Koersdocument

Inwoners met een psychische kwetsbaarheid

2024-2028

Zorg, opvang en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid

Regio Brabant Noordoost-Oost



Inhoudsopgave

1. INLEIDING 4

1.1 De koers 4

1.2 De ambitie 4

1.3 Samenhangende notities: governance – beleid – uitvoering 4

2. DE DOELGROEP 6

2.1 Inwoners met een psychische kwetsbaarheid 6

2.2 Bepalen van de ondersteuningsbehoefte 6

2.3 Duiding van de doelgroep naar ondersteuningsbehoefte 6

3. ONTWIKKELINGEN EN RISICO'S 8

3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen 8

3.1.1 Mentale gezondheid 8

3.1.2 Tekort aan woningen 8

3.1.3 Krapte op de arbeidsmarkt 9

3.2 Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 9

3.2.1 De ambulantisering van de GGZ 9

3.2.2. De hervorming van de langdurige GGZ 10

3.2.3 Landelijke evaluatie van de Wet verplichte GGZ 10

3.2.4 Ontwikkelingen GGZ in de regio 10

3.2.5 Visie op de GGZ 11

3.3 Toename van de grootstedelijke problematiek 11

4. SCHAARSTE EN VERDELINGSVRAAGSTUKKEN 13

4.1 Beleidsuitgangspunten bij schaarste en verdelingsvraagstukken 13

5. BELEIDSUITGANGSPUNTEN EN AMBITIES 17

5.1 Omgang met inwoners met een psychische kwetsbaarheid 17

5.2 Samenwerking tussen gemeenten 17

5.3 Samenwerking in de keten 18

5.4 Reguliere geïndiceerde Wmo-ondersteuning 20

5.5 Steunstructuren en basis op orde in elke gemeente 20

..... 21

5.6 Regionaal specialistisch vangnet 22

5.7 Beschermd Wonen en de doordecentralisatie 24

5.8 Aanpak dak- en thuisloosheid 26

5.9 Transformatie van de Maatschappelijke Opvang 27

5.10 Meldpunt Zorg en Overlast/Bemoeizorg/Wvggz 28

5.11 Preventie in het regionaal vangnet 29
5.12 Zorg & Veiligheid 30
5.13 Inkoop en contractmanagement 32

6. VAN BELEID NAAR UITVOERING 33

6.1 Regionale ontwikkelagenda voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid 33
6.2 Regionaal plan van aanpak dak- en thuisloosheid 33

7. FINANCIËLE KADERS 35

7.1 Doordecentralisatie van Beschermd Wonen 35
7.2 Begroting specialistisch vangnet 2024-2025 36

BIJLAGE 1 BEGRIPPENLIJST 40

BIJLAGE 2 AFKORTINGENLIJST 43

BIJLAGE 3 MONITOR PSYCHISCHE KWETSBAARHEID - IN ONTWIKKELING 44

BIJLAGE 4 BASIS OP ORDE IN ELKE GEMEENTE 45

1. Inleiding

Gemeenten zijn op grond van de Wmo 2015 verantwoordelijk voor de ondersteuning van inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Hierbij gaat het onder andere om de uitvoering van Beschermd Wonen, Maatschappelijke Opvang en het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. In de regio Noordoost-Brabant Oost[1] voert Centrumgemeente Oss de hiervoor genoemde taken uit.

Onder inwoners met een psychische kwetsbaarheid verstaan we mensen met een psychische aandoening en/of psychosociale problemen, al dan niet in combinatie met verslavingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking (ook wel dubbel-/triple problematiek genoemd) en/of dak- en thuisloosheid.

1.1 De koers

Met de visie van Commissie Dannenberg (2015) is er landelijk een beweging op gang gekomen die uitgaat van positieve gezondheid, herstel-ondersteunende zorg, normalisatie en inclusie. Waar voorheen de focus van beleidsmakers gericht was op het inkopen van de (gemeentelijke) zorg, is de focus verlegd naar het perspectief van de inwoner en zijn omgeving. Wat heeft de inwoner nodig om mee te kunnen (blijven) doen? Het landelijk beleid richt zich meer dan voorheen op normalisatie en inclusie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Dit vraagt om een transformatie van bestaande voorzieningen waarbij het opvangen, ondersteunen en beschermen van kwetsbare inwoners midden in de samenleving plaatsvindt in diverse woonvarianten, flexibele herstelondersteuning is daarbij (op afroep) beschikbaar. Om deze nieuwe koers vorm te geven kiest de overheid er voor geleidelijk de uitvoering en financiën voor Beschermd Wonen neer te leggen bij alle gemeenten. Het Rijk noemt dit een doordecentralisatie, maar verplicht tegelijkertijd de gemeenten om regionaal samen te werken om deze zorg beschikbaar te houden voor alle inwoners. De regio Brabant Noordoost-Oost kiest ook na de doordecentralisatie voor een regionale samenwerking in de bestaande centrumgemeenteconstructie voor de uitvoering van opvang en specialistische ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze koers is in de afgelopen jaren ingezet en bekrachtigd door de Gemeenteraden door het vaststellen van de ‘Ontwikkelagenda voor zorg, opvang en ondersteuning van inwoners met een psychische kwetsbaarheid’ in 2020/2021.

1.2 De ambitie

In de regio Brabant Noordoost-Oost voeren wij de opvang- en ondersteuningstaken voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid uit op basis van de volgende gezamenlijke ambitie:

> *Mensen met een psychische kwetsbaarheid in de regio Brabant Noordoost-Oost wonen zo veel mogelijk thuis, zijn hierbij zoveel mogelijk zelfredzaam en participeren naar vermogen. De zorg en ondersteuning die iemand hierbij nodig heeft, wordt in samenhang geboden en is herstel-ondersteunend. Daar waar inwoners (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen wonen of het hen niet lukt om op eigen kracht te zorgen voor een dak boven het hoofd, zijn er voldoende passende (tijdelijke) opvangvarianten beschikbaar.*

Door de samenwerking in de regio ook na doordecentralisatie voort te zetten, borgen we beschikbare en passende specialistische zorg voor onze inwoners en sturen we gezamenlijk op de ketensamenwerking tussen het sociaal domein, het medisch domein en het veiligheidsdomein.

1.3 Samenhangende notities: governance – beleid – uitvoering

Wij kiezen er in deze notitie voor het Koersdocument uit 2019 te actualiseren. Hier voegen we de beleidsmatige uitgangspunten uit de Ontwikkelagenda (2020), Brede aanpak dak- en thuisloosheid (2021) en de actuele ontwikkelingen en opgaven in de samenleving aan toe. Actuele opgaven zijn o.a. het landelijke programma “iedereen onder een dak”, de transformatie van de

[1] De regio Brabant Noordoost-oost bestaat uit de gemeenten: Bernheze, Boekel, Land van Cuijk, Maashorst en Oss.

Maatschappelijke Opvang, de doordecentralisatie van Beschermd Wonen en de samenwerking tussen Zorg & Veiligheid. Het betreft hier nadrukkelijk geen nieuwe koers, maar een actualisatie van de ingeslagen koers voor de periode 2024-2028.

De wijze waarop de samenwerking er idealiter uitziet staat omschreven in de in 2020 vastgestelde 'Ontwikkelagenda voor zorg, opvang en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid'. Deze uitvoeringsagenda is in de regio Brabant Noordoost-oost het 'Regioplan' zoals verplicht is door het Rijk in het kader van de landelijke Norm van Opdrachtgeverschap[2]. Dit plan is door het Landelijk Transitieteam van VNG en VWS aangedragen als goed voorbeeld tijdens het landelijk bestuurlijk overleg in het kader van de doordecentralisatie en is nog steeds actueel. Daarom verlengen we dit uitvoeringsplan met de periode van dit koersdocument.

Voor de komende vijf jaar staan onze regionale Wmo-kaders in vijf samenhangende notities:

1. Het **Beleidskader Wmo regio BNO-O 2024-2028** met daarin de beleidskaders Wmo voor de regio.
2. Dit **Koersdocument Inwoners met psychische kwetsbaarheid 2024-2028** omdat de opgaven omvangrijk zijn in de komende jaren, is gekozen voor een aparte beleidsnotitie.
3. De **Regionale ontwikkelagenda voor zorg, opvang en ondersteuning van inwoners met een psychische kwetsbaarheid 2024-2028** is het uitvoeringsplan van voorliggend koersdocument, tevens 'Regioplan' voor de doordecentralisatie. Dit plan wordt verlengd tot 2028.
4. De **Centrumregeling Wmo regio BNO-O 2024-2028**: Hierin staan de juridische samenwerkingsafspraken en governance-structuur van de inkoop en contractering Wmo BNO-O voor de periode 2024-2028.
5. Het **Inkoopplan Wmo BNO-O 2024-2025:** Hierin omschrijven we over een periode onder welke voorwaarden de inkoop en contractering plaatsvindt en vertalen we de beleidsambities naar inkoopopdrachten. Dit is het uitvoeringsplan van de Centrumregeling.

[2] Norm voor Opdrachtgeverschap: dit zijn door het Rijk opgelegde normen die richting geven aan de verplichte samenwerking tussen gemeenten bij het organiseren en inkopen van beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

2. De doelgroep

2.1 Inwoners met een psychische kwetsbaarheid

De term psychisch kwetsbare inwoners is een abstract en breed begrip. We spreken van psychisch kwetsbare inwoners wanneer inwoners kampen met psychosociale en/of psychische problemen al dan niet in combinatie met psychiatrische problemen, verslavingsproblemen en/of een licht verstandelijke beperking (LVB). We kiezen voor een bredere omschrijving dan inwoners met een ernstig psychiatrische aandoening (EPA). De doelgroep waar het om gaat is groter en deze benaming, inwoners met een psychische kwetsbaarheid, sluit beter aan bij de visie op positieve gezondheid en de herstelgerichte benadering. In lijn met deze benaderingen kijken we niet in termen van stoornissen en aandoeningen naar onze inwoners, maar gaan we uit van wat iemand wel kan en welke ondersteuningsbehoefte iemand heeft. Landelijk is er meer aandacht gekomen voor deze doelgroep. Er vindt meer sturing plaats vanuit gemeenten, omdat de kwaliteit van leven van inwoners met een psychische kwetsbaarheid achterblijft in vergelijking met andere inwoners. Samen met de maatschappelijke ontwikkelingen is het van belang dat we specifiek voor deze doelgroep inzetten op normalisering, inclusie, voldoende en passende huisvesting, passend werk, opleiding of dagbesteding en voorzieningen in de wijk.

2.2 Bepalen van de ondersteuningsbehoefte

Om de ondersteuningsbehoefte te kunnen inschatten gaan we uit van de theorie van draagkracht en draaglast. In het leven van inwoners ontstaat balans als hun draaglast (risicofactoren) en draagkracht (beschermende factoren) in evenwicht zijn. De draagkracht bestaat uit wat iemand aan kan, zijn prestatie, uithoudingsvermogen en zijn competenties. Draagkracht ontstaat door het mobiliseren van de eigen kracht en hulpbronnen, zoals veerkracht en eigenwaarde, hulp van personen uit het sociaal netwerk of door professionals die de problemen kunnen compenseren. De draaglast bestaat uit het totaal van eisen die aan iemand worden gesteld. Deze eisen liggen op verschillende gebieden: lichamelijk, geestelijk, sociaal of maatschappelijk.

2.3 Duiding van de doelgroep naar ondersteuningsbehoefte

Op basis van ervaringen in onze uitvoeringspraktijk onderscheiden we de volgende zes groepen binnen de doelgroep. Daarbij hanteren wij een opbouw van lichte ondersteuningsbehoefte naar zware ondersteuningsbehoefte en in aanpak van normalisatie naar escalatie:

1. Inwoners redden zichzelf
De draaglast en draagkracht zijn hier in balans. Het gaat om inwoners met een psychische kwetsbaarheid die het redden op eigen kracht vanuit hun eigen mogelijkheden, met hulp van het sociaal netwerk en informele ondersteuning.

2. Inwoners hebben een lichte ondersteuningsvraag
Hierbij is de draaglast hoger dan de draagkracht. De inwoner redt het niet meer op eigen kracht. Er is behoefte aan lichte hulp en ondersteuning.

3. Inwoners hebben een intensieve/specialistische ondersteuningsvraag – deze is planbaar
Bij deze inwoners is de draaglast beduidend hoger dan de draagkracht. Er is risico op escalatie en daarom is tijdige inzet van intensieve en/of specialistische zorg en behandeling nodig ter voorkoming van escalatie en gericht op ‘normalisatie’.

4. Inwoners hebben behoefte aan onplanbare 24-uurs beschikbare ondersteuning
Hierbij is de draagkracht zeer beperkt en inwoners hebben 24 uur per dag beschikbare zorg en toezicht nodig. Als dit blijvend is, is voor deze doelgroep de Wlz voorliggend.

5. Zorgmijders die niet kunnen: er is gebrek aan inzicht in ziektebeeld en eigen mogelijkheden
Verschil met 3 en 4 is dat inwoners zelf geen hulpvraag kunnen stellen. Zij willen geen hulp, hebben geen vertrouwen in hulpverlening of weerstand hiertegen, bijvoorbeeld vanuit een ernstige verslaving of psychiatrische aandoening. Inwoners zijn zorgmijdend maar redden het niet zonder intensieve/specialistische ondersteuning en zorg of 24 uurs beschikbare ondersteuning. Er is sprake van teloorgang en/of zelfverwaarlozing en/of schade aan zichzelf.

6. Zorgmijders die geen zorg willen: inwoners verzetten zich tegen alle vormen van zorg en autoriteit en veroorzaken

overlast of gevaar voor zichzelf en anderen
Inwoners hebben behoefte aan intensieve/specialistische ondersteuning en zorg of aan 24 uurs beschikbare ondersteuning, maar accepteren dit niet. Er is sprake van teloorgang, zelfverwaarlozing, overlast en/of veiligheidsproblemen. Deze groep komt veelal in aanraking met politie en justitie. Verschil tussen 5 en 6 is dat deze inwoners overlast en schade bij anderen of in de samenleving veroorzaken.

Dit is een omschrijving van de verschillende kenmerken van de doelgroep. De omschrijving is bedoeld om de problematiek en verschillen in ondersteuningsbehoefte te duiden. De situatie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid is bijna nooit statisch. Kwetsbaarheid en ondersteuningsbehoeften veranderen door de tijd. Daarom is het van belang om inwoners zo min mogelijk in hokjes te plaatsen en zorg en passende ondersteuning laagdrempelig en flexibel te organiseren. Daarbij zal er altijd een groep inwoners zeer kwetsbaar blijven. Is dit het geval, dan richten we ons vooral op het stabiel houden van de situatie, het voorkomen van escalatie en het beperken van veiligheidsrisico's.

Figuur 1: Duiding groepen psychisch kwetsbare inwoners



Het is op basis van beschikbare data niet mogelijk om concrete aantallen te plaatsen bij de categorieën, omdat deze omschrijving nieuw is en omdat situaties/ondersteuningsbehoeften van inwoners wisselen per moment. Wat we wel weten is het regionale bereik het specialistisch vangnet:

Figuur 2: Bereik specialistisch vangnet regio Brabant Noordoost-oost in aantal inwoners, jaar 2021

Bereik specialistisch vangnet	**Aantal inwoners**	**Toelichting**
Beschermd Wonen 24 uurs	99	24 uurs toezicht en nabijheid
Beschermd Wonen op afroep	183	Op afroep beschikbaar
Wonen met ondersteuning	84	Minder begeleiding dan bij op afroep
Maatschappelijke Opvang	280	Incl. crisisopvang, kleinschalige opvang
Nachtopvang	187	Ook wel passantenverblijf genoemd
Meldingen bij Meldpunt Zorg & Overlast (Wvggz, bemoeizorg, MICT)	± 1000	± 30% krijgt kortdurende interventie door interventieteam (MICT), ± 10% bemoeizorg
Time-out voorziening (2022)	± 22	Eerste jaar open in 2022
Totaal bereik	855 intramuraal bereik 1.688 inclusief meldpunt	Schatting jaarlijks bereik intramuraal Schatting jaarlijks bereik inclusief meldingen

In bijlage 4 is een deel van de factsheet 2021 van de regionale monitor voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid opgenomen. Hierin wordt een breder beeld geschetst van de doelgroep inwoners met een psychische kwetsbaarheid met aantallen.

Naast de hier benoemde doelgroep, is er in de opgaven aandacht voor andere doelgroepen en hún behoeften, draaglast en draagkracht. Denk hierbij aan naasten, mantelzorgers, omwonenden, buurten en wijken, zorgaanbieders en ketenpartners.

3. Ontwikkelingen en risico's

3.1 Maatschappelijke ontwikkelingen

Er zijn verschillende maatschappelijke ontwikkelingen die inwoners met een psychische kwetsbaarheid in de komende jaren gaan raken en die van invloed zullen zijn op de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg voor deze doelgroep. Hieronder benoemen we de belangrijkste, maar deze opsomming is niet uitputtend.

3.1.1 Mentale gezondheid

De mentale gezondheid van veel mensen in Nederland staat onder druk. Er bestonden al langer zorgen, maar de coronacrisis heeft problemen met de mentale gezondheid verergerd. De samenleving is daarnaast steeds ingewikkelder geworden. Het stelt hoge eisen aan inwoners en legt een grote nadruk op prestaties, zelfredzaamheid en verdraagzaamheid. Met de huidige inflatie en de stijgende prijzen voor levensonderhoud is daarnaast een toename van financiële problemen en een toename van de schuldenproblematiek te verwachten. De bestaanszekerheid van inwoners staat onder druk en dit heeft gevolgen voor de mentale gezondheid.

Depressie, angststoornissen en problemen met alcohol en drugs treffen jaarlijks zo'n 1,8 miljoen Nederlanders in de leeftijdsgroep van 18 tot 65 jaar. Ongeveer 840.000 jongeren ervaren mentale uitdagingen en/of klachten en 1 op de 15 jongeren in Nederland kampt met een depressie. Tegelijkertijd neemt de sociale cohesie af en neemt de druk op de arbeidsmarkt toe. In 2019 hadden 1,3 miljoen mensen last van burn-out klachten. En dat terwijl een goede mentale gezondheid geassocieerd is met een 15 tot 20 jaar langere levensverwachting, onder meer door een sneller herstel van lichamelijke ziekten (bron: CBS). Door de afnemende mentale gezondheid heeft het kabinet een landelijke aanpak voor de komende jaren aangekondigd: 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'.

3.1.2 Tekort aan woningen

Inwoners met een psychische kwetsbaarheid zijn kwetsbaarder op de woningmarkt. De krapte op de woningmarkt zorgt ervoor dat zij nog moeilijker aan een woonplek komen of deze moeilijk kunnen behouden. Een aantal knelpunten op de woningmarkt raakt deze groep in het bijzonder.

1. De schaarste aan (sociale) huurwoningen:
    a. Er is een beperkt aantal sociale huurwoningen dat beschikbaar komt waarbij deze verdeeld moeten worden tussen diverse voorrangsgroepen en mensen op de reguliere wachtlijst.
    b. Reguliere wachttijden voor sociale huurwoningen zijn lang, waardoor deze groep eigenlijk alleen in aanmerking komt middels bijzondere voorrang.
    c. Inwoners die tot deze doelgroep behoren kunnen vaak alleen reageren op woningen in het goedkoopste segment. Het aanbod in dit segment is zeer beperkt. Dit geldt onder andere voor kwetsbare jongeren die zeer moeilijk passende huisvesting kunnen vinden.
    d. Inwoners vinden moeilijker een woning door onder andere een overlastverleden of contra-indicaties zoals een specifieke zorgbehoefte of een verslaving.

2. Psychisch kwetsbare inwoners hebben vaker te maken met een opeenstapeling van problematiek waardoor het lastiger is om huisvesting te behouden:
    a. Er is vaker sprake van financiële problemen of onvoldoende bestaanszekerheid waardoor het risico groter is de woning te verliezen.
    b. Door sociale problemen al dan niet in combinatie met onbegrepen of afwijkend gedrag kan overlast ontstaan voor de omgeving, met escalaties en/of huisuitzetting als risico.
    c. Deze groep komt vaker in tijdelijke of suboptimale huisvesting terecht die niet duurzaam is, waardoor er geen stabiele situatie ontstaat.

