

Regionale beleidsvisie beschermd wonen en maatschappelijke opvang 2018 – 2020

INHOUDSOPGAVE

Inleiding

Hoofdstuk 1. De doelgroep

Hoofdstuk 2. De situatie tot 2020

Hoofdstuk 3. De inrichting van zorg en ondersteuning bij zelfstandig wonen

Hoofdstuk 4. De kwantitatieve behoefte aan zelfstandige woonruimten

Hoofdstuk 5. De omvorming vanaf 2020

Hoofdstuk 6. Financiën

Hoofdstuk 7. Regionale samenwerking

Inleiding

Visie: zelfstandig wonen, tenzij...!

Eind 2015 is door de commissie Toekomst beschermd wonen advies uitgebracht wat betreft de toekomst van Beschermd wonen in relatie tot de maatschappelijke opvang en andere gemeentelijke taken. De commissie maakt sociale inclusie¹ van cliënten tot uitgangspunt én opgave voor de toekomst: *cliënten maken zoveel mogelijk deel uit van het gewone maatschappelijke verkeer*. Meer dan nu dient beschermd wonen gericht te zijn op herstel en maatschappelijke participatie. Dit geldt ook voor de maatschappelijke opvang. 'Zelfstandig wonen, tenzij...' is uitgangspunt. Door de bestuurders van de regiogemeenten zijn hierbij de volgende randvoorwaarden benoemd:

- borgen van continuïteit van ondersteuning. Cliënt mag niet lijden onder systeemaanpassingen.
- ondersteuning moet zoveel mogelijk op de eigen woonplek beschikbaar zijn.
- lokaal waar het kan regionaal waar het moet.

De bestuurders van de gemeenten in de mo-regio Den Haag zien de doorontwikkeling van beschermd wonen en de maatschappelijke opvang als een gezamenlijke uitdaging. Conform de bestuurlijke afspraak die gemaakt is tussen het Rijk/VWS en VNG is hiervoor deze regiovisie opgesteld. Bij de totstandkoming ervan zijn aanbieders beschermd wonen en maatschappelijke opvang en de cliëntenklankbordgroep op onderdelen betrokken. Al eerder zijn tijdens een werkbijeenkomst de opgaven benoemd waar we voor staan. Hierbij waren ook de woningcorporaties en zorgverzekeraars aanwezig.

De beleidsvisie is geschreven vanuit de regionale afspraak 'lokaal tenzij, ...' waarbij de regiogemeenten afzonderlijk verantwoording nemen voor de uitwerking van de visie. Er wordt daarom vooral beschreven hetgeen op lokaal niveau in elke gemeente uitgewerkt gaat worden. Elke gemeente zal op basis van deze regionale visie uitvoering geven aan de hierin genoemde acties. Naast de verantwoordelijkheid die iedere gemeente heeft voor de eigen inwoners, zijn er uiteraard opgaven die we op regionaal niveau moeten uitwerken of waarbij regionale afstemming wenselijk kan zijn. Ook daarop richten we ons in dit stuk.

Regionaal is afgesproken dat in de visie de volgende punten aandacht krijgen.

- Heldere definiëringen van intramuraal beschermd wonen, beschermd thuis wonen en zelfstandig wonen.
- De inrichting van de zorg en ondersteuning.
- De woningvraag voortkomend uit de inzet op zelfstandig wonen.
- Een mogelijke regionale spreiding van voorzieningen
- De positionering van de in de regio aanwezige landelijke en (boven)regionale specialistische voorzieningen .

In het proces van omvorming hebben we te maken met onzekerheden. Zo is de komende jaren nog onduidelijk of de wet langdurige zorg opengesteld wordt voor een deel van de cliënten beschermd wonen en is de overheveling van financiële middelen naar de afzonderlijke gemeenten pas in 2020 aan de orde. Dit maakt dat we in deze visie een onderscheid maken in de periode 2018-2020 en de periode vanaf 2020. In de periode tot 2020 zal de huidige inrichting van en de toegang tot het

¹ Sociale inclusie houdt in het volwaardig meedoen in de samenleving.

ondersteuningsaanbod op hoofdlijnen gecontinueerd worden. Wel wordt er concreet gewerkt aan urgente aanpassingen en verbeteringen hierbinnen en aan hetgeen nodig is als de financiering gespreid wordt over de gemeenten. Dan gaat het om het uitwerken van een integraal en flexibel zorg- ondersteuningsaanbod dicht bij de burger en de vormgeving van een lokale toegang. Tevens zal deze periode gebruikt worden om te bepalen met welke ambitie vanaf 2020 de ambulantisering gestalte wordt gegeven: de omzetting van (een deel van) de bestaande intramurale voorzieningen naar gevarieerde woonvormen midden in de samenleving.

Hoofdstuk 1. De doelgroep

Momenteel zitten we in de overgang van het denken in profielen van doelgroepen op basis van problematiek en financieringsstroom, naar een denken waarin de individuele ondersteunings- en zorgbehoeften van een cliënt centraal staan. In die zin vervalt het onderscheid tussen de cliënten in beschermd wonen en die in de maatschappelijke opvang en gaan deze op in het gehele gemeentelijke Wmo-aanbod. Om toch een gevoel te verkrijgen om welke kwetsbare groepen het gaat in deze beleidsvisie, helpt de volgende beschrijving op basis van de huidige criteria.

Bij de huidige doelgroep beschermd wonen en maatschappelijke opvang gaat het altijd om burgers met meervoudige problemen. Deze kwetsbare groep kenmerkt zich door (een combinatie van) ggz-problematiek, verslaving, dakloosheid en het ontbreken van een netwerk. Zij zijn – voor langere of kortere tijd - niet of onvoldoende in staat om op eigen kracht zelfstandig te wonen en in andere noodzakelijke bestaansvoorwaarden te voorzien zoals sociale contacten, activiteiten, inkomen, gezondheid en veiligheid.

