

Groei instroom individuele begeleiding SDD in beeld

Fase 1 Analyse stand van zaken



Groei instroom individuele begeleiding SDD in beeld

Fase 1 Analyse stand van zaken

Colofon

Projectleiding
Ankie Lempens

Redactie
Aafje Knispel
Ankie Lempens
Hans Kroon

Productiebegeleiding
Freeke Perdok

Omslagontwerp
Canon Nederland N.V.

Beeld
stock.adobe.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.

Externe versie

ISBN

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1859**

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

© 2021, 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.

Inhoud

Samenvatting en aanbevelingen	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Vraagstelling	9
1.3 Aanpak	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Onderzoekskader	11
3 Resultaten Deskresearch	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Landelijk beleid en stelselontwikkelingen	13
3.3 Ontwikkelingen in het volume en de uitgaven aan IB	17
3.4 Ontwikkelingen in IB-producten en het profiel van de cliënten	21
3.5 Verhouding tot andere Wmo-maatwerkproducten	23
3.6 Landelijk beeld	24
3.7 Ontwikkelingen in andere domeinen	25
4 Referentiegemeenten	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Ontwikkelingen IB bij referentiegemeenten	29
4.3 Ontwikkelingen in profiel en verklaringen volgens de referentiegemeenten	30
4.4 Beleid/ sturing bij referentiegemeenten	31
4.5 Sturing en informatiepositie	32
5 Zorgaanbieders	35
5.1 Inleiding	35
5.2 Ontwikkelingen bij de zorgaanbieders	35
5.3 SDD-beleid vergeleken met andere gemeenten	36
5.4 Afstemming van de zorg en zorgstapeling	36
5.5 Ontwikkelingen in het cliëntprofiel	37
5.6 Verklaringen zoals genoemd door de zorgaanbieders	38
5.7 Aanbevelingen vanuit de zorgaanbieders	41

6 Conclusies	43
6.1 Ontwikkelingen instroom en uitgaven aan IB	43
6.2 Welke ontwikkelingen doen zich voor in het profiel van de IB-cliënt?	44
6.3 Hoe verhoudt de groei van instroom zich tot het landelijke beeld en welke verschillen zijn er ten opzichte van andere gemeenten?	44
6.4 Welke verklaringen zijn er voor de toename aan instroom en de wijzigingen in het profiel?	44
6.5 Welke sturingsmogelijkheden zijn er?	47
6.6 Lijnen voor vervolgonderzoek	48
Literatuurlijst	55
Lijst van afkortingen	57
Bijlage I Omschrijving producten individuele begeleiding	59
Bijlage II Organisaties die deel hebben genomen aan de interviews	61

Samenvatting en aanbevelingen

De SDD heeft te maken met een sterke groei van de instroom in de individuele begeleiding en van de uitgaven aan deze maatwerkvoorziening. Zij liet daarom onderzoeken hoe deze ontwikkeling moet worden geduid en welke sturingsmogelijkheden er eventueel zijn. Om een eerste beeld te verkrijgen van de situatie is een beknopt onderzoek uitgevoerd, waarbij op de volgende manieren gegevens zijn verzameld: a) deskresearch van landelijke (beleids-) ontwikkelingen, eigen registratiegegevens, openbare cijfers en een analyse van Vektis-gegevens, b) interviews met de vier grootste zorgaanbieders en c) een rondgang langs een aantal referentiegemeenten.

Een belangrijke conclusie van het onderzoek is dat de groei van de instroom in de individuele begeleiding in grote lijnen past binnen de wenselijke ontwikkelingen ten gevolge van de hervorming van het zorglandschap. De toename van de toekenningen en uitgaven aan IB bij de SDD komt overeen met het landelijk beeld. Ook bij de andere gemeentelijke ondersteuningsproducten wordt deze groei gezien, al is de groei bij de IB wel het hoogst. Het profiel van de IB-cliënt lijkt te verschuiven: hoewel nog steeds een grote groep cliënten ondersteuning vanuit VG/GHZ-aanbieders ontvangt, neemt het aandeel van cliënten dat ondersteuning vanuit GGZ-aanbieders ontvangt het sterkst toe. Ook zien we dat het aandeel van jonge cliënten stijgt alsook het aantal oudere cliënten. De ondersteuning die wordt geboden, is bovendien steeds vaker 'zwaar'.

Hervorming van de zorg

De meest plausibele verklaring voor de groeiende instroom in de IB, in combinatie met de ontwikkelingen in het profiel, is gelegen in de landelijke hervorming van het zorglandschap, die erop is gericht dat mensen zoveel mogelijk en langer zelfstandig thuis blijven wonen, met lokale ondersteuning. De afbouw van de verpleeghuiszorg maakt dat meer ouderen thuis wonen met een pakketje ondersteuning vanuit de Wmo. Ook in de gehandicaptenzorg is een beweging naar meer zelfstandigheid zichtbaar. En gezien de groei van het aantal cliënten dat een beroep doet op IB vanuit een GGZ-aanbieder (inclusief autisme en psychosociale zorg) is het vooral de ambulantisering van de GGZ - afbouw van bedden in de klinieken, in het Beschermd Wonen en in de Maatschappelijke Opvang – die maakt dat meer mensen met een psychische kwetsbaarheid zich tot de gemeentelijke Wmo-maatwerkvoorziening richten. De uitgaven aan Beschermd Wonen zijn niettemin ook gestegen, maar deze stijging komt vooral voor rekening van de extramurale BW. Omdat de de-institutionalisering en afbouw van plaatsen sneller gaat dan de opbouw van de ambulante zorg (LMA 2019) en de samenwerking tussen Zvw-zorg en de ondersteuning vanuit het sociaal domein nog niet optimaal is, wordt er in grote mate een beroep gedaan op de IB. Dit past in de ontwikkeling van zorghervorming die in Nederland is ingezet. Dit is een landelijke ontwikkeling, die voor de SDD niet anders is.

Wachlijsten en achterblijvende ambulante opbouw

Wel zien we dat de SDD (zorgkantorregio Waardenland) net iets meer dan gemiddeld te maken heeft met wachlijsten (meer en langer dan landelijk) voor GGZ-behandelingen, meer

dan gemiddeld te maken heeft met beddenafbouw (afbouwpercentage is in lijn met landelijk beeld, maar uitgangspositie was ook iets hoger) en dat de opbouw van gespecialiseerde ambulante zorg in termen van intensieve ambulante DBC's in de SDD sterker achterblijft dan landelijk gemiddeld. De klinische afbouw van de GGZ en knelpunten rond de ambulante opbouw lijken dus net iets zwaarder te drukken op deze regio en dit kan van invloed zijn op de instroom in de IB.

De toegang

Er was tot voor kort geen financiële drempel voor individuele begeleiding (per 1 december 2020 is de eigen bijdrage opnieuw ingevoerd). Een deel van de geraadpleegde experts vanuit zorgaanbieders en referentiegemeenten meent dat er kwaliteitswinst te behalen valt in onder meer concrete indicatiestelling door de SDD. Zij stellen, evenals sommige beleidsmedewerkers van collega-gemeenten dat er bovendien kwaliteitswinst te behalen valt in meer concrete indicatiestelling door de SDD, waardoor trajecten doelgerichter kunnen worden ingestoken en met tussentijdse evaluatie sneller kunnen worden bijgesteld. Daarbij kunnen aanbieders dan (nog meer) worden geprikkeld uitstroom of afschaling richting laag intensieve(re) ondersteuning te realiseren waar dit passend is. Dit om de IB betaalbaar te houden enerzijds en anderzijds om mensen ook daadwerkelijk in staat te stellen een zo zelfstandig mogelijk leven te leiden.

Wijkteams

Verder geldt dat verdere opbouw van het voorliggend veld en versterken van de relatie tussen de SDD en de sociale wijkteams kan helpen om kwetsbare burgers sneller te ondersteunen en zo mogelijk maatwerkzorg te voorkomen, of cliënten sneller met een 'vinger-aan-de-pols' contact te laten uitstromen. In hoeverre dit binnen de SDD tussen gemeenten onderling verschilt, en of er hier inderdaad een inhaalslag te maken is, valt uit onderhavig onderzoek niet op te maken. Maar het spreekt voor zich dat versterking van outreachende zorg, vroegsignalering en preventie (met gerichte interventies) enerzijds en een goede samenwerking en afstemming met de ambulante gespecialiseerde zorg anderzijds in het voordeel zijn van een gezonde samenleving waarin iedereen naar vermogen kan meedoen, zoals de SDD dat nastreeft.

Sturing

De meeste impact op een efficiënte IB is gelegen in factoren van aanbod en van het beleid. Daar waar het landelijk beleid betreft, zijn de mogelijkheden voor lokale sturing beperkt. Maar lokale beleidsfactoren en factoren van (lokaal) aanbod hebben ook veel impact op de instroom en hier liggen wel sturingsmogelijkheden voor de SDD: onder andere in de afstemming met de sociale wijkteams, in de toegang en het proces van indicatiestelling en evaluatie en in afspraken tussen zorgaanbieders en de SDD. Het is verder raadzaam nader te kijken naar een drietal voorbeelden van sturing die naar voren kwamen uit de gemeentelijke raadpleging, waarbij 1) wordt ingezet op doelgroepgerichte versterking van preventie in het voorliggend veld om maatwerkvoorzieningen deels overbodig te maken, 2) wordt ingezet op intensieve maatwerk indicatiestelling bij complexe casussen en kwaliteitsmonitoring van de indicatiestelling en 3) wordt ingezet op het delen van data op basis van afspraken met zorgverzekeraars om samen de ontwikkelingen te kunnen monitoren.

Vragen

Om de juiste strategie voor de SDD te kunnen bepalen om de kwalitatief goede en betaalbare ondersteuning te kunnen behouden, ligt nog een aantal vragen open waarop antwoord moet worden verkregen. Antwoorden op deze vragen liggen deels aan cliëntzijde - in het zorggebruik en het profiel van de cliëntgroepen, in (het verschillend) lokaal beleid met betrekking tot de sociale wijkteams en de afstemming met de SDD, in afspraken met de zorgaanbieders en in de rol van consulenten en verwijzers. Nader onderzoek is nodig om de situatie, de mogelijkheden en de grenzen van deze sturingsopties nader te concretiseren. Een andere uitdaging ligt in het monitoren van informatie op basis waarvan de ontwikkelingen ten gevolge van beleidsmaatregelen kunnen worden gevolgd en waarop tijdig kan worden bijgestuurd. Deels is het aan de SDD om vanuit de eigen registraties deze monitoring in te richten, maar deels gelden daar de beperkingen van beperkte beschikbaarheid van gegevens over de zorgwetten heen waartegen alle gemeenten oplopen en die het lastig maken om het gesprek aan te gaan met het Rijk, zorgverzekeraars en zorgkantoren over samenwerking en verdeling van verantwoordelijkheden en middelen. Op dit gebied zijn ontwikkelingen gaande, zoals de ontwikkeling van de gemeentezorgspiegel en worden in diverse gemeenten lokaal afspraken over data-uitwisseling en samenwerking met zorgverzekeraars gemaakt. Vervolgonderzoek zou eruit kunnen bestaan deze mogelijkheden nader in beeld te brengen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De instroom in het Wmo maatwerkproduct individuele begeleiding neemt in de Drechtsteden gemeenten jaar na jaar toe. Deze stijging lijkt groter dan de toename die zich bij de andere ondersteuningsproducten voordoet. De Sociale Dienst Drechtsteden – die de Wmo voor de zeven Drechtsteden gemeenten uitvoert – heeft het Trimbos-instituut gevraagd deze ontwikkeling nader in beeld te brengen. Wat zijn de cijfers, hoe kan de ontwikkeling worden verklaard en welke duiding moet eraan worden gegeven? En in hoeverre is sturing aan de orde? Het project is gesplitst in 1) situatieschets en 2) verdiepingsfase. Deze rapportage doet verslag van de eerste fase.

1.2 Vraagstelling

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

Hoe moet de toename van de instroom in de Individuele Begeleiding (IB) die zich in de Drechtsteden voordoet – in relatie tot andere ondersteuningsproducten - worden begrepen? En welke sturingsmogelijkheden zijn er?

Doel van het onderzoek is de groei van de instroom in de individuele begeleiding (verder: IB) in kaart brengen en te duiden, waarbij volume (in termen van aantal cliënten¹ en uitgaven), ontwikkelingen in doelgroepen en ontwikkelingen in de vraag om ondersteuning centraal staan. Om hiermee inzicht te verkrijgen in de mate waarin deze ontwikkelingen al dan niet beïnvloedbaar zijn door gemeentelijk beleid. Met die informatie kunnen de Drechtstedengemeenten hun Wmo-beleid voor de toekomst gefundeerd nader vormgeven. De verkenning kan bovendien een basis bieden om de toekomstige ontwikkelingen in de ondersteuningsvraag onder het nieuwe beleid nog gericht te gaan monitoren om zo trends tijdig te kunnen signaleren en beleid zo nodig te kunnen bijstellen.

Onderliggend rapport beschrijft de opbrengst van fase 1: een schets van de situatie, achtergronden en verklaringen van de toename van de instroom in de individuele begeleiding op basis van de beschikbaar gestelde bronnen. Op basis van de bevindingen in deze fase wordt het vervolg van het onderzoek nader vormgegeven. Doel van deze eerste fase is het verkrijgen van een eerste beeld van de factoren die een rol spelen bij de groei van de instroom IB en daarmee aanwijzingen krijgen voor de mate van stuurbaarheid. Op basis van de bevindingen uit deze fase adviseren we hoe het vervolg van het onderzoek kan worden ingevuld om de onderzoeksvraag nader te kunnen beantwoorden.

1 Waar cliënt staat kan ook klant, persoon of mens gelezen worden.

1.3 Aanpak

Voor de situatieschets zijn de volgende onderzoeksmethoden toegepast:

- Deskresearch op basis van opvraag en bewerking van registratiegegevens van de SDD, openbare landelijke gegevens en een bewerking van Vektis-gegevens.
- Informatieronde langs enkele andere gemeenten.
- Interviews met vier grote zorgaanbieders.

1.4 Leeswijzer

We starten met een beknopte beschrijving van het onderzoekskader dat bij de situatieschets is gehanteerd om de verschillende factoren die van invloed zijn op zorgconsumptie te kunnen plaatsen. Dan volgt het resultaatendeel van het rapport, waarbij we eerst de bevindingen uit het deskresearch bespreken. Vervolgens komt de opbrengst van de rondgang onder referentiegemeenten aan bod en bespreken we de bevindingen uit de interviews met medewerkers vanuit vier zorgaanbieders. We sluiten af met conclusies en aanbevelingen voor fase 2.

2 Onderzoekskader

Bij het (al dan niet) gebruik maken van zorg spelen verschillende factoren een rol. Op *persoonsniveau* zijn de (ervaren) problematiek en de zelf ervaren behoefte aan zorg bepalend (Prins, 2010). Attitudes ten aanzien van zorggebruik kunnen zorggebruik versterken of juist afremmen, zoals bijvoorbeeld ideeën over de hulpverlening en stigma (Bakker & Pansier-Mast, 2011). Ook persoonsgebonden factoren op het gebied van leefstijl (Bijl, 1991) en sociaal-demografische kenmerken als leeftijd, geslacht, opleiding, inkomen, werksituatie, woonsituatie en urbanisatiegraad hebben een relatie met zorggebruik (Bakker & Pansier-Mast, 2011). Bijvoorbeeld: sommige psychische problemen komen vaker voor bij vrouwen (stemmingsstoornis en angststoornis) en anderen juist bij mannen (middenstoornis en aandachts- en gedragsstoornis) (Graaf, Have, & Dorsselaer, 2010), wat weer gerelateerd is aan zorggebruik. Ook mensen zonder partner, mensen die werkloos zijn en mensen met een laag inkomen hebben een grotere kans op zorggebruik in de GGZ (ten Have, Nuijen, & de Graaf, 2012). Praktische mogelijkheden spelen ook een rol bij zorggebruik, zoals weten waar hulp gezocht moet worden en financiële drempels en mogelijkheden (Bakker & Pansier-Mast, 2011) en de (on)mogelijkheden binnen het eigen netwerk tot bijvoorbeeld het geven van mantelzorg (Bijl, 1991).

