

# Verkenning investerings- opgave 'beschermd thuis'

rapportnr. 1619

1619

Onderzoek in opdracht van de Federatie Opvang, RIBW Alliantie,  
GGZ Nederland





# Verkenning investerings- opgave 'beschermd thuis'

Onderzoek in opdracht van de Fe-  
deratie Opvang, RIBW Alliantie,  
GGZ Nederland

Maartje Gielen  
Leo Aarts  
Nils Ellwanger  
Maaike van Asselt

Den Haag, 21 november 2017  
Projectnummer 1619

 rapport nr. 1619

© APE Public Economics

Website: [www.ape.nl](http://www.ape.nl)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt via druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>15</b>
1.1 Aanleiding	15
1.2 Doel	15
1.3 Aanpak	16
<b>2 Huidige situatie</b>	<b>17</b>
2.1 Afbakening en omvang van de doelgroep	17
2.2 Huidige kosten en financiering	25
<b>3 Onderbouwing Randvoorwaarden</b>	<b>28</b>
3.1 Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg (randvoorwaarde 1)	28
3.2 Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit (randvoorwaarde 2)	33
3.3 Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie (randvoorwaarde 3)	43
3.4 Een breed arsenaal van woonvarianten / beschikbare betaalbare wooneenheden (randvoorwaarden 4 en 5)	49
3.5 Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties (randvoorwaarde 6)	53
3.6 Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars (randvoorwaarde 7)	58
3.7 Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning (randvoorwaarde 8)	64

# Managementsamenvatting

## *Inleiding*

De VNG commissie 'Toekomst Beschermd Wonen' (commissie Dannenberg) adviseert om beschermd wonen om te vormen naar zoveel mogelijk zelfstandig wonen met de noodzakelijke bescherming en ondersteuning. Het commissierapport schetst de noodzakelijke stappen op weg naar die uitkomst. Die stappen betreffen het landelijk ontwikkelen van een passend objectief verdeelmodel, het realiseren van acht randvoorwaarden voor sociale inclusie op lokaal niveau en het afspreken van een tijdpad dat zorgvuldige invoering mogelijk maakt.

Dit rapport doet verslag van een verkenning van de investeringsopgave die nodig is voor het realiseren van 'een beschermd thuis'. De randvoorwaarden die de commissie Dannenberg noemt (en waar partijen het over eens zijn), zijn:

1. versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg;
2. garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit;
3. ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie;
4. een breed arsenaal van woonvarianten;
5. beschikbare en betaalbare wooneenheden;
6. laagdrempelige toegang tot zorgfuncties;
7. duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars;
8. borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning.

Dit rapport brengt eerst de doelgroep en de huidige situatie in beeld. Daarna geven we per randvoorwaarde een verkenning van de investeringsopgave. Voor de verkenning hebben we gesproken met medewerkers van gemeenten, een zorgverzekeraar, aanbieders van beschermd wonen en maatschappelijke opvang en de GGD GHOR Nederland.<sup>1</sup> We hebben daarnaast gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken en databronnen.

## *Afbakening en omvang van de doelgroep*

We onderscheiden drie groepen cliënten: (1) cliënten die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid, (2) cliënten die op dit moment zijn aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid maar die naar verwachting kunnen doorstromen naar een zelfstandige

---

<sup>1</sup> GGD staat voor Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst. GHOR voor de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. GGD GHOR Nederland is de koepelorganisatie van de in totaal 25 GGD'en en GHOR-bureaus.

woning, en (3) cliënten die al zelfstandig wonen met ambulante ondersteuning. Op dit moment zijn er ongeveer 28.000 mensen met de voorziening beschermd wonen.<sup>2</sup> De eigenlijke vraag naar beschermd wonen is (veel) groter, want er staan veel mensen op de wachtlijsten. Daarnaast is er een aanzienlijk aantal verwarde mensen die mogelijk in aanmerking komen voor beschermd wonen, maar die buiten het bereik van de zorg zijn (potentiële indicaties buiten bereik van de zorg).

HHM heeft onderzoek gedaan (onder de huidige BW-populatie) naar het aantal cliënten dat blijvend is aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid. Deze groep heeft een omvang van naar schatting tussen de 11.750 en 16.250 mensen. Dit is dus ongeveer de helft van de BW-populatie, zij het dat het aandeel van deze groep sterk varieert tussen regio's en aanbieders. De groep cliënten die ambulante ondersteuning (individueel en groepsbegeleiding) krijgt is veel groter en heeft een geschatte omvang van tussen de 35.000 en 40.000 cliënten.<sup>3</sup> Dit is een hele heterogene groep. De intensiteit en de inhoud van de ambulante ondersteuning loopt sterk uiteen.

In de groep die op termijn zelfstandig zou kunnen wonen, zitten ook cliënten die dat eigenlijk nu al kunnen, ware het niet dat schulden, gebrek aan de beschikbaarheid van geschikte huisvesting of gebrek aan passende ambulante ondersteuning de doorstroom naar een zelfstandige woning belemmeren.

De beoogde extramuraliseringstransformatie (Dannenberg) zal pas kunnen leiden tot afbouw van de capaciteit van BW/MO als de ambulante infrastructuur op orde is, als schuldenproblematiek adequaat wordt aangepakt en als er voldoende geschikte huisvesting is die toegankelijk is voor deze doelgroep. Een deel van de mensen die behandeld wordt in een kliniek zou dan direct na de behandeling naar huis kunnen.

#### *Afbouw klinieken*

De afbouw van bedden in klinieken heeft als gevolg dat mensen die in BW terecht komen korter behandeld zijn of direct vanuit de thuissituatie komen, waardoor zij minder stabiel zijn en de medewerkers van BW-voorzieningen te maken krijgen met cliënten met zwaardere problematiek. Het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ zal naar verwachting een zelfde effect hebben.

---

<sup>2</sup> Dit getal is gebaseerd op de opgave van het aantal cliënten van 35 centrumregio's in de Monitor Sociaal Domein (CBS) en een onderzoek van Kroon (2016) waarin wordt aangegeven dat 10% van de EPA-populatie beschermd woont.

<sup>3</sup> Deze schatting is gebaseerd op cijfers over 2015 uit de Landelijke Monitor Ambulanti-sering 2016.

### *Lichte ZZP's van BW naar MO en ambulante*

De lichte ZZP's 1 en 2 voor de GGZ zijn in 2013 geëxtramuraliseerd. Dat wil zeggen dat patiënten met deze ZZP's de zorg of ondersteuning niet meer in een instelling of RIBW krijgen, maar dat van hun verwacht wordt dat zij zelfstandig wonen (al dan niet met ambulante ondersteuning). De druk op de maatschappelijke opvang is hierdoor vergroot en het belang van goede ambulante ondersteuning is hiermee toegenomen.

### *Wachlijsten*

Aanbieders geven aan dat de wachlijsten en wachttijden lang zijn. Bij sommige aanbieders zijn de wachlijsten stabiel, bij andere aanbieders, zoals het Leger des Heils, zijn de wachlijsten de afgelopen jaren in omvang toegenomen. Dit komt onder andere door bovenstaande ontwikkelingen. Een indicatieve schatting (gebaseerd op een uitvraag bij enkele aanbieders) van het aantal mensen dat op de wachtlijst staat voor beschermd wonen is 9.000 mensen.

### *Forensische capaciteit en voortgezet verblijf*

De forensische capaciteit is toegenomen bij aanbieders die forensisch wonen aanbieden. Ook hier zijn er signalen van lange wachlijsten. Een indicatie forensische zorg (IFZO) is eindig. Einde toezicht betekent einde financiering vanuit Justitie. Bij voortgezet verblijf is er een Wmo-indicatie nodig vanuit de gemeente. Bij extramurale ondersteuning, zoals begeleid wonen, bestaat dan het risico dat de aanbieder de cliënt niet meer uit de woning krijgt als de IFZO-indicatie afloopt en er geen Wmo-indicatie komt voor voortgezet verblijf.

### *Kosten en financiering*

Het merendeel van de kosten (ca. 90%) valt onder de Wmo: wonen, begeleiding, dagbesteding en organisatiekosten. De behandelkosten (ca. 10%) vallen onder de Zvw. De gemiddelde kosten (Wmo) van een BW-bed die aanbieders en gemeenten hebben genoemd variëren van ca. € 40.000 tot ruim € 60.000. Dit is dus exclusief behandelkosten (Zvw). Drie aanbieders hebben aangegeven hoe hun kosten verdeeld zijn over verschillende kostenposten. De categorieën en kostensoorten verschillen voor elk van deze aanbieders. Gemiddeld is de verdeling ongeveer als volgt: 17% wonen (€ 6.800 tot € 10.200), 64% begeleiding (€ 25.600 tot € 38.400), 7% dagbesteding (€ 2.800 tot € 4.200) en 12% organisatiekosten (€ 4.800 tot € 7.200).

