



Knelpunten en oplossingen regionale voorzieningen

Regio Holland Rijnland

Regio Holland Rijnland
November 2020

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Thema 1: VG met GGZ en/of Verslaving en VG moeder en kindplekken	5
2.1	Ambtelijk geconstateerde knelpunten	5
2.2	Bevindingen thema 1	5
2.3	Conclusies thema 1	7
3	Thema 2: Somatiek & GGZ en Somatiek en Dubbeldiagnose (GGZ & Verslaving)	9
3.1	Ambtelijk geconstateerde knelpunten	9
3.2	Bevindingen thema 2	9
3.3	Conclusies thema 2	12
4	Thema 3: Keten behandeling en begeleiding verslaving & detox	13
4.1	Ambtelijk geconstateerde knelpunten	13
4.2	Bevindingen thema 3	14
4.3	Conclusies thema 3	14
5	Thema 4: Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wmo	16
5.1	Ambtelijk geconstateerde knelpunten	16
5.2	Bevindingen thema 4	17
5.3	Conclusies thema 4	18
6	Oplossingsrichtingen	19
6.1	Netwerkvorming	19
6.2	Extra regionale plekken voor complexe problematiek	20
6.3	Samenwerking buiten de regio	21
6.4	Kwaliteitseisen BW	21

1 Inleiding

De gemeenten in Holland Rijnland hebben afgesproken om per 2022 de Maatschappelijke Zorg¹ (MZ) zoveel mogelijk lokaal te organiseren. Waar de taken van Maatschappelijke Opvang (MO) en Beschermd Wonen (BW) nu een verantwoordelijkheid van de centrumgemeente Leiden zijn, worden ze per 2022 zoveel mogelijk lokaal opgepakt. Dit betekent dat een inwoner zich bij de lokale toegang meldt, dat de lokale toegang met de inwoner bekijkt wat de ondersteuningsbehoefte is en welke voorzieningen hiervoor ingezet kunnen worden. Gemeenten hebben zoveel mogelijk een passend ondersteuningsaanbod lokaal of in de subregio beschikbaar.

Tegelijk is duidelijk dat niet alle opvang en begeleiding op lokaal of subregionaal niveau kan worden aangeboden. Voor een groep cliënten die specialistische zorg nodig heeft, blijven regionale voorzieningen en expertise beschikbaar op Holland Rijnland niveau.

De notitie Regionale opgave op- en afbouw voorzieningen is in januari 2020 vastgesteld in het Pho Maatschappij. Deze notitie is vervolgens bestuurlijk besproken met Zorg en Zekerheid (ZZ) en met GGZ Rivierduinen in het kader van de samenwerkingsagenda versterking samenwerking GGZ. In deze notitie is een inschatting gemaakt van de benodigde regionale plekken voor Holland Rijnland na de verdere doordecentralisatie in 2022.

Tijdens het bestuurlijk overleg is de wens geuit om gesprekken te voeren met aanbieders over knelpunten rondom de inrichting van regionale plekken op de volgende thema's:

- Thema 1: Verstandelijk Gehandicapten (VG) met Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en/of Verslaving en VG Moeder en kindplekken.
- Thema 2: Somatiek en GGZ en Somatiek en Dubbeldiagnose (GGZ & Verslaving).
- Thema 3: Keten behandeling en begeleiding verslaving & detox.
- Thema 4: Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo): problematiek op snijvlak behandeling/ begeleiding in het Beschermd Wonen (BW).

¹ Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor Maatschappelijke opvang, vrouwenopvang/aanpak huiselijk geweld, verslavingszorg, OGGZ en Beschermd Wonen. Het doel van Maatschappelijke zorg is het voorkomen en verminderen van sociale uitsluiting van mensen met zware, vaak meervoudige problematiek en het ondersteunen en bevorderen van herstel van (psychisch) kwetsbare mensen.

Op verzoek van de projectgroep Maatschappelijke Zorg Holland Rijnland heeft RadarAdvies een onderzoek uitgevoerd waarbij de volgende stappen zijn gezet:

1. Op basis van gesprekken met medewerkers van de toegang BW en een ambtelijke analyse van de wachtlijst BW zijn de thema's inhoudelijk uitgewerkt in notities. Daarbij is ook gebruik gemaakt van de uitkomsten van een onderzoek door AEF².
2. Deze notities zijn per thema voorgelegd aan huidige aanbieders in de regio en via beeldbellen zijn hierover gesprekken gevoerd.
3. Voor thema 2, 3 en 4 zijn aanvullend nog gesprekken via beeldbellen gevoerd met:
 - ervaringsdeskundigen van Lumen
 - vertegenwoordigers ZZ
 - casuïstiekbespreking met 2 BW aanbieders
 - manager veiligheidshuis

Op basis van de uitkomsten van deze gesprekken is deze knelpuntenanalyse opgesteld, die dient als:

- Inhoudelijke basis voor de inkoop van regionale voorzieningen vanuit de Wmo, Zvw en de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1-1-2022.
- Input voor aanvullende gesprekken tussen gemeente, ZZ en aanbieders waarbij afspraken worden gemaakt ter versterking van de samenwerking binnen de GGZ-keten (in het kader van de Samenwerkingsagenda).

In deze rapportage zijn de bevindingen uit de gesprekken per thema opgenomen. De rapportage wordt afgesloten met oplossingsrichtingen voor de geconstateerde knelpunten.

² Analyse & advies Holland Rijnland specialistische 24/7 voorzieningen. Rapportage-deelproject 1. AEF, 26 augustus 2019.

2 Thema 1: VG met GGZ en/of Verslaving en VG moeder en kindplekken

2.1 Ambtelijk geconstateerde knelpunten

VG met GGZ en/of Verslaving

Het algemene beeld van de wachtlijst Beschermd Wonen is dat er 20-25 mensen met VG in combinatie met GGZ- en/of verslavingsproblematiek wachten op een specialistische plek. Van deze groep wachten 12 mensen op een plek bij 's Heeren Loo (10 plekken beschikbaar). Voor een deel van deze groep worden ook plekken buiten de regio gebruikt.

Kenmerkend voor deze groep is de noodzaak van een combinatie van 24/7 aanwezigheid én intensieve begeleiding. De geborgenheid van een woonplek op een terrein en de nabijheid van behandeling is voor deze groep noodzakelijk. De wachttijd is lang doordat de doorstroom op deze plekken zeer beperkt is.