Bij cliënten beschermd wonen is er altijd sprake van ernstige psychiatrische problematiek (diagnose), bij de cliënten maatschappelijke opvang hoeft dat niet zo te zijn. Er is een bepaalde overlap tussen de doelgroepen, bijvoorbeeld verblijven er cliënten binnen de opvang die wachten op een plaats in beschermd wonen.

Wat gaan we in regionale verband doen in 2018?

Ten behoeve van het beter kunnen bepalen welke type voorzieningen we vanaf 2020 nodig hebben voor de diverse groepen binnen de nu algemeen benoemde groep dak- en thuislozen (denk aan de economische dak- en thuislozen), gaat voor deze groep een meer gedifferentieerde doelgroepomschrijving opgesteld worden.

Hoofdstuk 2 De situatie tot 2020

De huidige voorzieningen wat betreft beschermd wonen en maatschappelijke ondersteuning handhaven we tot 2020. Wel zullen aanpassingen plaatsvinden die een meerwaarde bieden. In dit hoofdstuk worden de voorzieningen beschreven naar aard, omvang en spreiding ervan en de wijze waarop de toegang ertoe is geregeld.

2.1 De aanbieders

Beschermd Wonen wordt in de regio Den Haag geleverd door zes aanbieders (Parnassia, Limor, RIBW Fonteynenburg, Leger des Heils, Stichting Anton Constandse en de Kesslerstichting). Bij deze kernaanbieders BW worden de volgende producten gesubsidieerd: intramurale (24/7) begeleiding, huisvesting en inventaris, extramurale begeleiding (zoals Housing First, het volledige pakket thuis en

overbruggingszorg), intramurale en extramurale dagbesteding. Daarnaast kennen we nog een twaalfstal aanbieders uit andere sectoren van zorg (zoals verzorging en verpleeghuizen): de sectorvreemde aanbieders. De Kesslerstichting, het Leger des Heils en Limor bieden naast Beschermd wonen ook maatschappelijke opvang in de vorm van doorstroomvoorzieningen, nachtopvang of Housing First.

2.2 Huidige omvang intramuraal beschermd wonen

Onder intramuraal beschermd wonen wordt het verblijf verstaan in een instelling waar een 'all inclusive' pakket wordt geboden aan een cliënt. Dit omvat naast wonen ook eten/drinken, begeleiding, persoonlijke verzorging, welzijnsactiviteiten en dagbesteding.

In totaal zijn er in de regio zo'n 1020 cliënten die verblijven in intramurale accommodaties voor beschermd wonen. De twee grootste aanbieders zijn Stichting Anton Constandse en RIBW Fonteynenburg. Zij hebben samen 70% van alle cliënten beschermd wonen. Van de cliënten woont 90% in intramurale woonvoorzieningen beschermd wonen in Den Haag. Fonteynenburg is de enige instelling beschermd wonen met voorzieningen in de regio. Alle cliënten woonachtig in de regiogemeenten verblijven dan ook bij Fonteynenburg.

Sectorvreemde instellingen

Momenteel verblijven er 120 cliënten met een indicatie beschermd wonen in sectorvreemde (intramurale) instellingen. Deze veelal oudere cliënten wonen met name in verzorgings- en verpleeghuizen.

2.3 Cliënten met overgangsrecht beschermd wonen

Bij de overgang van beschermd wonen vanuit de AWBZ naar de Wmo is voor de toen overgedragen cliënten overgangsrecht van toepassing. Dit loopt tot uiterlijk 1 januari 2020 of zoveel eerder als dat de onder de AWBZ afgegeven indicatie voor een cliënt afloopt. Halverwege 2017 is de situatie als volgt: van de 1618 cliënten beschermd wonen in enigerlei vorm hebben er nog 784 overgangsrecht vanuit de AWBZ. Bij de overige 834 cliënten is sprake van een Wmo-beschikking afgegeven na 1 januari 2015.

Voor de komende jaren ziet het verlopen van het overgangsrecht er als volgt uit: in 2017: 9, in 2018: 15 en in 2019: 596. Voor cliënten met overgangsrecht houden de gemeenten een verantwoordelijkheid. Hoe die er vanaf 2020 uitziet hangt af van of de ontwikkelingen rondom de Wet langdurige zorg: wordt deze al dan niet opengesteld voor deze cliëntengroep.

2.4 Beschermd wonen met een PGB

In de gehele regio zijn er halverwege 2017 181 cliënten beschermd wonen die buiten een instelling wonen en zelf hun zorg en ondersteuning inkopen met een PGB: Den Haag 156, Leidschendam-Voorburg 6, Rijswijk 4, Zoetermeer 16 en Wassenaar 1. Van deze 181 cliënten kopen er 179 begeleiding in en 96 dagbesteding.

Het recht op een PGB is wettelijk geregeld. Bij beschermd wonen doet zich het specifieke probleem voor hoe het aspect *bescherming* in het PGB te 'vangen'. Bij een wooninitiatief² is dat eenvoudiger vorm te geven dan bij zelfstandig wonende cliënten beschermd wonen. Momenteel kennen we vijf

² Om als cliënt een Toeslag Wooninitiatief te krijgen dient deze met meerdere cliënten samen te wonen op één adres waarbij er sprake is van een gemeenschappelijke ruimte en er gezamenlijk zorg ingekocht wordt.

wooninitiatieven. Een wooninitiatief toeslag is aan 70 cliënten toegekend. De beoordeling of een cliënt in aanmerking komt voor een PGB is belegd bij de centrumgemeente Den Haag.