Naast de factoren op *persoonsniveau* spelen ook factoren aan de *aanbodkant* een rol bij zorggebruik (Bijl, 1991). Zoals de verwijzers in het hulpzoekproces, de capaciteit van aanbieders (denk ook aan wachttijden) en de inhoudelijke mogelijkheden om de hulp te geven die iemand nodig heeft en zoekt.

Regionaal en landelijk spelen stelselontwikkelingen, hervormingen en (inhoudelijke) trends een rol zoals zo veel en zo lang mogelijk zorg krijgen in de eigen omgeving (en zo lang en zo veel mogelijk thuis wonen) en het scheiden van wonen en zorg. Ook factoren in de samenleving zoals stigmatisering van problematiek en de economische ontwikkelingen en sociaal-demografische ontwikkelingen (zoals vergrijzing) hebben impact.

Zorggebruik wordt uiteindelijk bepaald door een mix van persoons-, aanbod-, beleids- en samenlevingsfactoren. Sommige van deze factoren zijn vanzelfsprekend meer beïnvloedbaar dan andere. Voor deze studie is het vooral van belang om rekening te houden met de ontwikkelingen op de verschillende niveaus in de analyse van de veranderingen in het gebruik van IB.

3 Resultaten Deskresearch

3.1 Inleiding

In het deskresearch zijn landelijke gegevens over ontwikkelingen binnen het sociaal domein en aanpalende domeinen en de beschikbare registratiegegevens van de Drechtsteden (vanuit SDD/OcD) rondom het ondersteuningsgebruik bijeengebracht (waar nodig bewerkt) en geanalyseerd. Ook is een bewerking gedaan op Vektis-data². Bij de zorgregistratiegegevens betrekken we ook de ontwikkelingen die zich voordoen op de andere Wmo-producten (dagbesteding, huishoudelijke ondersteuning en beschermd wonen), en producten vanuit de Jeugdwet en de Zvw en Wlz. We baseren ons hierbij op openbare gegevens en op gegevens die vanuit eigen analyse en opvraag bij de SDD binnen de onderzoeksperiode beschikbaar waren.

In dit hoofdstuk bekijken we:

- De landelijke (beleids) context van de zorg waarbinnen de ontwikkelingen zich afspelen.
- Ontwikkelingen in het volume en de uitgaven aan IB.
- Ontwikkelingen in IB-producten en het profiel van de cliënten.
- Verhouding tot andere Wmo-maatwerkproducten.
- Landelijk beeld en de Drechtstedengemeenten onderling.
- Ontwikkelingen in andere domeinen (Zvw, Wlz, Jeugdwet), inclusief wachtlijsten (Zvw).

Ook bespreken we welke gegevens niet beschikbaar zijn en wat onbekend blijft.

3.2 Landelijk beleid en stelselontwikkelingen

De ontwikkelingen van de ondersteuning en begeleiding vanuit het sociaal domein staan niet op zich; zij spelen zich af binnen de landelijke stelselontwikkelingen van ambulantisering en hervorming van de langdurige zorg. In deze paragraaf wordt een overzicht van de belangrijkste landelijke ontwikkelingen en hervormingen gegeven.

Ambulantisering van de GGZ³

Nederland beschikte van oudsher over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit tot het jaar 2020 met een derde af te bouwen, met de capaciteit van

2 Deze data zijn verzameld voor de Landelijke Monitor Ambulantisering en voor dit onderzoek nader bewerkt, met toestemming van Vektis.

3 In de [Infosheet Ambulantisering van de GGZ: Uitkomsten van monitoronderzoek 2012-2019](#) van het Trimbos-instituut wordt het ambulantiserings- en hervormingsproces van de GGZ weergegeven. Voor deze paragraaf is tekst van deze infosheet gebruikt.

2008 als referentie. En om tegelijk de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uit te breiden en te verbeteren.

De ambulantisering van de GGZ is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg (behandeling, begeleiding en ondersteuning), in het bijzonder voor mensen met ernstiger psychische problemen. Dit moet ertoe leiden dat meer mensen meer (intensievere) en betere ambulante zorg ontvangen waardoor intramurale zorg minder vaak ingezet zal hoeven worden. Het uiteindelijke doel is te komen tot een GGZ die, in samenwerking met andere sectoren en met cliënten zelf, meer en beter bijdraagt aan de kwaliteit van leven en de sociale inclusie van mensen met (ernstige) psychische aandoeningen. Het ambulantiseringsproces is geen eenmalige actie van het sluiten van klinieken voor langdurig verblijf en de verhuizing van mensen vanuit langdurig verblijf naar een beschermde woonvoorziening of eigen woning. Het is een langduriger en breder proces. Langdurig, omdat het gericht is op het op- en uitbouwen van ambulante zorg dicht bij huis, om zo opnames te voorkomen en als een opname toch onvermijdelijk blijkt, deze kort en minder frequent kan zijn.

Tegelijk met het ambulantiseringsproces vonden er (in 2015) wijzigingen plaats in de financieringskaders van de GGZ:

- De AWBZ werd opgeheven. Mensen met een AWBZ-C pakket (beschermd wonen) gingen per 2015 over naar de Wmo 2015. Mensen met een AWBZ-B pakket (voortgezet verblijf met behandeling) gingen met overgangsrecht over naar de Wet langdurige zorg (Wlz).
- Waar de Zvw tot en met 2014 het financieringskader was voor het eerste opnamejaar, worden per 2015 de eerste drie opnamejaren gefinancierd vanuit de Zvw (met in het eerste opnamejaar een Zvw-DBC als product en in het tweede en derde opnamejaar een Zvw-ZZP). Indien de opname na drie jaar voortduurt, wordt de financiering voortgezet vanuit de Wlz.
- Ambulante begeleiding en ondersteuning die voorheen gefinancierd werd vanuit de AWBZ wordt per 2015 gefinancierd vanuit de Wmo 2015.
- De jeugd-GGZ valt per 2015 onder de Jeugdwet.
- Gemeenten hebben met deze wetswijzigingen meer verantwoordelijkheden gekregen voor de zorg voor mensen met psychische problemen en daarmee een grotere rol in het ambulantiseringsproces.

De uitkomsten van de Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ van het Trimbos-instituut (LMA) (Kroon et al., 2019) laten zien dat tussen 2008 en 2018 er ruim 6.000 klinische plaatsen zijn afgebouwd (afname van 30%), waarvan 60 procent klinische plaatsen voor het eerste opnamejaar betrof. Het aantal plaatsen in het beschermd wonen steeg per saldo tussen 2008 en 2018 doordat er tussen 2008 en 2012 een aanzienlijke stijging van het aantal beschermd wonen plaatsen was; tussen 2012 en 2018 daalde het aantal beschermd wonen plaatsen met 4%. Per 100.000 inwoners waren er in 2018 98 beschermd wonen plaatsen en 83 klinische GGZ plaatsen.

In de resultaten van de LMA is te zien dat dat de uitgaven aan klinische zorg tussen 2015 en 2018 niet evenredig meedalen met de afname van het aantal klinische GGZ-plaatsen (inclusief Wlz). Het betekent ook dat er wat betreft de uitgaven maar in geringe mate sprake is van substitutie van uitgaven aan klinische GGZ naar (intensieve) ambulante GGZ. De uitgaven

aan de ambulante GGZ stijgen wel, maar dit komt vooral door een stijging aan uitgaven aan de POH-GGZ en de generalistische basis GGZ.

Volgens de uitkomsten van de LMA maakten in 2014 naar schatting 20.000 mensen gebruik van (toen nog AWBZ-) gefinancierde individuele ambulante begeleiding en circa 12.000 mensen van ambulante groepsbegeleiding voor ondersteuning bij psychische problematiek. De resultaten van de LMA laten zien dat de Wmo-gefinancierde ambulante begeleiding en ondersteuning voor mensen met psychische problematiek tussen 2015 en 2018 per saldo relatief stabiel was (met soms een daling, dan weer een stijging), met tussen 2017 en 2018 een toename van het aantal cliënten met Wmo-gefinancierde begeleiding met 13 procent. Met daarbij de opmerking dat gelet op de doelstellingen van de ambulantisering van de GGZ ook juist de ondersteuning vanuit het sociale domein steeds belangrijker is geworden voor mensen met psychische klachten (vanuit de gedachte 'beter worden doe je thuis', noodzaak van mogelijkheden om contact te maken, het belang van inloopvoorzieningen, ondersteuning bij werk, dagbesteding etc. Zie ook Handvat voor een regionale samenwerkingsagenda). Vanuit die ontwikkeling zou het aantal mensen met begeleiding nog meer kunnen toenemen.

Hervorming langdurige zorg

In 2015 veranderden de kaders voor de langdurige zorg aanzienlijk. Mensen met een beperking (lichamelijke, zintuigelijke, psychische beperking en/of psychosociale problemen) krijgen vanaf 2015 zorg vanuit de Wlz, Wmo (2015) of de Zvw (wijkverpleging). De hervorming van de langdurige zorg (HLZ) had enerzijds als doel om de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg te versterken en anderzijds om mensen met een ondersteuningsbehoefte meer mogelijkheden te geven tot participatie, regie en zelfredzaamheid. Centraal staan de keukentafelgesprekken om af te stemmen wat mensen zelf en met hun eigen netwerk kunnen organiseren en waar professionele hulp voor nodig is (Kromhout, de Klerk, & Kornalijsnijper, 2018). Uit de evaluatie van het SCP in 2018 van de hervorming van de langdurige zorg over de periode 2015-2017 (Kromhout et al., 2018) blijkt een aantal zaken:

- Het Wmo-loket en/of de sociale wijkteams zijn redelijk goed bekend maar de weg naar daadwerkelijke ondersteuning is soms nog moeilijk. De bekendheid met mogelijkheden verschilt ook per groep: waar bij mensen met een lichamelijke beperking 70% bekend is met het Wmo-loket of het sociale wijkteam is dit bij mensen met een ernstige psychische beperking maar 40 procent.
- Ruim 1 op de 10 aanvragen van Wlz gefinancierde zorg krijgen geen toewijzing omdat ze niet aan de toelatingscriteria voldoen. Dit zijn onder meer vaker kwetsbare ouderen, jongeren met een (licht) verstandelijke beperking en mensen met psychische aandoeningen. Informatie over de Wlz is voor een groot deel van de mensen onduidelijk. Er is sprake van een gat tussen zorg en ondersteuning thuis en het aanbod van de Wlz-gefinancierde instellingen (gerelateerd aan de toegang tot de Wlz).
- Van de mensen die zich aanmelden voor maatschappelijke ondersteuning krijgen de meeste een maatwerkvoorziening. Het vragen van meer hulp aan het eigen netwerk werd aan een klein deel van de vragers geadviseerd. Omdat mensen bijvoorbeeld amper een sociaal netwerk hebben of de inschatting is dat de problematiek te complex is voor het eigen netwerk of algemene voorzieningen. Gesignaleerd wordt dat er sinds de HLZ meer lichtere voorzieningen worden gebruikt maar dat tegelijkertijd het gebruik van zwaardere voorzieningen niet beduidend afneemt. Er zijn signalen dat zich steeds meer mensen

met zwaardere problematiek en meer zorgbehoeften melden bij gemeenten. Maar het is ook voorstelbaar dat bepaalde mensen meer gebruik zijn gaan maken van algemene voorzieningen.

- Het zorggebruik bij de wijkverpleging neemt toe.
- Mensen met een beperking zijn langer zelfstandig gaan wonen, waarbij dit vooral opgaat voor ouderen (met een partner). Bij mensen die langer thuis wonen, neemt de complexiteit van de problematiek toe.
- De maatschappelijke participatie van mensen met een beperking blijft beperkt, de zelfredzaamheid lijkt iets toe te nemen maar eenzaamheid blijft een groot probleem.
- De samenwerking en coördinatie tussen professionals kan beter.
- De samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars kan beter.
- De cultuuromslag van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat' is met name bij Wlz-instellingen nog niet daar waar het moet zijn.

Inmiddels zijn we al weer een paar jaar verder sinds de evaluatie van het SCP en kan de situatie gewijzigd zijn. De resultaten van de evaluatie van de HLZ laten desalniettemin zien dat de complexiteit van de problematiek van mensen die zich tot gemeenten wenden voor ondersteuning toeneemt, onder andere in combinatie met langer zelfstandig blijven wonen. Daarbij wordt het indiceren van maatwerk vaak als nodig gezien en lijkt het meer inzetten van het eigen netwerk en het gebruiken van algemene voorzieningen minder mogelijkheden te bieden. Dit heeft impact op de ontwikkeling van individuele begeleiding, zowel voor wat betreft de doelgroepen en het volume als de complexiteit van de ondersteuning.

Dannenberg

Regionaal worden de adviezen van de commissie Toekomst beschermd wonen, ook bekend als de commissie Dannenberg (Commissie Toekomst beschermd wonen, 2015) geïmplementeerd om 'een beschermd thuis' als uitgangspunt (en als doel) te nemen in plaats van beschermd wonen, en daarmee wonen en zorg zo veel mogelijk te scheiden. Om dit te kunnen realiseren is langdurige begeleiding met flexibele intensiteit nodig. Dit is van invloed op de omvang van de individuele begeleiding, met de kanttekening dat soms de individuele woonbegeleiding voor een beschermd thuis als een specifiek product binnen het beschermd wonen wordt geregistreerd en niet als individuele begeleiding (IB).

Jeugdwet

Met de introductie van de Jeugdwet in 2015 valt de jeugdhulp inclusief de jeugd GGZ onder het gemeentelijke kader. Hiermee is er een scherper (financieel) onderscheid gekomen tussen hulp aan de mensen met de leeftijd 18- en 18+ (uitzonderingen voor het doorlopen van 18+ hulpverlening binnen de Jeugdwet buiten beschouwing latend). Indien na het 18^e jaar nog hulp nodig is bij participatie en zelfredzaamheid, dan moet de hulp gecontinueerd worden via de Wmo (Schulinck, 2015). Indien beschermd wonen nodig is, is dit mogelijk vanuit de Wmo. Voor behandeling is de Zvw het financieringskader. Impact van de invoering van de Jeugdwet op het volume van de Wmo is niet bekend. Het is voorstelbaar dat, omdat jongeren al in beeld zijn bij de gemeenten vanwege de Jeugdwet-gefinancierde zorg zij zo nodig sneller en beter verwezen kunnen worden naar de Wmo-gefinancierde ondersteuning. Maar gelet op signalen dat er ook binnen gemeenten schotten kunnen zijn, is dit niet zeker en zal dit van gemeente tot gemeente verschillen.

Wat valt op?

- In de landelijke ontwikkeling van de ambulantisering van de GGZ is het aantal klinische plaatsen volgens plan afgebouwd. De opbouw van intensieve ambulante zorg blijft echter achter bij de afbouw van bedden.
- Landelijk is er tussen 2017 en 2018 een toename van het aantal mensen met Wmo-gefinancierde begeleiding.
- De hervorming van de langdurige zorg gaat gepaard met het langer thuis wonen van mensen met een beperking, vooral van ouderen. De complexiteit van de problematiek van deze mensen neemt toe.
- Er is een gat in aanbod tussen zorg en ondersteuning thuis en het (intramurale) Wlz-gefinancierde aanbod.
- Gelet op de ontwikkeling naar beschermd thuis zijn er meer mogelijkheden nodig tot flexibele, intensieve begeleiding.

3.3 Ontwikkelingen in het volume en de uitgaven aan IB

De monitoring van de ontwikkelingen met betrekking tot individuele begeleiding (IB) in de Drechtsteden wordt gedaan door het contractmanagement SDD⁴. Conform de Service Level Agreement rapporteren aanbieders (dienstverleners) onder andere over de voortgang betreffende⁵ instroom, uitstroom, afschaling, opschaling en duur van de ondersteuning.

Aantal cliënten per (type) aanbieder

Gegevens van de SDD⁶ laten zien dat het aantal cliënten met IB tussen 2015 en 2019 fors is toegenomen, namelijk met 73 procent (van 1.572 cliënten in 2015 naar 2.720 cliënten in 2019⁷). Ook het aantal aanbieders van IB nam toe: waar er in 2015 38 organisaties waren met cliënten met IB, waren dit er in 2019 51.

