Opvang, zorg en ondersteuning voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid

Regionaal koersdocument regio Noordoost-Brabant Oost

19-11-2019

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2
	1.1 De aanleiding	2
	1.2 Wat is het verschil met de huidige aanpak?	3
	1.3 Totstandkoming van het document	3
2.	Probleemanalyse	4
	2.1 De huidige situatie	4
	2.2 De gewenste situatie	9
	2.3 Het probleem in de opvang, ondersteuning en zorg van inwoners met een psychische kwetsbaarheid	9
3.	Onze ambitie	10
4.	De nieuwe regionale aanpak	11
	4.1 Vier pijlers nieuwe regionale aanpak	11
5.	Uitvoering en planning	16

Literatuurlijst

1. Inleiding

1.1 De aanleiding

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[1], maatschappelijke opvang en het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Onder inwoners met een psychische kwetsbaarheid verstaan we mensen met een psychische aandoening en/of psychosociale problemen en/of verslavingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking. In de regio Noordoost-Brabant Oost[2] voert de centrumgemeente Oss de hiervoor genoemde taken uit.

Door hervormingen in de langdurige zorg valt beschermd wonen sinds 2015 onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. Maatschappelijke opvang en openbare geestelijke gezondheidszorg waren voor 2015 al een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Het landelijk beleid met betrekking tot de toekomst van deze voorzieningen richt zich 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. Daarbij wordt flexibele herstelondersteuning geboden (Commissie Dannenberg, 2015). Om deze beweging te maken decentraliseert het Rijk beschermd wonen vanaf 2022 door naar gemeenten[3]. In het beleidsplan beschermd wonen 2016-2020 hebben gemeenten in Noordoost-Brabant Oost al een principebesluit genomen om ook na de doordecentralisatie van deze voorzieningen regionaal te blijven samenwerken. De wijze waarop deze samenwerking er uit gaat zien moet in 2019 in een regioplan inhoudelijk en financieel worden uitgewerkt. De bestuurders van onze regio spraken uit dat zij eerst regionaal de inhoudelijke koers met elkaar willen bepalen en op basis daarvan over de bekostiging willen besluiten. Deze notitie is opgesteld om de nieuwe regionale, inhoudelijke koers te bepalen voor het transformeren van beschermd wonen, maatschappelijke opvang en bemoeizorg in de regio Noordoost-Brabant Oost. Deze transformatie is één van de thema's van het nieuwe beleidskader Wmo 2020-2023.

[1] Wonen in een accommodatie van een instelling met daarbij behorende toezicht en begeleiding, 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, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (art. 1.1.1 Wmo 2015).

[2] Gemeenten regio Noordoost-Brabant Oost: Bernheze, Boekel, Boxmeer, Cuijk, Grave, Mill, Uden, Landerd, Oss en Sint-Anthonis

[3] Vanaf 1 januari 2022 wordt beschermd wonen gedecentraliseerd naar alle gemeenten. Hoe deze doordecentralisatie er concreet uit komt te zien, wordt nog op landelijk niveau uitgewerkt.

1.2 Wat is het verschil met de huidige aanpak?

Deze nieuwe inhoudelijke koers richt zich op de integrale doorontwikkeling van onder andere beschermd wonen, maatschappelijke opvang en bemoeizorg vanuit het perspectief van de inwoner met een psychische kwetsbaarheid. Gemeenten in de regio Noordoost-Brabant Oost willen komen tot meer persoonsgerichte opvang, zorg en ondersteuning waarbij uitgegaan wordt van positieve gezondheid en de herstelvisie. In lijn met landelijk beleid is het streven hierbij dat mensen met een psychische kwetsbaarheid een stabiele woonplek hebben in de wijk, midden in de samenleving, met passende zorg en ondersteuning nabij georganiseerd. Dit is een beweging van lange adem. Het vraagt om een andere manier van organiseren van de opvang, ondersteuning en zorg voor deze doelgroep, een andere manier van denken en doen van professionals en een omgeving met het vermogen om deze groep inwoners een passende plek te bieden. De grootste veranderingen voor de komende jaren zijn:

- Inwoners met een psychische kwetsbaarheid krijgen zo veel mogelijk integrale hulp en ondersteuning nabij, in hun eigen leefomgeving. Verantwoordelijkheid hiervoor ligt grotendeels bij lokale gemeenten;
- We organiseren regionaal een palet van specialistische opvang- en ondersteuningsvarianten (Wmo). Door ombouw en afbouw van huidige voorzieningen komen we tot een palet van opvang- en ondersteuningsvarianten dat beter aansluit bij de behoeften van de doelgroep. De toegang voor de specialistische regionale Wmo voorzieningen ligt bij een nieuw in te richten regionale toegang en expertiseteam;
- We maken afspraken met zorgverzekeraars, zorgkantoor en GGZ instellingen over het integraal organiseren van opvang, ondersteuning en zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid.

