

Toekomst Beschermd Wonen

Vooronderzoek beleidsplan Beschermd Wonen
Nijmegen Rivierenland



Toekomst Beschermd Wonen

Vooronderzoek beleidsplan Beschermd Wonen Nijmegen en Rivierenland

Utrecht, juni 2017



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Gemeente Nijmegen

Auteurs
M. Planije
S. van Rooijen
F. van Hoof

Vormgeving en productie
Canon Nederland N.V.

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

De uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1557**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2017, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding en achtergrond	5
1.2	Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek	6
1.3	Onderzoeksactiviteiten	7
1.4	Leeswijzer	7
2	Capaciteit en zorggebruik in cijfers	8
2.1	BW-aanbod en BW-gebruik in de regio	8
2.2	Het regionale BW-aanbod in context	11
3	Trends en toekomstverwachtingen	14
3.1	'Dannenberg'	14
3.2	Toekomstvisies regionale stakeholders	14
3.3	Een regionale agenda voor sociale inclusie	18
4	Scenario's toekomstig zorg- en BW-landschap	23
4.1	Inleiding	23
4.2	Toekomstscenario's regionaal zorglandschap	24
4.3	Wonen en woonzorgcombinaties in het toekomstige zorglandschap	26
4.4	Tot slot	29
	Bijlage 1 Deelnemende instellingen en geïnterviewden	31
	Bijlage 2 Vignettenstudie	32
	Bronnen	34

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

De gemeente Nijmegen gaat in 2017, samen met de regiogemeenten,¹ een meerjarig beleidsplan voor beschermd wonen (BW) maken. De gemeente wil daarover graag met de stakeholders in de regio in overleg. De gemeente heeft daartoe het Trimbos-instituut gevraagd een vooronderzoek uit te voeren naar het actuele BW-aanbod in de regio en naar potentiële toekomstscenario's voor dat aanbod.

Achtergrond

Uitgangspunt voor de gemeente is dat het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid maximaal tegemoetkomt aan de ondersteuningsbehoeften en de woonwensen van betrokkenen. Inzet is daarbij het optimaliseren van de mogelijkheden tot eigen regie en participatie (met behoud van vangnet). Dat vraagt om wonen en zorg 'op individuele maat'. 'Package deals' van woonzorgarrangementen kunnen daarbij aan de orde zijn, maar zijn niet op voorhand het antwoord op enerzijds de uiteenlopende ondersteuningsbehoeften en anderzijds de diverse woonwensen van mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid in de regio. Met deze uitgangspunten wil de gemeente Nijmegen ook tegemoetkomen aan de ontwikkelingen binnen het veld van het beschermd wonen zelf. Dat werkveld en het aantal BW-plaatsen is in de afgelopen tien tot vijftien jaar sterk gegroeid. In diezelfde periode heeft het 'standaard' BW-aanbod van een geïntegreerd woonzorgpakket, bestaande uit een groepswoning met 'in pandige' of nabije (intensieve) zorg plaatsgemaakt voor een heel gedifferentieerd palet aan voorzieningen, zowel in termen van woonvormen, zorgvormen als financieringsvormen.

Zo bestaat een groeiend deel van het BW-aanbod niet alleen meer uit groepswoningen maar ook uit appartementen voor individuele bewoning, soms geclusterd, maar vaak ook op zichzelfstaand, in niets meer te onderscheiden van een gewone huurwoning. Omgekeerd zijn er groeps- dan wel geclusterde woonvoorzieningen in het leven geroepen waar zorg in de directe nabijheid aanwezig is, maar geen geïntegreerd woonzorgpakket wordt afgenomen; mensen betalen zelf huur aan de woningbouwvereniging (er zijn ook voorzieningen waarin de bewoner 'huurt' van de zorgvoorziening). Ook zorginhoudelijk en in termen van 'doelgroepen' kent het werkveld van het beschermd wonen inmiddels een grote diversiteit aan zorgvormen en gebruikersgroepen. Zo ligt het accent in sommige gevallen en bij sommige doelgroepen op relatief kortdurende re-integratie- en resocialisatietrajecten (jongeren, uitstromers uit de verblijfspsychiatrie); in andere gevallen gaat het om langdurige zorgtrajecten met een accent op verzorging en de dagelijkse ADL-behoeften (ouderen; langdurige zorgafhankelijken).

Ondertussen verandert ook de omgeving van het BW-werkveld in snel tempo. Belangrijke ontwikkelingen binnen de zorg zijn de *transities*: ambulantisering van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de verschuiving van verantwoordelijkheden van het gezondheidszorgdomein naar het sociaal domein, een daaruit voortvloeiende noodzaak van intensievere samenwerking tussen partijen (zorgverzekeraars, gemeenten,

¹ De regio Nijmegen en Rivierland bestaat uit de volgende gemeenten: Beuningen, Buren, Culemborg, Druten, Geldermalsen, Gennep, Groesbeek, Heumen, Lingewaal, Mook en Middelaar, Neder-Betuwe, Neerijnen, Nijmegen, Tiel, West Maas en Waal, Wijchen. In 2015 telde de regio in totaal circa 517.000 inwoners (CBS, 2015).

zorgaanbieders, cliëntenorganisaties, andere maatschappelijke voorzieningen). Belangrijk zijn ook inhoudelijke ontwikkelingen binnen de zorg zoals de opkomst van initiatieven van 'cliënten' zelf (zelfregiecentra en -netwerken, herstelacademies) en initiatieven vanuit de GGZ om tot een meer 'geïntegreerde GGZ in de wijk' te komen. Daarnaast zijn maatschappelijke ontwikkelingen van belang rond de toegankelijkheid – met name voor 'kwetsbare burgers' – van woningen, werk, inkomen, onderwijs en andere maatschappelijke voorzieningen. Deze bredere zorg- en maatschappelijke ontwikkelingen zijn tezamen medebepalend voor enerzijds de (toekomstige) ondersteuningsbehoeften van mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid en anderzijds voor de (maatschappelijke) mogelijkheden van betrokkenen om het eigen leven vorm en inhoud te geven.

De verwachting is dat, mede als gevolg van de transities in de zorg, de ontwikkelingen in en rond het beschermd wonen en in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid in het algemeen, de komende tijd in een stroomversnelling zullen raken. Welke richting die ontwikkelingen opgaan is mede afhankelijk van de visies, prioriteiten en inspanningen van de betrokken partijen. De gemeente Nijmegen hecht er aan om zo veel mogelijk tot een gedeeld toekomstperspectief te komen en om binnen de kaders daarvan een onderbouwde en verantwoorde voorzieningenplanning te maken. Daartoe is de gemeente Nijmegen voornemens een Plan van Aanpak Beschermd Wonen te maken voor het meerjarenbeleidsplan tot 2020, wanneer er een objectief verdeelmodel² komt. Het onderhavige vooronderzoek vormt de basis voor het meerjarenbeleidsplan.

1.2 Doelstelling en vraagstelling van het onderzoek

Doelstelling van het vooronderzoek is om zicht te krijgen op het actuele BW-aanbod in de regio en om tot een aantal scenario's te komen voor de toekomstige (kwantitatieve en kwalitatieve) ontwikkeling van dat aanbod. Daarbij differentiëren we waar mogelijk en in lijn met de actuele ontwikkelingen binnen het beschermd wonen naar verschillende zorgvormen, woonvormen en huur-/bekostigingsvormen.

De volgende vragen staan centraal in het onderzoek:

1. Wat is de aard en de omvang van het huidige BW-aanbod en het huidige BW-gebruik in de regio (zo mogelijk gedifferentieerd naar verschillende zorgvormen, woonvormen en huur-/bekostigingsvormen)?
2. Wat zijn de visies en verwachtingen van BW-aanbieders in de regio en in landelijke bronnen (adviesrapporten, toekomstverkenningen) met betrekking tot de gewenste/benodigde vormgeving en capaciteit van het beschermd wonen in het toekomstige (regionale) zorglandschap voor mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid?

² Medio 2016 vond bestuurlijk overleg plaats tussen de ministeries van BZK, VWS en de VNG over de visie van de commissie Toekomst beschermd wonen (commissie Dannenberg). Afgesproken is dat zowel het Rijk als gemeenten zich gaan inspannen voor het realiseren van de visie, waarbij het budget over alle gemeenten verdeeld gaat worden. Door de middelen over alle gemeenten te verdelen, kunnen gemeenten beter invulling geven aan hun verantwoordelijkheid en meer inzetten op preventie, vroegsignalering en vernieuwende vormen van opvang en beschermd wonen, zo wordt verwacht. De hoop daarbij is dat zo meer synergie bereikt wordt met 'reguliere' vormen van ondersteuning vanuit de Wmo 2015 en andere vormen van gemeentelijke ondersteuning. Het objectieve verdeelmodel met een verdeling van de middelen over alle gemeenten zal gereed moeten zijn per 1 januari 2018. De verdeling over alle gemeenten zal gebeuren per 1 januari 2020 (Ministerie van VWS, 2016).

3. Welke scenario's zijn denkbaar met betrekking tot de vormgeving en capaciteit van het toekomstige BW-aanbod in de regio (zo mogelijk wederom gedifferentieerd naar zorgvormen, woonvormen en huur-/bekostigingsvormen)?

Daarbij dienen de te ontwikkelen scenario's nadrukkelijk niet als blauwdrukken maar als handvatten voor het regionale overleg en de beleidsontwikkeling wat betreft de toekomst van het beschermd wonen in de regio.

1.3 Onderzoeksactiviteiten

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen ondernamen we de volgende onderzoeksactiviteiten:

1. Inventarisatie van het actuele BW-aanbod en BW-gebruik in de regio aan de hand van gegevens van gemeenten en een uitvraag bij de BW-aanbieders in de regio (zie bijlage 1 voor een overzicht) en op onderdelen aangevuld met gegevens uit andere bronnen (onderzoeksvraag 1).
2. Een interviewronde bij en een bijeenkomst met BW-aanbieders in de regio over de visies op en verwachtingen van de gewenste/benodigde toekomstige vormgeving en capaciteit van het beschermd wonen.
3. Een analyse van landelijke adviezen en toekomstverkenningen met betrekking tot beschermd wonen en de positionering daarvan in het toekomstige zorglandschap voor mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid.
4. Een synthese van de bevindingen uit bovenstaande activiteiten in een tweetal tentatieve toekomstscenario's voor de vormgeving en capaciteit van het beschermd wonen in de regio.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van het actuele BW-aanbod en BW-gebruik in de regio. Aan de hand van de resultaten van de raadplegingsrondes onder de regionale BW-aanbieders en landelijke bronnen worden in hoofdstuk 3 de visies op en de relevante factoren bij de vormgeving van het toekomstige regionale BW-aanbod besproken. Hoofdstuk 4 geeft een kwantitatieve doorlichting van het potentiële toekomstige BW-aanbod in de regio. Dit gebeurt op basis van de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken en tegen de achtergrond van een tweetal toekomstscenario's voor het regionale zorglandschap van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

2 Capaciteit en zorggebruik in cijfers

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het BW-aanbod en het BW-gebruik in de regio. Paragraaf 2.1 gaat in op wat op basis van de verzamelde informatie bekend is over aanbieders, capaciteit, woonvormen, achtergronden van cliënten en verblijfsduur en wachtlijsten. In paragraaf 2.2 worden de gegevens over het BW in de regio kort in de bredere context geplaatst van a. landelijke gegevens over het BW en b. het bredere zorglandschap van mensen met een psychische of psychosociale kwetsbaarheid.