4 Bijlage 8 Uitgewerkt voorstel Ind Beg 2016

5 Bijlage 3 SLA IB v 2018052

6 015, 2016 en 2019 IB.xlsx; Benchmark okt 19.xlsx

7 Op basis van het totaal aantal cliënten in 2015 en 2019, dus inclusief de organisaties die niet ingedeeld zijn in de 6 referentiegroepen.

De SDD heeft de aanbieders⁸ van individuele begeleiding kunnen indelen in zes referentiegroepen, gebaseerd op de voormalige AWBZ-grondslagen⁹ (Zie Tabel 1). Deze groepen kunnen als volgt omschreven worden:

1. Aanbieders gehandicaptenzorg¹⁰
2. Aanbieders GGZ
3. Aanbieders van ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid/ psychosociale problematiek
4. Aanbieders van autismezorg
5. Aanbieders van thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening
6. Aanbieders van ouderenzorg

Bij deze indeling moet de kanttekening worden gemaakt dat het onderscheid in problematiek niet altijd heel scherp is en dat aanbieders zich door de tijd heen op meerdere terreinen zijn gaan begeven. Bijvoorbeeld, wat is precies het onderscheid tussen psychosociale en psychische problematiek? Je zou kunnen stellen dat psychosociale problematiek zich afspeelt op het terrein van relaties, financiën (schulden), huisvesting en werk (Vriezen et al., 2007) en dat psychische problematiek aandoeningen betreft die volgens de DSM 5 gediagnosticeerd kunnen worden. Maar in de praktijk en wetenschap is dit onderscheid niet altijd te maken (en gaat de problematiek ook hand in hand). Ook zijn er organisaties die van oorsprong thuiszorg bieden maar naast begeleiding bij het fysieke functioneren (waaronder begeleiding bij dag- en nachtritme, voeding) ook meer begeleiding bij psychische klachten zijn gaan bieden. Kortom, de indeling geeft een zeker inzicht in de problematiek van de cliënten waarbij ondersteuning bij psychische problematiek door meer aanbieders wordt gedaan dan de aanbieders die tot de formele GGZ-aanbieders (ook volgens de indeling en het lidmaatschap van GGZ Nederland/ de Nederlandse GGZ) worden gerekend.

De cijfers (tabel 1) laten zien dat door de jaren heen cliënten van aanbieders van gehandicaptenzorg de grootste groep vormden. Het aandeel van de GGZ-aanbieders in het totaal aantal cliënten steeg fors door de jaren heen (van 8% naar 27%), en nadert inmiddels de omvang van de cliënten van aanbieders van gehandicaptenzorg.

8 Er is een kleine groep overige aanbieders. Deze is niet in Tabel 1 opgenomen omdat de cijfers van deze groep voor 2017 en 2018 ontbreken.

9 In navolging van de indeling in Benchmark okt 19.xlsx en de indeling in referentiegroepen in 4e kwartaal 18-2 Cumulatief per aanbieder.

10 Lichamelijke en/of verstandelijke beperking

Tabel 1. Aantal cliënten met individuele begeleiding per type aanbieder, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Ontwikkeling 2015-2019
1. Aanbieders van gehandicaptenzorg ¹	584	593	677	754	765	31,0%
2. GGZ ²	89	236	338	534	700	686,5%
3. Aanbieders van ondersteuning van mensen met een psychische kwetsbaarheid ²	9	20	42	92	132	1366,7%
4. Aanbieders van autismezorg	109	174	249	332	402	268,8%
5. Aanbieders van thuiszorg en maatschappelijke dienstverlening	266	407	459	484	491	84,6%
6. Aanbieders van ouderenzorg ³	88	78	92	101	109	23,9%

Bron 2015, 2016, 2019: 2015, 2016 en 2016 IB.xlsx

Bron 2017 en 2018 cijfers: Benchmark okt 19.xlsx

¹ Lichamelijke en/of verstandelijke beperking

² Soms inclusief beschermd wonen

³ Soms ook voor jongere mensen met dementie

Bij een aantal aanbieders valt de sterke toename tussen 2015 en 2019 van het aantal cliënten op. De cijfers laten zien dat bij vijf aanbieders het aantal cliënten met minstens 100 personen toenam. Ruim 60 procent van de totale groei tussen 2015 en 2019 vond plaats bij deze vijf aanbieders. Afgaande op de doelgroepen waar deze aanbieders zich op richten, lijkt de toename van individuele begeleiding voor een groot deel plaats te hebben gevonden bij cliënten met psychische problematiek (autisme meegerekend). Daarmee neemt in relatieve zin de omvang van het aantal cliënten met ondersteuning vanwege een verstandelijke of lichamelijke beperking af en nemen aanbieders gericht op cliënten met psychische problematiek nu een groter deel van de cliënten voor hun rekening dan de aanbieders gericht op gehandicaptenzorg.

Wat valt op?

- Het aantal cliënten met individuele begeleiding steeg met ruim 70% tussen 2015 en 2019, met tussen 2015 en 2016 de sterkste toename en tussen 2018 en 2019 de minst sterke toename¹¹.
- Naar verhouding hebben aanbieders van gehandicaptenzorg het grootste aandeel binnen de IB-clientèle.
- Er is een forse toename van cliënten bij aanbieders die zich richten op mensen met psychische/psychosociale problematiek.

Uitgaven

Cijfers over de uitgaven aan IB per aanbieder voor de periode 2016 tot en met 2019¹² laten zien dat de uitgaven aan individuele begeleiding in 4 jaar tijd met 86 procent stegen. Dat is een sterkere groei dan het aantal cliënten in deze periode (toename van 61% van het aantal cliënten). Dit zou erop wijzen dat de gemiddelde uitgaven per cliënt per traject stijgen. De cijfers van SDD over de gemiddelde uitgaven per cliënt *per periode*¹³ (maand) laten echter zien dat tussen 2018 en 2019 deze gemiddelde cliëntkosten per periode daalden (van €607 naar €561). Hoe kunnen deze cijfers begrepen worden? Mogelijk dalen de gemiddelde kosten per periode, maar neemt het aantal perioden per cliënt toe, waardoor de gemiddelde kosten per cliënt (voor het volledige traject) toch stijgen. Hiervoor is meer verdieping nodig op cijfers over de totale kosten per traject.

In absolute zin valt de stijging van uitgaven tussen 2016 en 2019 bij GGZ-aanbieders en aanbieders van autisme-zorg op.

De cijfers van de totale uitgaven per jaar laten zien dat tussen 2016 en 2019 de uitgaven jaarlijks stijgen waarbij de relatieve stijging steeds minder groot wordt (ontwikkelingen van een stijging tussen 2016 en 2017 van 44% naar een stijging van 9% tussen 2018 en 2019).

11 Uitgaande van de in Tabel 1 meegenomen aanbieders.

12 Cijfers voor 2019 hebben betrekking op prognoses.

13 Omzetontw en prognose IB P10 2019_CM

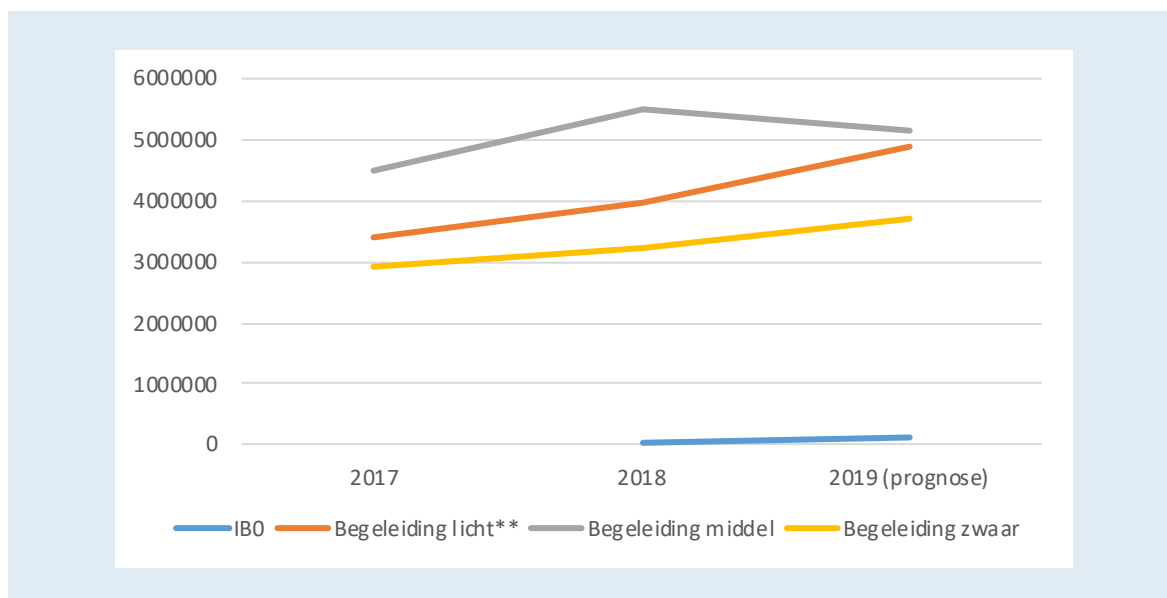
3.4 Ontwikkelingen in IB-producten en het profiel van de cliënten

IB-producten

Binnen de voorzieningen individuele begeleiding onderscheidt SDD verschillende typen producten, variërend in de mate van intensiteit van begeleiding van licht, middel naar zwaar (voor de omschrijving van deze producten wordt verwezen naar Bijlage I). De lichtste vorm in individuele begeleiding is 'individuele begeleiding 0'. Dit product is ingezet om als afschaalmogelijkheid voor de andere vormen van individuele begeleiding te fungeren, met de intentie dat dit een dempend effect kan hebben op de andere begeleidingsvormen.

Cijfers van 2016 en 2017 laten zien dat er in deze periode vooral sprake van groei was in de uitgaven aan het type IB met de intensiteit 'middel'¹⁴. Dat was in 2016 een nieuw product. Cijfers van 2017 tot en met 2019¹⁵ laten zien dat er in deze periode juist een stijging was van de uitgaven aan het product 'licht' (Zie Figuur 1). In 2019 was categorie 'middel' relatief gezien nog steeds wel het grootste product (36% van de uitgaven), met een opvallende daling aan uitgaven tussen 2018 en 2019. De uitgaven aan IBO stijgen tussen 2018 en 2019 sterk (moment van uitrol van IBO) waarbij de uitgaven aan dit product wel relatief laag zijn in relatie tot de uitgaven aan de andere IB-producten. Dat de uitgaven aan IBO relatief laag zijn, is – volgens de SDD – te verklaren uit het feit dat het de lichtste vorm van individuele begeleiding betreft en dat de trajecten van beperkte duur zijn.

Figuur 1 Uitgaven 2017-2019 per IB-product samengevat*



Excelbestand Omzet en prognose IB p12 2019

* Exclusief IB4 en begeleiding visueel en vroeg doven

** Begeleiding regulier, specialistisch en opslag samengenomen

14 Bijlage 1 20180308 Groei wmo bg.ppt

15 Excelbestand Omzet en prognose IB p10 2019_CM

Wat valt op?

- De uitgaven aan individuele begeleiding stijgen harder dan het aantal cliënten toeneemt.
- De stijging van de uitgaven is bij een paar aanbieders erg sterk.
- Waar in 2016 de uitgaven aan IB-categorie 'middel' sterk toenamen, nemen tussen 2017 en 2019 de uitgaven aan IB 'licht' juist sterk toe. Ook IBO neemt toe, al zijn deze uitgaven relatief gezien gering.

In- en uitstroom

De toename van het totale aantal cliënten per jaar kan komen door meerdere ontwikkelingen. Bijvoorbeeld: neemt de instroom van nieuwe cliënten toe en/of worden de trajecten langer en/of vermindert de uitstroom en zijn er daarom (op een peildatum) meer mensen met IB? De SDD heeft voor het onderzoek cijfers geleverd over de uitstroompercentages van de 29 organisaties van Tabel 1, voor 2017 en 2018¹⁶. Afgaande op deze cijfers was het (ongewogen) gemiddelde uitstroompercentage¹⁷ in 2017 18 procent en in 2018 21 procent. Dit is een aanwijzing dat er in 2018 een groter deel van de cliënten is uitgestroomd, en dat de toename van het aantal cliënten samenhangt met een toename van de instroom. Om dit preciezer na te gaan zijn aanvullende analyses nodig op de absolute cijfers van het aantal ingestroomde, uitgestroomde en totaal aantal cliënten per jaar.

Profiel van de IB-cliënt

Gegevens over de achtergrond (o.a. geboortedatum en sekse) van mensen met een lopend traject in 2020¹⁸ (met een einddatum in 2020 of later) laten zien dat door de jaren 2016-2019 heen de gemiddelde leeftijd van cliënten met IB lager wordt (van 57 jaar naar 43 jaar). Zowel het aantal jonge mensen (<26 jaar) als het aantal oudere mensen (>75 jaar) stijgt. De man-vrouw verdeling schommelt enigszins met de laatste jaren meer vrouwen met IB dan mannen. Bij deze ontwikkelingen moet de kanttekening geplaatst worden dat het in alle gevallen mensen betreft met een lopend traject in 2020 en dat de jaartallen 2016-2019 betrekking hebben op het startjaar van het IB-traject. Voor een vollediger overzicht van de ontwikkeling van de leeftijd van de cliënten met IB zou een dataset met alle gestarte en afgeronde trajecten (ook trajecten afgerond voor 2020) gewenst zijn.

16 Benchmark okt 2019

17 Aanname dat het uitstroompercentage het aantal uitgestroomde cliënten in het jaar is afgezet tegen het totaal aantal cliënten in het jaar.

18 IB klanten 1-3-2020.xls

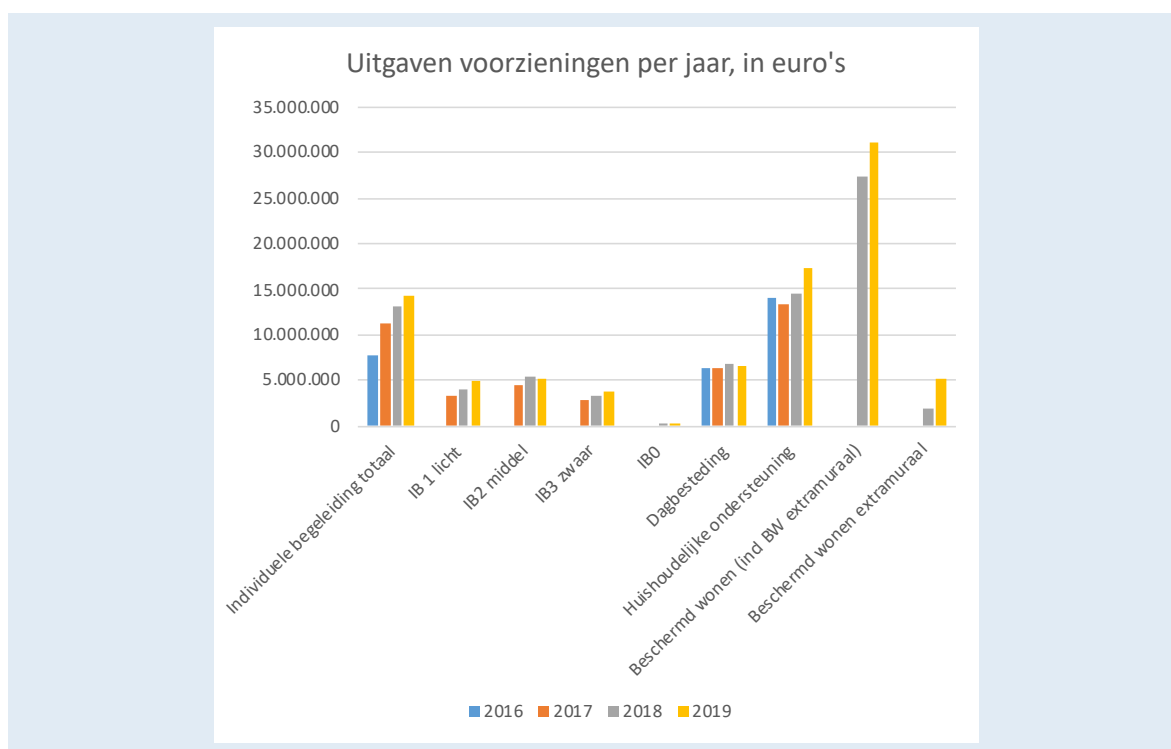
3.5 Verhouding tot andere Wmo-maatwerkproducten

Het aantal cliënten met en de uitgaven aan IB nemen de laatste jaren toe. Wat is de ontwikkeling bij andere Wmo-gefinancierde producten zoals huishoudelijke ondersteuning, dagbesteding en beschermd wonen? Is hier ook sprake van toenames of zijn de ontwikkelingen anders? Neemt het gebruik van een ander product wellicht juist af en zou hier sprake kunnen zijn van substitutie tussen producten?

