van Wmo-raden	
Kwartier maken en stigmabestrijding	
Advies, coaching, stageplekken en trainingen voor (toekomstige) professionals	
Mantelzorgondersteuning en trainingen voor naastbetrokkenen	
Onderzoek vanuit cliëntenperspectief	



5 Vraagstukken en ambities

Wettelijk kader

Een knelpunt is dat Wlz nu niet toegankelijk is voor cliënten met GGZ-problematiek. De hele doelgroep GGZ-C is overgegaan naar gemeenten. Als de Wlz wel toegankelijk wordt voor een deel van de GGZ-doelgroep dan wordt die doelgroep plus het bijbehorende budget overgeheveld van de Wmo naar de Wlz. Dat betekent dat onduidelijk is of gemeenten gaan bouwen aan een inclusieve samenleving voor alle GGZ-cliënten of voor een deel daarvan. Deze onduidelijkheid leidt tot onzekerheid bij gemeenten over het maken van keuzes. GGZ-cliënten zijn gebaat bij duidelijkheid, veiligheid en rust. Cliëntvertegenwoordigers opteren om die reden voor toegang tot de Wlz. De visie van de Commissie Toekomst is gerelateerd aan de toekomstige verdeling van het macrobudget beschermd wonen vanaf 2017 en de samenwerking tussen gemeenten. Het gaat om onzekerheden voor de korte termijn terwijl de nieuwe taak pas net is begonnen.

Ontwikkelingen in de doelgroep

U signaleert en/of verwacht een toename van het aantal cliënten dat gebruik maakt of wil maken van opvang en bescherming. Dit betekent dat de kosten voor opvang dan toenemen óf er zullen wachtlijsten ontstaan, wat ook een knelpunt is.

Geef aan welke oorzaken hier een rol in spelen, bijvoorbeeld

- Gemeenten hebben geen greep op de instroom van cliënten als gevolg van de ambulantisering in de geneeskundige GGZ en de uitstroom van cliënten uit de forensische zorg. Als het aantal cliënten in beschermd wonen groeit vanwege uitstroom uit nog zwaardere settings (behandeling of detentie), is het maatschappelijk gezien een positieve ontwikkeling waarvoor gemeenten niet gestraft moeten worden met hogere uitgaven BW zonder hoger budget BW.
- Een toename van cliënten kan ook samenhangen met (het ontbreken van) een preventieve aanpak of mogelijkheden tot nazorg binnen (delen van) de regio, wachtlijsten en capaciteitsknelpunten of onvoldoende kwaliteit in bijvoorbeeld de ambulante zorg, schuldhulp, laatste kans beleid, huisvesting.

- Gemeenten hebben nog te weinig greep op ontwikkelingen die leiden tot toename van problematiek bij de GGZ-doelgroepen. Er is een nadere analyse en aanpak nodig voor toename van eenzaamheid, schulden, huisuitzettingen, druggebruik, agressie, somatische problemen, zorgmijding en ontbreken van een zinvolle dagbesteding.

Kansen en ambities die hieruit voortvloeien kunnen zijn:

- Een goed zicht op de omvang en aard van vraag en aanbod voor zowel maatschappelijke opvang als beschermd wonen in de regio is een voorwaarde om verfijndere arrangementen te kunnen ontwikkelen. Een hierop aansluitende ambitie is het zorgdragen voor een compleet regionaal inzicht in vraag en aanbod door een registratiesysteem dat met weinig inspanningen en registratiedruk de ontwikkelingen van aantal cliënten en het zorggebruik periodiek in kaart brengt.
- Het gevoerde en de komende jaren te voeren beleid heeft naar verwachting effect op de ontwikkelingen in de doelgroep/de vraag en de gewenste verdeling van middelen over de voorzieningen. Als het aantal cliënten van een subgroep vermindert, geeft dat budgettaire mogelijkheden voor andere subgroepen. Bespreek welke trends u hierin ziet en wat dat betekent voor de te bieden voorzieningen.
- Het aantal jongvolwassenen in beschermd wonen stijgt door een betere signalering van ASS in hun vroegere jeugd. Vernieuwende wooninitiatieven voor deze groep zijn vaak ingericht via een pgb. Hierdoor kunnen deze jongvolwassenen tijdig en gericht profiteren van beschermd wonen. Dit maakt de kans op betere maatschappelijke integratie en herstel groter.
- Onder invloed van het Stedelijk Kompas is in veel regio's het aantal feitelijk daklozen afgenomen, terwijl door meer opvangplaatsen het aantal residentieel daklozen is toegenomen.

Maatschappelijke doelstellingen

Geef aan welke maatschappelijke doelstellingen u nastreeft met uw beleid. Sommige kunt u met uw beleid directer beïnvloeden dan andere. Hieronder een aantal voorbeelden.

- Groei van zelfredzaamheid bij 75% van de doelgroep op één of meer levensdomeinen in de ZRM.
- Uitbreiding van het sociale netwerk voor de cliënten.
- Minder feitelijk daklozen (minder cliënten op en rond de straat).
- Meer uitstroom van beschermd wonen met toezicht ter plaatse naar beschermd wonen met toezicht nabij en/of begeleid zelfstandig wonen.
- Een snellere toeleiding naar een passend aanbod, minder wachttijden.
- Minder eenzaamheid in de doelgroep.
- Opvang voor verwarde mensen beschikbaar; minder verwarde mensen op straat.
- Alle cliënten een zinvolle dagbesteding of werk.
- Meer acceptatie en integratie van mensen met psychiatrische of psychosociale kwetsbaarheid (inclusieve samenleving). Meer zelfregie en meer initiatieven voor en door de doelgroep zelf.
- Meer hulp en ondersteuning voor familie en naaste omgeving.

Het onderzoek voor de toegang

Het onderzoek voor de toegang is een noodzakelijk instrument in de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen.

Alle centrumgemeenten hebben inmiddels de toegang geregeld. Kwesties die daarbij spelen zijn

- Hoe ga je om met landelijke toegankelijkheid: er is nog geen procedure met draagvlak onder alle centrumgemeenten.
- Keus voor een centrale regionale toegang (al dan niet voor BW en MO geïntegreerd) of toegang via wijkteams (decentraal).
- Wie doet het onderzoek (kwaliteit van de betrokken medewerkers; toegang en beschikking door

- alle gemeenten of via de centrumgemeente).
- Welke kwaliteitseisen stel je aan het onderzoek.
- Wat voor soort oplossing moet eruit komen: vernieuwende arrangementen als alternatief voor zorgzwaartepakketten.

Landelijke toegankelijkheid

Landelijke toegankelijkheid van opvang en beschermd wonen is verplicht. Er is een handreiking landelijke toegankelijkheid voor de maatschappelijke opvang. Verder is er anno 2015 op landelijk niveau een convenant landelijke toegankelijkheid voor beschermd wonen in de maak om de landelijke toegankelijkheid eenduidig te regelen.

Een centrale toegang of niet; verschillende organisatievormen

De toegangsprocedures zijn lokaal verschillend vormgegeven. Hierdoor is er geen landelijke duidelijkheid over wie het onderzoek, de indicatiestelling, de vraagverheldering gaan uitvoeren:

- De generalistische lokketten en wijkteams (decentraal).
- Specialistische (GGZ)-instroommedewerkers in dienst van de gemeente (centraal).
- Specialistische (GGZ)-instroommedewerkers in dienst van instellingen (decentraal).

De toevoeging van het beschermd wonen bij de centrumgemeente geeft de mogelijkheid om de toegang naar beide type voorzieningen óf op een vergelijkbare manier op te zetten óf geheel met elkaar te integreren in één centrale toegang. Ook bestaat er de mogelijkheid de toegang tot BW en MO geheel via de wijkteams te laten lopen. Alle organisatievormen hebben eigen voor- en nadelen.

Door het Stedelijk Kompas-traject zijn de centrumgemeenten al gaan sturen op de toegang. Eén van de twaalf bouwstenen was 'Integrale toegang en screening'. Op het moment dat een cliënt dakloos wordt of al is, is snelheid geboden in het organiseren van de eerste levensvoorwaarden (bed, bad, brood) en van zorg, inkomen en verzekering. Daarnaast is er integrale screening nodig om de hulpvraag van de cliënt volledig en integraal in beeld te krijgen. Van daaruit kan in samenspraak met de cliënt (en de diverse betrokken professionals) een passend 'maatwerkarrangement', een ondersteuningstraject worden opgesteld, met een keuze van een voorzieningentype én de aanbieder die dat kan realiseren. De meeste centrumgemeenten hebben een vorm van centrale toegang georganiseerd. Van deze toegangservaringen zou de centrumgemeente kunnen profiteren inzake beschermd wonen. De ervaringen met de centrale toegang kunnen gedeeld worden met de regiogemeenten in het belang van nieuwe samenwerking voor preventie en nazorg.

Een centrale toegang geeft de volgende mogelijkheden:

- Duidelijkheid voor cliënten en verwijzers die passend aanbod zoeken.
- Volledig inzicht in de regionale vraag: alle aanmeldingen en wachtenden voor opvang en bescherming. Dat inzicht vormt beleidsinformatie waarmee de toegang aangepast kan worden en ook het voorzieningenaanbod.
- Een uniforme brede integrale vraagverheldering.
- Een totaal overzicht van de voorzieningen voor opvang en bescherming in de regio met hun bezetting.
- Samen met de cliënt oriënteren op de meest passende ondersteuningsvorm en aanbieders die dat kunnen leveren.