Voor de specialistische plekken geldt dat een deel van de cliënten een gering ontwikkelperspectief heeft en naar verwachting overgaat naar de WLZ. Een deel van deze cliënten zal echter niet naar de WLZ overgaan omdat het ontwikkelperspectief nog niet duidelijk is.

Bij Gemiva Oude Ade zijn 5 crisisplekken beschikbaar. Voor deze plekken geldt dat daar jongere cliënten (tot 27 jaar) op basis van een Wmo-indicatie tijdelijk verblijven. Het gaat hier om een groep waar de situatie thuis vanwege complexe VG met GGZ- en/of verslavingsproblematiek zo hoog oploopt dat een crisisplek nodig is. Een groot deel van deze doelgroep is na de crisisplaatsing aangewezen op plaatsing op een specialistische VG-plek waar ze langdurig kunnen verblijven. Zoals hierboven aangegeven zijn hier lange wachttijden.

VG Moeder en kindplekken

Gemiva en de Haardstee hebben VG moeder en kindplekken (totaal 10-13 plekken). Bij Cardea zijn ook moeder en kindplekken waarbij soms VG-problematiek speelt. Moeder en kindplekken worden vaak ingezet in geval van een crisis. Voor VG moeders waarbij actuele GGZ- en/of verslavingsproblematiek speelt is het lastig om een crisisplek te vinden binnen de regio. In dit geval wordt er gezocht naar een plek buiten de regio.

2.2 Bevindingen thema 1

Combinatie VG met GGZ en/of verslaving

Er is gesproken met De Haardstee, 's Heeren Loo, Gemiva, Philadelphia en Het Raamwerk.

De aanbieders geven aan dat de doelgroep in de VG-sector in de afgelopen jaren zwaarder is geworden en dat er vaak multiproblematiek is. De aanbieders herkennen

het profiel van cliënten met een intensieve begeleidingsvraag VG in combinatie met GGZ en/of verslaving.

De groep cliënten met een combinatie VG en GGZ en/of verslaving kan verdeeld worden in een groep die met 24/7 ondersteuning en toezicht in de nabijheid kan wonen in de wijk en een groep die specialistische zorg nodig heeft met 24/7 ondersteuning en toezicht in de beschutte omgeving van een instellingsterrein. Het gaat om plekken vanuit de Wlz en de Wmo.

De groep die in de wijk woont heeft vaak huisvesting in een geclusterde vorm met de mogelijkheid tot 24/7 ondersteuning in de nabijheid. De aanbieders geven aan dat er weinig doorstroom is op deze plekken waardoor er lange wachtlijsten zijn. Voor deze groep is er niet één passende oplossing en de aanbieders geven aan dat een variatie aan huisvestingsmogelijkheden met passende (ambulante) begeleiding nodig is.

Naast de groep die in de wijk gehuisvest kan worden is er een groep cliënten die specialistische zorg nodig heeft vanwege gedrag dat kan leiden tot onhoudbare situaties bij wonen in de wijk. 's Heeren Loo heeft voor deze VG-groep met extreem problematisch gedrag plekken op het 'zorgpark' op het terrein van 's Heeren Loo in Noordwijk beschikbaar. Het gaat hier om een groep cliënten VG in combinatie met GGZ en/of verslaving met hoge ZZP's vanuit de Wmo en cliënten met een intensieve begeleidingsvraag vanuit de Wlz. De wachtlijst is lang en de plekken komen beperkt beschikbaar. 's Heeren Loo geeft aan dat de nabijheid op het eigen terrein het mogelijk maakt om 24/7 begeleiding en behandeling in de nabijheid te bieden. 's Heeren Loo geeft ook aan dat de cliënten van het zorgpark voor overlast zorgen bij andere cliënten van 's Heeren Loo. Dit is een lastig probleem omdat het gevoelens van onveiligheid bij de overige bewoners op het terrein geeft.

Voor beide groepen geldt dat de aanbieders aangeven dat netwerkvorming en samenwerking tussen verschillende disciplines rondom cliënten nodig is. De keten moet beter op elkaar aansluiten. De aanbieders geven aan dat de samenwerking tussen de sectoren VG en GGZ en verslavingszorg beter moet worden. De aanbieders VG geven aan dat de samenwerking met de GGZ op het moment van een crisis goed is, maar dat het in de regel moeilijk is om een behandeling bij de GGZ of verslavingszorg te starten. Er zijn wachttijden en de cliënten onderkennen vaak niet dat er een GGZ- of verslavingsprobleem is. De factor LVB of VG zit een behandeling binnen GGZ en VZ vaak in de weg. Volgens de aanbieders ligt de nadruk bij GGZ en VZ nog te veel op het 'medische model' en gaat men nog te veel uit van de gemiddelde cliënt die duidelijk gemotiveerd is om aan de eigen problemen te werken. De GGZ in de regio is volgens de aanbieders VG nog te veel 'klinisch' georiënteerd en nog te weinig gericht op het netwerk rondom de cliënt. De bejegening door GGZ moet aansluiten op de VG-cliënt en diens leefwereld.

Er zijn wel samenwerkingsverbanden vanuit de VG met andere sectoren. Als voorbeeld wordt de samenwerking tussen de Haardstee en de Binnenvest genoemd waarbij men

elkaars expertise heeft leren kennen en wederzijds heeft ingezet. Dit project verliep goed, maar is op dit moment wat uitgedoofd. Dat is jammer want binnen de MO is VG-problematiek aanwezig en bij de Haardstee komt het ook voor dat VG-cliënten dakloos dreigen te worden.

De VG-aanbieders geven aan dat voor een beperkte groep cliënten met heel complexe problematiek, op het snijvlak van VG, gedragsproblemen en GGZ en/of VZ, gespecialiseerde plekken nodig zijn in een beschutte omgeving van een terrein. De wachttijd bij het zorgpark van 's Heeren Loo kan als indicatie genomen worden voor de benodigde extra plekken: *10-15 extra plekken voor deze doelgroep in Holland Rijnland*. De verwachting van de aanbieders is dat deze groep voor een deel zal overgaan naar de Wlz. De aanbieders geven ook heel duidelijk aan dat zij vanuit de VG-sector deze plekken niet kunnen bieden zonder netwerksamenwerking met onder andere de GGZ/Verslavingszorg. Hierover moeten duidelijke afspraken gemaakt worden tussen aanbieders, ZZ en de gemeente.

De aanbieders geven aan dat het positief is dat het kennisniveau rondom LVB bij de toegang MO en BW de afgelopen periode is gegroeid en dat de samenwerking hierdoor ook is verbeterd. Alle aanbieders geven aan dat het herkennen en onderkennen van LVB om specifieke expertise vraagt. De aanbieders geven aan dat zij mogelijkheden zien in de samenwerking met de lokale en regionale toegang om deze kennis te versterken.

