

SAMEN DICHTBIJ!

Beleidsplan GGZ
Beschermd Wonen
Maatschappelijke Opvang
2018-2020

REGIO RIJK VAN NIJMEGEN EN RIVIERENLAND

INHOUDSOPGAVE

SAMENVATTING	3		
OVERZICHT 25 VOORSTELLEN	4		
1. INLEIDING	6	4. IMPULS OP ALLE LEEFGEBIEDEN	28
1.1 Achtergrond	6	4.1 Wonen	28
1.2 Opbouw beleidsplan	7	4.2 Werk en dagbesteding	30
1.3 Regio Nijmegen & Rivierenland	8	4.3 Maatschappelijke participatie en sociaal netwerk	33
1.4 Financiële onzekerheid	9	4.4 Inkomen en schuldhulpverlening	34
2. TRENDS EN TRANSFORMATIEOPGAVE	10	5. REGIONALE AFSPRAKEN EN FINANCIËN	36
2.1 De doelgroep in beeld	10	5.1 Waarom samenwerken	36
2.2 De transformatieopgave Beschermd Wonen in scenario's	15	5.2 Duurzame samenwerking	36
2.3 De transformatieopgave Maatschappelijke Opvang	18	5.3 Financiering en inkoop	40
3. SLUITEND NETWERK	20	BIJLAGEN	42
3.1 Wijkgerichte GGZ	20	Bijlage 1 Tabel lokale uitvoeringsagenda en verantwoordelijkheden	42
3.2 18-/18+	23	Bijlage 2 Verslag werkconferentie	44
3.3 Vangnet en bemoeizorg: wat gaat er goed en wat kan beter	24	Bijlage 3 Inspraakreacties	49
3.4 Acute opvang - spoedig dichtbij	26		



SAMEN DICHTBIJ!

COLOFON

Dit is een uitgave van de 15 samenwerkende gemeenten in de regio's Rijk van Nijmegen en Rivierenland.

Tekst: Regionaal bestuursteam BW/MO

Foto's: iStockphoto

Lay-out: Mondtotmond reclame

Oktober 2017

SAMENVATTING

De gezamenlijke gemeenten in Gelderland-Zuid willen de komende jaren een flinke beweging in gang zetten om het Beschermd Wonen GGZ en de Maatschappelijke Opvang vergaand te transformeren.

Kern van de verandering is ambulantisering: de zorg veel meer lokaal in dorpen en wijken en bij mensen thuis organiseren. Nu zijn de meeste voorzieningen voor Beschermd Wonen (BW) en Maatschappelijke Opvang (MO) nog geconcentreerd in Nijmegen en Tiel. De transformatie is geen bezuiniging.

Met begeleiding en behandeling in de thuissituatie kunnen ook mensen met psychische beperkingen zoveel mogelijk hun eigen leven leiden, want mensen met psychische kwetsbaarheid hebben in de basis dezelfde wensen en levensbehoeften als ieder ander: zelfstandigheid, zingeving, waardevolle contacten met familie en vrienden, leuke vrijetijdsbesteding en werk of onderwijs.

Met de verschuiving van intramurale naar ambulante zorg in wijken en dorpen ontstaan ook meer mogelijkheden voor vroegsignalering. Zo kunnen korte(re) lijnen ontstaan tussen zorgverleners, vrijwilligers en professionals als buurtbeheerders, wijkagenten en leerkrachten, die samen de ogen en oren van de wijk vormen. We sluiten aan bij de lokale netwerken die al bestaan in dorpen en wijken en bouwen deze netwerken verder uit.

Een belangrijke inspiratiebron voor onze ambitie is het advies van de Commissie Dannenberg 'Van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis' (2015), een advies dat uit drie delen bestaat:

- 1) zorg voor sociale inclusie,
- 2) maak alle gemeenten verantwoordelijk voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang en
- 3) werk samen als regiegemeenten.

Op dit moment hebben we in regio Rijk van Nijmegen en Rivierenland (Gelderland-Zuid) ongeveer 1.000 plekken voor Beschermd Wonen en 200 binnen de Maatschappelijke Opvang. Wij hebben het Trimbos-instituut gevraagd om scenario's op te stellen voor de ambulantisering van Beschermd Wonen. Los van het handhaven van de huidige situatie (scenario 1) hebben zij in scenario 2 een verschuiving van intramurale naar ambulante ondersteuning van 25 tot 30 % aangegeven en in het meest vergaande scenario 3 een verschuiving van ruim 50 %. Dit laatste scenario betreft 'geïntegreerde GGZ' in wijken en kernen.

Dit impliceert niet alleen omvorming van beschermd wonen naar begeleiding en behandeling thuis, maar ook de opzet van intersectorale teams met een mix van begeleiding, behandeling en ook bijvoorbeeld re-integratie en ervaringsdeskundigheid. Essentieel onderdeel is 24-uursbereikbaarheid.

De 'wijkgerichte GGZ' is onze stip op de horizon waar we de tijd voor nemen, een periode van 15 jaar. We volgen hierbij Dannenberg, die adviseert om voor de transformatie 15 jaar uit te trekken. De belangrijkste opgave is om de *instroom* in Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang te beperken. Als mensen instromen worden bij aanvang herstelgerichte uitstroomdoelen afgesproken op alle leefgebieden. Tegelijkertijd beseffen we dat mensen niet volledig 'maakbaar' zijn. We zullen te allen tijde zorgen voor een vangnet, ook in de vorm van acute (crisis)zorg. Op dat punt werken we in het kader van de Sluitende aanpak voor mensen met psychische kwetsbaarheid aan verbetering van de crisiszorg en passend vervoer om te voorkomen dat mensen onnodig in een politiecel of –busje terecht komen.

Tijdens de werkconferentie en in inspraakreacties is veelvuldig aandacht gevraagd voor het gegeven dat zelfstandig wonen niet voor iedereen is weggelegd. Een aantal citaten uit één van de inspraakreacties:

"Het idee dat ik alles zelf zou moeten doen en ik op niemand terug kan vallen als ik een mindere dag heb, beangstigt me. Ik kan erg angstig worden van alleen het idee al, wat weer kan maken dat ik passief op de bank ga zitten en niet meer tot enige actie kan komen".

“Als ik teveel gedachtes en/of stemmen in mijn hoofd heb, heb ik soms zoveel moeite met concentreren dat ik mijn taken op de verkeerde manier uitvoer. Bijvoorbeeld: ik doe de was en zet het verkeerde programma aan, vergeet het gasfornuis uit te zetten.”

“Het motiveert mij om in mijn dagritme te blijven en niet ‘s nachts te leven.”

“Ik me geen raad met de dag weet en ik even kort een babbeltje kan maken met mijn huisgenoten waardoor ik de dag toch kan starten”.

We willen benadrukken dat er altijd aanbod van Beschermd Wonen en opvang zal blijven. Niemand zal worden gedwongen om zelfstandig te wonen, zeker niet als mensen dit niet aan kunnen. De scenario's zijn richtinggevend, geen blauwdrukken. Hoeveel plekken uiteindelijk precies nodig zijn, zal gaandeweg moeten blijken. Hoe dan ook, we breken geen plekken af als de ambulante hulp nog niet is uitgebreid.

De ambulantisering gaat niet alleen over zorg. Allereerst is passende en betaalbare woonruimte een belangrijke voorwaarde. Hiertoe dienen alle gemeenten prestatieafspraken te maken met woningcorporaties, onder meer over diverse woonvarianten (trainingshuizen, geclusterd wonen, goedkope woonunits voor jongvolwassenen, etc.) en bijzondere bemiddeling. Minstens zo belangrijk is dat mensen in alle gemeenten kunnen rekenen op hulp bij het vinden van werk (o.a. IPS) of dagbesteding en (een aanspreekpunt voor) schuldhulp-

verlening en inkomensondersteuning. Ook voldoende mogelijkheden voor inloop, contact en participatie (maatjesprojecten, inclusieve sportverenigingen, etc.) mogen niet ontbreken.

We hechten aan regionale samenwerking. Er is nu sprake van concentratie van voorzieningen. Een zorgvuldige ambulantisering kunnen we alleen samen vormgeven. BW en MO-plekken kunnen pas worden afgebouwd als lokale voorzieningen zijn opgebouwd. Het geld volgt de inhoudelijke ontwikkeling. Een regionale financiële werkgroep gaat, voor zover mogelijk gezien de financiële onzekerheden, een voorstel formuleren tot een financieel verdeelmodel dat recht doet aan de beweging die we in gang willen zetten. Tot 2020 handhaven we de centrumgemeente-constructie en geven we de samenwerking vorm via overleg en het gezamenlijk vaststellen van dit beleidsplan en hieruit voortvloeiende uitvoeringsagenda's. Andere constructies, zoals een gemeenschappelijke regeling, werken bureaucratie in de hand.

Wat betreft de toegang willen we op korte termijn toe naar één centrale toegang voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang die uitgaat van brede vraagverheldering en herstelgericht werken. Op lange termijn, als de ambulantisering op gang is gekomen, willen we bezien of de toegang van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang geïntegreerd kan worden in de sociale teams en lokale loketten.

25

VOORSTELLEN

1. Scenario 3 “Geïntegreerde GGZ in de wijk” is het toekomstperspectief dat we in een periode van 15 jaar willen bereiken. In 2020 is als tussenstap scenario 2 “Intensivering ambulante opbouw” bereikt.
2. In het kader van de bestuurlijke aanbesteding van Beschermd Wonen, inkoopafspraken maken en financiële prikkels inbouwen gericht op ambulantisering (scenario 2 en 3) en cultuursensitief werken.

3. Centraal coördinatiepunt Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang inrichten per sub-regio.
4. Versterking samenwerking Beschermd Wonen/ Maatschappelijke Opvang – sociale teams/ loketten – toepassing kantelingsprincipes.
5. Tiel en Nijmegen als centrale locaties voor opvangvoorzieningen behouden – geen uitbreiding - werken vanuit herstelgerichte visie.
6. Tussenvoorzieningen in beide sub-regio's uitbreiden.
7. Iedere gemeente beschikt over een gereedschapskist 'wijkgerichte GGZ': sluitend professioneel netwerk, nauwe samenwerking met informeel netwerk, casemanagement, voldoende ontmoetingsmogelijkheden.
8. Iedere sub-regio beschikt over time-out-voorziening(en).
9. Iedere sub-regio beschikt over een signaalpunt (gekoppeld aan Wvggz).
10. Iedere gemeente beschikt over een lokaal zorgnetwerk voor multi-probleemhuishoudens.
11. Op basis van analyse een verbetertraject opzetten voor nazorg ex-gedetineerden.
12. Borging regionale aanpak zorgketen prostitutie.
13. Standaard gebruik crisiskaart, realisatie Interventieteam 2.0 en multidisciplinaire beoordelingskamer/gebundelde crisiszorg en passend vervoer (Sluitende aanpak psychische kwetsbaarheid – Spoedig dichtbij).
14. Regionaal ontwikkelprogramma Weer thuis met afspraken over realisatie meer woonvarianten (trainingshuizen, woonunits jongvolwassenen, etc.), bijzondere bemiddeling, spreiding en leefbaarheid – hieraan gekoppeld prestatieafspraken tussen gemeenten en woningcorporaties.
15. Alle mensen met (psychische) kwetsbaarheid hebben duurzaam (beschut/begeleid) werk, zinvolle dagbesteding, of zitten in een opleidings- of leer-werktraject.
16. De regionale werkbedrijven bieden een gevarieerd scala aan instrumenten aan om kwetsbare groepen toe te leiden naar (begeleid of beschut) werk.
17. Behandeling en begeleiding worden zo snel mogelijk gecombineerd met toeleiding naar (beschut/begeleid) werk of dagbesteding.
18. Iedere gemeente beschikt over een divers participatieaanbod voor mensen met (psychische) kwetsbaarheid: steunpunt mantelzorgers, toegankelijke voorzieningen (Uniek sporten en toegankelijke wijkactiviteiten, bijvoorbeeld), maatjesproject(en), zingevingsactiviteiten, inloopvoorzieningen en dagbesteding.
19. Opzet regionale inclusiecampagne met ruimte voor lokale inkleuring.
20. Iedere gemeente zorgt voor een contactpersoon inkomen & schuldhulpverlening voor mensen die uitstromen uit Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang.
21. Iedere gemeente zorgt voor korte lijnen tussen inkomensondersteuning & schuldhulpverlening en de wijkgerichte GGZ.
22. Een signaleringsnetwerk schulden in elke gemeente.
23. Voor de uitvoering (inkoop, contractmanagement, kwaliteit & handhaving, toegang, verantwoording) van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang tot 2020 Nijmegen als centrum-gemeente aan te wijzen.
24. Een financiële regionale werkgroep de opdracht geven om met een voorstel te komen voor gezamenlijke financiering van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang na 2020, inclusief een rekenmodel waarin de gevolgen van de ambulantisering per gemeente zijn verwerkt.
25. Opzet van gezamenlijke regionale monitoring – kwalitatief (genomen acties, uitbreiding activiteiten, voorzieningen en samenwerkingsvormen) en kwantitatief (afbouw intramurale zorg parallel aan opbouw ambulante zorg).



INLEIDING

1.1 ACHTERGROND

Al sinds 1994 zijn centrumgemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van en regie op (Maatschappelijke) Opvang, bemoeizorg, collectieve preventie GGZ en verslavingszorg voor alle inwoners uit de centrumgemeenteregio. In de Wmo van 2007 werden deze taken expliciet verankerd in de vorm van prestatievelen. Met de nieuwe Wmo van 2015 is Beschermd Wonen GGZ hier vanuit de AWBZ aan toegevoegd, samen met begeleiding en dagbesteding als lokale Wmo-taak voor alle gemeenten.

Beschermd Wonen betreft ondersteuning en (tijdelijk) verblijf voor mensen die vanwege ernstige psychische en psychosociale problematiek tijdelijk niet zelfstandig kunnen wonen. Sinds de transitie in 2015 hebben wij de nadruk gelegd op zorgcontinuïteit en het zorgen voor een zachte landing in de Wmo. Dit hebben we gedaan vanwege de kwetsbaarheid van de doelgroep en het overgangsrecht dat tot 2020 van toepassing is op een grote groep zittende cliënten. Nu zijn we toe aan de transformatie waarbij we geholpen worden met het advies van de commissie Dannenberg “Van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis” (2015) waarin herstel en participatie centraal staan. In de startnotitie, waar dit beleidsplan op voortborduurde, hebben wij dit advies vertaald in de volgende vier uitgangspunten:

1. Zo zelfstandig mogelijk
2. Realisatie van een ondersteuningscontinuüm
3. Meer participatie en inclusie
4. Het belang van ervaringsdeskundigheid en sociaal netwerk

De regionale visie is in essentie: herstel en participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid in de eigen omgeving. We streven er naar dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen door vergroting van zelfregie, samenredzaamheid en participatie. Wanneer verblijf in Maatschappelijke Opvang of Beschermd Wonen noodzakelijk is, wordt dit altijd geboden. Van tijdelijke aard waar dat kan, van langere duur als dat moet.

De uitgangspunten vragen om een trendbreuk. Temeer omdat de druk op Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang toeneemt. De doelgroep die zich meldt, vraagt om zwaardere zorg. Tegelijkertijd heeft ambulantisering van de lichtere zorgzwaartepakketten niet geleid tot een afname van het aantal indicaties voor Beschermd Wonen. Verhoudingsgewijs gaat relatief veel Wmo- budget naar een kleine groep kwetsbare mensen.



”

HERSTEL EN PARTICIPATIE
VAN MENSEN MET EEN
PSYCHISCHE KWETS-
BAARHEID IN DE EIGEN
OMGEVING

De inhoudelijke transformatie gaat daarnaast gepaard met de beoogde doordecentralisatie van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang in 2020 van centrumgemeenten naar alle gemeenten.

1.2 OPBOUW BELEIDSPLAN

Het beleidsplan begint met de beschrijving van de uitgangssituatie, hoe het gewenste ambulantiseringsscenario eruitziet en wat met name het voorkeursscenario betekent voor de samenwerking met betrokken partijen en de lokale infrastructuur (hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 beschrijven we de diverse onderdelen van een sluitende keten: van wijkgerichte GGZ tot een sluitend vangnet. Omdat alles wat in een mensenleven gebeurt het herstel van mensen bepaalt, geven we in hoofdstuk 4 aan welke extra impulsen nodig zijn op de diverse leefgebieden. We zijn er niet met enkel het omzetten van Beschermd Wonen naar begeleid wonen.

Tot slot gaan we in op de regionale samenwerking als gemeenten tot 2020. Vragen als wat doen we lokaal en wat doen we regionaal, in welke vorm gaan we samenwerken, hoe gaan we het financieel organiseren, wat spreken we af in het kader van de spreiding van voorzieningen en de uitstroom en hoe regelen we de toegang (centraal of decentraal) komen in het laatste deel van het beleidsplan aan bod (hoofdstuk 5).

Het beleidsplan is in gezamenlijkheid tot stand gekomen:

- De totstandkoming van het beleidsplan is begeleid door een regionale werkgroep en bestuursteam met vertegenwoordigers van de gemeenten in regio Rivierenland & Nijmegen.
- Op 29 mei 2017 vond een regionale raadsinformatiebijeenkomst plaats in Druten.
- Het programmeerteam en de stuurgroep Sluitende

aanpak psychische kwetsbaarheid hebben feedback gegeven op de startnotitie en concepten van het beleidsplan.

- Op 6 september 2017 heeft een werkconferentie plaatsgevonden, waarbij we met ervaringsdeskundigen, cliëntvertegenwoordigers, zorgaanbieders en andere partijen in gesprek zijn gegaan over belangrijke bespreekpunten en dilemma's. Het verslag van deze werkconferentie is als bijlage toegevoegd. Het was een constructieve en energieke bijeenkomst, waarbij benadrukt werd dat voor een aantal mensen beschermde woonvormen nodig blijven en dat de ambulantisering alleen kan slagen als aan een aantal voorwaarden is voldaan: voldoende ontmoeting, divers woonaanbod, voldoende onplanbare zorg en investeren in ervaringsdeskundigheid.

Hiervoor is samenwerking met onder meer zorgverzekeraars, zorginstellingen en woningcorporaties nodig. Acceptatie van psychische kwetsbaarheid in de samenleving is misschien nog wel de grootste opgave.

- We hebben iedereen de gelegenheid gegeven om tot september 2017 schriftelijk te reageren op de inspraakversie. Hier hebben 17 instellingen en (leden van) Wmo adviesraden gebruik van gemaakt. Alle insprekers krijgen een schriftelijke reactie en op een aantal punten is het plan aangepast en aangevuld naar aanleiding van de inspraakreacties.

Gezien de breedte van dit plan, vervangt het de volgende plannen:

- Het stedelijk kompas (Maatschappelijke Opvang)
- De Regiovisie OGGZ 2013-2017



Figuur 1. Regio Nijmegen & Rivierland

Daarnaast leggen we in dit plan verbindingen met de Sluitende aanpak Gelderland-Zuid voor mensen met psychische kwetsbaarheid (2017) en het Uitvoeringsplan 2016 Wonen, Wonen & Zorg, Woonladder Rivierland. Het beleid met betrekking tot vrouwenopvang en huiselijk geweld valt niet onder de scope van dit beleidsplan, hiervoor is separaat de Regionale aanpak Huiselijk geweld en Kindermishandeling regio Gelderland-Zuid 2017-2020 vastgesteld in 2016.

1.3 REGIO NIJMEGEN & RIVIERENLAND

Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen zijn nu nog centrumgemeentetaken. De centrum-

gemeente is materieel verantwoordelijk voor de taken en heeft een regierol hierin. In de regio Nijmegen en Rivierland is gemeente Nijmegen de centrumgemeente. Per 2020 worden Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang (exclusief vrouwenopvang) lokale taken, waarmee de regie, uitvoeringsverantwoordelijkheid en het budget overgaan naar alle gemeenten. Daarmee verdwijnt de formele centrumgemeenteconstructie; deze blijft wel behouden voor de vrouwenopvang. De decentralisatie kan echter niet zonder stevige regionale samenwerking zoals we in hoofdstuk 5 duidelijk zullen maken.

Eind 2016 hebben alle gemeenten kenbaar moeten maken in welk regioverband zij gaan samenwerken na 1 januari 2020. In onze regio hebben 15 van de

16 gemeenten van de huidige regio aangegeven als regio samen te willen blijven werken. Dat zijn de gemeenten Berg en Dal, Beuningen, Buren, Culemborg, Druten, Geldermalsen, Heumen, Lingewaal, Mook en Middelaar, Neder-Betuwe, Neerijnen, Nijmegen, Tiel, West Maas en Waal en Wijchen. Gennep heeft besloten om bij de regio Noord Limburg aan te sluiten vanwege een betere beleidsmatige aansluiting op de andere vlakken op het sociale domein. Per 1-1-2017 telt onze regio 522.474 inwoners.

Voor en na 2020

Dit beleidsplan strekt zich uit tot ver voorbij 2020. Voor het scenario 3 "Wijkgerichte GGZ" (hoofdstuk 2) trekken we zo'n 15 jaar uit en hebben we tot pakweg 2030. Tot 2020 zetten we de beweging richting wijkgerichte GGZ in gang. Met als resultaat dat in 2020 scenario 2 is bereikt. Hieraan is verbonden dat in 2020 in alle gemeenten een sluitend netwerk (hoofdstuk 3) en impulsen op de verschillende leefgebieden (hoofdstuk 4) zijn gerealiseerd, in aansluiting op de bestaande infrastructuur. Tot minimaal 2020 houden we de centrumgemeente-functie in stand.

1.4 FINANCIËLE ONZEKERHEID

Met de doordecentralisatie van de taken Beschermde Wonen en Maatschappelijke Opvang in 2020, gaan we ook over naar een geïntegreerd objectief verdeelmodel¹; nu worden de budgetten nog historisch verdeeld. Met het oog op een soepele overgang zal gekozen worden voor een gefaseerde

invoering, een 'ingroeipad'. De verwachting is dat bij de meicirculaire in mei meer duidelijkheid komt over de invoering van het objectief verdeelmodel. Het is de vraag of 2020 haalbaar is als startjaar voor het objectief verdeelmodel, omdat eerdere pogingen van het Rijk om tot een objectieve verdeling van deze middelen te komen, hebben gestuit op veel weerstand van een aantal centrumgemeenten vanwege de grote financiële gevolgen. De gevolgen zijn voor ons op dit moment niet in te schatten, maar we verwachten dat een objectief verdeelmodel ongunstig zal uitpakken vanwege het verhoudingsgewijs grote aantal zorginstellingen en voorzieningen dat wij historisch hebben. Op dit moment zit regio Nijmegen met het budget 12 % boven het landelijk gemiddelde per inwoner; uitgaand van dit gemiddelde zouden we uitkomen op een korting van € 6 miljoen euro.

Daarnaast komt vanaf 2018 een aantal cliënten over van de Wet langdurige zorg (Wlz) naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), in onze regio een relatief hoog aantal, waarvoor we in 2018 volledig worden gecompenseerd en in 2019 gedeeltelijk. Tot slot is het voor de langere termijn nog onzeker of de Wlz toegankelijk blijft voor mensen met een psychiatrische grondslag en wat hiervan de financiële gevolgen zullen zijn.

¹ BIJ EEN OBJECTIEF VERDEELMODEL WORDT HET LANDELIJK BUDGET ONDER GEMEENTEN VERDEELD OP BASIS VAN DE VERWACHTTE ONDERSTEUNINGSBEHOEFTE IN EEN GEMEENTE, VOORSPELD OP BASIS VAN OBJECTIEVE MAATSTAVEN ZOALS DEMOGRAFIE, DE SOCIAAL-ECONOMISCHE SITUATIE EN DE GEZONDHEID VAN DE INWONERS VAN EEN GEMEENTE.





TRENDS EN TRANSFORMATIEOPGAVE

2.1 DE DOELGROEP IN BEELD

Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen vertonen veel raakvlakken met elkaar en de transformatieopgave is hetzelfde. We zien dat Maatschappelijke Opvang voor een aantal mensen een opstap naar Beschermd Wonen is. Ze hebben echter wel ieder een eigen achtergrond en organisatie vanwege onder meer het feit dat Beschermd Wonen pas recentelijk is overgedragen aan gemeenten. Daarom omschrijven wij de doelgroepen, voorzieningen en transformatieopgave in dit hoofdstuk nog ieder apart. Ons streven is echter dat het onderscheid tussen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang vervaagt. In ons toekomstbeeld is dit onderscheid vervangen door uiteenlopende woonvarianten met flexibele herstelgerichte ondersteuning.

BESCHERMD WONEN

Beschermd Wonen GGZ/Wmo is bedoeld voor personen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die niet in staat zijn zich op eigen kracht of met ondersteuning van het sociale netwerk te handhaven in de samenleving.

“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

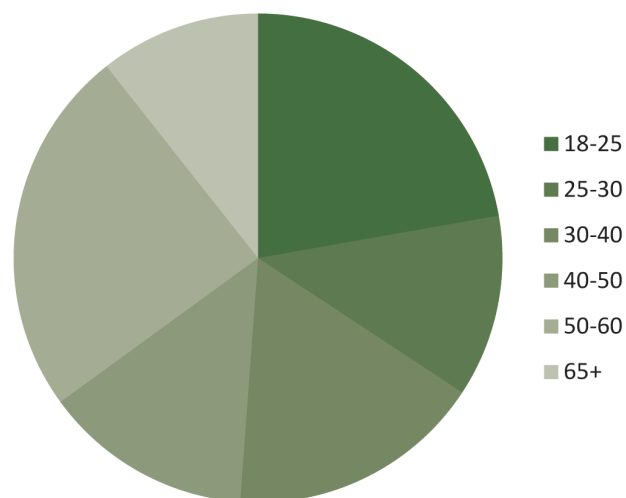
- gericht op het bevorderen van het psychische en psychosociaal functioneren
- gericht op stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld (inclusief verslaving)
- gericht op het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast
- gericht op het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen
- bestemd 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 begeleiding en daginvulling. Behandeling valt buiten Beschermd Wonen. Van oudsher waren het doorgaans gemeenschappelijke woonvormen, maar tegenwoordig wonen cliënten ook veel in geclusterde eenpersoonswoningen. Daarnaast verzilvert een (klein) deel van de cliënten de indicatie in zorginstellingen die niet specifiek gericht zijn op Beschermd Wonen GGZ, zoals verpleeghuizen.

Het aantal mensen met een beschikking voor Beschermd Wonen ligt in onze regio de afgelopen jaren rond de 1.200. Dat betekent dat 0,25 %² van alle inwoners in onze regio op grond van hun psychische situatie een vorm van Beschermd Wonen nodig heeft. Een relatief groot aantal van

2 LANDELIJK WAS DIT IN 2012 GEMIDDELD 0,14 %.



Figuur 2.0: Verdeling in globale leeftijdscategorieën

	2014	1-1-2015	1-1-2016	1-5-2016	13-6-2017
Aantal mensen	1.140	1.175	1.166	1.192	1.197
Waarvan ZIN	-	923	906	906	936
Waarvan PGB	-	252	260	286	261

Tabel 2.1: Aantal indicaties – Zorg In Natura (ZIN) en PGB

de Beschermd Wonen-clieënten betreft jongvolwassenen: bijna een kwart van de geïndiceerde mensen valt in de leeftijdscategorie van 19-24 jaar en ruim een derde van de geïndiceerde mensen is jonger dan 30. De leeftijdsverdeling is zichtbaar in de figuren 2.0.

Ongeveer 22 % van de Beschermd Wonen-zorg wordt met behulp van een PGB geleverd.

Verzilvering

Om allerlei redenen wordt de zorgindicatie niet altijd (volledig) gebruikt, oftewel 'verzilverd', bijvoorbeeld omdat mensen verhuizen of vanwege andere veranderingen in de situatie van mensen. In onze regio verzilvert ongeveer 80 % van de mensen met een PGB-indicatie de zorg. Het landelijk gemiddelde verzilveringspercentage is ook 80 %. Bij Zorg in natura is dat 82 % en bij PGB's is dat 79 %.

	Indicaties per ZZP				Percentage toe-/afname 2017 t.o.v. 2014
	1-1-2014	1-1-2015	1-1-2016	13-6-2017	
ZZP 1	20	10	7	2	- 90 %
ZZP 2	130	85	46	34	- 90 %
ZZP 3	545	565	525	442	- 19 %
ZZP 4	230	260	314	369	+ 60 %
ZZP 5	205	245	262	308	+ 50 %
ZZP 6	10	10	12	10	+ 0 %

Tabel 2.2: Aantal indicaties per ZorgZwaartePakket (ZZP)

Tabel 2.2 laat zien dat sinds 2014 sprake is van zorgverzwaring en daarmee duurdere zorg. De zorgverzwaring kan gedeeltelijk worden toegeschreven aan het feit dat de gemeente de lagere zorgzwaartepakketten (ZZP's) aan het afbouwen is. We proberen lichtere cliënten zo ambulant mogelijk te ondersteunen en niet te snel uit te wijken naar een zware intramurale voorziening. Maar als een beschermde woonvoorziening nodig blijkt, kan alleen voor een hoger zorgzwaartepakket worden gekozen.

Afbeelding 2.1 geeft de spreiding van ZIN-plekken in de regio en de demografische samenstelling van

de cliënten die van een zorg in naturavoorziening gebruik hebben gemaakt weer voor 2016.

In totaal hebben we voor **€ 41.902.990** (669 intramurale plaatsen en 15.616 uren ambulante begeleiding) gecontracteerd.

In de tabel 2.3 staat weergegeven waar de cliënten wonen die beschikking hebben over een PGB.

Dit percentage zegt niets over de daadwerkelijke verzilvering. Hier staat ook *onbekend* tussen; niet van alle PGB cliënten kan worden vastgesteld –

Gemeente	Percentage pgb
Berg en Dal	6 %
Buren	3 %
Culemborg	4 %
Druten	1 %
Geldermalsen	3 %
Gennep	3 %
Heumen	2 %
Lingewaal	0 %
Neder-Betuwe	0 %
Neerijnen	1 %
Nijmegen	53 %
Onbekend	5 %
Tiel	9 %
West Maas en Waal	4 %
Wijchen	3 %

Tabel 2.3

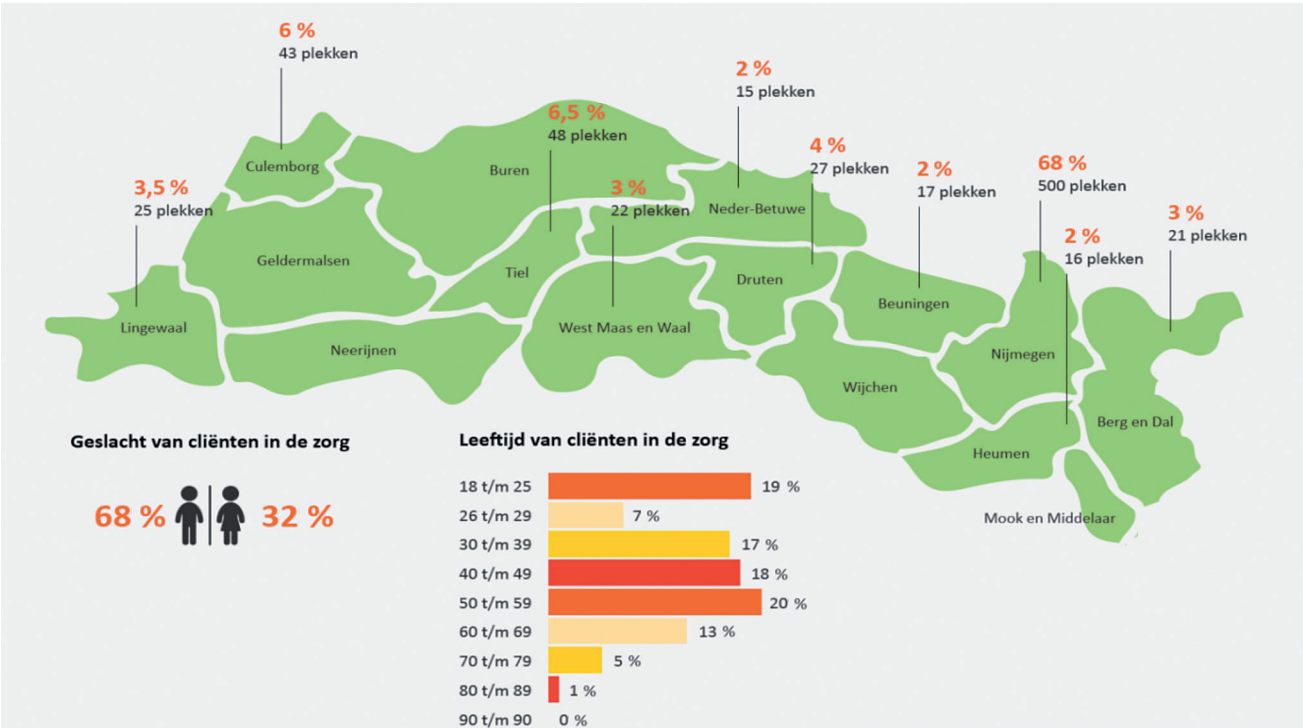


Fig. 2.1 Spreiding Beschermde Wonen voorzieningen

door de gemeente Nijmegen – waar ze wonen. Wanneer bijvoorbeeld mensen van de ene naar de andere gemeente verhuizen, weet de gemeente Nijmegen dit niet, tenzij ze uit of naar Nijmegen verhuizen. De tabel geeft op hoofdlijnen een soortgelijk beeld als figuur 2.1.

Er zit een behoorlijk verschil tussen het aantal afgegeven indicaties (zorg in natura) en het aantal plaatsen. De daadwerkelijke wachtlijst van mensen die op een beschikbare plek wachten is minder groot dan dat dit verschil doet vermoeden, omdat

er veel cliënten zijn met een indicatie die om diverse redenen geen gebruik wensen te maken van deze indicatie. Begin 2017 is een ketenoverleg Beschermd Wonen in het leven geroepen om de omvang van de daadwerkelijke wachtlijst goed in beeld te krijgen. In dit overleg wordt de stand van de wachtlijst gedeeld en worden moeilijk plaatsbare casussen besproken.

In juni 2017 stonden 65 mensen op de centrale wachtlijst die is samengesteld uit het indicatiebestand en de afzonderlijke wachtlijsten van aanbieders. Een groot deel hiervan had bovendien specifieke wensen met betrekking tot de plaatsing, waardoor een snelle plaatsing niet mogelijk, of zelfs gewenst is. In het ketenoverleg wordt de wachtlijst nauwgezet gevolgd om ervoor te zorgen dat er geen sprake is van toenemende problematiek bij het uitblijven van plaatsing.