De toewijzing van het aanbod (plaatsing)

Instellingen hanteren over het algemeen eigen toegangscriteria en eigen toegangsprocedures. Er is regionaal vaak geen totaaloverzicht over wat voorzieningen bieden voor welke cliënten, wat de speci-

fieke instroom- en uitsluitingscriteria zijn. In veel regio's zijn lange wachtlijsten en wachttijden in het beschermd wonen. Over de omvang en samenstelling van de wachtlijsten van de verschillende instellingen. De definitie van 'wachtenden' kan verschillen: wordt iemand alleen geteld als er een geldige indicatie is of een beschikking of ook als er nog geen beschikking is, maar slechts een aanmelding. In het laatste geval wordt wel gesproken van een vervuilde wachtlijst, waardoor er nog minder zicht is op de vermoedelijke wachttijd. Ook kunnen er allemaal dubbelingen zijn: per instelling, per regio of in meerdere regio's: er zijn cliënten die zich in meerdere regio's of bij meer instellingen hebben ingeschreven voor een plaats. Gezien de forse zorgvraag is dat onwenselijk.

Deze wachtlijsten en de onduidelijkheid die daarover bestaat hebben verschillende ongewenste gevolgen.

- Open plaatsen worden alleen maar opgevuld door urgente casussen. De minder urgente casussen moeten jarenlang wachten.
- Cliënten krijgen geen tijd, ruimte en begeleiding om zich te oriënteren op verschillende voorzieningen waarvoor ze in aanmerking komen.
- Cliënten kunnen geen voorkeur opgeven voor voorzieningen waarvoor ze op basis van de beschikking geplaatst kunnen worden.
- Het is toeval waar cliënten geplaatst worden, afhankelijk van individuele zoekprocessen en niet via een duidelijke matching van het aanbod op de specifieke individuele zorgvraag.
- Door het ontstaan van wachtlijsten kan er ook stagnatie ontstaan in de doorstroom vanuit behandelplekken in de GGZ naar beschermd wonen. De cliënten verblijven dan noodgedwongen in zwaardere settingen dan nodig.

Vanwege de lange wachttijden is het de vraag onder welke omstandigheden de cliënten met een zware ondersteuningsbehoefte moeten leven. Is er overbruggingszorg voor beschermd wonen? Kunnen wijkteams of OGGZ-teams enige zorg bieden? Hoe kunnen crisissituaties voorkomen of snel gesig-naleerd worden?

Als het bestaan van een wachtlijst een groot knelpunt is, dan is het belangrijk er een regionale ambitie van te maken de wachtlijst aan te pakken. Daarbij is van belang samen te werken met regiogemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar en woningcorporaties.

Allereerst zal een analyse moeten worden gemaakt van de oorzaken:

- Zicht krijgen op de wachtlijst. De urgentie van de wachtlijsten in beeld brengen door samen met de ZIN-aanbieders en aanbieders voor cliënten met een pgb te inventariseren welke wachtlijsten er zijn voor welke type voorzieningen (vermijd daarbij dubbeltellingen).
- Tevens in beeld te krijgen welke cliënten in het beschermd wonen wachten op uitstroom, hetzij naar een woning, al dan niet met ambulante woonbegeleiding, hetzij naar een andere voorziening. Daartoe wordt overlegd met zorgkantoor en zorgverzekeraar.

Afhankelijk van de oorzaken van de wachtlijst kan gekozen worden voor een aantal maatregelen:

- De uitstroom bevorderen door in overleg met woningverhuurders meer woningen te realiseren voor mensen uit de opvang en het beschermd wonen. Samenwerking met de regio en met woningcorporaties, met inzet van woontussenvormen en intensieve integrale persoonsgerichte begeleiding kan in een aantal gevallen alternatieven bieden voor beschermd wonen.
- Meer preventief werken (voorkomen van plaatsing in opvang of beschermd wonen). Dat zou kunnen met meer kleinschalige woonalternatieven, waarbij de cliënt zelf zijn woning huurt, al dan niet in groepsverband en de gemeente alleen zorgdraagt voor het ondersteuningsaanbod (zonder verblijf).

- Harmoniseren/stroomlijnen van plaatsingsprocedures van instellingen. Plaatsings- en wachtlijst-procedures in de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen kunnen op elkaar afgestemd worden, hetzij één integraal systeem, hetzij twee met elkaar vergelijkbare systemen. Het ontwikkelen van een centrale wachtlijst, zodat cliënten 'breder' naar de meest passende voorziening kunnen worden toegeleid, er goed zicht ontstaat op doorstroomontwikkelingen en beter geadviseerd kan worden naar het 'voorzieningenbeleid': waar is vooral vraag naar?

Verklaringen voor wachtlijsten beschermd wonen

Cliënten moeten vele jaren wachten op een plek. In veel regio's zijn er al jaren wachtlijsten voor voorzieningen beschermd wonen⁴². Landelijk zijn het er enkele duizenden.

Verklaringen voor toename van wachtlijsten is:

- Toename aantal indicaties door betere signalering en diagnostiek bij jongvolwassenen met psychiatrische problematiek (met name ASS⁴³).
- Toename van uitstroom uit behandelsetting GGZ. Daarbij kan beschermd wonen als een tussenstap gezien worden richting zelfstandig wonen. Sommige centrumgemeenten spreken hierbij van 'tijdelijk beschermd wonen'.
- Gelijkblijvende capaciteit van plaatsen ZIN (overigens wel veel meer jong volwassenen met beschermd wonen via een pgb).
- Beroep op capaciteit door plaatsingen van cliënten met een forensische titel.
- Stagnerende uitstroom door én te kort aan woningen voor ambulante woonbegeleiding en zelfstandige woningen én onzekerheden over verliezen van BW-indicatie bij uitstroom.
- Stagnerende uitstroom door onzekerheid over de gevolgen van een stap naar een eigen huurwoning; meer financiële onzekerheid én er op achteruit gaan qua type woning.

Weinig zicht op pgb-trajecten

Een deel van de cliënten beschermd wonen verzilvert de indicatie met zorg die zelf met een pgb wordt ingekocht. In sommige gemeenten is dat deel vrij klein (10% of minder). In andere gemeenten is het aandeel pgb-ers de laatste jaren gestegen tot tientallen procenten. Er is echter weinig zicht op de aanbieders van beschermd wonen voor cliënten met een pgb beschermd wonen. Terwijl er de laatste jaren een forse toename is van voorzieningen die vanuit pgb-financiering opgezet zijn. Dergelijke voorzieningen kunnen ook aantrekkelijk zijn voor cliënten uit andere regio's (denk aan woonzorginitiatieven voor studenten in studentensteden). Deze ontwikkeling lijkt nu buiten de beleids sfeer van gemeenten te liggen en kan ertoe leiden dat centrumgemeenten de pgb-verzilvering van beschermd wonen ervaren als een open-eind situatie met onbeheersbare kosten (zie bijlage voor toelichting).

Het probleem voor de centrumgemeenten is dat er nog weinig zicht is op de pgb-trajecten:

- Hoe wonen ze: bij ouders, in ouderinitiatieven, in particuliere wooninitiatieven, of zelfstandig?
- Wat is de kwaliteit van de geboden zorg? Hoe wordt gewerkt aan herstel, zelfredzaamheid en participatie? Is er wel voldoende bescherming, begeleidingsuren en kwaliteit van het personeel?
- Wat is de meerwaarde van de pgb ten opzicht van ZIN? Is het een alternatieve kleinschalige vorm van intramurale zorg, een tussenvorm richting zelfstandig wonen of is het een alternatief omdat er lange wachtlijsten waren in de ZIN-zorg?
- Wat is de prognose van de pgb-doelgroep? Betreft het wellicht een meer zelfredzame groep dan de ZIN-doelgroep?
- Is het zinvol om aanbieders pgb-zorg te laten omzetten naar 'ZIN-aanbieder'?

Er zijn twee soorten ervaringen met pgb. Enerzijds heeft de pgb prachtige initiatieven opgeleverd.

⁴² Bron: Trendrapportage RIBW Alliantie 2013.

⁴³ ASS staat voor Autisme Spectrum Stoornissen.

Door de mogelijkheid om zorg in te kopen via een pgb is er experimenteeruimte ontstaan, onder andere van cliënten en ouders van jongvolwassen cliënten die zich verenigden om zelf een kleinschalig initiatief te organiseren met veel zelfwerkzaamheid. Hier zijn ouderinitiatieven en andere cliëntgestuurde initiatieven uit voortgekomen met verrassend veel resultaten⁴⁴. Anderzijds is er een beeld van een 'markt' voor nieuwe, idealistische en/of commerciële bedrijven die nauwelijks gehouden zijn aan gemeentelijk toezicht, kwaliteitseisen of regionale samenwerkingsafspraken.

De gemeente staat voor de vraag hoe de goede initiatieven kunnen worden onderscheiden van slechte initiatieven om vervolgens de goede initiatieven te kunnen behouden en bevorderen. Het is een complexe opgave voor centrumgemeenten om beleid te ontwikkelen inzake pgb voor beschermd wonen. Dit vraagt om gemeentelijk beleid inzake borging kwaliteit en hoe uitvoeren van toezicht.