3. Druk op wijken neemt toe:
   a. Het aanbod van woningen of woonplekken voor deze doelgroep concentreert zich vaak in toch al kwetsbare wijken waardoor het risico toeneemt dat het niet lukt om zich hier duurzaam te vestigen of er een cocktail ontstaat van problematieken in een wijk waardoor overlast ontstaat.
   b. Een deel van deze inwoners heeft behoefte aan een ander type huisvesting omdat hun leefstijl niet past of niet geaccepteerd wordt in een reguliere woonwijk.
   c. Gemeenten constateren een dilemma van een groeiende overlastgevende groep in wijken, die al dan niet door onbegrepen en/of onaangepast gedrag, de druk op de leefbaarheid van wijken doet toenemen. Het ontbreekt hierbij vaak aan een gedwongen justitieel kader en toereikende maatregelen in het vrijwillig kader om in te grijpen.

4. Druk op opvangvoorzieningen:
   a. Gebrek aan woningen of langere wachttijden leiden tot een tragere doorstroom in onder andere de Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen waardoor de beschikbaarheid van plekken in deze voorzieningen onder druk komt te staan.
   b. De Maatschappelijke Opvang is bedoeld voor inwoners die dak- of thuisloos zijn en daarnaast problematiek hebben op meerdere leefgebieden. Door schaarste op de woningmarkt willen soms ook andere groepen een beroep doen op opvang. Denk daarbij aan groepen die eigenlijk alleen een woonvraag hebben zoals inwoners (soms met kinderen) na een echtscheiding of inwoners die geen duurzame huisvesting kunnen vinden. Deze mensen komen in aanleg niet in aanmerking voor opvang, maar kunnen hierdoor wel het risico lopen dat problemen verergeren.
   c. Daarnaast zijn er groepen die volgens de Wmo niet-rechthebbend zijn voor opvang, zoals arbeidsmigranten die na verlies van werk ook hun woning verliezen of ongedocumenteerden. Zij zijn soms psychisch kwetsbaar en niet zelfredzaam en raken hierdoor in problemen en/of veroorzaken overlast.

3.1.3 Krapte op de arbeidsmarkt

De beschikbaarheid en kwaliteit van zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid staat de komende tijd onder druk. Net zoals in andere sectoren heeft dit te maken met het tekort aan gekwalificeerd personeel door de krapte op de arbeidsmarkt. Met name gekwalificeerd personeel voor specialistische zorg is moeilijk te vinden, het verloop is groot en aanbieders in de regio geven aan deze problemen te zien als een risico voor de beschikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van zorg.

3.2 Hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Verschillende landelijke transities in de GGZ zijn in de afgelopen jaren in gang gezet. Denk hierbij aan veranderingen in de Wet langdurige zorg (intramurale 24-uurs zorg), Zorgverzekeringswet (behandeling) en de Wvggz en Wzd (verplichte zorg vanuit Wlz, Zvw en Wmo). Doel van deze hervormingen is:

- het zo lang mogelijk thuis blijven wonen;
- zo zelfstandig mogelijk kunnen (blijven) meedoen van mensen met een beperking en/of stoornis;
- veranderde visie op ziekte en gezondheid: psychiatrische problematiek is niet altijd 'beter te maken'. Vooral als de mentale problematiek veroorzaakt wordt door sociale problemen is medicalisering en GGZ behandeling niet altijd effectief en kunnen verwachtingen van de 2e lijns GGZ niet worden waargemaakt. Een brede aanpak van zowel de mentale gezondheid als de sociale problemen is dan effectiever;
- veranderde visie op het bieden van GGZ zorg: uitgangspunt is dat behandeling en opname in principe tijdelijk zijn en dat het accepteren van en leren omgaan met een beperking/stoornis in de eigen leefomgeving effectiever is voor een duurzaam herstel;
- het betaalbaar houden van de zorg.

De volgende hervormingen raken daarbij het sociaal domein:

3.2.1 De ambulantisering van de GGZ

Dit is het proces van afbouw van intramurale GGZ plaatsen en de opbouw van de ambulante zorg, in het bijzonder voor mensen met ernstige psychische problemen. De GGZ biedt vaker ambulante behandeling in de thuissituatie aan en minder inwoners worden met intramurale zorg geholpen. Dit vraagt een goede samenwerking met het sociaal domein, het opbouwen van

steunstructuren in de wijk, GGZ-consultatie in de wijk, goede samenwerking met het medisch- en veiligheidsdomein, acceptatie van en draagvlak voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid (anti-stigmatisering), etc. Deze onderwerpen komen terug op de samenwerkingsagenda met GGZ-aanbieders in de regio.

3.2.2. De hervorming van de langdurige GGZ

Vanaf 2021 is de Wet langdurige zorg (Wlz) opengesteld voor mensen die vanwege een psychische stoornis blijvend behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Deze zorg werd tussen 2015 en 2020 geleverd door de Centrumgemeenten in de vorm van Beschermd Wonen binnen de Wmo. Deze openstelling en het doorvoeren van deze veranderingen heeft twee jaar geduurd. Gevolgen van deze hervorming in de regio Brabant Noordoost-Oost zijn:

- De groep die uitgestroomd is, is veel groter dan landelijk werd verwacht. In deze regio zijn ongeveer 150 van de BW-cliënten uitgestroomd naar de Wlz (± 33%). De financiering van het Rijk is hier vervolgens op aangepast door een uitname uit het gemeentefonds bij Centrumgemeente Oss.
- Van veel voormalige Beschermd Wonen-cliënten is slechts de financiering omgeklapt naar de Wlz. Zij zijn zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgaanbieder, op dezelfde plek. Daardoor is het aantal beschikbare plekken voor Beschermd Wonen in de Wmo regionaal afgenomen.
- Cliënten die toegang tot de Wlz krijgen, gaan een aanzienlijk hogere eigen bijdrage betalen. Dit kan in sommige gevallen leiden tot een situatie waarin de inwoner er voor kiest geen Wlz-indicatie aan te vragen, terwijl deze zorg wel noodzakelijk is. Ook kan het leiden tot de situatie dat de inwoner onnodig lang binnen Beschermd Wonen en dus binnen het Wmo-kader verblijft, waardoor er geen plekken beschikbaar komen voor andere inwoners die dit nodig hebben. Dit kan leiden tot wachtlijsten.
- Voor nieuwe cliënten (na 2021) die een indicatie Wlz van het CIZ ontvangen en een woon-/zorgplek nodig hebben, is vaak geen intramurale plek beschikbaar in de regio of gelden lange wachtlijsten. Dit is een landelijk probleem. Zorgverzekeraars geven aan op korte termijn geen nieuwe plekken te kunnen realiseren in de regio, maar (h)erkennen de problemen wel. Deze groep komt nu vaak in de Maatschappelijke Opvang terecht, maar daar kan geen passende zorg, benodigde veiligheid of prikkelarme omgeving geboden worden. Dit veroorzaakt oneigenlijke en tegelijkertijd onvermijdelijke druk op het sociaal domein.

3.2.3 Landelijke evaluatie van de Wet verplichte GGZ

Op 1 januari 2020 trad de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) in werking. De uitvoering van deze Wet kwam deels bij gemeenten en deels bij GGZ- en verslavingszorgaanbieders te liggen. Uit een onlangs landelijk gehouden evaluatie zijn verschillende knelpunten gekomen:

- Er zijn onvoldoende mogelijkheden om soepel te schakelen tussen verplichte zorg (Wvggz) en gedwongen zorg (Wet zorg en dwang – Wzd).
- Er is een sterke stijging van de regeldruk en administratieve lasten.
- De ingewikkelde wetgeving is in de praktijk lastig voor professionals en roept veel vragen op.
- Op een aantal belangrijke doelstellingen van de wetgeving is nog onvoldoende vooruitgang geboekt. Dit gaat onder meer om het terugdringen van dwang, de verschuiving van intramurale naar ambulante zorg en het bij de besluitvorming betrekken van de wensen en voorkeuren van patiënten.

Naast bovenstaande, zijn ook regionaal en lokaal aandachtspunten te benoemen:

- Juridische kaders om te handelen en ieders verantwoordelijkheden zijn niet altijd duidelijk voor professionals.
- Het uitwisselen van informatie verloopt niet altijd naar wens.
- Nog niet in elke gemeente zijn de randvoorwaarden, zoals het regelen van de ‘essentiële voorwaarden’ goed geregeld.
- De Wvggz vraagt veel capaciteit van GGZ en verslavingszorg.
- Er is een tekort aan beveiligde bedden.

3.2.4 Ontwikkelingen GGZ in de regio

Naast bovenstaande ontwikkelingen, spelen er ook regionale ontwikkelingen die de ondersteuning en zorg aan inwoners in de regio (gaan) raken:

1. Er zijn in de regio lange wachtlijsten in de basis GGZ en in de specialistische GGZ - ook dit is een landelijke tendens. Inwoners moeten daardoor lang wachten op passende zorg, waardoor problemen verergeren en kunnen leiden tot escalatie, overlast of veiligheidsrisico’s. Door het uitblijven van noodzakelijke GGZ-zorg neemt de druk bij huisartsen en

in het sociaal domein toe en zien professionals zoals ketenpartners, sociale teams en preventiemedewerkers hun caseload complexer worden, waar zij niet op toegerust zijn.

2. In de regio bestaat de ambitie om Netwerkpsychiatrie en GGZ in de wijk te organiseren. Partijen weten elkaar hierin te vinden. Het blijkt echter lastig om de gezamenlijke verantwoordelijkheid te verbreden naar co-financiering met zorgverzekeraars en/of ontschotte financiering.
3. Hoewel de ambities in de samenwerking tussen gemeenten en GGZ – en verslavingszorgaanbieders er vaak wel zijn, ontbreekt het deze zorgaanbieders aan betaaltitels/financiering/ruimte om capaciteit in te zetten vanuit de Zorgverzekeringswet om hierin echt stappen te kunnen zetten. Gemeenten hebben niet de financiële ruimte om deze structuren alleen te bouwen.
4. De volgende GGZ-zorg is in de regio afgebouwd: (trans-)forensische bedden en autismezorg. Onduidelijk is wat het effect is op de beschikbaarheid van deze zorg voor inwoners in deze regio. Het risico bestaat dat inwoners lang op zoek zijn naar passende zorg en afbouw leidt tot druk in het sociaal domein.
5. Verkorten behandelduur in GGZ-crisis en HIC (high intensive care) GGZ. Deze zijn gericht op stabilisatie op de korte termijn. Randvoorwaarden voor duurzame uitstroom naar huis zijn niet altijd gewaarborgd. Als er bijvoorbeeld geen sprake is van duurzame huisvesting belanden dakloze inwoners met aanzienlijke psychiatrische problemen in de Maatschappelijke Opvang, die op deze problematiek niet is toegerust.
6. Het is moeilijk om aan gekwalificeerd personeel te komen.

Op dit moment gaan de afbouw van intramurale bedden en de krimpscenario's harder dan het opbouwen van steunstructuren in de wijken. Deze druk wordt gevoeld door sociale teams, ketenpartners en gemeenten. Een intensieve samenwerking tussen het medisch-, sociaal- en veiligheidsdomein en de samenwerking tussen gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars is noodzakelijk om de GGZ-zorg en ondersteuning aan inwoners op peil te houden in de regio.

3.2.5 Visie op de GGZ

Wanneer inwoners ontsporen wordt vaak een beroep gedaan op de 2e lijns specialistische GGZ. Met de lange wachttijden en veelheid aan problematieken, komt steeds meer het besef dat het niet allemaal psychiatrie is dat er speelt, maar veel inwoners ook uitvallen door bijvoorbeeld sociale problemen of de complexiteit van de samenleving. Psychisch kwetsbaar kan ook maatschappelijk kwetsbaar zijn. Problemen worden beïnvloed door bijvoorbeeld de sociale omgeving of (een stapeling van) sociale problemen. Of dit leidt tot uitval is weer afhankelijk van draaglast en draagkracht. Medicalisering en behandeling is daarbij niet altijd de oplossing. Zo leiden verloedering en onveiligheid in een wijk tot wantrouwen en agressie. En leiden armoede en chronische stress tot verminderde zelfregulering van inwoners. Of kan een straatcultuur leiden tot antisociaal gedrag onder jongeren. De sociale omgeving is dus van invloed op het gedrag en het welzijn van inwoners. Binnen de GGZ en bij gemeenten komt steeds meer het besef dat randvoorwaarden, zoals een dak boven het hoofd, financiële zekerheid, een passende daginvulling of werk, mogelijkheden voor ontmoeting, sport of participatie onmisbare onderdelen zijn voor een geslaagde (vervolg op) behandeling, normalisatie en herstel. Dit kan het medisch domein niet alleen. Daarvoor is samenwerking nodig met het sociaal domein.

3.3 Toename van de grootstedelijke problematiek

Onder andere door bovenstaande ontwikkelingen zien we een toenemende groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid in het sociaal domein of bij andere ketenpartners terecht komen. Deze ontwikkelingen brengen schaarste met zich mee. En het brengt risico's met zich mee, omdat gemeenten of andere ketenpartners (welzijn/Maatschappelijke Opvang/huisartsen) niet altijd de specialistische deskundigheid hebben (voor behandeling of specialistische zorg) of het veiligheidsniveau van de benodigde zorg kunnen bieden (gesloten of beveiligde zorg). Daarbij zien we een verzwaring van problematiek: het complexer worden van casuïstiek (problematiek op meerdere leefgebieden), een toename van escalatie, overlast en veiligheidsrisico's in wijken en dorpen, onvoldoende spreiding van doelgroepen over de regio, waardoor de leefbaarheid in wijken onder druk komt te staan. Maar ook bijvoorbeeld een toename van het aantal inwoners dat tussen het wal en het schip valt tussen het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein. Dit laatste leidt tot een toename van het aantal dak- en thuislozen, dakloze inwoners met verslavingsproblematiek en inwoners met een Wlz-indicatie die door het uitblijven van passende zorg in de Maatschappelijke Opvang terecht komen.

Tot slot blijkt uit onderzoek[3] dat een groep van structurele overlastgevers in de regio geschat wordt op ongeveer 30 personen en dat deze groep inwoners specifieke aandacht vereist op het gebied van wonen, zorg en leefbaarheid. Voor overlastmeldingen, veiligheidsrisico's en noodhulp wordt in deze situaties vaak de gehele keten aan welzijn, woningcorporaties, gemeenten, zorg, politie en OM ingezet zonder dat er sprake is van een duurzame oplossing met een stabiele woonsituatie en zorg. Deze inwoners blijven ronddraaien in het huidige zorg-, veiligheids- en opvangsysteem en zetten de leefbaarheid in wijken en dorpen ernstig onder druk. In het rapport worden verschillende adviezen gedaan hoe de regio in de komende jaren tot duurzame oplossingen kan komen.

Dit alles leidt er toe dat we in de regio Brabant Noordoost-Oost een toename van grootstedelijke problematiek ervaren. Dit heeft zich in de laatste jaren ook verplaatst naar de kleine gemeenten in de regio. Waar deze regio tot twee jaar geleden nog bekend stond als plattelandsregio, zien we nu dat inwoners niet meer opgevangen kunnen worden in omliggende grote steden zoals Eindhoven, Den Bosch en Nijmegen. Ook deze regio's kampen met dezelfde problematiek en een tekort aan opvangcapaciteit. Alles bij elkaar vraagt de toename van de grootstedelijke problematiek om voldoende vangnetten.

Genoemde ontwikkelingen schetsen een realistisch beeld van de uitdagingen waar gemeenten in deze regio voor staan. De ontwikkelingen grijpen in elkaar en leiden tot complexe maatschappelijke vraagstukken waar een individuele gemeente, of de regio als geheel, niet altijd direct een antwoord op heeft. De realiteit is dat we door deze maatschappelijke ontwikkelingen schaarste en verdelingsvraagstukken verwachten in de komende jaren. Dit zet de toegankelijkheid en beschikbaarheid van zorg voor inwoners onder druk. Dit koersdocument gaat niet op alle vraagstukken een antwoord geven. Wel volgen we de ontwikkelingen, verzamelen data, blijven intensief in contact met ketenpartners en stellen kaders voor beleid. Deze werkwijze helpt ons actuele problemen nu en in de toekomst te kwantificeren, agenderen en oplossingen in te zetten.

[3] HHM Rapport 2021: Structurele overlastgevers in Brabant Noordoost-Oost.

4. Schaarste en verdelingsvraagstukken

Zoals uit de maatschappelijke ontwikkelingen in hoofdstuk 3 blijkt, verwachten we de komende jaren schaarste, een toenemende complexiteit/multiproblematiek en verdelingsvraagstukken in de zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. De schaarste geldt zeker niet alleen voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid of de zorg voor deze inwoners, maar is voelbaar in de hele samenleving. Wel verwachten we dat deze inwoners een hoger risico lopen op een stapeling van gezondheids-, sociale-, huisvestings- en financiële problemen. De uitdaging wordt dan ook de zorg voor deze inwoners toegankelijk, beschikbaar en betaalbaar te houden. Hoe kun je dat doen als we nog niet weten waar en hoe groot de schaarste is of wanneer het verdelingsvraagstuk gaat komen?

Het gaat hier in ieder geval om schaarste op het gebied van:

Zorg:	minder zorgaanbod, toenemend zorggebruik, beperkte middelen, groeiende groep zorggebruikers, toenemende complexiteit, onvoldoende woon/zorg- en opvangplekken
Woningmarkt:	onvoldoende (passende) woonplekken voor kwetsbare doelgroepen
Arbeidsmarkt:	onvoldoende (gekwalificeerd en/of deskundig) personeel voor de doelgroep
Bestaanszekerheid:	de toenemende kosten voor levensonderhoud, inflatie, energiearmoede, mentale problemen door financiële zorgen en/of opeenstapeling van problemen

Dit zijn brede maatschappelijke ontwikkelingen die de komende jaren voelbaar zijn in alle sectoren, maar ook nu al zichtbaar zijn. Gemeenten hebben verschillende tools om ontwikkelingen te volgen en daarop in actie te komen. Hoe gaan we om met deze vraagstukken in de komende periode?

4.1 Beleidsuitgangspunten bij schaarste en verdelingsvraagstukken

Beleidsuitgangspunten:

Bij schaarste en verdelingsvraagstukken zetten we de volgende oplossingen/werkwijzen in:

a. Signaleren en agenderen
b. Preventie
c. Adresseren en opschalen
d. Verdeling van taken en verantwoordelijkheden
e. Niet-zorg interventies inzetten
f. Datagesteund werken
g. Ketensamenwerking over domeinen heen
h. Handelingsperspectieven en leersessies in de regio
i. Normalisatie, verkorten van opvangduur en zorg in de thuissituatie
j. Reikwijdte van de zorgplicht

a. Signaleren en agenderen

We bundelen, signaleren en agenderen problemen en onderwerpen wanneer blijkt dat voor (een deel van) de doelgroep geen of onvoldoende passende zorg beschikbaar is.

Voorbeeld: Eind 2021 zijn na verschillende signalen van diverse ketenpartners en signalen van daklozen op straat het aantal nachtopvangplekken in overleg met de Maatschappelijke Opvang in snel tempo opgehoogd.

b. Preventie

De samenwerking in de regio beperkt zich niet alleen tot het Regionaal Specialistisch Vangnet van voorzieningen, maar we willen de focus ook veel nadrukkelijker verleggen naar preventie in de lokale gemeenten en het uitbouwen van het regionale preventieaanbod in het specialistisch vangnet. Om zo juist te voorkómen dat er een opeenstapeling van problemen ontstaat bij inwoners die kan leiden tot uitval/escalatie/verlies woning en/of langdurige opvang in het specialistisch vangnet.