### *Randvoorwaarde 1: Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg*

Op korte termijn worden er geen besparingen verwacht vanwege zelfmanagement. In het begin moet voldoende geïnvesteerd worden in intensieve ambulante ondersteuning, vooral bij en na de overgang naar zelfstandig wonen. Op de lange-



re termijn kan dit baten opleveren: minder uitkeringen, minder maatwerkvoorzieningen en minder zorg (gefinancierd vanuit de Zvw). Deze baten zijn op dit moment nog lastig te kwantificeren.

Aanbieders geven aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen waardevol is. Deze hebben vaak de juiste toon, kunnen zien wat het meest passend is en kunnen de cliënten motiveren. De inzet van ervaringsdeskundigen i.c.m. professionals werkt goed. Personen met een chronische psychiatrische achtergrond kunnen een opleiding tot ervaringsdeskundige (Howie the Harp) volgen. Op de lange termijn zou naar schatting ca. € 18.000 per ervaringsdeskundige netto bespaard kunnen worden. De besparing wordt gerealiseerd door doorstroom van BW naar geen zorg of zelfstandig wonen met begeleiding, doorstroom van ambulante begeleiding naar geen zorg en uitstroom naar betaald werk.

Momenteel zijn er bijna twintig Buurtcirkels. Een Buurtcirkel is een sociaal netwerk van mensen die begeleiding nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen. Iedere deelnemer zet zijn eigen talenten in voor de anderen. Een Buurtcirkel bestaat uit negen tot twaalf deelnemers die zelfstandig in dezelfde wijk wonen, een vrijwilliger en een buurtcirkelcoach. De structurele bruto kosten van buurtcirkels zijn per persoon (deelnemer) ruim € 2.000 en de opstartkosten ongeveer € 3.000 per persoon. Het is niet bekend wat de bijdrage is van gemeenten aan deze buurtcirkels. Van de mogelijke besparingen op begeleiding per cliënt is een inschatting gegeven: namelijk 65-90% na vier jaar (afhankelijk van of de cliënt uit een BW-plek komt of individuele begeleiding kreeg). Over het potentiële aantal deelnemers zijn geen gegevens bekend.

#### *Randvoorwaarde 2: Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit*

Op dit moment is de ambulante infrastructuur (zowel de gemeentelijke voorzieningen, als de ambulante behandeling) nog onvoldoende opgebouwd, blijkt uit de gesprekken die we gevoerd hebben. Dit wordt bevestigd door de resultaten uit de Landelijke Monitor Ambulantisering 2016<sup>4</sup>. Ambulante ondersteuning en behandeling moeten geïntensiveerd worden en de samenwerking kan nog worden verbeterd. Het is daarnaast belangrijk dat de hulpverlening gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden. Hiermee kunnen bijvoorbeeld crisisopnames voorkomen worden en kunnen mensen vaker thuis blijven. De mogelijkheden om op- en af te schalen zijn nu nog beperkt.

---

<sup>4</sup> Van Hoof, F. et al. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Trimbos Instituut. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het is van belang om inzicht te hebben in de kosten, om te weten wat nodig is om langdurige begeleiding met flexibele intensiteit te kunnen garanderen. De gemeente kan ambulante begeleiding bieden in de vorm van (gespecialiseerde) begeleiding als algemene voorziening<sup>5</sup> of als (onderdeel van) een maatwerkvoorziening<sup>6</sup>, en dagactiviteiten voor groepen<sup>7</sup>. De inhoud van de maatwerkvoorziening/maatwerkvoorzieningen mag door de gemeente zelf bepaald worden. Op basis van CAK-gegevens kunnen wij geen goede inschatting maken van de gemiddelde jaarlijkse begeleidingskosten voor een GGZ-cliënt. Dit komt o.a. doordat het uurtarief dat door gemeenten wordt doorgegeven aan het CAK niet altijd overeenkomt met wat de gemeenten vergoeden. Bovendien kunnen we in de CAK-gegevens de begeleiding die toegankelijk is voor een brede doelgroep, de cliënten met een psychiatrische aandoening of beperking niet onderscheiden. Voor een inschatting van de Wmo-begeleidingskosten gaan we daarom uit van de opgave van aanbieders en gemeenten. De Wmo-begeleidingskosten variëren sterk voor korte/lichte en langdurige intensieve begeleiding, van naar schatting ca. € 12.000 tot boven de € 30.000. De jaarlijkse behandelkosten (GGZ Zvw, AWBZ ambulant en AWBZ klinisch) varieerden in 2012 per cliënt in de EPA-doelgroep tussen gemeenten van gemiddeld € 2.017 tot € 67.362.

### *Randvoorwaarde 3: Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie*

Deze randvoorwaarde betreft onder meer schuldhulp, inkomensbeheer, beschermingsbewind, bijzondere bijstand, preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting en arbeidsparticipatie.

Schulden kunnen zorgen voor instroom in BW en MO, maar bemoeilijken ook de uitstroom naar een zelfstandige woning. Een kleine schuld bij de woningcorporatie kan al huisuitzetting tot gevolg hebben. Deze mensen komen vervolgens in BW of MO terecht, wat veel duurder is voor de gemeente. Bovendien levert een huisuitzetting een hoge psychische druk op voor zowel volwassenen als kinderen. Andersom geldt dat mensen die eerder een huurschuld hebben gehad bij een woningcorporatie, vaak niet snel een woning krijgen aangeboden. Gemeenten en woningcorporaties moeten hier afspraken over maken.

Daarnaast moet er meer worden ingezet op preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting. Dit heeft naar verwachting van de

---

<sup>5</sup> NZa prestatiecodes H300 Begeleiding, H150 Begeleiding extra en H153 Gespecialiseerde begeleiding. Begeleiding en begeleiding extra zijn bedoeld voor een brede doelgroep. Gespecialiseerde begeleiding is alleen bedoeld voor mensen met een psychiatrische (PSY) aandoening of beperking.

<sup>6</sup> Maatwerkvoorzieningen of arrangementen zijn bedoeld voor een brede doelgroep, bijvoorbeeld ook ouderen.

<sup>7</sup> NZa prestatiecode F125 Dagactiviteit (begeleiding) LZA is alleen bedoeld voor mensen met een psychiatrische (PSY) aandoening of beperking.

aanbieders een positief effect op zowel de instroom in, als de uitstroom uit een intramurale setting. Een voorbeeld van preventie ter voorkoming van huisuitzetting/woonoverlast is het werken met een gedragsaanwijzing. Een gedragsaanwijzing is een voor een overlast veroorzakende huurder geldend gebod of een verbod. Dit wordt vanuit de corporatie en in enkele gevallen door een rechter opgelegd aan huurders. De aanwijzing is een laatste kans voor huurders om te stoppen met het veroorzaken van overlast, om daarmee huisuitzetting te voorkomen. Dit kan een besparing van gemiddeld ca. € 60.000 opleveren als huisuitzetting wordt voorkomen. De totale kosten voor een gedragsaanwijzing, in de aanpak zoals die door diverse woningbouwcorporaties in Groningen en Drenthe gehanteerd wordt, zijn maximaal € 3.200.<sup>8</sup>

Verder is het van belang om arbeidsparticipatie te bevorderen onder de doelgroep. Psychische gezondheidsklachten behoren tot de belangrijkste oorzaken voor uitval op de arbeidsmarkt. Werken en werkhervatting kunnen andersom bevorderlijk zijn voor de gezondheid en het herstel daarvan, vooral bij psychische klachten. Met IPS-trajecten (Individuele Plaatsing en Steun) of een aangepast traject voor mensen met EPA (deels gebaseerd op IPS-principes), waarbij goed wordt samengewerkt tussen de GGZ en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie (arbodiensten, UWV en gemeenten) kunnen besparingen gerealiseerd worden op het gebied van ondersteuning vanuit de Wmo (gemeenten), uitkeringen (gemeenten en UWV) en zorgkosten (Zvw). Iedere geïnvesteerde euro zal naar verwachting resulteren in € 1,24 maatschappelijk rendement.<sup>9</sup>

#### *Randvoorwaarde 4 en 5: Huisvesting*

De branches becijferden in 2016 hoeveel woningen nodig waren voor cliënten die op dat moment klaar waren om uit te stromen. Het geconstateerde landelijke tekort bestond uit ruim 10.000 een- tot tweekamerwoningen en ruim 1.000 eengezinswoningen. Er zouden dus in de eerste plaats meer betaalbare woningen beschikbaar moeten komen. Dit kan zowel in bestaande bouw als nieuwbouw. Hierbij is het belangrijk om op te merken dat de grondopbrengsten voor gemeenten vele malen lager zijn voor een sociale huurwoning dan voor een markt woning. Een eventuele onrendabele top op het vastgoed (vanwege een lage huuropbrengst) bij sociale huur is voor rekening van de woningcorporatie. De stichtingskosten en de kosten voor nieuwbouw lopen sterk uiteen. De duur van nieuw- en

---

<sup>8</sup> Van Dijk – Jonkman, A. Van Westwing, G. en Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case Gedragsaanwijzing bij het wonen. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van een gedragsaanwijzing*. XpertiseZorg.