Overgang 18-/18+

Er is nog geen soepele overgang tussen cliënten die doorstromen van de Jeugdwet naar de Wmo (beschermd wonen). Jongeren vallen in een gat want er is voor hun nauwelijks passend aanbod. Ook wordt het opnieuw moeten aanvragen van een voorziening, terwijl de zorgbehoefte onveranderd voortduurt als een zware belasting ervaren door ouders en de jongere zelf. Dit vergroot het risico op afhaken. Zonder goede vervolgondersteuning is de kans op dakloosheid groot. Door de decentralisatie van de jeugdzorg heeft de gemeente de kans om voor een doorlopende lijn van zorg onder de 18 en daarna te zorgen. Het verloop van -18 en 18+ tot 23 (of zelfs 27) jaar zijn cruciale jaren voor jongeren om de stap naar herstel verder te kunnen vormgeven. Ambitie is om te werken aan Wmo-vervolgvoorzieningen voor jongvolwassenen die uit de Jeugdwet komen als ze 18 worden. Tijdig zorgen voor een ondersteuningsaanbod, hetzij in specifieke voorzieningen voor beschermd wonen voor deze leeftijdsgroep, hetzij een vorm van (intensieve) ambulante woonbegeleiding of woontraining. Aandacht voor een soepele, 'vanzelfsprekende' doorstroom zonder onnodige bureaucratie.

Gewenste vernieuwing in het aanbod

Dit sluit aan op de checklist, zie daarvoor deel III van deze handreiking.

Een ambitie kan zijn het hele voorzieningenaanbod te herijken (vernieuwen) op basis van de actuele vragen die er zijn in de regio. Dat geldt zowel voor het beschermd wonen als de maatschappelijke opvang. Vragen die daarbij leidend zijn Wat is nodig aan voorzieningen? Welke voorzieningentypen en welke omvang? En welke aanbieders zouden dat het beste kunnen realiseren (inkoop)?

- Als er sprake is van voorzieningen met regelmatig open plekken, kan besloten worden tot sluiting of omvorming tot andere voorzieningentype. Een manier om dit aan te pakken is te gaan werken met persoonsvolgende financiering.
- Zowel in de maatschappelijke opvang als in het beschermd wonen zijn in het land experimenten uitgevoerd, die hebben geleid tot innovatie van het aanbod.
- De ontwikkeling van meer variatie in voorzieningentypes tussen 24-uurs wonen en ambulante woonbegeleiding in: intensieve vormen van ambulante woonbegeleiding (VPT), kleinschalig groeps-wonen en satellietwoningen en omklapwoningen. Voorzieningen met lichte bescherming en lichte ondersteuning op maat, zowel voor duurzame bewoning als tussenstap naar ambulante woonbegeleiding of zelfstandig wonen. Bedenk daarbij dat de buurt en de woonomgeving vaak sterk reageert op de komst van een (ook kleine) voorziening beschermd wonen voor mensen met een psychische aandoening. Daarom is het belangrijk dat gemeenten in hun beleid aandacht besteden aan kwartiermaken⁴⁵, Positieve contacten van (toekomstige) BW-bewoners met wijkbewoners vormen de beste manier om stigma's te bestrijden.
- Bij een dergelijke ambulantisering is het belangrijk dat er met de gemeenten in de regio, cliënten

⁴⁴ Zie publicatie van de provincie Brabant, EY en MEE Zuidoost Brabant: Maatschappelijke business case kleinschalige ouderinitiatieven voor bewoners met ASS en VG, Waarde voor de bewoner en waarde voor de samenleving, april 2014

⁴⁵ Kijk voor inspiratie op: www.youtube.com/watch?v=G4VrF7pdYc.

en met alle aanbieders actief wordt geïnvesteerd in de opbouw van ook voor de doelgroep toegankelijke en geschikte voorzieningen in de lokale samenleving, zowel binnen het sociaal domein als binnen de zorgverzekeringswet. Denk bijvoorbeeld aan samenwerking F-ACT-teams met sociale wijkteams, huisarts/POH-GGZ en beschermd wonen⁴⁶. Meer ondersteuning thuis zal nodig zijn, ook voor de naastbetrokkenen (dit kan ook consequenties hebben voor het aanbod mantelzorgondersteuning). Meer ondersteuning is ook nodig voor de participatie, naast werk/dagbesteding ook gericht op ontmoeting, denk bijvoorbeeld aan peersupport (voorbeelden: zelfregiecentra, herstelacademies, zelfhulpgroepen) en het creëren van laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden in de wijk. Belangrijk bij de uitstroom is dat sprake is van plaatsing in veilige wijken met een goede ondersteuningsstructuur (ondersteuning nabij mogelijk). Denk ook aan de inzet van maatjesprojecten en scholing van ondersteuners of begeleiders in de wijk, die te maken krijgt met cliënten die vanuit het beschermd wonen uitstromen.

- Besteed aandacht aan het aanbod van betaalbare, toegankelijke en veilige woningen voor uitstromers. Omdat mensen vaak weinig budget hebben, komen ze snel terecht in achterstandswijken met lage huren. Afspraken met woningcorporaties zijn hiervoor noodzakelijk⁴⁷. Informatie van (oud) BW-bewoners en ex-daklozen over plezierige en minder plezierige woonomgevingen kan hierbij zeer relevant zijn.
- Een alternatief aanbod organiseren voor cliënten die op een opvang- of woonplek moeten wachten. Dat kunnen tijdelijke woonplekken zijn of zogeheten overbruggingszorg: lichtere, ambulante zorg ter overbrugging van de periode tot plaatsing in één van de intramurale voorzieningen. In de maatschappelijke opvang is crisisopvang en nacht- en dagopvang te zien als 'overbruggingszorg' naar een meer stabiele woonsituatie.
- Beschermd wonen-initiatieven die de laatste tien jaar in toenemende mate zijn opgericht en bekostigd worden via pgb's zijn om te vormen in regulier aanbod (ZIN), zodat ook dit aanbod nadrukkelijker gaat samenhangen met de andere voorzieningen in de regio en het centrumgemeentelijk beleid.
- Er zijn in 2015 cliënten voor beschermd wonen overgekomen naar de Wmo die hun CIZ-indicatie ambulant verzilveren. Het is voor centrumgemeenten de vraag of deze ambulante verzilvering op den duur tot het beschermd wonen moet blijven behoren (intensief ambulant beschermd wonen) of dat overheveling naar regulier ambulante woonbegeleiding gewenst is. Daarbij is zaak goed af te stemmen met de regiogemeenten, indien de cliënt daar woonachtig is.
- Bij het vernieuwen van het aanbod kan een beroep gedaan worden op Regionale Cliëntenorganisaties. Deze RCO's nemen eigen initiatieven in het ontwikkelen van nieuw aanbod voor hulp en ondersteuning.
- De laatste jaren hebben de GGZ-sector en ook de maatschappelijke opvang zich steeds sterker georiënteerd op herstel en maatschappelijke participatie. In dat kader worden tal van nieuwe methoden ingevoerd. Ook het onderzoek naar de effectiviteit komt op gang. Ook komen steeds meer praktijkbeschrijvingen beschikbaar van naar de ervaring van cliënten en medewerkers
- effectieve innovatieve aanpakken.
- Aandacht voor het vergroten en versterken van het sociale netwerk zoals dat in de Wmo plaatsvindt, is een kans voor daklozen en GGZ-cliënten omdat hun netwerk vaak klein en weinig draagkrachtig is. Er zijn in het land diverse methodieken en werkwijzen ontwikkeld zoals sociale netwerkstrategie, Eigen Kracht Conferenties, kwartiermaken, mantelzorgondersteuning voor de naastbetrokkenen, werken met ervaringsdeskundigen, zelfregiecentra, herstelacademies, onderlinge steungroepen (zelfhulp) en maatjesprojecten.

⁴⁶ Zie hierover <https://www.movisie.nl/publicaties/sociaal-werk-ggz-samen-sterker-gezonde-buurt>.

⁴⁷ Bron: Nienke van der Veen, Aandacht voor iedereen Beschermd wonen naar de Wmo. Basisinformatie voor cliëntenraden, familieraden en Wmo-raden. AVI-toolkit 12, april 2014, zie <http://www.aandachtvooriedereen.nl/aandacht-voor-iedereen/toolkit-adviseurs-versterking-wmo-3821.html>.

Dagbesteding

Met de overheveling van het beschermd wonen van AWBZ naar Wmo is ook de dagbesteding voor de cliënten beschermd wonen overgekomen. Ook deze dagbesteding moet door de centrumgemeenten geleverd worden. Een ambitie op het gebied van dagbesteding kan zijn: het zorgdragen van een rijk gevarieerd regionaal dagbestedingsaanbod, met passende dagbesteding voor zoveel mogelijk cliënten opvang en bescherming en een goede aansluiting op het arbeidsreïntegratieaanbod voor diegenen waarvoor dit een optie is.

Dagbesteding is voor veel kwetsbare mensen en zeker voor cliënten opvang en bescherming een must. Mensen willen zelf graag zinvolle bezigheden met bij voorkeur perspectief op betaald werk, de huidige dagbestedingsvoorzieningen zijn vaak weinig tot niet gericht op ontwikkeling van het arbeidspotentieel van de deelnemers en het bieden van mogelijkheden voor ontwikkeling en ontplooiing. Ook ontbreekt vaak samenwerking met voorzieningen in de Participatiewet.

