

Verslag workshop Yellow Room

1^e werksessie met aanbieders BW donderdag 31 mei 2018

1^e deel (voor de pauze)

De voorzitter van de workshop opent deze werksessie en meldt dat hij niet actief is binnen de wereld van BW. Hij heeft wel meegedaan met aantal dingen binnen MO. Hij zal de rol vervullen van onafhankelijk voorzitter. Hij zit in het Nijmeegse Leanteam. Wil voorstelronde doen, aantal mensen kennen elkaar. Daarna 4 presentaties.

Voorzitter vraagt of de telefoons zijn uitgezet. Aanbieder 4 geeft aan vanmiddag om 16.30 uur weg te moeten. Voorzitter mist collega van projectgroep, maar zij heeft zich afgemeld. Voorzitter: we gaan in 2 rondes werken, dingen ophangen en dan komen we terug en gaan we aan de slag. Volgorde bepalen, er staat 10 minuten voor de presentaties. Voorzitter geeft een seintje als de tijd bijna voorbij is. Je mag sheets gebruiken, wat je zelf wilt.

Aanbieder 4 doet de aftrap met een presentatie, ook nog met het nieuwe logo van aanbieder 4. Wat hier staat nemen we niet over. Bij aanbieder 4 zijn we met name gespecialiseerd in mensen die naast allerlei andere problemen ook verslavingsproblematiek hebben, en vanuit dat perspectief hebben we ook vooral gekeken naar de vragen die vanuit de gemeente werden gesteld. Het moet er altijd in maar het zegt niet zo veel, want dit is eigenlijk in principe wat we allemaal doen. Je probeert de problemen in de samenleving aan te pakken, eigen kracht te versterken, samen met cliënten en zijn netwerk, wat dan wel uniek is voor aanbieder 4 is de cra en Krachtwerk, MDFT (behandelmethode van met name jeugd) en onze FACT-teams. Hierin zie ik wel meteen ook een soort van een droom, ik kom geen cliënten tegen in al die jaren, dat ik zelf heb behandeld binnen aanbieder 4, en zo moet ik het wel benaderen, die alleen verslaafd zijn, het zijn daarnaast ook mensen die worstelen ook met allerlei problemen, op maatschappelijk vlak dat zou bij welszijnswerk thuis horen. Maar dezelfde mens ervaart dat niet als 2 verschillende gebieden, dat is zijn leven. Zo kom ik heel veel in de behandeling ook tegen, dat mensen kunnen ook worstelen wat wij dan noemen psychiatrische problematiek, en dat moet dan ook weer in een ander vakje. En dat vind ik soms heel bijna respectloos voor de mensen die ik voor me heb, dat wij dat zo op moeten knippen dat dan zo bepaald is, terwijl dat voor hunzelf als een geheel voelt.

Contractmanager gemeente: Als wat moet je dat opknippen?

Aanbieder 4: bijv. voor de behandel financieringsstructuur, dan moet je als een verslaving voorop stellen, op het moment dat je behandeling goed loopt en de verslaving wat naar de achtergrond gaat, en er op een gegeven moment andere dingen naar voren komen omdat daar ruimte voor komt, dan moet ik als behandelaar bijv. Pro Persona bellen en dan moet ik gaan afsluiten. Mijn droom zou wel zijn dat we op een of andere manier iets verzinnen ook in het beschermd wonen waarin de grenzen tussen welzijnswerk, types van behandelingen, types van wonen dat dat wat transparant wordt.

Ervaringsdeskundige aanbieder 4: werk ook? Ik heb bijv. tijdens mijn 12-jarige ervaring met de gemeente in de clinch gelegen m.b.t. werk in de relatie tot mijn herstelproces. Ik heb een behandeltraject gehad en daarnaast een participatietraject met de gemeente, wat niet in overeenstemming met elkaar was. Dat heeft elkaar wel dwars gelegen. Daar zou ik meer samenwerking in willen.

Aanbieder 4: die methodieken, die hier benoemd staan, cra en Krachtwerk en mdft ook, vind ik een methodiek maar ook wel een organisatiemodel, dat heel sterk uitgaat van de regie van de cliënt en de kracht van de cliënt, dus door minder naar de ziekte te kijken en veel meer naar wat is voor jou belangrijk, wat werkt, wat zijn herstelbevorderende componenten. Tot mijn verrassing zitten die meestal niet op wat ik als behandelaar heb geleerd maar veel op werk, sociaal netwerk dat soort dingen. Laat voorbeeld zien van een meneer die bij ons woonde (we hebben toestemming) in Beekbergen, ik heb hem ook een aantal keren gesproken, hij noemt dit is zijn beschrijving van wat er met hem aan de hand is maar als je kijkt dan zie je daar allerlei dingen door elkaar zitten als we hem

zouden opknippen in ons vakjargon. Rouwverwerking, drankprobleem, maar ook stemmen in zijn hoofd, dus ook psychiatrische problematiek, dat loopt allemaal door elkaar heen en dat is voor hem één verhaal. Hij heeft een tijd beschermd gewoond. Wat hier staat we hebben een droom. We zijn enige tijd geleden begonnen binnen aanbieder 4 met een leergang ervaringsdeskundigheid. Dat is een vrij revolutionaire leergang omdat we daar zorgprofessionals met ervaringskennis en oud-cliënten met ervaringskennis in een klas hebben gezet. Ik heb hem zelf gedaan en dat was echt een verrijkende ervaring. Als je met mede-cliënten of oud-cliënten in een klas zit met zorgprofessionals ook met ervaringskennis, dan ga je in zo'n leergang onderzoeken wat zijn nou herstelbevorderende componenten. Wat maakt voor jou persoonlijk dat je op een of andere manier grip hebt gekregen op je gebruik, dat je daar uit bent gekomen, een studie hebt kunnen doen, wat dan ook dat het goed is gelukt, en dat zat helemaal niet zo op het huidige, dat waren helemaal niet zo de standaard zorgproducten. Dat zat hem veel meer op een gevoel van wat daar staat dat je ergens bij hoort, dat je het gevoel hebt dat je weer grip krijgt op wat je zo aan het verwoesten was, en het zit hem erin dat je een gevoel van hoop krijgt. Dat waren hele belangrijke componenten die in die leergang steeds terugkwamen. En dat alles bij elkaar maakt ook dat mensen weer een soort van hoop kregen en van daaruit kun je stappen zetten. Dat was dat uit al die herstelverhalen naar voren kwam. En toen zijn we gaan kijken, ben ik gaan kijken, als onderdeel van mijn eindopdracht, hoe zou je een zorginstelling kunnen inrichten met veel meer herstelbevorderende componenten. En hoe zou je dat moeten doen. Daar hebben wij dus een droom over, daar zijn we naar aan het zoeken. We gaan het uitproberen. Deze cliënt wil niet stoppen met drinken. Hij wordt ook heel boos als we het daar over hebben, dat wil hij niet, dat zegt hij ook letterlijk: hier kan ik wonen zonder dat ze de hele dag aan mijn kop zeuren. Dit was een van onze cliënten (hij is overleden) die niet zoveel mogelijk wilde drinken als hij wilde. Hij had zelf wel in de gaten dat valt op de lange termijn voor mij niet goed. Dat vond hij ook heel vervelend, dan kwam zijn woonplek in gevaar. Dus wat hij graag wilde, is dat hij ondersteund wilde worden in het gereguleerd drinken. Dat wilde hij echt heel graag. Over het algemeen stond hij er voor open maar hij kon het alleen niet zelf. Deze jongeman wilde echt niet meer gebruiken. Wilde echt helemaal stoppen. Deze mensen worden op een voorziening door elkaar heen gezet. Woonden naast elkaar. Aanbieder 4 wil (en daar zijn we al mee bezig) de woonvoorzieningen omvormen zodat het past bij de doelen van de cliënt die hij heeft met zijn gebruiken. En daarbij zeggen we ook dat als jij niet wilt stoppen met gebruik, je zult het moeten doen met wat je krijgt van de persoon. Dat zou voor aanbieder 4 betekenen dat MFC wonen wat het nu een deel al is dat we daar niet langer gaan proberen om allerlei mensen zwaar in allerlei afspraken te zetten die ze echt niet willen, het gedrag wordt met name het kader. De Hulslen, daar willen we naar toe met gereguleerd gebruik, en het Kasteel is nu een trainingshuis zonder gebruik. Wat we uiteindelijk graag willen doen is dat we zowel het MFC, als de Hulslen en het Kasteel (wat het nu al is) tot een trainingshuis willen omvormen. Want er is nog een probleem binnen beschermd woonvoorziening. Naast het feit dat we iedereen door elkaar hadden wat we nu nog steeds hebben zat er niet echt een trainingscomponent in. Je kwam daar wonen en ging doelen stellen en daar had je het met je pb-er over, maar op een gegeven moment dat je trainingen aanbiedt, gericht op vaardigheden die belangrijk zijn voor je herstel dat deden wij niet voldoende, vond ik. En dat willen we meer gaan doen.

Beleidsadviseur gemeente zie je dat los van de begeleiding? Is het integraal?

Aanbieder 4: wij halen hem er nu , kooktraining, trainingen gericht op zingeving; veel cliënten gaan mis op eenzaamheid. Naast een individuele training, halen we uit het fact-team. Een groepstraining op die voorziening zou mooi zijn. Combinaties van mogelijkheden. Voorwaarde is doelen op maatschappelijk herstel. Behandeling kan vanuit Pro Persona komen. Beetje maatwerk. Eigenlijk bezig met een droom met een plan.

Aanbieder 7: herstel en behandeling loopt door elkaar heen. Ontschotten is heel erg belangrijk. Interessant. Je kunt het ook splitsen.

Aanbieder 4 gelooft niet dat dit alleen met WMO op te lossen is. Waar we ook mee bezig zijn, 95% van de bezoekers (dak- en thuislozen) bleken geen dak- en thuislozen te zijn maar waren op zoek naar mensen met een rafelrandje. Wat we nu aan het doen zijn is dat we de dagopvang aan het ombouwen zijn naar een ontmoetingsplek voor en door cliënten. Aanbieder 4 gelooft niet dat je dat soort dingen kunt splitsen, en gelooft er ook niet in dat mensen vanuit BW een wijk in kunnen zonder

dat ze al ergens iets in die buitenwereld doen zonder dat ze zich senang voelen. Ik denk dat we ontmoetingsplekken moeten creëren in wijken, maar niet in wijkcentra.

GGD wil definitie van wonen scherp stellen. Lijkt of het alleen bakstenen impliceert. Gaat toch niet alleen om bakstenen? Cliënten hebben 24-uurs toezicht en nabijheid van begeleiders nodig. Heeft er behoefte aan dat mensen dezelfde definitie aanhouden anders ontstaat er spraakverwarring.

Ervaringsdeskundige aanbieder 4: Er is behoefte aan voorlichting door ervaringsdeskundige. Heeft terugkoppeling van aanbieder 1 gehad. Jongeren zijn op zoek naar informatiepunt, waar ze terecht kunnen.

Projectleider gemeente: een plan is een doel zonder deadline.

Aanbieder 7

Bedankt aanbieder 4 voor presentatie. De beelden erbij zijn heel herkenbaar, je laat drie keer zien waar mensen verschillende behoeften hebben, mensen hebben problematiek die door elkaar heen zit, waar je wat mee moet. Het zijn geen stenen, maar je biedt begeleiding. M.n. maar ook voor mensen die uitstromen voor ambulant, we doen het vanuit beschermd wonen en nu nog niet ambulant, maar nu nog niet los maar wel bij cliënten op grond van de kwantiteit van de begeleiding. We garanderen dat we in de carrière van de cliënt meegaan met dezelfde mensen en hetzelfde team. Hij vond ideale wereld leuke vraag, heel veel mee bezig natuurlijk ook, aan het nadenken. Droom, voor mij is droom een beeld, geen doel, zit wel iets aan vast, iets wat indruk maakt. Als directeur ben ik verantwoordelijk voor én medewerkers én bewoners. Ik ben even begonnen bij de medewerkers. We bieden als het over beschermd wonen gaat een breed scala van diensten. We zien dat we in werksessie 2 al in een duidelijke structuur gedwongen dreigen te worden. Maar heel veel producten, diensten, en dat varieert van beschermd wonen intensief, mensen die al een hele carrière in de GGZ hebben, waar vaak verslavingsproblematiek is, maar bijna altijd armoede, eenzaamheid ook groot probleem, behalve ergopsychiatrie altijd ook aanpalende ellende op de andere levensdomeinen.