VG Moeder en kindplekken

Voor dit onderdeel zijn gesprekken gevoerd met de Haardstee, Gemiva, Cardea en vrouwenopvang Rosa Manus.

De aanbieders geven aan dat zij plek bieden aan VG moeder met kind maar dat het bij cliënten met een zeer laag niveau of acute GGZ- en/of verslavingsproblematiek heel lastig is om een plek te bieden vanwege de crisissituatie. Deze vrouwen kunnen zich niet handhaven in de groep en geven veel onrust bij de overige bewoners. Op dit moment worden plekken buiten de regio ingezet. De aanbieders hebben geen zicht op hoe vaak dit voorkomt.

2.3 Conclusies thema 1

- De aanbieders geven aan dat er bij gecombineerde problematiek VG met GGZ en/of verslaving en gedragsproblematiek specialistisch aanbod gevraagd is. Binnen de VG-sector zijn deze plekken schaars. Op basis van de gesprekken is de inschatting dat voor Holland Rijnland 10-15 extra plekken met begeleiding en behandeling in een beschutte omgeving nodig zijn. Dit zijn plekken vanuit de Wmo en de Wlz tezamen.
- De aanbieders geven aan dat naast extra plekken, ook meer ingezet moet worden op netwerkvorming rondom een cliënt met complexe problematiek. De problematiek is domeinoverstijgend en de samenwerking door Zvw, Wlz en Wmo is hierbij essentieel. Netwerkvorming rondom een cliënt waarbij expertise uit

verschillende sectoren wordt ingebracht, op maat voor de betreffende cliënt. De samenwerking met GGZ en verslavingszorg moet verder vormgegeven worden.

- De aanbieders geven aan dat de lijnen met de GGZ kort zijn op het moment dat een cliënt in crisis is. Het vinden van een geschikte behandeling in de GGZ is vaak lastig voor een VG-cliënt. Dit geldt ook voor de verslavingszorg. Verdere toename van kennis over VG bij GGZ en verslavingszorg is nodig om een betere aansluiting te krijgen.
- Het uitstroomperspectief voor cliënten met complexe problematiek is gering. Variatie in woon mogelijkheden met passende begeleiding is nodig waarbij de organisatie van voldoende toezicht in de nabijheid noodzakelijk is.
- De aanbieders geven aan dat zij zien dat kennis over VG bij de toegang BW en MO is gegroeid. De verdere doordecentralisatie zien zij als kans om ook op lokaal niveau intensiever te gaan samenwerken en de kennisoverdracht meer vorm te geven.

3 Thema 2: Somatiek & GGZ en Somatiek en Dubbeldiagnose (GGZ & Verslaving)

3.1 Ambtelijk geconstateerde knelpunten

Somatiek & GGZ

Het gaat hier veelal om mensen van 50+ met GGZ-problematiek die vanwege somatische problemen niet meer thuis kunnen wonen en aangewezen zijn op een woonvoorziening. Zij passen vaak niet in een reguliere V&V-voorziening en komen op de wachtlijst van GGZ Rivierduinen Diamantlaan (totaal 33 plekken). Ook zijn er ouderen die reeds langere tijd in klinisch herstel verblijven en alleen kunnen uitstromen naar een plek als de Diamantlaan.

Totaal gaat het op dit moment om ongeveer 20 ouderen die thuis of in klinisch herstel 'wachten' op een vervolgplek. Naar verwachting zal deze volledige doelgroep straks naar de Wlz gaan. Naast GGZ Rivierduinen Diamantlaan worden er incidenteel cliënten uit deze groep geplaatst bij ActiVite, Zorgbalans Hillegom, HOZO.

Somatiek en Dubbeldiagnose

Naast de groep hierboven gaat het ook om cliënten met somatische problematiek als gevolg van een chronische verslaving al dan niet in combinatie met GGZ-problematiek. Deze cliënten verblijven veelal in het sociaal pension (SP) van de Binnenvest of bij GGZ Rivierduinen in Noordwijkerhout. De cliënten die op de wachtlijst Beschermd Wonen staan voor het SP wachten lang, doordat deze voorziening een zeer beperkte doorstroom kent. De verwachting is dat een deel van de cliënten uit het SP overgaat naar Wlz (schatting ligt rond twee derde). Deze cliënten hebben 24/7 aanwezigheid nodig en een voorziening waar afscherming van de omgeving mogelijk is (niet vrij toegankelijk voor bijvoorbeeld dealers).

3.2 Bevindingen thema 2

Er zijn gesprekken gevoerd met GGZ Rivierduinen Diamantlaan, Leger des Heils, De Binnenvest, de Brug en het Veiligheidshuis.

Tijdens de gesprekken wordt aangegeven dat de ambtelijk geconstateerde knelpunten worden herkend. De aanbieders geven aan dat het lastig is om cliënten die naast GGZ-en/of verslavingsproblematiek ook verpleegkundige zorg nodig hebben, te plaatsen in de reguliere V&V. Als er naast de combinatie somatiek en GGZ-verslaving ook nog veiligheidsproblemen spelen dan voorziet het huidige aanbod daar onvoldoende in.

Somatiek & GGZ

In de regio is het vooral GGZ Rivierduinen Diamantlaan die zorg levert aan de cliënten met een combinatie van somatiek en GGZ. Er zijn 33 plekken beschikbaar voor, met name, ouderen (50+) en er wordt 24-uurszorg geboden. Per 2021 worden dit Wlz plekken. De cliënten die verblijven op de Diamantlaan hebben over het algemeen nauwelijks een sociaal steunsysteem en kunnen ook niet meer zelfstandig wonen. De Diamantlaan is een GGZ-voorziening waar verzorgende handelingen worden uitgevoerd. Voor de verpleegkundige zorg worden verpleegkundigen vanuit de V&V of de thuiszorg ingehuurd. Cliënten die op de Diamantlaan verblijven stromen voor het grootste deel niet meer uit naar een andere plek. Van de groep cliënten die opgenomen wordt op de Diamantlaan gaat er af en toe iemand naar de reguliere V&V sector als de somatische problematiek ernstig toeneemt. Dit is echt een hoge uitzondering omdat de GGZ-problematiek verblijf in de reguliere V&V bijna altijd onmogelijk maakt. Op dit moment staan er volgens GGZ Rivierduinen 20-25 personen, vanuit klinisch herstel en BW, op de wachtlijst voor de Diamantlaan (Wlz plekken).

