

Handreiking safehouses

Over de rol van gemeenten, safehouses en klinieken bij het organiseren van herstelgerichte ondersteuning voor inwoners die kampen met een verslaving

Handreiking

Inhoud

1	**Aanleiding**	**3**
2	**Verslavingszorg en het Minnesotamodel**	**4**
2.1	Wat is verslavingszorg in Nederland?	4
2.2	Methodische principes (het 12-stappen Minnesota Model)	4
2.3	Safehouses in de keten van verslavingszorg	5
3	**Wat is een safehouse?**	**6**
3.1	Doelgroep en aard van de ondersteuning	6
3.2	Hoe ziet een traject in een safehouse eruit?	7
3.3	Regionale én bovenregionale functie	8
4	**Financiering en contractering**	**9**
4.1	Beschermd Wonen of ambulante ondersteuning	9
4.2	Tussenvormen Beschermd Wonen	9
4.3	Contractering	10
4.4	Aanpalende ondersteuning	10
5	**Kwaliteitsborging**	**11**
5.1	Wat is een goed safehouse?	11
5.2	Hoe borg je goede zorg in een safehouse als gemeente?	11
5.3	Safehouses en de beweging naar een Beschermd Thuis	12
6	**Aanwijzingen voor werkafspraken**	**13**
6.1	Rol van betrokken partijen (safehouse, gemeente, kliniek)	13
6.2	Werkafspraken en aandachtspunten bij instroom	14
6.3	Werkafspraken en aandachtspunten gedurende de ondersteuning in een safehouse	16
6.4	Werkafspraken en aandachtspunten bij uitstroom en vervolgondersteuning	16
6.5	Werkafspraken en aandachtpunten voor als het mis gaat	16
7	**Overwegingen**	**17**
8	**Voorbeeld werkafspraken gemeente-safehouse**	**18**

NB. Deze handreiking is gebaseerd op de situatie Wmo 2015 waarbij de wet woonplaats-beginsel beschermd wonen (nog) niet is aangenomen of inwerking getreden. Als deze wet wordt aangenomen door de Tweede Kamer, wordt deze handreiking hierop aangepast. In de tekst is aangegeven voor welke afspraken dit relevant is.

1
Aanleiding

Safehouses zijn een nieuw en groeiend antwoord binnen de Wmo. Het grootste deel van deze voorzieningen is gestart in de afgelopen vijf jaar, verspreid over Nederland. De beweging naar Beschermd Thuis (minder klinisch) en het inkorten van behandeltrajecten ligt hier mede aan ten grondslag. Maar ook zorgverzekeraars sturen aan op een duurzaam vervolg na behandeling in een kliniek. Aanvullend op ambulante behandeling is begeleiding bij het weer zelfstandig een zinvol leven inrichten, zonder verslaving, daarbij soms helpend. Zowel gemeenten als safehouses ervaren knelpunten in de onderlinge samenwerking. Een werkgroep van gemeenten, verslavingsklinieken en safehouses ontwikkelde deze handreiking om een bijdrage te leveren aan betere samenwerking. Het verslavingsprobleem en een zo goed mogelijk passend antwoord is daarbij steeds het uitgangspunt geweest.

Gemeenten willen zicht krijgen op de ondersteuning en de kwaliteit daarvan die geboden wordt in safehouses. Ook willen behandelklinieken, safehouses en gemeenten afspraken maken hoe aan de voorkant (vóór start van de ondersteuning) vast te stellen wat passende ondersteuning en financiering is voor een inwoner.

Met deze handreiking is beoogd relevante kennis op het vlak van verslaving en behandeling en safehouses samen te brengen en te ontsluiten. Deze beoogt een bijdrage te leveren aan passende ondersteuning in regio's voor inwoners met verslavingsproblematiek i.c.m. psychische problematiek én een zorgvraag.

Deze handreiking is in 2022 opgesteld met medewerking van vertegenwoordigers van verschillende gemeenten, safehouses en verslavingsklinieken. In 2024 is deze handreiking geëvalueerd en bijgesteld.

2
Verslavingszorg en het Minnesotamodel

2.1 Wat is verslavingszorg in Nederland?

De verslavingszorg in Nederland is een brede sector binnen de GGZ met tal van behandelaren en organisaties verspreid door het land. Wanneer we spreken over afkicken (detoxificatie) en (poli)klinische trajecten dan vallen deze onder de noemer 'Specialistische GGZ' (voorheen tweedelijns zorg genoemd).

2.1.1 Hoe kom je in aanmerking voor verslavingsbehandeling?

1. Personen die kampen met een verslaving gaan naar hun huisarts
2. De huisarts bespreekt de verslavingsklachten en de behandelwensen;
3. De huisarts schrijft een verwijzing;
4. Betrokkene meldt zich bij een behandelaar naar keuze;
5. De behandelaar stelt op grond van een intake een behandeladvies op;
6. Er volgt een behandelovereenkomst de behandeling kan starten.

Daarnaast telt Nederland ook een aantal particuliere behandelaren voor verslaving. De zogenoemde 'privéklinieken' zijn weggelegd voor een klein deel van de samenleving gezien de tarieven hoog zijn en de kosten niet worden vergoed vanuit verzekeraars.

2.1.2 Hoe ziet de behandeling van verslaving eruit?

De behandeling kan verschillende vormen aannemen: een detoxificatie-opname, een klinische-, ambulante- of deeltijdbehandeling. Een klinisch traject wordt bij de meeste behandelaren gevolgd door een poliklinisch traject (nazorg). Nazorg binnen de behandeling richt zich op het bestendigen van de recent aangeleerde vaardigheden (in de kliniek) en als ondersteuning aan de patiënt gedurende het prille en nog kwetsbare herstel van verslaving.

Behandelaren bieden verschillende behandelingen. Hierbij kan gedacht worden aan methodieken als ACT (Acceptance and Commitment Therapy), CGT (Cognitieve gedragstherapie, een vorm van psychotherapie), CRA (Community Reinforcement Approach) en het Minnesotamodel. Dit zijn allemaal behandelvormen die door zorgverzekeraars als effectief zijn beoordeeld en worden vergoed.