<sup>9</sup> Sinzer Value What Matters. (2016). *Maatschappelijke Business Case IPS-trajecten en aangepaste trajecten voor mensen (18+) met een Ernstig Psychische Aandoening (EPA)*. In opdracht van de gemeente Nijmegen.

verbouw varieert ook sterk en hangt o.a. af van het bestemmingsplan. Indien niet van het bestemmingsplan wordt afgeweken kan een woonvoorziening binnen 2,5 jaar gerealiseerd zijn.

Als er wel geschikte huisvesting is, dan moet deze ook nog beschikbaar zijn voor de doelgroep. Dit is lang niet altijd het geval, omdat mensen niet in aanmerking komen als zij bijvoorbeeld in de bijstand zitten of als ze schulden hebben. Gemeenten en woningcorporaties zouden gezamenlijk moeten kijken hoe deze mensen toch een zelfstandig woning kunnen krijgen en hier afspraken over moeten maken.

Op het moment dat er voldoende woningen beschikbaar zijn, kunnen op termijn besparingen worden bereikt voor de groep die nu beschermd woont maar (op termijn) zelfstandig zou kunnen wonen. Voor deze groep kan een besparing in woonkosten van naar schatting gemiddeld ca. € 3.800 per jaar gerealiseerd worden.<sup>10</sup> Hier komen wel extra kosten voor de Rijksoverheid bij als er sprake is van huurtoeslag (via de Belastingdienst). Voorlopig zullen er geen besparingen gerealiseerd worden omdat de vrijkomende plekken in BW gevuld worden met cliënten van de wachtlijsten. Daarnaast zullen er frictiekosten zijn voor de gemeente vanwege leegstand als gebouwen voor beschermd wonen niet meer verhuurd worden.

#### *Randvoorwaarde 6: Laagdrempelig toegang tot zorgfuncties*

Voor laagdrempelige toegang tot zorgfuncties is het belangrijk dat gemeenten de toegang tot regelingen en onafhankelijke ondersteuning voor opvang- en GGZ-cliënten integraal organiseren.

Het toevoegen van een GGZ-deskundige aan de sociale wijkteams zorgt ervoor dat cliënten in de wijk gediagnosticeerd kunnen worden en dat de zorgvraag in kaart gebracht kan worden. Verschillende gemeenten hebben GGZ-deskundigheid toegevoegd aan de wijkteams, meestal in de vorm van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV). De gemeente Rotterdam heeft bijvoorbeeld 43 wijkteams en wil aan elk team 0,8 FTE SPV toevoegen. Een SPV-er (HBO plus) op fulltime basis kost € 75.000 tot € 80.000 per jaar. Dit kost in totaal dus € 2,6 tot 2,8 miljoen per jaar.

Om laagdrempelige toegang te regelen is het belangrijk dat er wordt ingezet op openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en bemoeizorg. In de OGGZ wordt gezocht naar zorgmijders. De focus van gemeenten is verlegd naar de sociale wijkteams die reageren op een vraag. Samen met de beddenreductie in de GGZ heeft

---

<sup>10</sup> Bij deze berekening zijn we uitgegaan van de kapitaallasten voor een BW-plek van € 8.000 en een netto huur bij zelfstandig wonen van € 350 per maand (€ 4.200 per jaar).

dit ervoor gezorgd dat er veel verwarde mensen tussen wal en schip belanden. Er zou een landelijke dekking moeten komen van meldpunten en de organisatie van OGGZ en bemoeizorg zou onderdeel moeten zijn van de regioplannen. Het organiseren van de OGGZ is een wettelijke taak van gemeenten, maar de OGGZ-taak voor gemeenten staat nu onduidelijk beschreven. Het is ook niet duidelijk welke middelen hiervoor beschikbaar zijn.<sup>11</sup>

De kosten voor bemoeizorg liggen gemiddeld op € 2.100 per burger. De effecten van bemoeizorg zijn groot. De waarde verschilt per casus. In geval van mensen waarbij dreigende huisuitzetting speelt, is een besparing van gemiddeld ca. € 60.000 te verwachten. Bij burgers die met name overlast veroorzaken en die succesvol toegeleid of gemotiveerd kunnen worden tot behandeling ligt de verwachte besparing op ongeveer € 39.000.<sup>12</sup>

#### *Randvoorwaarde 7: Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars*

De kosten van de ambulantisering landen vooral bij de gemeenten. Gemeenten hebben hier echter geen middelen voor ontvangen van het Rijk. De extra kosten in het Wmo-domein zijn in de eerste plaats kosten voor wonen, begeleiding en dagbesteding. Daarnaast zal in veel gevallen een beroep op de bijstand worden gedaan. Deze kosten worden ook betaald door de gemeenten. De doorstroom van intramurale GGZ-cliënten naar beschermd wonen dan wel begeleid zelfstandig wonen levert een kostenbesparing op voor de Zvw. Voor gemeenten betekent de uitstroom echter een toename van hun kosten. De centrumgemeente (verantwoordelijk voor beschermd wonen) krijgt te maken met extra kosten van € 40.000 tot ruim € 60.000. Bij uitstroom vanuit de intramurale GGZ naar individuele begeleiding krijgt de woongemeente te maken met extra kosten van ruim € 12.000. Ook bij zelfstandige huisvesting is er financiering nodig voor wonen. Voor de (O)GGZ doelgroepen moeten de instellingen namelijk vaak de woning huren, omdat woningcorporaties niet direct willen verhuren aan deze cliënten. Dat leidt tot veel kosten en administratieve lasten. De gemeenten hebben wel middelen gekregen voor extramurale begeleiding (waaronder kortdurend verblijf en dagbesteding), dat sinds 2015 een taak is van de gemeenten in plaats van de AWBZ. Deze middelen zijn overgeheveld naar de gemeenten met een korting van circa 25%.

Om zorg te krijgen vanuit de Zvw is een verwijfsbrief en motivatie van de cliënt nodig (geen gedwongen zorg). Bij opsporing en toeleiding (OGGZ/bemoeizorg) kan

---

<sup>11</sup> Memorie van Toelichting Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, p. 98.

<sup>12</sup> Van Dijk –Jonkman, A., Van Westing, G. en Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case Bemoeizorg. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van Bemoeizorg*. XpertiseZorg.

niet (altijd) aan deze voorwaarden worden voldaan. GGZ-instellingen moeten de zorg kunnen leveren die nodig is zonder verwijzing door een arts. Daarnaast is de ambulante infrastructuur nog onvoldoende opgebouwd en wordt er nog niet goed genoeg samenwerkt tussen de sociale wijkteams van gemeenten en de behandelteams van de GGZ. Regionaal zouden aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk moeten kijken naar de behoefte aan wonen, zorg en begeleiding en hier afspraken over maken.

*Randvoorwaarde 8: Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning*

De VNG heeft kwaliteitseisen vastgesteld voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen.<sup>13</sup> Het kwaliteitskader van de VNG is vrij algemeen geformuleerd. Gemeenten geven hier dan ook hun eigen invulling aan. De meeste aanbieders geven aan dat ze al ten tijde van de AWBZ aan kwaliteitseisen moesten voldoen en dat daar niet veel in is veranderd. Een aanbieder geeft aan nu veel meer tijd kwijt te zijn met de aanbesteding dan met de contracten die ten tijde van de AWBZ werden gehanteerd. Inmiddels is ook de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) van kracht over een reële kostprijs voor maatschappelijke ondersteuning waarmee de aanbieder kan voldoen aan de gemeentelijke eisen van kwaliteit en continuïteit van deze dienst en de arbeidsrechtelijke verplichtingen aan de beroepskracht die de dienst verleent. De kosten die gemoeid zijn met het invoeren van systemen voor kwaliteitstoetsing en –toezicht en de AMvB reële kostprijzen maatschappelijke ondersteuning hebben de gemeenten die we hebben gesproken nog niet berekend.