De ZIN-aanbieders in orde van grootte zijn: RIBW, IrisZorg, Leger des Heils, Woonzorgnet, Pluryn, Moria, Yulius, Eleos, Zorgcentra De Betuwe, Zorggroep Maas en Waal, Waalboog, Driestroom, Syndion Oost, Malderburch, STMR, Stg Dichterbij, JP van den Bent, Luciver, ZZG Zorggroep, Zorgcentra Huize Rosa, Gasthuis Jan de Deo, Zorgcentra Rivierenland Tiel en De Betuwehof.

Daarnaast is er een aantal PGB-aanbieders, zoals Stichting JADOS, Compleet Mensenwerk en Onder de Bomen.

Landelijke toegang

Er is landelijk sprake van verhuizing van cliënten tussen regio's. In het convenant Landelijke Toe-

gankelijkheid gaat men ervan uit dat – met uitzondering van zeer specialistische voorzieningen – de bewegingen van en naar de regio's per saldo wel gelijk zullen zijn. In het convenant staan afspraken over warme overdracht en criteria waarmee gemeenten bepalen of verhuizing van een cliënt vanuit het oogpunt van zorg en participatie, waaronder de aanwezigheid van een (positief) sociaal netwerk, wenselijk is.

We hebben de aanname dat de in- en uitstroom in een regio per saldo nul is, getoetst. Resultaat van deze toetsing is dat er vanaf 2012 ongeveer 230 cliënten vanuit een andere gemeente of regio naar de gemeenten in de regio Nijmegen en Rivierenland verhuisd zijn³. Het aantal cliënten dat vanuit onze regio elders in het land is gaan wonen is substantieel lager, ruim 50 personen. Dit zou betekenen dat voor iedere vier cliënten met een zware zorgvraag die zich in de regio vestigen er slechts één eigen ingezetene zou verhuizen naar buiten de regio. Kanttekening hierbij is dat in onze bestanden mogelijk gegevens ontbreken over 'vertrokken' cliënten in de afgelopen 5 jaar, waardoor ons 'negatieve' saldo iets beter uitvalt.

AANTAL MENSEN MET EPA

Het totaal aantal mensen met een Ernstige Psychische Aandoening (EPA) is (veel) groter dan het aantal mensen dat een beroep doet op Beschermd Wonen. Volgens landelijke cijfers (Vektis 2014) wonen in onze regio ruim 4.200 EPA-patiënten die zorg 'gebruikten' in 2014. Dit impliceert dat 28 % van de potentiële EPA-doelgroep een indicatie heeft voor Beschermd Wonen. Deze cijfers geven ook aan

Rivierenland	Aantal EPA-patiënten 2014
Tiel	345
Nederbetuwe	105
Neerijnen	40
West Maas en Waal	85
Buren	105
Geldermalsen	120
Culemborg	270
Lingewaal	55
Rijk van Nijmegen	Aantal EPA-patiënten 2014
Berg en Dal	230
Beuningen	145
Druten	110
Heumen	120
Mook en Middelaar	45
Nijmegen	2.240
Wijchen	240
Totaal aantal EPA-patiënten 2014	4.255

dat het in alle gemeenten van belang is dat er voorzieningen zijn en ondersteuning is voor mensen met EPA, ook om instroom in Beschermd Wonen te voorkomen. Om specifiekere zicht te krijgen op de

³ IN DE ONDERZOEKSOPDRACHT 'MIGRATIESTROMEN BW' IS HET CLIËNTEN-BESTAND (CA. 1200 CLIËNTEN OP EEN PEILMOMENT) GEANALYSEERD OP VERHUIJBEGEVINGEN. VAN DE 1200 CLIËNTEN BLIJKEN ER RUIM 200 IN DE AFGELOPEN 5 JAAR VANUIT EEN ANDERE REGIO VERHUISD TE ZIJN NAAR DE REGIO NIJMEGEN EN RIVIERENLAND.

(woon)opgave per gemeente, willen we tevens de herkomst van mensen die gebruik maken van Beschermd Wonen uitsplitsen per gemeente binnen onze regio.

MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

Voor inwoners die dak- of thuisloos zijn, bieden we diverse Maatschappelijke Opvangvoorzieningen. Doel van de Maatschappelijke Opvang is het bieden van tijdelijk verblijf gekoppeld aan zorg en begeleiding. Regelmatig zitten mensen in een crisissituatie en is rust nodig voordat de ondersteuning zich kan gaan richten op herstel en re-integratie in de samenleving. Inwoners die gebruik maken van de opvangvoorzieningen kampen meestal met meerdere, elkaar beïnvloedende problemen. Vaak is sprake van een combinatie van dak- en thuisloosheid, geweld, opvoedproblemen, schulden, werkloosheid, psychiatrische, somatische en/of verslavingsproblemen. De doelgroep beschikt vaak niet over een identiteitsbewijs, inschrijving in de gemeentelijke basisadministratie of inkomen. Bovendien is het een dynamische groep die voortdurend van samenstelling en problematiek verandert. Het aanbod is divers en bestaat uit nachtopvang, dagopvang, crisisopvang en 24-uursopvang. Doel van de dag- en nachtopvang is om inwoners van de straat te krijgen en het aantal buitenslapers te minimaliseren. Een plek waar mensen tot rust kunnen komen en tijdelijk een plek krijgen om van daaruit aan de aanpak van hun problemen te werken. De gemiddelde verblijfsduur is relatief kort.

NB: veel cliënten maken gebruik van meerdere voorzieningen (bijv. dag- en nachtopvang).

Ernstig verslaafden	Volwassen dak- en thuislozen			zwerfjongeren
MFC	Hulsen	NuNN	Kwelkade	Vince
20/65	15/85	24/140	4/43	10/54

Tabel 2.4 Nachtopvang (plaatsen/**unieke** gebruikers in 2016)

Daklozen kunnen in principe 3 maanden gebruik maken van de nachtopvang. Naast bed, bad en brood, biedt de opvanginstelling begeleiding om de dakloze te motiveren in traject te gaan gericht op terugkeer in de maatschappij, liefst zelfstandig (begeleid) wonen. In de hele regio zijn er 73 opvangplekken die in één jaar door vier personen benut moeten kunnen worden.

Ernstig verslaafden (MFC)	Dagopvang Het Kasteel	Dagopvang
20/65	20/82	19/78

Tabel 2.5 Dagopvang (plaatsen per dag/**unieke** gebruikers in 2016)

Dagopvang bestaat uit inloop met de mogelijkheid om deel te nemen aan activiteiten en begeleiding om de dakloze te motiveren in traject te gaan naar terugkeer in de maatschappij en/of zorg te accepteren.

	Uranusstraat	Tussenvoorziening	Het Tweede Huis	Vince
gezin	10,6/29	1		
alleenstaande	10,5/74	5/12	Gem. 35-40 personen per jaar	8/35

Tabel 2.6 Crisisopvang: 24-uursopvang a.g.v. ernstige psychosociale problemen (plaatsen/**unieke** gebruikers in 2016)

Een traject crisisopvang duurt in principe 2-3 maanden. Mensen verblijven vaak langer in de opvang omdat ze nog geen woonruimte gevonden hebben.

Hulsen	Kwelkade	Vince
33/104	4/6	7/26

Tabel 2.6 24-uursopvang voor dak- en thuislozen (plaatsen/**unieke** gebruikers in 2016)

De duur van de trajecten in de 24-uursopvang verschilt van 6 maanden tot 12 maanden.

Naast opvangplaatsen bekostigen we in de Maatschappelijke Opvang ook bemoeizorg voor volwassenen en jongeren (jeugdFACT), ambulante (woon)begeleiding na uitstroom uit de opvang of verslavingszorg, dagbesteding, budgetbeheer voor dak- en thuislozen, justitieel casemanagement, avondopvang voor prostituees, gebruiksruidten, verslavingspreventie en medische heroïnebehandeling.

2.2 DE TRANSFORMATIE-OPGAVE BESCHERMD WONEN IN SCENARIO'S

Door het Trimbosinstituut zijn, op verzoek van centrumgemeente Nijmegen, in 2016/2017 3 scenario's in kaart gebracht met gradaties in de mate van ambulantisering.

1. Uitgangssituatie
2. Intensivering ambulante opbouw
3. Geïntegreerde GGZ in de wijk

De scenario's zijn nadrukkelijk geen blauwdrukken. Bij de totstandkoming van het Trimbosrapport is discussie geweest met zorgaanbieders over de gehanteerde definities, maar de conclusie was dat de gepresenteerde cijfers niets afdoen aan de trends die we (willen) zien. Er zijn allerlei (tussen) varianten denkbaar. Het scenario 'intensivering ambulante opbouw' kan ook als groeimodel dienen bij een streven naar een 'geïntegreerde GGZ in de wijk' als stip op de horizon. Voor alle scenario's geldt dat de werkelijkheid gedifferentieerder zal zijn. Zo kunnen 'geclusterde woonvormen' in

werkelijkheid een meer 'gespikkeld' karakter krijgen: cliënten en niet-clieñten in eenzelfde pand of een cluster van woningen in de directe nabijheid van de zorgvoorziening. Ook als cliënten zelf de woning huren, zal, afhankelijk van het beleid van de woningcorporaties, vaak sprake zijn van tussenconstructies (zorgaanbieder die garant staat, omklapwoningen). Verder zijn zorgintensiteit en zorgduur niet meegenomen in de scenario's. Een belangrijke reden daarvoor is dat zorgintensiteit en zorgduur in de toekomstperspectieven zoveel mogelijk worden losgekoppeld van woonvormen en al dan niet geïntegreerde bekostigingsvormen. Intensieve zorg kan ook worden geboden aan mensen die zelf woonruimte huren, al dan niet in een geclusterde woning, of binnen een groepswooning.

SCENARIO 1: UITGANGSSITUATIE - HUIDIGE ZORG- EN BW-LANDSCHAP

Op dit moment bestaat de helft tot twee derde van de BW-plekken (Zorg in natura/exclusief PGB) in de regio uit groepswoonvoorzieningen. Circa een derde van de BW-plekken bestaat uit geclusterde, individuele woonvoorzieningen en één op de twaalf BW-plekken betreft zelfstandige, individuele woonvoorzieningen.

SCENARIO 2: INTENSIVERING AMBULANTE OPBOUW

In het scenario *intensivering ambulante opbouw* breiden gemeenten samen met zorgverzekeraars de ambulante voorzieningen voor mensen met (ernstige) psychische kwetsbaarheid substantieel uit,

	Aantal
Mensen met een psychische kwetsbaarheid	8.000 – 10.000
Mensen met een EPA	6.500 – 7.000
Mensen met een EPA in zorg bij de GGZ	5.000 – 6.000
Cliënten van FACT-teams	± 1.500
Cliënten van BZW	± 1.200
BW / Geïntegreerd woon-zorgpakket (Zorg in natura/ZIN)	± 750
Waarvan:	
Zelfstandige, individuele woonvoorziening	± 60
Geclusterde, individuele woonvoorziening	± 255
Groepswoonvoorziening	± 435
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 120

Tabel 4.1. Huidige zorg- en BW-landschap

zodat de grotere groep mensen die zelfstandig woont ook ambulant een beroep kan doen op de ondersteuning die ze nodig heeft. Concreet spreken de partijen af om te komen tot een forse opschaling van de (zo nodig intensieve) ambulante begeleiding, ontmoetingsgelegenheden en activiteiten, maar ook van FACT⁴ (multidisciplinaire behandeling vanuit de Zorgverzekeringswet). Specifiek wordt ingezet op de verdere ontwikkeling van voorzieningen zoals de VIP-teams (Vroege Interventie Psychose) en IHT (Intensive Home Treatment)⁵. De intensivering van deze behandelteams moet leiden tot een lagere caseload. Dit schept meer mogelijkheden voor (tijdelijke of langduriger) intensieve ambulante zorg en kan opnames voorkomen of verkorten. Geïnvesteed wordt ook in meer psychische en ervaringsdeskundigheid in de verschillende ondersteuningsteams. Daarnaast spreken zorgverzekeraars en gemeenten af om gezamenlijk middelen te reserveren voor de cliëntgestuurde voorzieningen, zoals het Zelfregiecentrum in Nijmegen of een herstelacademie⁶.

De verschillende ambulante voorzieningen blijven in dit scenario werken vanuit hun eigen locaties, voor de eigen werkgebieden en clientèle en met eigen financieringsstromen, vanuit enerzijds ZVW en anderzijds Wmo. Als cliënten van meerdere voorzieningen gebruik maken, vindt de afstemming rondom de betreffende cliënt plaats. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten in dit scenario 25 tot 30 % van de huidige budgetten voor de intramurale voorzieningen (kortdurende opname, klinisch verblijf, beschermd wonen) overhevelen naar ambulante zorg en voorzieningen⁷.

	Aantal
Mensen met een psychische kwetsbaarheid	8.000 – 10.000
Mensen met een EPA	6.500 – 7.000
Mensen met een EPA in zorg bij de GGZ	5.500 – 6.500
Cliënten van FACT / FACT +	± 2.250
Cliënten van BZW / BZW+	± 1.750
Cliënten in geclusterde woonvormen / eigen huur	± 200
Cliënten in groepswoonvorm / eigen huur	± 25
Cliënten in BW / Geïntegreerd woon-zorgpakket (Zorg in natura/ZIN)	± 500
Waarvan:	
Cliënten in geclusterde, individuele woonvoorziening	± 200
Cliënten in groepswoonvoorziening	± 300
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 90

Het aantal plaatsen voor geïntegreerde woonzorgpakketten (integrale bekostiging van wonen en zorg) is in dit scenario teruggebracht. Er vindt een verschuiving plaats van groepswoningen naar geclusterde zelfstandige (individuele) woningen. Daarbij worden geclusterde woonvormen (en voor een klein deel ook groepswoningen) vaker aangeboden in woonvormen waarbij cliënten de woning zelf huren. Per saldo is het totaal aantal cliënten dat in een geclusterde woning of een groepswoning woont - en daarbij zorg ontvangt - min of meer gelijk gebleven, maar is het aantal mensen dat de desbetreffende woning zelf huurt toegenomen. De zorg aan deze laatste groep (eigen huur, geclusterd of in groep wonend) is nu feitelijk te beschouwen als 'ambulante zorg' en niet langer als 'Beschermd Wonen'. Minder cliënten zijn aangewezen op

intramuraal groepswonen of klinisch verblijf. De intensivering van de ambulante zorg zorgt er voor dat dit op een verantwoorde manier gebeurt.

SCENARIO 3: GEÏNTEGREERDE GGZ IN WIJKEN EN KERNEN

In dit scenario kiezen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties

⁴ IN HET 'HANDVAT VOOR EEN REGIONALE SAMENWERKINGSAGENDA' WORDT VOOR DIT SCENARIO INGEZET OP 4 FACT-TEAMS (ELK MET EEN CAPACITEIT VAN 15 FTE) PER 100.000 INWONERS (NU GEMIDDELD 2 PER 100.000).

⁵ IN HET HANDVAT WORDT GESPROKEN VAN ÉÉN IHT-TEAM VAN 12 FTE PER 100.000 INWONERS EN ÉÉN VIP-TEAM VAN 10 FTE PER 150.000 INWONERS.

⁶ IN HET HANDVAT WORDT IN DIT SCENARIO INGEZET OP EEN RESERVERING TER GROOTTE VAN 15 FTE (ERVARINGSDESKUNDIGE MENSKRACHT) PER 100.000 INWONERS.

⁷ AFBOW VAN BETREFFENDE VOORZIENINGEN IMPLICEEFT DAN OOK NADRUKKELIJK NIET EEN AFBOW VAN DE AAN DEZE VOORZIENINGEN VERBODEN ZORGCAPACITEIT.

in de regio Nijmegen/Rivierenland gezamenlijk voor een nog verdere uitbreiding van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid én een 'kanteling' van de organisatie van die zorg naar een volledig geïntegreerde GGZ in de wijk. Dat betekent dat zo min mogelijk wordt gewerkt met verschillende teams voor verschillende zorgfuncties (woonbegeleiding, 'integrale zorg', vroegsignalering, crisishulp, FACT, etc.), elk met (voor een deel) eigen financiers, eigen locaties en eigen werkgebieden. In plaats daarvan worden die zorgvormen maximaal gebundeld en geïntegreerd binnen één organisatie, gezamenlijk gefinancierd door gemeenten en zorgverzekeraars. De partijen zetten in dit scenario in op een 24x7 uur toegankelijk ambulant (wijk)netwerk met een gemiddelde capaciteit van 40 fte op een gemiddelde gebieds-omvang van 20.000 inwoners⁸. In het ene geval zal zo'n 'team' een stadsdeel bedienen, in het andere geval een gemeente (Beuningen bijvoorbeeld) en weer in een andere geval meerdere kernen.

De inzet van deze ambulante (wijk)infrastructuur is om één van de belangrijkste belemmeringen in samenhangende en verbindende zorg en ondersteuning zoveel mogelijk weg te nemen. Doel is maximale onderlinge toegankelijkheid en samenwerking en betrokkenheid bij mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk, hun sociale netwerken (waaronder familie) en andere voorzieningen, zoals sociale teams en welzijnsactiviteiten.

⁸ GEËXTRAPOLEERD NAAR LANDELIJKE CIJFERS BETEKENT DIT DAT CIRCA HELFT VAN HET TOTALE GGZ-BUDGET (ZVW, WLZ EN WMO) WORDT INGEZET IN EEN GEÏNTEGREERDE GGZ IN DE WIJK.

De (wijk)netwerken krijgen een integrale gebiedsverantwoordelijkheid, in het bijzonder voor de zorg en ondersteuning aan alle wijkinwoners met een psychische kwetsbaarheid voor wie het wenselijk is om de ondersteuning gemakkelijk op- en af te kunnen schalen en zonder schotten over levensdomeinen heen te kunnen bieden. Dan gaat het voor een belangrijk deel om de populatie van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, maar ook om mensen bij wie 'chroniciteit' nog niet aan de orde is, maar die daar wel een (hoog) risico op lopen. In het kader van deze integrale gebiedsverantwoordelijkheid vervullen de GGZ-(wijk)netwerken, in samenwerking met andere voorzieningen in de wijk, ook een signalerende en preventieve functie.

De gebiedsgerichte GGZ biedt niet alleen zorg (van crisishulp tot woonbegeleiding en toeleiding naar (vrijwilligers)werk of dagbesteding). Belangrijke

functies zijn ook het faciliteren van ontmoeting en lotgenotencontact en netwerkontwikkeling in wijken en kernen, waaronder bijvoorbeeld contacten met huisarts en wijkagent. Het GGZ-netwerk werkt nauw samen met de sociale teams als die er zijn. Daarnaast faciliteert het GGZ-netwerk, ook voor mensen met een minder ernstige kwetsbaarheid, de ontwikkeling van onderlinge steunnetwerken, mede om de afhankelijkheid van professionele zorg terug te dringen. Het streven is in dit scenario om, met de beschikbare capaciteit, toe te werken naar het fors vergroten van het aandeel ervaringsdeskundigen in het medewerkersbestand en het faciliteren van de ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven.

Om de 'geïntegreerde GGZ' mogelijk te maken, spreken gemeenten en zorgverzekeraars af dat zij gefaseerd circa de helft van de huidige budgetten

	Aantal
Mensen met een psychische kwetsbaarheid	8.000-10.000
Geïntegreerde GGZ in de wijk: omvang doelgroep (zorg, signalering en preventie)	8.000-10.000
Geïntegreerde GGZ in de wijk: cliënten met een EPA (flexibel op- en afschalen)	6.500-7.000
Cliënten in geclusterde woonvormen / eigen huur	400
Cliënten in groepswoonvorm / eigen huur	50
Cliënten in BW / Geïntegreerd woon-zorgpakket (Zorg in natura/ZIN)	± 300
Waarvan:	
Cliënten in geclusterde, individuele woonvoorziening	± 150
Cliënten in groepswoonvoorziening	± 150
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 60

voor de intramurale voorzieningen (kortdurende opname en klinisch verblijf) en voor beschermde woonvormen overhevelen naar de beoogde ambulante zorginfrastructuur, inclusief ervaringsdeskundigen.

Het aantal plaatsen voor geïntegreerde woonzorgpakketten (integrale bekostiging van wonen en zorg) is nog verder teruggebracht, grofweg gehalveerd, ten opzichte van de huidige situatie. Om een beeld te geven: 300 plekken komt overeen met de huidige omvang (inclusief PGB) van ZZP 5 en 6. In dit scenario is het aantal 'zuivere' Beschermde Wonen-plekken sterk verminderd. Ook het aantal plaatsen in groepsvoorzieningen is verder teruggebracht, maar het aantal mensen dat in geclusterde woonvoorzieningen woont is nog iets toegenomen; de meesten daarvan huren de woning zelf. Daarmee vallen deze niet langer onder 'Beschermde wonen'.

VOORSTEL

1. We kiezen scenario 3 als toekomstperspectief, stip op de horizon. We stellen een stappenplan op met een tijdpad dat gefaseerd in een periode van zo'n 15 jaar moet leiden tot het bereiken van dit einddoel. In 2020 is scenario 2 als tussenstap bereikt.

2. Binnen de bestuurlijke aanbesteding van Beschermde Wonen bouwen we financiële prikkels in en maken we regionale inkoopafspraken met zorgaanbieders over ambulantisering op basis van een gefaseerde en meerjarige uitvoering van scenario 2 en 3. In de inkoop stellen we tevens eisen aan cultuursensitief werken.

2.3 DE TRANSFORMATIEOPGAVE MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

VISIE

Ook bij Maatschappelijke Opvang staan het maatschappelijk herstel, versterking van de eigen kracht en samenwerking met het sociale netwerk centraal. De opvang is zo kort mogelijk. Bij dakloosheid wordt zo snel mogelijk ingezet op huisvesting, bijvoorbeeld in de vorm van Housing First. Hulpverlening op het gebied van wonen, schuldhulpverlening, psychiatrie en/of verslaving wordt integraal geboden. Uiteraard begint alles met preventie: voorkomen van dakloosheid en verslaving is de beste (en goedkoopste) oplossing. Maatschappelijke Opvang wordt alleen gebruikt als er geen enkele andere mogelijkheid is.

SPEERPUNTEN

Het streven is om de capaciteit van de Maatschappelijke Opvang zo klein mogelijk te houden. Er komt in ieder geval geen capaciteitsuitbreiding. In regio Nijmegen hebben we al een uitgebreid aanbod en we willen waken voor aanzuigende werking. Het beleid bestaat in hoofdlijnen uit 3 speerpunten:

1. *Preventie/beperken instroom*: voorkomen dat mensen een beroep moeten doen op Maatschappelijke Opvangvoorzieningen, voorkomen van instroom van ex-gedetineerden in de opvang (zie par. 3.3), of als gevolg van huisuitzetting via bijvoorbeeld begeleide herkansing;
2. *Opvang*: moeten mensen toch gebruik maken van de voorzieningen, ervoor zorgdragen dat er voldoende en gedifferentieerd aanbod aanwezig is;

3. *Maatschappelijk herstel/terugleiden*: ervoor zorgdragen dat mensen die zijn opgevangen zo snel als mogelijk weer uitstromen en zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren in de maatschappij.

CONCRETE MAATREGELEN: CENTRAAL COÖRDINATIEPUNT EN HERSTELGERICHTE OPVANG

Centraal coördinatiepunt voor de 24 uren-opvang en Beschermde Wonen

Aanvragen voor de Maatschappelijke Opvang lopen momenteel hoofdzakelijk via de Centrale Toegang van IrisZorg, inclusief het administratieve en zorglogistieke proces. De triagisten nemen aanmeldingen voor de Maatschappelijke Opvang in behandeling en beoordelen of een plaatsing in de opvang noodzakelijk is. Zij geven advies over de problematiek en hulpvraag van mensen. Voorstel is om de toegang tot de Maatschappelijke Opvang vorm te geven in de lijn van de werkwijze zoals die ook voor de overige Wmo-ondersteuning gehanteerd wordt. Dit betekent concreet dat sprake is van een brede vraagverheldering die alle levensgebieden omvat, inzet van mogelijkheden door de cliënt vanuit de eigen kracht en het netwerk en het verkennen van alternatieve (tijdelijke) – al dan niet zelfstandige – huisvestingsmogelijkheden.

Daarnaast is het voorstel om de zorgvragen van de doelgroep van Maatschappelijke Opvang en Beschermde Wonen (nu bij de GGD) aan elkaar te verbinden en af te stemmen via één centraal coördinatiepunt. Dit coördinatiepunt heeft niet alleen een functie in de toegang tot voorzieningen (beoordeling van de aanvraag en plaatsing), maar

ook bij het volgen en tussentijds evalueren van het traject van mensen. Alleen als het echt niet anders kan, wordt gekozen voor een intramurale voorziening. Daarom is het des te belangrijker om samen te werken met sociale teams die voorliggende voorzieningen goed in beeld hebben. Deze samenwerking is lastiger als de toegang tot Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang apart zijn georganiseerd. Een optie die we voor de langere termijn bezien, is de toegang te beleggen op lokaal niveau (sociale teams, Wmo-loket, etc.) vanuit het oogpunt dat Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang in principe tijdelijk is.

Doel van het centrale coördinatiepunt is om de instroom goed en eenduidig te regelen, shopgedrag te voorkomen en cliënten naar passende zorg toe te leiden. Complexe casussen en wachtlijstproblemen worden besproken in het ketenoverleg dat wordt voorgezeten door een procesregisseur. Bekeken wordt nog of de gemeente of een externe organisatie de procesregie in handen neemt. We waken hierbij voor extra bureaucratie, die nu beperkt is omdat de triage en administratie voor Maatschappelijke Opvang bij IrisZorg in één hand ligt.

Herstelgericht werken

Er is een effectievere aanpak van de problemen van de doelgroep nodig. Nog te vaak blijven mensen onnodig lang in de opvang, waardoor de opvang 'verstopt' is. In begeleidingstrajecten moet nadrukkelijker en sneller het accent liggen op een hernieuwd perspectief voor deze mensen. Zowel de dag- en nachtopvang, als de 24-uursopvang zijn gericht op zo snel mogelijk maatschappelijk herstel met aandacht

voor alle leefgebieden, van werk & dagbesteding tot wonen en financiën. Voor terugkeer in de samenleving is samenwerking met en een warme overdracht naar sociale (wijk)teams of lokale kernteams of loketten nodig. Daarnaast is een voorwaarde voor snellere uitstroom dat er meer tussenvoorzieningen komen tussen de opvang en zelfstandig wonen. Hier horen, verspreid over de regio, ook Skaeve Huse bij. Skaeve Huse zijn (tijdelijke) woonunits voor dak- en thuislozen die alleen passen in een kleine woongemeenschap met begeleiding, in een rustige en prikkelarme omgeving met ruimte.

VOORSTELLEN

3. Centraal coördinatiepunt Maatschappelijke Opvang/Beschermd Wonen inrichten per sub-regio.
4. Versterking samenwerking tussen Maatschappelijke Opvang en sociale (wijk)teams/kernteams/loketten – toepassing maatwerk en kantelingsprincipes – op termijn mogelijk toegang MO/BW via lokale teams/loketten.
5. Tiel en Nijmegen als centrale locaties voor opvangvoorzieningen behouden – geen uitbreiding voorzieningenniveau - consequent werken vanuit herstelgerichte visie.
6. Aantal tussenvoorzieningen in beide sub-regio's uitbreiden.





SLUITEND NETWERK

3.1 WIJKGERICHTE GGZ

De ambities voor de lokale zorginfrastructuur in wijken en dorpen liggen in het verlengde van de algemene ambities voor de transformatie in de Wmo: versterking van zelfregie en samenredzaamheid, het bieden van een ondersteuningscontinuüm, beschikbaarheid van laagdrempelige voorzieningen en zorgfuncties, flexibiliteit in de ondersteuningsintensiteit en een goede integrale samenwerking om dit alles mogelijk te maken.

SLUITEND (WIJK)NETWERK

Om te zorgen dat mensen met EPA kunnen rekenen op toegankelijke en samenhangende ondersteuning, hebben wij gebiedsgericht georganiseerde (woon) begeleiding voor ogen die binnen wijk- of lokale netwerken korte lijnen hebben met bewoners en met professionals zoals buurtbeheerders (woningcorporaties), politie, sociale (wijk)teams, regieteams, huisartsen, praktijkondersteuners GGZ (POH GGZ), psychologen, verslavingszorg en FACT-teams. Deze netwerken zijn niet alleen van belang voor goede samenwerking, maar vormen samen ook de ogen en oren van de wijk. Zodat problemen, die vaak klein beginnen, op tijd worden gesignaleerd.

Voor een soepele samenwerking willen we toe naar een 'ondersteuningscontinuüm' op wijkniveau met flexibele mogelijkheden om op- en af te schalen. Om bruggen te slaan en te voorkomen dat er 'gaten' vallen in de ondersteuning. Doel is dat binnen deze lokale netwerken samengewerkt wordt op cliënt-

niveau én op collectief niveau door middel van het organiseren van activiteiten en projecten die zijn gericht op inclusie en de-stigmatisering. Vanuit de Sluitende aanpak voor mensen met psychische kwetsbaarheid zijn in beide sub-regio's, Nijmegen en Rivierenland, met behulp van ZonMw-subsidie in 2017 pilots gestart om ervaring op te doen met gebiedsgerichte GGZ-netwerken.

INTEGRAAL ONDERSTEUNINGSPLAN EN CASEMANAGEMENT

Op persoonsniveau heeft iedereen met langdurige hulp een integraal ondersteuningsplan met het accent op herstel. Afhankelijk van de situatie ligt in dit plan het accent op begeleiding (Wmo) of behandeling (Zvw). In het ondersteuningsplan staat onder meer welke signalen duiden op mogelijke terugval en wat betrokkenen kunnen doen en met wie ze contact kunnen opnemen als deze signalen optreden. Het is van belang dat het mogelijk is om bij terugval de zorg snel te kunnen intensiveren en

In een ondersteuningsplan, waarop de indicatie is gebaseerd, staan concrete doelen en daaraan gekoppelde activiteiten/acties om deze doelen te bereiken, die overeengekomen zijn met de cliënten en het sociaal netwerk en zijn afgestemd met andere betrokkenen, zoals vrijwilligers, huisarts, behandelaar of andere hulverleners. De doelen zijn benoemd aan de hand van de leefgebieden uit de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) waarop de cliënt problemen ervaart. In het hulpverleningsplan ligt vast wanneer en op welke wijze de doelen worden geëvalueerd. Evaluatie vindt minimaal één keer per jaar plaats. In het evaluatieverslag wordt in ieder geval gerapporteerd over de geboden activiteiten, de bereikte resultaten, de mate van doelrealisatie en een advies over het vervolg. Over de frequentie en wijze waarop de zorgaanbieder evaluaties terugkoppelt naar de toeleider (GGD, sociaal team, etc.) worden bij de indicatiestelling afspraken gemaakt.

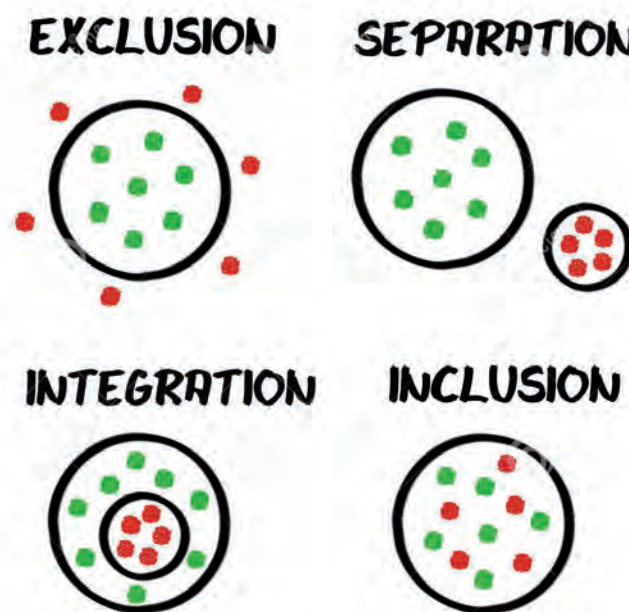
op- en af te kunnen schalen met minimale bureaucratie en behoud van zorgcontinuïteit. Familie, vrienden en burens worden als gelijkwaardig partner betrokken bij het ondersteuningsplan. Hierbij is standaard aandacht voor mogelijke overbelasting bij mantelzorgers en behoud of versterking van het sociale netwerk. Uiteraard wordt hierbij altijd goed gekeken naar de onderlinge verhoudingen, zeker als de verhoudingen verstoord zijn. Het is uiteindelijk aan de cliënt om te bepalen wie hij of zij wil betrekken. Indien nodig is een casemanager aangewezen die de professionele en informele ondersteuning op de diverse leefgebieden coördineert. Per sub-regio zijn eenduidige afspraken gemaakt over de taken en competenties van een casemanager.

INCLUSIE EN PARTICIPATIE

Met alleen goede zorg zijn we er niet. Inclusie en acceptatie zijn minstens zo belangrijk. Zover is de samenleving echter nog niet. Er rust op mensen met een GGZ-achtergrond nog steeds een stigma; ze worden nog te vaak gezien als afwijkend en bedreigend. In vergelijking tot andere (Westerse) landen is in Nederland in veel gevallen sprake van gescheiden werelden op het gebied van werk,

onderwijs, zorg en participatie, zoals de commissie Dannenberg inzichtelijk heeft gemaakt. De ratificatie door Nederland in 2016 van het VN-verdrag voor rechten van mensen met een beperking heeft de

opgave voor gemeenten om te werken aan inclusie nog eens extra bevestigd. We willen van exclusie naar inclusie zoals onderstaand plaatje van Dannenberg weergeeft.



Bron: presentatie Dannenberg



Een beschermde woonvorm Culemborg...

... in Culemborg is een voorbeeld van hoe er een omslag kan komen van weerstand naar contact met de buurt. Het voorbeeld maakt duidelijk dat inclusie niet vanzelf gaat en om blijvende aandacht en investering vraagt. Het contact met de buurt is de afgelopen jaren structureel punt van aandacht geweest. De eerste periode, na de opening van de locatie, ging niet over rozen en het begeleidings-team heeft allerlei acties ondernomen om voorlichting te geven, wederzijds begrip te kweken en tot afspraken te komen. Er zijn initiatieven ontstaan, zoals het organiseren van buurtbarbecues. Dit heeft het contact bevorderd. Eerst was er 6-wekelijks overleg met de buurt, inmiddels nog 4 keer per jaar. Dit zijn vruchtbare overleggen. Er is rechtstreeks contact onderling tussen de bewoners van de beschermde woonvorm en de burens. Er wordt gevraagd naar wel en wee. Begeleiders houden een belangrijke rol in de communicatie: soms is er nog schroom, vooral vanuit de BW-bewoners en de samenstelling van bewoners wisselt nog wel eens. Slotsom is dat de woonvoorziening is opgenomen in de buurt. Er is onderling respect en belangstelling. Wellicht is dit eigenlijk al meer dan je in sommige andere buurten treft!

