

Verslag marktconsultatie

Beschermd Wonen 2022 MVS

Datum: 16 maart 2021

Status: **Concept**

Dit verslag bestaat net als de marktconsultatie uit twee delen. Ten eerste de schriftelijke ronde, welke van 8 februari tot en met 7 maart 2021 open stond voor reacties. De aanbieders die gereageerd hebben op de schriftelijke consultatie door een bijdrage of aanmelding zijn uitgenodigd voor een digitale bijeenkomst op donderdag 11 maart 2021. Het verslag van de daar besproken thema's vormt het tweede deel van dit verslag.

Inhoud

Deel 1: Schriftelijke vragenronde.....	2
1. Herstelcapaciteit	2
2. Herstelgericht werken.....	3
3. Overdracht van begeleiding	3
4. Ondersteuningsplannen.....	4
5. Huisvesting.....	5
6. Tussentijds toetreden	6
7. Plaatsing buiten de MVS-gemeenten	6
8. Verslaving.....	7
9. Speciale doelgroepen.....	8
10. Toezicht en nabijheid	9
11. Overige onderwerpen	10
Deel 2: Digitale bijeenkomst	11
Thema 1: Huisvesting.....	11
Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:	11
Thema 2: Vraag en aanbod	12
Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:	12
Thema 3: Kostenbeheersing	13
Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:	13
Overige thema's.....	14
Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:	14

Deel 1: Schriftelijke vragenronde

Antwoorden op de gestelde vragen. (geanonimiseerd)

1. Herstelcapaciteit

Hoe kijkt u aan tegen de aanname van de gemeenten en Rogplus dat, na overgang van mensen met relatief zware problematiek naar de WLZ, BW-cliënten die onder de Wmo blijven vallen voldoende herstelcapaciteit hebben om na twee jaar min of meer zelfstandig te kunnen wonen?

Ik denk dat dat een reële veronderstelling is, de vraag is wel wat onder min of meer verstaan wordt. Ik denk dat er wel een categorie mensen is die behoefte hebben aan wonen in een groep omdat zij anders vereenzamen of verwaarloosd raken. Ook binnen de groep die niet onder de WLZ vallen. Daarnaast denk ik dat er een categorie mensen is die langer dan twee jaar nodig hebben om zo te herstellen dat zij zelfstandig kunnen wonen.

Soms is het leven van mensen ernstig ontwricht door een psychiatrische stoornis. Deze mensen blijven steeds korter in de kliniek, maar hebben daardoor soms ook langer nodig om weer balans te vinden en eigen regie te nemen.

Dat zouden we idealiter ook zo willen zien. Echter is er een gat tussen het CIZ en de WMO. Dit gat kan gedicht worden door de diagnostiek te financieren die verwijzing naar de WLZ via het CIZ kan ondersteunen. Een bepaalde lichte vorm van BW blijft dan nog nodig voor die of gene, maar dat kan met een individuele begeleiding, waarbij er bijvoorbeeld een (lichte) wooncomponent kan worden opgenomen als dit nodig is. Er zijn hierin wel meerdere oplossingen te bedenken dan de huidige BW.

Antwoord: een klein deel cliënten hebben herstelcapaciteit om na 2 jaar min of meer zelfstandig te kunnen wonen. Zelfstandig wonen hangt echter ook af van randvoorwaarden zoals beschikbare woningen en afspraken die worden gemaakt met het voorliggende veld/ketenpartners, welzijn, behandeling, Wmo enz.

Naast deze randvoorwaarden is er een toename van cliënten met complexe problematiek wat uitstroom binnen 2 jaar bemoeilijkt.

Aanbieder is voorstander van intensief kortdurende trajecten, ook binnen een BW omgeving. We merken op dat 'de BW cliënt' niet bestaat. Er zijn diverse profielen te onderscheiden die een op hoofdlijn gelijk traject met diverse doorlooptijd en eindresultaat doorlopen. We adviseren om die profielen/persona nader uit te werken.

Wat betreft de jongvolwassen doelgroep binnen de Wmo beamen we dat 2 jaar over het algemeen voldoende tijd is om in zelfredzaamheid te groeien en door te stromen naar zelfstandig wonen met ambulante begeleiding.

Wij zien daar zeker mogelijkheden in, zo wie zo is doorstromen een belangrijk gegeven. Wel vinden wij als zorgverlener dat de client alle stappen doorloopt om zo ook zelfstandig te kunnen wonen. Hiermee bedoelen wij

- 1 werk en inkomen
- 2 sociale vaardigheden
- 3 ADL en huishoudelijke zaken
- 4 financiën
- 5 betrouwbaar netwerk

Wij hebben voor de cliënten een checklist die zij zelf invullen. Daarin geven zij aan samen met de begeleiding waar zij hulp en ondersteuning in nodig hebben. Zo kunnen wij het zorgplan of persoonlijk plan bijsturen zodat deze doelen behaald kunnen worden .

Wij zijn van mening dat dit voor de bewoners, over het algemeen, een te behalen termijn is. Van grote invloed hierop is de ondersteuning van directe verwanten en het overige netwerk. De herstelcapaciteit

van een cliënt blijft daarnaast altijd afhankelijk van de veranderlijkheid van de zorgvraag en de psychiatrische problematiek. Afhankelijk van de stabiliteit in het ziektebeeld kunnen meer of minder stappen met cliënten genomen worden naar zelfstandigheid.