Voorbeeld: Straatdokter in Oss, Stichting Barka voor arbeidsmigranten, de werkwijze van het Urgentie+-proces voor toewijzing van woningen en de time-out voorziening.

c. Adresseren en opschalen

Wanneer wetgeving in de weg staat om schaarste en verdelingsvraagstukken aan te pakken, dan bespreken we deze onderwerpen in/met/of schalen op naar bovenregionale en/of landelijke netwerken zoals bijvoorbeeld de B7 (overleg Brabants 7 grootste gemeenten), de Programmaraad Zorg en Veiligheid, de VNG, Ministerie van VWS of Zorgverzekeraars Nederland. We adresseren daarmee het probleem op de juiste plek.
Voorbeeld: Een terugkerend gespreksonderwerp in de B7-overleggen in Brabant is de toename van inwoners met een Wet langdurige zorg-indicatie en het gebrek aan intramurale plekken bij het Zorgkantoor, waardoor deze inwoners op straat belanden. Indien nodig kan vanuit daar opgeschaald worden naar de VNG/VWS.

d. Verdeling van taken

De versnippering van zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid is groot. Financiers zoals gemeenten, zorgkantoor, zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor een klein stukje van de puzzel. De verschillende belangen en werkwijzen leiden ondanks dat de intentie er wel is, niet altijd tot goede oplossingen voor inwoners. De verdeling van taken en versnippering van financiering zorgt er voor dat inwoners tussen het wal en schip dreigen te belanden. Denk hierbij aan de schotten tussen het medisch-, sociaal- en veiligheidsdomein, maar ook inwoners die kampen met dubbel- en triple diagnosen die dreigen rond te blijven draaien in het systeem: is de verslaving, de psychiatrische stoornis of de verstandelijke beperking leidend? Goede ketensamenwerking, duidelijke afspraken en continue afstemming, is daarom noodzakelijk.
Voorbeeld: Na invoering van het Zorgprestatiemodel in de Zorgverzekeringswet per 1-1-2022, dreigde een kwetsbare groep inwoners plotseling geen dagbesteding meer te ontvangen vanuit de GGZ. VNG/VWS waren vergeten de gemeenten te informeren. Ondanks de verrassing bij gemeenten, is het GGZ en de gemeenten gelukt om inwoners goed over te dragen naar de Wmo door afspraken te maken. Onrust en terugval bij inwoners is daarmee voorkomen.

Verdeling van taken gaat ook over gezamenlijke verantwoordelijkheid. Wanneer schaarste en verdelingsvraagstukken spelen, zal ook gekeken moeten worden naar gezamenlijke inzet van deskundigheid, gezamenlijke financiering of overdracht van taken.
Voorbeeld: Denk hierbij aan onderwerpen zoals arbeidskrapte (gezamenlijke inzet van deskundigheid), co-financiering vanuit de Zorgverzekeringswet bijvoorbeeld in Proeftuin de Ruwaard of ketenafspraken in MDO's wanneer er geen geschikte opvangplek op korte termijn beschikbaar is.

e. Niet-zorg interventies

Hiermee bedoelen we het inzetten van oplossingen buiten de zorgsector, die wel de druk op de beschikbaarheid van zorg verminderen. Vooral bij maatschappelijke ontwikkelingen die de schaarste en verdelingsvraagstukken in de zorg veroorzaakt hebben, moet een deel van de oplossing ook in die sector (arbeidsmarkt/woningmarkt) gevonden worden. Omdat anders het risico bestaat dat (te veel) zorgmiddelen naar de randvoorwaarden gaan (het personeelsbeleid of de stenen) en niet naar de directe zorg aan inwoners.
Voorbeeld: Door meer geschikte woonplekken voor de doelgroep te realiseren/bouwen, kan (onnodige) instroom worden voorkomen, kunnen inwoners sneller uit opvang en intramurale zorg stromen, kunnen meer inwoners worden geholpen en belanden minder inwoners op straat. Door aanbieders te laten samenwerken bij de werving/selectie/uitwisseling van personeel worden minder dure ZZP-ers ingezet en is het verloop in de zorg minder.

f. Datagesteund werken

Waar hebben we het over en wat komt er op ons af? Feit is dat er weinig data beschikbaar is over de groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Dit is enerzijds een definitie-kwestie, anderzijds kenmerkt de doelgroep zich door een wisselende zorgvraag: de draagkracht/draaglast wisselt door de tijd. Ook is de groep moeilijk meetbaar: tellen we inwoners mee die met een life-event te maken krijgen? Hoe tellen we het aantal daklozen of het aantal thuislozen (bankslapers)? Toch zetten we in op datagesteund werken en monitoring, omdat we daarmee beter zicht krijgen op de ontwikkelingen en daar tijdig op kunnen inspelen. Daarnaast is datagesteund werken noodzakelijk om (de omvang van) problemen te duiden, de urgentie van problemen te onderbouwen bij besluitvorming, beleidsevaluaties uit te kunnen voeren (doelmatigheid van beleid) en uitvoering aan te passen. Landelijk komt er een Monitor psychisch kwetsbaar en een Monitor dak- en thuisloosheid waarvoor alle gemeenten in de regio cijfers moeten gaan aanleveren. De regio pakt hierin een voortrekkersrol.

Voorbeeld: In de regionale monitor 'Psychisch kwetsbaar in de regio Brabant Noordoost-Oost' voegen we Vektis-cijfers (Zorgverzekeraars) toe. Daarmee kunnen gemeenten volgen of er toestroom van de Zorgverzekeringswet naar het sociaal domein plaatsvindt en hoe dit uitpakt voor inwoners en zorgaanbieders. Ander voorbeeld: samen met 's-Hertogenbosch neemt de regio deel aan een onderzoek naar de aard en omvang van dak- en thuisloosheid. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Hogeschool Utrecht, in samenwerking met het Kansfonds. Hierin meten we dak- en thuisloosheid volgens de brede Europese definitie waarmee niet alleen het gebruik van opvangvoorzieningen wordt gemeten zoals in de huidige Monitor dak- en thuisloosheid, maar ook de "verborgen" dak- en thuisloosheid. Landelijk wordt deze pilot in Nederland met interesse gevolgd. Dit onderzoek helpt ons de informatie te verzamelen die bijdraagt aan datagesteund werken.

g. Ketensamenwerking

Schaarste, toename van complexiteit en verdelingsvraagstukken komen in beeld door signalen op straat, bij ketenpartners en bij gemeenten. Juist deze brede blik, data en samenwerking maakt dat bij complexe maatschappelijke vraagstukken, de oplossing niet alleen bij de gemeente gezocht moet worden. De kracht in het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein zit juist in de ketensamenwerking. Het verleden leert ons dat veel van de oplossingen dan ook tot stand komen in de afstemming en/of samenwerking met ketenpartners. Bij alle samenwerkingsverbanden staat dan ook de ketensamenwerking hoog op de agenda. Maar er zijn ook grenzen aan wat het sociaal domein doet en op kan pakken. Daarom is het belangrijk om behandeling en langdurige zorg niet over te nemen, maar steunstructuren rondom de inwoner samen op te bouwen vanuit de verschillende domeinen en daar binnen intensief de samenwerking aan te gaan.
Voorbeeld: De GGZ heeft het ketenoverleg 'Netwerk GGZ en sociaal domein' (huisartsen, aanbieders GGZ (basis en specialistisch) en gemeenten) in 2021 gebruikt om te brainstormen over het terugdringen van de wachtlijsten in de basis- en specialistische GGZ. Inmiddels is dankzij het meedenken van dit ketenoverleg een triagepunt opgezet waar huisartsen inwoners kunnen aanmelden en inwoners daardoor direct op de juiste plek zorg krijgen of op de juiste wachtlijst worden geplaatst.

h. Handelingsperspectieven bieden

Wanneer schaarste optreedt zijn inwoners en de professionals in de uitvoering de eerste die hiermee te maken krijgen. Geen oplossingen zien, inwoners die opnieuw afglijden of geen passende opvangplek kunnen vinden: vaak ontbreekt het niet aan inspanningen van inwoners en professionals, maar ontbreekt het aan oplossingen. Voor professionals in de uitvoering is het hebben van handelingsperspectieven belangrijk om resultaat te bereiken. Bij complexe vraagstukken zullen beleid, contracten, werkafspraken en ketenafspraken, handelingsperspectieven moeten bieden. Waar ben ik van en waar ben ik niet van? Waar kan een inwoner wel terecht bij schaarste? Wie is procesregisseur? Naar wie kan opgeschaald worden? Met regionale leersessies brengen we de deskundigheid op peil, leren we samen en geven richting aan uitvoering. Als er sprake is van schaarste, bespreken we de handelingsperspectieven.
Voorbeeld: Met een pilot in de Regionale toegang Beschermd Wonen en Opvang, zijn we sinds 2021 aan het leren. Kennis en deskundigheid wordt hierbij overgedragen van de Centrumgemeente en aanbieders naar de lokale gemeenten en intervisiebijeenkomsten om casuïstiek in de regio te bespreken zijn opgestart. Daarnaast wordt gewerkt aan handelingsperspectieven voor (maatschappelijke) opvang en voor zorg en veiligheid.

i. Normalisatie, verkorten van opvangduur en zorg in de thuissituatie

Om schaarste tegen te gaan wordt, zoals ook in andere zorgsectoren zichtbaar is, ingezet op normalisatie, verkorten van de opvangduur en zorg in de thuissituatie. Met een toenemende zorgvraag, een groeiende groep inwoners, een tekort aan deskundig personeel en behandelcapaciteit en een tekort aan intramurale opvangplekken, is het doel meer inwoners kort te helpen in intramurale opvang (gericht op stabilisatie). Om vervolgens in de thuissituatie of andere geschikte woonplek te werken aan herstel. Dit met herstel ondersteunende zorg op afroep en steunstructuren in de wijk gericht op normalisatie en participatie. Op deze manier proberen we schaarse en dure opvangplekken zo efficiënt mogelijk in te zetten. Daarnaast moet op- en afschalen makkelijker worden en passen bij de ondersteuningsbehoefte van de inwoner. Tot slot zetten we in op maatwerk bij toenemende complexiteit.
Voorbeeld: Het landelijke uitgangspunt "wonen eerst" om dak- en thuisloosheid terug te dringen. Hierbij is herstel geen voorwaarde voor toeleiding naar een eigen woning, maar een dak boven je hoofd is een voorwaarde voor de start van herstel. Ook in deze regio werken we aan het handen en voeten geven aan deze ambitie.

j. Reikwijdte van de zorgplicht

Om de kwaliteit, veiligheid en beschikbaarheid van zorg te borgen in de komende jaren, richten we ons op de kerntaken waar gemeenten voor aan de lat staan. Dit is belangrijk omdat de druk vanuit het medisch- en veiligheidsdomein om aanpalende doelgroepen op te vangen toe neemt. Denk hierbij aan forensische zorg, beveiligde of gesloten zorg of langdurige zorg. Gemeenten hebben echter geen deskundigheid, behandelcapaciteit, beveiligde plekken of betaaltitel om deze doelgroepen intramuraal op te vangen binnen het specialistisch vangnet en het kader van de Wmo2015. De veiligheid en kwaliteit van zorg kan dan niet geborgd worden. Het is daarom van groot belang dat gemeenten gezamenlijk optrekken wanneer een inwoner niet meer binnen het specialistisch vangnet geholpen kan worden en tussen wal en schip dreigt te raken. Gemeenten maken hiervoor afspraken over:

- regionale én lokale verantwoordelijkheden ten aanzien van zorg en veiligheid voor de inwoner en omgeving;
- zij wegen zorgvuldig af wanneer het de mogelijkheden van het regionaal vangnet en het sociaal domein overstijgt;
- welke handelingsperspectieven over blijven buiten het sociaal domein;
- ook gaan gemeenten samen met ketenpartners de komende jaren onderzoeken hoe we omgaan met inwoners die niet meer te handhaven zijn binnen de bestaande opvangmogelijkheden binnen het medisch-, veiligheids- en sociaal domein, geen zorg accepteren, steeds nieuwe kansen krijgen maar net zo snel weer ‘buiten staan’ en waarbij de mogelijkheden tot passende zorg uitgeput blijken.

Het is niet nodig om de toekomst te kennen, om ermee om te gaan. Problemen lossen zich in de tijd soms ook weer op, al dan niet vanzelf of door veranderingen in de persoonlijke situatie, maatschappelijke ontwikkelingen, beleidsinterventies of wetgeving. De manier waarop we omgaan met schaarste en verdelingsvraagstukken is niet nieuw. Maar de tools die we inzetten kunnen wel helpend zijn bij een betrouwbare analyse, agendasetting of een (duurzame) oplossing. En soms moeten we accepteren dat op korte termijn geen oplossing wordt gevonden, omdat de wereld niet maakbaar is.

5. Beleidsuitgangspunten en ambities

5.1 Omgang met inwoners met een psychische kwetsbaarheid

Beleidsuitgangspunten:

a. We streven naar normalisatie en inclusie voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Daarbij hanteren wij een opbouw van lichte ondersteuning naar zware ondersteuningsbehoefte en in aanpak van normalisatie naar escalatie.
b. De mate van zelfregie is het startpunt van de in te zetten ondersteuning.
c. Ondersteuning is gericht op herstel (waar mogelijk) met positieve gezondheid als basis om doelen te benoemen.
d. Mensen die willen werken aan herstel en die zich begeleidbaar opstellen, blijven we ondersteunen.
e. Gemeenten dragen bij aan anti-stigmatisering van inwoners met een psychische kwetsbaarheid en sluiten aan bij landelijke campagnes.
f. Er zal altijd een groep inwoner zeer kwetsbaar blijven, dan richten we ons vooral op het stabiel houden van de situatie, het voorkomen van escalatie en het beperken van veiligheidsrisico's.
g. Bij mensen met onbegrepen gedrag en structurele overlastgevers worden in het plan van aanpak afspraken gemaakt die het algemeen belang en die van de omgeving dienen.

Deze uitgangspunten sluiten aan bij het brede Wmo-beleid in de regio. De uitgangspunten in het brede Wmo-beleid gelden ook voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid, maar in dit koersdocument ligt meer de nadruk op normalisatie, herstel en positieve gezondheid en minder op eigen kracht.

5.2 Samenwerking tussen gemeenten

Beleidsuitgangspunten:

a. We zetten de huidige samenwerking en de governance-structuur via de Centrumregeling Wmo voort in de regio Brabant Noordoost-Oost. Ook na de doordecentralisatie van Beschermd Wonen.
b. Doel van de samenwerking is de beschikbaarheid, kwaliteit en spreiding van specialistische zorg te borgen voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid, passend bij de (ontwikkeling van) de zorgvraag in de regio.
c. Lokale gemeenten hebben een zorgplicht voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Het regionale vangnet is altijd een tijdelijke aanvulling op een lokaal traject.
d. Gemeenten in de regio zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het regionaal specialistisch vangnet van voorzieningen, zowel beleidsmatig, in de uitvoering als op het gebied van bekostiging.
e. We hanteren de lerende aanpak en geven hieraan gezamenlijk invulling door het organiseren van regionale leersessies.
f. Elke gemeente levert voldoende beleidscapaciteit voor vertegenwoordiging in het Regionaal Ambtelijk Overleg Beschermd Wonen+.
g. De samenwerking tussen gemeenten is gebaseerd op wederzijds vertrouwen, gezamenlijke verantwoordelijkheid, solidariteit en gelijkwaardigheid.

In de laatste jaren is er veel vertrouwen opgebouwd in de regionale samenwerking tussen gemeenten onderling op het gebied van Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang. Dit heeft ervoor gezorgd dat steeds nieuwe uitdagingen zoals wetswijzigingen en transformatieopgaven, relatief geruisloos tot stand zijn gekomen. Denk hierbij aan:
- transformatieopgaven zoals de invoering van scheiden wonen en zorg;
- de invoering van de Wet verplichte GGZ (Wvggz);

- wetswijziging zoals de openstelling van de Wlz;
- voorbereiding op de doordecentralisatie van Beschermd Wonen.

De opgebouwde samenwerking gaat de gemeenten helpen de gezamenlijke inhoudelijke koers vast te houden, ook als er sprake is van schaarste en verdelingsvraagstukken. Binnen deze samenwerking bestaat de vrijheid om naast de vastgestelde verantwoordelijkheden, gezamenlijk op te trekken in de lokale opgaven wanneer de gemeenten hier meerwaarde in zien. De regionale governance structuur geeft hier voldoende ruimte voor.

5.3 Samenwerking in de keten

Beleidsuitgangspunten:

a. De regio versterkt haar regierol ten behoeve van inwoners met een psychische kwetsbaarheid door intensief samen te werken met het medisch domein en het veiligheidsdomein.
b. Ten aanzien van integrale aanpak 16-27 jarigen:
    1. werken gemeenten en ketenpartners volgens de afspraken in het 'Integrale regionale plan van aanpak jeugd 16-27 jaar';
    2. worden de big 5 geregeld bij dreigende thuis- of dakloosheid: Support, Wonen, School en werk, Inkomen en schulden en Welzijn en gezondheid. Hiermee voorkomen we dak- en thuisloosheid, in het bijzonder jongeren die uitstromen uit (intramurale) jeugdzorg.
c. De regio streeft naar een integrale samenwerking tussen professionals en samenwerking in de keten rondom complexe casuïstiek (GGZ/Zvw/Wlz/sociaal-/medisch- en veiligheidsdomein).
d. De regio stuurt niet alleen op individuele organisaties, maar ook op de beweging die we in de keten tot stand willen brengen.
e. Gemeenten respecteren wettelijke kaders en verantwoordelijkheden en nemen geen taken over.
f. Gemeenten maken gebruik van landelijke escalatiemogelijkheden wanneer hier aanleiding toe is.
g. In de ketensamenwerking van het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein proberen de gemeenten zoveel mogelijk gelijke afspraken te maken met ketenpartners en gelijke werkwijzen te hanteren in de regio.
h. De regio bereidt zich organisatie breed en zorgvuldig voor op de invoering van de Wams (Wet aanpak meervoudige probleemhuishoudens sociaal domein) en pakken daarin een voortrekkersrol in het land.

Het doel is te komen tot afspraken over integrale opvang, ondersteuning en zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Niet de financieringsvorm moet leidend zijn, maar de integrale hulp en ondersteuning aan inwoners. Vaak zien we dat inwoners gebruik maken van zorg uit verschillende financieringsvormen en wettelijke kaders: Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet verplichte GGZ, Jeugdwet, Wet Zorg en Dwang, etc. We zien nu nog te vaak dat complexe casuïstiek ronddraait tussen wet- en regelgeving of domeinen. De morele afwegingen, de integrale blik en de gezamenlijke verantwoordelijkheid kan alleen vorm krijgen als ketenpartners elkaar opzoeken, multidisciplinaire overleggen (MDO's/samenwerkoverleggen) organiseren, daar waar nodig opschalen conform de uitgangspunten van het AVE-model (aanpak voorkoming escalatie) en daarmee een doorbraak naar een oplossing forceren. Voorheen lag de rol om deze doorbraak te forceren bij de Centrumgemeente. Na de doordecentralisatie krijgen alle gemeenten een belangrijke rol in de procesregie van de eigen inwoners. Het Regioteam BWO (de regionale toegang tot het specialistisch vangnet in de regio) vervult hierin de rol van expertiseteam en kan meekijken en adviseren. Onmisbare ketenpartners aanvullend op deze samenwerking zijn sociale teams, bemoeizorg, zorgverzekeraars/ zorgkantoor, GGZ- en verslavingszorgaanbieders en de Maatschappelijke Opvang.

De toenemende complexe en grootstedelijke problematiek in de regio zorgt er voor dat veiligheidsrisico's kunnen ontstaan. Zorg en veiligheid kunnen dan niet meer los van elkaar beoordeeld worden. Ook hier is een integrale blik en samenwerking nodig in de keten om morele afwegingen te maken en gezamenlijk verantwoordelijkheid te nemen voor de mogelijkheden en

oplossingsrichtingen. Twee keer per jaar komt het ketenoverleg voor complexe casuïstiek in de regio bijeen. Hier worden trends, ontwikkelingen en problematiek waarvan we zien dat we daar allemaal tegenaan lopen, besproken. Daarnaast is afgesproken dat de lokale partners een beroep kunnen doen op de partners van het ketenoverleg bij complexe casuïstiek. Dan organiseert de lokale gemeente een MDO en nodigt daar de desbetreffende partners voor uit. Mocht een MDO op AVE 2 niet lukken, dan schaalt de lokale gemeente op naar het Zorg- en Veiligheidshuis (AVE 3). Mocht dit ook niet volstaan dan kan de lokale gemeente besluiten om een vierhoek bijeen te roepen (Burgemeester, OM, politie en GGZ). Onmisbare ketenpartners voor deze samenwerking zijn tweedelijns GGZ- en Verslavingszorg, politie, het Meldpunt Zorg en Overlast, het Openbaar Ministerie, het Zorg- en Veiligheidshuis, forensische zorgaanbieders en andere maatschappelijke partners.