2.5 Huidige omvang opvangplekken maatschappelijke opvang

Onderstaand een overzicht van de opvangplekken inclusief dagopvang. Het gaat in alle gevallen om plaatsen waarvan door meerdere mensen per jaar of dag gebruik gemaakt wordt.

Tabel 3. Aantal plaatsen per aanbieder mo en per voorziening per 1/1/2016

	Dagopvang	Nachtopvang + ziekenboeg	Kortdurende opvang/ doorstroomvoorz.	Hostel ³
Totaal	40 plaatsen	150 plaatsen + 3 plaatsen ziekenboeg	188 plaatsen (waarvan 19 in Zoetermeer)	25 plaatsen

Bron: Samen en met eigen kracht; GGZ/verslavingsnota van de gemeente Den Haag, 2016

Hierin zijn niet opgenomen: winteropvang, tijdelijke opvang, gezinsopvang en vrouwenopvang

In 2016 is aan bijna 2.000 personen toegang tot de maatschappelijke opvang verleend. Zij gelden als Haagse inwoners voor wat betreft (daklozen)uitkeringen en ontvangen deels ondersteuning vanuit het (reguliere) Wmo ondersteuningsaanbod. Alle opvang voorzieningen minus de doorstroomvoorziening in Zoetermeer bevinden zich in Den Haag.

2.6 Toegang tot de voorzieningen

Voor de **maatschappelijke opvang** is de toegang belegd bij het Centraal Contact Punt (CCP), wat valt onder de Gemeentelijke Gezondheids Dienst Haaglanden (GGD). Het CCP is het regionale meldpunt voor maatschappelijke opvang. Burgers uit Den Haag en de regiogemeenten Zoetermeer, Wassenaar, Leidschendam-Voorburg en Rijswijk die dakloos zijn, melden zich bij het CCP en zij die voldoen aan de toelatingscriteria meervoudige ernstige multiproblematiek en dakloosheid in combinatie met binding met de regio Den Haag krijgen een plek aangeboden in de (nacht)opvang en toegang tot het aanbod aan maatschappelijke opvang en Wmo-begeleiding.

Voor de toegang **beschermd wonen** is een regionaal proces ingericht, wat beschreven is in het Handboek Toegang. Via een regionaal convenant hebben de colleges van de gemeenten Leidschendam-Voorburg, Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer mandaat verleend aan het college van de gemeente Den Haag voor het nemen van besluiten over het toekennen van een beschikking en de verzilveringsvorm ervan, om te beslissen op bezwaarschriften en tot het voeren van verweer in (hoger) beroepszaken. Het huidige convenant eindigt op 1 januari 2018, maar zal verlengd worden tot 1 januari 2020. Hierbij wordt dan tevens het mandateren van het college van Den Haag tot het afgeven van beschikkingen voor de maatschappelijke opvang geregeld.

Wat gaan we in regionale verband doen in 2018?

Continueren van het huidig aanbod en de toegang ertoe ten behoeve van het borgen van het ondersteuningsaanbod.

De volgende suggesties tot aanpassingen en verbeteringen worden opgepakt.

1. In het toegangsproces beschermd wonen de mogelijkheid inbouwen van het verkrijgen van een indicatie voor begeleiding in plaats van een intramurale indicatie.
2. Het onderzoeken van de mogelijkheid tot overhevelen van de externe dagbesteding en de extramurale begeleiding binnen beschermd wonen naar het kader van de Wmo-begeleiding en dagbesteding.

³ In een hostel verblijven cliënten die niet 'kwalificeren' voor beschermd wonen omdat ze geen diagnose willen.

3. Het aanpakken van de wachtlijsten (zie onder 4.2.2), waaronder het vormgeven van wachtlijstbeheer en het zover als mogelijk afbouwen van de wachtlijsten.
4. Het versnellen van de uitstroom en het beperken van instroom.
5. Vormgeving van de onafhankelijke cliëntondersteuning in het toegangsproces.
6. De voorbereiding van de uitvoering van het PGB-beleid op lokaal niveau vanaf 2020.

Hoofdstuk 3. De inrichting van zorg en ondersteuning bij zelfstandig wonen

Op dit moment kan een cliënt bepaalde zorg en ondersteuning uitsluitend ontvangen op een specifieke woonplek. Zelfstandig wonen kenmerkt zich doordat wonen en zorg gescheiden zijn. De regio onderschrijft de ambitie uit het Advies Commissie Toekomst beschermd wonen: investeer in normalisering van het wonen door ontkoppeling van wonen en zorg en verminder voor wonen de afhankelijkheid van zorgaanbieders (huurcontracten op naam van de persoon, niet op die van de instelling)⁴. Dat betekent dat de cliënt uiteindelijk zelf de huur betaalt aan een verhuurder én zijn eigen zorgaanbieder kiest⁵.

Binnen zelfstandig wonen is onderscheid te maken tussen beschermd zelfstandig wonen en begeleid zelfstandig wonen. Of voor een cliënt intramuraal wonen, beschermd zelfstandig wonen, begeleid wonen of een andere woonvorm het meest geschikt is, wordt bepaald door zijn behoefte aan ondersteuning en zorg en de mogelijkheid de zorg 'aan huis' te leveren. Die behoefte hangt samen met de mate waarin een cliënt tot uitstel van zijn hulpvraag kan komen, de mate waarin begrenzing in zijn gedrag noodzakelijk is, de stabiliteit van de cliënt, de mate waarin cliënt beschikt over ADL-vaardigheden en zijn mogelijkheden tot het zelf indelen van de dag⁶.