1.3 Totstandkoming van het document

In 2018 en 2019 hebben diverse werksessies met regiogemeenten en samenwerkingspartners plaatsgevonden over complexe casuïstiek in relatie tot de transformatie van beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Op basis van de opbrengsten van deze werksessies en nieuwe landelijke, regionale en lokale inzichten heeft centrumgemeente Oss een analyse uitgevoerd en de nieuwe koers geformuleerd. Deze nieuwe koers is vervolgens besproken met betrokken gemeenten, zorgaanbieders, Adviesraden Sociaal Domein en cliëntorganisaties. Op basis van dit document zullen gemeenten in de regio Noordoost-Brabant Oost het besluit nemen over de wijze waarop er na de doordecentralisatie zal worden samengewerkt.

2. Probleemanalyse

2.1 De huidige situatie

De doelgroep

Geschat wordt dat ongeveer 40% van de bevolking in zijn of haar leven krijgt te maken met psychische of psychiatrische problemen. Extra aandacht is vooral nodig voor de groep die een ernstige psychische aandoening (EPA)[4] combineert met ernstige maatschappelijke beperkingen. Die groep omvat 1,7% van de Nederlandse bevolking (Delespaul, 2013). Op basis van dit percentage zijn er in onze regio ongeveer 4700 inwoners die onder de EPA doelgroep vallen[5].

Hoewel de omstandigheden van persoon tot persoon verschillen, laten onderzoeken zien dat de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische aandoeningen achterblijft bij die van de algemene bevolking. Velen hebben meer en betere ondersteuning nodig om sociaal en maatschappelijk mee te kunnen doen, vooral bij hun psychische klachten, sociale contacten, relaties, werk en opleiding. Onderzoek laat ook zien dat mensen met ernstige psychische aandoeningen ondanks hun psychische kwetsbaarheden, in persoonlijke en maatschappelijke zin kunnen 'herstellen' (Trimbos-instituut, 2013).

Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen ontvangen behandeling, begeleiding en ondersteuning vanuit verschillende wettelijke kaders, regels en financieringsstromen. De overgrote meerderheid (ca. 90%) van de mensen met ernstige psychische aandoeningen woont zelfstandig, veelal met ambulante zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of ondersteuning vanuit de Wmo. Van de mensen die niet zelfstandig wonen, woont 70% in een Wmo-gefinancierde Beschermd Wonen voorziening en 30% in een Zvw-gefinancierde klinische verblijfsafdeling (Van Hoof e.a., 2017).

Landelijk beleid

Twee belangrijke, in de afgelopen jaren ingezette landelijke transities in de GGZ moeten leiden tot meer en betere ondersteuning van deze doelgroep bij persoonlijk en maatschappelijk herstel om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden.

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;
2. De hervorming van de langdurige GGZ. Dit is de transitie waarbij de tot 2015 door de AWBZ gefinancierde langdurige GGZ vanaf 2015 deels is overgeheveld naar de Wlz (langdurig verblijf vanaf drie jaar) en deels naar de door gemeenten uit te voeren Wmo 2015 (niet-geneeskundige ambulante begeleiding en beschermd wonen). Daarmee zijn

[4] Er sprake is van een psychiatrische stoornis (inclusief middelenmisbruik en verslaving) die zorg/behandeling noodzakelijk maakt;

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

[5] Hoewel deze definitie niet helemaal overeenkomt met onze definitie van psychisch kwetsbare inwoners , geeft het wel een indicatie van het aantal inwoners waar het over gaat.

delen van het GGZ-aanbod (ambulante begeleiding en beschermd wonen) onderdeel geworden van het sociale domein en hebben gemeenten een explicietere verantwoordelijkheid gekregen voor het ondersteunen van mensen met psychische aandoeningen bij hun zelfredzaamheid en hun ‘’deelname aan het maatschappelijk verkeer”. Per 1 januari 2021 wordt de Wlz opengesteld voor mensen die hun leven lang intensieve geestelijke gezondheidszorg nodig hebben.

Gemeentelijke Wmo voorzieningen voor de doelgroep

Inwoners met een psychische kwetsbaarheid zijn een relatief nieuwe doelgroep voor gemeenten. Momenteel hebben de gemeenten in de regio Noordoost-Brabant Oost de Wmo voorzieningen voor deze doelgroep gefragmenteerd georganiseerd. Voor onderstaande voorzieningen bestaan aparte beleidsdocumenten, overeenkomsten en uitvoeringsafspraken. Wij beschrijven kort per voorziening hoe de huidige situatie er uit ziet.