- De wijze waarop vervoer en vervoerskosten geregeld moeten worden voor cliënten van de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen kan voor centrumgemeenten een vraagstuk zijn.
- Aangezien dagbesteding ook ambulante geleverd wordt en het vaak dezelfde aanbieders en hetzelfde aanbod betreft, is het een mogelijkheid om de bekostiging van dagbesteding los te koppelen van het verblijf. In dat geval zou er na het 'integrale onderzoek' twee beschikkingen gegeven kunnen worden: een voor het beschermd wonen en een voor de dagbesteding. Met zo'n separate beschikking zou de cliënt meer mogelijkheden kunnen krijgen om een passend dagbestedingsaanbod te zoeken en kan bij de inkoop en monitoring meer gestuurd worden op de gewenste kwaliteit, resultaten en doorontwikkeling van het dagbestedingsaanbod.
- Het is voor centrumgemeenten een kans hoe deze dagbesteding centraal te regisseren voor meerdere doelgroepen: beschermd wonen, maatschappelijke opvang, zelfstandig wonende cliënten. Er is dan centrale regie op én de toegang van dagbesteding én het totale dagbestedingsaanbod. Door een centrale regie kan er een goede toeleiding plaatsvinden naar een passend dagbestedingsaanbod voor individuele cliënten. Ook kan dan het totale dagbestedingsassortiment afgestemd worden op de totale regionale doelgroep. Over het combineren van cliënten met verschillende typen beperkingen in één dagbestedingsvoorziening wordt echter verschillend gedacht.
- Er zijn heel veel dagbestedingsmogelijkheden te creëren, zeker als daarin regionale samenwerking plaatsvindt, zodat er een heel gevarieerd dagbestedingsaanbod komt (voor elk wat wils) en de toeleiding naar dagbesteding laagdrempelig is. Zo zijn er allerlei cliëntgestuurde
- initiatieven mogelijk.
- In de dagelijkse begeleiding van cliënten moet een goede verbinding zijn met zinvolle dagbesteding, werk of onderwijs.
- Op veel plaatsen is een vernieuwing in ontwikkeling op het gebied van dagbesteding: vaker wordt gezocht naar mogelijkheden tot werkzaamheden in een genormaliseerde setting, als vrijwilliger bij maatschappelijke initiatieven, en/of als werkervaringsplaats bij ondernemers.
- Nieuwe dagbestedingsinitiatieven zijn deels te creëren in samenwerking met welzijnsorganisaties, (regionale) cliëntenorganisaties, vrijwilligersorganisaties en sociale wijkteams. Hierbij is samenwerking met de uitvoering van de Participatiewet ook aan de orde. Voor zeer kwetsbare groepen is het soms wel wenselijk om (tijdelijk) specifiek aanbod in een beschermde omgeving te blijven bieden. Hierbij is sprake van een continuüm: van intern en beschermd naar extern en meer arbeidsmatig en meer gericht op doorstroming.

Het belang van een overzicht van voorzieningendifferenties

Terwijl het aanbod maatschappelijke opvang al jarenlang bekend is, geldt dat niet voor beschermd wonen. Het kan nog een zoektocht zijn welke voorzieningen er precies zijn in der regio en wat die voor welke subgroep te bieden hebben en of dat assortiment dan wel goed aansluit bij de cliëntenpopulatie

in de regio en waarbij innovatie heeft plaatsgevonden met nieuwe inzichten.

Een dergelijk overzicht is van belang om tenminste vier redenen:

1. Bij de toegang moet bekend zijn welke voorzieningen allemaal aangeboden kunnen worden in aansluiting op de verschillende ondersteuningsvragen.
2. Bij de inkoop moet duidelijk zijn aan welke voorzieningen wel of niet behoefte is.
3. Bij een eventuele integratie van maatschappelijke opvang en beschermd wonen moeten de voorzieningen met elkaar vergeleken worden.
4. Voor het beleid moet duidelijk zijn welke nieuwe vormen opgezet zouden moeten worden. Zo zouden er voor cliënten die groeien in zelfredzaamheid en zelfregie meer ondersteuningstrajecten uitgezet kunnen worden richting zelfstandig wonen. Omdat de stap 24-uurs-bescherming naar zelfstandig wonen een hele grote is, is het verstandig dat er in de regio's reeds allerlei tussenvormen zijn of ontwikkeld worden, zodat cliënten stapsgewijs kunnen herstellen naar zelfstandigheid. Het is dus zaak om te weten wat er al is, eventueel ook via aanbieders die pgb-clieënten bedienen. Inbreng van cliënt- en familievertegenwoordigers is belangrijk om te achterhalen aan welke nieuwe vormen van wonen en zorg behoefte is.

Alternatief voor zzp: het vignettenmodel

De maatschappelijke opvang kent globale maar duidelijke productdefinities zoals nachtopvang, crisisopvang en 24-uurs wonen-opvang. In het beschermd wonen is jaren gewerkt met zorgzwaartepakketten uit de AWBZ, een stramien waarbij het product beschermd wonen als het ware onderverdeeld werd in zorgzwaartes. Sinds 2015 staat het de centrumgemeenten vrij om hun producten ook op een andere manier te definiëren. Een deel van de centrumgemeenten heeft in het kader van een zachte landing gekozen voor voorlopige handhaving van de zorgzwaartepakketten. Ook al omdat oorspronkelijke CIZ-indicaties nog tot 2020 geldig kunnen zijn.

Een geheel nieuwe indeling is gemaakt in het zogeheten Vignettenmodel⁴⁸ in Midden-Utrecht in 2013. Het model maakt onderscheid in negen vignetten van behandel- en ondersteuningscombinaties bij ernstige psychische aandoeningen. Ieder vignet bestaat uit vier kenmerken; een omschrijving van een typische casus, de zorgconsumptie, de omvang (het aantal cliënten per vignet) en de kosten (uitgedrukt als schadelast; de gemiddelde kosten per vignet naar bekostigingsstroom i.c. Zvw en/of AWBZ). Deze ontwikkeling staat nog in de kinderschoenen. Uit een inventarisatie van geleverde behandeling en begeleiding aan mensen met ernstige psychische aandoeningen in Midden-Utrecht in 2013 (Altrecht, SBWU, Kwintes en Victas) is een model ontwikkeld met negen vignetten van behandelen ondersteuningscombinaties bij ernstige psychische aandoeningen. Het betrof in totaal 8.042 cliënten die in zorg zijn bij genoemde instellingen. Het model is ontwikkeld met hulp van KPMG Plexus. De cliënten zijn verdeeld over subgroepen op basis van gegevens uit 2011 (dataset van vooral zorgzwaarte en DBC-tijd). In gezamenlijkheid is een beslisboom ontwikkeld om cliënten op basis van zorgzwaarte te kunnen onderscheiden. De validiteit van de beslisboom zal nog verder onderbouwd worden. Op deze wijze zijn negen vignetten ontwikkeld rond zorg bij ernstige psychische aandoeningen. Ieder vignet bestaat uit vier kenmerken; een omschrijving van een typische casus, de zorgconsumptie, de omvang (het aantal cliënten per vignet) en de kosten (uitgedrukt als schadelast; de gemiddelde kosten per vignet naar bekostigingsstroom i.c. Zvw en/of AWBZ). Per vignet werd, afhankelijk van het zwaartepunt van de zorg, een regievoerder aangegeven. De vignettenstudie geeft op regionaal niveau bovendien inzicht in de aantallen per vignet, de zorgprevalentie (cliënten werden afgezet tegen het aantal inwoners) en de instelling waar cliënten in zorg zijn.

(Bron: Presentatie op 30 oktober 2013 van R. de Jong en J.W. van Zuthem aan de Deelnemersraad van Kenniscentrum Phrenos.)

⁴⁸ Altrecht heeft samen met Kwintes, SWBU en Victas in 2012-2013 de vignettenstudie doorontwikkeld voor de regio Utrecht Midden-West. Bron: Zorgverzekeraars Nederland, Rapportage EPA vignettenstudie, Mei 2014, (p. 54) <http://www.wmo-wijzer.nl/wp-content/uploads/Rapportage-EPA-vignettenstudie.pdf>.

Regionale samenwerking

De regionale indeling van 43 centrumgemeenten bestaat al vele jaren. Centrumgemeenten en de regiogemeenten hebben ervaring opgedaan in het samenwerken aan een sluitend aanbod maatschappelijke opvang. Die samenwerking is geïntensiveerd in 2008 bij de totstandkoming van regionale Stedelijke Kompassen. Van de ervaringen kan geprofiteerd worden nu het beschermd wonen onder hetzelfde regime gaat vallen. Het integreren van maatschappelijke opvang en beschermd wonen in één beleidsplan is in de samenwerking met regiogemeenten efficiënt. Regiogemeenten hebben beperkte ambtelijke capaciteit voor het specifieke beleidsterrein maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Zeker als de regiogemeente erg klein van inwoneraantal is in verhouding tot de grote centrumgemeente. De beleidsmedewerkers van de centrumgemeente zitten volop in de ontwikkelingen, terwijl de beleidsmedewerker van de regiogemeente slechts hooguit enkele uren per week zich in de materie kan verdiepen. Centrumgemeenten zoeken doorgaans naar de juiste samenwerkingsintensiteit en de juiste samenwerkingsvorm met de regio, die tegemoetkomt aan dit verschil.