2.2 Methodische principes (het 12-stappen Minnesota Model)

Sommige verslavingsklinieken en veel safehouses werken volgens het Minnesota Model. Kenmerkend voor het Minnesota Model is het geloof in volledige abstinentie als enige remedie voor verslaving. (Gediplomeerde) ervaringsdeskundigen vormen vaak een belangrijk onderdeel van het multidisciplinaire team. Tot slot is het groepsproces, geleid volgens de 12-stappen methodiek, het belangrijkste onderdeel van de behandeling/ begeleiding.

Samen een huishouden runnen en gevarieerde georganiseerde gezamenlijke activiteiten bieden rijke leermomenten voor praktische vaardigheden, communicatieve vaardigheden en verbeteren zelfbeeld en assertiviteit. Groepsleden spreken elkaar aan op gedrag, spiegelen aan elkaar, maar inspireren en motiveren elkaar ook.

Personen die in de kliniek een behandeling hebben gehad op basis van deze methodiek, vinden het vaak prettig om hun verdere herstel ook vorm te geven op basis van deze principes. Programma en cultuur zijn dan herkenbare elementen die steun bieden voor herstel. Safehouses sluiten aan bij die behoefte.

Minnesota model
Openheid, eerlijkheid en bereidwilligheid vormen de norm. De Minnesota beweging is ook een onderdeel dat zich buiten het safehouse afspeelt. Verslaafden in herstel ontmoeten elkaar op zelfhulpgroepen, de zogeheten meetings. Hier participeren en ondersteunen mensen met verslaving elkaar. Zij bouwen hier een netwerk op waar zij vaak ook na een safehouse traject veel steun aan hebben. De zelfhulpgroepen zijn wereldwijd te volgen, en zeer toegankelijk. De verbinding met elkaar wordt gezien als belangrijkste wapen tegen verslaving.

2.3 Safehouses in de keten van verslavingszorg

Vanuit de leer van het Minnesotamodel kan men een safehouse vergelijken met de “Halfway Houses” zoals we dit zien in o.a. de Verenigde Staten. De term “halfway” staat voor halverwege het proces van klinische verzorging naar volledig zelfstandig leven.

Binnen de setting van een behandeling is nauwelijks ruimte om ondersteuning te bieden in het aanleren van vaardigheden om zelfstandig te leven. Bij de doelgroep die na een behandeling nog onvoldoende zelfredzaam is om het herstel zelf verder vorm te geven, adviseren behandelaren daarom ondersteuning in de vorm van begeleiding. Soms in combinatie met ambulante behandeling.

Voor een kleine groep is terugkeer naar de samenleving nog een te grote stap. Een woonvorm, zoals een safehouse, kan dan de begeleiding bieden die nodig is. De begeleiding van safehouses is speciaal ingericht voor deze doelgroep. Zie paragraaf 3.1 voor meer informatie over de criteria.

3
Wat is een safehouse?

Het is zo'n 10 jaar geleden dat de eerste woonvorm, voor verslaafden in herstel, met een werkwijze gebaseerd op het Minnesotamodel, haar deuren opende. Sindsdien zijn er verschillende aanbieders gevolgd. De term 'safehouses' komt van de Engelse benaming 'sober living house'.

Het ombuigen van oude overlevingsmechanismen is een grote gedragsverandering. Het safehouse biedt een veilige oefenplek waar deze thema's steeds terug komen en waar men voelt dat er mag worden geleerd samen met anderen.

De term 'safehouse' duidt op een veilige en gezonde, abstinente woonomgeving, waarin vaardigheden die essentieel zijn voor blijvend herstel na een verslaving worden aangeleerd en geoefend in een huiselijke omgeving met gelijkgestemden.

3.1 Doelgroep en aard van de ondersteuning

Safehouses richten zich met name op personen die:

- net zijn afgekickt van een vorm van verslaving (o.a. middelengebruik, gameverslaving, gokverslaving, Sex and Love addiction);
- daarnaast kampen met complexe multi problematiek, zoals (nog niet gediagnosticeerde) psychische problematiek en psychosociale problematiek (zoals schulden, justitiële achtergrond, werk- en relatieproblematiek)
- na eerdere behandel(detox)pogingen terug zijn gevallen in de verslaving
- gebaat zijn bij een veilige 'oefenplek' zonder de verleidingen van het oude verslavings(netwerk)
- onvoldoende zelfredzaam zijn op meerdere levensgebieden en ondersteuning behoeven in het aanleren van noodzakelijke vaardigheden.

Safehouses bieden intensieve herstelondersteunende begeleiding en dagbesteding (géén behandeling).
Soms is er de mogelijkheid van nazorg (ambulante begeleiding). De begeleiding is afgestemd op de hulpvraag. Voor meer informatie over financiering en bijbehorende criteria, zie paragraaf 4.1.

Dagbesteding
In de eerste maanden wordt door safehouses sterk aangestuurd op deelname aan een (intensief en vaak intern) dagbestedingsprogramma, vanuit de wetenschap dat een zinvolle invulling van de dag helpt om abstinent te blijven. Deze dagbesteding is herstelgericht en geen vervanging van werk of opleiding. Door verschillende activiteiten in groepsverband, richt de dagbesteding zich op het ontwikkelen, oefenen en behouden van vaardigheden binnen alle levensgebieden. Het groepsproces is daarbij belangrijk en draagt bij aan het behalen van individuele doelen. Deze interne dagbesteding wordt later in het traject ingeruild voor een daginvulling buitenshuis, zoals (vrijwilligers)werk of een opleiding.

3.2 Hoe ziet een traject in een safehouse eruit?

3.2.1 Aanmelding

De aanmelding voor een safehouse begint vrijwel altijd in een verslavingskliniek. Daar wordt bij iedereen geïnventariseerd of een safehouse traject na behandeling wenselijk is. Het merendeel van de mensen kan na de klinische behandeling terug naar huis keren. Het gaat om een kleine groep waarvoor een safehouse traject passend is. Zie paragraaf 3.1.