Bij het bevorderen van de acceptatie en participatie van mensen hebben onder meer hulpverleners, zoals ambulant begeleiders en FACT-teams, een belangrijke rol door ervoor te zorgen dat cliënten actief kennismaken met hun burens en dat hulpverleners bereikbaar zijn voor het geval het misgaat. Als er een beschermde woonvorm komt in een

buurt communiceren we open en transparant met de buurt en maken we afspraken over communicatie in het vervolg. Aanvullend kan een ervaringsdeskundige of (buurt)maatje gekoppeld worden aan de nieuwe bewoners om gewend te raken in de buurt. Behalve contacten in de buurt is ook zinvolle daginvulling cruciaal of het nu om werk, dagbesteding, vrijetijdsbesteding, ontmoeting of vrijwilligerswerk gaat (zie hoofdstuk 4). Inclusie is een opgave voor de hele samenleving. Een manier om bij te dragen aan meer kennis en begrip over en voor mensen met psychische kwetsbaarheid is de training **Mental Health First Aid** (MHFA), overgenomen uit Australië: "Als iemand zijn vinger snijdt of z'n hoofd stoot, pak je de EHBO-koffer. Maar wat als je geliefde of iemand anders in je omgeving een paniekaanval krijgt of depressief overkomt?" MFHA biedt praktisch toepasbare kennis over de meest voorkomende psychische problemen. Deelnemers leren eerste hulp te bieden aan mensen met (beginnende) psychische problemen. Iedereen kan aan de training meedoen, van familie en buurtbewoners tot professionals van bijvoorbeeld woningcorporaties of politie. Er is veel aandacht voor het aanleren van vaardigheden, onder andere hoe te handelen in een crisissituatie.

Een ander voorbeeld dat mensen met een psychische beperking kan helpen om zich thuis te voelen in een buurt zijn de **Wijkringen** (ook wel Buurtcirkels genoemd) die bestaan uit deelnemers die elkaar ondersteunen bij alledaagse dingen, samen boodschappen doen of elkaar gewoon even bellen bijvoorbeeld. De Wijkring wordt gecoördineerd door een vrijwilliger uit de buurt. Er draaien Wijk-

ringen in Groesbeek en in drie Nijmeegse wijken, Heseveld, Grootstal en Lindenholt.

VOORSTELLEN

7. Iedere gemeente beschikt over een "gereed-schapskist" met de volgende ingrediënten:

- In 2020 is in iedere wijk of (cluster van) kern(en) een *sluitend professioneel netwerk* op alle leefgebieden voor mensen met psychische kwetsbaarheid, waarbinnen samengewerkt wordt tussen het medisch domein (van huisarts/POH GGZ tot specialistische GGZ) en het sociale en veiligheidsdomein (sociale teams, werkbedrijf, schuldhulpverlening, woningcorporaties, politie, scholen, etc.). De professionals vormen samen de ogen en oren van de wijk of het dorp en kunnen zo invulling geven aan 'vroegsignalering'. Voor de opzet van dit sluitend (wijk)netwerk wordt gebruik gemaakt van de lessen die zijn geleerd uit de pilots Wijkgerichte GGZ, die zijn voortgekomen uit het Advies- en Verbeterplan Sluitende aanpak psychisch kwetsbare mensen.

- Het professionele netwerk werkt nauw samen met het *informele netwerk* van mensen (familie, vrienden, kennissen, burens), met oog voor eventueel verstoorde verhoudingen binnen het netwerk.

- Eenduidige afspraken over integrale en resultaatgerichte ondersteuningsplannen en de taken en competenties van een *casemanager*.

VOORSTELLEN (VERVOLG)

- In iedere wijk of (cluster van) kern(en) zijn diverse mogelijkheden voor mensen met een GGZ-achtergrond om anderen te ontmoeten.

- Iedere gemeente heeft in najaar 2018 invulling gegeven aan minimaal 70 % van de aanbevelingen uit het Advies- en Verbeterplan Sluitende aanpak psychisch kwetsbare mensen, waaronder deskundigheidsbevordering van professionals in de 0e en 1e lijn.

8. Voor mensen met EPA die zelfstandig wonen, is in iedere sub-regio een *time out*-voorziening beschikbaar waar mensen tijdelijk in een beschermde omgeving kunnen herstellen in het geval van een terugval. Op sub-regionaal niveau maken de gemeenten afspraken over het aantal benodigde plekken en gezamenlijke financiering.

9. In het najaar van 2018 is een *signaalpunt* gerealiseerd waarbij buurtbewoners en professionals vroegtijdig (niet-acute) signalen kunnen melden wanneer mensen zich zorgen maken over iemand en niet weten wat te doen.

Signalen komen binnen bij professionals die kunnen schakelen met zowel de persoon in kwestie als met de buurt en het wijknetwerk. Het schaalniveau van zo'n signaalpunt moet nog worden bepaald. Een optie is om het signaalpunt te koppelen aan Meldpunt Bijzondere Zorg, maar we verkennen ook andere mogelijkheden, waarbij we een relatie leggen met de Wet verplichte ggz (Wvvggz) die er aan komt.

3.2 18-/18+

Verschillende landelijke onderzoeken hebben aangetoond dat jongvolwassenen vaak tussen wal en schip vallen na het bereiken van de volwassenheid met 18 jaar. Ze worden in staat geacht om zelfstandig hun problemen aan te pakken, terwijl sommigen daar nog niet aan toe zijn. Jeugdhulp geldt tot 18 jaar met een mogelijke uitloop tot 23 jaar (verlengde jeugdhulp). Door gebrek aan passende ondersteuning en huisvestings- en financiële problemen vanaf 18 jaar komt deze doelgroep in een latere fase van hun leven weer in beeld bij hulpverleningsinstanties, vaak met complexere problemen.

AANPAK REGIO RIVIERENLAND

Bij het proces zorginkoop Wmo-Jeugd in regio Rivierenland wordt aan zorgaanbieders met wie een raamovereenkomst wordt afgesloten gevraagd of zij mede invulling willen geven aan de samenwerkingsovereenkomst. Naast het algemeen doel van de samenwerking, hoe we met elkaar om gaan en hoe we samen werken, zijn in de samenwerkingsovereenkomst ook de onderwerpen genoemd waarbij we samen werken. Een van deze thema's is de overgang van jeugdzorg naar de Wmo en Wlz (18- /18+). Het thema overgang 18- /18+ is in regio Rivierenland geen nieuw thema. In de periode 2012 tot en met 31 december 2014, heeft in regio Rivierenland het project "Ondersteuning na Jeugdzorg regio Rivierenland (ONJ)" gelopen. Uit dit project is gebleken dat het opstellen van een toekomstplan een instrument is dat kan helpen bij de vormgeving van de ondersteuning vanaf 18 jaar.

Dit toekomstplan is een integraal plan: in samenwerking met de jongere en andere betrokkenen moet worden vastgelegd welke ondersteuning er nodig is op alle leefdomeinen: wonen, school, werk, inkomen, vrienden, relaties en zorg in de overgang naar volwassenheid. Een toekomstplan is een plan dat:

- als doel heeft om met de jongere en het netwerk van de jongere te werken aan de toekomst: participatie en zelfredzaamheid;
- een hulpverlener of vrijwilliger samen met de jongere én het netwerk van de jongere maakt;
- aansluit bij de motivatie en leefwereld van een jongere;
- benoemt welke ondersteuning er nodig is op alle leefdomeinen;
- een risicotaxatie bevat;
- bij voorkeur zo vroeg mogelijk wordt gemaakt, bijvoorbeeld als de jongere 16 jaar is.

Door het opstellen van een toekomstplan kan de jongere anticiperen op de veranderingen. Is ook bij 18+ ondersteuning noodzakelijk, dan kan dit ook worden opgenomen in het plan. De implementatie van het toekomstplan door zorgaanbieders die actief zijn in regio Rivierenland zal vormkrijgen vanaf 2017/2018.

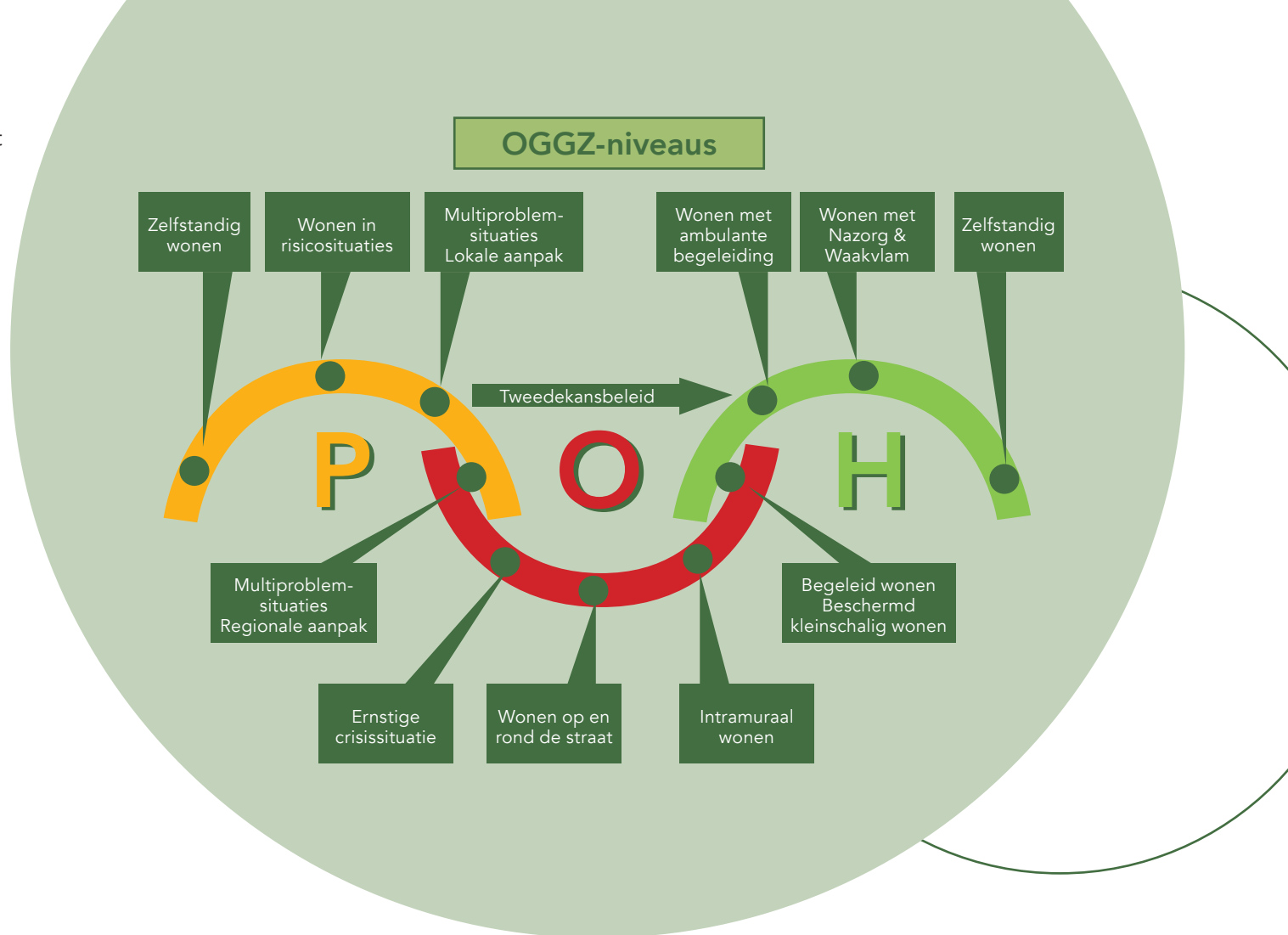
AANPAK REGIO RIJK VAN NIJMEGEN

In 2016 is voor het Rijk van Nijmegen de analyse 'Tussen schip en wal' opgesteld waarbij de problematiek van 18-/18+ in kaart is gebracht van specifiek jongeren die uitstromen uit de residentiële jeugdhulp, naar schatting ongeveer 50 jongeren per jaar. Op basis van deze analyse is een integrale aanpak

ontwikkeld die jongeren toekomstperspectief moet bieden en moet voorkomen dat deze jongeren tussen wal en schip belanden en afglijden. Het integrale aanbod bestaat uit voldoende (betaalbare) huisvesting (zie par. 4.1), financiële coaching, daginvulling (werk, onderwijs, dagbesteding) en gespecialiseerde vormen van ondersteuning. Cruciaal in de integrale aanpak is de coördinatie door een coach die zich minimaal 3 jaar verbindt aan de jongere om de overgang van 18- naar 18+ te begeleiden.

3.3 VANGNET EN BEMOEI-ZORG: WAT GAAT GOED EN WAT KAN BETER

Mensen die tot de bemoeizorg-doelgroep (ook wel OGGZ⁹) behoren, zijn niet in staat zelfstandig te functioneren en in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien door een complex aan problemen op gebieden als werk, inkomen/schulden, opvoeding, verslaving, sociale problemen (eenzaamheid, huiselijk geweld), woonoverlast, etc. Ze hebben dringend hulp nodig om verder afglijden te voorkomen en er kan sprake zijn van risico op overlast voor de omgeving. Problematiek speelt zich vaak 'achter de voordeur' af en is daardoor niet altijd zichtbaar. Het gaat om een kleine groep mensen die vaak geen (gerichte) hulpvraag heeft of geen hulp wil, ze zijn 'zorgmijdend'. Exacte cijfers over de omvang zijn niet beschikbaar, maar landelijk hanteert men meestal een percentage van tussen 0,5 % en 1,5 % van de bevolking. Voor de regio Nijmegen en Rivierenland hebben we het dan over



ca. 5.500 mensen. De risicogroep wordt geschat op 2-5 % van de bevolking. Lokale zorgnetwerken, waarbinnen hulpverleners, politie en corporaties samenwerken, zijn cruciaal voor signalering en regie op deze doelgroep. Doorontwikkeling van de lokale zorgnetwerken, gericht op de bemoeizorg-doelgroep, is nodig voor een passend vangnet en om instroom in de

opvang te beperken. Er is nu teveel variatie in de wijze waarop de lokale zorgnetwerken zijn vormgegeven. We blijven inzetten op POH: Preventie, Opvang en Herstel.

⁹ OGGZ STAAT VOOR OPENBARE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG.

REGIONALE AGENDA - REGIOVISIE OGGZ 2013-2017

De Regionale Agenda en Regiovisie OGGZ 2013-2017 sloot qua uitgangspunten en aanpak aan bij de visie op de transities, zoals zelfregie, integraal werken en zo lokaal mogelijk. Hieraan gekoppeld zijn in deze agenda diverse actiepunten geformuleerd die nog steeds relevant zijn voor deze kwetsbare doelgroep. Veel van deze actiepunten zijn geïntegreerd en geconcretiseerd in andere onderdelen van dit plan, zoals afspraken tussen gemeenten over opname van uitstromers vanuit de Maatschappelijke Opvang (par. 2.3), afspraken met woningcorporaties (par. 4.1) en zorgverzekeraars (o.a. waar het gaat op wijkgerichte GGZ, par. 2.2 en 3.1), casemanagement (par. 3.1) en over schuldhulpverlening/financiën (par. 4.4).

GOED GEËQUIPEERDE EN FUNCTIONERENDE LOKALE ZORGNETWERKEN

Een actiepunt waar in de regio's Nijmegen en Rivierenland wisselend invulling aan is gegeven, is dat iedere (cluster van) gemeente(n) een goed functionerend lokaal zorgnetwerk dient te hebben voor multi-probleemhuishoudens, waarbinnen sprake is van samenwerking op casusniveau tussen zorgverleners en leefbaarheidspartijen (m.n. woningcorporaties en politie) en dwang en drang kan worden toegepast.

TOELEIDING NAAR ZORG VIA HET MELDPUNT BIJZONDERE ZORG

Bij zeer ernstige complexiteit van de casus kan vanuit de lokale zorgnetwerken worden opgeschaald naar het Meldpunt Bijzondere Zorg (GGD) voor (specia-

listische) hulp. Het Meldpunt Bijzondere Zorg (MBZ) vormt een belangrijke rol bij de advisering, de toeleiding naar- en coördinatie van zorg bij (dreigende) dakloosheid, vervuiling, verwaarlozing, verkommering en verloedering. Specifieke taken daarbij: toeleiding naar zorg in het kader van nazorg ex-gedetineerden, Praktijk Buitenzorg/medische zorg aan daklozen, screenen van casussen in het Veiligheidshuis en het voeren van de regie op de zorgketen straat- en jeugdprostitutie.

SPECIFIEKE DOELGROEPEN: EX-GEDETINEERDEN EN PROSTITUTIE

Daarnaast is nog een aantal acties voor specifieke doelgroepen binnen de OGGZ actueel:

- Nazorg ex-gedetineerden en forensische zorg: de huidige Nijmeegse aanpak nazorg ex-gedetineerden wordt in 2017 geanalyseerd op de effectiviteit van de aanpak en samenwerking. Op basis hiervan zullen we verbeteringen doorvoeren in de zorgketen en bekijken we de mogelijkheden om de regionale afstemming te versterken. Een aantal mensen heeft na afloop van een rechterlijke maatregel op basis van de Wet forensische zorg nog zorg nodig via de Wmo. Dit kan gaan om ambulante begeleiding, beschermd wonen of maatschappelijke opvang. Ook dan is een warme overdracht noodzakelijk.
- Zorgketen prostitutie: 2017 is het laatste jaar waarin met incidenteel budget van het rijk, een extra impuls op de zorgketen prostitutie is gegeven. We kijken in overleg met direct betrokken organisaties in de keten - NIM/Swon, Iriszorg, MEE en het MBZ (regievoerder) - welke activitei-

ten vanaf 2018 nodig zijn om een goede borging van preventie, zorg- en uitstroomactiviteiten mogelijk te maken.

VOORSTELLEN

10. Iedere gemeente heeft in aansluiting op de wijkgerichte GGZ een lokaal zorgnetwerk voor multi-probleemhuishoudens waarbinnen, indien nodig, wordt gewerkt met dwang en drang. Gemeenten maken hiertoe een bondig uitvoeringsplan, inclusief afstemming met de regionale voorzieningen zoals MBZ.

11. We benutten de analyse van de Nijmeegse aanpak nazorg ex-gedetineerden voor versterking van de effectiviteit van de nazorg en voor versterking van regionale samenwerking.

12. We borgen de regionale aanpak op de zorgketen prostitutie.

INTERVENTIETEAM 2.0

In zowel het Rijk van Nijmegen als in Rivierenland is een Interventieteam samengesteld met vertegenwoordigers van de diverse zorgketenpartners waaronder JBG, Pro Persona, RIBW, Iriszorg, Thuiszorg en MEE. Vanuit deze interventieteams worden onder regievoering van het MBZ bemoeizorgtrajecten voor complexe zorgmijders en/of overlast gevende cliënten geïndiceerd en uitgezet bij de deelnemende partners. De deelnemers in het team leveren elk een bijdrage vanuit hun specifieke expertise.

Voor jongeren is er het jeugdFACT, een samenwerkingsverband van Iriszorg, NIM, Pro Persona, Pluryn en het Regionaal Jongerenloket.

In de Sluitende aanpak voor mensen met psychische kwetsbaarheid 2017 (Gelderland-Zuid) is onder de noemer Interventieteam 2.0 een versterking van de twee huidige interventieteams opgenomen. De huidige interventieteams, één in regio Nijmegen en één in regio Rivierenland, bieden bemoeizorg aan 'zorgwekkende zorgmijders' en dak- en thuislozen en zorgen voor toeleiding naar reguliere zorg. Doel van het Interventieteam 2.0 is sneller te reageren en de samenwerking te verbeteren tussen politie en zorgverleners rondom mensen die ontregelen in de openbare ruimte, met name de politie, huisartsenpost, crisisdienst en regulier zorgverleners. Dit is vooral van belang als blijkt dat er bij een 'verwarde' persoon buiten kantoortijden bij nader inzien sprake is van een niet-acute melding. In concreto worden de interventieteams nu uitgebreid met een wijkagent, een verpleegkundig specialist, een ervaringsdeskundige en in regio Nijmegen met een professional met lvb-expertise (in regio Rivierenland al aanwezig). Het Interventieteam 2.0 handelt op basis van E33-meldingen bij politie, meldingen bij de Huisartsenpost (HAP), Meldpunt Bijzondere Zorg, Buitenzorg, de crisisdienst en vanuit de wijk. Alle psychisch kwetsbare mensen die via het IV-team 2.0 in beeld komen, wordt de mogelijkheid geboden van een CTI-traject. Hier maakt ook de crisiskaart onderdeel van uit. Critical Time Interventie (CTI) is een evidence based interventie voor kwetsbare mensen die in hun leven een kritische transitie doormaken als gevolg van

een escalerende crisissituatie of ingrijpende levensgebeurtenis. Cliënten zijn in zo'n transitieperiode vaak de greep op hun bestaan kwijt: er is veel spanning en onzekerheid, maar tegelijkertijd is er vaak een grotere bereidheid om te veranderen. CTI speelt hierop in door cliënten in deze periode emotionele en praktische steun te bieden. CTI inzetten als vroeg-interventie is nieuw, maar biedt kansen vanwege de sterk op herstelgerichte werkmethode.

3.4 ACUTE OPVANG – SPOEDIG DICHTBIJ

In de Sluitende aanpak voor mensen met psychische kwetsbaarheid is, naast investeringen in het voorveld, ook een aantal maatregelen opgenomen voor het geval het toch mis gaat, wat nooit helemaal te voorkomen is. De belangrijkste zijn:

- Standaardgebruik crisiskaart
- Multidisciplinaire crisisbeoordelingskamer
- Passend vervoer

STANDAARD GEBRUIK CRISISKAART

Binnen de 'Sluitende aanpak' is uitbreiding van het gebruik van crisiskaarten een speerpunt. Een crisiskaart is een persoonlijke kaart waarop staat vermeld hoe iemand met psychiatrische problematiek in een crisis benaderd en opgevangen wil worden. Met de crisiskaart houden mensen de regie over behandeling, medicatie en maatregelen in hun persoonlijke omgeving tijdens een (dreigende) crisis. In regio Gelderland-Zuid is Pro Persona de verantwoordelijke GGZ-instelling die de crisiskaart

aanbiedt. Dit is nu gekoppeld aan de behandeling. Ook na afsluiting van de behandeling is de crisiskaart een waardevol instrument. Daarom is het zinvol halfjaarlijks de kaart te updaten. Dit hebben we buiten de behandelsetting nog niet geregeld. Als de cliënt niet in behandeling is, zou deze taak opgepakt kunnen worden door de huisarts, praktijkondersteuner GGZ of een mantelzorger, maar ook een cliëntgestuurde organisaties is een optie.

MULTIDISCIPLINAIRE CRISISBEOORDELINGS-KAMER (M-CBK) EN GEBUNDELDE CRISISZORG

Verschillende signalen uit het werkveld vormen aanleiding voor het ontwikkelplein M-CBK. Zo komt de politie in Gelderland-Zuid steeds vaker in contact



met mensen die in de war zijn en overlast veroorzaken in de openbare ruimte. De E33 meldingen (de code waaronder de politie deze incidenten registreert) hebben in Rivierenland voor 80 tot 90 % betrekking op middelengebruik. Iemand in verwarde toestand heeft veilige opvang, zorg en aandacht nodig en hoort niet thuis in de politiecél. In regio Nijmegen is per 1 juli 2016 bij Pro-Persona een crisisbeoordelingskamer (CBK) geopend. Deze kamer is bedoeld voor de beoordeling van mensen met acute psychiatrische nood, niet voor mensen met een verstandelijke beperking of dementie, of voor mensen met verward gedrag in combinatie met dronkenschap of middelengebruik. In Rivierenland is de voorziening van een CBK er nog niet. De crisisdienst (crisis-DBC) wordt door de zorgverzekeraar ingekocht bij Pro Persona. Gebleken is dat ook hier de verslavingszorg en LVB-zorg geen onderdeel uitmaken van de crisisdienst/IHT. Een ander signaal is dat het ambulancevervoer in Gelderland-Zuid in een weekend rond de 60 meldingen krijgt van 'mensen met verward gedrag'. Het ambulancepersoneel schakelt de huisarts in of vervoert deze persoon naar de Spoedeisende hulp. Deze maken vervolgens een inschatting of de patiënt gezien moet worden door de crisisdienst. De ambulancedienst schakelt zelf niet rechtstreeks met de crisisdienst. Als laatste blijkt dat de continuïteit van zorg, na het wegnemen van de crisis, in Gelderland-Zuid niet goed geregeld is voor die personen die geen zorgkader hebben. Hierdoor gaan mensen die psychisch ernstig zijn ontregeld weer 'op straat' na de (bijv. somatische) beoordeling, ook als de expert vindt dat dit onverantwoord is. Doel van de M-CBK is te komen tot een definitieve

opvang en meer samenhang in de crisiszorg in beide sub-regio's voor alle doelgroepen. De M-CBK is humane, veilige opvang met een borging van de follow-up, ook in de avond-, nacht- en weekend-uren. Voorwaarde is dat is vastgesteld dat deze persoon niet in de thuissituatie beoordeeld kan worden. Voordat een keuze wordt gemaakt voor een multidisciplinaire beoordelingskamer wordt binnen het ontwikkelplein als tussenstap een verbeterslag gemaakt in het acute meldingsproces. Dit moet in de loop van 2018 leiden tot:

1. Concreter inzicht in de omvang van acute psychische meldingen, de (gewenste) plek van beoordeling en benodigde voorzieningen in het kader van een passende follow-up;
2. Een verbetering bij het inschakelen van de juiste professional voor een beoordeling met de garantie op een follow-up;
3. Een experiment met een triagist in de centrale meldkamer van Gelderland-Zuid.

PASSEND VERVOER

Voor de inrichting van passend vervoer van 'verwarde personen' als alternatief voor vervoer door de politie, is een werkgroep geformeerd op het niveau van Gelderland-Zuid en Gelderland-Midden, onder regie van het Acute Zorgregio Oost (AZO).

VOORSTEL

13. Sluitende aanpak psychische kwetsbaarheid – programmalijsn Spoedig dichtbij: uitrol crisiskaart, Interventieteam 2.0, multidisciplinaire beoordelingskamer/gebundelde crisiszorg en passend vervoer.



IMPULS OP ALLE LEEFGEBIEDEN

4.1 WONEN

WAT IS ER AL?

Gemeenten maken prestatieafspraken met woningcorporaties over diverse onderwerpen, waaronder wonen en zorg. De afspraken variëren per gemeente. Zo hebben Nijmegen en Tiel afspraken over het reserveren van woningen voor bijzondere groepen (Werkgroep Bijzondere Bemiddeling/WBB) en begeleide herkansing. Nijmegen ontwikkelt vanuit haar centrum-gemeentetaak voor maatschappelijke opvang woonprojecten voor zeer kwetsbare mensen, zoals Housing First en Skaeve Huse.

AMBITIE

Iedereen die met of zonder ondersteuning zelfstandig kan en wil gaan wonen of blijven wonen, krijgt een passende woning in de eigen omgeving of in de omgeving waar de meeste kans op herstel is. Daarbij houden we enerzijds zoveel mogelijk rekening met de draagkracht van dorpen en wijken en anderzijds met de woonbehoefte van mensen, zoals prikkelarm wonen.

”

IEDEREEN EEN PASSENDE

WONING IN EIGEN

OMGEVING OF WAAR

MEESTE KANS

OP HERSTEL IS

Woonvarianten

Voor de groep cliënten waar de overgang van intramuraal naar zelfstandig wonen te groot is, is behoefte aan tussenliggende woonvormen, zoals trainingshuizen, geclusterd zelfstandig wonen of zelfstandig begeleid wonen met 24-uursbereikbaarheid (zie par. 2.2). Hierbij zien we onder meer kansen voor een creatieve invulling van (leegstaande) grote panden waarin een 'magic mix' van doelgroepen wordt gehuisvest. In andere steden zijn hiervan al voorbeelden, zoals de Short Stay Facility in Dordrecht, die we als inspiratiebron beschouwen. Een aantal GGZ-cliënten heeft bijvoorbeeld behoefte aan 'lotgenoten' in de buurt, waarvoor geclusterd zelfstandig wonen een oplossing kan zijn. Als sprake is van zelfstandige woonunits binnen een intramurale

woonvorm is het relatief eenvoudig om zo'n woonvorm om te zetten naar extramurale geclusterde zelfstandige woningen. Binnen het spectrum van woonvarianten blijft voor een aantal cliënten ook altijd aanbod voor Beschermd Wonen in de vorm van een intramurale voorziening noodzakelijk. Specifiek voor jongvolwassenen is behoefte aan meer betaalbare kamerbewoning/studio's voor niet-studenten.

Toewijzingsbeleid

Woningcorporaties zijn niet alleen van belang voor het realiseren van woonvarianten, maar ook met het oog op het toewijzingsbeleid. Om diverse redenen is het van belang om afspraken te maken met woningcorporaties over de beschikbaarheid van geschikte woningen in relatie tot de transformatieopgave die we hebben voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke opvang:

- Afspraken over het leveren van voldoende begeleiding om problemen in de leefomgeving te voorkomen;
- Om te zorgen dat de beschikbaarheid van een woning afgestemd kan worden op het gewenste moment van uitstroom. Veel mensen uit de doelgroep hebben een zeer laag inkomen en daardoor behoefte aan een goedkope of zeer betaalbare huurwoning. Ondanks het aantal woningen dat nodig zal zijn voor de extramuralisering¹⁰ is de verwachting dat het probleem niet zozeer is dat er een structureel tekort aan betaalbare woningen is, maar dat een geschikte woning niet altijd op korte termijn beschikbaar is. Het is van belang dat de woonplek zoveel mogelijk de kans op succesvolle zelfstandigheid vergroot;

- Om grip te houden op de spreiding van kwetsbare doelgroepen over buurten en straten en concentratie te voorkomen met het oog op de draagkracht van buurten. Op langere termijn streven gemeenten naar meer variatie in wijken en dorpen door 'goedkoop' te bouwen in 'dure' buurten en andersom ook koopwoningen te bouwen in buurten met veel sociale huur.

In met name Nijmegen en Tiel wordt al enige jaren ervaring opgedaan met de Werkgroep Bijzondere Bemiddeling die woningen toewijst voor bijzondere doelgroepen, zoals vergunninghouders en mensen die uitstromen uit een zorginstelling of de opvang. Het aantal woningen dat via bijzondere bemiddeling wordt toegewezen is aan een maximum gebonden, om balans te houden tussen de vraag van bijzondere doelgroepen en gewone woningzoekenden. Daarover maken we afspraken met de woningcorporaties. Overigens hebben we het hier alleen over uitstroom, een groot deel van de ambulantisering zal gerealiseerd (moeten) worden via instroombeperking. Daarnaast is het niet voor alle mensen die kunnen uitstromen uit Beschermd Wonen of Opvang nodig om een woning te regelen via bijzondere bemiddeling. Een aantal mensen kan via de reguliere weg (Entree in regio Nijmegen) aan een woning komen, als hier op tijd op wordt geanticipeerd in begeleidingsplannen.

Speciale aandacht voor jongvolwassenen

Nauw verwant aan bovenstaande voorwaarde is de noodzaak van aandacht voor de financiële situatie van veel mensen met een psychische kwetsbaarheid. Met name jongvolwassenen verkeren vaak in

een slechte financiële positie. Dat belemmert nog eens extra de toegang tot een toch al krappe woningmarkt. Hierboven zagen we al dat een relatief zeer groot deel van Beschermd Wonenbewoners bestaat uit jongvolwassenen. De indruk bestaat dat met Beschermd Wonen daarmee deels ook huisvestingsproblemen worden opgelost. Omgekeerd draagt de situatie ertoe bij dat bewoners die zelfstandig willen wonen (of voor wie de aanbieder de woning wil 'omklappen') tegen financiële barrières aanlopen.

Voor jongvolwassenen zullen we tot creatieve woonoplossingen moeten komen via bijvoorbeeld kamerbewoning in combinatie met zelfstandigheidstraining.

Weer thuis

We kunnen de transformatie-opgave niet realiseren zonder medewerking van woningcorporaties. Reden voor centrumgemeente Nijmegen om zich samen met woningcorporaties en (de belangrijkste) zorgaanbieders aan te sluiten bij het landelijk programma Weer thuis. Binnen dit programma vertalen we gezamenlijk de woonopgave die voortvloeit uit de ambulantisering naar concrete afspraken over wonen en begeleiding

10 IN DE QUICK SCAN WONEN - UITGEVOERD ONDER DE INSTELLINGEN VAN DE FEDERATIE OPVANG, GGZ NEDERLAND EN DE RIBW ALLIANTIE - WORDT GESCHAT DAT LANDELIJK CIRCA 10.000 EXTRA WONINGEN NODIG ZIJN - MET NAME BETAALBARE EN PASSENDE 1-2 KAMERWONINGEN - OM DE HUIDIGE BW- EN MO-CLIËNTEN DIE, MITS VOLDOENDE BEGELEIDING AANWEZIG IS, ZELFSTANDIG Zouden kunnen wonen (naar schatting 16.000 mensen) van een woning te kunnen voorzien (FEDERATIE OPVANG, 2016). IN GELDERLAND-ZUID KOMT DAT GEËXTRAPOLEERD NEER OP RUIM 300 WONINGEN VERSPREID OVER EEN LANGERE PERIODE AFHANKELIJK VAN HET GEKOZEN SCENARIO.

VOORSTELLEN

14. Samen met woningcorporaties en zorgaanbieders: op basis van scenario 3 opzet van een regionaal ontwikkelprogramma met fasering - Weer Thuis - voor diverse woonvarianten en (tijdelijke) terugvalmogelijkheden voor de verschillende stadia tussen Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen en begeleid zelfstandig wonen (trainingshuizen, omklapwoningen, op- en afschalingsmogelijkheden van intramuraal naar extramuraal en andersom, tijdelijk verblijf).

Iedere gemeente (individueel/sub-regionaal/regionaal) maakt op basis van het ontwikkelprogramma Weer Thuis prestatieafspraken met woningcorporaties over:

- De beschikbaarheid van passende betaalbare woningen met bijzondere aandacht voor huisvesting voor jongvolwassenen met EPA met een (zeer) laag inkomen (kamers met kansen bijv.), met name in het kader van het toewijzingsbeleid – in elke gemeente afspraken over Bijzondere Bemiddeling.
- Spreiding van de huisvesting van kwetsbare doelgroepen regio-breed en op buurt-/straat-niveau.
- Leefbaarheid - korte lijnen tussen medewerkers woningbouwcorporaties (zoals woonconsulenten en buurtbeheerders), zorgverleners en sociale wijkteams (zie par 3.1 Wijkgerichte GGZ)
- Bejegening richting deze doelgroep (huurachterstand, inhouden van huur waar nodig, overlast, tweede kans-beleid, etc.) op basis van een regionaal overeengekomen set van basisafspraken.

