MAATSCHAPPELIJKE OPVANG - BESCHERMD WONEN - VROUWENOPVANG
2017-2020
VISIEVORMINGSTRAJECT

Opvang, Wonen & Herstel

OPBRENGSTNOTA

(reacties op startnotitie – bouwsteensessies – visieconferentie – documentenanalyse)
Januari – mei 2016

Op maat inzetten van huisvesting en herstelondersteuning
voor herstel naar zelfredzaamheid en participatie
in de regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer

Inhoud

Inleiding 3
1. Inwoners met een woonvraag én een herstelvraag 7
1.1 Inleiding 7
1.2 Inwoners met én een woonvraag én een herstelvraag centraal 7
2. Hersteltrajecten op maat 10
2.1 Inleiding 10
2.2 Signaleren en melden 10
2.3 Taxeren 13
2.4 Arrangeren en plannen 14
2.5 Volgen en schalen 16
2.6 Verbeterrichtingen 17
3. Huisvesting voor herstel 21
3.1 Inleiding 21
3.2 Huidige woonvormen 21
3.3 Thuis wonen en thuis voelen 22
3.4 Alleen intramuraal wonen als het moet voor het herstel 24
3.5 Verbeterrichtingen 25
4. Herstelondersteuning 30
4.1 Inleiding 30
4.2 Kwaliteit 30
4.3 Vier niveaus van ondersteuning 31
4.4 Herstel op meerdere leefgebieden 32
4.5 Verbeterrichtingen 366
5. Herstel in de buurt 38
5.1 Inleiding 38
5.2 Preventie 38
5.3 Inclusie 38
5.4 Verbeterrichtingen 38
6. Ketensamenwerking 40
6.1 Inleiding 40
6.2 Structurele samenwerking 40
6.3 Structureel inzicht vraag en aanbod 41
6.4 Verbeterrichtingen 42

Bijlage 1. Geraadpleegde documenten 43
Bijlage 2. Aantallen 444
Bijlage 3. Impressieverslag Thuis wonen versterkt 455

Inleiding

Voor alle cliënten maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang willen we werken aan zo gewoon mogelijk wonen met herstelondersteuning gericht op inclusie, volwaardig burgerschap, participatie, zelfredzaamheid en informele steun in de lokale omgeving.

Dit is de hoofdopgave voor het nieuwe regionale meerjarenbeleidskader dat we dit jaar als tien samenwerkende gemeenten willen opstellen voor drie belangrijke, nauw met elkaar samenhangende beleidsterreinen:

- Maatschappelijke opvang;
- Beschermd wonen;
- Vrouwenopvang.

Deze drie beleidstaken vallen onder de verantwoordelijkheid van de samenwerkende gemeenten in de regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer. Centrumgemeente Haarlem is gemandateerd om de beleidscoördinatie en de financiering uit te voeren[1]. Voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang ligt die verantwoordelijkheid al meerdere decennia bij de centrumgemeenten. Beschermd wonen is daar sinds 2015 als nieuwe wettelijke taak bijgekomen bij de overheveling van een deel van de vroegere AWBZ-taken naar de Wmo.
Het opstellen van een nieuwe visie voor de drie beleidstaken komt in de eerste plaats voort uit de transformatieopgave die er in verband met de decentralisaties in 2015 zijn geformuleerd voor het gehele sociale domein. Voorafgaand aan de decentralisatie van het beschermd wonen in 2015 is door de gemeenten al het belang aangegeven om het beschermd wonen te integreren in het sociaal domein én daarbij te integreren in de transformatieopgaven van het sociaal domein. De transformatieopgave geldt ook voor de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang en wordt uitgewerkt in een nieuw, gespecificeerd beleidskader. Er zijn nog meer redenen die het opstellen van een nieuw beleidskader urgent maken:

- Toename van de vraag en de kosten;
- Te weinig door- en uitstroom[2];
- Landelijke visie ambulantisering;
- Trajectmatig werken komt te weinig uit de verf;
- Samenwerking tussen partijen kan beter.

Als vervolg op de Startnotitie ‘Naar een regionaal meerjarenbeleidskader beschermd wonen en maatschappelijke opvang 2017-2020’ (januari 2016, 2015-519710) hebben we een visievormingstraject georganiseerd in samenwerking met vele tientallen vertegenwoordigers van zorginstellingen, gemeenten, cliëntenorganisaties en woningcorporaties. Er hebben diverse activiteiten plaatsgevonden, waaronder zes bouwsteensessies[3], een visieconferentie op 9 maart (zie bijlage 3), reacties op de Startnotitie en de analyse van diverse relevante documenten. Een conceptversie van deze Opbrengstnota is door tientallen betrokkenen becommentarieerd met onder meer verwijzingen naar relevante documenten.
In dit document ziet u een samenhangend overzicht van de opbrengsten. Deze opbrengsten vormen de basis van de visie Opvang, Wonen en Herstel.
In de activiteiten is ook naar voren gekomen dat een uitbreiding van de doelgroep gewenst is en wel met twee groepen. In de eerste plaats zijn dat cliënten die een ondersteuningstraject in de vrouwenopvang volgen en toe zijn aan wonen en herstellen in de wijk. In de tweede plaats betreft het de zogeheten

[1] Naar verwachting zal er vanaf 2020 een nieuwe verdeling plaatsvinden van de middelen voor beschermd wonen, een verdeling naar alle Nederlandse gemeenten. De gemeenten werken de komende jaren sowieso al meer samen omdat de op te stellen visie veel belang hecht aan ondersteunende inzet in en rond wijken.
[2] In het beschermd wonen is sprake van een wachtlijst. Deze is sinds januari 2014 meer dan gehalveerd van 244 naar 108. Dit werd duidelijk op basis van een uitgebreide analyse. Inmiddels is er een plan van aanpak opgesteld om de wachtlijst nog verder terug te dringen (zie Notitie Analyse wachtlijst Beschermd Wonen,2016-178852).
[3] Er zijn drie brede bouwsteengroepen samengesteld op respectievelijk de onderwerpen Huisvesting voor Herstel, Samenhangend Aanbod en Arrangeren op Maat. Elke groep is twee keer een dagdeel bijeen geweest.

economisch daklozen. We stellen voor om geen onderscheid meer te maken tussen OGGZ-feitelijk daklozen en economisch feitelijk daklozen. In beide 'groepen' is sprake van een huisvestingsvraag én een herstelvraag. Al deze cliënten kunnen zich niet goed zelfstandig handhaven in de samenleving en wensen we trajectmatig te ondersteunen bij het herstel en het thuis wonen[4].

In al onze activiteiten bleek een grote bereidheid en openheid van alle betrokken partijen om mee te denken over waar het in dit beleidsveld om moet gaan en ook om knelpunten en oplossingsrichtingen aan te dragen. Daarmee is het een gezamenlijk document geworden. We willen alle participanten dank zeggen voor hun betrokkenheid, wijsheid en inspiratie.

De bouwstenen van de visie
Op basis van de visieactiviteiten hebben we een keuze gemaakt uit de volgende bouwstenen die voor de visie essentieel zijn:
1. De cliënt centraal: herstelvragen en hersteldoelen;
2. Hersteltrajecten op maat;
3. Huisvesting voor herstel;
4. Ondersteuning voor herstel;
5. Wijken voor preventie en inclusie;
6. Samenwerken in ketens.

In deze opbrengstnota hebben we alle informatie rond deze zes bouwstenen gebundeld.
In de volgende figuur geven we de samenhang aan tussen de zes bouwstenen.

Bouwstenen visievorming Opvang, Wonen en Herstel

We willen nu deze zes bouwstenen kort toelichten.

[4] De Wmo kent de term economisch daklozen niet. Daklozen die behalve een huisvestingsvraag ook een financiële ondersteuningsvraag hebben dienen hiertoe een traject maatwerkondersteuning te ontvangen, wellicht licht en kort met een beroep op het eigen netwerk als dat mogelijk is. Het maatschappelijk herstel van economisch daklozen is echter op lokaal niveau effectiever dan op regionaal niveau, daarom hebben de regiogemeenten besloten is dat de deze opvang door individuele gemeenten wordt georganiseerd en gefinancierd.

1. Het herstel van de cliënt centraal
In het beleidsterrein gaat het om circa 1600[5] cliënten in de maatschappelijke opvang, beschermd wonen en een deel van de vrouwenopvang. Deze cliënten kunnen zich niet zonder ondersteuning zelfstandig handhaven in de samenleving. Zij hebben huisvestingsvragen én herstelvragen. Er is sprake van meervoudige problematiek die te maken kunnen hebben met dakloosheid, psychische kwetsbaarheid of huiselijk geweld. Er zijn herstelvragen op meerdere leefgebieden.
Elke cliënt is uniek en heeft unieke hersteldoelen. Herstel is een persoonlijk, individueel ontwikkelproces om optimaal te leren omgaan met zowel mogelijkheden als beperkingen, gericht op het verder komen en kunnen denken aan de toekomst.

2. Hersteltraject op maat
Omdat elke cliënt unieke herstelvragen en hersteldoelen heeft, is er een hersteltraject op maat nodig. Een proces waarin er met zelfregie van de cliënt én professionele regie een traject wordt opgesteld met een plan.

Zelfregie is belangrijk in het hersteltraject. Ook de meest kwetsbare mensen kunnen regie voeren en eigen keuzes maken. Zij zijn eigenaar van het plan. Het versterken van de eigen regie van mensen is de sleutel voor herstel.

Trajectregie sluit aan bij het principe: 'één huishouden, één plan, één regisseur'. De meervoudige herstelvragen maken regie tussen verschillende ondersteuningsbronnen (professionals, naasten, vrijwilligers) noodzakelijk ten behoeve van afstemming en samenhang.
We onderscheiden in het hersteltraject vier fasen die goed geregeld moeten zijn:
- Signaleren en melden;
- Taxeren (vraagverhelderen);
- Arrangeren en plannen;
- Volgen en schalen.

Alle cliënten hebben zo'n eigen hersteltraject op maat nodig om alle beschikbare krachten (eigen kracht, burgerkracht en professionele kracht) te bundelen (een integrale aanpak).
De verschillen tussen cliënten in wensen, mogelijkheden en beperkingen vragen om een flexibele, gedifferentieerde aanpak qua huisvesting (bouwsteen 3) en herstelondersteuning (bouwsteen 4).

3. Huisvesting voor herstel
De meeste cliënten wensen thuis te wonen in een zelfstandige woning: individueel wonen. Het herstel van hun persoonlijke leven, het opbouwen van een bestaan en het zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de maatschappij willen zij het liefst realiseren in een eigen woning: thuis! Woonruimte is een sociaal grondecht van inwoners. We denken dat het de komende jaren mogelijk is dat er substantieel meer cliënten op een zo zelfstandig mogelijke wijze thuis kunnen wonen in een huurwoning met herstelondersteuning op maat en contacten in de wijk. Dat is geen eenvoudige opgave.

4. Ondersteuning voor herstel
Voor de uiteenlopende herstelvragen van deze heterogene groep kwetsbare cliënten is een goede, toegankelijke aanpak nodig op de diverse leefgebieden (wonen, werk & activiteiten, financiën, sociale relaties, zingeving, lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, veiligheid, opvoeden & opgroeien). Aanbod kan er zijn vanuit het eigen, informele netwerk van de cliënt, de basisaanbod, maatschappelijke opvang en beschermd wonen en gespecialiseerde zorg. Uit deze mogelijkheden kan per cliënt een passend arrangement gemaakt worden met een voorrang voor inzet van het eigen netwerk en

[5] Naar verwachting zijn het circa 1600 unieke personen. Het gaat dan om circa 900 cliënten in zorgtrajecten van beschermd wonen (intramuraal en extramuraal), circa 650 inwoners die zich met dakloosheidgerelateerde problematiek bij het BCT hebben gemeld in 2015. Het betreft een diffuse groep die soms ook bij OGGZ-teams in beeld zijn. Tenslotte zijn er circa 70 vrouwen in een woonbegeleidingstraject in de door centrumgemeente Haarlem bekostigde Vrouwenopvang.

basisprofessionals waar dat kan. De inzet van ervaringsdeskundigen als basisprofessionals hoort daarbij. Wat betreft het aanbod kunnen er diverse kwaliteitseisen gesteld worden.

5. Preventie en inclusie in de buurt
Voor het herstel heeft de omgeving waar de cliënt woont een belangrijke functie, en wel in twee opzichten: preventie en inclusie. We zijn van mening dat er veel te veel kwetsbare inwoners haast ongemerkt in een neerwaartse spiraal terecht komen van maatschappelijk uitval, ontregeling, dakloosheid en persoonlijk leed. Dat kan ook het geval zijn bij cliënten die nog in een hersteltraject zitten (bijvoorbeeld nazorg). Met sociale samenhang en betrokkenheid van bewoners op elkaar én kennis van hoe om te gaan met zorgsignalen, is er vanuit de buurt meer mogelijk in het voorkomen van maatschappelijke uitval. Daarbij hebben sociale (wijk)professionals een taak.
Verder is het voor veel cliënten plezierig als ze zich geaccepteerd voelen in de woonomgeving. Dat ze gelijkwaardige contacten hebben in de buurt en misschien een beroep kunnen doen op buurtgenoten. Inclusie en acceptatie van in de wijk wonende cliënten is niet eenvoudig. We zoeken naar mogelijkheden om mensen meer kennis te laten maken met de doelgroep en daarmee acceptatie te bevorderen (denk aan laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten of werkwijzen als 'kwartier maken', zie §5.4).

6. Ketensamenwerking
Omdat er bij alle cliënten uit de drie werkvelden sprake is van een arrangement van ondersteuningsvormen (denk bijvoorbeeld aan herstelondersteuning, dagbesteding, verslavingszorg en schuldhulp), is er op cliëntniveau voortdurend afstemming nodig tussen de betrokkenen (zie arrangeren). Het is gewenst dat die afstemming niet elke keer 'bevochten' moet worden, maar als het ware vloeiend en drempelloos verloopt doordat er structurele samenwerkingsafspraken gemaakt zijn tussen de partners. Die samenwerkingsafspraken noemen we ketenafspraken. Hoewel de afgelopen jaren veel gewerkt is aan ketenafspraken, zie we hier veel verbeterwensen liggen. Nog te vaak staan er belemmeringen voor een goed hersteltraject in de weg, belemmeringen veroorzaakt door schotten tussen instellingen en financiers.

Leeswijzer
Deze opbrengstnota is opgebouwd aan de hand van de zes bouwstenen. Per bouwsteen bespreken we de opbrengsten, waaronder aangedragen *verbeterrichtingen*.

1. Inwoners met een woonvraag én een herstelvraag

1.1 Inleiding

Van alle circa 530.000 inwoners in onze regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer waren er in 2015 zo'n 0,3 % (circa 1600[6]) die onvoldoende in staat zijn om op eigen kracht zelfstandig te wonen en in andere noodzakelijke bestaansvoorwaarden te voorzien. Altijd is er sprake van meervoudige problematiek (ook wel multiproblematiek genoemd). Samenhangend met het niet zelfstandig kunnen wonen is er doorgaans meer aan de hand, zoals een psychische kwetsbaarheid, verslaving, schulden, huiselijk geweld, werkloosheid, eenzaamheid of contacten met justitie. Al deze kwetsbare mede-inwoners behoeven een vorm van ondersteuning in het werken aan een leven met meer stabiliteit en kwaliteit.

1.2 Inwoners met én een woonvraag én een herstelvraag centraal

Het gaat om een zeer heterogene groep vanaf 18 jaar. Verschillen zijn er enerzijds wat betreft de problemen (aard, ernst, duur, voorspelbaarheid) en anderzijds wat betreft het herstelvermogen van de cliënt (eigen kracht om problemen aan te pakken of met problemen te leren omgaan). Elke kwetsbare inwoner is uniek en heeft een unieke ondersteuningsvraag ten aanzien van én wonen én herstellen. Zodra zij met deze vraag bij een professional in het sociaal domein aankloppen noemen we hen een 'cliënt'. Maar in feite blijven ze wijkbewoner.

De woonvraag

In woonwensen zijn cliënten hetzelfde als alle inwoners. Wonen doen de meeste mensen bij voorkeur thuis in een eigen woning: 'huisje, boompje, beestje'[7]. Als je thuis woont dan:

- Heb je invloed op de plaats waar je woont;
- Bepaal je zelf hoe lang je daar woont;
- Heb je een voordeursleutel;
- Bepaal je zelf de regels;
- Creëer je je eigen sfeer (inrichting);
- Voel je je er veilig.

Woonruimte is een belangrijk sociaal grondrecht voor alle inwoners. Een goede en veilige woonplek is dan ook een belangrijke behoefte van iedere burger en een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Een woning geeft een basis voor het opbouwen van een bestaan en draagt ook bij aan de identiteit van mensen[8]. De cliënten om wie het hier gaat, kunnen om uiteenlopende redenen niet op een verantwoorde wijze zelfstandig thuis wonen. Er kan van alles aan de hand zijn.

Psychische kwetsbaarheid

De psychische kwetsbaarheid (psychiatrische stoornissen) kan maken dat er een tekort is aan bepaalde competenties zoals het voor jezelf kunnen zorgen, structureren van de dag, het herkennen van signalen van achteruitgang en crisis, het tijdig hulp inroepen). Bij deze mensen is er een verstoorde zelfregulatie. Zij zijn de regie op hun eigen leven geheel of gedeeltelijk, langdurig of tijdelijk kwijt. Dit kan grote risico's geven bij het zelfstandig wonen: sociale en maatschappelijke ontregeling. Steun van de eigen omgeving is niet voldoende voor veiligheid (ten opzichte van zichzelf en anderen) en een leven met stabiliteit en kwaliteit. Meestal hebben deze cliënten ook baat bij een behandelingstraject vanuit de GGZ (Zvw-gefinancierd).

Dakloosheid

Het hebben van grote schulden of veroorzaken van ernstige overlast kan een uithuiszetting tot gevolg hebben. Dan staat de cliënt op straat en is er sprake van feitelijke dakloosheid.

[6] Over heel 2015 hebben circa 1500 unieke cliënten in de drie sectoren ondersteuning ontvangen of zich gemeld met een ondersteuningsvraag.
[7] Bron: Commissie Toekomst: Van Straaten e.a., 2014; De Heer-Wunderink, Vos en Van der Zee, 2015
[8] Bron: Commissie Toekomst

Als er dan geen eigen netwerk is waar de cliënt terecht kan, dan is hij aangewezen op de maatschappelijke opvang. Er blijkt bij veel daklozen meervoudige problematiek[9] te zijn, waaronder psychische kwetsbaarheid. Daarnaast is er bij dakloze cliënten vaak ook sprake van weerbarstigheid en instabiliteit als gevolg van verslavingsproblemen. Er kan overigens ook sprake zijn van dakloosheid zonder dat er sprake is van ernstige psychiatrische of psychosociale problematiek. Sinds enkele jaren worden dergelijke cliënten economisch daklozen genoemd. Ook deze cliënten wensen ondersteuning om er voor te zorgen dat de periode van dakloosheid zo kort mogelijk is en er herstel is naar een stabiele eigen woonsituatie.

Huiselijk geweld
Geweld (fysiek, psychisch of seksueel) dat door iemand uit de eigen omgeving wordt gepleegd kan tot gevolg hebben dat slachtoffers of daders uit veiligheidsoverwegingen het eigen huis (moeten) verlaten. Sommige slachtoffers behoeven vanwege bedreigende situaties een andere, veilige omgeving (vrouwenopvang[10]) om van daaruit een nieuw perspectief op te bouwen. Ook voor deze groep zijn er problemen op verschillende leefgebieden (psychische gezondheid, werk, financiën en middelengebruik).

Volwassen worden in kwetsbaarheid
Jongeren worden jongvolwassene als ze 18 jaar geworden zijn. De meeste jongeren zijn zelfstandig genoeg om in de jaren die komen gaan zelfstandig te gaan wonen, doorgaans eerst 'op kamers'.
Een deel van de jongeren is dermate kwetsbaar dat zij én niet meer bij hun ouders kunnen blijven wonen én niet zelfstandig kunnen wonen. De kwetsbaarheid kan een gevolg zijn van psychiatrische problematiek, zoals autisme of ADHD, psychosociale problematiek ('bekend met jeugdzorg'), een licht verstandelijke beperking[11], verslaving of een combinatie van dat alles. Naast ambulante trajecten is er voor sommige jongeren een woonvoorziening nodig, bijvoorbeeld een vorm van beschermd wonen[12]. Andere jongeren zijn aangewezen op opvang voor zwerfjongeren (in de maatschappelijke opvang). Ondersteuning is vaak gericht op training van zelfstandigheid. De grens van 18 jaar is een extra risicovolle periode omdat de jongeren overgaan van het beleidskader jeugdhulp (jeugdwet) naar het beleidskader maatschappelijke ondersteuning (Wmo), hetgeen ondersteuningshiaten met zich mee kan brengen[13]. Een 18-jarige wordt 'opeens' geacht volledige eigen regie te kunnen voeren en zelf keuzes te kunnen maken, hetgeen niet altijd goed uitpakt. Bijna alle psychopathie ontstaat in deze levensfase[14].

Multiproblematiek
De doelgroepen van de drie deelsectoren overlappen wat betreft multiproblematiek: een opeenstapeling van vragen en problemen op meerdere leefgebieden, beperkingen, kwetsbaarheden en persoonlijke ontregeling, waardoor ze niet goed mee kunnen doen in de samenleving. Er zijn cliënten met zoveel stapeling (bijvoorbeeld psychiatrische kwetsbaarheid, verslaving, dakloosheid, verstandelijke beperking en justitiële trajecten) dat ze zeer moeilijk terecht kunnen in een passende intramurale voorziening.

