

COMMISSIE TOEKOMST BW KIEST VOOR ZELFSTANDIG WONEN EN ZORG AAN HUIS

samenvatting van het rapport, Sibrand Hofstra, GGZ Beraad Zwolle, nov. 2015

Het beschermd wonen GGZ blijft onderdeel van de WMO. Vanaf 2017 is elke gemeente verantwoordelijk voor beschermd wonen – en niet meer alleen de centrumgemeente - en krijgt daar ook geleidelijk (steeds meer) geld voor. Uiterlijk 2022 is er een nieuwe verdeelsleutel van de gelden; deze houdt rekening met de omstandigheden per gemeente. Een gemeente met een grote kliniek binnen de grenzen krijgt dan meer geld, omdat er meer instroom in de WMO zal zijn. Naast de BW blijft waarschijnlijk ook de maatschappelijke opvang langdurig onder de gemeenten vallen.

Dit valt te lezen in het advies dat de Commissie Beschermd Wonen in november uitbracht in opdracht van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG). De VNG onderschrijft de visie op hoofdlijnen. De enige slag om de arm is het nieuwe objectieve verdeelmodel over alle gemeenten vanaf 2017. De consequenties van dit model worden de komende tijd nog doorgerekend door het ministerie van Binnenlandse zaken.

Voor iemand in een BW die verhuist naar een andere gemeente, gaat een landelijke toegang gelden. Verder moet de gemeente waaruit iemand vertrekt een paar jaar meebetalen aan de kosten van de BW-plek in de andere gemeente.

De commissie verwacht dat er nauwelijks mensen met een ernstige psychiatrisch aandoening (EPA) gebruik gaan maken van de Wet langdurige zorg (Wlz) - de meest beschermende wet die er is. De commissie koppelt die veronderstelling aan recent onderzoek, waaruit blijkt dat de helft van de mensen met een EPA geheel of gedeeltelijk kan herstellen.

Omdat het aantal bedden in de behandelende GGZ afneemt, wordt huisvesting van mensen met een psychiatrische aandoening steeds meer een gemeentelijke zaak. Het klassieke woonladdermodel - het doorschuiven van kliniek of opvang naar beschermd naar ambulant wonen – verdwijnt. Daar komt een breed scala van flexibele zelfstandig woonvormen in de gemeente voor terug.

Inwoners met een ernstige psychische kwetsbaarheid blijven (dus) steeds vaker in de wijken komen. Het beschermd wonen met 24 uur toezicht wordt dan de meest vergaande voorziening binnen de WMO, voor een beperkt aantal mensen.

De commissie erkent dat een deel van de huidige bewoners van de BW langdurige begeleiding nodig heeft. De mensen die vòòr 1 januari 2016 voor het eerst gebruik maken van een BW, blijven onder de centrumgemeente vallen. Deze zittende groep stroomt geleidelijk uit.

Nieuwe zorgvragers blijven zoveel mogelijk zelfstandig wonen. De gemeente, de woningcorporaties en particuliere initiatieven gaan samen zorgen voor een groot aantal gevarieerde en betaalbare woonplekken. Gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken hoe professionals veel flexibeler en persoonlijker gaan werken. Dat betekent dat een inwoner snel meer - of juist minder - hulp thuis kan krijgen. Voor iedereen is er maatwerk en een eigen herstelroute. Hiervoor zijn voldoende ervaringsdeskundigen en vrijwilligers nodig.

De commissie neemt de tijd voor de verandering in het beschermd wonen en de opvang; ze kijkt vijftien jaar vooruit. De commissie adviseert gemeenten om goed te blijven samenwerken in een regio, omdat er nu eenmaal voorzieningen nodig zijn die je niet per gemeente kunt regelen en aanbieden. De commissie vindt dat gemeenten nu eens ècht moeten kantelen; het perspectief en de behoeften van kwetsbare mensen komen centraal te staan. Dat betekent ook gebruik maken van ervaringsdeskundigen, handige apps, slimme apparaten, zelfregienetwerken, herstelacademies, herstelgroepen en antistigma activiteiten. Andere adviezen zijn: laagdrempelige inloopcentra, een directe (snelle) inschrijving in de Basisregistratie Personen, blijvende mogelijkheid voor PGB en het aansluiten bij burger- en consumenten initiatieven. Ook moet er een landelijke kwaliteitsstandaard voor BW en maatschappelijke opvang komen, die samen met gebruikers en naasten wordt opgesteld. Zorgsectoren voor specifieke groepen verliezen wat de commissie betreft terrein aan het brede

krachtenveld binnen het sociaal domein: “De Wmo biedt in beginsel de vereiste samenhang in de keten van ondersteuningsvormen”, klinkt het een beetje cryptisch.