4.2 WERK EN DAGBESTEDING

WAT IS ER AL?

Werkzaam Rivierenland

Werkzaam Rivierenland voert voor een aantal gemeenten in regio Rivierenland de Participatiewet en de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) uit¹¹. In een netwerk van organisaties werkt Werkzaam Rivierenland samen om de arbeidsmarktregio optimaal te bedienen, vanuit de visie: talent werkt voor Rivierenland. Werkzaam voert niet alle onderdelen van de Participatiewet uit. Zij keert voor alle gemeenten waarvoor zij werkt uitkeringen uit, maar de begeleiding van inwoners met 'profiel 4' gebeurt door de gemeenten. Dit zijn inwoners die een grote afstand hebben tot de arbeidsmarkt, vaak als gevolg van psychische beperkingen. Voor hen is maatschappelijke participatie voorlopig het hoogst haalbare. Werkzaam begeleidt wel alle inwoners die wel binnen afzienbare tijd naar werk kunnen worden begeleid. Werkzaam Rivierenland weet dat er mensen zijn die een dienstverband Wsw hebben of een uitkering ontvangen en beschermd wonen. Werkzaam registreert dit aantal (tot nu toe) niet. Naast de inzet van landelijke instrumenten, zoals de banenafpraak en beschutte werkplekken, is en gaat Werkzaam aan de slag met onderstaande projecten die (mede) gericht zijn op de doelgroep psychisch kwetsbaren:

- In augustus 2017 is de subsidieaanvraag "Bevordering arbeidsparticipatie mensen met psychische aandoeningen – Stimulering regionale samenwerking GGZ-Werk & Inkomen" goedgekeurd die vanuit de arbeidsregio Rivierenland

was ingediend bij het ministerie SZW.

- Werkzaam Rivierenland is onlangs gestart met het aanbieden van Leerwerktrajecten. Het doel van deze leerwerktrajecten, waarin leren en werken wordt gecombineerd, is het vergroten van de kans op duurzame uitstroom van mensen met onder andere een psychische beperking. Ook vanuit dit project kunnen verbindingen worden gelegd met mensen die beschermd wonen.
- Werkzaam Rivierenland start met een proeftuin binnen de voorziening 'Beschut werk Participatiewet' waarbij samen wordt gewerkt met instellingen voor arbeidsmatige dagbesteding.

Het WerkBedrijf Rijk van Nijmegen

Het WerkBedrijf bemiddelt voor 7 gemeenten uit het Rijk van Nijmegen werkzoekenden naar werk. Kandidaten met een bijstandsuitkering worden door de gemeente waar zij wonen, aangemeld bij het WerkBedrijf. Kandidaten zonder uitkering kunnen zichzelf melden voor ondersteuning richting werk. Het WerkBedrijf voert ook de Sociale Werkvoorziening uit voor het Rijk van Nijmegen. Veel kandidaten van het WerkBedrijf hebben multi-problematiek en komen moeilijk aan het werk. Consulenten van het WerkBedrijf zijn regelmatig te vinden in sociale (wijk)teams om te kunnen schakelen tussen zorg,

¹¹ WERKZAAM RIVIERENLAND VOERT DE PARTICIPATIEWET UIT VOOR DE GEMEENTEN: GELDERMALSEN, TIEL, CULEMBORG, ZALTBOMMEL, NEERIJNEN, WEST MAAS EN WAAL EN MAASDRIEL. DE WET SOCIALE WERKVOORZIENING VOERT ZIJ UIT VOOR GELDERMALSEN, TIEL, CULEMBORG, ZALTBOMMEL, NEERIJNEN, MAASDRIEL, BUREN EN NEDER-BETUWE. LET WEL DAT DE GEMEENTEN ZALTBOMMEL EN MAASDRIEL VALLEN WAT BETREFT BESCHERMD WONEN/MAATSCHAPPELIJKE OPVANG ONDER CENTRUMGEMEENTE DEN BOSCH.

werk en bijvoorbeeld woonsituatie. Het WerkBedrijf zet specifiek voor jongeren tot 27 jaar gecombineerde trajecten in van zorg, werk of opleiding. Het WerkBedrijf probeert hiermee alle jongeren binnen 2 jaar weer toe te leiden naar een opleiding of werkplek. Als dit niet mogelijk is, wordt er een traject samengesteld hoe dit in de toekomst wel weer bereikt kan worden. Voor deze jongeren kan het ook zijn dat er wordt toe geleid naar beschermd wonen, omdat de huidige woonsituatie niet voldoet.

Het WerkBedrijf voert met iedere kandidaat een individueel gesprek om de mogelijkheden richting werk in kaart te brengen. Het WerkBedrijf heeft hierbij een divers aantal instrumenten dat ingezet kan worden:

- Trainingen om werknemersvaardigheden te leren, soms binnen de interne muren van het WerkBedrijf, in andere gevallen op een leerwerkplek.
- IPS -Individuele Plaatsing en Steun. IPS is geïntegreerd met de behandeling van de cliënt: de werktrajectbegeleider is ook lid van een GGZ-(behandel) team. Kandidaten met een bijstandsuitkering en een ernstig psychiatrische aandoening die in behandeling zijn van een GGZ-instelling komen hiervoor in aanmerking. Het traject loopt 3 jaar en is een combinatie van zorg, re-integratie en jobcoaching. Een kandidaat wordt zo snel mogelijk op een betaalde werkplek geplaatst en de kandidaat ontvangt daarna nog langdurig ondersteuning op de werkplek door de IPS- trajectbegeleider, zowel gericht op de kandidaat als collega's. Nijmegen zet in op 100 IPS-trajecten in de periode 2017-2020, andere gemeenten in regio Nijmegen sluiten hierop aan.



”
BEHANDELING EN
BEGELEIDING GAAN HAND
IN HAND MET WERK,
ZINVOLLE DAGBESTEDING
OF OPLEIDING

- Indicatie Beschut werk of Banenafpraak voor kandidaten die (nog) niet in staat zijn om zelfstandig het wettelijk minimum loon te verdienen. Met de indicatie Banenafpraak kunnen werkgevers aanspraak maken op wettelijke loonkosten-subsidie voor de verminderde loonwaarde van de kandidaat.
- Indien kandidaten net niet in aanmerking komen voor een indicatie Beschut werk of Banenafpraak kan het WerkBedrijf een tijdelijke loonkostensubsidie inzetten of werkplekaanpassingen uitvoeren.
- Dagbesteding. Voor sommige kandidaten is betaald werk een te grote stap. Er is een onderscheid tussen ontwikkelingsgerichte en arbeidsmatige dagbesteding. Bij ontwikkelingsgerichte dagbesteding zijn activiteiten meer gericht op basisvaardigheden en zijn de activiteiten vaak een vorm van recreatie of hobby. Ontwikkelingsgerichte dagbesteding wordt ingezet vanuit de sociale teams, arbeidsmatige dagbesteding vanuit het WerkBedrijf. Bij arbeidsmatige dagbesteding is sprake van een vorm van productie of dienstverlening (oftewel 'begeleid werk') en wordt gewerkt aan ontwikkeling van arbeidsvaardigheden. Arbeidsmatige dagbesteding wordt altijd voor maximaal 2 jaar ingezet. Na die periode wordt er altijd gekeken of de volgende stap op de arbeidsmarkt kan worden gezet.

UWV

Het UWV WERKbedrijf begeleidt mensen met diverse uitkeringsachtergronden (WW, Wajong, ZW en WIA/WAO) richting werk. Er wordt op basis van maatwerk gekeken wat iemand nodig heeft om een plaats te krijgen op de arbeidsmarkt of om daar-

naar terug te keren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van interne reguliere dienstverlening of externe dienstverlening die wordt ingekocht. Het UWV heeft de volgende vormen van dienstverlening:

- De reguliere dienstverlening begint met een individueel gesprek waarin de adviseur werk of arbeidsdeskundige samen met de werkzoekende de mogelijkheden in kaart brengt.
- Binnen de aanvullende dienstverlening kunnen werkzoekenden workshops of een langdurige training volgen. Ook worden er speeddates met werkgevers of banenmarkten georganiseerd.
- Intensievere begeleiding koopt het UWV in de vorm van re-integratietrajecten extern in. Onder 'Werkfit' vallen bijvoorbeeld re-integratieactiviteiten die zijn gericht op versterking werknemersvaardigheden, vergroting persoonlijke effectiviteit en het in beeld brengen arbeidsmarktpositie.
- In overleg met UWV is scholing mogelijk en eventuele vergoeding van een opleiding.
- Bij 'Naar werk' wordt een werkzoekende ook daadwerkelijk geplaatst in een bedrijf. Of hij of zij start een eigen bedrijf. De re-integratiedienst blijft betrokken om te ondersteunen bij het behouden van werk.
- Ook het UWV koopt IPS-trajecten in bij GGZ-instellingen.
- Onderzoek: UWV heeft een landelijke Kennisagenda¹² opgesteld waarin kennisvragen zijn geformuleerd, waarbij twee thema's gaan over uitkeringsgerechtigden met een ernstige psychische aandoening: hoe kunnen klanten met een psychische aandoening het beste ondersteund worden bij de toeleiding naar werk en welke interventies zijn hierbij effectief en efficiënt?

AMBITIE EN VOORSTELLEN

15. Alle mensen met (psychische) kwetsbaarheid hebben duurzaam (beschut/begeleid) werk, zinvolle dagbesteding of zitten in een opleidings- of leer-werktraject. Krijgen van werk is één, behoud van werk is twee. Dit vraagt om nauwe en blijvende samenwerking tussen de domeinen werk, onderwijs en zorg en tussen professionals en het sociale netwerk van mensen.

16. De beide werkbedrijven in Regio Rivierenland en regio Rijk van Nijmegen bieden een gevarieerd scala aan instrumenten aan om kwetsbare groepen toe te leiden naar (begeleid of beschut) werk.

17. Behandeling en begeleiding worden zo snel mogelijk gecombineerd met toeleiding naar (beschut/begeleid) werk of dagbesteding. "Werk is de beste zorg" en medisch en maatschappelijk herstel gaan hand in hand. Dit impliceert dat de inzet van instrumenten als IPS de komende jaren regio-breed wordt uitgebreid.

¹² UWV, KENNISAGENDA 2016-2017, ONLINE BESCHIKBAAR VIA: [HTTPS://WWW.UWV.NL/OVERUWV/IMAGES/UWV%20KENNISAGENDA%202016-2017.PDF](https://www.uwv.nl/overuwv/images/uwv%20KENNISAGENDA%202016-2017.pdf) (GERAADPLEEGD 13 SEPTEMBER 2017).



4.3 MAATSCHAPPELIJKE PARTICIPATIE EN SOCIAAL NETWERK

WAT IS ER AL?

De welzijnsvoorzieningen en (vrijwilligers)organisaties variëren per gemeente: van participatiecoaches, maatjesprojecten, vrienden- en Wijkringen en Uniek sporten tot steunpunten Mantelzorg, wijk- en dorpscentra, inloopvoorzieningen en dagbesteding. Dagbesteding (Wmo) voor mensen met een psychiatrische en/of verstandelijke beperking wordt in zowel regio Rivierenland (inclusief Lingewaal) als het Rijk van Nijmegen op regionaal niveau ingekocht. Ook zijn in beide regio's decentrale inloopvoorzieningen voor inwoners met een psychiatrische beperking. In regio Nijmegen heeft vrijwel elke gemeente één of meerdere inloopvoorzieningen die gerund worden door een samenwerkingsverband van Ixta Noa, RIBW en het Zelfregiecentrum. Er wordt zoveel mogelijk en steeds meer gewerkt met ervaringsdeskundigen. In regio Rivierenland zijn er inlooppunten in Culemborg, Tiel, West Maas en Waal (RIBW) en Leerdam en Gorinchem (Yulius). De inlooppunten hebben een functie als luisterend oor, laagdrempelige ontmoetingsplek en als opstap

naar andere vormen van participatie. Er zijn, afhankelijk van de wensen van de bezoekers, (re) creatieve activiteiten, educatieve activiteiten en 'samen koken en eten'.

AMBITIE

Om te komen van exclusie naar inclusie zal in iedere gemeente een breed scala aan activiteiten toegankelijk moeten zijn voor mensen met een psychiatrische achtergrond met diverse gradaties van inclusie, zodat doorstroming mogelijk is tussen verschillende vormen en gradaties van participatie (inclusief terugvalopties) en mensen met een psychiatrische achtergrond vanuit een beschermde omgeving toe kunnen groeien naar inclusie. Inclusie gaat niet vanzelf. Inclusie vraagt om een mentaliteitsverandering en samenwerking en kennisoverdracht tussen specialistische begeleiders en reguliere voorzieningen en activiteiten: hoe ga ik om met iemand met autisme bijvoorbeeld? Behalve continue aandacht voor inclusie in het reguliere aanbod, willen we de mentaliteitsverandering kracht bijzetten met een doorlopende campagne gericht op de-stigmatisering. Dit zal een gemeenschappelijke campagne zijn voor de brede regio, met ruimte voor lokale aansluiting.

"Wensen van mensen met EPA hebben betrekking op universele thema's zoals geaccepteerd en erkend worden als volwaardig persoon, goede persoonlijke relaties met familie, vrienden en kennissen, actief zijn in vrijetijdsbesteding en andere sociale activiteiten en het deelnemen aan werk of onderwijs. Mensen met EPA hebben, kort gezegd, dezelfde levenswensen als andere burgers, maar ze stuiten bij het realiseren daarvan op veel meer en grotere persoonlijke en maatschappelijke belemmeringen. Velen zouden daar dan ook graag meer steun bij krijgen. Belangrijkste gemene deler van de ondersteuningsbehoeften van mensen met EPA is de wens om het sociaal isolement te doorbreken. "

Bron: Visiedocument en ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen 'Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek' (Trimbos-instituut, 2015).

VOORSTELLEN

18. Iedere gemeente heeft in 2020 een divers participatieaanbod voor mensen met een psychiatrische achtergrond met de volgende elementen:

- Sociaal netwerk: mantelzorgers en andere leden van het sociaal netwerk worden beschouwd als gelijkwaardig partner in behandel- en begeleidingstrajecten en in elke gemeente passen sociale teams en zorg- en welzijnsorganisaties hiertoe specifieke methodieken toe, zoals Sonestra of de Eigen Kracht Centrale
- Iedere gemeente heeft een laagdrempelig steunpunt voor mantelzorgers; mantelzorgers worden waar nodig ontlast via bijvoorbeeld respijtvoorzieningen.
- Stimuleringsprogramma om reguliere voorzieningen zoals sport toegankelijker te maken (zie Uniek sporten in regio Nijmegen).
- Samenwerking tussen zorg- en welzijnsaanbieders met het oog op toegankelijk aanbod van wijkactiviteiten waar mensen met een psychiatrische achtergrond zich thuis voelen (kennisoverdracht, waar nodig (tijdelijke) aanwezigheid van hulpverlening, etc).
- Maatjesprojecten, lotgenotencontact/zelfhulpgroepen en vriendenkringen.
- Er is aanbod beschikbaar op het gebied van zingeving (al dan niet particulier).
- Laagdrempelige inlooplekken, zoveel mogelijk gerund door ervaringsdeskundigen, waar mogelijk ook toegankelijk voor andere doelgroepen en geïntegreerd in reguliere voorzieningen, zoals dorp- en wijkcentra en MFC's,
- Dagbesteding met als aandachtspunten: gezonde leefstijl en het faciliteren van eigen initiatieven voor activiteiten, talentontwikkeling en competente begeleiding (Regionaal Platform Ervaringskennis/RPE regio Nijmegen, 2017).

19. We werken op regionaal niveau een continue inclusiecampagne uit, met ruimte voor lokale inkleuring.

4.4 INKOMEN EN SCHULDHULP-VERLENING

WAT IS ER AL?

Onderzoek laat zien dat mensen met schulden dermate stress ervaren dat duurzame uitstroom naar werk lastig wordt. Oplossen van schulden lijkt dus een voorwaarde om te kunnen komen tot participatie. Er zijn grote verschillen tussen gemeenten op

het gebied van inkomen en schuldhulpverlening. De ene gemeente heeft een ruimhartiger minima-beleid dan de andere. Zo is in Nijmegen in sommige gevallen bij verhuizing een bijdrage in de inrichting mogelijk, waar in andere gemeenten hiervoor een lening wordt verstrekt of geen bijstand wordt verleend. Kortom, de mate waarin minima in aanmerking komen voor bijzondere bijstand of kwijtschelding varieert per gemeente. Er zijn ook

overeenkomsten: alle gemeenten hebben een (verplicht) aanbod voor schuldhulpverlening en financieren bewindvoeringstrajecten. En (vrijwel) alle gemeenten hebben een Collectieve Aanvullende Zorgverzekering (CAZ) voor minima. Tot slot zijn er verschillen in de dienstverlening gericht op ondersteuning bij de financiële huishouding (budgetbegeleiding- en training, hulp bij administratie, etc.) en het tegengaan van niet-gebruik van minima-regelingen (zoals de voorzieningencheck van de Formulierenbrigade in Nijmegen).

AMBITIE

De verschillen in het minimabeleid van gemeenten zijn een gegeven. Wel willen we afspraken maken over de toegankelijkheid van minimavoorzieningen, warme overdracht en een soepele overgang van beschermd naar zelfstandig (begeleid) wonen, ook op financieel gebied. De overgang van een intramurale naar een extramurale setting zorgt voor grote veranderingen op financieel gebied (van zakgeld naar volledige financiële verantwoordelijkheid), waar tijdig op moet zijn ingespeeld. Hiertoe zijn korte lijnen tussen inkomensondersteuning/budgetbegeleiding en de betrokken hulpverlener noodzakelijk. Wij stellen voor dat bij uitstroom uit beschermd wonen standaard een check plaats vindt op de nieuwe financiële situatie door een inkomensconsulent (of door de maatschappelijke organisatie die een voorzieningencheck uitvoert) van de gemeente en de betrokken begeleider. In de check is aandacht voor gebruik van minimavoorzieningen en wordt bekeken of budgetbegeleiding, budgetbeheer, inhouding vaste lasten of (als laatste) bewindvoering (nog) nodig is. In het algemeen is

binnen de wijkgerichte GGZ kennis aanwezig van of een korte lijn met consulenten inkomen/schuld-hulpverlening.

Fundamenteler is de vraag hoe we voorkomen dat mensen die van beschermd naar begeleid wonen overgaan er financieel op achteruit gaan. Dit is een signaal dat we op de werkconferentie kregen vanuit een cliëntenraad en dat we gaan onderzoeken. Tot slot is het van belang om schulden te voorkomen, snel in te spelen op signalen die duiden op het ontstaan van schulden en hierover afspraken te maken met instanties als woningcorporaties en nutsbedrijven.

VOORSTELLEN

20. Iedere gemeente zorgt voor een contact-persoon/contactpersonen inkomen & schuld-hulpverlening voor betrokken begeleiders waarmee bij uitstroom uit Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang standaard een check op de veranderingen in de financiële situatie van de bewoner wordt gedaan.

21. Iedere gemeente zorgt voor korte lijnen tussen inkomensondersteuning & schuld-hulpverlening en de wijkgerichte GGZ.

22. Signaleringsnetwerk schulden in elke gemeente.

AANDACHT VOOR
AANPAK SCHULDEN IS
ESSENTIEEL VOOR
PARTICIPATIE EN SUCCES-
VOLLE BEGELEIDING

”





REGIONALE AFSPRAKEN EN FINANCIËN

5.1 WAAROM SAMENWERKEN?

Wanneer we het hebben over **Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang** dan gaat het vaak over **bestaande voorzieningen** die vanuit een bepaalde historie ergens zijn neergezet. Bestaande voorzieningen moeten niet leidend zijn in een meerjarig beleidsplan, maar ze zijn wel de uitgangssituatie.

Het doel van dit gezamenlijke beleidsplan is zorgen voor een duurzaam en passend aanbod van zorg voor mensen met een (ernstige) psychiatrische aandoening en mensen die om diverse redenen dreigen dakloos te worden, of dit al zijn. Het benodigde zorgaanbod is veelal te divers en specialistisch voor één gemeente op zichzelf.

Ook is het aannemelijk dat er met de komst van het nieuwe objectieve verdeelmodel een discrepantie gaat ontstaan tussen de spreiding en de locaties van voorzieningen en de verdeling van de middelen. Financieel gaan gemeenten waar bestaande voorzieningen zijn geconcentreerd er dan op achteruit, terwijl de gemeenten die geen voorzieningen hebben wel ineens de middelen krijgen om de zorg te financieren. Wanneer er niet zal worden samengewerkt tussen gemeenten in een regio zal dit ertoe leiden dat gemeenten hun voorzieningen slechts voor hun eigen inwoners zullen willen inzetten.

Doordat veel van deze voorzieningen ook nog eens een specifieke functie vervullen, zullen de gemeenten geen passend en dekkend aanbod hebben voor hun inwoners. Daarbij zorgt samenwerking voor een betere spreiding en verdeling van risico's: kleine gemeenten met een beperkt Wmo budget lopen grote risico's op het financieren van dure en specialistische zorg en grotere gemeenten lopen risico's door een meer aanzuigende werking. Financiering vanuit solidariteit en risicospreiding zal voor een duurzaam en dekkend aanbod in passende zorg dus noodzakelijk zijn.

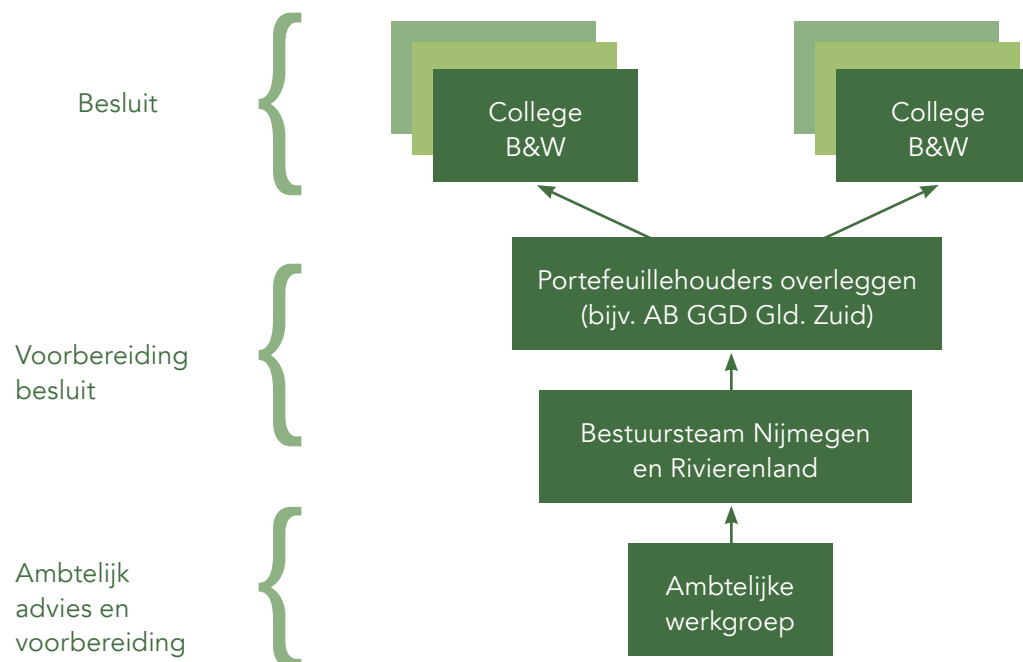
5.2 DUURZAME SAMENWERKING

SAMENWERKING TOT 2020

Zoals in de startnotitie staat beschreven, is het de bedoeling dat de verdere decentralisatie van **Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang**

zoveel mogelijk aansluit bij de bestaande samenwerkingsstructuren waarmee de decentralisaties in het sociaal domein worden vormgegeven. In deze regio vertaalt zich dat concreet in twee samenwerkingsregio's voor Wmo en Jeugdhulp: Rijk van Nijmegen en Rivierenland. In deze paragraaf lichten we toe hoe de 15 gemeenten¹³ tot 2020 gaan samenwerken in de voorbereiding van deze decentralisatie. We kiezen voor een zo licht mogelijke samenwerking die het beste aansluit bij alle bestaande structuren waarin al regionaal wordt samengewerkt. Op ambtelijk niveau is er een werkgroep die bestaat uit beleidsmedewerkers uit de gemeenten Beuningen, Culemborg, Druten, Heumen, Lingewaal, Nijmegen, Tiel en Wijchen. Voor deze samenstelling is gekozen omdat dit de gemeenten zijn met het grootste aantal Beschermd Wonen-plaatsen binnen de gemeentegrenzen en daarmee met het grootste financiële belang. Het staat en stond de andere gemeenten vrij om deel te nemen aan de werkgroep, waarbij de omvang van de werkgroep vanuit praktisch oogpunt wel in ogenschouw moet worden genomen. De taken van deze werkgroep zijn het opstellen van een startnotitie en een beleidsplan. Evenals een (eventueel) uitvoeringsplan richting 2020. Daarnaast wordt vanuit de werkgroep gezorgd voor afstemming met de regio's Nijmegen en Rivierenland.

Op bestuurlijk niveau is er een bestuursteam opgericht met de wethouders zorg/welzijn uit de gemeenten Beuningen, Culemborg, Druten, Heumen, Nijmegen en Tiel. Ook deze samenstelling is gebaseerd op de vraag welke gemeenten het grootste belang hebben. Dit bestuursteam neemt geen besluiten, maar bereidt deze voor.



Figuur 1: Schematische weergave van de regionale samenwerking tot 2020. NB: Het bestuursteam en het portefeuillehouders-overleg nemen in dit proces geen besluiten, maar bereiden de besluiten voor. Het bestuursteam bestaat uit portefeuillehouders van de gemeenten Beuningen, Culemborg, Druten, Heumen, Nijmegen en Tiel.

Alle besluiten die genomen moeten worden, moeten door alle 15 colleges worden genomen, tenzij er een mandaatregeling overeen is gekomen. Wanneer het noodzakelijk is om alle bestuurders (portefeuillehouders en eventueel andere collegeleden) ergens over te informeren of een discussie te laten voeren, zullen we bestaande gremia benutten, zoals regionale portefeuillehouders-overleggen (bijvoorbeeld de vergadering van het AB van de GGD Gelderland-Zuid).

Het gehele transformatieproces wordt geleid door een regionale *transitiemanager*. Daarnaast wordt per subregio een coördinator aangesteld die idealiter samenvalt met de *coördinatoren* die zijn verbonden aan de Sluitende aanpak psychische kwetsbaarheid (pilots wijkgerichte GGZ).

¹³ GENNEP HEEFT AANGEGEVEN VANAF 2020 TE GAAN SAMENWERKEN MET LIMBURG-NOORD. DE 15 GEMEENTEN ZIJN: BERG EN DAL, BEUNINGEN, BUREN, CULEMBORG, DRUTEN, GELDERMALSEN, HEUMEN, LINGEWAAL, MOOK EN MIDDELAAR, NEDER-BETUWE, NEERIJNEN, NIJMEGEN, TIEL, WEST MAAS EN WAAL EN WIJCHEN.

SAMENWERKING VANAF 2020

Per 1 januari 2020 ontvangen de regiogemeenten conform een nog vast te stellen verdeelmodel hun eigen middelen ten behoeve van de uitvoering van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. De samenwerking vanaf 2020 zal gefocust zijn op twee hoofdzaken:

- Het regelen van de lopende zaken: inkoop/ subsidiëring van zorginstellingen voor opvang en Beschermd Wonen, voorzien in en sturen op toegang, financiële en inhoudelijke verantwoording richting colleges, wachtlijstbeheer en kwaliteit en handhaving.
- Het ontwikkelen en afstemmen van beleid op bovenstaande zaken en aanbrengen van sturing op de langere termijn.

Om zowel de lopende zaken als de (beleids) ontwikkeling in samenwerking en samenhang te realiseren, moet er een duidelijke samenwerkingsvorm worden gekozen en worden ingericht.

Het uitgangspunt van de samenwerking is onderlinge solidariteit en het organiseren van voorzieningen lokaal waar dit kan en (sub) regionaal waar dit moet, of wanneer dit schaalvoordelen oplevert. Dit impliceert een lichte samenwerkingsvorm met stevige onderlinge afspraken.

Wanneer we een vergelijking maken van het aantal cliënten met een EPA (Bron: Vektis bestanden 2014) en de spreiding van de voorzieningen voor Beschermd Wonen dan zien we dat de regio Rivierenland ongeveer één BW plek biedt per 7,4 mensen met een EPA terwijl dit in de regio Nijmegen één op 5,4 is. Binnen de regio's zijn er overigens ook nog

grote verschillen tussen gemeenten onderling. Het aanbod en de potentiële vraag zijn dus scheef verdeeld, wat samenwerking wenselijk maakt.



Zoals gesteld, willen we de samenwerking niet 'zwaarder' maken dan noodzakelijk. Indien er geen directe aanleiding is om een nieuwe bestuurslaag te creëren in bijvoorbeeld een gemeenschappelijke regeling zullen we dit niet doen. Wanneer we de mogelijke samenwerkingsvormen snel inventariseren, komen we op een aantal soorten:

- A. Oprichten van een gemeenschappelijk openbaar lichaam (GR).
- B. Netwerksamenwerking
- C. Ad-hoc/geen structuur

Er zijn meer varianten denkbaar. Maar kort gezegd komt het neer op de vraag of gemeenten een nieuw

bestuur ergens toe willen oprichten en aanstellen, taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden willen overdragen of mandateren aan een bestaande bestuurslaag, of ieder besluit – groot of klein – zelf willen nemen.

Kiezen voor optie A plaatst de deelnemende gemeenten zelf op afstand en legt de taak en de verantwoordelijkheid neer bij een gemeenschappelijk orgaan waar iedere gemeente alleen indirect invloed op heeft. Van dergelijke organisaties is bekend dat ze een eigen dynamiek ontwikkelen waarbij ze meer een partner van de gemeente worden dan een verlengd onderdeel van de gemeente: denk bijvoorbeeld aan de GGD of aan regionale werkbedrijven.

Optie C zou betekenen dat elke handeling waarvoor het college of de gemeenteraad een besluit moet nemen (inkoop, subsidie, afspraken, begrotingen en beleid vaststellen etc.) langs alle vijftien colleges (en raden) zou moeten. Wanneer dit meerdere malen per jaar zou moeten gebeuren, vergt dit bijzonder veel planning en afstemming vooraf waarbij een enkele gemeente het hele proces kan frustreren. Op zaken die eens per zoveel tijd moeten worden besloten (beleid, begrotingen), is dit nog geen groot probleem, maar als dit voor het vaststellen van iedere afzonderlijke afspraak met bijvoorbeeld zorgaanbieders noodzakelijk is, zal dit disproportioneel veel tijd gaan kosten.

Een logische tussenvorm vinden we in optie B. De huidige centrumgemeente-constructie zou gehandhaafd kunnen blijven. Het is hierbij van belang dat

gemeenten onderling goede afspraken maken over welke taken en verantwoordelijkheden aan de centrumgemeente worden gemandateerd en welke zaken ter besluitvorming altijd langs de deelnemende gemeenten moeten. De afspraken moeten worden vastgelegd in een bevoegdheden-overeenkomst. In deze overeenkomst moet geregeld worden welke bevoegdheden en taken worden gemandateerd (NB: bevoegdheden kunnen niet worden overgedragen, alleen gemandateerd), welke (financiële) middelen hier tegenover staan en of, en zo ja, op welke manier de centrumgemeente verantwoording moet afleggen.

Alles dat buiten de bevoegdhedenovereenkomst valt, blijft een lokale verantwoordelijkheid voor de deelnemende gemeente. Het is hierbij wenselijk dat er wordt afgestemd over besluiten die invloed hebben op de gemandateerde bevoegdheden. Hiertoe zal er tenminste op beleidsniveau afstemming tussen de regiogemeenten moeten blijven bestaan.

In de bevoegdhedenovereenkomst zullen ten minste over de volgende zaken afspraken moeten worden gemaakt:

- (Her)verdeling van rijksmiddelen
- Welke taken en zorgvormen op welk niveau georganiseerd worden
- Welke bevoegdheden en taken worden overgedragen (inkoop, handhaving en kwaliteit, subsidieverlening, gegevensverwerking, organiseren van toegang)
- Omgaan met verantwoordingsinformatie op persoonsniveau en privacy
- Rapportage en verantwoording naar elkaar

- Waar de toegang tot welke zorgvormen georganiseerd wordt
- Procedureel: de evaluatie en voortzetting van de samenwerking

BELEIDSONTWIKKELING EN EVALUATIE

Binnen de Ambtelijke regionale werkgroep is nagedacht over de manier waarop Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang na de transformatie (na 2020) vormgegeven en geëvalueerd wordt. De ambtelijke werkgroep wordt een vaste werkgroep die één keer in de maand bij elkaar komt om knelpunten in het beleid dat gevoerd wordt te evalueren en waar mogelijk acties op uit te zetten. Er vindt periodiek een evaluatie plaats met een denktank

van ervaringsdeskundigen en zorginstellingen. Bij deze evaluatie kijken we nadrukkelijk naar monitoren en bijsturen. We zorgen ervoor dat er voldoende managementinformatie beschikbaar komt (procesinformatie, klanttevredenheid, klant-ervaringsonderzoeken, budget, aantallen), zodat tijdig kan worden (bij)gestuurd.

De verscheidenheid van doelgroepen binnen de Maatschappelijke Opvang en het Beschermd Wonen vraagt om een regionale aanpak wanneer het om intramurale zorg gaat. Het is soms wenselijk om doelgroepen met een bepaalde kwetsbaarheid/ een psychiatrisch ziektebeeld afzonderlijk van



elkaar te laten wonen. Deze groepen vragen ook specifieke expertise van medewerkers. De keuzes met betrekking tot de inrichting van het zorgland- schap zullen daarom op regionaal niveau gemaakt worden. De ambulantisering zal met name lokaal plaatsvinden.

Om de transitie en de ambulantisering van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang zo goed mogelijk te laten verlopen, is een integrale aanpak nodig. Het is de verantwoordelijkheid van iedere gemeente om er voor te zorgen dat zorg, wonen, werk, inkomen, veiligheid en welzijn op elkaar aan sluiten zoals in hoofdstuk 3 en 4 is verwoord. Het is hierbij van belang dat we aandacht hebben voor de diverse samenwerkingsvormen en –structuren per domein.