2. Herstelgericht werken

Wat is uw visie op de wens van de gemeenten en Rogplus om aanbieders te kunnen contracteren die in hun benadering van cliënten veel meer vanuit een herstelgericht perspectief werken dat op relatief korte termijn tot de door ons beoogde resultaten kan leiden. De gemeenten en Rogplus willen dat BW-cliënten na twee jaar min of meer zelfstandig kunnen wonen.

Dat sluit aan bij onze huidige werkwijze in een andere gemeente, waar we mensen die uit de kliniek komen vanuit de herstelvisie begeleiden naar zelfstandigheid in een traject dat maximaal twee jaar duurt. 70% van onze cliënten gaat zelfstandig wonen. De overige 30% kun je rekenen tot de WLZ groep. Onze trajecten met LVB-ers die met multiproblematiek te maken hebben, duren 1-2 jaar, dus past volledig. Je kunt ook niet zo lang in de interventie modus blijven.

Antwoord: Dit is een goed uitgangspunt, herstelgericht werken is wat ons betreft de meest passende manier om deze doelgroep te begeleiden. In hoeverre dat haalbaar is hangt af van randvoorwaarden en (complexe) vraag van cliënt. Zie ook hierboven.

Aanbieders missie is om kwetsbare kinderen, jongeren en gezinnen dichterbij hoop, herstel en perspectief te brengen. Dit kan in een kortdurend intensief traject van 2 jaar mits (a) de cliënt voldoende leerbaar is en stappen in zelfredzaamheid kan gaan zetten, (b) de beschikking passend is, (c) de keten van bij het traject benodigde instanties en aanbieders samenwerkt met korte doorlooptijden.

Deze visie steunen wij. Waar mogelijk moeten cliënten ook zelfstandig kunnen gaan wonen, of met eventueel ambulante zorg.

Deze visie is in lijn met de visie van Aanbieder. Aanbieder werkt aan perspectief en groei voor kwetsbaren. Doel van onze begeleiding is het realiseren van een gelijkwaardige plek in de samenleving van onze kwetsbaren. In de driehoek cliënt, medewerker, naasten en netwerkpartners wordt er gewerkt aan doelen op diverse levensterreinen die leiden tot meer zelfredzaamheid.

3. Overdracht van begeleiding

Hoe kijkt u aan tegen de wens dat vanaf 2021 voor cliënten met een BW-indicatie in beginsel geldt - dat zij in max. 2,5 jaar naar zelfstandige huisvesting moeten kunnen worden begeleid? - dat hun BW-indicatie na max. 2,5 jaar kan worden omgezet naar een indicatie voor ambulante begeleiding onder de Wmo (binnen MVS 'Meedoen in de stad' geheten)? - dat betrokken aanbieders in die periode daartoe de voorwaarden moeten hebben gecreëerd?

Het lijkt mij goed toe te werken naar een vorm van Beschermd Thuis. Vallend onder het BW contract. Er zijn mensen die wel in een eigen woning kunnen wonen, maar wel een intensief beroep moeten doen op zorg. Met een vorm van Beschermd Thuis, waarbij de cliënt in een eigen woning woont, maar wel intensief begeleid wordt, kun je cliënten direct vanuit een eigen woning begeleiden. Dat veronderstelt wel een voldoende woningvoorraad.

Het lijkt me van belang dit criterium ook af te zetten tegen de criteria die de WLZ hanteert om te voorkomen dat er een groep ontstaat die tussen de wal en het schip valt.

In beginsel een goed idee. Waar we voor moeten waken is dat de context altijd leidend blijft. Daarnaast is het ook zo dat een traject bestaat uit verschillende fases. De een gaat makkelijker dan de andere en de echte zelfstandigheid volgt later in het traject. Het kan zijn dat dan pas de werkelijke beperking (en wellicht de WLZ onderbouwing) aan het licht komt en het maximale herstel onder de maat van zelfstandig wonen blijkt te liggen.

Antwoord: Om een goede uitstroom te bewerkstellingen na max 2,5 jaar is het noodzakelijk dat er voldoende passende/aansluitende huisvesting beschikbaar is voor cliënten.

Er dient in de keten samen met de woningcorporaties hierin voorzien te worden anders kan het zijn dat cliënten langer bij een zorgaanbieder moeten te verblijven dan nodig omdat het daar stagneert.

Tevens moet men rekening houden met de criteria die corporaties stellen, bijv. het hebben van schulden maakt vaak dat cliënten nog niet door kunnen stromen terwijl zij dit wel al zouden kunnen.

Resultaat afspraken vanuit de gemeente met de corporaties zijn van belang in deze.

Bovenstaande staat in nauwe relatie met de ambulante dienstverlening en de wijze waarop juiste ketenafspraken kunnen worden gemaakt van bijv. ggz en het voorliggende veld.

Vraag: bedoelt u hier 'vanaf 2022'?

Reactie: Aanbieder begrijpt deze wens en denkt dat dit in de meeste gevallen bij de doelgroep jongvolwassenen haalbaar is. Het geniet de voorkeur om in de opdracht werkwoorden zoals 'moeten' niet te gebruiken, want gezien de diversiteit van de doelgroep en intensiteit van hulpbehoeften - ook binnen BW - is zelfstandige huisvesting na 2,5jaar niet altijd haalbaar. Het zou echter voor het grote merendeel wel 'kunnen'.