Beleidsmatig is afstemming nodig. Belangrijk in het kader van preventie, herstelondersteuning en nazorg is dat in de hele regio het beleid rond begeleiding, dagbesteding, schuldhulp en welzijn zodanig is dat ook de doelgroep B&O hiervan kan profiteren. Verder kan de centrumgemeente zorgdragen voor consultatieve ondersteuning van wijkgerichte teams inzake cliënten met multi-problematiek, dakloosheid of psychiatrische problematiek. De regiogemeenten kunnen zich inspannen om huisvesting te realiseren, hetzij voor nieuwe voorzieningen, hetzij voor individuele cliënten die zelfstandig kunnen gaan wonen. Ook is regionale samenwerking mogelijk in de aanpak van Verwarde Personen. Deze samenwerking kan mogelijk genoemd worden in het beleidsplan Opvang en Bescherming, bijvoorbeeld het werken met een crisisplan en crisiskaart, eventuele kortdurende opnames als time-out voor een verward iemand, betrokkenheid van medewerkers bij de primaire screening en dergelijke.

Een punt van aandacht zijn de gevolgen van maatschappelijk gewenste resultaten voor de kostenontwikkeling. Goede doorstroomresultaten vanuit opvang en bescherming naar zelfstandig wonen kunnen leiden tot stijgende kosten voor regiogemeenten: bijvoorbeeld meer bijstandsgerechtigden en meer een beroep doen op de Wmo voor ambulante (woon)begeleiding. Dat geldt trouwens ook in het geval er meer uitstroom uit de behandel-GGZ komt richting beschermd wonen. Dat is maatschappelijk gezien uitstekend (goed voor cliënt én vermindering van zorgkosten). Maar het cliëntenbestand van het beschermd wonen groeit en dat is duurder voor de centrumgemeente.

Ook in de uitvoering is samenwerking gewenst. Voor de instroom in beschermd wonen en maatschappelijke opvang kan er een belangrijke rol zijn voor professionals in regiogemeenten: een bijdrage leveren aan de hulpvraagverheldering (onderzoek) met relevante informatie en het ondersteunen van cliënten (voorlichten, meegaan). Dat geldt voor de uitstroom ook. Als cliënten na intramuraal wonen weer in een regiogemeente gaan wonen, is er in het primaire proces een goede overdracht nodig. Een warme overdracht van het ondersteuningstraject houdt in persoonlijk overleg tussen cliënt, voormalige hulpverlener en nieuwe hulpverlener.

Brede samenwerking in de regio

Om de verschillende ambities te kunnen bereiken is het nodig om de regionale samenwerking te optimaliseren. Het gaat daarbij om samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten, maar ook tussen centrum- en regiogemeenten, zorgaanbieders, cliënten- en familieorganisaties, woningcorporaties, arbeidsorganisaties, onderwijsinstellingen, et cetera. Integraalwerken is een cruciale stap om tot innovatie op regionaal niveau te komen. In de landelijke werkafspraken hervorming langdurige zorg zijn onder andere opgenomen:

- Goed regelen van de cliëntparticipatie (versterken van het cliëntperspectief).

- Zorgdragen van sluitend voorzieningenaanbod (niemand tussen wal en schip).
- Bewaken van de zorgcontinuïteit voor huidige cliënten.

Deze werkafspraken hervorming langdurige zorg vormen de basis voor de regionale samenwerkingsafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgkantoren, aanbieders en cliënten. In deze samenwerkingsafspraken is er aandacht voor het volgende:

- Cliënten die beschermd wonen nodig hebben, bijvoorbeeld als ze een kliniek verlaten, moeten daar snel terecht kunnen.
- Omgekeerd dienen cliënten in beschermd wonen snel de voor hen noodzakelijke geneeskundige GGZ-behandeling te kunnen krijgen, als dat nodig is ook intramuraal. Dit geldt ongeacht het wettelijk kader van waaruit een cliënt op dat moment zorg of ondersteuning ontvangt (Zvw, Wmo 2015, Wlz, Justitie of Jeugdwet). Het gaat dus om goede aansluiting tussen systemen.

Tussen gemeenten onderling zijn afspraken nodig om de overgang tussen beschermd wonen en ambulante begeleiding en vice versa goed te laten verlopen. Goede samenwerking tussen centrumgemeenten, regiogemeenten en woningcorporaties is daarbij essentieel.

Samenwerking met zorgverzekeraars

Tussen de gemeenten en zorgverzekeraars in de regio zijn afspraken gewenst die niet direct betrekking hebben op beschermd wonen of opvang, maar wel op preventie en nazorg. Het gaat bijvoorbeeld om zorg op het grensvlak van behandeling en begeleiding, samenhang tussen FACT-teams en wijkteams, crisiszorg en crisispreventie.

Samenwerking met andere regio's

Samenwerking met andere regio's of centrumgemeenten kan veel opleveren. Voor de uitwerking van veel ambities is veel inzet en denkkraft nodig. Omdat veel van de ambities precies dezelfde zullen zijn als die in andere regio's is het verstandig om elkaar op te zoeken en gezamenlijk oplossingen en aanpakken te bedenken, zoals:

- Het opzetten van een centrale toegang voor opvang en bescherming samen.
- Het loskoppelen van dagbesteding van het beschermd wonen qua organisatie en financiering.
- Een visie op het mogelijk houden van pgb's voor beschermende woonvormen.
- Het ontwikkelen van nieuwe woon- en ondersteuningsvormen om ambulantisering te stimuleren ter voorkoming van opname in intramurale voorzieningen.
- Het zorgdragen voor meer woningen.



6 Organisatie van het aanbod

Over het organiseren van de toegang⁴⁹

De gemeente wordt geacht een vraagverhelderings- en beschikkingsprocedure beschermd wonen te ontwikkelen, waarbij rekening gehouden wordt met:

- Zorgvuldig en cliëntvriendelijke communicatie: begrijpelijk, gericht, concreet. Met de mogelijkheid van persoonlijke toelichting door cliëntondersteuners.
- Het voorkomen van onnodige belasting van cliënten in het onderzoek: hoe richten we het onderzoek cliëntvriendelijk in, voor hoelang geven we beschikkingen af (korte beschikkingen geven veel onrust)?
- Eventueel wisselvallig functioneren (het fluctuerend karakter van klachten).
- Het risico van cliënt en omgeving om de zorgafhankelijkheid en de problemen uit te vergroten om zeker te zijn van afdoende zorg.
- Het risico bij sommige cliënten en de omgeving om het stabiele functioneren⁵⁰ van de cliënt die opgenomen is in een woonvorm te verwarren met zelfredzaamheid, waardoor er een overschatting van de zelfredzaamheid plaatsvindt.
- Het betrekken van familie en naaste omgeving bij het onderzoek en het meewegen van hun belastbaarheid bij de beschikking.
- Het kunnen afwegen of de leveringsvorm 'pgb' voor beschermd wonen geschikt is voor zowel huidige cliënten als nieuwe cliënten.

Het optimaliseren van het (Keukentafel)gesprek - het onderzoek

Zeker voor deze doelgroep is ondersteuning door cliëntondersteuners bij het onderzoek heel relevant. Een goede mogelijkheid is de inzet en opleiding van onafhankelijke ervaringsdeskundige medewer-

⁴⁹ Zie <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/wegwijzer-wmo-ondersteuning-bij-psychische-aandoeningen>.

⁵⁰ In de huidige situatie is er een aanpak ontwikkeld met vallen en opstaan die in die situatie werkt en die welhaast vanzelfsprekend lijkt. In een overgang naar een andere woonsituatie kunnen alle vanzelfsprekendheden wegvallen.

kers die de huidige en toekomstige cliënten kunnen ondersteunen bij de voorbereiding en tijdens het keukentafelgesprek. Ook in de begeleiding van cliënten van beschermd wonen is de inzet van ervaringsdeskundigheid een belangrijke factor. Ook consulenten die het keukentafelgesprek voeren moeten deze doelgroep kunnen herkennen en met hen een goed gesprek kunnen voeren. Daarvoor is de wegwijzer GGZ-Wmo ontwikkeld. Zij kunnen ook getraind worden door ervaringsdeskundigen⁵¹. Zie wegwijzer PSY: vraagverheldering⁵².

Ambities

Dit levert de volgende uitdagingen op.

- Een goede voorlichting aan cliënten en aanbieders over de onderzoeks- en toegangsprocedures, inclusief de voorlichting over mogelijkheden voor cliëntondersteuning en bezwarenprocedures.
- Het ontwikkelen van heldere uniforme integrale vraagverhelderingsprocedures voor nieuwe cliënten (indicatiegesprekken, keukentafelgesprekken): welke professionals, welke methode, welke criteria, welke stappen richting een passend ondersteuningsarrangement, hoe cliëntvriendelijk?
- Het tijdig onderzoeken en beschikken, zodat cliënten en aanbieders goed weten waar ze aan toe zijn.
- Het ontwikkelen van heldere uniforme integrale vraagverhelderingsprocedures voor huidige cliënten (herindicering- heronderzoek).

Zie voor meer informatie over optimaliseren van het keukentafelgesprek en over cliëntondersteuning het VNG dossier over Wmo 2015 <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/themas-wmo-2015> en de informatie op www.invoeringwmo.nl.

Toegangscriteria: Checklist beschermd wonen

(Bron: Wegwijzer naar ondersteuning pagina 9 en 10)

De landelijke toegang voor de maatwerkvoorziening beschermd wonen is georganiseerd via de centrumgemeenten. Elke gemeente moet wel zelf in staat zijn om de eerste beoordeling hiervan te kunnen doen. Ga daarvoor het gesprek aan met de cliënt en zijn/haar omgeving en evalueer de onderstaande criteria om te bepalen of de cliënt mogelijk baat heeft bij ondersteuning vanuit de Wmo of in aanmerking komt voor beschermd wonen.