GGZ Rivierduinen heeft ook een voorziening in Noordwijkerhout waar veel oudere cliënten met een combinatie GGZ en somatiek verblijven. Deze voorziening wordt op dit moment herontwikkeld. Hiervoor in de plaats worden voorzieningen gerealiseerd in Katwijk, Sassenheim Oegstgeest en Noordwijkerhout. In Noordwijkerhout wordt voor de doelgroep ouderen een voorziening gebouwd met 40 plekken (Wlz en Wmo) die in november 2021 gereed is.

Somatiek en Dubbeldiagnose

In Oegstgeest worden 15 plekken gerealiseerd voor cliënten met dubbeldiagnose waarbij chronische verslaving aanwezig is. Voor deze doelgroepen is samenwerking met Brijder noodzakelijk. Vanuit Rivierduinen en Brijder is een werkgroep dubbeldiagnose opgestart waarbij vooral overleg is tussen behandelaren, maar de wens is om dit uit te breiden met begeleiders. GGZ Rivierduinen geeft ook aan zelf zoekende te zijn naar een transitie van de psychiatrie waarbij bestaande kaders en werkwijzen moeten worden omgevormd en de zorg dicht bij de cliënten in de wijk moet worden geleverd.

De Binnenvest geeft aan dat zij vooral in het sociaal pension (SP) regelmatig cliënten heeft waarbij somatische zorg in combinatie met GGZ en/of verslaving nodig is. Dit zijn niet persé ouderen maar ook jongere cliënten die door het leven op straat veel somatische problemen hebben gekregen. De samenwerking met de thuiszorg, ActiVite en Topaz verloopt over het algemeen goed, daar waar de cliënt stabiel is. Verpleegkundigen worden door deze organisaties ingezet op het SP. Bij een stabiele cliënt is soms plaatsing in een regulier verpleeghuis ook mogelijk. Uiteraard spelen hier ook de lange wachtlijsten een rol en dat maakt dat er een periode tot de opname zal moeten worden overbrugd met de inzet van thuiszorg. De Binnenvest geeft aan dat er weinig doorstroom is in SP en dat een uitbreiding van plekken voor deze doelgroep

wenselijk is om de wachttijden te verkorten. Bij nieuwe plekken zou er ook moeten worden gekeken naar de mogelijkheid tot het verlenen van somatische zorg en daar zou het gebouw/de kamer op ingericht moeten kunnen worden.

Bij de groep waarbij veiligheidsproblemen spelen in combinatie met (niet) stabiele GGZ, verslaving, LVB, gedragsproblemen en somatische problemen, is het onmogelijk om een plek te krijgen binnen de reguliere V&V. Bij deze cliënten worden passende oplossingen gezocht door het bieden van maatwerk. De Binnenvest geeft aan dat het beter werkt om verpleegkundige expertise in te huren voor een cliënt en deze cliënt zo lang mogelijk in het SP te laten wonen.

Daar waar het somatische aspect een grote rol speelt in combinatie met andere problematiek zijn in het land een breed scala aan voorzieningen te vinden. Deze voorzieningen zijn niet aanwezig in Holland Rijnland. Vanuit het Leger des Heils is dit bijvoorbeeld Grijs Genoegen en gespecialiseerde wijkverpleging voor OGGz-clieënten. In deze voorzieningen is de zorg aangepast aan de combinatie van problemen.

Door het Leger des Heils wordt aangegeven dat zij voor cliënten met dubbeldiagnose waarbij chronische verslaving en veiligheidsproblemen spelen, werken met Domus+voorzieningen. Deze zijn gericht op een combinatie van LVB, GGZ, verslaving en veiligheidsproblematiek (waaronder plekken voor justitie). In de Domus+ wordt ook somatische zorg geboden op basis van inkoop bij de thuiszorg of de V&V. Het is een samenwerkingsverband van allerlei sectoren dat rondom de cliënt op maat wordt samengesteld.

De Brug geeft aan dat zij regelmatig cliënten heeft met somatische problematiek waarbij verpleeghuiszorg nodig is, maar dat het bijna niet lukt om hiervoor een plek te vinden in een verpleeghuis op het moment dat er nog sprake is van actief gebruik. De Brug geeft een voorbeeld van een casus waarbij diabetes speelt en de cliënt regelmatig geopereerd moet worden waarbij delen van het lichaam worden geamputeerd. Er is direct na de operatie wel een mogelijkheid om deze cliënt uit het ziekenhuis door te plaatsen naar het verpleeghuis, maar op het moment dat het gebruik weer opspeelt is de cliënt lastig te hanteren in het verpleeghuis. Op dat moment gaat de cliënt weer terug naar de Brug en wordt thuiszorg ingehuurd. Dit soort problematiek speelt bij verschillende cliënten.

Vanuit het Veiligheidshuis wordt aangegeven dat er in Holland Rijnland een beperkte groep cliënten is waarbij complexe problematiek op het gebied van GGZ en chronische verslaving speelt in combinatie met veiligheidsproblemen en overlast. Het Veiligheidshuis schat op basis van terugkerende casuïstiek in dat het op dit moment om ongeveer 10-15 personen gaat. Voor deze groep zijn er weinig plekken. Het SP zit constant vol en de cliënten verblijven er langdurig. Vanuit het Veiligheidshuis wordt aangegeven dat specialistische plekken nodig zijn voor deze doelgroep. Het aanbod voor

deze groep moet voldoen aan veel eisen maar zeker aan het waarborgen van de veiligheid.

3.3 Conclusies thema 2

- De aanbieders herkennen dat somatische problematiek in combinatie met GGZ of dubbeldiagnose om maatwerk vraagt. Thuiszorg en de inzet verpleeghuiszorg zijn nu al mogelijk binnen de muren van bijvoorbeeld de GGZ Rivierduinen Diamantlaan, de Binnenvest en de Brug.
- De cliënten met GGZ- en verslavingsproblematiek passen niet in de reguliere V&V en daarom is het omgekeerde principe van het inzetten van V&V binnen de voorzieningen een betere optie.
- Gespecialiseerde verpleeghuiszorg voor de genoemde groepen is in het land beschikbaar. In de regio HR is deze zorg niet voorhanden. Inkoop van deze voorziening of plaatsing van cliënten uit Holland Rijnland buiten de regio zijn opties.
- Complexe problematiek bestaat vaak uit een combinatie van GGZ en chronische verslaving, LVB, gedragsproblemen waarbij ook veiligheidsproblemen kunnen spelen. Voor deze groep zijn plekken in het SP beschikbaar, maar de doorloop is gering en de wachttijd lang. Uitbreiding van plekken in het SP is opgenomen in het regionale plan op en afbouw voorzieningen. De vraag is of deze uitbreiding ook voldoende antwoord geeft op de vraag naar specialistische plekken voor cliënten met een hoog veiligheidsrisico. Voor deze groep zijn andersoortige specialistische plekken nodig waarbij veiligheid een belangrijk onderdeel is. Vanuit de casuïstiek van het veiligheidshuis kan de behoefte voor Holland Rijnlang geschat worden op 15 plekken.