---

<sup>13</sup> VNG (2016). *Handreiking voor gemeenten: Kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang*.

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De Federatie Opvang, de RIBW Alliantie en GGZ Nederland hebben een position paper geschreven betreffende het kwantificeren van de kosten gemoeid met het realiseren van de randvoorwaarden voor 'een beschermd thuis'. De branches hebben APE gevraagd om dit position paper te onderbouwen.

In het rapport van de VNG commissie 'Toekomst Beschermd Wonen' (commissie Dannenberg) staat het advies om beschermd wonen om te vormen naar zoveel mogelijk zelfstandig wonen met de noodzakelijke bescherming en ondersteuning. Het rapport schetst de noodzakelijke stappen op weg naar die uitkomst. Die stappen betreffen het landelijk ontwikkelen van een passend objectief verdeelmodel, het realiseren van acht randvoorwaarden die op lokaal niveau gerealiseerd moeten worden en het afspreken van een tijdpad dat zorgvuldige invoering mogelijk maakt.

## 1.2 Doel

De hoofdvraag van dit onderzoek is: Wat is nodig om de transitie naar de gewenste situatie te kunnen maken?

De randvoorwaarden die de commissie Toekomst Beschermd Wonen noemt (en waar partijen het over eens zijn) voor het realiseren van 'een beschermd thuis' en waar het position paper bij aansluit zijn de volgende:

1. versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg;
2. garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit;
3. ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie;
4. een breed arsenaal van woonvarianten;
5. beschikbare en betaalbare wooneenheden;
6. laagdrempelige toegang tot zorgfuncties;
7. duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars;
8. borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning.

Per randvoorwaarde is gevraagd om een onderbouwing te geven van de investeringsopgave die daarmee gemoeid is.

### 1.3 Aanpak

Voor de verkenning hebben we gesproken met medewerkers van gemeenten, een zorgverzekeraar, aanbieders van beschermd wonen en maatschappelijke opvang en de GGD GHOR Nederland.<sup>14</sup> We hebben daarnaast gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken en databronnen.

Om de randvoorwaarden goed te kunnen onderbouwen is inzicht nodig in de verschillende cliëntgroepen die worden onderscheiden in de huidige situatie, wat de kosten zijn van wonen, begeleiding en zorg en welke zorg, begeleiding en huisvesting deze cliënten zouden moeten krijgen in de nieuwe situatie. We kijken daarom eerst naar aantallen cliënten en de kosten in de huidige situatie (hoofdstuk 2) en kijken vervolgens wat nodig is om aan de randvoorwaarden te kunnen voldoen (hoofdstuk 3). De randvoorwaarden worden in aparte paragrafen behandeld. Uitzondering hierop zijn randvoorwaarden 4 en 5 (en breed arsenaal van woonvarianten / beschikbare betaalbare wooneenheden). Deze worden samen in een paragraaf behandeld omdat ze sterk gerelateerd zijn aan elkaar. Bovenaan iedere paragraaf worden de belangrijkste conclusies gegeven die daarna onderbouwd worden.

---

<sup>14</sup> GGD staat voor Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst. GHOR voor de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio. GGD GHOR Nederland is de koepelorganisatie van de in totaal 25 GGD'en en GHOR-bureaus.



# 2 Huidige situatie

## 2.1 Afbakening en omvang van de doelgroep

---

- Op dit moment zijn er ongeveer 28.000 mensen met de voorziening beschermd wonen. Dit is exclusief mensen op wachtlijsten en niet geïndiceerde verwarde mensen die buiten beeld blijven (potentiële indicaties buiten bereik van de zorg). De geschatte omvang van de groep die blijvend is aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid heeft een geschatte omvang van minimaal 11.750 en maximaal 16.250 mensen. De groep cliënten die zelfstandig woont met ambulante ondersteuning heeft een geschatte omvang van tussen de 35.000 en 40.000 cliënten.
  - Als aan de randvoorwaarden wordt voldaan, zal dit invloed hebben op de cliëntgroepen. Effectief beleid en sturen op herstel kan resulteren in een andere samenstelling: relatief meer cliënten die (sneller) zelfstandig kunnen wonen met ambulante begeleiding.
  - Een indicatieve schatting van het aantal mensen dat op de wachtlijst voor beschermd wonen staat is 9.000 mensen.
  - Kortere behandeling in klinieken heeft geresulteerd in een verzwaring van de problematiek in BW en MO en meer druk op de ambulante begeleiding Wmo. Wachtlijsten voor BW- en MO-voorzieningen zijn lang en nemen toe vanwege verkorting van de verblijfsduren in de GGZ en de capaciteitsafbouw in de forensische zorg. De beoogde extramuraliseringstransformatie (Dannenbergh) zal pas kunnen leiden tot afbouw van de capaciteit van BW/MO als de ambulante behandeling en andere extramurale voorzieningen in het gemeentelijk domein op orde zijn. Een deel van de mensen zou dan direct na behandeling in een kliniek naar huis kunnen.
  - Het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ zal naar verwachting een zelfde effect hebben als bij het vorige punt is benoemd.
- 

### 2.1.1 Deelvragen afbakening en omvang doelgroep

De deelvragen die beantwoord moeten worden met betrekking tot de omvang van de doelgroep zijn:

- *Vraag 0.1:* Hoe groot zijn de cliëntgroepen?
- *Vraag 0.2:* Hoeveel cliënten staan op de wachtlijst en in welke cliëntgroepen kunnen deze worden ingedeeld?
- *Vraag 0.3:* Hoe groot is de beddenafbouw in de GGZ-klinieken en bij de forensische zorg en in welke cliëntgroepen komen deze mensen terecht?

- *Vraag 0.4:* De GGZ gaat wachtlijsten voor behandeling wegwerken. Gaat dit leiden tot extra instroom in de Wmo?

### 2.1.2 Omvang cliëntgroepen

Binnen de huidige populatie zijn drie groepen te onderscheiden:

1. Een groep die blijvend aangewezen is op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid;
2. Een groep die op dit moment is aangewezen op permanent toezicht en/of 24 uur zorg in de nabijheid en mogelijk op termijn zelfstandig kan wonen. Hieronder vallen ook de cliënten die wachten op een zelfstandige woning of wegens schuldenproblematiek niet in aanmerking kunnen komen voor zelfstandig wonen.
3. Een groep die zelfstandig woont met langdurige ambulante begeleiding.

Bij de inschatting van de omvang van de cliëntengroepen gaan we uit van de huidige situatie. Effectief beleid en het goed inrichten van de randvoorwaarden kan zorgen voor een andere samenstelling: relatief meer cliënten die (sneller) zelfstandig kunnen wonen met ambulante begeleiding.

#### *Afbakening o.b.v. ernstige psychiatrische aandoening (EPA)*

In onderzoek van HHM en Xpertisecare is gesproken over de definitie van ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Geconcludeerd wordt dat deze landelijk gebruikte definitie niet aansluit bij de adviezen van de commissie Dannenberg. Voor de transformatie van beschermd wonen en de maatschappelijke opvang is deze definitie dan ook niet bruikbaar.

Volgens een rapportage van het Trimbos Instituut zijn er in Nederland 280.000 mensen met een ernstige psychiatrische aandoening.<sup>15</sup> Wanneer je kijkt naar de inschatting van het aantal cliënten EPA in de regio kun je die echter niet vertalen naar de behoefte aan beschermd wonen. Immers, het aantal mensen met EPA zegt niet per definitie iets over de behoefte aan beschermd wonen en opvang. Dit laatste is namelijk afhankelijk van veel andere factoren, zoals de aan-/afwezigheid van ambulante ondersteuning, de mogelijkheden om passende zelfstandige huisvesting te vinden en daarnaast de ondersteuningsbehoefte (die niet samenhangt met EPA maar met andere factoren zoals zelfredzaamheid en de aanwezigheid van een netwerk). Op basis van het huidige aantal plekken beschermd wonen, komt 10% van de EPA groep in beschermd wonen. Dit komt neer op 28.000 plekken (groep 1 en groep 2 samen). Of dit ook werkelijk de behoefte is, is de vraag.