- <u>(Lokale) Wmo voorzieningen: Individuele Wmo ondersteuning, dagbesteding, onafhankelijke cliëntondersteuning en mantelzorg.</u> Een groot deel van de groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid woont gewoon thuis. Indien deze inwoners een (lokale) Wmo voorziening nodig hebben, kunnen zij dit aanvragen bij de eigen gemeente. De gemeenten organiseren de toegang hiervoor lokaal.
- <u>Beschermd wonen.</u> Wanneer mensen met een psychische kwetsbaarheid niet in staat zijn om zelfstandig te wonen, intramurale behandeling[6] niet voorop staat en toezicht nodig is, kunnen zij een beroep doen op de voorziening beschermd wonen. Centrumgemeente Oss koopt plekken beschermd wonen in voor de regio. Hierbij wordt zoveel mogelijk ingezet op het type plekken beschermd wonen die passend zijn bij de behoeften van de doelgroep. Beschermd wonen is in principe een tijdelijke voorziening . Beschermd wonen is gericht op stabiliteit, herstel en zelfredzaamheid.[7] Echter, er is ook een groep inwoners die deze voorziening voor een langere periode nodig heeft.
  Centrumgemeente Oss heeft een ZIN (zorg in natura) contract met 15 zorgaanbieders. In 2018 hadden 331 inwoners een beschermd wonen hun ZIN indicatie verzilverd en 72 inwoners een beschermd wonen PGB indicatie.
- <u>Maatschappelijke opvang.</u> 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. Zij zijn niet in staat 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. Onder de activiteiten vallen naast het tijdelijk bieden van onderdak, opvang en ondersteuning ook activiteiten die gericht zijn op het voorkomen van instroom in de maatschappelijke opvang en het voorkomen van terugval na uitstroom. In 2018 hebben

[6] Onder behandeling verstaan wij een medische aanpak van een psychiatrische stoornis en bijbehorende problemen op verschillende leefgebieden. Behandeling valt onder ZVW (Zorgverzekeringswet) en de WLZ (Wet Langdurende Zorg) en wordt door de zorgverzekeraar c.q. zorgkantoor vergoed.
[7] Zie voetnoot 1.

963 mensen zich aangemeld bij de uitvoerende organisatie SMO Verdihuis. Een groot deel van deze groep vindt met ondersteuning en advies van het Verdihuis zelfstandig een verblijfsplek. In 2018 zijn er in totaal 344 mensen geplaatst bij het Verdihuis.

- Bemoeizorg richt zich op zorgwekkende zorgmijders. Dit zijn inwoners met complexe problemen. Vaak is het een combinatie van psychiatrische-, lichamelijke-, psychosociale- en/of verslavingsproblemen. Het gaat om zeer kwetsbare inwoners die zelf niet om hulp kunnen, willen of durven vragen. Ze raken geïsoleerd, verwaarlozen zichzelf en zorgen voor overlast in hun omgeving. De inzet van bemoeizorg is erop gericht om zorgwekkende zorgmijders te motiveren tot en toe te leiden naar passende ondersteuning. Daardoor verbeteren de leefomstandigheden van de inwoners zelf en hun omgeving . Bemoeizorg doet dit door het gevraagd en ongevraagd aanbieden van tijdelijke, vaak praktische, ondersteuning. In 2018 zijn 185 cliënten aangemeld bij Bemoeizorg[8].
- Preventie GGZ is er op gericht om ernstige psychische aandoeningen te voorkomen, of tijdig op te sporen en behandeling mogelijk te maken. Indigo heeft de opdracht om familie en naasten te ondersteunen door consultatie/advisering en de uitvoering van preventieprogramma's. In 2018 zijn er 1125 inwoners geholpen en 724 professionals geadviseerd.
- Preventie verslavingszorg gaat over activiteiten voor inwoners, hun omgeving en professionals werkzaam binnen de 1e lijn, gericht op het voorkomen van en/of verergeren van verslavingsproblematiek. De uitvoering ligt bij Novadic Kentron. De activiteiten zijn gericht op deskundigheidsbevordering en advisering van ketenpartners, voorlichting en preventie activiteiten en ondersteuning van de doelgroep.

Wat zien we in de praktijk?

Onderstaande beschrijving is gebaseerd op de opbrengsten van verschillende gesprekken en bijeenkomsten met betrokken gemeenten, organisaties en inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Er is alleen kwalitatieve informatie opgehaald.

Op cliëntniveau

Bij de doelgroep inwoners met een psychische kwetsbaarheid moet onderscheid gemaakt worden tussen inwoners met lichte problematiek en zwaardere complexe problematiek. Bij de inwoners met zwaardere complexe problematiek is er sprake van psychiatrische aandoeningen en/of psychische problemen, verslaving en/of een licht verstandelijke beperking en problemen op meerdere leefgebieden (o.a. inkomen, wonen, veiligheid, participatie en relaties). Dreigende daklоosheid, schuldenproblematiek en een negatief netwerk verergeren de problematiek. Deze groep inwoners hebben vaak persoonlijkheidsproblemen, kunnen wantrouwen hebben naar de hulpverlening op basis van eerdere ervaringen en kunnen onvoorspelbaar zijn. Hierdoor vraagt de relatie tussen de hulpverlener/begeleider en de inwoner aandacht. Het gaat vaak om complexe casussen die telkens weer terugkomen (draaideurcliënten). Professionals in de GGZ,

[8] Hoeveel cliënten succesvol zijn uitgestroomd naar hulpverlening is niet op te maken uit de rapportage van 2018. Dit komt onder andere door de veranderingen die per 1 januari 2018 zijn doorgevoerd in de organisatie van bemoeizorg. Vanaf 2019 zijn deze cijfers beschikbaar.

verslavingszorg en maatschappelijke opvang en de consulenten van de toegang beschermd wonen geven aan dat er sprake is van verzwaring van de doelgroep. Het gaat dan om de aanwezigheid van meerdere diagnoses (verslaving, psychiatrie en LVB), zorgmijding en/of gevaarlijk gedrag.