> Voor mensen die in aanmerking komen voor een safehouse traject, is het streven om direct aansluitend na een verblijf in de kliniek de plaatsing in het safehouse te organiseren. Het betreft kwetsbare inwoners die net zijn afgekickt. Overbrugging in de oude situatie brengt het risico op terugval met zich mee.

3.2.2 Intake

Als de kliniek de aanmelding bij het safehouse heeft gedaan, wordt daar een intake gepland. Tegelijkertijd wordt de (centrum)gemeente van herkomst op de hoogte gebracht. Door de intakers van het safehouse wordt opnieuw gekeken of een safehouse echt passend is. Een huisvestingsvraag alleen is niet voldoende, er moet echt een zorgvraag zijn. De gemeente bepaalt uiteindelijk of er een beschikking voor een vorm van ambulante ondersteuning of Beschermd Wonen wordt afgegeven. Voor werkafspraken omtrent de instroom en benodigde indicatie-aanvraag bij de gemeente, zie paragraaf 6.2.

3.2.3 Traject

De begeleiding in een safehouse richt zich op de kwetsbare beginfase van abstinentie en herstel. In verschillende fases wordt op basis van een zorgplan gewerkt aan doelen op verschillende leefgebieden. Er wordt gewerkt aan het oppakken van een leven zonder verslaving. Daarbij worden nieuwe vaardigheden aangeleerd. Een traject duurt ongeveer 1 jaar.

De inzet van gediplomeerde ervaringsdeskundigen speelt hier een essentiële rol. Zij bieden veel zorg tijdens de ongeplande momenten. Ook confronteren zij met oud (verslavings) gedrag en ondersteunen zij in het aanleren van nieuw en gezond gedrag.

Dagbesteding is ook een belangrijk onderdeel van het aanbod. Bij de meeste safehouses is deelname de eerste paar maanden verplicht, dit vanuit de wetenschap dat een zinvolle invulling van de dag helpt om abstinent te blijven. Deze interne dagbesteding wordt veelal later in het traject ingeruild voor een daginvulling buitenshuis, zoals (vrijwilligers)werk of een opleiding.

In het safehouse worden alle risicofactoren die horen bij de oude omgeving zoveel mogelijk vermeden. Daarom wordt er een zero tolerance beleid gevoerd ten opzichte van verslaving. Blaastesten en urinetesten zijn een gebruikelijk middel binnen safehouses om abstinentie en de daarmee samenhangende veiligheid van de groep te waarborgen.

Zie paragraaf 6.3 voor werkafspraken en aandachtspunten gedurende een traject in een safehouse.

3.2.4 Uitstroom

Doorgaans vindt na 6 maanden een evaluatie plaats om vast te stellen welke wensen en mogelijkheden er zijn ten aanzien van de uitstroom. De wens om al dan niet terug te keren naar de gemeente van herkomst wordt dan besproken.

In het laatste half jaar wordt aan een uitstroomplan gewerkt. Daarin wordt, indien nodig, ook aandacht besteed aan terugkeer naar de gemeente van herkomst en het opbouwen van een positief netwerk aldaar. Ook wordt in beeld gebracht of er nog ambulante begeleiding of behandeling nodig is en wie deze kan gaan bieden. Een warme overdracht volgt indien deze vervolgzorg door een andere organisatie wordt geboden.

Veel mensen ervaren na uitstroom dat ze opnieuw structuur moeten vinden in de nieuwe situatie en voldoende in verbinding met anderen moeten blijven. Het risico op isoleren als oud terugkerend patroon is aanwezig. Ambulante begeleiding in deze periode is belangrijk.

Zie paragraaf 6.4 voor werkafspraken en aandachtspunten gedurende een traject in een safehouse.

3.2.5 En als het traject mislukt?

Safehouses voeren een zero-tolerance beleid om de veilige oefenplek te kunnen bieden die cruciaal onderdeel is van het herstelproces. Niet alleen is gebruik binnen de locaties verboden; mensen committeren zich aan abstinentie als ze in een safehouse willen gaan verblijven. Dit betekent dat ze niet mogen gebruiken. Niet binnen de locatie, maar ook niet daarbuiten. Als blijkt dat iemand zich hier niet aan houdt en uit een blaastest of urinecontrole een positieve uitslag komt, moet die persoon vertrekken.

Daarnaast staat de veiligheid voor andere bewoners en begeleiders voorop. Indien iemand zich op wat voor manier dan ook zich gedraagt als een gevaar voor zichzelf of omgeving is het safehouse genoodzaakt het traject te eindigen. Agressie is hierbij een directe aanleiding tot beëindiging. Ook kan het herhaaldelijk overtreden van de huisregels uiteindelijk tot een exit leiden. Hier gaan doorgaans verschillende gesprekken en waarschuwingsmethoden aan vooraf.

Bovenstaande betekent niet dat safehouses geen verantwoordelijkheid meer nemen bij een (dreigende) exit. Terugval in de maatschappelijke opvang is zeer onwenselijk. Het safehouse blijft betrokken totdat iemand is overgedragen. Goede samenwerking tussen safehouse en de verantwoordelijke gemeente is daarbij belangrijk. In paragraaf 6.5 staat beschreven hoe de samenwerking tussen safehouse en verantwoordelijke gemeente/regio goed vorm kan krijgen.

3.3 Regionale én bovenregionale functie

Safehouses kunnen ervoor kiezen óók een bovenregionale functie te hebben. Dit doen zij deels omdat niet in alle regio's dergelijke voorzieningen beschikbaar zijn. Maar ook omdat voor personen die kampen met verslavingsproblematiek herstel van de verslaving in de eigen omgeving niet altijd wenselijk is. Zeker als iemand net abstinent is, zijn risicofactoren in de omgeving vaak nog sterk aanwezig. Met name het netwerk (zoals dealers of andere contacten uit crimineel/gebruikers circuit) is dan eerder verstorend dan ondersteunend. Het risico op terugval in verslaving is dan groot. Bovenregionale plaatsing is dan vaak een goede optie. Dit vraagt om afstemming tussen de betrokken gemeenten. Zie ook paragraaf 6.1 en de overwegingen in hoofdstuk 7.