De cijfers van de SDD¹⁹ laten zien dat de uitgaven aan huishoudelijke ondersteuning tussen 2016 en 2019 gestegen zijn met een kwart (van bijna 14 miljoen euro in 2016 naar bijna 17,4 miljoen euro in 2019). Tussen 2018 en 2019 is de stijging sterker dan in de jaren daarvoor. De uitgaven aan dagbesteding zijn tussen 2016 en 2019 relatief stabiel, rond de 6,5 miljoen per jaar (met een verschil tussen 2016 en 2019 van 2 procent)²⁰.

De uitgaven aan beschermd wonen (inclusief beschermd wonen extramuraal) stegen tussen 2018 en 2019 met 14 procent naar ruim 31 miljoen²¹. De uitgaven aan het product 'beschermd wonen extramuraal' stegen met 160 procent, van 2 miljoen naar ruim 5,2 miljoen euro.

Figuur 2 Uitgaven voorzieningen per jaar



Omzetontwikkeling en prognose IB p12 2019.xlsx

P13 2019 HO omzetontwikkeling.xls

Omzetontw en prognose DB P12 2019.xls

20200218 Monitor BWO.xls

19 P13 2019 HO omzetontwikkeling

20 Omzetontw en prognose DB P12 2019

21 20200218 Monitor BWO

Wat valt op?

- Ook binnen andere Wmo maatwerkvoorzieningen stijgen de uitgaven. Al is de stijging van de IB relatief gezien sterker²². Wat dit betreft gaat de stijging van IB dus niet gepaard met de daling van de uitgaven aan een ander product en zijn er geen duidelijke aanwijzingen voor substitutie met andere Wmo-gefinancierde producten²³.

3.6 Landelijk beeld

Is de ontwikkeling van de toename van het volume van IB, zowel voor wat betreft het aantal cliënten als de totale uitgaven, ook op landelijk niveau zichtbaar?

De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD, toegankelijk via waarstaatjegemeente.nl) bevat gegevens over de ontwikkelingen van het gebruik van de volgende Wmo-gefinancierde voorzieningen:

1. Ondersteuning thuis
2. Hulp bij het huishouden
3. Verblijf en opvang
4. Hulpmiddelen en diensten

Onder 'ondersteuning thuis' valt (individuele) begeleiding, maar ook persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf en dagbesteding²⁴. De trendcijfers van 'ondersteuning thuis' hebben dus betrekking op meer dan alleen individuele begeleiding hetgeen bij de interpretatie van de cijfers moet worden meegenomen. De GMSD-cijfers van 'ondersteuning thuis' laten zien dat tussen 2015 en 2018 het aantal mensen met ondersteuning thuis ruim 2,5 keer zo groot geworden is, met ruim 310.000 mensen met ondersteuning thuis in 2018 (zie Tabel 2). Het is mogelijk dat de cijfers voor 2015 (eerste jaar met de nieuwe Wmo) niet helemaal volledig zijn en de groei daarom overschat wordt. Dat neemt niet weg dat de cijfers ook wijzen op een duidelijke stijging tussen 2015 en 2018 van het aantal cliënten met ondersteuning thuis.

22 De stijging van de uitgaven aan beschermd wonen betreft alleen de periode 2018-2019 en niet de stijging tussen 2016 en 2019.

23 Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat het mogelijk is dat bijvoorbeeld zonder de stijging van het gebruik van de IB-producten, het gebruik van Dagbesteding veel groter zou zijn. En het gebruik van het ene product zo wel invloed heeft op het gebruik van een ander product.

24 Definitielijst rapport Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein - Definities van indicatoren Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (mei 2018).

Tabel 2. Aantal mensen met ondersteuning thuis in Nederland, 2015 - 2018

	Ondersteuning thuis - personen	Ondersteuning thuis - aantal per 1.000 inwoners betreffende doelgroep
2015	117.460	15
2016	264.760	16
2017	282.000	17
2018	313.880	18

Bron: GMSD

3.7 Ontwikkelingen in andere domeinen

Ontwikkelingen binnen andere domeinen kunnen van invloed zijn op de ontwikkelingen van het volume van IB. Bijvoorbeeld: wordt er door wachtlijsten elders wellicht een groter beroep op IB gedaan?

De zeven gemeenten van de Drechtsteden behoren tot zorgkantoorregio Waardenland. Tot deze regio behoren ook Gorinchem, Vijfherenlanden en Molenlanden. Deze cijfers waren voor dit onderzoek niet verder uit te splitsen, dus dit moet bij de interpretatie in gedachten worden gehouden. Uit de Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2019 blijkt, op basis van door Vektis aangeleverde cijfers, dat de uitgaven per verzekerde aan de GGZ en het aandeel van klinische uitgaven hierin (met het aandeel van de Wlz ook nog apart), in zorgkantoorregio Waardenland in 2017²⁵ er als volgt uit zag.

Tabel 3. Uitgaven per verzekerde aan GGZ, Zorgkantoor Waardenland en Nederland, 2017.

	Uitgaven per verzekerde aan GGZ (inclusief POH-GGZ) in euro's	Aandeel uitgaven klinisch (Zvw en Wlz) in totale uitgaven (%)	Aandeel Wlz in totale uitgaven (%)
Zorgkantoorregio Waardenland	264	49,6%	6,8%
Nederland	296 (range €192-€453)	46,7% (range 34-65%)	12,0% (range 0,6%-32%)

Bron: LMA 2019 obv cijfers van Vektis.

De uitgaven aan de GGZ (Zvw en Wlz) zijn in zorgkantoorregio Waardenland enigszins lager dan het landelijke cijfer. Het aandeel uitgaven aan klinische zorg is iets hoger dan

25 2017 was ten tijde van de LMA 2019 het meest recente jaar dat cijfermatig compleet was.

landelijk. Gelet op de grote verschillen tussen zorgkantoren (zie de range van de cijfers) is het moeilijk om de cijfers van Waardenland te duiden. Bij verschillen in uitgaven spelen zaken als urbanisatiegraad en historisch gegroeid langdurig verblijf een rol. Voor wat betreft uitgaven aan de GGZ per verzekerde kan wel gesteld worden dat Waardenland in ieder geval niet in de hoogste regionen zit.

Voor wat betreft de afbouw van het aantal klinische plaatsen voor opnamen tot een jaar, laten de voor de LMA 2019 geleverde Vektis cijfers zien dat er in Waardenland tussen 2012 en 2017 19 procent afbouw was, vergelijkbaar met de landelijke afbouw van 20 procent. In die periode ging het aantal plaatsen voor opnamen tot een jaar in Waardenland van 75 plaatsen per 100.000 verzekerden naar 60 plaatsen per 100.000 verzekerden, bij een landelijke verschuiving van 64 naar 49 plaatsen per 100.000 inwoners. Het aantal intensieve ambulante Zvw-gefinancierde trajecten steeg in Waardenland tussen 2012 en 2017 met 15 procent, dat is minder dan de landelijke stijging van 32 procent (die regionaal een grote marge heeft van -21% tot +84%). Voor de LMA 2019 is ingezoomd op de regionale ontwikkelingen met betrekking tot intensieve ambulante trajecten voor mensen met een psychotische stoornis (een kerngroep van de mensen met EPA). Bij Waardenland wijzen de cijfers hier niet op groei: het aantal intensieve ambulante trajecten voor mensen met een psychotische stoornis nam juist af, met 17 procent.

Het is op basis van alleen deze cijfers niet mogelijk om een oordeel te geven over het ambulantiseringsproces in Waardenland. Bijvoorbeeld: het aantal klinische plaatsen kan te maken hebben met historisch bepaalde locaties van klinische voorzieningen, binnen of net buiten de grenzen van de regio. Ook met de duiding van de toename van het aantal intensieve ambulante trajecten moet voorzichtig omgegaan worden, mede omdat de regionale verschillen groot zijn en verklaringen hiervoor niet altijd voorhanden zijn. De betekenis van de cijfers kan onderwerp van gesprek zijn met de stakeholders, waarbij vooral de ogenschijnlijke achterblijvende afbouw van intensieve ambulante trajecten opvalt.

Wachttijden

Vanaf januari 2020 publiceert Vektis maandelijks informatie over wachttijden voor behandeling van psychische stoornissen. Ook op zorgkantoorregioniveau. Voor de zorgkantoorregio Waardenland zien de wachttijden (in weken) er als volgt uit (zie Tabel 4). Uit de gegevens van Tabel 5 blijkt dat in Waardenland de Treeknorm²⁶ (14 weken – in tabel vetgedrukt indien Treeknorm wordt overschreden) voor een groot aantal stoornissen niet of maar net wordt gehaald.

26 De treeknorm betreft de gemaakte afspraken over de maximaal aanvaardbare wachttijd.

Tabel 4. Wachttijden in weken januari 2020, Waardenland en landelijk

Som van aanmeld- en behandelwachtijd samen	WAARDENLAND	Landelijk totaal
Pervasief	21,1	20,9
Persoonlijkheid	17,7	17,7
Aandachttekort en –gedrag	13,4	15,9
Restgroep diagnoses, andere aandoeningen	16,4	15,5
Angst	10,8	13,9
Overige stoornissen kindertijd	19,8	12,6
Depressie	14,2	12,6
Eetstoornissen	14,0	14,6
Alcohol gebonden	14,0	11,6
Bipolair en overig	19,6	11,7
Schizofrenie	16,6	11,3
Somatoforme stoornissen	9,8	10,9
Overige aan middel gebonden stoornissen	15,6	10,6
Delirium dementie en overig	17,3	11,0
Basis GGZ	9,5	8,5

Bron: Vektis <https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wachttijdinformatie-ggz>

Jeugdwet

De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein bevat gegevens over de Jeugdwet gefinancierde zorg en begeleiding (www.waarstaatjegemeente.nl).

Tabel 5. Aantal jongeren met jeugdhulp in de Drechtsteden gemeenten en Nederland

	Alblas-serdam	Dordrecht	Hardinx-veld-Gies-sendam	Hendrik-Ido-Am-bacht	Papen-drecht	Slie-drecht	Zwijn-drecht	Totaal Drecht-steden	Neder-land
2015	475	2.910	460	740	740	565	1.090	6.980	348.880
2016	515	3.015	445	770	765	725	1.200	7.435	378.615
2017	565	2.905	455	815	940	825	1.170	7.675	392.445

Bron: www.waarstaatjegemeente.nl

In de landelijke cijfers was er een toename van 12 procent van het aantal jongeren met jeugdhulp tussen 2015 en 2017, in de Drechtsteden gemeenten was er een toename van 10 procent.

Tabel 6. Percentage jongeren tot 18 jaar met jeugdhulp

	2015			2019		
	jeugdhulp zonder verblijf *	jeugdhulp met verblijf	jeugd- bescherming	jeugdhulp zonder verblijf	jeugdhulp met verblijf	jeugd- bescherming
Alblasserdam	9,7%	1%	,9%	12%	1,4%	1,7%
Dordrecht	11,5%	1,6%	1,6%	13,4%	1,6%	1,5%
Hardinxveld- Giessendam	10,3%	1,5%	1,1%	10,3%	1,7%	1,3%
Hendrik- Ido-Ambacht	10,2%	,8%	,7%	12,5%	,7%	,8%
Papendrecht	10,5%	1%	1,1%	14,6%	1,2%	1,2%
Sliedrecht	10,1%	,8%	1,1%	14,5%	1,2%	2,%
Zwijndrecht	12,2%	1,1%	1,4%	16,4%	1,5%	1,8%
Nederland	9,7%	1,2%	1,2%	12,1%	1,3%	1,2%

* (in % van alle jongeren tot 18 jaar)

Bron: www.waarstaatjegemeente.nl

De cijfers van Tabel 6 laten zien dat in 4 van de Drechtsteden gemeenten relatief meer jongeren jeugdhulp *zonder* verblijf kregen in 2019 (en ook al in 2015) dan in Nederland waarbij het percentage jongeren met jeugdhulp *met* verblijf van de betreffende gemeente niet erg verschilt van het landelijke percentage.

Wat valt op?

- De opbouw van de intensieve ambulante Zvw-gefinancierde trajecten blijft achter bij de landelijke stijging, voor de zorgkantorregio Waardenland.
- De wachttijden voor behandeling voor een aantal psychische stoornissen zijn hoger dan landelijk en hoger dan de treetnorm.
- Naar verhouding hebben jongeren in vier van de Drechtsteden gemeenten vaker jeugdhulp zonder verblijf.

4 Referentiegemeenten

4.1 Inleiding

In het kader van de eerste informatieronde is een telefonische/schriftelijke informatieronde gedaan langs beleidsmedewerkers sociaal domein en hoofden inkoop van enkele andere gemeenten: herkennen zij de trends en welke oorzaken en sturingsmogelijkheden zien zij? In de voorfase van het onderzoek verzamelden we al beknopte informatie over de situatie in een 4-tal gemeenten, te weten: Amersfoort, Medemblik, Zaanstad en Purmerend. Na opdrachtverlening is er gericht navraag gedaan bij 6 gemeenten: Rotterdam, Amsterdam, de Peelgemeenten, Eindhoven, Breda en Tilburg. Vanuit de 3 laatste gemeenten kon binnen de onderzoeksperiode geen informatie worden verkregen, om reden van de corona-drukke.

In dit hoofdstuk bekijken we de:

- Ontwikkeling IB bij referentiegemeenten
- Ontwikkelingen in profiel en verklaringen volgens de referentiegemeenten
- Beleid/sturing bij referentiegemeenten
- Informatiepositie van de referentiegemeenten

4.2 Ontwikkelingen IB bij referentiegemeenten

In de meeste gemeenten wordt het beeld van de toegenomen instroom herkend: sinds 2016 groeit ook daar de instroom in de IB sterk, alsook de uitgaven per cliënt. Dat geldt voor meer maatwerkproducten. Veel gemeenten melden ook dat de instroom in de huishoudelijke hulp sterk toeneemt, met name sinds de invoering van het abonnementstarief. In sommige van de geraadpleegde gemeenten wordt de groeiende instroom als zorgelijk gezien, met name vanwege de vrees voor budgetoverschrijding, in andere gemeenten speelt dat minder. Gemeenten zien de toename vooral als een teken dat de Wmo-zorg steeds laagdrempeliger wordt en de burger dus steeds beter wordt bereikt. En als een teken dat de beoogde verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg slaagt. Meer zorgen zijn er bij de meeste gemeenten over de toename van de uitgaven in het kader van de Jeugdwet.

Wat valt op?

De groei van de IB is alom, maar wordt niet overal als een probleem ervaren.

4.3 Ontwikkelingen in profiel en verklaringen volgens de referentiegemeenten

Welke ontwikkelingen zien de geraadpleegde contactpersonen vanuit de referentiegemeenten in het profiel van de IB-cliënten en welke verklaringen verbinden zij hieraan? Ten eerste valt op dat in geen van de gemeenten gegevens beschikbaar zijn die een sluitend beeld bieden van een verandering van het profiel van de cliënt van de IB. Veelal bestaat wel de indruk dat er sprake is van een verzwaring van de problematiek, met name voor doelgroepen met psychiatrische problemen en een LVB. Verder wordt in sommige gemeenten een toename van de instroom van kwetsbare ouderen en jongeren in de IB genoemd.

Er is in geen van de geraadpleegde gemeenten formeel onderzoek naar de oorzaken van de stijging van de instroom in de IB gedaan. In één gemeente is een analyse gedaan die wijst op een sterk verband tussen de afbouw van de GGZ bedden en de stijging van de instroom in de IB, maar deze gegevens zijn niet openbaar gemaakt en niet beschikbaar.