Hoewel de ambities hoog zijn en we onze zorgplicht voor onze inwoners hoog in het vaandel hebben staan, zullen wij geen verantwoordelijkheden van andere financiers overnemen. Is het nodig informatie in te winnen, onwenselijke bewegingen in de keten te bespreken of bovenregionaal op te schalen, dan kan gebruik worden gemaakt van de volgende al bestaande overlegstructuren:

Samenwerkingsagenda Zorgverzekeraars en Gemeenten:
Samen met regio Den Bosch is er een meerjarige samenwerkingsagenda opgesteld met de zorgverzekeraars, waar o.a. de GGZ doelgroep is benoemd als speerpunt. We gebruiken deze samenwerking nu ook al om (on)wenselijke ontwikkelingen in de Wlz en Zvw te bespreken.

B7-overleggen - Maatschappelijke Opvang/Beschermd Wonen/Verslavingszorg:
De 7 grote gemeenten in Noord-Brabant hebben periodiek ambtelijk overleg over deze onderwerpen. Met name het gesprek over grootstedelijke problematiek, het signaleren van nieuwe ontwikkelingen, wet- en regelgeving interpreteren, goede voorbeelden uitwisselen, gezamenlijk optrekken richting bestuurders/zorgaanbieders/Rijk wanneer geëscaleerd moet worden, maken deze overleggen waardevol.

Programmaraad Zorg en Veiligheid (PRZV):
De PRZV ondersteunt bij knelpunten op het snijvlak van zorg en veiligheid conform de “3 A’s”: Afstemmen, Agenderen en Aanjagen. In de Programmaraad zijn bestuurders van zorgaanbieders, politie, gemeenten uit Noord- en Zuidoost-Brabant vertegenwoordigd. Naast knelpunten op het brede terrein van zorg en veiligheid ligt de focus van de PRZV de komende jaren op enerzijds personen met onbegrepen (en overlastgevend) gedrag (en een hoog veiligheidsrisico) en anderzijds (vooralsnog) huiselijk geweld en kindermishandeling. De gemeente Oss neemt namens de regio bestuurlijk deel aan deze Programmaraad.

Landelijk Programma Multiprobleemhuishouden:
Wanneer landelijke wet- en regelgeving in de weg staat is het mogelijk om op te schalen naar een landelijk netwerk van Centrumgemeenten en zeven Ministeries. Centrumgemeente Oss is aangesloten bij PMM namens de regio. Doel is om gebruik te maken van het brede netwerk van expertise en gebruik te kunnen maken van een escalatiemogelijkheid richting landelijke uitvoeringsinstanties (CAK/SVB/Belastingdienst) en Ministeries.

Met de invoering van de Wams (Wet aanpak meervoudige problematiek) per 1 januari 2024 komt er een wettelijke basis voor het domein overstijgend gegevens delen ten behoeve van een gecoördineerde aanpak bij meervoudige problematiek. In principe wordt het dus makkelijker om gegevens te delen. Dit is geen vrijbrief om zomaar gegevens te delen, maar een middel om de hulpvraag van de cliënt beter te beantwoorden. De gemeente Oss bereidt zich al enige tijd voor op de invoering van deze wet. O.a. door een brede organisatiescan en het aansluiten bij de landelijke voorbereiding. De extra capaciteit die dit vraagt wordt bekostigd van de lokale investeringsagenda Beschermd Wonen en resultaten worden gedeeld met de regiogemeenten. Uiteindelijk hebben we te maken met dezelfde ketenpartners en daarom is afstemming van de werkafspraken die gemaakt gaan worden van belang.

5.4 Reguliere geïndiceerde Wmo-ondersteuning

Beleidsuitgangspunten:

a. De zorg en ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen leefomgeving.
b. Ondersteuning is zo licht als mogelijk en zwaar als nodig.
c. Is thuis ondersteunen niet mogelijk, dan wordt gekozen voor interventies gericht op het weer terug naar de thuissituatie kunnen.
d. De gemeente van herkomst van de inwoner is verantwoordelijk voor steunstructuren in de wijk, een dak boven het hoofd, de toegang tot ondersteuning en zorg inclusief de brede vraagverheldering en het inzetten van reguliere Wmo geïndiceerde hulp en ondersteuning.

Een groot deel van de inwoners met een psychische kwetsbaarheid woont gewoon thuis. Een deel van deze inwoners heeft hier ondersteuning bij nodig, vaak gericht op meerdere leefgebieden. De hulp en ondersteuning begint in de eigen omgeving van de inwoner en krijgt van hieruit vorm. Als zelfstandig wonen tijdelijk niet mogelijk is, zijn interventies er zoveel mogelijk op gericht dat iemand weer terug naar huis kan. Hiervoor organiseren we op lokaal niveau de lichte hulp en ondersteuning en zetten we in elke gemeente de volgende instrumenten in om de basis op orde te krijgen in elke gemeente.

5.5 Steunstructuren en basis op orde in elke gemeente

Beleidsuitgangspunten:

a. Elke gemeente in de regio bouwt aan passende steunstructuren in de wijk en randvoorwaarden zodat inwoners met een psychische kwetsbaarheid zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen met ondersteuning dichtbij en gebruik van het specialistische vangnet in de regio voorkomen kan worden. Dit proces noemen we ook wel: de basis op orde in elke gemeente. Wat hiervoor nodig is, is deels uitgewerkt in de Ontwikkelagenda voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid en deels in het Plan van aanpak dak- en thuisloosheid. In bijlage 4 van dit koersdocument is een niet limitatieve lijst opgenomen met parameters voor de basis op orde in elke gemeente.
b. Wat de basis op orde is in elke gemeente kan lokaal verschillen, maar minimaal bedoelen we hier de volgende ambities mee. Elke gemeente:
    1. beschikt over een goed functionerende lokale toegang en/of sociale teams die integraal kijken en werken vanuit de leefwereld van de inwoner;
    2. zet in op integrale ondersteuning op verschillende leefgebieden waarbij in eerste instantie ervoor wordt gezorgd dat voorzien wordt in de primaire levensbehoeften (dak boven het hoofd, toegang tot zorg, inkomen, etc.). In de WvGGZ wordt in deze context gesproken over ‘essentiële voorwaarden’;
    3. werkt volgens de afspraken over op- en afschalen van casuïstiek binnen het sociaal domein, gebruikmakend van een escalatiemodel (zoals bijvoorbeeld AVE) en schoolt medewerkers hierin;
    4. creëert draagvlak en steunstructuren voor sociale inclusie in de wijk;
    5. investeert in en faciliteert betaalbare woningen voor de doelgroep. O.a. door woon-zorgvisies waarin de aandachtsgroepen psychisch kwetsbaren en dak- en thuislozen nadrukkelijk een plek krijgen en leiden tot concrete prestatieafspraken met woningbouwcorporaties voor de doelgroep. Er is behoefte aan meer, gedifferentieerde, kleine en betaalbare studio’s voor deze groep inwoners en specifiek passende woonvormen voor inwoners die zich in de wijk niet (meer) kunnen handhaven;

6. beschikt over voldoende toegankelijke basisvoorzieningen in de wijk, waaronder ontmoetings- en inloopfuncties, welzijnsvoorzieningen, een goed werkende toegang, begeleiding en dagbesteding, onafhankelijke cliëntondersteuning, budgetcoaches, zelfregiecoaching, maatschappelijke werk, inzet van ervaringsdeskundigen, preventieve GGZ en verslavingszorg. Ook werken gemeenten lokaal samen met partners om het niet-gemeentelijke voorzieningenniveau te versterken (netwerksamenwerking), waaronder toegang tot eerstelijns zorg, POH GGZ, beschikbaarheid van wijkagenten en voldoende huurwoningen voor de doelgroep.
7. realiseert één tussenvoorziening voor eigen inwoners in de gemeente om de uitstroom uit intramurale opvang/zorg op gang te krijgen. Na de 'tussenvoorziening' krijgt de inwoner met voorrang een plek 'in de wijk'. Zo geven gemeenten vorm aan de doorstroom in het specialistisch vangnet en de doordecentralisatie naar wonen thuis;
8. geeft uitvoering aan het Regionale Plan van aanpak dak- en thuisloosheid;
9. geeft uitvoering aan de Regionale Ontwikkelagenda voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid en vertaalt deze naar een lokaal uitvoeringsplan;
10. geeft inwoners toegang tot passende financiële steun, o.a. het verstrekken van een briefadres, toeleiding naar een zorgverzekering, verstrekken van een uitkering en toegang tot minimaregelingen;
11. stimuleert de participatie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid, onder andere door het versterken van de samenwerking tussen welzijn, zorg, ervaringsdeskundigen, clubs en verenigingen, het realiseren van inloopvoorzieningen en het toeleiden naar steunstructuren in de wijk;
12. versterkt intern de samenwerking tussen zorg en veiligheid en de samenwerking met ketenpartners;
13. schoolt medewerkers op het uitvoeren van de brede vraagverheldering voor Beschermd Wonen en Opvang;
14. schoolt medewerkers en/of contracteert ketenpartners om te werken met een uitstroomplan om duurzaam wonen in de wijk voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid mogelijk te maken;
15. beschikt over voldoende en deskundige procesregisseurs die in- en uitstroom in het specialistisch vangnet faciliteren, doorbraken bij vastgelopen casuïstiek realiseren, werkafspraken met ketenpartners in het medisch en veiligheidsdomein kennen, bereikbaar en beschikbaar zijn binnen kantoortijden voor ketenpartners en werken volgens het AVE-model;
16. zorgt er voor dat sociale teams en consulenten aansluiten bij de regionale leersessies en indien gewenst bij de intervisiebijeenkomsten over complexe casuïstiek;
17. werkt intensief samen met de regionale toegang tot het specialistisch vangnet;
18. realiseert GGZ consultatie in de wijken ter ondersteuning van consulenten, sociale teams, eerstelijns professionals en woningbouwcorporaties o.a. over psychiatrisch en/of psychosociale problematiek, behandelopties, gedragsproblematiek, toedienen van medicatie, veiligheidsrisico's, zorg in het kader van Zvw/Wlz/Wzd/Wvggz.

c. Elke gemeente, woningcorporatie en zorgaanbieder werkt mee aan de uitvoering van de Urgentie+ regeling in de regio, met als doel: voorrang aan eigen inwoners voor duurzame huisvesting, om terugkeer naar herkomstgemeente te realiseren, om uitstroom uit intramurale voorzieningen te versnellen en herstel en normalisatie te bevorderen.
d. De regionale toegang, het Regioteam BWO, heeft de rol van expertiseteam. Zij kunnen gemeenten adviseren bij individuele situaties waar meer deskundigheid gewenst is.

In de bijlage van de Centrumregeling Wmo 2024-2025 staat een niet limitatieve lijst met wat de regio verstaat onder 'de basis op orde'. Elke gemeente bepaalt zelf waar prioriteiten liggen en welke accenten gelegd worden. De uitvoeringsbudgetten BW waar elke gemeente jaarlijks de beschikking over heeft, kunnen ingezet worden om deze transformatieopgaven te bekostigen

(zie hoofdstuk 7). Gemeenten spreken daarbij af dat zij samen sturen op deze opgaven in de regio en jaarlijks gezamenlijk evalueren op doelrealisatie. Omdat op dit moment de complexiteit van de casuïstiek aan het toenemen is, in het hele land de schaarste in woon-/zorg- en opvangplekken voelbaar is en de gevolgen hiervan – een toenemende complexe doelgroep in de wijken - zichtbaar zijn in zowel de grote als de kleine gemeenten in de regio, past deze aanpak bij de urgentie die lokale gemeenten voelen.

5.6 Regionaal specialistisch vangnet

Beleidsuitgangspunten:

a. Het regionaal specialistisch vangnet heeft ten doel tijdelijk passende zorg te realiseren voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid die niet zelfstandig kunnen wonen en niet kunnen voorzien in een eigen dak boven het hoofd.
b. Voorzieningen in het regionaal specialistisch vangnet worden ingekocht door Centrumgemeente Oss en daarop vindt beleidscoördinatie plaats vanuit de Centrumgemeente.
c. De toegang tot beschermd wonen en maatschappelijke opvang trajecten (m.u.v. kortdurende, directe opvang voor dak- en thuislozen) is belegd bij de regionale toegang van de Centrumgemeente.
d. Het regionaal specialistisch vangnet bestaat uit de volgende voorzieningen:
    1. Beschermd wonen voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid (op afroep of 24-uurs toezicht),
    2. Maatschappelijke opvang
    3. Bemoeizorg
    4. GGZ-preventie
    5. Preventie verslavingszorg
    6. Time-out voorziening
    7. Beschermd wonen voor verslaafden in herstel
    8. Meld- en adviespunt Zorg en Overlast (incl. toegang bemoeizorg, Wvggz en er-op-af-functie)
    9. Stichting Barka; kortdurende hulp aan dakloze EU-arbeidsmigranten gericht op perspectief in Nederland (werk en huisvesting) of terugkeer naar een passende voorziening in het land van herkomst.
f. De volgende taken zijn geen onderdeel van het specialistisch vangnet, maar blijven een verantwoordelijkheid van elke gemeente. De lokale gemeente voert hier regie op:
    1. Steunstructuren in de wijk en de basis op orde in elke gemeente
    2. Uitvoering van lokale acties in de Ontwikkelagenda
    3. Aanpak voorkoming escalatie (AVE-werkwijze)
    4. Openbare orde en veiligheid
    5. Toeleiding naar zorg die niet tot het specialistisch vangnet behoort: Wlz, Zvw, forensichse zorg, etc.
g. Lokale gemeenten blijven via een procesregisseur betrokken bij hun kwetsbare inwoners: bij in-, door- en uitstroom van inwoners in het regionaal specialistisch vangnet.
h. Inwoners in de regio Brabant Noordoost-Oost kunnen gebruik maken van het regionaal specialistisch vangnet, tenzij:
    1. Inwoner niet mee wil werken aan plaatsing of herstel.
    2. Inwoner niet voldoet aan de toegangseisen voor plaatsing in een voorziening.

3. De benodigde zorg en/of het beveiligingsniveau niet geleverd kan worden binnen de zorgplicht van de Wmo. Er wordt dan wel samenwerking gezocht met het medisch- en/of veiligheidsdomein.
4. Inwoner alle passende mogelijkheden van het specialistisch vangnet heeft doorlopen en er geen oplossingen meer beschikbaar zijn.

i. Uitstroom uit het specialistisch vangnet wordt vorm gegeven door middel van een uitstroomplan, waarbij de regie ligt bij de casusregisseur uit de keten en een procesregisseur van de gemeente van herkomst.

j. De Centrumgemeente zorgt via het inkopen van zorg voor een sluitende keten van voorzieningen in het specialistisch vangnet en signaleert ontwikkelingen in de vraag. De inkoopopgaven worden twee-/driejaarlijks opgenomen in het regionaal Inkoopplan Wmo.

k. Elke gemeente beschikt over procesregisseurs die tijdens kantoortijden bereikbaar zijn voor de regionale toegang en ketenpartners die lokale procesregie nodig hebben voor inwoners.

l. De brede vraagverheldering voor het specialistisch vangnet wordt gedaan door de gemeente van herkomst.

m. De Centrumgemeente realiseert ontbrekende voorzieningen in het specialistisch vangnet. Het gaat hier o.a. om beschermde woonplekken voor inwoners die willen werken aan hun verslaving (Wmo) en chronisch verslaafden (Wlz) in de regio waarvan de financiering onder de Wlz valt.

n. De Centrumgemeente onderzoekt wat de mogelijkheden zijn voor woonplekken voor structurele overlastgevers en inwoners met onbegrepen gedrag die een prikkelarme omgeving nodig hebben.

o. Ten aanzien van de groep 16-27-jarigen: we voorkomen dat jongeren vanuit jeugdzorg onnodig in het specialistisch vangnet stromen. Zij komen hier in aanraking met een zware doelgroep zoals ernstige psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Woon-/zorgplekken gericht op de volgende stap naar zelfstandig wonen en normalisatie, zijn beter passend bij deze doelgroep.

De belangrijkste wijziging met de voorgaande periode is dat ondersteuning van inwoners met een psychische kwetsbaarheid zo veel mogelijk lokaal begint en eindigt. Ook als een inwoner een Beschermd Wonen-vraag heeft of Maatschappelijke Opvang nodig heeft. Op het moment dat de lokale basis op orde is, is het in de meeste gevallen niet nodig om inwoners gebruik te laten maken van zware, schaarse en dure opvang- en zorgvormen. Zo kan het voorkomen van huisuitzetting en dus dakloosheid van een inwoner lokaal betekenen:

- dat verergering van problematiek voor de inwoner uitblijft;
- een langdurig en duur opvangtraject via Maatschappelijke Opvang wordt voorkomen;
- een urgentieplusproces voor een woning niet opgestart hoeft te worden;
- inwoner waarschijnlijk met lichtere zorg- en ondersteuning goed geholpen kan worden.

De lokale gemeente blijft betrokken bij haar kwetsbare inwoners die een ondersteuningsvraag hebben. Het regionaal specialistisch vangnet van zwaardere voorzieningen en zorg is een tijdelijke aanvulling op een lokaal ingezet traject. Op deze manier leggen we echt de verbinding met de leefwereld van de inwoner en brengen we de ondersteuning naar de inwoner toe in plaats van de inwoner per definitie uit zijn of haar omgeving te halen en in een opvangsetting te plaatsen. Deze overplaatsingen kunnen afbreukrisico's vormen voor deze inwoners. Het doorvoeren van scheiden van wonen zorg is een belangrijk sturingsmiddel gebleken in de regio om inwoners volwaardig mee te laten doen in de samenleving, de zorg leidend te laten zijn in plaats van de woonfunctie, keuzevrijheid te stimuleren en afbreukrisico's te voorkomen. De regio loopt voor op in het land met het doorvoeren van scheiden wonen en zorg en daarmee wordt aan een belangrijke randvoorwaarde voor het doordecentralisatie-proces voldaan.

Het regionale vangnet blijft beschikbaar voor de groep waarvoor een integrale lokale aanpak niet voldoende is en opvang en/of een beschermde woonomgeving noodzakelijk zijn. Vanuit de transformatiegedachte hangen het regionale vangnet en de lokale aanpak met elkaar samen. Het risico op een waterbedeffect is daarbij reëel: als het één niet op orde is (steunstructuren en basis

op orde), wordt onnodig gebruik gemaakt van het ander (regionaal vangnet). Daarom richt de uitvoering van de Ontwikkelagenda zich op zowel de lokale- als regionale inspanningen die nodig zijn om de doelstellingen te bereiken, samen te leren en de samenwerking te versterken.

Figuur 3: Wmo-voorzieningen voor psychisch kwetsbare inwoners



5.7 Beschermd Wonen en de doordecentralisatie

Beleidsuitgangspunten:

a. We omarmen in de regio de visie van Dannenberg op de doordecentralisatie van beschermd wonen en hebben deze visie vertaald in voorliggend koersdocument voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. De Ontwikkelagenda is daarbij het verplichte Regioplan die in opdracht van het Rijk is opgesteld, tevens de uitvoeringsagenda.