2.1 BW-aanbod en BW-gebruik in de regio

De regio Nijmegen en Rivierenland telt meerdere aanbieders van BW. De grootste daarvan is de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Specifiek binnen de verslavingszorg is IrisZorg een belangrijke regionale BW-aanbieder. Daarnaast is er een reeks kleinere aanbieders, veelal werkend voor specifieke doelgroepen.

Gegevens over het BW-aanbod in de regio zijn verzameld bij in totaal negen door de gemeente Nijmegen aangedragen aanbieders in de regio.³ De verwachting is dat deze negen aanbieders nagenoeg het totale BW-aanbod in de regio voor hun rekening nemen.

Bij een inventarisatie van het BW-aanbod in de regio is het belangrijk om rekening te houden met de differentiatie in de afgelopen jaren in verschillende combinaties van woonvormen, huur-/bekostigingsvormen en zorgvormen (zie hoofdstuk 1). Belangrijk is dan ook een eenduidige afbakening van het BW. Conform de oorspronkelijke indeling in de AWBZ en de ook nu nog door de meeste gemeenten gebruikte indelingen hanteren we in deze rapportage de term beschermd wonen met name bij die voorzieningen waarbij (ongeacht specifieke woonvorm of zorgvorm) sprake is van een geïntegreerde bekostiging van wonen en zorg (geïntegreerd woonzorgpakket; de voormalige ZZP-C).

Capaciteit en woonvormen

De uitvraag bij de aanbieders in de regio spitste zich toe op de Wmo-gefinancierde en de door het ministerie van Justitie gefinancierde BW-plaatsen voor cliënten van 18 jaar en ouder. Geïnccludeerd werden alle BW-voorzieningen voor mensen met psychische problematiek (inclusief autisme) al dan niet met verslaving of andere comorbiditeit. Geëxcludeerd werden voorzieningen voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking.

Tabel 2.1 laat zien dat aanbieders in de regio in 2015 tezamen over 751 BW-plaatsen beschikten.⁴ Circa de helft daarvan zijn plaatsen bij de RIBW Nijmegen & Rivierenland. IrisZorg neemt circa een kwart van de plaatsen voor zijn rekening. Circa 90% van de plaatsen is volgens opgave van de aanbieders ingekocht door de gemeente Nijmegen.

³Deze negen aanbieders zijn: Driestroom, Eleos, IrisZorg, Leger des Heils, Pluryn, RIBW Nijmegen & Rivierenland, Rigtergroep, Woonzorgnet, Yulius. (Een tiende door de gemeente aangedragen instelling – Jados – bleek volgens eigen opgave niet over BW-plaatsen in de regio te beschikken)

⁴ In de vragenlijst werd de aanduiding 'plaatsen met 24-uursbegeleiding' gehanteerd.

Tabel 2.1 Aantal beschikbare plaatsen binnen het beschermd wonen, aantal door de gemeente Nijmegen ingekochte plaatsen, 2015

	Aantal	Aantal ingekocht door gemeente Nijmegen
RIBW Nijmegen & Rivierenland	387	377
IrisZorg	164	133
De Rigtergroep	60	42*
Pluryn	36	36
Woonzorgnet	28	24
Yulius	25	24
Leger des Heils	24	23
Eleos	19	17
Driestroom	8	5
Totaal	751	682

* Dit betreft PGB's, deze zijn formeel niet 'ingekocht door de gemeente'.

Tabel 2.2 laat zien dat de helft tot twee derde van de BW-plekken in de regio uit groepswoonvoorzieningen bestaat. Circa een derde van de BW-plekken bestaat uit geclusterde, individuele woonvoorzieningen en één op de twaalf BW-plekken betreft zelfstandige, individuele woonvoorzieningen.⁵ Drie aanbieders (IrisZorg, Pluryn en Yulius) beschikken volgens eigen opgave uitsluitend over groepswoonvoorzieningen. Drie andere aanbieders (de Driestroom, de Rigtergroep en Woonzorgnet) kennen uitsluitend individuele woonvoorzieningen (merendeels geclusterd). De overige aanbieders bieden alle drie de woonvarianten aan.

Tabel 2.2 Aantal BW-plaatsen naar woonvarianten

Woonvariant	%
Groepswoonvoorziening ^a	58
Geclusterde, individuele woonvoorziening ^b	34
Zelfstandige, individuele woonvoorziening ^c	8
Totaal	100

a) woonvorm voor meerdere personen, met een gedeelde keuken, huiskamer etc., geen eigen voordeur, zorg en begeleiding in nabijheid; b) eenpersoonswoningen met eigen keuken, huiskamer, voordeur etc., geclusterd in een groter verband, zorg en begeleiding in nabijheid of op afstand, afroepbaar; c) eenpersoonswoningen met eigen keuken, huiskamer, voordeur etc., zorg en begeleiding op afstand, afroepbaar.

Het BW bestaat in principe uit een geïntegreerd woonzorgpakket: cliënten wonen in een woning van de instelling en betalen geen huur (maar wel een eigen bijdrage). In de afgelopen jaren zijn varianten ontstaan waarbij nog steeds sprake is van geïntegreerde bekostiging (wonen met zorg), maar waarbij de cliënt de woning huurt van de instelling. Vermoedelijk is deze variant met name bij PGB-houders aan de orde. In de regio Nijmegen en Rivierenland betreft, volgens opgave van de aanbieders, circa 14% van de BW-plaatsen, plekken waarbij de cliënt huurt van de zorginstelling. Twee aanbieders in de regio werken volgens deze constructie waarvan Rigtergroep uitsluitend plekken kent waarbij de cliënt van de zorginstelling huurt.⁶

⁵ Eén respondent includeerde bij de beantwoording van de vraag naar beschikbare woonvarianten ook de Wlz-gefinancierde plekken.

⁶ Overigens fungeren zorgaanbieders in Nederland soms ook als tussenpersoon tussen huurder en woningcorporatie voor cliënten die geen BW-indicatie hebben (geen sprake van geïntegreerde bekostiging van

Cliënten

Volgens opgave van de respondenten maakten in 2015 in totaal 764 cliënten gebruik van het regionale BW-aanbod. Achtergronden, zorgbehoeften et cetera van cliënten zijn niet aan de orde geweest in de uitvraag. Wel geven registratiegegevens van de gemeente Nijmegen een indicatie van enkele sociaal-demografische achtergrondkenmerken van alle inwoners van de regio die geïndiceerd zijn met de code VB (verblijf), gefinancierd uit Wmo en Jeugdwet. Circa 95% betreft indicaties voor de productcategorie 'beschermd wonen', aldus de gemeente⁷. Van deze geïndiceerden woont tweederde (65%) in de gemeente Nijmegen. Uit de cijfers blijkt dat mannen in de meerderheid zijn (67%). Opmerkelijk is daarnaast met name het relatief grote aantal geïndiceerde jong-volwassenen: een kwart (25%) van de geïndiceerde mensen valt in de smalle leeftijdscategorie van 19-24 jaar. In hoofdstuk 3 wordt uitgebreider ingegaan op externe determinanten voor de behoefte aan BW-plaatsen dan wel de beschikbaarheid van alternatieven; onder andere inkomenspositie en toegang tot betaalbare woningen komen daarbij aan de orde. Met name bij jongeren en jongvolwassenen spelen deze factoren vermoedelijk een belangrijke rol.

Cliëntenstromen

BW-capaciteit, -instroom, -verblijfsduur en -uitstroom zijn nauw aan elkaar gerelateerde grootheden. Instroom, verblijfsduur en uitstroom kunnen per categorie voorzieningen of cliënten ook sterk uiteenlopen. Waar sommige voorzieningen (vooral voor jongere cliënten) veelal inzetten op een relatief kort verblijf en een grote doorstroom kennen, bieden andere voorzieningen plaatsen voor (zeer) langdurig verblijf (veelal aan mensen met een permanent intensieve zorgbehoefte) en kennen deze voorzieningen een lage doorstroom.

Gegevens over de verblijfsduur van de BW-cliënten in de regio zijn niet voorhanden. Wel hebben de aanbieders uitstroomcijfers over 2015 aangeleverd. Die laten zien dat, bij een min of meer gelijkblijvende omvang van de totale clientèle gedurende het jaar, de instroom/doorstroom op jaarbasis iets minder dan 20% van de capaciteit bedraagt (in totaal 143 uitgestroomde cliënten in 2015). De spreiding per instelling is echter groot. Waar de uitstroom/doorstroom bij IrisZorg volgens eigen opgave van de instelling de 40% nadert, bedraagt die voor de RIBW Nijmegen & Rivierenland circa 10% en voor Woonzorgnet, Yulius en Eleos minder dan 10%. Bij de overige instellingen schommelt het uitstroom/doorstroompercentage tussen de 20 en 25.

Belangrijke kanttekening bij deze gegevens is dat uitstroom niet in alle gevallen uitstroom naar zelfstandig wonen betekent. Voor een deel gaat het ook om verhuizingen naar een andere BW-plek (soms ook Wlz-gefinancierd) binnen de instelling of een BW-plek van een andere zorgaanbieder binnen of buiten de regio. Zo betreffen de uitstroomcijfers soms ook cliënten die gebruikmaken van 'overbruggingszorg', in afwachting van een plaats in een

wonen en zorg) maar een indicatie voor extramurale begeleiding. Instellingen staan dan 'borg' voor de huur bij de woningcorporatie. Niet bekend is hoe vaak deze constructie aan de orde is in de regio.

⁷ Het aantal geregistreerde geïndiceerden voor BW ligt hoger dan het feitelijke aantal BW-gebruikers volgens opgave van de instellingen. Ook landelijke cijfers laten al veel langer zien dat aantallen geïndiceerden geen goede indicator zijn van het feitelijke aantal gebruikers. Mogelijke verklaringen zijn dat niet alle BW-indicaties worden verzilverd, dat sommige indicaties alsnog 'extramuraal' worden verzilverd, dat niet-BW-voorzieningen (extramurale zorg of dagbesteding) onder een overkoepelende categorie BW worden geregistreerd, of dat indicaties niet direct na uitstroom van cliënten uit het BW worden beëindigd.

andere voorziening of bij een andere aanbieder. Een enkele keer kan het ook gaan om een verhuizing naar een klinische verblijfplaats. Voor de cliënten die uitstromen naar een zelfstandige woonplek geldt dat velen nog wel (ambulante) begeleiding blijven ontvangen van de instelling. Soms is daarbij sprake van zogeheten 'omklapwoningen'; de cliënt blijft in dezelfde woning wonen, maar het geïntegreerde woonzorgpakket wordt omgezet in ambulante begeleiding en eigen huur. Exacte gegevens over deze verschillende vervolgplekken en -trajecten zijn niet voorhanden.