Als veelgenoemde verklaringen van de groei van de instroom en uitgaven worden genoemd: ambulantisering, wachtlijsten voor behandeling, en afbouw van het aantal Beschermd Wonen en MO-plekken. Een toename van sociale problematiek zoals dakloosheid en verslaving in de bevolking wordt ook als een verklaring voor de groei gezien. Verder wordt de afbouw van de verpleeghuiszorg voor ouderen genoemd: steeds meer ouderen die voorheen in een verzorgings- of verpleeghuis zouden zijn gaan wonen, blijven nu zelfstandig thuis wonen met behulp van een 'pakketje aan Wmo-ondersteuning'. Andere verklaringen zijn de toegenomen laagdrempeligheid van de toegang en het betere bereik van de sociale wijkteams. De wijkteams vormen het voorportaal voor de maatwerkvoorzieningen. Verder wordt het afschaffen van de eigen bijdrage op de IB als een verklarende factor genoemd voor de toename.

Een ander punt dat wordt genoemd, is dat de herstelvisie van zorgaanbieders soms onder de maat zou zijn: zij zouden soms onvoldoende inzetten op begeleiding van cliënten naar meer zelfstandigheid. Er wordt gesproken van grote verschillen tussen aanbieders op dit vlak: waar de ene zorgaanbieder in de begeleiding vooral probeert de eigen regie van de cliënten actief te stimuleren en te ondersteunen, is de andere zorgaanbieder veel meer gericht op het beschermen en in zorg houden van de cliënt, zo wordt aangegeven.

Wat valt op?

- Er is in de referentiegemeenten geen onderzoek gedaan naar de groei van de individuele begeleiding.
- Ambulantisering van de GGZ (afbouw bedden, BW en MO) en langer thuis blijven wonen van ouderen, worden als belangrijke verklaringsgronden gezien.
- Met 'verzwaring' van de ondersteuningsvraag als gevolg.
- Verder zouden wachtlijsten voor GGZ-behandeling een rol kunnen spelen.

4.4 Beleid/ sturing bij referentiegemeenten

Omdat de verhoogde instroom in de IB niet in alle gemeenten wordt gezien als een probleem, wordt er ook niet overal een actief beleid op gevoerd, of 'nog niet'. Sommige gemeenten hebben zich er al wel over gebogen, al beperkt dit zich niet tot de IB alleen. In één van de gemeenten zijn er budgetplafonds ingesteld voor zorgaanbieders. Ook wordt er daar ingezet op versterking van de wijkteams en worden andere interventies gericht op preventie en vroegsignalering versterkt, zoals ondersteuning voor 'nieuwe ouders', projecten om eenzaamheid tegen te gaan en projecten om mantelzorgers te ondersteunen. In deze gemeente is een stelselwijziging gaande waarbij het grootste deel van de huidige individuele begeleiding voortaan niet meer als maatwerkproduct beschikbaar zal zijn, maar wordt verstrekt door buurtteams die maatschappelijk werk, ambulante ondersteuning en schuldhulp integraal gaan uitvoeren. Deze buurtteams moeten intensiever gaan samenwerken met welzijn en vrijwilligerswerk en met lokale initiatieven in de wijk. De doelstelling is – naast meer integraliteit en nabijheid – een beweging van zwaardere naar lichtere ondersteuning te bewerkstelligen. Naast de buurtteams blijft er een zeer beperkt aantal meer gespecialiseerde aanbieders gecontracteerd voor aanvullende ondersteuning.

In een andere gemeente wordt gestuurd op het terugdringen van het aantal uren verstrekte zorg, door kritischer te kijken naar zorgstapeling binnen de IB, door de indicatieduur te verkorten en door uitstroom actiever te stimuleren. In deze gemeente is er een monitoring en managementsysteem ingericht met stelselmatige kwaliteitscontroles, dit ter 'verhoging van het bewustzijn' van de Wmo adviseurs. Ook geldt daar het 'vier-ogen principe' bij complexe indicaties. Daarbij is er veel aandacht voor de expertise en ervaring van de consultants (mensen met 'verstand van de zorg'). In een andere gemeente neemt het maatschappelijk werk bepaalde complexe hulpvragen en waakvlamcontacten vanuit de individuele begeleiding over, waardoor de instroom in de IB minder oploopt.

De meeste gemeenten geven aan dat inperking van de toegang geen eerste keus is bij het zoeken naar sturing.

"Onze toegangsdrempels zijn expres laag: we zijn een laagdrempelige organisatie en willen dat ook zijn. Maar we zijn wel kritischer gaan kijken naar wat er nodig is qua aantal uren begeleiding."

"Je kunt niet te ver gaan met het aandraaien van de parameters: het is niet de bedoeling mensen te ontfemen wat ze nodig hebben. Blijf oog houden voor het feit dat mensen juist soms tijdelijk heel veel ondersteuning nodig hebben om daarna weer verder te kunnen. "

Wel wordt genoemd dat de noodzaak en mogelijkheden worden gezien voor kwaliteitsverbetering in de afstemming en samenwerking met de GGZ. Om de afbouw van bedden in klinieken, de BW en MO samen in goede banen te leiden. Daarbij gaat het om afstemming van aanbod en streefdoelen. Zo zou men toe willen naar een meer gezamenlijke regie van gemeenten en GGZ bij ondersteuning van cliënten, want 'het loopt nu nog te veel naast elkaar'. Hierbij wordt met name ook de verbetering van de afstemming tussen FACT en Wmo-begeleiding genoemd.

“Het [bedoeld wordt de beddenafbouw in de GGZ] wordt gepresenteerd als een succes en in het kader van vermaatschappelijking is het dat natuurlijk ook, maar de gedachte is ten onrechte dat zo-iemand dan de volgende dag gewoon fluitend naar zijn werk gaat; dat is natuurlijk niet zo. Mensen hebben veel herstelpotentieel en het is heel belangrijk dat aan te spreken, maar er zijn veel tussenstappen nodig en dat kost tijd. Daar is vanuit de GGZ onvoldoende oog voor.”

De geraadpleegde beleidsmedewerkers van de referentiegemeenten wijzen er allen op dat afstemming met zorgaanbieders belangrijk is, en vaak goed gaat, maar ook een ingewikkelde kwestie blijft. De marktwerking in de zorg brengt zorgaanbieders en de gemeente met elkaar in een ingewikkelde verstrengeling. Daarom is het van belang steeds een vinger aan de pols te houden voor wat betreft bereik en kwaliteit van de ondersteuning door regelmatige overleggen met ombudsman, cliëntenraden, belangengroepen te voeren en daarnaast klantervaringsonderzoek te doen. Aldus het advies vanuit andere gemeenten.

Wat valt op?

- Een grote instroom in de IB wordt over het algemeen gezien als een teken van succesvol Wmo-beleid en laagdrempelige toegang.
- De sturing van de meeste referentiegemeenten is niet gericht op het verhogen van toegangsdrempels, maar richt zich veelal op het versterken van het voorliggend veld, vroegsignalering en preventie, waarbij soms gerichte preventie-interventies voor specifieke doelgroepen worden ingezet.
- Daarnaast sturen gemeenten op verschillende manieren op beperking van de omvang en duur van de indicaties. Hierbij worden maatregelen als kwaliteitsverhoging van consulenten, monitoring en evaluatie van de indicatiestelling ingezet.
- Verder wijzen collega gemeenten op het belang van verbetering in de afstemming tussen GGZ-aanbod en Wmo-begeleiding om de kwaliteit en efficiëntie van de ondersteuning aan kwetsbare burgers te vergroten.

4.5 Sturing en informatiepositie

Om goed te kunnen sturen, is de juiste – domein overstijgende - informatie nodig. Het is voor alle gemeenten lastig om zicht te krijgen op verschuivingen in de zorg over de zorgwetten heen, zo wordt duidelijk uit de raadpleging. De nieuwe gemeentezorgspiegel (Vektis) wordt hierin als mogelijk antwoord voor de toekomst gezien, maar biedt de geraadpleegde gemeenten momenteel nog onvoldoende informatie, met name over stapeling van zorg. Sommige gemeenten maken gebruik van CBS microdata om ontwikkelingen te monitoren, maar ervaren dat het door striktere hantering van de privacyregels steeds lastiger wordt om via deze bron informatie te verkrijgen. De gemeentelijke monitor sociaal domein (GMSD) wordt door de meeste gemeenten gevolgd, maar zij geven aan dat de vergelijkingskracht beperkt is, omdat ‘het verhaal achter de cijfers’ ontbreekt en er talloze definitie- en indelingsverschillen bestaan

tussen gemeenten, wat vergelijking moeilijk maakt. Een aantal gemeenten is zelf bezig om beter zicht te krijgen, soms binnen een pilotproject, soms op individuele afspraak met een zorgverzekeraar.

Ook op cliëntniveau ervaren gemeenten beperkingen in het zicht op zorgstapeling over de domeinen heen. Het opvragen of iemand Wlz-zorg ontvangt, is bijvoorbeeld aan zeer strikte regels gebonden. En door het grote aantal (veelal kleine) zorgaanbieders op de markt²⁷, is het voor gemeenten lastig informatie uit te wisselen en afspraken te maken over samenwerking in de ondersteuning. Dit kan goede zorg in de weg staan.

"[er is] behoefte aan actieve gegevensuitwisseling binnen de zorgketen en het sociaal domein, zodat we daadwerkelijk kunnen werken aan '1 gezin, 1 regisseur, 1 plan', zodat we onnodige stapeling van zorginzet en grote hoeveelheid zorgaanbieders voorkomen en kunnen werken aan voorkomen van fraude en on-eigenlijk gebruik door actieve uitwisseling van fraudesignalen en samenwerking in aanpak."

Wat valt op?

- Ook in de referentiegemeenten wordt ervaren dat er te weinig informatie beschikbaar is om goed zicht te krijgen op verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg en op zorgstapeling, ook op individueel niveau. Dit staat evaluatie van de inzet van de IB in de weg en maakt het lastig om met zorgverzekeraars en zorgkantoren in gesprek te gaan.

²⁷ In 1 gemeente zijn bijvoorbeeld al 2.000 aanbieders van wijkverpleging actief, waaronder veel ZZP'ers.

5 Zorgaanbieders

5.1 Inleiding

De SDD werkt voor de uitvoering van de individuele begeleiding samen met ruim vijftig zorgaanbieders²⁸. Welke verklaringen voor de stijgende trend zien zij? We voerden gesprekken met zes contactpersonen – vanuit zowel verkoop als de zorgonderdelen - vanuit vier grote zorgaanbieders. De selectie van de vier instellingen vond plaats in afstemming met de SDD. Het gaat om vier aanbieders (Zie Bijlage II) die tezamen qua doelgroep een goede afspiegeling van de cliënten met IB vormen en bij wie er zich de laatste jaren een grote stijging in volume en/of uitgaven van IB-verstrekingen voordeed. Vanwege de corona-maatregelen vonden de gesprekken telefonisch plaats. We voerden semi-gestructureerde half open interviews, aan de hand van een checklist.

In dit hoofdstuk bekijken we:

- Ontwikkeling IB vanuit ervaring zorgaanbieders
- Beleid van de Drechtsteden vergeleken met andere gemeenten
- Afstemming van de zorg
- Ontwikkelingen in profiel
- Verklaringen volgens de zorgaanbieders
- Visie op beleid/sturing van de zorgaanbieders

5.2 Ontwikkelingen bij de zorgaanbieders

De geïnterviewde aanbieders zijn zich allen heel wel bewust van de stijging in volume en kosten die zich de afgelopen jaren in hun aanbod aan IB heeft voorgedaan en zij zijn daarover ook met enige regelmaat met de SDD in gesprek. Over het algemeen ervaart men een goede relatie en korte lijnen met de SDD.

De groei in de instroom in de IB zet bij alle geïnterviewde zorgaanbieders door. Zij werken allen bovenregionaal en geven aan dat zich ook in de meeste van hun andere werkgebieden een vergelijkbare stijging voordoet. Behalve op de IB, rapporteren aanbieders met name ook een grote stijging bij het onderdeel Jeugdhulp. Er is volgens de aanbieders de afgelopen jaren – in afstemming met de gemeenten - gewerkt aan het vergroten van de uitstroom en sommige aanbieders geven aan dat hun kosten per cliënt daardoor zijn gedaald (vanwege kortere trajecten)²⁹. De Drechtsteden stelden eerder al het ‘waakvlamprofiel’ in (IB-0). Over het algemeen zijn de zorgaanbieders hierover tevreden: het biedt cliënten de mogelijkheid de zorg af te schalen en stappen te maken in herstel, maar wel met een vinger aan de pols.

²⁸ Conform de omzetcijfers (prognose) voor 2019 per aanbieder.

²⁹ Hierover zijn geen gegevens opgevraagd bij de aanbieders.

De geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat hun visie en aanpak – in lijn met de beleidskoers van de Drechtsteden gemeenten – gericht is op herstelondersteuning en het stimuleren van zelfregie. Ter voorbeeld: één geïnterviewde aanbieder biedt zelf – buiten indicatie om – een aanbod voor cliënten om hun sociaal netwerk te versterken (ontmoetingsavonden) om daarmee de drempel tot uitstromen voor hun cliënten verder te verlagen. De aanbieders geven ook aan dat deze visie niet bij alle collega-aanbieders evenzeer leeft.

5.3 SDD-beleid vergeleken met andere gemeenten

Het beleid op de verstrekking van de IB door de Drechtsteden gemeenten wordt door de geïnterviewde zorgaanbieders niet als belangrijk afwijkend gezien vergeleken met andere gemeenten waarvoor zij werken. Maar er worden wel enkele verschillen genoemd. Bij twee van de vier geïnterviewde zorgaanbieders klinkt het geluid door dat sommige andere gemeenten een hogere drempel zouden hanteren. Ook hebben sommige andere gemeenten voor wie men werkt een budgetplafond voor aanbieders bepaald. Het meest genoemde afwijkende punt is echter de rol van de sociale wijkteams. Deze rol wordt in de Drechtsteden relatief klein genoemd, vergeleken bij andere gemeenten waarvoor zij werken. Als voorbeeld wordt genoemd dat in sommige andere gemeenten professionals vanuit de zorgaanbieders nauw bij de sociale wijkteams zijn betrokken en/of hier deel van uitmaken³⁰.

Wat valt op?

- De SDD wijkt volgens vier (grote) bovenregionaal werkende zorgaanbieders niet opvallend af in ontwikkelingen en beleid op het gebied van de IB.
- Het meest genoemde verschil is wel dat de sociale wijkteams in andere gemeenten vaak een grotere rol spelen, en/of er een betere connectie zou zijn.

5.4 Afstemming van de zorg en zorgstapeling

Er is bij veel IB-cliënten sprake van zorgstapeling, zo blijkt desgevraagd uit de interviews met de zorgaanbieders. Daarbij is de afstemming met de andere zorgproducten niet altijd optimaal. Een aanzienlijk deel van de cliënten met IB ontvangt ook FACT-zorg, behandeling en/of dagbesteding. Sommige zorgaanbieders bieden die andere vormen van zorg ook zelf aan. In dat geval is de stapeling in elk geval in beeld en is er meer gelegenheid om de zorgsoorten af te stemmen. Als de ondersteuning of behandeling vanuit een andere zorgaanbieder wordt geleverd, is dit nog lastiger. Het is bij de aanbieder van IB dan soms niet eens bekend. Er wordt bij de cliënt wel naar gevraagd, maar de aanbieders kunnen dit niet nagaan en cliënten vertellen

30 Hoewel er ook aanwijzingen zijn dat dit het aantal doorverwijzingen naar gespecialiseerde zorg juist groter maakt, en dus geen verschuiving oplevert (SCP, 2019).

(of weten) het om verschillende redenen niet altijd. Een goede afstemming van de verschillende zorgsoorten vindt dus niet altijd plaats. En ook als de stapeling wel bekend is, is er niet altijd sprake van een sluitende afstemming van de zorg tussen de verschillende zorgaanbieders. In gemeenten waar wordt gewerkt met arrangementen zou die afstemming doorgaans beter zijn³¹. Een zorgaanbieder suggereert dat de gemeente bij het keukentafelgesprek de zorgstapeling (beter) in kaart zou moeten brengen om een betere afstemming te bevorderen.