   Uitgangspunten van de visie van Dannenberg zijn:

   - Van beschermde woonvormen, naar zo zelfstandig mogelijk wonen in de wijk
   - Vergroten van kansen op meedoen en participatie
   - Op- en afschalen van zorg wordt vanzelfsprekend
   - Een soepele overgang tussen opvang, beschermd wonen en thuis wonen met zorg;
   - Lokale ondersteuningsstructuren bouwen om duurzaam in de wijk wonen mogelijk te maken

b. De doordecentralisatie van beschermd wonen wordt uitgevoerd binnen de nieuwe wettelijke kaders:

   - Doel: van beschermd wonen naar beschermd thuis
   - Elke gemeente wordt verantwoordelijk
   - Verplichte gezamenlijke bekostiging en inkoop in de regio
   - Het Rijk kan ingrijpen bij onvoldoende beschikbare zorg
   - Ingangsdatum: 1 januari 2024
   - Doorlooptijd van de financiële doordecentralisatie: 10 jaar
   - Samenwerking en regiovisie zijn verplicht

c. Financiële afspraken over doordecentralisatie zijn vastgelegd in de Centrumregeling Wmo 2024-2028.
d. De middelen die de gemeenten in de regio ontvangen van het Rijk voor Beschermd Wonen worden bij elkaar gebracht en ingezet:
   - voor de doelgroep psychisch kwetsbare inwoners;
   - voor de bekostiging van het regionaal specialistisch vangnet en de voorzieningen;
   - om risico's af te dekken, zoals de invoering van het Woonplaatsbeginsel BW en tekorten;
   - om nieuwe, ontbrekende voorzieningen in het specialistisch vangnet te bekostigen;
   - om de basis op orde te brengen in elke gemeente;
   - om te innoveren.
e. Gemeenten kunnen voor de projectmatige kosten voor realisatie van de tussenvormen en het opzetten van steunstructuren in de lokale gemeente, een beroep doen op het regionaal Investeringsfonds. Afspraken over het Investeringsfonds zijn uitgewerkt in de Centrumregeling Wmo 2024-2028.
f. Gemeenten hebben de beschikking over een jaarlijks uitvoeringsbudget om aan de doordecentralisatie-opgaven te werken en zetten deze in om de basis op orde te brengen in elke gemeente en het afdekken van Wmo-kosten voor de doelgroep. Afspraken over het uitvoeringsbudget zijn opgenomen in de Centrumregeling Wmo 2024-2028.
g. Wat de opgaven zijn voor de 'basis op orde', is uitgewerkt in bijlage 4 en in de 'Ontwikkelagenda voor zorg, opvang en ondersteuning van inwoners met een psychische kwetsbaarheid'.
h. Er worden bovenregionale afspraken gemaakt in B7-verband (Brabant zeven grootste gemeenten) over bovenregionale plaatsingen, samenwerking, casusoverleg (warme overdracht) en informatie-uitwisseling.
i. Het nieuwe product 'wonen met ondersteuning thuis' is per 2024 uitgewerkt in samenwerking met beleidsadviseurs in de regio en Team Inkoop & Contractmanagement van de Centrumgemeente. De financiering van dit product valt onder de lokale Wmo. De dekking komt van lokale Wmo-middelen.
j. Voor tussenvormen gebruiken we in de regio de omschrijving en het product 'wonen met ondersteuning thuis' en niet de landelijke term 'beschermd thuis'. Hiermee voorkomen we spraakverwarring en het hanteren van te hoge tarieven door zorgaanbieders die zorg leveren in een tussenvorm.
k. De hoeveelheid zorg dat iemand nodig heeft (24 uurs toezicht en/of nabijheid) bepaalt of het beschermd wonen betreft of een tussenvorm zoals bedoeld in de doordecentralisatie.
l. Het scheiden van wonen en zorg is en blijft het uitgangspunt bij beschermd wonen in deze regio. Het draagt bij aan keuzevrijheid, normalisatie, participatie en zelfredzaamheid voor inwoners, vermindert afbreukrisico's bij in- en uitstroom in het specialistisch vangnet, draagt bij aan een realistische tariefstelling voor zorg zonder wooncomponent en draagt bij aan uniformering van tarieven tussen zorgaanbieders in de regio.

De voorbereiding op de doordecentralisatie van Beschermd Wonen is niet alleen landelijk, maar ook in de regio Brabant Noordoost-Oost sinds 2019 ingezet. Verschillende documenten liggen ten grondslag aan de ingeslagen koers en daar heeft ook al vaker besluitvorming door Colleges en Raden op plaatsgevonden, zoals in:

2019: Raadsbesluit Koersdocument
2020: Collegebesluit financiële afspraken doordecentralisatie BW
2020/2021: Regionale Ontwikkelagenda in 2020/2021

De Regionale Ontwikkelagenda is als verplicht 'regioplan' aangeleverd bij en goedgekeurd door het landelijk transitiebureau (VNG/VWS). Deze is als voorbeeld geïntroduceerd bij het landelijk bestuurlijk overleg. Uitgangspunten voor de samenwerking zijn niet nieuw, maar een voortzetting van de samenwerking zoals we die al kennen in de Wmo. In de Centrumregeling Wmo 2024-2028 zijn afspraken gemaakt die noodzakelijk zijn om de doordecentralisatie ook op het gebied van governance, juridisch

en financieel, goed te regelen. De voorlopige financiële vertaling van de afspraken met betrekking tot de doordecentralisatie is terug te lezen in hoofdstuk 7.

5.8 Aanpak dak- en thuisloosheid

Beleidsuitgangspunten:

a. De aanpak van dak- en thuisloosheid richt zich in de eerste plaats op **preventie** en vroegsignalering; het voorkomen van dak- en thuisloosheid.
b. We willen meer inzicht in de aard en omvang van dak- en thuisloosheid in de regio om data ondersteund en gericht preventiebeleid te kunnen maken.
c. Alle gemeenten geven lokaal vorm aan de preventie van dak- en thuisloosheid, o.a. door vroegsignalering van risico's op dakloosheid.
d. Wonen gaat voor opvang: enkelvoudige woonproblemen worden lokaal opgelost voordat een beroep wordt gedaan op het specialistisch vangnet in de regio.
e. Waar van meerwaarde, werken we regionaal samen, bijvoorbeeld door gezamenlijke afspraken te maken met ketenpartners en woningbouwcorporaties.
f. We gaan voor zo min mogelijk huisuitzettingen. In de regio worden geen mensen uit hun woning gezet op basis van alleen een huurachterstand.
g. Jongeren worden niet losgelaten tot dat de big 5 is geregeld: Support, Wonen, School en werk, Inkomen en schulden en Welzijn en gezondheid. Hiermee voorkomen we dak- en thuisloosheid onder jongeren, in het bijzonder jongeren die uitstromen uit (intramurale) jeugdzorg.

Landelijk is door een brede coalitie een ambitieus plan van aanpak dakloosheid uitgewerkt met als ultieme ambitie het beëindigen van dakloosheid in 2030. Pijlers in deze aanpak zijn preventie, wonen eerst en ervaringskennis. Om deze ambities te realiseren stelt het Rijk structureel extra middelen beschikbaar aan gemeenten. Deze ambities verdiepen en versterken de eerder al vastgestelde uitgangspunten in deze regio "wonen gaat voor opvang" in het "Koersdocument voor opvang, zorg en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid" uit 2019 en het vastgestelde "Uitvoeringsplan brede aanpak dak- en thuisloosheid". In deze geactualiseerde koersnota werken wij daarom de ambities rondom het thema dak- en thuisloosheid verder uit.
Landelijk is er beperkt zicht op de omvang van dak- en thuisloosheid. De monitoring richt zich vooral op het gebruik van voorzieningen voor dak- en thuislozen, maar hiermee is de omvang van het probleem onvoldoende in beeld. Dit geldt ook in onze regio. Om deze reden nemen wij als regio, samen met de regio van centrumgemeente 's-Hertogenbosch, als eerste twee regio's in Nederland, deel aan een telonderzoek naar de aard en omvang van dak- en thuisloosheid volgens de Europese Ethos definitie. We hopen dat de resultaten van dit onderzoek helpen om ons preventiebeleid gerichter vorm te geven.

Naast preventie is een tweede uitgangspunt "wonen eerst". Wonen eerst gaat uit van de gedachte dat een duurzaam herstel niet mogelijk is zonder eigen woonplek: eerst een dak boven je hoofd is een randvoorwaarde en dan de juiste zorg en ondersteuning om verder te werken aan herstel en/of een duurzame woonplek.

De focus op deze twee uitgangspunten, preventie en wonen eerst, vraagt een omslag in het denken over dak- en thuisloosheid en opvang. Waar voorheen iemand die (dreigend) dak- of thuisloos was werd verwezen naar de Maatschappelijke Opvang, onderdeel van het regionaal vangnet, verschuift de inzet naar lokale preventie en vraagverheldering om een beroep op opvang te voorkomen. Wanneer er toch opvang nodig is, is deze kortdurend en blijft de lokale gemeente betrokken. De inwoner keert zo snel mogelijk terug naar een passende woonplek in de gemeente van herkomst. Eerst een dak, dan de juiste hulp.

Deze beweging vraagt om een transformatie van de Maatschappelijke Opvang, waar we in het volgende hoofdstuk nader op ingaan, en de opbouw van voldoende en passende ambulante ondersteuning.

5.9 Transformatie van de Maatschappelijke Opvang

Beleidsuitgangspunten:

a. Er wordt alleen een beroep gedaan op maatschappelijke opvang als er lokaal geen oplossingen gevonden kunnen worden.
b. Waar inwoners dakloos zijn geraakt, zijn regionale opvangvoorzieningen kortdurend en tijdelijk beschikbaar als vangnet, maar blijven we lokaal betrokken bij de eigen inwoners.
c. Vanaf instroom wordt gewerkt aan (duurzame) uitstroom, zonder dat alle problemen binnen de opvang opgelost hoeven worden. De duur van maatschappelijke opvang trajecten is zo kort als mogelijk. Uitstroom kan naar een zelfstandige woning, al dan niet met begeleiding, maar ook naar een passende woonvoorziening wanneer noodzakelijk, zoals beschermd wonen of een Wlz voorziening.
d. We scheiden wonen en zorg in het inkoopbeleid, om zelfredzaamheid te bevorderen, afbreukrisico's van verhuizingen te voorkomen en duurzaam herstel mogelijk te maken.
e. De maatschappelijke opvang is altijd beschikbaar voor mensen met acute woningnood die ook problemen hebben op meerdere leefgebieden: de kwetsbare doelgroep die niet zelf in een oplossing kan voorzien.
f. We omschrijven de doelgroep nader in beleidsregels om duidelijk te maken voor wie de opvang wel en voor wie deze niet bedoeld is. Zo voorkomen we dat de beschikbaarheid voor de kwetsbare doelgroep onder druk komt te staan.
g. We maken de komende jaren keuzes over hoe de maatschappelijke opvang eruit moet zien en welke eisen hieraan gesteld worden. Dit vanuit het gegeven dat de volgende ontwikkelingen invloed hebben op de toekomstvisie op de maatschappelijke opvang:
    - het uitgangspunt "wonen eerst" en de effecten daarvan op de maatschappelijke opvang;
    - het intensiveren en verkorten van trajecten;
    - de signalen over toenemende aantallen en complexiteit van de problematiek van een deel van de doelgroep dak- en thuislozen met onder andere psychische- en verslavingsproblematiek.
h. Winteropvang wordt onderdeel van de eisen aan de maatschappelijke opvang, zodat deze structureel geborgd is.

De afgelopen jaren is ingezet op verbetering van de in- door en uitstroom in de Maatschappelijke Opvang onder andere door verkorten en verbeteren van trajecten, toegang tot de opvang ingericht bij de Centrumgemeente en verbeteren van de uitstroom door het invoeren van het urgentieplus proces met woningcorporaties, zorgaanbieders en gemeenten. De komende periode wordt dit proces gemonitord en geoptimaliseerd. Het urgentieplus proces heeft de afbouw van plekken mogelijk gemaakt in het kleinschalig wonen met lange trajectduur, zoals de 'doorstroomwoningen' binnen de Maatschappelijke Opvang worden genoemd.

Tegelijkertijd zijn er toenemende signalen over dakloze mensen op straat en toegenomen complexiteit van de doelgroep die een beroep doen op de opvang. Dit geldt met name voor een doelgroep die een beroep doet op de huidige nachtopvang. Hier is soms sprake van complexe multiproblematiek met onder meer ernstige verslaving en psychische problemen. Deze inwoners kunnen soms nergens anders terecht of er is (nog) geen passende plek. Er wordt dan als een allerlaatste vangnet een beroep gedaan op de Maatschappelijke Opvang. Maar deze is niet ingericht en toegerust op deze doelgroep, die vaak langdurige zorgexpertise/behandeling, al dan niet in een prikkelarme omgeving en/of een (be)veilig(d)e omgeving nodig heeft. Onder andere deze ontwikkeling heeft geleid tot de keuze om onder meer te investeren in extra plekken nachtopvang, inzet van beveiliging en inzet van Stichting Barka en de Straatdokter.

Daarnaast wordt er jaarlijks gezocht naar een plek om winteropvang te kunnen verzorgen. Aan winteropvang worden bijzondere eisen gesteld, omdat deze voor iedereen toegankelijk is, ook de mensen die normaal gesproken geen toegang krijgen tot opvang. Het is bovendien steeds maar enkele maanden per jaar nodig. Het is steeds moeizamer en bovendien kostbaar om een locatie te vinden en deze jaarlijks te bemensen. Daarom is het wenselijk hiervoor een meer structurele oplossing te vinden.

Voorgaande ontwikkelingen gecombineerd met een beleidsvisie gericht op “wonen eerst” en “preventie” vragen om een herijking van de opdracht Maatschappelijke Opvang en vragen om keuzes de komende jaren.

5.10 Meldpunt Zorg en Overlast/Bemoeizorg/Wvggz

Beleidsuitgangspunten:

a. Normalisatie en inclusie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid en het opvangen, ondersteunen en beschermen van kwetsbare inwoners midden in de samenleving in diverse woonvarianten brengt de doelgroep letterlijk dichterbij al onze inwoners en in de wijken. Dit vraagt om adequate steunstructuren in wijken en voldoende kennis bij alle betrokkenen.
b. Eén van de manieren waarop we deze kennis naar de wijk toebrengen is via het integrale meld- en adviespunt zorg en overlast. Dit is een plek (telefoonnummer) waar inwoners en professionals terecht kunnen met vragen en zorgen om inwoners. Dit adviespunt geeft ook regionaal uitvoering aan het landelijke meldpunt voor “onbegrepen of zorgwekkend gedrag”. Het heeft bovendien een er-op-af functie om direct op een melding af te gaan en zo te kunnen de-escaleren.
c. Betere bekendheid van het meldpunt bij zowel inwoners, netwerkpartners, als professionals in het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein is een ontwikkelpunt voor de komende jaren. Dit doen we door samenwerkingsafspraken te maken met ketenpartners zoals politie, welzijn en GGZ, en door communicatiemiddelen in te zetten.
d. We bundelen expertise van het Meldpunt, Bemoeizorg, Wet verplichte ggz en een Er-op-af functie in één integraal team. Dit levert een inhoudelijke meerwaarde omdat de doelgroep waarover het gaat grotendeels overeenkomt en hierdoor aan de voorkant een goed triage van de problematiek kan plaatsvinden.
e. Er is een (zeer kleine) groep inwoners waarbij het niet lukt om passende hulp te vinden of zij accepteren deze niet. In uitzonderlijke gevallen leidt dit ertoe dat er geen hulp meer wordt geboden. We onderzoeken de mogelijkheid of er vanuit de bemoeizorg en/of meldpunt-functie een vinger aan de pols gehouden kan worden bij inwoners die anders compleet buiten beeld dreigen te raken.
f. Verplichte zorg (Wvggz) kan in ernstige situaties onder voorwaarden mogelijk zijn. We zetten in op het vergroten van de kennis hierover bij professionals, het waar mogelijk voorkomen van verplichte zorg en goede samenwerking als het gaat om de randvoorwaarden. Waar knelpunten ontstaan buiten de gemeentelijke invloed agenderen we dit op de juiste

Het Meld- en adviespunt zorg- en overlast heeft een belangrijke informatiefunctie voor de omgeving van inwoners onbegrepen gedrag en daarmee een anti-stigmatiserende functie. Daarnaast kunnen zij inzetten op de-escalerende interventies bij overlast en veiligheid en adviseren hoe om te gaan met deze inwoners in de wijk. Met dit meldpunt niet-acuut wordt een plek gerealiseerd waar melders 24/7 terecht kunnen. Er is voor melders geen alternatief (behalve wanneer er sprake is van een acute situatie, crisis of politie) buiten kantoortijden. Door een meldpunt te creëren waar meldingen terecht komen en triage plaatsvindt zorgen gemeenten ervoor dat het eenvoudig blijft voor melders. We kunnen niet verwachten dat zij weten bij welk “loket” zij terecht kunnen. We kiezen voor een meldpunt met een er-op-af-functie, zodat er ook direct gereageerd kan worden op meldingen wanneer nodig. Dit ontlast politie, BOA’s en andere medewerkers in de openbare ruimte of het veiligheidsdomein en er kan beter passende hulp geboden worden aan de inwoner om wie het om gaat. Ook in het verbeteren van de samenwerking tussen het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein heeft dit meldpunt een belangrijke functie. Alle beschikbare instrumenten en zorg komen samen bij dit meldpunt voor deze doelgroep. Door hierin de samenwerking op te zoeken, helpt het de juiste zorg op de juiste plek te brengen voor inwoners. Hiermee voorkomen we dat inwoners in “het systeem” worden rondgepompt.

Bemoeizorg richt zich op inwoners met zorgmijdend gedrag, die contact met en vertrouwen in reguliere zorg zijn verloren. De eerste inzet is gericht op het binnenkomen en het herstellen van contact en vertrouwen, met als doel outreachend te

bemiddelen naar reguliere ondersteuning en zorg. Er is een zeer kleine groep inwoners waarbij alle vormen van hulp vanuit het sociaal domein zijn uitgeput. Dit zijn inwoners die geen hulp (kunnen) accepteren, waarbij geen dwingend kader inzetbaar is, maar waarvan de verwachting is dat zonder contact escalatie of gevaar voor zichzelf en omgeving aanwezig is. We onderzoeken of het wenselijk is dat het meldpunt en/of bemoeizorg een rol kan spelen bij het in beeld houden van deze inwoners.
Het gaat hierbij om een zeer kleine groep in de regio, maar waarbij de verwachting is dat deze functie kan helpen bij tijdig de-escaleren, voorkomen van overlast en verbeteren van het veiligheidsgevoel in wijken en dorpen.

De Wet verplichte GGZ geldt voor mensen bij wie een psychische stoornis leidt tot gedrag dat ernstig nadeel (gevaar) veroorzaakt voor henzelf of voor anderen. Als er geen vrijwillige zorg mogelijk is om dat ernstig nadeel weg te nemen, kan de rechter hen verplichte zorg opleggen. De rechter kan verplichte zorg alleen opleggen als deze zorg:

- de enige manier is om het ernstige nadeel weg te nemen;
- proportioneel is (in verhouding staat tot het op te lossen ernstig nadeel);
- effectief is (resultaat oplevert).

Dit kan bij spoed door een crisismaatregel via de Burgemeester en in alle overige gevallen door middel van een zorgmachtiging via de rechter. Iedereen die zich zorgen maakt over iemand die misschien (verplichte) geestelijke gezondheidszorg nodig heeft, kan dat melden bij het meldpunt. Zij beoordelen dan of een verkennend onderzoek voor toegang tot Wvggz mogelijk is.
Het is voor professionals en inwoners niet altijd helder wat zij kunnen verwachten van de Wvggz, dit vraagt om het vergroten van de kennis hierover bij die mensen die ermee te maken krijgen. We maken goede afspraken over samenwerking en de uitwisseling van informatie, ook in relatie tot de nieuwe wet WAMS (Wet aanpak meervoudige problematiek in het Sociaal Domein). We maken in goede samenwerking afspraken over de essentiële voorwaarden bij uitstroom uit de Wvggz, denk aan de beschikbaarheid van een woning en inkomen. We agenderen knelpunten op de juiste plekken, denk aan signalen zoals:

- de Wvggz vraagt zoveel capaciteit van de GGZ en verslavingszorg dat de levering van andere soorten zorg in de knel komt;
- Wet forensische zorg (Wfz): er is een tekort aan beveiligde bedden.

5.11 Preventie in het regionaal vangnet

Beleidsuitgangspunten:

a. Preventieve activiteiten en voorzieningen krijgen een plek binnen het regionaal vangnet, wanneer zij bijdragen aan het verminderen van het beroep op specialistische voorzieningen in het regionaal vangnet.
b. Preventie-activiteiten kopen we regionaal in, wanneer het effectiever en efficiënter is om de activiteiten regionaal uit te voeren of wanneer zij direct gekoppeld zijn aan een regionale voorziening.
c. We kunnen regionale preventieve activiteiten toevoegen wanneer zij passen binnen de regionale ontwikkelagenda.
d. We zetten in op meer gebruik van ervaringskennis. Dit past bij de krapte op de arbeidsmarkt en past bij de visie op normaliseren, versterken van de zelfregie en wonen in de wijk.
e. We sluiten aan op landelijke ontwikkelingen zoals het landelijk zorg- en preventieakkoord, vernieuwing en transformatie, bijvoorbeeld door vergroten van bereik via digitalisering, herstel- en/of regiecentra en digitale lotgenotengroepen (e-communities).