Op voorzieningenniveau

- Momenteel hebben de gemeentelijke voorzieningen voor de groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid een eigen toegang (regionale toegang beschermd wonen, regionale toegang maatschappelijke opvang en lokale toegang Wmo) en zijn intakegesprekken gericht op de toegang naar de desbetreffende voorziening. Een brede vraagverheldering, op basis waarvan met de cliënt en zijn of haar netwerk bepaald kan worden welke aanpak nodig is voor herstel en participatie, ontbreekt.
- De toegang beschermd wonen en de toegang maatschappelijke opvang/bemoeizorg constateren dat er verzwaring van de doelgroep is en hiervoor passende voorzieningen ontbreken. Het gaat dan met name om inwoners waarbij sprake is van verschillende diagnoses (middelengebruik/ psychiatrie/LVB) en een combinatie van complexe problematiek en overlast. Doordat passende voorzieningen ontbreken kunnen gemeenten inwoners niet altijd plaatsen op een passende plek, worden voorzieningen buiten de regio ingekocht of worden speciale maatwerktrajecten ingezet.
- Het aantal inwoners dat een beroep doet op de maatschappelijke opvang vanwege dak-en thuisloosheid neemt toe. De druk op de maatschappelijke opvang is groot en vraagt om tijdige doorstroom naar zelfstandig wonen.
- Geschikte huisvesting voor de doorstroom en uitstroom uit beschermd wonen en maatschappelijke opvang blijft een grote uitdaging. Het komt regelmatig voor dat cliënten langer dan nodig gebruik maken van deze voorzieningen, omdat er geen geschikte huisvesting is.
- Bij inwoners die gebruik maken van beschermd wonen, maatschappelijke opvang en bemoeizorg spelen regelmatig veiligheidskwesties. Inwoners vertonen gevaarlijk gedrag, veroorzaken overlast en/of weigeren aangeboden zorg. Het gedwongen kader op basis van de Wet bijzondere opnemingen in ziekenhuizen (BOPZ)[9] biedt hier geen passende oplossing voor. Dit onder andere vanwege de tijdelijke aard van de maatregelen. De huidige voorzieningen op grond van de Wmo zijn er niet op toegerust om inwoners ondersteuning en opvang te bieden op het snijvlak van de WMO en de forensische zorg.
- De landelijke maatregelen en keuzes van zorgverzekeraars met betrekking tot GGZ zorg hebben gevolgen voor het sociaal domein. Zorgaanbieders verkorten de behandelduur en zetten minder specialistische GGZ in. Er worden budgetplafonds afgesproken wat leidt tot wachtlijsten of een opnamestop. Alternatieve passende zorg is nog niet beschikbaar. Dit leidt ertoe dat inwoners tussen wal en schip vallen met als risico's ernstige teloorgang, zelfverwaarlozing en overlast. We zien een toename van mensen met ernstige GGZ- en verslavingsproblematiek in de maatschappelijke opvang. Bemoeizorg houdt inwoners langer in begeleiding en het gat dat ontstaat wordt opgelost door Wmo maatwerk toe te

[9] De BOPZ is tot 1 januari 2019 in werking. Per 1 januari 2020 zijn de Wet verplichte GGZ en de Wet Zorg en Dwang van kracht.

passen. De vraag is in hoeverre de inzet van deze Wmo voorzieningen nut heeft. Opvang en ondersteuning kunnen zorg en behandeling namelijk niet vervangen. Hiernaast zijn deze oplossingen ook niet financieel houdbaar voor gemeenten. Andersom geldt voor inwoners die vanuit een behandelsetting kunnen uitstromen, de opvang (indien nodig) en ondersteuning (Wmo en Participatiewet) tijdig geregeld zijn, zodat de zorg op een goede manier afgeschaald /afgebouwd kan worden.

Op samenwerkingsniveau

- De zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid is vastgelegd in verschillende wettelijke kaders. De belangrijkste zijn de Wet maatschappelijke ondersteuning, Zorgverzekeringswet, Wet langdurige zorg, Wet bijzondere opnemingen in ziekenhuizen en de Wet forensische zorg. De uitvoering van deze wetten ligt bij instanties die actief zijn in verschillende domeinen:

  - Bij gemeenten → het sociaal domein
  - Bij zorgverzekeraars, zorgkantoren en GGZ instellingen → het zorgdomein
  - Bij OM en gemeenten → het veiligheidsdomein