4 Thema 3: Keten behandeling en begeleiding verslaving & detox

4.1 Ambtelijk geconstateerde knelpunten

Ambtelijk zijn drie knelpunten benoemd:

1. Ontbreken van expertise Verslavingszorg bij Psychiatrische Eerst Hulp.
2. Traject van behandeling Verslavingszorg sluit niet goed aan.
3. Toestroom van cliënten die zich melden voor nazorgtraject na behandeling verslavingszorg bij de gemeente worden buiten de regio geplaatst omdat er in de regio geen mogelijkheden zijn.

In een overleg tussen de gemeente en Lumen en de gemeente en Brijder en ZZ zijn deze knelpunten besproken.

Ad1. Met betrekking tot het eerste knelpunt is een overleg gestart tussen Brijder en GGZ Rivierduinen. De politie kan een persoon die onder invloed overlast veroorzaakt of suïcidaal gedrag vertoont naar de PEH brengen. GGZ Rivierduinen neemt voor Brijder waar buiten kantoortijden, op basis van bekwaam bevoegd en kan contact opnemen met een dienstdoende verslavingsarts van Brijder voor intercollegiaal advies. Dit kan ook voor cliënten die niet ingeschreven staan bij Brijder. Brijder en GGZ Rivierduinen hebben in een gezamenlijk overleg een aantal knelpunten geconstateerd. Zij geven aan dat er bij de PEH onvoldoende mogelijkheden zijn voor ontnuchtering en de beoordeling van cliënten. Oplossingsrichtingen hiervoor zijn: organiseren van een 'uitslaapbed' bij GGZ Rivierduinen waarbij kennis en expertise van Brijder wordt ingebracht, en nog meer dan nu al het geval is de expertise van Brijder inzetten bij de beoordeling van de cliënt.

Ad 2. Het afkicktraject bij verslaving is momenteel opgeknipt in op zichzelf staande onderdelen detox, ambulante behandeling, dagbehandeling, opname, (ambulante) nazorg, waarbij voor ieder onderdeel cliënten opnieuw met een wachtlijst te maken kunnen krijgen. De ambulante begeleiding na een detox verloopt niet optimaal.

Ad 3. De afgelopen 4 maanden zijn ongeveer 10 cliënten aangemeld voor een BW-indicatie om ná een verslavingsbehandeling nog een tijd lang (3/6/12 maanden) een nazorgtraject te kunnen krijgen. Het gaat hier om cliënten met een zware verslaving die vaak zelfstandig woonden, het besluit genomen hebben om definitief af te kicken, een intensief behandeltraject hiervoor volgen en waarbij door de behandelende instelling wordt aangegeven dat als afsluiting een intensief nazorgtraject buitenshuis (dus wonen en zorg) nodig is. Ook gaat het in een aantal gevallen om cliënten zonder vaste woon- of verblijfplaats die verblijven in de maatschappelijke opvang en na een behandeltraject nazorg nodig hebben. Momenteel is er in Holland Rijnland geen voorziening voor deze groep en wordt gebruik gemaakt van voorzieningen die zich soms ver buiten de regio bevinden. De vraag is wat er in de ondersteuningsketen ten aanzien van verslaving ontbreekt en op welke punten deze keten versterking behoeft om de huidige toestroom naar nazorgvoorzieningen buiten de regio te verminderen.

4.2 Bevindingen thema 3

Er zijn twee groepsgesprekken (via beeldbellen) gevoerd:

1. Lumen (gesprek met ervaringsdeskundigen)
2. ZZ en Brijder

In het gesprek met Lumen en het gesprek met ZZ en Brijder zijn de knelpunten 2 en 3 besproken. De bevindingen zijn:

Klinische detox is niet beschikbaar in regio Holland Rijnland. Dit wordt wel bekostigd buiten de regio. De behandeling na detox is belangrijk om terugval te voorkomen. Lumen geeft aan dat zij merken dat de op elkaar aansluitende behandelfasen niet goed verloopt: na detox zijn er te weinig mogelijkheden voor ambulante behandeling en is er weinig nazorg. Vanuit Brijder wordt aangegeven dat de stappen wel op elkaar aansluiten, maar dat het vooraf niet altijd duidelijk is wat er precies nodig is en dat daardoor wachttijden kunnen ontstaan tussen de verschillende fasen. Ook geeft Brijder aan dat het mogelijk niet goed bekend is op welke manier Brijder werkt en dat daardoor verkeerde verwachtingen ontstaan bij cliënten. Hierover moet meer het gesprek worden aangegaan tussen bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen van Lumen en ervaringsdeskundigen van Brijder.

Zowel Lumen als Brijder geven aan dat het volgen van detox onderdeel moet zijn van een plan waarbij de voor- en nazorg geregeld is. Wanneer sprake is van een stabiele woonplek heeft ambulante behandeling na detox de voorkeur van Brijder. Een ambulant traject in de verslavingszorg volgen is lastig te combineren wanneer er geen veilige woonsituatie is, of met een verblijf in de huidige MO vanwege de aanwezigheid van middelen. Een omgeving zonder verslavende middelen is nodig en binnen de MO zou dat een droge voorziening kunnen zijn (in de vorm van een clean house). Lumen geeft ook aan dat cliënten aanlopen tegen de eis dat behandeling in de verslavingszorg start op basis van motivatie bij de cliënt om van de verslaving af te komen. Deze motivatie is moeilijk in te schatten en kan wisselen gedurende het traject.

Lumen geeft ook aan dat bij complexe problematiek waarbij GGZ en LVB speelt, in combinatie met verslaving, de partijen naar elkaar wijzen en de cliënt het gevoel heeft dat niemand iets doet. De wachtlijsten voor behandeling of verblijf bij complexe problematiek in combinatie met verslaving zijn lang, soms meer dan een jaar. Bij aanbieders is verslaving ook vaak een uitsluitingscriterium.