Op dit moment hebben we een aantal preventieve activiteiten opgenomen als onderdeel van het regionaal vangnet:

1. Stichting Barka als preventieve activiteit bij Maatschappelijke Opvang

Stichting Barka biedt ondersteuning aan arbeidsmigranten, aansluitend bij de eigen taal en cultuur, die bijdraagt aan participatie, onderdak en zelfredzaamheid voor EU-arbeidsmigranten, met name uit de MOE-landen (Midden-, Oost-Europa). Zij helpen bij het vinden van werk en onderdak in Nederland en wanneer dit niet mogelijk is bieden zij hulp bij terugkeer naar het land van herkomst. Bij terugkeer bemiddelen zij naar opvang en hulp in land van herkomst. Barka werkt met maatschappelijk werkers, in combinatie met vrijwilligers en ervaringsdeskundigen die de cultuur kennen en de juiste taal

spreken. De inzet van stichting Barka zorgt ervoor dat er minder beroep wordt gedaan op de Maatschappelijke Opvang en dat overlast op straat vermindert.

2. Straatdokter

In 2022 is gestart met de opzet van een Straatdokter(steam). Dit is nu nog een lokale pilot in Oss. De ambitie is het als regionale functie onder te brengen onder de Zorgverzekeringswet omdat er grotendeels sprake is van huisartsenzorg. Doel is het verlenen van sociaal medische zorg aan inwoners die geen eigen huisarts of zorgverzekering hebben of niet bereikbaar of zichtbaar zijn binnen de reguliere huisartsenzorg. Deze activiteit ontlast de reguliere huisartsenzorg en de Maatschappelijke Opvang die veel tijd kwijt was met het bereid vinden van een (huis)arts om zorg te verlenen aan deze patiënten. Een OGGZ Verpleegkundige ondersteunt de Straatdokter bij verpleegkundig handelen, sociaal medische screening en het oppakken van verwaarlozings- en vervuilingsproblematiek. Een verpleegkundig specialist GGZ ondersteunt de Straatdokter en de Maatschappelijke Opvang bij psychiatrische casuïstiek en om direct contact te leggen met de 2e lijns specialistische GGZ. Doel van deze pilot in 2023 is te leren wat er nodig is voor deze doelgroep. Ondertussen werken we samen met de zorgverzekeraars aan structurele inbedding in de regionale huisartsenzorg.

3. Preventie verslavingszorg en GGZ

GGZ- en verslavingszorg-behandeling vallen niet binnen de wettelijke context van het sociaal domein. Alleen de preventie-activiteiten zijn een toegewezen gemeentelijke taak in de Wmo2015. Onder andere als gevolg van de druk op de arbeidsmarkt, schaarste van behandelplekken en in de intramurale (Wlz) zorg, ontstaat druk op de preventieve taak en begeleiding binnen het sociaal domein. We willen voorkomen dat gemeenten verantwoordelijkheden overnemen van behandeling door druk in de 1e en 2e GGZ- en verslavingszorg. Dit doen we door tijdig escaleren en signaleren bij provinciaal en landelijk netwerk van VNG en het Ministerie VWS, wanneer de druk uit de Zvw en Wlz onevenredig op deze preventietaak in het sociaal domein komt te liggen. Wel willen we voor de toekomst onderzoeken hoe de preventietaak verbeterd kan worden, onder andere door:

- Onderzoeken of en welke inzet nog meer nodig is op het vóórkomen en voorkómen van middelengebruik in de regio en op welke vindplaatsen inzet nodig is.
- Meer inzet op zelfregie, herstel en ervaringsdeskundigheid, o.a. door het opzetten van een (regionaal) herstel- en regiecentrum.
- Transformatie en vernieuwing: vergroten bereik en specifieke doelgroepen, digitalisering, e-communities, etc.

5.12 Zorg & Veiligheid

Beleidsuitgangspunten:

a. We investeren in een nog sterkere verbinding tussen de domeinen zorg en veiligheid om een integrale aanpak te realiseren (bron: Regionaal Veiligheidsplan 42 gemeenten).
b. Bij de aanpak van personen met onbegrepen gedrag leggen we de focus op passende woonruimte voor deze doelgroep én richten we ons op het voorkomen van overlast en criminaliteit (bron: Regionaal Veiligheidsplan 42 gemeenten).
c. Elke gemeente heeft een periodiek overleg op lokaal ambtelijk- en bestuurlijk niveau tussen Burgemeester, Wethouder(s) zorg, politie, Openbaar Ministerie en eventuele zorgpartners (bron: Beleidskader Integrale Veiligheid).
d. Elke gemeente werkt conform de uitgangspunten van het AVE-model (aanpak voorkoming escalatie) bij het op- en afschalen van complexe casuïstiek in het sociaal domein.
e. Elke gemeente investeert in de verbinding en samenwerking tussen zorg en veiligheid binnen de eigen gemeentelijke organisatie en met ketenpartners.
f. Gemeenten werken conform de werkwijze en afspraken van het Zorg- en Veiligheidshuis in Noord-Brabant.
g. Centrumgemeente Oss is bestuurlijk vertegenwoordigd in de Programmaraad Zorg & Veiligheid namens de regio. Gemeentelijke afstemming over de agenda en standpunten vindt plaats tussen gemeenten Helmond, Eindhoven, Den Bosch en Oss.

h. Gemeenten voelen zich gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de groep structurele overlastgevers in de regio en realiseren samen met het veiligheidsdomein oplossingen om de overlast, veiligheidsrisico's te verminderen en leefbaarheid in wijken en dorpen te verbeteren.
i. De gemeenten in Oost-Brabant blijven bovenregionaal samenwerken met betrekking tot de ketenveldnorm.
j. Elke gemeente werkt met betrekking tot de ketenveldnorm aan:
   - scholing en kennisbevordering onder eigen medewerkers, bij voorkeur via de regionale leersessies;
   - het aanmelden van eigen inwoners bij de adviestafel ketenveldnorm;
   - de beschikbaarheid van een 'gemeentelijke regisseur' voor de ketenveldnorm.

De verbinding tussen de domeinen zorg en veiligheid is niet meer weg te denken. Verschillende thema's binnen het sociaal domein hebben raakvlakken met de thema's uit het domein veiligheid. Denk hierbij onder andere aan: woonoverlast, aanpak complexe casuïstiek, aanpak huiselijk geweld/kindermishandeling, verslavingsproblematiek, jeugd/jongeren met sociale-, gedrags- of multiproblematiek die overlast veroorzaken en/of delicten plegen. De samenwerking tussen zorg en veiligheid binnen de gemeentelijke organisatie, in de ketensamenwerking en tussen domeinen (sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein) lijkt logisch, maar is niet zo eenvoudig te realiseren. In de regio merken we dat hier nog een verbeterslag in gemaakt kan worden. Voldoende capaciteit is een belangrijke randvoorwaarde om deze verbeterslag te realiseren. Dit onderwerp is daarom als belangrijk opgave genoemd in de basis op orde in elke gemeente (bijlage 4). Een ander aandachtspunt is dat elke gemeente werkt conform de uitgangspunten van het AVE-model. Dit houdt o.a. in dat elke gemeente beschikt over een procesregisseur op AVE 2 niveau en dat duidelijk is wanneer sprake is van op- en afschalen. Ook de randvoorwaarden om aan te sluiten bij de ketenveldnorm[4] moeten geregeld worden: van scholing van medewerkers tot de beschikbaarheid van een gemeentelijke

[4] De Ketenveldnorm is ambulante ondersteuning met indien nodig (tijdelijke) intensieve zorg voor landelijk ongeveer 2000 personen die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen, als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening. Het is een integrale samenwerking tussen zorgaanbieders (GGZ/forensisch/verslavingszorg/gehandicaptenzorg), politie, OM en gemeenten in de keten, gericht op continuïteit van intensieve zorg, levenslange betrokkenheid, snel op- en afschalen tussen lichte zorg en beveiligde/zware zorg. In 2022 zijn er 5 inwoners uit de regio Brabant Noordoost-Oost geïncludeerd.

regisseur in elke gemeente. Tot slot werken we aan een handelingsperspectief zorg en veiligheid dat een overzicht geeft van in te zetten gemeentelijke instrumenten binnen de domeinen zorg en veiligheid.

Wanneer de druk op zorg en veiligheid en/of de samenwerking in de keten onder druk staat, en bovenstaande oplossingen geen resultaat opleveren, dan kunnen gemeenten verantwoordelijkheid nemen door regionale en landelijke netwerken in te zetten om signalen af te geven en de samenwerking met het medisch- en veiligheidsdomein te verbeteren. Vooral bij inwoners die tussen wal en schip dreigen te raken of bij structurele overlastgevers in de regio waarbij alle mogelijke opvang en specialistische zorg is ingezet, komen we op het punt dat alle partijen en financiers elkaar diep in de ogen moeten kijken en het gesprek moeten voeren over de reikwijdte van de zorgplicht, individuele verantwoordelijkheden binnen en gezamenlijke verantwoordelijkheden tussen domeinen en morele afwegingen in individuele complexe casuïstiek. Dit vraagt om creativiteit, samenwerking, over eigen en andermans grenzen heen kijken en gezamenlijke verantwoordelijkheid.

5.13 Inkoop en contractmanagement

Beleidsuitgangspunten:

a. Beschermd wonen is en blijft in deze beleidsperiode een gesloten inkoop om de specialistische deskundigheid en de kwaliteit te kunnen blijven borgen in de regio.
b. Waar mogelijk, en binnen de grenzen van wet- en regelgeving, trekken we bij nieuw te realiseren voorzieningen in het regionaal specialistisch vangnet, nieuwe zorgaanbieders met specifieke GGZ-, verslavingszorg-, of opvangexpertise naar de regio. Zo ontstaat een bredere markt, meer deskundigheid, meer doorplaatsmogelijkheden en daardoor slagkracht in de regio.
c. In alle overeenkomsten worden bepalingen opgenomen om de inzet van ervaringsdeskundigen te bevorderen.
d. Wanneer er een toezichtsonderzoek n.a.v. calamiteiten of incidenten wordt uitgevoerd, die betrekking heeft op een voorziening in het regionaal specialistisch vangnet, wordt de gemeente van huisvesting geïnformeerd en betrokken bij de afwikkeling.
e. Spreiding van voorzieningen is een verantwoordelijkheid van elke gemeente in de regio. Bij nieuwe voorzieningen wordt nadrukkelijk gekeken naar locaties in die gemeenten die hierin achterblijven. De Centrumgemeente ondersteunt de lokale gemeente desgewenst, in het proces naar een geschikte locatie.
f. In contractgesprekken met zorgaanbieders is de doordecentralisatie van beschermd wonen, de transformatie van de maatschappelijke opvang en andere transformatiedoelen zoals opgenomen in dit koersdocument, onderwerp van gesprek.
g. Inkoop is betrokken bij het realiseren van nieuwe voorzieningen in het specialistisch vangnet.
h. We blijven werken aan het beperken van de administratieve lasten voor zorgaanbieders binnen de mogelijkheden die we hebben, zonder dat dit afbreuk doet aan de kwaliteit van contractmanagement, toezicht, verantwoordingseisen of monitoring en datagesteund werken.
i. Daar waar mogelijk wordt bij regionale contracten gewerkt met meerjarige overeenkomsten.

Deze beleidsmatige uitgangspunten ten aanzien van inkoop en contractmanagement zijn in de komende jaren leidend. Meer specifieke doelen en transformatieopgaven voor de uitvoering van deze taken, zijn opgenomen in het Inkoopplan Wmo 2024-2025. Dit inkoopplan wordt om de twee/drie jaar geactualiseerd om te kunnen blijven sturen op nieuwe inzichten, actuele ontwikkelingen of veranderende wetgeving.

6. Van beleid naar uitvoering

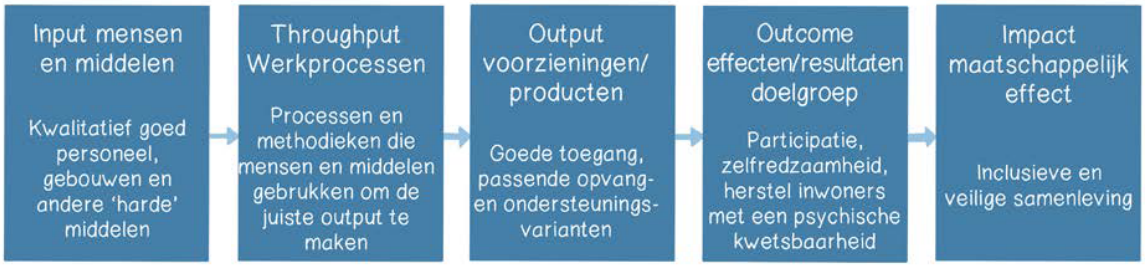
6.1 Regionale ontwikkelagenda voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid

De uitvoeringsagenda van dit Koersdocument is de 'Regionale ontwikkelagenda voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid'. Deze is in 2020 door de gemeenteraden in de regio vastgesteld en is nog steeds actueel als uitvoeringsagenda. Niet in de laatste plaats omdat de acties die er in benoemd zijn afkomstig zijn uit thematafels met ketenpartners. Bijna 40 ketenpartners, variërend van zorgaanbieders, tot woningcorporaties, zorgverzekeraars, politie, OM, Welzijn tot cliëntorganisaties, maar ook Trimbos Instituut en GGZ Vriendelijke Gemeenten, hebben input geleverd voor dit uitvoeringsplan. De gekozen onderwerpen van deze thematafels waren:

1. Cliënten en Naasten,
2. Normalisatie en Inclusie,
3. Gezondheidsbeleid psychisch kwetsbare inwoners,
4. Wonen in de wijk,
5. Opvang en ondersteuning,
6. Zorg en Veiligheid

In de Ontwikkelagenda zijn beleidsuitgangspunten vertaald in concrete inspanningen en acties. Het doel is meer te sturen op de beleidsdoelen en de gewenste resultaten. Hierbij is de methodische en systematische aanpak gehanteerd van de effectketen (Robbe, 2018).

Figuur 4 Effectketen van Robbe, 2018



De Ontwikkelagenda is gericht op de transformatie en verschuiving die we willen maken in de regio. Om nog beter aan te sluiten bij de leefwereld van inwoners met een psychische kwetsbaarheid is de ontwikkelagenda opgesteld vanuit het perspectief van de inwoner op een vijftal thema's. Deze zijn opgebouwd van lichte ondersteuning naar specialistische ondersteuning, van normalisatie naar escalatie en van lokaal naar regionaal:

1. Een fijne leefomgeving en sociaal netwerk
2. Formele hulp en ondersteuning
3. Wonen gaat voor opvang
4. Zorg en veiligheid
5. Regionaal vangnet

We willen in de regio in elke gemeente de basis op orde brengen en samen sturen op het regionaal specialistisch vangnet. Daarom is afgesproken dat de Regionale Ontwikkelagenda in elke gemeente wordt vertaald naar een lokale ontwikkelagenda om de veranderingen lokaal vorm te geven. We volgen de voortgang gezamenlijk, leren en wisselen uit via regionale leersessies, prioriteren en sturen bij waar nodig. De looptijd van de Ontwikkelagenda wordt verlengd, zodat deze gelijk loopt met de looptijd van dit Koersdocument.

6.2 Regionaal plan van aanpak dak- en thuisloosheid

Eind 2019 is door het Rijk de Brede Aanpak Terugdringen Dak- en Thuisloosheid aangekondigd. Deze brede aanpak richt zich op drie hoofdthema's:

1. Preventie
2. Vernieuwen van de opvang

3. Wonen met begeleiding.

Met subsidie vanuit het Rijk is deze opdracht in de regio Brabant Noordoost-Oost uitgewerkt in het 'Regionale Uitvoeringsplan brede aanpak terugdringen dak- en thuisloosheid'. Dit plan is in 2021 vastgesteld door de gemeenten in de regio en in elke gemeente vertaald naar een lokaal plan van aanpak met prioritering, acties en planning.

De opgaven in het regionale en lokale uitvoeringsplannen geven uitvoering aan de ambities in dit koersdocument. Ook zijn deze nog niet gereed. Het kost gemeenten tijd om deze ambities uit te voeren. De nieuwe plannen vanuit het Rijk om dak- en thuisloosheid aan te pakken, moeten daarin meegenomen worden. Het Regionale Uitvoeringsplan aanpak dak- en thuisloosheid', wordt daarom verlengd tot het moment dat deze geactualiseerd kan worden met nieuwe wet- en regelgeving.

Samen met de ontwikkelagenda blijven beide uitvoeringsdocumenten de koers voor de komende jaren die gaande weg kan worden bijgestuurd op basis van de uitgangspunten in dit koersdocument, nieuwe ontwikkelingen, de ontwikkeling van de zorgvraag in de regio of nieuwe wet- of regelgeving.

7. Financiële kaders

7.1 Doordecentralisatie van Beschermd Wonen

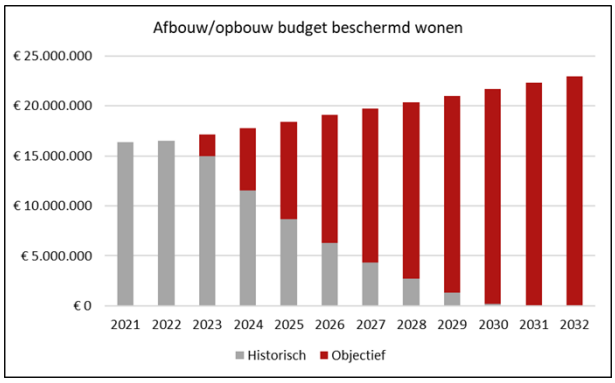
Beleidsuitgangspunten:

a. Gemeenten zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het specialistisch vangnet.
b. We volgen de adviezen op die het Transitiebureau VWS/VNG heeft gegeven inzake de financiële vertaling van de doordecentralisatie in deze regio: huidige samenwerking voortzetten via een Centrumregeling, solidariteit afspreken voor het specialistisch vangnet, verantwoordelijkheden lokaal/regionaal opnemen in Centrumregeling Wmo, uitvoeringsbudget beschikbaar stellen, investeringsfonds instellen.
c. We spreken 100% solidariteit af voor het regionaal specialistisch vangnet. Dit betekent dat alle middelen jaarlijks doorgestort worden naar de Centrumgemeente om het specialistisch vangnet te bekostigen en dat er een jaarlijks 'uitvoeringsbudget lokaal' beschikbaar is voor elke gemeente op basis van inwoneraantallen.
d. De financiën moeten de inhoudelijke beweging volgen: geld volgt taak en de techniek is ondersteunend.
e. Alle middelen afkomstig van de rijksuitkering en uit de reserve worden ingezet voor de doelgroep inwoners met een psychische kwetsbaarheid.
f. We sturen op lokale doelrealisatie per gemeente.
g. Jaarlijks wordt er verantwoording afgelegd op doelrealisatie in de regio en per gemeente lokaal (opgaven versus resultaten) aan het bestuurlijk overleg, POHO Wmo. Dit om gezamenlijk te kunnen blijven sturen op de beweging, transformatie en realisatie in de regio als geheel.
h. Jaarlijks wordt er verantwoording afgelegd over de besteding van de lokale uitvoeringsmiddelen Beschermd Wonen aan de eigen gemeenteraad.
i. In verband met de verwachte schaarste en verdelingsvraagstukken in de komende jaren en de transformatieopgaven lokaal, bouwen we de reserve af in de komende jaren door de middelen in te zetten voor een investeringsfonds en de basis op orde in elke gemeente.
j. We evalueren bovenstaande uitgangspunten en volgen hoe deze uitpakken: op doelrealisatie, maar ook of de middelen bij de doelgroep en de opgaven landen. Indien nodig stellen we bij en passen de afspraken aan.

Wanneer we de beleidsuitgangspunten in dit Koersdocument 2024-2028 en de governance-afspraken in de Centrumregeling Wmo 2024-2028 financieel vertalen, dan is er vanaf 2024 ruim 17 miljoen beschikbaar voor inkoop en uitvoering van het specialistisch vangnet. Dankzij de ingezette transformatie-opgaven en de realisatie hiervan in de afgelopen jaren op het gebied van o.a. het invoeren van scheiden van wonen en zorg en uniformering van tarieven tussen aanbieders, is er in de regio een aanzienlijke reservepositie opgebouwd. Deze middelen zijn bestemd voor de doelgroep inwoners met een psychische kwetsbaarheid en de gemeenten in de regio. De reservepositie maakt het mogelijk om, in tegenstelling tot enkele andere regio's, flink te investeren in de lokale randvoorwaarden en basis op orde in elke gemeente.