Wachtlijsten

Het aantal personen op de wachtlijst bij de acht instellingen in de regio die daarover gegevens aanleverden, is gedurende 2015 min of meer stabiel gebleven op circa de 200 personen (199 op 1 januari 2015 en 193 op 31 december 2015). Dat is circa een derde van de totale BW-capaciteit in de regio. Gemiddeld staan de betrokkenen op de peildatum 10 maanden op de wachtlijst (NB: de gemiddelde feitelijk wachttijd tot het moment van instroom in een BW-plek is langer; exacte gegevens daarover zijn niet voorhanden). Ook hier doen zich weer verschillen voor tussen de instellingen. Wachttijden zijn met name relatief lang bij RIBW Nijmegen & Rivierenland, de Driesprong en Woonzorgnet (met een *gemiddelde* wachttijd op peildatum bij deze drie instellingen van 15 tot 18 maanden).

De respondenten plaatsen wel een aantal kanttekeningen bij de wachtlijstgegevens. Belangstellenden kunnen ingeschreven staan bij meerdere zorgaanbieders; sommige wachtenden zijn actiever en dringender op zoek dan anderen (die mogelijk ook naar alternatieven kijken); ook zou voor een scherper inzicht een onderscheid moeten worden gemaakt tussen 'externe' belangstellenden en 'interne' belangstellenden (mensen die reeds zorg ontvangen van de zorgaanbieder maar uitzien naar een andere plek). In zijn algemeenheid zijn daarmee ook kanttekeningen te plaatsen bij de informatieve waarde van wachtlijstgegevens als indicatoren voor de regionale behoeften aan zorg, wonen en combinaties daarvan.

2.2 Het regionale BW-aanbod in context

De regio afgezet tegen landelijke referentiegegevens

Afgezet tegen landelijke cijfers beschikt de regio Nijmegen en Rivierenland over relatief veel BW-plaatsen. Anno 2015 telde Nederland per 100.000 inwoners naar schatting 100 tot 110 plaatsen voor beschermd wonen (Trimbos-instituut, 2016b)⁸. Voor de regio Nijmegen en Rivierenland komt het totale aantal door de instellingen opgegeven plaatsen neer op circa 145 plaatsen per 100.000 inwoners. Ontwikkelingen uit het verleden, met een mogelijk relatief grote aanwas van cliënten van buiten de regio, kunnen een rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van het relatief grote aantal plaatsen in de regio.

Wat betreft de woonvormen (groepswoningen, zelfstandige of geclusterde individuele woningen) volgt de regio grosso modo de landelijke trend (met een aandeel van groepswoningen in het aantal BW-plekken van 58% regionaal versus tussen de 60 en 65%

⁸ Het Trimbos-instituut monitort niet het aantal plaatsen maar de productie in verblijfdagen. Daarbij telt het 365 verblijfdagen als 1 plaats. Op basis van een extrapolatie van de gegevens van de deelnemers aan de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (waaronder het merendeel van de RIBW's en de geïntegreerde GGZ-instellingen in Nederland) komt de schatting voor de totale landelijke capaciteit op 16.700. Het aantal feitelijk beschikbare plaatsen zal (gegeven een niet volledige bezetting) iets hoger liggen.

landelijk; Trimbos-instituut, 2016b). Ook de uitstroom/doorstroom ligt met circa 20% dicht in de buurt van het landelijk gemiddelde (de RIBW Alliantie kwam in zijn laatste brancherapport uit op een landelijk percentage van 16; RIBW Alliantie, 2013). Regionale cijfers over de verblijfsduur zijn zoals gezegd niet voorhanden. Landelijke cijfers kunnen in dat verband een indicatief beeld geven. Die laten zien dat *op peildatum* circa een derde van BW-cliënten in Nederland meer dan vier jaar in een BW-voorziening woont (Trimbos-instituut, 2015). Landelijke cijfers komen ook met het regionale beeld overeen als het gaat om het relatief zeer grote aandeel van jongvolwassenen onder de BW-clientèle en BW-geïndiceerde mensen. Het landelijk aandeel van mensen van 18-23 jaar onder de landelijke BW-clientèle is ruim een kwart (RIBW Alliantie, 2013).

Het BW-aanbod tegen de achtergrond van het regionale zorglandschap

Beschermd wonen is geen geïsoleerde, volledig opzichzelfstaande voorziening. Het maakt onderdeel uit van en is ingebed in een veel breder zorglandschap voor mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid in de regio. De gewenste/benodigde toekomstige vormgeving en capaciteit van het BW is mede afhankelijk van die inbedding in dat bredere regionale zorglandschap. We zetten daarom, ter afsluiting van dit hoofdstuk, enkele kerngegevens over dat bredere zorgspectrum op een rij. Daarbij gaat het niet om heel exacte data maar om een indicatief beeld, op basis van een combinatie van aanvullende regionale bronnen en extrapolaties van gegevens uit landelijke bronnen.

Zo laten landelijke bronnen zien dat momenteel op enig moment circa 17.000-18.000 personen in een BW-voorziening verblijven. De totale populatie van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid is echter veel groter. Gaan we uit van de schattingen over de omvang van de 'EPA-populatie' (mensen met 'ernstige psychische aandoeningen'), dan komt dat aantal uit op 250.000 tot 300.000 (Delespaul e.a., 2013). Geëxtrapoleerd naar de regio Nijmegen en Rivierenland en rekening houdend met factoren als urbanisatiegraad (minder EPA in rurale gebieden) komt dat grofweg neer op 6.500 tot 7.000 mensen. Wanneer we de criteria verbreden en ook mensen met een minder ernstige psychische of een psychosociale kwetsbaarheid includeren, gaat het aantal vermoedelijk richting de 10.000.

Landelijke schattingen geven ook aan dat circa drie kwart van de EPA-populatie bij de GGZ in zorg is. Dat zou voor de regio neerkomen op circa 5.000 tot 6.000 personen. Ter vergelijking: de zogeheten 'vignettenstudie' van KPMG komt voor de regio uit op een totaal van circa 3.000 mensen met EPA in zorg (KPMG Plexus, 2016; zie ook bijlage 2). In de vignettenstudie gaat het echter uitsluitend om mensen in de leeftijdscategorie van 18-65 jaar en om cliënten van Pro Persona en de RIBW Nijmegen & Rivierenland. Extrapolerend naar alle leeftijdsgroepen en alle zorgaanbieders komt het aantal EPA-cliënten dat in zorg is bij de GGZ voor de regio vermoedelijk dicht in de buurt van de eerder genoemde 5.000 personen.

Een deel van EPA-cliënten ontvangt 'reguliere' ambulante GGZ, een deel is in zorg bij gespecialiseerde teams zoals de FACT-teams of de voorzieningen voor begeleid zelfstandig wonen. Op basis van extrapolatie van landelijk cijfers en regionale bronnen kan het aantal FACT-cliënten in de regio geschat worden op circa 1.500 tot 1.700 en het aantal cliënten die begeleid zelfstandig wonen op circa 1.200 (Trimbos-instituut, 2016; RIBW Alliantie, 2013; RIBW Nijmegen & Rivierenland, Directieverslag 2015).

In het bovenstaande zagen we al dat circa 750 cliënten in de regio Nijmegen in een BW-voorziening verblijven. Daarnaast is een klein deel aangewezen op een klinische verblijfsvoorziening. Afgaande op een recente rapportage van Pro Persona, in samenwerking met de RIBW Nijmegen & Rivierenland gaat het om circa 120 cliënten. Tabel 2.4 geeft een samenvattend overzicht.

Tabel 2.4 De regionale zorg aan mensen met een psychische kwetsbaarheid; (schattingen van) cliëntenaantallen.

	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	Ca. 1.500
Cliënten van BZW	Ca. 1.200
Cliënten in BW	Ca. 750
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	Ca. 120

De tabel maakt nog eens aanschouwelijk dat het beschermd wonen in termen van de omvang van de clientèle een relatief bescheiden plaats inneemt in het zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid c.q. mensen met een EPA; het grootste deel van deze doelgroep ontvangt ambulante zorg (in merendeel overigens vanuit de Zorgverzekeringswet). Daarbij zal het in de praktijk om vlottende populaties gaan, waarbij een deel van de ambulante cliënten op enig moment voor een periode in het BW terechtkomt en veel BW-bewoners na uitstroom ambulante zorg (blijven) ontvangen.

Landelijke cijfers laten ook zien dat, niettegenstaande het relatief kleine aandeel van intramurale voorzieningen en het beschermd wonen in termen van aantallen cliënten, het aandeel van deze voorzieningen in de besteding van de GGZ-middelen (Zvw, Wlz en Wmo) aanzienlijk groter is, namelijk rond de 60%. Binnen het Wmo-domein gaat het om circa 80%.

3 Trends en toekomstverwachtingen

3.1 'Dannenberg'

"Er vindt een verschuiving in het denken plaats waarbij de vraag 'wat moet je allemaal kunnen en leren om zelfstandig te wonen?' steeds meer wordt vervangen door de vraag: 'wat is er nodig om zelfstandig te wonen?'"

Deze uitspraak, afkomstig van een van de geïnterviewden in de regio, vat wellicht nog het meest kernachtig de toekomstvisie op het beschermd wonen samen zoals die ook wordt verwoord in het advies van de commissie Toekomst beschermd wonen ('Dannenberg'). In dit advies vormt 'zelfstandig wonen in de wijk' (al dan niet met begeleiding) het uitgangspunt en wordt het 'oude' BW-concept van geïntegreerde woonzorgarrangementen nog slechts ingezet voor een kleine groep mensen of voor een relatief korte periode (Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015).

Een schriftelijke uitvraag en een serie interviews met vertegenwoordigers van de zorgaanbieders in de regio laten zien dat de betrokkenen de visie van 'Dannenberg' in hoofdlijnen onderschrijven. Wel wordt aandacht gevraagd voor de randvoorwaarden voor het realiseren van deze visie en voor een aantal specifieke aandachts- en knelpunten in de weg daarnaartoe.

In de volgende paragraaf bespreken we deze visies van de vertegenwoordigers van de regionale aanbieders op de toekomst van het BW. In paragraaf 3.3 plaatsen we die visies in de context van de bredere, landelijke beweging naar de sociale inclusie voor mensen met een psychische kwetsbaarheid.

3.2 Toekomstvisies regionale stakeholders

In hoofdstuk 1 werd al gesignaleerd dat het BW in Nederland geleidelijk aan het ontwikkelen is van het traditionele, relatief eenvormige, geïntegreerde woonzorgconcept (veelal bestaande uit groepswoningen) naar een diverser palet van (uiteenlopende combinaties van) woonvormen, huur/bekostigingsvormen en zorgvormen. Vooralsnog heeft daarbij vooral een beweging plaatsgevonden van groepswoonvormen naar individuele woonvormen (veelal 'geclusterd'). De meeste respondenten onderschrijven die beweging en verwachten dat die doorzet. Daarbij signaleren de respondenten ook dat een deel van de cliënten (maar niet alle) de combinatie van een individuele woning en de nabijheid van de zorg appreciëren.

Maar veel respondenten verwachten ook dat het bekostigingsconcept van de geïntegreerde woonzorgarrangementen (de afgelopen 10 jaar nog sterk gegroeid) steeds minder aan de orde zal zijn. Mensen zullen weer vaker zelf gaan huren; ook waar mensen in de nabijheid van de zorgvoorziening willen wonen ('geclusterd' of 'gespikkeld') of een intensieve zorgbehoefte hebben.