Steunend netwerk?!
Het netwerk van een persoon met een verslaving heeft vaak veel geleden en is overbelast. Door het netwerk gedurende het traject te betrekken, ervaart het de groei van een persoon en ontstaat er in veel gevallen weer vertrouwen. Dit leidt er toe dat het netwerk weer een ondersteunende rol kan innemen en dat de persoon ook weer een steunende factor voor het eigen netwerk kan zijn. Relaties worden daardoor meer gelijkwaardig.

4
Financiering en contractering

4.1 Beschermd Wonen of ambulante ondersteuning

Sommige safehouses functioneren als een Beschermde Woonvoorziening. Veel safehouses functioneren als een woonvorm waarbij de bewoner zelf huur betaalt. Dan is er géén sprake van beschermd wonen volgens de wet. Zie ook paragraaf 4.2

Elke centrumgemeente hanteert eigen toegangscriteria op grond van de Wmo 2015 (zie kader) en financieringsvormen voor beschermd wonen en vormen van (intensieve) ambulante ondersteuning en dagbesteding. Gemeenten kunnen ervoor kiezen een nieuwe zorgaanbieder te contracteren (ZIN) of gebruik te maken van bestaand ingekocht aanbod. Sommige gemeenten geven een PGB af. Als gemeenten kiezen voor een nieuwe zorgaanbieder (safehouse), is het belangrijk om te weten welke ondersteuning precies geleverd wordt en of die voldoet aan de criteria van deze financieringsvormen.

Vaak bieden safehouses ook de mogelijkheid van een ambulant nazorgtraject na verblijf in een safehouse. Voor deze ondersteuning is een Wmo-begeleiding indicatie nodig van de gemeente waar de inwoner staat ingeschreven of gaat wonen.

Beschermd wonen (Wmo 2015): “wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving”

Zie de duiding medisch noodzakelijk verblijf van Zorginstituut Nederland, pagina 49, voor het onderscheid tussen verblijf in het kader van de ZVW en verblijf in het kader van Wmo Beschermd Wonen.

4.2 Tussenvormen Beschermd Wonen

Soms fungeren safehouses als ‘tussenvoorziening’ of Beschermd Thuis voorziening. Dat is het geval als er géén sprake is van 24/7 toezicht of verblijf (huisvestingscomponent). Mensen ontvangen de begeleiding dan meestal in een woonvorm van het safehouse. Zowel de individuele begeleiding als de groepsbegeleiding. Zij betalen zelf huur voor hun verblijf in het safehouse. Het is dan een vorm van begeleid wonen. De begeleiding die in deze woonvorm wordt geboden, kan variëren van zeer intensief tot minder intensief.
Het is per regio verschillend hoe de financiering van deze tussenvormen is geregeld. In de richtlijn tussenvormen beschermd wonen is beschreven hoe gemeenten de bekostiging van deze tussenvormen kunnen organiseren.

4.3 Contractering

Gemeenten bepalen welke aanbieders zij contracteren voor het leveren van begeleiding aan hun inwoners. Het is ook daarom van belang dat tijdig contact wordt gezocht met de verantwoordelijke gemeente als een safehouse begeleiding (en soms ook huisvesting) wil leveren aan een inwoner. Goede samenwerking kan ontstaan als vaker en intensiever wordt samengewerkt.

Gemeenten ervaren vaak dat zij overvallen worden door een plaatsing in een safehouse. Door aan de voorkant (contract)afspraken te maken met (een aantal) safehouses. kunnen gemeenten beter zelf de regie nemen als een inwoner met een ondersteuningsvraag (of een safehouse/kliniek namens hen) zich meldt bij de gemeente. De gemeenten kan dan meedenken over passende vervolgondersteuning nadat de inwoner is afgekickt in een verslavingskliniek.
Veel inwoners vinden het prettig om na een afkickprogramma op basis van 12 stappen dezelfde methode te kunnen vervolgen in een safehouse. Niet alle safehouses werken met deze methode.

Om gemeenten te helpen bij het zoeken naar een passende vorm van financiering van woonvormen in de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis, is de handreiking inkoop en financiering ontwikkeld. Om een wildgroei aan contracten met zorgaanbieders, en bijbehorende contractbepalingen en -eisen te voorkomen, zijn modelbepalingen voor Beschermd Wonen en Wmo en Jeugdhulp opgesteld. Deze worden beheerd door het Ketenbureau i-sociaal domein. Deze modelbepalingen kunnen gemeenten gebruiken als uitgangspunt bij het contracteren van woonvormen, zoals safehouses.

De wijze waarop Beschermd Wonen en ambulante WMO begeleiding wordt ingekocht is niet overal hetzelfde. Als safehouses de keuze maken voor een bovenregionaal of landelijk opnamebeleid, kiezen zij dus ook voor verschillende manieren (en hoogte) van vergoeding.

Soms maken gemeenten en safehouses financieringsafspraken op basis van een offerte, in een maatwerkovereenkomst (voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders) of wordt gekozen voor een PGB. Al deze keuzes kennen voor- en nadelen, voor zowel gemeenten als safehouses.

4.4 Aanpalende ondersteuning

Naast de begeleiding in een safehouse is er mogelijk ook andere zorg en ondersteuning nodig, welke vallen buiten de gemeentelijke Wmo financiering. Zo ontvangen mensen vaak nog 3 maanden GGZ nazorg via de verslavingskliniek waar zij voorafgaand aan het traject in een safehouse behandeld zijn. Deze wordt gefinancierd vanuit de Zvw.
Het safehouse onderzoekt tijdens de intakefase of er aanvullende specialistische behandeling nodig is en regelt de aanmelding via de zorgverzekeraar als dit het geval is.

