



Beleidskader Maatschappelijke zorg Holland Rijnland

2017-2025

Transformatie van (O)GGZ, Maatschappelijke opvang
en Beschermd wonen

Inhoud

Leeswijzer	3
Samenvatting.....	4
1. Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Totstandkoming van dit beleidskader	8
2. Kader	10
2.1 De Wmo.....	10
2.2 Advies 'Commissie Toekomst'	11
2.3 Andere relevante wetten.....	13
2.4 Huidig regionaal beleidskader	15
3. Maatschappelijke zorg in beeld.....	17
3.1 Doelgroep Maatschappelijke zorg	17
4. Visie op Maatschappelijke zorg	22
4.1 Visie Holland Rijnland.....	22
4.2 Uitgangspunten voor het beleid	23
5. Ontwikkelopgaven	29
5.1 Lokale randvoorwaarden realiseren	29
5.2 Regionale opgave huisvesting	30
5.3 Innoveren van huidige ondersteuning en opvang	30
5.4 Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars	31
6. Aan de slag	32
6.1 Uitvoeringsprogramma Holland Rijnland 2018-2020.....	32
6.2 Wat elke gemeente nu al kan doen: acties 2016 en 2017	34
7. Financiering: landelijke ontwikkelingen.....	36
Begrippenkader	38
Afkortingen	40
Bijlage 1 Aanvullende informatie per hoofdstuk	41

Leeswijzer

Op pagina vier en vijf vindt u een samenvatting van dit beleidskader.

Hoofdstuk één gaat in op de aanleiding en de wijze van totstandkoming van dit beleidskader. De notitie beschrijft in hoofdstuk twee het wettelijk kader en het huidige beleidskader.

Hoofdstuk drie brengt in beeld over wie dit beleidskader gaat. Wat is de doelgroep? Wat zijn de kenmerken en behoeften van de doelgroep? Hoe groot is de doelgroep? En wat zijn de huidige voorzieningen?

Hoofdstuk vier beschrijft vervolgens de regionale visie. Wat is ons doel, wat willen we berei-

ken? Aansluitend hierop gaat hoofdstuk vijf in op het werk dat voor ons ligt. Hoe gaat de regio de komende jaren de randvoorwaarden voor realisatie van deze visie uitwerken? Wat zijn de mijlpalen? Welke activiteiten zijn nodig voor het aanpakken van maatschappelijke vraagstukken? Hoe ziet de fasering er uit?

In hoofdstuk zes komen de financiering en de budgettaire ontwikkelingen aan bod. Aan het eind van het beleidskader is een begripsbepaling en afkortingenlijst opgenomen.

In bijlage 1 treft u aanvullende informatie aan. Hoofdstuksgewijs zijn daarin toelichtende tekst en cijfers opgenomen.

In het hele document wordt de inhoud geïllustreerd met casuïstiek. Een deel daarvan komt uit de regio Holland Rijnland, een deel uit de landelijke handreiking voor dit beleidskader. Cursief staat het perspectief van de cliënt, aansluitend een toelichting waarom de casus illustratief is voor het betreffende hoofdstuk.

Samenvatting

Vanaf 1 januari 2015 is de gemeentelijke verantwoordelijkheid binnen het sociale domein uitgebreid door decentralisatie van een deel van de AWBZ-taken (onder meer (woon-)begeleiding, inloopfunctie (O)GGZ en Beschermd wonen) naar de Wmo. Waren de regiogemeenten in Holland Rijnland eerst met name verantwoordelijk voor preventie en herstel (waaronder ook nazorg) en Leiden als centrumgemeente voor gespecialiseerde opvang, vanaf 2015 zijn alle gemeenten verantwoordelijk voor de hele keten.

Dit maakt dat gemeenten zich moeten heroriënteren op beleid en uitvoering van de Maatschappelijke opvang en de (O)GGZ in relatie tot de nieuwe taak Beschermd wonen. Transformatie van deze sectoren tot één samenhangend, integraal en doeltreffend beleid ligt voor de hand. Immers, kwetsbare burgers hebben veelal op meerdere levensgebieden problemen, zoals woonvaardigheden en omgaan met geld. De transformatie van de ondersteuning vraagt ook om een verbinding met andere gemeentelijke taken binnen en buiten de Wmo.

Toekomst Beschermd wonen

De centrumgemeente ontvangt de middelen voor Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen. Deze centrumgemeentefunctie wordt voor Beschermd wonen afgebouwd. De verwachting is dat uiterlijk 2020 de invoering van een nieuw objectief verdeelmodel plaatsvindt waarbij het geld verdeeld wordt over alle gemeenten. Dit gebeurt mede op advies van 'de Commissie Toekomst Beschermd wonen'. Deze Commissie heeft in november 2015, in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), een toekomstvisie gepubliceerd: 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis'. Hierin stelt de Commissie Toekomst Beschermd

wonen de sociale inclusie van mensen met een (psychische) kwetsbaarheid centraal. Beschermd wonen moet door elke gemeente in de thuisomgeving geboden kunnen worden en daarmee lokaal georganiseerd worden.

Herverdeling middelen

Er is inhoudelijk veel draagvlak voor het advies van de Commissie Toekomst Beschermd wonen, maar de financiële uitwerking daarvan is nog niet klaar. De VNG en centrumgemeenten zijn in gesprek met het ministerie van VWS over scenario's met betrekking tot planning en de wijze waarop de middelen worden herverdeeld. De Commissie Toekomst Beschermd wonen heeft geadviseerd om beleid met daarbij de middelen voor Maatschappelijke opvang, mee te nemen in de lange termijn ontwikkeling voor Beschermd wonen. Dit betekent dat het onze ambitie is om de centrumgemeentefunctie voor zowel Beschermd wonen als de Maatschappelijke opvang af te bouwen. Dit past in de regionale ambitie om voorzieningen zoveel mogelijk lokaal te organiseren. Wat deze decentralisatie van functies betekent, werken gemeenten beleidsinhoudelijk uit in het uitvoeringsprogramma. Hierbij wordt ook in kaart gebracht wat dit financieel betekent.

Regionale visie

Gezien deze ontwikkelingen is het van belang dat alle Holland Rijnland-gemeenten een breed gedragen lokale verantwoordelijkheid ervaren en een gezamenlijke visie delen op de (toekomstige) uitvoering van de Maatschappelijke zorg¹.

¹ Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang/aanpak huiselijk geweld, verslavingszorg, OGGZ en Beschermd wonen. Het doel van Maatschappelijke zorg is het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting van mensen met

Over deze toekomstvisie is met gemeenteraden, cliënten en zorgaanbieders gediscussieerd. Tijdens deze bijeenkomsten (waarvan verslagen toegevoegd zijn op p51- p56 van bijlage 1) werd de visie gedragen maar zijn er ook belangrijke kritische kanttekeningen geplaatst. Met deze kanttekeningen als belangrijke aandachtspunten (in hoofdstuk 5 staat hiervan een samenvatting), hebben we de volgende regionale visie op de Maatschappelijke zorg geformuleerd:

Visie: inclusieve samenleving

Alle inwoners kunnen meedoen in de samenleving. De inwoner die (tijdelijk) problemen heeft met het zelfstandig regie voeren, kan via de Wmo ondersteuning krijgen. Hierbij is lokale ondersteuning het uitgangspunt. De ondersteuning is dichtbij, op maat en in de eigen leefomgeving. Voor de groep inwoners die niet meer zelfstandig thuis kan wonen, en waarbij ondersteuning in de eigen omgeving tekortschiet, is (tijdelijk of permanent) opvang aanwezig. Onder opvang verstaan we wonen in één van de woonvormen van een instelling. Dit is waar mogelijk een tijdelijke situatie, waarbij er gestuurd wordt op herstel en uitstroom. Het doel is om inwoners zo snel mogelijk weer deel te laten nemen aan het maatschappelijk leven, naar eigen wensen en vermogen. Het deelnemen naar vermogen in de samenleving is ook afhankelijk van de mogelijkheden van de omgeving. Aandachtspunten zijn dan ook acceptatie van de omgeving en het voorkomen van uitsluiting en vereenzaming.

Uit deze visie zijn de volgende uitgangspunten voor het beleid te herleiden:

1. ondersteuning voor de doelgroep
Maatschappelijke zorg is een breed gedragen

zware, vaak meervoudige problematiek en het ondersteunen en bevorderen van herstel van (psychisch) kwetsbare mensen.

- lokale verantwoordelijkheid;
 2. lokaal zet men in op vroegsignalering en preventie;
 3. lokaal organiseert men vraaggerichte ondersteuning: integraal en op maat, waardoor regionaal alleen een vangnet overblijft voor zeer specialistische of acute vormen van opvang;
 4. toegang tot ondersteuning is laagdrempelig, met aansluitend duidelijke richtlijnen voor aanmelden bij (sub)regionale ondersteuningsvormen waarin op regionaal niveau wordt samengewerkt;
 5. eigen kracht en eigen regie, het zelfregiserend vermogen wordt versterkt om de instroom te beperken en uitstroom uit de opvang te bevorderen;
 6. de opvang is kleinschalig en zo lokaal mogelijk georganiseerd;
 7. aandacht voor participatie en herstel is een uitgangspunt bij alle vormen van hulp, opvang en ondersteuning;
 8. de hulpverlening werkt outreachend en levert bemoeizorg waar dat nodig is.
- In Hoofdstuk 4 van het Beleidskader worden deze beleidsuitgangspunten nader toegelicht.

Ontwikkelopgaven

De belangrijkste opgaven waar we zowel lokaal als (sub-) regionaal de komende jaren voor staan zijn:

- ontwikkeling van vroegsignalering en preventie, het opbouwen van lokale kennis van complexe (GGZ-)problematiek;
- het vergroten van draagvlak voor een inclusieve samenleving;
- afbouwen van verantwoordelijkheden van de centrumgemeente en ontwikkeling nieuwe financieringssystematiek;
- regionale opgave huisvesting: realiseren van meer betaalbare woningen voor doorstroom,

een breed arsenaal aan woonvarianten (volume en variatie) en afbouw van regionale voorzieningen;

- innoveren van de huidige ondersteuning en opvang;
- samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars.

Uitvoeringsprogramma

We gaan de genoemde ontwikkelopgaven met samenwerkingspartners regionaal verder uitwerken in een uitvoeringsprogramma. Daarin zullen wij in ieder geval verwoorden wat de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeenten zal zijn en op welke wijze dit financieel vormgegeven wordt. Dit uitvoeringsprogramma moet eind 2017 zijn vastgesteld door alle gemeenteraden. Hierbij sluiten we aan op het landelijke 'spoorboekje'. Dit is opgesteld in het overleg tussen het ministerie van VWS, de centrumgemeenten en de VNG. Hierin worden enkele mijlpalen en randvoorwaarden benoemd om tot de uitvoering van de toekomstvisie op Beschermd wonen te komen.

1. Inleiding

Voor u ligt het regionale “Beleidskader Maatschappelijke zorg” van de regio Holland Rijnland². Deze notitie vervangt de regionale beleidsvisie ‘Iedereen telt’ (2006³).

1.1 Aanleiding

Door de decentralisatie van een deel van de ondersteuning die via de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ) werd geregeld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), is de gemeentelijke verantwoordelijkheid binnen het sociale domein uitgebreid. Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor begeleiding, kortdurend verblijf, een deel van de persoonlijke verzorging, de inloopfunctie GGZ en Beschermd wonen. Dit maakt dat gemeenten zich heroriënteren op de ondersteuning voor mensen met GGZ problematiek, mensen waarbij sprake is van multiproblematiek en zorgmijders.

Ten aanzien van Beschermd wonen heeft een adviescommissie in november 2015, in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), een toekomstvisie gepubliceerd: ‘Van beschermd wonen naar een beschermd thuis’. Deze ‘Commissie Toekomst Beschermd wonen’ stelt dat Beschermd wonen in de thuisomgeving door elke gemeente geboden moet kunnen worden. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de VNG onderschrijven deze toekomstvisie. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op deze visie.

2 Dit betreft de volgende 14 gemeenten: Alphen aan den Rijn, Hillegom, Kaag en Braassem, Katwijk, Leiden Leiderdorp, Lisse, Nieuwkoop, Noordwijk, Noordwijkerhout, Oegstgeest, Teylingen, Voorschoten en Zoeterwoude

3 Iedereen Telt 2006-2009: Beleidsvisie Verslavingszorg & Maatschappelijke Opvang Zuid-Holland Noord (RV 05.0159)

Transformatie

De transformatie van Beschermd wonen, die nodig is om de visie te realiseren, moet in samenhang gezien worden met de andere gemeentelijke taken binnen de Wmo. Hoewel Beschermd wonen een specifieke taak is voor een specifieke doelgroep (GGZ), levert de combinatie van Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen mogelijkheden om de met het Regionaal Kompas ingeslagen weg voor opvang, te verbreden, te verdiepen en effectiever te maken. Immers, veel daklozen kampen met problematiek op verschillende levensgebieden (bijvoorbeeld een psychiatrisch ziektebeeld, verstandelijke beperking, gedrags- of persoonlijkheidsproblemen, verslaving, somatische aandoeningen, etc.). Ook mensen die Beschermd wonen nodig hebben kampen, net als veel daklozen, met beperkingen en problemen op meerdere levensgebieden, zoals woonvaardigheden en omgaan met geld. Transformatie van deze sectoren tot één samenhangend, integraal en doeltreffend beleid ligt daarom voor de hand. Het vraagt ook om een verbinding met andere gemeentelijke taken binnen en buiten de Wmo.

Van (O-)GGZ ondersteuning naar Maatschappelijke zorg

In 2014 en 2015 lag de focus op een ‘zachte landing’ van cliënten die een AWBZ-voorziening ontvingen. Nu wordt het tijd om het huidige aanbod in perspectief te plaatsen: wat is ons doel, en wat willen we bereiken? Ook willen we niet aanbod- maar waar mogelijk meer vraaggericht gaan werken.

In het rapport ‘Niemand tussen wal en schip’⁴

4 Wolf, J. (2015). Niemand tussen wal en schip. Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties. Nijmegen: Academische werkplaats OGGZ.

van Judith Wolf wordt voor de ondersteuning van mensen in multiprobleemsituaties het begrip 'Maatschappelijke zorg' geïntroduceerd. Uitgaande van de eigen behoeften van mensen in probleemsituaties, biedt dit referentiekader een visie op de Maatschappelijke zorg en de ontwikkeling van nieuwe en effectieve manieren van ondersteuning van kwetsbare burgers. Maatschappelijke zorg is een nieuwe term die beter aansluit op de Wmo en de ondersteuning die tot op heden valt onder de OGGZ. Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang/aanpak huiselijk geweld⁵, verslavingszorg, OGGZ en Beschermd wonen. Het doel van Maatschappelijke zorg is het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting van mensen met zware, vaak meervoudige problematiek en het ondersteunen en bevorderen van herstel van (psychisch) kwetsbare inwoners. In bijlage 1 (p43 - p50) is extra informatie opgenomen over de omvang van de doelgroep en het aanbod Maatschappelijke zorg in de regio Holland Rijnland.

1.2 Totstandkoming van dit beleidskader

Voor het opstellen van dit beleidskader is gebruik gemaakt van de VNG-handreiking 'Opvang en bescherming' (november 2015). Daarnaast zijn verschillende overleggen en bijeenkomsten georganiseerd. Allereerst zijn in de tweede helft van 2015 oriënterende gesprekken gevoerd over het op te stellen beleidskader met onder meer de Wmo-adviesraad Leiden, platform OGGZ, Stichting ZON, de cliëntenraad van de Binnenvest, het Ambtelijk Overleg Zorg en Welzijn (AOZW) en het PHO Maatschappij. In januari 2016 is een

eerste aanzet voor het beleidskader besproken in het bestuurlijk OGGZ platform. Bij deze bijeenkomst heeft Erik Dannenberg, voorzitter van de Commissie Toekomst Beschermd wonen, een presentatie gegeven over de door deze commissie geschetste toekomstvisie op het Beschermd wonen. In april 2016 zijn consultatiebijeenkomsten georganiseerd voor raadsleden, zorgaanbieders, cliënten, ambtenaren en bestuurders. Tijdens deze bijeenkomsten is informatie uitgewisseld en is er gediscussieerd aan de hand van een presentatie en een film⁶. In deze film komen 3 (ex-)cliënten uit Beschermd wonen en Maatschappelijke opvang aan het woord over de toekomst van deze beleidsvelden. Ook is het concept beleidskader besproken met de diverse Wmo-adviesraden.⁷ Tijdens al deze bijeenkomsten werd de visie gedragen maar zijn er ook kritische kanttekeningen geplaatst. Met deze kanttekeningen als belangrijke aandachtspunten is een concept 'Beleidskader Maatschappelijke zorg' opgesteld en in de zomer van 2016 in alle gemeenten van Holland Rijnland vrijgegeven voor inspraak.