Die zorg en de zorgintensiteit, zo is de hoop en verwachting, zal ook steeds minder gekoppeld zijn aan een specifieke 'woonvoorziening' maar in de eigen omgeving flexibel

op- en afgeschaald kunnen worden al naar gelang de behoeften van de cliënt. Daarmee worden woonwensen en zorgbehoeften van mensen steeds meer onafhankelijk van elkaar geadresseerd. Wonen en zorg worden 'gescheiden'.

Waar geïntegreerde woonzorgarrangementen nog wel aan de orde zijn, zal dat naar verwachting van de respondenten enerzijds langdurige arrangementen betreffen voor een kleine groep van zeer zorgbehoevende mensen en anderzijds kortdurende 'overbruggingsarrangementen' voor mensen met een tijdelijk intensievere ondersteuningsvraag die (nog) niet over een eigen woning beschikken. Ook binnen deze geïntegreerde woonzorgarrangementen zal de ontwikkeling van groepswoningen naar individuele woningen (al dan niet in de nabijheid van de zorgvoorziening) doorzetten. Voor de kortdurende trajecten kan de constructie van 'omklapwoningen', waarbij een geïntegreerd woonzorgcontract wordt omgezet in een eigen huurcontract (al dan niet met de zorgaanbieder als tijdelijke tussenpersoon tussen huurder en woningcorporatie) dienstbaar zijn. (Een enkele respondent signaleert dat de 'omklapwoning' voor de aanbieder zelf een succesvolle vastgoedoplossing kan zijn.)

Een en ander betekent de facto een aanzienlijke 'ontmanteling' van het oude BW-concept. Maar daaraan zijn volgens de respondenten wel voorwaarden verbonden. (Waar een enkele respondent sceptisch is over bovenstaande ontwikkelingen, betreft die scepsis niet zozeer de doelstelling ervan, maar wel de mate waarin die voorwaarden gerealiseerd zullen (kunnen) worden.) Die voorwaarden hebben niet alleen betrekking op het faciliteren van de uitstroom uit het BW maar vooral op het inperken van de instroom van nieuwe cliënten en op de inzet van nieuwe, gedifferentieerdere oplossingen 'aan de voorkant' voor enerzijds de woonbehoeften en woonwensen en anderzijds de zorgbehoeften van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid. We zetten de belangrijkste door de respondenten gesignaleerde voorwaarden op een rij.

Voorwaarden

Beschikbare en betaalbare woningen

Een eerste voorwaarde voor het tegemoetkomen aan de individuele woonwensen van mensen met een psychische kwetsbaarheid ('zittende' BW-cliënten én niet-BW-cliënten) is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van betaalbare (een- of tweepersoons)woningen. Daar is momenteel in de regio een groot tekort aan. Instroom in het BW komt mogelijk, naast de zorgbehoefte, mede voort uit deze tekorten. Aandacht vanuit woningbeleid is daarmee een belangrijke voorwaarde.⁹

Toewijzingsbeleid

Een belangrijke voorwaarde is volgens veel respondenten ook de medewerking van woningcorporaties. Niet alleen bij het realiseren van voldoende betaalbare woningen, maar ook in de vorm van toewijzingsbeleid. Voor mensen ('zittende' BW-cliënten én niet BW-cliënten) die het liefst zelfstandig wonen maar wel dicht bij de zorgvoorziening (of inloopvoorziening), zouden woningcorporaties een voorrangbeleid kunnen hanteren bij de

⁹ In de Quick Scan Wonen – uitgevoerd onder de lidinstellingen 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 een- en tweekamerwoningen – 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).

toewijzing van woningen in de directe nabijheid van die voorziening aan desbetreffende cliënten. Omgekeerd zou de afspraak kunnen zijn dat in een pand met een in pandige zorgvoorziening, waar cliënten 'geclusterd' wonen, de woningcorporatie de woning aan andere woningzoekenden verhuurt, wanneer zich daarvoor op dat moment geen gegadigde door de zorgvoorziening wordt aangedragen. Overigens zijn de oordelen van respondenten gemengd over de veelvoorkomende (en volgens sommige respondenten aan populariteit winnende) constructie waarbij de zorgaanbieder als 'tussenhuurder' optreedt. Waar sommige respondenten dit een acceptabele tijdelijke oplossing vinden, wijzen andere op het meerwerk en de oneigenlijke risico's die een en ander opleveren voor de aanbieder.

Financiën

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; recente versoberingen in de sociale zekerheid voor deze groep hebben daar nog verder toe bijgedragen, zo wordt signaleerd. Dat belemmert nog eens extra de toegang tot een toch al krappe woningmarkt. Hierboven zagen we al dat een relatief groot deel van BW-populatie bestaat uit jongvolwassenen. De suggestie dringt zich op dat het BW daarmee ten dele ook een maatschappelijk probleem oplost. Omgekeerd draagt de situatie ertoe bij dat BW-bewoners die zelfstandig willen wonen (of voor wie de aanbieder de woning wil 'omklappen'), tegen financiële barrières aanlopen.

Ambulante zorg

Een (gedeeltelijke) ontmanteling van het traditionele BW moet niet resulteren in een ontmanteling van de zorgcapaciteit. Op individueel niveau kunnen zorgbehoeften fluctueren en dus ook afnemen. Maar op 'bevolkingsniveau' zal die behoefte aan zorg vooralsnog ten minste stabiel blijven, zo verwachten de respondenten (sommigen signaleren juist een trend van verzwaring van de problematiek). Een keuze voor andere woonoplossingen voor betrokkenen doet daar niets aan af. Met betrekking tot de zorgcapaciteit is het van belang dat deze op peil blijft¹⁰ maar vooral flexibeler inzetbaar wordt, gemakkelijker op- en afgeschaald kan worden en kan worden geboden in nauwe samenwerking met andere zorgvoorzieningen, zoals de FACT-teams, sociale wijkteams en het sociale netwerk van cliënten. Meer aandacht is nodig voor enerzijds hulp bij de psychische problematiek en anderzijds ondersteuning bij participatie, scholing en werk ('integrale zorg'). Een van de respondenten wijst er op dat 'overheveling' van cliënten naar het wijkteam een te magere aanpak is, ook gegeven de vooralsnog zeer beperkte capaciteit van deze teams. Een beweging naar meer zelfstandigheid, eigen regie et cetera van mensen met een psychische kwetsbaarheid vraagt juist om investeringen in goede, integrale, flexibele en continue zorg.¹¹

'Inclusieve samenleving'

In zijn algemeenheid wijzen enkele respondenten erop dat een 'inclusieve samenleving' die mensen met een psychische kwetsbaarheid de gelegenheid biedt daarin een volwaardige plek in te nemen, niet vanzelf ontstaat. Op een veel breder vlak vergt dat ontwikkelingswerk, onder andere vanuit welzijnsvoorzieningen, maar ook vanuit onderwijs, de arbeidssector et cetera. Belangrijk daarbij is ook om meer aandacht te besteden aan de

¹⁰ Kanttekening daarbij is dat op de langere termijn, met de geleidelijke invoering van een objectief verdeelmodel, budgetten van de gemeente Nijmegen mogelijk zullen afnemen.

¹¹ Enkele respondenten wijzen ook op de wenselijkheid van alternatieve oplossingen zoals logeerbedden voor de opvang in crisissituaties.

voorkant en het tegengaan van die sociale exclusiemechanismen, die eraan bijdragen dat mensen stagneren en vastlopen in hun psychische, sociale en maatschappelijk ontwikkeling.

Regelgeving

Respondenten wijzen er ook op dat wet- en regelgeving soms haaks staat op de wens van meedoen, inclusie en meer zelfstandigheid. Als voorbeelden worden genoemd de verplichte sancties en de kostendelersnorm in de Participatiewet, de verhuurdersheffing en de huurtoeslaggrens. Voor de toekomst hoopt men op meer flexibiliteit in regelgeving om individueel maatwerk eenvoudiger mogelijk te maken. Respondenten pleiten ook voor afschaffing/versoepeling van de regels die gemeenten (tegen het landelijke Wmo-beleid in) hanteren met betrekking tot regiobinding; die belemmeren de doorstroom van cliënten naar de door hen gewenste woonplek en woonvorm.

In het algemeen, zo concluderen we, onderschrijven de respondenten de visie van 'Dannenberg' en de ontwikkeling waarbij woonwensen en ondersteuningsbehoeften van mensen zo veel mogelijk onafhankelijk van elkaar en op individuele maat worden geadresseerd. Maar dat vraagt ook om expliciete aandacht voor een aantal essentiële voorwaarden, aldus de respondenten.¹²

Speciale aandacht vraagt een aantal respondenten ten slotte voor de groep cliënten met de zwaarste zorgbehoeften. Eerder signaleerden we al dat sommige respondenten melding maken van een toename van cliënten met een intensieve of complexe zorgvraag. Zo signaleren enkele respondenten een toename van mensen met LVB-problematiek in combinatie met verslaving en psychiatrie. Ook het ouder worden van cliënten leidt bij een deel van hen tot een intensievere zorgbehoefte en tot een grotere somatische hulpvraag. Daarnaast wordt gewezen op de toestroom van mensen uit klinische verblijfsplaatsen als gevolg van de afbouw van de klinische zorg. Daarbij is overigens de kanttekening te maken dat uitstroom uit het verblijf op zich niet nieuw is (ook de verblijfsvoorzieningen kennen een permanente doorstroom en uitstroom) en dat de afname van het aantal plaatsen vermoedelijk zeer bescheiden is (bij 30% afbouw zou het voor de regio om circa 40 plaatsen gaan) in verhouding tot de huidige regionale BW-capaciteit van 750 plaatsen.

Een en ander doet niets af aan het feit dat het volgens een aantal van de respondenten van belang is om ook te blijven investeren in de zorg voor cliënten die op intensieve zorg zijn aangewezen (waarvan een aantal langdurig). Enkele respondenten bepleiten een *high care*-aanbod waar zowel behandelend/verzorgend als begeleidend personeel aanwezig is. Sommige respondenten pleiten met het oog op de door hen verwachte toename van cliënten met zware/complexe problematiek voor grotere woonvormen met groepswonen en met intensievere hulpverlening. Andere wijzen er op dat de complexe problematiek juist aanleiding is om ook voor deze groep minder op groepswonen in te zetten en meer op individuele woonvormen met intensieve begeleiding: *high care*-producten, gecombineerd

¹² Dat is ook de impliciete boodschap van de recente onderzoeksnotitie van Pro Persona en RIBW Nijmegen & Rivierenland over de 'verblijfsbehoefte' van de huidige BW- en verblijfscliënten. De auteurs signaleren op basis van intern onderzoek dat een aanzienlijk deel van deze cliënten op middellange termijn naar zelfstandiger woonvormen kan doorstromen, sommige met behoud van intensieve begeleiding, sommige met minder begeleiding en meer op afstand van de zorgvoorziening. Maar ook wijzen ze op een aantal van de bovengenoemde voorwaarden. Daarnaast signaleren de auteurs dat met een analyse van de toekomstige woon- en zorgbehoeften van de huidige verblijfs- en BW-clianten nog geen uitspraak wordt gedaan over aard en omvang van de woonwensen en zorgbehoeften van de nieuwe aanwas en toekomstige generaties van mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid (Pro Persona en RIBW Nijmegen & Rivierenland, 2017).

met (geclusterde) zelfstandige huisvesting (door desbetreffende respondenten ook wel 'volledig pakket thuis 2.0' genoemd).