De herstelvraag
De woonvraag is dus een gevolg van diverse onderliggende problematiek, waaraan tevens een herstelvraag gekoppeld is. Cliënten willen[15] werken aan herstel. Herstel[16] definiëren we met de volgende

[9] Dit wordt in de praktijk vaak aangeduid met OGGZ-problematiek
[10] De vier grote steden hebben een opvang voor mannen
[11] Bij een deel van de cliënten is sprake van een licht verstandelijke beperking (IQ-score tussen de 50 en 85 en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen). Deze jongeren lopen een verhoogd risico op leerproblemen, psychiatrische stoornissen en gedragsproblemen. Zij worden qua mogelijkheden vaak overschat. Lagere intellectuele vermogens kan een contra-indicatie zijn voor ondersteuning vanuit de opvang of beschermd wonen.
[12] Een deel van hen organiseert 'beschermd wonen' samen met een wettelijk vertegenwoordiger zelf via een pgb
[13] Zo blijkt uit landelijke onderzoeken, zoals die van de Kinderombudsman (2015). De decentralisaties naar gemeenten zouden een eenvoudig, samenhangend en doorlopend gemeentelijk stelsel mogelijk moeten maken, m.n. door wijkgericht werken.
[14] Zie Delespaul, P. e.a., 2016, pg 110 e.v.
[15] Er zijn ook cliënten die minder gemotiveerd zijn om te werken aan herstel, om nieuw gedrag en nieuwe vaardigheden aan te willen leren. Het gevaar bestaat bij hen dat zij steeds verder in moeilijkheden geraken. Bemoeizorg is dan gewenst om met een lange adem, relatieopbouw en soms drang aanknopingspunten voor herstel te vinden.
[16] Er is een onderscheid mogelijk in drie soorten herstel: symptomatisch herstel (waarvoor goede medisch-psychiatrische en psychologische behandeling en het leren van zelfmanagement van symptomen belangrijk zijn), maatschappelijk herstel (waarvoor rehabilitatie en stigmabestrijding moeten worden ingezet) en persoonlijk herstel (het proces van persoonlijk herstel van de cliënt zelf), bron: Over de brug, C. Couwenbergh (2014).

elementen:

1) Een persoonlijk, individueel ontwikkelproces om optimaal om na een periode met problematische ervaringen te leren gaan met zowel mogelijkheden als beperkingen en zo de persoonlijke balans te hervinden;
2) Een proces van iemand zelf. Bij herstel gaat het om het maken van eigen keuzes, het nemen van eigen verantwoordelijkheid, het voeren van eigen regie. Herstel is van de cliënt en niet van de professional. Desondanks hebben heel veel mensen een zetje nodig[17];
3) Gericht op voorkomen van terugval en/of ontregeling (stabilisatie);
4) Gericht op een bevredigend levensperspectief, op het verder komen en kunnen denken aan de toekomst: ontwikkeling van zelfacceptatie, van de eigen waardigheid, een zinvol bestaan, zich prettiger en (veer)krachtiger voelen, met een betekenisvolle rol in de samenleving, waarin je meer bent dan 'een wandelende stoornis', maar wel anders mag zijn. Kijk naar wat je kan!

Algemene hersteldoelen zijn als volgt te formuleren[18]:

- **Kwaliteit van leven** (een bevredigend, positief levensperspectief, stabiliteit in het leven, welbevinden, je eigen leven kunnen leiden, een zingevend bestaan, een leven leiden dat je zelf de moeite waard vindt);
- **Zelfredzaamheid en zelfregie**[19] (empowerment, versterken van krachten, vermogens, veerkracht en competenties, zelfvertrouwen, eigenaarschap van je herstelproces, streven naar autonomie);
- **Participeren** (inclusie, meedraaien, volwaardig burgerschap, een betekenisvolle rol in de samenleving, wederkerige verbindingen met anderen zich geaccepteerd voelen).

Hoewel de cliënten van de maatschappelijke opvang, het beschermd wonen en de vrouwenopvang over het algemeen te kampen hebben met ernstige (meervoudige) problematiek is de hoop op een goed herstelperspectief vaak realistisch. Op de langere termijn blijkt de helft van de mensen met een ernstige psychische kwetsbaarheid geheel of gedeeltelijk te herstellen[20]. Het is dus zeer hoopgevend om te investeren in herstelondersteuning bij het overgrote deel van de doelgroep omdat er onvermoede vermogens tot zelfregie en herstel aanwezig blijkt te zijn. Desalniettemin zal een zekere kwetsbaarheid vaak blijvend aan de orde zijn. Soms zal stabilisatie (rust, voorkomen van terugval, enige continuïteit) voor een tijd het eerste doel zijn.
Bij het werken aan herstel is er ook een maatschappelijk doel: het terugdringen of voorkomen van overlast of gevaar voor anderen of zichzelf (maatschappelijke ontregeling).

Leefgebieden en hersteldoelen
Het werken aan herstel kan plaatsvinden op verschillende leefgebieden. We kiezen in dit beleidskader voor negen leefgebieden[21]: Wonen, Werk & Activiteiten, Financiën, Sociale relaties, Zingeving, Lichamelijke gezondheid, Psychische gezondheid, Veiligheid, Opvoeden & Opgroeien

Op al deze leefgebieden kunnen herstelvragen bestaan. Het is de opgave voor professionals om samen met de cliënt uit te zoeken wat de vragen precies zijn (taxatie) en hoe het hersteltraject er uit zou moeten zien, rekening houdend met de herstelvragen en hersteldoelen op de verschillende leefgebieden (arrangeren op maat, zie verder §2.4).

[17] Dit sluit aan bij de nieuwe definitie van gezondheid: 'het vermogen zich aan te passen en zelf de regie te voeren gegeven psychische, lichamelijk en sociale uitdagingen'. Bron: citaat van M. Huber in Delespaul, P. e.a.2016).
[18] Op de visieconferentie noemden deelnemers diverse hersteldoelen die bij deze driedeling passen. Het zijn in feite doelen die voor alle mensen gelden. In ieder geval is herstellen heel wat anders dan genezen of aanpassen.
[19] Zelfmanagement staat voor de vaardigheid van cliënten om in het dagelijks leven met tegenslagen en gezondheidsproblemen om te gaan en daarbij zelf oplossingen te zoeken en de regie te houden over hun eigen leven. Het betekent zelfstandig keuzes kunnen maken en eigen verantwoordelijkheid nemen voor het leven, en de keuzes die daarbij komen kijken (LPPGGz, 2014)
[20] Commissie Toekomst die verwijst naar de publicaties: Wunderink et al., 2013; Delespaul e.a., 2013).
[21] Zeven leefgebieden hebben we overgenomen uit de Leefgebiedenwijzer van Movisie (P. van Leeuwen en A. Poll, 2013). Daar hebben we de leefgebieden Veiligheid en Opvoeden & Opgroeien aan toegevoegd.

2. Hersteltrajecten op maat

2.1 Inleiding

Hersteltrajecten beginnen ergens. Al gauw spreekt men dan van toegang. In dit hoofdstuk lichten we toe dat trajecten in feite beginnen bij het signaleren en het melden. Daarna vindt hulpvraagverheldering plaats (taxeren), gevolgd door het maken van één integraal plan (arrangeren). Bij de uitvoering van het plan is het goed om de voortgang goed te volgen en te evalueren om zo nodig aanpassingen aan het plan óf de uitvoering aan te brengen. Als de ondersteuning intensiever of specialistischer wordt spreken we van opschalen.
In hersteltrajecten wordt er in samenspraak met de cliënt gewerkt aan persoonlijke hersteldoelen. Het hersteltraject bestaat dus uit vier stappen:

1. Signaleren en melden;
2. Taxeren;
3. Arrangeren en plannen;
4. Volgen en schalen.

In dit hoofdstuk beschrijven we de wenselijkheden en mogelijkheden van deze stappen.

2.2 Signaleren en melden

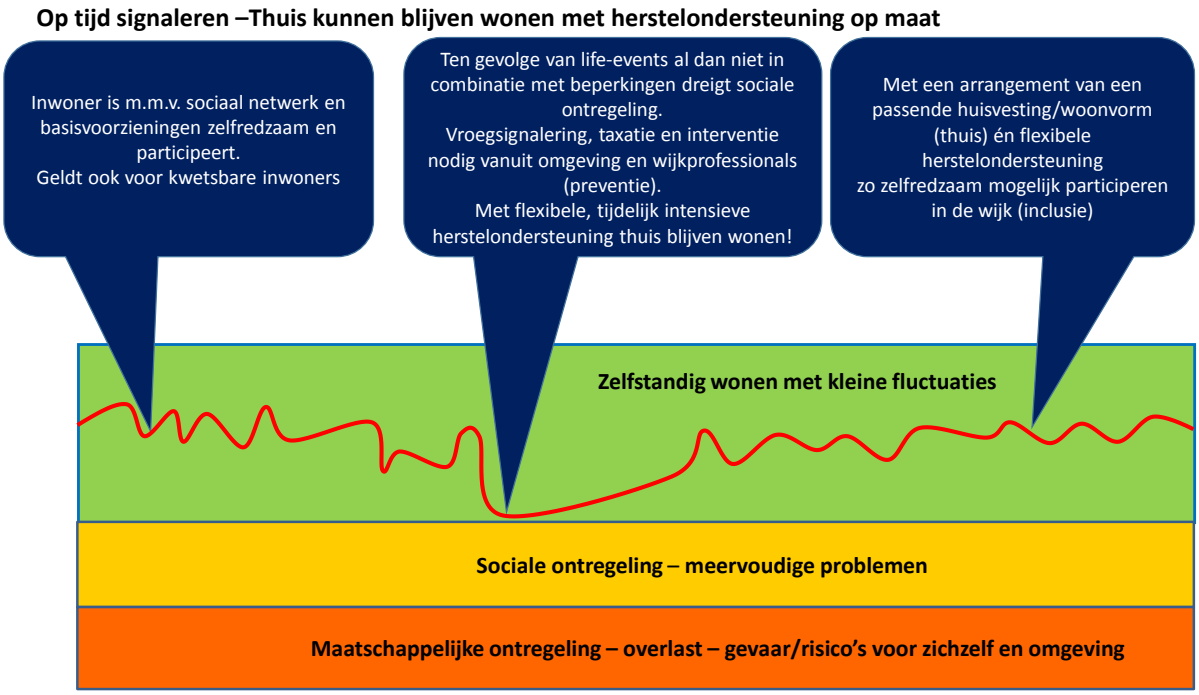
Aan de voorkant van de keten zijn er de volgende activiteiten die je als preventie en vroeginterventie kunt doen: signaleren, melden, respijtzorg en crisisinterventie.

Signaleren
Ernstige problemen van mensen komen vaak niet van de ene dag op de andere. Vaak gaat het van kwaad tot erger. Dan zou het voor de persoon zelf of de omgeving mogelijk moeten zijn om op tijd de problemen te tackelen of te verminderen. Dat gebeurt in veel gevallen ook. Ieder mens wordt geconfronteerd met moeilijke tijden. Zeker met een netwerk nabij, met naasten die zich bekommeren, is de kans op herstel groot.
Maar voor onze doelgroep is dat veel minder het geval. Risico's op verergering of opstapeling van problemen blijken groter geworden te zijn. Tijdige signalering bij risicogroepen is zeer gewenst, denk aan jongeren zonder startkwalificatie van school, jongeren met een licht verstandelijke beperking, jongeren met autisme en jongeren die intensieve jeugdzorg gehad hebben in hun puberteit. Bij een deel van de 1600 cliënten in onze regio is te veronderstellen dat maatschappelijke uitval te voorkomen was geweest als er eerder aan de bel getrokken was.

Men spreekt ook wel van vroegsignaleren, dat is het signaleren vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem zelf, vaak als er slechts vermoedens zijn dat er iets aan de hand is, als er niet-pluis-gevoelens zijn. Nader onderzoek is dan nodig. Er zijn diverse signaleringsinstrumenten in gebruik[22].
Erg verontrustend zijn signalen dat de huisvesting op het spel staat, bijvoorbeeld door schulden of overlast. In dat geval dienen alle alarmbellen af te gaan. Er zijn in de regio in samenwerking met woningcorporaties al goede, effectieve aanpakken 'Preventie uithuiszetting'.
Om nieuwe cliënten in de eigen woning te houden, moet signalering goed georganiseerd zijn in de wijk.

In de volgende figuur willen we deze signalering nader toelichten.

[22] Zoals de Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK) en de verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling. Signaleringsinstrumenten zijn er vooral in de jeugdsector en de ouderenzorg (zoals tijdige signalering van dementie)



De indruk bestaat dat het te vaak gebeurt dat interventies pas plaatsvinden als er al sprake is van daklоosheid of opname in een 24-uurs-voorziening. De weg terug naar een 'thuis' is dan een lange en kostbare.

Melden

Melden gaat een stapje verder dan signaleren. Melden doet een inwoner of professional meestal bij een instantie waar men van verwacht dat die wat met de melding doet: de politie, Veilig Thuis en een meldpunt Zorg en Overlast. Professionals kunnen ook bij elkaar melden of zorgen delen, liefst met medeweten van de cliënt om wie het gaat. Over het algemeen melden inwoners wel overlast en in mindere mate bij zorgsignalen.

Er zijn in onze regio al vele jaren speciale punten voor melden:

- In Zuid-Kennemerland en Haarlemmermeer het Meldpunt Zorg & Overlast, georganiseerd door de GGD Kennemerland;
- In Midden-Kennemerland het Vangnet en Advies team, samengesteld uit medewerkers uit de verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, GGD, maatschappelijke dienstverlening;
- Bij daklоosheid voor de hele regio: de Brede Centrale Toegang (BCT) van de GGD Kennemerland geeft advies, informatie en hulp aan dak- en thuislozen[23] en andere sociaal kwetsbare mensen én hun omgeving (naasten en professionals);
- Veilig Thuis is het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. Dit zijn regionale organisaties waar slachtoffers, daders en omstanders terecht kunnen voor deskundige hulp en advies. Veilig Thuis is er voor iedereen, jong en oud, die te maken heeft met huiselijk geweld of kindermishandeling. Veilig Thuis geeft advies en biedt ondersteuning, ook aan professionals. In dezelfde regio als die maatschappelijke opvang en beschermd wonen) is ook een organisatie dit Meldpunt uitvoert (Stichting Veilig Thuis Kennemerland);
- De politie heeft een belangrijke rol in het signaleren van overlast- en zorg. Het politiedistrict Kennemerland zal in haar 4 basisteams een nieuwe werkwijze Vroegsignalering implementeren. Daarbij wordt nauw samengewerkt met de GGD en andere zorgpartners[24].

[23] Ook de zogeheten 'economisch daklozen'

[24] Het een en ander ligt in het verlengde van de landelijke aanpak van 'verwarde personen'. In de Veiligheidsregio Kennemerland is een project gestart ' Naar een sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag in Kennemerland; verbinden van zorg en veiligheid', zie projectvoorstel, maart 2016. In dit project wordt gewerkt aan een optimaal functionerende keten voor mensen met verward gedrag. De vroegsignaleringswerkwijze van de politie is één van de onderdelen.

Inwoners kunnen met zorgmeldingen ook terecht bij sociale professionals (bijv. in wijkteams). Verder kunnen inwoners ook zichzelf melden, met name bij de BCT en bij wijkteams.

De meldpunten
Inwoners én professionals kunnen er zorgsignalen melden, bij het Meldpunt Zorg & Overlast ook anoniem. Signalen zijn:

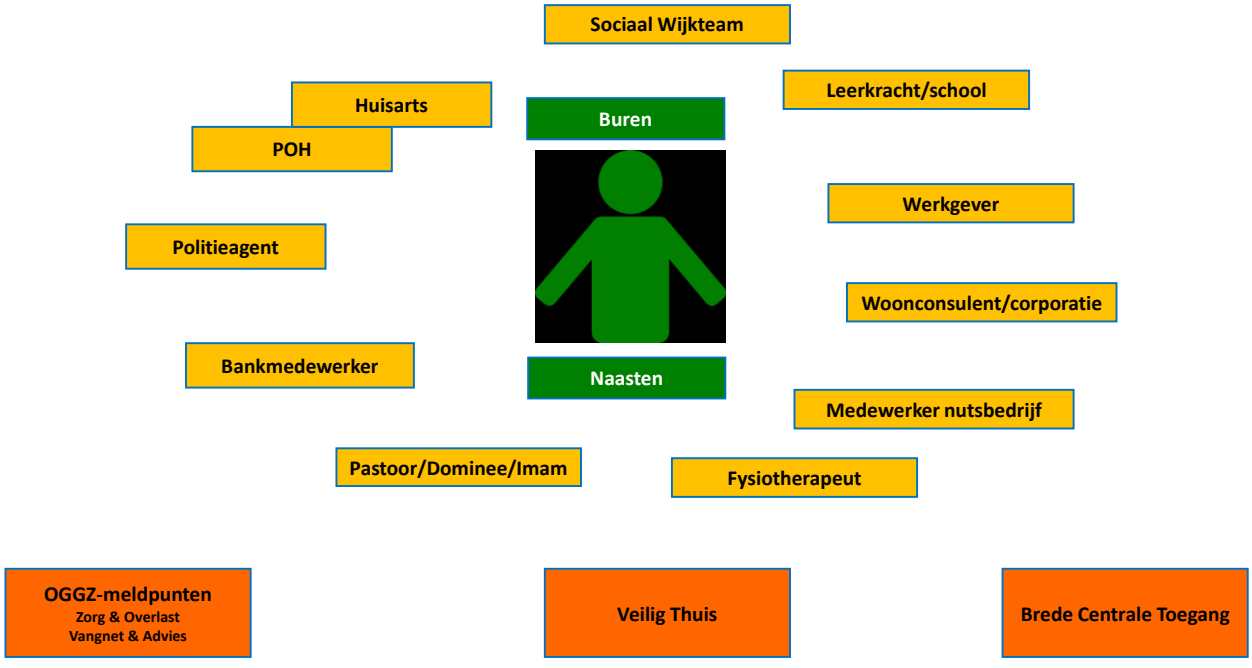
- Als een inwoner zich zorgen maakt over iemand die dringend hulp nodig heeft maar er niet om vraagt (bijvoorbeeld zorgen over ernstige psychiatrische problematiek, vervuiling, vereenzaming, verslaving);
- Als er sprake is van ernstige (zelf) verwaarlozing;
- Iemand ernstig in de war lijkt of veel over straat zwerft;
- Bij (extreem) overlast van bijvoorbeeld stank en/of lawaai of overlast van ongedierte.

De BCT
De BCT is vooral een fysiek loket voor sociaal kwetsbaren en in het bijzonder voor mensen die[25]:

- Al dakloos zijn;
- Dakloos dreigen te raken;
- Na ontslag uit een psychiatrische/verslavingskliniek of uit detentie (extra) steun nodig hebben.

Andere betrokkenen zoals naasten en (verwijzende) professionals kunnen eveneens terecht bij de BCT.

In feite is de BCT een meldpunt wanneer er al heel veel problematiek en sociale ontregeling aan de orde is.



Respijtzorg
Ook snel inzetbare respijtzorg is te zien als een vorm van preventie. Met respijtzorg of kortdurend verblijf kunnen zij ontlast worden en kunnen crises voorkomen worden. Veel aandacht voor mantelzorgers is nodig omdat ze essentieel zijn in het thuis laten blijven wonen van cliënten.

Crisisinterventie
Soms blijken de signalen dermate ernstig dat onmiddellijk ingrijpen noodzakelijk is om veel erger (verkommering, dakloosheid, ontregeling) te voorkomen. Soms komen signalen pas boven als het laat is. Crisisinterventie is dan geboden. In onze regio is er crisisinterventie vanuit de GGZ (GGZ Ingeest) en de

[25] Bron:www.bctkennemerland.nl

jeugdhulp (Kenter Jeugdhulp). Wat betreft de crisissituaties als gevolg van huiselijk geweld zijn er noodbedden en crisisplaatsen vanuit de vrouwenopvang waar de politie direct kan plaatsen. In de Veilig Thuis-keten is er ook crisisinterventie mogelijk via crisisopvang georganiseerd door de vrouwenopvang.

2.3 Taxeren

Om stap voor stap en gericht aan hersteldoelen te kunnen werken is het nodig om al in het begin een breed inzicht te hebben in de precieze ondersteuningsbehoefte van de cliënt. Wat zijn de wensen, mogelijkheden en beperkingen? Het gaat er om wat de cliënt zelf wil, wat hij kan (vaardigheden) en welke belemmeringen er zijn (problemen). We noemen dat taxeren. Het betreft een onderzoeksproces door samen met de cliënt en zijn naasten na te gaan wat de precieze woonbehoeften en ondersteuningsbehoeften zijn. Dat is niet altijd direct helder en dan is doorvragen op de 'vraag achter de vraag' van belang. Het is een exploreren wat voor de cliënten de grootste puzzels en uitdagingen zijn in het dagelijkse leven, wat zij zelf kunnen oppakken, wat zij daarbij aan ondersteuning en hulpmiddelen nodig hebben en wat zij verwachten van professionals[26]. De verkregen informatie dient twee doelen:

1. Het gezamenlijk maken van een plan voor een passend hersteltraject;
2. Het besluiten door de gemeente welke delen van het ondersteuningstraject hoe lang gefinancierd kunnen worden.

Taxeren is in feit een doorlopend proces. Aan het begin van een hersteltraject komt het taxeren het duidelijks naar voren. Maar ook tijdens en aan het eind is taxeren van belang om de ondersteuning bij te kunnen stellen (flexibele herstelondersteuning, zo nodig opschalen of afschalen[27]).

Bij het organiseren van taxatiegesprekken zijn er diverse mogelijkheden:

Plaats

- Bij cliënt thuis;
- Op kantoor van een instelling;
- Op een locatie naar keuze.

Mogelijke deelnemers

- Client;
- Naasten;
- Professionele cliëntondersteuners of ervaringsdeskundige[28];
- Huidige persoonlijk begeleider;
- Een (nieuwe) sociale professional (bijvoorbeeld van een sociaal wijkteam, de GGD of van een instelling voor beschermd wonen);
- Een Wmo-consulent van de gemeente.

Opzet van het gesprek

- Een gesprek of meerdere gesprekken;
- Brede uitvraag: alle leefgebieden langslopen en ook een analyse van de talenten (de sterke punten) en de versterkende mogelijkheden in de omgeving;
- Afnemen van een gestandaardiseerde vragenlijst of geheel open gesprek?
- De vraag of de cliënt gebruik wenst te maken van de mogelijkheid om zelf zorg in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb[29]);

[26] Bron: Advies Commissie Toekomst pag. 24
[27] Een (verwijs)model voor op- en afschalen dat hierin voorziet is beschreven in het referentiekader maatschappelijke zorg 'Niemand tussen wal en schip' (Wolf, 2015).
[28] Een ervaringsdeskundige is iemand niet alleen geleerd heeft van zijn ervaringen, maar ook geleerd heeft deze te gebruiken als bron van kennis om anderen mee verder te helpen. Ervaringsdeskundigheid kan vanuit verschillende perspectieven een meerwaarde hebben (bron: Movisie). Die meerwaarde kan er bij het taxeren en arrangeren zijn, en ook bij uitvoering van hersteltrajecten.
[29] Als een cliënt in aanmerking wenst te komen voor een pgb, dan is een specifiek onderzoek nodig of pgb de meest passende optie is in vergelijking met zorg in natura. (ZIN). Het onderzoek betreft de 'pgb-bekwaamheid' van de cliënt of zijn vertegenwoordiger. Vervolgens is toetsing nodig van het op te stellen pgb-plan van de cliënt.

- Mogelijk gebruik maken van taxatie-of screeningsinstrumenten (denk bijvoorbeeld aan de Zelfredzaamheidsmatrix).