5 Kwaliteitsborging

5.1 Wat is een goed safehouse?

De gemeente heeft de wettelijke verantwoordelijkheid om kwalitatief goede en passende WMO ondersteuning te bieden aan haar inwoners. De gemeente heeft ook de taak om te bepalen en te toetsen wat goede zorg dan is; Wmo toezicht. De inwoner heeft hierin als afnemer van de ondersteuning een belangrijke stem. Ook de betrokken zorgprofessionals en naasten kunnen de gemeente vaak goed adviseren over passende ondersteuning.

De kwaliteit van een safehouse kan worden afgemeten aan verschillende aspecten. Belangrijke elementen zijn bijvoorbeeld:

- Organisatie en bestuur transparant en integer
- Schoon, veilig en fijn wonen
- Resultaatgerichte ondersteuning op maat
- Methodisch onderbouwde aanpak
- Participatie en empowerment staan centraal
- Verbonden met het netwerk / de keten

5.2 Hoe borg je goede zorg in een safehouse als gemeente?

Gemeenten kunnen bij het beoordelen van de kwaliteit van zorg terugvallen op bestaande kwaliteitskaders in hun eigen inkoop en/of door externe toetsing en certificatie. Bijvoorbeeld de kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang (2016). Vaak wordt informatie van toezichthouders zoals de GGD of de IGJ hierbij betrokken. Indien de verantwoordelijke gemeenten niet de gemeente is waar het safehouse is gevestigd, kan deze ook vragen naar de kwaliteitskaders of toetsing van de vestigingsgemeente.

In de basis worden bovenstaande kwaliteitsaspecten veelal getoetst middels kwaliteitskaders voor Wmo voorzieningen, zoals het HKZ keurmerk of ISO 9001 voor de zorg. Daarnaast is sinds 2021 specifiek voor safehouses een kwaliteitslabel beschikbaar, zie kader.

Gemeenten kunnen makkelijker sturen op kwaliteit met de leveringsvorm Zorg in Natura dan met een Persoonsgebonden Budget. Het is bij een PGB aan te bevelen om eisen te stellen aan inwoner en aanbieder in het toegangsproces. Beoordeel het plan op borging van kwaliteit van zorg. Om beschermd wonen te kunnen bieden moet er bijvoorbeeld een bepaalde clustering zijn in het aanbod om 24 uurs zorg goed te kunnen bieden.

Naast de kwaliteit van zorg willen gemeenten ook de individuele trajecten volgen/ monitoren. Afspraken hierover (inhoud, termijnen, format) zijn per gemeente verschillend. Safehouses kunnen met de verantwoordelijke gemeente afstemmen of hun evaluatieverslag daarvoor geschikt is.

Verschillende safehouses hebben zich in 2021 verenigd in de Vereniging Kwaliteit Safehouses (VKS). De VKS brengt een netwerk van cliëntvertegenwoordigers, wetenschappers, beleidsmakers en andere betrokkenen bij elkaar en helpt zo kennis en ervaringen uit te wisselen en de kwaliteit van safehouses te verhogen.
Ook voert de VKS een kwaliteitslabel om vooruitstrevende aanbieders te identificeren en met elkaar te verbinden. Safehouses die (onafhankelijk) getoetst zijn aan dit kwaliteitslabel voeren een bepaalde kwaliteitsstandaard.
VKS wordt gemonitord door een raad van toezicht.

5.3 Safehouses en de beweging naar een Beschermd Thuis

Veel safehouses bieden geen beschermd wonen, maar een woonvorm die past bij de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis. Volgens de commissie Dannenberg blijven er verschillende doelgroepen waarvoor beschermd wonen (al dan niet tijdelijk) nodig zal zijn. Sommige safehouses bieden deze beschermde woonvorm aan een groep mensen die bescherming nodig heeft gedurende een fase van herstel van een verslavingsprobleem en het aanleren van nieuwe vaardigheden.

De begeleiding van deze safehouses is vanaf de start wel gericht op participatie binnen de maatschappij:

- Safehouses zijn vaak gevestigd in normale woonhuizen binnen een woonwijk. In deze wijk participeren de bewoners. Verschillende safehouses organiseren bewonersbijeenkomsten ter kennismaking met de buurt.
- Dagbesteding en/of vrijwilligerswerk in de buurt wordt gestimuleerd; bijvoorbeeld in wijkcentra, zorginstellingen maar soms ontstaan er ook zelfstandig georganiseerde initiatieven zoals klus- en of boodschappendiensten.
- Vrijwilligers zijn welkom in het safehouse. Zij ondersteunen bijvoorbeeld met taalles of creatieve activiteiten. Dit sluit aan bij de kernwaarden vanuit het Minnesotamodel waarin hulp durven vragen en iets terug doen voor de maatschappij centraal staan.
- Doorgaans beschikken safehouses ook over een cliëntenraad waarin bewoners participeren om invloed uit te kunnen oefenen op de wensen m.b.t. de ondersteuning. Dit is vaak een vereiste als het gaat om beschermd wonen.
- Trajecten zijn afgebakend wat betreft duur.

6
Aanwijzingen voor werkafspraken

Om behandeling en herstel zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten, zijn afspraken tussen behandelklinieken, safehouses en gemeenten noodzakelijk. Maar ook met bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van mogelijke werkafspraken en aandachtspunten in de verschillende fases van een traject. Uitgangspunt hierbij is dat de persoon die het betreft een zo groot mogelijke kans op herstel wordt geboden. Een goede samenwerking en onderlinge afstemming is een belangrijke basis. Elkaar kennen en regelmatig contact onderhouden is iets wat van alle betrokken organisaties verwacht mag worden.

In hoofdstuk 8 zijn voorbeeld afgeleide werkafspraken opgenomen die tussen een gemeente en een safehouse gemaakt kunnen worden.

