

Marktconsultatie Beschermd Wonen

Vraag	Antwoord
1. Moet de huidige indeling in arrangementen worden gehandhaafd? Graag toelichten.	Aanbieder kan zich vinden in huidige indeling V2A tot en met V2D en NHC component. Hiernaast kunnen er wel meer mogelijkheden gecreëerd worden voor maatwerk. Voorbeeld: Cliënt met V2B indicatie kan niet in groep functioneren om diverse redenen, is gebaat bij wonen met eigen voorkeur maar heeft gezien complexe zorg wel de begeleidingsuren nodig uit V2C. G2WMO is relevant voor waar dit nodig is en bied de mogelijkheid om passende zorg en begeleiding te bieden. Ja. Onze organisatie heeft tot op heden nog geen problemen ervaren met de arrangementen zoals deze nu gebruikt worden. De verscheidenheid in de verschillende beschermd wonen arrangementen zorgt ervoor dat er beter maatwerk geleverd kan worden. Ja betreft de V2 arrangementen. Nee betreft de dagbesteding. Omdat er 1 tarief wordt gehanteerd kan er te weinig flexibel mee omgegaan worden. Bij aanbieder is het basisbeginsel dat alle bewoners meedoen aan dagbesteding om ze zoveel mogelijk in de structuur te zetten en een zinvolle invulling van de dag te geven. Uitgangspunt is 4 a 5 dagen per week. Het huidige tarief kan hier niet aan voldoen, terwijl bij ambulante begeleiding deze mogelijkheid er wel is. Compenseren vanuit het V2 arrangement is lang niet altijd een oplossing, omdat bewoners op de woning ook veel ondersteuning nodig (kunnen) hebben. de huidige indeling handhaven. Er is veel onduidelijkheid over wie wanneer in welke arrangement valt. Het is vaak geheel afhankelijk wie de indicatie opstelt welk arrangement geïndiceerd wordt. Gezien onze beperkte omvang in G2 BW WMO kunnen wij hier geen antwoord op geven. <u>Dit geldt voor alle volgende vragen op dit formulier.</u> Geen antwoord. Lijken mij goed. Mooi dat er hiermee een onderscheid wordt gemaakt in zorgzwaarte, iets wat ik bij de dagbesteding mis (zie antwoorden consultatie DB). Andere namen eraan geven lijkt mij wel fijn. Namen die herkenbaarder zijn voor het soort zorgzwaarte waar het om gaat.

	Sorry, geen ideeën over. Deels ja, deels nee. De huidige arrangementen sluiten goed aan bij de uitgangspunten van Dannenberg en zijn helpend in het kader van door- en uitstroom De aanpassing die wij graag zouden willen betreft de aanpassing van het huidige product V2A. We willen graag een variant op individueel cliëntniveau met een wooncomponent en één zonder een wooncomponent. Zodat de aansluiting naar zelfstandig wonen kan worden geoptimaliseerd In “MARKTCONSULTATIE AMBULANTE BEGELEIDING Paletzorg” zijn de antwoorden van Paletzorg opgenomen die grotendeels ook van toepassing zijn op deze marktconsultatie. Paletzorg is een samenwerkingsverband van zo’n 65 zelfstandig ondernemende zorgverleners in Noord-Nederland. Een groot deel van onze leden heeft een contractering bij Noord- en Midden Drenthe en iedereen wil deze graag in de toekomst verlengen. Jacob Mulder, Paletzorg, tel. 0594-518 647, GSM 06-22 404 830 p/a ‘t Pad 13, 9365 TA Niebert, e-mail: Informatie@Paletzorg.org, web: www.Paletzorg.org - Meer richten op resultaten - Onderscheid maken op herstel/duurzaam We hebben op dit moment nog geen ervaring met de huidige indeling. We zijn bezig met het opstarten van beschermd wonen. Ik denk dat de indeling theoretisch goed is; zeker omdat er een indeling is in tarief voor huisvesting, toezicht en achterwacht en een tarief voor het begeleidingstraject. Daarnaast kan gestapeld worden met dagbesteding en begeleiding verslaving. Dit komt er dan nog bij. Geen Geen - Meer richten op resultaten - Onderscheid maken op herstel/duurzaam . We hebben op dit moment in deze regio nog geen BW arrangement als VNN maar zouden daar graag over willen discussiëren of dat toch niet een goede keuze zou zijn. We bieden momenteel alleen het arrangement 2c. We hebben onvoldoende ervaring om hier over te kunnen oordelen.
--	--

	Een product Beschermd Thuis zou wel wenselijk zijn; zeker in de trend van afschalen en kostenverlagend. Nvt Wij hebben het document handreiking werken met resultaten wel gelezen, maar zijn op dit moment nog niet bekend met deze resultatenmatrix in de praktijk en kunnen deze vraag derhalve lastig beantwoorden. Het lijkt in een eerste reactie logisch dat er in arrangementen gedacht wordt, waarbij wij denken dat het aantal arrangementen zo beperkt mogelijk gehouden moet worden gezien de snijvlak problematiek. nee (moet niet, mag wel). We hebben weinig cliënten Beschermd Wonen en de werkwijze is inmiddels in de processen ingebed. Dus wijziging is niet per definitie prettig (ivm wijziging van processen), maar omdat het slechts om enkele cliënten gaat, is het geen groot issue als het veranderd wordt. Ja, ze zijn duidelijk omschreven. In de handreiking werken met resultaten staat een duidelijke omschrijving van wat de gemeente wenst bij deze resultaten. De resultatenmatrix an sich geeft genoeg richtlijnen om mee aan het werk te gaan. Belangrijk is, voordat er een heel nieuw systeem wordt opgetuigd, dat de huidige resultatenmatrix goed wordt geïmplementeerd. Dit bij de aanbieders, netwerk, gemeentelijke organisatie en onze cliënten. Bij een dusdanige grote verandering is de huidige periode te kort om er nu al zichtbare resultaten van te zien. Implementeer deze systematiek eerst echt goed, ga dan finetunen en aanpassen, voordat er vanuit budgetoverwegingen weer allerlei veranderingen worden doorgevoerd die ook niet het gewenste resultaat zullen opleveren. We hebben even moeten wennen aan de indeling in arrangementen. Het past niet geheel bij onze manier van zorgverlening die vooral een holistisch karakter heeft waarin we de context waarin mensen leven direct meenemen. Om ons daarin tegemoet te komen is er een andere systematiek nodig. We slagen er steeds beter in om onze vormen zo te beschrijven dat deze past in huidige systematiek en we beschouwen het als een voordeel dat we nu minder te maken hebben met wat wij noemen 'opgeknipte zorg'. De arrangementen bieden de mogelijkheid om een totaalpakket aan te bieden.
2. Heeft u suggesties om de administratieve lastendruk terug te dringen?	De stuks producten geven veel problemen bij het verwerken. Met name veel her berekeningen i.v.m. buiten proportioneel declareren, cliënten met 4 producten of meer met sub resultaten zijn veel administratieve handelingen. Het professioneel gebruik maken van gestandaardiseerd automatisch berichtenverkeer en beter gebruik maken van de informatie van uitvragen die al gedeeld zijn en geen nieuwe formulieren ontwikkelen,(niet vragen naar gegevens die al bekend zijn). Binnen de huidige arrangementen wordt er gekozen voor stuk prijzen. Binnen de IWMO zijn stuks gekoppeld aan hele maanden. Vervolgens vindt er een afrekening plaats door proportioneel declareren. Huidige software is hier niet op ingericht. Als je met etmaal tarieven werkt ontstaat dit probleem niet. Vervallen van de declaratie. Op basis van melding aanvang zorg / stop zorg vindt maandelijks de betaling plaats door de gemeente. Eenduidig beleid op afhandelen aan de voorkant (verplichte formulieren op hetzelfde moment

	meenemen ter ondertekening door consulenten). Tijdig afhandelen door backoffice / Vecozo (duurt soms langer door drukte voordat Phusis de beschikking via Vecozo heeft). Wanneer beeld en perspectief van de bewoner duidelijk is, indicaties voor langere tijd afgegeven i.p.v. 1 of 2 jaar. Het zou mooi zijn als gemeenten onderling gaan samenwerken en gaan werken met 1 methodiek / systeem (t.a.v. indicaties, kwaliteitseisen, administratieve verantwoording, etc.). Ja, alle gemeentes dienen dezelfde werkwijze te hanteren. Bijvoorbeeld dezelfde beveiligde communicatiemiddelen en alle resultaten op 1 toewijzing en niet verspreid over meerdere toewijzingen. Geen antwoord. Nee De administratieve lastendruk vind ik meevallen in de zin van jaarlijkse rapportage, declaratie etc. Wat veel energie/tijd kost is het bijhouden van alle wijzigingen, bezoeken van voorlichtingen, marktconsultaties en dan natuurlijk de aanbestedingen. Als je te maken hebt met één gemeente dan is dat prima. Maar wij hebben te maken met de wensen van Drenthe NM Jeugd, Drenthe NM WMO, Drenthe Zuid, Groningen, Friesland en de zorgkantoren. We hebben 13 cliënten... We worden er niet blij van. Ik ga het toch roepen: “landelijke afspraken” graag! - Samenwerken op basis van vertrouwen in plaats van controle. De resultaten van de pilot horizontaal toezicht met gemeente Assen is hier een goede uitwerking van. Het doel van de pilot Horizontaal Toezicht is om te komen tot procesverbeteringen aan de kant van de gemeente en de kant van de zorgaanbieder. Administratieve lasten worden verminderd op het moment dat processen goed lopen en in één keer goed gaan. Dit betreft de aanvraag en toekenning van de juiste zorgtoewijzingen, de registratie van geleverde zorg en de declaratie hiervan aan de gemeentes. Een uitkomst hiervan kan zijn dat er geen productieverantwoording op basis van het landelijk controleprotocol meer nodig is. Ook los van een traject van Horizontaal Toezicht is de eindverantwoording een belangrijke kans op vermindering van administratieve lastendruk. De vraag is of een verantwoording op basis van het landelijk protocol noodzakelijk is voor de gemeente om voldoende zekerheid te krijgen over de door de aanbieders gedeclareerde productie. Veel van de aspecten waar de accountant zijn controle op richt zijn al bij de gemeente bekend op basis van de gedeclareerde productie. - Langere looptijden van beschikkingen bij die inwoners waar duidelijk is dat er langdurige ondersteuning nodig zal zijn. Scheelt veel administratie lasten bij herbeschikkingen
--	---

	- Focus op resultaten/doelen Nee. geen Geen - Focus op resultaten/doelen.. De voornaamste druk wordt veroorzaakt door de beschikkingen. En dan niet eens het eerste proces van aanvraag maar met name de sturing op de toegekende uren versus de gerealiseerde uren. Kunnen we komen tot beschikkingen met een bandbreedte in de uren? Daarnaast zien we dat we op verschillende termijnen informatie moet aanleveren. Bijvoorbeeld op 1 maart 2019 moeten we de productie opleveren voor 2018 en dan op 1 april 2019 met accountantsverklaring. In de periode tussen 1 maart en 1 april krijgen we al mutaties te verwerken door gemeenten. Dit werkt niet. Overigens zijn we van mening dat er een strak proces is ingericht in Vecozo van beschikking tot facturatie en er om die reden aan het eind geen accountantsverklaring meer nodig is. Wij weten toch allebei wat er is gedeclareerd en betaald? Verder vinden wij dat achteraf 'proportioneel afrekenen' tot een onnodige extra administratieve last leidt. Graag in de facturatie datgene goedkeuren wat binnen beschikking valt en niet achteraf nog een keer afrekenen. Daarnaast blijft het als instelling lastig om voor meerdere gemeenten verschillende administratieve systemen in te richten/ hierop aan te sluiten. Woon + begeleiding & NHC samenvoegen. Nvt Wij denken hierbij o.a. aan het terugbrengen van de rapportage (n.a.v. huisbezoeken) naar één keer per week. Uiteraard daar waar mogelijk. Vereenvoudiging van de urenregistratie. nee, wij ervaren geen lastendruk op dit vlak. Het aanvragen van de beschikkingen en de verantwoording is tijdrovend en komt vaak ten laste van de aanvragende organisatie. Dit proces kan simpeler. De overgang van beschermd wonen naar ambulant is een idem struikelblok i.c.m. aanvragen van dagbesteding. Kortere lijnen zijn wenselijk. Jazeker. Landelijke productcodes, landelijke declaratieprotocol, elke gemeente dezelfde CAK-codes, allemaal gelijk declareren of in perioden of per maand. Nadat alle facturen zijn goedgekeurd door de gemeenten en worden betaald niet nog een keer alles opnieuw verantwoorden. Snellere omlooptijden binnen het proces van keukentafelgesprek naar daadwerkelijke verzilvering van de zorg. Goede afstemming bij de gemeente tussen front en backoffice zodat dezelfde producten worden toegewezen als die worden toegezegd.
--	---

	Verder alle niet primaire zorgprocessen, maar de algehele AO/IC voor de WMO en JZ landelijk gelijktrekken. Daarnaast niet steeds iets nieuws bedenken en langere contractafspraken. Niets is zo bewerkelijk als een continue systeemverandering. Probeer vanuit het bestaande systeem met de aanbieders een optimalisatieslag door te maken. Niet kort cyclisch werken. Ook landelijk een serie afspraken maken over welke gegevens er verder nog bij aanbieders uitgevraagd dienen te worden ten aanzien van klachten, kwaliteit, meldingen, voortgang etc. en gebruik reeds bestaande faciliteiten waar aanbieders al op publiceren. Administratieve druk betekent wat ons betreft vooral het bedienen van systemen en zijn daar er nogal wat van. Het ons veel moeite en geld gekost die systemen (software, scholing) in te richten maar inmiddels slagen we er behoorlijk in. Gelet op de trend om steeds meer transparantie en effectiviteit te willen uitdrukken in termen van verzamelingen van gegevens zijn we wel huiverig voor een verdere toename van regeldruk en controle. Ook deze vragenlijst wijst in die richting. Bij vrijwel elke vraag kunnen we ons afvragen wat dat betekent voor de administratie als die processen ook weer moeten worden bijgehouden.
3. Heeft u (innovatieve) ideeën die bijdrage aan de transformatie?	Intensievere samenwerking met woningbouw verenigingen. Zoeken naar tussenoplossingen en gepaste betaalbare woningen, het creëren van fasehuizen, meer lokale ondersteuning, digitale zorg en apps, op afstand via telefoon en camera, inloggen via computer etc. Het lijkt De-Bruggen verstandig om een akkoord aan te gaan met woningbouwverenigingen om een doorstroom richting zelfstandigheid te kunnen realiseren. In dit akkoord kunnen aanvullende afspraken gemaakt worden zoals bijv. aantallen en eisen aan een goede huurder. Daarnaast heeft De-Bruggen een vorm van proef wonen ontwikkeld waarbij de cliënt in eerste instantie nog huurt van de zorginstelling, deze is dan verantwoordelijk en heeft de mogelijkheid om snel op of af te schalen binnen het traject. Op het moment dat het proef wonen succesvol verloopt kan er richting zelfstandig huren gewerkt worden. De-Bruggen heeft al meer van dit soort initiatieven ontwikkeld. Vangnet borgen door bijv. de BW indicatie meteen weer kunnen verzilveren als blijkt dat het thuis niet goed gaat (proefperiode). elke casus vereist maatwerk. Ja, 24 uren diensten voor beschermd thuis. De cliënten dienen altijd iemand te kunnen bereiken en om hulp te kunnen vragen (en krijgen). Daarnaast hebben we voornamelijk een hoop vragen omtrent Beschermd Thuis zoals; Hoe zorgen we ervoor dat de zorg vloeiend kan worden op en afgeschaald? En hoe dienen we om te gaan met de volgende situatie;

