

Van beschermd wonen naar een beschermd thuis

Advies Commissie Toekomst beschermd wonen



Colofon

Advies Commissie Toekomst beschermd wonen

In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Datum

11 november 2015

Vormgeving

Chris Koning, VNG

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
-----------	---

Samenvatting advies verdeelmodel	6
----------------------------------	---

1 Opdracht Commissie Toekomst beschermd wonen	9
2 Huidige situatie van beschermd wonen	11
2.1 Vermaatschappelijking van beschermd wonen komt op gang	12
2.2 Beschermd wonen is sterk gegroeid	12
3 Toekomstbeeld	14
3.1 Wie hebben beschermde woonplekken nodig?	15
3.2 Pijlers van sociale inclusie als basis voor inclusief wonen	16
3.3 Een stabiele woonplek in de wijk, midden in de samenleving	18
3.4 Spaarzaam gebruik van een beschermde woonvoorziening	20
3.5 Persoonsgerichte zorg met focus op herstel en participatie	20
3.6 Herstelroute open houden, niemand afschrijven: WLZ is ultimum remedium	22
4 Condities voor sociale inclusie	23
4.1 Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg	24
4.2 Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit	25
4.3 Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie	25
4.4 Een breed arsenaal van woonvarianten	26
4.5 Beschikbare en betaalbare wooneenheden	26
4.6 Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties	27
4.7 Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars	28
4.8 Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning	28
5 Gewenste verdeling van financiële middelen	30
5.1 Van verdeling over centrumgemeenten naar verdeling over alle gemeenten	31
5.2 Van historische naar objectieve verdeling van middelen	31
5.3 Landelijke toegankelijkheid maakt kostenregeling tussen gemeenten nodig	32
5.4 Herverdeling middelen vereist een lange overgangsperiode	32
5.5 Inrichting overgangsperiode gericht op vernieuwing én stabiliteit	33
5.6 Verdeelmodel ook laten gelden voor maatschappelijke opvang	34
5.7 Voorafgaande toets op ontregelende effecten	34
6 Intergemeentelijke samenwerking	35
6.1 Organisatie, kwaliteit en contractering vereisen samenwerking gemeenten	36
6.2 Geen separate intergemeentelijke samenwerking voor beschermd wonen	37
7 Geraadpleegde literatuur	38

Bijlagen

Bijlage 1: Feiten beschermd wonen	45
Bijlage 2: Huidig rijksbeleid beschermd wonen	47
Bijlage 3: Gesprekken en contacten	48

Voorwoord

Op verzoek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten brengt de commissie Toekomst beschermd wonen met dit rapport een advies uit over de toekomst van het beschermd wonen. Het betreft de ontwikkeling van een visie, uitgangspunten voor een financieel verdeelmodel en gemeentelijke samenwerking.

De commissie heeft ‘beschermde woonvormen’ vooral benaderd vanuit burgerschap, waarbij wonen een grondrecht is en een voorwaarde voor maatschappelijk herstel en participatie. Voor wie dat nodig heeft wordt ondersteuning, bescherming en behandeling zoveel mogelijk in de thuissituatie ingezet. Daarmee past dit advies in een veel bredere maatschappelijke ontwikkeling om (waar mogelijk) expertise naar hulpvragers te brengen in plaats van hulpvragers naar de expertise te verwijzen. Daarbij wordt aanbodsturing vervangen door vraagsturing die uitgaat van wat mensen nodig hebben. Hierbij past dat alle gemeenten verantwoordelijk worden voor hun eigen inwoners en dat de financiële middelen opgaan in de bredere context van maatschappelijke ondersteuning. Een lange overgangsperiode is nodig om wonen en ondersteuning voor deze uiterst kwetsbare groep anders te organiseren.

De commissie heeft intensief en in goede sfeer gewerkt van medio augustus tot begin november 2015 en bestond uit de volgende personen:

- ☞ Erik Dannenberg, oud-wethouder van Zwolle en oud-bestuurslid van de VNG (voorzitter).
- ☞ Gert de Haan, programmeur kennisnetwerken in de zorg en voorzitter van de Coöperatieve Herstelgroep Nederland.
- ☞ Judith Wolf, hoogleraar maatschappelijke zorg Impuls, Radboudumc Nijmegen.
- ☞ Maarten Allers, hoogleraar economie van decentrale overheden Rijksuniversiteit Groningen.
- ☞ Hugo Doornhof, bestuursrechtadvocaat en partner bij AKD.

De leden hadden op persoonlijke titel zitting in de commissie.

De commissie werd ondersteund door secretaris Pieterjan van Delden en Loes Soons van Andersson Elffers Felix te Utrecht.

De commissie heeft gesprekken gevoerd met o.a. cliënten/ervaringsdeskundigen, professionals, bestuurders, wetenschappers, (koepel)organisaties en ministeries. Alle gesproken personen waren vanuit verschillende perspectieven zeer betrokken op dit onderwerp. Zij hebben in volle agenda's tijd gemaakt om mee te denken.

De ervaringsdeskundigen en ouders hebben ons geraakt met hun persoonlijke verhalen over verlies, hoop, het hervinden van stabiliteit en herstel.

Ico Kloppenburg en Anja Richt hebben vanuit de VNG het proces ondersteund. Een speciaal dankwoord is er voor Britta Bergamin. Zij heeft immens veel werk verzet om alle afspraken te plannen.

Samenvatting advies verdeelmodel

Gewenste verdeling van financiële middelen: eindsituatie

- ☞ Een verdeling van de financiële middelen voor beschermd wonen naar alle gemeenten maakt een nauwe aansluiting bij de lokale ondersteuningsketen mogelijk en stimuleert om in te zetten op herstel en preventie. Dit kan gebeuren via het verdeelmodel voor de Wmo.
- ☞ Hiervoor moet echter het bestaande verdeelmodel Wmo worden aangepast.
- ☞ Binnen het aangepaste verdeelmodel moet voldoende aandacht zijn voor de instroom van cliënten van GGZ-instellingen bij gemeenten met een GGZ-kliniek en voor specialistische aanbieders van beschermd wonen zoals forensisch beschermd wonen en bij jeugdigen.

Landelijke toegang vereist kostenregeling tussen gemeenten

- ☞ Voor iemand die in een andere gemeente beschermd wil gaan wonen geldt een landelijke toegang.
- ☞ Als iemand verhuist van de ene naar de andere gemeente is het wenselijk dat de gemeente van herkomst ook voor 50% bijdraagt aan de kosten.
- ☞ De (financiële) medeverantwoordelijkheid van de gemeente van herkomst is van beperkte duur, bijvoorbeeld maximaal drie jaar.
- ☞ Deze medeverantwoordelijkheid geldt alleen voor nieuwe cliënten en dus niet voor overgangsccliënten.

Gewenste verdeling van financiële middelen vereist overgangperiode

- ☞ Niet alle middelen kunnen al op korte termijn overgeheveld worden naar alle gemeenten. De veranderingen die nodig zijn voor herstel en inclusie kosten tijd. Om negatieve effecten voor cliënten van de herverdeling te voorkomen is sprake van een passende (lange) overgangperiode.
- ☞ Een deel van de populatie zal de zelfregulatie kunnen versterken, op korte of middellange termijn. Een ander deel heeft echter weinig vermogen om hun zelfregulatie te verbeteren en zal nog lang een beroep doen op intensieve vormen van beschermd wonen. Realisatie van inclusieve condities in de samenleving en maatschappelijke ondersteuning én van ambulantisering van de meest kwetsbare groep van de huidige bewoners is een proces van lange termijn. Een vijftienjarige stapsgewijze overgangperiode is daarom vereist.

Dit gebeurt via de volgende stappen:

- ☞ Vanaf 1 januari 2017 zijn alle gemeenten verantwoordelijk voor de burgers die op of na 1 januari 2016 voor het eerst een beroep doen op beschermde woonplekken. Hierdoor hebben alle gemeenten de opgave om beschermde woonplekken vorm te geven in het geheel van de lokale maatschappelijke ondersteuning.
- ☞ Indien burgers vóór 1 januari 2016 gebruik maakten van beschermd wonen blijven zij ook na 2016 onder de verantwoordelijkheid vallen van de centrumgemeenten. Deze 'zittende' groep stroomt echter geleidelijk uit, in het tempo dat past bij hun mogelijkheden. De middelen die verdeeld worden over de centrumgemeenten zullen op historische gronden verdeeld blijven.
- ☞ Vanaf 1 januari 2017 wordt in 15 gelijke stappen ('jaarschijven') een overdracht gerealiseerd van middelen van beschermd wonen van centrumgemeenten naar alle gemeenten. Voor 2017 ontvangen alle gemeenten eenmalig twee jaarschijven om de nieuwe instroom over 2016 en 2017 te kunnen opvangen en ook snel over middelen te beschikken om eventuele dynamiek in de populatie te kunnen opvangen (b.v. pieken in de vraag vanwege onverwacht opduikende problematiek).
- ☞ De middelen die verdeeld worden over alle gemeenten zullen de eerste jaren via de huidige objectieve verdeling van de Wmo verdeeld worden. In de komende jaren worden gegevens verzameld over de objectieve kenmerken van gemeenten m.b.t. beschermde woonplekken, zodat zo spoedig mogelijk en uiterlijk per 1 januari 2022 een objectief verdeelmodel Wmo inclusief beschermde woonplekken met voldoende onderbouwing kan worden toegepast.

- Iedere vijf jaar¹ vindt een evaluatie plaats die kan leiden tot de constatering dat het overgangsproces in opzet en/of tempo anders moet worden ingericht en/of de herijking van de het nieuwe verdeelmodel Wmo inclusief beschermde woonplekken opnieuw aanpassing behoeft.

¹ In de geschetste stappen betekent dit evaluaties in 2020-2021 en 2025-2026, zodat de uitkomsten daarvan kunnen worden verwerkt met ingang van 1 januari 2022 en 1 januari 2027.

I Opdracht Commissie Toekomst beschermnd wonen

Met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2015) heeft de gemeente de taak gekregen om maatschappelijke ondersteuning te organiseren voor de burgers. Het bieden van beschermd wonen en opvang is een onderdeel daarvan. Beschermd wonen is een nieuwe wettelijke taak voor gemeenten en de opgave is om dit op te nemen in het geheel van de maatschappelijke ondersteuning. Welke plaats krijgt beschermd wonen tussen alle andere ondersteuningsvormen? In hoeverre is gemeentelijke samenwerking nuttig en nodig om de kwaliteit en capaciteit van beschermd wonen te kunnen handhaven? Welke beleidsvisie en financiële prikkels voor gemeenten stimuleren de ontwikkeling naar meer samenhang en samenwerking in de maatschappelijke ondersteuning?

Deze vragen waren het startpunt voor de Commissie Toekomst beschermd wonen bij het invulling geven aan een opdracht bestaande uit drie onderdelen:

- 1 Ontwikkelen van een visie op beschermd wonen, in relatie tot de maatschappelijke opvang en andere gemeentelijke taken;
- 2 Vanuit de visie vaststellen van uitgangspunten voor een nieuw verdeelmodel voor het budget beschermd wonen;
- 3 Daaruit voortvloeiend een voorstel doen voor de gewenste samenwerking tussen gemeenten.

Beschermd wonen viel vóór 2015 onder de vroegere Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De overdracht naar de Wmo houdt in dat het budget in de AWBZ voor beschermd wonen met de zogeheten ZZP-C indicaties per 1 januari 2015 is overgegaan naar de gemeenten. Bestuurlijk is afgesproken dat de verantwoordelijkheid voor beschermd wonen voorlopig wordt belegd bij de 43 centrumgemeenten die ook Maatschappelijke Opvang uitvoeren. Deze voeren nu de beschermd wonen-taak uit voor een regio, bestaande uit de centrumgemeente zelf en een aantal regiogemeenten.

Het budget voor beschermd wonen is nu verdeeld op historische gronden, gericht op het aanbod zoals dat onder de AWBZ was ontstaan. Er lag een voorstel van het ministerie van Binnenlandse Zaken voor een objectief verdeelmodel, maar dat is onder andere door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Raad voor de financiële verhoudingen afgewezen. Het bezwaar was dat invoering van een objectief verdeelmodel tot grote overgangsproblemen zou leiden, met negatieve effecten voor cliënten (gedwongen mobiliteit), aanbieders (afstoten locaties; desinvesteringen) en voor gemeenten (gebrek aan continuïteit van de voorziening). Hierop heeft de VNG besloten om een onafhankelijke commissie in te stellen om te adviseren over de verdeling van de financiële middelen voor beschermd wonen over de gemeenten. De commissie Toekomst beschermd wonen is gevraagd om uitgangspunten voor het verdeelmodel te formuleren. Het feitelijk construeren van het verdeelmodel gebeurt door het ministerie van Binnenlandse Zaken.

Bij het ontwikkelen van een visie is de commissie Toekomst beschermd wonen ook gevraagd om rekening te houden met de aansluitingen met andere wetten zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Jeugdwet, de Participatiewet en volkshuisvesting in het belang van een goede netwerkaanpak, inclusief uitstroom naar vormen van duurzaam wonen.

2 Huidige situatie van beschermd wonen

2.1 Vermaatschappelijking van beschermd wonen komt op gang

Er is in de samenleving een brede consensus over de wenselijkheid en noodzaak van een vermaatschappelijking van ondersteuning en zorg voor kwetsbare mensen. Deze trend is ook buiten de grenzen van Nederland duidelijk zichtbaar. In diverse sectoren (geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, ouderenzorg, etc.) zijn de opvattingen de kant op gegaan van inbedding van zorg in de samenleving, versterking van zelfregie en eigen kracht. Visies die dit proces ondersteunen zijn voor diverse kwetsbare groepen uitgewerkt in richtinggevende kaders (GGZ-Nederland, 2009; Initiatiefgroep Herstelondersteuning, 2011; Van der Stel, 2013; Couwenbergh & Van Weeghel, 2014; LPGGz, 2014; Wolf, 2014; 2015). In de praktijk is een ontwikkeling waarneembaar naar (versterking van) ambulante begeleiding en lichtere woonvormen, in relatie tot afbouw van intramurale capaciteit. Kwetsbare mensen komen meer in buurt en wijk te wonen. Gemeenten leveren hier een actieve bijdrage aan. Er vinden vele proeftuinen en lokale innovatieprojecten plaats. Tegelijkertijd zijn gemeenten druk doende met een herinrichting van het sociale domein, mede onder invloed van de drie decentralisaties per 1 januari 2015 (Wmo, 2015, Participatiewet en Jeugdwet). Sociale wijkteams die burgers in hun eigen leefomgeving integrale, generalistische hulp bieden zijn voor gemeenten hierin een cruciaal element (KPMG/Plexus, 2013). Bij de transities en transformaties in het sociale domein staan de eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers centraal en wordt meer appèl gedaan aan het zelforganiserend vermogen van mensen en hun sociale netwerken.

Door de genoemde ontwikkelingen is bij gemeenten een duidelijke trend waarneembaar om beschermd wonen, in meer verschijningsvormen dan tijdens de AWBZ het geval was of in de Wmo staat beschreven, onderdeel te maken van een breed scala van ondersteuningsvormen en huisvestingsvarianten dichtbij de burger. Inmiddels is een waaier aan begeleidings- en huisvestingsvarianten beschikbaar, afgestemd op de behoeften van cliënten, hun zelfregulerend vermogen en de steunkracht van hun sociale netwerk.

Grosso modo zijn de varianten:

- ☞ zelfstandig wonen (in een huurhuis met een eigen huurovereenkomst of een koophuis)
- ☞ zelfstandig wonen met een (huur)contract met een zorginstelling
- ☞ zelfstandig (groeps)wonen, met meerdere personen in een huis
- ☞ wonen in een wooncomplex of woonvoorziening met 10 á 20 medebewoners.