4.3 Conclusies thema 3

- Bij detox is het belangrijk dat de behandeling snel kan starten zodra de detox afgerond is. Op dit moment is dit niet goed geregeld.
- Ambulante behandeling voor verslaving voor mensen zonder veilige woonplek is verre van optimaal met grote kans op terugval. De ontwikkeling van een droge voorziening is een mogelijke oplossing.
- De motivatie om de verslavingsbehandeling te starten is vaak een struikelblok. Deze vraag speelt al jaren en de oplossing is nog steeds niet gevonden. Samenwerking en

afstemming van behandelvisie op de doelgroep in de werkgroep dubbeldiagnose is gaande. De rol van de gemeente is hierin beperkt en vooral aanbieders, ZZ en Lumen moeten hier samen in optrekken.

5 Thema 4: Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wmo

5.1 Ambtelijk geconstateerde knelpunten

Het gaat hier vooral om problematiek op het snijvlak van behandeling en begeleiding. De casuïstiek die hier speelt is zeer divers. Hieronder worden twee veelvoorkomende profielen geschetst voor wie momenteel in de praktijk:

- Moeilijk plekken of passende behandeling te vinden is.
- Problematiek leidt tot hoog oplopende problemen binnen woonvoorzieningen omdat geboden ondersteuning of behandeling niet passend/ niet toereikend/ vanwege gedrag onmogelijk is.
- Alleen buiten de regio gespecialiseerde plekken zijn en de regio aangewezen is op aanbod & inkoop van derden.

1. (Jong) volwassenen met externaliserend gedrag al dan niet in combinatie met autisme

Personen met een psychische kwetsbaarheid die zich kenmerken door externaliserend gedrag in de vorm van zelfverminking/suicide en/of agressie. Het kan hier gaan om cliënten die al in behandeling zijn bij de GGZ, maar ook om cliënten die behandeling weigeren. Soms is ook het niet innemen van medicatie een oorzaak van terugval. Dit gedrag leidt tot onrust en tot onhoudbare situaties in BW-voorzieningen en de openbare ruimte (bijvoorbeeld suicide pogingen met veel impact voor de omgeving). Opname in de GGZ blijkt in de praktijk zelden, of slechts in geval van ernstige escalatie, voor korte termijn mogelijk. Een passende behandeling lijkt er niet te zijn of vanuit GGZ wordt aangegeven dat factoren vanuit de cliënt zelf behandeling in de weg staan (persoonlijkheidsproblematiek, weigering medicatie, weigeren behandeling).

2. Autismen & gedragsproblematiek, niet kunnen functioneren in een groep

Hier gaat het over een groep cliënten met autisme voor wie een groepsvoorziening niet passend is, maar die wel blijvend ondersteuning bij het wonen nodig heeft. Het gaat hier om twee deelgroepen: volwassenen en ouderen. Enerzijds om mensen die na een traject bij bijvoorbeeld Silhouet Coaching of Prodeba niet in staat blijken te zijn door te stromen naar zelfstandig wonen. Zij hebben blijvend ondersteuning nodig op een prikkelarme plek (bijvoorbeeld op een terrein van een groepsvoorziening) en zullen deels overgaan naar de Wlz.

Anderzijds is er een groep mensen met autisme die pas op latere leeftijd worden aangemeld bij Beschermd Wonen. Zij zijn tot volwassen leeftijd bij ouders blijven wonen en zijn vaak zeer rigide. Momenteel krijgen deze cliënten vaak een indicatie BW Thuis (soort VPT) om op deze manier een zo optimaal mogelijk leven te kunnen leiden.

5.2 Bevindingen thema 4

1. (Jong) volwassenen met externaliserend gedrag al dan niet in combinatie met autisme

Er is casuïstiek opgevraagd bij twee BW-aanbieders. Deze casuïstiek maakt duidelijk dat er met name jong volwassen cliënten in BW verblijven waarbij GGZ problematiek en/of gedragsproblematiek zorgt voor ontregeling bij de cliënt en diens omgeving. Deze ontregeling zorgt vervolgens voor veel onrust en een gevoel van onveiligheid bij hen. De behandeling van de GGZ bij deze cliënten komt moeizaam tot stand. Dit heeft verschillende oorzaken en kan bijvoorbeeld liggen bij de cliënt, die behandeling weigert, of bij de GGZ die behandeling niet inzet vanwege verschillende redenen.

Uit de gesprekken met aanbieders komt naar voren dat de BW-voorzieningen regelmatig geconfronteerd worden met cliënten die in een crisis verkeren. De GGZ crisisdienst wordt dan gebeld. Uit de triage kan blijken dat het geen psychiatrische crisis is maar voortkomt uit gedrag. De cliënt wordt dan weer terugverwezen naar de BW-voorziening. Dit zorgt voor veel onrust en geen oplossing komt er niet. De BW-aanbieders geven aan dat zij onvoldoende in staat zijn om deze cliënten te begeleiden.

De aanbieders geven aan dat er voor een aantal cliënten behoefte bestaat aan langdurige behandelplekken inclusief verblijf. Het gaat hier vooral om cliënten met externaliserend gedrag waarbij volgens de BW-aanbieders behandeling noodzakelijk is. In Holland Rijnland zijn kortdurende opnames mogelijk maar langdurige plekken zijn niet beschikbaar. Cliënten worden nu aangemeld bij een specialistische voorziening buiten de regio waar zij langdurig kunnen verblijven. Deze aanmelding is lastig omdat er lange wachttijden zijn. De schatting van de aanbieders is dat voor ongeveer 10-15% van de cliënten uit de eigen BW-locatie een langer durende opname met behandeling nodig is. Voor deze twee aanbieders gaat het in totaal om ongeveer 10 cliënten.

Door de aanbieders wordt ook aangegeven dat bij de start van een BW-opname de problematiek vaak niet compleet in beeld is. Zij geven aan met regelmaat niet volledig geïnformeerd te worden over de achtergrond van een cliënt die zij inhuizen. Dit maakt dat aanbieders huiverig worden om cliënten aan te nemen waarvan zij niet zeker weten of ze een compleet beeld hebben omdat zij daardoor niet kunnen inschatten of zij de juiste ondersteuning kunnen bieden.