Kwaliteit van het gesprek: verbinding
- De belangrijkste eis aan een taxatiegesprek is dat een cliënt gehoord moet worden. Het aandachtig luisteren door de professional naar het echte verhaal van de cliënt met inlevingsvermogen (je kunnen verplaatsen in de cliënt);
- Er zijn goede gespreksvaardigheden nodig om achter de wensen en verlangens van de cliënt te komen. 'Je moet de taal van de cliënt kunnen spreken' zo kwam uit een bouwsteensessie. Echt luisteren met tact en creativiteit;
- Een afweging is in welke mate er gebruik gemaakt moet worden van rapportage uit de voorgeschiedenis. Enerzijds is het goed om voort te bouwen op bestaande kennis (bijvoorbeeld over cognitieve vermogens, diagnoses of hulpverleningsgeschiedenis). Dat is efficiënt en daarmee wordt ook voorkomen dat een cliënt meerdere keren een verhaal moet vertellen dat al bekend is. Anderzijds is het gewenst om een open, onbevooroordeeld gesprek aan te gaan waarbij de cliënt zelf zijn wensen en problemen vertelt. Hoe dan ook is het noodzakelijk om de privacywet in acht te nemen en gegevensuitwisseling te regelen in overleg met de cliënt.

Rekening houden met belasting van het gesprek
Hoewel er veel cliënten zijn die graag hun verhaal vertellen aan taxerende professionals, zijn er ook cliënten die een gesprek als zeer belastend ervaren. Het kan veel stress geven als zij vermoeden dat er veel van het gesprek afhangt, als het gesprek lang duurt of als er onbekende gesprekspartners zijn. Het is goed als taxerende professionals van te voren weten dat deze stress aan de orde is om daar tactisch op in te kunnen spelen.

In gesprek gaan met zorgmijdende cliënten
Een deel van de doelgroep houdt contact met hulpverleners af, terwijl er wel een (latente) ondersteuningsvraag aanwezig is, zeker naar oordeel van de omgeving. Als het er op aankomt wil iedereen geholpen worden. Het is de kunst om erachter te komen wat iemand precies nodig heeft. Zorgmijdende cliënten zullen in een taxatiegesprek nooit het achterste van hun tong laten zien, dus dat vraagt het nodige van de taxerende professionals; tact en tijd. Het in gesprek gaan met deze cliënten is een vak apart (bemoeizorg). Hierbij is ook betrokkenheid van het sociaal netwerk gewenst.

2.4 Arrangeren en plannen

Er is bij alle cliënten sprake van een meervoudige vraag: op meerdere leefgebieden is een vorm van ondersteuning gewenst. Vanuit de taxatie is er een goed beeld ontstaan over de wensen van de cliënt en ook de mogelijkheden en de belemmeringen.

Herstelplan
Dan is het tijd voor het met elkaar uitstippelen van een hersteltraject, opgesteld in een herstelplan met:
- De hersteldoelen (het persoonlijke herstelperspectief);
- De beoogde vorm van passende huisvesting (huisvesting kan thuis zijn (in een eigen woning met een vorm van ondersteuning) en kan in een instelling zijn);
- Het beoogde arrangement van ondersteuningsvormen op een aantal leefgebieden.

Ondersteuningsbronnen
Er kunnen vijf groepen ondersteuningsbronnen zijn waaruit geput kan worden in het arrangeren en uitvoeren van een hersteltraject (zie ook figuur Leefgebiedencirkel §4.4):
1. De cliënt zelf, met eigen motivatie, inzicht en zelfregie;
2. De naasten van de cliënt: partners, familie, vrienden;
3. Basisprofessionals en vrijwilligers in de wijk, zoals huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts, maatschappelijk werk, leden van sociale wijkteam, woonconsulent, schoolmaatschappelijk werker, welzijnswerkers, vrijwilligers;
4. Professionals en ervaringsdeskundigen in de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen;

5. Specialistische professionals in de ggz en de verslavingszorg.

Er is dus een duidelijke gelaagdheid in de hulpbronnen van gewoon en zelf doen naar specialistische zorg. Bij het arrangeren van een hersteltraject is het noodzakelijk om goede kennis te hebben van wat er aan concrete ondersteuningsbronnen beschikbaar is in de regio. Daartoe is een sociale kaart[30] nodig.

De te arrangeren aanpak moet voldoende zijn (intensiteit en duur), toegankelijk (snel beschikbaar) en van voldoende kwaliteit (zie §4.2). Vanuit de transformatie-gedachte is het de opgave om zoveel mogelijk op tijd, licht, dichtbij en eigen-krachtgestuurd te arrangeren. Bij deze doelgroep is er doorgaans sprake van een breed samengesteld arrangement waarbij meerdere partijen hun steentjes aan het traject bijdragen[31]. Dat vraagt om een goede regie: trajectregie.

Trajectregie: cliënt en trajectregisseur

Goede samenwerking tussen de diverse partners is van zeer groot belang, in de eerste plaats met en vanuit de cliënt zelf. De cliënt is de zogeheten trajecthouder. Een cliënt kan zelf naar vermogen regie voeren. Over zelfregie (ook wel zelfmanagement genoemd) is de laatste jaren veel geschreven en gesproken.

De cliënt centraal: zelfregie

'Ieder mens moet in staat gesteld worden zijn eigen leven te leiden, eigen keuzes te maken en mee te doen in de samenleving. Dat iemand afhankelijk is van ondersteuning daarbij mag niet betekenen dat een ander invult wat iemand wil. Eigen regie strekt zich uit over alle levensterreinen, maatschappelijke rollen en relaties die iemand aangaat.'

(Programma Aandacht voor iedereen, Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward, juli 2013)

Naast de cliënt staande, is er idealiter ook een regisserende professional[32] nodig: één verbindende professional of ervaringsdeskundige die nauw overlegt met de cliënt en die zicht heeft op het gehele traject: wat de hersteldoelen zijn, wat de afspraken zijn en wat de voortgang is. Deze trajectregisseur stuurt het samenwerkingsproces, liefst over langere tijd. Continuïteit in personen is voor de cliënten gewenst[33].

Het belangrijkste is dát er een trajectregisseur is. Een lokale, sociale professional (bijvoorbeeld van een wijkteam) zou trajectregisseur moeten kunnen zijn. Maar dat hoeft niet, het kan ook ander zijn, bijvoorbeeld een CJG-coach of een persoonlijk begeleider in beschermd wonen[34]. Inbreng van de cliënt zelf bij de keuze van de trajectregisseur is ook een mogelijkheid: 'een gekozen helper'.

De trajectregisseur hoeft het plan niet zelf uit te voeren, maar regisseert het traject in samenwerking met de cliënt. Daarbij is er wat voor te zeggen dat de trajectregisseur een onafhankelijke positie heeft ten opzichte van de (gespecialiseerde) professionals die bij het traject betrokken zijn. De trajectregisseur brengt de betrokkenen bij elkaar: cliënt, naasten, vrijwilligers en professionals om samen te kijken wat voor een hersteltraject nodig is. Het overleg dat dan plaatsvindt noemen we een herstelconferentie[35].

Herstelconferentie

Een herstelconferentie vindt in ieder geval plaats aan het begin van het traject[36]. Doel van de herstelconferentie:

- Opstellen van het herstelplan: op maat, samenhangend, uitvoerbaar, inspirerend;

[30] Haarlem heeft medio 2016 een digitale sociale kaart ontwikkeld

[31] Welke partijen/aanbieders dat worden is afhankelijk van de voorkeur van de cliënt, de passendheid van het aanbod en de beschikbaarheid van het aanbod.

[32] De trajectregisseur hoeft niet per see een professional te zijn. Het kan ook een ervaringsdeskundige, een familielid of een vrijwilliger zijn. Deze moet wel werken volgens nader vast te stellen richtlijnen van trajectregie. Het ligt voor de hand dat de trajectregie van alle thuiswonende cliënten uitgevoerd wordt door een lid van het sociaal wijkteam en bij de intramuraal wonende cliënten door een meer gespecialiseerde professional.

[33] In het visievormingstraject begin 2016 is herhaaldelijk gewezen op het belang van een goede klik, vertrouwen, continuïteit, wederkerigheid. Ook in de vrouwenopvang streeft men er naar dat een cliënt haar begeleidende hulpverlener gedurende het hele traject behoudt.

[34] Hierover zijn later nog keuzes te maken. Veelal is de trajectregisseur een professional van de instelling waar de cliënt woont. Regie vanuit een generalistisch wijkteam of een specialistisch regionaal team is ook mogelijk.

[35] Andere woorden die in het land gebruikt worden zijn onder andere zorgconferentie, casuïstiekbespreking, multidisciplinair casusoverleg. Een specifieke methodiek is de Eigen Kracht Conferentie (zie methodebeschrijving H. van Lieshout, 2012).

[36] Het is ook een logistieke puzzel om de diverse betrokken personen bij elkaar te krijgen voor overleg. Handig kan het zijn om vaste dagdelen in de week af te spreken voor de herstelconferenties. Het moeten efficiënte overlegmomenten zijn.

- Aanvullen van ontbrekende informatie, nodig voor het maken van het plan;
- Krijgen van eensgezindheid voor de hersteldoelen, de herstelactiviteiten en de afspraken;
- De cliënt en zijn naasten (het eigen 'netwerk') voelen zich verbonden aan het plan: 'het is mijn herstelplan' en is gemotiveerd eigen initiatieven (eigenaarschap);
- Adviseren voor besluitvorming door financiers (indicatiestellingen, beschikkingen). Niet de taxatie, maar het passende arrangement zoals dat in het herstelplan is opgenomen is leidend voor beschikkingen, is een zwaarwegend advies, aangezien het zorgvuldig en multidisciplinair tot stand gekomen is.

De uitdaging hier is dat er gezamenlijke besluiten worden genomen over het (vervolg)traject. Bij voorkeur is de herstelconferentie kleinschalig van opzet, met in ieder geval die professionals en naasten die er echt toe doen.

Trajectregie is dus zelfregie in nauwe samenwerking met een coördinerende professional (trajectregisseur). Trajectregie vindt niet alleen aan het begin van het traject plaats, maar juist ook gedurende het gehele traject, en soms zelfs daarna (terugvalpreventie). Daarover meer in de volgende paragraaf.

Planning
Er kan onderscheid gemaakt worden in korte termijn doelen (binnen enkele weken), middellange termijn doelen (binnen enkele maanden) en lange termijn doelen (binnen enkele jaren). Hoe kortere termijn, hoe concretere, specifieker en beter meetbaar resultaat te formuleren is.

2.5 Volgen en schalen

Volgen van de voortgang
Als het herstelplan gereed is kan de uitvoering er van beginnen. De cliënt en de trajectregisseur zien er op toe dat het plan wordt uitgevoerd zoals afgesproken (volgen). Periodiek zijn er toets- of evaluatiemomenten (voortgangsgesprekken) hetzij met de cliënt en de trajectregisseur, hetzij met meerdere aanschuivende personen. Dat kan ook de vorm en de structuur aannemen van een vervolg-herstelconferentie. Het lijkt gewenst dat de cliënt en de trajectregisseur samen bekijken wat wanneer nodig is in het gezamenlijk reflecteren op de voortgang. Bij het bespreken van de voortgang hoort ook het terugkoppelen aan betrokkenen die niet in het hart van het herstelondersteuningstraject zitten, denk aan een huisarts of een woonconsulent. Altijd met toestemming van de cliënt.
Het volgen van de voortgang is te zien als een soort continu signaleren. Het duurt zolang als het traject duurt. Dat kan in enkele gevallen langdurig of zelfs permanent zijn.

Op- en afschalen voor maatwerk
Er is een flexibele houding vereist. Als de situatie daar om vraagt (bijvoorbeeld bij plotselinge terugval) moeten er met spoed (nieuwe) maatregelen genomen worden. Dat kan leiden tot het opschalen van de ondersteuning. Dat wil zeggen dat de ondersteuning tijdelijk intensiever wordt en/of specialistischer. Dat moet zonder veel poespas (omslachtige beschikkingen en toekenningsprocedures) geregeld kunnen worden. Daartoe zijn ketenafspraken nodig, bijvoorbeeld met de zorgverzekeraar als het gaat over het snel inzetten van ambulante ggz-behandeling.
Het kan ook zo zijn dat er veel stabiliteit en zelfredzaamheid is en dat er stapsgewijs afgeschaald kan worden. In dat geval wordt de ondersteuning minder intensief en kunnen er (specialistische) diensten vervallen.
Met een goede mogelijkheid tot op- en afschalen is nog meer maatwerk mogelijk in het hersteltraject.

Tijdelijke verblijfsoplossingen
Een cliënt kan dermate ontregelen, dat het verblijf in de woning of instelling een tijdje niet meer kan. Bijvoorbeeld een cliënt in intramurale voorziening kan dermate ontregelen dat tijdelijke opname in GGZ-kliniek nodig is. In dat geval is het gewenst om zijn woonplek in de Wmo-instelling te behouden. Omdat daar kosten mee gemoeid zijn, zit er een maximum aan. Ook daar zijn ketenafspraken voor nodig. Een

ander voorbeeld is een cliënt die zelfstandig thuis woont, en daar ontregelt. Het zou mooi zijn als er voor die persoon een tijdelijke logeerplek of een tijdelijke crisiswoning beschikbaar is om snel te kunnen herstellen en terug te keren naar de eigen woning. Hoe dan ook is er in deze situaties hard behoefte aan een scherp werkende trajectregisseur die ook contact heeft met de woonconsulent van de woningcorporatie.

Terugvalpreventie
Een traject is vaak eindig. Dan eindigt het hersteltraject en is er geen ondersteuning meer nodig. Maar veel van de cliënten blijven kwetsbaar. Zij kunnen bij bepaalde gebeurtenissen of tegenslagen terugvallen en het risico lopen te ontregelen. Daarom is het aan te bevelen bij 'uitstromende' cliënten nog enige tijd een vinger aan de pols te houden (de trajectregisseur of een ondersteuningsprofessional). Dat kan door op afstand zicht gehouden op de cliënt, ook als het goed gaat, bijvoorbeeld enkele keren per jaar bellen of langsgaan. Daarbij zal het informele- eigen netwerk een steeds grotere rol zal gaan spelen. Mocht er sprake zijn van terugval of een crisis, dan kan ondersteuning snel weer intensiever worden (opschalen). Daarom heet zo'n contact ook wel een waakvlamcontact. Een deel van de bewoners die zelfstandig gaat wonen is gebaat bij een langdurig ambulant vinger-aan-de-pols-contact.
Ook kan gewerkt worden met een zogeheten zelfmanagementmethodieken zoals de Crisiskaart[37] en de WRAP[38]. Zij kunnen daarmee zelf hulp in te schakelen als het minder blijkt te gaan. In de regio wordt sinds 2015 projectmatig[39] gewerkt aan een nieuwe methode voor preventieve nazorg: het digitaal platform Quli. Deze vorm van digitale ondersteuning voor zelfstandig gaan wonende (ex-)cliënten bevordert een stabieler leven en de snelle beschikbaarheid van een vangnet bij dreigende terugval. De kans op terugval en een nieuwe aanspraak op meer specialistische ondersteuning bij deze groep kan hiermee verkleind worden.
Ook in de vrouwenopvang is er na een traject in 'begeleid wonen' ook een vorm van nazorg mogelijk als de cliënt (en de kinderen) weer regulier in een huis wonen, thuis. In de regio Kennemerland is deze ambulantisering in ontwikkeling.

Een goede afbouw van zorg is dus ook als preventie te zien. Een andere vorm van goede terugvalpreventie ligt bij klinieken in de GGZ en de Verslavingszorg en bij Penitentiaire Inrichtingen. Als er een vooruitzicht is op ontslag van een cliënt dan dienen er ketenafspraken te zijn waardoor vervolghuisvesting geregeld is. Hiermee kan dakloosheid voorkomen worden.

2.6 Verbeterrichtingen

Er is een wereld te winnen in signalering
Er is een grote behoefte aan meer signalering, vooral om te voorkomen dat mensen hun huis kwijt raken: 'Dan zijn ze verder van huis' en is de weg terug naar herstel een lange. Ingrijpen is dan te laat. Hierbij mogelijkheden voor het versterken van signalering:

Meer signaleringskracht bij professionals in de wijk
Meer signaleringskracht is nodig bij gewone professionals in de wijk. Het elkaar kennen in de wijk (het elkaar ontmoeten) stimuleert het elkaar inschakelen als er zorgsignalen (niet-pluis signalen) zijn. De professionals van het sociale wijkteam zullen daar een rol bij spelen, bij het voorlichten van die andere professionals in de wijk. De professionals van deze teams verbinden zich steeds meer met de professionals (van de basisinfrastructuur) en het verenigingsleven (nuldelijn) in de wijk[40]. De

[37] Crisiskaart: een klein persoonlijk document waarop staat hoe zorgverleners, omstanders en naasten kunnen (be)handelen als er een (psychische) crisis optreedt bij de eigenaar van de crisiskaart. Bij een paniekaanval of een psychose kan een cliënt immers te zeer van streek zijn om anderen duidelijke informatie te geven (Bron website LPGzz).
[38] De WRAP (Wellness Recovery Action Plan) is een zelfhulp-instrument met een heldere structuur en sterk geworteld in het herstelconcept. Het ondersteunt mensen om weer greep te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld raakt door ernstige gebeurtenissen. De WRAP is een plan dat mensen zelf maken voor herstel in hun eigen leven. Dit proces wint sterk aan kracht door ervaringsdeskundige ondersteuning en uitwisseling (Bron: website HEE).
[39] Projectpartners zijn RIBW K/AM, Kontext, Maatschappelijke dienstverlening Zuid-Kennemerland, Sociale wijkteams Haarlem, Huisartsen Zuid-Kennemerland, Arq Psychotrauma expertgroep, Quli / Ordina (ontwikkelaar).
[40] Dit is ook de werkwijze van het CJG in de regio Zuid-Kennemerland. Het CJG vervult een spilfunctie voor professionals in het meedenken over hoe verder, zowel in de basisinfrastructuur als voor de professionals in de specialistische zorg.

signaleringskracht van de sociale wijkteams is nog in ontwikkeling. Zo is het de vraag of de generalistisch werkende wijkteams voldoende kennis hebben van psychiatrische problematiek en licht verstandelijke beperkingen om én zorgen te signaleren én die zorgen goed te kunnen taxeren. Er wordt in het visievormingstraject gepleit voor het toevoegen van meer specialistische expertise aan wijkteams. In alle gemeenten wordt gewerkt aan (door)ontwikkeling van het wijkgerichte werken (met name sociale wijkteams). In Zuid-Kennemerland is de pilot Wijkgerichte GGZ[41] net gestart dat zo ingericht zal worden dat een preventieve functie vervult kan worden ten aanzien van "stille" zorgwekkende zorgmijders.

Investeren ten aanzien van de overgang van jongvolwassenen naar de Wmo
Investeren in een betere overgang van 'Zorg voor Jeugd' naar de 'Wmo' (de zogeheten 18-/18+-kwestie). Het een risico is dat jongeren na een geschiedenis van jeugdhulp verstoken blijven van noodzakelijke hulp (zie ook § 1.2). Je zou in de gemeentelijke ondersteuningsstructuur dichterbij moeten kunnen komen bij deze kwetsbare jongeren om maatschappelijke uitval te voorkomen. Het is gewenst om de breed ervaren knelpunten bij de 18-jaar grens goed in beeld te brengen[42] en passende maatregelen te nemen.

Voorlichting inwoners over meldingsmogelijkheden
Er lijkt sprake te zijn van een zeker *meldingsverlegenheid* bij zowel gewone inwoners als professionals in de wijk:
- Niet weten wat een zorgsignaal is;
- Onzekerheid of je wel kunt maken om je er mee te bemoeien (er is bij de gemiddelde inwoner schroom om er zelf op af te stappen);
- Onzekerheid en dilemma's bij professionals als niet-ingrijpen risico's met zich meebrengt (schuld kan bij professional gelegd worden);
- Niet weten waar zorgsignalen gedeeld of gemeld kunnen worden.

Daarom is veel meer duidelijkheid nodig voor én basisprofessionals én inwoners[43] wat de beste meldingsroute bij zorgen is: waar kun je het zorgsignaal neerleggen? Meer signaleringskracht bij de inwoners zelf is mogelijk door een goede publieksvoorlichting en bewustwording. Vergelijk de publieksvoorlichting bij het werken aan dementievriendelijke gemeenschappen. Dit om er voor te zorgen dat mensen niet wegkijken bij verontrustende situatie maar 'omkijken naar'. Zo'n samenleving willen we.

Afstemming met de veiligheidsketen
Er is aansluiting bij en afstemming nodig met de veiligheidsketen in de regio. Het project van de veiligheidsregio Kennemerland: 'Naar een sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag in Kennemerland; verbinden van zorg en veiligheid' wenst de signalering van kwetsbare inwoners te verbeteren . De tien gemeenten (dezelfde als de gemeenten van de regio voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen) werken daarbij gezamenlijk aan een keten voor mensen met verward gedrag waarbij:
- Signalen van verwarde personen vroegtijdig worden herkend en snelle toeleiding tot zorg en ondersteuning plaatsvindt;
- Verwarde personen passende ondersteuning, zorg en straf krijgen;
- Er sprake is van optimale en eenduidige samenwerking tussen alle partijen die vanuit het zorg-, sociaal en veiligheidsdomein bij verwarde personen betrokken zijn.

Meer bekendheid e-Health en m-Health
Er is veel onderbouwing voor de verschillende voordelen en effecten van e-Health ten opzichte van reguliere begeleiding. Voordelen zijn[44]:
- Vergroting van de eigen regie, keuzevrijheid;
- Verlaging van de drempel, destigmatisering;

[41] De pilot is een initiatief van de samenwerkende eerste- en tweedelijns zorgaanbieders en de gemeenten (een gezamenlijk overleg, het zogeheten RBS-overleg (Regionaal overleg Basiszorg en Specialistische zorg).
[42] De gemeente Haarlem is voornemens om deze knelpunten en verbetermogelijkheden nader te onderzoeken.
[43] Op korte termijn zal de gemeente Haarlem de melding van zorgsignalen faciliteren op haar website.
[44] P. Delespaul, 2016 (pag.234).

- Onafhankelijk van tijd en plaats;
- Contact in de eigen sociale omgeving;
- Beter aansluiten bij de individuele gebruikerservaring;
- Eenvoudiger voortgang bijhouden en bewaken;
- Grotere openheid bij cliënt;
- Niet vergeten van relevante informatie.

Er zijn landelijk veel zelfhulp-tools zoals bijvoorbeeld Kleurjeleven.nl en Gripopjedip.nl op het internet voor het werken aan problemen zoals depressies. De ontwikkelingen gaan door met zogeheten mHealth: ondersteuning via mobiele technologie. Zo kunnen kwetsbare cliënten met zelf (preventief) aan de slag met hun geestelijke gezondheid. Er wordt echter nog niet massaal gebruik van gemaakt of door basisprofessionals zoals huisartsen en maatschappelijk werkers naar verwezen.
De vrouwenopvang in de regio is steeds op zoek naar vormen van hulp die de zelfredzaamheid en eigen kracht zoveel mogelijk vergroten. In dat kader is men in 2014 gestart met de pilot Blijf Leren Online (zogeheten blended hulp). Doel is om online leren te integreren in de hulpverlening aan gezinnen die te maken hebben met huiselijk geweld, om de (digitale) zelfredzaamheid van cliënten te vergroten en hulp effectiever en efficiënter in te zetten.