Beschermd wonen wordt momenteel binnen deze varianten op uiteenlopende wijze gerealiseerd. Het traditionele beschermd wonen is in de afgelopen jaren ten dele getransformeerd naar wooncomplexen met eigen appartementen voor bewoners (met eigen sleutel) en gemeenschappelijke voorzieningen of ook in aparte wooneenheden, verspreid in de wijk en onder diverse condities (soms aangeduid als 'Gespekkeld wonen'). Andere voorbeelden zijn Housing First of zogenaamde containerwoningen (Skaeve Huze) voor burgers die te veel overlast geven voor hun woonomgeving. De intensiteit van toezicht en begeleiding varieert per vorm, afhankelijk van de behoefte en de ontwikkeling van de cliënten. Hierbij wordt geëxperimenteerd met technologische ontwikkelingen (Domotica) voor ambulant toezicht en begeleiding.

2.2 Beschermd wonen is sterk gegroeid

Historisch is beschermd wonen ontstaan als vorm van ondersteuning vanuit de GGZ, de maatschappelijke opvang, de gehandicaptenzorg, de Jeugdhulp en de ouderenzorg. De voorziening beschermd wonen in de AWBZ is ontstaan als oplossing voor mensen met een ernstige en vaak ook chronische psychische aandoening en/of ernstige psychosociale problemen die door hun beperkingen (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen wonen. Beschermd wonen biedt deze mensen een 'gecontroleerde' woonomgeving met een focus op veiligheid, bescherming, stabilisatie en herstel. In de afgelopen jaren is beschermd wonen ook opengesteld voor groepen uit zorgsectoren zoals hierboven genoemd, waar

dit oorspronkelijk alleen bedoeld was voor GGZ-cliënten die uitstroomden uit de kliniek.

In de Wmo 2015 wordt beschermd wonen nu als volgt omschreven:

- ☞ wonen in een accommodatie van een instelling of een wooninitiatief
- ☞ met daarbij behorende toezicht en begeleiding, gekenmerkt door 24-uurs beschikbaarheid
- ☞ gericht op het bevorderen en herstel van zelfredzaamheid en participatie
- ☞ gericht op het bevorderen van het psychische en psychosociaal functioneren
- ☞ gericht op stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld (inclusief verslaving)
- ☞ gericht op het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast
- ☞ gericht op 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.

Het arrangement beschermd wonen is vaak een 'all inclusive' pakket: wonen, hotelmatige voorzieningen, eten/drinken, begeleiding, persoonlijke verzorging, welzijnsactiviteiten en dagbesteding. Bij beschermd wonen gaat het dus niet alleen om wonen, eten en verzorging, maar ook om bezigheden. Behandeling valt buiten beschermd wonen. Een groot deel van de genoemde groep cliënten verblijft bij een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW). Van oudsher waren dit doorgaans woonvoorzieningen, maar tegenwoordig wonen cliënten ook veel in geclusterde eenpersoons- of groepswoningen (zoals hostels). Daarnaast verzilverde een deel van de cliënten de indicatie in AWBZ-instellingen die niet specifiek gericht zijn op beschermd wonen, zoals verpleeghuizen.

Het gebruik van beschermd wonen is in de periode tot 2013 sterk gegroeid, waarna het aantal mensen dat van deze voorziening gebruik maakt is gestabiliseerd (zie bijlage 1). Het aantal lichtere indicaties neemt af. Dit is in overeenstemming met het rijksbeleid van extramuralisering van lagere ZZP's (zorgzwaartepakketten). Tegelijkertijd neemt zowel het aandeel als de absolute omvang van de groep mensen met zwaardere ZZP's toe.

Voor een betere aansluiting op maatschappelijke ondersteuning is het beschermd wonen nu overgebracht naar gemeenten (Wmo, 2015 artikel 2.1.1 lid 1). Het gaat om beschermd wonen waarvoor vroeger onder de AWBZ een indicatie voor langdurige zorg met verblijf noodzakelijk was. In de AWBZ werden twee typen zorgzwaartepakketten voor langdurige zorg met verblijf gebruikt: ZZP-B en ZZP-C. Voor GGZ-cliënten die gebruik maakten van een medisch noodzakelijk verblijf gold ZZP-B. Voor beschermd wonen was een ZZP-C noodzakelijk. Voor cliënten die in 2014 of eerder op basis van een indicatie ZZP-C nog op 1 januari 2015 gebruik maakten van beschermd wonen is een overgangsrecht afgesproken. Dit houdt in dat deze cliënten gebruik kunnen blijven maken van beschermd wonen gedurende een nog vast te stellen termijn, maar voor een periode van maximaal vijf jaar of, indien de lopende indicatie voor een kortere periode geldt, voor de nog resterende duur van die indicatie.

3 Toekomstbeeld

In het toekomstbeeld van beschermd wonen staat de sociale inclusie van mensen met een verstoorde zelfregulatie centraal. In essentie gaat het om een Beschermd thuis. Bij nieuwe hulpvragen vormen in deze visie *beschermd woonplekken* in de wijk het uitgangspunt, met een *7 x 24 uur woonvoorziening* voor een kleine groep mensen. Dit vraagt een transformatie van beschermd wonen binnen diverse zorgsectoren naar het beschermen van kwetsbare burgers midden in de samenleving door uiteenlopende woonvarianten met flexibele herstelondersteuning, gericht op een zingevend bestaan. Bij beschermd wonen én de maatschappelijke opvang² wordt daarmee afstand genomen van het woonladdermodel waarbij de mensen op basis van hun functioneren steeds een stapje hoger of lager op de woonladder (moeten) maken.³ De transformatie, die in veel gemeenten en ook bij zorgsectoren is ingezet, zal op den duur leiden tot een krimp van de huidige capaciteit van intramuraal beschermd wonen. Die krimp is geen doel op zich, maar een resultaat van een beter functionerend stelsel van beschermde woonplekken met flexibele begeleiding en behandeling waar nodig.

Dit toekomstbeeld bouwt voort op beschikbare kaders voor passende (zelf)zorg voor groepen kwetsbare mensen in diverse sectoren en op inzichten uit onderzoek.⁴ Daarbij wordt gebruik gemaakt van de input van geraadpleegde ervaringsdeskundigen, experts en organisaties. De nu volgende visie op beschermde woonplekken met flexibele ondersteuning geldt feitelijk ook voor de maatschappelijke opvang en is in de volgende punten uitgewerkt:

- ☞ Wie hebben beschermde woonplekken nodig?
- ☞ Pijlers van sociale inclusie als basis voor inclusief wonen
- ☞ Een stabiele woonplek in de wijk, midden in de samenleving
- ☞ Een spaarzaam gebruik van een beschermde woonvoorziening
- ☞ Werken aan herstel en participatie
- ☞ Herstelroute openhouden, niemand afschrijven: Wlz is ultimum remedium

3.1 Wie hebben beschermde woonplekken nodig?

Er zijn en blijven in onze samenleving mensen met een verstoorde zelfregulatie,⁵ die de regie op hun eigen leven amper hebben gekend of grotendeels kwijt zijn en ook met eventuele steun van anderen niet zelf kunnen zorgen voor een stabiele woonplek en een goed leven. Deze mensen – jong en oud- verschillen in levensgeschiedenis, leefsituatie en perspectief. Bij deze zeer diverse groep mensen⁶ hangt de verstoorde zelfregulatie samen met (soms combinaties van) ernstige psychische aandoeningen, beperkingen in cognitief functioneren, lichamelijke of zintuiglijke handicaps, mobiliteitsproblemen en middelengebruik. Meestal zijn er ook complexe psychosociale problemen, zoals armoede en schulden, dreigende huisuitzetting, weinig tot geen deelname in arbeidsproces, huiselijk geweld en dakloosheid, die de balans tussen draaglast en draagkracht verder ontregelen. Naast de aanhoudende stress hiervan hebben mensen vaak niet de mogelijkheden of de middelen om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Deze groep mensen

2 Veel gemeenten zijn bezig om beschermd wonen – als nieuwe wettelijke taak – te verbinden met (de keten van) de maatschappelijke opvang. Met de beoogde transformatie naar stabiel wonen in de wijk zal het onderscheid tussen beide op termijn verdwijnen.

3 De kritiek op opvangsystemen die uitgaan van een woonladdermodel is, dat zij dakloosheid niet zozeer beëindigen, maar hooguit managen (Burt & Spellman, 2007).

4 Een systematische internationale review van onderzoek naar (capaciteitsreductie van) beschermde woonvormen was in het tijdsbestek van het advies niet mogelijk.

5 Zelfregulatie, ook wel zelforganiserend vermogen genoemd, betekent het zelf willen of kunnen veranderen of beïnvloeden van (aspecten van) jezelf, van de wijze waarop je functioneert (Van der Stel, 2013). De moeite van individuen in het nemen van eigen regie hangt samen met problemen in de regulatie van zogenoemde executieve functies, namelijk emoties, cognities, motivaties en/of gedrag.

6 Typeringen (veezenzaamde, alleenstaande ouderen, dakloze mensen, mensen met een verstandelijke beperking, mensen met een ernstige psychisch aandoening, chronisch verslaafde mensen etc.) zijn eigenlijk nooit echt dekkend, want gebaseerd op slechts één probleem of kenmerk (Wolf, 2002). Een omvangschatting geven is nagenoeg ondoenlijk omdat het gaat om subgroepen van populaties in diverse settings waarover vaak ook informatie ontbreekt.

beschikt veelal over onvoldoende competenties (waaronder dagelijkse levensverrichtingen, structureren van de dag, signalen herkennen van achteruitgang en crisis, tijdig hulp inroepen en probleemoplossing). Mede daardoor zijn ze niet in staat om op eigen kracht:

- ☛ zelfstandig te wonen en in andere noodzakelijke bestaansvoorwaarden te voorzien. (sociale contacten, activiteiten, inkomen, gezondheid, veiligheid);
- ☛ hun persoonlijke veiligheid te waarborgen, en/of;
- ☛ de veiligheid van anderen en of de bescherming van goederen - in de persoonlijke levenssfeer dan wel publieke ruimte - te waarborgen.

Beschermde woonplekken in de samenleving met flexibele begeleiding kunnen nodig zijn wanneer de zelfregulatie te zeer tekort schiet en het zelfstandig wonen en de dagelijkse kwaliteit van leven onder druk staan. Het gebrek aan zelfregulatie wordt op dat moment onvoldoende gecompenseerd door combinaties van informele steun, maatschappelijke ondersteuning en ambulante begeleiding en behandeling. Dit kan bij mensen leiden tot vormen van sociale uitsluiting, waaronder sociaal isolement, gebrekkige normatieve integratie, armoede en onvoldoende toegang tot sociale grondrechten (Jehoel-Gijsbers, 2004; Hof & Vrooman, 2011). Bij een beperktere groep kan er (ook) sprake zijn van ernstige teloorgang, soms ook van gevaar, in de zin van extreme zelfverwaarlozing, zelfbeschadiging en/of van ernstige overlast (geweld, criminaliteit etc.).

De dynamiek in zelfregulatie verschilt tussen mensen en groepen. Bij mensen met verstandelijke beperkingen en bij ouderen bijvoorbeeld is het zelforganiserend vermogen relatief statisch. Over langere perioden en mogelijk op den duur is ook een intensievere compensatie nodig (Woittiez e.a., 2014; Campen & Ross, 2011; Lutomski et al., 2014). Bij mensen met ernstige psychische aandoeningen en bijvoorbeeld dakloze mensen met complexe multiproblematiek is de zelfregulatie dynamischer, met meer fluctuaties, en eerder kenmerkend voor een fase in hun leven gegeven een bepaalde context (zie kader).

Vermogen tot herstel bij enkele deelpopulaties

Op de langere termijn blijkt de helft van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geheel of gedeeltelijk te herstellen (Wunderink et al., 2013; Delespaul e.a., 2013). Longitudinale studies buiten Nederland toonden dit ook al eerder aan (Harding, 1988; Strauss et al., 1985). Bij dakloze mensen met een combinatie van ernstige psychische kwetsbaarheid, verslavingsproblematiek en psychosociale problemen is het perspectief op herstel over het algemeen ook gunstig. Uit onderzoek in de Verenigde Staten naar Housing First (lees hierna meer) blijkt dat in de Housing First groep het percentage klanten dat na verloop van tijd nog gehuisvest was, aanmerkelijk hoger was dan bij de controlegroep: 80 tot 90 procent na 12, 18 en 24 maanden tegen niet meer dan 40 procent in de controlegroep in diezelfde perioden (Tsemberis et al., 2004; Tsemberis, 2010). In Canada en Frankrijk zijn deze resultaten recent gerepliceerd. Ook werden hoge percentages stabiel gehuisveste cliënten (80-90%) gevonden in een verkenning van Housing First praktijken in Nederland. (Wewerinke e.a., 2014). Cliënten die al langer gebruik maken van Housing First ervaren hun kwaliteit van leven als heel redelijk (Maas e.a., 2012).

3.2 Pijlers van sociale inclusie als basis voor inclusief wonen

Uitgaande van een verscheidenheid aan mensen met verschillende vermogens tot zelfregulatie vormen de volgende pijlers de grondslag voor sociale inclusie.

1 BURGERSCHAP

Hoe kwetsbaar mensen ook zijn en hoe hun levensgeschiedenis ook is, zij zijn en blijven burger. Burgerschap geeft toegang tot sociale grondrechten, zoals inkomen, onderdak en onderwijs en is daarmee vitaal voor de dagelijkse kwaliteit van leven van mensen. Ook geeft burgerschap – als basis van sociale inclusie – inzicht in de door veel kwets-

bare mensen verlangde wederkerigheid in relaties (GGZ-Nederland, 2009; Dröes & Plooy, 2010; Wolf, 2012). Die wederkerigheid, waarmee sommigen door hun beperkingen juist moeite hebben, betekent enerzijds autonomie om als individu een eigen invulling te geven aan het leven en anderzijds een eigen bijdrage leveren aan het collectief. Dit collectief moet op zijn beurt weer solidair zijn met mensen die in de samenleving niet kunnen meekomen, zoals door het geven van mogelijkheden om mee te doen en het tegengaan van stigmatisering en uitsluitingmechanismen (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Wederkerigheid vraagt van zowel het individu als het collectief dus een actieve inzet.

2 ZELFBEPALING

Sterk verwant aan de notie van burgerschap is zelfbepaling. Kwetsbare mensen zijn, net als ieder ander, zelfbepalende wezens. Dat uit zich in drie basisbehoeften: 1) autonomie: (levens)doelen en activiteiten sluiten aan bij de unieke eigen aard van mensen, 2) competenties om eigen gekozen doelen te bereiken en 3) wederkerige, veilige en betekenisvolle verbindingen met anderen (Wolf, 2015). De mate waarin de basisbehoeften zijn of kunnen worden vervuld is verschillend tussen mensen en tussen en binnen populaties (Woittiez e.a., 2014). Grenzen aan de zelfbepaling komen in zicht als de eigen belangen of de belangen van anderen of de samenleving ernstig worden geschaad, zoals bij ernstige zelfverwaarlozing, ernstige overlast en/of geweld (G4 User, 2012).

3 HOOP EN PERSPECTIEF

Veel mensen met een verstoorde zelfregulatie hebben het vermogen te herstellen en hun leven weer op te pakken in een door hen zelf gewenste richting. De uiterste grenzen van deze mogelijkheden voor groei en verandering zijn bij de meesten niet kenbaar (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Essentieel is, ook bij degenen met een meer statisch zelforganiserend vermogen, om als naasten en professionals te blijven vasthouden aan (herstel)vermogens en de autonomie van mensen. Niet iedereen kan en hoeft aan het ideaal van ‘volwaardig burgerschap’ te voldoen, van belang is wel dat de oriëntatie en het perspectief erop blijven bestaan (Wolf, 2012). Dit geeft veel mensen de hoop om door te gaan, om te blijven werken aan een positief levensperspectief (Ridgway et al., 2002; Boevink, 2002).