Cliënt kan terecht in de lokale ondersteuningsstructuur indien hij/zij:

- In staat is om een hulpvraag te stellen indien hij/zij ondersteuning nodig heeft of iemand heeft die dat met of voor hem/haar kan doen.
- De hulpvraag op eigen kracht of met hulp van zijn/haar omgeving kan uitstellen, bijvoorbeeld naar de volgende dag om een spreekuur te bezoeken (zonder verergering van problemen).
- Iemand heeft in omgeving die hem/haar duurzaam wil ondersteunen bij het (uit)stellen van de hulpvraag.
- Instaat voor zijn/haar veiligheid en geen risico vormt voor de maatschappij (agressie, gevaar, verwaarlozing, overlast).

Indien bij één of meerdere criteria NEE wordt geantwoord: De cliënt komt mogelijk in aanmerking voor beschermd wonen.

⁵¹ Nienke van der Veen, Aandacht voor iedereen. Beschermd wonen naar de Wmo. Basisinformatie voor cliëntenraden, familieraden en Wmo-raden. AVI-toolkit 12, april 2014.

⁵² <https://vng.nl/onderwerpenindex/maatschappelijke-ondersteuning/wmo-2015/nieuws/wegwijzer-wmo-ondersteuning-bij-psychische-aandoeningen>.

Voordat je een cliënt doorstuurt naar beschermd wonen, is het noodzakelijk na te gaan of de cliënt voldoet aan de eisen die lokaal of regionaal gelden voor jouw gemeente of instelling. Onderstaand een voorbeeldchecklist, samengesteld op basis van de staande praktijk van de G4.

Situatie

- Cliënt is geen slachtoffer van mensenhandel en/of er is geen sprake van mishandeling (anders doorverwijzing naar meldpunt/politie/vrouwenopvang).
- Cliënt is geen acuut gevaar voor zichzelf of omgeving en bevindt zich niet in een acute psychische crisis (anders doorverwijzing naar GGZ crisisdienst).
- Cliënt is niet dakloos (anders doorverwijzing naar maatschappelijke opvang).
- Cliënt verblijft legaal in Nederland.
- Cliënt is 18 jaar en ouder.
- Bewijsvoering psychiatrische problematiek (inclusief verslaving).
- Geen reclasseringstoezicht.

Hulpvraag

- Is niet staat om een hulpvraag stellen indien hij/zij ondersteuning wenst of heeft iemand die dat voor hem/haar kan doen.
- Kan de hulpvraag niet > 30 minuten uitstellen.
- Heeft begrenzing in gedrag nodig, door agressie of veroorzaken overlast.
- Hoog risico op decompensatie en complicaties die leiden tot risicovolle situaties.
- Heeft zeer beperkte ADL-vaardigheden.
- Heeft moeite met indelen van de dag (beperkte regie en oriëntatie).
- Tijdsduur hulpvraag is >3 mnd zonder uitzicht op herstel/verbetering.

Specifiek maatschappelijke opvang: er is sprake van (dreigende) uithuiszetting, dakloosheid en/of thuisloosheid.

Innovaties

Ter inspiratie: pilotprojecten-voorbeelden

Naam	Thema	Bron
Pilot Veerkracht Maatschappelijke Opvang	Methodisch werken met kinderen die met hun ouder(s) in de maatschappelijke opvang terechtkomen.	http://www.opvang.nl/site/item/pilotfase-veerkracht-maatschappelijke-opvang-van-start .
Pilot Beschermd wonen zonder verblijf	Innovatie en doorstroom van burgers naar zelfstandig wonen bevorderen door per 2016 een nieuw perceel Beschermd wonen zonder Verblijf te hanteren bij de inkoop.	Regionale organisatie Sociaal Domein Fryslân, 1 mei 2015
Pilot (On)Beperkte Opvang	Opvangmogelijkheden voor mensen met Licht Verstandelijke Beperkingen in de Maatschappelijke Opvang.	Mee Nederland en Federatie Opvang in samenwerking met instellingen in diverse steden.
Pilot E-health-begeleiding	Inzet van online hulp aansluit bij onze doelgroep.	SMO Breda en Minddistrict, aanbieder van ehealthvoorzieningen.

Naam	Thema	Bron
Proeftuin Toegang en Regie	In de Proeftuin ontwikkelen de organisaties een aanpak voor ondersteuning van inwoners met meerdere problemen.	Consulenten van Bureau Jeugdzorg, CIZ, de afdeling Werk Inkomen en Zorg (WIZ) van de gemeente Hilversum, voormalig Vangnet en Advies (GGD), Regionale Instelling voor Begeleid Wonen (RIBW) en Stichting MEE werken samen in Hilversum.
Pilot 18-/18+	Overgang van Jeugdhulp naar volwassenzorg beter regelen door een domeinoverstijgende aanpak (wonen-financien-school-werk-ondersteuning).	Gemeenten Leeuwarden en Rotterdam i.s.m. SZN.
Proeftuin Begeleid Wonen 2.0	Begeleid wonen voor kwetsbare mensen. Veel cliënten in beschermd wonen-locaties moeten door de veranderingen in de zorg versneld verhuizen naar een eigen woning. 'Kwintes wil extra stappen inbouwen tussen beschermd en zelfstandig wonen'.	Maatschappelijke organisaties, waaronder Kwintes en een woningcorporatie te Harderwijk.
Proeftuin Talentenscan Zwerfjongeren	Jaarlijks krijgen 20 tot 25 zwerfjongeren een talentenscan. Waar ben je goed in? Ook krijgen ze een training om zich als maatje te kunnen inzetten voor andere zwerfjongeren. Zo bouwen zij als ervaringsdeskundigen mee aan een wezenlijk andere jeugdhulp.	X-tra Den Haag ism Skanfonds.
Project buurtcirkels	Pameijer (RIBW) organiseert buurtkringen met en voor een aantal cliënten en eventueel andere kwetsbare buurtbewoners, en een vrijwilliger. Een Buurtcirkel bestaat uit 9 tot 12 deelnemers waaronder 1 vrijwilliger. De deelnemers ondersteunen elkaar doordat ze aanvullende vaardigheden en talenten hebben. De een kan bijvoorbeeld koken, de ander boodschappen doen, het huis op orde houden of klusjes doen. Een vrijwilliger, die bekend is in de wijk, ondersteunt de samenwerking, helpt met het leggen van contacten met wijkbewoners, het bouwen van een eigen netwerk en is de link naar een professional van Pameijer.	Pameijer in Rotterdam.



7 Financiën

Een groot probleem in alle centrumgemeenten in 2014 en 2015 was de onduidelijkheid van de regionale budgetten beschermd wonen. In veel centrumgemeenten bleek het budget voor 2015 te laag voor het daadwerkelijk noodzakelijke aanbod. Op landelijk niveau is veel overleg geweest over alternatieve verdeelsleutels. De verdeelsleutel voor 2016 en de jaren er na zijn nog onderwerp van gesprek. Sowieso zijn in geen enkele regio het budgetten toereikend om alle knelpunten in de opvang en het beschermd wonen op te lossen. Zie ook de mei- en septembercirculaires 2015, te downloaden van www.vng.nl.

Over het verstrekken van een pgb in de WMO

Wetstekst Artikel 2.3.6

Indien de cliënt dit wenst, verstrekt het college hem een persoonsgebonden budget dat de cliënt in staat stelt de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die tot de maatwerkvoorziening behoren, van derden te betrekken.

Een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, indien:

- a De cliënt naar het oordeel van het college op eigen kracht voldoende in staat is te achten tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake dan wel met hulp uit zijn sociale netwerk of van zijn vertegenwoordiger, in staat is te achten de aan een persoonsgebonden budget verbonden taken op verantwoorde wijze uit te voeren.
 - b De cliënt zich gemotiveerd op het standpunt stelt dat hij de maatwerkvoorziening als persoonsgebonden budget wenst geleverd te krijgen.
 - c Naar het oordeel van het college is gewaarborgd dat de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen die tot de maatwerkvoorziening behoren, veilig, doeltreffend en cliëntgericht worden verstrekt.
3. Bij het beoordelen van de kwaliteit als bedoeld in het tweede lid, onder c, weegt het college mee of de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen in redelijkheid geschikt zijn voor het doel waarvoor het persoonsgebonden budget wordt verstrekt.

4. Bij verordening kan worden bepaald onder welke voorwaarden betreffende het tarief, de persoon aan wie een persoonsgebonden budget wordt verstrekt, de mogelijkheid heeft om diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen te betrekken van een persoon die behoort tot het sociale netwerk.
5. Het college kan een persoonsgebonden budget weigeren:
 - a Voor zover de kosten van het betrekken van de diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen van derden hoger zijn dan de kosten van de maatwerkvoorziening of;
 - b Indien het college eerder toepassing heeft gegeven aan artikel 2.3.10, eerste lid, onderdeel a, d en e.

Tijdelijke niet bezette plaatsen

Er kunnen cliënten zijn die tijdelijk een forse terugval hebben in hun functioneren. Plaatsing in een behandelinstelling kan dan nodig zijn voor een paar weken of maanden. Ook kunnen cliënten tijdelijk weg zijn door een penitentiaire opname. Wat dan te doen met de open plek? Een cliënt wil na verloop van tijd immers graag weer terug naar waar hij woont.