5.3 FINANCIERING EN INKOOP

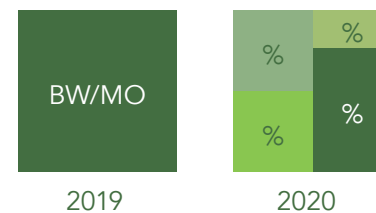
In 2018 zal bekend worden wat het nieuwe objec- tieve verdeelmodel doet met de Wmo budgetten van alle individuele gemeenten. Het rijk heeft aan- gekondigd dat zij bij de verdeling per gemeente volgens het objectieve verdeelmodel geen onder- scheid maakt tussen de ambulante Wmo (begeleiding en dagbesteding m.n.) en Beschermd Wonen/ Maatschappelijke Opvang. Het is van belang om vooraf goede afspraken vast te leggen met betrek- king tot de verdeling en inleg van de middelen ten behoeve van de samenwerking vanaf 2020.

Werken in een centrumgemeente-constructie heeft alleen zin als alle deelnemende gemeenten middelen

Optie A: Bestaande Wmo middelen



Optie B: Bestaande BW/MO middelen



*Figuur 2: Optie A geeft weer dat iedere gemeente naar haar eigen Wmo budget in 2019 kijkt en het 'surplus' hiervan beschikbaar stelt voor de gemeenschappelijke BW/MO taken. Optie B geeft weer dat iedere gemeente een bijdrage **naar rato** levert, ongeacht de eigen Wmo middelen. Bij optie A bestaat het risico dat de totale pot voor BW/MO middelen te klein is; bij optie B bestaat het risico dat de gemeente te weinig overhoudt voor de eigen Wmo taken.*

beschikbaar stellen om de gezamenlijk in te kopen zorg te financieren. Op voorhand moet duidelijk zijn wat de bijdrage van iedere gemeente moet zijn. Hierbij zullen we rekening houden met de bestaande omvang van het gecontracteerde BW en MO aanbod. Jaarlijks of meerjaarlijks moet er bekeken worden of we de omvang van het totale intramurale aanbod kunnen doen afnemen. Voldoende vervangende zorg op lokaal niveau is hiervoor een vereiste. Op termijn zullen we regionale middelen weer terug moeten laten vloeien, zodat er lokaal een breed aanbod gefinancierd kan worden teneinde duurdere intramurale zorg te kunnen voorkomen.

Er zijn twee manieren waarop we de bijdrage van iedere gemeente kunnen bepalen:

- Door te kijken naar de bestaande Wmo budgetten in 2019 en de 'extra' middelen per 2020 te oormerken voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang.
- Door te kijken naar het bestaande budget voor BW/MO en alle gemeenten naar rato te laten bijdragen zodat dit budget in stand blijft per 2020.

In bovenstaand schema staan de beide opties weergegeven.

Beide opties leggen het risico op een tekort (of overschot) op een andere plek. Bij optie A lopen we het gezamenlijke risico dat er onvoldoende BW/MO middelen beschikbaar zijn. Bij optie B loopt een individuele gemeente het risico dat haar

bijdrage te hoog is op het totaal van de Wmo-middelen. Daarnaast moet er een afspraak worden gemaakt over mogelijke overschotten of tekorten die we achteraf (of lopende het jaar) constateren. In het kader van een solidaire financiering zou het voor de hand liggen om eventuele tekorten gezamenlijk te dekken. Eventuele overschotten kunnen worden toegevoegd aan een bestemmingsreserve, of terugvloeien naar de deelnemende gemeenten. Het achter de hand houden van een reserve verkleint het risico op het moeten inpassen bij een tekort.

Het is in ieder geval noodzakelijk dat er wordt nagedacht over wat naar rato in dit geval betekent: dragen gemeenten bij naar het aantal inwoners of zijn er andere objectieve verdeelsleutels te bedenken. Daarnaast kunnen de gevolgen van de ambulantisering, beperking van de instroom en meer uitstroom, variëren per gemeente, omdat mensen met EPA mogelijk liever in bepaalde gemeenten (blijven) wonen.

Omdat over het bovenstaande weliswaar een principe-uitspraak kan worden gedaan, maar dat er hierbij nog veel afhankelijk blijft van de daadwerkelijke verdelingen in het objectieve verdeelmodel, is het voorstel om een *financiële werkgroep* de opdracht te geven om te komen tot een:

- Verdeelsleutel voor de inleg van middelen
- Verdeelsleutel voor het oplossen van tekorten (kan dezelfde zijn)
- Rekenmodel voor variatie in gevolgen van ambulantisering per gemeente

VOORSTELLEN

23. Voor de uitvoering van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang tot 2020 Nijmegen als centrumgemeente aan te wijzen. Uitvoeringstaken bestaan uit: inkoop, contractmanagement, kwaliteit, toezicht, facturatie/berichtenverkeer, beheer van klantinformatie, organiseren van de toegang, rapportage en verantwoording naar deelnemende gemeenten. Tot 2020 (meer)jaarlijks centrumgemeente Nijmegen te mandateren met een bevoegdhedenovereenkomst waarin geregeld wordt wie waarvoor verantwoordelijk is.

24. Een financiële werkgroep de opdracht te geven om met een voorstel te komen om vanaf 2020 de gezamenlijk benodigde middelen op te brengen conform een redelijke verdeling van lasten. Uitgangspunt is dat de bestaande financiële middelen voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang zoveel mogelijk op hetzelfde peil blijven. Tekorten worden gezamenlijk (naar rato) gedekt en overschotten gereserveerd voor Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. Het gezamenlijk afbouwen van BW en MO-voorzieningen koppelen aan de opbouw van lokale vervangende (ambulante) voorzieningen op alle leefgebieden en een rekenmodel ontwikkelen voor variatie in de gevolgen van de ambulantisering per gemeente.

25. De opzet van gezamenlijke regionale monitoring – kwalitatief (genomen acties, uitbreiding activiteiten, voorzieningen en samenwerkingsvormen) en kwantitatief (afbouw intramurale zorg parallel aan opbouw ambulante hulp).



BIJLAGEN

BIJLAGE 1 TABEL UITVOERINGSAGENDA EN VERANTWOORDELIJKHEDEN 2018-2020

A. Gelderland-Zuid (Rivierenland en Rijk van Nijmegen) – regionaal niveau

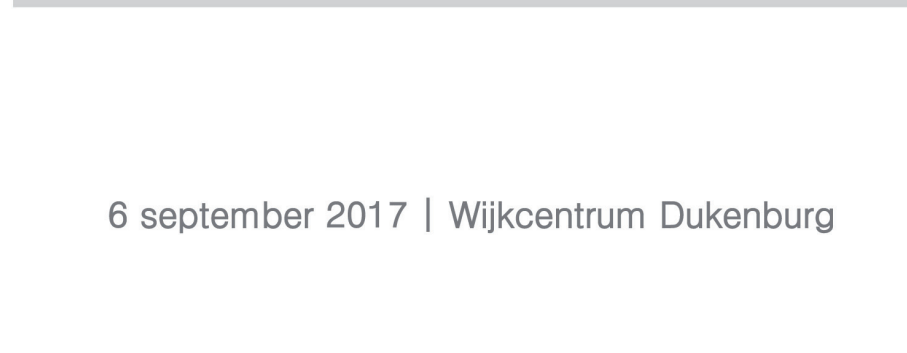
Onderwerp	Actie	Trekker	Planning
Scenario 2 en 3	Opstellen stappenplan 15 jaar incl. monitoringsvoorstel	Transitiemanager	Gereed medio 2018
Bestuurlijke aanbesteding BW	Inkooptraject 2019 ev	Transitiemanager	Medio 2018 offerteaanvraag
Centraal coördinatiepunt BW/MO incl kanteling	Opstellen uitvoeringsplan met o.a. IrisZorg en GGD	Transitiemanager	Gereed medio 2018
Uitbreiding tussenvoorzieningen	Inventarisatie huidig aanbod	Transitiemanager	1-1-2019
Financieel verdelingsvoorstel	Werkgroep instellen	Transitiemanager - financiële werkgroep	Contouren voorstel begin 2017 gereed
Sluitende aanpak psychische kwetsbaarheid: Uitvoering 70 % aanbeveling per gemeente Pilots wijkgerichte GGZ Crisiskaart Interventieteam 2.0 Multidisciplinaire beoordelingskamer	Zie verbeterplan	GGD Coördinator RvN/Riv Coördinator RvN/Riv GGD GGD GGD	Najaar 2018 gereed Najaar 2018 gereed Najaar 2018 Najaar 2018 Najaar 2018
Verbetering nazorg detentie/forensische zorg	Verbeterplan n.a.v onderzoek	Centrumgemeente Nijmegen	Verbeterplan medio 2018 gereed
Weer Thuis	Opstellen convenant met ontwikkel-programma	Landelijk projectleider	Juni 2018
Campagne inclusie en de-stigmatisering	Opstellen regionaal campagneplan - ruimte voor lokale inkleuring	Transitiemanager	Begin 2018 gereed
Bevoegdhedenovereenkomst mandatering aan centrumgemeente	Vaststellen overeenkomst	Transitiemanager	(Meer)jaarlijks

B. Opgave per sub-regio

Onderwerp	Actie	Trekker	Planning
Realisatie time-outvoorzieningen	Inventarisatie huidig aanbod	Coördinator RvN/Riv	1-1-2019
Realisatie signaalpunt(en)	Plan van aanpak irt Wvggz	Coördinator RvN/Riv	Gerealiseerd najaar 2018
Gedifferentieerd instrumentarium re-integratie	Plan van aanpak met kwantitatieve opgave	Coördinator RvN/Riv	PvA's gereed 1-1-2019

C. Lokale opgaven – per gemeente

Thema	Actie	Trekker	Planning
Lokale "gereedheidskist": Sluitend lokaal netwerk Samenwerking met informeel netwerk Casemanagement Ontmoeting en inloop	Lokale-/wijkagenda	Gemeenten	Gereedheidskist gereed najaar 2018
Lokaal zorgnetwerk MPH	Bondig plan en realisatie	Gemeenten	Gereed 1-1-2019
Prestatie-afspraken met woningcorporaties	Vastleggen prestatieafspraken	Gemeenten	Ondertekening regionaal convenant Weer thuis juni 2018
Gevarieerd aanbod ontmoeting en participatie	Lokale-/wijkagenda	Gemeenten	
Contactpersoon inkomen/schuldhelp	Lokale agenda	Gemeenten	1-1-2020
Signaleringsnetwerk schulden	Lokale agenda	Gemeenten	1-1-2019



AANLEIDING

Op woensdag 6 september organiseerden de regio's Nijmegen en Rivierenland een bijeenkomst rondom het thema maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Deze twee taken die onder de Wmo vallen worden nu namelijk uitgevoerd door de gemeente Nijmegen als centrumgemeente voor de hele regio. In 2020 worden de middelen en de (materiële) verantwoordelijkheden gedecentraliseerd naar alle 16 regiogemeenten. In anticipatie hierop en in reactie op bewegingen in de GGZ sector maakten de regio's Nijmegen en Rivierenland een beleidsplan.

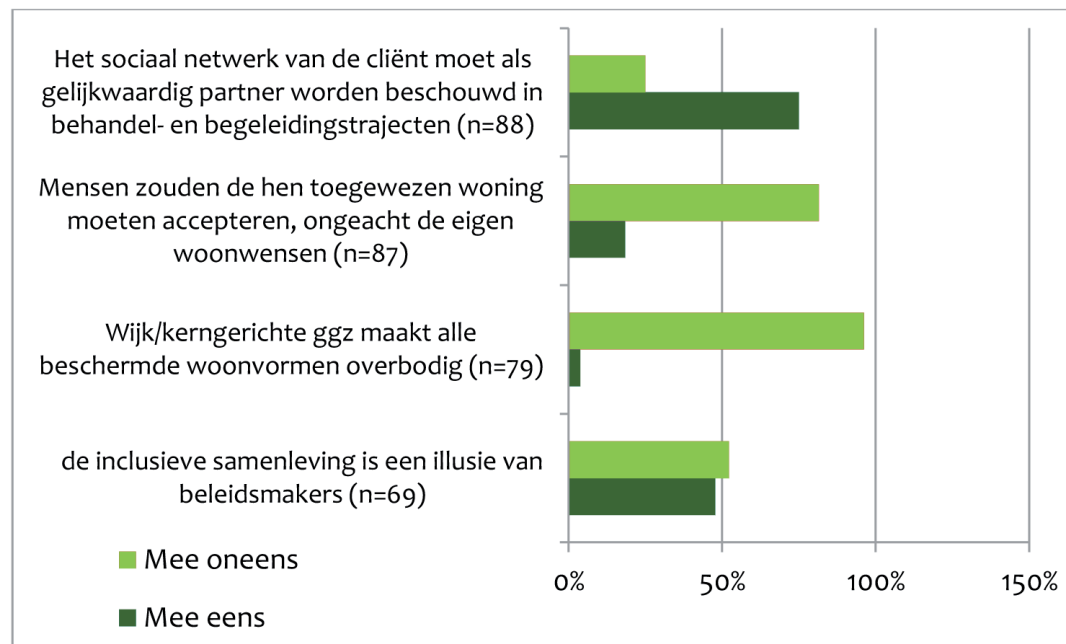
De contouren van dit beleidsplan hebben wij op 6 september voorgelegd aan een hele brede groep aanwezigen: cliënten, cliëntvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van zorginstellingen, zorg-professionals, wijkteams, woningbouwcorporaties, gemeenteraadsleden.

De opbrengst van deze avond leggen we u voor in dit korte verslag.

PROGRAMMA

Oud wethouder en journalist Pieter Hilhorst heeft de avond begeleid. Deze bestond uit een plenair gedeelte in de grote zaal en in een gedeelte waarin men in kleinere groepen met elkaar in gesprek ging. In het eerste gedeelte hebben we een viertal stellingen aan de aanwezigen voorgelegd. In figuur 1 staan de resultaten van deze stellingen, die we met het programma VoxVote aan het publiek – digitaal – hebben voorgelegd.

Wat opviel, is dat de aanwezigen het over de eerste



Figuur 1: Resultaten van de stellingen

drie stellingen vaak eens waren. Het grootste gedeelte was het eens met de stelling dat het netwerk van de cliënt als gelijkwaardig partner betrokken moet zijn bij behandeling. Ook was er eensgezindheid over de mate waarin eigen woonwensen een belangrijke rol spelen bij de toebedeling van beschikbare woningen.

Opvallender was de verdeeldheid over de stelling of de inclusieve samenleving een illusie is. Dit leverde een discussie in de zaal op waarbij men nadrukkelijk zorgen uitte over de draagkracht en het sociale klimaat in sommige wijken die nu al onder druk staan. Dit bleek een terugkerend thema tijdens deze bijeenkomst.

Ook was de zaal onverdeeld over de noodzaak van beschermde woonvormen. Ongeacht welke zorg-infrastructuur je hier tegenover kunt zetten, er zullen specifieke intramurale plekken nodig blijven.

GESPREKKEN

Er werden in een aantal groepen gesprekken gevoerd over het beleidsplan en de toekomst van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. Men was hierin volledig vrij om te bepalen welke onderwerpen werden besproken. Hieronder volgt een samenvatting van wat er aan die tafels is besproken.

Focus op gezondheid, niet op uitstroom

Het is belangrijk dat mensen in alle wijken kunnen wonen en dat alle gemeenten de mogelijkheid bieden om beschermd of begeleid te wonen. Ook is de beschikbaarheid (en goede timing) van woningen om uit/door te stromen iets dat benadrukt werd.

Over de ambitie van de gemeenten om intramurale BW plekken af te bouwen werd gesteld dat er goed rekening gehouden moest worden met de uitstroom van de GGZ (Pro Persona) en dat er een groep – met name tussen de 40 en 65 jaar – is waarvoor je toch BW plekken zult moeten behouden. Ook mag de gemeente niet vergeten dat er bij RIBW al veel uitstroom is geweest in de afgelopen jaren.

De focus zou moeten liggen op positieve gezondheid: investeren in werk, dagbesteding, participatie en inkomen. Wanneer er ook bij de cliënt een nadruk komt te liggen op uitstroom en weg-moeten belemmert dit het herstel.

Ontmoeting en lotgenotencontact is belangrijk en moet niet vergeten of onderschat worden.

Maatwerk en acceptatie

In de groep werd in eerste instantie gekeken naar de voorziene knelpunten. De conclusie hiervan was dat je meer toe moet naar echt maatwerk, voor het individu. Saamhorigheid in de samenleving is van belang. Bovendien is het bij dit plan van aanpak van belang dat het voor het lokale veld voldoende handvatten bevat om ermee aan de slag te gaan.

Het clusteren van mensen met een psychische kwetsbaarheid kent kansen maar ook risico's. Er is behoefte aan gelijkgestemden om je verhaal te doen en je hebt, om te integreren, een groep nodig waar je je ook thuis voelt. Dagbesteding en inloopvoorzieningen zijn daarin erg belangrijk.

Hoe bevorder je leefbaarheid en acceptatie in de wijk? Hoe leg je uit dat iemand op een andere manier kan reageren? Let hierbij vooral op wat je wél kunt laten slagen en focus niet per se op knelpunten.

Wat werd er zoal benoemd?

- Dat er een team in de wijk aanwezig is dat gelijk kan schakelen/opschalen, dat gelijk aanwezig kan zijn bij escalatie of signalering;
- Het ligt aan het soort beperking of je kunt 'aarden' in een wijk of niet. Dat heeft minder te maken met je zorgzwaarte, maar meer met de onderliggende problematiek;
- Lastigere acceptatie door drugs, overlast (lawaai, stank, vervuiling), agressie;
- Het is in het kader van acceptatie belangrijk om te praten met de buurt over de persoon in kwestie, liefst met de persoon er zelf bij - onbekend maakt onbemind;
- Je moet geen inspraak willen over al dan niet plaatsing van een persoon. Uitgangspunt moet zijn: er komt iemand wonen die ondersteuning nodig heeft en hoe kunnen we dat het beste met zijn allen voor die persoon én jullie (=buurt) geregeld krijgen – wat is er nodig?
- Soms helpt het om iemand binnen dezelfde wijk door te plaatsen. Er is dan al een binding en

bekendheid met de wijk en eventueel een sociaal netwerk dat aanwezig is;

- Het liefste heb je dat iemand blijft wonen waar hij al woont, dus gelijk ambulante begeleiding aan huis. De burens kennen je dan al, dus dat zorgt voor minder weerstand. Knelpunt daarbij is de (relatief grote) groep met 18-jarigen die op zichzelf gaan wonen en dus sowieso ergens gaan wonen waar niemand ze kent. Hoe zorg je er voor dat iemand op een goede manier landt, dat de burens worden meegenomen in een fijne start?

Samenwerking en realisatie tussenvormen

Tijdens de gesprekstafel viel een aantal onderwerpen direct op. Dit waren: draagvlak in de wijk, samenwerking, spreiding, woning tekort, gevarieerd aanbod, doorstroom prikkels, regie geven en verantwoordelijkheid van zorgaanbieders. Samenwerking is van essentieel belang om Beschermd Wonen in de wijk te laten slagen. De wijk, de zorgaanbieders, woningbouwcorporaties, gemeente etc. moeten ervoor zorgen dat er plannen worden ontwikkeld waar iedereen achter kan staan. Er is genoeg energie en goodwill om dergelijke plannen te laten slagen maar mensen moeten zich serieus genomen voelen. Dit serieus genomen voelen houdt in: vroegtijdig vragen wat mensen ervan denken, wat zij nodig hebben om er een succes van te maken en welke beren ze op de weg zien.

Het derde onderwerp dat geregeld terug kwam tijdens de gesprekstafel was spreiding. Een voorbeeld uit de Lindenholt werd genoemd waar veel kwetsbare mensen in een flat gebouw wonen. Dit versterkt het herstel noch de stabiliteit van deze

mensen en het plaatst een stigma op dat deel van de wijk, “daar wonen die gekken”. Spreiding kan ervoor zorgen dat mensen in een rustigere omgeving kunnen wonen, zich kunnen terugtrekken wanneer dat nodig is. Dit zou beter zijn voor herstel en stabiliteit.

Het aanbod dat er is, sluit nu niet voldoende aan bij de realiteit. Er zou nog een te groot gat zijn tussen Beschermd Wonen en zelfstandig wonen. De deelnemers doen de oproep om meer tussenvormen te realiseren waarin op en afschaling makkelijk is en regie over het eigen leven langzaam toe- dan wel afneemt. Daarnaast kwam duidelijk naar voren dat de zorg en begeleiding die nodig is bij kwetsbare inwoners geen 9 tot 17 mentaliteit mag kennen. Toch zijn er naar mening van de deelnemers veel zorgaanbieders die dit wel hebben.

Een kort onderwerp dat richting het einde aan bod kwam waren de doorstroom prikkels in de Maatschappelijke Opvang. Een verslaafde in de Maatschappelijke Opvang zou er financieel op achteruit gaan als hij beschermd ging wonen. Hier kwam een oproep om goed te kijken naar welke prikkels kwetsbare mensen krijgen in het proces naar herstel zoals dat er nu uit ziet. Om te voorkomen dat een financiële prikkel ertoe leidt dat mensen niet herstellen.

Kwetsbare inwoners willen en kunnen heel veel. Regie is hier een centraal punt in. Alles wat een inwoner aangeeft zelf te kunnen en te willen motiveert hem/haar om verder te komen. Zorgaanbieders zouden nog te vaak ook kleinere verantwoordelijkheden uit handen nemen en

daarmee de kwetsbare inwoner de kans ontnemen om regie te voeren.

Tot slot werd nog toegevoegd dat zorgaanbieders hun verantwoordelijkheid moeten pakken. Dit werd gezegd door enkele deelnemers die zelf werkzaam zijn voor een zorgaanbieder. Er zijn veel creatieve en innovatieve ideeën onder werknemers en in de maatschappij, maar dit zou onvoldoende van de grond komen.

Afbouw én opbouw

Tijdens de gesprekstafel kwam een breed scala aan onderwerpen ter sprake. Hieruit blijkt maar weer dat we voor een grote en complexe opgave staan. Het raakt immers alle levensdomeinen. Iedereen leek zich dit ook te beseffen.

Veel deelnemers maakten zich zorgen. Er werd aangehaald dat vanuit behandelcentra ook afbouw plaatsvindt. Deze afbouw zorgt op haar beurt weer voor instroom binnen Beschermd Wonen. Eén deelnemer gaf aan dat hij hier in het plan weinig van terug las. Ook werd duidelijk dat er zorgen bestaan over de afbouw van Beschermd Wonen en dat een aantal vormen van Beschermd Wonen zeker moeten blijven.

Een andere belangrijke opmerking was dat er aan beide kanten gebouwd moet gaan worden, ook aan de sterkere kant van de samenleving. Een voorbeeld van deze uitspraak heeft betrekking op de manier waarop het huidige ruimtelijk domein is vormgegeven. Op dit moment is het zo dat er wijken zijn waar alleen huurhuizen staan en er ook wijken

zijn waar alleen koophuizen staan. Zoals het ruimtelijk domein nu ingericht is, betekent dat er in sommige wijken meer kwetsbare mensen komen te wonen, waardoor de draaglast binnen deze wijken groter wordt.

Daarnaast werd er nog aangehaald dat het tijdspad en de voorwaarden voor deze transitie en om toe te werken naar de inclusieve samenleving van groot belang zijn.

Zo normaal mogelijk

Er is gesproken over het uitgangspunt van wijkgerichte GGZ. Er moet wel aan veel randvoorwaarden voldaan worden, wil dit slagen. Bereikbaarheid buiten kantooruren is nu, behalve in een BW setting, vaak niet te realiseren. Daarbij zal de GGZ meer maatwerk moeten leveren en minder protocollair naar de zorg moeten kijken. Cliënten moeten meer betrokken worden in het ‘normale’ leven en er moet meer maatwerk geleverd worden.

De ‘lichtere’ cliënten zouden hun plek prima moeten kunnen vinden in de wijk. Over de zwaardere (ZZP 5 en 6) cliënten was men aan tafel minder optimistisch. De problematiek is te zwaar. Wel zag men kansen in voorlichting en de-stigmatisering.

Er werd benadrukt dat er zicht gehouden moet worden op kwetsbare jeugd. Ook hiervoor is het belangrijk om de zorg aan te laten sluiten op het dagelijks leven: maak meer gebruik van het welzijnswerk dat er al overal in de wijken is.

Let op draagkracht

Het plan van de gemeente is ambitieus, maar om het te laten slagen is een mentaliteitsverandering van de burger (not in my backyard) noodzakelijk. Als het plan teveel op geld gestuurd gaat worden, ontstaat een risico dat je de ambulante opbouw niet kunt realiseren en dat je te snel de bestaande en noodzakelijke capaciteit afbouwt. De gemeenten moeten inzetten op ervaringsdeskundigen en op passende dagbesteding. Een belangrijke voorwaarde voor uitstroom en ambulantiseren is het voorzien in een vangnet. Maak het bijvoorbeeld mogelijk dat iemand altijd kan bellen met de oude woongroep of tijdelijk terug kan keren.

Een groot risico ziet men in de draagkracht van wijken. Sociale woningbouw is in bepaalde wijken geconcentreerd. Hier zullen alle cliënten dus terecht komen. Deze wijken zijn daarbij – gelet op herstel – vaak ook niet de meest geschikte plek voor deze cliënten.

Kijk ook vooral naar goede voorbeelden elders in het land. Het mixen van doelgroepen levert goede resultaten op. Tenslotte moeten mensen niet gedwongen worden om zelfstandig te wonen als ze dit niet aankunnen.

Geen gedwongen veranderingen

Een duidelijke oproep tijdens het gesprek was om niet alle bestaande voorzieningen te gaan sluiten en om kwetsbare mensen niet richting ingrijpende en gedwongen veranderingen te sturen. De focus moet liggen op het beperken van instroom en het intensiveren van de ambulante hulp in de wijken.

Bovendien moet er oog zijn voor (overbelaste) netwerken/mantelzorgers van de cliënt. Het is de vraag of we al klaar zijn voor GGZ in de wijken. Er moet in elk geval gewerkt worden aan voorlichting, delen van ervaringen en het doorbreken van taboes en stigma's. De gemeente zal dit gesprek op gang moeten brengen, in samenwerking met zorginstellingen en ervaringsdeskundigen. Ook moeten we bedenken hoe om te gaan met tegengeluid uit de samenleving.

Keuzevrijheid is voor alle mensen belangrijk. Mensen in of uit de psychiatrie moeten ook kunnen kiezen waar ze willen wonen. De ondersteuning moet de inwoner volgen, niet andersom. De vraag is wel hoe zich dit verhoudt tot voorzieningen die niet op een kleine schaal te realiseren zijn.

ALGEMENE CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De avond heeft een aantal breed gedeelde signalen en aanbevelingen opgeleverd. Deze kwamen aan het licht in de gesprekken die we hebben samengevat in dit verslag, maar ook in het plenaire gedeelte, als reactie op de presentatie van het (concept) beleidsplan en de stellingen die we de zaal hebben voorgelegd.

- Er zullen altijd een aantal beschermde woonvormen nodig blijven. Niet iedereen is in staat om 'in de wijk' te integreren.
- We moeten mensen niet 'dwingen' hun veilige omgeving te verlaten. Dit werkt averechts voor herstel. Zelfstandig gaan wonen moet een eigen keuze zijn.
- Acceptatie van psychische kwetsbaarheid in de samenleving is ingewikkeld om te bewerkstelligen, maar wel essentieel voor dit plan.

- Ontmoeting – al dan niet met lotgenoten – moet goed gefaciliteerd worden.
- Je kunt niet alle kwetsbare mensen en bijzondere doelgroepen in een beperkt aantal wijken laten wonen. Een goede spreiding in de stad, maar ook in de regio is van groot belang voor de draagkracht van een wijk.
- Gemeenten kunnen dit niet alleen: er is samenwerking nodig met zorgverzekeraars, GGZ instellingen, woningbouwcorporaties en vele anderen.
- Het 'gat' tussen Beschermd Wonen en zelfstandig wonen is te groot. Het aanbod moet diverser worden: specifieke wensen/omstandigheden.
- Soms is een zorgvraag onplanbaar. Er moet 's nachts en ook in de weekenden zorg of ondersteuning voorhanden zijn, wil je BW-plekken kunnen afbouwen.
- Onderschat de kracht van ervaringsdeskundigheid niet en investeer hierin.

BIJLAGE 3 INSPRAAKREACTIES

Inhoud

Reactie: GGD Gelderland-Zuid	50
Reactie: Leger des Heils	50
Reactie: Perspectief Beuningen	51
Reactie: IrisZorg	52
Reactie: Stichting Jados	54
Reactie: (lid) adviesraad sociaal domein Gemeente Mook en Middelaar (op persoonlijke titel)	55
Reactie: WMO Denktank	55
Reactie: Regionaal Platform Ervaringskennis	57
Reactie: WMO Adviesgroep Berg en Dal	58
Reactie: Lid familieraad Pro Persona, Beuningen	58
Reactie: Regioraad Cliënten RIBW	59
Reactie: RIBW Nijmegen en Rivierenland	61
Reactie: Woonzorgnet	63
Reactie: Advies Commissie JMG Nijmegen	64
Reactie: Adviescommissie Allochtonen Nijmegen	67
Reactie: Adviesraad Sociaal Domein Druten	68
Reactie: Pluryn	70

INSPRAAK REGIONAAL BELEIDS- PLAN GGZ BESCHERMD WONEN EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

VOORAF

Onderstaand vindt u (integraal) alle inspraak-
reacties op het regionaal beleidsplan Beschermd
Wonen en Maatschappelijke Opvang, inclusief
een reactie vanuit het Regionaal Bestuursteam.
Dit naar aanleiding van de presentatie (en toe-
zending van het plan) op de werkconferentie van
6 september 2017. Op basis van de inspraak-
reacties en hetgeen is opgehaald tijdens de
werkconferentie hebben wij het plan op onder-
delen aangepast. Wij willen iedereen heel hartelijk
bedanken voor de ontvangen reacties op het
beleidsplan.

REACTIE: GGD GELDERLAND-ZUID

Als GGD ondersteunen we de gemeenten in Gelderland-Zuid op het gebied van publieke gezondheid. Hierbij werken we voor alle inwoners (van 0-100) en hebben we speciale aandacht voor kwetsbare groepen. Ook de kwetsbare doelgroep van dit beleidsplan heeft onze aandacht. Ik noem hierbij (1) het regionale project Sluitende aanpak voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, (2) de werkzaamheden van Bijzondere Zorg en (3) Toeleiding naar Beschermd Wonen.

Het plan van aanpak GGZ, Beschermd wonen en Maatschappelijke opvang is een veelomvattend beleidsplan. De GGD onderschrijft de richting die het plan aangeeft, maar heeft verschillende aandachtspunten.

Het voorstel betreft een flinke transformatieopgave voor verschillende organisaties. Het aanspreken van deze organisaties en draagvlak creëren voor het veranderproces is essentieel en verdient aandacht in de verdere uitwerking. De GGD wijst op het effect op de kwetsbare doelgroep zelf - de voorgestelde transformatie heeft niet alleen impact op organisaties, maar ook op de mensen die het betreft. Een deel van hen zal alleen al door het wijzigende perspectief uit balans kunnen raken. De GGD vraagt hier aandacht voor.

Als GGD pleiten we voor een stevige preventie-agenda. Preventie lijkt een ondergeschikte rol in het plan te hebben. De nadruk ligt nu op herstel, participatie en het wonen in de wijk van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Wij pleiten ervoor om dit aan te vullen met een stevige

preventie-agenda. Dit moet naar onze mening in gezamenlijkheid met partners in de keten worden ingevuld. De GGD rekent het tot haar taak om het organiseren van preventie en vroeg-signalering te ondersteunen en denkt hier graag over mee.

Antwoord:

Net als u zien wij een belangrijke ondersteunende rol weggelegd voor de GGD; we zijn blij dat u de richting die het plan beschrijft, kunt ondersteunen.

U vraagt aandacht voor het betrekken van organisaties bij de uitwerking en het creëren van draagvlak. Vanzelfsprekend zullen wij dit, net als bij de totstandkoming van dit plan, doen.

Wij hebben zeer zeker ook oog voor de impact op de doelgroep. Onze focus als het gaat om het verder inzetten van de ambulantisering ligt dan ook vooral op het verminderen van nieuwe instroom. Dit laat onverlet dat wij ook alle mogelijkheden willen benutten die we samen met aanbieders zien om mensen uit te laten stromen naar meer zelfstandige vormen van BW. Maatwerk voor de cliënt blijft echter te allen tijde centraal staan.

Preventie lijkt wellicht wat onderbelicht. Toch zien wij juist het ambulantiseren als een preventieve beweging. We willen hiermee immers voorkomen dat mensen hun eigen thuisbasis verliezen. Ook de vroeg-signalering staat in ons plan hoog op de agenda. Mocht de GGD nog een andere nadere invulling zien rondom preventie dan horen wij dit uiteraard graag, zeker met het oog op de aanstaande uitwerking van het plan.

REACTIE: LEGER DES HEILS

Leger des Heils Gelderland kan zich grotendeels vinden in het gekozen scenario waarbij er sprake is van een geïntegreerde GGZ in wijken en kernen. In het rapport wordt gewaarschuwd voor door-decentralisatie van ambtelijke capaciteit en bedden naar de regio. Wij willen benadrukken dat middelen voor de zware multi-probleem doelgroep grotendeels behouden moeten blijven op centrum-gemeenteniveau.

Daarnaast willen we een aantal kanttekeningen plaatsen.

Om deze geïntegreerde GGZ te bereiken, moet er een grote cultuuromslag plaatsvinden binnen zowel de betrokken organisaties en gemeentes, als de maatschappij. Hoe de burgers en de maatschappij mee genomen gaan worden in dit veranderingsproces zal uitvoeriger moeten worden besproken dan wel beschreven.

Daarnaast is er binnen het gemeentelijk en het sociaal domein op dit moment nog onvoldoende sprake van ontschotting. Hier zal ook in de komende jaren nog volop aandacht voor moeten zijn. Hierbij denken we bijvoorbeeld aan de relatie met betrekking tot inkomen van cliënten en de verschillende financiers, naast de gemeente. Hier hoort ook bij dat er meer aandacht moet zijn voor bijvoorbeeld overlast en de inzet van politie en andere betrokken instanties. Zoals al eerder aangegeven, zijn wij als Leger des Heils Gelderland geen voorstander van het kaas-schaafprincipe. Dit, omdat een bepaalde schaal-grootte per locatie behouden moet blijven om financieel betaalbare zorg te kunnen bieden aan de zware multi-probleem doelgroep.

Tot slot wordt er in het rapport gesproken over een coördinatiepunt. Het is wenselijk dat de toegang tot het traject centraal georganiseerd wordt. Wij pleiten ervoor dat het volgen en tussentijds evalueren van het traject in nauw overleg met de zorginstanties plaatsvindt.