Taxatie op twee manieren
Te overwegen is om op regionaal niveau richtlijnen op te stellen ten aanzien van het taxatieproces: wie taxeert wanneer en hoe? Daarbij zou een onderscheid op twee niveaus mogelijk kunnen zijn:

Alle cliënten die thuis wonen in de regio worden door lokale sociale professionals getaxeerd
Cliënten die zelfstandig in een woning wonen en die een complexe hulpvraag ten aanzien van wonen én andere leefgebieden hebben, kunnen terecht bij hun eigen sociale wijkteam. Wellicht kunnen er enkele teamleden zich bekwamen in de vraag, de aanpak en het aanbod van cliënten met multiproblematiek. De wijkteams zijn er voor álle inwoners die thuis wonen in de wijk, dus in een zelfstandige woning, al dan niet 'geclusterd' of met enkele anderen in een gewoon gehuurde woning. De wijkteams (of andere lokale professionals) kunnen de taxatie doen (waar nodig met hulp van specialisten) en ze kunnen het arrangeren doen (maken van een passend plan) met medeneming van de (informele) mogelijkheden in de wijk. Uiteraard is hiertoe deskundigheidsbevordering nodig.

Alle cliënten zonder vaste woon-of verblijfplaats, alle cliënten die intramuraal wonen en alle zich meldende cliënten van buiten de regio worden door een regionaal taxatie- en adviesteam getaxeerd
Voor deze cliënten kan er een nieuw team[45] opgericht worden met de volgende taken:
- Taxeren van nieuwe meldingen voor maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang (na crisisopvang);
- Consultatie en deskundigheidsbevordering aan alle sociale wijkteam in de regio. Ook het behandelen van stagnerende en complexe trajecten.

Een speciaal, regionaal team is er nodig voor mensen die niet of nog niet thuis in de wijk wonen. Dan gaat het in ieder geval om daklozen, om inwoners die nog in een andere regio wonen en zich voor ondersteuning in onze regio aanmelden. Bij cliënten die intramuraal wonen zijn periodieke hertaxaties nodig alsmede herijkte plannen voor arrangementen. Dat gebeurt uiteraard in nauwe samenwerking met de actuele ondersteuners.
Er zijn ook andere modellen[46] mogelijk, maar vanuit de deelnemers aan het visietraject ligt de voorkeur bij de geschetste twee routes.

[45] De taken van dit nieuwe regionale taxatie- en adviesteam zouden een uitbreiding en omvorming van de taken van de BCT betekenen.
[46] Je kunt er voor kiezen om het wijkteam van de wijk waar de 24-uursvoorziening ligt de taxatie ('herindicatie') en de planning en het volgen te laten doen. Dan verdeel je alle intramurale cliënten over de verschillende wijkteams.
Je kunt er ook voor kiezen om de taxatie bij álle cliënten in handen te leggen van het meer gespecialiseerde regionale team, omdat dat team meer deskundigheid heeft ten aanzien van vraag en aanbod, beter in staat is om scherpere afwegingen te maken samen met de ondersteunende intramurale professionals en zo in staat zijn om een goed totaal overzicht te verkrijgen van vraag en aanbod, inclusief de wachtlijst en de wachttijdprognoses (beleidsinformatie).

Vormgeven aan trajectregie én zelfregie
Voor alle cliënten en hun naasten in onze drie werkvelden is het noodzakelijk dat ze invloed kunnen uitoefenen op welke zorg of ondersteuning ze krijgen en hoe deze uitgevoerd wordt. Dat bevordert het herstel én de kwaliteit van leven. Het beslissen over het hersteltraject van een cliënt kan niet zonder de actieve inbreng van de cliënt zelf, de cliënt 'er bij betrekken' is te zwak uitgedrukt. De cliënt is de feitelijke eigenaar van het hersteltraject ('trajecthouder'). Daarbij is er een grote rol van de naasten (familie en vrienden). De familieleden en vrienden kunnen een rol spelen in de uitvoering, hebben belangrijke informatie en hebben een signalerende functie.
Het waarborgen en bevorderen van zelfregie zou een belangrijk uitgangspunt in de visie moeten zijn. Het versterken van zelfregie zit met name in de visie en de bijbehorende houding van de werker. Daar wordt het grootse deel van de bejegening bepaald. Vervolgens is het belangrijk kennis te hebben van zelfregieversterkende methoden en instrumenten. En natuurlijk de vaardigheden om dit op een professionele manier uit te voeren. Visie, kennis en vaardigheden vormen de drie onderdelen van competenties. Ze zijn alle drie nodig om te kunnen werken vanuit zelfregie[47]. Training of voorlichting van professionals ten aanzien van het meedoen aan het maken van plannen (arrangeren) en het versterken van zelfregie is gewenst.

Vormgeven van volgen en terugvalpreventie
Regionaal zijn er richtlijnen op te stellen en afspraken te maken voor het volgen van de hersteltrajecten:
- Rol en taken van de trajectregisseur;
- Het regelen van voortgangsgesprekken of vervolgherstelconferenties;
- De werkwijze van op- en afschalen;
- De financiering van waakvlambegeleiding/terugvalpreventie.

Regionale afstemming en couleur locale
Het is gewenst dat taxeren en arrangeren (trajectregie) in de regio op hoofdlijnen op eenzelfde manier geregeld is (regionale richtlijnen). In de regionale aanpak zullen cliënten uit de ene gemeente soms ondersteuning kunnen krijgen in een andere. In dat geval is een zekere eenvormigheid wel van belang, mét behoud van de lokale varianten (couleur locale)

[47] Bron: A. Poll (2013)

3. Huisvesting voor herstel

3.1 Inleiding

Maatschappelijke opvang en beschermd wonen vinden van oorsprong hoofdzakelijk plaats in intramurale woonvormen. In deze woonvormen wordt 24-uurs zorg geboden met een pakket aan mogelijke diensten zoals huisvesting, begeleiding, verzorging en verpleging. In de maatschappelijke opvang wordt doorgaans van bed, bad, brood en begeleiding gesproken en is het ondersteuningspakker relatief meer sober.
In onze regio is er de laatste jaren al wel een verschuiving waarneembaar in de manier van wonen bij cliënten beschermd wonen. Kwetsbare mensen zijn al meer in wooncomplexen of huurwoningen in gewone wijken komen wonen. Zij wonen in alle tien gemeenten. Meestal wonen zij in woningen van de zorgaanbieders. Ook zijn er op enkele plaatsen woonvormen gestart vanuit particulier initiatief, mogelijk gemaakt door de bundeling van pgb's van meerdere cliënten. In die gevallen betalen de cliënten zelf de huur van de huisvesting en regelen ze zelf (met hun naasten of vertegenwoordigers) ondersteuning (zorg) op maat.
In dit hoofdstuk bespreken we eerst de huidige woonvormen die er in de regio zijn (§3.2). Vervolgens komt het belang van thuis wonen en thuis voelen aan de orde (§3.3) gevolgd door het belang van intramuraal wonen als het niet anders kan (§3.4). Het hoofdstuk eindigt met verbeterrichtingen (§3.5).

3.2 Huidige woonvormen

Er zijn in het beschermd wonen, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang verschillende woonvormen mogelijk[48]:

A. Regulier zelfstandig wonen (in een huurhuis met een eigen huurovereenkomst of een koophuis);
B. Geclusterd zelfstandig wonen: wonen in huurhuis (van zorginstelling of corporatie) met een aantal zelfde woningen vlak bij elkaar[49];
C. Kleinschalig zelfstandig groepswonen: met een klein aantal andere cliënten zelfstandig[50] wonen in een woning, meestal gehuurd van de zorginstelling;
D. Intramurale woon- en verblijfsvormen: met tien of meer cliënten in één complex van een zorginstelling;

Binnen deze woonvarianten zijn nog wel meer onderverdelingen, bijvoorbeeld:

- Huren van woningcorporatie, van zorginstelling, van particuliere verhuurder of wonen in koopwoning;
- Woningen in de buurt van een kernvoorziening van de zorginstelling of verder op in de gemeente.

In onze regio wonen bijna alle cliënten formeel in woonvorm D. Bij het beschermd wonen gaat dat nog via indicaties voor zorgzwaartepakketten (ZZPC). Slechts een klein deel verzilvert een intramurale indicatie op een ambulante wijze (woonvorm A). Ook een beperkt deel ontvangt VPT: volledig pakket thuis, dat is beschermd wonen in de eigen woning (woonvorm A).
Echter woont een substantieel deel van de cliënten in beschermd wonen (naar schatting een derde) *in de praktijk* op redelijke wijze zelfstandig in een woning met een eigen voordeur en eigen sleutel, hetzij met meerdere cliënten in een huis (woonvariant C), hetzij bij elkaar geclusterd in de buurt (woonvariant B). Zij huren dan van de zorginstelling. Als het zorgtraject afloopt kunnen zij daar niet blijven wonen. Dat geldt ook voor de plaatsen begeleid wonen in de vrouwenopvang. Hoewel het woningen in de wijk betreft, gaat het om tijdelijk wonen van de cliënt (vaak met kinderen).

[48] Zie pagina 12 van Advies commissie Toekomst
[49] Zelfstandige woningen kunnen vlak bij elkaar gegroepeerd staan, bijvoorbeeld een verdieping van een flat of in een hofje. Om zo te wonen kan de wens van de cliënt zijn, om steun en gezelligheid te hebben aan anderen (voorkomen eenzaamheid). Bij geclusterde woningen kunnen gemeenschappelijke ruimten bestaan, voor ontmoeting, voor overleg, voor ondersteuningsgesprekken, voor vrijetijdsactiviteiten.
[50] Voor de wet heet dit onzelfstandige huisvesting

Ook de maatschappelijke opvang kenmerkt zich door intramurale huisvesting, soms sober, soms meer vergelijkbaar met intramurale woonvormen van het beschermd wonen. De maatschappelijke opvang in onze regio kent de woonvarianten A, B en C niet. Uiteraard is er wel uitstroom naar deze varianten.

3.3 Thuis wonen en thuis voelen

De meeste cliënten wensen thuis te wonen in een eigen zelfstandige woning: individueel wonen (met een eigen voordeur). Zij wensen allen herstel van hun persoonlijke leven, het opbouwen van een bestaan en het zo optimaal mogelijk kunnen participeren in de maatschappij het liefst realiseren in een eigen woning: thuis! Woonruimte is een sociaal grondecht van inwoners[51]. Een eigen thuis, een plek onder de zon. Individueel wonen is dus de wens van de meeste cliënten en is belangrijk voor herstel en participatie. Een deel van hen wenst helemaal individueel te wonen en een ander deel wenst individueel, maar met een of meer andere personen bij elkaar in de buurt te wonen (wooninitiatief, gemeenschap of hofje), wellicht met gemeenschappelijke voorzieningen als een huiskamer of een tuin.
In woonwensen zijn cliënten hetzelfde als alle inwoners. Wonen doen de meeste mensen bij voorkeur thuis in een eigen woning: 'huisje, boompje, beestje'[52]. Als je thuis woont dan:

- Heb je invloed op de plaats waar je woont;
- Bepaal je zelf hoe lang je daar woont;
- Heb je een eigen voordeursleutel;
- Bepaal je zelf de regels, creëer je je eigen sfeer (inrichting);
- Voel je je er veilig en heb je privacy.

Woonruimte is een belangrijk sociaal grondrecht voor alle inwoners. Een goede en veilige woonplek is dan ook een belangrijke behoefte van iedere burger en een voorwaarde voor maatschappelijke participatie. Een woning geeft een basis voor het opbouwen van een bestaan en draagt ook bij aan de identiteit van mensen[53]. Het past bij optimaal volwaardige participatie: gewoon huurderschap, gewoon zelf huur betalen.
Vanuit de input van de Visieconferentie op 9 maart kon de volgende figuur gemaakt worden.

Huisvesting voor herstel: thuis

[51] Woonruimte is een primaire levensbehoefte van de mens. Daarom moet de overheid er voor zorgen dat er voldoende woonruimte is. De wetgever heeft dat uitgewerkt in de Woningwet en de Huisvestingswet. Het gaat overigens niet alleen om het aantal woningen, maar ook om de kwaliteit van de woningen (artikel 22 Grondwet).
[52] Bron: Commissie Toekomst: Van Straaten e.a., 2014; De Heer-Wunderink, Vos en Van der Zee, 2015
[53] Bron: Commissie Toekomst

We kunnen als regio voor veel meer cliënten dan nu het geval is zorgen voor stabiele passende huisvesting waar mensen zich zoveel mogelijk thuis kunnen voelen, en er niet 'logeren' in afwachting van doorstroming naar elders. Veel cliënten volgen nu een verhuiscarrière al naar gelang het beter of slechter met hen gaat. Verhuizingen zijn vaak de oorzaak van terugval in het functioneren: 'elke verhuizing vraagt immers veel van het aanpassingsvermogen van mensen, heeft vaak een groot effect op hun activiteiten en relaties met anderen en kan specifiek bij kwetsbare mensen risico geven op (opnieuw) een breuk in hun bestaan'[54]. Meer stabiliteit en continuïteit in het wonen is gewenst.
Cliënten mogen in de taxatiefase benoemen wat hun precieze woonwensen zijn (plaats, wijk, alleen of met anderen in huis, bij anderen in de buurt of niet). Zelfstandig thuis wonen moet niet. Het gaat om wat cliënten zelf willen en kunnen. Daar waar thuis tijdelijk of langdurig wonen niet mogelijk is en er wonen in een voorziening vereist is, daar is het zaak om de cliënt zich er wel zoveel mogelijk thuis te laten voelen. Met aandacht voor eigen regie, respect voor de eigen leefomgeving van de cliënt en de privacy[55].

Thuis kunnen wonen: voldoende woonvaardigheden
We denken dat zelfstandig wonen voor de meeste cliënten mogelijk is hetzij op korte termijn, hetzij binnen enkele jaren[56]. Als een cliënt zelfstandig een woonruimte huurt dan horen daar ook reguliere verantwoordelijkheden bij zoals huur op tijd overmaken, wonen zonder onrechtmatig gebruik van de woning en zonder overlast: met andere woorden goed huurderschap.
Er zijn in onze regio ook zogeheten contingentwoningen en kanswoningen. Deze reguliere huurwoningen zijn door de woningcorporaties beschikbaar gesteld voor de toewijzing aan bijzondere doelgroepen. Het is de uitdaging om de komende jaren het beschikbare 'contingent' volledig door de betreffende doelgroep te laten gebruiken[57].

Ondersteuning en toezicht
Er wordt dus wel wat van cliënten verwacht als ze zelfstandig gaan wonen. Daarbij kunnen ze ondersteuning van professionals en soms ook vrijwilligers (bijvoorbeeld maatjes) krijgen. Ook zijn er afspraken[58] en korte lijnen tussen de woonconsulenten van de woningcorporaties en de zorgprofessionals. Als er zorgsignalen zijn, dan gaan woonconsulenten en professionals tijdig in gesprek met de cliënt en elkaar.

Bij voorkeur huren van woningcorporaties
Op het eerste gezicht maakt het weinig uit van wie de cliënt zijn woning huurt, van de woningcorporatie of van de zorginstelling (wat nu vaak het geval is). Toch zijn er vier wezenlijke verschillen, een gevoelsmatige, een praktische, een juridische en een bedrijfseconomische.

- Het voelt voor de cliënt autonomer en normaler als hij zelfstandig zelf huurt van een echte verhuurder, met alles erop en er aan en zonder afhankelijkheid van de zorginstelling;
- In zorginstellingen (of woningen die de instelling huurt van de corporatie) zijn specifieke inrichtingseisen[59] (brandveiligheid) die anders zijn dan reguliere huurwoningen, zoals brandwerende gordijnen. Dat vormt een inbreuk op 'thuis';
- Rechten van cliënten in termen van huurbescherming verschillen;
- Het rechtstreeks huren door de cliënt bij de woningcorporatie geeft voor de woningcorporaties meer bedrijfseconomische risico's (mogelijk meer kosten voor frictieleegstand, toezicht en afstemmingsoverleg).

[54] Bron: Commissie Toekomst
[55] Vroeger was daar minder aandacht voor. Dan hadden cliënten te maken met een standaard-inrichting. De laatste jaren is er vaak meer mogelijk. Binnen grenzen en met een eigen budget kunnen cliënten dan zelf spulletjes aanschaffen.
[56] In brede onderzoeken is in beeld gebracht wat de waxtramuralisering vande zorg voor de regio kan betekenen. zie Wonen met zorg in IJmond en Zuid-Kennemerland, Rigo 2015 en zie de regio Zuid-Kennemerland / IJmond geeft thuis! regionaal actieprogramma wonen 2016-2020. Dit actieprogramma bevindt zich momenteel in de besluitvormingsfase, verwacht wordt dat deze in september 2016 in de raden besproken is. In het Regionaal actieprogramma wonen 2016-2020 voor de IJmond en Zuid-Kennemerland is afgesproken dat er een woonzorgagenda voor de IJmond en Zuid-Kennemerland opgesteld wordt. In deze agenda wordt onder andere aandacht besteed aan de doorstroming uit de instellingen (GGZ/GZ/dak-en thuislozen). In Haarlem is het Aanpak Langer Zelfstandig Wonen Van transitie naar transformatie (BBV 2015/432194, op 4 november 2015 vastgesteld.
[57] In de regio Zuid-Kennemerland wordt hier door een werkgroep aan gewerkt
[58] Deze worden in de vorm van driehoekscontracten geactualiseerd in de regio Zuid-Kennemerland
[59] Zie Bouwbesluit 2012, Brandveiligheid bij een Woonfunctie voor zorg

Woningcorporaties kunnen professionals bij hun intakegesprekken uitnodigen. Professionals kunnen woonconsulenten uitnodigen voor een herstelconferentie (zie hoofdstuk over hersteltrajecten). In ieder geval is er terugkoppeling nodig over plannen, gebeurtenissen en veranderingen rond het wonen van de cliënt. De woningcorporaties in de regio tonen veel bereidheid in het meedenken over verbeterrichtingen.

3.4 Alleen intramuraal wonen als het moet voor het herstel

Voor een deel van de cliënten zijn het intramuraal wonen en de intramurale opvang zonder meer tijdelijk noodzakelijk. Vroeger werd beschermd wonen door professionals en cliënten gezien als levenslang wonen. Vooral de laatste tien jaar is het besef opgekomen dat zelfstandig wonen vaker mogelijk is, hetzij direct, hetzij via tijdelijk intramuraal wonen.

Doelen
Voor de volgende doelen kan intramuraal noodzakelijk zijn:

Bescherming
24-uurs ondersteuning en toezicht voor mensen met psychische kwetsbaarheid en verstoorde zelfregulatie. Een vorm van 24-uurs toezicht is nodig omdat er te weinig zelfregulatie is, te weinig zelfcontrole, te weinig inzicht in eigen hulpvraag. Zonder 24-toezicht is er een gevaar voor zichzelf of voor anderen.

Opvang
Als alternatief voor zwerven op straat. Hoofdprobleem is het ontbreken van onderdak. Het creëren van de eerste levensvoorwaarden (bed, bad, brood, even rust) is absolute voorwaarde. Meestal is er dan veel meer aan de hand. Soms is er alleen sprake van dakloosheid als gevolg van schulden. Dat wordt economische dakloosheid genoemd. Er zijn ook alternatieven voor intramurale opvang denkbaar zoals tijdelijke crisiswoningen. In die woningen is ambulante herstelondersteuning mogelijk.

Veiligheid
Met name in de vrouwenopvang is intramuraal wonen ook gewenst in verband met geweldsbedreigingen.

Time-out
In geval van een crisis of ter ontlasting van de naasten (respijtopvang) kan tijdelijke ‘opname’ gewenst zijn voor korte tijd om vervolgens weer terug te keren naar het eigen huis.

Observatie en diagnostiek
In korte tijd intensief observeren wat iemand kan en nodig heeft. Dergelijke intensieve taxatie kan nodig zijn als er veel onduidelijkheid is over het functioneren van een cliënt. In de vrouwenopvang kan ook diagnostiek ten aanzien van de kinderen nodig zijn.

Stabilisatie
Tot rust komen en dan stapsgewijs werken aan herstel. Er zijn cliënten die ‘ver van huis zijn’, fors ontregeld zijn en een paar jaar nodig hebben om te stabiliseren en te herstellen nadat ze sociaal of maatschappelijk ontregeld waren. Daarna kunnen zij meestal zelfstandig wonen, met een vorm van beschermende herstelondersteuning[60]. Soms is langdurige zorg noodzakelijk.

Training
Het aanleren van woonvaardigheden en sociale vaardigheden in een ‘rijke en gestructureerde leeromgeving’. Een klein deel van de ‘nieuwe’ jongvolwassen cliënten komt vanuit een beschermende thuissituatie en behoeft nog enige jaren een vorm van groepswonen, met veel nadruk op persoonlijke groei. Vaak is in verband met autisme de stap van het ouderlijk huis naar zelfstandig wonen te groot en

[60] Een goede praktijk is er in Dijk en Duin van Parnassia. Er is daar gemiddeld drie jaar intensieve zorg op somatiek, GGZ en verslaving (beschermd wonen). Maar liefst 80% stroomt uit naar zelfstandig wonen.

risicovol. Voor hen zijn kleinschalige vormen van groepswonen of geclusterde woningen gewenst, waarbij gewerkt wordt aan zelfredzaamheidontwikkeling en leren omgaan met de eigen beperkingen. Een deel van deze jongvolwassenen zal door de ernst van de beperking langduriger op intramuraal wonen aangewezen zijn.

Langdurig zorgafhankelijk
Er kan bij een beperkte groep sprake zijn van langdurige zorgafhankelijkheid. In de regio zijn er cliënten met een combinatie van verschillende beperkingen (lichamelijk, verslaving, psychisch, verstoorde zelfregulatie) waardoor de ondersteuning in een 24-uurs setting nodig is. Dat is een heel kwetsbare groep, waaronder gehospitaliseerde oudere cliënten met grote gedragsproblematiek. Daartoe zijn er diverse zogeheten BW-plus-woonvormen Het is de verwachting dat deze cliënten langdurig (of zelfs permanent) de 24-uurs zorg nodig hebben. Praktische hulp, toezicht en nabijheid zijn nodig voor het behouden van een aanvaardbare dagelijkse levenskwaliteit. Zelfstandig wonen is dan niet aan de orde.
Naar schatting gaat het om 10 tot 20% van de gehele doelgroep beschermd wonen[61].
Er is nog een tweede groep langdurig zorgafhankelijken, cliënten die eigenlijk moeilijk te ondersteunen zijn in de reguliere 24-uurswoonvormen, veelal door verslavingsgerelateerde problematiek. Deze ongeveer 25 a 30 cliënten in onze regio zijn vaak al door verschillende instellingen ondersteund, maar tot een doorlopend en succesvol hersteltraject is het nooit gekomen, onder andere omdat zij moeilijk in een groep kunnen wonen (‘groepsongeschikt’) en in een woonvoorziening veel overlast kunnen geven. Zij vormen een ‘harde kern’ bij besprekingen in het Veiligheidshuis. Voor deze groep zijn meer individuele duurzame woonplekken nodig, bijvoorbeeld Skaeve Huse (zie §6.6).