De commissie schrijft dat er van oudsher een kloof bestaat tussen het intensieve aanbod van beschermd wonen en het lichtere aanbod van begeleiding vanuit de huidige gemeentelijke WMO. De commissie mist een tussenvorm, waarbij mensen thuis (flexibel inzetbare) intensieve begeleiding krijgen voor een paar uur per dag. De commissie leest de gemeenten de les, als ze stelt: “We horen dat gemeenten vooral inzetten op kortdurende trajecten met weinig begeleiding. Zelfstandiger wonen vraagt juist om *langdurende*, soms *intensieve* trajecten. De inschatting is dat er nog lang professionele hulp nodig is, komt van de mensen zelf.” Tot slot waarschuwt de commissie: “Als deze kloof niet wordt gedicht dan is het risico van terugval en (opnieuw) onveiligheid en beschadiging van cliënten groot.”

Langdurige trajecten naar zelfstandigheid kosten geld. Hoe gaan we dat betalen? Daar heeft de commissie over nagedacht. “Het geld dat we nu gebruiken voor intramuraal verblijf (= instellingen met bedden en muren) kunnen we beter besteden aan ervaringsdeskundigen en professionals in de wijk. De groei van de woonbegeleiding houdt dan minstens gelijke tred met afbouw van de zorg in instellingen”, aldus de commissie. “Kostenbesparingen zijn daarom voorlopig niet te verwachten.”

Wat ook beter kan zijn de net opgerichte wijkteams, waarin medewerkers generalistisch werken, en dus van alles een beetje weten. De commissie hoorde van experts, dat de teams nog kennis en ervaring missen om goed aan te sluiten bij bijzondere doelgroepen als GGZ, verslaving en mensen met een verstandelijke beperking. Dit vraagt dus toch meer specifieke deskundigheid binnen de teams of de instelling van één breed expertise team.

Al met al kiest de commissie voor beschermd thuis wonen, een vorm van begeleiding die valt onder de gemeente. In de WMO moet veel meer herstel ondersteunend en vraaggericht gewerkt gaan worden. De zorg gaat naar de mensen in plaats van de mensen naar de zorg.

Natuurlijk zal er discussie gaan ontstaan over de strekking en uitwerking van het rapport. Er staan grote belangen op het spel van bestaande organisaties. Minder bedden en minder behandeling betekent minder geld voor de ggz-instellingen. Mensen weg uit de beschermde woonvorm betekent minder geld voor de RIBW's. Of lukt het deze organisaties om op een handige manier op het rapport in te spelen?

Belangrijk voor de regionale cliënten- en familieorganisaties is wat het voor ons betekent, de mensen met een kwetsbaarheid. Mogen we blij zijn met wat er in het rapport staat? Wordt het geld beter gebruikt, wordt het effect van de zorg en ondersteuning beter? Zullen die pagina's vol vacatures voor ervaringsdeskundigen er nu toch gaan komen...?

Definitie Herstel, commissie Dannenberg, november 2015

Herstel is een persoonlijk proces waarin mensen voorzichtig en tastend – met vallen en opstaan - leren omgaan met hun beperkingen en verlieservaringen en hun leven een positieve wending en een bevredigend levensperspectief geven. Herstel is iets wat je zelf moet doen en impliceert het (durven) nemen van verantwoordelijkheid voor je eigen leven en tevens accepteren dat je het alleen niet redt en voor een goed leven ook afhankelijk bent van anderen. Herstel vraagt aandacht voor je eigen gezondheid, vaste overtuigingen en manieren van probleem oplossen en betekent het heruitvinden van jezelf, ook in relatie tot anderen. Het collectief heeft in dit proces de verantwoordelijkheid om de mensen in hun eigenheid – zonder vooroordelen - de mogelijkheden te blijven bieden om te participeren, hun krachten en vermogens te versterken, en hierop ook een beroep te doen waardoor zij daadwerkelijk weer kunnen meedraaien en voor anderen van betekenis kunnen zijn.