	Iemand woont op zichzelf (Beschermd Thuis) en het gaat ineens mis en client heeft daardoor meer ondersteuning nodig. Als we dan net als nu een nieuwe aanvraag moeten doen om extra ondersteuning te mogen bieden, dan duurt dit te lang en kan client geen direct passende zorg krijgen. Geen antwoord. Nee er is nu eenmaal een doelgroep die niet (semi-)zelfstandig kan wonen, daarvoor is en blijft BW noodzakelijk. We hebben veel problemen om één van onze cliënten door te laten stromen naar een vervolgplek. Derhalve woont client nog steeds bij ons. Te goed voor het één, te slecht voor het ander (afwijzing van Flinq ontvangen bijvoorbeeld). Wat wij als zorgverlener graag zouden willen is één ‘afdeling/loket’ bij de gemeente die gaat over: - Wonen/woonruimte; - Benodigde zorg (af vinken waar wel en niet toezicht/begeleiding voor nodig is); - Eventuele medicatie / GGZ hulp (wat loopt er, want moet er nog komen); - Maar ook (begeleid) werk/dagbesteding (welke opties zijn er, welke bedrijven doen mee?); - Sportverenigingen / sociale contacten. Niet dat alle hokjes “moeten” maar wel dat er opties zijn. Nu is alles apart. Als je wilt overstappen van “24 uurtoezicht” naar “beschermd thuis” je wel een goede structuur moet neerzetten waarbij alle aspecten samenkomen. Antwoord: a. Voldoende beschikbare betaalbare woningen vanuit de woningcorporaties. Dat is op dit ogenblik het grootste knelpunt voor de uitstroom van BW cliënten b. De doorontwikkeling van ThuisPlus, waarbij er sprake is van intensieve ambulante ondersteuning met flexibel karakter (dus gepland en ongepland) met een 24h bereikbaarheid/beschikbaarheid. c. Vergelijkbaar met Thuisplus, maar hierbij is er sprake van clustering van wooneenheden waardoor er effectievere zorginzet kan plaatsvinden. We zijn dit aan het onderzoeken i.s.m. woningbouwcorporatie en Leger des Heils. d. Beeldbellen als aanvullend (en deels alternatief) contactmoment voor de begeleiding. e. Ontwikkeling van respijthuis/respijtplakken om uitstroom te bevorderen en instroom in BW te voorkomen. f. Gemeente/toegang bepaalt DAT er ondersteuning nodig is en welke RESULTATEN er behaald dienen te worden. Aanbieders bepalen WAT er nodig is en HOE daar antwoord op kan komen. Vergelijkbaar met de cliëntregisseurs in Groningen en Emmen. g. Het sociaal domein (ook binnen gemeentelijke budgetten) beschouwen als één geheel, dus inclusief WMO, Jeugd, wonen,
--	--

	werk, participatie, inkomen (sociale zaken) en passend onderwijs. Dus kijken naar wat de inwoner nodig heeft ongeacht de financieringsbron. - Adequate time-out voorziening - 24 uurs stand-by beschermd thuis Meer gebruik van ICT Middelen. In het kader van preventie en innovatie, willen we een behandeling opzetten voor kwetsbare moeders en/of aankomende jonge moeders. Doel: behandelduur korter, hulpvraag sneller in kaart brengen, behandelopname voorkomen/ realistischer beeld geven over ouderschap. Wij willen de Real Care Baby inzetten om aanstaande (jonge) moeders met een moederwens te laten ervaren hoe het is om voor een kind te zorgen. De Real Care Baby registreert en meet hoe er wordt omgaan met verschillende situaties. Naast zwangerschapspreventie kan de Real Care Baby ook ingezet worden bij zwangerschapsondersteuning om te oefenen met verzorging/opvoeding van een baby in een ambulante traject zodat we op basis van de uitkomst een gericht behandelplan kunnen aanbieden en/of ouders vaardigheden aanleren waarvan het kind in een pleeggezin verblijft. De Real Care Baby vormt tevens een meetinstrument. Vooraf samenwerking met woningcorporaties en het beschikbaar stellen van woningen. Niet voor alle cliënten is beschermd thuis een optie. - Adequate time-out voorziening - 24 uurs stand-by beschermd thuis. We moeten bij de transformatie blijven kijken naar de mens. En daarnaast zoveel mogelijk werken met gezamenlijke zorginkoop door meerdere gemeenten waarbij de inhoudelijke keuzes in goede samenspraak met cliënten/naasten en zorgaanbieders bepaald worden. Beschermd thuis bieden bij instroom ipv beschermd wonen bij een voorziening. Digiccontact (vorm van beeldbellen) inzetten voor toezicht en niet-geplande contacten. Systeemgericht werken Het creëren van een fasehuis, waarbij toegewerkt wordt vanuit verblijf naar meer zelfstandigheid.
--	--

	nee, in ons geval is dit niet aan de orde. De inzet van de Pi-groep heeft als doel de jongere of op eigen kracht mee te laten doen in de maatschappij met ondersteuning van de voor hem/haar belangrijke personen. De visie is herstel- en oplossingsgericht waarbij de jongeren en diens mogelijkheden centraal staat. Direct bij aanvang van de begeleiding en/of behandeling wordt de gewenste eindsituatie geformuleerd. Deze gewenste eindsituatie verschilt van persoon tot persoon. Centraal staat het versterken van de eigen kracht en vergroten van de zelfmanagementvaardigheden zodat maatschappelijke participatie weer mogelijk wordt. Maatschappelijke participatiedoelen zijn terug naar school, werken, vrijetijdsbesteding en/of zelfstandig of begeleid wonen. Dit met ondersteuning van de (in-)formele netwerken. Meteen vanaf het begin wordt de sociale omgeving van de jongeren betrokken. Indien een jongere geen sociaal vangnet heeft, wordt proactief gewerkt aan het ontwikkelen en onderhouden van (in-)formele netwerken. Hierbij wordt uiteraard aangesloten bij de landelijke initiatieven die momenteel ontwikkeld worden (zoals de samenwerking tussen VGN en het ministerie). Pi werkt samen met andere sectoren en verschillende ketenpartners zodat van aparte paden (bij aanvang) gestuurd wordt op het integreren van zorg- en begeleidingstrajecten over de verschillende sectoren heen. Een soepele overgang tussen 18- en 18+ is het uitgangspunt zodat geen vertraging plaatsvindt in het behandeltraject en zorgcontinuïteit geboden kan worden. Weinig. Dit zal vooral liggen aan het genereren van uitstroom plekken en commitment van de sociale woningmarkt. Wel hebben we ideeën die verder in dit stuk staan ten aanzien van beschermd wonen thuis. De essentie van die transformatie betekent voor ons dat mensen weer in een proces van wisselwerking raken met een context die de samenleving van nature biedt. Dat gaat niet vanzelf; zeker niet als mensen al langer gewend zijn aan een beschermde (exclusieve) context buiten de normale gang van zaken in de samenleving. Het gezamenlijk opsporen van een context waarin iemand past, zich kan ontwikkelen is een vaardigheid die door onze zorgverleners wordt aangeboden door samen met een cliënt door de samenleving te bewegen. We zijn lokaal goed bekend en kennen veel plekken waarbij we de samenwerking zoeken met mensen en organisaties die daar al zijn. Dat vraagt steeds wel om investering in de context en dat is met de huidige systematiek niet te financieren (is nergens onder te brengen). Gelet op borging en het verschijnsel dat we steeds werken aan een samenleving die de zorg zelf weer kan dragen is dat vreemd. Immers: Alle betrokkenen hebben hier baat bij en uiteindelijk geeft het ook een financieel resultaat.
4. Bent u bereid afspraken te maken over uitstroom beschermd wonen? Welke kritische prestatie indicatoren (KPI's) zouden hier	Functionele risico-taxatie instrumenten gebruiken, recidief gedrag herkennen en erkennen. Mogelijkheden bieden om geleerde vaardigheden te continueren bij terugval. Het in beeld hebben van netwerk waarborg nazorg met garantie op acuut hulp als dit nodig is. En hulp betekent plek en intensieve begeleiding.

contractueel over vastgelegd kunnen worden?	De-Bruggen is bereid om hier afspraken over te maken. We zien hier een groot voordeel in qua duidelijkheid naar de cliënt. We denken dat het noodzakelijk om een gesprek te voeren met cliënt en zorginstelling voor de uitstroom. Hierin kan gekeken worden naar de huidige stand van zaken en hoe nu verder te handelen (eventueel een verlenging moet mogelijk zijn). Indicatoren - Risico analyse kans op terugval, achteruitgang van huidige situatie, veiligheid, overlast, criminaliteit, sociale draagkracht in de wijk enzovoort. Eventueel is De-Bruggen bereid deze risico analyse gezamenlijk met netwerkpartners en gemeente te ontwikkelen. - Financiële mogelijkheden van cliënt, hoe voorkomen we schulden. - Mogelijkheden sociale ontwikkelingen van cliënt. - Ziekte beeld van de cliënt hoe passend is de hulpvraag voor zelfstandig wonen. Phusis wil hier graag in meedenken. Als de perspectief er is, dan is dit ook in samenspraak met de bewoner de inzet. Maar tevens is Phusis van mening dat een groot deel van haar bewoners Beschermd Wonen als onderdeel van de WLZ vergoed moet krijgen. Er is weinig ontwikkelingsperspectief voor uitstroom. het moet geen doel op zich zijn, maar als de cliënt erbij gebaat is dan is dat prima. We vinden dit lastig aangezien iedere client zijn eigen leerweg heeft en vooraf niet goed vast te stellen is hoe lang daarvoor nodig is. Daarnaast is het een probleem dat er een tekort is van passende woongelegenheden voor de uit te stromen cliënten. We zouden goede afspraken kunnen maken maar dit is zeer lastig i.v.m. het tekort. Doordat de cliënten vanuit Beschermd Wonen afschalen naar ambulante begeleiding is het mogelijk om hier afspraken over te maken, dit omdat de zorg niet in zijn geheel stopt maar wordt voortgezet in ambulante vorm. KPI's zijn niet vast te leggen omdat we maatwerk leveren. Nogmaals; wij denken dat het probleem voornamelijk is waar mensen terecht kunnen na uitstroom beschermd wonen en niet de uitstroom zelf. Het woonprobleem is vaak groter dan het zorgprobleem. Geen antwoord. Wij hebben alleen ervaring bij BW met langdurige zorg en dus niet met uitstroom. Het gaat bij ons om intensieve begeleidingsbehoeftes en blijvende handicaps. In feite horen de mensen die bij ons wonen in de WLZ-GGZ thuis. Wellicht dat hier de komende tijd veranderingen in gaan plaatsvinden doordat er een wetswijziging hierin is voorgesteld. Wij zouden graag garanties willen wanneer een cliënt hier kan uitstromen!! Want wij wachten op vervolgplekken. Maar dit is waarschijnlijk niet wat u bedoelt met de vraagstelling.
--	---

	Antwoord: Ja, we zijn voorstander van resultaatafspraken en het hanteren van kritische prestatie-indicatoren. Resultaatafspraken en KPI's bestaan uit twee elkaar complementerende vormen. Namelijk VERTellen en tellen. Verhalen zonder gegevens zeggen weinig. Net als dat gegevens zonder verhaal weinig zeggen. Wij zien de volgende werkwijze: 1. Met elkaar bepalen welke informatie kan helpen 2. Verzamelen van gegevens 3. Gezamenlijk de gegevens duiden 4. Op basis van de verzamelde en geduide gegevens de KPI's bepalen. Graag denken we mee aan het bedenken van goede gegevens. Voorbeelden kunnen zijn: - gemiddelde duur van de ondersteuning per inwoner, - aantal nieuwe inwoners die we ondersteunen - aantal inwoners waar de ondersteuning bij gestopt is. - % van trajecten waar resultaten behaald zijn, - % van trajecten waar resultaten niet behaald zijn, verklaarbaar (niet te wijten aan organisatie) - % van trajecten waar resultaten niet behaald zijn, (te wijten aan de organisatie) - % van inwoners die naar een lager interventieniveau zijn afgeschaald - Aantal inwoners dat dagbesteding volgt in de maatschappij. Bijvoorbeeld bij bedrijven en organisaties, in plaats van in reguliere traditionele dagbestedingslocaties. - het gemiddeld aantal ondersteuners in een gezin - Succesvolle uitstroom van beschermd wonen naar zelfstandig wonen Bij alle gegevens is de context van groot belang. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de gemiddelde duur van de ondersteuning groter is geworden dan minder. Een uitleg daar bij kan zijn dat de gemiddelde ondersteuningsvraag van de inwoner veel ingewikkelder is geworden. Deze ontwikkeling zien we namelijk al gaande. De ondersteuningsvragen van inwoners is nu al een stuk complexer dan een paar jaar geleden. Uitgangspunt voor "harde" gegevens is altijd dat het een optelsom is van individuele cliënten. Dus hetgeen dat op cliëntniveau geregistreerd wordt, kan geaggregeerd worden naar wijk, gebied, gemeente, organisatieniveau. Daarbij is het van belang dat gegevens opgehaald kunnen worden uit elektronische cliënt dossiers (ECD), zodat het niet gaat leiden tot een stijging van de administratieve lastendruk. Onze ondersteuning is, daar waar mogelijk, te allen tijde gericht op uitstroom. Daarvoor heeft Cosis het Woonstart programma ontwikkelt. Op cliëntniveau willen we afspraken maken met de gemeente over een verwachting moment van doorstroom/uitstroom. Vaak kan er pas in de tweede helft van een traject aandacht worden geven aan toekomstige
--	---

	woonwensen en ontstaat er een scherper beeld ten aanzien van de mogelijke uitstroom. Het blijkt dat het realiseren van een woonplek meer tijd kost dan de duur van de beschikking. Als een cliënt toe is aan uitstroom en nog niet beschikt over een woonplek, is het voorstel dat de cliënt een beschikking krijgt waarin een cliënt zes maanden de tijd krijgt om een woonplek te zoeken. In den lande horen we de KPI aantal bedden Beschermd wonen. Voor ons is 'uitstroom beschermd wonen' niet hetzelfde als afbouw van bedden of gelijk blijvende zorgzwaarte. Zo lang er wachtlijsten zijn en er beschikkingen afgegeven worden, kan er geen sprake zijn van afbouw van bedden. En wanneer de zorgbehoefte (zwaarte) van de inwoner zwaarder wordt zal er per saldo geen sprake zijn van afbouw van bedden en/of het verkorten van de gemiddelde verblijfsduur. Wij vragen ons af wat de toegevoegde waarde is van de KPI uitstroom, het gaat om de gedachtegang en de werkwijze waar de focus ligt op uitstroom. Ja - Tijd - Onderscheid herstel / duurzaam Afschalen is het streven altijd. We zijn bereid om af te schalen en daarin transparant te zijn en dit doen we al. Het gevaar wat schuilt in deze vraag is dat er kostenbeheersing en kostenbesparing op korte termijn vaak de aanleiding en motivatie. Indien dit van toepassing is dan zijn wij er geen voorstaander van. • Wat ons betreft zou kwaliteit van zorg in combinatie met een passend (reëel) tarief leidend moeten zijn. • Er wordt gewerkt op basis van principes van matched care (i.p.v. stepped care). Oftewel; Het hulpverleningstraject wordt afgestemd op de persoonlijke situatie en mogelijkheden van de cliënt. Elke cliënt krijgt de zorg die hij nodig heeft, niet zwaarder dan noodzakelijk. • Uiteraard zijn wij bereid om afspraken te maken over de duur van behandeling en het afschalen van zorg. Wel is Het SamenHuis van mening dat cliënten met een licht verstandelijke beperking en/of (chronische) psychiatrische problematiek gebaat zijn bij een 'vinger aan de pols' en het niet alleen gaat om afschalen maar ook tijdig kunnen afschalen van professionele ondersteuning. Geen Ja - Tijd - Onderscheid herstel / duurzaam. Vanzelfsprekend willen we dat, maar we moeten vanuit de verslavingszorg altijd blijven kijken naar de relatie met de behandeling en we zullen een schatting moeten maken van de kans op terugval waardoor wellicht tijdelijk meer behandeling nodig is.
--	---