3.1 Functies in de ondersteuning

Om zelfstandig wonen maximaal mogelijk te maken voor kwetsbare doelgroepen is een aanbod van zorg en ondersteuning nodig dat veelomvattend en flexibel inzetbaar is. Risicofactoren bij zelfstandig wonen zijn het gebrek aan financiële vaardigheden en eenzaamheid. Hoe uitgebreider en flexibeler dat aanbod is, des te zelfstandiger kan men wonen⁷. Elke gemeente dient dan ook te beschikken over:

- Een brede waaier aan (doelgerichte) ondersteuning waaronder woonbegeleiding en dagbesteding (dagactivering).
- De nabijheid en een directe bereikbaarheid van de begeleiding voor cliënten op ongeplande momenten. Ook 's-nachts en in de weekenden moet inzet van begeleiding mogelijk zijn.
- De mogelijkheid tot het snel kunnen op- en afschalen van zorg en ondersteuning, dus flexibel qua duur en intensiteit. Hieronder valt ook de mogelijkheid van een tijdelijke opvang (zie onder 3.2).

⁴ Advies 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis', pagina 26

⁵ Vooralsnog zullen er naar verwachting hybride vormen van zelfstandig wonen aanwezig blijven, waarbij huurbetaling aan de zorgaanbieder plaatsvindt en/of de cliënt geen vrije keuze heeft wat betreft de zorgaanbieder.

⁶ Wegwijzer naar ondersteuning Wmo voor mensen met psychische problemen/aandoeningen, VNG, 2015, pagina 9 en 10. In de beleidsvisie 'beschermd thuis' van RIBW Fonteynenburg is dit verder uitgewerkt (januari 2017).

⁷ In diverse gemeenten worden via pilots hier al vorm aan gegeven. Zo kent Leidschendam-Voorburg de pilot 'gebundelde kracht', in Zoetermeer zijn ambulante begeleiders verbonden aan een FACT-team en Den Haag kent de proeftuinen integrale ggz.

- De inzet van opgeleide ervaringsdeskundigen, die in staat zijn om als professional de eigen cliëntervaring in te zetten bij het herstel van anderen⁸.
- Goed ingerichte netwerkondersteuning⁹ ter voorkoming van eenzaamheid en om als cliënt deel te kunnen nemen aan het leven in de wijk.

3.2 Crisis en terugvalvoorzieningen

Bij de voorgenomen ambulantisering (GGZ-breed) is bereikbaarheid en beschikbaarheid van zorg en ondersteuning 24 uur per dag noodzakelijk. Als hulp moet worden geboden aan mensen die in een eigen woning wonen en door hun psychiatrische problemen in crisis zijn of in crisis dreigen te raken, is er sprake van intensieve samenwerking tussen behandelaars en begeleiders. Crisiszorg is hierbij niet meer beperkt tot een 'noodingreep'. Centraal staat intensieve 7x 24 uur begeleiding thuis gedurende de crisisperiode. Soms zal echter toch kortdurend verblijf voor een cliënt noodzakelijk zijn. Daarin wordt voorzien met een kleinschalige terugvalvoorziening dichtbij huis, in de wijk. De realisatie van dergelijke crisis- en terugvalvoorziening dienen ook gezien te worden in het licht van de toekomstige Wet verplichte GGZ¹⁰ en de aanpak 'Personen met verward gedrag'.¹¹

Voor de totstandkoming van een zorgcontinuüm op cliëntniveau is het noodzakelijk om de verschillende financieringskaders waarbinnen ondersteuning en zorg geleverd worden op elkaar te betrekken, zoals de Wmo, de zorgverzekeringswet en de wet langdurige zorg. Hiervoor gaan afspraken gemaakt worden met de zorgverzekeraars.¹²

3.3 Wat is nodig?

Om op gemeentelijk niveau de gecoördineerde zorg en ondersteuning te organiseren, is het van belang om een inschatting te hebben van de omvang van de kwetsbare groep waarmee je van doen hebt. Dat kan door de huidige populatie als uitgangspunt te nemen, een prevalentieberekening te maken¹³ of landelijke cijfers te gebruiken van Vektis of van de website waarstaatjegemeente.nl.

Zo is door Vektis is het aantal mensen met Ernstige Psychiatrische Aandoeningen (de zogenaamde EPA groep¹⁴) op gemeenteniveau in beeld gebracht voor het jaar 2014. Het betreft cijfers over de prevalentie van EPA in 2014 in de volwassen populatie (18 tot en met 64 jaar). Voor de regio Den Haag zijn de volgende aantallen bekend (cliënten 18-64 jaar).

Den Haag	7.595
Leidschendam-Voorburg	785
Rijswijk	520
Wassenaar	155
Zoetermeer	1.345

⁸ Zie Handreiking voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. Kenniscentrum Phrenos en Trimbosinstituut

⁹ Netwerkondersteuning omvat ook de inzet van buddyhulp en de vormgeving van buurtcirkels.

¹⁰ In de WvGGZ als opvolger van de Wet Bopz staat behandeling van mensen met psychiatrische problematiek centraal en niet meer de verplichte opname.

¹¹ De gedachtenontwikkeling wat betreft de opvang en hulpverlening van personen met verward gedrag is dat deze op wijkniveau georganiseerd zou moeten worden.

¹² In lokale en/of regionale convenanten kunnen dergelijke afspraken worden vastgelegd. De Haagse convenanten met zorgverzekeraars lopen eind 2017 af.

¹³ In de publicatie van het Trimbosinstituut 'Psychische kwetsbaarheid, sociale inclusie en verbindende zorg' is een methodiek opgenomen voor een lokale prevalentieschatting van EPA-cliënten: pagina 43-46.