Wat ik mijn **medewerkers** gun in die transitie is dat we gaan van zorg waar we van af komen beschermd wonen naar participatie. Dit zeg ik niet om de gemeente te pleasen maar het is ook wel iets waar ik heilig in geloof altijd ook. En ik heb me ook in mijn carrière daar mee bezig gehouden. Hoe krijg ik professionals in de zorg toch uit die hulpverleningsmodus, dat ze altijd maar willen zorgen voor mensen, altijd maar willen helpen en redden, is een mooi iets maar is ook dodelijk voor veel cliënten. En ik wil eigenlijk professionals als die veel minder vanuit de zorgbril meer minder relationeel psychologisch naar een sociale benadering gaan. Dan wordt je regisseur, minder in het proces, meer afstand, mensen gaan volgen, begeleiden, monitoren etc. Sociaal ondernemen, dat zou ik graag willen. Geen zorgprofessional maar een sociaal architect. Mensen die denken in menselijke structuren, in menselijke, sociale uitwisseling en in sociale verbanden. Die kunnen denken: hoe ziet zo'n construct, een gebouw van iemand, de sociale ruimte van iemand er uit en hoe kunnen we daar aan gaan morrelen en dingen doen, zodat mensen weer kunnen meedoen, van betekenis zijn voor anderen, een rol hebben etc. Dat gun ik onze professionals, mijn persoonlijke doelstelling is dat ik onze professionals die stap laat maken. En ik denk dat dat een hele moeilijke wordt in de hulpverleningswereld. De stap naar buiten is voor cliënten moeilijk, maar die is voor medewerkers ook lastig. En dan kom ik bij de vraag moet dat dan vanuit beschermd wonen? Mensen die veel binnen hebben gezeten, kun je dan niet beter ambulant, ik gun ook onze medewerkers, als we in de toekomst kijken, kunnen we dan niet beter à la fact-teams, ik zou die brede scala van diensten die we leveren binnen 1 team zien. Dus 1 team van zowel BW intensief en dat aan de andere kant zich met leren, werken, participatie, meedoen, werk-leertrajecten, dagbesteding bemoeit. En organiseert. En daar mensen in begeleidt. En 1 team kan, we zijn in Nijmegen naar een goed evenwicht aan het zoeken, dan zo'n 50-60 cliënten bedienen. Waarvan 14-15 beschermd wonen en de rest allerlei andersoortige producten en diensten. Het ene team is daarvoor verantwoordelijk en gaat mee met de cliënten.

GGD vraagt: dat team biedt ook gewoon 24 uren zorg?

Aanbieder 7: ja, er zit een stenen eiland, een accommodatie, wooneenheden. Zelfstandige of geclusterde wooneenheden en daaromheen ook nog zelfstandige wooneenheden en ambulante begeleiding. En in dit kader ook andere diensten, werken, leren, dagbesteding. Daar zijn we best ook al een eind mee op pad in Nijmegen, is heel interessant om dat te doen. En dat is ook een model waar wij wel in geloven om dat op andere plekken uit te gaan rollen. Als het gaat over herstelgerichte methodieken en participatie denk ik dat we daar al heel ver in zijn. Ik hoor dat ook in jouw verhaal (aanbieder 4) is ook behandelingstechnisch al een eind, het gaat niet meer zozeer om de ziekte maar hoe kun je de kracht en de talenten van mensen voldoende aanboren. Maar daar is heel veel in ontwikkeld de afgelopen jaren binnen de beschermd wonen tak van sport. Volgens mij hebben we dat al wel zo'n beetje. Daar ligt voor mij niet de essentie (ding) niet zozeer bij herstelgericht maar wel bij participatie. Daar hebben we nog wel een stap te maken. Als het gaat over **cliënten**, ik voel me heel erg begaan met mensen die een langdurige carrière in de GGZ doormaken, soms al een half leven. Mensen waarvan wij denken dat het ongeveer een derde van onze populatie is, die gun ik in de toekomst een plek in de WLZ. En ik ben blij dat die wetgeving er aan komt. Dat dat gedreun en gezeur rondom indicatiestelling, tijdstelling, druk erop zetten, dat dat voorbij is voor die groep. Ik zie ook wat het mensen doet als dat niet zo is. 30% en dat is best veel en dan ook nog de afbouw 50 voor beschermd wonen, dan houd je niet eens zo veel meer over.

Vraag gemeente: heel veel ambulante cliënten als het goed is.

Nu kom je in een tweespalt, dat als je echt herstel serieus neemt, weet je ook dat herstel een individueel proces is. Een persoonlijk proces waar we een hek omheen moeten zetten. Gun mensen de ruimte, de tijd, zodat mensen kunnen herstellen. En dat staat haaks op de druk van indicaties en dat is een moeilijke en daar heb ik ook geen oplossing voor. En ik zie wel, en dat willen wij ook, het moet sneller, gericht, lossen, flexibeler, soms wel soms niet, dus alle producten binnen beschermd wonen moeten wel zijn ingezet. Dus in die zin ben ik het daar van harte mee eens. Maar ik zie wel die spanning met dat herstel benaderen.

Vraag gemeente: je vindt dat de cliënten te kort toe krijgen om te herstellen?

Aanbieder 7: herstel laat zich niet dwingen. Het is energie opdoen, de kracht krijgen, sommige mensen hebben daar misschien jaren voor nodig, andere mensen doen het binnen enkele weken of maanden. Ik gun mensen een hek, als ik kijk naar onze bewoners. En dat geldt ook straks voor de WLZ zeker. Want we weten ook hoeveel uit die doelgroep nog te halen is. Maar ook voor de mensen die nu binnen de WMO vallen. Ik gun mensen een hek, in die zin dat ze de tijd, de ruimte hebben, om op hun eigen manier op kracht te komen, keuzes te maken, samen met hun begeleiding, samen met de noodzaak dat we sneller moeten. Dit verhaal zal ik altijd blijven houden, we moeten mensen in die zin ook de ruimte, tijd gunnen. Als je in het begin druk zet dan gaat het je langer duren, dan kost het je meer geld. Dat is toekomstig. Dus je moet nu investeren om later sneller mensen te kunnen laten uitstromen. BW heeft ook die rol, je kunt mensen een plek, ruimte zodat mensen van daaruit zelfstandig kunnen gaan.

Aanbieder 4: dat is dus ook kostenbesparend in de toekomst

Aanbieder 7: ja, hoe meer druk je in het begin zet hoe langer dat de rek gaat duren. Het zijn een paar adopties, daar zijn we ons van bewust. Ik ga het niet hebben over woningen. Discussie met de deelnemers. Iedereen is het daar mee eens. Hetzelfde geldt voor het stigma. We hebben ook daarin een opdracht dat we intensiever met elkaar moeten optrekken. Hoe kunnen we het stigma aanpakken in de samenleving? Dat gaat alleen maar met kleinschalige succesvolle projectjes. Die je met ondernemers, die je met cliënten doet etc. En daarover vertellen en dat laten zien. Dat hoort bij ons getal. Als het gaat over ons bedrijf, merken wij dat dat in Nijmegen nog staat te komen, maar bijv. in Arnhem is het een kaalslag als het gaat over dagbesteding, dat heet nu sociale activering, leren, werken, dat soort projecten, we zien met lede ogen aan dat de tarieven daar enorm teruggedrongen worden terwijl we daar eigenlijk de slag moeten maken. Dat gaat voor mij niet samen. Willen we de doelstelling halen dat mensen gaan meedoen dan moeten we daarop investeren en ik denk dat alle

aanbieders heel hard aan het nadenken zijn, hoe kunnen we van zorg meer naar herstel en participatie en wat moet je dan voor participatie doen. Daar moet je op investeren. Wij zijn een private partij, wij gaan geen sociale activeringsprogramma's doen en uitvoeren en opzetten als we op voorhand weten dat we daar geweldig mee gaan inschieten. Dat gaan we gewoon niet doen. Dan zijn we geen partner van elkaar. Ik zou ook heel graag zien, en dat geldt ook voor mijn omgeving: cliëntvolgend budget. Ik was blij wat wethouder Frings net zei: levenslooparrangement lijkt er een beetje op. Maar laten we dan ook stoer zijn, doordenken, laten we dan de power en de zeggenschap bij de klant helemaal geven, cliëntvolgend budget, weg met die rare budgetplafonds, de sturing ligt bij de GGD en indicatiestelling, daar wordt bepaald wie wel en wie niet, cliënten kunnen gaan daar waar ze heen willen. Dan krijgen we ook een vrolijke concurrentie onderling. En dan kunnen cliënten kiezen welke plek past bij mij, welke cultuur, welk bedrijf, welke aanpak past bij mij en is dat open. Met het risico dat er partners zijn die meer toestroom van cliënten krijgen dan andere. Nu zit daar nog een rare misbeweging in. Dus ik kijk daar eigenlijk wel naar uit.

Gemeente wil vanuit de concrete wereld een vraag aan jouw droomwereld stellen: hoe houden we het budget in de gaten als we dat niet doen?

Aanbieder 7: aan de voorkant, via de toegang, via de cliënt.

GGD: ik vond het een mooi verhaal, als we dan eigenlijk zeggen nabijheid en toezichthouden zou het dan ook zo kunnen zijn als we dan cliëntvolgend gaan, organiseren, dat we het wonen los laten, dat we alleen nog maar nabijheid en toezicht gaan geven.

Aanbieder 7: voor ons is niet principieel wie de middelen krijgen voor de woning, dat kan. Als de GGD/gemeente de voorwaarde zouden kunnen creëren dat mensen dat kunnen doen.

GGD: dus als we kunnen zeggen dat cliënten die ergens wonen, krijgen huursubsidie en kunnen daar blijven zitten, hebben ook rechten, als we daarvoor open staan krijgen we een heel ander palet, in mijn ogen een veel mooier palet, maar ook een kwetsbaarder palet, omdat je met een bepaalde bezettingsgraad zit, hoe gaat het dan met je 24-uurs dienstverlening, hoe ga je dat organiseren?

Aanbieder 5: Je moet volgens mij echt het wonen (en wat je zegt spreekt me heel erg aan) loskoppelen van de zorg. Die huizen hebben niets te maken met zorg, ik snap het hele concept ook gewoon niet. De gekste dingen zitten daar allemaal in (zoals wc papier). Dat heeft er nl. niks mee te maken.

Aanbieder 5: wij hadden ook een droom, los van alle huisvestingsperikelen, 3 jaar geleden, die zijn we gaan uitvoeren, daar hadden we een half jaar voor nodig om dat daarbij door te voeren en dat zijn we gaan doen. We hebben daar deze volstrekt niets vernieuwende visie neergezet. Want ik denk dat ongeveer iedere organisatie iets van dien aard heeft staan. Wat doe je dan precies? Daar is het voor ons verder begonnen. Wat doe je nou wanneer je dit consequent, altijd, met alle besluiten die je neemt, doortrekt, wat voor organisatie krijg je dan en hoe ga je dan je begeleiding inrichten en op welke wijze zorg je er dan voor dat er bijvoorbeeld een klik ontstaat tussen begeleider en cliënt. We geloven er heel erg in, en dat is ook wetenschappelijk onderbouwd, 70% van het succes van de begeleiding zit hem in de klik tussen begeleider en cliënt. Het gaat dus, daar kunnen we met elkaar heel veel in doen, uiteindelijk om de klik en om het vertrouwen. Vertrouwen dat je in elkaar kunt opbouwen en dat van daaruit een gezonde begeleidingsrelatie ontstaat. Maar dit geldt natuurlijk net zo goed tussen begeleider en organisatie, daar moet ook een klik zijn. Een professional moet ook de klik voelen en het vertrouwen krijgen om te doen waar hij goed in is. Ik ga nog een stap verder. Er moet ook een klik in vertrouwen zijn tussen organisatie en financier. Voor ons zijn onze medewerkers zo ontzettend belangrijk, het hangt van hen af of het succesvol is. Zij leveren de ingrediënten voor het succes. Het is ontzettend belangrijk dat we hen goed hun werk laten doen. Maar niet alleen hun werk doen, in ons geval, maar geef ze ook de leiding. Laat ze ook daadwerkelijk de zorg organiseren. En niet alleen de locatie maar laat ze ook gaan over het kwaliteitsbeleid. En laat ze ook gaan over op welke wijze we een zorgovereenkomst met elkaar maken. Wat moet daar dan instaan. En de mensen die bij begeleiden een goede zorgovereenkomst bieden. En wat wij ervaren is dat vakmensen zichzelf overbodig durven te maken. Iedere dag weer. We hebben ook wel een trigger erin gebouwd. Dat is als mensen bij ons komen werken zeggen we: ook wij hebben over 10 jaar een grote doelstelling en dat is

dat wij voor zoveel mensen zorgen dat zij minder zorg nodig hebben dan toen ze bij ons binnen kwamen. Dat betekent dat we onszelf overbodig moeten maken. Op die manier moeten er plannen geschreven worden en moet er gecommuniceerd worden. Daarvoor hebben we 3 grote pijlers ingericht: 24-uurs nabijheid in geclusterde woonsetting, gesteund wonen (d.i. 24-uurs bereikbaarheid, we zitten er niet naast, 24 uur per dag, we zijn beschikbaar, we komen gepland en ongepland langs, daar heb je ook echt de woningcorporaties voor nodig) en ambulante. Ik heb pijltjes naar boven gezet want het doel is uiteindelijk dat we daar terecht komen. Niet iedereen gaat het halen, daar zijn we realistisch in, maar stap voor stap is het toch het idee dat we stapjes naar boven zetten naar steeds iets meer zelfstandigheid.