	Nee, afspraken voor prestaties vastleggen tussen gemeente en wooncoöperaties. Heeft te maken met de problematiek van de client. Vanuit BiOns zijn wij zeker bereid hier afspraken over te maken. Het zou goed zijn vooraf een persoonlijk plan met de client te ontwikkelen waarin uiteindelijk bijvoorbeeld toegewerkt wordt naar maatschappelijke participatie /deelname aan vrijwilligers projecten opdat de client niet /of zo min mogelijk in oud gedrag vervalt. O.i. kan er van deze werkwijze een KPI gemaakt worden. voor de enkele cliënten van Icare is uitstroom niet aan de orde, vanwege de (hoge) leeftijd van cliënten en daarmee samenhangende kwetsbaarheden en zorgvragen (multiproblematiek). Hier staan wij voor open ook al zijn wij ons ervan bewust dat die niet voor elke client goed te voorspellen is. Tevens moet afspraken altijd gemaakt moeten worden in samenwerking met gemeenten en woningcorporaties. Wij zouden graag willen kijken naar de mogelijkheden, welke indicatoren we vast kunnen leggen en op voorhand vast willen leggen wat en welk zorg- en of begeleidingspad kan worden vastgesteld. Dit doe je door echt te kijken naar de inhoud van de hulpvraag en de achtergrond van de cliënt. Als we het hebben over afschalen dan hebben we het ook over opschalen. Binnen de GGZ kennen we de zorgpaden die als voorbeeld zouden kunnen dienen. Ja. KPI's op basis van doelenrealisatie en concreet meetbare eenheden. Veel doelen komen overeen tussen cliënten, ook binnen het beschermd wonen gaat het vaak over geld, wonen, werk, dagbesteding, recidive gedrag etc. Hierop concrete meetbare situaties ontwikkelen. De cliëntevaluatie moet leidend zijn. Afspraken ten aanzien van de uitstroom zijn alleen te maken als er plekken zijn waar cliënten naar toe kunnen uitstromen. Hoe gaan we namelijk resultaten meten als de oorzaak ligt buiten het werkveld en bereik van zowel de aanbieder als de gemeente. Natuurlijk zijn we daartoe bereid als het gaat over veranderingen bij de persoon zelf en hij/zij daar mee omgaat. De huidige systematiek nodigt daar ook toe uit en over een werkwijze die daar bij hoort is veel bekend. Voor ons is het veel interessanter om ons bezig te houden met wat wij effectiviteitsratio noemen. We werken hard aan het ontwikkelen van hard waarneembare veranderingen in de lokale samenleving die er op wijzen dat zorg duurzaam wordt gedragen. We zijn nog niet zo ver dat we hier al een gedegen methodiek voor kunnen presenteren maar in de loop van het jaar hopen we daarover met gemeenten in gesprek te raken.
5. Welke kwaliteitseisen zouden we moeten borgen in het aanbestedingsdocument om	Vind het wiel niet opnieuw uit. Wij kennen in Nederland en in ons zorgsysteem meerdere verschillende op zorg gerichte kwaliteitssystemen. Zorg dat iedereen voldoet aan een werkend kwaliteitssysteem waarin wettelijk regelgeving geborgd is. Laat de controle daarvan bij de auditors van dat systeem en bij de IGJ. Dat is effectiever en goedkoper. Met hiernaast de toezichthouders van de gemeente(n).

de kwaliteit van zorg te waarborgen?	In het huidige document kwaliteit beschermd wonen Drenthe zijn duidelijke kwaliteitseisen geformuleerd. De-Bruggen denkt dat het voornamelijk belangrijk is om te controleren of een organisatie doet wat hij zegt te doen. Als aandachtspunt wil De-Bruggen graag meegeven dat de kwaliteitseisen soms iets meer kunnen worden toegelicht. Dit kan in het document maar ook mondeling. Dit is noodzakelijk om te voorkomen dat zorgaanbieders er verschillende interpretaties op nahouden. Je zou kunnen denken aan een adviesgroep kwaliteit, waarin zorgaanbieders en gemeente bepaalde punten bespreken. Deze uitkomsten kunnen vervolgens aan alle aanbieders gedeeld worden. Geen antwoord. BHV/EHBO, gediplomeerd / gekwalificeerd personeel, kwaliteitssysteem, RI&E, VOG, verzekeringen, etc. Wij denken dat er een verplichte certificering van iedere zorgorganisatie nodig is (HKZ of gelijkmatig). Geen antwoord. conform eisen IGZ. Alsjeblieft geen heel eigen apart circus. De lastendruk hierbij is al groot genoeg voor kleinschalige zorgaanbieders en dit gaat allemaal van de tijd voor de cliënt af. Wij zijn ISO gecertificeerd. We verlenen zorg in Groningen, Friesland en Drenthe. Die hebben allemaal hun eigen eisen, zelfs per “product”. Bv. Voor het logeren heb je ISO nodig en voor het gezinshuis een certificaat “gezinshuis van Rudolf stichting”. ISO/HKZ etc en opleidingseisen zijn belangrijk. Maar het gaat toch om de cliënt? Zaken als: tevredenheid, inspraak, welkom voelen, zorgverleners die de cliënt kennen, niet tig zorgverleners, ideeën die cliënt kan inbrengen, kan cliënt zich ontwikkelen (opleiding, rijbewijs, sport etc), zelfredzaamheid vergroten (wat kan een cliënt wel), aan welke doelen wil cliënt zelf werken? Dat geeft kwaliteit van leven. De kwaliteit van de zorg en dienstverlening komt vooral tot stand komt in de relatie tussen de cliënt en de medewerker (en hun netwerk, indien aanwezig). Leveren van kwaliteit betekent dan voororganisaties vooral investeren in randvoorwaarden om die relatie te laten bloeien. Gezien in het perspectief van professioneel handelen volgens beroepsstandaarden en best practices. Met oog voor individualiteit van cliënten en veiligheid van hun omgeving en die van medewerkers. Om die reden vinden we dat het borgen van kwaliteit niet zozeer gaat over het aantal documenten dat al dan niet aanwezig is. Het gaat vooral over het gesprek over de uitvoering van de afspraken uit die documenten op alle niveaus in- en extern. Voldoen aan externe (wettelijke) vereisten (zoals meldcodes, arbo wetgeving, privacy wetgeving etc.) is een vanzelfsprekendheid die niet nader opgenomen hoeft te worden in het kader rond borgen van kwaliteit van zorg. In het onderstaande staan welke basiszaken gerealiseerd dienen te worden om de kwaliteit van zorg te waarborgen: het op een respectvolle wijze met de cliënt werken aan diens doelen. Met vakbekwame en betrouwbare medewerkers. En gericht op veiligheid en continue verbeteren van de relatie tussen cliënt en medewerker (en het netwerk indien aanwezig). De organisatie heeft een werkend kwaliteitsmanagementsysteem waarmee het: - De resultaten rond kwaliteit kan monitoren en bijsturen - Afwijkingen tijdig kan signaleren en bijsturen De organisatie kan aantonen over een dergelijk systeem te beschikken door
---	--

	het overleggen van een certificaat (ISO 9001-2015, HKZ of aanverwant) of door toetsing via de toezichthouder. In de kwartaalbespreking tussen gemeente en organisatie is verantwoording van kwaliteit altijd onderdeel van gesprek aan de hand van de genoemde basisvoorwaarden. Voor goede borging van kwaliteit van zorg heeft de organisatie in ieder geval de volgende zaken geregeld: a. Individuele cliënt, zeggenschap en eigen regie - Cliënten hebben aantoonbaar een actueel begeleidingsplan dat aansluit bij hun persoonlijke doelen en dat gerelateerd is aan hun zorgtoewijzing. - Het plan komt aantoonbaar tot stand in samenwerking met de cliënt - Er is aantoonbaar rapportage over en evaluatie van de voortgang van de doelen - De organisatie heeft een klachtenregeling voor cliënten - De organisatie heeft een cliënt vertrouwenspersoon - De organisatie heeft sluitende afspraken over tijdig aanvragen herindicatie of verlengen indicatie - De organisatie heeft een regeling rond afronden van problematische zorgverlening - De organisatie werkt methodisch en maakt daadwerkelijk gebruik van effectief bewezen interventies gericht op Herstel Ondersteunende Zorg b. Individueel oordeel van de cliënt De organisatie meet periodiek (maar ten minste eens per 3 jaar) en onafhankelijk het oordeel van cliënten over de geboden ondersteuning. De organisatie kan aantonen hoe de uitkomsten met belanghebbenden zijn besproken en welke resultaten dat heeft gehad. c. Kwaliteit van arbeid en vakmanschap - De organisatie heeft aantoonbaar beleid dat leidt tot de inzet van voldoende vakbekwame medewerkers in de begeleiding - De organisatie registreert actuele beroepskwalificaties en registraties van medewerkers en kan die op verzoek laten zien aan de toezichthouder - De organisatie heeft aantoonbaar beleid rond scholing en nascholing van medewerkers gericht op vergroten van vakmanschap rond de doelgroep - Van alle medewerkers is een VOG beschikbaar - De organisatie heeft een werkend systeem van Veilig Incidenten Melden, gericht op leren van incidenten. - De organisatie heeft aantoonbaar afspraken over bejegenen van cliënten door medewerkers - Medewerkers doen aantoonbaar aan vormen van intervisie of teamreflectie - Organisatie zet ervaringsdeskundigen in
--	--

	d. Huisvesting - Eisen ten aanzien van veilige huisvesting. De wijze van huisvesting hangt mede af van de fase waar de inwoner zit. Als inwoners zelfstandig wonen in hun eigen woning (of omklapwoning/proef wonen) hanteren we andere (mindere) huisvestingseisen. Omdat het de woning van de inwoner is. Passend bij ons verstrekingsbeleid. - Bv HKZ keurmerk De ISO blijft landelijk een goed instrument om kwaliteit te toetsen. Wat ik mis is niet een systeem maar een manier waarop innovatie, afschalen en openheid en transparantie van aanbieders worden gestimuleerd en beloond. • In de huidige kwaliteitseisen is opgenomen dat de aanbieder moet aantonen dat ze werkt met bewezen effectieve interventies. Hoewel wij ondersteunen dat gestreefd moet worden naar effectieve zorg verwijzen we u hiervoor naar de NJI die stelt: Veel interventies die in de praktijk worden gebruikt, zijn niet zonder meer aan te duiden als 'bewezen effectief'. Dat betekent nog niet dat de kwaliteit van die interventies slecht is; het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt echter. • Deze eis zou gewijzigd kunnen worden in: De jeugdhulp wordt uitgevoerd volgens de voor de doelgroep, het vakgebied en de discipline geldende richtlijnen (Richtlijnen van Kenniscentrum Kinder- & Jeugdpsychiatrie', de 'Richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming' van het NJI en de 'Richtlijn effectieve Interventies LVB' van het kenniscentrum LVB). • Volg de wetten die er al zijn. Draaf niet door in controles en steeds hogere eisen waar ook hogere tarieven voor noodzakelijk zijn. Geen - Bv HKZ keurmerk. Het is wellicht een idee om de relatie te leggen tussen de begeleiding en het verlangde opleidingsniveau van de persoon die de begeleiding uitvoert. Hierdoor zou er ook een relatie moeten komen en blijven tussen het overeengekomen vereiste opleidingsniveau, rekening houdend met multidisciplinaire evaluatie, en de overeenkomen tarieven. • Kwaliteitskeurmerk • Opleidingsniveau per product beschrijven Iso en HKZ Goedwerkend clientadministratie systeem
--	---

	Belangrijk is de deskundigheid van de medewerkers, er moet kennis en affiniteit zijn over/met de doelgroep. Belangrijk is de psychiatrische kennis van de medewerkers. Deskundigheidsniveau medewerkers, in dienst hebben van een orthopedagoog/psycholoog. CAO keuze en deze ook als zodanig hanteren Verder is het van belang dat de 24 uren bereikbaarheid goed geregeld is. Daarnaast moet de organisatie voldoen aan kwaliteitseisen als keurmerk, en een duidelijk onderbouwde visie op beschermd wonen hebben. zorgplan, beleid (met o.a. afspraken over evaluatie), zorgovereenkomst.Zie handreiking VNG, opgesteld i.s.m. diverse groep aanbieders van beschermd wonen. Ten aanzien van BW: • Medicatie uitgifte en certificering medewerkers; • Samenwerkingseisen netwerkpartners; Algemeen • Gedegen trajectstart dmv analyse en verdieping in de cliënt; • Evaluatiecyclus; • Borgen van veiligheid zowel fysiek als sociaal; • Gedegen incident afhandeling; • VOG/diploma's; Wij hanteren de het ISO kwaliteitssysteem, wat volgens ons garanties biedt om kwaliteit te bieden. De procedures zijn transparant en bieden de gemeente ruime mogelijkheden om te kunnen volgen wat wij kwalitatief doen. Daarnaast is er de mogelijkheid van gemeentelijk toezicht waarvoor wij altijd open staan. Het moge duidelijk zijn dat wij vinden dat de aandacht die wij besteden aan de context onderdeel zou moeten zijn van de gemeentelijke kwaliteitscriteria maar we realiseren ons dat we daar niet over gaan.
6. Hoe staat u tegenover de acceptatieplicht voor u als zorgaanbieder om inwoners met zeer complexe en/of gecombineerde problematiek beschermd wonen te bieden? Onder welke voorwaarden?	Een acceptatieplicht kan maar ten dele en is afhankelijk van de plaats en de ruimte. Van groot belang is dat er voldoende draagkracht is in de buurt, niet een opeenhoping van inwoners met complexe en/of gecombineerde problematiek. Begeleiding en achterwacht goed organiseren, vooral bij incidenten en/of calamiteiten een snelle plan van aanpak klaar hebben of al hebben liggen. Samenwerking met Fact team en GGD, casuïstiek bespreken.De-Bruggen staat positief over tegen deze acceptatieplicht, daarnaast heeft onze organisatie al een redelijk draagvlak voor deze cliënten. Wel is het van belang dat er gezamenlijk gekeken wordt naar een goeie crisis / time out mogelijkheid. Deze mogelijkheid is vooral van belang voor het waarborgen van de veiligheid van de groep. Deze time-out regeling zou door onze organisatie en netwerkpartners gerealiseerd kunnen worden. Voor crisis moet goed ingezoomd worden op de veiligheidsrisico's. Hiernaast

	moet er een gedeelde verantwoordelijkheid gecreëerd worden voor de heftige casussen. Denk hierbij aan een netwerk van meerdere instanties zoals politie / ggz / gemeente/ zorgaanbieder en behandelaar. Mits ruimte geen probleem. hierbij moet je ook weer kijken naar de cliënt, de huisvesting, de organisatie (is niet altijd afhankelijk van de grootte van de organisatie) en de woonomgeving (o.a. samenstelling van de groep), ook dit is maatwerk. Wij vinden dat dan vaak tekort wordt gedaan aan de ondersteuning aan de cliënten die op dat moment al in zorg zijn. De afweging om iemand in zorg te nemen hangt ook samen met de groep die je op dat moment in zorg hebt. Passen de cliënten bij elkaar en zorgen ze niet voor een terugval bij elkaar. Als zorgorganisatie wil je zorg bieden aan iedereen echter dien je ook je bestaande groep te beschermen en hun zorg mag er niet onder leiden. Je behaalt betere resultaten als een cliënt de juiste plek krijgt, die past bij hem/haar en bij de groep. Het moet elkaar versterken. Om te kunnen realiseren dat aam complexe en/of gecombineerde problematiek direct op een passende plek beschermd wonen geboden kan worden is het noodzakelijk dat de zorgpartijen in de regio goed samenwerken en allemaal goede kwalitatieve zorg bieden. Daarnaast moet het financieel mogelijk zijn voor een zorgorganisatie om (meerdere) cliënten met complexe problematiek in zorg te hebben, dit heeft natuurlijk directe gevolgen op de hoeveelheid personeel/begeleiding. Geen antwoord. Hier staan wij zeer negatief tegenover. De veiligheid van de bestaande bewonersgroep moet altijd gewaarborgd blijven. Daarvoor is het noodzakelijk om opname van nieuwe mensen altijd kritisch te beoordelen en toetsen. Alleen zorgaanbieders die beschikken over plaats voor bij voorbeeld 5 woongroepen of meer, waarbij er altijd meerdere opties zijn om uit te kiezen zouden evt. een acceptatieplicht moeten hebben. Bij ons niet. We zijn een gezinshuis en we hebben WMO beschermd wonen aangevraagd omdat sommige cliënten op hun 18^e nog niet aan verhuizen toe zijn of er geen vervolgplek voor ze is. Het accepteren van complexe cliënten bij onze andere cliënten van 10 / 11 jaar lijkt ons geen succes. In principe accepteert Cosis alle cliënten, waarbij we nagaan of we de cliënt veilig en verantwoord de zorg kunnen bieden. Dit mede in relatie tot veiligheid van andere cliënten, medewerkers en omwonenden. Er kunnen redenen zijn om een individuele cliënt op enig moment niet in zorg te nemen. Om die reden staan we niet positief tegenover een acceptatieplicht. We zien wel dat de vraag naar beschermd wonen plekken voor cliënten met een zeer complexe en/of gecombineerde problematiek toe neemt. We vinden het belangrijk om ook voor deze inwoners passende zorg te bieden. In samenwerking met de gemeentes en ander zorgaanbieders willen we onderzoeken wat voor deze doelgroep een passende zorgaanbod zou kunnen zijn. Geen acceptatieplicht, meer richten op specialisatie i.p.v. generalisatie
--	---