¹⁴ Door Vektis wordt de volgende omschrijving van de EPA-groep aangehouden. Veel patiënten hebben een psychotische stoornis, zoals schizofrenie. Ook angst, depressie, persoonlijkheidsstoornissen en autisme, al dan niet in combinatie met verslaving, komen veel voor. Patiënten hebben doorgaans maatschappelijk complexe problemen. De problematiek is langdurig van aard.

Bij Vektis zijn ook gegevens over aantallen EPA-cliënten op postcodeniveau (PC4) beschikbaar. De cijfers van Vektis betreffen een bredere groep dan de cliënten die voor beschermd wonen in aanmerking komen. De inschatting omvat namelijk ook cliënten die met ondersteuning vanuit poliklinieken, huisartsen of anderszins in staat zijn hun eigen leven vorm te geven. Het zijn echter de hardste cijfers die we momenteel hebben.

Welke cijfers ook gehanteerd gaan worden, zij gaan een vertaling krijgen naar de voorzieningen en vormen van ondersteuning die lokaal nodig zijn om kwetsbare burgers dat te bieden wat zij nodig hebben.

Wat gaan we lokaal doen in 2018 en 2019?

1. Het bepalen van de omvang van de kwetsbare groepen waar elke gemeente een structuur van zorg en ondersteuning voor inricht.
2. Ten behoeve van het mogelijk maken van zelfstandig wonen wordt door elke gemeente afzonderlijk vormgegeven aan:
 - a) een toereikend en sluitend aanbod van zorg en ondersteuning.
 - b) een afdoend aanbod van (arbeidsmatige) dagbesteding, steunsystemen en vrijwilligerswerk.
 - c) het creëren van draagvlak in de wijken voor en het versterken van acceptatie van ggz-cliënten.
 - d) bemoeizorg (als onderdeel van de in te richten ondersteuningsstructuur) en vroegsignalering (denk aan voorkomen huisuitzetting).
 - e) onafhankelijke cliëntondersteuning
3. Het inrichten van het toezicht op kwaliteit, doelmatigheid, rechtmatigheid en financiën.

Wat gaan we regionaal doen in 2018 en 2019?

1. De vormgeving van het cliëntenbelang op het niveau van de beleidsvorming. Hierbij wordt afgewogen wat de voor- en nadelen zijn van een voortzetting van de huidige regionale cliëntenklankbordgroep¹⁵.
2. Het aangaan van gesprekken met zorgverzekeraars wat betreft de totstandkoming van een zorgcontinuüm op cliëntniveau.
3. Afstemming van uitvoering van regelgeving bij verhuizing van cliënten met name als gaat om continuering van ondersteuning en het verkrijgen van een uitkering¹⁶.

Hoofdstuk 4 De kwantitatieve behoefte aan zelfstandige woonruimten

Wat bij 'zelfstandig wonen, tenzij ...'aan zorg en ondersteuning geregeld moet worden, is beschreven in hoofdstuk 4. In dit hoofdstuk wordt een inschatting gemaakt van de behoefte aan woningen in de periode tot 2020.

4.1 Vormen van zelfstandig wonen

Zelfstandig wonen vanuit de intramurale voorzieningen beschermd wonen en maatschappelijke opvangvoorzieningen kan op verschillende wijzen fysiek vorm krijgen¹⁷. Grosso modo kan dat via

¹⁵ Wat betreft het meedenken over (regionaal) beleid fungeert momenteel de cliëntenklankbordgroep beschermd wonen. De belangen van cliënten in uitvoering en beleid worden hier besproken. Deelnemers komen uit de cliëntenraden van Anton Constandse, Fonteynenburg, Kesslerstichting, Leger des Heils, Limor, Parnassia, Straatconsulaat en Kompasie.

¹⁶ Randvoorwaardelijk voor zelfstandig wonen is dat de cliënt beschikt over een eigen inkomen.

¹⁷ Zie hiervoor ook de publicatie van Platform 31, 'Doorstromers Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang, Thuis in de wijk', augustus 2016

- a) geclusterd wonen (al dan niet met gedeelde voorzieningen) of gespikkeld wonen in één gebouw.
- b) individueel wonen in de wijk waarbij het kan gaan om zelfstandige woningen of kamerwonen.

Wonen in één gebouw

Beschermd wonen intramuraal is momenteel ook in reguliere woningen gelokaliseerd waarin bewoners een gezamenlijk huishouden voeren. Door een financieel/administratieve scheiding kunnen dergelijke verblijfseenheden worden getransformeerd naar zelfstandige wooneenheden. Om de huurder in aanmerking te laten komen voor huurtoeslag, dient dan wel voldaan te worden aan de eisen hiervoor, zoals een eigen brievenbus en voordeur, eigen sanitair, kookpunt, individuele gas-water-elektra bemetering. De woning wordt administratief ‘omgekat’. De bewoner hoeft niet te verhuizen en hierdoor zal er ook geen extra druk op de woningmarkt ontstaan. Dit wonen in één gebouw kan in geclusterd vorm zijn, maar ook gespikkeld (doorheen het gebouw).

Individueel wonen in de wijk

In dit scenario verlaten cliënten de intramurale instelling en huren een individuele woning of kamer in de wijk. Deze uitstroom leidt tot een extra vraag op de woningmarkt.

Aandachtspunten

Bij de vormgeving van zelfstandig wonen zal aandacht moet worden gegeven aan

- de spreiding over de wijken en het draagvlak in wijken waar huisvesting van de cliënten gaat plaatsvinden.
- de aanwezigheid van openbaar vervoer en bereikbaarheid van voorzieningen om deelnemen aan de samenleving mogelijk te maken.
- de betaalbaarheid van de huren. Voor de doelgroep volstaat in het algemeen een woning met een te betalen huur tot € 400 (inclusief huursubsidie).