Inspraak

Er zijn 19 inspraakreacties binnengekomen. Het merendeel van de insprekers gaf aan zich te kunnen vinden in de hoofdlijnen van het beleidskader maar er werden ook kritische kanttekeningen geplaatst. Veel terugkerende onderwerpen waren:

- Inclusie: veel insprekers uiten hun zorgen over de draagkracht van de samenleving en/of vragen aandacht voor de omgeving (de direct omwonenden) om inclusie te bevorderen.
- Lokaal/sub-regionaal/regionaal: de vraag in

⁵ De ketenaanpak huiselijk geweld is nader uitgewerkt in de regiovisie 'Geweld in huiselijke kring Hollands Midden 2014-2018'

⁶ "Beschermd wonen door de ogen van cliënten" (Studio Moio, 2016) Zie : <https://vimeo.com/160620749>

⁷ In bijlage 1 (p10 - p14) vindt u een verslag van deze bijeenkomsten.

hoeverre elke gemeente in staat is om multi-problematiek zelf te hanteren; moet je bepaalde deskundigheid/specialismen niet centraal of sub-regionaal organiseren?

- Huisvesting: veel insprekers onderschrijven de noodzaak van de beschikbaarheid van kleine betaalbare woningen die zowel de instroom beperken als de uitstroom vanuit de voorzieningen mogelijk maakt en vragen hieraan prioriteit te geven.
- Zorgmijders: iemand wenst geen ondersteuning, hoe gaan we daarmee om?

Verskillende inspraakreacties hebben geleid tot aanpassingen in het beleidskader.

Andere reacties hebben niet direct geleid tot aanpassingen van de tekst, maar zijn waardevolle aanbevelingen die we zullen betrekken bij het opstellen van het uitvoeringsprogramma.

2. Kader

Dit hoofdstuk beschrijft het wettelijk kader, de landelijke ontwikkelingen en het huidige regionale beleidskader.

2.1 De Wmo

Sinds 1 januari 2015 hebben gemeenten een grotere taak binnen de Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en meer verantwoordelijkheid voor de groep inwoners met complexe problematiek.

Het kabinet heeft die keuze gemaakt om het leven van deze inwoners, daar waar mogelijk, te normaliseren en het perspectief op herstel, ontwikkeling en integratie in de samenleving te bevorderen. Waren individuele gemeenten eerst alleen verantwoordelijk voor preventie en herstel (waaronder ook nazorg) en de centrumgemeente voor gespecialiseerde regionale opvang, vanaf 2015 zijn gemeenten zelf verantwoordelijk voor de hele keten van ondersteuning voor inwoners met complexe problematiek.

De Wmo kent drie hoofddoelen:

1. Bevorderen van de sociale samenhang, de mantelzorg en vrijwilligerswerk, de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente, alsmede voorkomen en bestrijden van huishoudelijk geweld.
2. Ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving.
3. Bieden van Beschermd wonen en opvang als onderdeel van algemene voorzieningen en/of specifieke maatwerkvoorzieningen.

Tot 2015 was 'het bevorderen van de Openbare geestelijk gezondheidszorg (OGGZ)' een van de afzonderlijke prestatievelden in de Wmo. In de nieuwe Wmo komen deze termen niet meer voor maar zijn gemeenten daar wel verantwoordelijk voor. Het betreft de volgende activiteiten vanuit gemeenten ter preventie van (ernstige) psychosociale problemen en het begeleiden van betrokken personen: signaleren en bestrijden van risicofactoren, bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ. Hierbij is sprake van een vangnetfunctie en bemoeizorg.

De voorzieningen Opvang en Beschermd wonen zijn wel expliciet gedefinieerd in de Wmo.

Definitie Opvang (Wmo 2015 artikel 1.1.1)

Onderdak en begeleiding voor personen die de thuissituatie hebben verlaten, al dan niet in verband met risico's voor hun veiligheid als gevolg van huiselijk geweld en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

Definitie Beschermd wonen (Wmo 2015 artikel 1.1.1)

Wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.

Overgangsrecht

Van belang is dat de cliënten Beschermd wonen die per 1 januari 2015 zijn overgegaan vanuit de AWBZ naar de Wmo een overgangsrecht hebben van maximaal vijf jaar. Dat betekent dat zij recht hebben op een vorm van Beschermd wonen tot 1 januari 2020, tenzij de einddatum van hun indicatie eerder afloopt. De reden van dit langere overgangsrecht ligt in het feit dat deze doelgroep bijzonder kwetsbaar is en daarbij wonen op basis van hun indicatie. De gevolgen bij het aflopen van de indicatie is dan ook vele malen groter dan bij mensen die een andere vorm van ondersteuning kregen in de AWBZ.

2.2 Advies 'Commissie Toekomst'

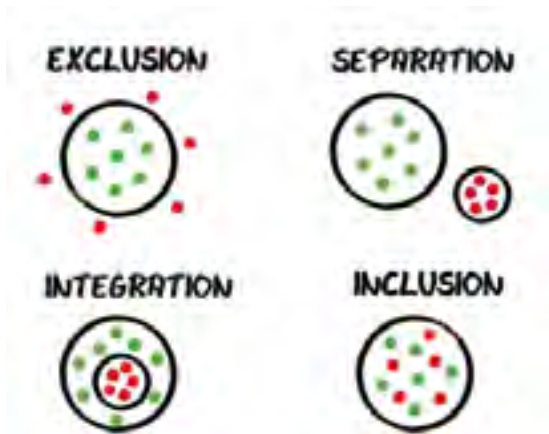
In november 2015 publiceerde de Commissie Toekomst Beschermd wonen in opdracht van de VNG een toekomstvisie voor Beschermd wonen in de Wmo: 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis'⁸. In dit rapport stelt de Commissie de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid centraal. Burgerschap, zelfbepaling, perspectief en een positieve kijk op veerkracht en herstelvermogen zijn de pijlers onder de visie. Een stabiele woon-

plek in de wijk is noodzakelijk met de mogelijkheid om hulp flexibel op en af te schalen. Beschermd wonen moet waar mogelijk thuis georganiseerd worden, in de lokale Wmo, aldus het advies van de commissie.

Het gaat om een omslag van kijken naar beperkingen naar kijken naar mogelijkheden. Van oudsher was men geneigd de aandacht vooral te richten op problemen van cliënten. De ondersteuning richtte zich op cliënten met dezelfde problematiek, met als gevolg een zeer gespecialiseerd zorglandschap: van gespecialiseerde instellingen buiten de gemeenschap (separation) naar gespecialiseerde instellingen/voorzieningen in de gemeenschap (integration). Denk aan scholen voor speciaal onderwijs, GGZ instellingen in het bos en sociale werkplaatsen. Voordat we überhaupt aandacht hadden voor problemen van cliënten werden mensen die zich "anders" gedroegen buiten de samenleving gehouden (exclusion).

De gemeente streeft naar integratie (groepen leven duurzaam samen) of inclusie (volwaardig meedoen).

⁸ Voor het volledige rapport zie: https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf



Bron: www.dreamstime.com

Voor cliënten in de Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen betekent inclusie zo gewoon mogelijk wonen, met op de persoon aangepaste ambulante begeleiding gericht op zelfredzaamheid en participatie. Dit vraagt ook inzet van de lokale samenleving: mensen de ruimte geven en daar waar nodig ondersteunen. Inclusie voor zoveel mogelijk mensen uit de Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen is de grote uitdaging. Denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheden van zelfstandig wonen met ambulante hulpverlening, waarin ambulante ondersteuning, huisartsen en sociale (wijk)teams en/of Wmo-loketten samenwerken, waarbij ook het sociale netwerk van de inwoner en vrijwilligers betrokken worden. Iedereen moet ervaren 'ik hoor er bij, ik kan meedoen'. Dat is een inclusieve samenleving.⁹

Randvoorwaarden

De commissie benoemt acht randvoorwaarden om tot de gewenste sociale inclusie te komen:

1. Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg
2. Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit
3. Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie
4. Een breed arsenaal van woonvarianten
5. Beschikbare en betaalbare wooneenheden
6. Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties.
7. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars
8. Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning

⁹ Deze visie sluit aan bij de ratificatie (juli 2016) van het VN verdrag voor de rechten van mensen met een beperking. Centraal in dit Verdrag staat het bevorderen van inclusie en participatie van mensen met een handicap, een inclusieve samenleving waarin iedereen mee kan doen. In dit kader zijn bepalingen over de uitvoering van het VN verdrag toegevoegd aan de Wmo, de Participatiewet en Jeugdwet.



Bron: www.dreamstime.com

2.3 Andere relevante wetten

Er is, naast de Wmo, nog een aantal andere wetten die van invloed zijn op het beleid en de uitvoering in het sociaal domein als geheel én op de Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen.

De belangrijkste daarvan staan in de afbeelding hierboven.

Hieronder gaan we kort in op de samenhang tussen Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen en deze wetten.

Wet langdurige zorg (Wlz)

Als iemand blijvend is aangewezen op intensieve zorg met permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, bestaat er aanspraak op zorg op grond van de Wlz. Indien hiervan sprake is, zal er een soepele overgang van het gemeentelijke domein naar de Wlz moeten plaatsvinden. Hiervoor moet het zorg- en ondersteuningsaanbod in de gemeente en in de Wlz uiteraard wel op elkaar te zijn afgestemd (zie actietabel pagina 34)

Jeugdwet

Voor cliënten in de Jeugdwet eindigt ondersteuning vanuit deze wet bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Als er daarna ondersteuning nodig is, zal dat doorgaans vanuit de Wmo, Wlz of Zorgverzekeringswet georganiseerd moeten worden. Jongeren die niet in staat zijn zich op eigen kracht of met hulp te handhaven in de samenleving, zijn dan veelal aangewezen op Maatschappelijke zorg. Zeker voor deze groep zijn ook "tussenvoorzieningen" gewenst (kamer/woontraining, vertrektraining e.d.).

Participatiewet

Veel cliënten in de Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen hebben een uitkering op basis van de Participatiewet. Zij zijn voor hun onderdak, inkomen, ondersteuning en dagbesteding afhankelijk van de gemeente. Voor veel cliënten van Maatschappelijke zorg is een vorm van dagbesteding of (vrijwilligers-) werk van essentieel belang. Bij het organiseren daarvan is samenwerking nodig met uitvoerders van de Participatiewet.

Casus Kevin¹⁰

“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 jobcoach. 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.”

Kevin (19) is een cliënt die langdurig, al vanuit de Jeugdwet, in zorg is en met veel moeite – deels op eigen kracht – verder komt. De situatie is echter behoorlijk kwetsbaar, zeker nu de belangrijkste ondersteuner uit het sociaal netwerk dreigt weg te vallen. Er is ondersteuning nodig op diverse onderdelen: wonen, budgetbeheer, begeleiding op de werkvloer, vrijetijdsbesteding. Het is belangrijk dat die ondersteuning goed op elkaar is afgestemd.

¹⁰ Bron: Pagina 21-28 van Anders Professioneel, (A. van Bergen, RIBW Alliantie, 2013)

Wet forensische zorg (Wfz)

Mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd, kunnen vanuit de Wet op forensische zorg verplicht worden om gebruik te maken van zorg in verschillende typen instellingen, waaronder instellingen voor Beschermd wonen of Maatschappelijke opvang. Deze ondersteuning aan cliënten met een ‘forensische titel’ valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie. Als de forensische titel vervalt terwijl de voorziening nodig blijft, wordt de cliënt “overgeheveld” naar de centrumgemeente. Gemeenten moeten hierop anticiperen en met het ministerie van Veiligheid en Justitie afstemmen over het aantal plaatsen dat ingekocht moet worden binnen een instelling.

Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs)

De Wet gemeentelijke schuldhulpverlening is belangrijk bij de hulp aan kwetsbare personen. Als gevolg van schuldenproblematiek kan het voorkomen dat mensen geen woning, zorgverzekering of water tot hun beschikking hebben.

Wet publieke gezondheid (Wpg)

De ‘Wet publieke gezondheid’ (Wpg) stelt gemeenten verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg, waaronder de jeugdgezondheidszorg. De Wpg is gericht op het bevorderen van de algemene gezondheid en het voorkomen van ziekten bij risicogroepen.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De meeste cliënten van het Beschermd wonen (en soms van de Maatschappelijke opvang) worden behandeld vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Gemeenten zijn niet verantwoordelijk voor deze behandeling. Behandeling blijft onderdeel van de Zorgverzekeringswet. Het is wel van belang dat ondersteuning via de Wmo en behandeling op elkaar zijn afgestemd.

2.4 Huidig regionaal beleidskader

Iedereen telt

De beleidsvisie 'Iedereen telt' uit 2006¹¹, gericht op verslavingszorg en Maatschappelijke opvang, vormt de basis van het huidige beleid voor de OGGZ-doelgroep. Het 'Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013'¹² is de uitvoeringsagenda van deze beleidsvisie. Het is een plan van aanpak dat in samenspraak met verschillende partijen tot stand is gekomen en waar alle gemeenten mee hebben ingestemd. Het omvat onder andere het organiseren van activiteiten, het realiseren van voorzieningen en het maken samenwerkingsafspraken, met als doel dakloosheid te voorkomen, uitstroom uit de Maatschappelijke opvang te bevorderen en begeleiding te bieden bij het realiseren van een zo zelfstandig mogelijk bestaan (zie ook bijlage 1, p. 42)

Het Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord is in 2014 geëvalueerd. Er is toen besloten de uitkomsten uit de evaluatie te betrekken bij het nieuw te ontwikkelen regionaal beleidskader en in afwachting daarvan de uitvoeringsagenda voort te zetten.

11 Iedereen Telt 2006-2009: Beleidsvisie Verslavingszorg & Maatschappelijke Opvang Zuid-Holland Noord (RV 05.0159)

12 Op Volle Kracht Vooruit (RV 08.0024)

Beleidsplan GGZ-subsidies Zuid-Holland Noord

Gemeenten hebben bij de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning in 2008 een verantwoordelijkheid gekregen om mensen met een GGZ-probleem te ondersteunen. In dat kader zijn de middelen voor de AWBZ-regelingen Collectieve Preventie en Zorgvernieuwing overgedragen aan gemeenten. Alle gemeenten in Holland Rijnland¹³ hebben besloten de middelen hiervoor gezamenlijk in te zetten. Het 'Beleidsplan GGZ subsidies 2011-2014 ZHN' biedt een inhoudelijke basis voor de verdeling van de regionale middelen. In 2011 is de gemeenschappelijke regeling (GR) 'Collectieve preventie en zorgvernieuwing GGZ' in het leven geroepen om de regionale afspraken hierover te formaliseren. Deze GR geeft de gemeente Leiden het mandaat om, namens de regiogemeenten, de subsidiëring van collectieve preventie GGZ en zorgvernieuwingprojecten GGZ uit te voeren. De komst van de Wmo 2015 en de Jeugdwet zijn aanleiding om opnieuw naar deze gemeenschappelijke regeling te kijken. De regeling is daarom eind 2015 geëvalueerd. De toegenomen verantwoordelijkheden vragen om aanpassing ten aanzien van de preventie GGZ aansluitend op het nieuwe beleidskader.

Beschermd wonen

De regiogemeenten hebben via lokale besluitvorming de gemeente Leiden gemandateerd voor de uitvoering van het Beschermd wonen, en zijn akkoord gegaan met financiële solidariteit rond het budget voor Beschermd wonen (december 2014). Het beleid met betrekking tot het Beschermd wonen is per 1 januari 2015 opgenomen in de Wmo-verordening en Wmo-

13 Met uitzondering van Kaag en Braassem, die ervoor heeft gekozen om de Collectieve Preventie en Zorgvernieuwing zelf te organiseren

beleidsregels van de gemeente Leiden en is verder uitgewerkt in een aparte resultaatovereenkomst bij het Bestuurlijk Contracteren. Hierbij lag de focus op het organiseren van een 'zachte landing' (zorgen dat overgangsccliënten hun vertrouwde zorg behouden) en een centrale toegang tot het Beschermd wonen. Daarnaast worden vanaf 2015 jaarlijks werkafspraken gemaakt tussen de centrumgemeente en de regiogemeenten die zijn opgenomen in de 'Uitvoeringsnotitie Beschermd wonen regio Holland Rijnland'.