6.1 Rol van betrokken partijen (safehouse, gemeente, kliniek)

Alle partijen willen vanuit hun rol bijdragen aan passende vervolgondersteuning in regio's voor inwoners die kampen met verslavingsproblematiek. Partijen hebben daarin een verschillende rol en verantwoordelijkheid:

Gemeenten – zijn verantwoordelijk voor het inkopen van en toeleiden naar passend ondersteuningsaanbod voor burgers die niet zelfstandig kunnen deelnemen aan de samenleving. Tevens zijn gemeenten verantwoordelijk voor de monitoring van (het resultaat van) trajecten en kwaliteit van de betrokken zorgorganisatie. In deze werkafspraken wordt gesproken over de 'verantwoordelijke gemeente'[1]. Zie kader.

Safehouses – zijn verantwoordelijk voor het bieden van **kwalitatief goede ondersteuning** aan mensen met verslavingsproblematiek die aan hen worden toegewezen door de financier (gemeente van herkomst).

Behandelorganisaties en verslavingsklinieken – zijn verantwoordelijk voor een goede en tijdige inschatting van de noodzaak tot benodigde vervolgzorg, zoals herstel in een safehouse. Voor goede aansluiting is het belangrijk dat zij de gemeente van herkomst (uiteraard in overleg met betreffende persoon) zo spoedig mogelijk betrekken bij hun inschatting.

1 Er zijn plannen om de wet woonplaatsbeginsel in toe voeren. Deze wet bepaalt welke gemeente verantwoordelijk is voor Beschermd Wonen aan een inwoner. Aangezien deze wet nog niet is aangenomen door de Kamer, gaan we in deze handreiking nog uit van de Wmo 2015.

Verantwoordelijke gemeente
In de Wmo 2015 geldt landelijke toegankelijkheid voor Beschermd Wonen. Dit houdt in dat een burger zich bij iedere (centrum)gemeente kan melden voor Beschermd Wonen. In de handreiking landelijke toegankelijkheid staan hierover afspraken, zoals het bepalen van de beste plek voor herstel. Voor plaatsingsverzoeken van zorgorganisaties die mensen uit het hele land opvangen, zijn deze afspraken niet altijd even helder.

In deze handreiking hanteren we, mede op grond van de huidige praktijk, de volgende uitgangspunten:

- De inzet van de ondersteuning in het safehouse is dat de burger na verblijf in het safehouse weer terug keert naar de gemeente van herkomst. Er is dan sprake van 'tijdelijk verblijf', waarbij de gemeente van herkomst verantwoordelijk is voor het organiseren van passende ondersteuning.
- Safehouses nemen daarom altijd (samen met de burger) contact op met de gemeente van herkomst en vermelden daarbij of al duidelijk is waar de burger zich in de toekomst wil vestigen.
- Gemeente van herkomst doet op grond van de melding onderzoek en komt tot een besluit of plaatsing in een safehouse elders passend is voor deze burger.
- Indien gemeente van herkomst oordeelt dat er geen sprake is van tijdelijk verblijf, dan treedt deze gemeente in overleg met vermeende verantwoordelijke gemeente. Gemeenten maken dan onderling afspraken over de verantwoordelijkheid. De burger en het safehouse leveren waar nodig input.

Het is vrij gebruikelijk dat gemeenten onderling overeenkomen dat na verblijf van één jaar wordt bekeken of de beste plek van herstel nog steeds is in de gemeente van herkomst. Indien dit niet het geval is, neemt de gemeente waar dan de beste plek voor herstel is de verantwoordelijkheid over.

NB. Veel safehouses fungeren niet als een Beschermde woonvoorziening zoals in de wet wordt gesteld bij 'wonen in een accommodatie van de instelling'. Deze 'tussenvoorzieningen' vallen dus niet onder de landelijke toegankelijkheid Beschermd Wonen. Toch is hier het advies om de gemeente van herkomst te betrekken bij de plaatsing zoals hierboven beschreven. Het is onwenselijk dat een gemeente waar deze woonvorm staat opdraait voor de kosten van alle ambulante trajecten die geboden worden aan mensen die tijdelijk in die gemeente wonen.

6.2 Werkafspraken en aandachtspunten bij instroom

Problemen ontstaan als de gemeenten voor een voldongen feit komen te staan, door plaatsing zonder dat er contact is geweest. Goede samenwerking geeft energie en vertrouwen, ongenoegen geeft frustratie. Het helpt als toegangen van regio's, klinieken en safehouses een vertrouwde samenwerkingsrelatie opbouwen en afspraken maken over contactpersonen over en weer en een snelle doorlooptijd. Zie ook hoofdstuk 7. Plaatsing in een (cluster van) regio's valt daarom te verkiezen boven landelijk zoeken naar een vervolgplek.

De werkafspraken in deze handreiking ten aanzien van de rol van verslavingsklinieken zijn gebaseerd op de werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf (september 2018), zie het kader op de volgende pagina.

Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf
De Werkwijzer heeft betrekking op de geneeskundige ggz (inclusief verslavingszorg) onder de Zvw en is een invulling van het advies van ZIN om afspraken tussen betrokken partijen te maken om de keten van ggz-zorg te verbeteren.
Om te stimuleren dat patiënten op tijd en verantwoord de instelling kunnen verlaten, staan in de werkwijzer de afspraken die in de regio nodig zijn om de overgang van verblijf in een ggz instelling naar ggz zorg thuis te verbeteren.
De praktijk leert ons dat dat de uitgangspunten onderschreven worden, maar dat de afspraken in de praktijk met verzekeraars nog aandacht vragen.