4 POSITIEVE KIJK OP GEZONDHEID

Vertrekpunt bij het werken aan herstel en participatie is een nieuwe, positieve kijk op gezondheid. Deze ‘positieve gezondheid’⁷ staat voor ‘het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven’ (‘Ability to adapt’; Huber et al., 2013). Net als in de herstelbeweging in diverse sectoren, gaat deze visie uit van de veerkracht en het herstelvermogen van mensen en het zelf managen van beperkingen in het licht van een voor hen zingevend bestaan.

De focus van de ondersteuning ligt, net als in de gezondheidszorg, op gezondheid en gedrag, niet op ziekte en zorg.⁸

Herstel⁹

Herstel is een persoonlijk proces waarin mensen voorzichtig en tastend – met vallen en opstaan – leren omgaan met hun beperkingen en verlieservaringen en hun leven een positieve wending en een bevredigend levensperspectief geven. Herstel is iets wat je zelf moet doen en impliceert het (durven) nemen van verantwoordelijkheid voor je eigen leven en tevens accepteren dat je het alleen niet redt en voor een goed leven ook afhankelijk bent van anderen. Herstel vraagt aandacht voor je eigen gezondheid, vaste overtuigingen en manieren van probleemoplossen en betekent het

7 Positieve gezondheid omvat zes dimensies, namelijk: mentaal welbevinden, spiritualiteit, kwaliteit van leven, sociaal maatschappelijke participatie, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties (Huber et al. 2013).

8 Zie ‘De agenda voor de zorg. Aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld’ (2013). (www.nvz-ziekenhuizen.nl).

9 Zie voor de specifieke invulling van herstel bij diverse populaties: Boevink e.a., 2006; Dröes & Plooy, 2010; Van der Stel, 2012; Wilken & Dankers, 2012; Wolf, 2012.

heruitvinden van jezelf, ook in relatie tot anderen. Het collectief heeft in dit proces de verantwoordelijkheid om de mensen in hun eigenheid – zonder vooroordelen – de mogelijkheden te blijven bieden om te participeren, hun krachten en vermogens te versterken, en hierop ook een beroep te doen waardoor zij daadwerkelijk weer kunnen meedraaien en voor anderen van betekenis kunnen zijn.

Uit deze pijlers van sociale inclusie volgen enkele praktische uitgangspunten voor beschermde woonplekken. Die komen hierna aan de orde.

3.3 Een stabiele woonplek in de wijk, midden in de samenleving

Een goede en veilige woonplek is een belangrijke behoefte van iedere burger en een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Een woning geeft een basis voor het opbouwen van een bestaan en draagt ook bij aan de identiteit van mensen. Woonruimte is een belangrijk sociaal grondrecht van burgers.

Kwetsbare burgers, waaronder degenen die gebruik maken van beschermde woonplekken, hebben een voorkeur voor zelfstandig wonen in een wijk (Van Straaten e.a., 2014; De Heer-Wunderink, Vos en Van der Zee, 2015).¹⁰ Deze woonwens is intrinsiek en een belangrijke voorspeller voor het realiseren van zelfstandig wonen (De Heer-Wunderink e.a., 2015: 5). Het merendeel van de mensen met een verstoorde zelfregulatie wil en kan dit ook¹¹. Zij vinden het prettig als zij in die maatschappelijke context steun krijgen van naasten en van ervaringsdeskundigen en zeker zijn van professionele hulp om op terug te vallen (Van Straaten e.a., 2014; Al Shamma e.a., 2015). Een voorwaarde voor hun stabiliteit is een gegarandeerde toegang tot de best mogelijke behandeling en gespecialiseerde zorg. Wonen in de wijk vraagt om een gevarieerd arsenaal aan woonvarianten om maximaal tegemoet te komen aan de verscheidenheid aan woonwensen van kwetsbare mensen.

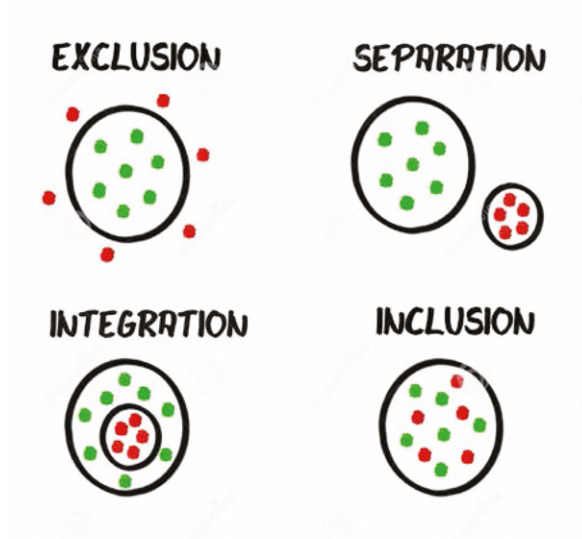
Bij beschermde woonplekken met flexibele begeleiding is – in aansluiting op de ingezette vermaatschappelijking van de zorg – *inclusief wonen* het uitgangspunt. Inclusief wonen betekent dat de cliënten maximaal worden aangesproken op hun zelfmanagement, zoveel mogelijk deel uitmaken van het gewone maatschappelijke verkeer en bronnen benutten van informele steun (*inclusion* – zie kader).

Inclusief wonen als (deel)scenario

Er zijn vier scenario's denkbaar over hoe een samenleving kan omgaan met kwetsbare mensen. De scenario's kunnen in een samenleving voor verschillende groepen in principe naast elkaar bestaan en krijgen in samenhang meer betekenis. De scenario's zijn ook wel herkenbaar voor bepaalde perioden. Zo werden in het verleden kwetsbare burgers vaak nog uitgesloten en soms uitgestoten (*exclusion*) uit de maatschappij. Nog niet ver achter ons ligt een periode waarin specifieke voorzieningen zijn gecreëerd, nog buiten de samenleving, zoals destijds de inrichtingen voor geestelijk gestoorde in de bossen (*separation*). Van daaruit wordt de stap gezet van het terug- en overbrengen van deze locaties naar de samenleving, zoals beschermende woonvormen in de wijken (*integration*). Uitgangspunt nu is geïntegreerd, inclusief wonen, waarbij cliënten als burgers deel uitmaken van het maatschappelijke verkeer (*inclusion*). De trend van inclusie is ook in andere domeinen in de samenleving waarneembaar, zoals in het (passend) onderwijs en de arbeidsmarkt. In het schema hieronder zijn de scenario's verbeeld.

10 Cliënten die langer zijn aangewezen op woonvoorzieningen, waarvan sommigen geen wens (meer) hebben naar zelfstandig wonen, lijken zich vooral te onderscheiden door hun psychische kwetsbaarheid. Zij zijn in vergelijking met mensen die (begeleid) zelfstandig wonen minder tevreden met hun kwaliteit van leven (De Heer-Wunderink e.a., 2015; Al Shamma e.a., 2015).

11 In Nederland is slechts een kleine groep mensen met ernstige psychische aandoeningen langdurig of blijvend aangewezen op beschermende woonvormen, al dan niet met klinisch geïntegreerde behandeling (Couwenbergh & van Weeghel, 2014).



Fluctuaties in de zelfregulering - voor zover aan de orde – en omgevingscondities zouden geen gevolgen moeten hebben voor waar je als cliënt woont. De woonsituatie moet stabiel zijn. Dit principe, dat centraal staat bij Housing First (zie kader hierna), vraagt om een snelle en flexibele op- en afschaling van de hulp, niet om verplaatsing van de persoon.¹² Elke verhuizing vraagt immers veel van het aanpassingsvermogen van mensen, heeft vaak een groot effect op hun activiteiten en relaties met anderen en kan specifiek bij kwetsbare mensen risico geven op (opnieuw) een breuk in hun bestaan. Een verhuisbeweging hoort voort te vloeien uit persoonlijke behoeften en woonwensen, niet uit verandering van ‘ziekte en zorg’. Als deze normalisering van het wonen gestalte krijgt dan is de huisvesting van de mensen minder aanbod gestuurd en zijn kwetsbare mensen voor hun huisvesting ook minder afhankelijk van zorg-aanbieders en besluiten van professionals. Dit betekent eveneens, dat de huisvesting van deze groep primair een zaak is van woningcorporaties en gemeenten.

Housing First¹³

Housing First is een evidence based model waarbij langdurig dakloze mensen met ernstige psychische problemen in combinatie met verslavingsproblemen zonder eisen vooraf zelfstandige woonruimte krijgen aangeboden met daarbij intensieve, integrale ondersteuning bij hun verdere herstel. De combinatie van directe toegang tot zelfstandige woonruimte en integrale, persoonsgerichte hulp aansluitend bij de zelfgekozen doelen van mensen - langdurig aangeboden door een multidisciplinair team met bij voorkeur ook ervaringsdeskundigen - lijkt het succes van Housing First te verklaren. De woonruimten zijn verspreid over een bepaald gebied om daarmee de normaliteit van wonen te bekrachtigen en de sociale integratie te bevorderen. Het in 1992 in New York door Sam Tsemberis ingevoerde *Pathways to Housing*¹⁴ model is het meest bekende Housing First model en vindt veel navolging binnen en buiten Europa (Tsemberis, 2010b; Wewerinke e.a., 2014).

Beschermde woonplekken omvatten een breed arsenaal aan woonvarianten met flexibele begeleiding. De bescherming verwijst naar een op maat geboden compensatie van de verstoorde zelfregulatie door flexibele begeleiding (ambulant

12 Belangrijk in dit verband is de constatering dat FACT-teams niet die zorgintensiteit kunnen bieden – ook niet bij snel escalerende situaties - die volgens de eigen kwaliteitseisen nodig is (Van Hoof, e.a., 2014)

13 Onlangs is een stimuleringsprogramma Housing First gestart bij Impuls (Radboudumc), met financiering van het ministerie VWS.

14 Voor meer informatie zie de website van Pathways to Housing (www.pathwaystohousing.org).

of intramuraal), (digitale) surveillance¹⁵ en behandeling en specialistische zorg, in aanvulling op wat aan zelfzorg en mantelzorg en andere bronnen beschikbaar is. De duur van de bescherming is afhankelijk van de eventuele verandering in de zelfregulatie van de mensen en niet van de systeemtijd van zorgsectoren ofwel een standaardduur van traject of verblijf. Door een in intensiteit en/of tijd begrensde bescherming in de eigen leefwereld blijven de competenties van mensen, hun zelfregie, hun verbindingen met anderen en beschikbare maatschappelijke bronnen zoveel mogelijk intact.

3.4 Spaarzaam gebruik van een beschermde woonvoorziening

Een spaarzaam gebruik van een beschermd woonvoorziening vloeit logisch voort uit de hiervoor beschreven pijlers van sociale inclusie en is reëel als tegelijkertijd de condities hiervoor aanwezig zijn (zie hoofdstuk 4). Een kleine groep mensen zal langdurig of blijvend zijn aangewezen op een intramurale 7 x 24 uur-woonvoorziening, bijvoorbeeld bij degeneratie van cognitieve of mentale functies. Het in dit verband noemen van specifieke groepen staat haaks op het principe dat herstelmogelijkheden bij voorbaat bij niemand zijn uit te sluiten, mede in het besef dat de dynamiek van het herstellervermogen tussen mensen en groepen nogal verschilt. Algemeen geldt, dat bij de betreffende mensen de verstoringen in zelfregulatie dermate ernstig en voor hun functioneren beperkend zijn dat praktische hulp, observatie en toezicht in de nabijheid van de persoon nodig zijn voor het behouden van een aanvaardbare dagelijkse levenskwaliteit. Bij deze kleine groep mensen zal een scheiding tussen wonen, begeleiden en behandelen minder passend zijn. Ook bij deze mensen blijft de oriëntatie op volwaardig burgerschap bestaan. Geen mens wordt ooit afgeschreven.

Gewaakt moet worden voor over- en onderschatting van kwetsbare mensen, voor ongegrond pessimisme of irreëel optimisme, als het gaat om hun vermogen tot zelfstandig wonen in relatie tot bronnen in de sociaal-maatschappelijke context. De keerzijde van de vermaatschappelijking – zoals bekend van de geestelijke gezondheidszorg in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw – kan immers bestaan uit zelfverwaarlozing, eenzaamheid, geldgebrek om mee te doen, stigmatisering en verwardheid op straat (Van de Lindt & Van Rooijen, 2002). Dit soort signalen zijn ook vandaag de dag niet heel ongewoon en vragen daarom nog steeds alle aandacht.¹⁶ De belangrijkste geleerde lessen van de vermaatschappelijking in de GGZ zijn dat bij een dergelijke systeemaanpassing overheden zich niet kunnen beperken tot voorwaardenscheppende taken maar ook verantwoordelijkheid moeten nemen voor voldoende en goed onderbouwde zorg en tevens voor ‘het soort maatschappij waarin mensen terugkeren’ (Bauduin, 2002). Ook is meer differentiatie nodig tussen cliënten met verschillende mogelijkheden en wensen (Van de Lindt & Van Rooijen, 2002: 21). De geleerde lessen, en meer recente observaties van vermaatschappelijking in de zorg (Koops & Kwekkeboom, 2005), zijn zoveel mogelijk meegenomen in de condities voor sociale inclusie (zie hoofdstuk 4).

3.5 Persoonsgerichte zorg met focus op herstel en participatie

Bij beschermde woonplekken met flexibele begeleiding wordt samen met cliënten en eventuele naasten gewerkt aan herstel en participatie met het oog op een zingevend en bevredigend leven. Hierbij spelen de hieronder beschreven sleutels tot herstel en participatie in het primaire proces een grote rol:

Uitgangspunt van herstelondersteuning is wat de mensen (nog) wel kunnen.

Dit blijkt uit terugkerende inventarisaties van krachten, mogelijkheden en beschikbare hulpbronnen in de omgeving (De Haan & Oude Bos, 2011; Wolf, 2012). Verstevigd worden de veerkracht en vaardigheden van cliënten om in het

15 Technologische toepassingen, waaronder cliëntportals, e-health-programma's, eenvoudige webcams, domotica (beeldhorloge, beeldcommunicatie) en het gebruik van sociale media maken dit mogelijk (Wolf, 2014; Van Os e.a., 2015). Te verwachten technische innovaties maken dat steeds meer digitaal (ambulant) in observatie en toezicht kan worden voorzien. Menig opvanginstelling heeft in woonvoorzieningen die verandering al doorgevoerd.

16 Denk aan de signalen over ouderen (Kerklaan in Trouw (18 februari 2011) en mensen met licht verstandelijke beperkingen (NRC; 'Gemeenten overschatten licht verstandelijk beperkten' (28 september 2015) en de signalen over verwarde mensen op straat waarvoor inmiddels een aanjaagteam aan het werk is (Schippers, 2015).

dagelijks leven beter om te gaan met tegenslagen, stress en veranderingen in de gezondheid en/of leefomstandigheden (*Ability to adapt*). Het zelf zoeken naar oplossingen en het vinden en benutten van eigen mogelijkheden worden gefaciliteerd en ondersteund om daarmee de regie over hun eigen leven en de zorg te houden (LPGGz, 2014). Soms is een duwtje in de goede richting nodig als mensen zelf vooralsnog het inzicht en de energie of motivatie missen om in beweging te komen. Deze verschuiving kan (op termijn) mogelijk leiden tot een minder intensieve zorgvraag (Woittiez e.a., 2014).

De persoonlijke behoeften en de zelfgekozen doelen van kwetsbare mensen zijn uitgangspunt van de begeleiding en behandeling.