Regionale OGGZ agenda

Ter voorbereiding op de uitbreiding van de Wmo is binnen Holland Rijnland de OGGZ-agenda vastgesteld (mei 2014). De uitgangspunten van deze agenda zijn:

- bevorderen van een integrale aanpak;
- inzetten op preventie/herstel;
- bevorderen van eigen kracht en eigen regie van de doelgroep;
- lokale verantwoordelijkheid, een regionaal vangnet.

Huiselijk geweld

De veiligheidsregio Hollands Midden heeft een regiovisie opgesteld voor de periode 2014-2018. Per 1 januari 2015 is het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en het steunpunt Huiselijk Geweld samengevoegd tot Veilig Thuis. Veilig Thuis is gehuisvest bij de GGD.

3. Maatschappelijke zorg in beeld

In dit hoofdstuk volgt een omschrijving van de doelgroep van dit beleidskader en de vaak complexe problematiek die binnen deze doelgroep speelt.

3.1 Doelgroep Maatschappelijke zorg

De doelgroep van de Maatschappelijke zorg bestaat uit mensen met een risico op uitval, de uitvallers zelf en mensen die weer aanhaken (Wolf, 2015). De groep omvat jongeren, volwassenen en ouderen. Het merendeel is alleenstaand, maar daarnaast zijn er gezinnen, eenoudergezinnen en in mindere mate, paren.

Op grond van landelijke berekeningen wordt de doelgroep van Maatschappelijke zorg geschat op een kleine 1%, en de risicogroep op 4 à 5%, van het aantal volwassen inwoners (18+). Voor de regio Holland Rijnland, met 437.875 volwassen inwoners, komt dit neer op circa 4.380 personen voor de doelgroep Maatschappelijke zorg en circa 21.895 personen voor de bredere risicogroep Maatschappelijke zorg.

Typerend voor de situatie van deze mensen is het gelijktijdig voorkomen van veelal sterk verweven problemen. Vaak is er sprake van combinaties van problemen als:

- sociaal isolement;
- ernstige psychische aandoeningen;
- feitelijke dakloosheid of het ontbreken van stabiele huisvesting;
- verwaarlozing van eigen lichamelijk functioneren;
- verwaarlozing of mishandeling van eventuele kinderen;

- problemen met (huiselijk) geweld;
- vervuiling van de woonruimte en/of van de woonomgeving;
- overlast;
- financiële problemen en schulden;
- een slechte lichamelijke gezondheid en vaak ook verslavingsproblematiek.

Bij een aanzienlijk deel van de doelgroep (ongeveer 30%) zijn de verstandelijke vermogens beperkt. Het merendeel van deze mensen heeft weinig opleiding genoten of niet kunnen afmaken, beschikt veelal over weinig arbeidskwalificaties en is werkloos. De multiproblematiek bestaat soms tijdelijk maar vaker langdurig, en manifesteert zich ook wel over generaties heen. Kenmerk van een deel van de groep is dat zij zelf geen ondersteuning zoeken (zorg mijden).

Sociale uitsluiting

Het centrale thema in de Wmo is dat iedereen mee doet. Maar met name de doelgroep Maatschappelijke zorg loopt grote kans niet mee te doen. Er is een groep mensen met een verminderd welzijn en een verminderde zelfredzaamheid. Deze mensen lopen het risico af te glijden naar een situatie waarin zij ondersteuning en opvang nodig hebben als er geen sociaal vangnet aanwezig is. Het proces van afglijden wordt ook wel sociale uitsluiting genoemd. In bijlage 1 (p44 - p46) is een nadere toelichting opgenomen op het begrip sociale uitsluiting en op de omvang van deze problematiek binnen Holland Rijnland.

Behoeften van de doelgroep en sturingsmogelijkheden van de gemeenten

“Hoewel mensen met een stapeling van problemen over het algemeen weinig greep op hun bestaan hebben, is hun behoefte aan zelfbepaling onverminderd groot” (J.Wolf, 2015). Hoe meer het eigen gedrag als zelfbepaald wordt ervaren, des te groter zijn de intrinsieke motivatie en de volharding in het bereiken van doelen. Mensen voelen zich goed en ervaren een zekere rust als op een aantal leefdomeinen hun leven op orde is en als zij een positief perspectief in

hun leven ervaren (zingeving). De meesten willen wat van hun leven maken en weer kunnen dromen van de 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. Dit zijn domeinen waarin gemeenten op lokaal niveau ofwel een directe rol spelen (verplichte gemeentelijke taken) ofwel indirect via bijvoorbeeld het verstrekken van subsidie of anderszins.

Casus Maarten

Maarten is 19 jaar, heeft een beneden gemiddelde intelligentie en ADHD. Vanaf jongs af kent Maarten een zwerversbestaan. Door de scheiding van zijn ouders kwam Maarten's moeder in grote financiële problemen en raakte ze hun huis kwijt. Sindsdien zwerft Maarten van familielid naar familielid. “Soms is het leven erg zwaar maar gelukkig heb ik nog mijn vriendin. Ik denk liever niet terug aan wat er allemaal gebeurd is, dat maakt me erg verdrietig.” Maarten kwam in beeld toen zijn school hem aanmeldde bij het Jeugd en Gezinsteam (JGT) omdat zij zich zorgen om hem maakten. Het JGT probeerde specialistische zorg en individuele begeleiding in te zetten. Helaas bleek dit erg lastig aangezien Maarten al 19 is en niet voor zijn 18de jaar bekend was. “Ik heb geen idee hoe ik aan werk moet komen. Ik heb geen geld en geen huis dus solliciteren lukt bijna niet. Over de toekomst denk ik dus liever niet na. Ik heb geen idee wat er met me gaat gebeuren en dat maakt me erg bang.” Nu verhuist Maarten naar een beschermde woonvorm, waar in alle rust ondersteuning op alle leefgebieden wordt ingezet. Want Maarten wil uiteindelijk wel zelfstandig wonen, maar weet niet waar hij moet beginnen. “Een eigen plekje zou echt te gek zijn, misschien vind ik dan straks zelfs een baan!”.

Maarten zwerft van adres naar adres, terwijl hulpverleners zoekende zijn naar de juiste wet- en regelgeving om hem te ondersteunen. Hij heeft op veel leefdomeinen ondersteuning nodig maar de kans is groot dat deze ondersteuning snel afgebouwd kan worden als hij wat meer stabiliteit ervaart in zijn leven.

Gemeenten kunnen grotendeels zelf sturen (en zijn daar ook verantwoordelijk voor) op bovengenoemde leefdoeinen en zo een bijdrage leveren aan het voorkomen van het afglijden van mensen. Denk hierbij aan vroegsignalering en vroeginterventie, preventie en toeleiding naar zorg en ondersteuning. Uitgangspunt voor de ondersteuning zijn de behoeften van mensen zelf op deze leefdoeinen, hun zelfgekozen doelen en eigen regie.

Doelgroep Beschermd wonen

Binnen de Maatschappelijke zorg is Beschermd wonen een nieuwe verantwoordelijkheid voor gemeenten. Het is de enige vorm van intramurale ondersteuning die binnen de Wmo valt. Er is een grote diversiteit aan cliënten die binnen Beschermd wonen ondersteuning krijgen.

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 een combinatie van psychosociale problemen niet zelfstandig wonen en wonen daarom in een instelling. Er is doorgaans 24 uur per dag oproepbare ondersteuning aanwezig. Beschermd wonen kan verschillende doelen hebben:

- 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.

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 altijd goed in te schatten welk scenario voor cliënten van toepassing is¹⁴. Daarnaast is er binnen Beschermd wonen een belangrijke derde groep, namelijk die cliënten die wellicht ook ambulantly geholpen kunnen worden maar wel zeer intensieve ondersteuning nodig hebben. Deze ondersteuning vraagt om maatwerk (vaak intensiever dan de huidige WMO begeleidingsprofielen). Daarom is in de praktijk de stap naar Beschermd wonen makkelijker te maken dan de begeleiding ambulantly te organiseren. De Commissie Toekomst Beschermd wonen schat, op basis van gesprekken met cliënten, zorgaanbieders en gemeenten, dat deze drie groepen elk een derde van het totaal zijn. In bijlage 1 (p44 - p50) staat meer informatie over de omvang van de doelgroep en het huidige aanbod bij Beschermd wonen.

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

Casus Veronique

Veronique (52) is erg ontevreden met haar leven. "Het voelt alsof ik 30 jaar van mijn leven heb stilgestaan, ik voel me eigenlijk nog 25 jaar." Door haar autisme en chronische vermoeidheid staat Veronique vrijwel continu onder grote stress. Sinds haar 25ste heeft zij een eigen woning. Hier is zij overdag vrijwel nooit. "Ik ben niet graag thuis want door alle geluiden kan ik amper slapen. Geluiden als de voetstappen van de bovenburen maken me al enorm gestrest. Daarom slaap ik eigenlijk altijd bij mijn ouders. Zij koken ook voor me en doen mijn boodschappen, mijn administratie en brengen me naar afspraken. Ik ben vaak te moe om dit zelf te doen. Ik ben snel vermoeid door alle stress en kan dan wel dagen slapen." Vanwege de late diagnose van Veronique's autisme heeft zij jaren lang de verkeerde behandeling gehad. Binnenkort wordt er een behandeling gestart en heeft zij een indicatie Beschermd wonen. Er wordt naar een passende beschermde woonvorm voor Veronique gezocht. "Ik hoop dat ik nu alsnog aan mijn leven kan beginnen."

Beschermd wonen is nodig, vermoedelijk structureel, omdat het de cliënt al jaren niet lukt om zelfstandig te wonen. De ouders zijn inmiddels op leeftijd en er moet rekening mee worden gehouden dat zij haar niet lang kunnen ondersteunen. Opvallend is dat er al zo lang geen andere vorm van ondersteuning lijkt te zijn. Naast behandeling is er nooit iets georganiseerd om voldoening uit het leven te halen, zoals sociale contacten, werk of dagbesteding. Het kost moeite om op oudere leeftijd alsnog stappen te maken.

In veel gevallen zijn mensen in een beschermde woonvorm terecht gekomen na een intensief voortraject (opname, Maatschappelijke opvang, jeugdzorg of ambulante ondersteuning). De doelgroep, en daarmee het aanbod, is echter zeer divers. De kern van Beschermd wonen is een intramuraal woonvorm. De cliënt woont op een locatie waar wonen en ondersteuning als een totaalpakket wordt aangeboden. De woonvormen en de eigen ruimtes verschillen per locatie en per aanbieder. Soms hebben cliënten een kamer en gedeelde keuken en badkamer, op andere locaties hebben ze een eigen appartement met een gezamenlijke ruimte daarnaast. Er zijn voorzieningen met 30 cliënten in een gebouw en voorzieningen met drie cliënten in een woning. Wat de ondersteuning betreft zijn er ook verschillen. Sommige voorzieningen zijn gespecialiseerd in een bepaalde psychiatri-

sche aandoening, het bieden van heel duidelijke structuur of de wijze waarop de aanwezigheid en controle naar cliënten georganiseerd is.

Wat de cliënten op diverse locaties met elkaar gemeen hebben, is dat ze intensieve begeleiding nodig hebben bij het omgaan met hun psychiatrische of psychosociale problematiek. Behandeling van psychiatrische aandoeningen staat niet op de voorgrond; de begeleiding is erop gericht om een zo normaal mogelijk leven te leiden. Het zwaartepunt van de ondersteuning ligt op begeleiding en structuur bij het wonen.

De afstand tussen ambulante begeleiding binnen de Wmo en Beschermd wonen is momenteel groot. Er is behoefte aan tussenvormen. Deze bestaan al (in de Wmo begeleiding is veel mogelijk) maar vormen de uitzondering die de

regel bevestigt. Gemeenten, zorgaanbieders en cliënten zien kansen, maar realiseren zich dat er veel inzet en budget voor nodig is om stappen te zetten.

Overlap doelgroep Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen

Er is een overlap tussen de mensen in Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen. Binnen Beschermd wonen verblijven ook mensen die vanuit de Maatschappelijke opvang zijn doorgestroomd naar Beschermd wonen. Doorstroom vanuit de Maatschappelijke opvang naar Beschermd wonen is overigens alleen mogelijk via een gemeentelijke indicatie. Bij veel daklozen bestaat ook het vermoeden dat psychiatrische aandoeningen een grote rol spelen bij de dakloosheid, maar dit is lang niet altijd door een arts vastgesteld.

Bovendien zijn er sterke aanwijzingen dat minimaal 30% van de mensen in de Maatschappelijke opvang kampt met problematiek die duidt op een lichte verstandelijke beperking (LVB). Screening op zowel psychiatrie, ernstige psychosociale problematiek, verslaving én LVB is dus van belang, voor een passend aanbod dat ertoe leidt dat de cliënt zo optimaal mogelijk kan participeren.

4. Visie op Maatschappelijke zorg

Dit hoofdstuk beschrijft onze regionale visie op de Maatschappelijke zorg en daaruit volgende uitgangspunten voor het beleid.

4.1 Visie Holland Rijnland

Het is van belang dat alle gemeenten in Holland Rijnland een breed gedragen eigen lokale verantwoordelijkheid ervaren en een gezamenlijke visie delen op de (toekomstige) uitvoering van de Maatschappelijke zorg. De visie bouwt voort op de uitgangspunten uit de OGGZ-agenda Holland Rijnland 2014 en de evaluatie van het Regionaal Kompas (oktober 2014). Vertrekpunt is het advies van de Commissie Toekomst Beschermd wonen, dat de sociale inclusie van (psychisch) kwetsbare mensen centraal stelt. De acht randvoorwaarden die Commissie benoemt (zie par. 2.2.) om tot die gewenste sociale inclusie te komen, zijn leidend bij de verdere uitwerking van de visie.

Over deze visie is met gemeenteraden, cliënten en zorgaanbieders gediscussieerd. Tijdens deze bijeenkomsten (zie verslagen in p51- p56 van bijlage 1) werd de visie gedragen maar zijn er ook belangrijke kritische kanttekeningen geplaatst:

- De cliënt moet centraal staan, bij de transformatie van de ondersteuning moet alles erop gericht zijn dat de cliënt passende ondersteuning krijgt zonder last te hebben van regionale afstemming of financiële problematiek.
- Eenzaamheid is misschien wel de grootste zorg. Zorg voor een steunpunt of clustering van mensen die elkaar kunnen steunen. En stimuleer cliënten om daar ook gebruik van te maken.
- De omgeving is minder tolerant dan we

willen. Stigmatisering staat participatie in de weg. Er is veel inzet nodig om de acceptatie van kwetsbare mensen in de buurt/wijk te borgen.

- 24 uren bereikbaarheid van zorg is een belangrijke voorwaarde voor zo zelfstandig mogelijk thuis wonen. Het is belangrijk dat hierop vertrouwd kan worden.
- Er is erkenning nodig voor de groep die een leven lang ondersteuning nodig heeft.
- Bij het streven naar zelfstandig wonen is er een risico op achteruitgang. Als er een terugvaloptie is voor cliënten die de stap wel willen zetten, dan geeft dat veel rust. Een terugvaloptie kan bestaan uit het langzaam verder opbouwen van (financiële) verantwoordelijkheid voor het wonen, maar het kan ook betekenen dat er tijdelijk een kamer vrij is voor het geval er behoefte is aan een paar dagen Beschermd wonen. Ook kan het helpen als er financiële ondersteuning is bij het zetten van deze stap.
- Het sociale netwerk is belangrijk, maar kan ook uitgeput zijn. Inzet van vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kan goed werken.
- Flexibiliteit bij zorgaanbieders en vooral bij gemeenten zelf, kan oplossingen eerder en sneller dichtbij brengen. Voorkomen dat iemand uit huis gezet wordt, voorkomen dat iemand beschermd moet wonen terwijl er eigenlijk alleen een huisvestingsprobleem is, begeleiding van ouders van kinderen met een beperking in plaats van alleen het kind zelf. Over de domeinen heen oplossingen bieden is mogelijk maar gebeurt nog weinig. Met name daar zien alle betrokkenen veel kansen voor verbetering.