Vraag aanbieder 7: wat is jullie doelgroep?

Aanbieder 5: Onze doelgroep is mensen met een psychiatrische beperking en/of een verstandelijke beperking. En als je er zo in staat heb je alleen een lichte zorgvraag. Dat is niet het geval.

Vraag voorzitter: die prikkel die er is voor de medewerker, jezelf overbodig maken, hoe wordt dat ervaren en is dat eigenlijk ook zo, wordt dat ook zo ervaren door de medewerkers?

Aanbieder 5: Ze worden natuurlijk niet overbodig, morgen hebben we weer nieuwe aanmeldingen. We hebben het daar gewoon ook over. Ik zal het je zo laten zien.

GGD: Geen een hulpverlener is ooit in het vak begonnen om te zeggen we gaan zorgen dat iemand op dezelfde plek blijft en geen groei doormaakt. Op het moment dat je als instelling dit durft te doen, ga je ook zorgen dat mensen blijven durven te groeien, langer in het vak blijven dan tot hun 30^e. Heel vaak zie je rond de 30^e een uitstroom omdat mensen eigenlijk klaar zijn met hun vak omdat ze geen uitzicht meer zien. Als het mag van je instelling dan stimuleer je ook wel, wordt je intrinsieke motivatie op peil gehouden.

Aanbieder 5: dit is precies ook wat we zien; we hebben geen enkele moeite om goede vakmensen te vinden, we wijzen ook mensen af omdat we niet voldoende vacatures hebben. En bij ons is er een stelregel, maakt niet uit waar je zit en in welke pijler, altijd een vorm van werk, opleiding, dagbesteding, daginvulling, maar daar hebben we het altijd over en dat moet er altijd zijn. Ik ga zo meteen ook een link maken met preventie.

GGD: Op de woonsetting zou je nog terugkomen.

Aanbieder 5: ja kom ik ook nog op terug, op welke wijze wij het doen, individuele projecten bij een setting waar een 24-uurs nabijheid is, zitten allerlei doelgroepen door elkaar. En dit is de ZRM, die hanteren wij. Op deze wijze kunnen wij dit terugzien zowel op individueel niveau, op teamniveau, op medewerkniveau, allerlei niveaus. En doordat je regelmatig meet zie je ook hoe iemand vooruit gaat. Dit is ook een trigger, we hebben het hier zowel over met de cliënt maar ook met de medewerker. Op welke wijze zorg je nou dat hij hierop vooruit gaat. Het levert nog een ander groot voordeel op dat wij op deze manier heel makkelijk kennis kunnen delen. We kunnen zien op medewerkersniveau wie heel goed is in mensen die veel met justitie in aanraking komen. Wanneer iemand daar structureel veel op afschaalt, dat doet die persoon iets waardoor hij zijn kennis moet gaan delen met zijn collega's.

Gemeente: is dit ook een wijze om een kracht van de vakmensen (specialisatie) inzichtelijk te maken?

Aanbieder 5: nee, niet alleen, het gaat ook echt om het volgen van het individuele traject, dat is zonder twijfel de absolute hoofdmoot. Maar we kunnen hier natuurlijk veel meer mee.

Aanbieder 5: Medewerker (persoonlijk begeleider) vult dit samen met de cliënt verder in. We hebben een functietype, dat is begeleider en een psycholoog. Dat kunnen mensen zijn van niveau 3 tot aan post HBO, en iedereen is dan begeleider.

Inclusiviteit, en ik zag hem een paar keer terugkomen, vraagt om diversiteit. Intersectoraal werken, dat doen wij. Wanneer je ook echt in een individueel traject gaat zitten maar ook gaat kijken op welke wijze je het op langere termijn ook goed en betaalbaar wil houden, dan zul je ook intersectoraal moeten werken. Dat betekent ook dat je deels WLZ zorg moet gaan leveren. Omdat je setting als het goed is straks kleiner gaat worden. Wanneer je op verschillende plekken in de regio of in de wijkteams wil zitten dan zul je ook – dat is meer niet voor aanbieder 5 als visie van – dan houd je de mensen meer in hun eigen buurt. En een ander ding is, diversiteit: het gaat niet om culturele achtergrond. En dat betekent dat wij vanuit onze visie inclusiviteit, dat alle doelgroepen dwars door elkaar, culturele

achtergrond, sector, doelgroep.

Aanbieder 7: gebruikers, niet gebruikers, verstandelijk beperkt met psychiatrie, autisme, alles door elkaar?

Aanbieder 5: je moet wel kijken of het past, het komt heel erg aan op goede screening. Als iemand door wil gebruiken is hij niet bij ons op de goede plek, dan is er ook onvoldoende basis om echt te werken aan zelfstandigheid. Preventie, wil ik echt meegeven: maak het eenvoudig, zorg ervoor dat we het werkelijk in het ambulante stuk kunnen neerleggen. WMO 2015 ambulante dienstverlening, daar staan de tarieven meer dan onder druk om daar de juiste vakmensen in te zetten. Wanneer je dat daar niet doet dan krijg je vanzelf een doorstroom. Dus zorg alsjeblieft dat daar gewoon een makkelijke manier is om op en af te schalen. Dan zul je drempelloos tijdelijk meer zorg kunnen leveren. Zodat er niet een andere beschikking of indicatie aangevraagd hoeft te worden. Als we langer gaan doordenken over preventie, BW in losse onderdelen zou ook een goede oplossing kunnen zijn. Net werd gezegd we moeten het niet over woningen hebben. Daar moeten we het juist over hebben, want ze zijn er niet. De kunst is om vooral geen woningen te hebben. Wij hebben geen eigen woningen in ons bezit. Het lastige is wel dat je afhankelijk bent van talloze partijen die het dan ook nog eens voor een goede prijs moeten willen verhuren aan ons of onze cliënt. Liefst hebben wij direct aan onze cliënt, kan niet vaak bij sommige partijen, bijv. particuliere, dan zijn wij tussenverhuurder. En dan besteden wij het verhuurgedeelte weer uit aan een partij die daar goed in is, want wij zijn geen verhuurorganisatie. Wij zijn daar niet goed in, wij zijn geen woningcorporatie. Dat moet vooral iemand anders doen, wij niet.

GGD: dus al jullie cliënten hebben een huurcontract en is er een koppeling met het huurcontract?

Aanbieder 5: ja

GGD: Is er een koppeling?

Aanbieder 5: ja en nee, daar ga ik 2 antwoorden op geven. Voor de geclusterde woonsetting ja, omdat dat een setting is waarvan we zeggen daar gaan we vanuit dat iemand door gaat stromen; maar zodra er ruimte is voor meer zelfstandigheid, dus bij gesteund wonen, is er geen koppeling. Tenzij hooguit met een WBB constructie dan moet er een koppeling zijn omdat er gegarandeerd begeleiding moet zitten.

GGD: je kunt dus stellen dat geclusterde woningen een soort van eigen stenen zijn omdat mensen wel moeten vertrekken, geen huurdersrechten hebben op moment dat zij zorg claimen.

Aanbieder 5: Klopt, ja in de ideale wereld zouden we dat nog verder willen doorvoeren.

GGD: in mijn ideale wereld zouden we dat helemaal doorvoeren.

Aanbieder 5: mijne ook, maar technisch gezien is dat vrij lastig om zo'n setting goed te beheren.

GGD: nou zou ook wonen en zorgcomponent echt los gescheiden zijn. In de ideale wereld zou dat ook niet van een partij zijn. Maar je zou moeten gaan bedenken hoe je in een netwerkorganisatie met elkaar die nabijheid moet gaan organiseren.

Aanbieder 6: hoe doe je dat met jongeren, die hebben natuurlijk een moeilijke financiële positie

GGD: tussen 18 en 23 jaar. Dat is een heel ander verhaal. Maar dat heeft er niks mee te maken dat iemand nabijheid en toezicht nodig heeft.

Aanbieder 5: We hebben redelijk wat mensen tussen 18 en 23 jaar, het kan wel.

Gemeente: ik denk dat als ik naar aanbieder 4 kijk is dat niet anders dan de ideale situatie?

Aanbieder 4: ik zou het de burens niet gunnen, in sommige situaties.

Gemeente: Maar je moet ook kijken wat past bij de persoon.

Aanbieder 5: we doen allemaal wat anders, iedere setting is anders. Niet alles past. Maar binnen onze clustersetting daar kan het wel. We kunnen ook gebruik maken van het modulair pakket thuis, ik ben blij met wat de wethouder zei rondom een levenslooparrangement. Dat zou juist heel mooi in een modulair pakket thuishoren. Alle woondingen eruit en dan kun je heel makkelijk op- en afschalen. Ideaal.

Aanbieder 6: ik zie daar ook wel oplossingen in. Ik heb geen vragen verder.

GGD: ik denk dat daar ook een maatschappelijke opdracht ligt. Je zou er best over kunnen nadenken wat je daaraan moet doen.

Aanbieder 7: Wat is erop tegen dat een woonzorgorganisatie los van de financiële structuur zorgt dat er een of bepaalde plek is, met bepaalde eenheden al dan niet geclusterd.

GGD: als ik zou gaan dromen, als ik een ideaal beeld heb, op zich zijn er nu genoeg plekken voor de populatie die we nu hebben, alleen die plekken zijn gekoppeld op het moment dat je zou gaan ombouwen we hebben nog wel wat hobbels te nemen om dat te organiseren, we hebben nog wel wat terug te geven, dan krijg je wel een ander beeld, in mijn beeld is het ook niet zo dat een organisatie zou moeten zorgen dat er altijd nabijheid is. We moeten samen sterk gaan staan, hoe zorgen we dat er voor deze kwetsbare populatie een vangnet is voor 20 uur per dag.

Aanbieder 6: **de ideale wereld vanuit cliëntperspectief:** Aanbieder 6 wil cliënten in deze doelgroep (18+jongeren met ASS-problematiek, NAH (is ook een bijzondere, er is een jongeman die aantal jaren heeft geprocedeerd en geen LG indicatie heeft mogen ontvangen en dan terugvalt op beschermd wonen) en jongeren met diabetes en gedragsproblemen) te allen tijde de ondersteuning bieden die zij nodig hebben. Jongeren hebben uiteenlopende voortrajecten; de een heeft nog nooit zorg ontvangen, anderen hebben ambulante begeleiding in de gezinssituatie gehad, anderen wonen al jaren binnen hulpverlenende instanties.

De jongeren komen in deze doelgroep wanneer ze 18 worden. Het is altijd ons uitgangspunt te starten met ambulante zorg. In een aantal gevallen kan die gecontinueerd worden, maar voortrajecten en thuissituaties kunnen Beschermd Wonen, dus als onderdeel van het te doorlopen traject bij aanbieder 6, wel noodzakelijk maken. Ambulante zorg zal hier altijd op aansluiten zodra de jongere daar aan toe is.

Deze jongeren leren wij het zo veel mogelijk zelf te doen, op alle belangrijke aspecten van het zelfstandig leven. Het traject om hier te komen is altijd maatwerk!

Wij willen voor de cliënten betrouwbaar, overzichtelijk en voorspelbaar zijn in bereikbaarheid en betrokkenheid, de uitvoering van de zorg en het realiseren van het leertraject daarbinnen.