Wat valt op?

- Zicht op de aard en omvang van zorgstapeling ontbreekt vaak bij de zorgaanbieders; hierdoor zijn ook de mogelijkheden tot het afstemmen van zorg beperkt.

5.5 Ontwikkelingen in het cliëntprofiel

De geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat een deel van de cliënten naar het nieuwe waakvlamprofiel is verschoven: zij kunnen over het algemeen met deze vinger-aan-de-pols-zorg maatschappelijk functioneren.

Welke verschillen in profiel zien de zorgaanbieders bij de nieuwe instroom in de IB? De instroom van nieuwe cliënten laat deels een ander profiel zien, volgens de aanbieders. De aanbieders geven aan in toenemende mate cliënten met een 'zwaardere ondersteuningsvraag' te zien binnenkomen. Het gaat dan vaak om mensen die aanvankelijk een periode lang bijna dagelijks ondersteuning nodig hebben. Hun problematiek en ondersteuningsvraag zijn vaak meervoudig. Soms gaat het vooral om psychosociale problematiek, waarbij niet altijd duidelijk is of er wel sprake is van veronderstelde achterliggende problematiek waarop men instroomt (LVB of GGZ). Daarnaast zien de aanbieders voor de doelgroepen met LVB en autisme een verhoogde instroom van mensen met (relatief grote) GGZ-problematiek. Zij geven aan dat dit deels gaat om de doelgroep die voorheen in Beschermd Wonen zou instromen (of daaruit soms afkomstig is), maar nu zelfstandig blijft wonen. Een deel van hen komt uiteindelijk toch in de BW terecht.

Zorgaanbieders geven aan dat het aanbod van IB soms niet voldoende of niet passend is bij de cliënten die via de toegang instromen. Bij één van de zorgaanbieders is mede daardoor een 'poortwachter' aangesteld die de binnenkomende aanmeldingen screent op passendheid van de zorg. Daarbij wordt regelmatig gezien dat er – naast de IB – ook behandeling nodig is. Bij de nieuwe instroom zien zorgaanbieders ook in toenemende mate mensen die op de wachtlijst voor GGZ-behandeling staan, zo geven de zorgaanbieders aan. Een deel van hen kan dan alvast starten met begeleiding (bijvoorbeeld psycho-educatie).

31 De geïnterviewden gaven geen specifieke voorbeelden van integrale ondersteuningsarrangementen, maar gedacht kan worden aan bijvoorbeeld de village deals: afspraken tussen het college van B&W en de gemeenteraad om binnen een experiment te werken aan een innovatief en integraal ondersteuningsarrangement binnen het sociaal domein, zie:

<https://www.movisie.nl/artikel/integraal-werken-wat-kunnen-bestuurders-doen>

Zie ook: <https://www.altrecht.nl/zorgenheid/gebiedsteams-ggz/>

Daarnaast zien zij instroom vanuit kwetsbare jongeren die 18 zijn geworden. Verder wordt bij de GGZ-aanbieders een verhoogde instroom van kwetsbare senioren gezien: mensen die niet meer in het verpleeghuis terecht kunnen en soms ook vanuit de PAAZ voor IB worden verwezen. Bij de GGZ-aanbieders wordt vaker een combinatie van GGZ met verslavingsproblematiek gezien en vaker mensen met 'gedragsproblemen', waarbij wellicht LVB/VB speelt.

In hoeverre deze profielverschuivingen een trend weergeven aan de vraagkant van burgers, of een gevolg zijn van specialisatie van de zorgaanbieders in kwestie (ontwikkeling aan de aanbodkant), is uit deze beknopte rondgang niet op te maken.

Wat valt op?

- Het profiel van de cliënten met IB lijkt te veranderen. Aan 'de achterkant' zien de geïnterviewde zorgaanbieders een toename van cliënten in het uitstroomprofiel, aan de 'voorkant' zien zij heftiger, meervoudige problematiek, soms met vooral sociaal-maatschappelijke problematiek.
- Verder zien zij meer jongeren en meer kwetsbare senioren.

5.6 Verklaringen zoals genoemd door de zorgaanbieders

"De groei van IB is het succes van de ambulantisering. En dat heeft financiële consequenties."

"Reken maar uit: een groot bewustzijn bij de cliënten, een gebruiker die niks hoeft te betalen, een potentiële zorgbehoefte die groot is, aan de voorkant mensen met een groot warm sociaal hart.. dat zijn de ingrediënten."

De zorgaanbieders noemen een aantal trends en ontwikkelingen die zij waarnemen en deels als verklaring zien voor toename van de instroom in de IB. Als maatschappelijke verklaring wordt genoemd dat de samenleving complexer en veeleisender is geworden (digitalisering, social media) waardoor meer mensen buiten de boot vallen die begeleiding nodig hebben om mee te kunnen blijven doen. Het wegvallen van de zorg nadat een jongere 18 wordt, speelt daarbij ook een rol.

Daarbij geldt ook dat kinderen in het onderwijs veel meer worden getest (in vergelijking met vroeger) en de acceptatie op afwijken van de standaard minder groot is. Door het toenemend testen van kinderen, en het vaststellen van 'afwijkingen' komen ook steeds meer 'aandoeningen' bij de ouders/volwassenen in beeld (ADHD, autisme). Naast de afgenomen acceptatie van 'anders zijn', staat bovendien de toegenomen acceptatie voor hulpverlening/behandeling: het is normaler om begeleiding/behandeling te ontvangen, zowel vanuit maatschappelijk oogpunt als vanuit professioneel handelen. Bij een diagnose hoort dan vaak ook een zorgaanbod. Verder wordt nog de toegenomen aandacht voor (het melden van) verward gedrag genoemd.

De transitie en transformatie van de zorg heeft uiteraard consequenties voor het zorggebruik. De ambulantisering, langer zelfstandig thuis blijven wonen van kwetsbare ouderen en de inzet op eigen kracht en mantelzorg leiden op natuurlijke wijze tot een groter beroep op lokale zorg en ondersteuning en dus ook op de instroom in de IB. De toegangsdrempel voor kwetsbare ouderen naar het verpleeghuis is hoger geworden, terwijl de (dubbele) vergrijzing groeit, wat tot een hogere IB-aanvraag van ouderen leidt. Datzelfde geldt voor de afname van de beddencapaciteit in de GGZ: mensen met psychische aandoeningen komen minder snel in een kliniek of in het BW terecht en blijven er gemiddeld korter. Zij zouden daardoor vaker een beroep op IB doen, aldus geïnterviewden. De veranderingen die zich hebben voorgedaan in het (wettelijk) zorglandschap leiden tot verschuivingen van zwaardere naar lichtere zorg, van klinisch naar ambulant. De groei van de IB kan worden gezien als een logisch onderdeel van de ambulantisering van de GGZ. En als een natuurlijk onderdeel van de beweging dat ouderen langer zelfstandig thuis blijven wonen.

Zorgaanbod/ capaciteit en kwaliteit

Daarnaast signaleren zorgaanbieders dat de Zvw-gefinancierde GGZ-zorg zou zijn verschaald en/of schaarse kent, die door de IB soms wordt opgevangen. Zo wordt gezien dat IB soms fungeert als aanvulling bij een GGZ-behandeling die 'nog niet af is' en/of vanuit financiële overwegingen niet kan worden voortgezet. En dat mensen op de wachtlijst voor GGZ-behandeling individuele begeleiding krijgen toegekend, om toch al enige ondersteuning te kunnen bieden. Ook wordt genoemd dat cliënten met een verstandelijke beperking soms voor IB worden geïndiceerd ter voorbereiding of aanvulling op behandeling, wanneer deze niet goed aanslaat. Ook omdat vanuit de GGZ zelf maar beperkt ambulante begeleiding wordt geboden (behalve FACT en IHT). De combinatie van FACT en IB komt veelvuldig voor en de afstemming daartussen is vaak niet optimaal, zo signaleren de geïnterviewde medewerkers van de vier zorgaanbieders.

Toegang

De individuele begeleiding van de SDD-gemeenten is een open einde regeling: er gelden geen budgetplafonds. Tot 1-12-2020 gold er ook voor de client geen eigen bijdrage. Sommige zorgaanbieders valt het op dat bij de indicatiestelling een breed scala aan hulpvragen wordt betrokken, wat dan soms leidt tot een groot aantal soms relatief hoog gestelde doelen. Ook wordt wel gezien dat zij in hun intake erg breed indiceren, waarbij een breed scala aan hulpvragen – op meerdere levensdomeinen - wordt betrokken, wat leidt tot een groot aantal of soms relatief hoog gestelde doelen. Dat kan leiden tot een hoge verwachting bij de cliënt en een lange doorlooptijd. Sommige zorgaanbieders zijn van mening dat er bij de indicatiestelling soms meer focus en afbakening kan worden aangebracht.

Sociale wijkteams

Een andere verklaring voor de toename van de instroom is dat er veel druk op maatwerkondersteuning is komen te liggen, doordat het voorliggend veld onvoldoende problematiek afvangt. Met de lage drempel van de sociale wijkteams, is de toestroom aan hulpvragen hier hoog, waardoor niet alle mensen (tijdig) kunnen worden geholpen. Niet iedereen weet de weg even gemakkelijk te vinden, waardoor sommige mensen tussen wal en schip vallen en hun problemen (financieel, wonen, opvoeding, relaties, sociaal) kunnen oplopen, aldus stakeholders. Deze problematiek wordt dan zo groot, dat uiteindelijk maatwerkwzorg nodig

is. Het zijn juist de meer kwetsbare mensen die door de wijkteams minder goed gevonden worden. Daarbij wordt gesteld dat de relatie van de zorgaanbieders met de wijkteams in de Drechtsteden niet sterk is ontwikkeld.

Veel aanbieders

Daarnaast is er aan aanbodzijde sprake van veel kleine aanbieders die zich op de markt willen handhaven en daardoor mogelijk minder geneigd zijn zich actief te richten op snelle doorstroom en uitstroom, zo luidt de veronderstelling van de geïnterviewde partijen. Andere zorgaanbieders zijn vanuit een verschil in visie minder gericht op het stimuleren van meer zelfstandigheid of zijn van mening dat een deel van hun cliëntèle hiertoe niet de mogelijkheden heeft.

Wat valt op?

- De toegang van de IB is goed bekend en laagdrempelig.
- De indicatiestelling is ruimhartig en niet of weinig begrensd (financieel of in toekenningsduur).
- Het indicatiegesprek richt zich op veel levensdomeinen, wat soms leidt tot een breed geformuleerde ondersteuningsbehoefte (of meerdere behoeften) en daarmee volgens sommige zorgaanbieders ook tot 'hoge doelen' en grote verwachtingen, die niet altijd kunnen worden waargemaakt en tot lange ondersteuningstrajecten leiden.
- De rol van de lokale sociale wijkteams en het voorliggend veld in het tijdig afvangen van ondersteuningsvragen van bewoners, lijkt (nog) gering. Relatief lichte problematiek zou daardoor kunnen oplopen.
- Er is sprake van een groot aantal aanbieders op de markt.

5.7 Aanbevelingen vanuit de zorgaanbieders

De geraadpleegde zorgaanbieders geven aan graag bereid te zijn mee te denken in het beleid, zoals dat nu ook al wel gebeurt. Gesuggereerd wordt om dit overleg ook over verschillende gemeenten/regio's te voeren om 'te benchmarken en samen ideeën te bedenken voor schaarste-management'. Ook zou het maatschappelijk debat aangezwengeld kunnen worden op onderwerpen als 'de maakbaarheid van geluk', acceptatie van afwijken en 'claimcultuur'. Daarnaast klinkt het geluid dat de groei van de IB een logisch en wenselijk gevolg is van de ambulantisering en het beleid om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen en dat de ontwikkeling dus ook gewoon omarmd kan worden.

Een opsomming van de aanbevelingen gedaan door de geïnterviewde zorgaanbieders³²:

- Om goed te kunnen sturen is er meer zicht nodig op zorgstapeling, zodat kan worden gestuurd op kwaliteitsverbetering door betere afstemming/integratie van verschillende zorgcombinaties (en voorkomen van dubbelingen).
- Een actief outreachende benadering vanuit de sociale wijkteams kan het verergeren van problematiek voorkomen en zo maatwerkwzorg afvangen. Vergroot de vroegsignalering. Hierbij is een versterking van het voorliggend veld nodig, en een goede verbinding met de sociale wijkteams. Onderzoek in hoeverre de waakvlamzorg via de wijkteams kan worden geboden (of een andere wijze van vinger aan de pols houden).
- Intensiveer de connectie van de SDD consultants en van zorgaanbieders met de wijkteams. Zorg voor eerdere overdracht. Geef de zorgaanbieders een rol in de wijkteams. Overweeg instelling van een plafond of jaarbudget voor zorgaanbieders.
- Verbeter de samenwerking tussen FACT en IB, ook binnen instellingen.
- Overweeg een eigen bijdrage voor cliënten in te stellen.
- Zorg voor een betere concretisering van de hulpvraag bij het keukentafelgesprek. Prioriteer daarbij, bijvoorbeeld door de focus te leggen op een specifiek leefdomein. Door meer focus aan te brengen in het indicatieadvies kan doelgerichter worden gewerkt en kunnen trajecten worden verkort.
- Bij indicatiestelling door de consultant is het van belang beter na te gaan of er ook behandeling nodig is.
- Stimuleer/prikkel aanbieders (financieel) om uitstroom te stimuleren, door cliënten meer in het eigen netwerk te laten organiseren (ook met hulp wijkteam).
- Beperk de duur van IB-indicatie en bekijk tijdens de looptijd van een jaarindicatie of er eerder kan worden gestopt (eerdere herindicatie).
- Maak het makkelijker voor professionals van zorgaanbieders om in contact te komen met consultants, om te kunnen afstemmen, een snellere mogelijkheid tot overleg.
- Houd heraanmeldingen bij, om in de gaten te houden of je niet te snel afschaalt.

32 Het gaat niet per se om aanbevelingen die door alle geïnterviewden zijn genoemd, of waarover zij het eens zijn, maar om een opsomming. Sommige aanbevelingen komen dus maar vanuit 1 geïnterviewde partij.

6 Conclusies



De Sociale Dienst Drechtsteden wil de achtergrond van de groei van de instroom in het Wmo maatwerkproduct Individuele Begeleiding beter begrijpen. De SDD liet daarvoor een onderzoek uitvoeren, met als hoofdvraag:

Hoe moet de toename van de instroom in de Individuele Begeleiding (IB) die zich in de SDD voordoet, in relatie tot andere ondersteuningsproducten, worden begrepen? En welke sturingsmogelijkheden zijn er?

De opzet van de eerste fase van het onderzoek bestond uit deskresearch, interviews met zes personen werkzaam bij vier grote zorgaanbieders en een informatieronde onder beleidsmedewerkers van zes referentiegemeenten. Het deskresearch bestond onder meer uit een analyse van landelijke ontwikkelingen, een nadere analyse van registratiecijfers van de SDD en een secundaire analyse op Vektis-data. Doel van deze onderzoeksfase is de situatie rond de IB en de belangrijkste verklaringen nader in beeld brengen en nagaan in hoeverre hierop sturing mogelijk is. Ook zullen we aangeven welke vragen resteren.

We vatten de belangrijkste bevindingen samen en trekken daaruit conclusies met betrekking tot de onderzoeksvragen. We doen dit aan de hand van de volgende vragen.

- Welke ontwikkelingen laten de registraties van de SDD zien op instroom en uitgaven aan IB?
- Welke ontwikkelingen doen zich voor in het profiel van de IB-cliënt?
- Hoe verhoudt dit zich tot de ontwikkeling binnen de andere Wmo-maatwerkproducten?
- De landelijke ontwikkeling van de IB
- Tussen de SDD gemeenten onderling?
- Welke verklaringen zijn er voor de toename aan instroom en de wijzigingen in het profiel?
- Welke sturingsmogelijkheden horen daarbij?
- Welke informatie ontbreekt nog?

6.1 Ontwikkelingen instroom en uitgaven aan IB

Analyse van de cijfers van de SDD laat een duidelijke stijging van het aantal verstrekkingen van IB zien, zowel in aantal cliënten als in de uitgaven.