Voorwaarde: deze opgave is niet eenzijdig door de inzet van zorgaanbieder van betrokken cliënt te behalen. Succesfactor is mede en o.a. de samenwerking met woningcorporaties (tbv voldoende huisvesting om naar door te stromen, soepele urgentieregelingen en passende lage huurlasten), GGZ aanbieders (indien cliënt met psychische/psychiatrische problematiek kampt > GGZ is vaak voorliggend aan ambulante zorg en start door huidige wachtlijsten regelmatig later dan gewenst op), samenwerking met ZorgSamen (afgifte beschikking, bij zorgzwaarte passende vergoeding).

Dat is zeker haalbaar. wel maak ik hierbij een kant tekening dat er zeker cliënten zijn die net op de grens zitten van een WLZ en WMO indicatie. Dit is een lastige groep want zij beschikken over veel vaardigheden om zelfstandig te kunnen wonen, anderzijds ontbreekt het aan leerbaarheid om de ontbrekende vaardigheden te leren. Dit is zeker wel te ondervangen, maar moet in goed overleg met betrokken partijen gebeuren .

Zoals hierboven beschreven is, is het beschikken over- of het creëren van een sterk netwerk hierbij van groot belang. Afhankelijk van de problematiek van de cliënt zal dit makkelijker of moeilijker te realiseren zijn. Vele van onze cliënten hebben hun netwerk verloren, juist vanwege hun problematiek. Aanbieder is voornemens om meer te gaan werken met de inzet van ervaringsdeskundigen en vrijwilligers om zo cliënten van een nieuw netwerk te voorzien en hen ook onderling meer te gaan verbinden in de wijk.

4. Ondersteuningsplannen

Hoe kijkt u aan tegen de wens dat gecontracteerde aanbieders op cliëntniveau beschikken over heldere ondersteuningsplannen die gemeenten in staat stellen de voortgang van geboden ondersteuning richting gestelde doelen te monitoren?

Dat lijkt me niet meer dan logisch.

Niet meer dan logisch. Wel belangrijk om dit vormvrij te houden. (Binnen kaders)

Antwoord: Een ondersteuningsplan is essentieel om goede dienstverlening te bieden. Bij monitoring moet er in gezamenlijkheid goed worden gekeken naar administratieve druk.

Prima wens, indien gemeente als opdrachtgever de kaders stelt en zorgaanbieder als opdrachtnemer en trajectregisseur de invulling geeft. Werken met gezamenlijk opgestelde KPI's is hierin een goede werkwijze.

Mee eens. Aanbieder werkt al met heldere plannen. Hierin staan naast de basis informatie ook kortdurende doelen (haalbaar in enkele maanden) en langdurige doelen (doelen waar op wat langere termijn iets bereikt mee kan worden)

Aanbieder werkt volgens methodiek positieve gezondheid. In de loop van 2021 zal er met onze bewoners ieder kwartaal gemeten worden welke voortgang zij maken op de diverse levensterreinen van

positieve gezondheid die zij zelf van belang achten in het kader van hun zelfredzaamheid. Deze voortgang zal actief in het dossier bijgehouden worden. Het betreft de levenssterreinen lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijk participeren en dagelijks functioneren. Aanbieder erkent het belang van al deze domeinen en verwerkt ze, samen met de cliënt, in zijn of haar doelen. Zo ontstaat er een duidelijk ondersteuningsplan waar de cliënt, Rogplus en wijzelf goed mee kunnen werken.

5. Huisvesting

Hoe kijkt u aan tegen de wens dat vanaf 2022 evt. voor BW-cliënten benodigde huisvesting primair een verantwoordelijkheid is van gecontracteerde aanbieders? Aanbieders dienen zo nodig te zorgen voor passende huisvesting voor BW-cliënten, hetzij door die zelf via verhuur ter beschikking te stellen hetzij door ondersteuning/bemiddeling te bieden naar andere vormen.

Aanbieder is geen voorstander van het verhuren van woningen aan cliënten. Dat is niet onze expertise. bovendien brengt het een enorm financieel risico met zich mee. Het brengt de overheadkosten in verhouding sterk omhoog omdat voor een relatief beperkte groep een administratief systeem moet worden ingericht en bijgehouden.

Wij zijn van mening dat het van belang is in samenwerking met coöperaties tot een goed systeem te komen.

Het gevaar is dat een probleem in de woningvoorraad een probleem van de zorgaanbieders wordt en dat lijkt me niet de bedoeling.

Dit is een lastige: Het als zorgaanbieder optreden als verhuurder is onbespreekbaar. Echter instellingsgerelateerd wonen suggereert dat de wooncomponent in de BW tarieven ligt. Kortom: als jullie bedoelen dat de aanbieder verantwoordelijk is voor het woongedeelte zeggen we "ja", mits de financiering daarvoor niet via de cliënt verloopt.

Antwoord: Wij zien een rol voor zorgaanbieders in BW m.b.t. toeleiden en begeleiden naar een eigen woning. Dit is onderdeel van de opdracht van zorgaanbieders, cliënten ondersteunen in het weer zo zelfstandig mogelijk wonen en leven. Als iemand zelf kan huren is dit van belang dat dit ook gebeurt. Door de krapte in de woningmarkt is het voor zorgaanbieder onvoldoende mogelijk te putten uit passende woningen waardoor cliënt weer verplicht wordt te verhuizen. Dit draagt niet bij aan herstel cliënten zoals ook in het rapport Dannenberg is beschreven.

Bij zorgaanbieders staat de ondersteuning aan cliënten voorop, de rol van intermediaire verhuurder is niet wenselijk.