Intramuraal wonen als het niet anders kan
Hoewel 24-uurs wonen voor een deel van de cliënten hard nodig is, zijn er enkele nadelen aan verbonden:
- Voelt cliënt minder thuis dan bij een eigen woning; met minder eigenheid, zeggenschap en privacy;
- Doorgaans beheersingsproblemen door groepsdynamiek;
- Hogere kosten.

Intramuraal wonen is niet een doel op zich, maar een voorwaarde voor sommige cliënten om tot herstel te komen. Het geeft stabilisatie, bescherming, compensatie van het (tijdelijk) verlies van zelfregie, ondersteuning om met een goede bejegening en ondersteuning op verschillende leefgebieden in balans te komen. We zien intramuraal wonen bij voorkeur als iets tijdelijks, liefst hooguit enkele weken of maanden en desnoods enkele jaren. Het intramuraal wonen is alleen geëigend als er geen alternatief is van een eigen woning of als zelfstandig wonen onverantwoord is.

3.5 Verbeterrichtingen

De meeste cliënten hebben duidelijk een voorkeur voor een vorm van zelfstandig wonen in een gewone wijk. Nu wonen er nog circa 850 cliënten in een intramurale woonvorm. Er zijn twee oplossingsrichtingen:
- Dat meer cliënten zelfstandig thuis blijven wonen (‘preventie’);
- Dat meer cliënten zelfstandig thuis gaan wonen (‘uitstromen’)

Meer mensen blijven zelfstandig thuis wonen
De grootste winst is te halen door mensen niet te laten instromen in intramurale woonvormen van de maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Dit kan door op tijd intensieve ambulante zorg te bieden, Mogelijk ook dat mensen op de wachtlijst voldoende hebben aan intensieve ambulante begeleiding. Voorkomen moet worden dat mensen hun ‘kostbare thuis’ kwijtraken, waarna een moeizame en discontinue tocht op andere woon- en verblijfsplekken plaatsvindt. Door zo’n preventieve aanpak is veel persoonlijke en maatschappelijke winst te behalen. Daartoe is dus nodig:
- Een verbeterde en vervroegde signalering;
- Een meer aangepaste en mogelijk meer intensieve herstelondersteuning.

[61] Over deze groep bestaat een landelijke discussie of de Wlz als wettelijk kader niet geschikter is dan de Wmo om passende zorg te regelen. Op 1 februari 2016 heeft staatssecretaris Van Rijn (VWS) aan de Tweede Kamer een advies van het Zorginstituut Nederland aangeboden.

Ook in de vrouwenopvang is landelijk en in de regio als enige jaren een ontwikkeling gaande om cliënten die te maken hebben met huiselijk geweld in staat te stellen thuis te kunnen blijven wonen (door de instelling van het preventief huisverbod sinds 2008, door AWARE-trajecten[62] en door een vroegtijdige, systeemgerichte aanpak[63]).

Meer mensen gaan zelfstandig thuis wonen
Een substantieel deel van de gehele intramurale populatie zou zelfstandig in een eigen woning kunnen gaan wonen, dat wil zeggen in één van de varianten A, B of C. Dat kan als de volgende voorwaarden gerealiseerd kunnen gaan worden:

- De beschikbaarheid van flexibele herstelondersteuning (met de mogelijkheid om de ambulante ondersteuning te intensiveren en aan te bieden in de gewone samenleving);
- De beschikbaarheid van 24 –uurs bereikbaarheid en toezicht en op afstand (beschermd karakter);
- Voldoende woningen: voor het wonen in de wijk is een gevarieerd assortiment aan woonvarianten nodig in overeenstemming met de verschillende woonwensen van kwetsbare mensen. Er is een wens in onze regio (en ok in andere regio's in Nederland) voor een grote verschuiving van intramuraal wonen naar zelfstandig wonen met passende begeleiding.

De huidige intramurale capaciteit zal de komende jaren daarmee fors kleiner kunnen worden. Schematisch is bovenstaande verschuiving weer te geven als op het figuur op pagina 27.

Zelfstandig blijven wonen, maar zelf huur betalen (omklappen)
Een deel van de cliënten woont al redelijk zelfstandig (met een eigen voordeur en eigen appartement), maar woont formeel nog wel 'intramuraal'. Deze cliënten zouden op korte termijn de woning 'op eigen naam' kunnen krijgen, dat wil zeggen dat ze de woning zelfstandig gaan huren van de corporatie. Het omklappen slaat op het huurcontract: van een huurcontract tussen zorgaanbieder en woningcorporaties naar een huurcontract van bewoner (cliënt) en woningcorporatie.
Omklappen heeft diverse voordelen:

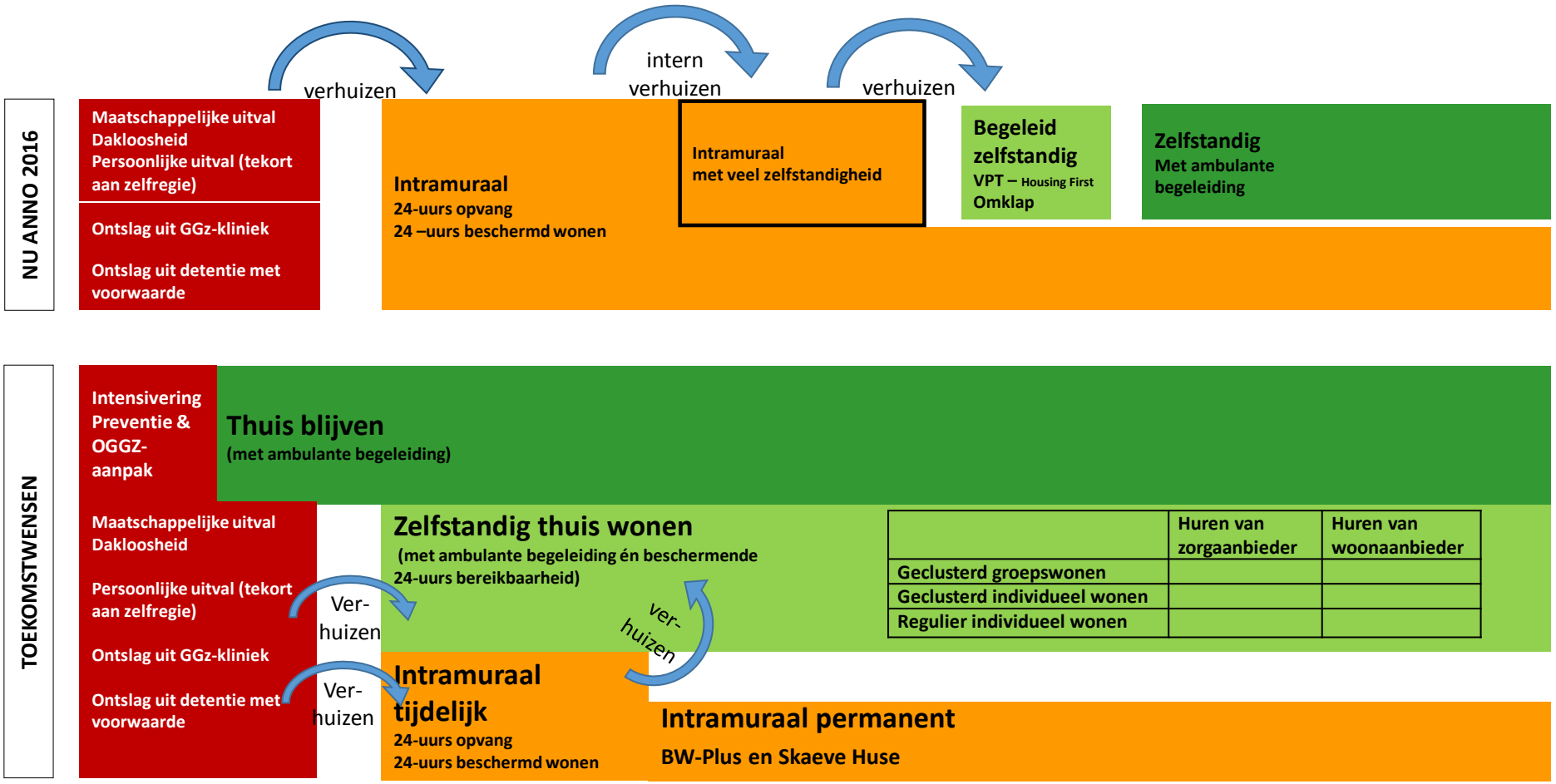
- Meer thuisgevoel;
- Appel op inwonerschap in plaats van cliënt zijn;
- Opgebouwde netwerk blijft.

Het kan wenselijk zijn om deze woningen voor de doelgroep geclusterd te behouden, omdat een deel van de doelgroep het prettig vindt vlakbij elkaar in de buurt te wonen en er ook gemeenschappelijke activiteiten mogelijk zijn (vrijetijd, educatie en ontmoeting). Bij vertrek van een bewoner van een omgeklapte woning kan voorrang gegeven worden aan een bewoner uit de doelgroep.

Meer woningen
In onze regio zijn weinig goedkope[64] kleine woningen beschikbaar voor onze doelgroep. Ook andere groepen doen een beroep op woningvoorraad zoals vluchtelingen met een verblijfsstatus en ouderen die langer zelfstandig blijven wonen. Er zijn dus meer goedkope, kleinere, gevarieerde zelfstandige woonunits nodig in de regio. Voor het realiseren hiervan is een forse inspanning nodig waarbij nauwe samenwerking nodig is tussen gemeenten, woningcorporaties en aanbieders (met name in prestatieafspraken). Bij de bekostiging van de extra (aangepaste) woningen kunnen de besparingen betrokken worden die er zijn ten gevolge van het vervallen van een deel van de intramurale woonvormen. Dit brengt wel diverse uitvoeringsvraagstukken met zich mee, bijvoorbeeld het mogelijk moeten wijzigen van het bestemmingsplan (van maatschappelijk vastgoed naar wonen).

[62] Aware=Abused Women's Active Response Emergency is er voor slachtoffers van stalking die systematisch te maken hebben met fysieke of mentale bedreigingen. Het is enerzijds een veiligheidsmaatregel in de vorm van een mobiel alarmsysteem bij vrouwen thuis en anderzijds een hulpverleningstraject gericht op empowerment.
[63] Een voorbeeld in de regio is de ontwikkeling van het ambulante programma *Oranje Huis Thuis*, voor gezinnen waarin huiselijk geweld langdurig en bij herhaling speelt en beide partners bij elkaar willen blijven. De Oranje HuisThuis aanpak richt zich op het creëren van veilige omstandigheden voor alle betrokkenen en op het verminderen van risicofactoren die leiden tot huiselijk geweld. De hulpverlening vindt in het eigen huis van het gezin plaats.
[64] Betaalbare huur (kale huur) voor de laagste inkomens is € 389 (A.Boersma, 2015).

Verschuiving huisvesting door preventie én ambulantisering



Housing First-model
Het succesvolle model Housing First is enkele jaren geleden overgekomen uit Canada en de Verenigde Staten. Daar waar de maatschappelijke opvang gewend was om cliënten eerst te trainen en dan stapsgewijs door te laten stromen naar een eigen huis is het principe van Housing First: eerst snel een huis en dan intensieve begeleiding[65]. Inmiddels wordt het model in diverse steden in Nederland toegepast waaronder Haarlem en Amsterdam. In Amsterdam is de werkwijze onderzocht. De resultaten waren indrukwekkend: 77% van de deelnemers aan het project heeft na vijf jaar nog steeds stabiele huisvesting. De zorg is overwegend goedkoper dan intramurale zorg en de bewoners zijn erg tevreden: ze geven het cijfer 8.2[66]. Dit model past goed in de visie om meer te werken naar eigen woningen voor cliënten, een eigen thuis, in plaats van hen te bewegen steeds door te stromen en te verhuizen 'als ze hun best doen'. Nachtopvang zou crisisopvang moeten zijn, heel kort waarna een vervolgtaject naar housing first, of naar een vorm van wonen waar een langere periode van stabilisatie en herstel nodig is (enkele jaren).

Skaeve Huse
Vertegenwoordigers van de zorginstellingen adviseren de plaatsing van zogeheten Skaeve Huse[67] in de regio, met name in dun bevolkte plekken ('de rafelranden') van verschillende gemeenten in clusters van maximaal 6 woningen bijeen. In dit woonconcept zijn niet teveel regels, is middelengebruik toegestaan en worden vaste kosten (bijvoorbeeld voor huur en ziektekostenverzekering) ingehouden op de uitkering. Er zijn in het land verschillende varianten van dit concept, met verschillende namen. Het gaat om zware, langdurige zorg in een zorgwoning, specifiek voor deze doelgroep. Gevoelsmatig is het misschien niet intramuraal, maar zelfstandig wonen.

Meer uitstroom uit intramurale woonvormen
Er zijn veel cliënten in de opvang en beschermd wonen die uit kunnen stromen naar een woning, maar dat niet kunnen door een gebrek aan woningen. Hierdoor raken de opvang en beschermd wonen verstopt. Door én meer woningen én meer trajectmatig werken[68] is er meer uitstroom mogelijk uit intramuraal beschermd wonen. Dat zou de druk op de huidige capaciteit sterk verminderen van zowel maatschappelijke opvang als beschermd wonen.
Het is ongewis wat de effecten zijn van een forse toename van cliënten die uit de maatschappelijke opvang uitstromen. Gezien het grote aantal cliënten dat zich in 2015 bij de BCT gemeld hebben met aan dakloosheid gerelateerde problematiek (645 unieke personen) kan er een nieuwe stroom opgang komen 'vanuit de kieren van de samenleving'.

[65] Bron: http://www.rokusloopik.com
[66] Bron: http://www.opvang.nl/site/item/goed-alternatief-housing-first1
[67] Skaeve Huse, vrij vertaald vanuit het Deens: 'rare huizen', zijn woningen bedoeld voor personen die voor zware overlast in de omgeving zorgen. Dit zijn veelal moeilijk te huisvesten drank- of drugsverslaafden. Door hen te huisvesten in Skaeve Huse wordt de overlast een halt toegeroepen. Het gaat bij Skaeve Huse om aparte huisvesting in simpele, vrijstaande containerwoningen. De gemeenten Amsterdam, Kampen, Maastricht, Tilburg en Utrecht maken reeds gebruik van Skaeve Huse (Bron: http://www.ccv-veiligheidsbeleving.nl).
[68] Vanuit de gemeente Haarlem zijn voor het verkrijgen van woningen voor kwetsbare groepen specifieke functionarissen aangesteld.

4. Herstelondersteuning

4.1 Inleiding

Naast huisvesting hebben de cliënten ondersteuning nodig bij het herstellen op de verschillende leefgebieden. Daartoe zijn er diverse bronnen van ondersteuning mogelijk, zowel in de directe omgeving van de cliënt, als in het geheel van professionele aanbieders. In de gesprekken die in het visievormingstraject gevoerd hebben kwamen acht basiskwaliteitseisen naar voren ten aanzien van het ondersteuningsaanbod. Daar beginnen we mee in dit hoofdstuk (§4.2). Daarna gaan we in op de verschillende bronnen van ondersteuning, die we in vier niveaus clusteren (§4.3). Vervolgens staan we uitgebreid stil bij de aanpak op de verschillende leefgebieden (§4.4). We eindigen weer met de verbeterrichtingen die we mochten optekenen (§4.5).

4.2 Kwaliteit

In het visievormingstraject kwamen uit de diverse bijeenkomsten en gesprekken acht 'basiskwaliteitseisen' naar boven:

a. Flexibel (vraaggericht maatwerk)
Als cliënten zelfstandig wonen is maatwerk nodig. Door flexibel inzetbare ondersteuning (dat kan intensief zijn zoals meerdere per dag gedurende meerdere dagen per week) kan gezorgd worden voor voldoende continuïteit en nabijheid van professionals. Het kan zijn dat een dergelijke ondersteuning langdurig nodig is. Het perspectief en de behoeften van kwetsbare mensen zijn leidend (zie hoofdstuk 5 over taxeren en arrangeren). Centraal stellen wat voor de bewoners van waarde is.

b. Persoonlijk respect en vertrouwen
Cliënten wensen een luisterend oor en oprechte belangstelling en inlevingsvermogen voor hun verhaal en noden. Het eigen levensverhaal dient centraal te staan. Van professionals verwachten zij vertrouwen en wederkerigheid, naast de cliënt staan. Een goede relatie met cliënt[69] (een 'klik') is voorwaarde voor een goed verloop van het hersteltraject, met goede resultaten.

c. Regieversterkend, empowerend, herstelgericht
Uitgangspunt van herstelondersteuning is wat de mensen kunnen en willen. Herstel is vooral het terugwinnen van de eigen regie en het zelforganiserend vermogen, is het versterken van vaardigheden en veerkracht. Waarbij er een positieve insteek is met het benoemen van talenten en mogelijkheden. Het gaat dan ook om de mogelijkheden van het eigen sociale netwerk.

d. Bereikbaar en nabij
De cliënten moeten snel een beroep kunnen doen op ondersteuning als ze daar om vragen. Geen drempels om te bellen of mailen.

e. Aansluitend bij de leefwereld
De ondersteuning niet teveel vastleggen in procedures en protocollen. Plannen en afspraken in het herstelplan moeten aansluiten bij de leefwereld van de cliënt. Daartoe kan creativiteit nodig zijn. Samen zoeken naar manieren van werken die echt aansluiten bij de cliënt. Dat kan anders zijn dan de geijkte paden.

f. Professioneel deskundig
Methodisch werken, met vakkennis en competenties op het terrein van ondersteunen, met nadruk op:

[69] Gewezen werd op de publicatie Freedom First (C.Muusse, 2015) waarin beschreven wordt hoe een persoonsgerichte benadering sterk bijdraagt aan de wensen en behoeften en hun mogelijkheden vergroot om volwaardig aan de samenleving deel te nemen. Belangrijke elementen zijn wederkerigheid, het aangaan van een persoonlijke relatie en aandacht voor het levensverhaal van iemand.

- Empowerend werken;
- Netwerkgericht werken;
- Trajectmatig werken.

Ook kunnen omgaan met de vele dilemma's die eigen zijn in het werken met cliënten met meervoudige problematiek.

g. Ervaringsdeskundig[70]

Er wordt veel verwacht van de inzet van ervaringsdeskundigen. De laatste jaren wordt daar ook in onze regio meer mee gewerkt in enkele instellingen. Er zijn goede ervaringen met deze voor herstelondersteuning opgeleide ervaringsdeskundigen. Ervaringsdeskundigen zijn bij het hersteltraject van toegevoegde waarde, naast de cliënt en de professional, met een nadruk op empowerment, begrip en het leren van herstelvaardigheden.

h. Samenhangend (integraal en continu)

Hoewel er meerdere professionals, vrijwilligers of ervaringsdeskundigen bij het hersteltraject betrokken kunnen zijn, is het zaak dat er één samenhangend traject komt (zie hoofdstuk 5). De cliënt zou de ondersteuning als één geheel moeten ervaren:

- Gelijktijdige afstemming tussen betrokkenen (met inzet op meerdere leefgebieden);
- Afstemming in de loop van de tijd: continuïteit van ondersteuning en het liefst van personen.

Deze kwaliteitseisen sluiten aan bij de Basis Kwaliteitseisen Beschermd Wonen, die de VNG onlangs gepresenteerd heeft[71] en waarbij de cliënt en zijn/haar doelen het vertrekpunt zijn: 'Een professional ondersteunt een cliënt vanuit de (zorg)visie van de organisatie, waarbij (een gevoel van) veiligheid, bejegening en aansluiten op wensen en doelen van de cliënten belangrijke onderwerpen zijn. In de uitvoering van de ondersteuning maakt de professional een afweging tussen het inzetten van bewezen effectieve interventies en het inzetten/ ontwikkelen van andere interventies (indien de bewezen interventies niet passend zijn). De afweging maakt de professional vanuit de ervaringskennis en/of professionele autonomie.'

Kwaliteit van de ondersteuning wordt grotendeels bepaald door de competenties van de professionals[72].

4.3 Vier niveaus van ondersteuning

We kunnen onderscheid maken in vier niveaus van ondersteuning, variërend van informele ondersteuning in de eigen omgeving, tot gespecialiseerde zorg. Dit sluit aan bij de verschillende ondersteuningsbronnen waar we het in §2.4 over hadden:

- Informele ondersteuning, eigen netwerk;
- Basisaanbod;
- Maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang;
- Gespecialiseerde zorg.

Informele ondersteuning

Een belangrijke bron voor ondersteuning is het eigen netwerk van familie, buren en vrienden. Het eigen netwerk bevordert herstel, bijvoorbeeld door prettige contacten of door de cliënt te helpen met praktische vaardigheden. In veel gevallen is het netwerk van cliënten heel klein. Herstel van de cliënt op

[70] Het begrip ervaringsdeskundigheid wordt de laatste jaren steeds vaker gebruikt. Het is een term om aan te geven dat iemand niet alleen geleerd heeft van zijn ervaringen, maar deze ook gebruikt als bron van kennis om daarmee anderen verder te helpen. In begripsbeschrijvingen wordt vaak een driedeling aangebracht: ervaring, ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid (A. van Bergen, 2015).

[71] Ontwikkeld als onderdeel van het programma 'Opvang en Bescherming' (VNG, dec 2015)

[72] In deze zin wordt wel gesproken over multideskundigheid van professionals, met het combineren van vier rollen: adviseur (analyse en kennis), interventionist (technisch, methodisch handelen), coach (cliënt helpen zichzelf te helpen) en ervaringsdeskundige (bewust zijn van of inzet van eigen ervaringen). Bron: P.Delespaul, H.9.

dit leefgebied is niet altijd eenvoudig, maar wel belangrijk. Een opgave voor de cliënt en professionals om naar aanknopingspunten te zoeken:

- Herstellen van verwaterde contacten met familie en vrienden;
- Zoeken van een woning in de buurt van bekenden;
- Dagbesteding geeft de mogelijkheid tot het leren kennen van anderen;
- Het uitoefenen en delen van hobby's;
- Gebruik maken van maatjesprojecten.

Niet alle cliënten hebben behoefte aan veel contacten, dus ook hier is maatwerk van belang.