Binnen de Wmo maatwerkproducten is de groei van de individuele begeleiding geen uitzondering. De uitgaven nemen ook bij de andere Wmo-maatwerkproducten (hulp bij het huishouden) toe. De toename bij de IB springt er echter wel uit.

6.2 Welke ontwikkelingen doen zich voor in het profiel van de IB-cliënt?

Het profiel van de IB-cliënt verschuift. Nog steeds wordt een groot deel van de IB verleend via instellingen die zich richten op ondersteuning van mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking, maar de grootste stijging doet zich voor bij zorgaanbieders die zich richten op geestelijke gezondheidszorg, inclusief autismezorg en ondersteuning bij psychosociale ondersteuningsvragen. Verder neemt vooral het aandeel van de zwaardere arrangementen toe, alsook het aandeel van juist de lichtste arrangementen. Dit laatste gaat samen met de invoering van een nieuw arrangement, gericht op uitstroom.

Het feit dat het aandeel van mensen die IB krijgen toegekend vanuit een GGZ-aanbieder binnen de cliënten met individuele ondersteuning het sterkst toeneemt, zowel in cliënt aantallen als in uitgaven, duidt erop dat het aandeel mensen met GGZ problematiek steeds groter wordt.

Verder neemt het aandeel van de jongere en van de oudere leeftijdsgroep toe. De zorgvraag van de cliënt IB lijkt te verzwaren: er wordt een groter aandeel zwaardere arrangementen toegekend en zorgaanbieders zien in toenemende mate cliënten met een complexe(re) hulpvraag (o.a. multiproblematiek en hoog opgelopen psychosociale problematiek). Dit sluit aan bij het beeld vanuit de referentiegemeenten.

6.3 Hoe verhoudt de groei van instroom zich tot het landelijke beeld en welke verschillen zijn er ten opzichte van andere gemeenten?

De toename van instroom en uitgaven op de IB is een landelijk verschijnsel, de SDD wijken hierin niet af. Ook op de andere Wmo maatwerkproducten en op Jeugdzorg stijgen de aantallen overall. Dit blijkt zowel uit landelijke cijfers als uit de gesprekken met referentiegemeenten.

6.4 Welke verklaringen zijn er voor de toename aan instroom en de wijzigingen in het profiel?

Voor de toenemende instroom in de IB en de verzwarende van de problematiek, onderzoeken we een aantal verklaringsscenario's die naar voren komen uit de interviews met zorgaanbieders en beleidsmedewerkers van andere gemeenten. Deze verklaringen kunnen vanuit dit onderzoek deels wel en deels niet worden onderbouwd door cijfers. We lopen ze langs. De belangrijkste verklaringsrichtingen zijn ingedeeld in persoonsfactoren, factoren van beleid (landelijk en regionaal/lokaal), aanbod en samenleving. Zie ook het onderzoekskader.

Factoren van (landelijk) beleid

- 1. De ambulantisering en hervorming van de (langdurige) zorg:** mensen die voorheen (langer of eerder) een indicatie voor intramurale zorg zouden krijgen en zorg in het verpleeghuis, de GGZ kliniek, (intramuraal) Beschermd Wonen zouden ontvangen, komen daarvoor nu niet meer in aanmerking, blijven of gaan zelfstandig wonen en een deel van hen heeft daarbij ondersteuning nodig, en vraagt IB aan.

In hoeverre wordt dit beeld vanuit beschikbare cijfers voor de SDD ondersteund?

De uitgaven³³ aan Beschermd Wonen in de SDD namen in de afgelopen jaren niet af, maar juist toe. Maar daarbij valt op dat de stijging het grootst is in de toekenningen voor BW extramuraal. Het aantal GGZ-bedden voor het eerste opnamejaar in de regio Waardenland (waaronder de SDD valt) ligt hoger dan landelijk en de beddenafbouw is in lijn met het landelijk afbouwpercentage. Analyses van Vektis-gegevens laten verder zien dat de opbouw van de ambulante intensieve zorg in de SDD fors lager ligt dan landelijk. Qua leeftijdsverdeling neemt het aandeel jongeren en het aandeel ouderen procentueel toe.

Conclusie: De beddenafbouw van de intramurale Zvw-gefinancierde GGZ in de Drechtsteden gemeenten (zorgkantoorregio Waardenland) ligt in lijn met het landelijk beeld, maar de Drechtsteden gemeenten kenden getalsmatig een wat hoger aantal bedden dan landelijk gemiddeld. Dat betekent dat er getalsmatig ook meer bedden zijn verdwenen. De opbouw van de Zvw-gefinancierde ambulante intensieve zorg ligt in de regio fors lager dan elders in het land. Hieruit leiden we af dat het effect van de (Zvw-gefinancierde) beddenafbouw in de SDD regio in elk geval niet minder zal zijn dan elders in het land en waarschijnlijk zelfs iets meer kan bijdragen aan de instroom in (o.a.) individuele begeleiding. In het Wmo-gefinancierde beschermd wonen stijgen vooral de uitgaven aan extramurale BW. De stijging van het aandeel van de jongere leeftijdsgroep in de IB kan gerelateerd zijn aan doorstroom vanuit de Jeugdwet. De toename van het aandeel van de oudere leeftijdsgroep past bij de ontwikkeling van langer thuis blijven wonen voor kwetsbare ouderen. Let wel: de verbanden zijn aannemelijk, maar niet aangetoond; er is geen onderzoek op cliënt niveau beschikbaar/gedaan.

Factoren van aanbod

- 2. Knelpunten in de GGZ.** Door achterblijvende opbouw van intensief GGZ behandelaanbod en door wachtlijsten voor GGZ-behandelingen en voor verpleeghuiszorg (ambulant en intramuraal) vallen er 'gaten', die door IB worden gevuld (ter overbrugging, verlenging of aanvulling).

In hoeverre wordt dit beeld voor de SDD vanuit beschikbare cijfers ondersteund? De cijfers laten zien dat het aandeel mensen dat de IB vanuit GGZ-zorgaanbieders ontvangt een steeds groter aandeel inneemt onder de IB-cliëntpopulatie. Een analyse van de wachttijdgegevens laat zien dat de wachttijden in de regio Waardenland (waaronder de SDD valt) gemiddeld langer zijn dan landelijk en ook in grote mate langer dan de norm. Zorgaanbieders geven aan dat ze hiermee

33 Er is geen informatie over de ontwikkeling van het aantal cliëntplaatsen BW bekend/aangeleverd.

in toenemende mate te maken krijgen. Het is aannemelijk dat de wachtlijstproblematiek in het algemeen en die in de SDD in het bijzonder bijdraagt aan de stijging van het beroep dat er op de IB wordt gedaan. Ook hier geldt dat het verband aannemelijk is, maar niet aangetoond; er is geen onderzoek op cliënt niveau beschikbaar/gedaan.

Maatschappelijke factoren/ factoren van het aanbod

3. Psychosociale problematiek loopt vaker (te) hoog op: IB wordt in toenemende mate ingezet bij mensen bij wie aanvankelijk relatief geringe problematiek (beginnende schulden, relatie/gezinsproblemen) dermate is opgelopen dat maatwerkhulp nodig is. Dit wordt (in combinatie met complexer worden van de samenleving) geweten aan een tekortschieten van de preventieve zorg, doordat het voorliggend veld/de sociale wijkteams de problematiek om verschillende redenen niet goed of niet tijdig oppakken.

Dat een deel van de groei van de instroom in de IB vanuit oplopende psychosociale problematiek is te verklaren, is een krachtige observatie vanuit de zorgaanbieders, die niet op basis van cijfers vanuit de SDD of de zorgaanbieders is te onderbouwen. Twee van de vier geïnterviewde zorgaanbieders geven daarbij aan dat zij de indruk hebben dat het voorliggend veld en de relatie van de ondersteuning via maatwerkvoorzieningen met het werk van de sociale wijkteams in andere gemeenten sterker is dan in de SDD regio.

Het is op basis van de beschikbare gegevens niet mogelijk om bovenstaande observaties binnen de SDD met cijfers te onderbouwen. Ook is de relatie niet eendimensionaal. Vanuit onderzoek zijn er ook geluiden dat juist een 'actief wijkteam' leidt tot meer maatwerkwzorg.

Conclusie: de veronderstelling bestaat dat vroegsignalering en preventie van sociaal maatschappelijke problematiek (schulden, gezin, relatie) in het voorliggend veld onvoldoende op orde is, waardoor psychosociale problematiek te veel kan oplopen en leidt tot meer instroom in de IB. Deze veronderstelling is niet te onderbouwen vanuit de beschikbare cijfers. Onder meer een analyse van het voorkomen van problematiek, het lokaal aanbod van preventieve interventies en van 'verwijsgedrag' tussen de verschillende SDD gemeenten onderling, kan hierin inzicht geven.

Factoren van lokaal beleid/de toegang

4. De toegang tot de individuele begeleiding in de SDD is laagdrempelig en het indicatiebeleid ruimhartig, waardoor het aantal cliënten steeds verder groeit. Dit in combinatie met algemeen maatschappelijke factoren als toenemende complexiteit van de samenleving, een afnemend taboe op het vragen van hulp, een steeds mondiger burger en een grotere vanzelfsprekendheid dat hulp nodig is bij 'enige afwijking in gedrag of levenswandel', doen het aantal cliënten oplopen. De indicatiestelling zelf is daarbij vaak onvoldoende 'concreet' en de evaluatie van de indicatieduur niet voldoende frequent, waardoor cliënten soms lang in de IB blijven.

Bovenstaande is, gebaseerd op interviews met aanbieders, een mogelijk scenario. Overall wordt een grote toeloop op Wmo-voorzieningen en een lage drempel gezien als een positief signaal dat de gemeente 'goed bezig' is qua bekendheid en laagdrempeligheid van haar ondersteuningsaanbod. Burgers die ondersteuning nodig hebben, weten de SDD te vinden en krijgen de ondersteuning die ze aanvragen, zo is de indruk. Twee van de vier geïnterviewde zorgaanbieders gaven aan de indruk te hebben dat het toegangsbeleid van de SDD ruimhartiger is dan bij andere gemeenten waarvoor zij werken. Zorgaanbieders geven verder aan dat mogelijkheden om uitstroom verder te bevorderen niet worden aangegrepen door de SDD. Ook wordt erop gewezen dat de indicatiestelling door de consulenten soms erg breed is en te weinig concreet, waardoor het lastig is de doelstellingen te bereiken en cliënten erg lang in een traject kunnen blijven. Het feit dat er aan aanbodzijde sprake is van een groot aantal elkaar beconcurrerende aanbieders, helpt niet mee. Bovendien zijn er ook morele en filosofische verschillen van opvattingen over de mate van zelfredzaamheid die van verschillende cliëntgroepen mag worden verwacht en bijbehorende verschillen in aanpak van de ondersteuning.

Feit is dat de SDD geen eigen bijdrage op de IB heft³⁴ en er dus geen financiële drempel is. Verder geldt dat de gemiddelde lengte van de IB-trajecten fors hoger ligt dan de geformuleerde ambitie hiervoor. Er zijn voorts geen gegevens bekend die dit scenario verder kunnen ontkrachten of onderbouwen. Nadere analyse van het aantal aanvragen/afwijzingen, de ontwikkeling van de uitstroom en trajectduur zou kunnen worden vergeleken met landelijke gemiddelden en met de ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Ook kan gekeken worden naar de ontwikkeling van de cliëntervaring, naar kenmerken van het indicatiestellingsproces en naar overtuigingen van verwijzers en consulenten. Hierop is verdere verdieping nodig.

6.5 Welke sturingsmogelijkheden zijn er?

Een rondgang langs enkele andere gemeenten laat zien dat de toename op de IB wel overal wordt opgemerkt (en als drukkend op het budget), maar inhoudelijk niet per se als een probleem wordt gezien waarop sturing nodig is. Veel gemeenten zien de groei als een teken van succes van de transitie van de zorg en als een opsteker voor de toegankelijkheid en lage drempel van de Wmo.

Wel zouden gemeenten graag meer zicht willen hebben op de ontwikkelingen door inzicht te hebben in cijfers – bij voorkeur op persoonsniveau zodat ontwikkelingen binnen subgroepen, cliëntstromen en stapeling van zorg vanuit de andere zorgdomeinen zichtbaar kunnen worden gemaakt. Welke ontwikkelingen doen zich daar voor, hoe hangen deze samen met het groeiende beroep op de lokale maatwerkvoorzieningen en de jeugdzorg? Meer inzicht in verschuivingen in zorggebruik en in zorgstapeling tussen de domeinen, zou het gesprek tussen gemeenten enerzijds en het ministerie, de zorgkantoren en de zorgverzekeraars anderzijds beter mogelijk maken.

Er zijn wel sturingsmogelijkheden, zo blijkt uit de rondgang langs andere gemeenten. Sommige gemeenten hebben drempels ingesteld voor de jaarbudgetten voor zorgaanbieders, anderen richten zich op intensieve monitoring en het versterken van de expertise bij de indicatiestelling

34 Deze was er eerder wel en het wordt opnieuw ingevoerd per 1-12-2020.

en op reductie van de urenstapeling binnen indicaties. Kostenreductie wordt niet gezocht in beperking van de toegang, maar wel in het verbeteren van de efficiëntie en kwaliteit van ondersteuning. Mogelijkheden hierin voor de toekomst worden gezien in een betere afstemming met andere maatwerkproducten, in betere samenwerking met behandelaren en andere hulpverleners, bijvoorbeeld vanuit FACT-zorg. Gemeenten zetten ook (soms zeer gericht) in op versterken van de vroegsignalering en preventie om zo probleemcumulatie te voorkomen en daarmee indirect de maatwerkondersteuning terug te dringen. Het versterken van de sociale wijkteams en het voorliggend veld is een belangrijke aanbeveling om de zorg aan burgers te verbeteren en tegelijkertijd het beroep op de maatwerkvoorzieningen terug te dringen.

Welke aanbevelingen voor beleid geven de andere gemeenten en zorgaanbieders?

Toegang	Doelen beter concretiseren Aantal doelen beperken Eerste toekenning voor kortere periode/eerder en tussentijds met cliënt evalueren
Door- en uitstroom	Betere/snellere communicatie tussen zorgverlener en consulenten voor sneller op/afschalen Vinger aan de pols contacten overdracht naar wijkteams Rol voor zorgaanbieders in wijkteams
Zorgaanbieders	Beperk aantal Instellen financiële drempels en prikkels
Preventie	Versterk het voorliggend veld door: Meer capaciteit en/of betere triage (beperkte wachttijden) Expertise zorgaanbieders Gerichte interventies ontwikkelen voor meest voorkomende problematieken, bijvoorbeeld levensfase gericht Meer outreach vanuit wijkteams

6.6 Lijnen voor vervolgonderzoek

Dit rapport beschrijft een aantal belangrijke trends, toont het perspectief van enkele andere gemeenten en op hoofdlijnen van een aantal aanbieders. Een verdiepende vervolgstap is nodig om de dynamiek van IB (in samenhang met andere producten) en de mate waarin deze ontwikkeling gewenst en beïnvloedbaar is, beter te kunnen begrijpen. Daarvoor zien wij een aantal – deels onderling samenhangende - lijnen voor vervolgonderzoek waarmee de strategie van de SDD voor de toekomst nader kan worden bepaald en onderbouwd:

- A. Clientprofiel en de clientreis;
- B. Rol zorgaanbieders en het zorgaanbod;
- C. Rol sociale wijkteams;
- D. Organisatie van de toegang en aspecten van verwijzing, indicatiestelling en evaluatie;
- E. Monitoring

We lichten deze lijnen hieronder nader toe, waarbij we steeds nagaan welke informatie ontbreekt, wat er nodig is en wat nader onderzoek zou opleveren.