Een ambitie kan zijn om met aanbieders en cliënten(vertegenwoordigers) te zoeken naar redelijke afspraken over tijdelijke afwezigheid en niet-bezette plaatsen, daarbij rekening houden met het cliënt-perspectief: continuïteit van wonen en zorg:

- Wie betaalt de doorlopende kosten van de open plek, de instelling zelf of de centrumgemeente? En voor welk percentage? In de AWBZ waren de instellingen gewend aan een overbruggingsbudget van maximaal 3 maanden (met eventueel een verlenging).
- Tot hoe lang houdt een cliënt een terugkeergarantie?
- Betreft het dan terugkeer naar dezelfde kamer en voorziening of kan het ook een terugkeergarantie naar dezelfde instelling betreffen?

Over alternatieve bekostigingsmodellen

Bron: Couwenbergh, CH. en van Weeghel, W. en Projectgroep. Over de brug. Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos, 2014, pag. 58 e.v.

Zoals gezegd zullen veel van de kosten en/of baten uit de ene sector ten voordele of ten nadele van de andere komen. Echter, inhoudelijk gewenste uitkomsten overstijgen sectoren en gaan dwars door financiële schotten heen. Investerings in herstelgerichte behandeling en begeleiding hebben een potentieel positief maatschappelijk én economisch rendement doordat zij maatschappelijke participatie bevorderen (GGZ Nederland, 2012). Daarnaast is er wellicht maatschappelijke winst in de zin van minder overlast, minder huisuitzettingen en minder contacten met politie. Een volgende stap is om niet alleen de behandelresultaten in de GGz, maar juist ook de maatschappelijke winst buiten de GGz inzichtelijk te maken. Porter (2006) benadrukt in zijn boek *Redefining Health Care* het belang van waardecreatie in de zorg. Waar de afgelopen jaren succes vooral werd afgemeten aan de omvang van de eigen organisatie en de jaarlijkse groei van het budget, zal dat in de toekomst gaan over de bereikte resultaten en het bereikte 'effect per euro' (Handboek F-ACT, in voorbereiding).

We moeten dus op zoek naar een werkwijze die beter dan de bestaande volumebekostiging aan deze visie beantwoordt. Een werkwijze die tevens een oplossing biedt voor knelpunten in de huidige FACT-praktijk en in andere vormen van integrale ambulante zorg. Nu is het immers zo dat de behandeling, begeleiding en ondersteuning van één patiënt vaak uit meerdere financieringskaders worden bekostigd: ZvW, AWBZ/WLZ, WMO en justitie (voor patiënten met een forensische achtergrond) en reïntegratiegelden vanuit de UWV en gemeenten. Ieder van deze financieringsbronnen heeft weer een andere uitvoerder die, zoals we al eerder opmerkten, zijn eigen eisen stelt aan de verantwoording en registra-

tie. Deze verscheidenheid in bekostiging vormt een groot knelpunt bij het realiseren van op individuele herstelprocessen toegesneden, integrale zorgverlening.

De uitdaging is om dit knelpunt op te lossen, en wel zodanig dat het recht op specialistische behandeling, en de toegang tot de financiering daarvan, niet op het spel komt te staan. Oplossingen moeten in ook overeenstemming zijn met wat er in de bredere gezondheidszorg, met name in de langdurige en multisectorale zorg, aan bekostigingsmodellen ontwikkeld is dan wel wenselijk wordt gevonden. Het is evenwel mogelijk dat een goed werkend bekostigingsmodel bij ernstige psychische aandoeningen een voorbeeldwerking zal hebben naar andere takken van langdurige, multisectorale zorg.

Meerdere bekostigingsmodellen zijn denkbaar en kunnen op hun toepasbaarheid worden onderzocht. Vormen van integrale bekostiging vormen wellicht een goede oplossingsrichting. Bijvoorbeeld een vorm van populatiebekostiging, waarbij de aanbieders een vast bedrag per persoon in zijn populatie krijgen, ongeacht of deze persoon nu zorg gebruikt of niet. Het is integrale bekostiging op het niveau van de patiënt en niet op het niveau van het aanbod (zoals nog het geval is bij integrale bekostiging). Het klassieke voorbeeld hiervan in Nederland is het abonnementstarief voor de huisarts: voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, ongeacht hoe vaak deze bij de dokter komt. Populatiebekostiging staat in de belangstelling omdat niet zozeer het zorgvolume wordt betaald, maar veel meer de waarde van de zorg in termen van de bereikte resultaten.

Het idee is dat een ontwikkeling van inputfinanciering naar outcome financiering doelmatig en met name preventiegericht werken stimuleert (KPMG Plexus, 2013). Het is onwenselijk dat een dergelijke vorm van financiering gepaard gaat met bezuinigingen, met name bezuinigingen op de medisch-psychiatrische en psychologische behandeling. Medisch-psychiatrische en psychologische behandeling blijven noodzakelijk en moeten toegankelijk blijven c.q. beter toegankelijk worden. Zeker gezien de onderbehandeling die is geconstateerd bij deze groep (Van Weeghel e.a., 2011).

Populatiebekostiging is het beste toepasbaar bij zorg met een duidelijk preventief-, wijk- of regiogebonden karakter. Of bij zorg waarbij heldere, goed af te bakenen 'diagnoses' niet op de voorgrond staan. Dit is het geval bij veel eerstelijnszorg (huisartsenzorg, sociale wijkteams, wijkverpleging) en maar vooral ook aan de 'voorkant' in het sociale domein (begeleiding, welzijn, arbeidsparticipatie) (KPMG Plexus, 2013). Dat maakt de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen interessant voor populatiebekostiging (Handreiking Sturing en bekostiging van de tweedelijns, transitiebureau VWS/VNG, 2013). Zeker ook omdat een bepaald percentage van de gezamenlijke besparingen (shared savings) mag worden ingezet om de zorg te verbeteren en onderzoek en innovatie te stimuleren. Ook voor een aantal langdurige somatische aandoeningen (zoals diabetes en COPD) wordt via integrale bekostiging toegewerkt naar populatiebekostiging (Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, 2012). De samenvoeging van budgetten waarmee een overschakeling naar populatiebekostiging gepaard zou gaan, is verre van gemakkelijk, zowel uit technisch oogpunt als vanuit de macht van gevestigde belangen. Populatiebekostiging is een doel dat niet in één keer gerealiseerd kan worden. Maar het is wel een ontwikkelingsperspectief dat alle betrokken netwerkpartijen in een regio kan inspireren en stimuleren om de weg van waardecreatie door samenwerking in te slaan.



8 Kwaliteit en monitoring

Wetstekst Kwaliteit in de WMO

Hoofdstuk 3. Kwaliteit

Artikel 3.1

1. De aanbieder draagt er zorg voor dat de voorziening van goede kwaliteit is.
2. Een voorziening wordt in elk geval:
 - a Veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verstrekt.
 - b Afgestemd op de reële behoefte van de cliënt en op andere vormen van zorg of hulp die de cliënt ontvangt.
 - c Verstrekt in overeenstemming met de op de beroepskracht rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard.
verstrekt met respect voor en inachtneming van de rechten van de cliënt.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van een vorm van maatschappelijke ondersteuning dit vereist, nadere eisen worden gesteld aan aanbieders van voorzieningen.
4. Het ontwerp van een krachtens het derde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt aan beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. De voordracht voor de vast te stellen algemene maatregel van bestuur kan worden gedaan nadat vier weken na de overlegging zijn verstreken, tenzij binnen die termijn door of namens een der kamers of door tenminste een vijfde van het grondwettelijke aantal leden van een der kamers de wens te kennen wordt gegeven dat het onderwerp van de algemene maatregel van bestuur bij wet wordt geregeld. In dat geval wordt een daartoe strekkend voorstel van wet zo spoedig mogelijk ingediend.

Artikel 3.2

1. Indien de aanbieder een voorziening levert als bedoeld in artikel 2.1.3, tweede lid, onderdelen d en e, treft de aanbieder:
 - a Een regeling voor de afhandeling van klachten van cliënten ten aanzien van gedragingen van de aanbieder jegens een cliënt.

- b Een regeling voor medezeggenschap van cliënten over voorgenomen besluiten van de aanbieder die voor de gebruikers van belang zijn.
2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van een vorm van maatschappelijke ondersteuning dit vereist, nadere eisen worden gesteld aan aanbieders van voorzieningen.

Artikel 3.3

1. De aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, stelt een meldcode vast waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en die er redelijkerwijs aan bijdraagt dat zo snel en adequaat mogelijk hulp kan worden geboden.
2. De aanbieder bevordert de kennis en het gebruik van de meldcode.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt vastgesteld uit welke elementen een meldcode in ieder geval bestaat.

Artikel 3.4

1. De aanbieder doet bij de toezichthoudende ambtenaar, bedoeld in artikel 6.1, onverwijld melding van:
 - a Iedere calamiteit die bij de verstrekking van een voorziening heeft plaatsgevonden.
 - b Geweld bij de verstrekking van een voorziening.
2. De aanbieder en de beroepskrachten die voor hem werkzaam zijn, verstrekken bij en naar aanleiding van een melding als bedoeld in het eerste lid aan de toezichthoudende ambtenaar de gegevens, daaronder begrepen persoonsgegevens, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, voor zover deze voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.
3. Persoonsgegevens als bedoeld in het tweede lid, ten aanzien waarvan de aanbieder of de beroepskracht op grond van een wettelijk voorschrift of op grond van zijn ambt of beroep tot geheimhouding is verplicht, worden uitsluitend zonder toestemming van betrokkene verstrekt, indien deze niet meer in staat is de toestemming te geven dan wel dit noodzakelijk kan worden geacht ter bescherming van cliënten.