Basisaanbod
Als er veel meer cliënten zelfstandig in de wijk wonen is meer verbinding met het basisaanbod[73] nodig, zowel in de gezondheidszorg (huisarts en praktijkondersteuner huisarts) als het sociale domein (sociaal wijkteam, maatschappelijk werk, welzijnswerk, sport- en culturele activiteiten). Bij het arrangeren van een hersteltraject kan geput worden uit deze ondersteuningsbronnen. Daartoe is onder andere bekendheid bij de directe ondersteuners nodig van alle aanbod in de buurt (sociale kaart of een soort Facebook voor alle wijkprofessionals). Het gaat dan vooral over de beschikbaarheid van laagdrempelige inloop en ontmoetingsplekken.

Maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang
De verantwoordelijkheid voor deze deelsectoren ligt vooralsnog bij de centrumgemeente Haarlem in samenwerking met de negen regiogemeenten. Maar in verband met de ophanden zijnde doordecentralisatie naar alle gemeenten wordt het een verantwoordelijkheid van álle gemeenten. Hoewel er steeds meer verbinding komt met andere delen van de Wmo, kunnen deze 'maatwerkvoorzieningen' als aparte 'sector' gezien worden. Nieuw is wel dat het in de nabije toekomst niet alleen ondersteuning is met een vast pakket van wonen en ondersteuning, maar dat het voor een groter deel gaat om 'gespecialiseerde' ambulante herstelondersteuning.

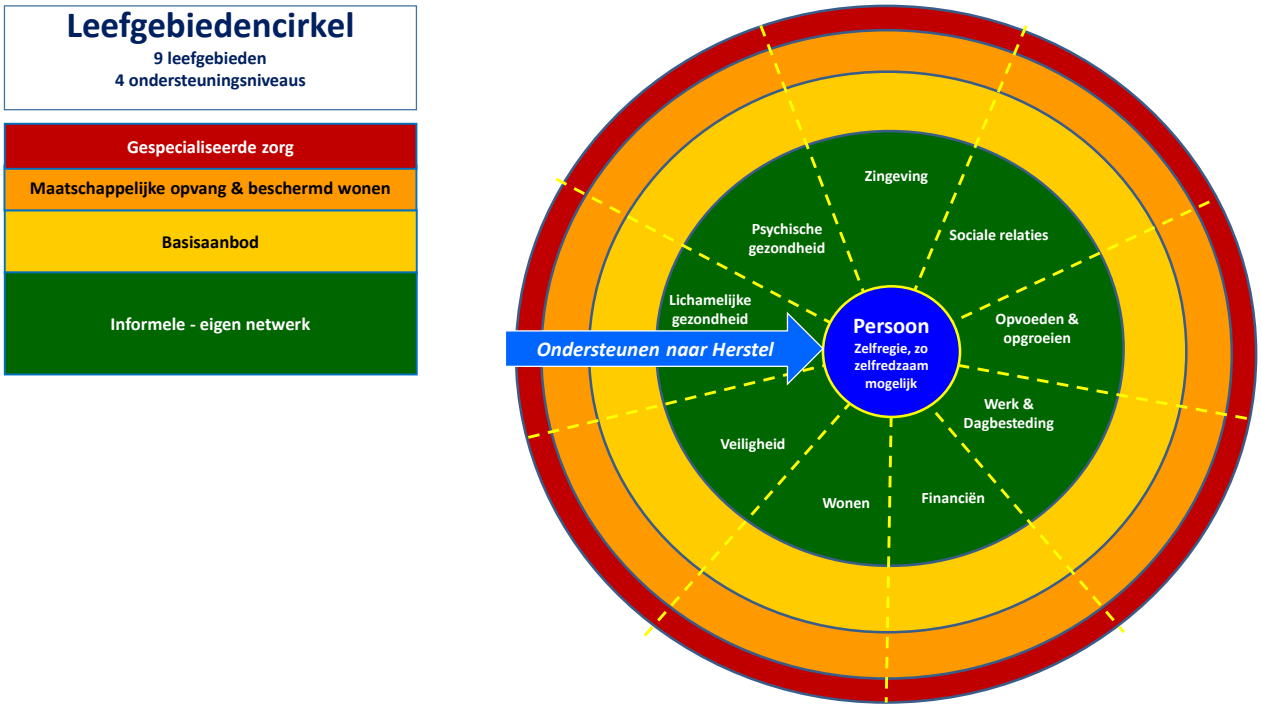
Gespecialiseerde zorg
Veel cliënten in de maatschappelijke opvang en beschermd wonen hebben een vorm van gespecialiseerde ondersteuning nodig zoals GGZ-behandeling of verslavingszorg. Deze zorg vindt plaats vanuit de zorgverzekeringswet.

4.4 Herstel op meerdere leefgebieden

Zoals gezegd hebben de cliënten ondersteuningsvragen op meerdere leefgebieden. Zoals eerder gemeld in hoofdstuk 1 maken we hierbij onderscheid in negen leefgebieden (zie het volgende figuur) [74].

[73] Men spreekt hier doorgaans over algemene voorzieningen en collectieve voorzieningen: aanbod dat zonder voorafgaand onderzoek naar de behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden van de gebruikers, toegankelijk is. Hier valt veel onder: onderwijs, openbaar vervoer, jongerenwerk, inloopvoorzieningen, vrijwillige thuishulp, maatjesprojecten etc.

[74] Deze 9 leefgebieden komen sterk overeen met de 11 domeinen van de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM).De ZRM is het instrument waarmee behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers in de (openbare) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden, de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen. De domeinen van deze ZRM zijn: financiën, dagbesteding, huisvesting, huiselijke relaties, geestelijke gezondheid, lichamelijke gezondheid, verslaving, activiteiten dagelijks leven, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. De ZRM spreekt niet over leefgebieden, maar over domeinen, waaronder twee probleemgebieden: verslaving en justitie.



Idealiter kunnen inwoners met hun vragen en problemen terecht bij hun eigen netwerk (zie kleur groen), soms in combinatie met ondersteuning van basisaanbod in de gezondheidszorg (huisarts) en het sociaal domein (maatschappelijk werk, sociaal netwerk, zie kleur geel). De doelgroep van ons beleidskader heeft óók ondersteuning nodig in het verkrijgen van huisvesting en gespecialiseerde herstelondersteunende zorg (zie ook §4.3).

In het visievormingstraject zijn de negen leefgebieden besproken met een focus op de beschikbaarheid van passende ondersteuning voor de doelgroep. In het onderstaande geven we een overzicht wat we in de gesprekken opgehaald hebben.

Financiën

Het aanpakken van schulden is vaak een randvoorwaarde voor het hersteltraject[75]. Het hebben van schulden verzwakt niet alleen 'de eigen kracht' van de cliënt, ook kunnen basale perspectieven niet meer bereikt worden, zoals uitstroom uit intramuraal wonen naar het zelfstandig huren van een woning. Dat blokkeert de herstelmotivatie. Daarom heeft ondersteuning op het leefgebied 'financiën' vaak prioriteit vanaf het begin van een hersteltraject. Mogelijkheden zijn:

- Goed in beeld brengen van de financiële situatie (financiële intake);
- Budgetbeheer;
- Schuldhulp en schuldsanering;
- Bewindvoering (beschermingsbewind);
- Vaardigheidstraining (professionals, vrijwilligers die financieel onderlegd zijn of maatjes).

Maatwerk is vereist. Zo kan bewindvoering voor de ene cliënt een uitstekend instrument zijn en voor een andere een ondermijning van de zelfregie. Bij schuldhulp houden gemeenten rekening met de kwetsbare groepen door meer tijd te nemen om de juiste begeleiding te kunnen arrangeren[76]. Er wordt nauw samengewerkt met de ondersteunende professionals om tot een duurzame oplossing van de financiële problemen van de cliënt te komen.

[75] 'Daklozen ontvangen ondersteuning op maat bij het oplossen van financiële problemen' is één van de ambities van het Regionaal Kompas Maatschappelijke Opvang

[76] Voor klanten schulddienstverlening uit de Kwetsbare Doelgroepen wordt zes maanden uitgetrokken om in te schatten of een schuldbemiddeling een realistische, haalbare oplossing voor het probleem van de klant is. Dit in tegenstelling tot de reguliere termijn van drie maanden. Bron: Beleidsplan schulddienstverlening 2016 – 2019

Werk en dagbesteding
Werk of dagbesteding is een onlosmakelijk onderdeel voor het herstel van cliënten. Er zijn diverse doelen te formuleren voor werk of dagbesteding:

- Het draagt bij aan zingeving, eigen waarde, je nuttig voelen, meetellen, positieve gedachten, herstel;
- Het geeft mogelijkheden om allerlei vaardigheden te ontwikkelen (vorming, persoonlijke ontwikkeling);
- Het geeft mogelijkheden voor het ontmoeten van mensen, opbouwen van contacten, participatie en inclusie;
- Het geeft structuur aan de dag en het leven.

Er is een brede wens dat werk of dagbesteding voor álle cliënten beschikbaar is, bij voorkeur:

1. Regulier werk of beschut werk (indicatie Doelgroepenregister), met loon;
2. Werkgerelateerde dagbesteding[77], of zo arbeidsmatig mogelijk[78];
3. Algemeen toegankelijk ('indicatieloos'), snel vindbaar;
4. Buiten de wooninstelling en midden in de samenleving (eventueel bij sociale firma's);
5. Altijd op maat van de cliënt, met een periodiek nagaan of het werk of de dagbesteding nog passend is.

Voor oudere cliënten moet de mogelijkheid blijven bestaan om binnenshuis activiteiten te doen. Zogenaamde activiteiten gerelateerd aan het gemeenschappelijk voeren van een huishouden (corveetaken, maar ook een spelletje doen) worden echter niet als 'dagbesteding' beschouwd, maar behoren bij het 'wonen'.
De cliënten zijn zeer divers qua wensen, vaardigheden en beperkingen op het terrein van werk en dagbesteding. Daarom is er een breed assortiment van dagbesteding, werk, vrijwilligerswerk en onderwijs nodig, een waaier van werk- en dagbestedingsmogelijkheden. Hierbij passen ook laagdrempelige inloopcentra in de wijk en aanbod in de basisinfrastructuur.

De gemeente Haarlem is nieuw beleid aan het ontwikkelen[79] ten aanzien van de (extramurale) dagbesteding. Dit beleid is gericht op het positioneren van laagdrempelige (re)creatieve activiteiten/ dagbesteding t.b.v. sociaal contact in de basisinfrastructuur. Daarnaast is het beleid erop gericht om deelname aan arbeidsmatige dagbesteding te bevorderen. Het doel van het nieuw beleid is de ondersteuning dichter bij de cliënt te brengen en aan te laten sluiten bij de eigen mogelijkheden. Het aanbod is dan niet gericht op het leveren van zorg, maar op begeleiding en ondersteuning naar herstel of participatie.

Sociale relaties
Het hebben van een eigen sociaal netwerk is van zeer groot belang voor cliënten, in de eerste plaats voor het welbevinden. Een eigen sociaal netwerk kan ook een essentiële rol vervullen in het hersteltraject dat gearrangeerd wordt. Echter hebben veel cliënten dierbare contacten verloren. Eenzaamheid is een groot risico, juist bij cliënten die zelfstandig thuis gaan wonen. Het herstellen van verwaterde contacten (familie en vrienden) of het opbouwen van een nieuw netwerk kost veel tijd. Veel professionals vinden het moeilijk om de juiste aanpak te vinden waarop het netwerk te versterken is. In het sociaal domein wordt het hebben (of ontbreken) van een netwerk doorgaans wel goed in kaart gebracht. Er zijn ook diverse netwerkversterkende methodieken beschikbaar. De kunst (en grote opgave) is om die goed in de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen te implementeren.

Lichamelijke gezondheid

[77] '(Arbeidsmatige) dagbesteding voor (ex-)daklozen is een onlosmakelijk onderdeel van het maatschappelijk herstel' is één van de ambities van het Regionaal Kompas Maatschappelijke Opvang. Waarom deze tekst als voetnoot? Zie geen directe link met 'buiten de instelling en midden in de samenleving'
[78] Er leeft in de regio een brede wens om de term 'dagbesteding' te vermijden en te vervangen door bijvoorbeeld 'werk en activiteiten': of 'beschermd werk' of 'maatschappelijke deelname en werk.
[79] Er is een inventarisatie uitgevoerd (Wight, 2016) en er is een Plan van Aanpak in de maak waarbij ook afstemming gezocht wordt met de ambities die er in de sector Opvang, Wonen en Herstel zijn ten aanzien van werk en dagbesteding.

Bij cliënten die dakloos zijn geworden komt de aandacht voor persoonlijke verzorging en hygiëne doorgaans niet op de eerste plaats. De cliënt heeft andere zorgen aan het hoofd en andere prioriteiten, zoals middelengebruik. En aan zelfverzorgingsmiddelen zijn kosten verbonden. Professionals in de opvang en het beschermd wonen, gaan na een periode van stabilisatie wel aandacht aan dit leefgebied schenken en vooral aan de motivatie voor zelfverzorging. Een verzorgd uiterlijk helpt je bij het aangaan van contacten en het werken in een dagbesteding. 'Eigenlijk wil niemand stinken'.
De beschikbaarheid van huisarts dient er voor alle inwoners te zijn. Bij nieuwe cliënten moeten er wel aan een aantal randvoorwaarden voldaan zijn, zoals verzekering, woonadres, inschrijving GBA en de mogelijkheid dat een professional of vrijwilliger mee gaat, om no show te voorkomen.
Alle intramurale zorginstellingen hebben samenwerkingscontacten met huisartsen. Soms zijn er specifieke afspraken over spreekuurmogelijkheden en begeleiding bij medicatieverstrekking.

Psychische gezondheid
Veel cliënten hebben contact met een behandelaar van de GGZ. Dat is zorg gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Ambulante behandeling wordt uitgevoerd door verschillende disciplines, met name psychiaters, psychotherapeuten en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De behandeling is gericht op het verminderen van psychische klachten. Er is Basis-GGZ voor lichtere en matige psychische problemen en Gespecialiseerde GGZ voor zwaardere psychische problemen.
De gesprekspartners in het visievormingstraject ervaren dat de drempel voor GGZ de laatste jaren hoger geworden is en dat er minder outreachend maatwerk mogelijk is, bijvoorbeeld bij cliënten die onregelmatig verschijnen bij de professionals (no-show). Hierdoor verliezen cliënten het behandelcontact. De ervaring is dat er ook meer afstand ontstaan is tussen Wmo-professionals en behandelaars, waardoor een gezamenlijk op- of afschalen naar passende zorg lastiger wordt.

Veiligheid
Veiligheid (je veilig voelen) is een belangrijk aspect voor alle woonsituaties: in opvang- en woonvoorzieningen en in zelfstandige woningen. De professionals vormen doorgaans de basis van veiligheid in woonvoorzieningen. Woonvoorzieningen hebben protocollen om de veiligheid te optimaliseren, bijvoorbeeld inzake brandveiligheid, de toegang voor externe personen, incidentenregistratie.
Bij zelfstandige woningen (beschermd wonen) is er 24-uurs bereikbaarheid en wordt de cliënt geleerd wat te doen bij onveilige situaties en risico's.
De wens van veiligheid is ook nadrukkelijk aan de orde bij huiselijk geweld, waar vrouwen uit de vrouwenopvang mee geconfronteerd zijn (geweest).

Opvoeden en opgroeien
Zowel in de maatschappelijke opvang als de vrouwenopvang zijn er ook gezinnen, dus kinderen[80]. Deze kinderen groeien onder zeer ongunstige omstandigheden op. Het verblijf in een opvanginstelling is vanuit pedagogisch oogpunt niet wenselijk. Samenwerking met de zorg voor jeugd is gewenst.

Zingeving
Bij het leefgebied zingeving gaat het om de drijfveren, de motivatie, de cultuur en de waarden van een persoon. In tijden van crisis, rouw of verlies worden zingevingsvragen dringender. Cliënten in de opvang en het beschermd wonen maken zulke tijden door. Maar helaas raken zingevingsvragen vaak ondergesneeuwd[81]. Dat was ook de ervaring van een aantal gesprekspartners in het visievormingstraject. 'Zingeving is een voertuig om je er doorheen te slepen in moeilijke perioden', zo vertelde een voormalig cliënt. Het kan dan om kleine dingen gaan, vooral werkelijke aandacht, succesjes, kleine stappen.

[80] In 2011 bevonden zich in totaal 7.133 kinderen jonger dan 18 jaar in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang (Bron. Factsheet Kinderen in de opvang. https://www.voordejeugd.nl/actueel/nieuwsberichten/1123-kinderen-in-de-maatschappelijke-opvang). Het is niet bekend hoeveel kinderen er in de regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer in de opvang bevinden.
[81] Bron: Grootoonk, E.; Akkermans, C.; Brocaar, J.; Leeuwen-den Dekker, P, Zin werkt
Zingeving in de hulp aan dak- en thuislozen, MOVISIE, Hogeschool Utrecht, Bureau Akkermans

De zingeving is een persoonlijk proces, maar heeft ook altijd te maken met anderen (contact, wederkerigheid). Ervaringsdeskundigen kunnen veel betekenen voor de zingeving bij cliënten. Zingeving is een bron voor herstel.

4.5 Verbeterrichtingen

In deze paragraaf geven we overzichten van oplossingsrichtingen die in de gesprekken van het visievormingstraject zijn genoemd.

Algemeen

- De ontwikkeling om in de ondersteuning meer met ervaringsdeskundigen te werken uitbreiden.

Financiën

- Goedkoper maken van bewindvoering;
- Nagaan of er gemeentelijke noodbudgetten ingesteld kunnen worden om te voorkomen dat een schuld een hersteltraject richting zelfstandig wonen langdurig belemmerd en daarmee grotere persoonlijke en maatschappelijke nadelen met zich meebrengt dan 'de schuld hoog is';
- Afstemming met schuldhulpbeleid van de gemeenten en daarbij op zoek gaan naar integrale oplossingen voor financiële problemen.

Dagbesteding

Verbetermogelijkheden aantal cliënten met dagbesteding

- Er zijn nog te weinig dagbestedingsmogelijkheden voor de cliënten, met name voor cliënten in de maatschappelijke opvang. In feite zouden alle cliënten een dagbesteding moeten hebben of aangeboden krijgen, dagbesteding dat verder gaat dan het uitvoeren van corveetaken op een woon- of opvanglocatie;
- Buiten beschermd wonen en maatschappelijke opvang zijn er voldoende dagbestedingsmogelijkheden bij de maatwerkaanbieders. Het is zowel wenselijk als mogelijk dat cliënten van maatschappelijke opvang en beschermd wonen hier gebruik van maken.

Verbetermogelijkheden toegang van dagbesteding

- Bij het taxeren en het arrangeren is het leefgebied werk en activiteiten een hele belangrijke. Er is dan een goede vraagverheldering nodig: wat kan en wat wil de cliënt (in plaats van alleen kijken naar beperkingen), rekening houdend met diens beperkingen;
- Veel betere vindbaarheid en toeleiding: een informatiepunt (website of loket) voor dagbesteding om regionaal het matchen tussen vraag en aanbod te faciliteren. Hier zouden cliënten, begeleiders en werkgevers terecht kunnen;
- Meer maatwerk door trajectmatig te werken en periodiek te blijven kijken of de dagbesteding nog passend is, of dat er doorstroming gewenst is;
- Nagaan of het afschaffen van dagbesteding als maatwerkvoorziening (waardoor geen beschikking meer nodig is voor deelname) haalbaar is om dagbesteding laagdrempeliger en vrij toegankelijk te maken, waarbij cliënten daartoe terecht kunnen bij hun eigen gemeente;
- Aandacht voor het motiveren van cliënten (niet verplichten wel aandringen) door vergoedingen, voorkomen van eigen bijdragen en de mogelijkheid om diploma's te halen: 'inzet loont';
- Meer werken aan doorstroom in de dagbesteding richting werk.

Verbetermogelijkheden assortiment dagbesteding

- Dagbesteding zou doelgroepoverstijgend kunnen worden, dat wil zeggen plaatsen zouden voor meerdere doelgroepen geschikt gemaakt kunnen, zodat er meer keus voor de cliënten mogelijk is. Daarbij meer gebruik maken van laagdrempelige dagbesteding van het welzijnswerk. Dit is al mogelijk, dat aanbod staat al open voor iedereen. Alleen betreft het alleen het lichtere type dagbesteding: inloop, ontmoeting, maaltijden en contact.
- Meer aandacht voor arbeidsmatige dagbesteding met aandacht voor training en ontwikkeling als mogelijke springplank naar werk. Beter voorbereiden op werk en een springplank naar werk

organiseren. Hiertoe organiseert de Herstelacademie (i.o.) activiteiten, maar daarnaast bieden extramurale aanbieders via de Wmo ook b.v. werktrajecten en jobcoaching. Hierop zou meer gestuurd kunnen worden. Ook zijn meer contacten met het bedrijfsleven (MKB, KvK) gewenst voor meer werkplekken (via de SROI-opgave of stimuleren sociale firma's). Nagaan of er aanbod mogelijk is met commerciële elementen (iets verdienen);
- Vanuit de uitvoering van de Participatiewet meer aandacht voor ondersteuning door de re-integratiebedrijven wanneer de stap naar werk misschien haalbaar is voor bijstandsgerechtigde cliënten. Dat geldt ook voor uitkeringsgerechtigde cliënten bij het UWV.
- Wanneer beschikkingen voor dagbesteding niet worden afgeschaft: flexibilisering van het aantal dagdelen per week (nu in beschermd wonen een maximum van 4 à 5 dagdelen per week). Hierbij aandacht voor het beschikken op mogelijkheden (met het gegeven dat het een burger met beperkingen betreft) in plaats van op ernst van het ziektebeeld;
- Meer gebruik maken van bewezen effectieve methodieken zoals IPS en jobcoaching (op basis van trajectmatige begeleiding).

Sociale relaties
- Vanaf het begin (signaleren, taxeren) ook aandacht besteden aan kansen om verwaterde (familie)-contacten te herstellen en naasten nadrukkelijk te betrekken in het ondersteuningstraject, zowel als ondersteuningsbron voor de cliënt als te ondersteunen (mantelzorgondersteuning);
- Meer investeren in het ontwikkelen en implementeren van voor deze doelgroep passende sociaal netwerk-methodieken[82];
- Ondersteuning rgelen vanuit vrijwilligers. Met name in de vrouwenopvang wordt veel gebruik gemaakt van vrijwillgers.
- Het hebben van werk of dagbesteding maakt de kans groter op het vergroten van het sociaal netwerk.

Lichamelijke gezondheid
- Soms is er bij de ondersteuning verpleegkundige expertise nodig, die er niet is bij sociale professionals. Nagegaan kan worden hoe de verpleegkundige expertise eenvoudig te bereiken is, zowel door de intramurale woonvormen, als ook door de ambulante professionals;
- Nagaan of de huidige ziekenboegcapaciteit (voor zieken daklozen) van drie plaatsen afdoende is;
- De verplichte eigen bijdrage kan een drempel zijn voor cliënten om noodzakelijke zorg te vragen. Het is gewenst om na te gaan of er compensatiemogelijkheden of andere regelingen vanuit de gemeente zijn zoals bijzondere bijstand, een collectieve verzekering of het inhouden van de verzekeringskosten op de bijstandsuitkering.