- De regiebehandelaar in de verslavingskliniek brengt in beeld heeft of de persoon een ondersteuningsbehoefte heeft op het gebied van verschillende levensdomeinen na opname.
- Als vervolgondersteuning zoals Beschermd Wonen of ambulante begeleiding nodig lijkt, dan informeert de regiebehandelaar (of een andere functionaris) de verantwoordelijke gemeente na overleg met persoon. Dit contact vindt in een zo vroeg mogelijk stadium plaats, zo mogelijk al voorafgaand aan de afweging voor een klinische opname. Mocht de persoon toch niet in aanmerking (willen) komen voor plaatsing in een safehouse, dan is wel vast de zorgvraag onderzocht en is de gemeente meteen op de hoogte van de zorgbehoefte van de persoon na opname.
- In het contact spreken partijen af wie aanspreekpunt is gedurende opname en bij uitstroom uit de kliniek. De gemeentelijke contactpersoon geeft uitleg over de Wmo aanvraagprocedure en termijnen.
- De persoon dient zelf een Wmo aanvraag te doen. Verslavingsproblematiek bemoeilijkt dit soms. De kliniek of een safehouse ondersteunen de persoon, zodat de kans dat de melding tijdig op de juiste plek terecht komt, wordt vergroot. Houd rekening met de wettelijke maximale doorlooptijd van maximaal 8 weken na melding.
- De beoordeling of iemand is aangewezen op de Wmo ligt bij de gemeente. Gemeenten hebben, binnen de wettelijke kaders, beleidsvrijheid bij de wijze waarop zij de Wmo (met eventueel een overbruggingsperiode naar beschermd wonen) invullen en de wijze waarop zij beoordelen of een inwoner in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening.
- Het safehouse stemt bij instroom alvast af met de verantwoordelijke gemeente af welke uitstroommogelijkheden er zijn ná het safehouse traject en wat hiervoor nodig is. Denk daarbij bijvoorbeeld aan passende vervolghuisvesting.

Mocht er sprake zijn van een kort behandeltraject (<6 weken) en lukt het daardoor niet om rekening te houden met de wettelijke doorlooptijd?
Partijen werken samen vanuit het besef dat passende vervolgondersteuning voor inwoners die kampen met verslavingsproblematiek cruciaal is om terugval te voorkomen. Dit vraagt een inspanning van gemeenten en zorgaanbieders. Gemeenten beschikken in principe niet met terugwerkende kracht. Gemeenten kunnen wel samenwerkingsafspraken maken met een safehouse over een snelle(re) de doorlooptijd, bijvoorbeeld 5 weken, dan de maximale wettelijke termijn.

Klinieken dragen bij door gemeenten te informeren vanaf de start van een behandeling en door het verblijf niet te beëindigen als het vervolg nog niet is geregeld. De ZVW geeft hiervoor ook mogelijkheden. Zie de Werkwijzer medisch noodzakelijk verblijf:

In de situatie dat ontslag vanwege het ontbreken van de noodzakelijke vervolgvoorzieningen medisch onverantwoord is, kan het gerechtvaardigd zijn het verblijf in een ggz-instelling gedurende een redelijke termijn voort te zetten. De NZa heeft hiervoor de verblijfsprestatie ‘verblijf met rechtvaardigingsgrond’ (VMR) in het leven geroepen. De regiebehandelaar kan deze inzetten, de verzekeraar moet hier dan wel mee akkoord gaan.

"Het Zorginstituut signaleert dat patiënten vaak langer dan medisch noodzakelijk klinisch zijn opgenomen. Patiënten kunnen dan nog niet naar huis, omdat noodzakelijke ambulante zorg en/of vervolgvoorzieningen ontbreken. In de situatie dat ontslag vanwege het ontbreken van de noodzakelijke vervolgvoorzieningen medisch onverantwoord is, kan het gerechtvaardigd zijn het verblijf in een ggz-instelling gedurende een redelijke termijn voort te zetten. De zorgverzekeraar mag in die situaties het (langere) verblijf uit de Zvw betalen als zorgaanbieder en zorgverzekeraar redelijkerwijze al het mogelijke hebben gedaan om een voortgezette opname te voorkomen. De NZa heeft hiervoor de verblijfsprestatie 'verblijf met rechtvaardigingsgrond' (VMR) in het leven geroepen. (...) In verband met de termijnen voor gemeenten vergoeden zorgverzekeraars voor een periode van maximaal zes maanden de VRM dagen"

6.3 Werkafspraken en aandachtspunten gedurende de ondersteuning in een safehouse

- Maak direct melding bij de verantwoordelijke gemeente wanneer de zorgbehoefte blijvend verandert (omhoog of omlaag), buiten de normale fluctuaties om, zodat de gemeente indien nodig de beschikking kan aanpassen. Meldt ook kort verblijf elders (i.v.m. vakantie of bijvoorbeeld interne therapie).
- Binnen Beschermd Wonen ontstaat meer dynamiek in de beschikkingen. Er kan bijvoorbeeld eerder worden afgeschaald worden naar ambulante (na)zorg. Het is ook voor safehouses belangrijk hierin mee te ontwikkelen.
- Maak onderling afspraken over evaluatiemomenten, zodat alle betrokkenen goed op de hoogte blijven van de voortgang van het traject.
- Meldt eventuele maatregelen gedurende het traject bij de verantwoordelijke gemeente (schriftelijke waarschuwingen, time-out)
- Maak, indien nodig, afspraken met gemeente over (de vorm van) budgetbeheer. Sommige gemeenten zien hierin een rol voor een professionele budgetbeheerder, andere gemeenten geven de voorkeur aan iemand uit het sociaal netwerk van de inwoner.
- Als sprake is van een PGB: Informeer bij de verantwoordelijke gemeente naar de codes en tarieven die gehanteerd moeten worden op de zorgovereenkomst.

6.4 Werkafspraken en aandachtspunten bij uitstroom en vervolgondersteuning

- Safehouse stelt verantwoordelijke gemeente minimaal 4 maanden voor uitstroom op de hoogte van de wensen die cliënt heeft ten aanzien van de uitstroom. Ook de wens om al dan niet terug te keren naar de gemeente van herkomst.
- Safehouse stemt af met de gemeente waar iemand wil gaan wonen over realistische vervolghuisvesting en benodigde ambulante vervolgondersteuning. Safehouse begeleidt deze persoon bij de stappen die hiervoor nodig zijn middels een uitstroomplan.
- Safehouse verzorgt een warme overdracht indien de vervolgzorg door een andere organisatie wordt geboden.

6.5 Werkafspraken en aandachtpunten voor als het mis gaat

Soms loopt een traject voortijdig af. Zie paragraaf 3.2.5. Deze werkafspraken zorgen ervoor dat iemand niet zonder ondersteuning en huisvesting komt te zitten als dat gebeurt.