4.2 Behoeftte aan woningen

Om iets te kunnen zeggen over de noodzaak aan zelfstandige woningen en woonruimten wordt in deze paragraaf het beeld geschetst van de reguliere uitstroom uit de voorzieningen beschermd wonen en maatschappelijke opvang in de komende 4 jaren. Als extra vraag naar woningen voegt zich daarbij die van de aanpak van de wachtlijsten én die van de uitstroom van patiënten uit de klinische GGZ-zorg, cliënten die dan veelal behoefte hebben aan een beschermende woonsetting.

4.2.1 Reguliere uitstroom beschermd wonen

De reguliere uitstroom in 2016 uit de intramurale voorzieningen betrof 251 cliënten¹⁸. In het voorjaar 2017 is door middel van een uitvraag bij de zes aanbieders beschermd wonen een beeld verkregen wat betreft de verwachtingen t.a.v. de uitstroom binnen nu en 4 jaar van de op dat moment in de instellingen aanwezige cliënten.

		Potentieel in staat tot beschermd zelfstandig wonen					
		<i>Bron: onderzoek bij de zes instellingen beschermd wonen begin 2017</i>					
Totaal in aanmerking komend voor uitstroom ≤ 4 jaar		Op korte termijn al in staat tot zelfstandig wonen		Uitstroom-gericht ≤ 1 jaar verblijf		Ontwikkelings-gericht 1-4 jaar	
N	%	N	%	N	%	N	%
390	100	82	21	84	22	224	57

¹⁸ Bron: registratiesysteem socrates (Den Haag)

De percentages per kolom zijn gemiddelden. Uit de verrichte inventarisatie blijken er behoorlijke verschillen tussen de instellingen te bestaan over de ingeschatte uitstroompotenties. Onderzocht gaat worden hoe deze verschillen te verklaren zijn. Tevens zal er bezien worden hoe tot een versnelling van de uitstroom gekomen kan worden indien de voorwaarden daartoe in de sfeer van ondersteuning en wonen gecreëerd zijn¹⁹.

Van de cliënten die verblijven in sectorvreemde instellingen wordt verondersteld dat deze niet zullen uitstromen en dat mocht de Wet langdurige zorg 'opengesteld' gaan voor worden GGZ-cliënten, deze cliënten hieronder gaan vallen.

4.2.2 Afbouw wachtlijsten beschermd wonen.

Eind 2016 zijn de wachtlijsten voor beschermd wonen onderzocht. Naar schatting wachtten 270 mensen op instroom in beschermd wonen, waarvan 18 op een Housing First voorziening²⁰. Voor specifieke voorzieningen, zoals bijvoorbeeld bij die voor jongeren met autisme, kunnen de wachttijden oplopen tot meer dan een jaar. Er zijn cliënten die wachten in een thuissituatie (bij ouders, familie of zelfstandig wonend), maar ook wachten in een psychiatrische ziekenhuis of in de maatschappelijke opvang komt veel voor. Belangrijke aanbevelingen die zijn gedaan vanuit het onderzoek²¹, zijn: 1) benut de maatwerkarrangementen/extramurale begeleiding voor een route direct naar zelfstandig wonen, startend in de toegang en 2) biedt een ondersteuningspakket voor mensen die nog maar kort dakloos zijn om te voorkomen dat zij instromen in beschermd wonen. Hieraan wordt geleidelijk vormgegeven.²² Een effectieve aanpak van de wachtlijsten gaat bijdragen aan de vraag naar zelfstandige woonplekken.

4.2.3. De maatschappelijke opvang

Reguliere uitstroom

- Uitstroom uit de nachtopvang: 300 cliënten per jaar die soms via een verblijfsvoorziening (BW of Doorstroom) naar een zelfstandige woning (moeten) gaan.
- Doorstroomplekken: aantal 188. Hiermee is er sprake van $188 \times 2 = 376$ cliënten per jaar die moeten uitstromen naar een zelfstandige woning.
- Hostels: er zijn 2 hostels met gezamenlijk maximaal 25 cliënten per jaar die een zelfstandige woning nodig hebben. Een deel van deze cliënten heeft een BW-achtige setting nodig.

4.2.4 Ambulantisering GGZ

In 2012 is een bestuurlijk akkoord gesloten tussen de overheid, ggz-aanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties om in de periode tot 2020 de huidige totale beddenscapaciteit intramuraal GGZ-B af te bouwen met 1/3 ten opzichte van de omvang van 2008. Een deel van deze cliënten zal behoefte hebben aan een beschermde woonsetting.

Parnassia

Een inschatting van september 2016 van de termijn waarin patiënten zouden kunnen uitstromen (indicatieve cijfers) uit GGZ-B naar BW met 24 uur begeleiding of 16 uur begeleiding (BW/WMO-gefinancierd) met behandeling vanuit de ZVW, of wellicht een maatwerkarrangement/extramurale

¹⁹ Binnen de Haagse mo-regio is recent het Experiment 'Weer thuis in de wijk' gestart waarin het Leger des Heils (namens de zorgaanbieders, Haag Wonen en de gemeente samenwerken om tot versnelling van de (reguliere) uitstroom mo en bw te komen door het beschikbaar krijgen van voldoende woningen.

²⁰ Klantroutes Beschermd Wonen in Den Haag. Inventariserend onderzoek naar wachtlijsten in de keten beschermd wonen - Den Haag, oktober 2016, pagina 10 en 11.

²¹ Ibidem, pagina 13

²² Stichting Anton Constandse geeft momenteel samen met de gemeente Den Haag vorm aan een pilot waarin onderzocht wordt hoe voor cliënten op de wachtlijst voor een intramurale voorziening, met de inzet van MWA (extramuraal begeleiding) bereikt kan worden dat ze zelfstandig kunnen blijven/gaan wonen.

begeleiding. Het gaat **binnen nu en twee jaar** bij Parnassia om 90-140 cliënten waarbij van ambulantisering sprake zal zijn.