Er is of wordt altijd eerst gezocht naar zinvolle dagbesteding (we willen een betoog, we hadden het net over dagbestedingsprijzen, dat kan niet; dagbesteding, opleiding ,werk, na werk is onderdeel, moet je op blijven investeren) een opleiding of werk dat aansluit bij de talenten, vaardigheden en competenties van de jongere (erg belangrijk voor deze doelgroep).

In overleg met de jongere wordt er psycho-educatie voor de omgeving geboden. Het belang hiervan is groot: meer begrip en steun, duidelijker beeld van de mogelijkheden en valkuilen waar de jongere mee te maken heeft en de hulp die de naaste omgeving hierbij kan bieden. Als het persoonlijke netwerk meer gefundeerd van betekenis kan zijn, is waarschijnlijk minder ondersteuning nodig. Kortom, wij bieden ondersteuning op maat en daarbij kan Beschermd of Beschut Wonen noodzakelijk zijn (sheet 1).

Waar zit de Gap?

Situatie 2033:

Doel is om het aantal BW-plaatsen met 50% omlaag gebracht te hebben. Deze plekken zijn getransformeerd naar ambulante zorg.

Realiteit 2018:

De verhouding BW-plaatsen en ambulante zorg zal de komende jaren voor de betrokken doelgroep van aanbieder 6 niet omlaag gaan.

Dit omdat er nu, 2018, al uiterst zorgvuldig naar ieder traject gekeken wordt en BW alleen in noodzakelijke gevallen onderdeel uitmaakt van het traject. In een ideale wereld voor cliënten blijft dit

zo en is het aantal plaatsen niet afhankelijk van de doelstelling van de gemeentes, maar van de behoefte van de cliënten (sheet 2). Hier hebben we een opgave.

Wat is er concreet nodig?

Welke concrete oplossingen en verbeteringen ziet u als aanbieder t.o.v. huidige situatie om passende zorg te bieden en ambulantisering te bevorderen?

- Trajectmatig werken blijven ontwikkelen en medewerkers hierop doorscholen.
- Maatwerk leveren en medewerkers hierop doorscholen.
- Specialistische kennis en ervaring direct in het netwerk inzetten zodat begrip leidt tot positieve ondersteuning.

Wij spreken bij deze jongeren (autistische jongeren met een stoornis) over ontwikkeling, niet over herstel.

Hoe kunt u de voorgestelde transformatie concreet vormgeven en hoe kunnen de gemeenten hierin faciliteren?

- Passend woningaanbod in geschikte omgeving realiseren.
- Geen administratieve obstructies opwerpen.

Aanbieder 6: vandaag zit er niemand van de corporaties aan tafel?

Voorzitter: heeft bij prestatieafspraken met corporaties aan tafel gezeten, tussen corporaties, huurdersbelangenverenigingen en de gemeente. Dit is wel een onderdeel van het volkshuisvestingbeleid.

Welke kritieke kwaliteitsvariabelen en randvoorwaarden komen er bij u op?

Dat de samenleving mensen met een handicap meer leert accepteren. Is deze klaar voor deze acceptatie? Anders is volwaardig leven in deze samenleving voor de doelgroep heel moeilijk haalbaar. Welke kleur wil Nijmegen hieraan geven? Hoe welkom zijn mensen met een handicap in onze maatschappij? Wij willen ook die inclusie, en daar ondersteunen we onze jongeren ook in. Daar willen we ook graag verder over praten (sheet 3).

Hulpvragen vanuit de sheets

Hoe realiseren we zo veel mogelijk hulp en herstel (ontwikkeling) in de eigen woonomgeving, om instroom in een intramurale setting te voorkomen?

Ambulant invliegen met op de achtergrond een behandelaar. Daar spreken we eigenlijk weinig over, dat zit niet in onze indicatie, in onze producten van beschermd wonen. We werken daar bij aanbieder 6 al mee op afdelingen waar jongeren komen te wonen. Daar is een behandelaar bij betrokken om inzicht te krijgen, maatwerk te geven, om te sparren met de medewerkers, om kwaliteitsverbetering te brengen.

Netwerk/partners zijn dichtbij en waar nodig beschikbaar. Er is veel samenwerking en de lijnen zijn kort, zodat adequaat op uiteenlopende situaties kan worden ingespeeld. Administratieve proces is ondergeschikt aan de zorg.

Hoe kunnen technologische ontwikkelingen hierbij helpen?

Technologie kan de lijnen verkorten. Er is zonder fysieke aanwezigheid van begeleiding toch intensief contact mogelijk, juist op lastige momenten. Bij aanbieder 6 bijvoorbeeld 'Quily' en beeldbellen. Het is ook belangrijk om daadwerkelijk aanwezig te zijn.

Wanneer is intramurale begeleiding nodig en wanneer is extramurale begeleiding voldoende?

- Wanneer de veiligheid of gezondheid van de cliënt en/of de omgeving in het geding is.
- Wanneer de thuissituatie door gedragsverstoringen onhoudbaar wordt en interventie noodzakelijk is om de balans te herstellen.
- Ambulante zorg is voldoende zo lang bovenstaande niet van toepassing is.

Gemeente: is veiligheid daarbij de meest prominente factor?

Aanbieder 6: veiligheid, ontwikkeling

Welke productenstructuur past bij de geschetste ideale wereld en hoe kan dit eenvoudig op- en afschalen van zorg ondersteunen?

Zittende cliënten met GGZ-indicaties die feitelijk in WLZ zitten moeten niet op het budget drukken. Hiervoor wijzigingen mogelijk maken in de zin van productenstructuur. Deze moet realistisch zijn en ruimte bieden voor aanpassingen waar nodig. De wethouder zei dat dit onttrokken wordt aan het budget dat we al krijgen. Er is een groep binnen de instelling die in aanmerking komt voor WLZ. En ik vind dat deze buiten de WLZ moet vallen, en ik vind dat dit een apart budget moet zijn.

Ik vind dat we daar ook uit moeten komen, wat een geschikte productenstructuur is. Een productenstructuur waarbij elementen kunnen worden samengevoegd tot een geheel van maatwerkzorg, vergelijk de 'Schijf van Vijf'. De zelfredzaamheid matrix, ook een hele interessante, die je op een bepaalde manier in kunt zetten.

GGD: hebben jullie nog verschillende vormen van domotica hier ingezet?

Aanbieder 6: ja, programma's als Quily en beeldbellen, daar wordt aan gewerkt. De meeste jongeren in huis zijn zeer goed computergeschoold.

Aanbieder 7: wij werken met e-herstel

Aanbieder 6: er is wel meer mogelijk dan dat er nu geboden wordt.

GGD: zou domotica ervoor kunnen zorgen dat mensen langer op hun plek kunnen blijven wonen?

Aanbieder 6: daar kun je niet in generaliseren, maar je kunt wel beter maatwerk leveren.

Aanbieder 4: er is een soort enkelband in ontwikkeling en daarmee meten ze eerst heel lang bepaalde structuren bij mensen met depressie. En dan op een gegeven moment zie je daar een terugkerend patroon in en die cliënt krijgt dan een enkelband om die meet hoeveel stappen de cliënt zet en in welke gebieden van een wijk hij komt. En dan kun je op grond van de kleinste indicatoren aangeven dat er een depressie op de loer ligt. Daar zijn ze mee aan het experimenteren. Super interessant.

Aanbieder 6: dan moet je hem zo formuleren in de ideale wereld, om dit verder te ontwikkelen. Om daarin domotica verder daarin te ontwikkelen.

GGD: leuke uitdaging, programma Anna was een soort agenda die tegen je praatte, die je dag structureerde. Vooral met de ASS problematiek was dit heel interessant. Die loodste je door de dag heen en praatte terug. Daardoor konden mensen echt zelfstandig blijven wonen en komen ze met een beetje ambulante uren uit. Je hebt nog steeds cliënten met dezelfde vraag, die nemen niet af, je hebt alleen je dienstverlening op een andere manier vorm gegeven. Wel heel erg buiten de casus om gebeurd maar wel heel erg gestimuleerd door gemeente zelf.

Aanbieder 6: de persoonlijke contacten, dat is natuurlijk ook goed om verder door te leren. Je kunt dit ondersteunen door domotica.

Aanbieder 7: je hebt het over een eigen plek, ja helemaal gelijk. We hebben het ook over een groep mensen, die hebben die hele eigen plek niet. Je hebt het over thuis, over een eigen plek maar er is ook een doelgroep die dat net niet heeft. En wel heel hard nodig heeft. Daar verstaan we elkaar niet in, we hebben ook mensen die alles kwijt zijn.

GGD: als je het over beschermd wonen hebt en je hebt het over een zorgvraag, over mensen die 24-uurs toezicht nodig hebben en nabijheid. En als ze dan een woonplek nodig hebben, dan snap ik dat dat alleen voor mij is.

Aanbieder 7: het zijn mensen die totaal alles kwijt zijn, gedesintegreerd zijn, psychisch, sociaal, maatschappelijk, qua wonen.

Aanbieder 6: de doelgroep is heel breed.

Aanbieder 7: de discussie gaat al zo snel over die doelgroep die ik veel makkelijker vindt, die heeft een eigen plek. Die kunnen we met IT en dat soort dingen ondersteunen.

GGD: ik had een bijzondere vrouw, zwaar psychiatrische patiënt, in de wijk; als we daar op een bepaalde manier toezicht hadden kunnen houden met domotica of op een andere manier hadden kunnen uitluisteren, als we dat op een andere manier hadden gedaan en we hadden een 24-uurs netwerk gehad, dan had die vrouw best thuis kunnen blijven wonen. Ik heb het niet kunnen organiseren.

Aanbieder 7: die mensen hebben geen thuis meer, we hebben mensen die totaal vastgelopen zijn in het gehele spectrum van het leven. Ook in wonen. Die in een hoekje van de huiskamer zitten.

Aanbieder 4: stel dat ze in dat hoekje van de huiskamer zitten en de uithuiszetting is bijna rond. Stel dat je op zo'n moment heel intensief thuisbegeleiding gaat geven, jij hebt het er over dat dat mislukt is. Die hebben ook een ander moment in het traject.

Aanbieder 7: er zijn duizenden mensen in NL in de GGZ die ook hun woonplek al kwijt zijn, hoeveel mensen zijn hun woonplek al kwijt geraakt gedurende hun carrière in de GGZ? Dat is een hele grote groep mensen.

GGD: volgens mij heb je het over bakstenen

Aanbieder 7: nee, we hebben het over een totaal, ook bakstenen

Voorzitter: interessante discussie, maar we letten op de tijd

Aanbieder 6:

Wat zou u concreet anders gaan doen (scholing, methodieken etc.) om de doelen te bereiken?

Wij geloven in hetgeen wij op dit moment aanbieden en de passende vorm waarin wij het gieten voor de doelgroep. Medewerkers zijn en worden veel en adequaat geschoold en waar mogelijk zoeken we al specialisatie omdat dit de trajecten ten goede komt.

Mocht het nodig blijken onder invloed van "Samen Dichtbij!" zaken aan te passen op het gebied van scholing of methodieken, dan gaan we hier mee aan de slag.

Welke prikkels kunnen we (in de productenstructuur) inbouwen om ambulantisering en herstel te bevorderen?

-ieder traject dat binnen afgesproken termijn wordt afgesloten levert bonuspunten op en deze leveren iets op als in meer vrijheid over geld kunnen beschikken, minder controle en toezicht, etc.

-meer, sneller of oplopende uitkering voor de cliënt bij het halen van hersteltargets of maatwerkdoelstellingen.

-gemakkelijker toegang tot gewenste woonruimte bij het halen van hersteltargets of maatwerkdoelstellingen.

-Realiseren van een basisinkomen voor de herstellende cliënt of bij het halen van gestelde doelen.

-Het eigenaarschap en de verantwoordelijkheid delen met ketenpartners als woningcorporaties, scholen, werkbedrijf etc.

Voorzitter: wat we als groep kunnen doen, prikkels letterlijk op tafel leggen en daar over praten.

Welke barrières belemmeren de uitstroom naar een eigen woning? En naar volledig herstel?

Uitstroom wordt beperkt door inkomen en door gebrek aan goede, betaalbare en passende woningen. Volledig herstel wordt beperkt door de handicap waar deze jongeren mee te maken hebben (sheet 4).

Voorzitter: Wat halen we hieruit op? We willen iets teruggeven behalve wat we in de 2^e ronde gaan doen. Wat hebben we uit deze sessie opgehaald? Hebben we een rode draad, zijn we het ergens roerend over eens met elkaar? Op welk onderdeel zijn er echt verschillende opinies?