- Bij instroom safehouse ontvangen zowel bewoner als de betrokken gemeente de instroomvoorwaarden en huisregels van het safehouse welke door de bewoner ondertekend worden. Er worden dan ook afspraken gemaakt over verantwoordelijkheid van partijen (huisvesting, ondersteuning, ketenoverleg) wanneer het tot een exit dreigt te komen. Ook wordt gevraagd naar een uitstroomadres, voor als het toch mis gaat.
- Safehouse stelt gemeente op de hoogte van een schriftelijke waarschuwing of time-out wegens onacceptabel gedrag of het overtreden van de huisregels. Bij dreigende exit, wordt meteen geschakeld.
- Safehouse en verantwoordelijke gemeente treden in overleg met persoon over vervolgmogelijkheden na een exit. Partijen spannen zich naar redelijkheid in om ervoor te zorgen dat vervolgondersteuning geborgd is. De optie van (tijdelijke) ambulante begeleiding door het safehouse (WMO begeleiding) kan dan ook worden besproken.

7
Overwegingen

Het advies[2] aan gemeenten en regio's is om regionaal te borgen dat er voldoende voorzieningen zijn voor inwoners die kampen met middelengebruik, zowel voorzieningen waar mensen wel kunnen gebruiken als voorzieningen waar dit niet mag.

Sommige safehouses kiezen ervoor om als een landelijke voorziening te functioneren. Daardoor hebben zij te maken met verschillende gemeenten. Dit vraagt veel van de uitvoering van safehouses én gemeenten in o.a. contractbeheer, uitvoeringsafspraken en afstemming.

Vanuit de kant van de safehouses is het zinvol te overwegen:

- om waar mogelijk contracten af te sluiten en een samenwerkingsrelatie op te bouwen met gemeenten waarmee regelmatig wordt samengewerkt.

Vanuit de kant van regio's is het zinvol te overwegen:

- om structureel te monitoren of het beschikbare aanbod voor mensen die kampen met middelengebruik goed past bij de vraag
- om vanuit de regio een samenwerkingsrelatie op te bouwen met zorgaanbieders die in deze ondersteuning kunnen voorzien.
- om met aanpalende regio's samen te werken, om mensen de mogelijkheid te bieden om te herstellen buiten een negatief netwerk.
- Afspraken te maken met elkaar om de kwaliteit van zorg te monitoren. Een suggestie is af te spreken dat de regio waar het safehouse is gevestigd hierin de "hoofdaannemer" is en niet elke (centrum)gemeente hierin zelf actief hoeft te zijn/worden.

In deze handreiking wordt veel, maar niet alles, behandeld wat relevant is als het gaat om de samenwerking tussen gemeenten en safehouses. Sommige onderwerpen kunnen in een later stadium worden uitgewerkt en toegevoegd aan deze handreiking.

2 Een passende plek voor een specifieke behoefte (2020), AEF

8
Voorbeeld werkafspraken gemeente-safehouse

De zorg van *[safehouse]* wordt gefinancierd via een Wmo-beschikking, Beschermd Wonen of ambulante ondersteuning, afhankelijk van de zorgvraag van de cliënt. De indicering wordt in *[regio]* door het toegangsteam van *[gemeente]* gedaan.

De tijdsduur van een beschikking is doorgaans 1 jaar. Mocht hierna nog meer tijd nodig zijn voor herstel, dan kan inwoner een vervolg Wmo-beschikking aanvragen.

De *[behandelorganisatie]* maakt bij de behandelintake, samen met de persoon die het betreft, een eerste inschatting of herstel in eigen/niet eigen omgeving haalbaar/wenselijk is. Daarbij de inschatting of herstel in een Beschermde Woonomgeving nodig zal zijn. Indien een buitenregionale plaatsing waarschijnlijk kan zijn wordt de (centrum)gemeente van herkomst hierover ingelicht.

Behandelaar en (centrum)gemeente van herkomst houden contact over voortgang en voorlopige aanvraag voor buitenregionale plaatsing wordt gedaan.

Zodra duidelijk is bij welk safehouse de cliënt is aangemeld, meldt *[safehouse]* zich ook bij de (centrum)gemeente van herkomst en gaat in overleg of deze akkoord is met directe plaatsing vanuit kliniek bij safehouse.

De gemeente doet binnen de wettelijke termijn van 6 weken onderzoek naar de noodzaak voor beschermd wonen en de beste plek voor herstel. Indien wordt vastgesteld dat Beschermd Wonen nodig is, geeft gemeente hiervoor een beschikking af. Niet de kostprijs van het safehouse is leidend bij de indicatiestelling maar de zorgzwaarte en het geldende tarief van de betreffende gemeente.

Indien plaatsing in safehouse plaatsvindt vóórdat gemeentelijke beschikking is afgegeven is dit voor eigen risico safehouse. Gemeente is op de hoogte gebracht van uitplaatsing. Gemeente doet er alles aan om zo spoedig mogelijk uitsluitsel te geven, zodat niet de situatie ontstaat dat iemand maanden in het safehouse verblijft en gemeente vervolgens besluit deze periode niet te vergoeden.
Bij beschikking Wmo/BW geldt deze met terugwerkende kracht plaatsingsdatum.

De contactpersoon vanuit de toegangsteam voor het safehouse is: *[naam contactpersoon]*
De contactpersoon vanuit het safehouse voor toegangsteam is: *[naam contactpersoon]*

Indien een behandel- of hersteltraject wordt afgebroken zal behandelorganisatie/ safehouse de gemeente direct op de hoogte stellen van het voortijdig vertrek van een persoon. Persoon kan dan verblijven op het bij intake/instroom bekend gemaakte uitstroomadres.

Om de administratieve afhandeling eenvoudiger te maken, heeft het de voorkeur om een overeenkomst tussen gemeente en safehouse te sluiten betreffende de cliënt, zodat rechtstreeks gefactureerd kan worden aan de gemeente.

Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

Nassaulaan 12
2514 JS Den Haag
+31 70 373 83 93

info@vng.nl

oktober 2024