Rivierduinen

Binnen de afdeling Klinisch herstel in Leidschendam verblijven momenteel 92 cliënten. De inschatting is dat hiervan zo'n 30% niet zal uitstromen. De uitstroom naar beschermd wonen of zelfstandig wonen bedraagt **per jaar 10 – 15 cliënten**. Maar dat kan ook zijn naar gemeenten buiten de regio Den Haag, zoals Delft.

4.3 Totale behoefte aan woningen in de eerstkomende twee jaar

Op basis van het voorgaande wordt de totale behoefte aan zelfstandige woningen grofweg als volgt ingeschat:

- Beschermd wonen:
 - 390 (reguliere uitstroom zonder intensivering) over 4 jaar gespreid: 95 per jaar
 - vanwege de wachtlijstaanpak de komende jaren: 50 per jaar
- Nachtopvang, doorstroomvoorzieningen en hostels: 400 per jaar
- Klinische voorzieningen: 70 per jaar

Totaal is een ruwe schatting een behoefte per jaar van 615 (betaalbare) woningen voor cliënten beschermd wonen en maatschappelijke opvang.

Hier komt nog een extra vraag bij als gevolg van een intensivering van de uitstroom naar zelfstandig wonen, de veranderingen in het toegangsproces en de ontwikkelingen in de forensische zorg en in de jeugdzorg. Ook kan er een extra woningvraag komen voor cliënten met een psychiatrische problematiek in combinatie met een licht verstandelijke beperking.

Wat gaan we regionaal doen in 2018-2019?

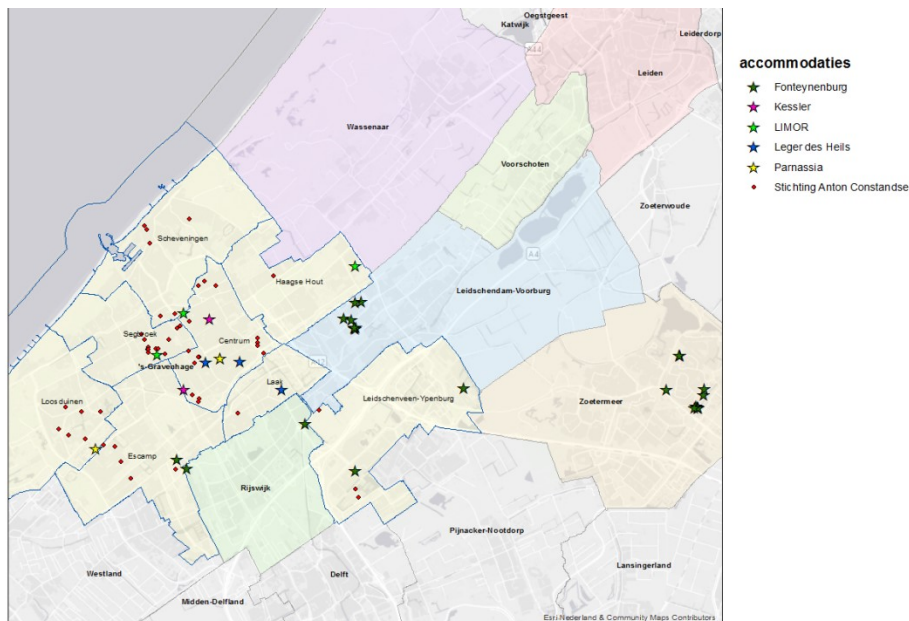
1. Vaststellen waar cliënten in de opvang en beschermd wonen vandaan komen (instroomanalyse), waar zij gaan wonen (bij familie, in de herkomstgemeente etc.) bij uitstroom (uitstroomanalyse) en welke gemeente de verantwoordelijkheid heeft bij instroom en uitstroom.
2. Het concretiseren van de verwachten extra vraag zoals die hierboven is benoemd.
3. Met de woningcorporaties afspraken maken over de noodzakelijke ophoging van het volume aan zelfstandige woningen voor de cliënten die uit beschermd wonen en de maatschappelijke opvang gaan uitstromen. Deze afspraken worden vastgelegd in lokale convenanten.
4. Het samen met de corporaties vormgeven van een tweede kans beleid, waarbij de mogelijkheid aan een huurder die ooit vanwege huurachterstand of overlast het huis is uitgezet, de mogelijkheid wordt geboden om onder voorwaarden, opnieuw een huis te kunnen huren.

Hoofdstuk 5 De omvorming vanaf 2020

Vanaf 2020 gaan de financiële middelen voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang naar de afzonderlijke gemeenten. Dat betekent dat o.a. moet worden nagedacht over of er nog behoefte zal bestaan om de huidige regionale toegang Beschermd wonen te handhaven. Vanaf 2020 zal ook de omzetting van (een deel van) de bestaande intramurale (24/7) voorzieningen naar gevarieerde woonvormen midden in de samenleving (de ambulantisering) ingezet kunnen worden. De lokale zorg- en ondersteuningsstructuren hebben dan immers hun vorm gekregen. Genoemde omzetting naar gevarieerde woonvormen zal in 2019 voorbereid moeten zijn.

5.1 Huidige spreiding van de voorzieningen beschermd wonen

Regionale spreiding van de 24/7 voorzieningen beschermd wonen (OS&P, december 2016)



De afbeelding geeft grafisch weer dat – zoals ook al beschreven in paragraaf 2.2 - het overgrote deel van de intramurale voorzieningen beschermd wonen zich binnen de Haagse gemeentegrenzen bevindt.