De aanbieders geven ook aan dat zij regelmatig zien dat een cliënt in het BW tot rust komt en dat na een periode van een tot anderhalf jaar achterliggende problematiek naar boven komt. Vaak ontstaat trauma gerelateerd gedrag waarbij veel onrust en veiligheidsproblemen ontstaan rondom de cliënt, mede cliënten en begeleiders. Een aanmelding bij GGZ van betreffende cliënt is op dat moment vaak lastig omdat GGZ aangeeft dat de cliënt uitbehandeld is. Start er in deze situatie wel een behandeling dan zien de aanbieders nogal eens dat de cliënt overvraagd wordt door GGZ en dat de begeleiders niet meegenomen worden in de behandeldoelen.

De aanbieders geven aan dat de samenwerking met de GGZ in de regio niet optimaal is en dat dit ten koste gaat van cliënten en veiligheidsrisico's met zich meebrengt voor de omgeving. De aanbieders geven aan dat de doelgroep BW in de loop van de tijd zwaardere GGZ-problematiek heeft. Ambulantisering en afbouw van bedden in de GGZ spelen hier mogelijk een rol. Om cliënten adequaat ondersteuning te kunnen bieden zijn volgens BW-aanbieders meer residentiële behandelplekken nodig waar BW-clieënten voor langere tijd in een behandelsetting kunnen worden opgenomen. Volgens de aanbieders zijn deze plekken er in de GGZ, in de regio, op dit moment te weinig waardoor de situatie in BW soms onhoudbaar is.

De complexe GGZ-problematiek van cliënten in BW en de open setting maakt het heel lastig om veiligheidsrisico's te beheersen. De BW-aanbieders geven ook aan dat zij sommige cliënten niet meer in huis nemen vanwege het veiligheidsrisico.

Het Veiligheidshuis geeft aan dat er een groep cliënten is die niet in BW zit maar vaak nog thuis woont, waarover zorgen zijn: jong volwassenen die meervoudig suïcidepogingen doen, vaak zelfs een aantal keer per maand. Deze personen zijn meestal al in behandeling bij de GGZ die het niet als een crisis ziet. Politie, familie en omgeving maken zich ernstig zorgen en bepleiten een opname, maar die vindt niet plaats.

2. Autisme: Autisme & gedragsproblematiek, niet kunnen functioneren in een groep

Voor deze groep cliënten is het samenwonen in een groep vaak zeer problematisch vanwege alle triggers en onrust die dat met zich mee brengt. Andere woonvormen zijn hiervoor nodig, waarbij zelfstandig wonen met begeleiding in een op de cliënt toegesneden plek geboden wordt. Aan de andere kant kan wonen in een groep ook een positieve impact hebben op een cliënt met autisme. Maatwerk is hier geboden.

5.3 Conclusies thema 4

- De GGZ-problematiek van een deel van de cliënten dat nu in BW verblijft kent een grillig verloop. In BW kan dit leiden tot onrust en onveiligheid. Voor deze cliënten zijn residentiële behandelplekken in de GGZ nodig. Die worden nu gezocht buiten de regio, met lange wachttijden als gevolg.
- De aansluiting tussen verblijf in BW en behandeling vanuit de Zvw is nog niet optimaal georganiseerd. Gesprekken tussen BW, GGZ, ZZ en gemeente zijn hier nodig om de aansluiting beter te maken.
- Voor cliënten met autisme in combinatie met gedragsproblematiek kan het leven in een groep problematisch zijn. Andere woonvormen zijn hier beter, gedacht kan worden aan ouder-initiatieven of kleinschalige woonvormen.

6 Oplossingsrichtingen

6.1 Netwerkvorming

Voor alle thema's geldt dat de aanbieders bij cliënten met gecombineerde problematiek behoefte hebben aan intensieve samenwerking met andere sectoren. De VG-aanbieders geven aan niet goed overweg te kunnen met cliënt met een (actieve) verslaving en bij de verslavingszorg is de behandeling van verslaving bij een cliënt met VG problematisch. De hoofdproblematiek bepaalt waar een cliënt terecht komt terwijl de bijkomende problematiek, in dit geval bijvoorbeeld verslaving, maakt dat begeleiding vanuit de VG-sector moeilijk is. Dit is zeker geen nieuwe constatering, er worden stappen gezet maar blijvende oplossingen zijn nog niet gevonden.

Daar waar somatische problemen spelen of verergeren bij cliënten met GGZ-problematiek of bij dubbeldiagnose waarbij chronische verslaving speelt, is het lastig om een plek te krijgen in een regulier verpleeghuis. De samenwerking en netwerkvorming is hier ook een oplossing die in de praktijk al wordt toegepast en goed werkt. Naast deze samenwerking zijn er aanbieders die voorzieningen hebben waar verpleeghuiszorg toegespitst is op de groep met complexe problematiek. Hier is uitbreiding van plekken nodig vanwege de lange wachttijden.

Tijdens de gesprekken heeft iedereen aangegeven dat samenwerking buiten de sector nodig is om maatwerk te leveren aan een cliënt. Maar ook bijna iedereen geeft aan dat dit uitermate moeilijk te organiseren is. De gedachte van netwerkvorming rondom een cliënt is meerdere keren genoemd als mogelijke oplossing. Dit geldt zowel op subregionaal niveau als op Holland Rijnland niveau. Voorzieningen vanuit de Wmo, de Zvw en de Wlz zijn nodig om dit netwerk te vormen.

Netwerkvorming is in de somatische zorg al verder doorontwikkeld, denk bijvoorbeeld aan het Parkinsonnetwerk. Binnen de psychiatrie is het ook in gang gezet en wordt het verder doorontwikkeld onder de noemer netwerkpsychiatrie. Dit staat voor samenwerken aan herstel en gezondheid en moet een integrale aanpak zijn op drie niveaus:

- Micro: netwerkvorming rondom de directe leefomgeving van de cliënt waarbij formele en informele steunsystemen worden ingezet.
- Meso: netwerkvorming door verbinding te leggen tussen voorzieningen.
- Macro. Netwerkvorming door samenwerking tussen instellingen, gemeenten en zorgverzekeraars en zorgkantoor waarbij het sociaal domein en het medische domein bij elkaar komen.

Ontwikkeling op alle drie de niveaus zijn nodig om grip te krijgen op de complexe problematiek van cliënten.

Ook is het nodig dat de sectoren buiten de gebaande paden denken en werken. Bij de verslavingszorg is motivatie een belangrijke pijler om een behandeling te starten, maar

deze motivatie is grillig bij de doelgroep waar ook VG- en GGZ-problematiek speelt. Dit is een opgave die in gezamenlijkheid tussen aanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en cliënten moet worden opgepakt. Het overleg is al wel gaande maar blijft nog te veel hangen in goede bedoelingen en vervolgstappen worden niet gezet. Hier is het nodig dat er op bestuurlijk niveau afspraken worden gemaakt over de samenwerking en het wegwerken van financiële schotten.