Met deze belangrijke aandachtspunten, aangevuld met de aanbevelingen uit de evaluatie van het Regionaal Kompas, komen we tot de volgende regionale visie op de Maatschappelijke zorg in Holland Rijnland:

Visie: inclusieve samenleving

Alle inwoners kunnen meedoen in de samenleving. De inwoner die (tijdelijk) problemen heeft met het zelfstandig regie voeren, kan via de Wmo ondersteuning krijgen. Lokale ondersteuning is hierbij het uitgangspunt. De ondersteuning is dichtbij, op maat en in de eigen leefomgeving. Voor de groep inwoners die niet meer zelfstandig thuis kan wonen, en waarbij ondersteuning in de eigen omgeving tekortschiet, is (tijdelijk of permanent) opvang aanwezig. Onder opvang verstaan we wonen in één van de woonvormen van een instelling. Dit is waar mogelijk een tijdelijke situatie, waarbij er gestuurd wordt op herstel en uitstroom. Het doel is om inwoners zo snel mogelijk weer deel te laten nemen aan het maatschappelijk leven, naar eigen wensen en vermogen. Het deelnemen naar vermogen in de samenleving is ook afhankelijk van de mogelijkheden van de omgeving. Aandachtspunten zijn dan ook acceptatie van de omgeving en het voorkomen van uitsluiting en vereenzaming.

4.2 Uitgangspunten voor het beleid

Uit bovenstaande visie zijn de volgende uitgangspunten voor het beleid te herleiden (die hieronder verder worden toegelicht):

1. ondersteuning voor de doelgroep
Maatschappelijke zorg is een breed gedragen lokale verantwoordelijkheid;
2. lokaal zet men in op vroegsignalering en preventie;
3. lokaal organiseert men vraaggerichte ondersteuning: integraal en op maat, waardoor regionaal alleen een vangnet overblijft voor zeer specialistische of acute vormen van opvang, zorg of ondersteuning;
4. toegang tot ondersteuning is laagdrempelig, met aansluitend duidelijke richtlijnen voor aanmelden bij (sub)regionale ondersteuningsvormen waarin op regionaal niveau wordt samengewerkt;
5. eigen kracht en eigen regie, het zelfregiserend vermogen wordt versterkt om de instroom te beperken en uitstroom uit de

- opvang te bevorderen;
6. de opvang is kleinschalig en zo lokaal mogelijk georganiseerd;
7. aandacht voor participatie en herstel is een uitgangspunt bij alle vormen van hulp, opvang en ondersteuning
8. de hulpverlening werkt outreachend en levert bemoeizorg waar dat nodig is.

1. Breed gedragen lokale verantwoordelijkheid

Elke gemeente heeft een stevige lokale basisstructuur. De gemeente is in staat om multiproblematiek zelf te hanteren, heeft voldoende varianten van (intensieve) ondersteuning beschikbaar en is erop gericht om de stap naar de Maatschappelijke opvang te voorkomen. De ambitie is dat niemand naar de Maatschappelijke opvang hoeft. Elke gemeente bepaalt daarbij of de ondersteuning lokaal of in samenwerking met andere gemeenten wordt ingekocht en georganiseerd.

Casus Jelle

Bij Jelle thuis is de sfeer erg gespannen. Sinds zijn 18de heeft Jelle steeds grote conflicten met zijn moeder. Tijdens deze ruzies gebruikt zijn moeder zowel fysiek als emotioneel geweld tegen Jelle. 'Ik word echt helemaal gek van dat mens, ze haalt echt het bloed onder mijn nagels vandaan. Als we weer eens met hebben dan krijg ik vaak een woedeaanval en wordt alles zwart voor mijn ogen. Ik sloop regelmatig iets in huis. Daarom ben ik liever niet thuis. Soms doe ik wat vrijwilligerswerk in opvangcentra van vluchtelingen of jongeren of ik ga sporten. Dat maakt me rustig want door alles thuis ben ik vaak erg gestrest. Ik ben niet echt gelukkig en vaak zie ik het leven niet meer 'zitten'. Door de huidige thuissituatie van Jelle is er een dreigende dakloosheid. Jelle heeft regelmatig last van depressiestemmingsklachten met mogelijk een Posttraumatische Stress Stoornis en persoonlijkheidsproblematiek. Het is dus een zeer kwetsbare jongeman met een voorgeschiedenis van fysieke en emotionele verwaarlozing en mishandeling. 'Ondanks dat het nu zo slecht met me gaat hou ik vol. Het liefst wil ik beschermd wonen zodat ik mijn eigen plekje vind en mijn leven kan opbouwen'. Uiteindelijk biedt beschermd wonen een tijdelijke oplossing, aangezien Jelle geen intensieve begeleiding nodig heeft. Eigenlijk heeft hij vooral een huisvestingsvraag en kan de gemeente hem helpen door daarnaast integraal met hem te kijken wat er financieel en aan ondersteuning nodig is.

Jelle heeft zijn psychiatrische problemen mogelijk ontwikkeld vanuit de bijzonder stressvolle situatie thuis. Hij houdt zich goed staande, maar kan het niet allemaal alleen. Door gebrek aan steun vanuit huis en vanwege zijn leeftijd, heeft hij niet de financiële middelen om zelf huisvesting te vinden. Maar eigenlijk zou hij het met een rustige kamer en ambulante ondersteuning kunnen redden. Omdat dat nu niet goed geregeld is, ziet men eigenlijk alleen Beschermd wonen als mogelijkheid om tot rust te komen. Door het creëren van meer (on)zelfstandige betaalbare woningen en passende ondersteuning thuis, hoeven mensen als Jelle geen aanspraak te maken op een dure, specialistische plek binnen Beschermd wonen.

2. Lokaal inzetten op vroegsignalering en preventie

Vroegsignalering en preventie zijn belangrijke voorwaarden om zware (en wellicht onnodige) opvang en ondersteuning te voorkomen. Onder preventie verstaan we onder meer ambulante begeleiding op maat.

Vroegsignalering vraagt om kennis bij professionals en burgers om te herkennen waar iets mis gaat en te weten wat er moet gebeuren om escalatie van een situatie te voorkomen. Het investe-

ren aan de voorkant betekent ook het leveren van ondersteuning passend bij de specifieke situatie van de inwoner en niet gericht op aanbod. Kennis en herkenning van de doelgroep in alle wijkteams of Wmo- loketten in elke gemeente zijn hierbij onontbeerlijk. Het streven is dat alle professionals alert zijn op signalen van multi-problematiek, zorgmijders en GGZ-problematiek. Zij vragen advies of ondersteuning bij specialistische hulpverlening en schakelen deze zo nodig in.

Casus Sjaak¹

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 (nachtopvang) 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. Door maximale inzet op vroegsignalering en preventie blijft Sjaak persoonlijk leed bespaard en voorkomt de gemeente hoge kosten op andere domeinen.

¹ Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 21.

3. Lokale en vraaggerichte ondersteuning: integraal en op maat

Vanuit het principe '1 huishouden 1 plan' werken gemeenten samen met de cliënt, zijn of haar sociale netwerk, professionals en maatschappelijke organisaties om resultaten voor de cliënt te bereiken. Formele en informele ondersteuning vormen een afgestemd geheel. Het gaat om een goede aansluiting tussen de verschillende leefdomeinen om op maat en modulair oplossingen te bieden in de thuissituatie.

Met de uitbreiding van de gemeentelijke verantwoordelijkheid in het sociale domein heeft elke gemeente meer mogelijkheden om mensen met multiproblematiek te ondersteunen. Hier efficiënte en effectieve werkwijzen op ontwikkelen

en doorontwikkeling van bestaande doelmatige werkwijzen, kan voorkomen dat mensen de stap naar de Maatschappelijke opvang alsnog moeten zetten. Soms is bijvoorbeeld ondersteuning op inkomen, in de vorm van budgetbeheer en/of extra huursubsidie, voldoende om een huisuitzetting te voorkomen. Ook kan clustering van meerdere cliënten op een locatie gewenst zijn, zowel vanuit efficiency bij het organiseren van de zorg als vanuit de optiek van de cliënt, die behoefte kan hebben aan contact met huisgenoten.

Een deel van de mensen heeft een leven lang ondersteuning nodig, soms in opvang, soms via ambulante ondersteuning. De intensiteit verschilt per persoon en per levensfase. Het is belangrijk om dit te erkennen en te voorkomen dat mensen steeds opnieuw hun verhaal moeten vertellen, of angst houden voor het afschalen van hun ondersteuning. Het uitgangspunt is

de behoefte van de cliënt zelf, zijn of haar zelfgekozen doelen en eigen regie.

Belangrijk voor herstel is ook zinvolle deelname aan de maatschappij door studie, (vrijwilligers)werk of dagbesteding. Op langere termijn is dit de beste garantie voor het voorkomen van terugval en uitval.

Casus Lucien¹⁵

Lucien (47) woont beschermd bij een zorginstelling. "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 Beschermd wonen in beeld gekomen. 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 zorginstelling 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."

De angst om terug te vallen in verslaving en eenzaamheid blijft groot. De juiste woonvorm zorgt ervoor dat Lucien zich gesteund voelt door zijn medebewoners en begeleiders. Hij ziet zelf mogelijkheden om nog zelfstandiger te worden. De cliënt waardeert het dat hij zelf regie heeft over het tempo van de route naar zelfstandigheid. Door na uitstroom lokaal passende ondersteuning te bieden is het risico op terugval verkleind.

¹⁵ 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.

4. De toegang tot ondersteuning is laagdrempelig

We streven naar een laagdrempelige toegang tot ondersteuning zowel lokaal als regionaal. Momenteel is de toegang tot de Maatschappelijke opvang bij de Maatschappelijke opvang zelf en de toegang tot Beschermd wonen bij de centrumgemeente belegd. Dit betekent dat mensen, als ze lokaal niet voldoende ondersteuning kunnen krijgen, altijd een nieuwe aanmelding moeten doen. We streven ernaar dat de beoordeling van een collega uit een andere gemeente overgenomen kan worden zonder de cliënt opnieuw zijn verhaal te laten vertellen.

5. Eigen kracht en eigen regie, bevorderen van herstel en uitstroom

Waar mogelijk worden mensen gestimuleerd regie te krijgen of te houden over hun eigen leven. De ondersteuning van professionals en

maatschappelijke organisaties sluit daarop aan en versterkt het zelfregisserend vermogen. De ondersteuning is gericht op eigen kracht, het versterken van het netwerk of het ontwikkelen van een eigen netwerk. Het eigen netwerk en vrijwillige inzet speelt een nadrukkelijke rol bij het oplossen van de problemen. Vanuit de opvang wordt altijd gekeken naar mogelijkheden voor herstel en uitstroom. Niet alleen de eigen kracht van de cliënt is daarbij van belang, ook het faciliteren van uitstroom door het goed organiseren van alle praktische randvoorwaarden vraagt inzet. Daarbij is de inzet van de gemeente waar de cliënt komt te wonen, in samenwerking met de zorgaanbieder waar de cliënt verblijft, van groot belang. Speciale aandacht is ook daar nodig voor de begeleiding bij het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk, om eenzaamheid te voorkomen, bijvoorbeeld in de vorm van maatjesprojecten.

Casus Frans¹⁶

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 dat 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 Frans dit met beide handen aan. Samen met zijn 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 langskomt om praktische ondersteuning bij het zelfstandig wonen te bieden. Met behulp van een tijdelijke bijstandsuitkering en een re-integratietraject lukt het Frans om zijn werk weer te hervatten.

¹⁶ Bron: Kosten en baten van Maatschappelijke Opvang, Cebeon 2011, blz. 27.

6 Opvang is kleinschalig en zo lokaal mogelijk

Hoewel het uitgangspunt is dat inwoners zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen, zijn we ons bewust dat er altijd inwoners zullen zijn die blijvend zijn aangewezen op een vorm van opvang of ondersteuning. Of voor wie tijdelijk een vangnet nodig is. Uitgangspunt is dat opvang een uiterste stap is die genomen wordt en alleen wordt ingezet als zelfstandig (blijven) wonen geen passende oplossing is. We streven voor deze doelgroep naar een passende opvang die dichtbij beschikbaar is, in samenhang met een passend ondersteuningsaanbod. Voor cliënten die al langer in Beschermd wonen verblijven, geldt dat uitstroom alleen kans van slagen heeft als de cliënt daar zelf klaar voor is.

7 Participatie en herstel

Bij alle vormen van opvang en ondersteuning dient aandacht te zijn voor participatie en herstel. We willen immers bereiken dat iemand herstelt naar een niveau van participatie waarop iemand naar zijn wensen en mogelijkheden mee kan doen (participeren) aan de maatschappij. Participatie in al zijn facetten (sociaal, economisch en cultureel) geeft structuur en zin aan het leven, biedt gelegenheid competenties aan te leren of te versterken en bronnen te verwerven (inkomen, steun etc.), maakt betekenisvolle verbindingen met anderen mogelijk, versterkt gevoelens van eigenwaarde en is essentieel voor het ontwikkelen van een eigen positieve identiteit.

Wat betreft herstel¹⁷; we kunnen drie aspecten aan herstel onderscheiden: klinisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Werken aan persoonlijk en maatschappelijk her-

stel wordt ook wel herstelondersteunende zorg genoemd. Herstelondersteunende zorg neemt een centrale plaats in binnen het sociaal domein (bij Wmo ondersteuning, gemeentelijke voorzieningen, etc.).

Met name op het terrein van maatschappelijk herstel kan elke gemeente bijdragen, door dit thema te verbinden met participatie. Een gemeente kan sturen door toegankelijkheidseisen te stellen, de deskundigheid te vergroten op dit vlak, en nieuwe initiatieven op het snijvlak van herstel en participatie te bekostigen.

8 Outreachend werken en bemoeizorg

Een deel van de mensen die behoren tot de doelgroep maatschappelijke zorg vraagt niet om hulp, wil deze niet accepteren of krijgt geen adequate zorg. Het vormgeven van een adequate bemoeizorg functie is voor deze doelgroep heel belangrijk.

Door alle veranderingen in het sociaal domein zijn op dit moment hiaten ontstaan met betrekking tot bemoeizorg en outreachend werken. De afspraken over het vangnet en de regie zijn niet altijd (meer) duidelijk.

Van belang is een voldoende kwalitatief aanbod van outreachende bemoeizorg.

¹⁷ voor een definitie van herstel zie de begripsbepaling op blz 31

5. Ontwikkelopgaven

In dit hoofdstuk benoemen we de belangrijkste ontwikkelopgaven waar we de komende jaren zowel lokaal als (sub-) regionaal voor staan.

Het is van belang dat elke gemeente het beleid binnen het sociaal domein waar nodig aanpast aan deze uitgangspunten en de ondersteuning lokaal verder ontwikkelt. Gedurende een aantal jaren moet er bij elke gemeente, op subregionaal maar ook op regionaal niveau, werk verzet worden om invulling te geven aan laagdrempelige, integrale ondersteuning op maat met als doel de centrumgemeentefunctie af te bouwen. Daarnaast blijft er een vorm van regionale en/of subregionale samenwerking nodig voor bepaalde specialistische of juist acute vormen van opvang.

5.1 Lokale randvoorwaarden realiseren

Om de verschuiving van ondersteuning naar de lokale situatie te bewerkstelligen moet er op lokaal en subregionaal niveau flink wat gebeuren. De (door)ontwikkeling van vroegsignalering en preventie, het opbouwen van lokale kennis van complexe (GGZ-)problematiek en de ontwikkeling van een gevarieerd aanbod van ondersteuning (hulp op maat), vragen inzet. Daarbij moet elke gemeente zich de vraag stellen hoe ze dat zelf wil gaan organiseren. Als regio is het wenselijk om met elkaar te blijven afstemmen, mocht een lokale oplossing niet lukken. De inwoner moet centraal staan en geen last hebben van verschillende loketten of aanvraagprocedures.

Draagvlak

Misschien wel de belangrijkste opgave is het vergroten van draagvlak in de maatschappij. Zolang mensen niet geaccepteerd worden in een buurt, wijk of gemeente is het onmogelijk voor hen

om echt mee te doen. Het besef moet ontstaan dat ook 'ongewone' mensen een plek hebben in de samenleving en dat er een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid bestaat om voor deze mensen de aansluiting bij de maatschappij mogelijk te maken (dit speelt zowel bestuurlijk als in de samenleving zelf).