  In de praktijk zien we dat er nog onvoldoende binnen en tussen domeinen wordt samen gewerkt om integrale zorg en ondersteuning te organiseren en uit te voeren. Dit terwijl bij complexe psychische problemen de oplossing meestal niet binnen één sector of organisatie beschikbaar is. Een gezamenlijke aanpak op zowel beleidsniveau als uitvoeringsniveau is noodzakelijk om tot passende opvang, zorg en ondersteuning te komen. Hiermee doelen we onder andere op een integrale aanpak in de wijk tussen het sociale netwerk (naasten, vrijwilligers), de huisarts en POH-ggz, de behandelaar (bijv. van F-ACT), de ambulant begeleider en de generalist van het sociaal team. Op beleidsniveau gaat het over het gezamenlijk organiseren en uitvoeren van voorzieningen waarbij behandeling, opvang en ondersteuning integraal worden georganiseerd en aangeboden. Het verkokerd financieringssysteem en de financiële schotten tussen de verschillende financieringskaders vormen een belemmering voor het realiseren van de noodzakelijke samenwerking.
- De veranderopgaven in de geestelijke gezondheidszorg voeren partijen nog te veel vanuit de eigen kokers uit. Dit terwijl wijzigingen in het ene domein gepaard gaan met veranderingen voor andere domeinen.

Op wijkniveau

Er zijn bij diverse partijen zorgen over de gevolgen van de ambulantisering voor de wijken en buurten. De wens voor normalisatie en inclusie van de groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid wordt onderschreven. Echter, hierbij wordt aandacht gevraagd voor de randvoorwaarden die in de wijken en buurten nodig zijn voor een succesvolle uitstroom voor cliënt en de omgeving. De volgende aandachtspunten worden genoemd:

- Beschikbare ambulante behandeling en ondersteuning;

- De druk op kwetsbare wijken niet verder vergroten. Zoeken naar alternatieve huisvestingsmogelijkheden;
- Passende inloop en dagbesteding voor de doelgroep;
- Meer kennis van de doelgroep bij professionals en vrijwilligers die in de wijk werkzaam zijn;
- Duidelijk aanspreekpunt bij escalatie van problemen.

2.2 De gewenste situatie

In de gewenste situatie wonen inwoners met een psychische kwetsbaarheid zo veel mogelijk in reguliere woonwijken waarbij zij indien nodig thuis passende ondersteuning en zorg ontvangen die flexibel op-en afgeschaald kunnen worden. Deze zorg en ondersteuning zijn herstelgericht en gericht op verschillende leefgebieden. Hierbij is er een leidende rol voor cliënten zelf en hun naasten. In deze aanpak start de toegang (eventueel met betrokken partners) met een gesprek met de inwoner en zijn of haar netwerk en er vindt een brede vraagverheldering plaats. Wat wil je, wat kun je zelf en wat heb je nodig voor herstel en participatie? In de gekozen aanpak bieden gemeenten en betrokken partijen de opvang, ondersteuning en zorg in samenhang aan en voeren deze ook in samenhang uit. Het cliëntperspectief is hierbij richtinggevend. Er zijn duidelijke afspraken wie regie voert over de aanpak als de cliënt en/of naasten dit zelf niet kunnen. Indien er sprake is van uitstroom uit zorg of opvang naar de wijk wordt getoetst of de randvoorwaarden in de wijk op orde zijn om de uitstroom voor alle betrokkenen succesvol te laten verlopen.

2.3 Het probleem in de opvang, ondersteuning en zorg van inwoners met een psychische kwetsbaarheid

Op basis van bovenstaande analyse van de huidige en gewenste situatie voor opvang, ondersteuning en zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid concluderen we dat er vier hoofdproblemen zijn:

1. In de huidige situatie doen gemeenten en andere betrokken partijen in de opvang, zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid nog te weinig aan een brede vraagverheldering. Daar waar de inwoner zich meldt, bepaalt de toegang nog vooral vanuit voorzieningen waarvoor die toegang is bedoeld, wat nodig is. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat de geboden opvang, zorg en ondersteuning niet passend is.
2. Gemeenten en betrokken partijen benaderen de opvang, zorg en ondersteuning die inwoners met een psychische kwetsbaarheid nodig hebben voor hun herstel, zowel op beleidsniveau als op cliëntniveau, nog niet in samenhang en voeren deze ook niet gezamenlijk uit.
3. Het huidige specialistisch gemeentelijk opvangaanbod (o.a. beschermd wonen en maatschappelijke opvang) sluit onvoldoende aan bij de hulpvraag van inwoners met een psychische kwetsbaarheid die niet zelfstandig kunnen wonen en/of ondersteuning nodig hebben bij het zelfstandig wonen.
4. De randvoorwaarden voor succesvolle uitstroom uit zorg en opvang naar de wijk zijn nog niet orde (o.a. het huisvestingsprobleem en zachte landing in de wijk).

3. Onze ambitie

Voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid hebben gemeenten in de regio Noordoost-Brabant Oost de volgende ambitie:

Mensen met een psychische kwetsbaarheid in de regio Noordoost- Brabant 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.