3.3 Een regionale agenda voor sociale inclusie

De voorwaarden die de respondenten in de vorige paragraaf stelden aan gewenste ontwikkelingen met betrekking tot het beschermd wonen, pleiten de facto voor een inbedding van die ontwikkeling in een (veel) bredere agenda voor de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daarin zou enerzijds aandacht moeten zijn voor maatschappelijke factoren (op verschillende maatschappelijke terreinen faciliteren van inclusie dan wel tegengaan van exclusie) en anderzijds voor de organisatie van de zorg, ook voor mensen met de zwaarste zorgbehoeften. De toekomst van het BW kan niet los gezien worden van het bredere beleid rond de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid in de regio, zo luidt de conclusie.

Een analyse van het regiobrede inclusiebeleid maakte geen onderdeel uit van het onderzoek. Wel willen we ter afronding van dit hoofdstuk en anticiperend op de toekomstscenario's in het volgende hoofdstuk, kort stilstaan bij wat, afgaande op de landelijke ontwikkelingen, wordt beschouwd als de essentiële ingrediënten en speerpunten van een dergelijk beleid en een dergelijke agenda. Daarvoor grijpen we terug op een recentelijk door het Trimbos-instituut ontwikkeld 'handvat' voor een regionale samenwerkingsagenda voor 'sociale inclusie en verbindende zorg' van mensen met een psychische kwetsbaarheid (Trimbos-instituut, 2016a). Nadrukkelijk vermelden we daarbij dat de agenda niet alleen is geadresseerd aan GGZ-aanbieders en gemeenten. Met name zorgverzekeraars maar ook andere maatschappelijke organisaties hebben een belangrijke rol in die regionale samenwerkingsagenda.

Perspectiefwisseling

Het handvat is gebaseerd op twee uitgangspunten. Het eerste is de vaststelling dat, hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, de kwaliteit van leven van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid (waaronder BW-cliënten maar ook de veel grotere groep van mensen die ambulante zorg ontvangen) in doorsnee fors achterblijft bij die van de algemene bevolking. De participatiegraad is laag, een grote meerderheid geeft aan te kampen te hebben met eenzaamheid, de helft geeft de eigen kwaliteit van leven een rapportcijfer van een 6 of lager en bijna de helft geeft aan het gevoel te hebben niet mee te tellen in de maatschappij. Maar onderzoek laat ook zien dat velen hun hoop en ambities niet opgeven. Een grote meerderheid zou graag een socialer en actiever leven willen leiden. Veel mensen met een psychische kwetsbaarheid willen vooral ook 'gelijke kansen' en erkenning. Een groot deel van de niet-werkenden wil werken. Vooral onder de jongere generaties zijn de hoop en ambities om sociaal en maatschappelijk actief te kunnen zijn onverminderd groot (Trimbos-instituut, 2016b).

Een tweede uitgangspunt van het handvat sluit aan bij de recente Nederlandse ratificatie van het VN-Verdrag voor de rechten van mensen met een beperking (Rijksoverheid, 2016). Met die ratificatie wordt de positie van mensen met een (psychische) beperking in de samenleving feitelijk niet meer primair bepaald vanuit een zorgparadigma maar vanuit een mensenrechtenparadigma. Het VN-Verdrag onderstreept daarmee dat goede zorg alléén onvoldoende is om mensen in de gelegenheid te stellen een gezond, veilig, sociaal en

maatschappelijk leven te leiden. Het gaat ook om een 'recht op psychische kwetsbaarheid' in alle geledingen van de samenleving. Het impliceert een perspectiefwisseling waarbij niet zozeer vanuit de zorg (en het BW) naar mogelijkheden tot 'uitstroom' naar 'de samenleving' wordt gekeken, maar vanuit het streven naar een inkluderende (of nog beter: niet-excluderende) samenleving, naar wonen en zorg.

Speerpunten

Het handvat benoemt vijf speerpunten voor een regionale inclusieagenda:

- a. goed en betaalbaar wonen;
- b. organiseren van individuele, verbindende zorg;
- c. psychische hulp en behandeling;
- d. toegang tot en ondersteuning bij onderwijs, werk en inkomen;
- e. ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie'.

Goed en betaalbaar wonen

Veel mensen met een psychische kwetsbaarheid behoren tot een bredere populatie voor wie het moeilijk kan zijn om een woning te vinden die aan de eigen wensen, behoeften en financiële mogelijkheden tegemoetkomt. Om te zorgen dat ook mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zo veel mogelijk kunnen wonen conform de eigen wensen en behoeften zijn drie dingen nodig, zo wordt signaleerd:

1. het op grotere schaal beschikbaar en toegankelijk maken van betaalbare (vooral één- en tweepersoons-) woningen van goede kwaliteit;
2. het op grotere schaal beschikbaar maken van intensieve ondersteuning, ook voor mensen die in een eigen woning (willen) wonen;
3. het recht op goede, passende en betaalbare huisvesting moet zo min mogelijk afhankelijk zijn van het recht op zorg, ook als er sprake is van specifieke woonwensen of zorgwensen.

Het handvat sluit daarmee in belangrijke mate aan op de bevindingen in de vorige paragraaf.

Organiseren van individuele, verbindende zorg

Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid verkeren in een situatie waarin ze enerzijds slechts over beperkte sociale 'resources' beschikken (familie, vrienden, collega's) terwijl er anderzijds (en soms ook voor langere tijd) juist behoefte is aan extra ondersteuning; mentaal, maar ook sociaal, praktisch of maatschappelijk. Dan is men (mede) op professionele ondersteuning aangewezen.

De meeste mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid ontvangen momenteel hoofdzakelijk ondersteuning van naasten en van professionals vanuit de GGZ (andere voorzieningen zoals sociale wijkteams zijn nog veel minder betrokken). Ook deze GGZ-zorg is doorgaans echter relatief laag-intensief. Ook cliënten van bijvoorbeeld FACT, dat als *intensieve zorg* wordt aangemerkt, ontvangen gemiddeld niet meer dan één contact per week. Een groot deel van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid zou heel graag meer ondersteuning ontvangen.

Nodig is volgens het handvat met name een ondersteuningsstructuur die:

- a. er is wanneer dat nodig is (grote flexibiliteit in zorgintensiteit; continuïteit van zorg);
- b. bijdraagt aan de ontwikkeling van de 'social resources' (en daar onderdeel van en ondersteunend aan is);
- c. 'integraal' is (ondersteuningswensen passen vaak niet in 'hokjes'; persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand);
- d. perspectiefvol is.

Dat vraagt om meer capaciteit voor deze functies vanuit de zorg. Maar het vraagt ook om organisatievormen die het beter mogelijk maken dat cliënten, naasten en professionals vanuit de GGZ en vanuit andere zorg- en maatschappelijke voorzieningen elkaar kennen, elkaars omgeving kennen en gemakkelijk toegankelijk voor elkaar zijn. Beschikbare middelen en menskracht van onder andere de GGZ (Zvw én Wmo) zouden daartoe veel nadrukkelijker ingezet kunnen worden (en vanuit het brede scala aan 'op afstand werkende' specialistische deelvoorzieningen verplaatst kunnen worden naar) meer geïntegreerde (ambulante) voorzieningen op wijkniveau, aldus het handvat. Dat maakt het mogelijk om vanuit deze wijkvoorzieningen en vanuit de samenwerking met en rondom individuele cliënten in de wijk, natuurlijker en wederkeriger (samenwerkings)relaties te realiseren tussen mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, hun sociale netwerken (waaronder familie), de zorgprofessionals en de netwerken rond andere sociale en maatschappelijke voorzieningen en activiteiten in de wijk.

Psychische hulp en behandeling

Veel mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid hebben in hun leven te maken gehad met een zichzelf in stand houdende cyclus van negatieve ervaringen, (herhaalde) ervaringen van afwijzing, mislukking op school en op de arbeidsmarkt et cetera. Te weinig is er volgens velen in hun patiëntencarrière de gelegenheid geweest om stil te staan bij de vraag: "Wat is er met je gebeurd?" en "Wat *is* precies je kwetsbaarheid, wat *is* precies je weerbaarheid en je kracht?"

Al langer wordt dan ook gepleit voor veel meer (en veel tijdiger) psychische hulp voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Eigen betekenisgeving en verkenning, erkenning en het bespreekbaar maken van hetgeen mensen hebben meegemaakt en 'hoe zaken zijn gelopen', zijn belangrijk voor het persoonlijk herstel. Peer support kan daarin een belangrijke rol vervullen. Maar belangrijk is ook een adequaat aanbod van systematische psychologische en psychotherapeutische zorg en behandeling aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Dat aanbod is tot dusver juist voor mensen met ernstige aandoeningen beperkt (met veel voortijdig als 'uitbehandeld' aangemerkte cliënten tot gevolg). Specifieke aandacht voor trauma en traumabehandeling is in de reguliere hulpverlening tot dusver minimaal.

Het op veel grotere schaal beschikbaar komen van goede psychische hulp, met aandacht voor het omgaan met de kwetsbaarheid, voor het levensverhaal en het eigen 'herstelvermogen' van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid, is volgens het handvat dan ook een belangrijk onderdeel van een regionale agenda voor de sociale inclusie.

Toegang tot en ondersteuning bij werk en onderwijs

Betaald werk is voor velen de belangrijkste bron van inkomsten maar ook van sociale contacten, het gevoel ertoe te doen, status, zingeving, zelfvertrouwen. Werk speelt mede om die redenen een cruciale rol in het herstel van mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Velen zouden dan ook graag een betaalde baan willen, mits daarin ruimte is voor die kwetsbaarheid.¹³ Vooral onder jongere generaties is de wens om te werken groot. Nodig is daarom volgens het handvat:

1. het actiever mobiliseren van de bereidheid bij werkgevers om ook mensen in dienst te nemen die te kampen hebben met een psychische kwetsbaarheid;
2. het ontwikkelen en organiseren van ondersteuning op maat aan werkgever én werknemer (hoe kunnen werk en werkomstandigheden naar tevredenheid van zowel de werkgever als werknemer georganiseerd worden?);
3. het zo nodig voor langere tijd kunnen bieden van die ondersteuning, liefst zo veel mogelijk in samenhang (geïntegreerd) met eventuele ondersteuning op andere terreinen.

In de methodiek van Individual Placement and Support (IPS) wordt geprobeerd bovenstaande elementen samen te brengen (de implementatiegraad van IPS is echter nog erg laag).

Ook onderwijs speelt een belangrijke rol. Psychische kwetsbaarheid wordt vaak in de adolescentie manifest. Dat is dan ook een cruciale periode voor de mate waarin de balans al dan niet (voor een langere tijd) naar de negatieve kant doorslaat en verweven raakt met processen van sociale uitsluiting. De mogelijkheid om, met die kwetsbaarheid en op eigen wijze en in eigen tempo, onderwijs te kunnen blijven volgen, is daarom van groot belang. Dat vraagt om flexibiliteit en individueel maatwerk vanuit het reguliere onderwijs zelf en om de beschikbaarheid van individuele ondersteuning bij het volgen van onderwijs en bij wat daarbij komt kijken.¹⁴

Ontmoeting, uitwisseling en 'emancipatie'

Sociale inclusie als einddoel is niet goed denkbaar als niet ook in het proces zelf inclusie en emancipatie de uitgangspunten zijn. Initiatieven waarbij mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf in de lead zijn, spelen daarin een cruciale rol. Het faciliteren van initiatieven zoals zelfregiecentra en herstelacademies ('voor en door'-initiatieven) is volgens het handvat dan ook een belangrijk onderdeel van een regionale inclusieagenda.

Mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geven aan dat hun belangrijkste wens is: meer betekenisvolle sociale contacten. Meer in het algemeen kan de rode draad in een inclusieagenda eigenlijk ook maar één ding zijn: 'ontmoeting' – en de organisatie van de mogelijkheden daartoe. Ontmoeting en uitwisseling dragen bij aan wederzijdse betrokkenheid en leggen daarmee de basis voor de ontwikkeling van gezamenlijke activiteiten. Dat kan op alle mogelijke niveaus – in individuele netwerken, in de wijk, in de

¹³ 10 tot 20% van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid heeft een betaalde baan. Circa 40% doet vrijwilligerswerk.

¹⁴ Onderwijs kan daarnaast een belangrijke rol spelen in beeldvorming. Onderwijsinstellingen kunnen bijdragen aan het voorkómen van stigmatisering en uitsluiting door (psychische) kwetsbaarheid in al zijn diversiteit bespreekbaar te maken en door het te 'normaliseren'.

regio – en in alle mogelijke samenstellingen: mensen met een psychische kwetsbaarheid onderling, maar ook ‘kwetsbaren’ en ‘minder-kwetsbaren’, GGZ-cliënten en medewerkers van de GGZ en allerlei maatschappelijke organisaties et cetera. Ontmoeting, uitwisseling en direct contact (terugkeer van ‘de menselijke maat’) zijn ook de middelen bij uitstek om de bodem van het ‘niet-kennen’ onder vooroordelen en stigma’s vandaan te halen, aldus het handvat.

Ontwikkeling en implementatie van een regionaal beleid voor sociale inclusie

Sociale inclusie is niet alleen een zaak van gemeenten of van gemeentelijk gefinancierde zorgaanbieders. In het handvat wordt gesignaleerd dat een samenhangend en effectief regionaal beleid gericht op de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid om betrokkenheid en mede-eigenaarschap van veel actoren vraagt, waaronder regionale organisaties van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf maar bijvoorbeeld ook de zorgverzekeraars en de Zvw-gefinancierde zorgaanbieders. Gespreide verantwoordelijkheid brengt tegelijk het risico met zich mee van een te grote vrijblijvendheid. Cruciaal zijn daarom een gezamenlijke regionale aansturing en regie vanuit de belangrijkste stakeholders. In navolging van het landelijke ‘*Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen*’ (Couwenbergh, Van Weeghel, 2014), wordt in het handvat gepleit voor een regionale regiegroep, waarin ten minste de gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en organisaties van mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf participeren.¹⁵

Vanuit een dergelijke regiegroep kan vorm worden gegeven aan de cocreatie en implementatie van een gezamenlijke (bestuurlijke) visie en richting, zowel in programmatische, voorwaardenscheppende als mobiliserende zin (de hierboven genoemde speerpunten kunnen als leidraad dienen). Specifiek waar het gaat om het creëren van een infrastructuur van ‘verbindende zorg’ kan de regiegroep een belangrijke rol vervullen in de beantwoording van de volgende twee centrale vragen voor de vormgeving van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid:

1. In welke mate willen de samenwerkingspartners in gezamenlijkheid inzetten op (verdere) uitbreiding en intensivering van de ambulante zorg (vanuit Wmo en Zvw) voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de regio (en welke consequenties heeft dat voor de overheveling van middelen vanuit intramurale en semimurale zorg)?
2. In welke mate wil men inzetten op een geïntegreerde, domeinoverstijgende organisatie van die zorg en op het faciliteren van een inbedding van die zorg in een bredere wijkinfrastructuur op het gebied van gezondheid, welzijn en participatie?

Bij wijze van referentiekader worden in het handvat, op geleide van de bovenstaande twee vragen en in volgorde van een oplopend ambitieniveau, twee tentatieve toekomstscenario’s geschetst voor de vormgeving van het toekomstige zorglandschap voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. In het volgende, afsluitende, hoofdstuk gebruiken we deze scenario’s als achtergrond voor een (kwantitatieve) doorlichting van de potentiële toekomst van het BW in de regio.

¹⁵ In verschillende regio’s is inmiddels, veelal onder de noemer van ‘Taskforce EPA’, een dergelijke regiegroep ingesteld.

4 Scenario's toekomstig zorg- en BW-landschap

4.1 Inleiding

De sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid vraagt om een inzet vanuit veel partijen en sectoren: de woningcorporaties, de arbeidssector, welzijn, onderwijs, mensen met een psychische kwetsbaarheid zelf, hun naasten, gemeenten, zorgverzekeraars et cetera. Het vraagt ook, met name van de zorgaanbieders en zorgfinanciers (gemeenten en zorgverzekeraars), om de ontwikkeling van een infrastructuur voor 'verbindende zorg', dicht bij de mensen en hun naasten zelf. "De zorg moet onderdeel worden van de gemeenschap rond de individuele zorgvrager en zijn omgeving", zo vat de commissie Dannenberg dit streven samen. In het vorige hoofdstuk werd daarbij aangegeven dat het met name gaat om een ondersteuningsstructuur die:

- a. er is wanneer dat nodig is (grote flexibiliteit in zorgintensiteit; continuïteit van zorg);
- b. bijdraagt aan de ontwikkeling van de 'social resources' (en daar onderdeel van en ondersteunend aan is);
- c. 'integraal' is (ondersteuningswensen passen vaak niet in 'hokjes'; persoonlijk en maatschappelijk herstel gaan hand in hand);
- d. perspectiefvol is.

In het vorig jaar verschenen *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ* werd signaleerd dat dit in de eerste plaats vraagt om een aanzienlijke uitbreiding van de ambulante zorg aan mensen met een psychische kwetsbaarheid (Trimbos-instituut, 2016b). Momenteel wordt in Nederland circa 60% van de totale GGZ-uitgaven (Zvw, Wlz en Wmo) besteed aan zorg in een intramurale of BW-setting. De ambulante zorg aan mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid neemt niet meer dan 15% van de totale GGZ-uitgaven voor zijn rekening. In het advies wordt gepleit voor een verdergaande overheveling van middelen en capaciteit vanuit de intramurale en woonzorgsettings naar ambulante voorzieningen voor deze doelgroep.

Het streven naar een infrastructuur voor 'verbindende zorg' plaatst partijen daarnaast voor aanzienlijke uitdagingen met betrekking tot de *organisatie* van de zorg. De inzet daarbij is om te komen tot een zorglandschap dat minder versnipperd is over diverse aanbieders en over een reeks van meer of minder specialistische voorzieningen 'op opstand'; en dat meer geïntegreerd is, dicht bij de cliënt, en als onderdeel van een bredere infrastructuur voor zorg, welzijn en participatie 'in de wijk'.

De wijze waarop in de toekomst tegemoet wordt gekomen aan woonwensen en zorgbehoeften – en daarmee de toekomst van het BW – kan niet los gezien worden van deze bredere ontwikkelingen rond het zorglandschap voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. In het eerder genoemde *Advies streefcijfers* en in het in het vorige hoofdstuk aangehaalde *Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda* worden die ontwikkelingen nader verkend in twee scenario's voor de vormgeving van het toekomstige zorglandschap voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. In de volgende paragraaf lichten we de beide scenario's kort toe. In paragraaf 4.3 maken we tegen de achtergrond van deze scenario's een (kwantitatieve) doorlichting van de potentiële toekomst van het BW in de regio.

4.2 Toekomstscenario's regionaal zorglandschap

4.2.1 Scenario intensivering ambulante opbouw

In het scenario *intensivering ambulante opbouw* nemen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders in samenspraak met cliëntenorganisaties in de regio Nijmegen en Rivierenland het huidige ambulante voorzieningenaanbod voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid als uitgangspunt, waarbij ze afspreken dat ambulante aanbod substantieel en over de volle breedte van Zvw- en Wmo-gefinancierde voorzieningen op te schalen. Leidraad daarbij is dat a) de 'state of the art'-voorzieningen voor deze populatie aan de eigen standaarden moeten kunnen voldoen (waaronder die voor de zorgintensiteit) en b) deze voorzieningen voor een groter deel van deze populatie bereikbaar worden.

Concreet spreken de partijen af om te komen tot een forse opschaling van de (zo nodig intensieve) ambulante begeleiding, voorzieningen voor ontmoeting, uitwisseling en activiteiten, maar ook van FACT.¹⁶ Die opschaling moet resulteren in een groter bereik van betreffende voorzieningen, maar ook in een lagere caseload en daarmee meer mogelijkheden voor (tijdelijke of langduriger) intensieve ambulante zorg (en voorkoming van opnamen). Geïnvesteed wordt ook in uitbreiding van de kennis en capaciteit van de verschillende teams, met name op het gebied van psychologische deskundigheid, arbeidsdeskundigheid en ervaringsdeskundigheid. Ook wordt ingezet op de verdere ontwikkeling en opschaling van voorzieningen zoals de VIP-teams (Vroege Interventie Psychose) en IHT (Intensive Home Treatment).¹⁷ Dat draagt bij aan een verdere preventie en bekorting van opnamen. Daarnaast spreken de zorgverzekeraars en gemeenten af om gezamenlijk de middelen te reserveren voor de ondersteuning van (de ontwikkeling van) cliëntgestuurde voorzieningen, herstelacademies et cetera.¹⁸

De verschillende ambulante voorzieningen blijven in dit scenario elk werken vanuit hun eigen locaties, voor de eigen werkgebieden en clientèle en met eigen financieringsstromen (vanuit enerzijds Zvw en anderzijds Wmo). Waar clientèle overlapt (of cliënten van meer voorzieningen gebruikmaken), vindt de afstemming rondom de betreffende cliënten plaats tussen de betrokken voorzieningen. Dit geldt ook voor de samenwerking met huisartsen, POH-GGZ en wijkteams in de regio (en eventuele deelname vanuit BZW of FACT in de wijkteams).

Om deze uitbreiding van de ambulante zorg mogelijk te maken spreken gemeenten en zorgverzekeraars af, in samenspraak met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties, dat zij beiden over een gegeven periode 25 tot 30% van de huidige budgetten voor de intramurale voorzieningen (kortdurende opname en klinisch verblijf) en voor de geïntegreerde woonzorgvoorzieningen overhevelen naar bovengenoemde voorzieningen voor ambulante zorg.¹⁹

¹⁶ In het 'Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda' wordt voor dit scenario ingezet op 4 FACT-teams (elke met een capaciteit van 15 fte) per 100.000 inwoners (nu gemiddeld 2 per 100.000).

¹⁷ In het Handvat wordt gesproken van één IHT-team van 12 fte per 100.000 inwoners en één VIP-teams van 10 fte per 150.000 inwoners.

¹⁸ In het Handvat wordt in dit scenario ingezet op een reservering ter grootte van 15 fte (ervaringsdeskundige menskracht) per 100.000 inwoners.