Mensen bepalen zelf wat het leven de moeite waard maakt (Initiatiefgroep Herstelondersteuning, 2011). Hierbij noemen zij stevast ook hun behoefte aan respect, een luisterend oor en oprechte belangstelling voor hun verhaal en noden. De behoeften worden met de mensen steeds gezien vanuit hun eigen levensverhaal en hun persoonlijke sociaal maatschappelijke context (Baart, 2001; Muusse e.a., 2015; Van Os e.a., 2015). De begeleiding is persoonsgericht en neemt de *theory of change* van de cliënt over wat in zijn of haar situatie zou kunnen werken als uitgangspunt (Duncan et al., 2004). Bij het in kleine stapjes aan de doelen werken is een brede blik nodig om zicht te krijgen op welke vaardigheden mensen in deze ingewikkelde samenleving nodig hebben om te kunnen blijven meedraaien (Binkley et al., 2010; Onderwijsraad, 2011) en op de systeeminvloeden die het mensen lastig maken om hun doelen te bereiken (Wolf, 2012).

Naast de persoon met kwetsbaarheden is het systeem van relaties focus van ondersteuning.

Een systeemaanpak is nodig, voor het verbeteren van de dagelijkse kwaliteit van leven¹⁷ en het welbevinden van kwetsbare mensen. Zelfbepaling en zelfregulering zijn geen persoonlijke eigenschappen, maar krijgen gestalte in interactie met de omgeving en zijn, net als gedrag, in hoge mate contextbepaald (Wolf, 2015). Essentieel is steeds in te schatten welke systeemmechanismen inwerken op het functioneren van kwetsbare mensen en hierop in te spelen mede door aanpassing van omgevingscondities en wet- en regelgeving. De focus in de begeleiding en behandeling ligt behalve op personen met beperkingen in het functioneren, nadrukkelijk op de ondersteuning en educatie van naasten en betrokkenen in informele en formele netwerken.¹⁸

De uitvoering voldoet aan kwaliteitseisen.

Hiertoe horen:

- ☞ De regie over de ondersteuning en zorg ligt zoveel mogelijk bij de cliënten zelf. Werkers reiken de keuzemogelijkheden aan, activeren en motiveren mensen om zich zo autonoom mogelijk op te stellen en actief aan hun herstel en participatie te werken. Zij ondersteunen het eigen herstelproces van mensen en waken ervoor zich dit toe te eigenen. Daar waar mensen het vermogen missen om taken zelfstandig op te pakken en dit vermogen niet meer is te beïnvloeden, nemen zij (soms ook tijdelijk) taken over.
- ☞ Veel, zo niet alles draait om de werkrelatie. De kwaliteit van de werkrelatie is een noodzakelijke voorwaarde voor het realiseren van positieve resultaten in de begeleiding (De Vries, 2008). De professionals zijn bekwaam in het werken met kwetsbare mensen, ook met hun soms expliciete wens geen ondersteuning of behandeling meer te willen waar die gezien de problemen wel nodig is. Zij kunnen een productieve werkrelatie opbouwen, zijn betrouwbaar en respectvol en weten tevens om te gaan met de meervoudige, soms ook tegenstrijdige belangen in het systeem rondom de mensen. De cliënten hebben positieve ervaringen met de ontvangen begeleiding en zijn positief over de werkrelatie met professionals (Transitiebureau Wmo, 2014).

¹⁷ Zo blijkt uit onderzoek, dat hoe meer sociale relaties en activiteiten een cliënt heeft met familie of vrienden, hoe waarschijnlijker zijn overstap is van beschermd wonen naar zelfstandig wonen (De Heer-Wunderink e.a., 2015).

¹⁸ Zie hiervoor bijvoorbeeld de themawebsite van de LPGGz over familiebeleid met onder meer acht redenen voor samenwerking in de triade: cliënt-familie-hulpverlener.

- ☛ In de uitvoering maken professionals gebruik van goed onderbouwde en bij voorkeur ook bewezen effectieve interventies.¹⁹ De interventies moeten zo getrouw mogelijk (modelgetrouwheid), persoonsgericht en op maat worden uitgevoerd om de kans op meetbare effecten te verhogen.
- ☛ Geïntegreerde ondersteuning vraagt om afstemming en coördinatie van de inzet van de cliënt, naasten en professionals. Door een verschuiving van de verantwoordelijkheid hiervoor in deze triade – voor zover mogelijk – kan de zelfregie meer gewicht krijgen en de familie meer stem (Slade, 2015).²⁰
- ☛ Bij op maat gesneden ondersteuning en zorg hoort een periodieke toetsing van het functioneren van de persoon in relatie tot beschikbare informele zorg en bronnen. Regelmatige reflectie op de begeleiding door cliënt en werker samen geeft meer kans op positieve resultaten (Duncan & Miller, 2010).
- ☛ Professionals hebben handelingsruimte en plezier in hun werk. Essentieel is bij de werkers van beschermd wonen om tegemoet te komen aan hun behoefte aan vernieuwing en elan om de kwaliteit van de zorg te verhogen (Couwenbergh & van Weeghel, 2014).

3.6 Herstelroute open houden, niemand afschrijven: WLZ is ultimum remedium

Een meerderheid van de cliënten heeft een gunstig lange termijnbeloop in hun problematiek. Daarom moet worden voorkomen dat mensen al gauw gezien worden als ‘hopeloze gevallen’ waarbij alleen een intramuraal verblijf en gespecialiseerde zorg uitkomst kunnen bieden. Dit vraagt van gemeenten inspanningen om de kanteling van de zorg te helpen realiseren. Niet langer zijn de zorgsectoren voor specifieke groepen vertrekpunt bij de herinrichting, maar de condities van participatie in het sociale domein (Wolf, 2015).²¹ De Wmo biedt in beginsel de vereiste samenhang in de keten van ondersteuningsvormen.

De weg naar herstel open houden betekent dat de toegang van de Wlz voor mensen met een ernstig verstoorde zelfregulatie zo beperkt mogelijk moet blijven. Dit is ook van belang om afwentelprikkels tussen gemeenten en het zorgkantoor te voorkomen. Afwegingen voor de toegang tot de Wlz betreft een klein aantal mensen die eenzelfde profiel hebben als alle burgers die toegang krijgen tot de Wlz. Het specifiek benoemen van groepen voor de Wlz is onwenselijk omdat herstelmogelijkheden binnen geen enkele groep op voorhand zijn uit te sluiten. Het verwijzen van een omvangrijk deel van de populatie van beschermd wonen naar de Wlz zal tot in lengte van jaren spanningen geven tussen gemeentelijke en rijksverantwoordelijkheid voor beschermd wonen. Soepel op- en afschalen komen erdoor onder druk te staan vanwege de voortdurende discussie over in welk stelsel een cliënt thuishoort, wellicht juist op momenten dat snel handelen vereist is. Dit kan leiden tot onnodige verzwaring van de problematiek.

De Wlz is toegankelijk voor iedere burger met een behoefte aan intensieve zorg en ondersteuning. Langdurige zorg is nodig als de zelfregulatie ernstig en diepgaand is verstoord en er geen sprake meer is van een wisselend beeld. Te verwachten is dat dit een zeer kleine groep zal zijn in de huidige populatie in beschermd wonen. De commissie adviseert daarom de Wmo zo breed mogelijk te houden, zoals deze bedoeld is: als basisvoorziening voor noodzakelijke steun bij wonen en dagelijks functioneren. Vanuit de Zvw kan in extra behandeling worden voorzien, bijvoorbeeld op verwijzing van de huisarts.

19 Gebruik maken van effectieve interventies betekent niet ‘one size fits all’. Integendeel, ook met effectieve interventies is maatwerk mogelijk, sommige zijn ook expliciet op dit principe geënt. Zie voor goed onderbouwde en effectieve interventies de landelijke databanken Effectieve sociale interventies (Movisie), Langdurige GGZ (Trimbos-instituut) en leefstijlinterventies (RIVM).

20 De methodiek Resource Assertive Community Treatment (RACT), waarin de cliënten, naasten, familieleden en professionals samenwerken aan verbetering van de zorg, kan hierin van betekenis zijn (Delespaul e.a., 2013). Zie ook de themawebsite van de LPGGZ over familiebeleid met onder meer acht redenen voor samenwerking in de triade: cliënt-familie-hulpverlener.

21 Trianor (in Bauduin, 2001 en Muusse e.a., 2015) geeft aan dat als de GGZ werk maakt van ambulantisering en alternatieven voor klinische zorg de neiging bestaat om elementen in het sociale domein (zelfhulp, familieondersteuning, peersupport) te overschaduwen en te isoleren van hun natuurlijke bronnen. Voor de condities van participatie, zie Wolf, 2015.

4 Condities voor sociale inclusie

De transformatie van beschermd wonen naar beschermde woonplekken in de wijk zal aandacht en tijd vragen. Van gemeenten vergt dit proces investeringen in het sociale domein (met een focus op zelfmanagement, informele zorg en eerstelijnszorg) met een goede aansluiting op behandeling en gespecialiseerde zorg. Conditie voor sociale inclusie zijn nodig om de participatie van kwetsbare mensen te ondersteunen en onbedoelde negatieve gevolgen in hun levens tegen te gaan. Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van die condities. Uit een goede monitoring van deze verandering – van de betreffende mensen én de condities - zal moeten blijken welke mensen uiteindelijk aangewezen zijn op een beschermde woonvoorziening.²²

Belangrijke condities voor sociale inclusie zijn:

- ☞ Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg
- ☞ Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit
- ☞ Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie
- ☞ Een breed arsenaal van woonvarianten
- ☞ Beschikbare en betaalbare wooneenheden
- ☞ Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties
- ☞ Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars
- ☞ Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning

4.1 Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg

Kanteling van de zorg betekent het centraal stellen van het perspectief en de behoeften van kwetsbare mensen. Het vraagt maximale ondersteuning en facilitering van zelfmanagement²³ en informele zorg en benutting van de kracht van ervaringsdeskundigen.

Essentiële elementen zijn:

- ☞ Samen met kwetsbare mensen en naasten exploreren wat voor hen de grootste puzzels en uitdagingen zijn in het dagelijkse leven, wat zij zelf kunnen oppakken en wat zij daarbij aan ondersteuning en hulpmiddelen nodig hebben en wat zij wanneer verwachten van professionals. Hierbij hoort ook een verkenning van de rol van ervaringsdeskundigen en wat vrijwilligers kunnen doen. Essentieel is ook na te gaan hoe meer gebruik kan worden gemaakt van technologische innovaties en digitale hulpmiddelen en welke aanpassingen of investeringen hierin belangrijk zijn (Van Os e.a., 2015). Inzicht in die taakafbakening en de mogelijkheden van digitale ondersteuning en hiermee aan de slag gaan is een van de grootste uitdagingen voor de komende jaren.
- ☞ De kanteling in de zorg vraagt van alle actoren in het primaire proces een rolverandering. De omslag voor cliënten naar een zo autonoom mogelijke opstelling in de zorg en het actief werken aan het eigen herstel gaat niet vanzelf. Dat moet geleerd worden. Professionals zijn niet vanzelf ondersteunende coaches en gidsen met meer ruimte voor het eigen leerproces van cliënten en het betrekken van naasten en familieleden. Ondersteuning van dit (gezamenlijke) leerproces, met continue reflectie op overtuigingen en bijdragen, is geboden.
- ☞ Ervaringsdeskundigen zijn vitaal voor het herstelproces van cliënten en verdienen daarom een centralere rol in het ondersteuningsnetwerk van individuele cliënten. Steeds meer gaan ervaringsdeskundigen

22 Deze groep is allerm minst statisch; het profiel zal over de jaren heen, mede onder invloed van ontwikkelingen in de samenleving, weer veranderen.

23 Zelfmanagement staat voor de vaardigheid van cliënten om in het dagelijks leven met tegenslagen en gezondheidsproblemen om te gaan en daarbij zelf oplossingen te zoeken en de regie te houden over hun eigen leven. Het betekent zelfstandig keuzes kunnen maken en eigen verantwoordelijkheid nemen voor het leven, en de keuzes die daarbij komen kijken (LPPGGz, 2014). Zie ook voor voorbeelden van zelfmanagement (Wolf, 2015).

hun herstelondersteunende en belangenbehartigende activiteiten vanuit hun eigen herstelacademies ontplooiën. Hierin is plaats voor onder meer herstelgroepen, cursussen ervaringsdeskundigheid, antistigma activiteiten en cliëntgestuurde rehabilitatie. Deze herstelacademies maken onderdeel uit van een regionaal ondersteuningscontinuüm (Couwenbergh & van Weeghel, 2014; Slade, 2009; 2015).

4.2 Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit

Vanuit de historie is er een kloof tussen het intensieve aanbod van beschermd wonen uit de AWBZ en het lichtere aanbod van begeleiding vanuit de huidige gemeentelijke Wmo. Meer specifiek ontbreekt vaak (flexibel inzetbare) intensieve begeleiding voor een aanzienlijk aantal uren gedurende meerdere dagen per week (of zelfs iedere dag), die garandeert dat mensen die zelfstandig (gaan) wonen voldoende continuïteit en nabijheid van hulpverleners ervaren. Als deze kloof niet wordt gedicht dan is het risico van terugval en (opnieuw) onveiligheid en beschadiging van cliënten groot. Signalen uit de huidige praktijk zijn dat gemeenten vooral kortdurende, laag intensieve trajecten inzetten. Beschermd thuis vraagt om langdurende, soms hoog intensieve trajecten. Cliënten zelf schatten in dat er nog lang professionele hulp nodig is (Al Shamma e.a., 2015). Financiële middelen die nu gemoeid zijn met een intramuraal verblijf kunnen worden ingezet voor de inzet van ervaringsdeskundigen en professionals. Hierdoor kan het volume aan woonbegeleiding minstens gelijke tred houden met een reductie van de intramurale capaciteit. In het eerste zal echter eerst geïnvesteerd moeten worden om het laatste mogelijk te maken. Daarom zijn kostenbesparingen over het geheel vooralsnog niet te verwachten.

4.3 Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie

Belangrijk voor de participatie en kwaliteit van leven van kwetsbare mensen is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de dienstverlening op meerdere domeinen, namelijk: inkomen, wonen, dagactivering en werk, gezondheid en veiligheid.²⁴ Gemeenten zijn vaak al bezig met de opbouw van een continuüm op de diverse domeinen, daarmee ook aansluitend op wat in de afgelopen jaren aan maatschappelijke steunsystemen voor specifieke groepen cliënten is ontwikkeld.

Vitale onderdelen van een ondersteuningscontinuüm zijn:

- ☛ *Basisbenodigheden voor stabiel wonen*, namelijk onverwijld inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP), zo nodig via een briefadres op het adres van een opvang of beschermd wonen-instelling (zie wet BRP); een voorschot/bijzondere bijstand om een identiteitsbewijs (ID) aan te vragen (zonder ID geen bankrekening); een (basis)bankrekening (zo nodig via Convenant Basisbankrekening) en afspraak met zorgverzekeraar over per direct afsluiten zorgverzekering na inschrijving in BRP.
- ☛ Een samenhangend geheel van *gevarieerde en betaalbare wooneenheden* met flexibele, outreachende ondersteuning. PGB's vormen hierbij een mogelijkheid mits voldoende zelfregie en/of steun van informele zorg aanwezig is.
- ☛ Stabiel wonen hangt, behalve van de vermogens en het gedrag van kwetsbare burgers, af van de responsiviteit van burens en andere betrokkenen in de leefwereld. Gerichtte *antistigma-activiteiten* zijn wezenlijk voor het succes van herstel en maatschappelijke participatie. Dit geldt evenzeer voor *preventie en snel ingrijpen bij overlast en escalerende crisissituaties*.
- ☛ *Inkomensbeheer, beschermingsbewind en varianten daarvan*. De situatie van de meerderheid van de kwetsbare mensen kenmerkt zich door schulden en armoede en heeft vaak onvoldoende vaardigheden om de eigen financiën te doen en de administratie op orde te houden. Door vroeginterventie moet voorkomen worden dat mensen door (oplopende) huurschulden hun zelfstandige huisvesting kwijtraken.

24 Dit kan gebeuren mede in het licht van het door Nederland geratificeerde 'Verdrag inzake personen met een handicap' (Verenigde Naties, december 2006) (zie www.coalitievoorinclusie.nl).