Artikel 3.5

1. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de situaties waarin een aanbieder, niet zijnde een aanbieder die hulpmiddelen of woningaanpassingen levert, in het bezit dient te zijn van een verklaring omtrent het gedrag als bedoeld in artikel 28 van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens voor beroepskrachten en andere personen die beroepsmatig met zijn cliënten in contact kunnen komen, welke niet eerder is afgegeven dan drie maanden voor het tijdstip waarop betrokkene voor de aanbieder ging werken.
2. Indien de aanbieder of een toezichthoudende ambtenaar redelijkerwijs mag vermoeden dat een beroepskracht niet voldoet aan de eisen voor het afgeven van een verklaring als bedoeld in het eerste lid, verlangt de aanbieder dat die beroepskracht binnen tien weken een verklaring overlegt die niet ouder is dan drie maanden.
3. Indien de aanbieder voor een beroepskracht als bedoeld in het tweede lid bij het verstrijken van de in dat lid genoemde termijn niet in het bezit is van een verklaring omtrent het gedrag, neemt de aanbieder zo spoedig mogelijk de maatregelen die noodzakelijk zijn ter bescherming van zijn cliënten.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld over de situaties waarin een aanbieder die een solistisch werkende natuurlijk persoon is, in het bezit moet zijn van een verklaring omtrent het gedrag als bedoeld in artikel 28 van de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens, afgegeven op een tijdstip dat niet langer dan drie jaar is verstreken.

Uitkomstmaten voor monitoring

Bron: Over de brug, pagina 56.

Tabel 3: Beschikbare uitkomstmaten voor sturen op kwaliteit

	Zorg	Veiligheid	Participatie
Maten/instrumenten			
Individueel (cliëntniveau)	GGz ROM Proxymaten (bijv. crisis opnames, somatische zorg en opnames)	GGz ROM Proxymaten (politiecontacten/veroordelingen, victimisatie)	Participatieladder Functionele remissie maat Zelfredzaamheidsmatrix Proxymaten (bijv. zelfstandige woning, fte werk)
Organisatie (managementniveau)	GGz ROM GGz prestatie-indicatoren	Monitor dwang en drang GGz prestatie-indicatoren	Participatieladder Zelfredzaamheidsmatrix Wmo prestatie-indicatoren
Regio (beleidsniveau, geaggregeerde en geanonimiseerde gegevens)	GGz ROM GGz prestatie-indicatoren Wmo prestatie-indicatoren Kwaliteitstoetsing Regionaal Aanbod Schizofreniezorg	Veiligheidsmonitor, Monitor dwang en drang	Wmo prestatie-indicatoren GGD gegevens (incl. bemoeizorg/MO)

Over monitoring

Uit: 'Niemand tussen wal en schip' – Referentiekader Maatschappelijke zorg, Wolf, 2015; Academische Werkplaats OGGz bij Impuls Radboudumc Nijmegen⁵³

In het referentiekader gaat hoofdstuk 9 over monitoring. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op monitoring op twee niveaus: op casus/trajectniveau en op populatieniveau. Zie paragraaf 9.2 van dit referentiekader voor een overzicht van trajectuitkomsten en van kwaliteitsaspecten van trajecten.

Zie daarin ook het hiernavolgende schema indicatoren op populatieniveau, overgenomen van pagina 58.

Tekst en figuur is met toestemming van Impuls uit het referentiekader overgenomen.

⁵³ Zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Niemand+tussen+wal+en+schip%3A+referentiekader+maatschappelijke+zorg>.

Schema 9.1

Indicatoren voor de monitoring van de impact van de maatschappelijke zorg op populatieniveau

	Wonen	Financiën ^a	Dagactiviteiten ^a	Gezondheid	Sociale relaties	Veiligheid & recht
Niveau 2 Kwetsbaar in gemeenschap	Minder dreigende huissuitzettingen Minder gedwongen feitelijke huissuitzet- tingen	Toereikend inkomen om in bestaans- voorwaarden te voorzien Minder (problema- tische) schulden	Toename in (vrijwilligers)-werk, scholing etc. Minder schooluitval	Minder (her)escala- ties in wijkteams ^b	Minder eenzaam- heid Minder slachtoffers van geweld Aantal dak- en thuisloze jongeren via zorgstructuur terug naar sociale netwerk	Minder overlast Minder ervaren onveiligheid
Niveau 3 Kwetsbaar in institutes	Instroom en gemid- delde verblijfsduur in opvang & beschermd wonen nemen af	Minder onverzeker- den		De-escalaties vanuit gespecialiseerde zorg (afschaling naar bv wijkteams) Vermindering van duur van heropna- men in psychiatrisch ziekenhuis	Meer acceptatie van kwetsbare mensen in buurten	Minder criminele recidive
Niveau 4 Kwetsbaar op straat	Minder feitelijk daklozen, waar- onder buitenslapers					Minder dakloze ex-gedetineerden

^a De indicatoren op deze leefdoelgebieden gaan op voor groepen kwetsbare mensen op alle niveaus.

^b Dit is een samengestelde maat en omvat bijvoorbeeld: minder huissuitzettingen, minder uithuisplaatsingen, minder ondertoezichtstellingen, minder intramuraal ABWZ, minder GGZ intramuraal (Larsen e.a., 2014).

Taxatie Sociale Uitsluiting en MONTRA-model⁵⁴

Zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Taxatie-Sociale-Uitsluiting%20/>.

Het 'Risicotaxatie-instrument Sociale uitsluiting' - Tax-Su - is een softwarepakket dat professionals in staat stelt om een adequate inschatting te maken van de draagkracht en draaglast van kwetsbare mensen. De balans tussen draagkracht en draaglast geeft zicht op wat een cliënt, gegeven de steun uit de omgeving, (nog) aankan en wat niet meer. Narigheden en tegenslagen kunnen zich zo opstapelen dat de balans verstoord raakt en mensen de controle over hun bestaan verliezen. Het taxatie-instrument geeft zicht op die balans en maakt duidelijk wat het risico is op verlies van participatie en hoe dat de dagelijkse kwaliteit van leven van mensen beïnvloedt, of (acuut) ingrijpen nodig is en welke soort acties dan passend zijn.

De Tax-Su is, met andere instrumenten, waaronder de ZRM, onderdeel van het MONTRA-model dat Impuls samen met opvangstellingen in de academische werkplaats Opvang & herstel en gemeenten heeft ontwikkeld voor de monitoring van de uitkomsten van begeleidingstrajecten in de opvang. Zie hierover het informatieblad MONTRA – monitoring van trajecten in de opvang, Nijmegen: Impuls, onderzoekscentrum Maatschappelijke zorg, Radboudumc, 2014, zie <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/monitoring+trajectuitkomsten+montra>

E-book monitor sociaal kwetsbare groepen

Carolien van den Brink, Gemma Smulders, Judith Wolf, Hans van Oers, Ien van de Goor, april 2015 (te downloaden vanaf [de VNG-site](http://www.vng.nl)).

De problematiek van kwetsbare burgers is vaak complex. Voor hun specifieke problemen zijn verschillende mogelijkheden voor goede, gespecialiseerde ondersteuning. Maar hoe zorg je nu voor maatwerk, gebaseerd op een meer integrale kijk op de problemen die kunnen samenhangen met kwetsbaarheid? Misschien nog wel belangrijker: hoe kun je voorkomen dat problemen zo groot worden dat

⁵⁴ Zie hierover J. Wolf, S. Al Shamma en L. van den Dries, Taxatie van Sociale uitsluiting: Tax-Su, Kwaliteit van de Tax-Su, Nijmegen: Impuls, onderzoekscentrum Maatschappelijke zorg, Radboudumc, 2014

kwetsbare mensen het heft niet meer in eigen hand kunnen houden en afhankelijk worden van veel zwaardere (en dus duurdere) vormen van zorg en ondersteuning? De monitor sociaal kwetsbare groepen is daarvoor een bruikbaar instrument⁵⁵.

Het e-book biedt praktische handvatten, zoals:

- Achtergrondinformatie over (sociale) kwetsbaarheid en de aandachtspunten voor adequate ondersteuning van kwetsbare groepen.
- Een stappenplan voor het opzetten van een monitor sociaal kwetsbare groepen in de eigen gemeente.
- Een matrix met alle relevante indicatoren voor gegevensverzameling bij sociaal kwetsbare groepen.
- Hulpteksten om per indicator uit de monitor een toelichting te schrijven over het belang en de interpretatie van de gegevens op dat terrein.
- Directe links naar ondersteunende documenten op GGD GHOR Kennisnet.

De monitor sociaal kwetsbare groepen is een 'levend' instrument. Door de gegevens uit de monitor in te zetten in de dialoog over het gemeentelijke beleid rond kwetsbare burgers, wordt het mogelijk dit beleid adequaat te koppelen aan het lokale (preventieve) beleid in het sociale domein.

De schema's en lijsten waarnaar in deze publicatie verwezen wordt en de toelichtende informatie zijn interessant, waarin uitgebreid wordt ingegaan op de verschillende levensgebieden en wat op dat vlak bekend is over de doelgroep en over gebruik van beschikbare voorzieningen. Let op: de doelgroep is breder dan alleen (O)GGZ, maar de informatie is wel heel relevant voor deze doelgroep.

⁵⁵ Bron: E-book monitor sociaal kwetsbare groepen, Carolien van den Brink, Gemma Smulders, Judith Wolf, Hans van Oers, Ien van de Goor, april 2015 (te downloaden vanaf [de VNG-site](#)).