Gemeente: investeren in vakkennis, participatie is schijnbaar een probleem. Moeilijk te realiseren in deze regio.

GGD: de angst is dat het nog meer af gaat nemen.

Aanbieder 7: is in feite al aan de gang, dagbesteding, afbraak van tarieven voor participatie, activiteiten, dagbesteding, sociale activering.

Aanbieder 5: ik heb zelf nog veel meer moeite met de tarieven van ambulant dan met dagbesteding. Daar moet je heel slim over nadenken, dan red je het. Wanneer je ambulant niet echt beter inregelt, zorgt dat daar iets van lucht gaat ontstaan zodat daar de kennis beschikbaar is dan ga je niet de instroom krijgen.

Aanbieder 7: dagbesteding is slecht geregeld qua financiering ongeacht het aantal uur dat je afneemt, dat gebeurt al in aantal gemeenten, dan kun je het schudden.

Aanbieder 4: het inhoudelijk aanbod voor mensen is af en toe triest. Het inhoudelijke werk, daar moet je voor uit je bed willen komen.

Aanbieder 7: dus moeten we daar een slag slaan

Aanbieder 5: ik kijk ook heel erg, hoe ga je zorgen dat er niet meer instroom komt, ergens in dat ambulante gebeuren vaak zijn mensen echt wel in beeld .

Aanbieder 4: we lijken het met elkaar eens te zijn, maar waar ik het persoonlijk pertinent niet mee eens ben, is dat je het ambulante stuk loskoppelt als er beschermd wonen is. Dat het ambulante aansluit als een jongere daaraan toe is op een gegeven moment. Wat ik heel lang heb zien gebeuren, dat toen hadden wij maatschappelijk werkers in de voorzieningen werken. Die zaten in de bakstenen. Dan zag je dat de doorstroom die was zoals we toen wisten. We hebben op een gegeven moment gezegd, ongeacht waar je komt te wonen, of dat nou bakstenen zijn of in de wijk, het ambulante hersteltraject is altijd leidend. En van daaruit bepaal je wat gaan we doen. Ik bepaal samen met de cliënt dat er een tijdelijke plek in een trainingshuis komt, of wat ook. Van daaruit zijn al die maatschappelijk werkers vanuit die ambulante voorzieningen in de teams gaan werken en toen verhoogde onze doorstroom. Omdat je samen met je cliënten hospitaliseert. Dus als je als maatschappelijk hulpverlener in een voorziening werkt of niet betrokken bent op afstand terwijl die cliënt in de voorziening is, dan gebeurt er iets dat niet bevorderlijk is voor de doorstroom. Het hersteltraject ambulant moet standaard leidend zijn en van daaruit bepaal je.

Gemeente: volgens mij hoorde ik dat ook in de presentatie van aanbieder 7, werken vanuit een team waar al die expertises inzitten?

Aanbieder 4: nee, dan zit er in een team èn het beschermd woonstuk en het ambulante stuk . En dat wil ik juist niet, daar ben ik het niet mee eens.

Voorzitter: zullen we die even vasthouden. Er hoeft niet een gemeenschappelijk visie te ontstaan, mooi om de verschillen te duiden.

Gemeente: een ding heb ik gehoord, participatie. Investering in de vakkennis en opleiding van de mensen. Wat me daarin opviel is, ik vind dat redelijk bijzonder dat je constant mensen moet bijscholen. Je gaat niet naar school en je bent dan klaar, zo is het niet. Je begint pas als je gaat werken.

GGD: daar kunnen we het wel over eens zijn,

Voorzitter: je bent permanent in je professionaliteit aan het investeren, het houdt nooit op.

Aanbieder 5; er is een tekort aan woningen, het mag niet de zorg leiden, er moeten partijen op staan die dat gaan doen. Wij gaan ze niet bouwen.

Voorzitter: Woningcorporaties hadden handen in elkaar moeten slaan.?

GGD: maar ook de gemeenten. Gemeenten moeten zorgen dat er op een ander manier huursubsidie ingezet moet worden, in niet-zelfstandige woningen, dan heb je ook een andere mogelijkheid.

Aanbieder 7: er zijn ook private partijen die hierin geïnteresseerd zijn om voor deze doelgroepen woningen te bouwen.

Aanbieder 5: Maakt mij niet uit wie die huizen bouwt, als ze maar gebouwd worden. Huizen voor gesteund wonen, die moeten ook beschikbaar gesteld worden. Anders creëer je geen doorstroom. Dat is de laatste stap in de doorstroming.

Voorzitter: hebben jullie voorbeelden als best practices te bedenken, die kunnen we in Nijmegen ook gaan bekijken en daarvan leren? Hoe zien jullie dat?

Aanbieder 6: er is een jongeman, gaat gebeuren, samen met RIBW op Doddendaal iets ontwikkeld. Mensen met wonen op perspectief (RIBW) en zorg op maat (aanbieder 6) mensen gaan uitstromen, eerst traject op Heesche Bos (24/7), vervolgens op Doddendaal komen wonen (eerst 24/7), afschalen, vervolgens krijgt hij nu een eigen woning en heeft een vriendin

Aanbieder 5: voor mij is die woningcorporatie aan tafel echt belangrijk. Iemand moet in een huis terecht komen waar hij wel die zorg kan ontvangen maar vooral ook onafhankelijk is van de zorgaanbieder.

GGD: hoe zorg je dat iemand net dat huis niet uitgezet wordt? En daar moet je gaan zitten. Dat zou mijn droom zijn.

Gemeente: inclusiviteit werd ook genoemd

Ervaringsdeskundige aanbieder 4: het wordt jongeren ook lastig gemaakt om geld bij te verdienen; jongeren als vrijwilliger bij IZ mogen € 52,= per maand bijverdienen; medewerker welzijn is bezig om zwerfjongeren aan het werk te zetten op festivals, gratis bezoek van festivals. Stichting Dagloon.

Gemeente: volgens mij hoorde ik dat enige consensus dat er een groep is waar beschermd wonen voor een hele lange tijd nodig zal zijn; klassieke beschermd wonen vorm, intramuraal, 24 uren zorg.

Aanbieder 7: mensen ontlenen veel aan elkaar, bewoners zijn blij dat ze hier zitten, daar had ik niks, was ik eenzaam; hier heb ik een plek waar ik mag zijn; een huis, een dak en mensen om me heen. Dat geeft veiligheid, waardoor mensen weer stappen richting participatie kunnen zetten.

Aanbieder 4: herstel kan op verschillende plekken plaatsvinden (hoeft niet achter een hek plaats te vinden). Een van de belangrijkste componenten van herstel is dat je ergens bij hoort, een doel hebt, dat je je verhaal kunt vertellen.

Aanbieder 7: voorheen ging het echt alleen over herstel, hoort zo bij elkaar. Rol hebben, krijgen, activiteiten ondernemen dat hoort heel erg bij energie opdoen en krijgen.

Aanbieder 4: ik denk dat er een groep is, binnen aanbieder 4 hebben we op de Hulsen een groep die meerzorg heet, daar is allerlei herstel mogelijk maar niet meer dat ze zelfstandig wonen, omdat ze daar fysiek niet meer toe in staat zijn. Daar is vorig jaar wel iemand van doorgestroomd, wat op zich een wonder was. Op de woonzorgafdeling zag je ook een groep mensen waar ook wij het gevoel van hadden die hebben dat ook echt nodig. Maar als je goed ging kijken hadden ze niet perse een plek op de woonzorg nodig maar eigenlijk zoiets als een ontmoetingsplek, waar ze naar toe kunnen. Terwijl ze wel gewoon zelfstandig kunnen wonen met forse begeleiding. Ik heb ook nog wel het idee dat er wat speling in te vinden is in die groep. Ontwikkelen, groei is zeker nog mogelijk, als ze maar niet vereenzamen.

Aanbieder 7: we krijgen soms mensen van Pro Persona binnen, die niet meer praten, en dat duurt lang, een maand, jaar, of een half jaar en soms denk ik wat er nog in iemand zit.

Voorzitter: we gaan kijken naar de opbrengst dat is, de flappen verder invullen.

2e deel (na de pauze)

Projectleider gemeente geeft een toelichting over de productenstructuur; kunnen we van de ideale wereld komen tot de productenstructuur? Kunnen ook pakketten zijn. Startpunt is indicatie beschermd wonen. Kunnen we dit goed organiseren?

De presentatie is bijgevoegd als bijlage 2.

Vragen/opmerkingen naar aanleiding van de presentatie

Aanbieder 6 zegt dat op een afdeling gebruik gemaakt wordt van de groep als middel en niet als doel, om samen te bespreken wat er gaat gebeuren komende week om de sociale competenties verder te ontwikkelen. Dan maak je gebruik van de groep.

Projectleider gemeente begrijpt dat groep een element van zorg is in plaats van sec een karakter van wonen.

Aanbieder 5 weet het verschil tussen verpleging, verzorging en individuele begeleiding, maar heel vaak vindt het gesprek plaats over wanneer is iets begeleiding, wanneer is iets verzorging. Die grens is minimaal. Waar maak je het uitwisselbaar met elkaar. Tel het bij elkaar op.

Projectleider gemeente zegt dat een vraag die ook meespeelt is of verzorging überhaupt bij BW hoort. Zou je het eigenlijk niet alleen over begeleiding moeten hebben. Het is overgenomen vanuit de vroegere structuur van de AWBZ. Daar is het blijven hangen. Dit soort discussies moeten gevoerd worden. Hoort het er wel bij, hoort het er niet bij, in welke vorm, moeten we dan een onderscheid maken?

Contractmanager gemeente stelt dat het er voor sommige cliënten wel bij hoort.

Aanbieder 5 begrijpt het, maar wanneer is wat? Wanneer je kijkt naar de oude indeling van de AWBZ, heb je er een uur verzorging in zitten, daar red je het soms juist helemaal niet mee. Maak het makkelijker, dat is mijn oproep.

Projectleider gemeente vraagt hoe het makkelijker gemaakt kan worden. Door het onder begeleiding te laten vallen?

Aanbieder 5 antwoordt bevestigend.

Beleidsadviseur gemeente vraagt of het wel bij begeleiding hoort.

Aanbieder 4 zegt dat er wel verzorgenden in huis zijn, het is een functie binnen een van de voorzieningen van aanbieder 4. Niveau 2, helpenden. Zij doen specifiek dat soort taken. Aan de ene kant herkent zij het wel, maar wat zij mist is - het gedonder dat er altijd is op beschermde woonvoorzieningen in haar optiek - de interactie van cliënten onderling, en wat je daar allemaal voor werk aan hebt. Het zegt niets over of dat dagbesteding is, ja, voor de medewerkers. Heeft dat te maken met de groep? Ze zitten echt niet gezellig koffie te drinken want ze gooien het bij elkaar in het gezicht bij wijze van spreken. Voor een deel is het goed voor mensen om binnen zo'n voorziening te zitten en aan de andere kant gebeuren er allemaal dingen waarvan je denkt, het was eigenlijk handig geweest als je alleen woonde, want dan had je dit gedoe niet. Zij mist dit, terwijl medewerkers er ontzettend hard aan werken.

Projectleider gemeente zegt dat dat ermee bedoeld wordt.

Aanbieder 4 vraagt of dat ook op groepsverband is.

Projectleider gemeente antwoordt dat daarom het blokje groep erbij gehangen wordt.

Aanbieder 4 zag het als individueel onplanbare zorg.

Projectleider gemeente antwoordt dat onplanbare zorg ook een groep kan zijn, of individueel. Het gaat echt om de begeleidingsmomenten waarvan je van te voren niet weet dat die plaats gaat vinden, dus juist die escalaties. Dan hebben we ook nog het onderscheid in dag en nacht.

Aanbieder 4 vraagt waarom dat is.

Projectleider gemeente antwoordt dat aangenomen wordt dat er in bepaalde voorzieningen of bepaalde producten – daar hangen de producten van Arnhem met de blokjes opgeknipt – soms 24/7, anders is ingericht dan onplanbare zorg overdag. Dan kun je hier ook andere dingen over afspreken. GGD stelt dat het een voorbeeld is. De mensen mogen ook nog zelf hun eigen blokken erbij bedenken.

Aanbieder 7 zegt dat er veel gesproken is over dagbesteding. In heel brede zin is er over participatie gesproken en dat is van vrijwilligerswerk tot samen een activiteit doen, tot gedragsactiviteiten, tot leren, tot werken, hoort er allemaal wel bij. Ook werk hoort er juist bij. En begeleiding bij werken en toeleiden naar werk. Werkleerplaatsen.