- ☞ *Dagstructuur, dagactivering, leren en opleiden.* Een continuüm van onderwijs, opleiding, vrijwilligerswerk en betaald werk is voor de zelfbepaling van mensen cruciaal en dient een vast onderdeel van het maatwerk te zijn. Onmisbaar zijn in dit verband laagdrempelige inloopcentra in de wijk, in de Opvang ook wel Thuishavens genoemd, voor ontmoeting, activiteiten en steun bij dagelijkse vragen.

Tussenstap stuit op wettelijke beperking

In de wetgeving is sprake van een knelpunt aangaande de inkomenssituatie van cliënten van beschermd wonen die een uitkering ontvangen in het kader van de Participatiewet. Voor een cliënt die in een pand van de aanbieder woont kan het goed zijn om als stap in het herstelproces zelf de huur te betalen en zelf de eigen dagelijkse boodschappen te bekostigen. Dit is een belangrijke oefensituatie en tussenstap om de transitie naar (begeleid) zelfstandig wonen te kunnen maken. De Participatiewet kent echter het begrip 'inrichting'. Als een cliënt in een 'inrichting' woont ontvangt deze zak- en kleedgeld en kan hij geen volledige uitkering krijgen. De noodzakelijke tussenstap worden daarmee wettelijk bemoeilijkt.

4.4 Een breed arsenaal van woonvarianten

Wonen in de wijk vraagt, met de ambulantisering van de Opvang en beschermd wonen, om een breed arsenaal van woonvarianten om daarmee maximaal tegemoet te komen aan de verscheidenheid aan woonwensen van kwetsbare mensen. Belangrijk hierbij is het volgende:

- ☞ Sluit als gemeente zoveel mogelijk aan bij consumenten- en burgerinitiatieven en nieuwe woonvarianten en ondersteun de (door)ontwikkeling daarvan. Laat zien dat de (tijdige) betrokkenheid van de lokale gemeenschap preventief werkt.
- ☞ Integreer de beschermde woonplekken in de keten van de maatschappelijke opvang en zorg voor een goede aansluiting op het wonen in de Jeugdhulp. Met de ambulantisering van beschermd wonen is ook een ambulantisering van de maatschappelijke opvang aan de orde.
- ☞ Neem uiteindelijk afstand van de zogenaamde woonladder. Wonen in de wijk – inclusief wonen - is vertrek- en eindpunt. Dit betekent dat Housing First uitgangspunt is voor iedereen, niet alleen - zoals nu vaak het geval is - voor mensen die zonder veel soelaas alle routes door het zorgsysteem hebben afgelegd.
- ☞ Investeer in normalisering van het wonen door ontkoppeling van wonen en zorg en verminder voor wonen de afhankelijkheid van zorgaanbieders (huurcontracten op naam van persoon, niet op die van instelling). Cruciaal is wat woningcorporaties nodig hebben om deze woonfunctie voor kwetsbare mensen toekomstbestendig in te vullen.
- ☞ Volg de innovaties voor specifieke doelgroepen op hun werkzaamheid, zoals het initiatief voor woonbegeleiding en behandeling dichtbij huis voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (Taskforce EPA Utrecht, 2015) en het programma 'Meer Veerkracht, Langer Thuis' van het Fonds NutsOhra.
- ☞ Breng systeembelemmeringen voor inclusief wonen, die haaks staan op de principes van zelf- en samenredzaamheid, in kaart. De noodzaak van wetswijzigingen kan zich voordoen, zoals bij de zogenaamde kostendelersnorm voor dakloze mensen en de 18-/18+ grens waardoor jongeren uit de jeugdhulp te snel op zichzelf zijn aangewezen. Vooral LVB jongeren hebben in verschillende opzichten hier een risico.

4.5 Beschikbare en betaalbare wooneenheden

In veel gemeenten stagneert het wonen in de wijk, ook voor bewoners van beschermd wonen die nu al zelfstandig kunnen wonen maar vanwege het ontbreken van betaalbare wooneenheden (huur tot 450 euro) in de gemeente in de voorziening blijven. Er zijn weinig goedkope kleine woningen beschikbaar en er zijn ook andere groepen die daarop een beroep doen zoals ouderen die langer zelfstandig blijven wonen, vluchtelingen met een verblijfsstatus en andere groepen waaraan de woningcorporatie en de gemeenten prioriteit willen geven. Zonder een verruiming van woon-

eenheden en woonvarianten maakt beschermd thuis weinig kans. Hier is het de opgave voor gemeenten om woningcorporaties en wellicht particuliere initiatiefnemers (bijvoorbeeld ouders en ouderen) te stimuleren tot nieuwbouw of herontwikkeling. Dit kan bijvoorbeeld door het bekostigen van de onrendabele top bij bouwprojecten voor zelfstandig (begeleid) wonen voor degenen die uitstromen uit beschermd wonen. Die onrendabele top betreft de extra kosten voor eventuele gezamenlijke ruimtes en ruimtes voor (extra) toezicht en begeleiding. Van de gemeente vereist dit een kostenafweging over de beleidsterreinen Wmo en huisvesting heen, waarbij ingezet moet worden op nieuwe oplossingen waarin de meerkosten vanwege de onrendabele top wegvallen tegen de besparingen op het (dure) beschermde wonen.

4.6 Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties

De kanteling van de zorg betekent een omslag van een aanbodgerichte naar een functiegerichte benadering. Voorzien moet worden in aantal voor cliënten en naasten gemakkelijk toegankelijke zorgfuncties (verg. Wolf, 2015), namelijk:

- ☛ *Signalering- en vroeginterventie* over de breedte van het ondersteuningscontinuüm, outreachend werken en actief ingrijpen zodra er signalen zijn van (ernstig) verlies van zelfregulatie bij burgers. Deze Erop af functie kan bijdragen aan inclusie en onderlinge steun.
- ☛ *Integrale toegang* met een adequate screening van de situatie van kwetsbare mensen en eenduidige criteria voor op- en afschalen.²⁵
- ☛ *Herstelondersteuning*, gericht op het ondersteunen van personen in hun eigen herstelproces in de richting van een leven dat zij de moeite waard vinden.
- ☛ *Transitieondersteuning* voor mensen die tijdelijk extra ondersteuning nodig hebben tijdens een transitie in hun leven, zoals bij een vertrek uit een beschermde woonvorm naar (begeleid)zelfstandig wonen of bij huiselijk geweld.²⁶
- ☛ *Behandeling en specialistische zorg* voor cliënten die dat (vanuit de (geestelijke) gezondheidszorg, gehandicaptenzorg of ouderenzorg) nodig hebben.²⁷ Hiervoor kunnen FACT teams worden ingezet, maar ook de eerste lijn (huisarts en praktijkondersteuners op diverse gebieden) en de generalistische Basis GGZ kunnen een deel van de behandeling bieden.

(Flexibele) Assertive Community Treatment

(Flexibele) ACT biedt specialistische tweedelijnszorg aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en vormt voor deze groep het psychiatrische vangnet (Delespaul, 2015). De behandeling en ondersteuning kan in principe flexibel worden op- en afgeschaald. De teams bieden integrale, gecoördineerde zorg, zijn multidisciplinair van samenstelling, werken met een gedeelde caseload en een duidelijk zorgmodel. Inmiddels is FACT beschikbaar voor diverse bijzondere doelgroepen, waaronder mensen met licht verstandelijke beperkingen, ouderen en verslaafden. (Flexibele) ACT krijgt ook in het buitenland steeds meer erkenning (Van Veldhuizen e.a., 2015).

25 Een (verwijs)model voor op- en afschalen dat hierin voorziet is beschreven in het referentiekader maatschappelijke zorg 'Niemand tussen wal en schip' (Wolf, 2015). Dit model wordt bij Impuls met partners in de academische werkplaats OGGZ momenteel uitgewerkt en in wijkteams getoetst.

26 Een dergelijke transitie geeft een verhoogd risico op uitval en vraagt een goede voorbereiding en meer inspanningen van de cliënt en direct betrokkenen in zijn omgeving en ook vaak (tijdelijk) extra inzet van professionals.

27 Er is een spanning tussen de autonomie van mensen en borging van goede zorg. Aanbieden van praktische hulp op diverse levensdomeinen vanuit een behandel eenheid kan de autonomie van mensen onbedoeld te zeer inperken (Muusse & Van Rooijen, 2015). Omgekeerd moet worden gewaakt voor onderbehandeling van specifieke problemen (lichamelijk, psychisch, verslaving, etc.). Een belangrijke uitdaging de komende jaren is de schakeling van gespecialiseerde zorg en behandeling op de hulp in het sociale domein.

Naast genoemde functies is de oude asielfunctie van belang, omdat daarmee mensen, waar zij ook wonen, geborgenheid, veiligheid en bescherming kan worden geboden. Een gemoderniseerde asielfunctie is feitelijk geïntegreerd in alle hiervoor geschetste condities.

Bij de uitvoering van de zorgfuncties is het nog zoeken naar een passende ordening van generalistische en meer specifiek of specialistisch aanbod. Gemeenten verwachten wat betreft de generalistische ondersteuning veel van sociale wijkteams en mogelijk is van deze teams op termijn een belangrijke bijdrage te verwachten. Vooralsnog lijken de teams, zo laten geraadpleegde experts weten, de kennis en ervaring te missen om goed aan te sluiten bij de kenmerken van bijzondere doelgroepen, waaronder mensen met verstandelijke beperkingen. Belangrijk hierbij zijn de keuzen die gemeenten hierin maken. Deze zijn: specifieke of specialistische expertise wordt geïntegreerd in de (bestaande?) teams, of wordt ondergebracht in een apart team of in een team met uiteenlopende expertises. Voor welke variant ook gekozen wordt, duidelijk is dat er in de begeleiding van kwetsbare burgers diverse niveaus van bekwaamheid nodig zijn om maximaal te kunnen aansluiten en passende zorg te bieden en die uiteenlopende expertises moeten worden geborgd en doorontwikkeld (Wolf, 2015).

In dit proces speelt de vraag mee of de zeer heterogene groep kwetsbare mensen in de wijk in principe van dezelfde toegankelijke algemene voorzieningen en generalistische ondersteuning gebruik kunnen maken met behoud van kwaliteit van zorg. Of, anders gezegd, dat het loslaten van het onderscheid in doelgroepen als basis van het gemeentelijke beleid, geen negatieve effecten heeft op de dagelijkse kwaliteit van leven van (bepaalde groepen) kwetsbare burgers. Ervaringen opgetekend in enkele gemeenten - de zorgvragen zouden te zeer uiteenlopen en de groepen zouden niet gemakkelijk mengen - benadrukken het belang dit proces goed te blijven monitoren (Koops & Kwekkeboom, 2005).

4.7 Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars

Het is een opgave voor gemeenten en zorgverzekeraars om gezamenlijk voor mensen met een grote kwetsbaarheid een integrale omgeving te creëren waarin toezicht, begeleiding en behandeling gecombineerd op herstel worden gericht. Inclusie van zeer kwetsbare mensen is alleen mogelijk met een (vaak) doorlopende behandeling vanuit zorgsectoren, waaronder de GGZ, en soms persoonlijke verzorging. Deze zorgvormen vallen onder de zorgverzekeringswet en worden derhalve bekostigd door de zorgverzekeraars. Veelal wordt behandeling vanuit een FACT-team ingezet en vindt persoonlijke verzorging door (gespecialiseerde) wijkverpleging plaats. Deze zorgvormen zijn vaak een voorwaarde voor wonen in de wijk. Dit vereist een hechte en geëffende samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars, zowel casusgericht op lokaal niveau als in structurele afspraken over samenwerking tussen de aanbieders van zorg en de begeleiders vanuit de Wmo. De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is op veel plekken op gang gekomen maar blijft vaak nog beperkt tot pilots en ontbeert daardoor nog de breedte en schaalomvang voor het creëren van een integrale omgeving. Verdere stappen hierin zijn nodig.

4.8 Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning

De decentralisatie van delen van de AWBZ betekent dat gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor kwetsbare groepen die voorheen buiten hun blikveld bleven. Nu de taak van maatschappelijke ondersteuning bij alle gemeenten is gelegd, is er een risico dat er in de te verwachten veelvormigheid situaties ontstaan waarin de kwaliteit en de vraaggerichtheid van de ondersteuning niet is geborgd. Zoals geadviseerd in diverse kaders (Couwenbergh & van Weeghel, 2014; Schipper e.a., 2014; Wolf, 2015) pleit dit voor een landelijke kwaliteitsstandaard voor maatschappelijke ondersteuning, waaronder beschermde woonplekken. De kwaliteitsstandaard beantwoordt aan de meest actuele inzichten uit praktijk en wetenschap en wordt samen met cliënten en naasten opgesteld om hun perspectief op de begeleiding te verzekeren. Beide actoren worden ook betrokken bij het lokaal en regionaal toepassen en evalueren van

deze kwaliteitsstandaard. Evaluaties van de standaard geven ruimte aan de inbreng van cliënten en naasten, naast de wettelijke eisen van doelmatigheid en doeltreffendheid. Ook de kwaliteit van hulpverlening via PGB's kan hiermee worden beoordeeld.

De hier genoemde condities voor sociale inclusie zijn complex en vragen gedragsverandering, tijd en geduld. De invoering van een verdeelmodel zal hiermee rekening moeten houden.

5 Gewenste verdeling van financiële middelen

De visie op sociale inclusie in de vorige hoofdstukken leidt tot een verdeelmodel gericht op alle gemeenten gebaseerd op objectieve kenmerken. Ten opzichte van de huidige situatie is dit een grote verandering. Om negatieve effecten van de herverdeling voor kwetsbare burgers te voorkomen is daarom een passende, lange overgangperiode nodig. Hieronder wordt eerst het gewenste verdeelmodel beschreven en vervolgens de overgangperiode waarin dit wordt gerealiseerd.

5.1 Van verdeling over centrumgemeenten naar verdeling over alle gemeenten

De overdracht van beschermd wonen van de AWBZ naar de Wmo betekent dat de beschermde woonplekken met flexibele ondersteuning onderdeel worden van het totale ondersteuningscontinuüm in de Wmo. Het is aan de gemeente om samen met lokale en regionale partners dit continuüm van woonvarianten en flexibele ondersteuning te ontwikkelen in aansluiting op de ondersteuningsfuncties.

Een verdeelmodel moet het voor een gemeente aantrekkelijk maken om in te zetten op preventie, om meer samenhang in de ondersteuning te bieden en verkokering te doorbreken. Dat betekent dat de keus voor de per burger of gezin in te zetten ondersteuning niet door oneigenlijke financiële afwegingen moet worden beïnvloed. Om dat te bereiken moeten de gemeenten de kosten dragen voor alle Wmo-ondersteuning, ook voor beschermde woonplekken. Daarmee wordt afwenteling op anders bekostigde ondersteuning ontmoedigd. Dit pleit voor een verdeelmodel dat alle gemeenten bedient. Dit doet het verdeelmodel Wmo en daarom zal 'beschermd wonen' oude stijl hierin opgaan. Daarbij is het echter nodig dit verdeelmodel Wmo te herijken vanwege de specifieke kenmerken van de populatie gebruikers van beschermd wonen.

Momenteel wordt het bedrag uit het gemeentefonds voor beschermd wonen verdeeld over centrumgemeenten. De verdeling zal zodanig wijzigen dat het geld voor beschermd wonen zal worden uitgekeerd aan alle gemeenten, samen met de overige middelen uit de Wmo.

5.2 Van historische naar objectieve verdeling van middelen

Momenteel wordt het bedrag dat centrumgemeenten ontvangen voor beschermd wonen bepaald door de kosten die in het verleden voor beschermd wonen werden gemaakt. De hier voorgestelde onderbrenging van beschermde woonplekken in het verdeelmodel Wmo betekent dat de middelen van beschermd wonen niet meer worden verdeeld op basis van deze historische kosten maar nu op basis van objectieve kenmerken. Deze objectieve verdeling houdt rekening met de feitelijke omstandigheden van gemeenten, zoals het aantal inwoners, gemiddeld inkomen, medicijngebruik en het aantal kernen. Dergelijke objectieve kenmerken vormen een indicatie voor de diverse kosten die gemeenten moeten maken voor beschermde woonplekken vanwege deze lokale omstandigheden.