Antwoord:

De culturele en maatschappelijke opgave waar we voor staan is, zoals u terecht benoemt, enorm en van groot belang voor het doen slagen van dit plan als geheel. Op alle fronten moet er op een andere manier naar zorg en ondersteuning gekeken worden. Met zorginstellingen, verzekeraars en met betrokkenen en hun naasten moeten we om tafel om dit te bespreken en vooral over hoe we dit op een zorgvuldige wijze kunnen realiseren. Met 'de maatschappij' als geheel staan we voor een andere opgave.

U geeft aan dat de geldstromen vanuit de gemeente nog onvoldoende ontschot zijn. Wij onderschrijven dit en zijn van mening dat er in de komende jaren inderdaad aandacht moet worden besteed aan hoe we dit op gaan lossen. Met het beleidsplan hebben wij een integraal beeld van wat er (extra) nodig is op de verschillende leefgebieden willen schetsen. We staan er voor open om hierover met u en met andere zorginstellingen verder in gesprek te gaan. Voor een deel zal dit overigens een probleem zijn dat zich niet alleen in de regio Nijmegen en Rivierenland voordoet, maar ook landelijk.

We kiezen er bewust voor om niet te bezuinigen op beschermd wonen. Wel zullen wij in onze inkoop inhoudelijke en financiële prikkels inbouwen die de

ambulantisering moeten faciliteren. Vanzelfsprekend doen wij dit in samenspraak met de zorgaanbieders. Wij zijn en blijven graag met u in gesprek hoe invulling te geven aan deze opgave. U mag van ons hierin ook de nodige flexibiliteit verwachten. De richting is echter wel duidelijk: er zal in de komende jaren intramurale capaciteit afgebouwd moeten worden en een meer wijkgerichte ambulante infrastructuur opgebouwd moeten worden, op een manier die niet ten koste gaat van de zorg voor cliënten. Ook niet van de zorg voor de zware multi-probleem doelgroep. Tenslotte schrijft u dat het inrichten van een centraal coördinatiepunt in goede samenspraak met instellingen dient te verlopen. Wij delen deze opvatting en zullen ons inspannen om dit ook op deze wijze te doen.

REACTIE: PERSPECTIEF BEUNINGEN

Als directeur van een brede welzijnsorganisatie zie ik deze verschuiving al optreden. De maatschappij verandert, steeds meer mensen met een GGZ achtergrond wonen in de wijken en ontvangen daar enige begeleiding van de GGZ. Wij als organisatie organiseren diverse inlopen/eetpunten waar ook mensen met GGZ achtergrond komen en welkom zijn. Tevens zien we dat steeds meer mensen (met bv GGZ problematiek) vrijwilligerswerk (moeten) doen en bij ons aankloppen. Wij willen als welzijnsorganisatie dat iedereen meedoet en daarbij uitgaan van wat mensen wel kunnen/van hun talenten.

Dit vraagt van mijn collega's dat zij daartoe in staat zijn, maar ook van vrijwilligers, burens, het netwerk

en daarmee ook de samenleving dat zij dit kunnen. Voor ons is dat momenteel best een opgave, het gaat soms mis en wat moeten we dan doen.

Met Erica Claassen van RIBW ben ik in overleg om scholing te ontvangen en te investeren in het samenwerken tussen wijkwerkers van ons en ambulante medewerkers van RIBW. Het is goed als ze elkaar leren kennen, zodat zij elkaar kunnen steunen, mensen kunnen verwijzen.

Dit stuk mis ik in jullie plan:

- scholen van andere disciplines omtrent GGZ (in praktische simpele taal)
- inzetten op intensieve samenwerking in de buurt, dichtbij, met bv welzijn, zorg, sociaal team, scholen, politie, woningcorporatie etc.

Ik lees een mooi plan maar mis de borging daarvan in de wijk: hoe pak je dit aan? waar stuur je op en hoe zorg je ervoor dat mensen/ andere organisaties zich gesteund voelen en de inwoners goede ondersteuning ontvangen? Ik denk dat je als eerste start met informeren (MFHA) alvorens je verdere beleid gaat uitzetten..

Antwoord:

U geeft aan de ontwikkelingen, zoals wij die met het beleidsplan schetsen, reeds te zien. Dit klopt, de ambulantisering van de zorg is reeds langere tijd gaande. Wel is het zo dat er nu een versnelling ingezet gaat worden voor de doelgroep van dit beleidsplan en dat we ook voor deze doelgroep zoveel als mogelijk aansluiting willen zoeken bij het gewone leven in de buurt/wijk.

U geeft aan dat u in het plan de scholing mist van andere disciplines. In het beleidsplan hebben wij, in lijn van hetgeen u zelf ook noemt, de Mental Health First Aid (MHFA) methode opgenomen die hier mogelijk een antwoord op kan geven. Deze methodiek is geschikt voor zowel burgers, als professionals. Dit neemt niet weg dat er ongetwijfeld meerdere mogelijkheden zijn (zo laat bijvoorbeeld een corporatie haar werknemers trainen om signalen te herkennen en te leren hoe om te gaan met deze doelgroep en worden ook de sociale teams getraind). Graag horen wij bij de uitwerking van het plan vanuit de diverse disciplines waar behoefte aan is en kijken we wat we hierin kunnen faciliteren.

Verder geeft u aan de borging van het plan in de wijk te missen: hoe pakken we het aan, waar sturen we op, etc. Op dit moment gaat het nog om een beleidsplan met gedeelde uitgangspunten voor de gehele regio. De concrete uitwerking kan er in iedere wijk/kern verschillend uit komen te zien.

U heeft gelijk dat ieder proces begint met informeren om vervolgens samen verder te kijken hoe de ondersteuning voor deze doelgroep in goede samenhang zo dichtbij mogelijk georganiseerd kan worden. Hier ligt nadrukkelijk een uitdaging op lokaal niveau, maar ook om de aansluiting van regionale zorg (specialistische ondersteuning) op lokale zorg te organiseren. De borging ligt dus op de eerste plaats in de wijk/kern en de afspraken die daar worden gemaakt en natuurlijk in het opdrachtgeversschap dat gemeenten, zorgverzekeraars/zorgkantoren hebben om e.e.a. te (doen) organiseren.

REACTIE: IRISZORG

Allereerst: onze waardering voor het Plan van aanpak GGZ-Beschermd wonen-Maatschappelijke opvang. Het plan doet recht aan de vele initiatieven en ontwikkelingen die de afgelopen jaren al zijn ingezet binnen de regio. Het is ambitieus, maar we zien ook terug dat u regie wilt nemen in het veranderproces. Door nu al het doel voor de lange termijn te formuleren, maar ook door serieus werk te maken van projecten die voorwaardelijk zijn voor het slagen van de ambulantisering: GGZ in de wijk, de Sluitende aanpak voor kwetsbare personen, etc.

Wij denken dat de visie die ten grondslag ligt aan dit plan een meer centrale rol mag krijgen. Focus op krachten in plaats van problemen, inzet op herstel in plaats van stabilisatie zijn ons inziens middelen om de transformatie vorm te geven. Dit doet ons inziens meer recht aan de uitgangspunten van de transformatie die is ingezet en geeft woorden aan de transformatie die IrisZorg en de regio's Rijk van Nijmegen en Rivierenland voor ogen hebben. Daarnaast doet het recht aan de mensen die gebruik maken van beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

Zorg naar de wijken

We staan met elkaar voor een grote uitdaging, om in de komende jaren de capaciteit voor beschermd wonen terug te brengen. Voorwaarde daarbij is dat de ondersteuning en het zorgnetwerk in de wijken geoptimaliseerd worden. Zowel op het vlak van leefbaarheid, sociale samenhang en welzijn, als op het gebied van begeleiding en (specialistische) behandeling. De instellingen voor GGZ behandeling

(waaronder verslavingsbehandeling) zullen een verandering moeten doormaken om meer laagdrempelig in de wijk aanwezig te zijn. Dit vraagt om een andere inrichting van de zorg, een ontwikkeling die we niet zonder de zorgverzekering kunnen doorvoeren. IrisZorg wil hier actief aan meewerken, in ons geval door expertise op het gebied van verslavingspreventie en -behandeling dichterbij dan wel in de wijk aan te bieden.

Wij staan klaar om mee te doen in de ontwikkeling van 'scenario 2'. Ook 'scenario 3' vinden wij interessant, maar uiteraard ook spannend. Hoe zorgen we dat het gesprek daarover op basis van de inhoud en de belangen van de psychisch kwetsbaren wordt gevoerd en niet wordt gedomineerd door de ook zo voor de hand liggende instellingsbelangen? Hoe maken we met elkaar de kanteling waar? We adviseren om al in 2018 te starten met een pilot waarin we op inhoud geïntegreerde GGZ in een wijk of kern gaan aanbieden, om kennis, ervaring en vertrouwen op te bouwen, voordat de ambulantisering in grotere volumes moet gaan plaatsvinden. De pilots GGZ in de wijk die op dit moment van start gaan, zouden daar wellicht mooie dragers voor zijn.

Afbouw beschermd wonen

Het verminderen van het aantal plaatsen voor beschermd wonen zal wat IrisZorg betreft deels vorm krijgen door het verkorten van de verblijfsduur. In de trainingshuizen die IrisZorg de komende jaren gaat inrichten, bieden we intensieve en integrale zorg (begeleiding en behandeling) aan de doelgroep met complexe problematiek waaronder

verslaving. Wij zien deze trainingshuizen als een vorm van beschermd wonen, die voor een deel van de cliënten kortdurend kan zijn. Voor mensen die hun gebruik onder controle hebben, denken wij dat een programma van een jaar hen kan voorbereiden op zelfstandig wonen in de wijk. In die wijk moet er aandacht zijn voor terugvalpreventie en voorkomen van eenzaamheid en isolement. Ervaringsdeskundigen en vrijwilligers met ervaringskennis kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Er zal een groep (chronisch) verslaafden blijven, die niet toekomt aan zelfstandig wonen. Voor hen zal een vorm van beschermd wonen nodig blijven. Echter, ook daar zijn veranderingen wenselijk. Ook deze groep kan meer geactiveerd worden en aangesproken op de eigen kracht en verantwoordelijkheden in het dagelijks leven, ter voorkoming van hospitalisering.

Een kanttekening willen wij maken bij varianten waarbij de cliënt zelf een woning huurt en daarbij (intensieve) ambulante begeleiding krijgt, als alternatief voor beschermd wonen. Voor veel mensen zal dit haalbaar zijn en recht doen aan hun eigen kracht. Voor mensen met ernstige verslavingsproblematiek is het lang niet vanzelfsprekend dat zij trouw iedere maand hun huur betalen. Dit brengt risico's met zich mee voor verhuurders, met als gevolg dat verslaafden moeilijk aan huisvesting zouden kunnen komen. We pleiten ervoor om hier rekening mee te houden bij het denken over de toekomst van beschermd wonen.

Verder merken we op dat voor het bieden van intensieve en specialistische 24-uurszorg aan

mensen met complexe problematiek, waaronder verslaving, een zeker volume nodig is. Wijkgericht en kleinschalig aanbod ligt daarom minder voor de hand. Wij roepen de regiogemeenten op om deze zorg ook in de toekomst gezamenlijk te blijven organiseren, waarbij wij de verbinding met de wijken en kernen zullen zoeken voor een verantwoorde en passende terugkeer van cliënten indien mogelijk.

Transformatie Maatschappelijke Opvang

De koers die IrisZorg voor 2017-2020 heeft bepaald, past in de transformatie van de maatschappelijke opvang die u voor ogen heeft. Het herstelgericht werken, het bevorderen van de doorstroom in de maatschappelijke opvang en een brede en geïntegreerde vraagverheldering aan de start van een traject.

De huidige werkwijze van onze centrale toegang maakt het mogelijk dat mensen indien nodig zo snel mogelijk op de juiste plek terecht komen, dat de benodigde aanvullende begeleiding en eventueel behandeling kan worden opgestart en dat de benodigde indicaties/beschikkingen worden aangevraagd. Het lijkt ons van belang om er hier op te wijzen dat deze triage de voorkant is van een geïntegreerd bureau, dat naast vraagverheldering en zorgtoeleiding voor zowel opvang, begeleiding als behandeling, ook alle administratieve en zorg-logistieke processen uitvoert.

Wij gaan graag met u in gesprek over de doorontwikkeling van deze werkwijze en de aansluiting op een coördinatiepunt. We zouden daarbij wel willen waken voor extra bureaucratie.

'Werk is de beste zorg'. Voor een groot deel van onze doelgroep gaat dit ook op. Daarom doen wij ook enthousiast mee aan IPS en willen wij dat iedereen die bij ons verblijft een actieve vorm van dagbesteding heeft. De weg naar werk kan echter ook beginnen bij het ontdekken van talenten en het aanspreken van verloren gewaande vaardigheden. Bij ernstige en langdurig verslaafden zijn eerst andere vormen van dagbesteding nodig, om de aandacht weg te trekken van het scoren en gebruiken. Dit kan een opstap zijn naar behandeling en meer arbeidsgerichte dagbesteding.

IrisZorg regio Nijmegen Rivierenland is van harte bereid om mee te denken en te werken in de ambities van de regio's Rijk van Nijmegen en Rivierenland voor de komende jaren. Mochten we daarbij grenzen voor onze doelgroep denken te zien of als organisatie grote belemmeringen tegenkomen, dan zullen we daar transparant over zijn. In het vertrouwen dat we oplossingen vinden in onderlinge samenwerking met ketenpartners en/of regiogemeenten.

Antwoord:

Allereerst dank voor uw waardering en dat u de richting van ons plan steunt. U benoemt de voorwaarden die noodzakelijk zijn om de benodigde ondersteuning meer wijkgericht aan te kunnen bieden en dat, daar waar het verslavingszorg inzet betreft, de zorgverzekeraar(s) hier ook een belangrijke rol in spelen. Wij onderkennen dit ten zeerste; de zorgverzekeraars staan genoemd bij de scenario's als belangrijke partij. Wij hebben ook met hen over dit beleidsplan gesproken en tot op heden krijgen wij hun steun.

U geeft aan zorgen te hebben richting scenario 3, met name hoe partijen over instellingsbelangen heen kunnen gaan kijken. U doet hierbij de concrete suggestie om te starten met een pilot geïntegreerde GGZ in de wijk. Op dit moment loopt in Nijmegen reeds een pilot GGZ in de wijk, wij zullen uw suggestie tot verdere uitbouw hiervan, of mogelijk het starten van een nieuwe pilot, meenemen in de uitwerking van dit beleidsplan.

De afbouw van het aantal plekken beschermd wonen zoekt u vooral in het verkorten van de verblijfsduur. Een insteek waar we graag met u over door willen praten, meer in het bijzonder wat dit concreet betekent voor het aantal plaatsen. U geeft hierbij ook aan dat er altijd behoefte zal blijven aan een vorm van Beschermd Wonen voor mensen die niet aan zelfstandig wonen toekomen. Dit willen wij graag bevestigen. Het is zeker niet ons doel dat alle intramurale vormen van beschermd wonen ophouden te bestaan; er zal altijd behoefte blijven aan deze vorm van ondersteuning. Het is goed te lezen dat u ook in deze gevallen het aanspreken van de eigen kracht van mensen centraal blijft stellen en oog blijft houden voor zijn/haar ontwikkeling.

U benoemt het probleem van huurbetaling bij bepaalde doelgroepen bij zelfstandig wonen en vraagt hiervoor aandacht in de uitwerking van de toekomst beschermd wonen. In ons plan hebben wij schuldhulpverlening en budgetbeheer nadrukkelijk een belangrijke rol toegedicht. Dit, omdat wij hier kansen tot verbetering zien. Wij gaan graag met u en woningverhuurders/corporaties in gesprek omtrent hoe wij met elkaar de omstandigheden

kunnen realiseren om ook voor deze mensen het (begeleid) zelfstandig wonen zo veel als mogelijk te faciliteren. Ook als dit betekent dat wij op bijvoorbeeld het punt van budgetbeheer misschien langer (of wellicht altijd) moeten ondersteunen.

Ten aanzien van de 24-uurs specialistische zorg en ondersteuning erkennen wij dat sommige zaken om goede kwaliteit te realiseren een zeker volume nodig hebben. De komende periode zullen wij met elkaar nog scherper moeten krijgen wat we allemaal lokaal kunnen/moeten organiseren en wat we op sub/regionaal niveau kunnen organiseren.

Het coördinatiepunt dat wij beogen, is er niet op gericht om meer bureaucratie in het leven te roepen. Wij zien het als een mogelijkheid om te komen tot snellere en meer integrale vraagverheldering, de doelgroep beter in beeld te krijgen (en te houden!) en het brede zorgpallet effectiever in te kunnen zetten, inclusief verbeteren van de aanhaking met de sociaal teams/wijkteams.

REACTIE: STICHTING JADOS

- In het overzicht van aanbieders op blz. 10 wordt Stichting JADOS niet genoemd. Voor het totaalplaatje is het belangrijk dat JADOS alsnog wordt opgenomen.
- Zeer positief dat bij 4.2 integratie van werk- en zorgtrajecten aandacht krijgt in het plan. Koppeling tussen Wmo en P-wet is belangrijk voor succesvolle, duurzame uitstroom en beperken instroom BW. Punt van aandacht: Nu wordt in het plan de nadruk gelegd op de IPS methode. Nadeel van

de IPS methode is de zeer kostbare training + certificering, die bovendien slechts bij één kennisinstituut (Phrenos) in Nederland te behalen is. Het is kwetsbaar om te kiezen voor één specifieke methode. Daarom advies om breder te trekken naar: Op meer trajecten waarin zorg en werk gecombineerd worden.

Antwoord:

In de opsomming van zorginstellingen die BW leveren worden jullie inderdaad niet genoemd. We hebben in deze opsomming alleen Zorg in natura (ZIN) gecontracteerde instellingen genoemd. Een praktische reden daarvoor is dat we een volledig beeld hebben van al het aanbod in natura terwijl dit veel moeilijker is voor het aanbod in PGB. De gemeente is immers geen partij in de overeenkomst tussen zorgbehoevende en zorgverlener. Desondanks zullen wij de grootste PGB aanbieders waarmee wij ook contact onderhouden, opnemen in het plan.

We onderschrijven uw punt dat alleen IPS trajecten niet een volledig antwoord zijn op de vraag hoe we mensen – ten behoeve van zelfredzaamheid en herstel – succesvol laten integreren door middel van een zo regulier mogelijke baan. Op dit moment is het echter de meest concrete vertaling van deze behoefte en is het expliciet in het beleidsplan opgenomen. We zullen met de werkbedrijven in de regio Nijmegen en Rivierenland om tafel gaan om te bepalen welke middelen er nog meer ingezet worden om dit doel te ondersteunen en die zullen we dan ook in het plan benoemen.

REACTIE: (LID) ADVIESRAAD SOCIAAL DOMEIN GEMEENTE MOOK EN MIDDELAAR (OP PERSOONLIJKE TITEL)

Het belangrijkste van de wijzigingen beschreven in het inspraak papier vind ik, is “hoe te komen tot inclusion”: de betrokkenheid van alle belanghebbenden.

In principe zullen alle betrokkenen met elkaar in overleg moeten gaan om tot een bevredigende oplossing te komen. Familie, hulpverleners, bewoners etc. Dit is geen makkelijke opgave, maar als je van te voren alles al oplegt en uitdoktert, geeft dat meestal niet het gewenste resultaat. Beschermde wonen in een dorp of wijk van een stad waar de bewoners betrokken worden bij het welzijn van deze mensen.

Op dit moment worden de voorzieningen gebouwd zonder dat bewoners daarvan op de hoogte zijn. Vaak weten ze niet wat hun te wachten staat en hoe hier mee om te gaan. Vooral mensen met psychische problemen worden vaak als bedreigend of lastig ervaren. Op de inspraakavond werd dit ook duidelijk door een deelnemer benoemd. “De samenleving moet maar eens accepteren dat er mensen zijn die het geestelijk moeilijk hebben”. Vaak is onwetendheid de bron van angst en het bedreigd voelen. Bewoners zullen dus, voordat de beslissing al genomen is, mee moet praten: “participeren”.

Er zal serieus geluisterd moeten worden naar de betrokkenen, zodat deze ook het gevoel krijgen dat ze daadwerkelijk serieus genomen worden en ook werkelijk meebeslissen. We zien dat de deconcentratie van mensen met een verstandelijk beperking niet voor alle

tratie van mensen met een verstandelijk beperking niet voor alle betrokkenen goed is uit gepakt. Niet voor niets heeft de zorginstelling Dichterbij op haar oude complex een woon- en dagbesteding gebouwd voor 43 mensen met een verstandelijk beperking. Standaardoplossingen zijn in deze complexe problematiek meestal niet de goede. Maatwerk waarbij alle partijen betrokken zijn is in de meeste gevallen beter. Geen makkelijke weg, maar willen we werkelijk aan kanteling in de zorg werken, zullen we ook daadwerkelijk de oude methodes achter ons moeten laten.

Antwoord:

U geeft aan dat de inclusie opgave geen gemakkelijke is. Dit zijn wij met u eens; deze opgave vraagt tijd en een brede maatschappelijke inzet. We delen uw standpunt dat het niet effectief is om buurtbewoners een bepaalde mate van betrokkenheid op te leggen. Wat ons betreft zouden we daarom vooral moeten focussen op meer bewustzijn en het aanreiken van handvatten om met deze bijzondere inwoners in goede harmonie samen te leven. Hoe ga je om met een buurman/vrouw die aangeeft een GGZ-achtergrond (of andere beperking) te hebben? Hoe bespreek je bepaalde ergernissen? Hoe kun je laagdrempelig polsen of alles met de buurman/vrouw goed is en of hij/zij hulp kan gebruiken? Hoe herken je signalen van GGZ-problematiek en wat kun je daarmee? Aandacht voor deze belangrijke thema's is een belangrijke stap op weg naar inclusie.

U schrijft ook dat de deconcentratie van mensen met een verstandelijk beperking niet voor alle

betrokkenen goed is uitgekapt. Wij realiseren ons dat iedere inwoner uniek is. Waar de één ervan geniet om meer zelfstandigheid te hebben waarbij ambulante begeleiding voldoende is, heeft de ander juist betrokkenheid en een gestructureerde, beschermde omgeving nodig met een vaste woongroep. Het is en blijft maatwerk, waarbij per individu gekeken moet worden wat haalbaar en wenselijk is.

In uw reactie geeft u aan dat bewoners op dit moment vaak onvoldoende op de hoogte zijn van de bouw van nieuwe voorzieningen en het feit dat er mensen met een GGZ-achtergrond (of andere beperking) in de omgeving komen te wonen. U geeft aan dat onwetendheid vaak de bron is van angst en het bedreigd voelen.

Wij delen uw mening dat het belangrijk is om goed te communiceren met de inwoners van onze gemeenten en hen vroegtijdig te betrekken en mee te laten denken, zeker als het gaat om het realiseren van grotere (woon)voorzieningen. We nemen uw advies dan ook graag ter harte.

REACTIE: WMO DENKTANK

We begrijpen het belang van de regionale bundeling van deze hulpverlening. Over het algemeen kunnen we ons dan ook vinden in het plan. Ondanks dat, willen we toch een aantal zaken meegeven. Wij danken u voor de mogelijkheid om dit te doen.

Begeleiding en ondersteuning:

Zoals u zelf al beschrijft in het plan is er een grote groep mensen die afhankelijk zal blijven van zorg

en ondersteuning. U schetst een situatie waarbij deze veelal specifieke zorg en ondersteuning zoveel als mogelijk in de wijk beschikbaar komt. Zoals wij uw plannen lezen, wilt u naar een afbouw van het aantal plekken voor beschermd wonen en de zorg rondom deze mensen zo organiseren dat deze mensen, de zorg en de ondersteuning een plek krijgen in de wijk. Echter, zien we bijvoorbeeld bij de Pro-Persona en de RIBW dat de begeleiding wordt afgeschaald, omdat er minder geld beschikbaar is. Hierdoor zien we nu al dat de voorwaarden om op een prettige manier zelfstandig te kunnen wonen in een wijk niet altijd geboden kunnen worden. De knelpunten zoals wij ze die zien, staan beschreven in het rapport “Wonen voor Iedereen” Hierin wordt ook beschreven welke voorwaarden er nodig zijn om op een prettige manier zelfstandig te wonen. We willen ervoor pleiten dat er voldoende begeleiding en ondersteuning beschikbaar blijft, afgestemd op de behoefte van de burger met een hulpvraag.

Organisatie van de ambulante ondersteuning voor mensen met een 24-uurs indicatie:

Op dit moment is er voor de groep mensen die 24 uur een beroep kunnen doen op ambulante zorg en ondersteuning geen goed vangnet. De ambulante teams zijn alleen tijdens kantoortijden bereikbaar. Wanneer er buiten kantoortijden hulp nodig is, kunnen mensen nergens heen. We pleiten voor een goedwerkend 24-uurs vangnet waar mensen kunnen aankloppen voor zorg en ondersteuning als deze mensen zorg nodig hebben.

Werkwijze ambulante teams:

De ambulante teams hebben een nieuwe werkwijze.

Hierbij worden hulpvragen veelal teruggelegd bij de burger van die hulpvraag. We willen benadrukken dat het goed is om te blijven kijken naar wat iemand zelf of met hulp van het netwerk kan oplossen, maar dit houdt ook een keer op. Immers iemand klopt niet zomaar aan voor hulp. Daarbij is het niet altijd mogelijk om hulp te vragen aan het netwerk.

Dagbesteding op locatie:

Binnen de GGZ-zorg is al veel dagbesteding op locatie wegbezuinigd. De angst bestaat dat er steeds minder mensen een passende dagbesteding zullen vinden. Enerzijds omdat mensen worden geacht om in de eigen wijk een dagbesteding te zoeken. Zeker wanneer mensen niet in staat zijn om hun eigen vervoer te regelen, is de keuzevrijheid erg beperkt. Anderzijds heeft de afschaling van de dagbesteding ook zeker te maken met het feit dat er meer mensen geacht worden om een betaalde baan te vinden. We zien graag dat er een gevarieerd aanbod blijft van dagbesteding in de verschillende wijken, waarbij er ook oog blijft voor de wensen en mogelijkheden van de deelnemer aan dagbesteding. Verder horen we dat veel professionele ondersteuning bij de dagbesteding wordt weggehaald. Hiervoor komen dan ervaringsdeskundigen of andere vrijwilligers in de plaats. Zij vullen het gat op dat de begeleiders die weggegaan zijn, achterlaten. Hierdoor komen soms de verhoudingen tussen de vrijwilliger en de deelnemer aan de dagbesteding op scherp te staan.

Daarnaast blijft het “mischen” van doelgroepen een belangrijk aandachtspunt. Er bereiken ons nog steeds signalen dat dit niet altijd goed gaat.

FACT-Teams:

Ons bereiken signalen dat FACT-Teams die nu al actief zijn het werk bijna niet meer aankunnen. Omdat de FACT-Teams in het nieuwe beleidskader een nog centralere rol krijgen in het regisseren van de hulp en ondersteuning voorzien wij dat bij de huidige inzet van middelen, en de nu al flink toegenomen werkdruk, de teams in de toekomst in de knel gaan komen.

Antwoord:

Het is goed om te vernemen dat u zich kunt vinden in het plan als geheel. Wij begrijpen uw zorg of er straks wel voldoende zorg is voor de mensen die zelfstandig (gaan) wonen. Onze intentie is in elk geval om hier fors op in te zetten. Het geldt dat vrijkomt door het verminderen van het aantal beschermde woonplekken investeren we in meer ambulante begeleiding en ook 24-uurs bereikbaarheid. O.a. zorgverleners krijgen een belangrijke rol bij het leggen van contacten met bureaus, als mensen daar hulp bij nodig hebben. Het is niet de bedoeling dat hulpvragen zonder overleg worden teruggelegd bij het eigen netwerk, dit moet altijd in nauwe samenwerking gebeuren, behalve in situaties waarin sprake is van gebruikelijke zorg (zoals schoonmaken van de woning door een gezonde partner).

Wat betreft dagbesteding stimuleren wij zoveel mogelijk dat mensen worden begeleid naar werk of arbeidsmatige dagbesteding, omdat mensen op die manier zoveel mogelijk van betekenis kunnen zijn, wat bijdraagt aan de eigenwaarde. Als dat teveel van mensen vraagt, blijft altijd ‘gewone’ dagbesteding mogelijk met verschillende keuzemogelijkheden.

Bij deze dagbesteding moet een minimale bezetting van professionele begeleiding aanwezig zijn, al dan niet aangevuld met vrijwilligers of ervaringsdeskundigen. Tot nu toe is er nog beperkt 'gemixt' op dagbestedingslocaties; wij zijn daarom benieuwd welke signalen jullie hierover ontvangen. Over (de uitbreiding van) de omvang van de FACT-teams, zijn we o.a. in gesprek met zorgverzekeraars die de FACT-teams grotendeels betalen.

REACTIE: REGIONAAL PLATFORM ERVARINGSKENNIS

We willen ons beperken tot het leveren van een bijdrage vanuit de ervaringskennis die we opgehaald hebben bij mensen waar psychiatrische vragen aan de orde zijn. Zoals u weet staat op onze website: rpe-rvn.nl een aantal rapporten, waarvan met name de rapporten GGZ Dagbesteding en Jeugd en Jeugdzorg relevant kunnen zijn voor u. We zijn erg blij om te zien dat in het Plan van Aanpak ook gebruik gemaakt is van die verworven kennis bij het RPE bij de voorstellen voor maatschappelijke participatie en sociaal netwerk.

Hieronder vindt u een samenvatting van de ervaringen en tips van burgers met een GGZ achtergrond en van jongeren. Mogelijk dat er nog een aanknopingspunt bij zit voor het Plan van Aanpak GGZ beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

Tips uit ervaringsverhalen van burgers met een GGZ-achtergrond

1. Er wordt nog onvoldoende individueel maatwerk ervaren. Maatwerk betekent ook talenten ontwikkelen. Er is behoefte aan variatie in aanbod,

activiteiten en werk passend bij kwaliteiten, opleiding en kennis. Er is behoefte aan meer methodische en professionele aandacht daarvoor bij de begeleiding.

2. Er zijn onder de deelnemers ideeën om meer verbinding te maken met de buurt, wijk of anderen. Hierover zouden verschillende vertellers graag een keer willen brainstormen met de zorgorganisaties om te kijken wat er te realiseren is.
3. De begeleiding van activiteiten wordt gezien als de 'ruggengraat' van de dagbesteding. Gedrag en houding zijn belangrijk, want 'besmettelijk': als de begeleiding hostiliteit, professionaliteit en enthousiasme uitstraalt wordt dat opgemerkt en overgenomen door de bezoekers.
4. Sinds 2015 zijn er steeds meer activiteiten waarbij gemixte doelgroepen aanwezig zijn (burgers met een verstandelijke beperking en met een ggz-achtergrond). Alle gesproken bezoekers geven aan de ontwikkeling en mix van groepen niet erg te vinden. Dit wel mits er voldoende aandacht en kennis aanwezig is bij de begeleiding over de aard van de beperkingen van bezoekers en aandacht voor hun verschillende talenten, mogelijkheden en wensen.
5. Verruiming van het aantal inlooptmogelijkheden en activiteitsgerichte dagbestedingsmogelijkheden in de week. Liefst ook een keer in de weekenden een activiteit, omdat sommige bezoekers dan juist niet naar de werk-gerelateerde dagbesteding hoeven maar wel een leuke weekend-activiteit willen doen, bijvoorbeeld sporten. Een weekend kan lang duren...

Tips uit ervaringsverhalen van jongeren

6. Ga meer mét de jongere in gesprek, ook als deze nog erg jong is. Ook kleine kinderen weten al haarfijn wat er thuis speelt en kunnen dat ook vertellen. Ouders hebben vaak eigen problemen en belangen.
7. Laat jongeren eigen doelen formuleren en kijk samen hoe deze te realiseren zijn.
8. Er is een bewustwordingsslag nodig bij professionals en beleidsmakers. Enkele tips van onze deelnemers voor hen:
 - Vul niet in voor de ander, maar check of het klopt wat je denkt;
 - Toon begrip;
 - Een goede professional houdt zich niet altijd aan protocollen;
 - Er is meer menselijke warmte nodig in de hulpverlening;
 - Als je 18 wordt, ben je niet "opeens" helemaal zelfstandig. Tot je 18e wordt alles voor je geregeld en/of gezegd hoe het moet en daarna wordt je aangesproken op je eigen verantwoordelijkheid, dat is een rare situatie. Zorg voor een soepele overgang en begeleiding op alle domeinen.
9. Uit de ervaringsverhalen die wij opgehaald hebben, komt niet spontaan naar voren dat burens een belangrijke rol spelen. Wel dat zij voor signalering van belang kunnen zijn.
10. Uit vele ervaringsverhalen van naasten uit GGZ instellingen blijkt dat zij een belangrijke rol spelen en veel (onzichtbare, want vanzelfsprekende) mantelzorg verlenen. Zij beschikken over belangrijke en nieuwe kennis voor de kwaliteit van zorg. Tip is om naasten goed te betrekken bij beleid en zorg.

Nog een laatste tip van het RPE: voor velen is een beleidsplan moeilijk te lezen. Het kan zinvol zijn om een vertaling in eenvoudige taal te maken, zodat betrokkenen (cliënten en naasten) begrijpen wat de gemeenten van plan zijn en mee kunnen denken in de uitvoering.

Dit jaar wordt het thema 'vroegtijdige signalering' bij de jeugd via ervaringsverhalen onderzocht bij het RPE. Met ervaringsdeskundigen en relevante mensen uit de regio Nijmegen zoals scholen, GGD en andere aandachtsfunctionarissen worden op dit moment twee avonden in de regio Nijmegen voorbereid. Als tweede thema worden dit jaar ervaringen en tips opgehaald over de rol van het sociale netwerk bij het opstellen van een begeleidingsplan. Daarbij zullen ook ervaringen van mensen met GGZ vraag bij betrokken worden.

Antwoord:

Dank voor al uw tips/aanbevelingen. Sommige hiervan zijn ook door andere partijen aangereikt, sommige waren ons reeds bekend. Wij zullen er zeker ons voordeel mee doen bij de verdere uitwerking van het beleidsplan. Uw punt van signalering hebben wij reeds een plek gegeven in het beleidsplan. Ten aanzien van de 18-/18+ problematiek loopt er al een regionaal project om de gesignaleerde knelpunten op te pakken. Uw suggestie om het beleidsplan naar wat eenvoudiger taal te vertalen nemen wij graag ter harte, maar vinden wij gelet op de complexiteit van het onderwerp best een lastige. We zijn nu begonnen met het toevoegen van een korte samenvatting, maar we nodigen u graag uit om met ons in gesprek te gaan om met elkaar het beleidsplan nog toegankelijker te maken.