Voldoende en geschikte huisvesting in de Randstad en dus in MVS is een uitdaging gezien de krapte op de woningmarkt. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de gemeente (RO beleid), woningcorporaties (voldoende % passende huizen naar bijzondere doelgroepen) en zorgaanbieders. Aanbieder wil als intermediair verhuurder optreden en heeft daar ruime ervaring mee. Voorwaarde is dat niet alle risico's bij de zorgaanbieder liggen, dat er partnerschap met genoemde partijen wordt ervaren en dat er een redelijke vergoeding (via beschikking of frictietoeslag) wordt uitgekeerd, waarmee de huuradministratie, huurderiving, onderhoud en leegstand kunnen worden bekostigd.

Dit is een punt van aandacht zeker voor ons. Wij kunnen putten uit veel woonruimtes in de regio, maar wij hebben besloten dat wij medio najaar 2021 een 16 tal appartementen gaan bouwen voor cliënten van de Aanbieder.

Hier kunnen zij een studio huren voor normale prijzen, dit omdat woonruimte op dit moment erg duur en kostbaar is.

Aanbieder verzorgt al sinds jaar en dag het onderdeel wonen voor al haar BW-cliënten in samenspraak met de woningbouwcorporaties. Dit beleid zal Aanbieder voortzetten. In enkele gevallen verzorgt Aanbieder ook voor bewoners die doorstromen naar ambulante begeleiding het huurcontract wanneer de woningbouwcorporatie dit te risicovol acht. Omdat dit een grote administratieve belasting en

financiële risico's met zich meebrengt zijn we hierin terughoudend. Wij vinden het van belang om hierover heldere afspraken te maken met woningbouwcorporaties en gemeenten.

6. Tussentijds toetreden

Hoe kijkt u aan tegen de mogelijkheid om tussentijdse toetreding van nieuwe aanbieders mogelijk te maken als behoefte aan specifieke ondersteuningsvormen dat wenselijk maakt?

Ik denk dat het van belang is dat van tevoren goed bepaald wordt waar behoefte aan is en waar niet. Het aantal BW plekken zal door de instroom in de WLZ sterk zijn afgenomen. Door een 'open house' benadering te kiezen is er geen zekerheid meer voor zorgaanbieders. Zij zullen niet geneigd zijn te investeren.

Een goede BW voorziening vraagt om investering in mens en kapitaal en is risicovol, dan is het van belang dat je goed weet waar je aan toe bent in een gemeente. Het risico voor de gemeente is dat er veel aanbieders inschrijven, maar dat vanwege de onzekerheid uiteindelijk weinig aanbieders ook daadwerkelijk actief worden.

Het is belangrijk dat de gemeenten goede regie voeren en aangeven wat er nodig is en met welke partijen ze dat graag willen doen. Niet teveel aan de markt overlaten dus, maar heldere kaders scheppen en wel komen tot afspraken.

Als dit de inwoner ten goede komt is dat een goede zaak. Bedacht moet worden dat er geen concurrentie moet ontstaan, waarbij leegstand ontstaat.

Antwoord: in belang van de cliënt is het nodig dat maatwerk wordt geleverd. Met de gecontracteerde aanbieders kan allereerst worden gekeken naar wat nodig is en wat nu al voor passende oplossingen (op andere plekken) wordt aangeboden of ontwikkeld door de gecontracteerde zorgaanbieders. Mogelijk wordt aanbod ook al uitgebreid met nieuwe aanbieders tijdens de contracteerronde voor 2022.

Aanbieder staat hier niet negatief tegenover, tenzij het een nadeel voor gegunde partijen oplevert (leegstand of lagere vergoeding, etc.).

Hier zijn wij het mee eens. Wij zijn voorstander van kleinere zorgaanbieders omdat zij vaak meer aandacht hebben voor de cliënten.

Aanbieder is volop in ontwikkeling en heeft de gehele keten in huis, van daklozenopvang tot beschermd wonen, ambulante begeleiding, dagbesteding en welzijn. Wanneer er behoefte is aan specifieke ondersteuningsvormen houdt Aanbieder zich graag aanbevolen om deze met andere relevante partners te ontwikkelen. Verdere versnippering van het aanbod dient voorkomen te worden, dit is in het perspectief van de keten geen wenselijke lijn. Wanneer Aanbieder hiertoe geen kans ziet is het vanzelfsprekend dat er nieuwe partners worden gecontracteerd.

7. Plaatsing buiten de MVS-gemeenten

Hoe kijkt u aan tegen het gegeven dat mensen die binnen de regio MVS een indicatie Beschermd wonen hebben gekregen, de bij die indicatie behorende ondersteuning eventueel buiten de MVS-gemeenten ontvangen? Welke kansen en knelpunten ziet u hierbij?

Voor mensen met een specialistische hulpvraag maakt de plek waar ze die ondersteuning niet zo heel veel uit.

Ik zou wel kiezen voor voorzieningen zo dicht mogelijk in de regio.

Maar voor specifieke producten is het mogelijk buiten MVS te plaatsen.

Ik noem als voorbeeld onze nieuwe kliniek voor Dubbel Diagnose, voor mensen met verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek. Een vrij specifieke vorm van zorg, waarvan je in BW-vorm waarschijnlijk geen hoog volume kunt realiseren in MVS. Samen met een andere gemeente lukt het wel en dat kan het interessant maken om een aantal bedden buiten MVS in te kopen.

We zijn een integrale aanpak als de beste aanpak. Een versnipperd behandelingsteam lijkt op het eerste gezicht onhandig. Feitelijk gezien wordt je dan als aanbieder een zorghotel. Wij zien dat niet als een product wat bij ons past, maar wellicht wel bij anderen?