6.2 Extra regionale plekken voor complexe problematiek

Uit de gesprekken blijkt dat voor een beperkte groep die specialistische zorg nodig heeft nu in Holland Rijnland onvoldoende duurzame plekken zijn. Het gaat hierbij om plekken vanuit de Zvw, Wlz en Wmo. Afspraken tussen de gemeenten, ZZ en aanbieders zijn nodig om tot een goede afstemming over extra plekken te komen.

De aanbieders hebben per thema de volgende inschatting gemaakt over de regionale plekken:

- 10-15 extra plekken voor cliënten met VG- en complexe problemen op een beschut instellingsterrein. Zowel Wlz- als Wmo-plekken.
- 5 crisislekken voor VG moeder en kind waarbij moeder GGZ en/of verslavingsproblemen heeft. Deze plekken worden nu buiten de regio gevonden en plekken binnen de regio hebben de voorkeur.
- 20 extra plekken voor de groep waarbij verzorging of verpleging voor somatische problemen gevraagd is in combinatie met GGZ en/of verslaving. Deze inschatting is gemaakt op basis van de wachtlijst bij GGZ Rivierduinen en betreft voornamelijk Wlz-plekken.
- 10-15 extra plekken voor de groep die een combinatie heeft van een uitermate grillig verloop van GGZ, chronische verslaving, VG, gedragsproblemen in combinatie met veiligheidsproblemen. Deze plekken vallen niet onder de uitbreiding van het SP vanwege het veiligheidsprobleem en gedacht kan worden aan een Domus+ voorziening in de regio Holland Rijnland.
- Plekken in een safe house na detox om de behandeling af te ronden.
- 8-10 langdurige residentiële behandelplekken in de GGZ voor jong volwassenen met externaliserend gedrag die nu in BW verblijven maar daar voor veel onrust en veiligheidsproblemen zorgen.
- Woonplekken voor jongvolwassenen met autisme die niet in een groep kunnen verblijven.

Naast het inschatten van de hoeveelheid benodigde extra regionale plekken moet ook meegenomen worden hoe de zorg en ondersteuning subregionaal georganiseerd is. Versterking van de subregionale voorzieningen, om zo ook daar een beter sluitende keten van ondersteuning te krijgen, is nodig. Ook moet de uitstroom uit de regionale plekken worden meegenomen omdat gebrek aan doorstroom maakt dat de wachttijden oplopen (huisvestingsopgave).

In de notitie op en afbouw regionale plekken worden groepen benoemd waarvoor regionaal aanbod nodig is. Welk aanbod is er nodig om deze groep duurzaam te helpen? Voor de groep VG met complexe problematiek kan het gaan om uitbreiding van plekken op het zorgpark van 's Heeren Loo. Voor de groep met complexe GGZ en verslaving in combinatie met VG- en veiligheidsproblematiek is ander aanbod nodig naast het SP. Een Domus+ is hier meer aangewezen. Overleg tussen de gemeente en ZZ is daarvoor nodig.

6.3 Samenwerking buiten de regio

Voor specialistische zorg aan een beperkt aantal cliënten ontstaat al snel de vraag of het noodzakelijk is om dit binnen de eigen regio te organiseren als er elders in het land plekken zijn. Plekken buiten de regio worden op dit moment gebruikt voor crisisplaatsingen van VG moeder met kind. Ook wordt er gebruik gemaakt van klinische behandelplekken buiten de regio voor jongvolwassenen uit het BW, maar ook daar gelden wachttijden. Eén pasklaar antwoord is op basis van deze verkenning niet te geven.

Er is een ander spoor nodig om dit te verkennen, is er een nauwkeurig rijtje van te maken waar bijpassend aanbod in den lande bij te zoeken is?

De vragen die hier spelen zijn: waar is sprake van een 'bijzondere categorie en dus een specialistische instelling'? en waar is sprake van 'unieke combi van problematiek en samen zorgen voor maatwerkoplossingen'?

Als volgende stap kan een nader gesprek met consultants BW mogelijk meer inzicht bieden. Zij kunnen aangeven op welke specialistische instellingen buiten de regio zij in het verleden een beroep hebben gedaan. Vervolgens zijn er twee opties:

- Is dergelijke ondersteuning binnen de regio te organiseren?
- Zijn er aanbieders buiten regio waarmee een samenwerkingsrelatie kan worden opgebouwd?

Uiteraard spelen er bij de afweging ook allerlei vragen rondom kosten en kwaliteit van de geboden zorg buiten de regio.

6.4 Kwaliteitseisen BW

Voor BW is een landelijk toetsingskader vastgesteld met kwaliteitseisen waarbij onder andere de volgende onderwerpen zijn beschreven:

- **Doelmatigheid, doeltreffendheid en cliëntgerichtheid:** waaronder eisen aan het ondersteuningsplan, de begeleiding richting uitstroom, netwerkvorming rondom de cliënt, het vergroten van eigen regie en aanstellen van een casusregisseur.
- **Veiligheid:** waaronder eisen aan het persoonlijke veiligheidsplan van een cliënt en de opleiding en scholing van personeel rondom veiligheidsrisico's.

- **Afstemming op behoeften van de cliënt en inzet van andere vormen van zorg of hulp:** waaronder eisen aan de beroepskrachten op het gebied van beroepscompetenties en het inzetten van maatwerk door het betrekken van zorg en ondersteuning van andere aanbieders.

Deze kwaliteitseisen vormen de basis voor inkoop en contractmanagement van de regionale voorzieningen vanuit de Wmo.

Tijdens de gesprekken met de aanbieders is genoemd dat de aanbieders zien dat de doelgroep BW in de loop van de tijd zwaarder is geworden. Meer multiproblematiek en meer vragen rondom veiligheidsrisico's voor de cliënt, maar zeker ook voor de omgeving van de cliënt. Incidenten in het BW, casuïstiek die blijft terugkeren bij het Veiligheidshuis en overlast door bewoners op het zorgpark zijn hier voorbeelden van. Het profiel van een deel van de BW-cliënten sluit niet aan bij het bestaande aanbod. Nadere analyse van incidenten door inzet van Toezicht Wmo en het uitvoeren van audits maakt dat het beeld duidelijker kan worden waarbij verbeteracties kunnen worden geformuleerd.