	Wij denken dat het altijd goed is om te kijken wat de randvoorwaarden zijn met betrekking tot de instroom en de samenstelling van de groep. Wij willen als zorgaanbieder zeker zeer complexe en/of gecombineerde problematiek beschermd wonen bieden. Echter gezien groepssamenstellingen is het ook goed om risico's en veiligheid goed in kaart te brengen. Hierover willen we graag met de gemeente in gesprek, zodat we beter weten wat de gemeente hier precies onder verstaat. Een client moet passend zijn in de setting van de zorgaanbieder, de zorgaanbieder moet de zorg kunnen leveren en passend personeel beschikbaar hebben. Een acceptatieplicht is niet aan de orde, een zorgaanbieder hanteert nu eenmaal in- en exclusiecriteria. Gemeenten kunnen niet verwachten dat Beschermd wonen aanbieders alle soorten cliënten met diverse en uiteenlopende problematiek de zorg kunnen bieden die nodig is. Geen acceptatieplicht, meer richten op specialisatie i.p.v. generalisatie.. Wij willen altijd in contact blijven over bewoners met zeer ingewikkelde problematiek want dat is ook onze specialiteit. Wij vinden een acceptatieplicht wel een lastig gegeven aangezien wij wel willen blijven (mee) beoordeling of een eventuele nieuwe bewoner in de huidige groep past. n.v.t. Acceptatieplicht is alleen mogelijk wanneer er goed overleg plaatsvindt. Dit omdat er dan kan worden gekeken of de veiligheid van personeel en cliënten kan worden gewaarborgd. Ten aanzien van de acceptatieplicht is het steeds van belang dat er een objectieve afweging gemaakt wordt of deze inwoners vrijwillig geplaatst willen/kunnen worden en wat het gevaar criteria is. In hoeverre is deze inwoner een gevaar voor zichzelf en/of zijn directe omgeving. Vallen dergelijk inwoners/cliënten binnen de arrangementen of gelden hiervoor andere financiële condities voor. Ook moet goed gekeken worden wat de impact van een acceptatieplicht is voor de zorgaanbieder. hier staat wij niet positief tegenover. Icare biedt op dit moment Beschermd Wonen aan slechts enkele cliënten. Dit is een afbouwscenario: als deze cliënten verhuizen of overlijden, nemen wij (op dit moment) geen nieuwe Beschermd wonen cliënten op. Passende zorg staat wat ons betreft voorop en dit komt in het geding bij een acceptatieplicht. Een verkeerde match van hulpvraag en zorgaanbod zorgt voor schade (faalervaring, verergering problematiek, rondpompen van mensen, destabilisering) i.p.v. ontwikkeling en verbetering. Hierbij zorgt specialisatie van de zorg voor betere expertise en daarmee kortere zorgtrajecten, meer toekomstbestendigheid van de ondersteuning en minder onnodige interventies.
--	--

	Positief, maar voorwaarden: • Begrip en tegemoetkoming als het gaat om incidenten en calamiteiten. • Geldinjectie zodat de aanbieders de faciliteiten en medewerkers kunnen borgen voor deze doelgroep. • Ontwikkeling voor een apart kwaliteitskader voor complexe cliënten naast het Drentse kwaliteitskader. • Ondersteuning van de gemeente in het stroomlijnen van lokale belanghebbenden. • Tijd: om zaken te ontwikkelen en weg te zetten. Niet opeens nieuwe systematiek en gaan met die banaan. Hiervoor zou een specialistische voorziening een uitkomst kunnen zijn, waar de gemeente in mee participeert. Een aantal bedden waarvoor een vaste tariefafpraak per dag ligt. Heirdoor kan er direct snel geschakeld worden en hoog specialistisch worden ingezet, wat in de meeste gevallen dan ook nodig is. Hierbij zal er sprake moeten zijn van een intensieve samenwerkingsrelatie met de gemeente, waar bij er met regelmaat geëvalueerd wordt op een aantal KPI's, waaronder veiligheid! Voor ons is dat geen item. Dat doen we namelijk toch. Het zit in de genen van ons bedrijf om juist die doelgroep te bedienen. Om dat verplicht te stellen aan anderen die daar niet op ingericht zijn lijkt geen goed idee. We kunnen ons wel voorstellen dat gemeenten een rol hebben om zorgaanbieders uit te nodigen om kennis te delen en zo het aanbod te vergroten.
7. Hoe staat u tegenover een Time-outvoorziening? En waar moet deze time-out voorziening aan voldoen?	Stichting BEZINN is zelf bezig met de ontwikkeling van Time Out plekken en dus een voorstander voor Time-out plekken en heeft daar ideeën voor. Niet het creëren van deze plekken (aparte locatie) maar wel de financiering is een knelpunt. Er zijn nu te weinig plekken en er is wel voldoende vraag,(tekort). Dit vergt een goede samenwerking van bestaande aanbieders en professionals. Het delen van informatie met ondersteuning en samenwerking met onbekende of bekende expertise partijen voor behandeling. Een tijdspad afspreken met start en einddatum binnen time-out. Begeleiding en tijd organiseren om passende vervolgplek of bewerkstelligen terug naar huidige woonplek. Te uitgebreid om hier verder te beantwoorden. De-Bruggen heeft in Groningen een time-out convenant met verschillende partijen. De voorzieningen hebben afspraken gemaakt die door deze partijen ondertekent zijn. De-Bruggen zal dit ook graag in Drenthe zien ontstaan. Belangrijk hierbij is dat er van te voren een eerlijke en warme overdracht plaatsvindt. Zo kan je administratief denken aan het invullen van een risicotaxatieanalyse en het maken van afspraken over verantwoordelijkheden en verslagleggingen. De-Bruggen is betrokken geweest bij het ontwikkelen van het huidige time-out beleid in Groningen en zou in overleg met Terwille dit kunnen realiseren in Drenthe. Geen antwoord. Dat kan in sommige gevallen heel nuttig zijn om de organisatie en de cliënt tijdelijk te ontlasten. Het moet een bed, bad en brood functie hebben, ook qua sfeer. De drempel om terug te keren naar de eigen woonvoorziening moet zo laag mogelijk blijven.

	Wij staan positief tegenover een Time-out voorziening. Zeker in een rustige omgeving met goede begeleiding. Naar onze mening dient er bij een time-out de financiële afhandeling onderling (tussen beide zorgorganisaties) te worden opgepakt. Geen antwoord. Hier staan wij positief tegenover, wij kunnen dit echter zelf niet bieden (geen fysieke ruimte voor) Bij fysieke agressie is een time-outplek of een andere plek heel erg welkom. Niet alleen bij WMO maar ook bij Jeugd. Voornaamste doel: het moet er zijn! En ook toegankelijk zijn zonder allerlei ingewikkelde procedures etc. We hebben zelfs al eens bedacht, dat de zorgverleners dit gezamenlijk maar moeten opzetten. En “abonnementsgeld” betalen met zijn allen om er beroep op te kunnen doen. Het is echt vreselijk dat zo’n vangnet er niet is. Wij denken dat u met een Time-outvoorziening doelt op een voorziening voor inwoners met psychiatrische problematiek die (nog) geen BW indicatie hebben, maar tijdelijk wel extra ondersteuning nodig hebben die niet in de thuissituatie geboden kan worden. Als u dit bedoelt staan wij positief tegenover een time-out voorzieningen zouden dat concept graag in overleg met de gemeente willen ontwikkelen. Waarbij de uitgangspunten zijn: A. Passend bij de ondersteuningsbehoefte van de inwoner Marktconsultatie beschermd wonen Cosis Pagina 5 van 7 TenderNed-kenmerk: 217771 B. Passende ondersteuning, zoals bijvoorbeeld opgeleide ervaringsdeskundigen C. Volgens dezelfde kwaliteitseisen als beschermd wonen. - Time-out moet een directe behoefte kunnen garanderen Positief. De time-out voorziening moet voorzien van ruimte, rust en genoeg medewerkers. Duidelijke aanpak hoe een time-out er uit moet gaan zien. We staan hier wel voor open. Er zou bijvoorbeeld een Time Out bed aangevraagd kunnen worden als de Time Out bijdraagt aan het stabiliseren van de (thuis)situatie en een crisisopname in psychiatrie, ziekenhuis of verslavingszorg niet aan de orde is. Het betreft een kortdurend verblijf (bijvoorbeeld 4 nachten) en de verwijzer of reeds betrokken hulpverlener blijft verantwoordelijk voor de situatie. Geen Time-out moet een directe behoefte kunnen garanderen. . Hebben we geen mening over. Als dit boven-provinciaal plaats mag vinden; is het voor ons goed te organiseren.
--	---

	Dit lijkt ons een goede voorziening. Afhankelijk van de leeftijden van de cliënten. Een time-outvoorziening lijkt me wenselijk voor crisisinterventie /kortdurend verblijf. Een time-outruimte vergroot de flexibiliteit Deze ruimte moet prikkelarm /veilig zijn. Nvt. In samenwerking met andere organisaties staan wij er voor open om time out plaatsen te realiseren. Time out plaatsen moeten duidelijk gekaderd worden. Heldere afspraken over doel, duur (tijd), invulling in de dagelijkse routine, bekostiging, wie is wanneer verantwoordelijk, risico's in kaart brengen zoals suicide etc. De organisatie die een time out nodig heeft moet ten alle tijden meedenken aan dit soort facetten. Samenwerking en goede afstemming is heel belangrijk. Positief! • Snel kunnen schakelen; • Deskundig personeel; • Overkoepelende samenwerking en altijd beschikbare plekken. Dat betekent kunnen op en afschalen van beschikbare plekken. Mogelijk geld om plekken te reserveren. • Geen afschuif of dumpplek. Aanbieder blijft verantwoordelijk en regie voeren. • Bovenregionaal te organiseren op basis van regionale financiering. Een time-out voorziening in georganiseerd verband en dus min of meer permanent beschikbaar zal ertoe leiden dat deze ook wordt gebruikt. Ook in gevallen waarvoor andere oplossingen nog mogelijk zijn. Een time out kan nodig zijn maar met de huidige voorzieningen lukt het ons vaak om dat te organiseren. Wat in de weg zit zijn wettelijke kaders die het gebruik van een time out onmogelijk maken en dat wordt niet opgelost door een time-out voorziening in georganiseerd verband.
8. Hoe ziet u de invulling van dagbesteding binnen beschermd wonen? Welke mogelijkheden ziet u?	Dagbesteding kan mogelijk beter en korter omschreven worden. Wat wordt bedoeld met educatief, onderwijs (tijdelijk) omschrijven, M3 is wat ons betreft de grootste groep, alleen is dit ook maatwerk en niet alleen eenvoudige werkzaamheden. En wij vragen ons af of 3 opties nodig zijn, zie eerder vraag en antwoord. Goed kijken naar huidig beeld en wat passend is in overeenstemming met cliënt, wettelijke vertegenwoordigers, toegangsmedewerker van de gemeente en zorgaanbieder. Vaak kan een recent diagnostisch onderzoek ook helpen bij de invulling van de zorgvraag, wat is nodig en haalbaar.

	Binnen ons beleid is een zinvolle dagbesteding van uiterst belang, mogelijkheden zijn school, werk of dagbesteding. De-bruggen is van mening dat er een passend uitgebreid aanbod in de regio moet zijn. Allemaal hetzelfde doen heeft geen nut. Daarom zijn wij groot voorstander van samenwerkingsverbanden omtrent dagbesteding, om te zorgen voor een goed passend uitgebreid aanbod. Aansluitend bij de verschillende doelen binnen de dagbesteding doorgroeien naar werk of educatie. De-Bruggen is groot voorstander van ervaren leren en zou hierin een sportieve dagbesteding in de regio kunnen realiseren. Ongeacht indicatiestelling is deelname aan dagbesteding binnen Phusis een basisbeginsel. Veel mensen die Beschermd Wonen afnemen zouden in staat kunnen zijn om (meerdere dagen dan wel fulltime) naar dagbesteding te gaan vanwege de structuur en zinvolle invulling van de dag die ze hiermee genereren, zeker als de dagbesteding intern geregeld is. Wanneer er meerdere arrangementen zijn voor dagbesteding kan er door Phusis adequater worden ingezet op passende zorg bij voorkeur buiten de woonlocatie, wat aansluit op de interesse en vaardigheden van de cliënt. Wij hebben momenteel dagbesteding binnen beschermd wonen. Wij denken dat het zeer goed is voor de betreffende doelgroep. Zo krijgen ze in een veilige omgeving toch een goede dag invulling. Daarnaast richten wij ons voornamelijk op zelfstandig wonen (lamp vervangen, muren sausen, boodschappen doen/koken ed.). op dit moment hebben wij een aantal deelnemers die bij ons dagbesteding hebben uit een BW arrangement. Voor hen is het belangrijk om buitenshuis te werken. Het budget is laag, omdat dit uit het arrangement wordt gehaald. Hierdoor komen zij een laag aantal dagdelen. Op dit moment lijkt dit voldoende. Voor de toekomst zal er mogelijk beperking zijn in uitbreidingsmogelijkheden. Wij kiezen in ons BW-aanbod voor een scheiding van wonen en werken. Voor nieuwe BW-clënten gaan wij altijd meteen op zoek naar aanbieders met passende dagbesteding in de naaste omgeving. De db wordt dan uitbesteed. We kunnen geen dagbesteding bieden gezien onze kleinschalige opzet. Dit is individueel gericht en altijd gericht op ontwikkelingsmogelijkheden. Een aantal bewoners van de BW zal de weg zoeken/ vinden naar de Inloop. Hier vinden mensen heel laagdrempelig sociale contacten en activiteiten. In de Inloop wordt door begeleiding van Cosis al snel met hen het gesprek aangegaan over verdere mogelijkheden en kan vervolgens de beschikking voor dagbesteding ingezet worden. Direct vanuit de BW (op deze locatie) laten we bewoners aansluiten en meedoen aan activiteiten en werkzaamheden van een WDL (Werken Dagbesteding Leren) locatie. Bijvoorbeeld het tuinonderhoud van een BW. We betrekken daarmee
--	---

	cliënten op heel laagdrempelige wijze bij het werken. Binnen bepaalde tijd kunnen we zorgen dat deze cliënten ook mee gaan doen in een omgeving buiten de BW. Dat betreft dan een buurthuis, een WDL locatie of een werkplek bij een werkgever. Op deze wijze zien we diverse mogelijkheden, die individueel ingevuld worden. Het is afhankelijk van de cliënt zelf hoe veel, hoe snel en tot welk niveau deze kan groeien. Sommige bewoners zullen uitkomen op in stand houden van vaardigheden en voorkomen van sociaal isolement, anderen kunnen zich ontwikkelen naar een opleidingsplek of vrijwilligerswerk en een aantal kan groeien naar een werkplek, betaald of onbetaald, met of zonder begeleiding (bv jobcoaching) bij een werkgever. Samen met bv UWV en WPDA hebben we een casus overleg ingesteld. Hierin bespreken we casuïstiek waarbij we denken dat het kansrijk is om mee-werkers zonder arbeidsvermogen tòch toe te leiden naar (betaald) werk. Hierin zijn bewoners vanuit een BW nadrukkelijk ook onder onze aandacht. Bewoners van de BW kunnen dus gebruik maken van de infrastructuur van WDL die er al is. En die is er op het gebied van VB en GGZ, intern en bij werkgevers, in een groep met een begeleider van Cosis of individueel bij een werkgever via een onbetaald traject met een begeleider of een betaald traject met een trajectbegeleider cq jobcoach. Bij afschalen van BW/ verhuizen naar een zelfstandige woonplek vraagt dit overigens ook aandacht voor de indicatie dagbesteding/ WDL vanuit de reguliere WMO-financiering. - Integratieve dag / wonen aanbieden - Focus op resultaten Positief. Daarbij zien wij mogelijkheden in samenwerking tussen verschillende partijen. Te denken valt ook aan de opbouw van werk- en leertrajecten, waarbij cliënten steeds meer participeren in de maatschappij aan de hand van vaardigheden binnen elke trede van de ladder. Wij willen in de toekomst inzetten dat onze doelgroep kwetsbare moeders en/of aankomende jonge moeders ervaring kunnen op doen bij omliggende bedrijven (bv. schoonmaak werkzaamheden, kinderopvang etc.). Daarnaast zijn wij aan het onderzoeken of wij zelf wat kunnen aanbieden aan onze doelgroep met betrekking tot dagbesteding. Dagbesteding is cruciaal in het activeren van de cliënt en te zorgen dat er structuur en regelmaat bestaat. De dagbesteding dient verder passend te zijn bij de behoeften en interesses van de cliënt. Dit betekent dat dit niet altijd op locatie van de aanbieder hoeft te zijn.
--	--