De doordecentralisatie van Beschermd Wonen gaat per 1 januari 2024 in. Deze doordecentralisatie gaat gepaard met een nieuw verdeelmodel: deze wijzigt van een historische verdeling naar een objectief verdeelmodel met een ingroeipad van 10 jaar. De regio Brabant Noordoost-Oost betreft een voordeelregio: het budget groeit de komende jaren tot ruim 21 miljoen in 2033. Disclaimer: deze cijfers kunnen nog wijzigen in de meicirculaire van 2023.

Figuur 5 Financiële doordecentralisatie in beeld



Regionaal budget			
Jaar	**Historisch**	**Objectief**	**Totale inkomsten**
2024	14.931.505	2.145.659	17.077.163
2025	11.152.072	6.433.220	17.585.292
2026	8.010.618	10.084.384	18.095.002
2027	5.398.892	13.206.592	18.605.484
2028	3.224.177	15.883.879	19.108.057
2029	1.416.580	18.194.049	19.610.629
2030	0	20.113.201	20.113.201
2031	0	20.615.773	20.615.773
2032	0	21.118.346	21.118.346
2033	0	21.620.918	21.620.918

Wanneer de rijksuitkering op basis van inwoneraantallen doorgerekend wordt, komen we uit op de verwachte uitkering per gemeente in figuur 6. Disclaimer: deze cijfers kunnen nog wijzigen als de circulaire in 2023 wijzigt.

Figuur 6 Verwachte uitkering per gemeente, cijfers x 1.000

Uitkering lokale gemeenten						
Jaar	**Bernheze**	**Boekel**	**Land v Cuijk**	**Maashorst**	**Oss**	**Totaal**
2024	€ 165	€ 147	€ 698	€ 436	€ 700	€ 2.146
2025	€ 495	€ 441	€ 2.092	€ 1.306	€ 2.100	€ 6.433
2026	€ 775	€ 691	€ 3.279	€ 2.047	€ 3.292	€ 10.084
2027	€ 1.016	€ 906	€ 4.294	€ 2.681	€ 4.311	€ 13.207
2028	€ 1.221	€ 1.089	€ 5.164	€ 3.224	€ 5.185	€ 15.884
2029	€ 1.399	€ 1.247	€ 5.915	€ 3.693	€ 5.939	€ 18.194
2030	€ 1.547	€ 1.379	€ 6.539	€ 4.082	€ 6.566	€ 20.113
2031	€ 1.585	€ 1.414	€ 6.703	€ 4.184	€ 6.730	€ 20.616
2032	€ 1.624	€ 1.448	€ 6.866	€ 4.286	€ 6.894	€ 21.118
2033	€ 1.663	€ 1.482	€ 7.029	€ 4.388	€ 7.058	€ 21.621

In de figuur 6 is zichtbaar dat de opbouw van de middelen bij de lokale gemeenten langzaam plaats gaat vinden verspreid over 10 jaar. Daarom is het belangrijk om de middelen in de komende jaren bij elkaar te houden en de specialistische zorg beschikbaar te houden voor inwoners. Als het de regio niet lukt deze middelen bij elkaar te houden, verdwijnen er specialistische zorg en opvangplekken in de regio voordat er lokaal iets opgebouwd is. Dit risico ontstaat ook als we achteraf gaan afrekenen per gemeente: de voorzieningen in het specialistisch vangnet zijn dure voorzieningen en bestaan voor een groot deel uit beschikbaarheidsfinanciering. Het volume van de specialistische plekken moet daarbij voldoende zijn voor inkoop, wil de zorg rendabel en betaalbaar blijven in de toekomst. Beschikbaarheid-, continuïteit- en toegankelijkheid van zorg voor alle inwoners in Brabant Noordoost-Oost is alleen haalbaar als de Centrumgemeente de inkoop voor de regio blijft verzorgen. Gemeenten hebben eerder uitgesproken de regionale samenwerking te willen blijven voortzetten (raadsbesluiten Ontwikkelagenda 2020/2021). Inmiddels is duidelijk dat in het wetsvoorstel naast een verplichte samenwerking, regio's ook verplicht zijn deze zorg gezamenlijk in te kopen én dat het Rijk mogelijkheden krijgt om in te grijpen in een regio als de beschikbaarheid van (specialistische) zorg in een regio onder druk staat.

7.2 Begroting specialistisch vangnet 2024-2025

Om tot besluitvorming te komen is het noodzakelijk om de uitgangspunten in dit koersdocument en de afspraken in de Centrumregeling Wmo 2024-2028 financieel te vertalen in een begroting. De begroting voor 2024-2025 is opgesteld, maar kan nog wijzigen op basis van laatste ontwikkelingen in de rijksuitkering, verandering in zorgvraag en aanbod in de regio of andere actuele ontwikkelingen.

De regionale begroting Beschermd Wonen is opgedeeld in vier onderdelen:

1. Regionale begroting Beschermd Wonen:
   Wat: Inkoop en uitvoering regionaal specialistisch vangnet
   Doel: Borgen beschikbare zorg in de regio
   Beheer: Centrumgemeente
   Hoeveel: Wat noodzakelijk is op basis van realistisch begroten en zorgvraag in de regio

2. Reserve Beschermd Wonen:
   Wat: Reserve opbouwen voor schaarse en dure zorg
   Doel: Risico's afdekken
   Beheer: Centrumgemeente
   Hoeveel: 15% van de begroting

3. Investeringsfonds Beschermd Wonen:
   Wat: Eenmalige investeringskosten voor lokale voorzieningen financieren
   Doel: Innovatie en transformatie stimuleren in de regio
   Beheer: Centrumgemeente, uitbetaling aan lokale gemeenten na goedgekeurde aanvraag
   Hoeveel: 5 miljoen tot en met 2028, 1 miljoen per jaar

4. Lokaal uitvoeringsbudget Beschermd Wonen:
   Wat: Opbouw lokale randvoorwaarden en voorzieningen
   Doel: 1. basis op orde, 2. stijgende kosten Wmo
   Waar: Jaarlijkse uitbetaling aan gemeenten tot en met 2028 op basis van inwoneraantallen
   Hoeveel: Fluctueert enigszins per jaar op basis van realistisch begroting, maar ongeveer 2 miljoen voor de basis op orde en 2 miljoen voor stijgende kosten Wmo.

Bij het opstellen van de begroting hanteren we de volgende opbouw:
1. Borgen van beschikbare specialistische zorg voor de doelgroep in de regio
2. Uitvoering geven aan deze zorg
3. Risico's afdekken
4. Lokale financiële ruimte voor de Basis op orde
5. Innovatie en verandering stimuleren
6. Lokale financiële ruimte voor stijgende lokale Wmo-kosten voor de doelgroep

De daadwerkelijke besteding van de middelen is altijd afhankelijk van de kosten voor het beschikbaar houden van de zorg en het hieraan uitvoering geven.

Als we bovenstaande uitgangspunten vertalen naar een begroting voor het jaar 2024-2025, ziet deze er als volgt uit:

Figuur 7 Concept Begroting specialistisch vangnet 2024-2025, cijfers x 1.000

Begroting Beschermd Wonen	2024	2025
Rijksuitkering	**€ 17.077**	**€ 17.585**
Reguliere uitgaven		
ZIN	€ 7.581	€ 7.581
PGB	€ 300	€ 300
Totaal	€ 7.881	€ 7.881
Overige uitgaven		
Maatwerk beschermd wonen/opvang complexe casuïstiek	€ 750	€ 750
Extra inkoop plekken GGZ	€ 73	€ 73
Advies en Meldpunt Zorg en Overlast	€ 500	€ 500
Time out voorziening	€ 650	€ 650
Centrale opvangvoorziening voor verslaafden in herstel en Wlz	€ 1.000	€ 1.000
Preventiecontract: Novadic-Kentron	€ 344	€ 344
Preventiecontract: Door en voor	€ 67	€ 67
Preventiecontract: GGZ preventie	€ 199	€ 199
Realiseren woonplekken voor specifieke doelgroepen	€ 1.200	€ 1.400
Overige voorzieningen ivm schaarste en verdelingsvraagstukken	€ 500	€ 500
Inzet GGZ in de wijk	€ 350	€ 350
Advies en ondersteuningswerk	€ 150	€ 150
Totaal	€ 5.783	€ 5.983
Uitgaven nieuwe toegang BW en MO		
Salariskosten	€ 604	€ 604
Totaal overige kosten (monitoring, communicatie en opleidingskosten)	€ 96	€ 96
Totaal regionale toegang	€ 700	€ 700
Overige ambtelijke kosten		
Contractmanagement	€ 219	€ 219
Beleid	€ 195	€ 195
Data-analist	€ 49	€ 49
Ondersteuning	€ 65	€ 65
Totaal	€ 527	€ 527
Totale uitgaven	**€ 14.890**	**€ 15.090**
Resterend budget	**€ 2.187**	**€ 2.495**

Bij het opstellen van de begroting 2024-2025 zijn de volgende aannames gedaan:

- Rijksuitkering obv september circulaire 2021.
- Doordecentralisatie gaat in 2024 in, dus niet gerekend met huidige rijksuitkering maar met een jaar vertraging (middelen 2023 schuiven door naar 2024).
- Geen indexatie verwerkt in uitgaven en inkomsten: dit zijn communicerende vaten.
- Woonplaatsbeginsel levert geen financieel nadeel op.
- Op basis van huidige behoefte aan voorzieningen.
- Geen wijziging in eigen bijdragen.
- Ambtelijke kosten zijn exclusief toekomstige CAO ontwikkelingen.

De begroting 2024-2025 betreft daarom een conceptbegroting en verandert jaarlijks op grond van realistisch begroten, actuele ontwikkelingen en de zorgvraag. De begroting kan nog wijzigen op basis van actuele ontwikkelingen. Wel zal de opzet hetzelfde blijven en is zichtbaar dat er naar verwachting jaarlijks middelen over blijven. Zoals in figuur 8 is te zien, willen we daarvan 2 miljoen jaarlijks aan de gemeenten uitbetalen om de stijgende Wmo-kosten voor de doelgroep te dekken.

Figuur 8 Verwachte stand begroting 2024-2025, voorstel dekken stijgende Wmo kosten en afdekken risico's, cijfers x 1.000

Verwachte stand begroting 2024-2025			
Jaar	**Budget**	**Uitgaven**	**Resterend budget**
2024	€ 17.077	€ 14.890	€ 2.187
2025	€ 17.585	€ 15.090	€ 2.495
Voorstel: van het resterend budget gaat € 2 miljoen naar regiogemeenten tbv dekking van Wmo kosten			

Afdekken risico's
15% van uitgaven
€ 2.234
€ 2.264

Figuur 9 Omvang reserve en investeringsfonds, cijfers x 1.000

Omvang reserve en investeringsfonds			
Reserve BW	**Bedrag**		**Toelichting**
Verwachte stand per 1/1/2023	€	19.527	Bedrag is excl. onttrekking en storting voor het jaar 2023
Reserve voor afdekken risico's	€	- 2.234	15 % van uitgaven begroting 2024
Investeringsfonds t/m 2028	€	- 5.000	€ 1 miljoen per jaar
Resterende reserve	**€**	**12.293**	**Voorstel: om dit bedrag verdeeld over 5 jaar uit te betalen aan de regiogemeenten tbv basis op orde**

De gemeenten kiezen er voor om een groot deel van de opgebouwde reserve in te zetten voor het opbouwen van lokale steunstructuren voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze investeringen komen in twee budgetten richting de gemeenten zoals zichtbaar is in figuur 10. Het investeringsfonds is inzetbaar voor tijdelijke projectkosten.

Figuur 10 Jaarlijkse uitbetaling aan gemeenten, bij benadering. Cijfers x 1.000.

Jaarlijkse uitbetaling aan regiogemeenten - bij benadering						
Gemeente	**Inwoneraantal**	**Aandeel %**	**Gemeente**	**Dekking Wmo**	**Basis op orde**	**Totaal**
Bernheze	31.715	11%	Bernheze	€ 224	€ 275	€ 498
Boekel	11.030	4%	Boekel	€ 78	€ 96	€ 173
Land van Cuijk	90.707	32%	Land van Cuijk	€ 639	€ 786	€ 1.425
Maashorst	58.362	21%	Maashorst	€ 411	€ 506	€ 917
Oss	91.915	32%	Oss	€ 648	€ 797	€ 1.444
Totaal	**283.729**	**100%**	**Totaal**	**€ 2.000**	**€ 2.459**	**€ 4.459**

De uitgangspunten en kaders in dit hoofdstuk en financiële en juridische afspraken die gemeenten maken, zijn opgenomen in de Centrumregeling Wmo 2024-2028. In de Centrumregeling staan ook de afspraken over de begroting specialistisch vangnet, het investeringsfonds, de uitvoeringsbudgetten en verantwoordelijkheden die hierbij afgesproken zijn.

In de Centrumregeling is afgesproken om na twee jaar te evalueren hoe deze afspraken in de praktijk uitvallen en of bijstelling gewenst is. Gemeenten hebben de gezamenlijke ruimte om hierin bij te sturen. Dit volgt dezelfde werkwijze die is toegepast na de invoering van de Wmo2015.

Bijlage 1 Begrippenlijst

Basis op orde
De lokale basisvoorzieningen, steunstructuren en randvoorwaarden om ervoor te zorgen dat inwoners met een psychische kwetsbaarheid mee kunnen blijven doen zoals omschreven in bijlage 4.

Behandeling
Een medische aanpak van een psychiatrische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende levensgebieden. Behandeling valt onder ZVW (Zorgverzekeringswet) en de WLZ (Wet Langdurende Zorg) en wordt door de zorgverzekeraar c.q. het zorgkantoor vergoed.

Bemoeizorg
Voorziening gericht op motivering en toeleiding van zorgwekkende zorgmijders naar passende ondersteuning, zodat de leefomstandigheden van de inwoners zelf en hun omgeving verbeteren.

Beschermd Wonen
Wonen in een accommodatie van een instelling met bijbehorende begeleiding en toezicht, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen. Deze woonvorm is bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Beschermd Wonen bestaat uit 24 uur toezicht of 24 uur ondersteuning op afroep.

Brede vraagverheldering
Vraagverheldering door de professional op de verschillende leefgebieden. Wat is de echte hulpvraag?

Centrumregeling Wmo
Een gemeenschappelijke regeling voor de Brabant Noordoost-Oost gemeenten met governance-afspraken voor de taken op het gebied van reguliere geïndiceerde ondersteuning Wmo, het specialistisch vangnet Beschermd Wonen en opvang en taken in het kader van de Wvggz.

Dak- en thuisloos
Dakloos is iemand die geen vaste woon- of verblijfplaats heeft en geen adres heeft om te wonen of te logeren. Thuisloos is iemand die geen vaste woon- of logeeradres heeft, maar gebruik maakt van wisselende logeeradressen. Vaak verblijft de persoon bij een familielid of kennis waar ook de eigendommen staan (vaak alleen kleding).

Datagesteund werken
Kortweg: werken en beslissingen nemen op basis van data uit de samenleving. Het verzamelen, analyseren en interpreteren van data om een de zorgvraag te voorspellen, beleidskeuzes te onderbouwen, beleidsevaluaties uit te voeren, inkoopstrategie op te baseren en ketenafspraken te maken.

Escalatie
Het geleidelijk ernstiger worden van een situatie.

GGZ-consultatie in de wijk
GGZ-expertise die geleverd wordt door generalistische of specialistische GGZ-deskundigen aan vrijwilligers, 0^{e} of 1^{e} lijns professionals, huisartsen, welzijnswerkers of consulenten. Deze deskundigheid is beschikbaar in een wijk, dorp of gemeente en is er op gericht om met de juiste informatie passende ondersteuning of zorg in te zetten voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

Herstel (Anthony, 1993)
Herstel is een zeer persoonlijk en uniek proces waarin iemands opvattingen, waarde, gevoelens, doelen en/of rollen veranderen. Het leidt tot een leven met meer voldoening waarin hoop een plaats heeft en men kan geven en nemen ondanks de beperkingen die veroorzaakt worden door de aandoening. Herstel heeft te maken met het ontstaan van een nieuwe betekenis en zin in het leven, terwijl men over de rampzalige gevolgen van een psychische kwetsbaarheid of psychiatrische aandoening heen groeit.

Herstelondersteuning
Ondersteuning die gebaseerd is op de hersteltheorie van Anthony.

Hulpvraag cliënt (Wmo 2015)
Behoefte van:
- een inwoner van de gemeente aan ondersteuning ten behoeve van zelfredzaamheid en participatie;
- een inwoner van Nederland aan ondersteuning ten behoeve van opvang en Beschermd Wonen.

Inkoopplan Wmo
Afsprakenkader waarbinnen de centrumgemeente de inkoop en contractering van specialistische ondersteuning organiseert voor de regio.

Inwoners met een psychische kwetsbaarheid
Inwoners met psychische of psychosociale problemen en/of verslavingsproblemen en/of licht verstandelijke beperking en/of zorgwekkende zorgmijders.

Ketenveldnorm
De ketenveldnorm is ambulante ondersteuning en (tijdelijke) intensieve zorg voor landelijk ongeveer 2000 personen die (potentieel) gevaarlijk gedrag vertonen (hoog veiligheidsrisico), als gevolg van een psychische stoornis en/of een verstandelijke beperking en/of een verslaving en/of een niet aangeboren hersenaandoening. Het is een integrale samenwerking tussen zorgaanbieders (GGZ/forensisch/verslavingszorg/gehandicaptenzorg), politie, OM en gemeenten in de keten, gericht op continuïteit van intensieve zorg, levenslange betrokkenheid, snel op- en afschalen tussen lichte zorg en beveiligde/zware zorg. De adviestafel van de Ketenveldnorm is in de regio Noord-Brabant ingericht bij het Zorg- en Veiligheidshuis.

Licht verstandelijke beperking (LVB)
Een IQ tussen de 50 en 85 met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen en bijkomende problematiek.

Maatschappelijke Opvang
De Maatschappelijke Opvang biedt tijdelijk onderdak, opvang en ondersteuning (met inbegrip van screening en advisering) aan volwassenen, jongeren en gezinnen die, door meerdere problemen, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben (of dreigen te verlaten) en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. De ondersteuning vanuit de Maatschappelijke Opvang richt zich op het vergroten van de zelfredzaamheid en het bevorderen van participatie in de samenleving.

Meldpunt Zorg en Overlast
Centraal meld- en adviespunt voor meldingen van (bezorgde) burgers en professionals in de regio Brabant Noordoost-oost. Het meld- en adviespunt is 24/7 bereikbaar. Het meld- en adviespunt heeft 1 telefoonnummer voor alle meldingen in het kader van:
- Meldpunt niet-acuut
- Wvggz
- Maatschappelijk interventie en consulatie team (MICT)
- Team Bemoeizorg

Aan de hand van triage wordt bepaald waar de melding wordt opgepakt.

Medisch domein
Het domein dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg.

Overlegtafel Wmo
Op objectieve criteria door de gemeenten geselecteerde gecontracteerde Wmo-aanbieders, die overige gecontracteerde aanbieders in de regio vertegenwoordigen en overleg hebben met de gemeenten over de organisatie van de inkoop en de inhoudelijke koers van de inkoop.

Passende ondersteuning
Ondersteuning gericht op herstel waarmee mensen in staat zijn tot participatie en het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en een gestructureerd huishouden kunnen voeren (zelfredzaamheid).

Regionale toegang
Ook wel genoemd ‘Regioteam BWO’. Dit is het team van medewerkers bij de centrumgemeente dat bepaalt of een inwoner in aanmerking komt voor een voorziening in het regionaal specialistisch vangnet Beschermd Wonen en opvang, dat zorgt voor de plaatsing van de inwoner en dat toeziet op de voortgang van het traject.

(Regionaal) Specialistische vangnet Beschermd Wonen en opvang
Een regionaal palet van opvang en ondersteuning voor dak- en thuisloze inwoners, zorgwekkende zorgmijders en inwoners die een beschermde woonomgeving nodig hebben. Het gaat hierbij o.a. om de volgende voorzieningen: Beschermd Wonen (24-uurs toezicht, 24 uur op afroep, wonen met ondersteuning), Maatschappelijke Opvang, time-out voorziening, opvang voor verslaafden in herstel, meldpunt zorg en overlast, bemoeizorg, preventie verslavingszorg en preventie GGZ.