REACTIE: WMO ADVIESGROEP BERG EN DAL

In het beleidsplan is het totale proces duidelijk weergegeven omtrent transformatie, transitie en verdeling van financiële middelen. Het is absoluut een traject dat veel sturing vraagt. Echter, de opgave om meer ambulante hulp in te zetten en alleen als het echt niet anders kan voor de intramurale voorziening te kiezen, staat naar mijn idee haaks op de eerdere uitspraak verkregen volgens onderzoek, dat ambulantisering niet heeft geleid tot afname van de indicatie beschermd wonen. Wellicht kan preventie nog eens kritisch onder de loep genomen worden.

Antwoord:

De ambulantisering Beschermd Wonen is slechts ten dele ingezet. Wel is breed de afbouw van klinische GGZ bedden ingezet. Ook is de duur van veel behandelingen GGZ vanuit de Zorgverzekeringswet fors afgenomen. Onder andere deze ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren een toenemende druk veroorzaakt op het beschermd wonen. Kortom, genoeg redenen voor ons om op een integrale manier naar de problematiek van de GGZ, MO en BW doelgroep te kijken, hetgeen wij in ons beleidsplan hebben geprobeerd te doen. Zoals u aangeeft kan preventie hier een grote rol in spelen. Wij benoemen het misschien niet in die exacte woorden, maar feit is dat onze insteek om te komen tot verdere ambulantisering en een wijkgerichte (ambulante) GGZ, het vroeg opvangen van signalen, het snel kunnen schakelen met specialistische zorg, het (meer en/of intensiever) ambulant aanbieden van begeleiding en behandeling, bij uitstek preventief moet gaan werken om opname in een intramurale

Beschermd Wonen setting (of in een intramurale behandelsetting!) zoveel als mogelijk moet voorkomen.

REACTIE: LID FAMILIERAAD PRO PERSONA, BEUNINGEN

1. Houdt de ambulantisering gelijke tred met de ambulante zorg?
2. Hoe is de integrale zorg, zoals behandeling, begeleiding en de dagbesteding geregeld?
3. Zijn er bij dreigende crisissen voldoende crisis-bedden geregeld?
4. Wordt er gezorgd voor voldoende participatie om zodoende sociaal isolement en sociale uitsluiting te voorkomen?
5. Wat wordt er gedaan om de zware druk op de familie, naasten en mantelzorgers te ontlasten?
6. Wie gaat er zorgdragen voor de Indicatie in 2020 en zijn ze daarop voldoende uitgerust?

Antwoord:

1. *Houdt de ambulantisering gelijke tred met de ambulante zorg?*

Met de verschuiving van intramurale zorg naar extramurale zorg wordt een deel van het budget dat nu beschikbaar is voor intramurale zorg omgebogen en beschikbaar gesteld voor de ambulante zorg. Er zal dus meer ambulante begeleiding/zorg plaats gaan vinden. De ambulantisering zal daarom redelijk gelijke tred houden met de ambulante zorg.

2. *Hoe is de integrale zorg zoals behandeling, begeleiding en de dagbesteding geregeld?*

Huisartsen en psychiaters zijn verantwoordelijk voor doorverwijzing naar behandeling, als inzet van een

praktijkondersteuner GGZ niet volstaat. Behandeling wordt vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed. Zorgverzekeraars sluiten contracten af met organisaties die behandeling bieden. Het is dus afhankelijk van de gekozen zorgverzekering waar iemand voor behandeling terecht kan.

Op dit moment is het zo dat het sociaal team/sociaal wijkteam de indicaties stelt voor Wmo-voorzieningen zoals begeleiding en dagbesteding. Hierbij stemmen zij indien nodig af met huisartsen, praktijkondersteuners of behandelaren. Ook aan zorgaanbieders van begeleiding en dagbesteding vragen wij nadrukkelijk af te stemmen met andere betrokken professionals, waaronder behandelaren. Samenwerking en integraal werken op alle leefgebieden is in de regio Nijmegen een belangrijk criterium bij de regionale inkoop van begeleiding, dagbesteding en jeugdhulp voor 2018 e.v. Als een cliënt graag zorg wil ontvangen van een partij die niet gecontracteerd is, dan kan er gekeken worden of de cliënt in aanmerking komt voor een PGB. Hiermee kan een cliënt de zorg vervolgens zelf inkopen bij een (niet gecontracteerde) partij. Voor PGB's gelden dezelfde kwaliteitscriteria als voor gecontracteerde zorg (Zorg in natura). Een belangrijk doel van de pilots en het scenario Wijkgerichte GGZ is de korte lijnen tussen begeleiding en behandeling te versterken.

3. Zijn er bij dreigende crisissen voldoende crisis-bedden geregeld?

Gemeenten zijn niet verantwoordelijk voor crisiszorg GGZ, maar wij ontvangen geen signalen dat de capaciteit onvoldoende is. Naast de PAAZ-afdelingen in de ziekenhuizen is sinds medio 2017 een crisis-

beoordelingskamer ingericht bij Pro Persona aan de Nijmeegse baan. In het kader van de Sluitende aanpak psychische kwetsbaarheid wordt gewerkt aan verbreding naar een multidisciplinaire beoordelingskamer. Tenslotte zijn er sinds enige tijd time-out bedden beschikbaar (om crisis te voorkomen!).

4. Wordt er gezorgd voor voldoende participatie om zodoende sociaal isolement en sociale uitsluiting te voorkomen?

Participatie wordt als zeer belangrijk gezien. Hierbij proberen we bijvoorbeeld aansluiting te zoeken bij de welzijnsorganisaties en bij mogelijkheden om deel te nemen aan reguliere sportactiviteiten en andere inloopvoorzieningen. Dit zijn zaken die lokaal geregeld zijn of moeten worden. Met het oog op de decentralisatie van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang en de bijkomende ambulantisering-opgave zal er zeker ook oog zijn voor participatie en het voorkomen van sociaal isolement en sociale uitsluiting.

5. Wat wordt er gedaan om de zware druk op de familie, naasten en mantelzorgers te ontlasten?

Vanuit het steunpunt mantelzorg Beuningen is er bijvoorbeeld informatie en ondersteuning beschikbaar en is lotgenotencontact mogelijk. Zij inventariseren regelmatig de behoeften bij mantelzorgers en spelen hier op in.

6. Wie gaat er zorgdragen voor de Indicatie in 2020 en zijn ze daarop voldoende uitgerust?

Hier is op dit moment nog geen beslissing over genomen, maar in het beleidsplan is aangegeven dat we willen onderzoeken of en wanneer de

indicatiestelling voor beschermd wonen in relatie tot de ambulantisering meer en beter kan worden aangesloten bij de lokale wijkteams om tot een meer passende maatwerkoplossing voor de cliënt te kunnen komen.

REACTIE: REGIORAAD CLIENTEN RIBW

De laatste tijd bereiken ons steeds vaker verontrustende berichten over een verdere krimp van beschermd wonen plekken. Graag zouden wij middels een brief aan jullie toelichten wat dit voor ons als beschermd wonen cliënten van de RIBW betekent en kan gaan betekenen. Mogelijk komt een deel van deze informatie vanavond ook ter sprake in de bijeenkomst, maar omdat u in uw uitnodiging oproept tot de mogelijkheid van schriftelijk inbrengen, willen wij hier graag gebruik van maken. Om u een kijkje te geven in hoe een en ander voor ons werkt, hebben we geprobeerd dit in een brief voor u op te schrijven.

Wij maken ons zorgen omdat:

Cliënten met een psychische beperking/ziekte hebben vaak al vanaf hun jeugd hulpverleningstrajecten en zijn bij het beschermd wonen vaak eindelijk op een plek waar zij rust ervaren en meer kunnen genieten van het leven (al is dit voor een groot deel van de cliënten nog niet eens dagelijks weggelegd). Dagelijks kampen zij met hun beperkingen en moeten zij zich staande zien te houden in een maatschappij die weinig rekening houdt met mensen die "anders zijn". De beschermde woonomgeving waarop zij terug kunnen vallen, is hun stabiele basis en maakt dat deze mensen toch, op hun manier,

mee kunnen komen in deze maatschappij. Als deze cliënten weer gedwongen worden zelfstandig te gaan wonen, begint voor veel cliënten opnieuw een periode van onrust en onzekerheid en een mogelijke nieuwe lijdensweg waarvan de vraag is of zij hier niet slechter uitkomen dan dat zij erin gingen. Veel cliënten kunnen zich alleen staande houden, DOORDAT ze beschermd wonen. En zelfs dan is het vaak al moeilijk genoeg. Herstelprocessen zijn processen van jaren, de vooruitgang gaat vaak met kleine stapjes en is niet te dwingen in een kortere periode. Daarnaast kan vooruitzicht op uitstroom binnen een bepaalde tijd een dusdanige druk opleveren dat dit het herstelproces verhindert. Veel cliënten zijn chronisch ziek en zullen nooit volledig herstellen, of dusdanig herstellen zodat zij zelfstandig kunnen wonen. Vooruitgang is voor een aantal cliënten al stabiel blijven en zorgen dat het niet verder achteruitgaat. Voor velen is dit het hoogst haalbare.

Wat als ik zelfstandig zou moeten gaan wonen?:
(een aantal voorbeelden uit de praktijk):

"Het zou mij waarschijnlijk niet lukken om zelf structuur in de dagen aan te brengen, ik zou depressieve gevoelens krijgen, vereenzamen, nergens toe kunnen komen, in bed blijven liggen en waarschijnlijk vaak ongezond eten".

"Een aantal praktische dingen zouden me niet dagelijks lukken, zoals koken, poetsen, afwas opruimen. Dit omdat, vanwege mijn beperkte belastbaarheid en psychische problemen, zelfs de kleine normale dingen mij de ene dag veel meer moeite en energie kosten dan de andere dag".

"Het idee dat ik alles zelf zou moeten doen en ik op

niemand terug kan vallen als ik een mindere dag heb, beangstigt me. Ik kan erg angstig worden van alleen het idee al, wat weer kan maken dat ik passief op de bank ga zitten en niet meer tot enige actie kan komen".
"Soms heb ik dagen dat ik veel 'gepest' word door waangedachten en dwanghandelingen. Op zo'n dag moet ik een keuze maken tussen de was ophangen of koken. Een van de twee schiet er dus bij in. Op zich niet zo erg als dit 1 dag het geval is, maar het risico is dat dit vaker gaat gebeuren en taken zich opstapelen in huis waardoor het voor mij niet meer te overzien is".

"Ik kan binnen een hele korte tijd (1 dag) psychisch ontregelen. Zelf heb ik dit vaak te laat door. Als ik op mezelf zou wonen en niemand zou mijn gedrag kunnen signaleren en mogelijk doorspelen naar begeleiding, zou dit voor mij een psychose kunnen betekenen".

Ter informatie: 9 van de 10 cliënten die een psychose hebben gehad verliezen hiermee een deel van hun vaardigheden. Het is voor velen niet haalbaar om weer op hetzelfde niveau als voor de psychose te functioneren. Voorkomen van psychose is voor deze mensen prioriteit 1.

"Als ik teveel gedachtes en/of stemmen in mijn hoofd heb, heb ik soms zoveel moeite met concentreren dat ik mijn taken op de verkeerde manier uitvoer. Bijvoorbeeld: ik doe de was en zet het verkeerde programma aan, vergeet het gasfornuis uit te zetten."

Bovenstaande voorbeelden zorgen 9 van de 10 keer voor overlast. Overlast voor de cliënt en zijn omgeving, maar ook overlast voor u als Gemeente. Overlast kost namelijk over het algemeen geld om dit weer op de rit te krijgen.

Welke meerwaarde heeft het beschermd wonen voor mij: (een aantal voorbeelden uit de praktijk)
Ik kan terugvallen op mijn huisgenoten als:

"Ik vanwege mijn energiegebrek/beperkte belastbaarheid het niet voor elkaar krijg om bijvoorbeeld de kooktaak te voltooien".

"Ik me geen raad met de dag weet en ik even kort een babbeltje kan maken met mijn huisgenoten waardoor ik de dag toch kan starten".

"Doordat er mensen direct om me heen zijn (en de wetenschap dat ik niet alleen ben), is de kans kleiner dat ik vereenzaam. Als mijn huisgenoten mij een dag lang niet gezien hebben, kloppen zij op mijn deur om te kijken wat er aan de hand is, of waarschuwen zij begeleiding."

"Het motiveert mij om in mijn dagritme te blijven en niet 's nachts te leven."

"De verantwoordelijkheid voor het wonen kunnen delen. Ik zou de druk van alles zelf moeten doen, niet goed aankunnen. Ik zou daar makkelijk passief en uiteindelijk mogelijk depressief van kunnen worden. Bijvoorbeeld: Er komt een monteur voor de wasmachine; deze komt tussen 9 en 12 u. Nu kan ik deze verantwoordelijkheid delen/opdelen met mijn groepsgenoten. Zou ik alleen wonen, dan zou dit al de hoofdtak van deze dag zijn en ik de rest van de dag niets meer kunnen doen".

"In de maatschappij hoor ik nergens bij, voel ik me alleen. Het wonen met anderen die allemaal wat mankeren, steunt me en ik voel me erkend"

Welke risico's zien wij in ambulantisering van cliënten die hier eigenlijk (nog) niet aan toe zijn: Meer verwarde personen op straat of in de wijk. Gevolg: meer politie-inzet en cellen nodig. (Wat

uiteraard niet ten goede komt voor het welzijn van de cliënt.)

Stelt u zich bijvoorbeeld voor dat u uzelf erg angstig en achterdochtig ergens over voelt en als gevolg daarvan probeert uw burens te overtuigen van uw angst en achterdocht. Deze bellen de politie en vervolgens eindigt u, nog angstiger en achterdochtiger dan u al was, in een politiecel bij agenten die totaal niet aansluiten bij uw mentale toestand. Gevolg hiervan is wellicht een opname in de GGZ en al met al heeft u voor de overheid/gemeente meer gekost dan nodig was geweest wanneer u de beschermde omgeving had gehad waarin u met uw problemen redelijk kon functioneren en uw angsten en achterdocht al vroegtijdig had kunnen relativeren met de juiste ondersteuning.

Tot slot:

Wij begrijpen heel goed dat u moet bezuinigen en willen hier ook graag in meedenken naar een passende oplossing voor iedereen. We hopen alleen dat u niet te licht denkt over cliënten met een psychische beperking. Zoals u hierboven kunt lezen, komt er een hoop meer bij kijken dan het wellicht op het eerste oog lijkt. Het feit dat het met veel cliënten goed gaat, komt doordat zij de beschermde woonomgeving hebben die zij nodig hebben. Begrijp ons niet verkeerd, wij zijn er ook voorstanders van om cliënten te motiveren zelfstandiger te worden en indien zij hier aan toe zijn de stap naar zelfstandig wonen te zetten. Alleen zijn wij bang dat dit niet voor de grote groep cliënten die u in gedachte heeft, is weggelegd. Wij schatten in dat dit eerder voor een minderheid van de cliënten zal gelden. En zelfs hierin zijn de

afgelopen jaren al behoorlijke stappen gezet. De meerderheid van de huidige Beschermd Wonen cliënt, zal niet verder doorstromen dan Beschermd Wonen. Zeker niet zolang de maatschappij hier niet op ingericht is.

Mocht u nog behoefte hebben aan verdere toelichting van deze brief dan laten we ons graag uitnodigen hierover in gesprek met u te gaan. Deze brief is opgesteld met medewerking van cliënten uit beschermde woonvormen in Nijmegen en in samenspraak met cliëntenvertegenwoordigers- orgaan Regioraad Beschermd Wonen Nijmegen, van RIBW Nijmegen en Rivierenland.

Antwoord:

Allereerst dank voor de verhelderende wijze waarop u ons meeneemt in uw zorgen als het gaat om de weg die we met Beschermd Wonen in willen slaan. U schetst een heel duidelijk beeld van de meerwaarde die Beschermd Wonen biedt voor mensen met een psychische beperking. Ook in de werkconferentie zijn vergelijkbare verhalen te horen geweest.

Om gelijk maar een zorg weg te nemen: Beschermd Wonen verdwijnt niet. Beschermd Wonen zal altijd een onderdeel zijn van de Wmo-zorg die wij aan de mensen uit onze regio aanbieden. Wel streven wij ernaar om anders naar deze vormen van begeleiding te gaan kijken: meer vanuit een inclusie gedachte. Beschermd Wonen kent nu reeds vele verschijningsvormen: van groepswoningen tot geclusterd wonen tot begeleid zelfstandig wonen. Wij denken dat het mogelijk is om hierbinnen een verschuiving te realiseren naar met name deze laatste. U geeft aan dat wij voor de mensen die nu in Beschermd Wonen

zitten hierover wellicht te optimistisch denken.

Mogelijk is dit zo, mogelijk niet. Het is in ieder geval zo dat we dit met de BW organisaties en hun cliënten willen gaan verkennen. De huidige jaarlijkse uitstroom uit beschermde wonen biedt ons in ieder geval goede hoop en ook projecten als Wonen met perspectief van RIBW en Pluryn bieden goede aanknopingspunten.

Belangrijker nog, en daar liggen volgens ons de grootste kansen, is dat we met elkaar kijken naar het voorkomen van instroom in een intramurale BW setting. Wij zijn ons er terdege van bewust dat het de komende jaren de nodige inzet van diverse partijen vraagt om dit mogelijk te maken. Ambulantiseren is voor ons geen doel op zich. Mensen die hier (nog) niet aan toe zijn, zullen wij niet dwingen om weer begeleid zelfstandig te gaan wonen. Wel willen wij, zoals hierboven al gezegd, alles op alles zetten om te voorkomen dat mensen omwille van hun psychische beperking hun eigen huis en omgeving moeten verlaten en noodgedwongen instromen in een beschermde woonvoorziening. Wij zien het daarom als onze (gezamenlijke) opgave om juist ook in de eigen wijk die begeleiding en stabiele (thuis)basis te kunnen bieden zoals u dat omschrijft. Graag maken we gebruik van uw aanbod om met u hierover verder in gesprek te gaan, om nader te bezien wat hier op de korte en langere termijn concreet voor noodzakelijk is.

REACTIE: RIBW NIJMEGEN EN RIVIERENLAND

Als expert in begeleidingszorg en als grootste aanbieder in de regio op het gebied van beschermd en begeleid wonen, reageren wij graag op het

'Plan van Aanpak GGZ-Beschermd Wonen-Maatschappelijke Opvang'. In onze brief van 15 maart 2017 formuleerden wij reeds een reactie op de startnotitie over dit onderwerp.

Risico's voor kwetsbare mensen

Als RIBW Nijmegen & Rivierenland onderschrijven wij de eindsituatie van het plan van aanpak van harte. Over de weg ernaar toe hebben wij echter grote zorgen. De in het plan van aanpak beschreven stip op de horizon past in ons toekomstbeeld. Wij vinden echter dat het plan met zevenmijlslaarzen wordt doorlopen. Het houdt onvoldoende rekening met de veelheid aan (tussen)stappen die nodig zijn om kwetsbare cliënten niet omver te lopen. Voor de samenleving heeft het plan bovendien verstrekende gevolgen, deze moet toegerust zijn op de omzetting van het 'medisch' model naar een 'sociaal' model. Wij roepen de regio dan ook op om het plan van meer realisme te voorzien. Nu is het risico groot dat veel cliënten onderweg de aansluiting verliezen, met de kans op een toename van verwarde personen op straat.

Tijdens de recente inspraakavond voor burgers gaf u aan dat een transformatie de nodige tijd vergt. In de lijn van Dannenberg vindt u een tijdsperiode van 15 jaar reëel om scenario 3 te realiseren. In het plan van aanpak wordt echter geen rekening gehouden met een juiste fasering, temporisering en volgordeelijkheid. Wij vinden dat onbegrijpelijk en niet verantwoord ten aanzien van onze cliënten, evenals voor het beleid van de regio. De Regioraad van cliënten beschermd wonen heeft zijn zorgen over de aanpak in een heldere brief (d.d. 6 september 2017) aan u laten weten.

Werken aan vernieuwing

Bij de RIBW Nijmegen & Rivierenland staat innovatie hoog op de agenda en wij spelen al geruime tijd actief in op nieuwe ontwikkelingen op het snijvlak van de GGZ en het sociaal domein. Wij werken nauw samen met onze partners in de zorg en het sociaal domein. Samen met woningcorporaties hebben wij afgelopen jaar voorzieningen gecreëerd, gericht op het stimuleren van de uitstroom van cliënten in het kader van participatie en inclusie. Wonen met Perspectief laat zien dat wij de beweging naar GGZ in de wijk serieus nemen en weten te concretiseren. Wij hebben de afgelopen periode gewerkt aan het vormgeven van geïntegreerde GGZ in de wijken, waarbij onze organisatie uiteindelijk opgaat in de wijkinfrastructuur. Wij zien scenario 2 als een ambitieuze en stevige tussenstap en een fase die randvoorwaardelijk moet zijn doorlopen voordat aan scenario 3 kan worden begonnen.

Bezuinigingen

Haaks op de beoogde ontwikkelingen in het plan van aanpak, staan bovendien de voorgenomen bezuinigingen op beschermd wonen voor 2018. Hiermee wordt een forse streep gehaald door deze initiatieven en is er een grote kans dat het effect teniet wordt gedaan. In plaats van de in het plan van aanpak beoogde vernieuwing van beschermd en begeleid wonen, ervaren wij daarmee afbraak van een zorgvuldige aanpak. De gemeente werpt een forse drempel op om kwetsbare mensen duurzaam zelfstandig te laten wonen in de samenleving en wijkt daarmee af van de lijn van Dannenberg. Immers, als het afbouwen van voorzieningen sneller gaat dan het realiseren van nieuwe GGZ-opvang in

de wijk, ontstaan er gaten tussen de GGZ en het sociaal domein. Hoe en met welke financiële middelen wilt u de beoogde beweging in gang zetten en hoe neemt u alle betrokken partijen daarin mee?

Dankzij de sociaal psychiatrische begeleiding gaat het met veel cliënten goed. Het vanwege geldkwesties weghalen van ankers in het leven van deze cliënten kan desastreuze gevolgen hebben, waardoor zij overlast kunnen veroorzaken of verkommeren. De druk op de maatschappelijke opvang zal dan vergroten, waarbij mensen weer een beroep doen op beschermd wonen (in de vorm van een pgb) of duurdere vormen van zorg.

Voor onze organisatie staat het belang van de individuele cliënten altijd voorop. Gericht op participatie, herstel en eigen regie, om daarmee inclusie in de samenleving mogelijk te maken. Vanuit dit belang en in samenspraak met de cliënten zelf, willen wij graag op korte termijn in gesprek met de regio om te komen tot een realistische aanpak van het beleid.

Antwoord:

Allereerst willen wij u bedanken dat u de koers zoals geschetst in ons beleidsplan onderschrijft. U geeft hierbij wel aan zich zorgen te maken over het tempo waarin de geschetste eindsituatie moet worden bereikt. Over het tempo waarin de benodigde veranderingen moeten worden ingezet, kunnen we overigens altijd met elkaar in gesprek. Het realiseren van het ene voorstel/doelstelling uit het plan zal meer tijd kosten dan het andere. Bijvoorbeeld de

brede mentaliteitsverandering binnen de samenleving richting de doelgroep van ons beleid zal er een van de lange adem zijn. Dit laat onverlet dat we wel met elkaar in de “actiestand” moeten komen om het gewenste perspectief te bewerkstelligen.

Wij hebben bewust gekozen voor een scenario 2 richting 2020 en een scenario 3 dat aansluit bij de termijn die Dannenberg ook noemt (15 jaar). Heel bewust, omdat 2020 ook het jaar is dat het nieuwe landelijke verdeelmodel wordt ingevoerd en wij verwachten dat onze regio hier niet direct gunstig uit zal springen. We kunnen daarom beter nu al werk maken van een grotere inzet op ambulantisering, dan wachten tot de noodzaak zo groot is dat we in noodscenario's terecht komen. Om in uw woorden te spreken: wij proberen juist de noodzaak om er met “zevenmijlslaarzen” door heen te moeten stappen, te voorkomen. Hier zijn cliënten, noch instellingen mee gediend. Met u zijn wij het eens dat de afbouw van de ene voorziening gepaard moet gaan met gelijktijdige opbouw van andere voorzieningen. Dat is ook precies wat wij beogen. U vraagt met welke middelen wij dit doen en hoe wij alle betrokken partijen hierin meenemen. Wij zullen dit moeten doen met de middelen die gemeenten nu tot haar beschikking hebben. Onze verwachting is zeker niet dat hier meer middelen bij zullen komen, integendeel. Zie ook onze opmerking hierboven over het nieuwe verdeelmodel. Wij zullen het plan tot stand moeten brengen met alle betrokken partijen. Echter, gelet op het grote aantal betrokken partijen zullen we hierbij wel streven naar werkbare samenwerkingsvormen, bijvoorbeeld in de vorm van stuur-, project- en werkgroepen. Afhankelijk

van het onderwerp kan de samenstelling hiervan verschillen. Hierbij zullen wij zeker niet de “collectiviteit van betrokken partijen” vergeten. Net zo min als we dat bij de totstandkoming van dit beleidsplan hebben gedaan.

Wij zien niet waarom u in uw brief spreekt over bezuinigen. Er is nadrukkelijk geen sprake van bezuinigingen, integendeel. Niet voor uw organisatie en niet budgettair gezien. Noch is er sprake van dat wij “ankers in het leven van cliënten” weg zullen slaan. Wel willen wij, zoals hierboven aangegeven, in 2018 echt werk maken van een start om de in het beleidsplan geschetste (en door u onderschreven) beweging richting verdere ambulantisering te gaan maken. Dit doen wij onder andere door nu reeds een aantal trajecten intramuraal minder in te kopen en hiervoor in de plaats meer trajecten extramuraal in te kopen. We bouwen dus zeker niet gedwongen voorzieningen af. Wij vragen van u en de andere Beschermd Wonen organisaties om in goede samenspraak met ons en cliënten wel te starten met een andere inrichting van de zorg. Uiteraard in de lijn van het perspectief, zoals geschetst in het beleidsplan. Over het tempo waarin, beginnen aan de instroom- en/of uitstroomkant en de andere (rand)voorwaarden die hiervoor nodig zijn, kunnen wij dan met elkaar concreet het gesprek aangaan.

Tot slot: het is goed te lezen dat ook uw organisatie het belang van individuele cliënten voorop stelt. Uw uitnodiging om met ons in gesprek te gaan om te komen tot een uitvoering van beleid nemen wij vanzelfsprekend aan. Wij zijn hierover immers al met u in gesprek en zullen dit ook blijven doen.

REACTIE: WOONZORGNET

Binnenkort neemt U een besluit over het 'Plan van Aanpak GGZ-Beschermd Wonen-Maatschappelijke Opvang' van Wethouder B. Frings. In dit plan worden 3 scenario's beschreven en de wethouder stelt voor om voor scenario 3 te kiezen waarbij Beschermd Wonen een integrale wijkvoorziening wordt. Wij denken dat dit plan te ambitieus en niet realistisch is.

Beschermd wonen kan, in combinatie met de komende bezuinigingen, niet op die schaal worden georganiseerd en bekostigd. Daarmee lopen onze cliënten het risico dat dergelijke voorzieningen ontmanteld worden. En dat terwijl zij DANKZIJ de ondersteuning veilig kunnen wonen, relaties aan kunnen gaan en burgerschap inhoud kunnen geven, inclusief werken en leren. Dat kan toch ook met ambulante begeleiding? Ja, voor veel cliënten kan dit en gebeurt dat ook. Maar voor een grote groep cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is die stap (voorlopig) te groot of niet haalbaar.

Afgelopen weekend werden wij hard met dit gegeven geconfronteerd. Een bewoner ging na succesvol verblijf van enkele jaren eindelijk zelfstandig wonen in de buurt van zijn familie. Het hele transitietraject was optimaal voorbereid en uitgevoerd. Dit weekend ontvingen wij het droevige bericht dat hij, zeer onverwacht, suïcide heeft gepleegd. Wij (oud-medebewoners, medewerkers) zijn er kapot van. De les die we wederom leren: we werken met ernstig zieke en kwetsbare mensen die beschutting en bescherming nodig hebben, soms een mensenleven lang.

Doe niet mee aan de 'wijk-utopie'. Deze groep burgers heeft baat bij gespecialiseerde begeleiding en een beschermde woonomgeving. Dat hoeft echt niet persé op wijkniveau, dat kan kleinschalig verspreid over de stad, veelal om en in het centrum. Want daar is het leven, daar zijn ontmoetingen en daar is werk. Scenario 2 komt hier heel goed bij in de buurt en is een realistisch ijkpunt als stip op de horizon.

Ik ben van harte bereid hierover met u van gedachten te wisselen.

Antwoord:

Dank voor uw reactie. Allereerst een kleine correctie. Het beleidsplan betreft nadrukkelijk een plan van de samenwerkende gemeenten in de regio en niet het plan van wethouder Frings. U bestempelt scenario 3 als niet realistisch en te ambitieus. Wij zullen zeker niet ontkennen dat het een ambitieus plan betreft, dat is ook de reden dat wij scenario 3 als stip op de horizon benoemen en daar de nodige tijd (15 jaar) voor uit willen trekken. Tegelijkertijd hebben wij scenario 2 benoemd als te bereiken mijlpaal in 2020, een scenario dat in uw ogen wel realistisch is. Een scenario waarmee in onze ogen een groot deel van de randvoorwaarden wordt ingevuld om toe te werken naar scenario 3. U spreekt van wijk-utopie en gespecialiseerde begeleiding en beschermde woonomgeving. Wat ons betreft gaan wonen in de wijk en het bieden van (ambulante) specialistische begeleiding, maar ook Beschermd Wonen, echt hand in hand. U zegt het zelf al: kleinschalig, verspreid. Wij kijken hier, juist vanwege de regionale spreiding van voorzieningen,

verder dan alleen de stad. Er wonen ook mensen met een EPA in de gemeenten buiten stad Nijmegen, die wij graag waar mogelijk in hun eigen kern/wijk willen laten wonen. Dat is wat ons betreft waar het om gaat, ondersteuning dichtbij. U heeft het verder over bezuinigingen, wij hechten er aan te benadrukken dat wij niet zullen bezuinigen op Beschermd Wonen. Wel zullen wij financiële prikkels inbouwen in de contractering om de ambulantiseringsslag mede te faciliteren. Alle middelen blijven echter beschikbaar voor Beschermd Wonen. De middelen die we vrijmaken door minder intramurale trajecten in te kopen zullen wij inzetten ten behoeve van de in scenario 2 genoemde opbouw/intensivering van de ambulantisering.

Laten wij met elkaar afspreken dat we de komende periode op constructieve wijze onze inzet op scenario 2 plegen, dan zien we in diezelfde periode vanzelf wel hoe we met elkaar scenario 3 dichterbij kunnen laten komen. Wij hebben hier in elk geval alle vertrouwen in.

REACTIE: ADVIES COMMISSIE JMG NIJMEGEN

Graag willen wij u complimenteren met het Plan van aanpak GGZ – Beschermd Wonen – Maatschappelijke Opvang. Het plan bevat veel ideeën waar wij ons in kunnen vinden en heeft een brede focus die zich niet beperkt tot beschermde wonen en maatschappelijke opvang alleen. Met name het noemen van elementen als herstel, dagbesteding/werk en stigmabestrijding vinden wij lovenswaardig en onontbeerlijk om te komen tot een sluitend beleid ten aanzien van de doelgroep. Met dit gevraagde advies geven wij u een aantal adviezen

in overweging die naar onze mening het plan nog zouden kunnen versterken.

Huidige cliënten Beschermd Wonen ontzien

Wij adviseren u om de huidige groep mensen met een indicatie voor Beschermd Wonen, zeker diegenen die al langere tijd in een beschermde woonvoorziening wonen, zoveel mogelijk te ontzien in het streven naar ambulantisering. De meeste cliënten die beschermde wonen kampen dagelijks met hun beperkingen en hebben vaak van jongs af aan al te maken met hulpverleningstrajecten. Omdat zij behoefte hebben aan dagelijkse zorg en ondersteuning, zal de overgang naar een zelfstandige woonsituatie voor de meesten van hen te groot zijn. Daarom raden we aan om vooral in te zetten op het beperken van nieuwe instroom in Beschermd Wonen. Het plan van aanpak doet daar overigens ook al een aantal aanzetten toe.

Reguliere beloning ervaringsdeskundigen

Met betrekking tot het vormgeven van de gebiedsgerichte GGZ (scenario 3 in het plan van aanpak) wordt het voornemen uitgesproken om, behalve zorg, ook ontmoeting en lotgenotencontact te bevorderen in de wijk. Het is uw wens om hier ervaringsdeskundigen in te zetten. Dit vinden wij een goed streven, waarbij we wel nog het advies geven om ervaringsdeskundigen een regulier salaris te bieden. Ervaringsdeskundigen zijn niet slechts mensen met ervaring met het hebben van een kwetsbaarheid, maar hebben ook door opleiding en scholing ervaringskennis opgebouwd. Deze ervaringskennis wordt toegepast om cliënten te ondersteunen in hun persoonlijk herstel. Kortom:

ervaringsdeskundigheid is een vak, dat naar onze mening ook als dusdanig beloond dient te worden.

Verbeteren beeldvorming

Het plan van aanpak zet in op het vergroten van de inclusie en participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. U gaat dit onderdeel nog verder uitwerken en wij zijn benieuwd hoe die uitwerking, waar wij graag bij betrokken worden, vorm krijgt. Niet alleen hulpverleners hebben een rol bij het vergroten van de acceptatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk, maar ook voorlichting door ervaringsdeskundigen en publiekscampagnes kunnen een manier zijn om vooroordelen weg te nemen en acceptatie te vergroten. Hierbij kan eventueel gebruik worden gemaakt van bestaande cliëntenorganisaties. In ieder geval verwachten we dat het verbeteren van de beeldvorming in de wijk ten aanzien van psychisch kwetsbare burgers om een lange termijn-inspanning zal vragen. Wij adviseren dan ook om hier budget voor vrij te maken.

Verder doen we de suggestie, om bij het uitwerken van het concept om de acceptatie en inclusie van mensen met een GGZ-achtergrond te vergroten, ook gebruik te maken van de input van cliënten en ervaringsdeskundigen.