Impactanalyse

Wat is er nodig om Maatschappelijke zorg zoveel mogelijk lokaal te organiseren? Dit begint met een analyse van de huidige situatie. Over wie hebben we het en om hoeveel mensen gaat het? Hoe ziet de huidige infrastructuur aan voorzieningen er uit? Wat betekent dit voor het ondersteuningsaanbod in elke gemeente? Waar moet aanvullend op worden ingezet? Denk hierbij bijvoorbeeld aan het creëren van nieuwe woningen voor de doelgroep (een programma: huisvesting), intensieve ambulante ondersteuning, specialistische vormen van Beschermd wonen en een kleine nachtopvang en/of crisisopvang.

Afbouw verantwoordelijkheden centrumgemeentefunctie en ontwikkeling nieuwe financieringssystematiek

We moeten naar een andere financiële sturing: een financiering die uitgaat van een gezamenlijke verantwoordelijkheid om in te zetten op preventie en herstel. Op dit moment wordt deze lokale inzet nog onvoldoende financieel beloond en wordt de (financiële) druk op de opvang te weinig lokaal gevoeld. De vorm volgt de inhoud, op basis van 'lokaal waar het kan, (sub)regionaal waar het moet'. Maatschappelijke zorg is een verantwoordelijkheid van alle gemeenten. Op den duur moeten de middelen dus conform een nieuw objectief verdeelmodel over de gemeenten verdeeld worden.

Helderheid vanuit het Rijk over de openstelling van de Wlz voor de GGZ-doelgroep, het budget voor de LVB-groep 18+ jaar en het objectief verdeelmodel is hiervoor noodzakelijk, evenals impactanalyse.

5.2 Regionale opgave huisvesting

Betaalbare woningen voor de doelgroep zijn noodzakelijk om uitstroom uit voorzieningen op gang te brengen. In deze regio is er een lange wachttijd voor sociale huurwoningen, waardoor dit een lastige opgave is.

Opbouw van het volume van 'housing first', crisisopvang, respitwoningen¹⁸ voor jongeren en kleinschalig lokaal Beschermd wonen, zijn belangrijke vormen van opvang die lokaal kunnen worden ingevuld. Daarnaast is afbouw of aanpassing van grotere regionale voorzieningen nodig. Waar mogelijk moet de ondersteuning lokaal passend gemaakt worden. Betrokkenheid van bestuurders, beleidsmakers en uitvoerenden op het gebied van Wonen is hierbij nodig, evenals inzet van woningcorporaties en zorgaanbieders.

Breed arsenaal aan woonvarianten

Niet alleen volume is nodig; de organisatie rond het (zelfstandig) wonen kent ook varianten. Er zijn veel initiatieven waarbij mensen op verschillende niveaus ondersteuning kunnen krijgen bij het wonen, zonder te hoeven verhuizen. Zorgaanbieders kunnen tijdelijk de woning overnemen terwijl er intensieve ondersteuning wordt geleverd. Andersom kan de cliënt gaan huren bij een zorgaanbieder om de stap naar helemaal zelfstandig wonen kleiner te maken. Er is daarom variatie nodig in het Beschermd wonen.

5.3 Innoveren van huidige ondersteuning en opvang

Er zijn veel aanknopingspunten om de huidige vormen van ondersteuning te transformeren met als doel meer maatwerk, zo zelfstandig mogelijk, zo integraal mogelijk. Voor een deel moeten gemeenten dit lokaal of subregionaal oppakken. Voor een deel moet het in nauwe samenwerking met de centrumgemeente en zorgaanbieders. Met als uitgangspunt de beste oplossing voor de cliënt.

Zo goed en zo snel mogelijk de juiste ondersteuning

Kwetsbare inwoners dienen zo snel mogelijk de juiste ondersteuning te krijgen. Daarvoor is het nodig dat de achtergrond van de problemen vroeg wordt herkend. De doelgroep heeft veelal te maken met specifieke problemen, wat vraagt om specifieke kennis en expertise van degene die met deze doelgroep in gesprek gaat. Een integrale, multidisciplinaire vraagverheldering bij de start van de ondersteuning en behandeling is belangrijk. Het levert een bijdrage aan het succes van de begeleiding en behandeling. Hoe organiseren we toegang tot interdisciplinaire kennis van de doelgroep voor lokale gemeenten?

Een deel van de doelgroep vraagt niet om hulp, waardoor een vorm van bemoeizorg nodig is.

Een goed samenwerking tussen de domeinen zorg en veiligheid is hierbij van groot belang. We zullen in samenwerking met betrokken partijen in de regio een nieuwe vorm van bemoeizorg opzetten waarbij de ervaren knelpunten worden meegenomen.

Toekomstbestendig maken van opvang en ondersteuning

Om mensen zo snel mogelijk weer, of zo lang mogelijk, zelfstandig te laten wonen, is het belangrijk dat de ondersteuning binnen de

¹⁸ zie voor een toelichting op deze termen het begrippenkader aan het eind vd notitie

Maatschappelijke opvang en het Beschermd wonen gericht is op het naar eigen vermogen participeren in de samenleving.

Belangrijk is het bewaken van een goede spreiding van kwetsbare groepen binnen gemeenten en de regio én dat het zelfstandig wonen gepaard gaat met een goede informele en professionele begeleiding. Welke ondersteuning (inhoud en vorm) is nodig en is ondersteunend aan zowel (zo lang mogelijk) zelfstandig wonen en het realiseren van sociale inclusie en behoud van de leefbaarheid voor iedereen in de wijk?

5.4 Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars

Mensen met GGZ-problematiek hebben al snel met verschillende zorgwetten te maken. Dit vraagt om een goede afstemming. Om aansluiting van zorg en ondersteuning uit verschillende wetten en financieringsbronnen te garanderen, zijn goede samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars nodig.

Janny¹⁹

“Ik ben 47 jaar. Ik heb jarenlang geworsteld in problematische relaties met veel huiselijk geweld, gewelddadige scheidingen, stalking enzovoorts. Mede daardoor ben ik de laatste vijf 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 uit de instelling 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 tot kapster en mensen ontmoeten. Als het kan, zou ik ook zangles willen volgen en in een koor willen zingen.”

Janny verblijft nog op een plek die gefinancierd wordt vanuit de Wet langdurige zorg. Als zij uit moet stromen, dan valt zij onder de verantwoordelijkheid van de Wmo. Ze heeft geen huis. Tijdig een signaal met een omschrijving van de ondersteuning die nodig is, kan bijdragen aan een soepele overgang naar (zelfstandig) wonen, met begeleiding en dagbesteding. Daarbij is het belangrijk om oog te houden voor de onzekerheid van de cliënt: is ze weerbaar genoeg om haar oude sociale netwerk te ontwijken?

¹⁹ Bron: Pagina 21-28 van Anders Professioneel, (A. van Bergen, RIBW Alliantie, 2013)

6. Aan de slag

In dit hoofdstuk bespreken we hoe we aan de slag gaan met de ontwikkelopgaven.

Hoewel er landelijk nog niet alles duidelijk is, bijvoorbeeld ten aanzien van het financieel verdeelmodel, en er ook nog veel ontwikkeld moet worden, gaan we hier niet op wachten. Wel sluiten we zo goed mogelijk aan bij het landelijke traject.

6.1 Uitvoeringsprogramma Holland Rijnland 2018-2020

Om tot de uitvoering van de visie te komen is in het landelijk overleg tussen het ministerie van VWS, de centrumgemeenten en de VNG, een 'spoorboekje' opgesteld. Hierin worden enkele mijlpalen en randvoorwaarden benoemd. Er

staat ook in dat gemeenten in regionaal verband aan de slag gaan met de vraag hoe ze gaan samenwerken op het vlak van Beschermd wonen en dat ze hiervoor een uitvoeringsprogramma moeten opstellen. Hierin moet in ieder geval worden verwoord hoe de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de gemeenten eruit zal zien en op welke wijze dit financieel vormgegeven wordt.

Mijlpalen

In onderstaand schema zijn de belangrijke mijlpalen, zowel landelijk, (sub)regionaal als lokaal op een rijtje gezet.

	Landelijk	Regionaal HR	Lokaal
2016	Na zomer 2016 is bekend wat er in het uitvoeringsprogramma aan bod moet komen		
		Uiterlijk eind 2016: instellen projectorganisatie	Eind 2016: Vaststellen Beleidskader Maatschappelijke zorg en Beschermd wonen
2017		Opstellen uitvoeringsprogramma 2018-2020	
			Vaststellen uitvoeringsprogramma HR 2018-2020
2018		Implementatie uitvoeringsprogramma HR 2018-2020	Implementatie uitvoeringsprogramma HR 2018-2020
	Eind 2018 of eerder is helder hoe een nieuw verdeelmodel er uit gaat zien.	Idem	Idem
2020	Uiterlijk 2020: invoering nieuw objectief verdeelmodel Beschermd wonen waarbij het geld is verdeeld over alle gemeenten	Idem	Idem

Regionaal projectteam

We gaan de in hoofdstuk 5 genoemde ontwikkelopgaven met samenwerkingspartners verder uitwerken in een uitvoeringsprogramma, dat volgens het “spoorboekje” eind 2017 door alle gemeente moet zijn vastgesteld . Dit is een regionale opgave die vraagt om extra inzet en capaciteit van alle gemeenten (en/of het vrijmaken van middelen hiervoor) en coördinatie op het proces.

Voor ambtelijke en bestuurlijke betrokkenheid en besluitvorming bij het uitwerken en uitvoeren van het uitvoeringsprogramma wordt, aanvullend op het regionale projectteam, gebruikt gemaakt van bestaande overlegstructuren. Het hebben van voldoende bestuurlijke betrokkenheid is een belangrijk aandachtspunt in het proces.

Samen ontwikkelen: interactieve beleidsvorming

Voor kwaliteit, draagvlak en uitvoerbaarheid van de visie is het nodig om alle betrokken partijen te raadplegen, niet alleen aanbieders en professionals binnen het sociaal domein, maar juist ook de cliënten zelf. Bij het vormen van de visie zijn zij in de voorbereidende fase geconsulteerd. Ook de verdere ontwikkeling zal in samenspraak plaats maken.

6.2 Wat elke gemeente nu al kan doen: acties 2016 en 2017

Met een aantal zaken kan elke gemeente nu al aan de slag. Parallel aan de voorbereidingen voor en het opstellen van het uitvoeringsprogramma kan elke gemeente al inzetten op het creëren van de randvoorwaarden.

In het volgende overzicht zijn per ontwikkelopgave een aantal acties benoemd die al in 2016 en 2017 worden opgepakt. Lokaal is aandacht nodig voor vroegsignalering en preventie op meerdere leefdomen. Daarbij is de centrumgemeente aan zet om dit te faciliteren en te ondersteunen.

Acties in 2016/2017	Hoe gaan we dit realiseren?	Lokaal/ (sub) regionaal ¹
<i>1. Lokale randvoorwaarden realiseren</i>		
Destigmatisering en inclusie	Lokaal en regionaal in gesprek met bewoners en cliënten over initiatieven en acties die kunnen bijdragen aan destigmatisering en inclusie van de doelgroep. Bijvoorbeeld toneelgroep van een GGZ-groep, samen eten in de wijk, het betrekken van de directe woonomgeving bij nieuwe initiatieven, enz. Tegelijkertijd is het belangrijk om op lokaal niveau het ondersteunen van omwonenden rond een inwoner van een van de doelgroepen vorm te gaan geven.	Lokaal/subregionaal
Vroegsignalering en preventie: in de wijk	Starten met pilots waarbij outreachend werk nauwer verbonden wordt aan professionals in de wijk (bemoeizorg) en waar inwoners en omwonenden een rol spelen in vroegsignalering en preventie.	Lokaal/subregionaal
Vroegsignalering en preventie: GGZ	De regionale werkgroep brengt in kaart wat nodig is (regionaal en lokaal) en verbindt dit thema aan de werkgroep GGZ-preventieregeling. Denk hierbij aan: investeren in informatie, voorlichting aan het sociaal netwerk en aan de lokale professionals; inzetten op lokale deskundigheidsbevordering; extra inzetten op cliëntondersteuning van deze doelgroep.	Lokaal in samenwerking met regionale werkgroep GGZ-preventie
Vroegsignalering en preventie: integrale, flexibele gemeentelijke dienstverlening inclusief Wmo maatwerkvoorzieningen	Lokale regie en verantwoordelijkheid. Elke gemeente geeft hier zijn eigen kleur aan. Doel: maatwerk en integrale, flexibele gemeentelijke dienstverlening (zowel op gebied van welzijn, werk en inkomen, schuldhulpverlening en Wmo maatwerkvoorzieningen begeleiding) en voorkomen dat inwoners in de problemen komen.	Lokaal/subregionaal

<i>2. Programma huisvesting</i>		
Huisvesting: kleine, betaalbare woonruimtes	Lokaal gezamenlijk (wonen en zorg) oppakken en uitwerken van realisatie van kleine, goedkope (on)zelfstandige huisvesting.	Lokaal i.s.m. centrumgemeente
Huisvesting: housing first	Lokaal gezamenlijk (wonen en zorg) oppakken, uitwerken en realiseren van kleine, goedkope huisvesting voor inwoners die dak- of thuisloos zijn geworden.	Lokaal i.s.m. centrumgemeente
Huisvesting: crisiswoningen (volwassenen en jongeren)	Lokaal gezamenlijk (wonen en zorg) oppakken, uitwerken en beschikbaar hebben van kleine, goedkope huisvesting voor inwoners die door een plotselinge crisis tijdelijk dak- of thuisloos zijn geworden.	Lokaal i.s.m. centrumgemeente
Realiseren van huisvesting: scheve huisjes	Lokaal gezamenlijk (wonen en zorg) oppakken, uitwerken en realiseren van woonvormen voor inwoners die zelfstandig kunnen wonen maar alleen zonder externe prikkels (scheve huisjes op rustige locaties) met ambulante ondersteuning.	Lokaal i.s.m. centrumgemeente
Huisvesting: kleinschalig lokale tussenvorm Beschermd wonen	Kleine Beschermd wonen locaties inventariseren om te bepalen of locaties kunnen worden omgezet naar scheiden wonen/zorg met ambulante ondersteuning	Lokaal i.s.m. centrumgemeente
<i>3. Doorontwikkeling ondersteuning</i>		
Nieuwe initiatieven op gebied van ambulante ondersteuning, domeinoverstijgende trajecten, pilots en proeftuinen	Ruimte zoeken in de huidige budgetten en met cliënten en aanbieders om de tafel voor de ontwikkeling van nieuwe initiatieven.	Regionaal
<i>4. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars</i>		
Formuleren meerjarenwerkagenda	Afstemming tussen behandeling en begeleiding voor cliënten met een intensieve zorgvraag die zelfstandig blijven wonen.	Regionaal

7. Financiering: landelijke ontwikkelingen

In dit hoofdstuk gaan we in op de landelijke ontwikkelingen ten aanzien van de verdeling van middelen en de afbouw van de centrumgemeentefunctie.

Voor de regionale taken Maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGZ ontving de centrumgemeente in 2016 een brede doeluitkering van € 7.832.122. Voor Beschermd wonen ontving de centrumgemeente in 2015: € 27.437.848. Voor een gedetailleerd overzicht van de huidige budgetten verwijzen we naar bijlage 1 (p57 - p58).

Beschermd wonen

VNG en centrumgemeenten zijn in gesprek met het ministerie van VWS over scenario's met betrekking tot planning en de wijze waarop de middelen worden herverdeeld. Dat maakt concrete uitwerking van de financiën in deze fase niet mogelijk.

Maatschappelijke opvang

De Commissie Toekomst Beschermd wonen heeft geadviseerd om beleid met daarbij de middelen voor Maatschappelijke opvang, mee te nemen in de lange termijn ontwikkeling voor Beschermd wonen. Wij hebben de ambitie om de centrumgemeentefunctie voor die taak ook af te bouwen. Ingezet wordt op het beleidsinhoudelijk laten aansluiten van de Maatschappelijke opvang en het Beschermd wonen. Dit dient ook financieel uitgewerkt te worden, in aansluiting op de financiële uitwerking van Beschermd wonen. Regionaal is dit ook onze ambitie.