Projectleider gemeente merkt op dat als men het daar over eens is, het voorstel is om dat blokje op die manier te veranderen. Om te zeggen het is een dagbesteding, maar dan zou dagbesteding er op die manier uit moeten zien. Dan kunnen wij het vervolgens specifiek maken van wat betekent dat

dan. Dat komt in de 2^e werksessie aan de orde. We kunnen in elk geval concluderen dat een dagbesteding, zeker als je het hebt over participatie en herstel, er dan een andere inhoud is dan wat er staat.

Contractmanager gemeente geeft aan dat het dus dagbesteding en participatie moet zijn.

Projectleider gemeente zegt dat in het in elk geval breder bekeken moet worden. Er is nog alle gelegenheid om blokken aan te vullen die gemist worden, of blokken veranderen zoals dat nu net bij dagbesteding gegaan is.

GGD zegt dat op het moment dat een BW-indicatie is afgegeven, dat niet de echte instroom is en daar gaat het gelijk al mis.

Projectleider gemeente geeft aan dat omdat men naar de concretisering wil, er een afgebakend proces wordt bekeken. Wat aanbieder 5 wil aangeven is dat er ook aan preventieactiviteiten gedaan moet worden. Als je wilt ambulantisieren of extramuraliseren, dan moet er ook iets gedaan worden aan de preventieactiviteiten, maar die liggen niet allemaal in het bereik van de afspraken waar we nu voor staan, maar daar moet wel rekening mee gehouden worden. Aanbieder 6 vraagt m.b.t. de instroom in een indicatie of er in eerste instantie gesproken wordt over ambulante begeleiding, overbruggingszorg?

Projectleider gemeente antwoordt dat dat zou kunnen.

Aanbieder 7 zegt dat overbruggingszorg ambulant is, omdat er geen plek is.

Aanbieder 6 stelt dat je wilt voorkomen dat er niet intramuraal wordt opgenomen.

GGD is het daarmee eens. Je zou moeten kijken of er een bouwblokje bij zit waarin wel preventie zit, wat misschien onder BW zou kunnen vallen om te zorgen dat een cliënt niet naar BW gaat. Zoals een blokje domotica. Stel je voor dat iemand domotica inzet zodat iemand niet opgenomen hoeft te worden.

Ervaringsdeskundige aanbieder 4 licht toe dat er bij aanbieder 4 social clubs zijn, die na de behandeling in de kliniek of tijdens de kliniek al ingezet worden om cliënten te leren terug te komen in de maatschappij. Die zijn ook al in te zetten voordat cliënten opgenomen worden.

Projectleider gemeente antwoordt dat het een mooie component zou kunnen zijn.

Ervaringsdeskundige aanbieder 4 zegt dat het wel ondersteund moet worden door geld en vrijwilligers.

Projectleider gemeente geeft aan dat er twee preventiemomenten zijn. Het eerste preventiemoment is iemand überhaupt niet in een indicatie BW terecht te laten komen. Dat valt buiten deze oefening, maar daar wordt wel rekening mee gehouden. Een andere preventiemaatregel is niet intramuraal door te laten stromen.

Projectleider gemeente licht de voorbeeldproducten toe en geeft aan dat deze gebaseerd zijn op de producten uit Arnhem.

Groep gaat aan de gang met bouwstenen (blokjes).

Beleidsadviseur gemeente zegt dat begonnen wordt bij de instroom, verder is overbruggingszorg genoemd. Welke componenten moeten toegevoegd worden?

Aanbieder 5 wil het vooral eenvoudig houden. Je hebt begeleiding en bereikbaarheid 's nachts. Daar zit een component dagbesteding bij en dan ben je er wel. Maak het vooral niet te ingewikkeld.

Ambulantisieren per definitie individueel.

Aanbieder 6 merkt op dat iemand een indicatie gekregen heeft. Moeten we daar voor ook nog iets hebben? Onze doelstelling is om juist niet intramuraal op te nemen.

GGD Het is niet gezegd dat dit vanuit BW is.

Aanbieder 7 is het er niet mee eens. Je hebt ook ziekenhuizen nodig. Daar wil je ook niet graag zelf naar toe, maar je hebt ze wel nodig. We hebben BW nodig.

Aanbieder 6 ontkent dat ook niet. De indicatie is afgegeven, dat is het startpunt.

Aanbieder 4 vraagt wat het doel is van de overbruggingszorg.

Beleidsadviseur gemeente antwoordt dat het meestal ingezet wordt voor mensen die een indicatie hebben, maar waarvoor nog geen plek is. In afwachting van een plek wordt vaak ambulante zorg ingezet.

Aanbieder 7 licht toe dat het het traject is wat je eigenlijk binnen BW zou bieden, maar omdat er geen plek is op dat moment, biedt je dat buiten de muren, dus bij mensen thuis etcetera. Het heeft twee componenten, of je zoekt de mensen op of je haalt de mensen naar je toe. Mensen kunnen ook gedurende de overbruggingszorg al gaan deelnemen bijvoorbeeld aan activiteiten binnen BW.

Aanbieder 5 vraagt wat het verschil is tussen overbruggingszorg en begeleiding thuis.

Projectleider gemeente antwoordt dat het mogelijk is dat de individuele begeleiding niet meteen beschikbaar is. Bij begeleiding thuis ga je wel uit van individuele begeleiding. Ik kan me voorstellen dat overbruggingszorg, als je het hebt over extramuraal producten, het niet meer over het verblijf gaat, dat er een soort wachtlijst kan zijn voor de individuele begeleiding.

Beleidsadviseur gemeente zegt dat extramuraal begeleiding al ambulante begeleiding is.

GGD stelt voor te beginnen met de burger. De burger is ergens gekomen en toen is er gezegd dat deze toezicht nodig heeft en een bepaald soort nabijheid, hij anders geen indicatie BW krijgt. BW gaat over toezicht en nabijheid.

Beleidsadviseur gemeente zegt dat het begint met over wat voor BW hebben we het hier, klassiek BW of gaan jullie hierbij al uit van tussenvoorzieningen. Dat moet eerst duidelijk gemaakt worden.

GGD stelt dat als iemand overbruggingszorg nodig heeft, er iemand moet zijn waarop de cliënt kan terugvallen. Als de cliënt toezicht heeft en nabijheid, 24-uurs, dan heeft hij BW nodig en dat betekent dat je in ieder geval individuele begeleiding hebt en dat je in ieder geval iets nodig hebt waarop je 24/7 terug kunt vallen of dat nu domotica is of per telefoon of iemand die altijd in buurt is.

Contractmanager gemeente geeft aan dat dat nu niet zo ingeregeld is.

Aanbieder 5 is van mening dat er ook een periode afgesproken kan worden om te kijken of iemand dat aan kan.

GGD zou het prachtig vinden als er dan ook meteen een beeldbelapparaat ter beschikking is, domotica. Je geeft dan meteen 24-uurs nabijheid. Niet in de vorm van personen, maar wel ter overbrugging en misschien wel blijvend..

Ervaringsdeskundige aanbieder 4 wijst op de social clubs, dat is geen preventie, dat is ondersteuning, dan komen er mensen, mocht je afglijden.

Aanbieder 7 zegt dat het goede is dat je dan het element 24-uurs bescherming/toezicht mogelijk maakt zonder dat iemand intramuraal opgenomen wordt. Dat onderscheidt het ook van ambulante begeleiding. Dan is er geen 24/7. Je moet ook een vaste begeleider hebben.

Projectleider gemeente concludeert dat er randvoorwaardelijk een klik moet zijn met de begeleider.

Aanbieder 7 merkt op dat als je spreekt over overbruggingszorg, het onderscheid met ambulante begeleiding is dat je de 24 uren mogelijkheid hebt een beroep te doen op een dienstverlening.

GGD zegt dat waar je van uit moet gaan is dat domotica gratis is. Ik zou het helemaal niet gek vinden als je domotica in gaat brengen omdat het ook onderhoudskosten met zich meebrengt. Op het moment dat je wilt dat mensen andere manieren van dienstverlening gaan organiseren, moet je zorgen dat ze daar middelen voor gaan krijgen. Als ik een applicatie aan moet gaan schaffen als organisatie om iemand 24 uur per dag te monitoren, dan kost me dat misschien € 20,- per dag, het zou dan wel kunnen zijn dat die thuis kan blijven wonen en je hebt ook nog zo'n dingetje wat je aan moet schaffen. Dus als je daar een soort van tegemoetkoming in hebt, denk ik dat je de kans hebt dat je zorgaanbieders stimuleert.

Aanbieder 6 vraagt of dit betekent dat de Wifi betaald moet worden.

GGD antwoordt dat een applicatie aangeleverd wordt.

Beleidsadviseur gemeente begrijpt dat je dan niet fysiek aanwezig bent maar dat het een mogelijkheid is om te monitoren.

GGD antwoordt dat het een onderdeel is van de 24-uurs toezicht/bereikbaarheid/aanwezigheid.

Aanbieder 5 zegt dat het nu enkel als extra erbij gedaan kan worden, maar het kan niet opgevoerd worden als verantwoording van je zorg. Je moet voor zo'n ontwikkeling wel gaan betalen, maar je kunt het nergens opvoeren als kostenpost of als verantwoording van je zorg.

GGD is van mening dat als dat zou kunnen, sommige cliënten thuis zouden kunnen blijven wonen.

Aanbieder 6 begrijpt dat het als onderdeel van het product gezien moet worden.

Contractmanager gemeente ziet hiermee geen verschil tussen overbruggingszorg en zelfstandig wonen.

GGD antwoordt dat je teruggaat naar de cliënt. Als de cliënt een BW indicatie heeft gehad, dan zeg je hij heeft 24-uurs toezicht, je hebt 24-uurs nabijheid nodig. Iedereen in zijn eigen mate. Maar het is nodig, anders krijgt hij geen BW-indicatie. Daar begint het. Daar voor zit een heel ander traject. Een herstelproces, en daarin heeft hij geen ambulante begeleiding. Op een gegeven moment komt het dat je zegt hij heeft nu echt nabijheid en toezicht nodig en dan is de vraag hoe je dat gaat organiseren. Als je daar dan in zit, heb je op een gegeven moment ook weer het moment dat je kunt gaan afschalen.

Dan zijn er heel veel verschillende manieren om dat te doen.

Voorzitter gemeente: Hoe lang duurt de overbruggingszorg?

Beleidsadviseur gemeente antwoordt dat het duurt totdat er plek is.

Aanbieder 6 zegt dat je dan budgetplafond-geneuzel krijgt.

GGD stelt dat het dus eigenlijk gewoon begeleiding thuis is, je hebt dus iemand die toezicht en nabijheid nodig heeft. Je zegt dat deze organisatie ervoor gaat zorgen. Dan is het gewoon begeleiding thuis extramuraal met 24-uurs nabijheid en toezicht.

Contractmanager gemeente is van mening dat het zo zou moeten zijn.

Projectleider gemeente geeft aan dat iemand thuis blijft wonen en dan kun je met applicaties in die onplanbare zorg iets betekenen om te overbruggen, maar dat dit juist het onderscheidende element is met wanneer je het product BW thuis hebt.

Aanbieder 5 stelt dat je nooit weg komt met enkel onplanbare zorg.

Projectleider gemeente zegt dat het altijd overbrugging is. Er zou altijd ook een vorm van individueel bij zijn, dat is dan licht, want anders kom je niet op de wachtlijst.

Beleidsadviseur gemeente merkt op dat het een vorm van onplanbare zorg is, maar op het moment dat je een indicatie BW krijgt, gaan we ervan uit dat je gewoon 24 uur toezicht en nabijheid krijgt. Dat moet gekoppeld worden aan de begeleiding. Zien jullie hier nog vormen in of is het één vorm?

Aanbieder 4 vindt dit oude wijn in nieuwe zakken. We zitten in hetzelfde frame ons ding te doen, we schuiven wat hier en schuiven wat daar. Misschien is het wel wat te detaillistisch, maar ik zit te denken, als je overbruggingszorg doet, ik zou - ik moet het wel geïmplementeerd krijgen binnen aanbieder 4 – bijvoorbeeld vinden dat we een netwerk of een eigen kracht conferentie moeten doen om te kijken van kunnen jullie tijdens deze overbrugging, het netwerk, voor zover dat er nog is, want bij sommige cliënten is er bijna niets meer, wat kunnen jullie in die overbrugging doen.