24 uren ondersteuning voor zelfstandig wonende cliënten

Onze verwachting is dat de bestaande zorg anders ingericht zal moeten worden als gevolg van het proces van ambulantisering. Nu zijn cliënten die beschermd wonen nog gewend aan 24-uurs zorg

en kunnen zij op elk moment ondersteuning krijgen van hulpverleners. Echter, wanneer cliënten zelfstandig (gaan) wonen, zal de ambulante zorg en ondersteuning zich doorgaans beperken tot kantooruren. Signalen van cliënten duiden er op dat de reguliere huisartsenzorg vaak te weinig specialistische kennis in huis heeft over de problematiek van psychische aandoeningen. En wil men gebruik maken van de crisisdienst, dan kan dit alleen in crisissituaties. Daarom adviseren wij om het zorgnetwerk dusdanig in te richten, dat ook zelfstandig wonende cliënten 24 uur per dag kunnen rekenen op deskundige zorg en ondersteuning. Mochten in dit kader de zorg- en ondersteuningsstructuren worden uitgebreid, dan raden we ook aan om hier voldoende bekendheid aan te geven, zodat mensen weten waar en wanneer zij terecht kunnen met hun hulpvraag.

Diversiteit bevorderen in wijk

Wat betreft het thema wonen onderschrijven we het voornemen om kwetsbare doelgroepen te spreiden binnen gemeenten. Nu nog zijn er wijken waar relatief veel mensen wonen met een GGZ-achtergrond, terwijl het onze voorkeur heeft dat er diversiteit bestaat in een wijk en mensen met verschillende achtergronden bij elkaar wonen. Dit kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Woningcorporatie Portaal stelt bijvoorbeeld woningen met een huur boven de huurtoeslaggrens beschikbaar aan mensen met een laag inkomen. Aangezien een flink deel van de mensen met een ernstige psychische aandoening een minimum inkomen heeft, zouden wij het toejuichen wanneer zij toch woningen met een hogere huur

kunnen betrekken. Dit voorkomt een concentratie van kwetsbare doelgroepen in de wijk en bevordert de diversiteit. Wij zouden graag zien dat andere corporaties dit beleid overnemen en adviseren u met hen hierover in gesprek te gaan.

Aandacht geven aan opleiding en onderwijs

Met betrekking tot het thema werk en dagbesteding geven we het advies om ook aandacht te geven aan opleiding. Vooral bij jongeren met een psychische kwetsbaarheid kan opleiding een zinvolle daginvulling bieden, mits hierbij voldoende ondersteuning aanwezig is bij de onderwijsinstelling. Wij adviseren u hierover in gesprek te gaan met scholen en onderwijsinstellingen als het ROC, de HAN en de Radboud Universiteit. Daar waar noodzakelijke ondersteuning ontbreekt voor jongeren met een psychische aandoening om scholing en onderwijs te volgen, zou dit gestimuleerd moeten worden.

Zorgvuldig omgaan met het betrekken van familie bij zorgnetwerk

Wij willen een kanttekening plaatsen bij het voornemen in het plan van aanpak om familie als gelijkwaardige partner te betrekken bij het zorgnetwerk. Hoewel wij dit in beginsel toejuichen, willen we er ook op wijzen dat het met name in de psychiatrie regelmatig voorkomt dat familieverhoudingen ernstig verstoord zijn en cliënten soms het contact met hun familie volledig verbroken hebben. Het betrekken van de familie bij de behandeling kan voor sommige cliënten oude wonden openrijten en moet daarom zorgvuldig afgewogen worden.

Maatschappelijke opvang

Het valt ons op dat er in het plan van aanpak relatief meer aandacht is voor de uitwerking van de plannen voor beschermd wonen, dan voor die voor de Maatschappelijke opvang. In het plan lijkt ons een wat optimistische kijk op het op herstelgerichte vermogen van de doelgroep dak- en thuislozen/verslaafden. Gelukkig wordt aangegeven dat wanneer de situatie van mensen vraagt om maatschappelijke opvang, deze ook geboden moet worden, ook in de toekomst.

Het valt ons op dat rond beschermd wonen veel meer statistische gegevens worden weergegeven dan bij dak- en thuislozen en verslaafde personen in de regio. De landelijke trend is een toename van het aantal dak en thuislozen. Van belang lijkt het ons, mede met het oog op de doordecentralisatie na 2020, om meer gegevens rondom de doelgroep die gebruik zal maken van de maatschappelijke opvang te verzamelen. We adviseren om opnieuw een meting te (laten) doen ten aanzien van deze aantallen in onze regio.

Er wordt vastgesteld dat, om herstel van de doelgroep te bewerkstelligen, gezorgd moet worden voor mogelijkheden van Housing First en de ontwikkeling van tussenvoorzieningen. Het project Housing First zou, wil het tot een effectief middel voor herstel bij de doelgroep worden, moeten worden uitgebreid. Er zijn veel meer mensen die voor een dergelijke aanpak in aanmerking zouden kunnen komen, als er meer capaciteit zou zijn. De genoemde tussenvoorzieningen, als stappen in het herstel van mensen, zijn in het voorstel nog weinig uitgewerkt. We pleiten voor een divers aanbod van voorzieningen zodat er maatwerk

geleverd kan worden ten aanzien van deze gecomplexeerde doelgroep.

Preventie wordt terecht van groot belang geacht. In dat verband willen we wijzen op het Expertiseteam dak- en thuislozen, een belangrijke vindplaats voor dak- en thuislozen/verslaafden. Voortgekomen uit de jarenlange spreekuren vanuit de diaconie Nijmegen heeft het zich het laatste jaar ontwikkeld tot een expertiseteam waar, in samenwerking met de relevante hulpverlening en de huisartsen van buitenzorg, een plek is gecreëerd waar de doelgroep laagdrempelig wordt ontvangen en in een heel vroeg stadium hulpverlening kan worden opgestart, om zo preventief een verder afglijden van de personen te voorkomen.

Uitgeprocedeerde vluchtelingen/ongedocumenteerden

Een afzonderlijke categorie daklozen zijn de uitgeprocedeerde vluchtelingen/ongedocumenteerden. Het is ons bekend dat er rondom deze doelgroep andere beleidsstukken worden ontwikkeld, maar het lijkt ons van belang om in dit algemene plan van aanpak ook deze categorie te benoemen en aan te geven wat de toegankelijkheid of ontoegankelijkheid is van de reguliere Maatschappelijke Opvang voor deze doelgroep.

Schuldhulpverlening

Wanneer preventie ter voorkoming van dakloosheid belangrijk wordt geacht, zou schuldhulpverlening een grote plaats moeten innemen in de plannen. Voorkoming van huisuitzettingen en energieafsluitingen vanwege oplopende schulden, is één van de belangrijkste instrumenten om dakloosheid en

daarmede druk op de Maatschappelijk Opvang te verminderen.

Antwoord:

Allereerst nemen wij uw complimenten voor het Plan van Aanpak GGZ-Beschermd Wonen-Maatschappelijke Opvang, dat we inmiddels hebben omgedoopt tot een Beleidsplan, graag in ontvangst. Hieronder gaan we in op uw adviezen.

Huidige cliënten Beschermd Wonen ontzien

Wij onderschrijven uw advies om de huidige bewoners van beschermde woonvormen zoveel mogelijk te ontzien. In het aangepaste Beleidsplan hebben wij extra benadrukt dat we ons vooral richten op het inperken van de instroom in Beschermd Wonen door de ondersteuning thuis en de voorzieningen dichtbij huis te intensiveren.

Reguliere beloning ervaringsdeskundigen

Over de betaling van ervaringsdeskundigen doen we geen algemene uitspraak. Afhankelijk van de situatie en functie van ervaringsdeskundigen bezien wij, en ook instellingen, of zij regulier betaald worden voor de werkzaamheden die ze verrichten.

Verbetering beeldvorming

Wij gaan graag in op uw aanbod om mee te denken en werken aan voorlichting en campagne-activiteiten gericht op inclusie en acceptatie van mensen met een GGZ-achtergrond. Ook andere cliëntvertegenwoordigers zullen we bij de uitwerking van een inclusiecampagne betrekken. Bij de uitvoeringsplannen, waaronder een regionaal campagneplan, zullen we een begroting met dekking voegen.

24 uren-ondersteuning voor zelfstandig wonende cliënten

Uw constatering dat de bestaande zorg anders ingericht zal moeten worden, klopt. 24-uurs bereikbaarheid voor zelfstandig (begeleid) wonende cliënten is hierbij een belangrijk element, dat we als zodanig hebben opgenomen in het definitieve beleidsplan.

Diversiteit bevorderen in wijken

Samen met woningcorporaties streven wij naar gevarieerde wijken en spreiding van kwetsbare mensen over wijken. Dit gebeurt onder meer door waar mogelijk gedifferentieerd te bouwen, bijvoorbeeld door waar mogelijk sociale huurwoningen toe te voegen aan wijken met overwegend koopwoningen. Uw suggestie om woningen met een huur boven de huurtoeslag beschikbaar te stellen aan mensen met een laag inkomen zullen wij bespreken met de woningcorporaties in Gelderland-Zuid.

Aandacht geven aan opleiding en onderwijs

Het belang van onderwijs en opleiding is aan het definitieve beleidsplan toegevoegd. Wij zijn reeds in gesprek met onderwijsinstellingen, met name het ROC, de HAN en de Radbouduniversiteit, over ondersteuning aan jongeren en studenten met (psychische) beperkingen (er zijn overigens al bestaande maatjesprojecten op dit vlak) en wij zullen de komende tijd deze gesprekken intensiveren met het oog op de ambitie van het beleidsplan GGZ-Beschermd Wonen-Maatschappelijke Opvang.

Zorgvuldig omgaan met het betrekken van familie bij zorgnetwerk

Wij begrijpen de kanttekening die u hierbij maakt en hebben aan het beleidsplan op dit punt toegevoegd: “Uiteraard wordt hierbij altijd goed gekeken naar de onderlinge verhoudingen, zeker als de verhoudingen verstoord zijn. Het is uiteindelijk aan de cliënt om te bepalen wie hij of zij wil betrekken.”

Maatschappelijke opvang

Eén van de doelen van één coördinatiepunt voor Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen is dat we meer zicht krijgen op de totale doelgroep. Veel mensen maken gebruik van meerdere opvangvoorzieningen, waardoor we geen cijfers hebben over het totaal aantal unieke bezoekers (sommigen maken immers gebruik van meerdere voorzieningen).

In het beleidsplan staat dat we het aantal tussenvoorzieningen willen uitbreiden en Housing First beschouwen we als een tussenvoorziening. Voor uitbreiding van het aantal tussenvoorzieningen stellen we als eerste stap een inventarisatie van de huidige tussenvoorzieningen. Op basis van deze inventarisatie komen we met een plan van aanpak voor uitbreiding. Met u hechten wij aan de kennis die bij de deelnemers aan het Expertiseteam dak- en thuislozen de afgelopen jaren is opgebouwd. Conform afspraak die wij in het kader van de subsidieverlening met hen hebben gemaakt, zullen wij het functioneren van het team evalueren.

Uitgeprocedeerde vluchtelingen/ongedocumenteerden

Deze doelgroep valt niet onder dit Beleidsplan. Voor deze doelgroep is een separate Bed-bad-broodvoorziening gecreëerd.

Schuldhelpverlening

Aan het definitieve beleidsplan is toegevoegd dat elke gemeente moet beschikken over een signaleringsnetwerk schulden met o.a. woningcorporaties en energiebedrijven die vroegtijdig aan de bel trekken bij betalingsachterstanden. Ook moet elke gemeente beschikken over een lokaal zorgnetwerk multi-probleemhuishoudens dat onder meer gericht is op het voorkomen van huisuitzettingen door middel van het inzetten van drang- en dwang-trajecten.

REACTIE: ADVIESCOMMISSIE ALLOCHTONEN NIJMEGEN

De adviescommissie wil enkele korte opmerkingen maken over het ‘Plan van aanpak GGZ - Beschermd Wonen - Maatschappelijke Opvang’.

1. Benoem culturele diversiteit onder de cliënten/bewoners

Er zijn vrij veel mensen met een migratieachtergrond die ‘beschermd wonen’ en gebruik maken van maatschappelijke opvang. Er zijn veel mensen met een migratieachtergrond met ernstige psychische aandoeningen en/of psychiatrische problematiek. We kunnen ook stellen dat er heel wat risicogroepen zijn onder ‘migranten’, we denken hierbij onder andere aan vluchtelingen, mensen met oorlogstrauma’s, maar ook mensen die lijden onder minderheidsstress – een verschijnsel dat nauwelijks aandacht krijgt, maar levens kan verwoesten.

We mogen daarmee aannemen dat er onder cliënten heel wat culturele verschillen zijn. Die zien wij niet benoemd in het plan van aanpak. De adviescommissie is van mening dat dit wel

van belang is, omdat benoeming van culturele diversiteit onder de doelgroep de voorwaarde is voor de ontwikkeling van cultuursensitieve praktijk. Naast inclusie en participatie ziet de commissie graag diversiteit als principieel uitgangspunt.

2. *Cultuursensitief werken*

De commissie krijgt nog steeds signalen binnen van cultuurblinde praktijken. Zo komt het bijvoorbeeld nog voor dat in woongroepen geen aandacht besteed wordt aan de wens halal vlees te eten.

De commissie vraagt u daarom of en hoe cultuursensitief werken in de aanbestedingsprocedure is opgenomen en hoe er wordt gemonitord.

3. *Culturele diversiteit onder hulpverleners*

De adviescommissie pleit voor stevig beleid om culturele diversiteit onder de hulpverleners te bevorderen. Er is de afgelopen decennia veel expertise ontwikkeld door Nijmegenaren met een migratieachtergrond. Het is de kunst om als gemeente instellingen ertoe te bewegen die expertise in te zetten en vast te houden.

4. *Uitstroom en dan?*

De commissie mist aandacht voor de uitstromende cliënt en pleit voor monitoring na uitstroom.

Antwoord:

We kunnen het niet cijfermatig onderbouwen, maar ook wij hebben de indruk dat in beschermde woonvormen en vooral maatschappelijke opvangvoorzieningen, om allerlei redenen, relatief veel mensen met een migratieachtergrond wonen of verblijven. Dit vergroot de noodzaak om cultuursensitief te werken in deze voorzieningen en ook bij begeleid zelfstandig wonen. Daarom eisen wij in

inkooptrajecten van deze zorgvormen dat zorgorganisaties concreet aandacht besteden aan cultuursensitief werken (via personeelsbeleid, deskundigheidsbevordering etc.), zoals benoemd in het definitieve beleidsplan. Graag ontvangen wij signalen als hierin in de praktijk knelpunten voorkomen, zodat wij deze aan de orde kunnen stellen in contractmanagementgesprekken.

U vraagt om diversiteit aan de uitgangspunten inclusie en participatie toe te voegen. Inclusie kan niet zonder aandacht voor diversiteit en aandacht voor verschillen in alle opzichten: diversiteit is een impliciet onderdeel van inclusie. Dit neemt niet weg dat wij waar nodig specifiek aandacht besteden aan diversiteit, met name in de aansturing van zorg- en welzijnsorganisaties, zoals hiervoor beschreven.

Tot slot mist u aandacht voor (monitoring van) uitstromende cliënten. Onderdeel van de uitwerking van het beleidsplan is de opzet van een regionale monitor om de kwalitatieve (toename en gebruik lokale voorzieningen, bijvoorbeeld) en kwantitatieve gevolgen van de ambulantisering in beeld te krijgen en te houden.

REACTIE: ADVIESRAAD SOCIAAL DOMEIN DRUTEN *Gestelde vragen*

- Onduidelijkheid over de periode en wijze van invulling van de centrumgemeentefunctie van Nijmegen: In eerste instantie lijkt het plan erop gericht te zijn dat dit vanaf 2020 niet meer het geval is, maar vanaf pagina 37-38 wordt gesproken over de samenwerkingsvorm na 2020. ("Een logische

tussenvorm vinden we in optie B", de huidige centrumgemeente constructie zou gehandhaafd kunnen blijven). Graag duidelijk aangeven wat de bedoeling is qua termijn en invulling.

- In de situatie van geïntegreerde GGZ in wijken en kernen is het van groot belang dat niet alleen professionals, maar juist ook familie, vrienden, burens etc. op tijd signaleren dat het niet goed gaat met iemand. Juist in een steeds meer individualiserende samenleving is dit een grote uitdaging. Wat is de visie van de gemeente hierop en hoe wil de gemeente dit gaan faciliteren?
- Vervolgens moeten niet-professionals ook weten waar ze met zorgen/signalen terecht kunnen. En deze signalen moeten integer en vertrouwelijk worden opgepakt. Bij Veilig Thuis kan men anoniem een melding doen. Melden kan hele grote gevolgen hebben, bijvoorbeeld een uit huis plaatsing.
- Ook belangrijk dat verantwoordelijkheden helder zijn, en dat de melder dus niet ook automatisch verantwoordelijk is voor de cliënt. Hoe denkt de gemeente dit te gaan oppakken?

Tips voor uitvoering van het plan

- **Betrek je lokale stakeholders actief:** De mate van succes waarmee dit plan van aanpak wordt ingebed in de lokale samenleving valt of staat met draagvlak vanuit inwoners, lokale welzijns- en zorgaanbieders, woningcorporaties, lokale werkgevers, vrijwilligersorganisaties etc. De komende periode moet in de verdere uitwerking van het plan dus veel aandacht besteed worden aan communicatie richting al deze partijen! Dit begint uiteraard bij breed draagvlak en voldoende draagkracht binnen de politiek en gemeente onder

alle betrokken beleidsterreinen, het College, en de Gemeenteraad.

- **Heb oog voor de verschillen tussen dorpskernen:** In Druten hebben we te maken met verschillende dorpskernen met ieder hun eigen achtergrond en soort inwoners. In de ene kern zal geïntegreerde GGZ beter te realiseren zijn dan in de andere kern. In de verdere uitwerking van dit plan is aandacht voor de aard en verschillen tussen de kernen dus van groot belang. In de meeste kernen is er juist een groot gevoel van saamhorigheid, let men goed op elkaar en zorgt men voor elkaar, maar wordt het lastiger zodra er inwoners van buitenaf bij komen. Laat staan inwoners met een psychische achtergrond die vanuit een Beschermd Woonvorm komen. In de communicatie en participatie rondom dit plan van aanpak is het dus belangrijk om daarin onderscheid te maken tussen de kernen. In de ene dorpskern werkt een bepaalde communicatiestrategie bijvoorbeeld beter dan in de andere kern.
- **Spreiding van woningen:** Ga niet alleen aan de slag met de woningcoöperaties, maar kijk juist ook naar particuliere woningen. Anders krijg je toch weer een concentratie van GGZ cliënten in de wijk. Het lijkt dan neer te komen bij bewoners van sociale woningbouw.
- Als men kiest voor beschermd wonen in koopwoningbuurten dan dient de gemeente zich bewust van het feit dat de buurt daar (mogelijk) tegen in verzet zal komen ook vanwege de verwachte devaluatie van de waarde van de omliggende woningen.
- **Pas op voor 'louche' aanbieders:** Wanneer je als gemeente lokale initiatieven op het gebied van Beschermd Wonen faciliteert, moet je daar scherpe

criteria aan verbinden. Het moeten zorgprofessionals zijn. Anders bestaat het risico dat er zich 'louche' aanbieders in de markt gaan begeven.

Van belang om dus ook goed toezicht te houden op de kwaliteit van de aanbieders.

- **Maak het concreet en doe het samen met de inwoners:** Ga de uitvoering van dit plan van aanpak de komende jaren vormgeven middels concrete projecten waarbij je je inwoners meteen betreft, laat hen meedenken, bepaal samen wat goede woonvormen en locaties zouden kunnen zijn en laat ook vooral goed zien wat het de samenleving oplevert (bijv. meer lokale werkgelegenheid).
- **Laaghangend fruit:** Zet eerst in op het 'laaghangend fruit': begin met een relatief eenvoudige doelgroep in een dorpskern waar dit het meest makkelijk mogelijk is. Laat de succesfactoren vervolgens goed zien in je communicatie en bouw vanuit daar verder uit.
- **Preventie:** Heb niet alleen oog voor de doelgroep die al in Beschermd Wonen zit en die straks zal uitstromen in de wijk, maar kijk vooral naar hoe je het voorkomen van instroom in Beschermd Wonen vorm gaat geven.
- **Maatwerk:** Maak de kaders niet te strak, het gaat om de mens en maatwerk is daarbij altijd nodig. Juist voor deze kwetsbare doelgroep.
- **SMART:** Er wordt gesproken over "plan van aanpak" wat het niet is. Er moet samen met de betrokkenen een PvA worden gemaakt dat SMART is.
- **Communicatie:** Stel een apart communicatieplan op, meer dan een paragraaf in het Plan van Aanpak. Mensen willen best veranderen, maar niet veranderd worden!
- **Visie en draagvlak:** Start het veranderplan/plan

van aanpak met de visie, Het "Waarom" en dan het "Wat en Hoe". Terug naar de bedoeling, stel de mens centraal en het systeem ondersteunend daaraan.

- **Evaluatie en monitoring:** Op bladzijde 43 wordt heel kort gesproken over PDCA. Om echt recht te doen aan deze wijze van werken, zal men dat ook echt in alle betrokken lagen moeten omarmen en naar werken. P en D is nooit het probleem maar wel C en A. Er zullen KPI's opgesteld moeten worden, data (harde en zachte) verzameld worden en ter beschikking moeten worden gesteld aan betrokkenen. Dit vraagt vooraf maken van afspraken over beschikbaarheid en uitwisseling van gegevens.

Antwoord:

Uw adviesraad stelt ons een aantal vragen en geeft ons tevens een aantal tips/aandachtspunten mee. Hieronder zullen wij de vragen beantwoorden en kort ingaan op de tips/aandachtspunten.

U vraagt naar hoe wij de samenwerking tussen de gemeenten zien. Wij hebben naar aanleiding van uw vraag een en ander in het plan verduidelijkt en een onderscheid gemaakt tussen samenwerking tot 2020 en na 2020. Tot 2020 willen wij in ieder geval doorgaan met de centrumgemeente-constructie, zoals deze nu ook functioneert. Deze periode benutten wij om op basis van een nadere uitwerking van het beleidsplan, zowel inhoudelijk als financieel, een goed en weloverwogen besluit te kunnen nemen over de samenwerkingsvorm die we kiezen voor na deze periode. Tegen die tijd is er ook meer duidelijkheid over het (landelijke) financiële verdeelmodel en wat dit voor onze regio zal betekenen.

Met u zien wij als gemeenten het belang van vroeg-signalering vanuit het informele netwerk. Op dit moment is er nog geen uniforme wijze afgesproken over het faciliteren van deze signaleringsfunctie. Signalen komen dan ook via verschillende wegen binnen en helaas soms ook niet, of pas laat. In het beleidsplan hebben wij opgenomen te gaan werken naar een signaalpunt waar mensen met hun signalen terecht kunnen. Het niveau (regio/sub-regio/lokaal), hoe (telefoon, mail, anoniem/niet anoniem etc.) en waar precies, zullen wij de komende periode met betrokken partijen nader bespreken. Ook over de opvolging en terugkoppeling naar signaleerder zullen wij dan afspraken maken. Bedoeling is wel dat wij dit in 2018 realiseren.

U geeft ons ook nog een aantal tips/aandachtspunten mee, waarvoor dank. De genoemde punten zijn voor ons zeer herkenbaar en relevant voor de verdere uitwerking van het plan. Wij zullen deze dan ook meenemen. Wij zijn het overigens met u eens dat het plan nog niet het karakter heeft van een uitvoeringsplan c.q. plan van aanpak. Het gaat om een regionaal beleidsplan. Wij hebben de naamgeving daarom ook gewijzigd in regionaal beleidsplan. Wel hebben wij een eerste aanzet voor een uitvoeringsagenda toegevoegd als bijlage 1. De diverse gemeenten zijn zelf verantwoordelijk voor het betrekken van en terugkoppelen naar hun lokale stakeholders. Wij hebben er alle vertrouwen in dat iedere gemeente uit onze regio hierin haar taak serieus neemt. Waar nodig en noodzakelijk (bijvoorbeeld discussie over regionale voorzieningen) zullen we, net als bij de totstandkoming van dit beleidsplan, als gemeenten gezamenlijk optrekken richting diverse stakeholders.

REACTIE: PLURYN

Context:

Commissie Dannenberg: herstel en participatie komen centraal te staan in het beschermd wonen.

- Tegelijkertijd zien we dat de ambulantisering van lichtere ZZPs niet geleid heeft tot minder indicaties, maar tot een 'verzwaring' van beschermd wonen;
- Pluryn heeft dat de afgelopen twee jaar ook zelf ervaren en we hebben gemerkt dat dit leidt tot stagnatie en een gebrek aan innovatieve activiteiten, terwijl deze nu heel hard nodig zijn. In plaats daarvan is er een harde sturing op budgetplafonds en lopen wachtlijsten op;
- In 2020 beslaat het werkgebied maatschappelijke opvang/beschermd wonen 500.000 inwoners, Gennep gaat er uit, 16 gemeenten gaan door. De vraag is wel of bijvoorbeeld Wijchen daar nog bij zit, evenals andere gemeenten in Rivierenland die nu eigen inkooptrajecten 2018 doorlopen;
- Het objectief verdeelmodel lijkt te gaan leiden tot een nieuwe bezuiniging van € 6 mln;
- Dit maakt een agenda voor innovatie naar extra-muralisering, ambulantisering en intensieve samenwerking in de keten noodzakelijk.

Scenario's:

- De opdrachtgever wil niet verder gaan met scenario 1 (continuering van de uitgangssituatie), maar beseft ook dat mensen nu op plekken zitten met doorlopende indicaties;
- Scenario 2 krijgt prioriteit: dit betreft de intensivering van ambulante opbouw. Dit wordt gecombineerd met scenario 3: geïntegreerde GGZ in de wijk;
- In dat scenario wil men gaan werken met gebieds-

gerichte 24-uurs teams (40 fte in totaal). We willen graag meer te weten komen over deze teams, hun opdracht en hun relatie tot andere teams, verwijzers en aanbieders. De 24-uurs teams speciaal voor deze groep zouden eventueel gecombineerd kunnen worden met andere specialistische teams: LVG, NAH;

- De helft van het budget moet vervolgens naar ambulante ondersteuning, de andere helft gaat naar bedden. Dit betekent een snelle beddenreductie. Gezien de huidige wachtlijsten en druk op beschermd wonen, is het de vraag of dit haalbaar is in zo'n korte periode. We twijfelen daar aan en voelen de behoefte (net als de RIBW) om niet te veel haast te maken hierbij. Gedwongen afbouw leidt tot verlies van kwaliteit van zorg en mogelijk tot veel frictie kosten (zo bewijst nu ook de situatie rondom Rigter in Nijmegen);
- De gemeente wil toe naar een centraal coördinatiepunt voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang. We vragen ons af hoe dat zich verhoudt tot de huidige toegangsafspraken en betrokken partijen en we denken dat het Ketenoverleg een goed platform is momenteel.

Overige opmerkingen:

- De visie op inclusie en de-stigmatisering kunnen we helemaal omarmen, het past heel goed bij de visie van Pluryn;
- In het plan staat dat in Rivierenland gewerkt wordt aan toekomstplannen voor de 18- /18+ doelgroep. Dit betreft vooralsnog alleen een voornemen; er moet nog veel opgebouwd worden in deze regio;
- In het plan staat dat er prestatieafspraken komen met woningcorporaties voor het realiseren van

- betaalbare zelfstandige woningen. Dat juichen we toe en we zijn voorstander van samenwerking tussen gemeente, zorgaanbieders, woningcorporaties en andere belangrijke spelers waaronder onderwijs en schuldhulpverlening, WerkBedrijf;
- Het benadrukken van prioriteit door de werkbedrijven, bijvoorbeeld met IPS trajecten, juichen we ook toe en we werken er graag aan mee;
 - Dat geldt ook voor de financiële- en inkomenscheck van consulenten van de gemeente/ schuldhulpverleners en begeleiders van zorgaanbieders. Begeleiders kunnen nog beter (bij)geschoold worden op het vak financiën en financiële ondersteuning;
 - Het verplaatsen van de verantwoordelijkheid van de toegang tot beschermd wonen van de GGD naar sociale (wijk)teams kan gepaard gaan met verlies van kwaliteit, kennis en inhoudelijke versnippering bij beslissingen. We maken ons daar zorgen over en vragen ons af hoe de medewerkers van sociale (wijk)teams daarop worden toegerust en voorbereid.

Wat wil Pluryn:

- Meer wonen met perspectiefachtige projecten waarin tijdelijk wonen wordt aangeboden met begeleiding en waarbij de intensiteit kan worden aangepast op de behoeften van de cliënt;
- Meer goedkope, zelfstandige woonruimte met contracten op eigen naam, eventueel tijdelijk, en intensievere samenwerking tussen woonconsulenten en begeleiders;
- Mogelijkheden in het gefaseerd extramuraliseren en ambulantiseren creëren. In ons geval bijvoorbeeld: van Heeschebos naar Doddendaal naar

ambulant. Met continue monitoring op de draaglast en realisatie van doelen;

- Pluryn biedt beschermd wonen voor een specifieke doelgroep: jongvolwassenen met ASS en bijkomende problematiek. De trajectduur is niet eenvoudig te verkorten en tegelijkertijd zien we instroom vanuit onze intramurale voorzieningen Jeugdwet naar beschermd wonen. We willen deze jongeren goed begeleiden op het gebied van wonen, leren, werken en vrije tijd. Zoveel en zo snel mogelijk naar zelfstandigheid, maar wel verantwoord en in relatie met de persoonlijke doelen en mogelijkheden van cliënten;
- We hebben goede ervaringen met de centrale toegang door deskundige medewerkers van de GGD en het ketenoverleg loopt ook steeds beter;
- De contractuele afspraken zijn echter te knellend. We pleiten voor een soortgelijke zorgtafel als bij Jeugd met verblijf waar we op casusniveau kunnen spreken over toegang tot zorg, waarbij we tevens toestemming krijgen om extra budget in te zetten boven het budgetplafond. Het bewaken van de betaalbaarheid zien we als een gezamenlijke opdracht, evenals het bieden van adequate zorg en ondersteuning;
- We willen verder investeren in inclusiegericht werken met o.a. talentenexpedities, wijKringen en Toekomstplannen;
- We willen verder werken aan tijdelijke woonvormen á la Doddendaal en aan trainingshuizen voor semi-zelfstandig beschermd wonen met een mix van ambulant en eventueel een mogelijkheid tot terugval;
- Tenslotte: we werken met onze ambulante begeleiding, dagbesteding, arbeidsparticipatie en

onderwijsvoorzieningen aan de toekomst van deze kwetsbare doelgroep. Als de druk op beschermd wonen te groot wordt, zal er een verplaatsing plaatsvinden naar maatschappelijke opvang en daar is niemand bij gebaat.

Antwoord:

In uw context beschrijving schetst u een situatie die wij ten dele herkennen. Het klopt dat de ambulantisering van de lagere ZZP's niet heeft geleid tot een afname van het aantal aanvragen Beschermd Wonen. We zien echter dat het totaal aantal indicaties voor Beschermd Wonen al jaren min of meer stabiel is. Wij zijn het ook niet met u eens dat dit leidt tot stagnatie en een gebrek aan innovatieve activiteiten. Wat wij de afgelopen periode wel hebben gemerkt, is dat alleen uw organisatie en de RIBW gebruik hebben gemaakt van de extra middelen die wij beschikbaar stelden om te komen tot innovatie, in dit geval wonen met perspectief. Vanzelfsprekend vinden wij het fijn dat u wel initiatief heeft genomen, maar wij vinden het jammer dat niet breder deze handschoen is opgepakt. Dit is voor ons dan ook aanleiding om contractueel meer prikkels in te bouwen en tegelijkertijd de verschillende partijen te vragen met plannen te komen hoe de gewenste beweging (verder) in te zetten. Hier zullen wij ook middelen voor beschikbaar stellen.

De intergemeentelijke samenwerking zal complex worden, gelet op bestaande en toekomstige (verkiezingen) sentimenten in de regio, maar deze uitdaging gaan we met veel vertrouwen aan. We wijzen u erop dat alle gemeenten het afgelopen jaar aan het Ministerie hebben moeten laten weten

in welke regio zij willen samenwerken, met voor onze regio als uitkomst dat alleen Gennep een andere keuze heeft gemaakt. Daarnaast is het huidige beleidsplan een product van samenwerking. Wij spreken dan ook de verwachting uit dat ook na 2020 de gemeenten de noodzaak tot samenwerking blijven zien. Dit betekent overigens niet dat wij de richting om de ondersteuning meer wijkgericht, naar het lokale domein, te brengen zullen wijzigen. Hoe wij dit dan inkopen, aansturen en dergelijke, is een vraag die wij de komende periode zullen moeten beantwoorden. Voorts haalt u het nieuwe en objectieve verdeelmodel aan. De effecten van het verdeelmodel zijn ons nog volledig onbekend, maar het is een veilige aanname om te stellen dat de regio er niet zomaar op vooruit zal gaan. Op deze effecten proberen we zo goed mogelijk te anticiperen. U geeft verder aan zich zorgen te maken over het tempo van verandering. Zoals inmiddels in het beleidsplan aangegeven, gaan wij uit van een termijn van 15 jaar voor scenario 3. Dat moet in onze ogen voldoende gelegenheid bieden om met elkaar te komen tot een zorgvuldige afbouw, waarbij we de focus in de eerste plaats op het voorkomen van instroom zullen leggen. De scenario's sluiten elkaar dan ook niet geheel uit; in ieder scenario blijft een aanbod van 'traditioneel' beschermd wonen noodzakelijk en we zien dat u dit onderschrijft.

We zien dat er bij de toegang ontwikkelpotentieel is. Juist door meer verbinding te maken met zorginstellingen – zoals bij het ketenoverleg gebeurt – is er meerwaarde te behalen. Het is fijn te lezen dat het ketenoverleg als nuttig wordt ervaren.

Wij beogen met het genoemde coördinatiepunt iets vergelijkbaars, met dien verstande dat we de MO doelgroep graag zouden toevoegen. Over de exacte uitwerking zullen wij met betrokkenen in overleg treden.

Ten aanzien van de verplaatsing van de toegang naar de sociaal teams willen wij opmerken dat wij de nodige zorgvuldigheid zullen betrachten. We zijn op dit moment nog bezig met het (verder) opbouwen van kennis en expertise middels de toegang BW en het ketenoverleg. Zoals gezegd, kijken we of we dit uit kunnen bouwen tot een breder MO/BW coördinatiepunt. Tegelijkertijd willen wij wel de relaties richting de sociaal teams versterken en in beeld brengen hoe wij op termijn de toegang meer lokaal kunnen organiseren. Uiteraard zonder dat dit ten koste gaat van de opgebouwde kennis en expertise.

De plannen die u schets sluiten ons inziens aan bij de richting die wij met het beleidsplan inslaan en we zijn dan ook blij dat Pluryn de gevraagde ambitie toont. Graag gaan wij hier nader met u over in gesprek. De beperkingen die u ervaart in de contractering kunnen wij dan, mede gelet op de nieuwe inkoopperiode, eveneens met u bespreken.