Landelijke ontwikkelingen juni 2016:

- Er volgt naar verwachting per 2018 een wetswijziging, namelijk het openstellen van de Wlz voor een deel van de GGZ-doelgroep. Dit betreft ook een deel van de Beschermd wonen-doelgroep. Hierdoor komt er een verschuiving van middelen en verantwoordelijkheden, van Wmo naar Wlz.
- Het verdeelmodel is aanleiding voor veel discussie. Bij de oorspronkelijke herverdeling van middelen is gebruik gemaakt van historische gegevens omdat het hier niet om ambulante ondersteuning gaat, maar om intramurale voorzieningen die niet naar rato van aantallen cliënten per gemeente gevestigd zijn op een locatie. Daarom is er tijd nodig om goed te inventariseren op welke wijze een herverdeling van middelen kan worden doorgevoerd met oog voor termijnen waarin financiële afspraken kunnen worden gemaakt en/of regionale voorzieningen worden gefinancierd.
- In het landelijk bestuurlijk overleg van centrumgemeenten is naar aanleiding van de decentralisatie van Beschermd wonen en Maatschappelijke opvang aandacht gevraagd voor de aanzuigende werking van grotere steden en de eventuele onevenredige belasting voor deze steden op het moment van decentralisatie van taken en financiën.
- Vermoedelijke ingangsdatum voor de financiële herverdeling van middelen is momenteel 2020. Dit op verzoek van gemeenten, die meer voorbereidingstijd willen om regionaal goede afspraken te maken.

- Het Rijk vraagt gemeenten om gezamenlijk uiterlijk eind 2017 een uitvoeringsagenda klaar te hebben, aansluitend bij hun langetermijnvisie op Maatschappelijke opvang en Beschermd wonen, waarbij de wijze van herverdeling van middelen uitgewerkt is. Intussen werkt het Rijk in overleg met gemeenten aan een wenselijke vorm en planning waarop de herverdeling van middelen gaat plaatsvinden.
- Voor eind 2016 moet er regionaal een besluit genomen worden via welke regionale samenwerking de visie uitgewerkt wordt.

Begrippenkader

Aanpak huiselijk geweld (of: geweld in afhankelijkheidsrelaties)

Het beleid is er op gericht dat het geweld zo snel mogelijk en langdurig stopt. Naast een effectieve aanpak van geweld is het doorbreken van het taboe op huiselijk geweld en kindermishandeling een belangrijk aandachtspunt.

Ambulante ondersteuning

Ondersteuning in de eigen woning

Beschermd wonen

Beschermd wonen is bedoeld voor mensen met een psychiatrische aandoening, bijvoorbeeld een psychiatrische ziekte, autisme of hersenbeschadiging. Het gaat om mensen die niet opgenomen zijn in een instelling, maar die niet op zichzelf kunnen wonen.

Crisisopvang

Het bieden van 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.

Herstel

Trimbos Instituut definieert herstel als volgt: "Herstel gaat over het (leren) leven met een ontwrichtende aandoening, beperking, of kwetsbaarheid waarbij de mogelijkheden en kracht van de mens centraal staan. Herstel is dan ook een individueel en persoonlijk proces waarbij het (weer) gaan functioneren in sociale rollen een belangrijk streven is. Belangrijk hierbij is om herstel steeds te blijven zien als een proces dat niet altijd een uitkomst aanduidt: herstellen is

ook zeer goed mogelijk wanneer de aandoening niet geheel verdwijnt. Het impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden, problemen en beperkingen en een geleidelijke inwisseling van patiëntidentiteit naar burgerschap."

GGZ Rivierduinen onderscheidt drie aspecten aan herstel: klinisch herstel, persoonlijk herstel en maatschappelijk herstel. Werken aan persoonlijk en maatschappelijk herstel wordt ook wel herstelondersteunende zorg genoemd. Herstelondersteunende zorg neemt een centrale plaats in het sociaal domein bij bijvoorbeeld Wmo ondersteuning, gemeentelijke voorzieningen, etc..

Housing first

De cliënt krijgt eerst een eigen woning zonder dat daar vooraf aan allerlei voorwaarden moet zijn voldaan. Dit is het tegenovergestelde van de traditionele methode; eerst gewenst gedrag laten zien en dan een huis.

Maatschappelijke zorg

Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingsbeleid, aanpak Huiselijk Geweld en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ).

Het doel van maatschappelijke zorg is te voorkomen dat mensen met zware, vaak meervoudige problemen maatschappelijk worden uitgesloten en/of daardoor dakloos worden.

Maatschappelijke opvang

Maatschappelijke opvang is een verzamelnaam voor diverse vormen van opvang voor kwetsbare groepen in de samenleving, bijvoorbeeld dak- en thuislozen, verslaafden, slachtoffers van huiselijk geweld of (ex)-psychiatrische patiënten.

De voorzieningen variëren van het bieden van simpel onderdak tot meer intensieve vormen van begeleiding en rehabilitatie.

Multiproblematiek

De problemen zijn er op meerdere leefdomen en komen steeds opnieuw terug. De problemen zijn complex en houden vaak verband met elkaar.

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 over een eigen kamer maar over een bed in slaapzalen.

Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

De OGGZ is het veld van hulpverlening en beleid dat zich bezighoudt met mensen met een combinatie van problemen op verschillende levensgebieden, en vaak ook psychiatrische of verslavingsproblemen of beperkte verstandelijke vermogens, die niet meer in hun eigen bestaansvoorwaarden kunnen voorzien of, bij uitblijven van passende hulp, in die situatie terechtkomen. Het gaat in de OGGZ om medische zorg, praktische ondersteuning, rehabilitatie en opvang.

Outreaching werken

Het hanteren van een werkmethode waarbij actief ingezet wordt op het leggen van contact met de doelgroep, het onderzoeken van de vragen en het motiveren en verwijzen van de doelgroep naar vormen van hulpverlening

Preventie

Is voorkomen dat er problemen ontstaan door van te voren in te grijpen.

Regionaal kompas

Is een uitvoeringsagenda/plan van aanpak. Het regionaal kompas bindt de betrokken partners aan de voorgestelde aanpak en is een belangrijk hulpmiddel voor de taak en rolverdeling. Het kompas concentreert zich op problematiek rond dakloosheid, maar raakt ook aanpalende terreinen en sectoren.

Respijtwoningen

Laagdrempelige tijdelijke opvang om even afstand te nemen van de eigen leefsituatie.

Verslavingsbeleid

De ambulante verslavingszorg helpt verslaafden omgaan met hun verslaving, waarbij zij zoveel mogelijk re-integreren in de samenleving.

Vroegsignalering

Is het zo vroeg mogelijk signaleren van problemen, zodat ingrepen kan worden in een vroeg stadium.

Zorgmijders

Sociaal kwetsbare mensen die vanuit de optiek van professionele hulpverleners niet de zorg krijgen die zij nodig hebben om zich in de samenleving te handhaven en geen op de reguliere hulpverlening passende vraag hebben en lijden aan ernstige en langdurige psychische problematiek.

Afkortingen

ABWZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
AOZW	Ambtelijk Overleg Zorg en Welzijn
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
GR	Gemeenschappelijke regeling
JGT	Jeugd- en gezinsteam
LVB	Lichte verstandelijke beperking
OGGZ	Openbare geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VWS	Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wgs	Wet gemeentelijke schuldhulpverlening
Wfz	Wet forensische zorg
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 1 Aanvullende informatie per hoofdstuk

In deze bijlage zijn, daar waar van toepassing, per hoofdstuk van het beleidskader toelichtende tekst en cijfers opgenomen.

In het kort:

P.42 bij hoofdstuk 2: toelichting op Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013

P.43-50 bij hoofdstuk 3: informatie en cijfers over doelgroep en aanbod Maatschappelijke zorg : cijfers m.b.t. doelgroep, en informatie over aanbieders Beschermd wonen

P.51-56 bij hoofdstuk 4: verslagen van consultatierondes met cliënten, aanbieders en raadsleden

P.57-59 bij hoofdstuk 6: financiën en budgettaire ontwikkelingen

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 2: Kader

Het Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013

Leiden, als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg, is nu nog verantwoordelijk voor de aanpak van dakloosheid en de daarmee samenhangende problemen in de regio. Hiervoor is het 'Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013' opgesteld, een uitvoeringsagenda bij de beleidsvisie 'Iedereen telt' uit 2006. Het Regionaal Kompas heeft tot doel al ingezette activiteiten te versterken en de afstemming met en samenwerking tussen alle betrokken partijen in de regio te intensiveren. Het Regionaal Kompas richt zich op de, nu, ongeveer driehonderd dak- en thuislozen in de regio en op de mensen die een ernstig risico lopen dakloos te worden. Voor het realiseren van de regionale doelstellingen heeft het Rijk gemeenten een extra jaar gegeven (tot en met 2014). Per 2015 zijn de regionale kompassen geen verplichting meer. Echter, de regio Holland Rijnland heeft besloten dat het 'Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013', qua doelstellingen en afspraken, van kracht blijft tot het moment van een nieuw regionaal beleidskader.

De doelstellingen voor 2014 en verder zijn:

- alle daklozen in de regio zijn in beeld en voorzien van een trajectplan;
- huisuitzettingen als gevolg van huurschulden en/of overlast zijn met 75% afgenomen (te meten via de tweejaarlijkse monitor Maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg);
- vervolgoopvang is altijd geregeld indien huisuitzetting onvermijdelijk is;

- het aanbod aan (al dan niet begeleide) woonvormen en zorgvoorzieningen zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht is toereikend om alle trajectplannen te kunnen realiseren;
- het totaal aantal daklozen is verminderd met 75% ten opzichte van de omvangschatting van het Trimbosinstituut in 2005 (van 500 naar 125 daklozen);
- de ervaren overlast als gevolg van dakloosheid is afgenomen met 25% ten opzichte van 2007 (te meten via de jaarlijkse stadsenquête).

In de uitvoering gaat de aandacht uit naar de volgende zes thema's:

1. Voorkomen huisuitzettingen;
2. Persoonsgerichte aanpak;
3. Uitbreiding van woonvoorzieningen;
4. Bevorderen maatschappelijke participatie;
5. Dagbesteding, activering en werk;
6. Zwerfjongeren.

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 3: Maatschappelijke zorg in beeld

Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingsbeleid, aanpak Huiselijk Geweld en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). Het doel van maatschappelijke zorg is het voorkomen van maatschappelijke uitsluiting.

De vier beleidsterreinen hebben met elkaar gemeen dat zij zijn gericht op personen die op één of meer maatschappelijke terreinen zijn uitgesloten of waarvoor uitsluiting dreigt. Het gaat om sociale participatie, sociale integratie, eerste levensbehoeften, toegang tot huisvesting, werk, opleiding, gezondheidszorg, hulpverlening en diensten.

Omvang doelgroep maatschappelijke zorg in Holland Rijnland

Er zijn geen exacte cijfers bekend over de omvang van de doelgroep maatschappelijke zorg. Dit heeft te maken met het complexe karakter van de doelgroep zoals in hoofdstuk 3 beschreven. Op grond van landelijke berekeningen wordt de doelgroep van maatschappelijke zorg geschat op een kleine 1% en de risicogroep op 4 à 5% van het aantal volwassen inwoners (18+). Voor de regio Holland Rijnland, met 437.875 volwassen inwoners, komt dit neer op circa 4.380 personen voor de doelgroep maatschappelijke zorg en circa 21.895 personen voor de bredere risicogroep maatschappelijke zorg. Circa 10% van de geregistreerde cliënten bij een maatschappelijke zorginstelling vormt de harde kern die meerdere jaren in zorg en opvang verblijft.

Tabel: omvang doelgroep en risicogroep maatschappelijke zorg in Holland Rijnland

geschatte aantallen inwoners per gemeente, afgerond op 5				
		totale bevolking 18+	1% van de volwassen bevolking: doelgroep	5% van de volwassen bevolking: risicogroep
gemeente	Leiden	101.271	1.015	5.065
	Alphen a/d Rijn	84.189	840	4.210
	Katwijk	48.798	490	2.440
	Teylingen	27.695	275	1.385
	Nieuwkoop	21.543	215	1.075
	Leiderdorp	21.298	215	1.065
	Kaag en Braassem	20.489	205	1.025
	Noordwijk	20.888	210	1.045
	Voorschoten	19.614	195	980
	Oegstgeest	17.874	180	895
	Lisse	17.982	180	900
	Hillegom	16.902	170	845
	Noordwijkerhout	12.797	130	640
	Zoeterwoude	6.535	65	325
regio	Holland Rijnland	437.875	4.380	21.895

Risico voor sociale uitsluiting

Het centrale thema in de Wmo is dat iedereen mee doet. Echter met name de doelgroep maatschappelijke zorg loopt grote kans niet mee te doen. Er is een groep mensen met een verminderd welzijn en een verminderde zelfredzaamheid. Deze mensen lopen het risico af te glijden naar een situatie waarin zij zorg en opvang nodig hebben als er geen sociaal vangnet aanwezig is. Dit proces wordt ook wel sociale uitsluiting genoemd. Met name op dit gebied kunnen de gemeenten een bijdrage leveren aan het voor-

komen van het afglijden van mensen. Preventie gericht op de algemene bevolking, maar vooral gericht op risicogroepen is hier van belang. Ook kunnen gemeenten een bijdrage leveren aan signalering, vroeg-interventie en toeleiding naar zorg van deze inwoners.

Er zijn twee centrale kenmerken voor sociale uitsluiting:

- Er is sprake van een tekort of achterstand op sociaal, cultureel en economisch vlak
- Toekomstperspectief ontbreekt

Tabel: mate van samenhang van risicofactoren met sociale uitsluiting

Minder beïnvloedbaar	Samenhang met sociale uitsluiting	Meer beïnvloedbaar
Alleenstaande ouder Niet-westers allochtoon Lage opleiding vader Alleenstaand	Sterker	Gering psychisch welbevinden Slechte gezondheid Werkloos Laag inkomen Uitkeringsgerechtigd Slechte beheersing Nederlands Lage opleiding
	Zwakker	

Groepen waarbij bovenstaande combinatie van factoren veel voorkomt zijn bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen (uitkeringsgerechtigd, mensen met schulden of moeite met rondkomen), eenouder-gezinnen en niet-westerse allochtonen.

Cumulatie van risicofactoren

Eén risicofactor alleen leidt meestal niet tot sociale uitsluiting. Naarmate er meer risicofactoren worden gecombineerd wordt de kans op sociale uitsluiting groter. De combinatie van risicofactoren die een groot effect hebben op de mate van sociale uitsluiting zijn: gering psychisch welbevinden, slechte gezondheid, laag inkomen en uitkeringsgerechtigd/werkloos/geen zinvolle dagbesteding.

Bovenstaande combinatie van belangrijkste risicofactoren voor sociale uitsluiting is voor volwassenen en ouderen gelijk. Wanneer deze combinatie optreedt, voegen andere risicofactoren nog maar weinig toe. Alle vier de risicofactoren hebben een direct effect op sociale uitsluiting. Sociaal uitgesloten raken is een proces dat zich in de tijd afspeelt. Oorzaken en gevolgen kunnen elkaar in de loop der tijd afwisselen. Vooral een gering psychisch welbevinden lijkt eerder een gevolg dan oorzaak te zijn van uitgesloten zijn.

Kanttekening

Bovenbeschreven risicofactoren zijn niet specifiek voor sociale uitsluiting. Nagenoeg dezelfde zijn ook vastgesteld in relatie tot het ontstaan van psychische stoornissen, probleemgedrag en verslaving.

Omvang van sociale uitsluiting in Holland Rijnland

De belangrijkste risicofactoren die een groot effect hebben op sociale uitsluiting zijn dus:

- Gering psychisch welbevinden
- Slechte gezondheid
- Laag inkomen
- Uitkeringsgerechtigd/werkloos (tot 65 jaar)
Geen al dan niet betaald arbeid, vrijwilligerswerk, mantelzorg (ouder dan 65 jaar).

In Holland Rijnland is ongeveer 3% van de volwassenen en ouderen matig tot sterk sociaal uitgesloten. Op basis van het percentage is het geschatte aantal inwoners dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is ongeveer 12.000 volwassenen en een kleine 1.600 ouderen. In Holland Rijnland is het percentage volwassenen en ouderen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is, lager dan in Nederland. Tussen gemeenten zijn wel enkele verschillen te zien. Zo is het percentage volwassenen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is, hoger in de gemeenten Leiden, Alphen aan den Rijn en Noordwijk.