	- Integratieve dag / wonen aanbieden - Focus op resultaten. We zien dagbesteding als een waardevolle aanvulling op beschermd wonen. Sluit dagbesteding binnen de BW niet uit. Cliëntgebonden. Dagbesteding voor cliënten Beschermd Wonen vinden wij van groot belang. Structuur, contacten kunnen aangaan/onderhouden/ bezigheid kan bijdragen aan het welbevinden van deze cliënten. Op dit moment heeft BiOns nog geen locatie Beschermd Wonen; in onze ambitie zouden wij graag op een dergelijke locatie ook dagbesteding aanbieden. Uiteraard kan het voor sommige cliënten juist goed zijn een dagbesteding elders te hebben. dagbesteding wordt geboden in de locatie waar de betreffende client woont – in de vorm van activiteiten waar hij/zij desgewenst bij kan aansluiten. Er wordt aansluiting gevonden bij de wens/behoefte van de client. Interne dagbesteding kan voor cliënten de eerste stap zijn naar andere vormen van participatie en is daarom belangrijk om te organiseren. Onze inzet is er altijd op gericht dat de cliënt zich kan ontwikkelen in een veilige, beschutte omgeving onder deskundige begeleiding. Bij voldoende stabiliteit, competenties en vaardigheden kijken we naar de volgende stap van re-integratie door opleidingen te zoeken of een gepaste werkplek. Dagbesteding in welke vorm dan ook moet een wezenlijk onderdeel uitmaken van het traject van een cliënt welke gebruik maakt van het beschermd wonen. Belangrijk om te realiseren is dat als een cliënt bijvoorbeeld 3 dagen naar school gaat er nog 4 dagen zijn waarop wel dagactiviteiten moeten worden georganiseerd door de aanbieder. Hier moet ook financiering voor zijn. Anders gaat de cliënt zich onttrekken van het groepsproces. Hierdoor ontstaat een foute groepsdynamica, waardoor je weer beheersmatige problemen krijgt ten aanzien van de cliënten die wel de dagbesteding moeten volgend. Daarnaast is de indeling zoals NMD deze heeft; educatief, arbeidsmatig of gewoon db werkbaar. Alleen moeten wel alle partijen op de hoogte zijn van wat dit inhoudt en wat voor type cliënt daar bij past. Ook zal er zoveel mogelijk aansluiting moeten zijn bij reeds bestaande voorzieningen en trajecten. Zoals scholen, UWV-trajecten, trajecten vanuit het Werkplein, Vrijwilligerswerk, etc. Wij kiezen er altijd voor om dagbesteding buiten beschermd wonen te organiseren, liefst door gebruik te maken van wat de lokale samenleving van nature biedt.
9. De gemeenten denken er aan om gebruik te maken van een	Hier kunnen wij ons in vinden, spreek de evaluatie datum(s) af en nodig in startfase alle partijen uit die aanwezig moeten zijn om te komen tot een juist besluit en bespreking van te volgen methodiek. En stel vast dat er overeenstemming is van

proefperiode van drie maanden om hierna het definitieve arrangement en de trajectduur vast te stellen. Hoe denkt u hierover?	het resultatenplan op domeinen, hoofd- en sub resultaten. Te beginnen met vragen wat de cliënt graag wil en denkt nodig te hebben. Beter gebruik maken van ZRM en recent diagnostisch onderzoek. Als het goed wordt weggezet is dit een mogelijkheid, echter kunnen dit soort processen de administratieve druk weer verhogen deze last moet goed overwogen worden. Positief. Het perspectief van een nieuwe bewoner kan daarmee nog beter in kaart worden gebracht. Het is goed om op een bepaald moment te evalueren of een indicatie passend is (te laag of te hoog) en bij voorkeur telefonisch om de werkdruk niet te verhogen. Verder kan het in sommige gevallen wenselijk zijn om een proefperiode in te stellen, maar ook dit is weer maatwerk (afhankelijk van de problematiek). Als iemand stabiel is dan is een proefperiode niet nodig en ook niet wenselijk. Bij de start van een traject bespreken of een proefperiode wenselijk is? Wij vinden dit een goed idee. Tijdens een keukentafelgesprek komt niet alles naar voren (of juist meer dan nodig). Op deze wijze heeft de organisatie 3 maanden de tijd om te observeren plus een plan op te stellen. Er kan goed gekeken worden wat de client daadwerkelijk nodig heeft: minder/meer ondersteuning. Op deze wijze kan er nog meer maatwerk worden geleverd. Geen antwoord. Bij nieuwe mensen lijkt mij dit een goed idee. Mensen die al (lang) een BW-indicatie hebben en verhuizen, daarvoor hoeft je dit niet te doen. Er moet altijd een mogelijkheid tot herindicatie blijven bij veranderende zorgzwaarte/zorgvragen. Trajectduur is iets wat bij onze doelgroep (zoals gezegd, blijvende handicaps, dus Langdurige Zorg trajecten) niet zou moeten bestaan. Geeft onzekerheid, onrust en onnodige stress. Wanneer het met mensen zo goed zou gaan, dat ze weer zelfstandiger zouden kunnen wonen, dan geven cliënten deze behoefte vrijwel altijd snel genoeg zelf aan en kun je gaan afschalen naar een lager arrangement en minder intensieve begeleidingsvormen. De inzet moet altijd zijn, zo min mogelijk zorg inkopen. Maar op bovengeschetste manier gaat de aandacht uit naar welk arrangement er dan moet komen, hoelang moet het traject dan duren etc. Dit leidt waarschijnlijk tot oeverloos gehakketak. En de aandacht gaat niet uit naar: wat kan de cliënt, wat voor mogelijkheid zijn er voor de cliënt, wat is er voor nodig, kan cliënt doorstromen naar beschermd thuis, zijn er überhaupt opties? En dit is wat er gebeurt. Bezuinigingen willen doorvoeren maar op een manier dat dit leidt tot aandacht tot niet-zorg taken. - Wij verwachten dat dit heel veel onrust en onzekerheid geeft bij cliënten en dat dit niet herstel bevorderend werkt. Als alternatief stellen wij voor om na drie maanden als aanbieder een terugkoppeling aan de gemeente te verstrekken om op basis daarvan het definitieve arrangement en trajectduur vast te stellen. i.s.m. zorgaanbieder prima
---	---

	Dat hangt af waar deze proefperiode uit bestaat. Wat zijn de voorwaarden en wat als iemand een proefperiode niet doorkomt? Deze vraag roept nog veel vragen op. Duidelijkheid is dan ook gewenst voordat we hier wat over kunnen zeggen. De doelen, verwachtingen en verantwoordelijkheden moeten voorafgaand duidelijk gecommuniceerd en vastgelegd worden. We vragen ons wel af hoe de eerste 3 maanden dan vastgesteld en betaald worden. Om helder te krijgen wat de zorgvraag van een cliënt is, is dit – ook in het belang van de aanbieder – wenselijk. Niet altijd is bij intake helder hoe groot (of hoe klein) de problematiek is. Wel leidt dit tot het vergroten van de administratieve druk. i.s.m. zorgaanbieder prima.. Hier geloven we niet in! Dat vinden we een goed idee; meer klantgericht. Wanneer hier een passende vergoeding tegenover staat, staan wij hier positief tegenover. Wanneer het de bedoeling dat in de proefperiode duidelijk wordt om welke problematiek het exact gaat staan wij hier open voor, mits er ook goede afspraken zijn over de financiering tot dan toe. Voor aanbieders is het wel lastiger wanneer het arrangement na drie maanden naar beneden wordt bijgesteld qua financiering. geen mening (wij nemen geen nieuwe cliënten meer op). Wij verwachten dat dit heel veel onrust en onzekerheid geeft bij cliënten en dat dit niet herstel bevorderend werkt. Als alternatief stellen wij voor om na drie maanden als aanbieder een terugkoppeling aan de gemeente te verstrekken om op basis daarvan het definitieve arrangement en trajectduur vast te stellen. Wij hanteren een observatieperiode, in deze periode kunnen we aan beide kanten kijken hoe een cliënt zich ontwikkelt en of wij een passende plek kunnen bieden. Zeker met resultaatafspraken kun je na drie maanden een beter beeld geven van de in te zetten zorg dan voorheen. Het geeft cliënten wel rust als ze gelijk weten dat ze na intake, en het hebben van een indicatie wonen pakket, bijvoorbeeld een jaar de tijd krijgen om zich te ontwikkelen. Positief. Verlengde oriëntatiefase. Waarbij pas na drie maanden een definitief plan komt. Fases: Oriëntatiefase -> acceptatieplicht -> financiering gericht op advies en vervolg -> basisplan gelijk voor iedereen eerste drie maanden -> onderzoek en oriëntatie -> samenwerking Behandelingsinstanties -> moeilijkheid binnen 3 maanden goede
--	--

	diagnostiek te krijgen -> advies naar opdrachtgever met plan -> definitieve financiering en trajectduur. Wij maken al gebruik van een uitvoerige intake en plaatsingsprocedure die zo ingericht is dat de client ervaart dat hulpverlening onmiddellijk start. Mocht desondanks blijken dat er na drie maanden toch inschattingfouten gemaakt zijn, mag van de zorgaanbieders worden verwacht dat zij dit melden. Met andere woorden het lijkt ons een overbodige procedurele maatregel die alleen meer administratie met zich meebrengt.
10. Levert het afschalen van beschermd wonen naar beschermd thuis problemen op voor uw organisatie op het gebied van huisvesting/financiën?	Ja op verschillende terreinen. Mogelijk een soort van overbrugging arrangeren. Hiernaast is de doelgroep bij zorgboerderijen vaak zo complex dat er een waarborg geëist moet worden op het gebied van mentorschap en/of curatorschap. Er zijn bijna altijd meervoudige problemen op alle levensgebieden met soms verslaving en/of recidief gedrag. Hiernaast moet er meer informatie gegeven worden over het ontkoppelen van wonen en zorg en de consequenties hiervan. Qua huisvesting ben je bij beschermd wonen afhankelijk van het aanbod van de regio, er zijn gemeenten waar dit problemen oplevert het versoepelen van initiatieven zou dit probleem op kunnen lossen. Daarnaast is het vaak zo dat woningen beschikbaar komen in de wijken waar de sociale draagvlak minder hoog is en/of er al overlastproblemen spelen. Ja, zie vraag 4. Dat kan zeker problemen opleveren i.v.m. huurtermijnen, arbeidsovereenkomsten, overige vaste / variabele lasten. Het levert vooral een probleem op wat betreft huisvesting omdat er geen geschikte woonruimte voor handen is voor mensen die uitstromen. Indien er voldoende woongelegenheden zou zijn dan zou het kunnen dat het voor sommige zorgorganisaties problemen gaat opleveren met oog op leegstand van de woonlocaties, wat betreft onze zorglocaties maken wij ons hier geen zorgen om. Geen antwoord. Ja, zie toelichting over (24uurszorg) doelgroep hierboven. Wij hebben een zeer kleinschalige woonvorm voor 6 bewoners. Om 24uurszorg te kunnen blijven bieden, dient de woonvorm 100% bezet te zijn. In onze woonvorm wonen echter ook WLZ cliënten. Nee, we zijn een gezinshuis die als extra “service” beschermd wonen aanbiedt aan cliënten die nog niet elders kunnen wonen wanneer ze 18 jaar zijn. Ja, i.v.m. leegstand van vastgoed en langdurige aangegane huurverplichtingen. Als een cliënt een beschikking krijgt zonder wooncomponent en er is nog geen woning beschikbaar, levert dit frictie op. Daarbij zijn veel van de huidige BW woonplekken van Cosis niet geschikt om ‘om te klappen’. Hier kunnen verschillende redenen aan ten grondslag liggen. Het brengt ook andere risico’s met zich mee bijvoorbeeld juridische risico’s bij ‘omklapwoningen’, omdat wij dan opeens geen zorgaanbieder meer zijn, maar verhuurder. - Eerst vaardigheden om te kunnen wonen - Resultatenmatrix maken - Blijft altijd een categorie voor 24-uurszorg

	- Zie problematiek GGZ langdurige zorg psychiatrie Nee, we hebben de mogelijkheid vanuit beschermd wonen af te schalen naar specialistisch ambulant dan wel regulier ambulant, indien mogelijkheden op doorstroom gerealiseerd zijn. Doorstroom naar de reguliere woningmarkt. Wel is de huizenmarkt voor de doelgroep krap. • Flexibel inzetbare intensieve begeleiding voor een aanzienlijk aantal uren gedurende meerdere dagen per week (of zelfs iedere dag), die garandeert dat mensen die zelfstandig (gaan) wonen voldoende continuïteit en nabijheid van hulpverleners ervaren zou helpend zijn. Op deze manier wordt het risico op terugval en (opnieuw) onveiligheid en beschadiging van cliënten beperkt. • Schulden, inkomen en armoede zijn de belangrijkste opgaven voor cliënten die (in de toekomst) zelfstandig willen wonen. Een mogelijk resultaat van zelfstandig wonen is dat cliënten minder geld overhouden om van te leven dan toen zij intramuraal woonden. Met name voor jongvolwassenen onder de 21 jaar is het norminkomen (te) beperkt om van te leven. Ouders hebben voor hen een onderhoudsplicht maar kunnen of willen vaak niet meebetalen aan deze jongvolwassenen. • Er zijn weinig goedkope kleine woningen beschikbaar en er zijn ook andere groepen die daarop een beroep doen zoals ouderen die langer zelfstandig blijven wonen, vluchtelingen met een verblijfsstatus en andere groepen waaraan de woningcorporatie en de gemeenten prioriteit willen geven. • Om de uitstroom uit de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen te bevorderen is betaalbare huisvesting nodig. In veel gevallen kan niet kan worden voldaan aan de behoefte. Hierdoor ontstaat het risico dat dure intramurale plekken in stand gehouden worden. Met name in stedelijke gebieden is er een te kort aan woonruimten. Daarbij stellen woningcorporaties ook eisen aan het verstrekken van woonruimten: zij geven aan dat elementen als woonbegeleiding, schuldhulpverlening, budgetbeheer e.d. rand voorwaardelijk zijn om een woonruimte beschikbaar te stellen. Geen - Eerst vaardigheden om te kunnen wonen - Resultatenmatrix maken - Blijft altijd een categorie voor 24-uurszorg - Zie problematiek GGZ langdurige zorg psychiatrie..
--	--

	We zijn nog niet ingericht op beschermd thuis. Schaalgrootte in verband met toezicht. Is ook afhankelijk hoe ver beschermd thuis af ligt van de beschermd wonen locatie in verband met reistijd. Zeker levert dit problemen op, echter willen wij wel ieder een goede beschermd thuissituatie te kunnen bieden. Dit willen wij doen met systeemgericht werken. Huisvesting is vaak een probleem. Het zou een oplossing kunnen zijn een samenwerking te vinden met een woningbouw corporatie en afspraken over huisvesting te maken. Uitstroom kan bijvoorbeeld betekenen dat de woningbouw binnen 3 maanden nadat de client moet uitstromen een woning gevonden heeft. Het afschalen van de inhoudelijke zorg is geen groot probleem. als hier wordt bedoeld dat de cliënten de locatie verlaat, dan vullen wij deze ‘plaats’ op met een Wlz client. En dan levert dit geen problemen op voor onze bedrijfsvoering. Ja, er zijn onvoldoende financiële middelen voor cliënten tot 23 jaar en onvoldoende beschikbare betaalbare huurwoningen. Hierdoor loopt de doorstroom vast en zitten cliënten langer dan soms noodzakelijk in beschermd verblijf terwijl ze de volgende stap ook aan kunnen. Ja er is vaak geen woning beschikbaar en om door te kunnen stromen is het van belang dat er woonruimte beschikbaar is voor onze cliënten. Het huidige aanbod is onvoldoende dus de uitstroom stagneert. Daarnaast zijn de verhuurders niet altijd bereid om onze cliënten te huisvestingen of er worden allerlei extra eisen gesteld aan de client. Er worden enorme borgen gevraagd, bewijs van werk, inkomensgegevens, kunnen aantonen dat ze een opleiding volgen etc. Uiteindelijk als een cliënt dan uitstroomt, omdat er bijvoorbeeld geen BW-beschikking meer wordt afgegeven om welke reden dan ook, komt deze cliënt terecht bij een verhuurder die panden verhuurt aan mensen die meer storend dan helpend zijn voor de client. Het risico is dan sterk aanwezig dat client terugvalt in “oud gedrag”. Nee wij maken geen gebruik een specifieke beschermd wonen voorziening.
11. Welke vormen van (ambulante) ondersteuning zijn volgens u nodig om instroom in beschermd wonen te voorkomen en uitstroom te kunnen bevorderen? Hoe kunt u dit organiseren?	In de eerste plaats voldoende woningen creëren voor de mensen die dit aankunnen en graag willen. Samenwerken met aanbieders om het rooster qua begeleiding goed afstemmen op het resultatenplan. Denk in maatwerk in niet alleen in de 4 arrangementen en omschrijving. Er zijn altijd uitzonderingen en deze uitzonderingen is de dagelijkse werkelijkheid waar wij mee te maken hebben en op moeten anticiperen wil je komen tot een zo goed mogelijk resultaat.