Antwoord: het is soms een kans om een cliënt uit de eigen omgeving, netwerk te halen bijv. bij middelen gebruik of waarbij hun situatie belemmerend is voor herstel. Knelpunt kan zijn dat de andere gemeente de vraag opnieuw gaat beoordelen en toetsen waardoor cliënt 2 keer zijn verhaal moet doen en wat onnodig voor vertraging zorgt. Het zou helpend zijn als gemeenten daarover afspraken maken.

Aanbieder wil graag over de muren van een gemeente heen kijken en zorg (met name BW) regionaal beschikbaar stellen. Het biedt kansen aan burgers die anders eventueel tussen wal en schip vallen (geen plaats in eigen gemeente). Het biedt knelpunten wanneer gemeenten hierin niet samen optrekken en bekostigen.

Aandachtspunt is de uitstroom uit BW in gemeente X naar zelfstandige woonruimte in gemeente Y. Met name het woonplaatsbeginsel en variatie in regelgeving/contracten van instanties per gemeenten, kunnen knelpunten opleveren in vloeiende uitstroom uit BW en instroom in eigen woning.

Dat zou zeker een mogelijkheid kunnen zijn. Wij zijn zelf al bezig met een andere gemeente om het mogelijk te maken dat cliënten uit de MVS naar de regio zouden kunnen gaan. Andere gemeente staat hier zeker voor open. Op dit moment gebeurt het al omgekeerd dat cliënten uit een andere gemeente bij ons geplaatst worden.

Afhankelijk van de problematiek van de cliënt kan het passend zijn om cliënten Beschermd Wonen te bieden buiten de regio. Voordeel hiervan is dat sommige cliënten hierdoor specifiek op hun problematiek toegesneden zorg en begeleiding kunnen ontvangen die Aanbieder niet kan bieden. Nadeel hiervan is dat cliënten verder van hun naasten en netwerk verwijderd kunnen raken waardoor zij verder in een isolement terecht kunnen komen. Voor het doel van uitstroom op een later moment kan dit een “bottle neck” vormen.

8. Verslaving

Hoe gaat u om met BW-cliënten die door verslaving en/of andere redenen, een veiligheidsrisico vormen voor zichzelf en de omgeving?

Deze passen uitstekend in onze, eind dit jaar te openen, kliniek/BW voor Dubbel Diagnose. Deze voorziening wordt gebouwd op ons terrein, wat overlast voorkomt en is qua veiligheidsbeleid toegerust om deze groep goed te begeleiden.

Escalatie beschikbaar stellen, inclusief escalatie via ZVW. Indien dit de voorliggende problematiek is, is het het overwegen waard om in samenspraak te kijken naar de financiering (BW/WLZ/ZVW) en grondslag.

Antwoord: bij bepaalde doelgroepen bijv. mensen met complexe verslavingsproblematiek is hoogste doel verslechtering en achteruitgang voorkomen. Het gaat bijv. om mensen die heel hun leven al verslaafd zijn maar geen wlz nodig hebben. Er zijn dan 2 sporen; vaste lijnen en goede afspraken en samenwerking met politie, veiligheidshuis, afd. veiligheid gemeente enz. .En daarnaast inzetten van ondersteunende methodieken, inzet risicoanalyse en consultatieteam.

Verslaving is contra indicatie voor instroom in een BW voorziening. Het vertroebelt de leerbaarheid van een cliënt. Dit geldt tevens voor zware psychiatrische problematiek. Beide zijn voorliggend; een detox of opname in psychiatrie is voorwaardelijk om het kortdurende BW traject met succes te doorlopen.

In situaties van onveiligheid kan iemand geen stappen vooruit zetten, zodoende is aantoonbaar en repeterend onveilig gedrag een contra indicatie voor wonen in de BW omgeving. Onveiligheid straalt niet alleen op de cliënt zelf af, maar kan ook het traject van andere cliënten stagneren.

Wij werken met jongeren met een verslaving. Nu zijn de regelgevingen van Aanbieder dusdanig dat wij ter bescherming van de andere bewoners en het personeel, gebruik in en rond de woning niet is

toegestaan. Daarnaast hebben wij een samenwerking met MEE die ons adviseert in geval wij cliënten hebben met een ernstige verslaving. Ook een andere Aanbieder is betrokken bij Aanbieder. Ons streven is om met de cliënt die een verslaving heeft een tijdlijn op te zetten samen met hem/haar om uiteindelijk het doel van zelfstandig zonder verslaving te behalen. Wel moet ik er bij zeggen dat wij de veiligheid n {niet verder ingevuld}

Vorige maand heeft Aanbieder haar huisregels aangescherpt en een sanctiebeleid geïntroduceerd. Voor bewoners die verslavingsgedrag vertonen betekent dit dat zij, bij voortdurend gebruik, uitgezet zullen worden. Wij zijn van mening dat verslaving leidt tot onveiligheid voor medebewoners en medewerkers. Bovendien kan verslavingsgedrag voor medebewoners een trigger zijn om zelf (weer) te gaan gebruiken. Ook geloven wij dat het actief werken aan doelen uit het ondersteuningsplan alleen mogelijk is wanneer verslaving afwezig is. Bewoners met verslavingsproblematiek zullen naast dat zij uitgezet worden, door ons worden doorverwezen naar passende verslavingszorg.