A. Clientprofiel en de cliëntreis;

Aanwijzingen fase 1

Onderliggend onderzoek levert aanwijzingen op dat de cliëntpopulatie voor de IB aan het veranderen is, onder invloed van verschillende factoren. Deels zijn die factoren te beïnvloeden, deels ook niet. Welke ontwikkelingen zich precies voordoen in achtergrond, kenmerken, zorggebruik en ondersteuningsvraag van de aanvragers van IB, is uit de huidige (eerste) analyse niet goed op te maken. Hiervoor is een nauwkeuriger beeld van de cliëntpopulatie en de ontwikkelingen die zich hierin voordoen nodig. **Wie zijn al die nieuwe aanvragers eigenlijk en waar komen ze vandaan?** Ook is onbekend in hoeverre de cliëntprofielen verschillen tussen de gemeenten onderling.

Doel

Om meer inzicht te krijgen in de samenstelling van de cliëntpopulatie en de veranderingen die zich hierin voordoen, kunnen de cliëntreis en de cliëntpopulatie nader in beeld worden gebracht. Hiervoor moeten enerzijds beschikbare feitelijke gegevens – kengetallen (van de afgelopen jaren) – worden vergaard, zoals bijvoorbeeld leeftijd van (nieuwe) aanvragers, mate van stapeling van voorzieningen, aantal afbouwtrajecten. En anderzijds de minder harde gegevens, zoals de achterliggende problematiek van nieuwe aanvragers en hun ondersteuningsvoorgeschiedenis. Waren zij al eerder in beeld bij de Wmo? In hoeverre gaat het om 'doorstarters' in de IB? Ontvingen ze voorheen ondersteuning vanuit de andere domeinen? Welk deel combineert welke Wmo voorzieningen en hoe vaak komen combinaties met Zvw-zorg voor? En welke cliëntreizen gaan daarachter schuil?

Het nader in beeld brengen van het cliëntprofiel en de verschuivingen daarin, biedt antwoord op vragen als: Bij welk deel van de cliënten is er sprake van een verschuiving van zware naar lichtere zorg? En bij welk deel juist niet? Bij welk deel van de cliënten is er sprake van opgelopen psychosociale problematiek en hoe is die cliëntreis verlopen? Verzwaart of verandert de hulpvraag? Wie is dan die 'zwaardere' of 'andere' aanvrager en welke zorg ontving deze voordien? Dit geeft nader inzicht in nut en noodzaak van de individuele begeleiding en in de positie die deze ondersteuning inneemt binnen het zorglandschap. Ook kunnen specifieke cliëntgroepen nader in beeld worden gebracht, zoals jongere nieuwe aanvragers, of juist ouderen, cliënten die zowel FACT-zorg als IB ontvangen, mensen die wachten op behandeling.

>

>

Methode

Naast een kwantitatieve analyse van (ontwikkelingen in de) feitelijke cliëntkenmerken van de aanvragers (leeftijd, stapeling, 'herkomst', herhalende ondersteuningsaanvraag), is hierbij ook nadere kwalitatieve inkleuring van belang. Door een aantal verschillende cliëntreizen en profielen in detail in beeld te brengen - door middel van portretten of persona's -, kan beter worden ingeschat in hoeverre sturing in verschillende situaties en gevallen relevant en passend is.

Deze onderzoekslijn kan worden uitgevoerd door een combinatie van nadere analyse van registratiegegevens en dossieronderzoek (zo nodig aangevuld met informatie vanuit consulenten, zorgverleners en cliënten zelf). Ook kan een instrument als de effectencalculator worden ingezet om meer zicht te krijgen op een bepaald type casussen (bijvoorbeeld: doorstarters, afzwaaiers, mensen bij wie IB-O is ingezet, cliënten die voorheen in BW verbleven et cetera). Effectencalculatorsessies brengen de effectiviteit en meerwaarde van een interventie in beeld, door – met de betrokkenen zelf - een reconstructie van de cliëntreis te maken en hierbij ook alternatieve scenario's te doorlopen.

B. Rol zorgaanbieders en het zorgaanbod;

Aanwijzingen fase 1

Zorgaanbieders zelf, en ook collega gemeenten, geven aan dat **de effectiviteit van de ondersteuning vanuit de zorgaanbieders aan IB-cliënten kan verbeteren**. Bijvoorbeeld door een betere afstemming tussen Wmo IB en Zvw-zorg na te streven. Dit zou enerzijds tot verhoging van de kwaliteit van de ondersteuning kunnen leiden – waarmee wordt verwacht dat de kwaliteit van leven van cliënten wordt verbeterd. Anderzijds kan een efficiëntere ondersteuning mogelijk de trajectduur verkorten, de ureninzet verlagen en/of de uitstroom verhogen. Dit zou dan tot kostenreductie leiden. In hoeverre hiervoor inderdaad ruimte is en waar deze ruimte vooral zit, is op basis van dit onderzoek niet vast te stellen.

Doel

Deze tweede onderzoekslijn is gericht op verdieping van de verschillen tussen aanbieders onderling voor wat betreft bijvoorbeeld de gehanteerde ondersteuningsmethoden, opbrengsten voor de cliënt, trajectduur en uitstroompercentages. Ook kan meer zicht gegeven worden op de mate waarin zorgaanbieders en de SDD dezelfde doelen nastreven en welke ruimte daar nog in zit. En welke mogelijkheden tot verbetering van afstemming over de domeinen heen er worden gezien. Ook kan worden onderzocht hoe beperkende of prikkelende maatregelen zouden vallen (budgetplafonds, bindende afspraken over trajectduur of uitstroomcijfers) en welke valkuilen daarbij gelden.

Methode

Consultatie van een groter aantal zorgaanbieders (eventueel via een enquête) kan hierin meer helderheid verschaffen. Of verdieping van de dynamiek binnen organisaties die IB en ook andere zorgvormen aanbieden (bijvoorbeeld FACT) door middel van de verdiepende interviews. Welke mogelijkheden en grenzen zien zij? Wat zou daarbij helpen, wat hebben zij daarin nodig van de SDD? In hoeverre verschilt dit per cliëntgroep/ sector/ specialisme en waar liggen de grenzen? In hoeverre speelt de visie op 'herstel' hierbij een rol en welke ruimte en instrumenten zijn er om hierop educatie in te zetten? Good practices elders kunnen hierbij worden bestudeerd. Ook nadere bestudering van de verschillen in trajectduur en uitstroom percentages naar sector en zorgaanbieder zijn hierbij van belang: om nader in te zoomen op situaties die opvallen: waar zijn de doorlooptijden het langst of juist het kortst, waar is de cliënt tevredenheid het hoogst en hoe pakken deze zorgaanbieders dit aan? Er kunnen verschillende scenario's worden verdiept door middel van kwalitatief onderzoek: cliëntverhalen ter onderbouwing en illustratie van waarin hier de mogelijkheden en ook de beperkingen liggen. Verder kunnen focusgroepen nadere richting geven aan de sturingsopties.

C. Rol sociale wijkteams in de gemeenten;

Aanwijzingen fase 1

Het onderzoek laat zien dat sommige andere gemeenten zich vooral richten op **versterking van de sociale wijkteams en het voorliggend veld om de ondersteuning aan burgers zo vroegtijdig en nabij mogelijk te maken**. In de veronderstelling dat hiermee o.a. het oplopen van problematiek en een deel van de aanvraag van maatwerkondersteuning wellicht kan worden voorkomen en/of de duur ervan kan worden verkort en/of eerdere uitstroom mogelijk wordt. Het is in deze fase niet onderzocht in hoeverre er verschillen in IB-aanvraag/gebruik/kenmerken tussen de verschillende gemeenten zijn.

Doel

Grote verschillen tussen gemeenten in IB-aanvraag, gebruik en kenmerken van cliënten hierin zouden kunnen duiden op verschillende mate van functioneren van het voorliggend veld. De derde onderzoekslijn is gericht op het vergroten van inzicht in de verschillen in het ondersteuningsaanbod (eventuele witte vlekken) en in het functioneren en de inzet van de wijkteams tussen gemeenten. Ook verschillen in achterliggend(e) (visies van) beleid kunnen hierbij aan bod komen.

Methode

Nadere cijfermatige analyse van de geregistreerde verschillen in aanspraak op de maatwerkproducten in de gemeenten enerzijds en onderzoeken van de visie, aanpak en het lokaal aanbod anderzijds zou nader licht werpen op de mogelijkheden en beperkingen van versterking van het voorliggend veld. En in optimalisering van de afstemming tussen het lokaal beleid en dat van de SDD hierin. Wellicht is hierop al onderzoek gedaan, dat kan worden aangevuld met interviews met verschillende actoren. Ook kan nader naar good practices in (meer) andere gemeenten worden gekeken.

D. Organisatie van de toegang en aspecten van verwijzing, indicatiestelling en evaluatie;

Aanwijzingen fase 1

Het onderzoek laat zien dat de instroom in de IB groeit en dat ook de totale kosten oplopen. Het Wmo aanbod lijkt laagdrempelig en goed bekend bij burgers, zoals ook beoogd. **In hoeverre is de indicatiestelling voldoende scherp en in hoeverre wordt de evaluatie van trajecten systematisch uitgevoerd?** Zou hierin een efficiëntieslag te maken zijn, door meer focus aan te brengen in de formulering van de doelstellingen bij het indicatiegesprek, door kortere of lichtere trajecten toe te kennen of vaker tussentijds te evalueren? En welke mogelijkheden tot verbetering liggen er nog in de communicatie tussen zorgaanbieders en consulenten?

Doel

Er is nog geen informatie geanalyseerd over hoe het aantal toekenningen zich ontwikkelt ten opzichte van het aantal aanvragen en hoe dit zich verhoudt met het landelijk beeld. Ook is niet gekeken naar de wijze waarop en mate waarin hierop wordt gestuurd. En welke rol spelen tools als de Zelfredzaamheid-Matrix hierbij? In hoeverre komen taakopvatting, waarden en overtuigingen van de consulenten overeen met de doelstellingen van de SDD? Welke verbetermogelijkheden zien consulenten en wat is daarvoor nodig? In hoeverre vindt hierop monitoring, evaluatie en sturing plaats? Hoe beoordelen de consulenten hun eigen niveau van expertise en in hoeverre stelt hen dit in staat tot het gewenste detail niveau te indiceren en hierop ook te evalueren? Hoe is de uitwisseling met zorgaanbieders hierin? Welke mogelijkheden tot verbetering van de communicatie en afstemming wordt aan beide zijden gezien en welke belemmeringen spelen daarbij een rol? Hoe ervaren cliënten de indicatiestelling en de tussentijdse evaluaties en welke ruimte voor verbetering wordt gezien? En wat is de rol en visie van verwijzers? Dit zijn vragen die centraal staan in de vierde onderzoekslijn.

Methode

Interviews met de SDD, consulenten en de contactpersonen bij de zorgaanbieders kunnen hierop meer licht werpen. Ook kan daarbij onderzocht worden in hoeverre sturingsmogelijkheden die in andere gemeenten op de toegang zijn ingezet in de SDD zouden passen.

E. Monitoring;

Aanwijzingen fase 1

Uit het onderzoek blijkt dat er behoefte is aan **goede monitoring op de ontwikkeling van het gebruik van zorg en de ondersteuning van inwoners**. Deels is deze informatie beschikbaar, deels is deze informatie nog versnipperd of onvolledig.

Doel

Het is van belang de juiste informatie over lange tijd op eenduidige wijze te verzamelen en inzichtelijk te maken, bijvoorbeeld uiteindelijk in een helder dashboard. Zodat deze in samenhang kunnen worden geduid om nadere sturing mogelijk te maken.

Methode

Hiervoor dienen keuzes te worden gemaakt: welke doelstellingen van het Wmo-beleid wil de SDD monitoren, middels welke kernindicatoren kan dit worden gemeten en hoe frequent dient dit te worden geanalyseerd. Ook is daarbij van belang vast te stellen welke partners nodig zijn om de juiste gegevens te verkrijgen en voor de duiding ervan. En om het nadere gesprek te kunnen aangaan met regionale stakeholders. Analyse van good practices elders kan daarin behulpzaam zijn.

Bakker, P., & Pansier-Mast, L. (2011). *Voorspellers van zorggebruik in de GGZ Literatuurstudie*. Enschede: HHM.

Bijl, R. V. (1991). *Constructie van toekomstscenario's: Beleidsgericht scenario-onderzoek, toegepast op het gebied van de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.

Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Den Haag: VNG.

Eijkel, R. van, Gerritsen, S. & Vermeulen, W. (2019). De wijkteambenadering nader bekeken: Het effect van de inzet van wijkteams op Wmo-zorggebruik, Scp.

Graaf, R. d., Have, M. te., & Dorsselaer, S. v. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: Nemesis II opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kromhout, M., de Klerk, M., & Kornalijslijper, N. (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking: Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: SCP.

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Erp, N. van, Hulsbosch, L., Lange, A. de, & Boumans, J. (2019). *Landelijke monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ*. Utrecht: Trimbos instituut.

Prins, M. A. (2010). *Zorg voor psychische problemen vanuit het patiëntenperspectief: een onderzoek naar patiënten met angst en depressie in de huisartsenpraktijk*. Utrecht: NIVEL. <https://doi.org/10.2307/j.ctt6wp60t.11>

Schulinck (2015). *Factsheet overgang Jeugdwet naar Wmo 2015 Schematische weergave (jeugd) hulp na 18 jaar*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.

Ten Have, M., Nuijen, J., & de Graaf, R. (2012). *Ernst van de psychische aandoening als voorspeller van de aard en intensiteit van zorggebruik*.

Vriezen, J. A., Van der Lee, H., Eizenga, W. H., Van den Bogaard, F. M., Van Hoof, E., Lucassen, P. L. B. J., Kruijsse, A. R. (2007). Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Psychosociale problematiek. *Huisarts En Wetenschap*, 50(6), 466–466. <https://doi.org/10.1007/bf03085212>



Lijst van afkortingen



AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Beschermd wonen
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
FACT	Flexible Assertive Community Treatment
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IB	Individuele begeleiding
LMA	Landelijke Monitor Ambulantisering
POH	Praktijkondersteuner huisartsenzorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SDD	Sociale Dienst Drechtsteden
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VV	Voortgezet verblijf
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket



Bijlage I Omschrijving producten individuele begeleiding



Binnen de voorzieningen individuele begeleiding onderscheidt SDD verschillende typen producten met als voornaamste producten³⁵:

- Individuele begeleiding 1 (02A06 - Begeleiding regulier: outputgericht - licht), gericht op *toezicht en stimuleren*. 'De ondersteuning is erop gericht om door toezicht de feitelijke situatie te monitoren en/of door stimulans ervoor te zorgen dat de cliënt (eventueel met behulp van zijn netwerk) zelf in staat is de vereiste activiteiten te ondernemen. Waar mogelijk wordt de ondersteuning op termijn afgebouwd.'
- Individuele begeleiding 2 (02A07 - Begeleiding regulier: outputgericht - middel), gericht op *aanleren en oefenen*. 'De ondersteuning is erop gericht door aanleren en oefenen de cliënt (eventueel met behulp van zijn netwerk) naar het punt te brengen dat hij deze op een afzienbaar moment zelfstandig kan ondernemen of de cliënt te brengen naar het voor hem maximaal haalbare niveau. Deze vorm van ondersteuning is altijd eindig en van beperkte duur en kan ook kortdurend dienen om (ten behoeve van het indicatieproces) een scherper beeld te krijgen van een nieuwe cliënt'. Categorie 2 is in 2016 geïntroduceerd.
- Individuele begeleiding 3 (02A09 - Begeleiding regulier: outputgericht - zwaar), gericht op *helpen, overnemen en regie*. 'De ondersteuning is erop gericht om de cliënt (eventueel met behulp van zijn netwerk) te helpen bij het verrichten van de vereiste activiteiten (samen doen), al dan niet in combinatie met het overnemen van taken en/of uitvoeren van regie door de professional, omdat de cliënt deze niet zelf kan uitvoeren. Deze vorm van ondersteuning is aan de orde in complexe situaties (multiproblematiek) die vragen om intensieve begeleiding.'
- Individuele begeleiding 0: ondersteuning bij uitstroom uit begeleiding, voor mensen die tijdelijk nog een vinger aan de pols contact nodig hebben. Deze begeleiding is bedoeld als afschaalmogelijkheid. IBO is in augustus 2018 geïntroduceerd.

35 110717 Overzicht maatwerkvoorzieningen.pdf



Bijlage II Organisaties die deel hebben genomen aan de interviews



- Antes
- ASVZ
- Boba Levensloopbegeleiding
- Yulius