	De-Bruggen denkt dat het voor de cliënt en de uitstroom van deze cliënt een voordeel kan zijn om beschermd wonen en ambulante ondersteuning aan te bieden bij dezelfde organisatie. Zo hoeft een cliënt niet opnieuw een vertrouwensband op te bouwen met een nieuwe organisatie. Ook het behouden van dezelfde persoonlijke begeleider kan hieraan bijdragen. Het eenvoudig op- en afschalen van verschillende pakketten kan bijdragen aan het verbeteren van bovengenoemde punten. Cliënt kan zo intensiever geholpen worden wanneer nodig ter voorkoming van bijvoorbeeld escalatie. De-Bruggen constateert dat cliënten toch nog regelmatig tegen praktische randvoorwaarden aanloopt om uit te kunnen stromen. Voorbeelden zijn financiën beschikbare plekken binnen wonen en begeleiding. De-Bruggen zou kunnen meewerken aan nieuwe initiatieven omtrent wonen. Inzet op preventieve zorg en signalering om instroom te voorkomen vanuit gemeente. niet, huidige pakket sluit aan. Beschermd Thuis is een goed plan als ‘tussen-arrangement’. Dit tussen arrangement is perfect voor cliënten die niet groepsgeschikt zijn maar een probleem zijn in en voor de maatschappij zonder de juiste begeleiding. Om instroom te voorkomen dien je de cliënten intensief thuis te begeleiden. Tevens is deze vorm een bevordering van de uitstroom aangezien er nog een stap zit tussen de intensieve begeleiding bij beschermd wonen en de zelfstandigheid van ambulante begeleiding. Geen antwoord. Wij bieden dit niet en kunnen dit ook niet organiseren. Hierover laat ik graag de ambulante collega's aan het woord. Wij kunnen dit niet organiseren. De kinderen die bij ons wonen komen gemiddeld op 9 jarige leeftijd, dan is er al een heel traject aan ambulante hulpverlening, gezinsondersteuning, individuele en gezinsopname en 3-5 plaatsingen in pleegzorg aan vooraf gegaan. Het is schrijnend, vaak zijn wij de 5^e plek van een kind van 9 jaar. - Voldoende beschikbare betaalbare woningen vanuit de woningcorporaties. Dat is op dit ogenblik het grootste knelpunt voor de uitstroom van BW cliënten - Doorontwikkeling van intensieve ambulante thuisondersteuning (Thuisplus), 24/7, waarbij de mate van geplande en ongeplande zorg een rol speelt. Dit kan oplopen tot 15 uur per week. - Onderscheid tussen “reguliere” intensieve ondersteuning vanuit “reguliere” ambulante begeleiding en vanuit BW-financiering is dat vanuit BW er ook 24/7 beschikbaarheid nodig is - Van individueel naar teamgericht werken. Met overdrachtsmomenten, horizontaler zorg (dus de mogelijkheid om cliënten iedere dag te bezoeken met meerdere collega's, etc) De leemte gaan vullen die ontstaat tussen BW teams/24 uur begeleiding en de individuele caseload van begeleiders. - Intensieve samenwerking met GGz-behandelaars, zoals nu gebeurt met Optimaal leven. - Ontwikkeling van geclusterde intensieve ambulante thuisondersteuning 24/7, waarbij de mate van geplande en ongeplande zorg een rol speelt - Ontwikkeling van respijthuis/respijtplakken
--	---

	- 24 uren ambulante - Uitstroom (tijd maximaliseren) Inzet specialistische zorg door gekwalificeerd (geschoold) personeel, waarbij voldoende expertise van complexe problematiek een voorwaarde is. Investeren aan de voorkant. Wij denken aan geclusterd wonen, trainingshuizen, omklapwoningen (voldoende doorstroom mogelijkheden richting regulier huren), aandacht voor preventie en de leeftijdoorgang 18-/18+. • Intensief inzetten van de ambulante begeleiding wanneer cliënt weer zelfstandig woont, meer uren afgeven in de beginperiode om het vervolgens na een periode af te schalen zodat cliënt zaken op orde heeft en niet verder hoeft naar beschermd wonen. • Wij werken volgens de werkwijze van Signs of Safety en hebben deze werkwijze ook binnen onze organisatie geïmplementeerd. De hulpverlener stelt een plan op met behulp van oplossingsgerichte vragen, waarmee sterke kanten en uitzonderingen op de problemen zichtbaar worden. Uit de praktijk is gebleken dat samenwerking met het gezin de beste resultaten oplevert. Daarbij wordt er een beroep gedaan op de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de ouders of andere belangrijke personen. Er wordt gezocht naar betrokken personen (vooral familie) die een aanspreekbaar netwerk kunnen vormen rond het gezin. De leden van dit netwerk krijgen concrete verantwoordelijkheden en taken die bedoeld zijn om veiligheid te bieden. Die verantwoordelijkheid gaat verder dan wat je in eerste instantie van <i>vrijwilligers</i> zou vragen. Maar: directbetrokkenen, als naaste familie, hebben in het algemeen liever een dergelijke concrete rol met zicht op structurele verbetering van de situatie, dan machteloos toezien. Een professional, met opleiding in de methode, ondersteunt dit netwerk. Al onze medewerkers krijgen deze opleiding aangeboden. - 24 uren ambulante - Uitstroom (tijd maximaliseren). Voor de grootste groep is die nu goed geregeld waardoor er in onze zorg voldoende doorstroom is in de BW. We moeten wel stilstaan bij de groep die wellicht “nooit” meer kan uitstromen uit de BW. Beschermd thuis Systeemgerichte aanpak binnen gezinnen.
--	--

	Wij denken hierbij aan ambulante begeleiding op maat, dit kan intensief zijn, een goede en juiste medicatiebegeleiding, een goede samenwerking (intensief) met ketenpartners/behandelaars/netwerk/buurt etc. Voor het bevorderen van de uitstroom is het van belang dat er geschikte woonruimte is (mogelijk via afspraken met woningbouwcorporatie) en er vooraf erg goed nagedacht is over het vangnet bij uitstroom. De client kan niet aan zijn/haar lot overgelaten worden. Geen antwoord. Preventief, outreachend en integraal werken zijn sturend. Hiermee willen we bijdragen aan de landelijke bezuinigingsmaatregelen op het gebied van de jeugdwet en WMO. Door (outreachende) behandeling vanuit de GGZ-poli (vanuit jeugdwet, ZVW en WMO-begeleiding) wordt beoogd de invaliderende werking van de psychiatrische problematiek te beperken op de locatie waar de jongere woont, werkt of dagbesteding heeft. Ook wordt hiermee instroom op beschermd wonen voorkomen. Indien een jongere al beschermd woont kan behandeling plaatsvinden zodat de door- en uitstroom niet stagneert. Aanvullend levert de integrale arbeidscoaching door Quality Coaching een belangrijke bijdrage aan het (weer) aan het werk kunnen en zo vlug mogelijk zelfstandig wonen en werken. Ten slotte is de mogelijkheid tot kortdurend periodiek verblijf in de vorm van logeeropvang of respite-care ook een vorm van preventieve inzet. Hiermee worden mantelzorgers tijdelijk ontlast zodat opname voor beschermd wonen voorkomen kan worden. VPT-constructie van de WLZ. Hier werken we reeds mee en dit werkt zeer goed. De cliënt krijgt zeer intensieve ambulante begeleiding en heeft in feite recht op alle zorgcomponenten vanuit een zorgzwaarte pakket zoals o.a. voeding(geld), crisis, bereikbaarheid, schoonmaak en adl. Hierin zijn verschillende opties: ○ de cliënt heeft een eigen woning; ○ de cliënt woont in een satelliet woning van de aanbieder. Doordat de kapitaallasten niet uit de zorggelden betaald hoeven te worden is het pakket goedkoper. De gelden voor de kapitaallasten kunnen in overleg met de gemeente of bewindvoerder direct aangewend worden voor de kapitaallasten, zodat er ook geen achterstanden ontstaan die alleen maar meer stress met zich meebrengen. Op dit product zet je als aanbieder een multidisciplinair team, waardoor op alle leefgebieden direct ingespeeld kan worden. Hierdoor voorkom je ongewenste intramuralisering en kan je vanuit je 24-uurs voorzieningen betere doorstroom genereren. Het moet in de wijk gebeuren. Lokale zorgaanbieders, politie, buurtteams, woningbouwverenigingen, etc met elkaar verbinden zodat zorg en opvang in de wijk mogelijk wordt. Dat doen we ook door verbindingen te zoeken met openbare voorzieningen zoals buurthuizen, bibliotheken, kroegen. Dit zijn bij uitstek voorzieningen waar men zich realiseert dat context er toe doet.
--	--

12. Verwacht u knelpunten na doordecentralisatie van beschermd wonen per 1-1-2021?	Ja, te weinig time-out en crisis plekken, zien toenemen instroom meervoudige problematiek en terugval bij meervoudige problematiek en complex gedrag, zorgen en signaleren van bij woningen-omgeving-buurt. Op dit moment zijn de cliënten binnen het beschermd wonen niet evenredig verdeeld, mocht het financieel wel verdeeld worden kan dit voor knelpunten zorgen. Denk hierbij ook aan die klinieken waar worden cliënten opgenomen en hoe stromen ze dan weer uit. Sommige hulpvragen vragen om een specialistisch aanbod, hoe word dit aanbod verdeeld per regio. In de afgelopen jaren is er veel kennis opgebouwd door de centrum gemeente, hoe wordt deze kennis verdeeld of overgebracht naar de deel gemeente. Er veranderd vaak veel in de zorg in hoeverre gaat dit de efficiëntie en duurzaamheid bevorderen. De regio NMD omvat de locaties voor Phusis in 2021. Van belang is dat er duidelijke communicatie en afstemming blijft bestaan tussen NMD en Zuid-West wanneer zij decentraal gaan om plaatsingen te kunnen blijven waarborgen. is op dit moment niet in te schatten en te overzien. Nee, voor zover wij op de hoogte zijn van de vervolgacties wat betreft de doordecentralisatie verwachten wij geen knelpunten Geen antwoord. NeeElke gemeente gaat apart weer eisen/regels en voorwaarden neerleggen? We zijn voor landelijke afspraken. Dat heeft ook zijn nadelen. Dat beseffen we ook maar de vraag die gesteld moet/mag worden is: wil je dat de zorgverlener met zorg bezig is of met niet-zorg taken? Ja. Er zijn op dit ogenblik nog zo veel onzekerheden rond de decentralisatie van de middelen van centrumgemeenten naar alle gemeenten. Dat maakt dat we per definitie knelpunten zien. Een belangrijk knelpunt is in ieder geval: Kunnen kleinere gemeenten de lasten van een locatie binnen hun gemeentegrenzen blijven betalen. Als voorbeeld onze locatie de Waringin in Zuidwolde (gemeente De Wolden) waar op dit ogenblik ruim 60 cliënten verblijven. Waar naar verwachting een deel ook binnen het gemeentelijk domein zullen blijven. Ander knelpunt zijn de gevolgen van de forse kortingen voor de Drentse gemeenten die plaats zullen vinden na de decentralisatie. De gevolgen hiervan zijn nog niet te overzien voor ons als organisatie. Overgang naar WLZ cliënten Het knelpunt rond decentralisatie hangt voor ons één op één samen met de onduidelijkheid welke inwoners wel of niet naar de WLZ gaan. Deze onduidelijkheid en de verwachte late besluitvorming zal zeker knelpunten gaan opleveren. Niet directie. Ja, wij verwachten problemen. Gezien de verdeling van de budgetten over de gemeenten zullen er tekorten ontstaan, die wij tenslotte als aanbieder ook gaan voelen. Daarnaast is de uitdaging hoe gaan gemeenten deze rol vervullen? Een gemeente is naar ons mening te kwetsbaar. BW zal in de bestaande inkoopcombinaties worden ondergebracht of gemeenten moeten nieuwe IC gaan vormen. Dit is een proces wat tijd en middelen kost. • Een belangrijke (essentiële) voorwaarde voor het vergroten van de doorstroming
---	--

	vanuit Beschermd Wonen en het borgen van die uitstroom, is de beschikbaarheid van voldoende passende huisvesting. Er is een breed gedeeld gevoel dat dit een actueel regionaal knelpunt vormt. Specifiek ook waar het gaat om huisvesting voor 18-23-jarigen met een uitkering. Er is onvoldoende betaalbare huisvesting voor deze groep. Dit vraagt om een gezamenlijke (regionale, dan wel sub regionale) aanpak huisvesting. Geen Niet direct.. Weten we nog niet. Nee Nvt. De problemen zullen zich concentreren bij de cliënten met de zogeheten snijvlak problematiek, wat is voorliggend? Het is uitermate belangrijk dat de huidige cliënten Beschermd Wonen in het juiste segment terechtkomen. Geen antwoord. De randvoorwaarden voor verantwoorde uitvoering ontbreken op dit moment. Het gaat om onder meer passende en betaalbare woningen, voldoende middelen voor gemeenten in het sociaal domein om de afbouw van ggz bedden te kunnen opvangen, onafhankelijke cliëntenondersteuning, passende schuldhulp, en goede uitvoering van landelijke toegang en een basisvoorwaarde als briefadressen voor dakloze mensen. Het invoeren van een nieuw verdeelmodel voor de financiële middelen voor opvang en beschermd wonen is niet heel realistisch als de informatie voor een goede herverdeling ontbreekt. Dat komt ook doordat een deel van de cliënten die nu beschermd wonen vanuit de Wmo, vanaf 2021 mogelijk een indicatie voor beschermd wonen in de Wet Langdurige Zorg krijgen. Jazeker. Wij zijn van mening dat kleine gemeentes niet instaat zijn zelfstandig vorm te geven aan het beschermd wonen in hun gemeente. Dit is te complex en te duur om te organiseren. Laat staan om voldoende faciliteiten te hebben binnen alle kleine gemeenten. Integendeel. Aandacht voor de context is altijd specifiek en plaatsgebonden. Dat gaat niet vanuit een concept of blauwdruk en kan ook niet klakkeloos van de ene naar de andere plek worden gekopieerd. Hoe decentraler de aanpak, hoe hoger de kans van slagen.
13. Verwacht u als zorgaanbieder volledig over te gaan op een contract met het zorgkantoor (WLZ), vanaf 2021 (i.v.m. openstelling WLZ voor GGZ grondslag)?	Stichting BEZINN heeft een contract met de drie noordelijke zorgkantoren en staan positief tegenover openstelling WLZ met GGZ grondslag. De GGZ groep nu bij gemeente heeft alle belang bij WLZ. Waarom: het is in de meeste gevallen meervoudig complex naast over het merendeel LVG/VG en de zorg is meestal oneindig met blijvende periodes die intensief met zorg en soms stabiel en kan de zorg meer op de achtergrond. De-Bruggen heeft niet de ambitie om volledig over te gaan op de WLZ. Echter, er zal wel gekeken worden of een

	contractering kan worden afgesloten als aanvulling op de huidige contracteringen. Niet alle cliënten binnen De-Bruggen komen in aanmerking voor een WLZ indicatie dit zou dus ook bijna niet mogelijk zijn. Nee, er zullen een aantal bewoners kunnen overgaan naar de WLZ, maar een aantal zullen een beroep blijven doen op Beschermd Wonen vanwege andere oorsprong problematiek en/of ontwikkelingsperspectief. nee zowel het zorgkantoor als gemeente. Nee, niet volledig Geen antwoord. Ja, via PGB dan waarschijnlijk. We hopen het wel. Nee. Combinatie Nee. Geen. Geen Combinatie.. Alleen wanneer het binnen de termijnen van de WLZ past (2 jaar). Niet volledig Nvt. BiOns heeft reeds een contract met het zorgkantoor inzake WLZ (GZ) voor GGZ zullen wij zeker een aanbesteding doen. Wat ons betreft kunnen cliënten met een WMO verblijf samen met beschermd wonen cliënten WLZ samen gebracht worden in een woonvorm. als de huidige cliënten dan nog in de locaties van Icare wonen, zullen we hierover een contract afsluiten met het Zorgkantoor. Nee, er is een groep die altijd zorgbehoevend is maar wij richten ons op zelfredzaamheid en terugkeer naar de maatschappij waarop wij zo min mogelijk een beroep zullen doen op wlz contracten. Nee. Voor kortdurende BW zal geen Wlz nodig zijn.
--	---