9. Speciale doelgroepen

Hoe kijkt u aan tegen de wens dat vanaf 2022 gecontracteerde aanbieders ook voor de volgende binnen BW voorkomende probleemgroepen de gewenste specifieke/specialistische ondersteuning kunnen bieden die dan gewenst is: - psychiatrie; - psychiatrie in combinatie een licht verstandelijke handicap; - psychosociale problemen (met name jongvolwassenen); - autisme; - problematiek agv vluchtelingenstatus - verslavingsproblematiek.

Ik begrijp de wens, maar het gaat voor mijn gevoel een beetje teveel uit van de problematiek en te weinig van de ondersteuningsvraag. Die kan bij een aantal van deze problematieken gelijk zijn, maar ook binnen een dergelijke groep kunnen veel verschillen bestaan. Daarnaast vraag ik me af of er voor al deze groepen voldoende volume is om voorzieningen op in te richten.

Wij bieden in een andere gemeente nu aan 25 cliënten een traject aan dat voor verschillende groepen geschikt is. Zeker wanneer je uitgaat van een traject van maximaal 2 jaar, hoeft het aanbod niet heel specifiek te zijn. Het gaat om de werkwijze en de gehanteerde methodiek. Er zijn voldoende generieke methodieken die voor veel mensen uitstekend werken. Bovendien herstellen mensen individueel en niet als groep, zeker omdat het traject een korte duur heeft.

Ik ga er vanuit dat ook voor dit contract geldt dat de gemeenten niet voor 'topzorg' gaan, maar het principe van 'goed is goed genoeg' hanteren.

Wij geloven in specialisten. Als de vraag is of de specialisten alle groepen moeten bedienen, dan vragen jullie generalisten. In onze optiek is dat een verspilling van expertise en zorggeld. Ook moet de schaalgrote dermate groot zijn om dit inhoudelijk goed uit te kunnen voeren dat het de vraag is of de cliënt hiermee geholpen is.

Al deze probleem groepen moeten in BW een plek krijgen mits er goede afspraken in keten kunnen worden gemaakt bijv. met behandelaren.

Met name voor de onderdelen psychiatrie en verslavingsproblematiek adviseren wij om deze niet onder eindverantwoordelijkheid van Wmo aanbieder te plaatsen, daarvoor is de inzet van gespecialiseerde (GGZ) partijen essentieel. Het kan wel werken indien cliënt bij BW aanbieder woont, die verantwoordelijk is voor maatschappelijke begeleiding, gecombineerd met poliklinische behandeling bij specialist. Bij escalatie (bijv. zware psychose) dient cliënt snel opgenomen te kunnen worden (geen wachtlijst overbrugging bij Wmo aanbieder), daarna kan deze weer teugkomen in de MO.

Elke zorgaanbieder heeft eigen specialisatie, afhankelijk van doelgroep, type hulpvragen en expertise van professionals. Onze oproep is om een aanbieder niet integraal voor alles in te zetten (gevaar voor halve kwaliteit), maar een netwerk van specialisten om cliënten heen te zetten waarin elke zorgaanbieder op unieke kracht wordt ingezet. Voorwaarde: elkaar weten te vinden, elkaar gunnen en casusregie bij 1 aanbieder (waar cliënt woont).

Al deze specifieke probleemcasussen hebben wij al woonachtig bij ons. Ik moet er wel bij zeggen dat er regelmatig blijkt dat client een bredere beperking heeft dan dat er op papier staat. Dit geven wij dan ook duidelijk aan. Wij zien dat er een aantal cliënten van Aanbieder toch een CIZ indicatie gaan krijgen omdat zij een dusdanige beperking hebben dat zij altijd (of lees: lange tijd) zorg nodig zullen hebben.

Wij zijn van mening dat er voor elke groep ander zorgbeleid nodig is. Het is van belang dat elke doelgroep begeleiding ontvangt die passend is met de hierbij behorende professionele expertise en omgeving. De ervaring heeft ons geleerd dat de problematiek van sommige doelgroepen zich niet goed tot elkaar verhoudt en kan leiden tot instabiliteit voor bewoners, wat het bevorderen van de zelfredzaamheid niet bespoedigt. Aanbod voor specifieke doelgroepen moet dan ook met beleid ingericht worden naar de problematiek en behoeften van die doelgroepen. Dit wil overigens niet zeggen dat het werken met deze doelgroepen nieuw is voor Aanbieder. Al enige jaren begeleiden wij cliënten met veel van de opgesomde problematiek. Bij hen is de psychiatrische stoornis de eerste grondslag, een lichtverstandelijke beperking de tweede. Ook cliënten met bijvoorbeeld autisme begeleiden wij al enige tijd op onze beschermde woonlocaties en maatschappelijke opvang. Logischerwijs vraagt een nieuwe en grotere toestroom van deze probleemgroep wel om een verdere specialisatie en/of een uitbreiding hiervan.

10. Toezicht en nabijheid

Binnen de ondersteuningsprofielen is sprake van 24 uren toezicht of 24 uren nabijheid. Is het denkbaar dat u ondersteuningsaanbod ontwikkelt wat het toezicht of de nabijheid op een andere manier vormgeeft? Zo ja, hoe kijkt u hier tegenaan en met welke factoren moeten we rekening houden?

De vraag is in hoeverre deze component nog voorkomt in de ondersteuningsprofielen nadat de mensen die naar de WLZ gaan uit het BW bestand zijn. Misschien is 24 uren beschikbaarheid dan in de meeste gevallen afdoende.

Bij 24 uren toezicht en/of nabijheid is het van belang een behoorlijk volume te hebben. Digitale oplossingen lenen zich niet ivm privacy.