---

<sup>15</sup> Kroon, H., van Weeghel, J., Delespaul, P., Knispel, A., & van Hoof, F. (2016). *Advies streefcijfers intensivering ambulante GGZ*.

Deze 10% is immers gebaseerd op het huidige aanbod, terwijl er in BW vrijwel zeker mensen zitten die liever thuis zouden wonen als er een woning is en als er passende ondersteuning thuis is (dat maakt het percentage lager). Echter, er zijn ook wachtlijsten en die zijn niet meegenomen in de 10%. Dat zou de inschatting hoger kunnen maken.

#### *Omvang beschermd wonen o.b.v. monitor sociaal domein*

De centrumregio's hebben voor het tweede halfjaar van 2016 het aantal cliënten in beschermd wonen opgegeven voor de monitor sociaal domein (CBS). Van de 43 centrumregio's hebben er 35 het aantal cliënten opgegeven. Dit zijn er in totaal 22.620. Als we dit opschalen naar alle centrumregio's komen we afgerond ook op een totaal van ongeveer 28.000 BW-plekken (groep 1 en groep 2 samen).

#### *Afbakening o.b.v. toegang Wlz op basis van psychische grondslag*

Een indicatie voor de omvang van de eerste groep geeft het onderzoek van HHM: deze groep heeft een omvang van minimaal 11.750 en maximaal 16.250 mensen. Dit zijn dus ongeveer 14.000 mensen. Het gaat dan om de groep die blijvende behoefte heeft aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid (groep 1).<sup>16</sup> Als de eerste twee groepen landelijk<sup>17</sup> ongeveer elk even groot zijn dan kunnen we uitgaan van een omvang van de eerste twee groepen van elk ongeveer 14.000 cliënten. Deze groepen hebben naar schatting een totale omvang van 28.000 mensen (twee keer 14.000). Dit is exclusief de cliënten op de wachtlijsten. Dit komt overeen met de inschatting op basis van de EPA-populatie.

De derde groep heeft naar schatting een omvang van tussen de 35.000 en 40.000 cliënten. Dit is gebaseerd op cijfers over 2015 uit de Landelijke Monitor Ambulantisering.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Jansen, P., Hofman, L. & Bakker, P. (2017). *GGZ-cliënten in de Wlz. Inschatting omvang indien grondslag psychische stoornis wordt toegevoegd aan de Wlz*. Onderzoeksbureau HHM.

<sup>17</sup> Tussen aanbieders en regio's bestaan er grote verschillen in het aandeel van de cliënten waarvan verwacht wordt dat ze blijvend zijn aangewezen op 24-uurszorg en/of permanent toezicht.

<sup>18</sup> Van Hoof, F. et al. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Trimbos Instituut. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### *Verwachte duur tot zelfstandig wonen*

Binnen de tweede groep kan onderscheid gemaakt worden naar de termijn waarop cliënten zelfstandig kunnen wonen, al dan niet met (intensieve) ambulante ondersteuning (begeleid wonen). De meeste aanbieders geven echter aan dat het lastig is om te voorspellen op welke termijn cliënten kunnen uitstromen.

Bij twee aanbieders kan naar verwachting meer dan de helft van de huidige Wmo-populatie BW die niet blijvend is aangewezen op 24-uurszorg of permanent toezicht binnen vier jaar uitstromen naar een zelfstandige woning (indien deze beschikbaar is en de cliënt hiervoor in aanmerking komt).

Verblijf korter dan een jaar komt nauwelijks voor. Cliënten die voor een kortere periode intensieve begeleiding nodig hebben krijgen meestal ambulante begeleiding in de eigen woning. Bij beschermd wonen raken cliënten immers hun eigen woning kwijt. De cliënten komen na beschermd wonen moeilijk weer aan een eigen woning door krapte op de woningmarkt. Daarom wordt erop gestuurd dat cliënten in de eigen woning begeleiding ontvangen. Dit kan indien nodig zeer intensieve begeleiding zijn

### **2.1.3 Wachlijsten**

Het is op korte termijn niet mogelijk om een goed beeld te krijgen van de omvang van de wachtlijsten. Sommige cliënten staan namelijk bij meerdere aanbieders op een wachtlijst om de kans op plaatsing te vergroten. Vanuit aanbieders, gemeenten en de brancheverenigingen komt wel het signaal dat de wachtlijsten en wachttijden lang zijn. De omvang van de wachtlijsten is bij sommige aanbieders toegenomen (zoals bij het Leger des Heils), maar bij andere aanbieders zijn de wachtlijsten stabiel.

Gebaseerd op een kwalitatieve uitvraag bij enkele aanbieders gaan we uit van een geschatte omvang van de wachtlijsten van ongeveer een derde van het aantal mensen dat op dit moment beschermd woont (groep 1 en 2). Dit komt neer op ongeveer 9.000 plekken.

Ter illustratie:

- Bij een aanbieder in Rotterdam stonden in september 2017 ruim 100 cliënten op de wachtlijst voor BW. In verhouding tot het aantal cliënten dat op dat moment beschermd woonde (ruim 300) is dit vrij veel.
- Bij een aanbieder in Utrecht stonden er in oktober 2017 112 cliënten op de wachtlijst, waarvan 28 Justitie-clieënten en 84 Wmo-clieënten. Bij deze cliënten heeft de screening al plaatsgevonden en deze komen in principe ook allemaal daadwerkelijk in beschermd wonen terecht. De screening betekent dat er een inschatting wordt gemaakt of de cliënt daadwerkelijk

BW-zorg nodig heeft of dat (intensieve) ambulante begeleiding voldoende is. Naast cliënten die op de wachtlijst staan, zijn er ook nog eens 67 cliënten waarbij de screening nog moet plaatsvinden; zij hebben dus nog geen beschikking. Voor ambulante begeleiding hanteert deze aanbieder geen wachtlijst.

### *Nieuwe doelgroep*

Verwarde mensen op straat zijn door niemand geïndiceerd en blijven daardoor vaak buiten beeld, terwijl ze wel bij de doelgroep horen. Het gaat om een nieuwe groep dak- en thuisloze mensen met ernstige psychiatrische problematiek die zich in de laagdrempelige opvang van het Leger des Heils steeds duidelijker aftekent.<sup>19</sup> Hierbij speelt mee dat de lichte ZZP's 1 en 2 voor de GGZ in 2013 zijn geëxtramuraliseerd. Dat wil zeggen dat patiënten met deze ZZP's<sup>20</sup> de zorg niet meer in een instelling of RIBW krijgen, maar dat van hen verwacht wordt dat zij zelfstandig wonen (al dan niet met ambulante ondersteuning).<sup>21</sup> De druk op de maatschappelijke opvang is vergroot en het belang van goede ambulante ondersteuning is hiermee toegenomen.

De maatschappelijke opvang zit vol. Het Leger des Heils is in Nederland de grootste aanbieder van maatschappelijke opvang. Hieronder vallen beschermd wonen voorzieningen voor dak- en thuislozen en voor zwerfjongeren, begeleid wonen, nachtopvang, 24-uurszorg en vrouwenopvang. De gemiddelde capaciteit bedroeg in 2015 3.670 met een bezetting van 98,2%. In 2016 bedroeg de gemiddelde capaciteit 4.016 met een bezettingsgraad van 100,9%.<sup>22</sup> De bezetting is bij alle voorzieningen toegenomen, met uitzondering van begeleid wonen.

## **2.1.4 Beddenafbouw klinieken en forensische zorg**

### *Klinieken*

Van zowel aanbieders, gemeenten als brancheverenigingen horen we dat de afbouw in GGZ-klinieken tot gevolg heeft dat de behandelaar sneller zegt dat een cliënt uitbehandeld is. Voorheen kwamen mensen vaak na langdurig verblijf in een kliniek in BW terecht. Deze mensen waren dan vaak stabiel. Cliënten blijven nu korter in de kliniek en komen vaker vanuit de thuissituatie en minder vaak

---

<sup>19</sup> Van Everdingen, C. (2015). *Verwarde mensen op straat*. Onderzoek in opdracht van het Leger des Heils.

<sup>20</sup> In de praktijk kan de zorgbehoefte tussen cliënten met hetzelfde ZZP overigens sterk verschillen blijkt uit gesprekken met aanbieders en onderzoek van KPMG ('Onderzoek naar de zorglevering aan cliënten met een indicatie voor ZZP VV5', 2012).