¹⁹ Afbouw van betreffende voorzieningen impliceert dan ook nadrukkelijk niet een afbouw van de aan deze voorzieningen verbonden zorgcapaciteit.

4.2.2 Scenario geïntegreerde GGZ in de wijk

In dit tweede scenario kiezen zorgverzekeraars, gemeenten, zorgaanbieders en cliëntenorganisaties in de regio Nijmegen/Rivierenland gezamenlijk voor a. een nog verdere opschaling van de ambulante zorg voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid en b. 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 etc.), elk met (voor een deel) eigen financiers, eigen locaties en eigen werkgebieden. In plaats daarvan worden die zorgfuncties en zorgvormen (zoals nu nog geboden onder noemers van ambulante begeleiding, FACT, IHT, VIP etc.) maximaal gebundeld en geïntegreerd binnen één, door zorgverzekeraars en gemeenten gezamenlijk gefinancierde voorziening en wordt die voorziening georganiseerd vanuit één locatie op wijkniveau. Concreet zetten de partijen in dit scenario in op een 24x7 uur toegankelijke ambulante wijkinfrastructuur (GGZ-wijkcentrum) met een gemiddelde capaciteit van 40 fte op een gemiddelde wijkomvang van 20.000 inwoners²⁰.

De inzet van deze ambulante wijkinfrastructuur is om één van de belangrijkste belemmeringen voor een samenhangende en verbindende zorg en ondersteuning zoveel mogelijk weg te nemen: de fysieke en institutionele afstanden tussen zorgverleners onderling en tussen zorgverleners en cliënten. Met het minimaliseren van die afstanden wordt ingezet op maximale onderlinge toegankelijkheid, onderlinge betrokkenheid en de betrokkenheid bij mensen met een psychische kwetsbaarheid in de wijk, hun sociale netwerken (waaronder familie) en netwerken van andere voorzieningen in de wijk (sociale wijkteams, andere voorzieningen in het sociale domein, huisartsen, voorzieningen op het gebied van participatie).

De wijkcentra 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-wijkcentra, in samenwerking met andere voorzieningen in de wijk, ook een signalerende en preventieve functie.

De wijk-GGZ biedt niet alleen zorg (van crisishulp tot woonbegeleiding en arbeidsrehabilitatie). Belangrijke functies zijn ook het faciliteren van ontmoeting, peer support, netwerkontwikkeling in de wijk, uitwisseling, contacten met huisartsen, participatievoorzieningen, wijkagent et cetera. De wijk-GGZ participeert ook maximaal in de sociale wijkteams. Daarnaast faciliteert de wijk-GGZ, ook voor mensen met een minder ernstige kwetsbaarheid, de ontwikkeling van onderlinge steunnetwerken, ook om de afhankelijkheid van professionele zorg terug te dringen. In dit scenario kiezen de partijen daarbij expliciet een groeimodel voor wat betreft zijn sociale en emancipatoire wijkfunctie. Vanuit dat groeimodel is het streven om, met de beschikbare capaciteit, onder andere toe

²⁰ Geëxtrapoleerd naar landelijke cijfers betekent dit dat circa de helft van het totale GGZ-budget (Zvw, Wlz en Wmo) wordt ingezet in een geïntegreerde GGZ in de wijk.

te werken naar het fors vergroten van het aandeel ervaringsdeskundigen in het medewerkersbestand en het faciliteren van de ontwikkeling van cliëntgestuurde initiatieven.

Om deze 'geïntegreerde GGZ in de wijk' mogelijk te maken spreken gemeenten en zorgverzekeraars, in samenspraak met zorgaanbieders en cliëntenorganisaties, af dat zij over een gegeven periode circa de helft van de huidige budgetten voor de intramurale voorzieningen (kortdurende opname en klinisch verblijf) en voor de geïntegreerde woonzorgvoorzieningen overhevelen naar deze geïntegreerde ambulante zorginfrastructuur in de wijk.

4.3 Wonen en woonzorgcombinaties in het toekomstige zorglandschap

De bovenstaande scenario's geven slechts een grove schets van de mogelijke vormgeving van het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid. Ze laten vooral zien dat het bij die vormgeving in essentie gaat om het maken van gezamenlijke *maatschappelijke* en *zorginhoudelijke* keuzen. Ze laten ook zien dat de bandbreedten voor die keuzen groot zijn. Dat maakt gezamenlijk optrekken van regionale partijen en financiers des te belangrijker.

Daarbij worden in het eerste scenario in die zin 'haalbaarder' keuzen gemaakt waarbij het vooral gaat om het 'gelijk' optrekken bij de opbouw van de ambulante zorg en niet per se om ingrijpende reorganisaties over de grenzen van de verschillende bestaande voorzieningen en financieringskaders heen. Het tweede scenario – geïnspireerd op de toekomstvisie zoals die wordt verbreid onder de noemer van De Nieuwe GGZ – vraagt niet alleen meer in termen van herallocatie van middelen maar, binnen de huidige financieringsstructuren, ook in termen van samenwerking tussen financiers en van de organisatie van de zorg. Daarmee is het tweede scenario overigens nog geen onhaalbaar 'vergezicht': op verschillende plaatsen in Nederland zijn momenteel proeftuinen (proefwijken) in voorbereiding rond dit concept van een geïntegreerde GGZ in de wijk.

De scenario's zijn geen blauwdrukken; allerlei (tussen)varianten zijn 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.

Wonen en woonzorgcombinaties: toekomstperspectieven in cijfers

Ook voor de toekomstige vormgeving en kwantitatieve ontwikkeling van het beschermd wonen in de regio Nijmegen is geen blauwdruk te geven. Die ontwikkeling is mede afhankelijk van en maakt onderdeel uit van bredere ontwikkelingen in de zorg en de samenleving. Wel kan, op geleide van de bevindingen in het vorige hoofdstuk en geïnspireerd op bovenstaande scenario's (maar daar niet noodzakelijkerwijs een-op-een mee samenvallend) een tentatief beeld worden gegeven van die toekomst. In deze afsluitende paragraaf en in het bijzonder in de tabellen 4.1, 4.2 en 4.3 doen we daartoe een poging. Daarbij nemen we tabel 2.4 in hoofdstuk 2, waarin het actuele BW in de context werd geplaatst van het bredere zorglandschap in de regio, als uitgangspunt.

Uitgangssituatie

Tabel 4.1. Huidige zorg- en BW-landschap

	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	± 750
<i>Waarvan:</i>	
Zelfstandige, individuele woonvoorziening	± 60
Geclusterde, individuele woonvoorziening	± 255
Groepswoonvoorziening	± 435
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 120

Tabel 4.1 zet de uitgangssituatie in de regio nog eens op een rij, met circa 750 plaatsen voor geïntegreerd bekostigde woonzorgplaatsen, waarvan het merendeel groepswoonvormen maar ook een aanzienlijk deel geclusterde of zelfstandige, individuele woonvormen. Daarnaast geeft de tabel nog eens overzicht (schattingen op basis van diverse bronnen) van (de zorg) voor de totale populatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid dan wel mensen met een ernstige psychische aandoening in de regio. Daarbij neemt de ambulante begeleiding (BZW) naar schatting 1.200 cliënten voor zijn rekening en FACT naar schatting 1.500 cliënten. Waar BZW en FACT gerekend worden tot de (potentieel) intensievere zorgvormen, laat de tabel ook zien dat het grootste deel van de populatie op de doorgaans minder intensieve reguliere zorg is aangewezen of geen zorg vanuit de GGZ ontvangt.

Perspectief korte/middellange termijn

Tabel 4.2. Wonen en woonzorgcombinaties – Perspectief korte/middellange termijn

	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	± 500
<i>Waarvan:</i>	
Cliënten in geclusterde, individuele woonvoorziening	± 200
Cliënten in groepswoonvoorziening	± 300
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 90

In tabel 4.2 – perspectief voor de middellange termijn – is het aantal plaatsen voor geïntegreerde woonzorgpakketten (integrale bekostiging van wonen en zorg) teruggebracht van 750 tot circa 500 plaatsen. Tegelijk heeft een verschuiving plaatsgevonden van groepswoningen naar geclusterde woningen. Daarbij worden geclusterde woonvormen (en voor een klein deel ook groepswoningen) niet meer alleen in de vorm van geïntegreerde woonzorgpakketten aangeboden, maar ook 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 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'. In tabel 4.2 is die ambulante zorg opgeschaald zowel in de vorm van BZW+ als in de vorm van FACT+. Daarmee kunnen meer mensen, waaronder mensen die zelf hun woning huren in geclusterde woonvoorzieningen, maar ook volledig zelfstandige wonenden, intensievere ambulante zorg ontvangen (in die fasen waarin dat nodig is). Ten slotte zijn in tabel 4.2 minder cliënten aangewezen op het klinisch verblijf. De intensivering van de ambulante zorg en de bewegingen die dat met zich meebrengt in woon- en zorgvormen, scheppen daarvoor de ruimte.

Perspectief lange termijn

Tabel 4.3. Wonen en woonzorgcombinaties – Perspectief lange termijn

	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	± 300
<i>Waarvan:</i>	
Cliënten in geclusterde, individuele woonvoorziening	± 150
Cliënten in groepswoonvoorziening	± 150
Cliënten in klinische verblijfsvoorziening	± 60

In tabel 4.3 – perspectief voor de lange termijn – is het aantal plaatsen voor geïntegreerde woonzorgpakketten (integrale bekostiging van wonen en zorg) verder teruggebracht tot circa 300 plaatsen. 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.

In tabel 4.3 is de ambulante zorg verder opgeschaald én geïntegreerd in de vorm van een geïntegreerde GGZ in de wijk, waarbij het 'GGZ-wijkcentrum' een integrale gebiedsverantwoordelijkheid heeft voor de (eveneens integrale) zorg en ondersteuning aan alle wijkinwoners met een psychische kwetsbaarheid dan wel ernstige psychische aandoening. De geïntegreerde GGZ in de wijk creëert ook de ruimte om het aantal mensen verder terug te brengen dat is aangewezen op een klinische verblijfsvoorziening.

Bovenstaande tabellen geven een 'overgeschematiseerd' overzicht van de potentiële toekomstige vormgeving van het BW en van de toekomstige (combinaties van) wonen en zorg. De werkelijkheid zal gedifferentieerder zijn. Zo is denkbaar dat wat onder de noemer 'geclusterde woonvormen' wordt geschaard in werkelijkheid een meer 'gespikkeld' karakter krijgt (cliënten en niet-cliënten in eenzelfde pand of een (variabel) cluster van woningen in de directe nabijheid van de zorgvoorziening). Ook waar in bovenstaande wordt aangegeven dat cliënten zelf de woning huren, zullen in werkelijkheid, afhankelijk van het beleid van de woningcorporaties, ook tussenconstructies blijven bestaan (de zorgaanbieder als borgsteller).

Een belangrijke toevoeging bij bovenstaande overzichten is verder dat categorieën als zorgintensiteit en zorgduur daarin niet zijn meegenomen. Een belangrijke reden daarvoor is dat zorgintensiteit en zorgduur in de toekomstperspectieven zo veel mogelijk losgekoppeld worden van woonvormen en al dan niet geïntegreerde bekostigingsvormen. Intensieve zorg kan ook worden geboden aan mensen die zelf de woning huren (al dan niet in een geclusterde woning of, indien betrokkenen dat wensen, in een groepswoning). En geïntegreerde woonzorgcombinaties zijn ook niet noodzakelijkerwijs de standaardoplossing als sprake is van langdurige (intensieve) zorgafhankelijkheid (eerder lijkt het aangewezen om ze te reserveren voor relatief kortdurende, intensieve (leer)trajecten).