	Voor ons is het nog erg onduidelijk hoe die openstelling er uit gaat zien maar daar waar mogelijk zullen we er gebruik van maken.
14. Welke eisen zouden we moeten stellen om de beste kwaliteit van ondersteuning aan inwoners te kunnen garanderen?	Juiste opvang daadwerkelijk realiseren, maak meer gebruik van lokale bedrijven en ondernemingen en zet hier een aanvaardbaar tarief tegenover met draagkracht. Samenwerking Fact team uitbreiden, voorlichting geven en aanbieden aan netwerk. Het plannen en afspreken van overleg bij zorgen en overlast. Wanneer je een organisatie openheid van zaken laat geven krijgt de gemeente inzichtelijk hoe en waarom een organisatie te werk gaat. Deze openheid zorgt ervoor dat de gemeente aanbevelingen kan geven over mogelijke verbeteringen binnen deze organisatie. Zo wordt de kwaliteit tot een hoger niveau gebracht. De marktwerking binnen de zorg kan bijdrage aan een hogere kwaliteit door concurrentie echter moet er wel gekeken worden naar een breed en passend aanbod. Inwoners hebben er niks aan als alle aanbieders precies hetzelfde bieden. Aanbieders zouden met elkaar moeten samenwerken om dit goed te organiseren. Kwaliteit wordt nu vaak vanaf papier beoordeeld terwijl je in de praktijk hier veel meer van kan zien. Het lijkt ons goed dat ook de praktijk goed beoordeeld wordt. Geen antwoord. Deels punt 5, maar ook hierbij geldt dat er gekeken moet worden naar wat de cliënt nodig heeft (in de brede zin van het woord). Wij zijn van mening dat het hebben van een keurmerk (bijvoorbeeld HKZ) verplicht zou moeten zijn. Daarnaast zal er controle en handhaving op het keurmerk uitgevoerd dienen te worden. Wellicht is het mooi als er een gemeentelijk keurmerk voor zorgorganisaties wordt ontwikkeld voor de organisaties die voldoen aan deze eis en volgens de CAO werken. De CAO is tevens gericht op kwalitatieve zorg. Een zorgprofessional sluit zich over het algemeen aan bij een CAO. - Geen antwoord. Zoals de IGZ ze stelt. Landelijke afspraken - Alle eisen etc. op 1 A4 tje (bij wijze van spreken) - Vaste afspraken en niet tig wijzigingen tenzij iets in praktijk niet werkt natuurlijk - Flexibiliteit van zorg kunnen bieden, de CAO is heel beperkend. - Duidelijk zijn: de zorg is té duur. Zowel de zorgverlener als de cliënt moet dit weten.

	- De boodschap is heel gemixt. Je wil continuïteit en zekerheid bieden voor cliënt en zorgverleners. Maar aan de andere kant wil je eigenlijk dat zorgverleners zo veel mogelijk overbodig worden in de toekomst. Dat is lastig. - Cliënt mee laten beslissen in de hoeveelheid zorg maar ook afspraken maken wanneer het niet gaat en wat dan wel. - Activeren van cliënt. Realistische verwachtingen hebben. Cliënt zelf doelstellingen laten bedenken, niet over cliënt beslissen maar mét cliënt. - Zorgverleners breder inzetbaar maken. Soms zitten we met 6 partijen om tafel over één cliënt. Graag één loket gedachte. - Om ons heen kijken naar wat goed werkt. Niet het wiel opnieuw uitvinden. Waar wordt goede ondersteuning geboden? Wat maakt het dat dit goed werkt? Waarom doen we dat niet overal op die manier? Zie antwoord vraag 5. Geen. Belangrijk is om hier cliënten in mee te nemen. Wat maakt dat zij blij zijn met de ondersteuning? Daarbij is het goed om onderscheid te maken in welke scholing medewerkers hebben, welke resultaten bereikt worden, waarbij rekening wordt gehouden met de problematiek van de cliënten. geen Voor wonen is een werkend kwaliteitssysteem, gezien de omvang van de zorg, cruciaal. Gemeente dient hierop te toetsen. Geen antwoord.. Het is wellicht een idee om de relatie te leggen tussen de begeleiding en het verlangde opleidingsniveau van de persoon die de begeleiding uitvoert. Hierdoor zou er ook een relatie moeten komen en blijven tussen het overeengekomen vereiste opleidingsniveau, rekening houdend met multidisciplinaire evaluatie, en de overeenkomen tarieven. Deskundigheid-niveau Gediplomeerd geschoold personeel Aantoonbare contactmomenten en begeleidingsmomenten Dat cliënten individueel worden beoordeeld en bekeken welke zorg het beste past. Dat er systeemgericht wordt gewerkt. Voor Beschermd Wonen cliënten is het vaak van belang dat ze gelijkwaardigheid ervaren. Ook veiligheid is van groot belang. zie vraag 5.Duidelijke minimumeisen stellen (zie handreiking VNG) en hier ook op toezien.
--	--

	Zie antwoord vraag 5 Onze aandacht voor context brengt als vanzelfsprekend met zich mee dat persoonlijke contacten in de context worden gelegd. Of dat te vertalen is in een pakket van eisen die aan zorgaanbieders kan worden gesteld zal moeten blijken. We werken aan de ontwikkeling van effectiviteitsratio en hebben daarbij de verwachting dat die voor een deel te generaliseren zijn en dus ook als kwaliteitsnorm te expliciteren zijn.
15. Welke functiemix van personeel biedt volgens u de juiste professionele ondersteuning?	Let op dat we ons niet te veel gaan richten op niet ervaren personeel die wel de vereiste diploma's hebben dus 1e ervaringsdeskundigen, en dan MBO, HBO en WO. Uiteraard moet het altijd gaan om de kwaliteit van de zorg zelf en niet om administratieve kwaliteit. Een organisatie welke zowel personeel aanbiedt die op de groep gericht is en personeel dat op de individu gericht is. (persoonlijk begeleiders en groepsbegeleiders). Daarnaast kunnen verschillende opleidingsniveaus bijdragen aan een goede dynamiek tussen de werknemers en zo een betere ondersteuning voor de cliënten. (Van elkaar kan je leren) Dus belangrijk dat er een goede verhouding is tussen MBO, HBO, WO. Verder speelt werk ervaring een rol in deze balans. Hierover zou je eisen kunnen stellen denk aan 4 mbo op 1 hbo of 2 op 1 daar zou aandachtig naar gekeken moeten worden. HBO en MBO (zorg-)geschoold, gemixt met ervaringsdeskundigen (evt. omgeschoold) dan wel personen met een andere achtergrond (zoals in de dagbesteding timmerman etc.). Agogisch, gedragskundige, maatschappelijk, verzorgend/verplegend geschoold personeel. Goeie mix van MBO-ers en HBO-ers. Een organisatie met een mix van gediplomeerde begeleiders, ervaringsdeskundigen en gedragswetenschappers. Afhankelijk van doelgroep en zorgzwaarte. Wij werken met een mix van MBO-4 en HBO geschoolde begeleiders wat bij onze doelgroepen en kleinschaligheid noodzakelijk is. Wij werken met name met sociaal-agogisch geschoolde medewerkers en niet met Verplegend en verzorgend personeel. Vooraf niet alleen HBO-ers die rapporten willen schrijven, kantoortijden willen werken of een leuke functie niet willen aannemen "want het is onder hun niveau" of nog erger: de functie niet aannemen omdat ze anders niet voldoen aan de SKJ herregistratie-eisen over 5 jaar. Doeners en aanpakkers zijn nodig met sociaal gevoel, ongeacht het opleidingsniveau. Functiemix van personeel hangt af van de ondersteuningsvragen van inwoners. Het is van belang om voldoende aantoonbaar en relevante HBO gekwalificeerde medewerkers in te zetten in de regiefunctie en de ondersteuning van

	cliënten. De uitvoerende ondersteuning kan geboden worden door een MBO-4 of MBO-3 professional. Van belang is dat er altijd een HBO professional bereikbaar is. Op onderdelen kan de zorg soms juist het beste geboden worden door een lager opgeleide professional. Bijvoorbeeld een Helpende (MBO-2) in kader van overname van ADL. - HBO/ HBO+ = behandelcomponent herstel - MBO = begeleiding Een coördinator, begeleiders en assistent begeleiders. Daarnaast ook een slaapwacht. • functiemix verschilt per begeleidingsvorm/ behandeling. • Regievoering en uitvoering behandeling/ diagnostiek: Gedragswetenschapper (generalist)/ (GZ) psycholoog. • Delen van de behandeling kunnen worden uitgevoerd door: gedragswetenschapper, (Toegepast) psycholoog, Jeugd professionals hbo of hbo+ SKJ geregistreerd of HBO-V. • Delen van de begeleiding kan worden uitgevoerd door Mbo, bijvoorbeeld SPW/SAW, voor (praktische) ondersteuning onder supervisie van SKJ geregistreerde HBO. Geen - HBO/ HBO+ = behandelcomponent herstel - MBO = begeleiding.. Afhankelijk van de zwaarte Niveau 5 als toezicht; Uitvoering niveau 4 en 3 MBO en HBO mix Ondersteuning gedragswetenschapper. Wij denken aan het inzetten van verpleegkundige met psychiatrie ervaring (van oudsher verpleegkundige B?), SPH, en MBO-4 waarbij ervaring met en kennis over psychiatrie van cruciaal belang is. dat is afhankelijk van de zorgvraag. Niveau 3 (VIG) biedt het grootste gedeelte van de zorg aan bewoners Beschermd Wonen bij Icare. Deze is ook het vaste gezicht / contactpersoon. De huishoudelijk medewerker maakt schoon en de helpende biedt ondersteunende zorg en diensten. Kortom: een combinatie van niveau 1, 2 en 3 in het geval van Beschermd Wonen (WMO). De coördinatie van het team wordt uitgevoerd door de HBO-v (niveau 5).
--	---

	Voor opschaling en afschaling heb je verschillende functiegroepen nodig. Voor de ingewikkelde problematiek is het hebben van hbo-geschoolde mensen een vereiste. Bij afschaling naar ambulant zou je met een mbo 4 toegerust kunnen zijn. Afhankelijk van vaardigheden en competenties van medewerkers. Er zal gewerkt moeten worden met een multidisciplinair team. Wat voor ons goed werkt, werkt misschien in een andere setting met een andere doelgroep weer minder. Voor ons werkt het goed om te werken met uitvoerders op de groep van minimaal MBO 4 niveau, daarbij zitten diverse hbo-medewerkers die meer de PB taken ook op zich pakken. Elke team wordt ondersteund door een gedragsdeskundige. Deze worden weer centraal ondersteund vanuit ons expertisecentrum waar een GZ-psycholoog de leiding heeft. Wij werken met opgeleide mensen met diverse achtergrond. Voor ons is het een voornaam criterium dat ons personeel voldoende vaardig is om krachten in de context te herkennen en deze ook weten te mobiliseren.
16. Welke suggesties op het gebied van Beschermd Wonen heeft u om ook in de toekomst de kosten beheersbaar te houden/terug te dringen?	Blijf alert op toewijzingen, zijn deze juist afgegeven zoals afgesproken. Ga duidelijk omschrijven in je resultatenplan welke doelen je wilt behalen en of je wel of niet een methodische aanpak volgt. Beschrijf waarom dit wel of niet behaald wordt en pas deze aan de hand van evaluaties. Zet altijd in op ontwikkeling en/of stabiliteit. Kostprijs onderzoek zou moeten leiden naar reële tarieven. Er moet goed gekeken worden naar waar kosten bespaard worden. Minder mensen in beschermd wonen betekent niet direct minder kosten. Een setting zoals een kliniek of een justitiële plek is nog weer veel duurder. Het omzetten van plekken kost ook geld. Als er een plan van decentralisatie en weer terug in de wijk gerealiseerd wordt moet er goed gekeken worden naar de duurzaamheid van zo'n plan. Op dit moment ziet De-Bruggen problemen op het sociale draagvlak van de wijken waar cliënten eventueel naar door zouden moeten stromen. Daarnaast maakt het verscherpen van de kwaliteitseisen de zorg duurder dus daar zou ook goed naar gekeken moeten worden. Geen antwoord. Uitgangspunt moet zijn dat iedereen recht heeft op een veilige plek om te werken en te wonen. De grootste kostenpost is personeel en huur van de locaties, op deze gebieden kun je niets veranderen. Enkel op administratief gebied zou je verbeterlagen kunnen halen echter zijn dit kleine aanpassingen om het werk te versimpelen en daarmee minder handelingen te hoeven uitvoeren (personeelskosten verlagen). Geen antwoord. Ik heb meer ervaring met WLZ dan met WMO-BW. Gemeentes zouden wellicht de component NHC wonen kunnen aanpassen. Woonzorginstellingen met appartementen die recht geven op huurtoeslag kunnen een huurbedrag vragen waar bewoner huurtoeslag bij krijgt. Dan kan de NHC component mijns inziens omlaag. Ik zit er niet helemaal in