24 uren zorg kan alleen geleverd worden in een woonvorm met een behoorlijk omvang (25-30 plekken) en een gegarandeerd volume, omdat het een dure vorm van zorg is.

Onze ervaring is dat 24 uur beschikbaarheid meestal voldoende is. Wanneer dit niet voldoende is, is er eigenlijk opname nodig of is er sprake van WLZ-zorg.

Wij zien in onze beschermd wonen teams diverse ontwikkelingen variërend van het inzetten van domotica tot het beschikbaar hebben van een videoverbinding. Hier is de context leidend. Niet iedere cliënt beschikt over de digitale vaardigheden om hier toegevoegde waarde aan te beleven.

Zeker mogelijk om ondersteuning te laten aansluiten bij de (door)ontwikkeling van bijv. Ehealth, domotica, digitalisering. Vanzelfsprekend wel passend bij de ondersteuningsbehoefte van de cliënt.

Vraag: wat is de definitie van de gemeente in 'toezicht' en 'nabijheid'. Zit hier wel/niet verschil tussen?

Opmerking: Aanbieder spreekt liever over 24uur 'ondersteuning' dan 'toezicht'.

Reactie: voor de intensiteit van hulpvragen die cliënten binnen een BW omgeving hebben, is het in onze optiek niet passend om (a) minder dan 24uur beschikbaar te zijn voor cliënten en (b) niet direct maar digitaal beschikbaar te zijn. Jongvolwassen cliënten hebben de nabijheid van een professional van vlees en bloed nodig die proactief signaleert en reageert.

In de laatste fase van het BW traject kan gedacht worden aan afschaling in de vorm van minder vaak directe nabijheid, zelfs wonen buiten (maar wel heel dichtbij) de voorziening en nachtelijke ondersteuning via een ambulante ipv wakende wacht. Zie de ideeën die Rotterdam hiervoor ontwikkeld, genoemd 'de tussenvoorziening'.

Wij hebben 24 uren toezicht op de locaties zelf, op 1 locatie na, die heeft ondersteuning gedurende de nacht op afstand. Hiervoor is een speciaal nummer. 4 locaties hebben slaapwachten, 1 locatie heeft nabijheid van zorg. (statistisch gezien gaan wij hier 10 x per jaar na de reguliere tijden langs)

Dit is afhankelijk van de problematiek van bewoners. Voor de doelgroep in zijn algemeenheid geldt dat Aanbieder te maken krijgt met een ouder wordende populatie welke steeds vaker ADL en HDL problemen krijgt, maar ook met bijvoorbeeld dwaalgedrag in de nacht. Voor locaties met deze bewoners is 24 uren nabijheid van belang. Op andere locaties, waar cliënten verblijven met een hogere zelfredzaamheid zijn andere vormen van 24 uren nabijheid mogelijk. Denk hierbij aan het inschakelen van een partner organisatie in de buurt welke gebeld kan worden of het gebruik van alarmhorloges in de nacht welke direct doorgeschakeld worden naar een bereikbaarheidsdienst. Deze oplossingen vragen om enige vaardigheid met telefoons of andere applicaties. Het ontwikkelen van deze vaardigheden bij bewoners die vaak weinig digitaal vaardig zijn, behoeft de nodige aandacht.

11. Overige onderwerpen

Zijn er nog onderwerpen die u van belang acht waar naar uw mening in deze vragenlijst nog onvoldoende aandacht aan is besteed? Zo ja, voeg deze dan hier toe.

-

We zouden graag het product Beschermd Wonen op willen bouwen uit bouwstenen, waarbinnen in intensiteit kan worden op en afgeschaald. Zo zien we zelf veel meer in wonen in de wijk, waar een cliënt zijn netwerk op kan bouwen en gedurende het traject "omklapt" en zelf gaat huren en de begeleiding geleidelijk aan afgebouwd wordt. (Nu wordt een cliënt vaak begeleid tot een zekere mate van zelfstandigheid en zodra de cliënt klaar is, halen we hem weg uit zijn netwerk en moet hij/zij weer een nieuw netwerk opbouwen in een andere wijk/straat. Dat is dubbel geld.)

Antwoord: In de beweging van extramuralisering binnen BW willen we graag lange termijn afspraken met woning coöperaties. Veranderingen in vastgoed vragen ook vaak meer tijd, omdat er sprake is van bijv. huurcontracten. Dit vraagt om een langere termijn visie.

- Berekening van tarief voor BW: passend bij intensiteit van hulpvraag en niet enkel vanuit aanwezigheid personeel / loonkosten
- Diversiteit van BW voorzieningen: overweeg hoe diverse doelgroepen met diverse behoeften naar diverse voorzieningen kunnen
- Doorstroom: waar komt cliënt vandaan (situatie voor instroom) en waar gaat deze naartoe (situatie na uitstroom): keten moet vloeiend ingericht zijn en samenwerken.
- Hoe bouwen we niet professionele netwerken om cliënt heen, zodat deze daadwerkelijk zonder zorg verder kan in de maatschappij? Aanbieder heeft hier visie op en praat hier graag over door.
- Gat tussen BW en zelfstandig wonen met ambulante zorg. Wat is de plek van kleinschalig geclusterd wonen met intensief extramuraal arrangement in MVS?

Wat voor ons belangrijk is dat is de samenwerking met Rogplus vanaf het moment van aanmelden. Wij hebben gezien dat dat punt erg belangrijk is en dat wij alleen door samen goed te overleggen de beste zorg voor de cliënten kunnen bieden. Een goede intake is hiervoor erg belangrijk.