De kenmerken van de groep mensen die gebruik maken van beschermde woonplekken zullen blijvend verschillen van de kenmerken van de populatie die nu gebruik maakt van de Wmo. Daarom zal het huidige objectieve verdeelmodel Wmo herijk moet worden. Voor deze herijking van het Wmo verdeelmodel is nodig dat er jaarlijks systematisch gegevens worden verzameld over de populatie die gebruik maakt van beschermde woonplekken. Hiermee kan bepaald worden op welke kenmerken het verdeelmodel Wmo moet worden aangepast om de middelen voor beschermde woonplekken adequaat te verdelen. Tot die gegevens beschikbaar zijn kan geen deugdelijk nieuw objectief verdeelmodel voor Wmo inclusief beschermde woonplekken worden vastgesteld. De komende jaren zullen daarom delen van het budget voor beschermde woonplekken historisch verdeeld blijven. Die nu gehanteerde historische verdeling is gebaseerd op een (geconstrueerde) historische verdeling van kosten die niet aansluit op de werkelijke kosten. Daarom is het wenselijk om ook de huidige historische verdeling beter aan te laten sluiten bij de daadwerkelijke actuele kosten.

De herijking van het verdeelmodel Wmo moet dus rekening houden met de kenmerken van de gebruikers van beschermde woonplekken, maar ook met specifieke omstandigheden vanwege een karakteristiek lokaal of regionaal gebruik en capaciteit van beschermde woonplekken:

- ☛ Gemeenten met een penitentiaire inrichting en/of een verblijfslocatie van een psychiatrische instelling zullen vanwege de uitstroom uit de kliniek vermoedelijk meer mensen beschermd wonen (moeten) aanbieden dan andere gemeenten. In de herijking van het Wmo-verdeelmodel moet voldoende rekening worden gehouden met deze specifieke instroom.
- ☛ Gespecialiseerde vormen van beschermde woonplekken (bijvoorbeeld voor de forensische groep of voor jeugdigen) zijn alleen op een hoger schaalniveau te handhaven. Hiervoor zijn in het verleden specifieke locaties in het leven geroepen met een regionale functie. In de herijking van het Wmo-verdeelmodel moet specifieke aandacht zijn voor deze regionale functies en locaties.

Deze specifieke omstandigheden kunnen in de loop van de tijd wijzigen. Dit kan worden opgevangen in de verdeling door de herijking van het verdeelmodel periodiek te herhalen.

5.3 Landelijke toegankelijkheid maakt kostenregeling tussen gemeenten nodig

Voor mensen die gebruik maken van beschermde woonplekken geldt, net zoals voor alle burgers, vrijheid van vestiging. Voor iemand die in een andere gemeente beschermd wil gaan wonen geldt daarom een landelijke toegankelijkheid die wettelijk is vastgelegd.²⁸ De ontvangende gemeente is verantwoordelijk voor deze cliënt. Als iemand verhuist van de ene naar de andere gemeente is het wenselijk dat de gemeente van herkomst voor 50% bijdraagt aan de kosten. Dit vermindert het financiële voordeel dat gemeenten hebben van het onderbrengen van beschermde woonplekken-gebruikers in een andere gemeente. Het stimuleert deze gemeenten om te investeren in preventie en in de kwaliteit van de ambulante ondersteuning en ook om periodiek te bezien of de omvang van beschermde woonplekken moet worden bijgesteld. Dit kan als volgt gestalte krijgen:

- ☛ De (financiële) medeverantwoordelijkheid voor 50% van de gemeente van herkomst is van beperkte duur (bijvoorbeeld maximaal drie jaar) en in ieder geval alleen voor de duur van de gemeentelijke beschikking.
- ☛ Deze medeverantwoordelijkheid geldt alleen voor nieuwe cliënten en dus niet voor overgangsccliënten die op 1 januari 2016 al recht hebben op beschermd wonen op basis van een eerdere AWBZ-indicatie of een gemeentelijke beschikking.

Een gelijke redenering kan op maatschappelijke opvang worden toegepast omdat het vereiste van regiobinding onbedoeld kan leiden tot exclusie: mensen die door correct toegepaste regels nergens meer thuishoren.

5.4 Herverdeling middelen vereist een lange overgangperiode

Hierboven is geschetst hoe op lange termijn de middelen voor beschermde woonplekken kunnen worden verdeeld via een nieuw en herijkt verdeelmodel Wmo. Deze situatie is echter niet op afzienbare termijn te realiseren. Er zijn meerdere factoren die een spoedige invoering van het nieuwe verdeelmodel bemoeilijken:

- ☛ er ontbreken op dit moment de vereiste gegevens om een nieuw objectief verdeelmodel Wmo te kunnen vaststellen, zoals hierboven geschetst
- ☛ het zal veel inspanningen en geruime tijd vergen voordat de condities voor inclusie en ambulantisering, zoals geschetst in het vorige hoofdstuk, zijn gerealiseerd
- ☛ de huidige populatie bewoners van beschermd wonen is zeer heterogeen en voor een deel langdurig afhankelijk (geworden) van beschermd wonen als voorziening.

28 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 artikel 1.2.1 lid b en artikel lid 2.3.5 lid b.

Wanneer gemeenten actief inzetten op herstel en maatschappelijke participatie is te verwachten dat na verloop van tijd veranderingen optreden in de populatie van beschermde woonplekken. Op grond van uitspraken van diverse deskundigen en andere primair betrokkenen bij beschermd wonen kan een onderverdeling worden gemaakt in de huidige populatie van beschermde woonplekken:

- a Een deel van de huidige populatie is nu al (op korte termijn) relatief goed ambulant te ondersteunen vanwege zijn zelfregulerend vermogen. Dit betreft onder meer degenen die de indicatie beschermd wonen onder de AWBZ alleen ambulant hebben ingezet. Daarnaast is er een groep die voldoende zelfregulatie heeft opgebouwd of deze snel kan versterken, maar afhankelijk is van praktische condities voor inclusie (bijvoorbeeld aanwezigheid van voldoende ambulante begeleiding en/of huisvesting) die op dit moment niet zijn vervuld. Hierdoor blijven ze op dit moment in een voorziening van beschermd wonen functioneren ondanks hun potentie tot herstel en zelfstandigheid.
- b Een ander deel kan na enkele jaren geheel of gedeeltelijk zelfredzaam worden indien deze daarin voldoende ambulant worden toegeleid en ondersteund. Ook hier gelden de condities zoals hierboven genoemd, alleen duurt het bij deze groep langer voordat het zelfregulerende vermogen is toegenomen. Een directe beschikbaarheid van intensieve ambulante begeleiding en behandeling is essentieel om deze groep bij terugval of crisis onmiddellijk te kunnen steunen. Dit deel van de populatie zal na enkele jaren geheel of gedeeltelijk in staat zijn tot zelfregulatie en meer zelfredzaam kunnen worden.
- c Voor het overige deel geldt dat alleen op langere termijn (enig) herstel mogelijk is en dus een beschermde woonfunctie nog lang (en wellicht altijd) vereist blijft. Hierbij gaat het om bewoners die ernstig zijn beschadigd in hun zelfregulerend vermogen en waarbij het vele (vaak kleine) stappen vraagt om vooruitgang te bereiken. Dit deel van de populatie zal alleen op langere termijn (enig) herstel doormaken en zal dus nog lang (en wellicht altijd) behoefte hebben aan een (intramurale) beschermde woonfunctie.

Het gevolg van het bovenstaande is dat een herverdeling op korte termijn van de middelen van beschermd wonen van centrumgemeenten naar alle gemeenten op basis van objectieve kenmerken zou leiden tot grote overgangsproblemen. Daarom is een overgangsperiode nodig, waarin inhoudelijke veranderingen en een wijziging van de populatie samenlopen met een stapsgewijze invoering van het nieuwe verdeelmodel. Hierbij moeten ingrijpende nadelige herverdelingseffecten vanwege veranderingsdruk worden voorkomen.

33]

Realisatie van inclusieve condities in de samenleving én van een ambulantisering van de huidige populatie van beschermd wonen is dus een proces van lange termijn. Een uitgestrekte overgangsperiode is vereist. Met het oog op de complexe verandering van beschermd wonen naar beschermde woonplekken, de geleidelijke realisatie van de condities voor inclusie en op de vereiste bescherming van de meest kwetsbare groep van de huidige bewoners moet die periode worden gesteld op vijftien jaar. Deze tijd is nodig om de overgang te kunnen realiseren in een zorgvuldig en beheerst veranderingsproces. Vanaf het begin moet deze overgangsperiode echter zodanig worden ingericht dat alle gemeenten worden geprikkeld om gezamenlijk toe te werken naar het realiseren van inclusie en ambulantisering zoals beschreven. Vanaf het begin moet worden gewerkt aan de veranderingen.

5.5 Inrichting overgangsperiode gericht op vernieuwing én stabiliteit

Het voorgaande leidt tot een stapsgewijze verandering waarin inhoudelijke verandering en herverdeling van middelen samenlopen in de tijd. Vanaf het begin worden alle gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de beschermde woonplekken voor nieuwe cliënten maar blijven centrumgemeenten tevens verantwoordelijk voor de bescherming van de huidige populatie. Om strategisch gedrag tussen regio- en centrumgemeenten tegen te gaan wordt de verantwoordelijkheid verdeeld tussen bestaande en nieuwe cliënten. Dit gebeurt via de volgende stappen:

- ☛ Vanaf 1 januari 2017 zijn alle gemeenten verantwoordelijk voor de burgers die op 1 januari 2016 of later voor het eerst een beroep doen op beschermde woonplekken. Hierdoor hebben alle gemeenten de opgave om

beschermd woonplekken vorm te geven in het geheel van de lokale maatschappelijke ondersteuning.

- ☛ Indien burgers vóór 1 januari 2016 gebruik maakten van beschermd wonen blijven zij ook na 2016 onder de verantwoordelijkheid vallen van de centrumgemeenten. Deze ‘zittende’ groep stroomt echter geleidelijk uit, in het tempo dat past bij hun mogelijkheden. De middelen die verdeeld worden over de centrumgemeenten zullen op historische gronden verdeeld blijven.
- ☛ Vanaf 1 januari 2017 wordt in 15 gelijke stappen (‘jaarschijven’) een overdracht gerealiseerd van middelen van beschermd wonen van centrumgemeenten naar alle gemeenten. Voor 2017 ontvangen alle gemeenten eenmalig twee jaarschijven om de nieuwe instroom over 2016 en 2017 te kunnen opvangen en ook snel over middelen te beschikken om eventuele dynamiek in de populatie te kunnen opvangen (bijvoorbeeld pieken in de vraag vanwege plotseling opduikende problematiek).
- ☛ De middelen die verdeeld worden over alle gemeenten zullen de eerste jaren via de huidige objectieve verdeling van de Wmo verdeeld worden. In de komende jaren worden gegevens verzameld over de objectieve kenmerken van gemeenten met betrekking tot beschermd woonplekken, zodat zo spoedig mogelijk en uiterlijk per 1 januari 2022 een objectief verdeelmodel Wmo inclusief beschermd woonplekken met voldoende onderbouwing kan worden toegepast.
- ☛ Iedere vijf jaar²⁹ vindt een evaluatie plaats die kan leiden tot de constatering dat het overgangsproces in opzet en/of tempo anders moet worden ingericht en/of de herijking van de het nieuwe verdeelmodel Wmo inclusief beschermd woonplekken opnieuw aanpassing behoeft.

In de overgangsperiode is het aan de regiogemeenten en centrumgemeenten om af te spreken in welke mate en hoe zij een beroep blijven doen op elkaar. Eventueel kan het een keuze zijn om het al/nog te ontvangen (deel)budget voor beschermd woonplekken vooralsnog over te dragen aan de centrumgemeente of een regionaal samenwerkingsverband. Maar even goed kan het direct worden ingezet voor een eigen lokale aanpak met bijvoorbeeld een accent op directe (intensieve) ambulante begeleiding. Over het geheel zal echter veel samenwerking tussen gemeenten vereist zijn.

5.6 Verdeelmodel ook laten gelden voor maatschappelijke opvang

In de voorgaande hoofdstukken is signaleerd dat analyses en keuzes in het toekomstbeeld van beschermd woonplekken vaak ook van toepassing zijn voor de maatschappelijke opvang. In de praktijk is er weinig onderscheid tussen degenen die gebruik maken van het huidige beschermd wonen en maatschappelijke opvang. De populaties lopen in elkaar over, zowel in de tijd als in hun kenmerken. Dit pleit er voor om de nieuwe verdeelwijze ook te laten gelden voor de maatschappelijke opvang. Immers ook hier is sprake van een actuele rol voor de centrumgemeenten en de ook in het veld gevoelde behoefte aan een grotere rol voor de regiogemeenten. Daarom is het gewenst om ook de middelen voor de maatschappelijke opvang via hetzelfde overgangsregiem te herverdelen als hierboven voorgesteld voor beschermd wonen.

5.7 Voorafgaande toets op ontregelende effecten

De boven genoemde werkwijze in stappen is bedoeld om vernieuwing op gang te brengen maar tegelijkertijd stabiliteit te waarborgen. Vooraf moet worden nagegaan of – ondanks de beperkte omvang van het jaarlijks herverdeelde budget – er in het begin geen negatieve herverdelingseffecten optreden die te ontregelend kunnen werken op cliënten, hun naasten en de professionals. Dit zou bijvoorbeeld het geval kunnen zijn als aanbieders hun faciliteiten moeten sluiten vanwege gedeeltelijke leegstand en een negatieve exploitatie. Deze voorafgaande toetsing kan plaatsvinden bij het uitwerken van het definitieve verdeelmodel door het rijk.

29 In de geschetste stappen betekent dit evaluaties in 2020-2021 en 2025-2026, zodat de uitkomsten daarvan kunnen worden verwerkt met ingang van 1 januari 2022 en 1 januari 2027.

6 Intergemeentelijke samenwerking

6.1 Organisatie, kwaliteit en contractering vereisen samenwerking gemeenten

Bij de transitie van beschermd wonen naar gemeenten is gekozen voor een tijdelijke constructie om het budget te beleggen bij centrumgemeenten. Deze worden uitgenodigd om met regiogemeenten afspraken te maken over de besteding daarvan (zie bijlage 2). Het huidige rijksbeleid voor beschermd wonen gaat uit van een plan per centrumgemeente dat breed gedragen wordt: zowel bestuurlijk vastgesteld met de regiogemeenten als in goed overleg voorbereid en afgestemd met (vertegenwoordigers van) cliënten en hun familie, aanbieders, woningcorporaties, zorgkantoren en zorgverzekeraars.

De hiervoor beschreven ontwikkeling van beschermd wonen, de neergelegde visie, de daaruit voortvloeiende condities voor inclusie en het advies voor toekomstige verdeelmodel en de overgangperiode maken intergemeentelijke samenwerking nog meer noodzakelijk. Organisatie, kwaliteit en contractering van beschermde woonplekken vereisen een duurzame samenwerking tussen gemeenten op regionaal niveau. Dit omvat ook een samenwerking met de hierboven genoemde andere partijen, met daar aan toegevoegd de cliëntondersteuners en ervaringsdeskundigen.