Bij de uitvoering van deze ambitie hanteren we de volgende uitgangspunten:

- De opvang, ondersteuning en zorg richten zich op het versterken van de zelfregie van de inwoner;
- De opvang, ondersteuning en zorg zijn integraal en erop gericht om de inwoner optimaal te laten functioneren op leefgebieden zoals wonen, werken, leren en sociale contacten met zo min mogelijk professionele hulp;
- Indien er sprake is van een gezinssituatie is er in de aanpak aandacht voor het hele systeem inclusief mantelzorgers;
- Er zijn regionaal voldoende passende woningen beschikbaar voor de uitstroom uit zorg en opvang;
- De zorg en ondersteuning worden zoveel mogelijk in de directe omgeving (de wijk) aangeboden om normalisatie en inclusie te bevorderen. Hierbij is er aandacht voor de randvoorwaarden die hiervoor in de wijk nodig zijn;
- De zorg en ondersteuning zijn goed bereikbaar en toegankelijk, en flexibel op en af te schalen indien gewenst;
- Er is goede afstemming tussen netwerkpartners in de wijk: tussen zorgprofessionals en sociaal werkers, maar ook met het informele netwerk (naasten, vrijwilligers).

4. De nieuwe regionale aanpak

4.1 Vier pijlers nieuwe regionale aanpak

Om onze ambitie te bereiken is het nodig dat we als gemeenten samen met betrokken partijen de zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische kwetsbaarheid anders gaan organiseren. In plaats van vanuit de systeemwereld de huidige plannen door te ontwikkelen, kiezen we voor een aanpak die start bij de leefwereld van onze inwoners. Deze nieuwe aanpak kent vier pijlers:

1. Inwoners met een psychische kwetsbaarheid krijgen zo veel mogelijk in hun eigen leefomgeving passende integrale hulp en ondersteuning op de verschillende leefgebieden. Deze lichte hulp en ondersteuning worden lokaal georganiseerd. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij lokale gemeenten.

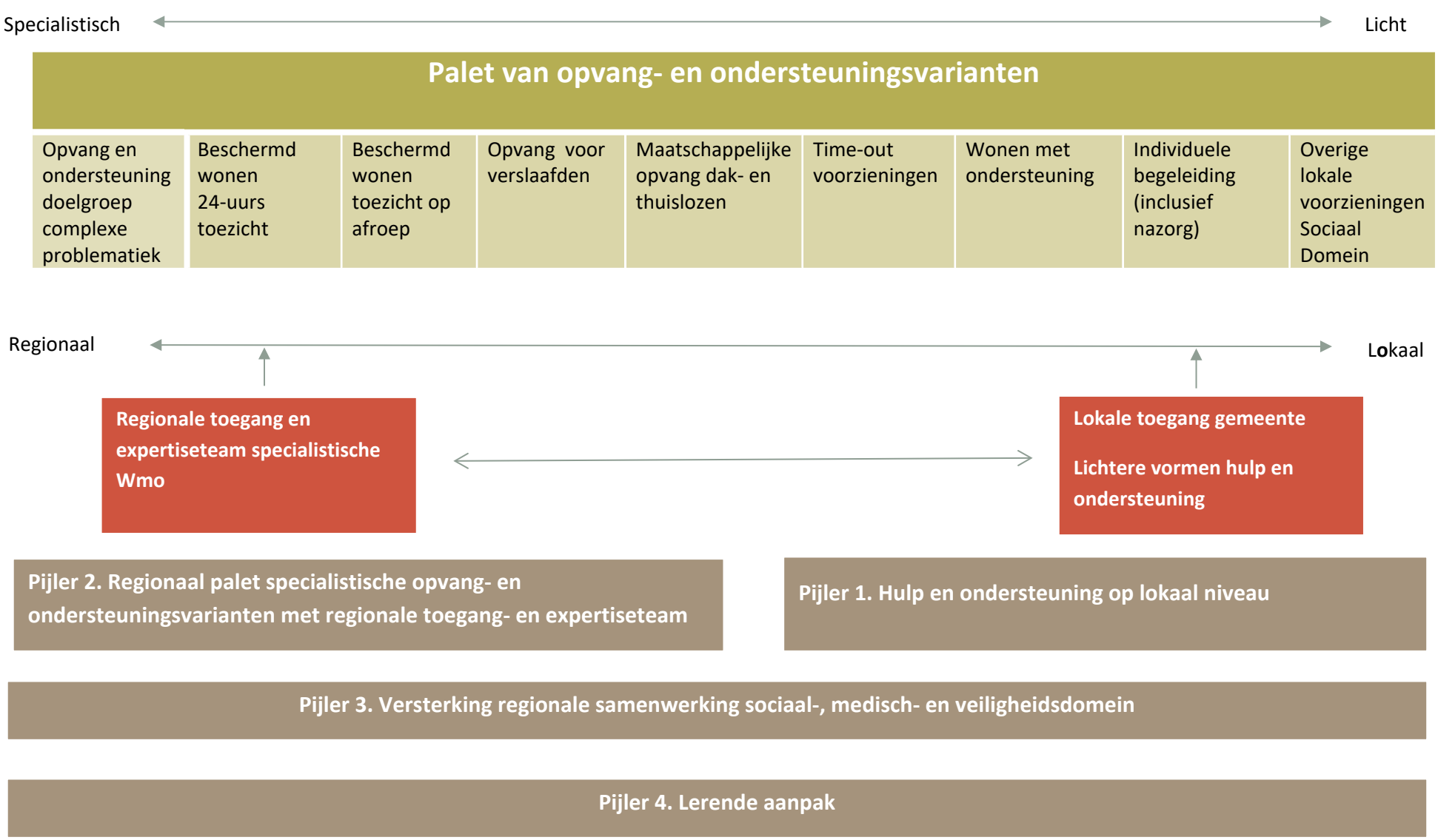
2. Gemeenten organiseren regionaal een palet van specialistische opvang- en ondersteuningsvarianten voor de groep inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Deze inwoners zijn niet in staat zijn om zelfstandig te wonen, op eigen kracht te zorgen voor een dak boven het hoofd en/of mijden zorg. Voor deze voorzieningen wordt er een regionale toegang en expertiseteam ingericht.