-

Deel 2: Digitale bijeenkomst

In de digitale bijeenkomst op 11 maart heeft het inkoopteam een presentatie gegeven over de voorgenomen richting. Hierna is op 3 thema's doorgesproken met de aanwezigen. Van elk van deze 3 thema's en een open vraag is een korte samenvatting van de uitkomsten opgenomen.

De volledige presentatie wordt tegelijkertijd met dit verslag gepubliceerd.

Van de bijeenkomst is een opname gemaakt.

Presentatie door Wim Bijl, Jaap van Elsäcker en Marco Kranenburg

Deelnemers vanuit de 3 gemeenten, Dijkgroep, GGZ Delfland, Pameijer, Stoed en Timon

Thema 1: Huisvesting

rogplus

Thema 1: Huisvesting

- Geschikte huisvesting bij uitstroom grootste knelpunt
- SUWR-regeling: is die toereikend?
- Wat kunnen we doen om tijdige uitstroom bij BW te bevorderen?
- Wat kunnen aanbieders daarin betekenen?
- Wat kan de gemeente daarbij faciliteren?
- Is omklappen van woningen een optie?



Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:

Richt je niet alleen op het optimaliseren van de uitstroom, maar ook op beperking van de instroom. Uitstroom moet vanaf het moment van instroom een bespreekthema en uiteindelijke doelstelling van de ondersteuning zijn.

Voor het succesvol omklappen van woningen is medewerking van alle corporaties en verhuurders noodzakelijk. Vraag is gesteld aan de gemeenten om het partnerschap in de driehoek aanbieder, gemeente en woningcorporatie te initiëren en faciliteren. Doe dit gezamenlijk en niet als elke aanbieder en gemeente afzonderlijk.

Omklassen van woningen vereist wel dat er steeds nieuwe woningen worden toegevoegd. Dit lijkt een knelpunt.

Voorkom dreigende uithuiszettingen.

Maak meer werk van 'housing first'.

Denk niet alleen in samenwerking met woningcorporaties, maar ook (particuliere) beleggers.

De vraag is gesteld of ook andere vormen van beschermd wonen worden geboden met andere vormen van toezicht. Dit is onderdeel van het bouwstenenmodel.

Thema 2: Vraag en aanbod

- Open House maakt toetreding tussentijds mogelijk
- Aantal aanbieders liefst niet te groot, geen versnippering
- Huidig aanbod ontoereikend voor specifieke doelgroepen
- Acceptatieplicht voor aanbieders
- Liefst match tussen vraag en aanbod regionaal (ongeveer 150 plaatsen)
- Woonplaatsbeginsel vanaf 2023: aanbod buiten de regio mogelijk
- Hoe kunnen we divers aanbod contracteren binnen de regio?



Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:

Enkele aanbieder hebben al ervaring met contracteren onder Open House. Bijvoorbeeld in de gemeente Delft is een constructie met op het moment 15 aanbieders.

De inhoud van dit contract vraagt wel om de beschikbaarheid van vastgoed, maar met veel aanbieders is het lastig om dit vastgoed rendabel gevuld te krijgen.

Bij nieuwe toetreders moet de gemeente goed nagaan wat een nieuwe aanbieder voor toegevoegde waarde biedt.

Het is een utopie om te denken dat alles kan worden ondervangen door inkoop.

Er wordt gevraagd om persona's op te nemen van de diverse doelgroepen in beschermd wonen. Daarnaast is de wens uitgesproken om inzichtelijk te krijgen wat de te verwachten ontwikkelingen zijn op dit dossier, bijvoorbeeld voor de komende 10 jaar.

Thema 3: Kostenbeheersing

- Momenteel: budgetplafonds voor aanbieders
- Budget BW in MVS daalt vanaf 2023
- Liefst geen wachtlijst voor BW
- Hoe kosten en capaciteit te beheersen?
- Optie: elke uitstroom=instroom
- Meer capaciteit voor Beschermd Thuis (extramuraal BW)
- Welke mogelijkheden zien aanbieders?



Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:

Gevraagd wordt naar de huidige omvang van het budget en het aantal plekken. Dit is op dit moment onduidelijk omdat een aantal cliënten nog wacht op een beoordeling door het CIZ om al dan niet te worden toegelaten tot de Wlz. Naar schatting zal het uiteindelijke aantal cliënten in de Wmo circa 150 bedragen

Het advies is meegegeven om te richten op de uitstroom in plaats van te richten op de beschikbare financiën. Kijk ook naar de keten en de grensvlakken voor samenwerking.

Zet in op partnerschap en gezamenlijkheid, niet op de beheersing.

Overige thema's



- Zijn wij nog iets vergeten?
- Zijn er nog vragen bij aanbieders?



Opmerkingen en aanvullingen vanuit de aanbieders:
Problemen los je mét elkaar op.

Let op de veranderende vraag van cliënten, er komt een andere doelgroep in de BW-voorzieningen. Denk hierbij aan dubbele diagnoses en verslaving. Blijf hierover gedurende de uitvoering van het contract met elkaar in gesprek.

Er is behoefte aan een visiegedreven meerjarenaanpak.

Tenslotte nog een vraag wat de scheefheid in de verdeling betekent voor de centrumgemeenteconstructie. Dit is een intern verdelingsvraagstuk voor de MVS-gemeenten, dit heeft geen effect op het uiteindelijke contract. Dus ondanks dat de capaciteit niet gelijk is verdeeld over de 3 gemeenten heeft dit geen direct effect op de te ontwikkelen voorzieningen.