Psychische gezondheid
- Een snellere beschikbaarheid van GGZ en verslavingszorg (minder procedures, minder wachtlijst, snellere inzet bij acute situaties);
- Meer vasthoudendheid in contacten met cliënten (meer doorgaan van zorg bij no shows en zorgmijding);
- Opbouwen van samenwerking van ambulante GGZ-professionals met sociale wijkteams ten behoeve van consultatie en deskundigheidsbevordering.

Zingeving
- Ervaringsdeskundigen kunnen veel betekenen in herstelondersteunende trajecten ten aan zien van zingeving. Vanuit begrip en (h)erkenning kan de ervaringsdeskundige ruimte creëren voor reflectie op de toekomst en het bevorderen van zin in de toekomst.

[82] Gedacht wordt aan sociale netwerkversterking (SNV), het familienetwerkberaad, sociale netwerkstrategieën, 'Natuurlijk een netwerkcoach' WRAP, RACT, eigen krachtconferenties (EKC),maatjesprojecten, laagdrempelige ontmoetingsplekken. Daarnaast zijn er 44 meest bekende methoden verzameld in een publicatie van Movisie, Vilans en Actiz (W. Kruijswijk, 2014).

5. Herstel in de buurt

5.1 Inleiding

Voor het herstel heeft de omgeving waar de cliënt woont een belangrijke functie voor het herstel, en wel in twee opzichten: preventie (§ 5.2) en inclusie (§5.3). In de laatste paragraaf bespreken we weer de verbeterrichtingen.

5.2 Preventie

Met sociale samenhang en betrokkenheid van bewoners op elkaar is er vanuit de buurt meer mogelijk in het voorkomen van maatschappelijke uitval. We spreken dan van een civil society, waarbij wijkbewoners omzien naar medebewoners en ook signaleren als er wat aan de hand lijkt te zijn. Hierover hadden we in §2.2 al het een en andere beschreven. Inwoners kunnen melden bij signalen van zorg en overlast bij de zogeheten OGGZ-meldpunten of bij sociale wijkteams die in diverse gemeenten zijn opgericht. Dat kan al een belangrijke stap zijn om tijdig ondersteuning in te zetten door professionele instanties. Maar het gaat om meer dan 'op afstand' melden en weten wat de juiste meldingsroute is. Het gaat ook om onderlinge betrokkenheid in buurten: naar elkaar omzien en af en toe wat voor elkaar doen (informele steun) werkt preventief. Het versterken van de sociale samenhang is niet eenvoudig zo gaven gesprekspartners in het visievormingstraject aan. Verder is de opbrengst ook moeilijk te meten, ook al weten we zeker dat het over jaren gezien veel oplevert.

5.3 Inclusie

Thuis wonen in een eigen woning betekent ook thuis wonen in de directe leefomgeving, de buurt, de wijk. Zoals de behoefte aan contacten en activiteiten in de buurt per inwoner verschilt, geldt dat ook voor de cliënten. Voor veel cliënten is het plezierig als ze zich geaccepteerd voelen in de woonomgeving en zich enigszins goed kunnen verhouden met de buurt. Dat ze veilig en stabiel wonen en gelijkwaardige contacten hebben in de buurt en misschien een beroep kunnen doen op buurtgenoten, in plaats van eenzaamheid en zich buitengesloten voelen. Bij het zelfstandig (gaan) wonen in de wijk is eenzaamheid een van de grootste risico's. Cliënten kunnen dan in de eerste plaats een beroep doen op eigen (oorspronkelijke) sociale netwerken (familie, vrienden, collega's). Er is ook andere inzet mogelijk om die eenzaamheid te voorkomen en het meedoen in de wijk versterken. Daarbij zijn twee invalshoeken die in wisselwerking staan:

- Het versterken van de cliënt zelf;
- Het ontvankelijk maken van de wijk.

Het leefgebied sociale relaties zal in de hersteltrajecten (met coaching van professionals of ervaringsdeskundigen) voortdurend aan de orde komen, juist als de cliënt in een eigen woning woont of gaat wonen (zie §4.4). Daarbij kan ook het oorspronkelijke sociale netwerk een rol spelen. Hele concrete ondersteuning kan zijn: hoe stel ik me voor aan de buren? Ga ik hobby's doen in de buurt, of een dagbesteding zien te regelen?

Daarnaast is de verdraagzaamheid, begrip, openheid en wederkerigheid van de buurt ten opzichte van mensen die 'anders zijn' een invalshoek. Daarbij is het de vraag of een cliënt zich als cliënt ('met een gebruiksaanwijzing') zou moeten kenbaar maken, zodat er een reëel beeld ontstaat. Of is het juist goed om 'gewoon te doen' in de hoop dat er geen 'stigma' komt. In een wijk met inclusie is er is volop plaats voor mensen die 'anders' zijn.

5.4 Verbeterrichtingen

We kunnen werken aan inclusie, acceptatie en preventie van in de wijk wonende cliënten door laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten of werkwijzen als 'kwartier maken', maatjesprojecten, sociale netwerkmethoden. Cliënten kunnen begeleiding en/of training krijgen (zie ook hoofdstuk 4). Aan te

bevelen is om op zoek te gaan naar goede voorbeelden in het land. Goede voorbeelden zijn de methodiek Kwartiermaken[83], projecten voor Burenhulp en het werken met vertrouwenspersonen in de wijk.
Ook is er mogelijk een rol voor sociale wijkteams in het bevorderen van sociale samenhang en meedoen van kwetsbare inwoners in de wijk. Andere mogelijke maatregelen zijn:

- Voorlichten van wijkbewoners over het wonen van kwetsbare inwoners in de wijk. 'Onbekend maakt onbemind'. Ook de omgeving moet empoweren en openstaan voor de mensen (cliënten) die uit intramurale woonvormen in de wijk gaan wonen' aldus een deelnemer van de Visieconferentie. Daarbij hopen op wederkerigheid en gezond omzien naar (géén bemoeizucht);
- Aanbieders en gemeenten zouden kunnen werken aan een goede voorlichting en beeldvorming over de sector: de cliënten, de grote variëteit aan ondersteuningsinitiatieven die er zijn en ontwikkeld worden en de faciliterende rol van de gemeenten. Communicatie met inwoners is van groot belang voor deze bouwsteen 'Herstel in de buurt';
- Inzetten van ervaringsdeskundigen in het bedenken en uitvoeren van passende participatiemogelijkheden;
- Mee op pad gaan richting activiteiten door professionals, ervaringsdeskundigen of vrijwilligers (dus niet alleen financieren van praatcontacten, maar professionals zouden ruimte moeten krijgen voor andere type contacten);
- Het bijeenbrengen van kwetsbare cliënten uit een buurt , om elkaar te ondersteunen in het wonen en meedoen in de buurt via het opbouwen van een informeel netwerk[84][85];
- Ingeval van ernstig verward gedrag of zelfs overlast gevend gedrag kunnen professionals een taak hebben het een en ander toe te lichten aan buurtbewoners om ongerustheid en stigmatisering te voorkomen. Het bevordert in de wijk een basisveiligheid omdat professionals grip tonen ten opzichte van het afwijkende of overlast gevende gedrag;
- Samenwerking sociale professionals in de wijk (sociale wijkteams) en woningcorporaties in het bevorderen van leefbaarheid en sociale samenhang in de wijk.

Ook hier is per cliënt maatwerk nodig. Niet elke cliënt wil contacten in de buurt waar hij woont, dat geldt voor veel meer inwoners. Als de cliënt toe is aan een zelfstandige woning, dan kan gekeken worden naar een wijk waar hij al mensen kent (familie, collega's van werk of dagbesteding). Het is lastig om uitspraken te doen over wat de meest geschikte buurten zijn ten aanzien van acceptatie van de cliënten. Waar het doorgaans in eerste instantie om gaat is dat de huren van de woningen betaalbaar zijn. Sommige deelnemers van het visietraject pleiten voor gemengde buurten en buurten met sociale samenhang als meest geschikt voor zelfstandig gaan wonende cliënten.

Doordat al veel woonvormen in gewone wijken gepositioneerd zijn, is er door de zorgaanbieders al veel ervaring opgedaan in wat werkt en wat niet in het opbouwen van contacten met de buurt, zowel vanuit de cliënten persoonlijk, als vanuit de professionals of managers. Openheid geven en afspraken nakomen zijn sowieso belangrijk.

[83] Kwartier maken is ontwikkeld door Doortje Kal: http://www.wmowerkplaatsen.nl/publicaties 2. Kwartiermaken richt zich op mensen die door kwetsbaarheid of een beperking te maken hebben met uitsluiting. Het doel is hen succesvol te laten deelnemen aan de samenleving. De aanpak is enerzijds gericht op het bevorderen van een samenleving waarin meer mogelijkheden voor de doelgroep ontstaan. Anderzijds onderzoekt een kwartiermaker met mensen uit de doelgroep hoe zij (weer) aan de samenleving kunnen deelnemen (Bron: www.movisie.nl).

[84] In de regio vinden laagdrempelige ontmoetingsactiviteiten voor kwetsbare inwoners plaats via het project Catch-it van RIBW K/AM. Doel is onder meer het opdoen van positieven ervaringen, het opbouwen van een eigen netwerk en het bevorderen van herstel en participatie.

[85] Zie bijvoorbeeld het concept Buurtcirkel van Stichting Pameijer te Rotterdam. Buurtcirkel is een sociaal netwerk van 9 tot 12 mensen die begeleiding nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen. Iedere deelnemer zet zijn eigen talenten in voor de anderen. Een vrijwilliger uit dezelfde wijk ondersteunt de deelnemers en een professionele coach volgt de groep vanaf de zijlijn (Bron: www. buurtcirkel.nl).

6. Ketensamenwerking

6.1 Inleiding

Een belangrijk issue in de keten van maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang is samenwerking, en wel allerlei soorten samenwerking:

- Tussen verschillende professionals en andere betrokkenen in het primaire proces;
- Tussen partijen, organisaties, gemeenten;
- Tussen beleidskaders.

In deze sector met zéér veel partners en partijen is het zorgen voor een goede samenwerking een must voor het kunnen bieden van maatwerk aan de cliënten. Nu het zorg- en ondersteuningslandschap zo verandert staan de belangrijkste betrokken partijen voor de opgave om op wijkniveau tot een nieuw samenspel te komen[86]. De praktijk is weerbarstig[87] en samenwerkingsproblemen zijn al jaren een hot issue. Dat bleek ook in dit visievormingstraject. Het woord 'ontschotting' viel zeer vaak en dat kan enerzijds vertaald worden als: beter en sluitend samenwerken, en anderzijds het op elkaar afstemmen van financieringsstromen.
De samenwerking in het primaire proces (traject) hebben we beschreven in hoofdstuk 2: samenwerken bij het signaleren, het taxeren en het arrangeren. Professionals en vrijwilligers arrangeren samen met de cliënt een passend traject. Daartoe is er altijd een trajectregisseur aan te stellen. Daartoe zijn er ook herstelconferenties te organiseren om in één keer met z'n allen goede afspraken te maken (en elkaar te leren kennen). In §6.2 gaat het over structurele samenwerking tussen instellingen en organisaties, die samen een keten vormen ten behoeve van het leveren van een integral aanpak. Vervolgens staan we kort stil bij het structureel verkrijgen van voldoende inzicht om de ketensamenwerking te kunnen verbeteren. Daartoe is een vorm van monitoring nodig (§6.3).

6.2 Structurele samenwerking

Samenwerking tussen organisaties en gemeenten (keten)
De professionals stuiten in de praktijk op belemmeringen om de meest passende, integrale ondersteuning te kunnen bieden. In dat geval moeten organisaties met elkaar afspraken maken, ketenafspraken. Daarmee spreken ze af hoe de professionals structureel goed met elkaar samenwerken en wie dan wat doet en op welke wijze. Bij het maken van (keten)afspraken speelt de opdrachtgever een grote rol: de regierol. In ons geval is dat de centrumgemeente Haarlem. In dit visietraject worden in ieder geval twee ketens in elkaar geschoven: maatschappelijke opvang en beschermd wonen.
Voor deze keten is er ook samenwerking nodig met organisaties uit diverse andere ketens, zoals die van de GGZ en de verslavingszorg, zorgverzekeraars, huisvesting, veiligheid, werk en inkomen, zorg voor jeugd en andere Wmo-onderdelen. Voorbeelden van afspraken zijn:

- Tussen instellingen over wachtlijstbeheer;
- Tussen Wmo-instellingen en GGz-instellingen om na ontslag uit een kliniek dakloosheid te voorkomen;
- Tussen Wmo-instellingen en penitentiaire inrichtingen om na ontslag dakloosheid te voorkomen;
- Tussen Wmo-instellingen en corporaties over signalering, toekenning van huisvesting en het voorkomen van huisuitzetting;
- Tussen GGZ (met name FACT-teams) en sociale wijkteams[88];
- Tussen gemeenten en zorgverzekeraars om snel en flexibel hulp te kunnen bieden met financiering vanuit gemeente én zorgverzekeraar, zonder trage, zware procedures;

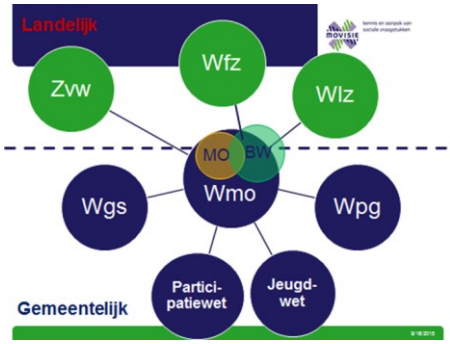
[86] Bron: C.Couwenbergh, 2014.
[87] Zie onderzoek Trimbos-instituut naar de samenwerking tussen GGZ en sociaal domein: 'Er werden diverse obstakels en aandachtspunten benoemd in de voorbeeldregio's met als voornaamste knelpunt de complexiteit van het samenwerken met een groot aantal partijen, elk met eigen deelbelangen, geografische werkgebieden, wettelijke en financieringskaders, en die soms ook concurrerend zijn. Dit maakt dat het tot stand komen van samenwerking veel tijd en energie vergt en op onderdelen minder snel gaat dan betrokkenen zouden willen".(Bron S. van Rooijen, 2016).
[88] Zie onderzoek S. van Rooijen, 2016.

- Tussen woningcorporaties en gemeenten over het totaal aantal toewijzingen voor bijzondere doelgroepen (quotum op jaarbasis);
- Afspraken tussen GGD, politie, Wmo-instellingen over vroegsignalering.

De gesprekspartners in het visietraject gaven tal van voorbeelden.
Daar waar het jaren geleden vooral ging over een keten van opeenvolgende onderdelen (stepped care), is er tegenwoordig meer behoefte aan integrale zorg[89]: de ondersteuning met betrekking tot meerdere leefgebieden wordt parallel (gelijktijdig) en flexibel aangeboden.

Samenwerking tussen beleidskaders

De bovengenoemde sectoren en ketens worden bepaald door beleidskaders, hetzij landelijke beleidskaders (zoals Wmo, Zvw, Wlz) als gemeentelijke beleidskaders (Beleid sociaal domein, maatschappelijke opvang, beschermd wonen, schuldhulp, veiligheid etc.). Bij de decentralisaties in 2015 zijn diverse beleidsverantwoordelijkheden naar de gemeenten verschoven. Dat maakt het mogelijk voor gemeenten om 'dichtbij' samenhangend beleid te maken. De decentralisatie van het beschermd wonen is hier een goed voorbeeld van. Desondanks blijven er afstemmingsvraagstukken tussen verschillende beleidskaders[90]:



- Behalve de Wmo is de gemeente per 1 januari 2015 ook verantwoordelijk geworden voor de jeugdhulp waar de Jeugdwet voor is opgesteld;
- Op hetzelfde moment is de participatiewet ingevoerd met als doel om meer mensen te re-integreren naar werk en mensen met een arbeidsbeperking te bemiddelen naar de arbeidsmarkt[91];
- Verder is er een nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) ingevoerd ter vervanging van de AWBZ. Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is gewenst om Wmo-beleid en Wlz-beleid op elkaar af te stemmen;
- Overige relevante wetten zijn de Zvw, de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening (Wgs), de Wet forensische zorg (Wfz) en de Wet publieke gezondheid (Wpg).

Tenslotte is er de nieuwe Woningwet. Deze nieuwe wet (per 1-7-2015) bepaalt de taken die corporaties wel en niet mogen uitvoeren, ook de taken ten opzichte van de kwetsbare groepen en de leefbaarheid in de wijk[92].

Al deze wetten hebben grote invloed op het beleid en de uitvoering in het sociaal domein als geheel én op het subdomein Opvang, Wonen en Herstel.

6.3 Structureel inzicht vraag en aanbod

Hoewel gesprekspartners in het visievormingstraject aangeven dat je registratielast en bureaucratie zoveel mogelijk moet zien te beperken, is er wel een behoefte aan inzichten in tal van aspecten, zoals:

[89] P.Delespaul e.a. (2016) spreken van 'integrale ggz' en 'netwerkgerichte samenwerking'. Zij pleiten niet voor afspraken (in de vorm van samenwerkingsovereenkomsten) maar voor samenwerking van professionalsradicaal met en rond de cliënt. Zij zien een contraproductief gevaar in structurele afspraken en denken dat professionals prima kunnen samenwerken als ze uitgaan van de zorgbehoefte van de cliënt.
[90] Bron: handreiking Beleidsplan Opvang en bescherming, VNG, november 2015.
[91] In de regio is het beleidskader zorg voor Jeugd, AWBZ, Participatiewet en Wmo (transitieplan specialistische ondersteuning sociaal domein) is begin 2014 in de raden in IJmond en Zuid-Kennemerland vastgesteld.
[92] De gemeente kan in haar woonvisie of volkshuisvestingsbeleid thema's benoemen waarop de woningcorporatie dient te presteren; zoals de nieuwbouw van sociale huurwoningen, de gewenste ontwikkeling van de woningvoorraad (verkoop, sloop), de betaalbaarheid en bereikbaarheid van de woningvoorraad, de huisvesting van specifieke doelgroepen en de kwaliteit en duurzaamheid van de woningvoorraad en de woonomgeving. Voor zover investeringen in leefbaarheid en maatschappelijk vastgoed tot het werkterrein van de woningcorporatie behoren, kan de gemeente ook op deze thema's voorstellen doen.

De kwaliteit van het aanbod	De wensen vanuit de doelgroep
De resultaten van trajecten	De inzet en bijbehorende kosten
De tevredenheid over het aanbod bij cliënten	De knelpunten
De ontwikkelingen in de doelgroep: aantallen, verschuivingen	De voortgang van nieuw beleid

Met dergelijk inzicht kan de keten en daarmee het daadwerkelijke aanbod verder verbeterd worden: doelgerichter, effectiever, cliëntvriendelijker, goedkoper.

Door de veelheid van actoren, sectoren, instellingen, opdrachtgevers is het niet eenvoudig om een eenduidig, eenvoudig monitorsysteem op te stellen.

6.4 Verbeterrichtingen

Veldregie
De trajectregisseurs stuiten in hun arrangeren van hersteltrajecten op veel hobbels, voetangels, schotten en tekorten[93]. Het is zaak dat deze knelpunten systematisch verzameld worden en op een hoger niveau aangepakt. Op dat hogere niveau zou dan een veldregisseur (ook wel procesregisseur of netwerkregisseur genoemd) kunnen acteren. De veldregisseur opereert op het snijvlak van uitvoering en beleid.

Regionale netwerken
In het plan van aanpak Over de brug[94] wordt gepleit voor een overlegstructuur per regio maatschappelijke opvang en beschermd wonen om de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstig psychische aandoeningen regionaal op elkaar af te stemmen met de aanbieders, cliëntenorganisaties en financiers (gemeenten en zorgverzekeraars).
In de regio Zuid Kennemerland hebben de eerste- en tweedelijns zorgaanbieders en de gemeenten een gezamenlijk overleg, het zogeheten RBS-overleg (Regionaal overleg Basiszorg en Specialistische zorg). Dit RBS-overleg wenst gezamenlijk en zoveel mogelijk vanuit cliëntperspectief een samenhangend zorgsysteem op wijkniveau voor kwetsbare mensen in de thuissituatie te ontwikkelen onder de noemer 'Wijkgerichte Zorg'. Er wordt een pilot Wijkgerichte GGZ in de wijk Haarlem Centrum/Rozenprieel.

Monitoring vraag en aanbod
Er zal nadere aandacht nodig zijn voor de manier waarop de gegevens verzameld worden en gebundeld voor inzichtelijke en bruikbare beleidsinformatie op regionaal en lokaal niveau. Bijvoorbeeld kan onderzocht worden op welke wijze de wachtlijstorganisatie zodanig ingericht zou moeten worden dat er structureel inzicht is in de wachtlijsten en wachttijden (bij met name beschermd wonen).
Wel moet voorkomen worden dat er een veelvoud aan registratiesystemen komt en daarmee een zware registratielast.

Taal
Diverse gesprekspartners geven aan dat ketensamenwerking bevorderd wordt als er dezelfde termen, begrippen en definities gehanteerd worden. Daar kunnen in de regio afspraken over gemaakt worden.