Door het bevorderen van de uitstroom naar zelfstandig wonen en beperken van de instroom zal het aantal 24/7 intramurale accommodaties verminderen. De mogelijke openstelling van de Wet langdurige zorg voor een bepaald deel van de cliënten met een ggz-indicatie draagt op zich niet bij aan een vermindering van de intramurale capaciteit. Cliënten komen terecht in een ander financieringskader: van dat van Wmo naar dat van de Wet langdurige zorg. Door HHM is onderzoek gedaan naar de mogelijke effecten van die openstelling. Het beeld dat hierin naar voren komt voor de mo-regio Den Haag, is dat 33% van de BW-cliënten die zorg in natura krijgen in aanmerking zou komen voor de Wet langdurige zorg vanwege een blijvende behoefte aan toezicht of nabijheid van zorg.

5.2 De maatschappelijke opvang

M.u.v. de 19 plaatsen in Zoetermeer bevinden zich alle mo-accommodaties in Den Haag.

5.3 Specialistische voorzieningen beschermd wonen

In de regio kennen we een aantal voorzieningen die als specialistisch te kenmerken zijn. Het bureau HHM heeft in opdracht van het ministerie van VWS hier recent landelijk onderzoek naar gedaan. In het rapport daarover worden de volgende voorzieningen in de regio als specialistisch gekarakteriseerd.

5.3.1 Instelling met landelijk specialistisch aanbod

De Startbaan van Fonteynburg te Zoetermeer is benoemd als landelijk specialistische voorziening. Het gaat hier om cliënten met een psychiatrische aandoeningen en een auditieve beperking (doofheid). Momenteel stelt de landelijk opererende GGMD (Geestelijke Gezondheidszorg en

Maatschappelijke Dienstverlening) de diagnose vast. Met de VNG wordt bezien of tot vaststelling van landelijke tarieven gekomen kan worden. De uitkomst daarvan is nog niet bekend.

5.3.2 Instellingen met regionaal en bovenregionaal specialistisch aanbod
Stichting Anton Constandse kent voorzieningen voor Korsakov-cliënten, jongeren/jongvolwassenen met autisme en voor ouders met ernstige psychiatrische aandoeningen en minderjarige kinderen. Parnassia heeft in Woodstock een aanbod voor oudere cliënten met een dubbele diagnose (langdurige verslaving).

Wat gaan we regionaal doen in 2018-2019?

1. Het voorbereiden van de afbouw van de intramurale voorzieningen, waaronder het vaststellen met welke ambitie vanaf 2020 de extramuralisering gestalte wordt gegeven: naar percentage en in de tijd.
2. Bepalen hoe met de specialistische voorzieningen om te gaan.
3. Monitoren hoeveel burgers uit de regiogemeenten zich hebben gemeld bij het CCP, welk profiel deze burgers hebben en hoeveel er toegang hebben gekregen tot een mo-voorziening en met welke ondersteuning.
4. Onderzoek of en zo ja, in welke mate er in de regio behoefte is aan lokale nachtopvang. En als die er niet is hoe gemeenschappelijke verantwoordelijkheid vorm te geven?
5. Afwegen of vanaf 2020 het toegangsproces voor de maatschappelijke opvang en beschermd wonen op lokaal niveau en/of op (sub)regionaal niveau vormgegeven wordt. Aandachtspunt is het nu bestaande landelijke convenant 'landelijke toegankelijkheid'.
6. Scenario's opstellen voor het al dan niet openstellen van de Wet langdurige zorg vanaf 2020.

Wat gaan we lokaal doen in 2018-2019?

Het uitvoeren van de in deze regionale visie genoemde acties die nodig zijn om de omvorming vanaf 2020 met succes te kunnen uitvoeren.

Hoofdstuk 6 Financiën

Het budget beschermd wonen bedraagt momenteel circa € 68 miljoen. Bij de PGB's ging het in 2016 om een totaalbedrag van 5,6 miljoen. De intramurale plaatsen bij de aanbieders worden per plaats gefinancierd op basis van een bedrag per jaar, dat gebaseerd is op de gemiddelde zorgwaarde. Alle aanbieders hebben dus een eigen tarief per plaats dat is gebaseerd op de historische samenstelling van de populatie per 1-1-2015 en niet op de actuele populatie. In principe wordt de subsidiëring gecontinueerd tot 2020. Het huidige budget maatschappelijke opvang kent een omvang van circa € 24 miljoen. Ook hier is sprake van subsidiëring.

De nu bestaande (doel)uitkeringen beschermd wonen en maatschappelijke opvang zullen opgaan in een nieuw in te richten, objectief verdeelmodel Wmo²³. Nog onbekend zijn de uitgangspunten die bij de landelijke verdeling van middelen gehanteerd gaan worden. Over de effecten van het nieuwe landelijke verdeelmodel op de overheveling van de middelen BW/MO naar alle gemeenten per 2020 is dus nog niets te zeggen. Het streven is dat in het najaar van 2017 duidelijkheid komt, zodat verwerking kan plaatsvinden in de meicirculaire 2018, waarna een gefaseerde invoering vanaf 2020 aan de orde zal zijn.

²³ De middelen voor de vrouwenopvang maken geen deel uit van het nieuwe verdeelmodel.

Hoofdstuk 7 Regionale samenwerking

De gemeenten Den Haag, Leidschendam-Voorburg , Rijswijk, Wassenaar en Zoetermeer blijven in regionaal verband samenwerken om hetgeen in deze visie is verwoord en als to do punten zijn benoemd, concreet uit te werken te geven. Deze slag gaat gemaakt worden in samenwerking met cliënten, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en woningcorporaties.