<sup>21</sup> RIBW Alliantie en GGZ Nederland (2013). *Factsheet Hervorming langdurige zorg: de positie van de GGZ*.

<sup>22</sup> Stichting Leger des Heils. Welzijns- en Gezondheidszorg. Jaardocument 2016.

rechtstreeks vanuit de kliniek in BW terecht. In de BW's is niet altijd plek, dus feitelijke doorstroom vindt niet altijd plaats. Als mensen niet in BW terecht kunnen, dan komen ze (als ze geen eigen woning hebben) bij familie terecht, bij de maatschappelijke opvang of op straat. Naar schatting zou 10% tot 15% direct vanuit de kliniek naar huis kunnen als er passende extramurale voorzieningen zouden zijn. In BW is er dus sprake van een verzwarende van de problematiek. Dit komt ook doordat voorheen ook nog relatief lichtere cliënten in BW-zorg werden genomen.

Het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ zal naar verwachting zorgen voor een voortzetting van deze ontwikkeling. Mogelijk kan het leiden tot meer instroom in BW, want eerder behandelen kan ook betekenen dat eerder duidelijk wordt dat BW passend is naast behandeling. Mogelijk kan het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ ook effect hebben op de doorstroom doordat cliënten die beschermd wonen eerder in behandeling komen en daardoor eerder kunnen uitstromen.

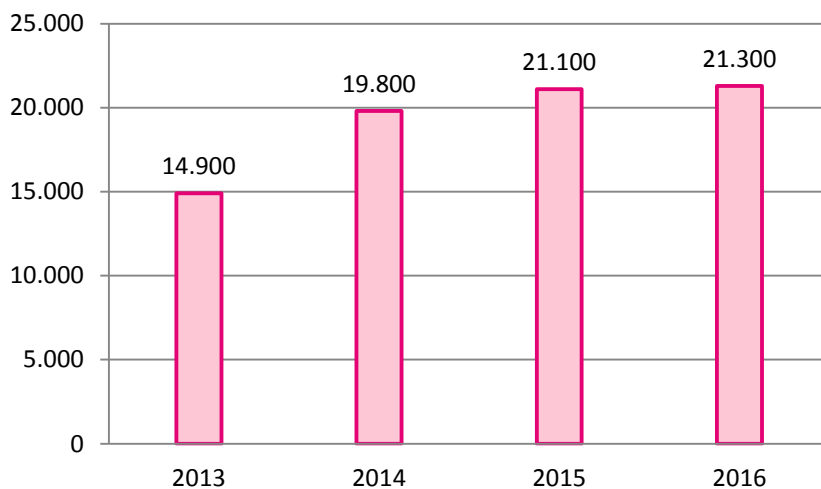
### *Justitie*

Eén van de speerpunten van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) is het bevorderen van doorstroom en afschalen van de forensische zorg. Dit lijkt één van de oorzaken te zijn van een grotere behoefte aan verblijfszorg (realiseren van snellere doorstroom naar beschermd wonen aansluitend aan klinische opnames). Dat de afgelopen jaren de behoefte aan forensische verblijfszorg/forensisch wonen toegenomen is, is op macroniveau terug te zien in een stijging van de landelijk gerealiseerde plaatsen over de afgelopen jaren.<sup>23</sup> In onderstaande figuur wordt de ontwikkeling van het aantal plaatsingen weergegeven (klinieken, beschermd wonen en ambulant).

---

<sup>23</sup> Linckens, P., Valstar, H. & Van Gemmert, N. (2016). *DJI in getal. DJI in getal 2011-2015 De divisies GW/VB en ForZo/JJI nader belicht.*

Figuur 2-1 Aantal plaatsingen\*, 2013-2016 (bron: DJI in getal, bewerking APE)



\*Afgerond op 100-tal

Deze landelijke ontwikkeling zien aanbieders ook terug in hun afspraken met DJI: de capaciteit voor forensisch wonen is de afgelopen jaren (in absolute zin) gestegen. Desondanks zien aanbieders forse wachtlijsten voor forensisch wonen en zijn er signalen, onder andere vanuit de reclassering (één van de indicerende en plaatsende instanties voor forensisch wonen), dat het moeilijk is forensische cliënten op tijd op de juiste plek in een forensische woonvorm te plaatsen. In 2018 geldt in de overeenkomst met DJI overigens geen productieplafond meer, waardoor zorgaanbieders niet meer gehouden zijn aan een productieafspraken met DJI (en er mogelijk meer capaciteit ontstaat doordat zorgaanbieders het aantal plaatsen vergroten dat zij voor forensisch wonen aanbieden). Bij gelijkblijvende capaciteit BW neemt de druk op de beschikbare capaciteit toe.

#### *Na afloop van de titel*

Justitie koopt plekken in en bepaalt waar cliënten geplaatst worden. Een indicatie forensische zorg (IFZO) is eindig. Einde toezicht betekent einde financiering vanuit Justitie. Op dat moment is het de vraag of de cliënt in aanmerking komt voor een gemeentelijke beschikking (Wmo). Aan de veldtafel in Amsterdam wordt altijd getoetst of er regiobinding is. Als dat niet zo is, dan kan diegene niet terecht voor voortgezet verblijf in Amsterdam. Bij extramuraal ondersteuning, zoals begeleid wonen, bestaat dan het risico dat de aanbieder de cliënt niet meer uit de woning krijgt als de IFZO-indicatie afloopt en er geen Wmo-beschikking volgt. Een aanbieder kiest er daarom soms voor om een cliënt intramuraal op te nemen gedurende de IFZO-indicatie.

### 2.1.5 Toename incidenten

De ambulantisering die heeft plaatsgevonden en nog steeds plaatsvindt (korter klinische GGZ-behandeling, extramuraliseren ZP 1 en 2), zorgt voor een verschuiving in de cliëntgroepen. Hierdoor worden de doelgroepen voor zowel BW, MO als het ambulante team zwaarder volgens aanbieders die wij hebben gesproken. Dit blijkt ook uit onderzoek naar incidenten binnen BW/MO. Er is meer comorbiditeit, meer psychische problematiek en meer drugs- en/of alcohol gebruik.

Het aantal gemelde incidenten in de maatschappelijke opvang en in de ambulante ondersteuning is verdubbeld in 2015 t.o.v. 2012. Binnen beschermd wonen is het aantal gemelde incidenten in de afgelopen jaren min of meer constant gebleven. In het onderzoek naar incidenten geeft 59% van de respondenten van RIBW's aan het gevoel te hebben dat het aantal incidenten de afgelopen tijd verhoogd is. 54% van de respondenten geeft aan dat zij het gevoel hebben dat de ernst van de incidenten de afgelopen jaren is toegenomen. De toename van de ernst van incidenten geldt voor RIBW's, de maatschappelijke opvang en ambulante teams.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Hendrikse, I. en Schimmel, M. (Q-Consult). 2016. *Incidenten binnen de organisaties voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang*. Onderzoek naar de aantallen en ernst tussen 2012 en 2015. In opdracht van de RIBW Alliantie en de Federatie Opvang.



## 2.2 Huidige kosten en financiering

---

- Het merendeel van de kosten van beschermd wonen voor de volwassen GGZ-cliënten (ca. 90%) vallen onder de Wmo: wonen, begeleiding en dagbesteding. Ca. 10% zijn behandelkosten en deze vallen onder de Zvw.
  - De gemiddelde kosten (Wmo) van een BW-plek die aanbieders en gemeenten hebben genoemd variëren van ca. € 40.000 tot ruim € 60.000. Dit is dus exclusief behandelkosten.
  - Gemiddeld is de verdeling ongeveer als volgt: 17% wonen (€ 6.800-10.200), 64% begeleiding (€ 25.600-38.400), 7% dagbesteding (€ 2.800-4.200) en 12% organisatiekosten (€ 4.800-7.200).
- 

### 2.2.1 Deelvragen afbakening en kosten en financiering

De deelvraag die beantwoord moet worden met betrekking tot de kosten en financiering is:

- *Vraag 0.5:* Wat zijn de huidige kosten van de BW- en MO-cliëntgroepen gescheiden naar wonen, begeleiding, dagbesteding, organisatiekosten en behandeling? Onder welk domein vallen deze kosten?