[93] Voorbeelden van knelpunten zijn: exclusiecriteria bij voorzieningen waardoor sommige cliënten nergens terecht kunnen, wachtlijsten, tekort aan zicht op de sociale kaart, tekort aan competenties, lange bureaucratische procedures om iets voor elkaar te krijgen.
[94] C. Couwenberg, 2014

Bijlage 1. Geraadpleegde documenten

- Advies Commissie Toekomst beschermd wonen In opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. VNG, november 2015.
- Beleidsplan schulddienstverlening 2016 – 2019; *Stevig op eigen benen.* Gemeente Haarlem, gemeente Zandvoort en de Intergemeentelijke Afdeling Sociale Zaken, 2016
- Bergen, A.M. ,van Poll, A., Werf, M. van der, en Willemsen, E.; *Ervaringsdeskundigheid in de wijk. Hoe organiseer je het? Handreiking*, Movisie, 2015.
- Blijfgroep; Jaarverantwoording Stichting Blijf Groep 2015.
- Boersma, A.; *Achtergrondnotitie voor de discussie over betaalbaarheid en beschikbaarheid in Haarlem,* werkgroep betaalbaarheid bestaande uit medewerkers van gemeente Haarlem, Pré Wonen, Elan Wonen en Ymere, RIGO, september 2015.
- Brink, C., *Kennisdossier 5: Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward*, Programma Aandacht voor iedereen, Movisie, juli 2013.
- Couwenbergh, C. en Weeghel, J. van; *Over de brug, Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstig psychische aandoeningen*, Kenniscentrum Phrenos, september 2014.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W., Os, J. van; *Goede GGZ! Nieuwe concepten aangepast taal en betere organisatie.* Leusden; Diagnosis Uitgevers, 2016.
- Dröes, J. en Witsenburg C.; *Herstelondersteunende zorg, Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen,* Passagecahier, Uitgeverij SWP, 2012.
- Gemeente Haarlem; *Notitie Analyse wachtlijst Beschermd Wonen Regio Zuid-Kennemerland-IJmond en Haarlemmermeer*, maart 2016.
- Grootoonk, E., Akkermans, C., Brocaar, J. en Leeuwen-den Dekker, P. van; *Zin werkt. Zingeving in de hulp aan dak- en thuislozen*, Movisie, Hogeschool Utrecht, Bureau Akkermans, 2010.
- Kal, D., Post, R. & Scholtens, G.; *Meedoen gaat niet vanzelf. Kwartiermaken in theorie en praktijk*, Uitgeverij Tobi Vroegh, Amsterdam, 2012.
- Lauriks, S. e.a., *Zelfredzaamheid-Matrix*, GGD Amsterdam, 2013.
- Lieshout, H. van en Goorhuis, M., Methodebeschrijving, Eigen Krachtconferentie, Databank Effectieve sociale interventies, Stichting Eigen Kracht Centrale/Movisie, 2012.
- Kinderombudsman, *Rapport 'Ik kan het (niet) zelf', Een verkenning van de problematiek van de continuering van (gedwongen) hulp aan kwetsbare jongeren die de leeftijd van 18 bereiken*, 2015.
- Kruijswijk, W. e.a.; *Aan de slag met sociale netwerken. De 44 meest bekende methoden verzameld.* Movisie*,* Vilans en Actiz, 2014.
- Leeuwen-Den Dekker, P. van, en Poll, A.; *Leefgebiedenwijzer. Versterken van eigen kracht van cliënten*. Utrecht: Movisie, 2013.
- Ministerie BZK, *Infoblad Bouwbesluit 2012, Brandveiligheid bij een Woonfunctie voor zorg*, mei 2014.
- Movisie; *Handreiking Beleidsplan Opvang en bescherming,* VNG, november 2015.
- Muusse, C., en Rooijen, S. van; *Freedom First. Een onderzoek naar de ervaringen met wijkgerichte ggz-zorg in Triëst, Italië, en de betekenis hiervan voor Nederland.* Trimbos-Instituut, 2015.
- Poll, A., *Werken vanuit zelfregie. Hoe pak ik dat aan?,* Movisie, april 2012.
- Q-consult*; Basis Kwaliteitseisen Beschermd Wonen, ontwikkeld als onderdeel van het programma 'Opvang en Bescherming*, VNG, 2015.
- Rooijen, S. van, Knispel, A., Hoof, F. van, en Kroon, H; *Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Verkenning van praktijkvoorbeelden.* VWS/Trimbos-instituut, 2016.
- Veiligheidsregio Kennemerland; *Projectvoorstel Naar een sluitende aanpak voor mensen met verward gedrag in Kennemerland; verbinden van zorg en veiligheid,* maart 2016.
- Wight, M., *Inventarisatie dagbesteding, Input voor Plan van aanpak transformatie dagbesteding,* Gemeente Haarlem, maart 2016.
- Wolf, J.; *Niemand tussen wal en schip Referentiekader maatschappelijke zorg voor mensen in multiprobleemsituaties;* Academische werkplaats OGGZ, 2015.

Bijlage 2. Aantallen

Aantallen cliënten in zorg Beschermd Wonen per 1-1-2016

Ondersteuningsvorm BW	Aantallen
Intramuraal wonen	688
VPT	18
Pgb	78
Overbruggingszorg	80
Totaal	**864**

Aantallen cliënten in zorg Maatschappelijke Opvang heel 2015

Maatschappelijke opvang	Aantallen
Unieke personen die gebruik maakten van de MO	290
Unieke feitelijk daklozen die zich gemeld hebben bij de BCT maar geen gebruik gemaakt hebben van de MO	355
Totaal	**645**

Aantallen cliënten in zorg Vrouwenopvang heel 2015

Maatschappelijke opvang	Aantallen
Crisisopvang/noodbed	33
Begeleid wonen / satelliet	34
Oranje Thuis	2
Totaal	**69**

VPT = Volledig Pakket Thuis
Pgb = Persoonsgebonden budget
MO = Maatschappelijke opvang
BCT = Brede Centrale Toegang

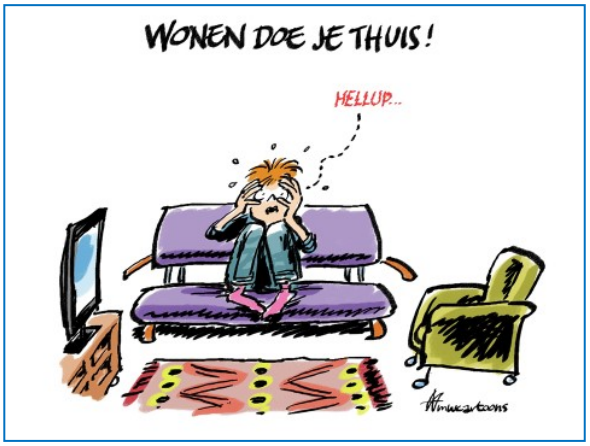
Bijlage 3. Impressieverslag Thuis wonen versterkt

Visieconferentie maatschappelijke opvang en beschermd wonen in de regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer op 9 maart 2016

Op 9 maart vond er op de Hogeschool Inholland een grote visieconferentie plaats over de toekomst van de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen in de regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer. De conferentie werd door 125 personen bezocht. De deelnemers waren afkomstig van cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, gemeenten, woningcorporaties, zorgverzekeraars en de Hogeschool Inholland. Ze trokken een dag uit om geïnspireerd te worden door én enkele gerenommeerde sprekers én elkaar in de vorm van ontmoeting en uitwisseling in tien verschillende kleine themagroepen. Cartoonist Maarten Wolterink maakte er tekeningen bij.

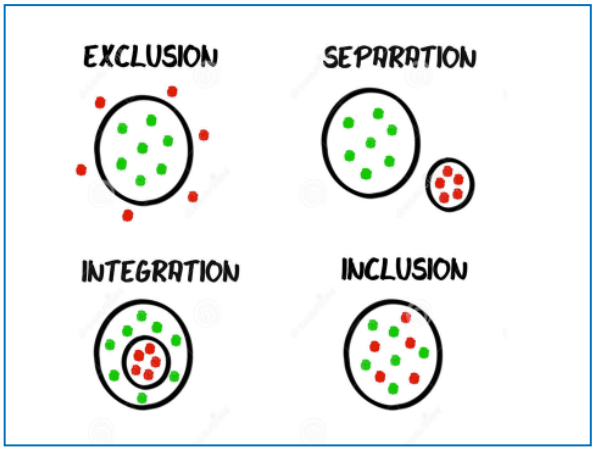
Werken aan een visie

Sinds 2015 valt ook het aanbod beschermd wonen onder de verantwoordelijkheid van de tien gemeenten in de regio onder regie van de centrumgemeente Haarlem. Al veel langer geldt dit voor het domein van de maatschappelijke opvang. Omdat zowel de maatschappelijke opvang als het beschermd wonen een transformatieopgave kent en er veel overlap tussen beiden is, willen de gemeenten één regionale meerjarenvisie ontwikkelen.
De Visieconferentie is één van de belangrijkste onderdelen in het visievormingstraject.



Centrale boodschap: meer cliënten willen en kunnen thuis wonen

Erik Dannenberg, voorzitter van de commissie Toekomst, lichtte het rapport van de commissie toe. *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis* is de titel. Dit advies over beschermd wonen (in opdracht van de VNG) ontmoet in heel het land veel draagvlak en dat is ook het geval in deze regio.
In deze visie wordt gepleit voor werken aan sociale inclusie van kwetsbare inwoners door een breed arsenaal van beschermde woonplekken in de wijken (een beschermd thuis) met ambulante, flexibele, persoonsgerichte herstelondersteuning in de thuissituatie. Cliënten worden maximaal aangesproken op hun vermogen op zelfmanagement, om zoveel mogelijk deel uit te maken van het gewone maatschappelijke verkeer (stabiel wonen midden in de wijk) en bronnen te benutten van informele steun. Daarbij kunnen ze een beroep doen op een breed scala aan begeleidingsvarianten en huisvestingsvarianten afgestemd op hun behoeften.
Om dit voor elkaar te krijgen is er meer focus nodig op een geïntegreerd aanbod met een grotere rol voor de ‘voorkant’. Want: een eerste lokale brandweerwagen, die signaleert dat de brand te ernstig is, zal niet wegrijden zodra er groter materieel uit de omgeving bijgekomen is. Integendeel, samen wordt er met man en macht én gecoördineerd geblust.



Uitgaan van cliënten

Alie Weerman van de Hogeschool Windesheim Zwolle (docent social work en coördinator van de afstudeerrichting Ervaringsdeskundigheid) lichtte de herstelgedachte toe in vier punten:

- Mensen nooit opgeven (= niet: ontkennen wat onvermogen is)

- Iedereen mag er zijn (= niet: je aan regels moeten houden in je eigen huis die je niet zelf kiest en waaraan je niet kunt voldoen)
- Iedereen hoort erbij (= niet: als je dan voortdurend faalt)
- Herstel is altijd mogelijk (= niet: genezen zijn en aan het statistisch gemiddelde voldoen)

Zij pleitte voor een visie die werk maakt van het perspectief van de cliënt, met ruimte voor het 'anders' zijn, ruimte om in eigen tempo en op eigen manier te mogen leven (die kan afwijken van gangbare gewoontes). Ook vroeg ze nadrukkelijk aandacht voor een grotere rol van ervaringsdeskundigheid in samenwerking met uitvoerende professionals, beleidsmakers en onderwijsgevenden.

Inclusief investeren

Ard Sprinkhuizen, associate lector hogeschool Inholland en verbonden aan de Werkplaats Sociaal Domein Noord-Holland) beargumenteerde de noodzaak van de transformatie, onder meer met de onbalans tussen uitgaven in het gespecialiseerde zorgdomein (jaarlijks 60 miljard) en de eerste lijn van het sociaal domein (3 miljard). Hij gaf aan dat veelgenoemde verschuiving naar eigen kracht en burgerkracht verre van eenvoudig is, eigenlijk erg taai is blijkens veel onderzoeken. Wat burgerkracht betreft wijst onderzoek (2009) uit dat de GGZ-cliënten bij het weer in de buurt gaan wonen (extramuralisering) nauwelijks aansluiting vinden bij de buurt. Sociale teams, die daar een rol bij zouden moeten spelen, komen nauwelijks toe aan het versterken van de 0e lijn en het verbinden van bewoners en vrijwilligers en aan kwetsbare cliënten. Hij pleit voor een fors en voor langere tijd investeren in onder meer ontmoetingsruimten, de civil society, professionals aan de 'voorkant' en ervaringsdeskundigen. Inclusie is mogelijk door het herstellen van verbindingen met de omgeving, met de samenleving, met de toekomst (hoop).

Belangrijkste thema's vanuit de visieconferentie
Op de visieconferentie zijn de 125 deelnemers intensief aan de slag gegaan met het uitwisselen van gedachten, vragen en wensen. Dat gebeurde in tien themagroepen in drie rondes. De deelnemers leerden elkaar door deze opzet beter kennen (regionale netwerkvorming) en ze leerden ook van elkaar's ervaringen en deskundigheid. Bovendien zijn de verschillende gesprekken 'opgetekend'.

De tien belangrijkste gespreksonderwerpen bleken:

1. Herstel en empowerment
Herstel is een persoonlijk, individueel ontwikkelproces om optimaal om te leren gaan met zowel mogelijkheden als beperkingen. Bij herstel gaat het om het maken van eigen keuzes maken, het voeren van eigen regie. Dit proces is van iemand zelf.

Desondanks hebben heel veel mensen een zetje nodig van mensen in hun directe omgeving of van professionals.

2. De vraag van de cliënt
Neem de tijd om met de cliënt helder te krijgen wat hij wil en kan. Ga daarbij vooral in op de interesses, mogelijkheden en de talenten in plaats van de beperkingen.

3. Maatwerk en flexibiliteit
Iedere cliënt is anders. En de behoeften en vragen kunnen in de tijd ook behoorlijk fluctueren. Dat vraagt om een flexibel inzetten van informele en professionele ondersteuning: arrangeren op maat.
Als er (tijdelijk) meer en meer intensieve ondersteuning nodig is heet dat 'opschalen'. Minder zorg inzetten heet 'afschalen'. Maatwerk is er ook nodig bij het zoeken naar geschikte woningen waar een cliënt thuis kan zijn. En bij het zoeken naar een dagbesteding dat goed voldoet aan de wensen en mogelijkheden van een cliënt.

4. Professionals die er toe doen
Aan de thematafels zijn diverse verwachtingen uitgesproken richting professionals die cliënten in de maatschappelijke opvang en het beschermd wonen ondersteunen:
- Contactlegging, er zijn, wederzijds vertrouwen, klik, wederzijdsheid
- Continuïteit, vaste begeleiders
- Creatief maatwerk, ruimte pakken, out-of-the-box denken
- Methodisch & krachtgericht (zorgen dat)
- Verbindend richting netwerk en buurt
- Verbindend richting andere professionals

5. Woningen voor een thuis
Mensen willen het liefste thuis wonen: zelf de inrichting en de regels bepalen, zelf de huur betalen en zelf kiezen hoe lang je ergens wilt wonen. Soms wonen cliënten al redelijk zelfstandig, maar huren ze nog van een zorginstelling. Wellicht kunnen dergelijke woningen een 'thuis' worden als de cliënten zelf gaan huren van een woningcorporatie. Daarnaast zijn er meer (verschillende soorten) woningen nodig voor mensen die uit de maatschappelijke opvang of beschermd wonen door kunnen stromen.

6. Wijken voor een thuis
Een thuis heeft niet alleen betrekking op een eigen woning, maar ook op participeren in de wijk. Vereenzaming kan voorkomen worden als er laagdrempelige ontmoetingsmogelijkheden in de wijk zijn. Als er professionals en vrijwilligers ondersteuning kunnen bieden in het opbouwen van een eigen netwerk. Als buurtgenoten openstaan voor contacten (in plaats van afhoudend ten opzichte van medebewoners die soms 'anders' kunnen doen).

7. Dagbesteding voor iedereen
Het grote belang van dagbesteding kwam in veel themagroepen naar boven. De term 'dagbesteding' zou

eigenlijk vervangen moeten worden door een term met een meer actieve, positieve betekenis.
Dagbesteding heeft veel waarde:

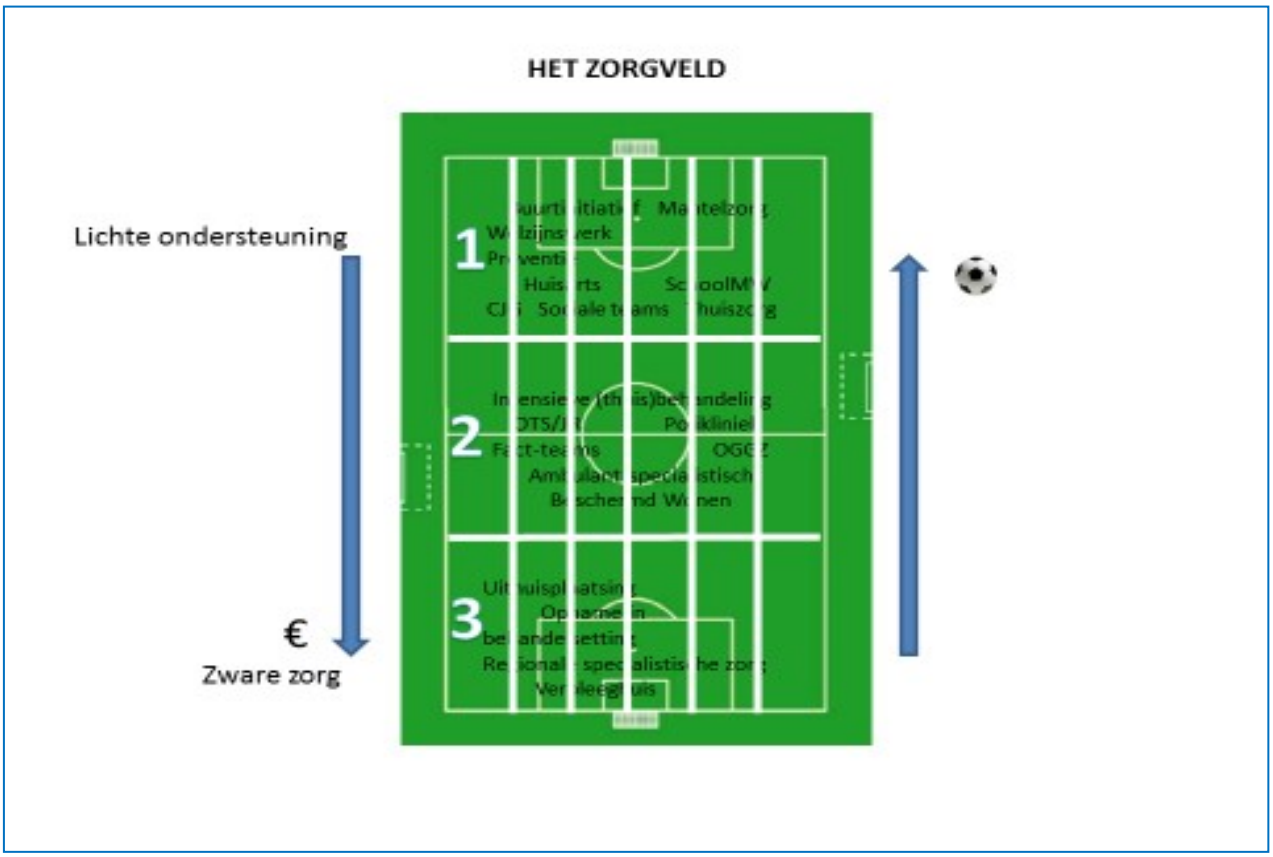
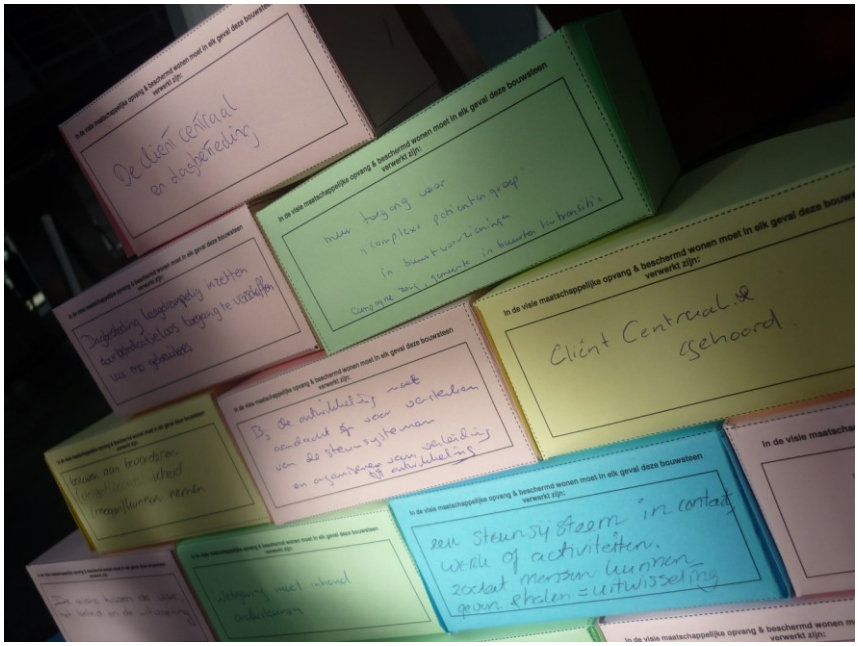
- Het opbouwen van een netwerk, contacten met collega's (inclusie)
- Draagt bij aan herstel (eigenwaarde, ertoe doen, verschil maken, zingeving)
- Persoonlijke ontwikkeling, leren van vaardigheden
- Plezierige daginvulling, dagstructuur

Dagbesteding zou voor alle cliënten toegankelijk moeten zijn, wellicht 'indicatieloos'.

8. Preventie
Met preventie is veel persoonlijk leed en maatschappelijke uitval te voorkomen. Preventie is niet eenvoudig te organiseren en 'weg te zetten'. Preventie is iets van ons allemaal. In wijken zijn veel wijkprofessionals en wijkvrijwilligers die kunnen signaleren, denk aan leerkrachten, thuiszorg, politie, huisarts, winkelmedewerkers). Een grote rol wordt toegedicht aan de sociale wijkteams in het versterken van de signaleringcapaciteiten van die ondersteuners in de wijk. En in het arrangeren van ondersteuning of zelfs bemoeizorg.

9. Ervaringsdeskundigheid
De noodzaak van ervaringsdeskundigheid kwam aan de meeste thematafels aan de orde. Door diverse zorgaanbieders zijn al ervaringsdeskundigen aangesteld om herstelprocessen van cliënten samen met professionals te bevorderen. Ook kunnen ervaringsdeskundigen meewerken aan het verbeteren van werkwijzen. De ervaringen met ervaringsdeskundigen in de regio zijn positief. Gepleit is voor een uitbreiding er van, óók in de sociale wijkteams.

10. Ontschotting
Eén van de meest gebezigde woorden wast wel het woord 'ontschotting', waarmee bedoeld werd dat er meer gewerkt moet worden aan samenhang en afstemming tussen verschillende disciplines, organisaties en sectoren. Een ander woord voor ontschotting is integrale aanpak: datgene arrangeren voor de cliënt wat nodig is, de vraag is. Ondanks de decentralisaties van diverse soorten aanbod naar de gemeenten, worden nog steeds veel bureaucratische belemmeringen ervaren bij het organiseren van maatwerk per cliënt.



Bouwstenen voor een gedragen visie
De gemeenten in de regio werken dit voorjaar een visie uit dat de komende jaren kan dienen als beleidskader voor de ontwikkeling van een samenhangend woon- en ondersteuningsaanbod. Er staat veel te doen. De gemeenten gaan aanbod maatschappelijke opvang, beschermd wonen, dagbesteding en ambulante ondersteuning inkopen. De gemeenten gaan ook verder aan de slag met een goede toegang: zorgen dat cliënten met ondersteuningsvragen op het gebied van wonen passend aanbod ontvangen. Tenslotte gaan de gemeenten samen met woningcorporaties en zorgaanbieders in gesprek over de noodzakelijke aanpassingen van de woningvoorraad voor de doelgroep maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Een breed gedragen visie geeft ons de goede richting en de goede handvaten voor deze nieuwe ontwikkelingen, die we vooral samen moeten gaan oppakken.