De volgende opgaven maken samenwerking noodzakelijk:

A

Brede en passende capaciteit van aanbieders vereist een regionaal schaalniveau:

- ☞ Specialistische kennis bij doorgaans regionaal opererende aanbieders van beschermde woonplekken moet inzetbaar zijn in de lokale ondersteuning per gemeente. Dit betreft specialismen in de GGz, maar ook bij aanbieders van beschermde woonplekken (RIBW's) als het gaat over de bejegening van specifieke groepen bewoners (jeugdigen, forensische uitstroom e.d.). Specialisme aangaande deze deelgroepen bewoners is een schaars goed, dat doorgaans alleen op regioniveau beschikbaar is.
- ☞ Beschermde woonplekken raken steeds meer ingebed in een breed en samenhangend pakket van ondersteuningsvormen, van licht ambulant tot diverse combinaties van lichte en intensieve vormen van wonen en begeleiding, grootschalig en kleinschalig. Ook PGB's kunnen hiervan een onderdeel vormen. Een variatie van ondersteuningsvormen, nodig voor maatwerk en individuele 'herstelroutes', kan doorgaans alleen op regioniveau volledig in stand worden gehouden.

B

Beschermde woonplekken moeten worden afgestemd op gerelateerde voorzieningen en partijen:

- ☞ Ambulantisering van gebruikers van beschermd wonen veronderstelt een versterking van de begeleiding en behandeling met specialistische zorgaanbieders (GGz-F-ACT, verslavingszorg e.d.). Deze aanbieders opereren doorgaans op regionaal niveau en zijn in dit verband goed te benaderen en te contracteren.
- ☞ Er is een aansluiting nodig tussen de maatschappelijke ondersteuning en de regionale zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor de inkoop van F-ACT-teams en de meer lokaal opererende zorg (o.m. huisarts-POH, basis-GGz, wijkverpleging). Als gemeenten en zorgverzekeraars samen zorgen voor een combinatie van ambulante begeleiding en (snel beschikbare) behandeling kan dit de overgang van beschermd naar zelfstandig begeleid wonen vergemakkelijken. Zorgverzekeraars opereren op regionaal niveau en gaan doorgaans alleen overeenkomsten aan met regionaal samenwerkende gemeenten.

C

Er is bundeling van expertise nodig bij gemeenten:

- ☞ Met het oog op het voorgaande moeten gemeenten gezamenlijk de opbouw en omvang bepalen bij de aanbieders van ondersteuning en hulp. Deze capaciteitsbepaling kan plaatsvinden via de zogenoemde

regionale kompassen, geïntegreerd met de huidige laagdrempelige maatschappelijke opvang-voorzieningen en andere vormen van (crisis)opvang.

- ☞ Gemeenten moeten beschikken over specifieke deskundigheid en inkoopkracht ten opzichte van de aanbieders om deze gericht te kunnen contracteren op basis van een afgestemd kwaliteitsbeleid voor maatschappelijke ondersteuning. Gespecialiseerde ambtelijke capaciteit hiervoor is alleen goed op regioniveau te ontwikkelen.
- ☞ Gemeenten kunnen veel winnen door hun beleid ten aanzien van (specifieke) sociale huisvestingen, van participatie/werk en inkomen op elkaar af te stemmen, zeker als het gaat om het vinden van oplossingen voor cliënten die (willen) uitstromen uit beschermd wonen. Veel inspanningen op deze beleidsterreinen liggen nu al op regionaal niveau.

6.2 Geen separate intergemeentelijke samenwerking voor beschermd wonen

Gezien de genoemde samenwerkingsthema's is een passende intergemeentelijke samenwerking noodzakelijk. Een vergelijking met de Jeugdzorgregio's dringt zich op: ook hier hebben gemeenten een gezamenlijk belang om specialistische hulp en ondersteuning in stand te houden, juist ook ter ondersteuning van hun lokale sociale infrastructuur. Analoog met de Jeugdhulp is het bij beschermd wonen zaak de lokale en regionale doelen en ondersteuningsagenda's aan elkaar te verbinden.

In samenhang met de andere Wmo-voorzieningen moeten duidelijke afspraken worden gemaakt over:

- ☞ Opbouw en capaciteit van de voorzieningen
- ☞ Aansluiting op andere (specialistische) ondersteuning, hulp en behandeling
- ☞ Criteria voor de toegang tot beschermde woonplekken voor burgers
- ☞ Besteding van de gemeentelijke budgetten
- ☞ Contracteren van aanbieders (i.s.m. zorgverzekeraars)
- ☞ Samenspraak met cliënten(organisaties) en cliëntondersteuners
- ☞ Deugdelijke financiële administratie.

Daarenboven is het nodig bestaande regionale beschermd wonen-afspraken tussen centrumgemeenten en regiogemeenten (sterk) aan te passen vanwege de hiervoor genoemde overgangsperiode.

Diverse samenwerkingsvormen zijn mogelijk, zowel privaat als publiek. Met het oog op eenvoud, coördinatie en bestuurbaarheid (voorkomen van bestuurlijke drukte) is het ongewenst om specifiek voor beschermd wonen een afzonderlijke samenwerkingsstructuur in het leven te roepen. Vanwege de samenhang met de overige Wmo-voorzieningen verdient het de voorkeur de gemeentelijke samenwerking met betrekking tot beschermde woonplekken zo veel mogelijk te combineren met de activiteiten van de Wmo-regio's, c.q. daarin te laten opgaan. Gemeenten maken echter eigen keuzes in de regiovorming die kunnen leiden tot andere (specifieke) regio's, bijvoorbeeld in aansluiting met de jeugdhulpregio's of de veiligheidsregio's. Het is aan de gemeenten hierin te optimaliseren.

7 Geraadpleegde literatuur

Al Shamma S., Straaten B. van, Boersma S., Rodenburg G., Laan J. van der, D. van de Mheen, Wolf, J. (2015). *Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in 2,5 jaar*. Eindrapportage Coda-G4.

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.

Bauduin, D. (2002). *Ethische aspecten van integratie in de samenleving*. In: Lindt, S. van de, & Rooijen, S. van (red.) (2002). *De keerzijde van de vermaatschappelijking*. Essays ter gelegenheid van het congres 'De keerzijde van de vermaatschappelijking' 10 november 2000.

Beleidsplan 2015 Beschermd wonen regio Utrecht (2014).

Binkley, M., Erstad, O., Herman, J., Raizen, S., Ripley, M., & Rumble, M. (2010). Draft white paper 1: Defining 21st century skills. *Assessment and Teaching of 21st Century Skills Project*. Retrieved from: http://www.ericlondait.com.ar/oei_ibertic/sites/default/files/biblioteca/24_defining-21st-century-skills.pdf.

Boevink, W. (2002). *Samen werken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van (red.) (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Amsterdam: SWP.

Brief aan de Tweede Kamer, Vaststelling van de begrotingsstaat van het gemeentefonds voor het jaar 2016, Tweede Kamer, vergaderjaar 2015-2016, 34 300 B, nr. 5.

Burt, M.R. & Spellman, B.E. (2007). *Changing homeless and mainstream service systems: Essential approaches to ending homelessness*. Toward understanding Homelessness: The 2007 National Symposium.

Centrumgemeenten Almelo en Enschede, (2015). Beleidskader beschermd wonen Twente 2015.

Campen, C. van., & Draak, M.. (2011). *Kwetsbaar alleen de toename van het aantal kwetsbare alleenwonende ouderen tot 2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Campen, C. van., & Ross, J. (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Couwenbergh, C.C., Weeghel, J., van (2014). *Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*. Utrecht: Kenniscentrum Phrenos.

De agenda voor de zorg. Aanbod aan politiek en samenleving van het zorgveld' (2013)

Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55, 6, 427-437.

Delden, P.J. van, (2014). *Steunend stelsel, transformatie van het sociaal domein*. Amsterdam: Van Genneep.

Dröes, J. & A. Plooy (2010). Herstelondersteunende zorg in Nederland: vergelijking met Engelstalige literatuur. *Tijdschrift voor Rehabilitatie en herstel*, 2, 6-16.

Duncan B.L., Miller, S.D. & Sparks, J. (2004). *The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. New York: Jossey-Bass.

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Gestel-Timmermans, J.A.W.M. van (2011). *Recovery is up to you; Evaluation of a peer-run course*. Tilburg: Tilburg University.

G4 User; Academische werkplaats OGGZ. (2012). *Conceptueel kader Openbare Geestelijke Gezondheidszorg*. Amsterdam: Academische werkplaats OGGZ G4 User.

GGZ Nederland (2009). Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op (langdurige) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Amersfoort: GGZ Nederland.

Haan, G. de & Oude Bos, J. Veerkrachtig, weerbaar en zelfsturend (2011) Op weg naar Herstelondersteunende verslavingszorg. Kennisnetwerk Het Zwarte Gat, Dalfsen/Groningen.

Harding, C.M. (1988). Course types in schizophrenia: an analysis of European and American studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 633-643.

Heer de-Wunderink, C. de (2012). Successful community living: a 'Utopia'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care, Groningens.n., RGOc-reeks, nr. 31, Rijksuniversiteit Groningen.

Heer de-Wunderink, C., Vos, S., & Zee, I. van der (2015). *Op weg*. Derde rapportage van het MOVE-project. Groningen: Hanzehogeschool.

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen*, GGZ Nederland, Amersfoort.

Hoff, S., & Vrooman, C. (2011). *Dimensies van sociale uitsluiting: Naar een verbeterd meetinstrument*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Hoof, F. van, Weeghel, J. van, Kroon, H. & Knispel, A. (2013). *De behoefte aan woningen voor geëxtramuraliseerde GGZ-cliënten. Een quick scan naar de consequenties van ambulantisering*. Utrecht: Trimbos-instituut en Kenniscentrum Phrenos.

Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Knottnerus, A. (2013). Towards a conceptual framework relating to 'Health as the ability to adapt and to self-manage': operationalisering gezondheidsconcept. Louis Bolk Institute, 2013-Report 001GV.

Initiatiefgroep Herstelondersteuning (2011). *Herstelondersteuning. Van kans naar realiteit!* Utrecht: Initiatiefgroep Herstelondersteuning.

Jehoel-Gijsbers, G. (2004). Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kerklaan in Trouw (18 februari 2011).

Koops, H., & Kwekkeboom, M.H. (2005). Vermaatschappelijking in de zorg. Ervaringen en verwachtingen van aanbieders en gebruikers in vijf gemeenten. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

KPMG/Plexus, Sociale wijkteams in ontwikkeling Inrichting, aansturing en bekostiging, 2013.

Landelijk Platform Geestelijke gezondheidszorg (LPGGz) (2014). Bouwstenen Zelfmanagement en passende zorg (www.platformggz.nl).

Lindt, S. van de, & Rooijen, S. van (red.) (2002). De keerzijde van de vermaatschappelijking. Essays ter gelegenheid van het congres 'De keerzijde van de vermaatschappelijking' 10 november 2000.

Lutomski, J. E., Baars, M. A. E., Boter, H., Buurman, B. M., den Elzen, W. P. J., Jansen, A. P. D., Melis, R. J. F. (2014). Kwetsbaarheid, dagelijkse beperkingen en ziektelast. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 158(0), A7297.

Maas, M., Al Shamma, S., Altena, A., Jansen, N., & Wolf, J.R.L.M. (2012). *Discus Amsterdam: Housing First: Evaluatie van de werkzaamheid*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud, Nijmegen.

Memorie van toelichting van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Tweede Kamer, vergaderjaar 2013–2014, 33 841, nr. 3.

Meicirculaire, Vergaderjaar 2014-2015, Bijlage bij Kamerstuk 34000-B nr. 26.

Muusse, Chr., Rooijen, S. van, (2015). *Freedom First*. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte GGZ-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland, Trimbos Instituut, Utrecht.

NRC; 'Gemeenten overschatten licht verstandelijk beperkten' (28 september 2015)

Onderwijsraad, 2011 vergeten.

Os, J. van, Delespaul, Ph., Boevink, W., Milo, M. & Schalken, F. (2015). *Pamfelt 'De nieuwe GGZ'*. Maastricht.

RIBW Alliantie, (2014). Brancherapport RIBW Alliantie 2013.

Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J., & Ratzlaff, S. (2002). *Pathways to recovery: A strengths recovery self-help workbook*. Lawrence, KS: University of Kansas, School of Social Welfare, Office of Mental Health Research and Training.

Septembercircular, Vergaderjaar 2015-2016 Bijlage bij Kamerstuk 34300-B nr. 4

Schipper, M., Vunderink, L., Tazelaar, P., Batterink, M., & Zwanepol, M. (2014). *Handreiking Kwaliteitskader Beschermd wonen voor gemeenten in het kader van de Wmo 2015*. Den Haag: Transitieburo.

Schipper, E. (2015). *Plan van Aanpak verwarde personen*. Brief aan Tweede Kamer. Kenmerk: 862821-143412-CZ.

Slade, M., (2009). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge, Cambridge press.

Slade, M. (2013). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems in *World psychiatry*, Volume 13, Issue 1.

Stel, J. van der (2013). *Een visie op verslaving en verslavingszorg: focus op preventie en herstel*. Amersfoort: GGZ-Nederland.

Stel, J. van der (2013). *Zelfregulatie, ontwikkeling en herstel*. Amsterdam: SWP.

Straaten, B., Van, Van der Laan, J., Rodenburg, G., Boersma, S.N., Wolf, J. & Van de Mheen, D. (2014). *Dakloze mensen in de vier grote steden: Veranderingen in leefsituatie, zorggebruik en kwaliteit van leven*. Resultaten uit de derde meting van Coda-G4: 1,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang. Rotterdam: IVO & Nijmegen: Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc, Nijmegen

Straus, J.S., Hafez, H., Liberman, P., & Harding, C.M. (1985). The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles. *American Journal of Psychiatry*, 142, 289-296.

Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Journal Information* 94.4.

Tsemberis, S. (2010). Effect of full-service partnerships on homelessness, use and cost of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 67.6: 645-652.

Tsemberis, S. (2010). *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Illness and Addiction Manual*. Center City: Nazelden.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2014). *Handreiking landelijke toegang maatschappelijke opvang*.

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2014). *Basisset Kwaliteitseisen Wmo-ondersteuning voor zeer kwetsbare burgers*. VNG, Den Haag.

Veldhuizen, R. van, Polhuis, D., Bahler, M., Mulder, N., & Krron, H. *Handboek (Flexibele) ACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Vries, S., de (2008). *Basismethodiek, psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Welzijn en Sport (2011). *Aan de slag achter de voordeur*. Van signaleren naar samenwerken. In kader van Wijknaantpak (e-book).

Wet maatschappelijke ondersteuning, 2015.

Wewerinke, D., Al Shamma, S., & Wolf, J. (2014). *Housing First; Principes en praktijken*. Impuls Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg Radboudumc, Nijmegen.

Wilken, J-P., & Dankers, T. (red.) (2012) *Supportgericht werken in de Wmo*. Utrecht: Movisie.

Woittiez, I., Putman, L., Eggink, E., & Ras, M. (2014). *Zorg Beter Begrepen. Verklaringen voor de groeiende vraag naar zorg voor mensen met een verstandelijke beperking SCP over verstandelijk gehandicapten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Wolf, J. Een kwestie van uitburgering. (2002). Oratie. Amsterdam: SWP.

Wolf, J. (2012). *Herstelwerk: Een krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.

Wolf, J. (2014). *Een bodem in het bestaan. Visiedocument van de Academische werkplaats Opvang en Herstel. Kennisagenda 2014-2017*. Nijmegen: Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc.

Wolf, J. (2015). *Niemand tussen wal en schip*. Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in probleemsituaties, Academische werkplaats OGGZ, Impuls Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg Radboud UMC, Nijmegen.

Woondroomzorg, Jaarverslag 2014.

Wunderink L., Nieboer R.M., Wiersma D., Sytema S., Nienhuis F.J. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. In: JAMA Psychiatry. 2013 Sep;70(9):913-20.