### 2.2.2 Kosten en financiering beschermd wonen

Beschermd wonen in de Wmo (gemeenten) is gericht op GGZ-cliënten en mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) die niet voldoen aan de eis van 'blijvende behoefte aan permanent toezicht dan wel 24-uurs zorg nabij'. Specifiek voor LVB-cliënten met tijdelijke behoefte aan BW is er per 2017 € 60 miljoen toegevoegd aan het Wmo-budget voor gemeenten.<sup>25</sup> Langdurig verblijf met zorg voor LVB-cliënten wordt betaald vanuit de Wlz. Jongeren tot 18 jaar in BW vallen onder de Jeugdwet (gemeenten) en mensen met een indicatie forensische zorg (IFZO) vallen onder de Wfz. Voortgezet verblijf voor jongeren die volwassen worden, wordt gefinancierd vanuit verlengde jeugdzorg (Jw) of de Wmo en voortgezet verblijf voor forensische cliënten wordt gefinancierd vanuit de Wmo. De aanbieders van beschermd wonen en maatschappelijke opvang die wij hebben gesproken bieden in meer of mindere mate ook wonen, begeleiding en dagbesteding aan de doelgroepen die vallen onder de andere domeinen (dan het Wmo-domein). Het grootste deel heeft betrekking op GGZ-cliënten (al dan niet in combinatie met LVB, maar waarbij de GGZ-problematiek op de voorgrond aanwezig is).

---

<sup>25</sup> <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/nieuws/vng-en-rijk-eens-over-aanpassingen-budget-wmo-en-jeugd>. Geraadpleegd op 19 oktober 2017.

Voor de volwassen GGZ-cliënten in BW en MO worden alleen de behandelkosten (ca. 10%) betaald vanuit de Zvw. Dit zijn behandelkosten; daarnaast zijn er regelmatig korte opnames in een kliniek die zorgen voor een piek in de kosten.

Het merendeel van de kosten (ca. 90%) valt onder de Wmo: wonen, begeleiding, dagbesteding en organisatiekosten. De gemiddelde kosten (Wmo) van een BW-bed die aanbieders en gemeenten hebben genoemd variëren van ca. € 40.000 tot ruim € 60.000. Dit is dus exclusief behandelkosten. Drie aanbieders hebben aangegeven hoe hun kosten verdeeld zijn over verschillende kostenposten. De categorieën en kostensoorten verschillen voor elk van deze aanbieders.

Gemiddeld is de verdeling ongeveer als volgt:

- 17% wonen (€ 6.800-10.200);
- 64% begeleiding (€ 25.600-38.400);
- 7% dagbesteding (€ 2.800-4.200);
- 12% organisatiekosten (€ 4.800-7.200).

Diensten, zoals eten, tv en bewassing worden door geen van deze aanbieders uitgesplit. Bij de ene aanbieder valt dit onder organisatiekosten en bij de andere aanbieder onder wonen en begeleiding.

### **2.2.3 Vergoeding**

Gemeenten hebben beleidsvrijheid in de financiering. Ze bieden arrangementen aan met een vast tarief. De vergoeding is niet toegenomen bij de zwaardere problematiek. Sinds de decentralisatie is de gemiddelde vergoeding juist afgenomen, omdat veel gemeenten de budgetkorting hebben vertaald in lagere tarieven voor de BW-aanbieders.

Voor basis begeleiding (het bieden van activiteiten gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en die strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing) was het maximum uurtarief € 55 in 2014 (AWBZ). Voor gespecialiseerde begeleiding (ondersteunen bij langdurig tekortschietende zelfregie over het dagelijkse leven, als gevolg van een psychische stoornis.) was het maximum tarief in 2014 € 96 (AWBZ).<sup>26</sup> De vergoeding aan zorgaanbieders door gemeenten is lager dan de vergoeding ten tijden van de AWBZ.

---

<sup>26</sup> Tariefbeschikking en beleidsregel CA-300-601 Tariefstructuur (2e/3e compartiment). NZa.

Aanbieders en gemeenten geven aan dat ambulante ondersteuning en begeleiding waarschijnlijk niet goedkoper is dan ondersteuning in een intramurale setting. Dit komt doordat het verspreid is, er geen gereguleerde setting is zoals een BW-plek en omdat het veel meer inspanning kost (meer uren, hoger opgeleid personeel) om cliënten te motiveren persoonlijke en huishoudelijke zaken zelf te regelen dan om cliënten werk uit handen te nemen.

Macro gezien zal de afbouw van intramurale opvang en GGZ waarschijnlijk wel tot een besparing leiden, omdat door de afschaling van zorg uiteindelijk minder mensen een beroep zullen (mogen) doen op formele zorg. Het maatwerk dat verricht dient te worden per zelfstandig wonende zorgvrager zal volgens aanbieders echter duurder zijn, omdat het organiseren van maatwerk per definitie duurder is. De kwaliteit zal echter meer en beter zijn afgestemd op de daadwerkelijke vraag en de ervaren kwaliteit daardoor hoger.

Om kwalitatief goede ambulante ondersteuning te kunnen leveren is goed geschoold (HBO) personeel nodig. Aanbieders geven aan dat de nieuwe situatie (begeleiding bij mensen thuis) vraagt om een andere manier van begeleiden. De opleiding voor ambulante ondersteuning of ondersteuning in een intramurale setting is heel anders. Aanbieders geven aan dat het lastig is om goed geschoold personeel te vinden omdat de mensen die dit kunnen ook op veel andere plekken terecht kunnen.

# 3

## Onderbouwing Randvoorwaarden

### 3.1 Versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg (randvoorwaarde 1)

---

- Op korte termijn worden er geen besparingen verwacht vanwege zelfmanagement. In het begin moet voldoende geïnvesteerd worden in intensieve ambulante ondersteuning, vooral bij en na de overgang naar zelfstandig wonen. Op de langere termijn kan dit baten opleveren: minder uitkeringen, minder maatwerkvoorzieningen en minder zorg (gefinancierd vanuit de Zvw). Deze baten zijn op dit moment nog lastig te kwantificeren.
  - Op de lange termijn zou naar schatting € 18.000 per ervaringsdeskundige bespaard kunnen worden. Dit is een grove schatting.
  - De structurele bruto kosten van buurtcirkels zijn per persoon (deelnemer) ruim € 2.000 en de opstartkosten ongeveer € 3.000 per persoon. Het is niet bekend wat de bijdrage is van gemeenten aan deze buurtcirkels. Van de mogelijke besparingen per cliënt is een inschatting gegeven, namelijk 65-90% na vier jaar (afhankelijk van of de cliënt van een BW-plek komt of individuele begeleiding kreeg). Over het potentiële aantal deelnemers zijn geen gegevens bekend.
- 

#### 3.1.1 Deelvragen randvoorwaarde 1

De vraag die beantwoord moet worden, is:

- *Vraag 1.1:* Welke kosten zijn gemoeid met het versterken van zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg voor de doelgroep opvang en GGZ-cliënten?

#### 3.1.2 Versterken van zelfmanagement

##### *Kosten herstelacademies*

Voor het versterken van zelfmanagement zijn er 31 herstelacademies en zelfregiecentra. Hierin worden initiatieven 'door en voor' betrokkenen opgezet. De initiatieven hebben een totaal bereik van naar schatting van MIND (Platform GGZ)

30.000 unieke bezoekers per jaar.<sup>27</sup> Een gemiddeld initiatief heeft 500 unieke bezoekers, 50 vrijwilligers en 3,5 tot 4 fte betaalde krachten. De kosten hiervoor worden geschat op € 300.000 per jaar per initiatief. Per unieke bezoeker is dit € 600.

#### *Besparingen minder uitkeringen*

Op basis van een aantal initiatieven heeft MIND de schatting gemaakt dat per initiatief (ca. 500 unieke bezoekers) drie mensen naar betaald werk uitstromen. Bij een uitkering van € 18.000 per jaar levert dit een besparing op van € 54.000 per initiatief. Per unieke bezoeker is dit ca. € 100.

#### *Besparingen dagbesteding en algemene voorzieningen*

Herstelacademies en zelfregiecentra zouden een vervanging kunnen zijn voor dagbesteding en algemene voorzieningen. Het is voor de kwetsbare doelgroep belangrijk om zich welkom te voelen in een club- of buurthuis of iets soortgelijks.

#### *Besparingen minder Wmo-maatwerkvoorzieningen*

Zelfmanagement voor maatwerkvoorzieningen ligt ingewikkelder. De gemeenten hebben beleidsvrijheid in het inrichten van de maatwerkvoorzieningen. Binnen deze producten kunnen aanbieders variëren en zo maatwerk bieden aan de cliënt. De mate waarin zelfmanagement maatwerkvoorzieningen kan vervangen hangt af van de cliënten. Bij mensen met enkelvoudige problemen kan dit soms. Bij mensen met een dubbele diagnose, bijvoorbeeld de veelvoorkomende combinatie verslaving en zware GGZ-problematiek, is dit vaak niet mogelijk. Deze mensen hebben bijvoorbeeld een prikkelarme omgeving nodig. De zwaarste cliëntgroep krijgt over het algemeen intensieve gespecialiseerde begeleiding.