Tabel: Sociale uitsluiting Holland Rijnland per gemeente 2012

Gemeenten in aflopende volgorde aantal inwoners	19 t/m 64 jaar		65-plus	
	geschat aantal*	%	geschat aantal*	%
Leiden	4.900	6,2	460	3,0
Alphen aan den Rijn	2.470	5,5	315	3,1
Katwijk	660	1,8	100	1,1
Teylingen	475	2,3	45	0,8
Nieuwkoop	225	1,4	25	0,6
Leiderdorp	585	3,8	75	1,5
Kaag en Braassem	230	1,5	25	0,6
Noordwijk	840	5,4	80	1,7
Voorschoten	340	2,5	115	2,4
Oegstgeest	155	1,2	75**	--
Lisse	210	1,6	75**	--
Hillegom	435	3,5	100	2,7
Rijnwoude	75	0,7	60**	--
Noordwijkerhout	250	2,7	35	1,2
Zoeterwoude	180**	--	10	0,8
Zuid-Holland Noord	12.030	3,7	1.595	1,8
Nederland	-	5,5	-	2,9

*geschat aantal afgerond op 5-tallen

-- geen enkele respondent

**bij gebrek aan percentages gebaseerd op regiogemiddelde

Bron: Monitor Volksgezondheid 2012 GGD Hollands Midden

Huidig aanbod maatschappelijke zorg

Tabel: huidige voorzieningen maatschappelijke zorg in Holland Rijnland

	Wat	waar	niveau
Maatschappelijke opvang	Outreachinge teams	Alphen, Katwijk en Leiden	sub-regionaal
	Inloop	Alphen en Leiden	regionaal en lokaal
	Dagopvang	Leiden	regionaal
	Nachtopvang	Leiden	regionaal
	Dagbesteding/activering	Leiden	regionaal
	Crisisopvang volwassenen	Leiden (en Alphen en Katwijk)	regionaal en lokaal
	Crisisopvang jongeren	Leiden	regionaal
	Postadres Binnenvest	Leiden	regionaal
	Postadres gemeenten	Alphen, Katwijk en Leiden	lokaal
	Begeleid zelfstandig wonen	Holland Rijnland	regionaal
	Wmo individuele begeleiding	Lokaal	lokaal
Verslavingszorg	Ambulante verslavingszorg	Holland Rijnland	regionaal
	Verslavingspreventie	Holland Rijnland	regionaal
GGZ/Preventie	GGZ inloop	Oegstgeest, Katwijk, Lisse en Leiden	regionaal en lokaal
	GGZ informatiepunt	Leiden	regionaal
	GGZ crisisdienst	Leiden	regionaal
	GGZ inloophuis	Leiden	regionaal
	Integrale crisisdienst	Holland Rijnland en Midden Holland	regionaal
	Vriendendienst	Holland Rijnland	regionaal
	Zorgvrageroverleg (ZON)	Leiden	regionaal
OGGZ	Meldpunt Zorg en Overlast	Leiden	regionaal
	Integrale crisisdienst buiten kantooruren		
	Team PGA	Leiden	regionaal
	Toeleidingsteam	Leiden	
Huiselijk geweld	Vrouwenopvang	Leiden	regionaal
	Veilig Thuis	Leiden	regionaal
	Project Met hulpofficieren van Justitie Meewegen inzake WTH (= wet tijdelijk huisverbod)	in Holland Rijnland	regionaal
Ex-gedetineerden	Re-integratie	Katwijk en Leiden	lokaal en regionaal
	Exodus huis	Leiden	regionaal

Omvang doelgroep Beschermd wonen Holland Rijnland

Eind 2015 woonden 436 mensen in een Beschermd woonvorm met de indicatie GGZ C (Beschermd wonen). Ambulant woonden

71 mensen thuis met de indicatie Beschermd wonen. Daarnaast hadden 113 mensen deze indicatie waarbij de zorg werd verzilverd in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb).

Tabel: totaal aantal cliënten Zorg in Natura verdeeld naar zorgzwaarte per gemeente

	ZZP1	ZZP2	ZZP3	ZZP4	ZZP5	ZZP6	Overbruggingszorg	Overgangszorg	Totaal
Leiden	0	4	84	71	24	3	34	16	236
Oegstgeest	0	0	7	5	1	0	1	0	14
Zoeterwoude	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alphen a/d Rijn	0	2	48	18	8	0	5	0	81
Hillegom	0	4	7	3	0	7	0	1	22
Kaag en Braassem	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Katwijk	0	2	13	11	5	0	3	1	35
Lisse	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Nieuwkoop	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Noordwijk	0	2	7	1	1	3	0	2	16
Noordwijkerhout	0	0	24	38	19	0	0	1	82
Teylingen	0	0	4	5	0	0	0	2	11
Voorschoten	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Leiderdorp	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Totaal	0	14	197	152	60	13	44	27	507

ZZP = zorgzwaartepakket intramurale zorg

Overbruggingszorg = ambulante ondersteuning in afwachting van een intramurale plek

overgangszorg = ambulante ondersteuning op basis van overgangsrecht, deze groep valt op termijn onder de lokale Wmo

Huidige indicatie zorgzwaarte

De centrumgemeente Leiden heeft de opbouw van zorgzwaartepakketten vooralsnog overgenomen uit de AWBZ. In de AWBZ was een indicatie Beschermd wonen een indicatie GGZ C. En vergelijkbaar met andere intramurale voorzieningen zijn er zorgzwaartepakketten (ZZP) 1 t/m 6. Zorgzwaartepakket 1 en 2 werden in de AWBZ tijd al niet meer toegekend en ook dit heeft de centrumgemeente overgenomen. Er zijn daar-

door geen nieuwe indicaties ZZP 1 en 2 meer afgegeven.

Zorgzwaartepakketten 3 t/m 6 bestaan nog wel. Voor ZZP 6 geldt bij de centrumgemeente de stelling dat cliënten met dermate zware zorgvragen in de Wlz thuishoren. Deze indicatie wordt in de praktijk zeer zelden toegekend.

Zorgzwaartepakketten 3 en 4 komen het meeste voor, maar ook 5 wordt regelmatig afgege-

ven. De verschillen zitten in de mate waarin er op meerdere domeinen ondersteuning nodig is. Ook de mate van 24uurs aanwezigheid kan de doorslag geven bij het indiceren van een zorgzwaarte. De meeste cliënten hebben geen 24 uren aanwezigheid nodig. Alle cliënten hebben wel 24 uren oproepbaarheid nodig.

Het is heel goed mogelijk om de wijze van indiceren mee te laten bewegen zodat het beter aangepast is op de toekomst van deze intensieve zorg. Te denken valt aan modulaire pakketten

waarbij de financiering past bij de daadwerkelijk benodigde ondersteuning op één of meer leefdomeinen.

Aanbieders Beschermd wonen

De centrumgemeente wilde de cliënten met overgangsrecht de zekerheid geven dat er niet verhuisd hoefde te worden. Dat maakte dat alle zorgaanbieders in de regio die cliënten met een GGZ C indicatie hadden wonen, gecontracteerd werden.

Aanbieder	Aantal cliënten	Locaties	specialisme
Rivierduinen	236	Noordwijkerhout, Alphen, Leiden, Oegstgeest, Lisse, Katwijk	Verschildt per locatie: Ernstige GGZ problematiek, middelenverslaving, autisme. Leeftijden verschillen ook per locatie
Binnenvest	58	Kleinschalige locaties in Alphen, Leiden, Oegstgeest. 1 grote locatie in Leiden (sociaal pension)	Meervoudige problematiek, zoals dakloosheid, GGZ, LVB, verslaving
Cardea	20	Diverse locaties, vooral Leiden	Jongeren van 18- 26 jaar met een psychiatrische stoornis of een licht verstandelijke beperking die vastlopen/stagneren in hun ontwikkeling naar zo zelfstandig mogelijk bestaan
Haardstee	19	Diverse locaties in Leiden	GGZ in combinatie met LVB
Prodeba	33	Leiden, Alphen	Jongeren vanaf 18 jaar met ontwikkelingsstoornis (waaronder autisme)
Steenrots	15	Katwijk	
Kwintes	12	Alphen	
Diverse VG instellingen (Ipse de Bruggen, Philadelphia, 's Heerenloo, Gemiva, Raamwerk)		Verspreid over de hele regio	GGZ in combinatie met VG problematiek
Diverse VV instellingen (HOZO, Activite, Libertas, Zorgbalans)		Verspreid over de hele regio	GGZ in combinatie met somatische problematiek en/of dementie

Scheiden wonen en zorg

Het is rijksbeleid om wonen en zorg (financieel) te scheiden. Dat leidt tot steeds meer alternatieven waarbij een cliënt op een locatie met eigen woonruimte verblijft, maar waar (intensieve) ambulante begeleiding met 24-uurs bereikbaarheid via een organisatie voor MO of BW is georganiseerd. Soms zal de zorginstelling ook als huurbaas optreden. De cliënt betaalt zijn huur dan aan de zorginstelling. Deze woonvorm is vaak met meerdere cliënten samen op een locatie.

Scheiden van wonen kan ook zelfstandig thuis, als de cliënt niet in een instelling kan of wil verblijven. Voor deze groep is ook een andere beschermd wonen-vorm in het leven geroepen: VPT (volledig pakket thuis). Dit is het pakket beschermd wonen (begeleiding, bescherming, verzorging en eventueel dagbesteding), maar zonder de component verblijf. Dit volledig pakket thuis wordt in uitzonderingssituaties ook ingezet als overbruggingszorg voor cliënten met een geldige GGZ-C-indicatie als er gewacht wordt op een plek bij een instelling.

Aanvullende informatie bij Hoofdstuk 4: Visie op maatschappelijke zorg

Consultatierondes

Om zo veel mogelijk vooraf input mee te krijgen voor het beleidskader zijn in april 2016 consultatiebijeenkomsten georganiseerd voor cliënten, raadsleden en zorgaanbieders. Hieronder volgt per bijeenkomst een samenvatting van de geleverde input.

Verslag consultatieronde cliënten 7 april 2016 (Locatie: gemeente Leiden):

Deze consultatieronde bestond uit een informatief deel, de film waarin cliënten reageren op de visie van de Commissie Toekomst Beschermd wonen en een gedeelte waarin er gereageerd kon worden op de geformuleerde uitgangspunten van het eerste concept van de regiovisie. De volgende input is genotuleerd:

Algemeen

Veel cliënten maken zich zorgen om de tussenschap tussen Beschermd wonen en zelfstandig wonen. Deze stap wordt nu nog vaak als te groot ervaren met een tekort aan steunpunten. Teveel veranderingen in één keer kan veel stress opleveren. De visie van dit beleidskader is door middel van de volgende thema's met cliënten besproken:

Herstel en preventie

Terugval is een groot risico bij de stappen naar meer zelfstandigheid. Het ontwikkelen van terugvalopties, die functioneren als een vangnet van tijd en ruimte, zal voor rust zorgen bij de cliënten. Ook een duidelijk steunpunt maakt de stap naar (weer) zelfstandig wonen minder

stressvol. Cliënten weten nu vaak niet waar ze moeten aankloppen voor hulp. Bij de stap naar zelfstandigheid is het van belang om te voorkomen dat problemen te groot worden. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet als buddy in het ondersteunen bij zelfstandig wonen. Zelfstandigheid heeft ook voordelen volgens de cliënten. Ze geven aan dat ze meer ervaringen opdoen dan bijvoorbeeld cliënten die bij hun ouders wonen.

Er moet niet alleen eerder worden ingegrepen als iemand dreigt terug te vallen bij de stap naar meer zelfstandigheid. Sowieso kan op meerdere gebieden eerder worden ingegrepen om te voorkomen dat problemen groter worden. Zo zie je bijvoorbeeld dakloosheid aankomen. Snellere hulp, het liefst met terugwerkende kracht is nodig. Bijvoorbeeld bij huisuitzettingen als iemand al maanden eerder recht had op een uitkering door deze alsnog toe te kennen met terugwerkende kracht en hiermee financiële problemen en de huisuitzetting te voorkomen. Dit vraagt meer flexibiliteit van gemeenten.

Eigen kracht/ eigen regie:

Cliënten geven aan dat hun eigen kracht en eigen regie afhankelijk is van de juiste balans van hun ondersteuning (begeleiders) en van hun omgeving. Het is van belang dat er een juiste wisselwerking is tussen de cliënt en de hulpverlener waarbij goede matching van belang is. Ook kunnen cliënten in hun eigen kracht gezet worden door met huisgenoten en leeftijdsgenoten verbonden te zijn. Om deze steunstructuren

te ontwikkelen zijn meer innovatieve woonvormen nodig.

Het is van belang om de cliënt zelf (een deel van) de regie te laten voeren over de vorm van zijn ondersteuning, bijvoorbeeld in het tempo van de stappen naar zelfstandigheid. Een aanwezige is bijvoorbeeld in een enorme psychische crisis gekomen door de aankondiging van zelfstandig wonen. Het is van belang dat dit stap voor stap met de cliënt besproken wordt en dat de cliënt tijd krijgt om hier aan te wennen. En als de stap naar zelfstandigheid uiteindelijk niet lukt of teveel stress oplevert dan moet dit niet doorgezet worden ten koste van de cliënt. Ook dient er rekening te worden gehouden met uit welk milieu

iemand de stap naar zelfstandigheid zet. “Er is een verschil als je dakloos bent of als je vanuit je ouders de stap naar zelfstandigheid zet”. Een aantal cliënten geven aan dat een nieuwe omgeving ook juist goed kan zijn.

Domein overstijgend:

Tijdens de bijeenkomst wordt aangegeven dat meer partijen en afdelingen met elkaar moeten gaan samenwerken in het belang van de cliënt. Hierbij moet er domein overstijgend gedacht worden om te voorkomen dat problemen groter worden. Dit wordt goed geïllustreerd door onderstaande ervaring die één van de aanwezigen heeft en tijdens de bijeenkomst deelde.

De cliënte heeft jarenlang intramurale zorg gehad. Hierbij kreeg zij alleen zak- en kleedgeld waardoor zij niet tot nauwelijks kon sparen. De stap naar zelfstandigheid kon zij hierdoor niet maken want een woning huren brengt veel kosten met zich mee. “Ik wist niet wat me overkwam toen ik een huis probeerde te huren. De huur ging meteen lopen en dan komt de woningcorporatie ook nog eens met een regel dat je je woning eerst moet stofferen voordat je erin mag. Dus moest ik eerst inrichtingskosten bij de gemeente aanvragen. Maar hiervoor moest ik eerst een bericht van de belastingdienst krijgen dat ik recht had op huurtoeslag. Door dit hele circus was ik al drie maanden verder en had ik dus al drie maanden huur betaald zonder dat ik ook maar een nacht in mijn eigen woning had kunnen slapen.”

De cliënte adviseert dat er een driepartijenovereenkomst (woningcorporatie, cliënt en zorgaanbieder) voor minimaal een half jaar wordt gesloten en dat stoffering door de gemeente wordt gefinancierd. “Intussen kan diegene die zelfstandig gaat wonen met de gemeente de financiën regelen. Spreek bijvoorbeeld af dat gemeente en cliënt allebei voor een half jaar de helft van de huur betalen. Hiermee organiseer je een proefperiode waarin na een half jaar samen met de gemeente, de cliënt en de zorgaanbieder gekeken kan worden of de cliënt in staat is om de woning zelf te huren. Het is een veilig idee – want als het niet lukt dan kan je terug naar je oude plekje. En dan kan de woning naar iemand anders. En als het wel gaat, dan is het goed geregeld zonder dat ik er veel stress van heb gekregen.”

Tijdens de bijeenkomst van de cliënten zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen: Het mixen van doelgroep is goed mogelijk maar een nabijgelegen steunpunt is dan wel nodig. Mensen helpen elkaar best graag. Hierop kan worden ingespeeld door bijvoorbeeld via sociale media cliënten te helpen met het inrichten van hun huis. Er bestaan al initiatieven, bijvoorbeeld BUUV waar meer aandacht aan gegeven kan worden.

Bij huisuitzettingen wordt gewerkt vanuit wantrouwen en vermoedens van onwil. Vaak is er geen maatschappelijk werker aanwezig. Gebruik dit moment als laatste mogelijkheid voor het stellen van hulpvragen door een maatschappelijk werker in te zetten.

Er moet oog gehouden worden voor het feit dat niet iedereen de stap naar meer zelfstandigheid kan maken!