3. Gemeenten versterken vanuit hun regierol de regionale samenwerking met zorgverzekeraars, zorgkantoor en GGZ aanbieders om te komen tot afspraken over integrale opvang, ondersteuning en zorg voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid. Hiernaast wordt ook de regionale samenwerking verstrekt met cliëntenraden, Openbaar Ministerie, Veiligheidshuis en andere maatschappelijke partners.

4. Gemeenten organiseren een lerende aanpak. Gemeenten en andere partijen doen continu nieuwe kennis en inzichten op. De aanpak kan worden bijgesteld als dit nodig is om de ambitie waar te maken. Bij de uitvoering van de nieuwe koers organiseren de gemeenten ruimte voor leerervaringen, de reflectie hierop en de acties die hieruit voortkomen.

Deze nieuwe aanpak is schematisch weergegeven op de volgende pagina.

De juiste opvang, ondersteuning en zorg op de juiste plek
voor inwoners met een psychische kwetsbaarheid



Nadere omschrijving van de eerste drie pijlers:

Pijler 1. Hulp en ondersteuning op lokaal niveau.

Een groot deel van inwoners met een psychische kwetsbaarheid woont gewoon thuis. We streven er, gezien onze ambitie, ook naar dit zo te houden. Een deel van deze inwoners heeft hier ondersteuning bij nodig, vaak gericht op meerdere leefgebieden.

Als zelfstandig wonen tijdelijk niet mogelijk is, zijn gekozen interventies er zo veel mogelijk op gericht dat iemand weer terug naar zijn eigen huis kan. Om deze reden is het van belang dat de hulp en ondersteuning begint in de eigen omgeving van de inwoner en van hieruit vorm krijgt. Hiervoor organiseren we op lokaal niveau de lichte hulp en ondersteuning en zetten we instrumenten in die dit ondersteunen:

- Goed functionerende lokale toegang en/of sociale teams die integraal kijkt en werkt vanuit de leefwereld van de inwoner.
- Integrale ondersteuning op verschillende leefgebieden waarbij in eerste instantie er voor wordt gezorgd dat voorzien wordt in de primaire levensbehoeften (voorzieningen WMO, Participatiewet, Jeugdwet). In de WvGGZ wordt gesproken over essentiële voorwaarden.
- Preventieve activiteiten op het gebied van GGZ en verslavingszorg inclusief nazorg. O.a. gericht op signalering, toeleiding naar hulp en ondersteuning, ondersteuning van naasten, voorkomen van uithuiszettingen etc.
- Afspraken over op- en afschalen zorg en veiligheid (escalatiemodel).
- Uitvoering WvGGZ per 1 januari 2020.
- Onafhankelijke cliëntondersteuning en inzet ervaringsdeskundigheid.
- Creëren draagvlak voor sociale inclusie in de wijk.
- Voldoende toegankelijke basisvoorzieningen in de wijk.
- Voldoende geschikte en betaalbare huisvesting.

Daar waar de lokale ondersteuning niet toereikend is, wordt de regionale toegang-en expertiseteam ingeschakeld.

Pijler 2. Regionaal palet specialistische opvang- en ondersteuningsvarianten met regionale toegang- en expertiseteam.

In plaats van beschermd wonen, maatschappelijke opvang en bemoeizorg los van elkaar te organiseren, kiezen wij voor een integraal palet van specialistische woon- en ondersteuningsvarianten. Dit palet is nodig om de juiste opvang en ondersteuning op het juiste moment in te zetten. Inwoners wonen zo veel mogelijk zelfstandig thuis. Echter, daar waar dat niet haalbaar is, zijn er passende voorzieningen waar de desbetreffende inwoner terecht kan om van daaruit te stabiliseren, aan herstel te werken en zich te ontwikkelen richting zelfredzaamheid. Hieronder de voorzieningen die we binnen het palet willen organiseren:

- Opvang en ondersteuning doelgroep complexe GGZ- en verslavingsproblematiek. Deze voorziening is bedoeld voor mensen met chronische GGZ- en/of verslavingsproblematiek die niet terecht kunnen in bestaande voorzieningen en niet meer behandelbaar zijn en/of geen behandeling willen. De problematiek bevindt zich op het snijvlak zorg en veiligheid.