Sociaal domein
Het domein dat verantwoordelijk is voor de uitvoering van de Wmo 2015, Participatiewet en Jeugdwet

Steunstructuren
Hiermee bedoelen we een maatschappelijk steunsysteem dat ontstaat als sociale teams, zorgaanbieders, welzijnswerk, woningcorporaties, cliëntenorganisaties, huisartsen/POH GGZ, wijkagenten, ervaringsdeskundigen en vrijwilligersorganisaties samen met familie, vrienden en andere naastbetrokkenen gerichte inspanningen leveren voor het wonen in de wijk en het versterken van de participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Stichting Barka
Deze Poolse Stichting heeft de expertise, spreekt de talen en werkt met vrijwilligers om arbeidsmigranten uit Midden en Oost Europa met passend maatschappelijk werk terug te begeleiden naar het land van herkomst of naar een nieuwe werkplek met bijbehorend onderdak. Barka wordt preventief ingezet bij al dan niet (dreigende) dak- of thuisloze arbeidsmigranten in de regio.

Time-out voorziening
Een vangnetvoorziening met kortdurend verblijf voor mensen met een psychische kwetsbaarheid die zelfstandig wonen, maar tijdelijk een ‘time-out’ in een prikkelarme omgeving nodig hebben, om de thuissituatie te de-escaleren of omdat tijdelijk meer zorg en toezicht nodig is, om kort te de-escaleren in een beschermde woonvorm of ter overbrugging naar andere passende woon-/zorgvorm.

Uitstroom
Uitstroom uit een intramurale voorziening naar de wijk.

Veiligheidsdomein
Het domein dat verantwoordelijk is voor openbare orde en veiligheid.

Wonen met ondersteuning thuis
Een lokaal (nog te ontwikkelen) inkoopproduct, met als doel afschaling vanuit intramuraal, ook wel tussenvorm in de doordecentralisatie genoemd, waarbij scheiden van wonen en zorg is doorgevoerd en waarbij er altijd minder dan 24-uurs ondersteuning nodig is. De beoogde ondersteuning is intensiever dan bij het product individuele ondersteuning. Wmo. De bekostiging vindt plaats vanuit de lokale Wmo middelen.

Zelfredzaamheid
In staat zijn tot het uitvoeren van de noodzakelijke algemene dagelijkse levensverrichtingen en het voeren van een gestructureerd huishouden.

Bijlage 2 Afkortingenlijst

AVE	Aanpak Voorkoming Escalatie
BW	Beschermd Wonen
EPA	Ernstig psychiatrische aandoening
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
LVB	Licht verstandelijke beperking
MDO	Multidisciplinair overleg
MO	Maatschappelijke Opvang
PGB	Persoonsgebonden budget
POHO Wmo	Regionaal portefeuillehoudersoverleg Wmo
RAO BW+	Regionaal ambtelijk overleg Beschermd Wonen en andere onderwerpen
Wams	Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvggz	Wet verplichte GGZ
ZIN	Zorg in natura
Wzd	Wet zorg en dwang
Zvw	Zorgverzekeringswet

Bijlage 3 Monitor psychische kwetsbaarheid - in ontwikkeling

De regio Brabant Noordoost-Oost

Trimbos instituut

Feiten en cijfers

Inleiding

Het onderdeel 'Feiten en cijfers' geeft de stand van zaken weer op circa vijftig variabelen op de vijf inhoudelijke thema's van de ontwikkelagenda. Omdat het beleid op veel fronten nog heel recent is, is een deel van de variabelen nog amper gevuld of blijft over het jaar 2021 zelfs helemaal leeg. Bij navolgende metingen is het de ambitie dat deze witte vlekken verdwijnen omdat het aanbod voor opvang, zorg en ondersteuningsaanbod zich uitbreidt. Het onderdeel 'feiten en cijfers' geeft dus ook informatie over de huidige informatiepositie: welke gegevens ontbreken, omdat ze (nog) niet of niet op vergelijkbare wijze worden verzameld of beschikbaar gesteld. Het verschil tussen de informatie die nodig is voor het beleid en de informatie die daadwerkelijk beschikbaar is, toont de verbeterpunten op het gebied van monitoring en daarmee beleidsevaluatie. De factsheets per gemeente (of cluster) bevatten daarnaast inspirerende voorbeelden die laten zien dat er in de regio met passie, creativiteit en overtuiging wordt gewerkt aan het verbeteren van de acceptatie en het vangnet voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

Inspirerend initiatief

De Regio is trots op....

- De gezamenlijke regionale visie en de vele ambities in de Koersnota en Ontwikkelagenda;
- De wijze waarop de ontwikkelagenda tot stand is gekomen met betrokkenheid en waardevolle inbreng van ketenpartners vanuit het sociaal domein, het medische domein én het veiligheidsdomein;
- De ontwikkelagenda is landelijk als goed voorbeeld benoemd als regiovisie voor de doordecentralisatie van Beschermd Wonen.
- Het succesvol doorvoeren van scheiden van wonen en zorg en uniformering van tarieven bij Beschermd Wonen.
- De goede samenwerking met alle gemeenten in de regio voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid;
- Dat de gemeenten in de regio - ook na de doordecentralisatie - gezamenlijk de verantwoordelijkheid willen nemen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid, en vertrouwen hebben in dit partnerschap.



Algemene gegevens 2021

Inwoners die zeer eenzaam zijn	10%
Inwoners met hoog risico op angst of depressie	6%
Inwoners met (heel) veel stress in de afgelopen 4 weken	15%
Inwoners met ernstige psychische aandoeningen (EPA) in zorg	0.9%-3,1%*

** Betreft range laagste – hoogste gemeente (2020)*

5 thema's van de ontwikkelagenda

1. Een fijne leefomgeving en sociaal netwerk
2. Formele hulp en ondersteuning
3. Wonen gaat voor opvang
4. Een veilige woonomgeving voor alle inwoners
5. Regionaal vangnet

Een fijne leefomgeving en sociaal netwerk 2021

Vrijwilligerswerk volwassenen	29%
Aantal herstel- en regiecentra	≥5
Aantal inloopcentra/ algemene voorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid	≥60
Aantal mensen dat gebruik maakt van inloopcentra/ algemene voorzieningen voor mensen met een psychische kwetsbaarheid	≥1750
Aantal mensen dat gebruik maakt van dagbesteding	702
Aantal preventie-programma's algemeen	onbekend
Bereik van preventieprogramma's voor kinderen van ouders met psychische problematiek en/of verslavingsproblematiek	77 kinderen, 101 ouders

Formele hulp en ondersteuning 2021

Aantal mensen met individuele begeleiding vanwege psychische problematiek	2906
Aantal FACT-teams	6
Cliënten van FACT-teams	868
Aantal mensen met een gemeentelijk reïntegratietraject vanwege psychische kwetsbaarheid (2020)	≥ 842
Aantal mensen met een UWV reïntegratietraject vanwege psychische kwetsbaarheid (2020)	≥ 115
Aantal mensen dat gebruik maakt van ggz totaal (POH ggz, basis en specialistische ggz en Wlz ggz)	9,7%*
Aantal mensen dat gebruikt maakt van basis ggz en/of POH ggz	5,2%*

** Betreft cijfers van de Veiligheidsregio Brabant Noord (2018)*

Wonen gaat voor opvang 2021

Excl Brabant Wonen Aantal meldingen van woonoverlast	206
Aantal uithuiszettingen	≥13
Aantal uithuiszettingen wegens huiselijk geweld	≥2
Aantal uithuiszettingen wegens drugs-problematiek	≥3

Een veilige woonomgeving voor alle inwoners 2021

Aantal cliënten crisisdienst	580
Aantal cliënten Intensive Home Treatment (IHT)	746
Aantal gebruikers crisisbedden	214
Aantal meldingen psychiatrie RAV ambulance (personen gezien)	692

Regionaal vangnet 2021

Aantal cliënten bemoeizorg	139
Aantal mensen met Beschermd Wonen met 24-uurs fysieke aanwezigheid van personeel	99
Aantal mensen met Beschermd Wonen met op afroep fysieke aanwezigheid van personeel in de nacht	183
Aantal mensen met Wonen met Ondersteuning	84
Aantal dak- en thuisloze personen	932 aanmelders bij Verdihuis

Trimbos instituut Regio Noordoost-Oost

Bijlage 4 Basis op orde in elke gemeente

Elke gemeente in de regio bouwt aan passende steunstructuren in de wijk en randvoorwaarden om inwoners met een psychische kwetsbaarheid zo lang mogelijk thuis te kunnen laten wonen met ondersteuning dichtbij zodat gebruik van het specialistische vangnet in de regio voorkomen kan worden. Dit proces naar de juiste randvoorwaarden en het opbouwen van steunstructuren in gemeenten noemen we: 'de basis op orde in elke gemeente'. Wat hiervoor nodig is, kan per gemeente verschillen. Hieronder is een niet-limitatieve lijst opgenomen met parameters voor de basis op orde in elke gemeente. Gemeenten kunnen zelf beslissen welke opgaven prioriteit hebben. Voor realisatie van de opgaven kan het lokale uitvoeringsbudget dat elke gemeente jaarlijks ontvangt, ingezet worden.

Een niet-limitatieve opsomming van mogelijk uitgaven/investeringen voor de basis op orde in elke gemeente:

We hanteren de volgende thema's voor de basis op orde voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid, daarnaast zijn middelen inzetbaar voor de opgaven die in de 'Ontwikkelagenda voor opvang, zorg en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid' zijn vastgesteld door de Raden in 2020/2021:	
Fijne leefomgeving	1. Het realiseren van draagvlak en steunstructuren voor sociale inclusie in wijken. 2. Stimuleren van participatie van inwoners onder andere door het versterken van de samenwerking tussen welzijn, zorg, ervaringsdeskundigen, clubs en verenigingen, het realiseren van inloopvoorzieningen en het toeleiden naar steunstructuren in de wijk. 3. Investeren in welzijnswerk om steunstructuren om de doelgroep te bouwen bij terugkeer van inwoners van een intramurale setting naar de wijk: de 'zachte landing'. O.a. het scholen op, opstellen en uitvoeren van uitstroomplannen met daarin ketenafspraken, kennismaking met buren faciliteren, regelen crisis-/netwerkkaart, MDO's te organiseren, outreachend werken/vinger-aan-de-pols-contacten mogelijk maken, maatwerk mogelijk maken: extra maatschappelijk werk inzetten, afspraken met medisch domein inzake verstrekken medicijnen, ketenafspraken maken over snel op- en afschalen van zorg o.a. met het medisch- en veiligheidsdomein, etc. 4. In het verlengde van investeren in welzijn, ook draagvlak creëren in de wijk: bewustwordingsbijeenkomsten (preventief), inzet op antistigmatisering t.b.v. sociale cement en samenwerking tussen zorg, welzijn en ervaringsdeskundigen stimuleren. 5. Investeren in het versterken van sociale teams op de meest complexe doelgroep (verward, overlastgevend, zorgmijdend), o.a. door scholing, deskundigheid bevorderen, werkprocessen en werkafspraken hierop aan te passen, opschalen mogelijk te maken. 6. Inzetten van buurtbemiddeling. 7. Versterken van samenwerking tussen sociaal team, welzijn, corporaties, zorg en politie in algemene zin. 8. Anti-stigmatiseringscampagne/bewustwordingscampagnes: inclusie en acceptatie van inwoners met een psychische kwetsbaarheid.
Waardevolle daginvulling	1. Stimuleren van dagbesteding of werk bij inwoners met een psychische kwetsbaarheid (soms moet de cliëntsituatie eerst gestabiliseerd worden). 2. Investeren in een doorlopende lijn van zorg naar werk (en vice versa). 3. Belemmeringen wegnemen in de overgang van zorg naar werk. 4. De ontwikkeling en bekostiging van ontwikkelingsgerichte arbeidsmatige dagbesteding in samenwerking tussen zorg en sociaal werkbedrijf. 5. Investeren in en opzetten van een herstelacademie/zelfregiecentrum.

	6. Het stimuleren van participatie in de wijk, onder andere door het versterken van de samenwerking tussen welzijn, zorg, ervaringsdeskundigen, buurtcentra, clubs en verenigingen. 7. Het vergroten van de toegankelijkheid van algemene voorzieningen in de wijk ("GGZ-vriendelijk"), bv. trainingen voor professionals of vrijwilligers in de wijk.
Passende financiën	1. Toegang tot een bijstandsuitkering, dagbesteding (Wmo) of arbeidsintegratie voor de doelgroep. 2. Toegang tot schuldhulp. 3. Toegang tot minimaregelingen, o.a. ter bevordering van participatie, energiearmoede (ook bij BW kleinschalig: scheiden wonen-zorg waarbij cliënten onzelfstandige eenheden bewonen). 4. Het verstrekken van een briefadres en zorgverzekering bij (dreigende) dakloosheid, om de hulpverlening snel op te starten. 5. Indien een inwoner tijdelijk verblijft in een voorziening elders in de regio, korter dan 1 jaar, en terugkeer naar de eigen gemeente wordt verwacht, dan wordt een briefadres in de eigen gemeente aangehouden. De inwoner blijft dan gebruik maken van faciliteiten in de eigen gemeente (inkomensvoorziening, arbeidsreïntegratie, schuldhulp). Doel is de sociale binding intact houden en een succesvolle terugkeer te bevorderen. 6. Aandacht vanuit werk & inkomen voor overgang 18-/18+ vanuit jeugdzorg naar zelfstandig wonen of wonen met begeleiding (betaalbaarheid van een woning).
Passende ondersteuning	1. Beschikken over een goed functionerende lokale toegang en/of sociale teams die integraal kijken en werken vanuit de vraag en de leefwereld van de inwoner. 2. Inzetten op integrale ondersteuning op verschillende leefgebieden waarbij in eerste instantie er voor wordt gezorgd dat voorzien wordt in de primaire levensbehoeften (dak boven het hoofd, toegang tot zorg, inkomen, etc.). In de WvGGZ wordt in deze context gesproken over 'essentiële voorwaarden'. 3. Beschikken over en opbouwen van voldoende toegankelijke basisvoorzieningen in de wijk, waaronder ontmoetings- en inloopfuncties voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid, welzijnsvoorzieningen, sociale teams, begeleiding en dagbesteding, toegang tot eerstelijns zorg en POHO GGZ, onafhankelijke cliëntondersteuning, budgetcoaches, zelfregiecoaching, wijkagenten, maatschappelijke werk, inzet van ervaringsdeskundigen, preventieaanbod GGZ en preventieaanbod verslavingszorg. 4. Werken volgens de afspraken over op- en afschalen van casuïstiek binnen het sociaal domein, gebruikmakend van een escalatiemodel (zoals bijvoorbeeld AVE) en het scholen van medewerkers op dit terrein. 5. Scholen van Wmo-consulenten op het uitvoeren van de brede vraagverheldering voor Beschermd Wonen en opvang. 6. Het scholen van medewerkers of ketenpartners in het werken met (of opstellen van) een uitstroomplan om duurzaam wonen in de wijk voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid mogelijk te maken. 7. Aansluiten van sociale teams en consulenten bij de regionale leersessies. 8. Aansluiten van procesregisseurs bij intervisiebijeenkomsten over complexe casuïstiek in de regio. 9. Intensief samenwerken met de regionale toegang tot het specialistisch vangnet. 10. Preventie GGZ en verslaving: deze wordt regionaal ingekocht, maar keuze bestaat om maat- of meerwerk in te kopen. 11. Inzet op positieve gezondheid, door werken aan herstel, zelfregie, eigen ervaringsdeskundigheid. 12. Extra investeringen in mantelzorgondersteuning, met name ook in gezinnen met GGZ-problematiek (KOPP/KOV/familiezorg etc.).
Wonen gaat voor opvang	1. Het realiseren van 'tussenvoorzieningen' in de regio voor de doelgroep: een tijdelijke woonplek om te leren de stap te zetten naar zelfstandig wonen. Waar Wmo-ondersteuning op- en afgeschaald wordt. We verwachten in de komende jaren dat elke gemeenten <u>minimaal één tussenvoorziening</u> creëert in de eigen gemeente (of plekken inkoopt voor de kleinste gemeenten) om de uitstroom uit intramurale opvang/zorg voor eigen inwoners op gang te krijgen. Na de 'tussenvoorziening' krijgt de inwoner dan een plek 'in de wijk'. Zo geven we vorm

	aan doorstroom vanuit het specialistisch vangnet naar de herkomstgemeente en aan de doordecentralisatie. 2. Elke gemeente geeft uitvoering aan het Regionale Plan van aanpak dak- en thuisloosheid. Welke accenten worden gelegd is een lokale afweging. Doel is investeren in preventieve woonoplossingen en het voorkomen dakloosheid. 3. Investeringen in de woningmarkt voor de doelgroep onder eigen inwoners. Nodig zijn de meest betaalbare 1- en 2-persoonswooneenheden of onzelfstandige wooneenheden (kamers). Dat is het deel van de woningmarkt met grote schaarste. 4. Elke gemeente, woningcorporatie en zorgaanbieder werkt mee aan de uitvoering van de Urgentie+ regeling in de regio: voorrang aan eigen inwoners voor onderdak, om terugkeer naar herkomstgemeente te realiseren, om uitstroom uit intramurale voorzieningen te versnellen en herstel en normalisatie te bevorderen. 5. Versnellen van tijdelijke woonoplossingen, zoals bevordering van/bijdragen aan (onrendabele top) voor flexwonen of transformatie van bestaand vastgoed (bv. kantoor- of winkelpanden). 6. (Tijdelijke) uitbreiding van ambtelijke capaciteit om sociale woningbouw voor de doelgroep te faciliteren/versnellen. 7. Invoeren van Wonen Eerst voor de doelgroep en de ketenafspraken die hierbij horen. 8. Investeren en realiseren van betaalbare woningen voor de doelgroep, ook om de urgentie+ regeling uit te kunnen voeren. 9. Het faciliteren van woonzorgvoorzieningen BW en kleinschalige opvangvoorzieningen MO met een spreiding daarvan in de regio.
Zorg en Veiligheid	1. Versterken van de interne samenwerking tussen zorg en veiligheid binnen de gemeente. 2. Versterken van de samenwerking met ketenpartners tussen sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein. 3. Binnen de gemeente beschikken over voldoende en deskundige procesregisseurs die in- en uitstroom in het specialistisch vangnet faciliteren, doorbraken bij vastgelopen casuïstiek realiseren, werkafspraken met ketenpartners in het medisch en veiligheidsdomein kennen, bereikbaar en beschikbaar zijn binnen kantoortijden voor ketenpartners en werken volgens het AVE-model. 4. Realiseren van GGZ consultatie in de wijken ter ondersteuning van consulenten, sociale teams, eerstelijns professionals en woningbouwcorporaties o.a. over psychiatrisch en/of psychosociale problematiek, behandelopties, gedragsproblematiek, toedienen medicatie, veiligheidsrisico's, zorg in het kader van Zvw/Wlz/Wzd/Wvggz. 5. Investeren in huisvesting voor de overlastgevende doelgroep waarbij inclusief wonen in de wijk niet haalbaar is (skaeve huse e.d.). 6. Ten aanzien van de ketenveldnorm werken gemeenten aan: - scholing en kennisbevordering onder eigen medewerkers via regionale leersessies; - het aanmelden van eigen inwoners bij de adviestafel ketenveldnorm; - de beschikbaarheid van een 'gemeentelijke regisseur' voor de ketenveldnorm.
Capaciteit	1. Beschikken over voldoende beleids- en uitvoeringscapaciteit binnen gemeenten om de ambities waar te maken. Dit gaat naast het sociaal domein, ook over capaciteit op afdelingen zoals wonen, veiligheid of op projectbasis zoals de invoering van de Wams, het realiseren van tussenvoorzieningen of woonprojecten voor de doelgroep. 2. Beschikken over voldoende capaciteit voor de uitvoering van de opgaven, zoals uitgewerkt in de Regionale Ontwikkelagenda of het Regionale plan van aanpak dak- en thuisloosheid. 3. Beschikken over voldoende capaciteit bij sociale teams en welzijn om bijvoorbeeld de zachte landing, ontmoetingsfuncties en GGZ samenwerking vorm te geven. 4. Voldoende beleidscapaciteit om de samenwerking tussen het sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein vorm te geven. 5. Investeren in scholing, deskundigheidsbevordering, regionaal leren, intervisie op complexe casuïstiek, regionale werkgroepen specialistisch vangnet.