Kern van bovenstaande perspectieven is dat in de toekomst, onafhankelijk van elkaar:

- a. woonvormen worden bepaald door woonwensen;
- b. zorgintensiteit en zorgduur worden bepaald door zorgbehoeften;
- c. en de keuze voor een geïntegreerd bekostigd woonzorgpakket zoveel mogelijk beperkt blijft tot die situaties waarin dat om organisatorisch-financiële redenen voor zowel zorgaanbieder als cliënt de beste – bij voorkeur tijdelijke – oplossing is.

4.4 Tot slot

Met bovenstaande scenario's en perspectieven worden het potentiële toekomstige zorglandschap en de ontwikkeling en vernieuwing van het BW daarin, verkend voor de regio Nijmegen en Rivierenland als geheel. We tekenen daarbij aan dat de situaties en omstandigheden binnen de regio, en met name tussen de stedelijke en meer rurale gebieden, aanzienlijk verschillen. In een volgende fase van het beleidstraject kan een meer gedifferentieerde uitwerking per deelregio daarom zinvol zijn. Daarbij is het goed om rekening te houden met verschillen in prevalentiecijfers van ernstige psychische aandoeningen/kwetsbaarheid tussen de verschillende deelregio's (met name tussen stad en platteland). In het eerdergenoemde *Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda* wordt een methodiek aangereikt om, aan de hand van een aantal regio- en wijkenmerken, een onderbouwde schatting te maken van de prevalentiecijfers per (deel)regio of wijk.

De in dit hoofdstuk beschreven scenario's en 'doorlichtingen' van het toekomstige aanbod voor wonen en zorg in de regio zijn, als gezegd, geen blauwdrukken. Ze zijn bedoeld als hulpmiddelen voor de samenwerkingspartners in de regio om verder met elkaar in gesprek te gaan, met elkaar gezamenlijk vervolgstappen te zetten en tot gezamenlijke keuzen en een breed gedragen beleid te komen. Daarbij is het in dit afsluitende hoofdstuk hoofdzakelijk gegaan over de bijdrage aan de sociale inclusie van mensen met een

psychische kwetsbaarheid vanuit de *zorg* en vanuit de aanbieders van *wonen en zorg*. We benadrukken nogmaals dat inspanningen vanuit de zorg alléén niet voldoende zijn: voldoende betaalbare woningen, toegang tot welzijnsvoorzieningen, onderwijs en werk et cetera zijn van minstens even groot belang. Een effectieve bijdrage vanuit de zorg vraagt om een zorgbeleid dat onderdeel is van een breder regionaal beleid voor de sociale inclusie van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Bijlage 1 Deelnemende instellingen en geïnterviewden

De data-uitvraag bij onderstaande instellingen had alleen betrekking op de voorzieningen voor Beschermd Wonen die behoren tot het verzorgingsgebied van de regio Nijmegen en Rivierenland.

Organisatie	Naam
RIBW Nijmegen en Rivierenland	Marc van Lee
	Ronald Caminada
IrisZorg	Ingrid Hendriks
Pluryn	Daan Nordemann
Woonzorgnet	Laurens de Goeij
Leger des Heils	Monique Netten
Yulius	Jurriën van Run
Eleos	Christiaan Kapaan
Driestroom	Ronald Jansen
Jados	Camiel Margry
Rigtergroep	Camille Parisius

Bijlage 2 Vignettenstudie

De vignettenmethodiek brengt aan de hand van de zorgdeclaraties van alle verzekerden in Nederland het GGZ-gebruik van 'mensen (18+) met een ernstige psychische aandoening' (EPA) in kaart. Daarbij wordt iedere verzekerde met een ernstige psychische kwetsbaarheid die GGZ ontvangt, op basis van diens zorggebruik ingedeeld in één van negen verschillende vignetten. Indien een cliënt na uitvoering van de selectiecriteria in meerdere vignetten kan worden ingedeeld, geldt het zwaarste vignet (zie bijlage 1). De lichtste variant is vignet 1: 'ambulante dbc licht'. De zwaarste variant is vignet 8: 'opname in een instelling die verblijf met behandeling biedt' (ggz-b). Vignet 0 betreft de categorie bemoeizorg, zorg aan mensen die door de omgeving of instanties als 'zorgwekkende zorgmijder' worden gezien. De zorg voor mensen met de hoogste vignetten is per persoon het duurste. Ook de bemoeizorg (vignet 0), kent relatief hoge kosten per persoon.

Met behulp van de vignettenmethodiek is door KPMG Plexus (2016) een beeld geschetst van het aantal volwassen GGZ-gebruikers met een ernstige psychische kwetsbaarheid in de regio Nijmegen en Rivierenland en van de soort zorg die betrokkenen ontvangen. Het betreft gegevens uit 2014 van cliënten van Pro Persona en RIBW Nijmegen & Rivierenland. Omdat zij in de regio de grootste zorgaanbieders voor EPA-cliënten zijn, geeft dit een goed eerste inzicht in de populatie binnen de regio. Tabel 1 laat zien dat 387 mensen een 'beschermd wonen' vignet (licht/zwaar) hadden, dit behelst 13% van de totale EPA-populatie.

Tabel 1. Soort zorg voor mensen met EPA (18+), RIBW Nijmegen & Rivierenland en Pro Persona, 2014

Vignet, omschrijving	Aantal mensen met EPA	
	Totaal	%
0, Bemoeizorg	17	0,6
1, Ambulante dbc licht	29	1,0
2, Ambulante begeleiding licht	256	8,7
3, Ambulant matig	932	31,7
4, Ambulant zwaar	824	28,0
5, Klinische opname <1 jaar	357	12,1
6, Beschermd wonen licht	121	4,1
7, Beschermd wonen zwaar	266	9,0
8, Klinische opname >1 jaar (ZZP-B)	142	4,8
Totaal	2944	100

Toelichting op de vignettenmethodiek

In de vignettenstudie heeft elke deelnemende organisatie eerst de 'eigen' EPA-populatie in kaart gebracht. Deze populaties zijn afgebakend op basis van drie criteria:

1. Cliënt was in zorg op 1 oktober 2014. Het cliëntenbestand van begin oktober moet een goede doorsnede geven, omdat dit buiten de zomerperiode valt.

2. Woonlocatie van de cliënt valt binnen de regio Nijmegen. Het verzorgingsgebied is hiermee gedefinieerd als de gemeenten: Nijmegen, Neder-Betuwe, West Maas en Waal, Druten, Beuningen, Wijchen, Millingen aan de Rijn, Ubbergen, Heumen, Groesbeek, Mook en Middelaar, Gennep, Culemborg, Buren, Geldermalsen, Tiel en Neerijnen.

3. Cliënt voldoet aan de definitie EPA:

- er is sprake van een psychiatrische stoornis die zorg en/of behandeling noodzakelijk maakt (niet in symptomatische remissie);
- die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet in functionele remissie);
- waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van de psychiatrische stoornis;
- niet van voorbijgaande aard is (structureel dan wel langdurig, ten minste enkele jaren);
- waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het behandelplan te realiseren.

Deze inhoudelijke definitie is als volgt praktisch geoperationaliseerd op basis van zorgbehoefte en -gebruik, om EPA-cliënten in de systemen van de organisaties te kunnen herkennen:

- de cliënt heeft een GGZ-DBC Schizofrenie ontstaan op de peildatum 1 oktober 2014 en/of
- de cliënt heeft voor elk van de jaren 2012 en 2013 een DBC met openingsdatum in dat jaar en een GGZ-DBC of GB-GGZ product Chronisch ontstaan op de peildatum 1 oktober 2014
— Exclusief: korte GGZ-DBC's, diagnostiek, indirecte tijd en GGZ-DBC's Alcohol en Andere verslavingen en/of
- de cliënt heeft een CIZ-indicatie voor ZZP-C2 of hoger of een ZZP-B4 of hoger op de peildatum 1 oktober 2014 en/of
- de cliënt heeft een CIZ-indicatie voor ambulante AWBZ-zorg hoger dan klasse 1 op de peildatum 1 oktober 2014 (met psychiatrische grondslag) en
- de cliënt is op 1 januari 2014 minstens 18 jaar.

Vignet	Criterium
5	DBC met verblijfscode en minimaal 1 verblijfsdag
0	DBC met zorgtype 'bemoeizorg'
8	ZZP-GGZ B2 of hoger
7	- ZZP-GGZ-C5 of -C6 - ZZP-GGZ-C2, -C3 of -C4 + DBC
6	ZZP-GGZ-C2, -C3 of -C4 + geen DBC of GBGGZ-Zorgproduct
2	Ambulante zorg klasse 2 (0-4 uur) + geen DBC of GB-GGZ-Zorgproduct
3	- Ambulante zorg klasse 2 (2-3,9 uur) + DBC met minimaal 800 minuten - Ambulante zorg klasse 3 (4-6,9 uur) + geen DBC of DBC tot 1.800 minuten of GB-GGZ Zorgproduct - DBC tot 1.800 minuten
4	Ambulante zorg klasse 4, 5, 6 of 7 (meer dan 7 uur) DBC met minimaal 1.800 minuten
1	GB-GGZ-Zorgproduct

Bron: KPMG Plexus, 2016.

Bronnen

Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

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

Federatie Opvang (2016). *Een (T)Huis voor iedereen. Uitkomsten Quick Scan Wonen*. Amersfoort: Federatie Opvang.

Gemeente Nijmegen (2016). *Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp 2016*. Nijmegen: Gemeente Nijmegen.

KPMG Plexus (2016). EPA vignettenstudie Nijmegen. Concept eindrapportage. April 2016.

Ministerie van VWS (2016). *Opvang en beschermd wonen. Kamerbrief met kenmerk 981000-151990-DMO*. Den Haag: Ministerie van VWS.

Movisie (2013). *Sociaal werk en ggz: samen sterker voor een gezonde buurt*. Utrecht: Movisie.

Pro Persona/RIBW Nijmegen & Rivierenland (2017). *Resultaten onderzoek "Anticiperen op verschuiving in verblijfsbehoefte GGZ"*. Nijmegen: Pro Persona/RIBW Nijmegen & Rivierenland.

RIBW Alliantie (2013). *Brancherapport RIBW Alliantie 2012. Resultaten en trends*. Amersfoort: RIBW Alliantie.

RIBW Alliantie (2014). *Brancherapport RIBW Alliantie 2013. Resultaten en trends*. Amersfoort: RIBW Alliantie.

Rijksoverheid (2016). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/rechten-van-mensen-met-een-handicap/positie-mensen-met-een-beperking-verbeteren-vn-verdrag-handicap>

Trimbos-instituut (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2016*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2016a). *Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg. Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Trimbos-instituut (2016b). *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vektis (2016). *EPA-vignettenstudie. Overzicht EPA-patiënten per gemeente, ingedeeld naar zorggebruik. Toelichting op het onderzoek*. Zeist: Vektis.

VNG (2015). *Handreiking Beleidsplan Opvang en bescherming. Deel III – Checklist*. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