Verslag consultatieronde zorgaanbieders 12 april 2016 (Locatie: gemeente Leiden):

Deze consultatieronde bestond uit een informatief deel, de film waarin cliënten reageren op de visie van de Commissie Toekomst Beschermd wonen en een gedeelte waarin er gereageerd kon worden op de geformuleerde uitgangspunten van het eerste concept van de regiovisie. De volgende input is genotuleerd:

Algemeen

Zorgaanbieders signaleren dat de ondersteuningsvraag steeds zwaarder wordt doordat er bij andere wet- en regelgeving zorg wordt afgebouwd. Hierdoor wordt er meer zelfstandigheid van cliënten gevraagd, wat een groot risico op vereenzaming en/of escalatie met zich mee brengt. Ook komt er een grotere druk op het sociale netwerk van cliënten waardoor de rek een beetje uit dit netwerk is. Zorgaanbieders hebben een tijd lang iedereen die niet meer zelfstandig in de maatschappij kon leven opgevan-

gen. Het is nu zaak om de samenleving weer klaar te maken voor het terugnemen van deze burgers. De zorgaanbieders maken zich hier zorgen over: "Dit gaat niet vanzelf, cliënten moeten soms juist tegen de maatschappij beschermd worden." De visie van dit beleidskader is door middel van de volgende thema's met elkaar besproken:

Herstel en preventie

Erkend wordt dat er minder mensen gebruik hoeven te maken van Beschermd wonen en maatschappelijke opvang dan nu gebeurt. Hierbij is het van belang dat de cliënt een perspectief geboden wordt. De volgende vraag zou voorop moeten staan op weg naar herstel: 'wat heb je nodig om je eigen kracht te behouden?' Ook moeten instellingen volgens zorgaanbieders samen aan de slag bij het realiseren van nieuwe woonvormen. Want deze zijn vaak hard nodig als je de vraag naar ondersteuning wilt voorkomen of als je het herstel van cliënten wilt bevorderen. Het is hierbij van belang dat zorgaanbieders niet te passief zijn maar actief gaan experimenteren en dat gemeente hierin ondersteunt waar mogelijk.

Eigen kracht eigen regie

De zorgaanbieders geven aan dat de eigen kracht en eigen regie van een cliënt afhangt van het sociale netwerk en de begeleiding van de cliënt. Om de eigen kracht en eigen regie te bevorderen dienen deze te functioneren als steunpunt. Voor deze steunstructuur dienen de juiste randvoorwaarden te worden opgesteld en voelbaar te zijn voor de cliënt. Vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen helpen om deze steunstructuur op te bouwen. Ook contact plekken kunnen functioneren als een steunpunt. Volgens de zorgaanbieders is het belangrijk om te beseffen: 'eigen kracht' is niet 'loslaten'.

Domein overstijgende aanpak

Het is volgens de zorgaanbieders bij een domein overstijgende aanpak van belang om een goede infrastructuur te organiseren op het gebied van kennis over de doelgroep naar het netwerk/burgers. Deze infrastructuur kan ook digitaal ondersteund worden. Om alles goed te laten lopen is essentieel om de schotten tussen ondersteuning, netwerk en gemeenten weg te halen. De schotten staan maatwerk in de weg. Er is een flexibele modulaire keten van ondersteuning nodig die is afgestemd op de cliënt. Het onderkennen van tegenstrijdigheden in regelgeving, procedures en administratie is volgens de zorgaanbieders de eerste stap naar verandering.

Tijdens de bijeenkomst van de zorgaanbieders zijn nog de volgende aandachtspunten naar voren gebracht:

- De omgeving van de cliënt is niet altijd ondersteunend.
- De omgeving van de cliënt is vaak intolerant.
- Cliënten kunnen zichzelf soms overschatten.
- Risico op vereenzaming! Voorwaarden; maatjes, ogen in de buurt, waakvlam regelen, welzijnsaanbod, invulling van vrijetijd.
- Er blijft altijd een groep die heel zijn leven ondersteuning nodig heeft!
- 'Sociale inclusie' vraagt om investering van de cliënt maar ook van de maatschappij. Als voorbeeld van het organiseren van laagdrempelige contacten tussen een cliënt en buurtgenoten noemt men een cliënt die DHL afhaalpunt in de buurt biedt waardoor hij veel sociale contacten heeft.

Verslag consultatierondes raadsleden:

Er zijn in de drie verschillende subregio's van Holland Rijnland consultatierondes voor Raadsleden georganiseerd. Deze rondes bestonden uit een informatief deel, een deel waarin

cliënten reageren op de visie van Dannenberg en een casuïstiek gedeelte. De volgende input is per raadsbijeenkomst genotuleerd:

Consultatieronde Duin- en Bollenstreek

30 maart 2016 (Locatie: gemeente Lisse):

De kernvraag van de bijeenkomst was: "gaan we lokaal, subregionaal of regionaal werken?" De meningen hierover verschillen maar de visie: "afschalen waar mogelijk" wordt gedeeld. Hierbij geldt volgens de aanwezigen: "vorm volgt uit de inhoud, dus niet op voorhand alles lokaal of subregionaal organiseren. Deze verschuiving brengt wel veel vragen met zich mee over de uitvoering, financiële stromen en termijn. Ook is er de vraag of regiogemeenten wel over voldoende expertise beschikken (bijvoorbeeld in de sociale wijkteams) om de ondersteuning lokaal te organiseren. Als reactie hierop wordt aangegeven dat er niet meteen over geld gepraat moet worden, maar begonnen moet worden met maatwerk: "zorg voor expertise".

Een andere belangrijk onderwerp wat tijdens de bijeenkomst naar voren kwam is: "het perspectief van de cliënt". Begrippen als: 'buurkracht' en 'zelfredzaamheid' schetsen een overtrokken beeld. Er wordt aangegeven dat het uitgangspunt van wat de cliënt zelf wil hierin wordt gemist. Zowel professionals als cliënten moeten bij deze visie betrokken worden. Deze uitgangspunten kunnen helpen om meer kennis over de doelgroep en de benodigde ondersteuning te verkrijgen. Gemeenten moeten gaan borgen dat zorg op tijd aanwezig kan zijn en dat de cliënt hierop kan vertrouwen. Ook dient er volgens de aanwezigen door gemeenten te worden ingezet op begrip, acceptatie en inzicht van omwonende voor de achtergrond van de cliënt. Er is een domein overstijgende aanpak nodig om bijvoorbeeld huisuitzettingen te voorkomen door met verschillende partijen de huurschuld af te lossen. Het dilemma: 'accepteren van vrijheid van

burgers en het nemen van verantwoordelijkheid voor burgers' blijft.

Uit de bijeenkomst komende de volgende aandachtspunten naar voren:

- Of de zorg regionaal, subregionaal of lokaal georganiseerd dient te worden hangt af van de mogelijkheden tot maatwerk, de expertise en de financiële middelen van een gemeente.
- Het cliëntenperspectief moet in het organiseren van de zorg als uitgangspunt worden gebruikt om zo meer kennis over de doelgroep en het benodigde zorgaanbod te verkrijgen.
- De cliënten zijn erg kwetsbaar en ondersteuning moet dichtbij, inzetbaar waar nodig en op maat zijn. Er is een risico op eenzaamheid en isolement bij de doelgroep (vooral bij ouderen) en het is belangrijk om hier rekening mee te houden.

**Consultatieronde Leidse regio 6 april 2016
(locatie: gemeente Leiden):**

De kernvraag van de bijeenkomst is wat lokaal, sub regionaal, regionaal organiseren? Er wordt een model geopperd waarin ondersteuning primair lokaal wordt georganiseerd en bij behoefte aan een specialistisch ondersteuning deze centraal wordt georganiseerd. De vraag hierbij is vooral of je specialistische ondersteuning in de eigen omgeving van de cliënt of centraal wil organiseren. Sommige vinden dat centraal inkoop loont, centraal uitvoeren niet. De gezamenlijke visie is wel dat het lokaal organiseren van zorg beter is maar dat er bij multi problematiek iets met elkaar georganiseerd moet worden.

Tijdens de bijeenkomst wordt opgemerkt dat gemeenten moeten zorgen voor een totaalplaatje van de cyclus: preventie, opvang en nazorg. Gemeenten moeten hierbij uitgaan van de eigen kosten en baten om het risico op

terugval te kunnen verkleinen. Het is vaak moeilijk om in te schatten of een cliënt in staat is tot meer zelfstandigheid. De vraag die heerst is: "wat is leidend in de inschatting van zelfstandigheid (wie geeft de doorslag?): advies professional, netwerk cliënt, gemeente?". De nazorg is momenteel al een verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten kunnen volgens de aanwezigen nog een grotere rol spelen in het helpen van cliënten terug in de maatschappij. Dit doordat een gemeente zich bijvoorbeeld verantwoordelijk stelt voor de schuld bij een huissluiting en de huur blijft doorbetalen tot de cliënt terug is van een behandeling. Dit vergt een domein overstijgende aanpak waarbij er afspraken worden gemaakt tussen gemeenten, woningcoöperaties en zorgaanbieders.

Uit de bijeenkomst komen de volgende aandachtspunten naar voren:

- Er moet rekening gehouden worden met het gegeven dat cliënten soms een vertrouwde omgeving met vertrouwde personen nodig hebben.
- Bij cliënten die kwetsbaar zijn en die zelfstandiger gaan leven is het risico op terugval aanwezig.
- Bij een domein overstijgende aanpak dient goed te worden bedacht welke partij verantwoordelijk is voor welk onderdeel in het proces van ondersteuning.

**Consultatieronde Rijnstreek 11 april 2016
(Locatie: gemeente Alphen aan den Rijn):**

Een kernvraag in deze bijeenkomst is: "op welke schaalgrootte ga je de zorg organiseren?". Hierbij vinden de aanwezigen het vooral van belang om per gemeente te analyseren wat deze wel en niet kan en of er gezamenlijke passende oplossingen zijn. Ook wordt er aangegeven dat voor het spreiden van de ondersteuning meer kennis van de doelgroep nodig is. "Wat

hebben ze nodig om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen?”. Men vindt dat er subregionaal ook een hoop mogelijk is, bijvoorbeeld het organiseren van crisiswoningen.

Een ander dilemma is: “hoe moreel verplicht ben je als gemeente, hoe ver moet je gaan in de ondersteuning?”. Men vindt dat gemeenten moeten doen aan vroegsignalering. Er wordt geopperd om via Wmo-adviesraden ervaring op te doen met de cliënten want zij staan al dicht bij de burgers. Daarbij moet er de juiste expertise in een gemeente aanwezig zijn die dichtbij en direct inzetbaar is. Dit om te voorkomen dat mantelzorgers nog meer van professionals moeten overnemen want de omgeving/familie is vaak al overbelast. Ook is het van belang om in te zetten op destigmatisering om de samenleving de cliënten te helpen accepteren.

Uit de bijeenkomst komende de volgende aandachtspunten naar voren:

- Er moet meer aandacht voor (contingent) woningen komen.
- De druk op de omgeving/ familie van de cliënten is vaak hoog waardoor er behoefte is aan een vertrouwde laagdrempelige plek waar zij heen kunnen als het teveel wordt.
- Voorkom huisuitzettingen.

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 6: Financien

Decentralisatie-uitkeringen MO/VB/OGGZ – huidige situatie

De decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (MO/VB/OGGZ) werden in 2015 opgehoogd met de te decentraliseren middelen uit de AWBZ. Het ging om het budget dat samenhangt met de huidige AWBZ-functies extramurale begeleiding en persoonlijke verzorging die in de praktijk vaak in het verlengde van de opvang werden geboden. Voor de decentralisatie-uitkering MO/VB/OGGZ ging het om een relatief grote toevoeging, namelijk € 87 mln. op een totaalbedrag van bijna € 300 mln. Het betreft aldus een toevoeging van bijna 30%.

In 2015 was er sprake van een historische verdeling en vanaf 2016 worden deze middelen via de objectieve verdeling van de decentralisa-

tie-uitkering MO/VB/OGGz verdeeld. De invoering van het objectieve verdeelmodel gaat in meerdere jaren. In 2015 100% historisch en in 2016 en 2017 50% historisch. Het rijk wilde in 2017 al via de objectieve verdeling de middelen verdelen maar dat is voorlopig stopgezet omdat het rijk eerst meer zicht wil krijgen op de gevolgen voor gemeenten als de middelen voor beschermd wonen gedecentraliseerd gaan worden. Voor Leiden heeft het objectieve verdeelmodel sterk nadelige gevolgen ten opzichte van het historisch budget. Leiden heeft voor 2015 (100% historisch) een toevoeging van € 3.129.970 bovenop de € 5.463.044 “reguliere” middelen in de decentralisatie-uitkering gekregen. In 2016 is het budget gedaald met circa € 750.000. Per wanneer de tweede daling van circa € 750.000 gaat plaatsvinden is nu onbekend maar gaat wel door.

Tabel: decentralisatie-uitkering

Decentralisatie uitkering Leiden maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGz in €					
2013	2014	2015	2016	2017	2018
5.289.318	5.366.715	8.611.084	7.832.122	7.832.122	7.832.122

De Raad voor Financiële Verhoudingen vindt de extramurale begeleiding geen taak voor de centrumgemeente. Hier is sprake van reguliere zorg in de vorm van individuele begeleiding die alle gemeenten in het kader van de Wmo al bieden. Om deze korting op te vangen worden er in 2016 voor onderstaande onderwerpen maatregelen getroffen en/of een alternatieve finan-

cieringsvorm onderzocht (niet financieren met middelen uit de decentralisatie-uitkering maar anderszins):

1. begeleiding in de maatschappelijke opvang;
2. dagbesteding in de maatschappelijke opvang;
3. voorkomen instroom en bevordering uitstroom.

Tabel: besteding decentralisatie-uitkering 2015

Besteding decentralisatie uitkering maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGz 2015 in €	
Uitgaven	
Maatschappelijke opvang	6.572.898
Verslavingsbeleid	1.425.020
OGGZ	1.328.282
Ex-gedetineerden	224.838
Totaal	9.429.038
Inkomsten	
Decentralisatie-uitkering 2015	8.611.084
Bijdrage Leiden	817.954

Budget(-ontwikkelingen) beschermd wonen – huidige situatie

Er is landelijk geen bezuiniging doorgevoerd op het macrobudget Beschermd wonen. Wel is er veel verwarring geweest over de verdeling van het macrobudget. Oorspronkelijk kreeg de centrumgemeente Leiden een budget van € 24 miljoen. Dit bleek in de loop van 2015 onvoldoende budget. Landelijk waren er meer centrumgemeenten met foutieve budgetten, er zijn daarom diverse onderzoeken gedaan naar het reële volume van cliënten met overgangs-

recht. Dit heeft geleid tot een aangepast budget van € 27,9 miljoen in 2015. Voor 2016 is in de decembercirculaire een nieuw budget bekend gemaakt. Meerjarig verwachten we bij de meircirculaire 2016 uitsluitel. In dit overzicht staan vooralsnog de oude bedragen uit de meircirculaire van 2015. Zoals toegelicht bij 7.1 is er nog geen besluit over de herverdeling van middelen genomen, dit overzicht betreft dus middelen die bij de centrumgemeente op de begroting staan.

	2015	2016	2017	2018	2019
Budget in sept-circulaire	€ 27.982.911	€ 22.033.795	€ 23.004.831	€ 23.715.816	€ 24.255.778
Budgetinschatting incl. nieuw onderzoek	€ 27.750.702	€ 28.016.615	€ 29.251.316	€ 30.155.354	€ 30.841.932
Budget in dec-circulaire	€ 27.860.839	€ 27.437.848	€ 23.004.831	€ 23.715.816	€ 24.255.778

Financiële solidariteit

Regionaal is financiële solidariteit afgesproken voor Beschermd wonen. Als er een tekort ontstaat bij de centrumgemeente, dan dragen alle gemeenten in Holland Rijnland financieel bij. Als er middelen over zijn, dan wordt dit apart gezet in een reserve op de begroting van de gemeente Leiden. Deze reserve kan worden benut voor innovatie en/of apart gehouden ten behoeve van toekomstige herverdeling.



Alphen aan den Rijn

Hillegom

Kaag en Braassem

Katwijk

Leiden

Leiderdorp

Lisse

Nieuwkoop

Noordwijk

Noordwijkerhout

Oegstgeest

Teylingen

Voorschoten

Zoeterwoude