	(meeste bewoners bij ons hebben Wajong met WLZ) maar op basis van hoogte van uitkering kan de NHC aangepast worden vergoed en daarmee kostenverlagend voor gemeente. Ik heb begrepen dat er instellingen zijn die 1500,- voor de NHC vragen, ik vind dat exorbitant hoog en niet noodzakelijk. Zie 15. - Belangrijk is dat inwoners zelfstandig kunnen gaan wonen. Hiervoor zijn betaalbare woningen nodig. Losse woningen en geclusterd ambulant. Gecombineerd met een intensieve vorm van ambulante begeleiding. Daarnaast ontwikkelen van een locatie voor inwoners die niet in een reguliere locatie kunnen wonen en wel overlast geven op hun eigen woonplek. We zien een toename van de vraag naar dergelijke plekken. Dit zal leiden tot een vergroting van het maatschappelijk rendement. En daarmee de totale de maatschappelijk kosten verlagen. Voldoende respijtplekken. Plekken waar iemand die zelfstandig woont even tijdelijk (bijv paar weken) in een beschermde woonomgeving kan wonen om weer te stabiliseren. Om vanuit daar weer terug naar zijn/haar zelfstandige woning te gaan. Dergelijke plekken zullen snel ingezet kunnen te worden. Ter voorkoming van instroom in beschermd wonen, kunnen inwoners ook intensief ambulant ondersteund worden, bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen. Ook al in een vroeg stadium inwoners die nu nog bij GGZ-behandeling instellingen wonen, al eerder ambulante ondersteuning geven. Zodat voor een aantal van deze inwoners de stap van beschermd wonen overgeslagen kan worden. Integrale samenwerking met de GGZ-behandelorganisaties. We willen als Cosis graag met de gemeenten onderzoeken in hoeverre een populatie bekostingsmodel kan leiden om de kosten beheersbaar te houden Resultaat financiering / doelen Cliënten eerder laten uitstromen naar eigen woningen (trainingshuizen). Daarbij valt ook te denken aan verhuur onder leegstandwet. • Inzetten van kleine(re) zorgaanbieders met specifieke expertise en flexibel zijn • De doelen, verwachtingen en verantwoordelijkheden moeten tijdens een intakegesprek duidelijk(er) gecommuniceerd en vastgelegd worden. Evaluatiemomenten vastleggen waarin de doelen en verwachtingen goed aan bod komen. Geen Resultaat financiering / doelen.. Dat is een hele brede vraag. We zullen moeten blijven kijken naar de cliënten die deze vorm van begeleiding nodig hebben en ze moeten betrekken bij de verdere ontwikkeling (co-creatie). Maatschappelijke bewegingen gaan op termijn de
--	--

	belangrijkste beïnvloeder zijn van de toe- of afname van kosten voor begeleiding. Binnen de verslavingszorg is bij het 'duurzamer' maken van de zorg het van belang om minder onderscheid te maken in preventie en behandeling. Investeer in vroegsignalering m.b.t. de middelenproblematiek om zware zorg te voorkomen. Dit is in de transitie nog niet afgerond. Meer inzet op Beschermd Thuis. Goede afstemming met woningcoöperaties in verband met tijdige uitstroom. Systeemgerichte aanpak. Dit zodat systeem wanneer het kan de situatie zelf weer kan onderhouden. De bureaucratie terugbrengen naar de minste hoeveelheid administratieve lasten. Denk hierbij aan langere indicaties afgeven, zodat er minder her indicering nodig is. Daarnaast moet aan de voordeur iemand met kennis van zaken zitten, die het cliëntperspectief zo optimaal mogelijk bij intake in kaart kan brengen, zodat er zo snel mogelijk duidelijk is wat er ingezet moet worden om te werken naar Beschermd thuis. werkwijze continueren, geen suggesties voor het terugdringen van kosten.Preventie, begin vroeg met gezondheidsbevordering in elke levensfase. Ontwikkel een visie op levensfase problematiek en kansen. Gerichte armoede bestrijding en gerichte schulden aanpak. Daarna als het er toch begeleidingsvragen zijn ontstaan maak het tijd gebonden. Ontschotten van producten, waardoor herindiceren niet nodig is naar een hoger of lager product. Daarbij vanuit de opdrachtgever insteken op casusniveau en werken met casusregisseurs die op locatie langskomen en meedoen in casuïstiek. Regel druk drastisch terugdringen, doen wat nodig is en dit door middel van goede triage bepalen. Zorgen dat het voorliggende veld en de toegang echt goed geoutilleerd zijn. Indicaties landelijk geldig laten zijn, zodat niet steeds bij een verhuizing alles opnieuw gedaan hoeft te worden. Durven specialistisch te starten ipv in de algemene voorziening, Hierdoor de structuur en de zorg goed wegzetten en direct werken aan haalbare doelen. Daarna gelijk afschalen naar een lichtere vorm van zorg en de cliënt klaarmaken voor het voorliggende veld. Over het algemeen is de werkwijze nu andersom. We beginnen zo licht mogelijk om op te schalen als het nodig is. Dit heeft alleen maar tot gevolg dat je zorg duurder wordt. Dit moet echt andersom. Het financieel resultaat slaat neer als gevolg van inspanning en niet andersom. Onze werkwijze laat zien dat het resultaat vaak wordt gehaald op plekken waar je dat niet verwacht. (daling van inzet politie, therapeutische inspanningen van behandelaars, schuldhulpverleners, etc) Om daar inzicht in te verkrijgen ontwikkelen we effectiviteitsratio.
17. Heeft u nog andere suggesties/opmerkingen die u met ons wil delen?	Beleid omschrijven overgang 18- naar 18+ Het belang van belangrijke informatie delen die er al is, niet alles hoeft opnieuw bedacht en gezegd te worden.

	juiste afstemming toegangsmedewerker en zorgaanbieder voor accuraat en sneller verwerken van beoordeling en beschikking. Resultatenplan is altijd de basis tot aanvraag op individueel niveau of maatwerkvoorziening. Deze kan beter gemonitord worden. Rekening houdend met situaties die vragen om vertrek uit je omgeving, belangrijk voor kans van slagen resultatenplan en doelen voor cliënt. Betere afspraken maken over niet declarabele uren. Meer aandacht voor contra-indicaties. De gemeente Assen heeft binnen de huidige contractering zaken goed weggezet. Het verwijderen van de rotte appels en gezamenlijk met goede organisaties investeren in duurzaamheid en kwaliteit zorgt voor verbetering en mogelijke oplossingen voor financiële tekorten. Continue verandering zit de efficiëntie in de weg de zorg zou baat hebben bij een 10 jaren plan. Geen antwoord. Geen antwoord. - Resultatenplan/aanvraagformulier WMO wordt nu alleen naar de client gestuurd. Dit terwijl de meeste cliënten post niet inzien/weggooien of niet weten wat er van ze wordt verwacht. Indien bij het keukentafelgesprek een machtiging wordt afgegeven door de cliënt dan kunnen de stukken worden verzonden aan de zorgorganisatie en kan het proces direct worden opgepakt. - Indien er een (dakloze) client contact opneemt dat hij/zij per direct zorg nodig heeft dan mag een zorgorganisatie hem/haar niet toelaten aangezien er geen budget is voor crisisopvang. De crisis cliënten dienen wij als zorgorganisatie door te verwijzen naar bijvoorbeeld een opvanghuis echter zitten deze in veel gevallen vol (zoals Kommaarin). Er is momenteel geen passende oplossing voor crisis cliënten, wellicht kan hier een tarief voor worden vastgesteld en een simpele spoedaanvraagprocedure. Geen antwoord. Meer opmerkingen in de vragenlijst DB.Ik wil graag een rol spelen in het opzetten van een goed werkbaar systeem.Hoofdpijn van bovenstaande: Voor ons als Cosis is de stip op de horizon <i>dat Inwoners die nu Beschermd Wonen gaan in de wijk wonen</i>. Ervan uitgaande dat de groep kwetsbare inwoners waar dit niet voor mogelijk is, vanaf 1 januari 2021 onder het regime van de WLZ vallen. Om dit te bereiken zien we dat het volgende nodig is. ▪ Betaalbare woningen ▪ Ruimte voor intensieve begeleiding tijdens overgang naar zelfstandig wonen ▪ Zinnige dag invulling
--	--

	▪ Intensieve samenwerking met andere partijen Daarnaast zijn we erg benieuwd naar het vervolg van de marktconsultatie. Volgens de planning zijn er in april en mei verdiepende gesprekken. We denken graag mee met het ontwikkelen van goede producten, goede voorwaarden en goede tarieven. We missen op dit moment de context en toelichting op de vragen. Voor de aanpak van de verdiepende gesprekken doen wij de suggestie dit in compacte werkgroepen per onderwerp vorm te geven. Geen De juiste overgangsmogelijkheden voor doelgroepen waarbij ambulant, zelfstandig wonen een te grote stap is. Te denken valt aan ex gedetineerden en/of mensen die dakloos zijn geweest. Investeren op het gebied van begeleiding, behandeling, preventie en innovatie bij ouder en kind. Uit onderzoek blijkt dat veel van de problemen bij jongeren die gebruik maken van jeugdzorg zijn te herleiden naar de relatie tussen ouder en kind, namelijk het hechtingsproces (Nederlands Jeugdinstituut, 2014b). Dit proces doet zich al voor vanaf de geboorte en is erg bepalend voor de groei en ontwikkeling van het kind. Ook is de mentale gezondheid van moeder tijdens (en na) de zwangerschap erg bepalend: zo is bekend dat een psychische stoornis bij moeder effect heeft op het stressniveau en de ontwikkeling van de hersenen van de baby. Hierdoor heeft de baby zelf meer kans om op latere leeftijd psychische problemen te ontwikkelen (Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2017). Marktconsultatie beschermd wonen Pagina 5 van 6 TenderNed-kenmerk: 217771 Inzoomend op de regio Groningen en Drenthe als werkgebied van Het SamenHuis, zijn veel van bovengenoemde factoren in hogere mate aanwezig dan gemiddeld in Nederland. Zo is bekend dat de sociaaleconomische status in de noordelijke provincies vrij laag ligt ten opzichte van andere delen in Nederland (Volksgezondheidszorg.info, 2018). Daarnaast ligt het percentage tienermoeders in regio Noord-Nederland hoger, namelijk 0.44% t.o.v. 0.39% voor heel Nederland (van de totale populatie vrouwen 15-19 jaar op 01-01-2018; waarstaatjegemeente.nl). Het SamenHuis en andere professionals die verblijf in een moeder-kind huis aanbieden, zien dat er veel vraag is, met tot nu toe nog te weinig aanbod in de regio Groningen en Drenthe zelf (NRC, 2016). Het landelijke aanbod bevindt zich vooral gecentreerd rondom MiddenNederland. In de laatste jaren zijn er enkele aanbieders bij gekomen in de regio Groningen en Drenthe, maar dit brengt vraag en aanbod nog niet in balans. In het gestuurde document zitten nog schema's
--	--

	Geen Geen.. Nee We zouden naar aanleiding van deze vragenlijst graag verder in gesprek gaan om een bepaalde onderwerpen nader te bespreken. Nvt. Goede zorg is voelen en denken, minder rekenen. Kortom wij begrijpen de bezuinigingsvraagstukken maar willen niet voorbij gaan aan de inhoud! Meerdere antwoorden zijn niet / summier ingevuld, omdat wij als Icare slechts aan enkele cliënten Beschermd Wonen bieden, in een beschermde omgeving en de zorg vergelijkbaar is met (voormalige) 'verzorgingshuiszorg'. Onze expertise ligt niet primair bij de doelgroep Beschermd Wonen (nu WMO) en we laten de suggesties voor verbetering graag over aan collega-instellingen. Belangrijk is dat inwoners zelfstandig kunnen gaan wonen. Hiervoor zijn betaalbare woningen nodig. Losse woningen en geclusterd ambulant. Gecombineerd met een intensieve vorm van ambulante begeleiding. Daarnaast ontwikkelen van een locatie voor inwoners die niet in een reguliere locatie kunnen wonen en wel overlast geven op hun eigen woonplek. We zien een toename van de vraag naar dergelijke plekken. Dit zal leiden tot een vergroting van het maatschappelijk rendement. En daarmee de totale de maatschappelijk kosten verlagen. Voldoende respijtplekken. Plekken waar iemand die zelfstandig woont even tijdelijk (bijv paar weken) in een beschermde woonomgeving kan wonen om weer te stabiliseren. Om vanuit daar weer terug naar zijn/haar zelfstandige woning te gaan. Dergelijke plekken zullen snel ingezet kunnen te worden. Ter voorkoming van instroom in beschermd wonen, kunnen inwoners ook intensief ambulant ondersteund worden, bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen. Ook al in een vroeg stadium inwoners die nu nog bij GGZ-behandeling instellingen wonen, al eerder ambulante ondersteuning geven. Zodat voor een aantal van deze inwoners de stap van beschermd wonen overgeslagen kan worden. Integrale samenwerking met de GGz-behandelorganisaties. We willen als Cosis graag met de gemeenten onderzoeken in hoeverre een populatiebekostingsmodel kan leiden om de kosten beheersbaar te houden Als gemeenten zou ik een grootschalig meer jaren onderzoek laten verrichten. Verschillende onderzoeksvragen zullen dan aan bod moeten komen.
--	--

	Effectiviteit van dit zorgstelsel. Wat is het effect op de cliënten. Kosten van deze werkwijze. En met name de vraag levert iedere euro nou iets op of zijn we niet goed bezig. Wat zijn de oorzaken van de toegenomen vraag naar zorg. We kijken veel naar het individu maar minder naar de samenleving. Samenleving is complexer voor veel mensen en we hebben een aantal mensen die gebruik maakten van de GGZ en nu in de wijk blijven en onder de verantwoording van de gemeente vallen. We weten ook dat voor een groot aantal mensen geldt, voor dat ze überhaupt hulp vragen de nood erg hoog is. Drempels zijn nog steeds een obstakel dat kostenverhogend werkt. Snelle en kortdurende interventies zodat mensen weer zelfstandig verder kunnen. Daar zouden we een loket voor moeten inrichten en modules voor moeten ontwikkelen. De transformatie in de zorg is de grootste verandering en innovatie van de zorg van afgelopen jaren. Iedere gemeente heeft het consequent over innovatie. Innovatie is alleen mogelijk als er sprake is van een creatieve periode. Deze creativiteit komt pas als we als aanbieders en gemeente in staat zijn continuïteit te bieden ten aanzien van de zorg en ondersteuning. Op dit moment heeft praktisch elke gemeente in Nederland tekorten ten aanzien van de WMO en de JZ. Ongeacht inkoop en financieringsmodel. Of het nu P*Q, productafspraken, lumpsum, trajectfinanciering, resultaatgerichte financiering etc. is, alle processen staan onder druk. Daarnaast zijn er in de komende periode 140.00 openstaande vacatures in de zorg en is er een personeelsverloop landelijk in het eerste jaar van 22%. De gehele zorg “markt” staat onder druk. Misschien is het niet innovatief, maar als je echt bij wil dragen aan de transformatie zal elke gemeente moeten durven, ondanks de tekorten, door te gaan met de ingezette beweging. Optimaliseren in de processen, zorgen dat de toegang ook echt de enkelvoudige hulpvragen gaat oppakken naast het indiceren. Snellere doorlooptijden, betere uitstroom plekken creëren bij de sociale partners voor BW en meer commitment van de andere diensten binnen het sociale domein zoals o.a. participatie en onderwijs. Bij deze optimalisatie van de transformatie is het van belang dat de betrokken partijen naast elkaar staan i.p.v. tegenover elkaar. Van belang is dat iedereen dezelfde taal spreekt en weet vanuit een gelijkwaardige contractrelatie wat zijn taken en bevoegdheden zijn. Specifiek voor de samenwerkende NMD-gemeenten is het volgende wel belangrijk ten aanzien van de resultatenmatrix in relatie tot de transformatie en eventuele optimalisatie. De uitvoer van resultaatgerichte zorg en de financiering die daarbij komt kijken gaat niet zozeer om de resultatenmatrix, maar veel meer om de concrete afspraken ten aanzien van deze resultaten. Daarnaast is het van belang dat iedereen die betrokken is bij prestatiegerichte financiering deze op dezelfde manier inzet en werkt vanuit dezelfde gedachte en drive. Dat begint bij de opdrachtgever en hoe deze dit implementeert en communiceert. Waarbij elke laag vanuit dezelfde gedachte werkt en het hetzelfde doel uitdraagt. Ook bij de uitvoerende partij moet het leven dat het behalen van een prestatie de focus heeft. Een duidelijk risico is wel dat er een soort schoolsysteem ontstaat waarbij de aanbieder doet wat nodig is om
--	---

	een “voldoende te halen” en daarbij veel meer gericht is op de beschreven prestatie dan de daadwerkelijke zorgbehoefte van de cliënt. In de communicatie naar aanbieders is het belangrijk dat de resultatenmatrix serieus gepresenteerd wordt. Hierbij wordt niet bedoeld op bijeenkomsten e.d. maar de dagelijkse praktijk. Op het moment dat er bijvoorbeeld gecommuniceerd wordt dat de toewijzing van een verkeerd pakket niet uitmaakt, omdat het tarief hetzelfde is, ligt de focus op financiën en niet op het resultaat. Hiermee ontstaat een situatie waarbij opdrachtgever en opdrachtnemer de systematiek niet serieus nemen en werken op basis van technocratische besluitvorming. We zien landelijk ook dat de verschillende betrokkenen zich veelal aanpassen aan de aanbestede systematiek en minder letten op de dagelijkse praktijk en de gevolgen voor de cliënt. Uiteindelijk wordt het dan meer een spel tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Hierdoor verandert er weinig omdat niemand de prestatie serieus neemt die geleverd wordt. Men is dan meer voor de Bühne bezig om de prestatie dusdanig te presenteren dat de financiering geborgd is. Om te transformeren is het belangrijk dat opdrachtgever en opdrachtnemer intensief samenwerken, op de werkvloer, in het bepalen van resultaat en inzet. Dat betekent geen terugkerende overleggen op een mooie locatie, ver weg van de werkvloer, maar op locaties aanwezig zijn, bij de mensen thuis, in de wijk. Goed observeren zonder gelijk te oordelen en deze observaties gebruiken als uitgangspunt voor het maken van beleid en afspraken. Betrek hierbij ook de burgers die de zorg en ondersteuning ontvangen. Niet door een vragenlijst, maar door mee te laten denken en werken. Uitnodigen bij bijeenkomsten en tussen de opdrachtgever en opdrachtnemers plaats laten nemen. Op het moment dat we de cliënt namelijk niet goed meenemen in dit proces, sluiten we ze uit van deelname aan een proces dat uiteindelijk bepalend is voor de ondersteuning die zij ontvangen. Geen antwoord.
--	---