- Beschermd wonen 24-uurs toezicht. Dit product binnen beschermd wonen is gericht op de doelgroep met zwaardere problematiek die 24-uurs toezicht nodig heeft.
- Beschermd wonen op afroep. Dit product binnen beschermd wonen is gericht op de doelgroep die een beschermde woonomgeving nodig heeft, waarbij er toezicht is op afroep (planbare zorg).
- Opvang voor verslaafden (met psychiatrische aandoening). Verslaafde inwoners die niet zelfredzaam zijn en niet kunnen zorgen voor een dak boven het hoofd, hebben recht op opvang. Op dit moment hebben we geen passende voorziening voor deze doelgroep.
- Maatschappelijke opvang dak- en thuislozen. Met het oog op twee belangrijke uitgangspunten van de Wmo, namelijk zo lang mogelijk zelfstandig thuis wonen en hulp zo nabij mogelijk organiseren, is het nodig om de transformatieopgave van de maatschappelijke opvang nader uit te werken.
- Time-out voorzieningen. We willen dat inwoners met een psychische kwetsbaarheid zo veel mogelijk zelfstandig kunnen wonen. Echter, er kunnen periodes zijn waarin de inwoner tijdelijk voor een korte periode meer toezicht nodig heeft. Time-out voorzieningen bieden hier een oplossing voor. Dit type voorzieningen zijn nog niet aanwezig in onze regio.

Zoals hierboven ook is aangegeven is een aantal belangrijke voorzieningen nog niet aanwezig in de regio. Dit heeft tot gevolg dat inwoners worden geplaatst op niet passende plekken, speciale maatwerktrajecten wordt ingezet of buiten de regio wordt ingekocht. De komende periode zal met regiogemeenten en betrokken partijen nader uitgewerkt moeten worden hoe de voorzieningen in dit palet vorm gaan krijgen, hoe we zorg (Zvw) en opvang en ondersteuning (Wmo) integraal kunnen organiseren, hoeveel plekken er per voorziening nodig zijn en hoe we het gaan bekostigen. Het is de bedoeling dat dit palet wordt uitgevoerd binnen de beschikbare rijksmiddelen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Dit betekent dat voor de opbouw van deze voorzieningen er een ombouw/ afbouw zal moeten plaatsvinden van de huidige voorzieningen die we inkopen.

Regionale toegang en expertiseteam specialistische Wmo
Op dit moment kennen we in de regio een aparte regionale toegang voor beschermd wonen, voor maatschappelijke opvang en voor bemoeizorg. De inwoners die gebruik maken van deze voorzieningen zijn divers, maar ze hebben met elkaar gemeen dat het veelal om dezelfde aandoeningen en problemen gaat. Het komt regelmatig voor dat alle toegangen betrokken zijn bij een inwoner. Daarom lijkt het ons zinvol om te komen tot een regionale toegang- en expertiseteam specialistisch aanbod Wmo. Deze toegang bundelt en vergroot de kennis, expertise en deskundigheid op het gebied van psychiatrie, verslaving en LVB. Op basis hiervan kan nog beter beoordeeld worden wat een inwoner nodig heeft om te kunnen stabiliseren en herstellen en wat de juiste plek is hiervoor. Dit expertiseteam ondersteunt indien nodig het lokale netwerk/multidisciplinair overleg (MDO) dat bij een cliënt betrokken is en biedt toegang tot de specialistische voorzieningen binnen de Wmo.

Pijler 3. Versterking regionale samenwerking sociaal-, medisch- en veiligheidsdomein.
Gemeenten willen komen tot structurele samenwerking en afspraken maken met zorgverzekeraars, zorgkantoor en zorgaanbieders GGZ. Deze samenwerking is gericht op de juiste zorg, op de juiste plek, op het juiste moment. Vanuit de landelijke afspraken tussen de VNG en Zorgverzekeraars Nederland wordt momenteel een regionale samenwerkingsstructuur ingericht. Hiernaast zetten we regionaal ook in op versterking van de samenwerking met veiligheidspartners, welzijnswerk, wooncorporaties en cliëntenorganisaties.

5. Uitvoering en planning

Deze nieuwe koers biedt gemeenten in de regio Noordoost-Brabant Oost richting om verder uitvoering te geven aan de transformatieopgaven voor beschermd wonen, maatschappelijke opvang, bemoeizorg en preventie GGZ en verslavingszorg en afspraken te maken over de regionale samenwerking vanaf 2021. Op basis van dit koersdocument maken we met betrokken partijen een uitvoeringsplan 2020-2023. Dit uitvoeringsplan zal in het voorjaar van 2020 ter besluitvorming voorgelegd worden aan de colleges van B&W van de 10 gemeenten.

Literatuurlijst:

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

Delespaul, Ph. en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, juni 2013.

Hoof, F. van, A. Knispel, L. Hulsbosch, A. de Lange, H. Michon, H. Kroon (2017). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Trimbos-instituut. Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht, 2014.

https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2018/02/Factsheet-EPA_web.pdf