Beleidsadviseur gemeente vraagt wat bedoeld wordt met netwerk.

Aanbieder 4 antwoordt dat een netwerkconferentie is dat je gaat kijken we hebben hier een probleem, deze meneer – toen mijn vader op de wachtlijst kwam voor een verzorgingstehuis, moesten wij tijdens die wachtlijst alle zeilen bijzetten om te zorgen dat het nog enigszins te doen was. Wat doe je dan, je gaat een heel schema maken en een rooster. Dan draag je met zijn allen die periode totdat mijn vader het verpleeghuis in kon. Wat ik een beetje mis is dat we dat soort dingen wel proberen ook in zo'n overbrugging te zetten.

GGD merkt op dat als je kijkt wat de bedoeling is, waar we heen zouden moeten gaan, is dat überhaupt gekeken wordt wat het netwerk kan betekenen.

Aanbieder 4 vraagt of je daar een blokje van kunt maken, of moet dat in de zorg beschreven worden en zegt dat het niet standaard gebeurt.

Beleidsadviseur gemeente stelt dat het voortraject niet benoemd wordt, voor BW. Voordat iemand in BW terecht komt, proberen we toch te kijken wat het netwerk zelf kan doen. Anders zou iemand niet zomaar een BW indicatie moeten krijgen.

Projectleider gemeente zegt dat als bouwsteen of randvoorwaarden het netwerk toegevoegd kan worden, dan is het een onderdeel van wat wij zien als BW.

Aanbieder 7 pleit ervoor dat het onderdeel is van begeleiding. Een goede begeleiding bestaat daar uit. Dat is wat ik zei, we hebben een ander type professionaliteit nodig.

GGD zegt dat in elk zorgplan een kopje komt te staan netwerkbijeenkomst en interventie, waar altijd in terugkomt dat elke organisatie vanuit individuele begeleiding met het netwerk om de tafel gezeten heeft om te kijken wat het kan doen.

Aanbieder 5 vindt het een heel ingewikkelde discussie. Is dit dan overbruggingszorg of niet, waar zit het dan, is het dan een lichte vraag. Als het goed is gaan we met elkaar proberen te voorkomen dat iemand echt in het klassieke BW komt. En daar zit de crux, hoe zorgen we dat we dit tijdig kunnen inzetten zodat het inderdaad nog een lichtere vraag is.

Ervaringsdeskundige aanbieder 4 geeft aan dat geprobeerd moet worden te voorkomen dat iemand, door op een gegeven moment iemand in een wat makkelijker traject te plaatsen, extra zorg nodig heeft.

Projectleider gemeente stelt dat het een tijdelijk element is. Om te voorkomen dat iemand zonder hulp komt te zitten die het wel nodig heeft, maar dat er geen hulp direct beschikbaar is die eigenlijk gegeven zou moeten worden.

Aanbieder 5 kan ook mensen bedenken waarbij dit het maximale is wat binnen hun bereik ligt. Dan is dit ook hartstikke mooi. Ik merk dat ik het echt ingewikkeld vind om te zeggen dit moet het dan zijn.

Beleidsadviseur gemeente geeft aan dat overbruggingszorg ervan losgemaakt moet worden, dat zorgt voor verwarring. Iemand heeft een indicatie voor BW en die stroomt in.

Aanbieder 5 vindt overbruggingszorg altijd second best. Je moet altijd voor het beste gaan.

Beleidsadviseur gemeente vraagt of dit voldoende is voor instroom, of zijn er nog andere varianten?

GGD zegt dat wat het moeilijk maakt is dat er nu gedacht wordt vanuit producten in plaats van uit het herstelproces van een burger. We zetten niet de cliënt centraal, kijken wat die nodig heeft in verschillende fases, maar we zijn aan het kijken hoe gaan we elk product separaat weer inrichten.

Aanbieder 6 geeft aan dat als je over herstel gaat praten, je ook /ontwikkeling erbij moet zetten.

Projectleider gemeente beaamt dit. Wat heeft de cliënt nog nodig? Heeft hij individuele begeleiding nodig? Heeft hij bescherming nodig van een groep, zoals aanbieder 6 net aangaf. Heeft zo'n cliënt dan 24-uurs nabijheid of beschikbaarheid nodig? We gaan uit van wel want het is BW. Dagbesteding. Het is wel de bedoeling om vanuit dat perspectief dit op te zetten.

Beleidsadviseur gemeente: de instroom bij BW, denkend vanuit een perspectief van een cliënt en wat die nodig heeft - in de presentaties zijn elementen genoemd – en van daaruit te komen tot een productenstructuur. Moet gedacht worden aan zelfstandig? Als uitgegaan wordt van een klassieke BW wordt gedacht aan een instelling.

Projectleider gemeente zegt dat naar ambulante producten gezocht wordt. Daar moet gestart worden.

Beleidsadviseur gemeente vraagt zich af of instroom, doorstroom, uitstroom veel uit zou moeten maken. Op het moment dat je hier komt, dan heb je het meer over de ambulante producten.

Projectleider gemeente geeft aan dat het allemaal binnen de indicatie BW is. Uitstroom is uit de indicatie. Dit is bedoeld om de discussie te helpen, maar als dit het juist verwarrend maakt dan moeten we weg van de processtappen instroom, doorstroom naar uitstroom.

Beleidsadviseur gemeente vraagt of de anderen dat ook zo zien.

Aanbieder 7 stelt dat iemand een indicatie BW heeft, daar gaat het over. Daar gaat een hele wereld aan vooraf, waar we het niet over hebben. We hebben het over een indicatie BW, intramuraal.

Beleidsadviseur gemeente zegt dat dat laatste niet hoeft. Iemand heeft een BW indicatie.

Aanbieder 7 vraagt wat de producten dan zijn, wat BW extramuraal is.

Aanbieder 4 komt met een voorbeeld van Heester uit Utrecht. Zij hebben mensen in de wijk wonen met een indicatie BW en zij gaan overdag op de fiets bij die mensen langs die zelfstandig wonen, het is toch beschermd.

Aanbieder 7 antwoordt dat zij dat ook hebben, maar geconcludeerd is dat het geen vorm van BW is. Het is ambulante wonen intensief.

Aanbieder 4 zegt dat dat het enige is wat zij kan bedenken.

Aanbieder 7 vraagt waar het over gaat als het over BW extramuraal gaat.

Beleidsadviseur gemeente antwoordt dat het gaat om intensieve begeleiding.

Aanbieder 7 vindt dat bij nieuwe producten er niet over BW gesproken moet worden, het is ambulante.

Wees duidelijker naar het product BW, definieer dat helder, anders krijg je verwarring.

Aanbieder 5 binnen de huidige doelgroep van de mensen die nu een BW-indicatie hebben, heeft niet iedereen een intramurale vraag. Sterker nog, sommigen komen beter tot hun recht als ze zelfstandig wonen.

Aanbieder 7 is het daar helemaal mee eens. Daar zijn ook gesprekken over. Wij willen mensen eruit hebben, maar mensen willen zelf niet.

Beleidsadviseur gemeente gaat terug naar de klassieke vorm van BW. Dat is intramuraal. Wat in de praktijk te zien is, is dat er ook allerlei andere vormen van zijn. Als we hier met zijn allen concluderen dat het allemaal vormen van ambulante zijn, is dat ook een conclusie.

Voorzitter gemeente concludeert dat de begripsdefinitie heel erg belangrijk is.

Aanbieder 7 zegt dat in de huidige contracten BW heel duidelijk gedefinieerd is. Dat is 24-uurs begeleiding.

Projectleider gemeente stelt dat er nu nieuwe afspraken gemaakt worden, daarvoor hebben we Arnhem als inspiratie, die hier ook mee geworsteld heeft. Daar hebben ze gezegd BW extramuraal bestaat eigenlijk niet, dan noemen we begeleiding thuis. Dan heb je de producten die hier hangen die ook wel geïndiceerd kunnen worden door de GGD en waardoor je een duidelijke op- en afschaling van zorg kunt organiseren tussen intramuraal en extramuraal.

Aanbieder 7 zegt dat hij daar ook bij gezeten heeft. Het is een goede indeling. Je kunt op- en afschalen en je definieert duidelijk wat wat is.

Projectleider gemeente begrijpt dat aanbieder 7 met 'model Arnhem' kan werken. Je zou uit kunnen gaan van deze producten, extramuraal met het grijze dak, een time-outvoorziening want dat hoor ik overal, die heb je nodig als je ambulante begeleiding geeft. En dan heb je nog wat we in klassiek BW noemen een bepaalde intensiteit.

Medewerker gemeente vraagt waar dan het verschil zit tussen intensieve begeleiding vanuit de Wmo en intensieve begeleiding in dit kader.

GGD zegt dat teruggedaan moet worden naar de burger. De burger krijgt BW omdat die toezicht nodig heeft en nabijheid. Dat is BW. Hoe je dat invult, thuis of in groepswonen of in klassieke vormen, dat zijn allemaal oplossingen om dat toezicht en die nabijheid te organiseren. Er is een burger en die is op een bepaalde manier ontregeld en die heeft toezicht en nabijheid nodig. Vanuit dat perspectief kun je heel veel verschillende producten bedenken. Wat je nodig hebt voor die producten kun je prima uitwerken, maar het komt telkens terug bij de cliënt. Als we niet continu beginnen bij degene waar we het voor doen, dan raken we de hele tijd het spoor kwijt.

Aanbieder 7 vraagt of in de huidige definitie nog een groep-iets bij zit. BW is nu altijd intramuraal. Beleidsadviseur gemeente antwoordt dat dat niet zo hoeft te zijn.

Aanbieder 6 heeft behoefte aan duidelijkheid, er wordt over een definitie gesproken. BW is altijd intramuraal en ik hoor nu zeggen dat dat niet altijd zo is.

Contractmanager gemeente licht toe dat er ook extramuraal producten zijn. Tot nu toe wordt BW overwegend intramuraal ingevuld.

Aanbieder 5 zegt dat er mensen zijn met een hoge hulpvraag en toch heel mooi passen bij begeleiding thuis. Je moet ervan af dat het op- en afschalen is, het is een andere type van zorgverlening.

Voorzitter gemeente geeft aan dat op- en afschalen heel veel terugkomt, daar zit ook een lading aan. Het is niet zo dat tussen oranje en grijs op- en afschalen is, maar het gaat om een ander type zorgverlening.

Aanbieder 7 is het daar wel mee eens, maar is soms wel en soms niet.

Beleidsadviseur gemeente geeft aan m.b.t. de definitie dat het BW is op het moment dat iemand toezicht en nabijheid nodig heeft. Dat kan qua wonen op verschillende manieren ingevuld worden. Qua begeleiding ook. Bekeken moet worden welke producten erbij passen. Bij BW hoort 24/7 toezicht in de nabijheid.

GGD Niet altijd. Ze hebben 's avonds echt geen toezicht nodig, maar overdag. Of andersom.

Contractmanager gemeente vult aan met bereikbaarheid 24 uur.

Aanbieder 6 zegt dat die varianten er zijn.

Beleidsadviseur gemeente vervolgt dat 24-uurs toezicht op verschillende manieren ingevuld kan worden. Aanwezigheid, nabijheid of bereikbaarheid.

Voorzitter gemeente geeft aan dat in het Arnhemse voorbeeld er een verschil zit tussen zelfstandig en niet zelfstandig wonen zit. Dat is het dakje. Als het nu niet meer over BW gaat, maar over die twee dakjes en alles wat er onder hangt, is er een veel heldere definitie dan dat nu krampachtig met BW verder gegaan wordt. Er komt dan geen duidelijkheid. Zelfstandig of niet zelfstandig wonen is het onderscheid en daaronder zitten allerlei vormen, blokjes, bouwstenen die uitwisselbaar zijn in beide situaties.

Aanbieder 5 gaat het ingewikkelder maken. Er is een setting van 17 appartementen. Daar wordt 24 uurs zorg geboden. Die mensen wonen zelfstandig in de zin van dat ze hun eigen huur betalen. Welk dakje is het?

Projectleider gemeente antwoordt dat het een grijs dakje is, ze wonen zelfstandig maar wel geclusterd. Ze hebben toch een bescherming vanuit de groep. Dan heb je het over dit product. Valt de groep weg, dan heb je het over dit product. Dan woont iemand echt thuis in zijn eigen omgeving zonder dat daar een of andere bescherming van een groep ligt. Transformeer je het naar klassiek BW dan heb je het over dat hetzelfde gebeurt maar dan in verblijf.