Bijlagen

Bijlage I: Feiten beschermd wonen

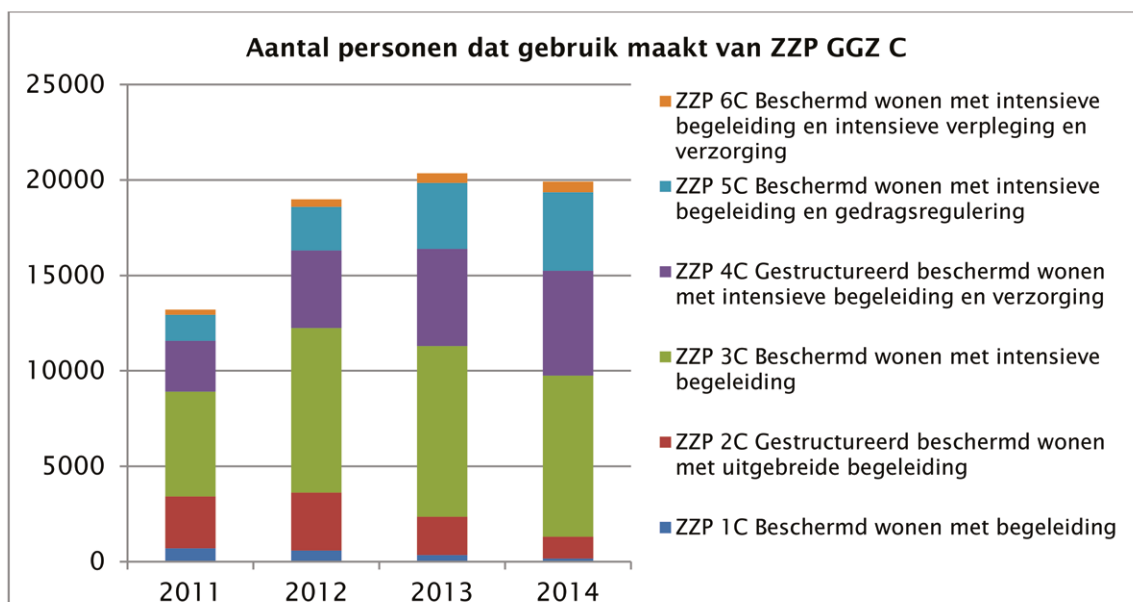
Diversiteit vormen beschermd wonen

Net als destijds binnen de AWBZ wordt beschermd wonen nu in diverse vormen aangeboden. Een deel van de cliënten kreeg de begeleiding in hun eigen woning via een volledig pakket thuis (VPT) of door omzetting van de ZZP-indicatie in de AWBZ in extramurale functies. Ook verzilverde een deel van de cliënten de ZZP-C indicatie op basis van een persoonsgebonden budget (PGB). Dit gebeurde vaak binnen meer kleinschalige (ouder)initiatieven, soms gericht op een specifieke beperking zoals autisme.

Groei en verschuivende verhouding licht/zwaar

Onderstaande figuur geeft inzicht in het aantal personen in zorg-in-naturavoorzieningen Beschermd wonen. In 2013 en 2014 waren er ongeveer 20.000 mensen die gebruik maakten van deze voorziening.

In figuur 1 valt een aantal zaken op:



45]

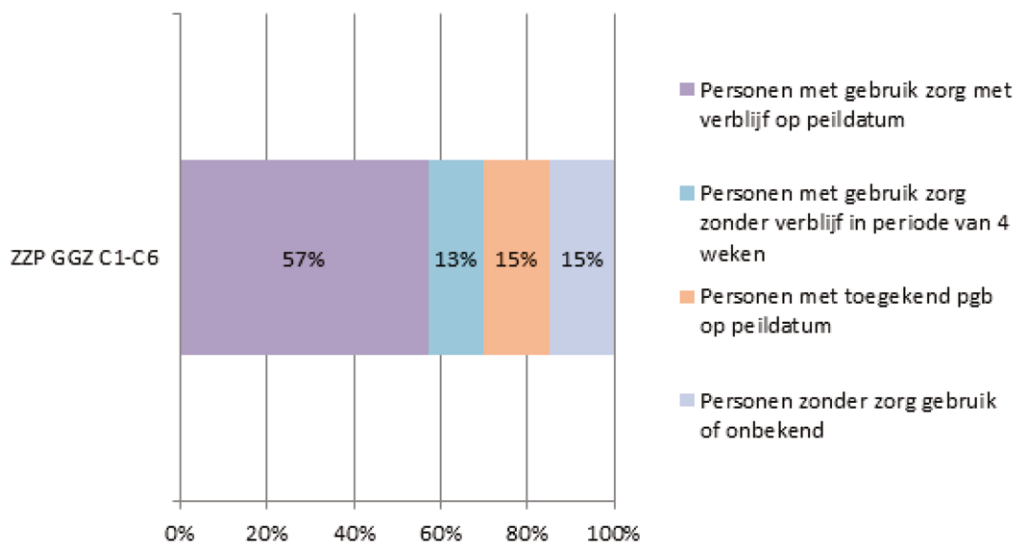
- ☞ Het gebruik van beschermd wonen neemt toe tot 2013, waarna het aantal mensen dat van deze voorziening gebruik maakt stabiliseert
- ☞ De grootste groep (ruim 40%) bestaat uit mensen met een ZZP 3C
- ☞ Het aantal ZZP's 1C en 2C neemt af. Dit is in overeenstemming met het rijksbeleid van extramuralisering van lagere ZZP's
- ☞ Tegelijkertijd neemt zowel het aandeel als de absolute omvang van de zwaardere ZZP's toe.

Inzet van beschermd wonen varieert

Uit de cijfers van de Monitor langdurige zorg (CBS, 2015) blijkt dat GGZ-C indicaties verschillend werden ingezet (cijfers 2013):

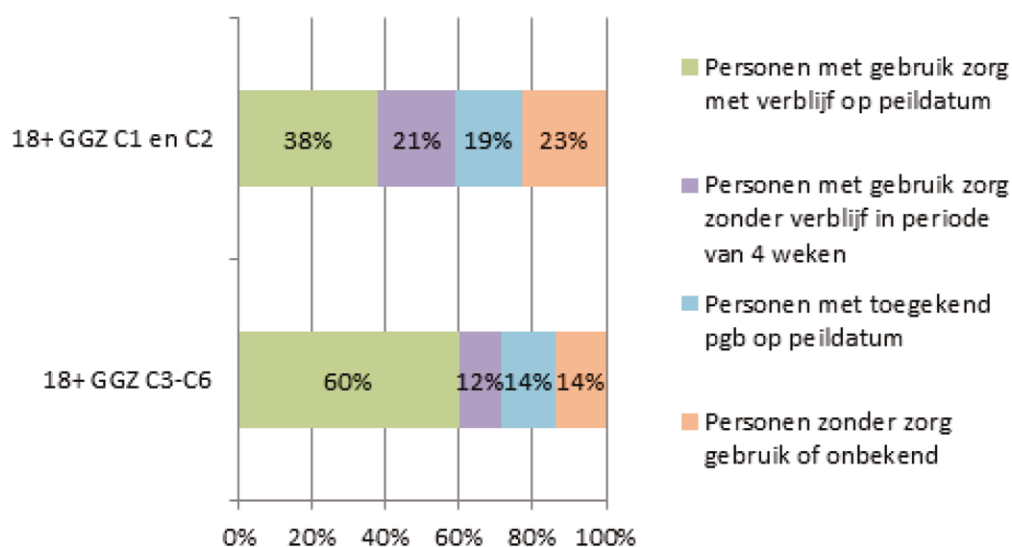
- ☞ 57% van de personen hebben een indicatie die intramuraal is verzilverd
- ☞ 13% heeft de indicatie extramuraal verzilverd
- ☞ 15% heeft een PGB (kan zowel intramuraal als extramuraal zijn),
- ☞ 15% heeft de indicatie niet verzilverd of is om een andere reden onbekend.

Personen met een indicatie (2013) voor zorg met verblijf naar zorg met verblijf, zorg zonder verblijf en pgb



Indien onderscheid wordt gemaakt naar ZGP GGZ c1-c2 enerzijds en ZGP GGZ c3-c6 anderzijds kan de conclusie worden getrokken dat mensen met een lagere ZGP indicatie de zorg vaker extramuraal ontvangen.

Personen met indicatie voor zorg met verblijf op peildatum in 2013



Bijlage 2: Huidig rijksbeleid beschermd wonen³⁰

De centrumgemeenten ontvangen vanaf 1 januari 2015 vanuit het gemeentefonds de financiële middelen voor beschermd wonen, opvang en vrouwenopvang/huiselijk geweld. De middelen behoren tot de algemene middelen van de gemeente, maar de centrumgemeente dient wel haar wettelijke taken uit te voeren. Het Rijk en gemeenten maken in partnerschap op hoofdlijnen afspraken over te bereiken doelen. De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) schrijft daarover in relatie tot beschermd wonen in zijn brief van 24 juli 2014, kenmerk 610266-122640-DMO aan de wethouders Wmo/beschermd wonen, dat 'VWS gemeenten uitnodigt om in partnerschap op hoofdlijnen prestatieafspraken te maken over te bereiken doelen, die regionaal worden ingevuld en waarover op regionaal niveau verantwoording plaatsvindt'. Financiële bijsturing door het rijk kan plaatsvinden in volgende jaren, wanneer te zeer van gezamenlijk geformuleerde doelstellingen wordt afgeweken.

De voorwaarden die tot 2015 voor de centrumgemeenten golden op grond van artikel 20 van de Wmo (vastgelegd in de circulaire van 9 juni 2010 van de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK)) blijven ook gelden onder de Wmo 2015, ook al bevat deze wet geen specifieke bepaling meer omtrent centrumgemeenten.

Het betreft de volgende voorwaarden:

- 1 het waarborgen van de landelijke toegankelijkheid van de voorzieningen die met de financiële middelen worden gefinancierd;
- 2 de verplichting voor de centrumgemeente te overleggen over de besteding van de financiële middelen met de omringende gemeenten;
- 3 de registratie van de werkzaamheden door de instellingen die van de centrumgemeente financiële middelen ontvangen en het beschikbaar stellen van deze gegevens aan een door de minister aangewezen instelling.

De staatssecretaris van VWS heeft ten aanzien van beschermd wonen een met de Stedelijke Kompassen vergelijkbare werkwijze voor ogen. Hij ambieert per centrumgemeente een plan dat breed gedragen wordt: zowel bestuurlijk vastgesteld met de regiogemeenten als in goed overleg voorbereid en afgestemd met vertegenwoordigers van cliënten en hun familie, aanbieders, woningcorporaties, zorgkantoor en zorgverzekeraars (zie de hiervoor vermelde brief met kenmerk 610266-122640-DMO).

47]

³⁰ Ontleend aan Beleidskader beschermd wonen Twente d.d. 23 maart 2015.

Bijlage 3: Gesprekken en contacten

In de voorbereiding van het advies heeft de Commissie Toekomst beschermd wonen met diverse personen gesprekken gevoerd en is er overleg gevoerd met diverse organisaties en platforms. Ook zijn er gesprekstafels georganiseerd voor cliënten(organisaties) en aanbieders van zorg en ondersteuning (professionals en bestuurders afzonderlijk).

Voornaam	Achternaam	Organisatie
Hugo	Backx	GGD GHOR Nederland
Anne-Forra	Bakkenes	Gemeente Veenendaal
Floris	Barry	Het Zwarte Gat
Rina	Beers	Federatie Opvang
Jan	Berndsen	Lister
Marianne	Betten	Ministerie van BZK
Ger Jan	Bömer	Stichting Voor en Door
Ard	Briemen, van	Ministerie van VWS
Miranda	Broek, van den	Ervaringsdeskundige
Alette	Brunet de Rochebrune	ASR
Kees	Burg, van der	Ministerie van VWS
Hans	Cosijnse	VGN
Chrisje	Couwenbergh	Phrenos
Nico	Dam	HHM
Philippe	Delespaul	Maastricht University
Anke	Dijke, van	Fier Fryslân
Margriet	Dijken, van	Gemeente Alphen aan de Rijn
Femke	Dirks	GGZ Breburg
Jan	Duenk	Abrona
Rob	Fitters	GGZ Breburg
Jaap	Fransman	Federatie Opvang
Chris	Geloven, van	RIBW Brabant
Rogier	Goes	Aedes
Peter	Goossens	Universiteit van Gent
Johan	Gortworst	Federatie Opvang
Egbert	Gritter	RIBW Overijssel
Vincent	Hendriks	Parnassia en Universiteit van Leiden
Willeke	Hoek, van der	Per Saldo/Taskforce vanuit autisme bekeken
Frank	Hoof, van	Trimbos Instituut
Thijs	Honig	Housing firts
Rika	Hop	Herstelcoach bij RIBW Nijmegen & Rivierenland
Jelle	Idenburg	Ministerie van Veiligheid en Justitie
Patrick	Jansen	Bureau HHM
Wilfred	Juurlink	Zorggroep Alliade
Liesbeth	Kepppel	GGz Riwis, Geluk & Co
Anja	Koornstra	GGD GHOR Nederland
Lies	Korevaar	Hanze Hogeschool
Jan-Willem	Labruyère	Gemeente Bergen op Zoom

Voornaam	Achternaam	Organisatie
Carla	Lasonder	RIBW Brabant
Ron	Linden, van der	Gemeente Arnhem
Karin	Linders	RIBW Brabant
Marlies	Loon, van	GGZ Nederland/Lister
Camiel	Margry	Stumass
Arnold	Moerkamp	Zorginstituut Nederland
Yvonne	Moolenaar	GGZ Nederland
Eta	Mulder	RIBW Alliantie
Niels	Mulder	Parnassia/Erasmus Universiteit Rotterdam
Wout	Oldhoff	Vreedenhoff Ouderenzorg
Jim	Os, van	Universiteit Maastricht
Jos	Oude Bos	Coöperatieve Herstelgroep Nederland
Moniek	Pieters	GGD Gelderland Zuid
Harry	Plantinga	RIBW Groep Overijssel
Bert	Putten, van	Gemeente Harderwijk
Marlene	Regt, de	LPGGZ
André	Rhebergen	Stichting Woondroomzorg
Sonja	Rooijen, van	Trimbos Instituut
Jan	Roos	Vader, Plus wonen, Leusden
Johan	Schaafsma	Zorggroep Alliade
Pieter	Schavemaker	Ministerie van BZK
Charlotte	Schepper, de	Zorgverzekeraars Nederland
Reinier	Schippers	Cliëntenbelang Amsterdam
Gert	Schout	Vrije Universiteit
Christiaan	Sleurink	Leger des Heils Flevoland
Jaap	Stel, van der	Lector GGZ (psychische gezondheidszorg) Hogeschool Leiden
Pepijn	Többen	Gemeente Beverwijk
Wouter	VanderPlasschen	Universiteit van Gent
Yvonne	Veen, van	Eigen Haard
Nelleke	Vedelaar	Gemeente Zwolle
Remmers	Veldhuizen, van	Psychiater, adviseur
Piet	Verbraak	LPGGZ
Bernadette	Vermeer	VGZ
Nic	Vos de Wael	LPGGZ
Ridder	Vries, de	RIBW Groep Overijssel
Wijnand	Vries, de	Ministerie van BZK
Jan	Walburg	Universiteit van Twente
Toon	Walravens	Ervaringsdeskundige/Stichting Herstel en Terugkeer
Aart	Walstijn, van	RIBW Alliantie/RIBW Groep Overijssel
Jaap	Weeghel, van	Phrenos
Chris	Weesenbeek	Ervaringsdeskundige, Eindhoven
Ria	Weger, de	Moeder, Plus wonen, Leusden
Guy	Widdershoven	Vrije Universiteit
Carla	Wijngaarden	Gemeente Tilburg
Gera	Woude, van der	VGN
Peter	Zuidam, van	Zilveren Kruis

Voornaam	Achternaam	Organisatie
Jan Willem	Zuthem, van	Kwintes

Organisatie	Aard contact
Ambtelijk overleg G32/G4	Overleg
Wethouders G32 VNG	Overleg
Commissie Gezondheid en Welzijn VNG	Overleg
RIBW Brabant Tilburg	Werkbezoek
HVO Querido Amsterdam	Werkbezoek
Stichting Woondroomzorg	Interview ouders kinderen met ASS