Contractmanager gemeente stelt dat je bij PGB altijd een grijs dakje hebt.

Projectleider gemeente vraagt of, als vanuit de cliënt geredeneerd wordt, dit een organisatie is waarbinnen zo'n cliënt het beste geholpen is. Dan heb je het over 24 uur onplanbare zorg, overdag en 's nachts. In de tweede werksessie wordt hier dieper op ingegaan, wat betekent het, 10 minuten, een half uur, telefoon. Individuele begeleiding is een onderdeel wat altijd terugkomt. Groep wordt wel eens ingewisseld. Sommige cliënten hebben dit nodig, zoals in Arnhem. Sommige cliënten zijn beter af individueel, maar dan wel extramuraal. En er zijn een aantal cliënten die meer beschermd moeten worden.

GGD Hoe zit het bij de logeervervoorziening?

Projectleider gemeente antwoordt dat het een time out is.

GGD Het moet altijd beschikbaar zijn. Is dat dan een subsidievorm?

Projectleider gemeente antwoordt dat dat een mogelijkheid zou kunnen zijn.

GGD Als je altijd beschikbaar moet zijn, moet je altijd open zijn, moet je altijd lege plekken hebben.

Dan koop je geen zorg in, maar de plekken. De dienst.

Projectleider gemeente antwoordt dat als wij dat vinden, je dat zo zou kunnen aanbieden. Je zou kunnen zeggen, altijd en direct beschikbaar voor een time out voorziening, dat is niet nodig. Dat kan ik me ook niet voorstellen. Volgens mij moet je juist altijd terug kunnen vallen. Als ik de discussie zo hoor, dan tekent zich een beetje dit beeld af, de voorbeeldproducten model Arnhem.

Voorzitter gemeente vraagt of als je dit ziet en dit is het voorstel, er dan nog overwegende bezwaren zijn.

Aanbieder 6 heeft geen bezwaren maar is benieuwd naar behandeling. Hij is nog niet zo lang bij GGZ-C betrokken. Het zijn vaak mensen in psychische nood of er zijn zaken die je verder moet ontwikkelen of herstellen. Er wordt hier nergens een behandelaar bij betrokken.

Geantwoord wordt dat het zorgverzekeringswet is.

Aanbieder 6 begrijpt dat de cliënten uit de zorgverzekeringswet de behandelaren betaald krijgen. Projectleider gemeente zegt dat in de tweede sessie gesproken wordt over hoe we dit verder invullen en hoeveel van wat er in moet zitten. Het zou een specifieke voorwaarde voor een bepaalde cliënt kunnen zijn.

Aanbieder 6 vindt dat er in ieder geval over gesproken moet worden. Hij heeft er zelf geen ervaring mee. Er wordt bij aanbieder 6 een gedragswetenschapper bij gehaald, maar het kan veel helderder.

Aanbieder 7 zegt dat het de opdracht van je organisatie is om dat goed te regelen. Over de financiering moet helderheid zijn. Vanuit de burger gezien kan deze er last van hebben. Bij aanbieder 6 wordt het georganiseerd, maar aanbieder 7 biedt geen behandelingen.

Aanbieder 6 vraagt of als er een psycholoog nodig is, het over het eigen risico gaat.

Aanbieder 7 zegt dat die dan bijvoorbeeld van aanbieder 4 of Pro Persona komt.

Aanbieder 4 licht toe dat als je naar het trainingshuisidee kijkt dan zijn bij twee vormen van het trainingshuis verslavingsbehandeling voorwaardelijk om daar tijdelijk binnen een jaar te kunnen verblijven om te trainen. Dat hebben we als voorwaarde bij de voordeur. Als een cliënt niet wil, dan komt hij niet het trainingshuis in.

Aanbieder 7 geeft aan dat de partners aanbieder 4 of Pro Persona zijn. In de loop van het traject wordt geconstateerd dat er meer nodig is en dan vlieg je zoiets in.

GGD concludeert dat er een zorgverzekeraar nodig is om het goed weg te zetten. Er is een moeilijke populatie, heel veel mensen hebben tijdens hun traject toch nog ergens behandeling nodig, hoe maken we een sluitend netwerk samen met de zorgverzekeraar.

Aanbieder 4 zegt dat als aan uitstroom gedacht wordt, zij aan welzijnswerk denkt. Dat is een essentiële partner, net zoals de zorgverzekeraar. Hoe zorg je dat iemand in die wijk een beetje landt? Er moet ervaringsdeskundigheid in zitten.

Projectleider gemeente constateert dat men bezig is met het invullen van de blokjes.

Medewerker gemeente zegt dat er weinig verschil zit in wat er nu is. Als er meer geambulante wordt en makkelijker geschakeld kan worden hoe helpt dit model ons dan in dat verhaal.

Projectleider gemeente antwoordt dat er dan hele heldere en vergelijkbare ambulante producten zijn met intramurale producten, die ook heel duidelijk te indiceren zijn. Een van de signalen die er op dit moment is, is dat er niet zo makkelijk extramurale zorg geleverd kan worden omdat niemand duidelijk is wat er precies onder gefinancierd wordt. Ik gebruik toch even op- en afschalen van zorg, al klopt het niet helemaal, maar door die duidelijkheid en vergelijkbaarheid te creëren kun je ook beter zien hoe zo'n verloop gaat tussen die producten en kun je daar ook op gaan sturen.

Aanbieder 5 stelt dat je dan financiering aan de zorgvorm gaat hangen terwijl het moet hangen aan de cliënt.

Projectleider gemeente antwoordt dat die keuze gemaakt kan worden. Een cliënt heeft bepaalde punten nodig. Als je vanuit cliëntperspectief redeneert, dan zul je altijd individuele begeleiding nodig hebben en iemand die bescherming nodig heeft moet ook binnen en buiten kantoor tijden een bepaalde nabijheid of beschikbaarheid van begeleiding nodig hebben. Sommige cliënten zijn gebaat bij een groep, sommige cliënten juist niet. Die hebben juist geen groep nodig, die kunnen prima zelf door. Als je hier een geld-volgt-client systeem hebt, dan heb je nog steeds dit als organisatie van hoe de zorg ingezet kan worden.

Aanbieder 5 vraagt waarom het woongedeelte gefinancierd moet worden uit het zorggeld. Ik heb er lang mee gewacht maar ik denk ik stel de vraag toch.

Aanbieder 6 antwoordt dat het door alle regelingen komt die er zijn. Doordat je binnen een instelling woont en het dan moeilijk is om huur te gaan betalen, om dat (die regeling) goed in orde te krijgen. GGD vult aan omdat je geen aanspraak kunt doen op andere regelingen.

Beleidsadviseur gemeente vraagt of aanbieder 6 Beschermd Wonen kan bieden zonder het wooncomponent.

Aanbieder 6 antwoordt dat het bij sommige cliënten wel kan en bij andere niet.

Beleidsadviseur gemeente vraagt of ook het 24-uurs toezicht georganiseerd kan worden vanuit die hoek.

Aanbieder 6 zegt dat de groep 18-23 gewoon moeilijk is. Die krijgt geen huurtoeslag, hebben zelf geen inkomen of zijn studerende.

Aanbieder 5 vraagt waarom je zoiets essentieels zou willen overnemen als het wonen van iemand met alles wat er bij komt, met alle problematieken die erbij komen, terwijl dat iets is wat iemand nog tot aan het einde van zijn leven gaat doen.

Aanbieder 7 wil het even vergelijken met een andere sector. Mensen hebben soms een ziekenhuisopname nodig. Dat gebouw wordt betaald vanuit zorg. Mensen hebben soms een verpleeghuisopname nodig.

GGD stelt dat die mensen nog een eigen woning ergens anders hebben. Op het moment dat je je eigen woning niet meer hebt.

Aanbieder 4 wil graag antwoord geven op de vraag, los van de discussie. Ik zou zeggen waarom zit het wonen en de zorg bij elkaar. Als ik kijk wat het sommige cliënten biedt, een plaatsvervangend gezin, een plaatsvervangend thuis. Je zou kunnen zeggen oké, je kunt ze in een groep bij elkaar zetten en dan doe je scheiden van wonen en zorg. Als zij naar de cliënten van aanbieder 4 kijkt, die gaan de huur niet betalen, dat is een lastige. Ze gaan dermate vervuilen dat je moet ingrijpen en dan hebben ze huurdersrechten, dus dan kun je als het echt heel hardnekkig is niets. Heel heftige overlast in een wijk.

Aanbieder 5 geeft aan dat alle organisaties hiermee te maken hebben. Het is ingewikkeld. Vanuit financiering kan het niet anders. Op het moment dat een organisatie gecontracteerd wordt, ook voor de WLZ is aanbieder 5 daarmee bezig, wordt heel nadrukkelijk het gesprek gevoerd. We willen enkel MPT en VPT en al die andere dingen niet.

Aanbieder 4 snapt dat, maar de vraag was veel concreter. Hoe doe je dat dan?

Aanbieder 5 antwoordt dat het nu ook zo is.

GGD geeft aan dat als iemand intramuraal woont, dat niet zonder zijn toestemming mag.

Aanbieder 6 zegt dat op het moment dat de cliënt huur moet gaan betalen aan de zorgverlener, je dergelijke situaties krijgt en dat moet je niet willen.

GGD als het even kan niet aan de zorgverlener.

Aanbieder 5 merkt op dat nu niemand zicht heeft op wat er betaald wordt.

Beleidsadviseur gemeente geeft aan dat in de eerste sessie vastgesteld is dat voor een groep het klassieke BW nodig zal blijven, ook in de toekomst. Daarnaast zijn er allerlei andere tussenvormen en die moeten gezamenlijk gebouwd worden.

Aanbieder 5 Wat ik zeg is geen tussenvorm, het is BW maar dan zonder huisvestingscomponent.

Aanbieder 6 zegt dat het intramurale bed financieel beter ligt. Dat is gewoon zo en is ook een reden waarom je ervoor kunt kiezen.

Voorzitter gemeente zegt dat het 15.45 uur is. Is dit het plaatje waar jullie mee verder kunnen?

Bestaat er tegen zo'n indeling bezwaar? Ik heb het gevoel van niet.

Aanbieder 5 stelt dat je steeds meer af moet van het steeds meer overnemen. Je moet steeds meer naar een nieuw genormaliseerde situatie. Dat is veel meer.

Voorzitter gemeente vraagt of het vormen zijn die passend zijn voor de cliënten van de organisaties.

Aanbieder 5 weet en ziet dat er intramurale settingen moeten zijn en wil niets overhoop gooien wat niet goed loopt, maar er zijn ook andere dingen.

Aanbieder 4 heeft intramuraal en wil best wel wat overhoop gooien. Dat is niet erg. Het is goed om af en toe je eigen kussens op te schudden.

Aanbieder 7 vindt dit al kussens opschudden. We maken verschillende varianten mogelijk. Als de discussie gaat over ik wil alleen maar deze variant, dan is er een moeilijk gesprek. Hij is voor het verhaal van scheiden van wonen en zorg. Maar er zijn nog varianten waar ook die vormen gehandhaafd worden.

Beleidsadviseur gemeente zegt dat het dan gaat over de verschillende varianten, wat er nu is en wat er straks nodig is.

Aanbieder 7 merkt op dat dit het model is en kun je met dat model leven en denk je vanuit de burger gedacht, zijn in al die fasen van ziek zijn, problematiek, sociaal aan de buitenkant, dit de goede vormen waarbinnen mensen geholpen kunnen worden. We hebben het niet over begeleiding zelf, we hebben het niet over methodieken, we hebben het niet over aanpak. Dan denk ik dat dit het is. In dit hele verhaal staat geen dagbesteding. Wat wij onder dagbesteding verstaan, moet over het hele brede model. Dat is het fundament. Dat is werken, is meedoen. Anders nemen wij ons binnen de Wmo niet serieus.

Contractmanager gemeente zegt dat de gemeente dit ook heel belangrijk vindt.

Medewerker gemeente ziet geen verschil met wat er nu is, dat is zijn probleem.

GGD stelt dat het enige verschil is, dat het vaste pakket in blokken wordt aangeboden.

Aanbieder 4 hoopt dat het niet zo is dat per blokje geregistreerd moet worden. In Apeldoorn heeft aanbieder 4 BW en daar moet iedereen die op de groep draait tijdschrijven.

Voorzitter gemeente sluit de bespreking af en bedankt iedereen voor de bijdragen.