Gemeenten en aanbieders verwachten wel een verschuiving naar ambulante begeleiding, maar deze zal voor een deel van de cliënten intensief zijn (vooral in het begin) en bovendien is er goed geschoold (HBO) personeel voor nodig. Het kan voor een professional vooral in het begin juist intensiever zijn en meer tijd kosten om iemand te motiveren om iets zelf te doen dan om het voor de cliënt te doen (bijvoorbeeld het opruimen van de leefruimte; zie ook paragraaf 2.2.3). Cliënten hebben bij de overgang naar een zelfstandige woning ondersteuning van gespecialiseerd personeel nodig dat de cliënten laat wennen aan een eigen woonvorm en een andere voorziening. Het is zeker in het begin dus niet per definitie goedkoper.

---

<sup>27</sup> MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid (2017). *Herstelacademies en zelfregiecentra in kosten en baten*.

Verschillende aanbieders en gemeenten gaven in de interviews aan dat zelfregie niet iets is wat je aan de cliënt kunt opleggen. Door bijvoorbeeld Wellness Recovery Action Plan (WRAP)-cursussen in te zetten leren cliënten zelf regie te pakken, signalen te herkennen en ook welke oplossingen voor hen zelf werken. Zelfregie betekent een doorbraak in de negatieve spiraal. Hier ligt veel potentieel.

Er is meer passende ondersteuning en gespecialiseerde ambulante begeleiding nodig volgens aanbieders. Op de lange termijn kan dit erin resulteren dat cliënten minder maatwerkvoorzieningen begeleiding nodig hebben (minder uren traditionele begeleiding en/of eerder uitstromen naar basisvoorzieningen).

#### *Besparingen Zvw*

Volgens het Leger des Heils is minder zorg in het kader van de Zvw op termijn wel mogelijk. Er zijn veel mensen die niet goed zijn gediagnosticeerd. Er moet meer gebeuren aan de voorkant: laagdrempelig toegang tot de huisarts en de tandarts. Escalatie en ziekenhuisopname moeten zoveel mogelijk voorkomen worden. De besparing zit in het voorkomen van complexe zorg die nodig is als mensen te lang zorg mijden. Dit blijkt ook uit onderzoek van Van Laere (2015).<sup>28</sup> De weg naar zorg is voor de cliëntgroep dermate lastig dat ze dit niet zelfstandig zullen oppakken. Uit het promotieonderzoek van Van Orden (2017) blijkt dat de meeste mensen met een psychische aandoening voldoende herstellen met kortdurende professionele zorg in de huisartsenpraktijk. Dit is efficiënter dan reguliere verwijzing en behandeling in de specialistische GGZ in termen van een kortere wachttijd en behandelduur, minder zorgcontacten en lagere zorgkosten.<sup>29</sup>

#### **3.1.3 Opleiding tot ervaringsdeskundige (Howie the Harp)**

Personen met een chronische psychiatrische achtergrond kunnen een opleiding tot ervaringsdeskundige (Howie the Harp) volgen. De kosten van de opleiding bedragen € 5.500 en zijn in principe voor rekening van de student. Het is echter ook mogelijk dat een deelfinanciering plaatsvindt vanuit het UWV, de gemeente, de (toekomstige) werkgever of op basis van een CIZ-indicatie. Het is niet bekend wat de financieringsmix is, dat wil zeggen welk deel ten laste komt van de gemeente. XpertiseZorg heeft een kosten- en batenanalyse opgesteld van het opleidingsprogramma.<sup>30</sup> Hierin gaan zij uit van een gemiddelde groep van 24 studenten en kos-

---

<sup>28</sup> Van Laere, I e.a. (2015). *Basiszorg voor daklozen is urgent probleem*. Straatdokter bepleiten landelijk beleid. Gepubliceerd in: Medisch Contact 19 februari 2015.

<sup>29</sup> Van Orden, M. (2017). *Collaborative mental health care. Changing the landscape of mental health care*. Promotieonderzoek.

<sup>30</sup> XpertiseZorg (2017). *Maatschappelijke Business Case Howie the Harp. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van Howie the Harp: opleiding tot ervaringsdeskundige*. XpertiseZorg Organisatieadviseurs.

ten van € 5.500 per jaar. De kosten voor een groep, inclusief salarissen, huisvestingskosten en overheadkosten, zijn hiermee € 132.000.

Hier staan bruto kostenbesparingen tegenover, waardoor de werkelijke netto kosten lager zijn. Besparingen betreffen (zoals bij de herstelacademies en zelfregiecentra) ontzorg- en re-integratie-effecten. Door het volgen van de Howie the Harp-opleiding neemt volgens cijfers van Pameijer de ondersteuningsbehoefte als volgt af: 13% gaat van BW naar geen zorg, 21% gaat van BW naar zelfstandig wonen met begeleiding en 29% gaat van ambulante begeleiding naar geen zorg. XpertiseZorg hanteert de aanname dat van de afname in zorgbehoefte 50% aan Howie the Harp wordt toegeschreven. Zij berekenen minder kosten per groep van 24 studenten van € 415.000. Dit is ongeveer € 17.300 per persoon. Hiernaast stroomt 44% van alle uitstromers uit naar betaald werk. Hierdoor kunnen uitkeringslasten van € 14.000 per uitstroomer bespaard worden. Per student is dit ongeveer € 6.200. Tegenover de kosten van € 5.500 per persoon staan baten van € 23.500. De lange termijn netto kosten zouden hiermee negatief zijn: - € 18.000 per ervaringsdeskundige.

Aanbieders geven aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen waardevol is. Deze hebben vaak de juiste toon, kunnen zien wat het meest passend is en kunnen de cliënten motiveren. De inzet van ervaringsdeskundigen in combinatie met professionals werkt goed.

#### **3.1.4 Informele zorg (Buurtcirkels)**

Een Buurtcirkel is een sociaal netwerk van mensen die begeleiding nodig hebben om zelfstandig te kunnen wonen. Iedere deelnemer zet zijn eigen talenten in voor de anderen. Momenteel zijn er bijna twintig Buurtcirkels. Een Buurtcirkel bestaat uit negen tot twaalf deelnemers die zelfstandig in dezelfde wijk wonen, een vrijwilliger en een buurtcirkelcoach. XpertiseZorg heeft een maatschappelijke business case hiervan opgesteld.<sup>31</sup> Er wordt per buurtcirkel met eenmalige opstartkosten van € 35.000 en jaarlijkse kosten van € 22.500 voor de buurtcirkelcoach gerekend. De Buurtcirkels worden gefinancierd door de gemeente, deelnemers en de Wlz. De financieringsmix is niet bekend. De structurele bruto kosten zijn hiermee per persoon ruim € 2.000 en de eenmalige kosten ongeveer € 3.000. Door Buurtcirkels kan de ondersteuningsbehoefte afnemen. XpertiseZorg geeft aan dat buurtcirkels in twee varianten besparingen kunnen opleveren. De eerste variant gaat om mensen die voorheen zelfstandig woonden en individuele begeleiding ontvingen. De tweede variant gaat om mensen die uitstromen uit een beschermd

---

<sup>31</sup> Van Dijk-Jonkman, A., Van Westing, G. & Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case Buurtcirkels. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van Buurtcirkels*. XpertiseZorg Organisatieadviseurs.

de woonvoorziening. In de eerste variant wordt gerekend met een prijs van individuele begeleiding van € 11.961 in de uitgangssituatie. Voor mensen in BW wordt gerekend met een prijs van € 48.730 in de uitgangssituatie. In het eerste jaar zijn de kosten van een buurtcirkel € 16.360. In het vierde jaar zijn de geschatte kosten € 4.138. XpertiseZorg geeft niet aan hoeveel mensen door het opzetten van buurtcirkels naar verwachting uit BW stromen en voor hoeveel mensen die zelfstandig wonen met individuele begeleiding de begeleiding vervangen kan worden door buurtcirkels.



## 3.2 Garanderen van langdurige begeleiding met flexibele intensiteit (randvoorwaarde 2)

---

- De gemeente kan ambulante begeleiding bieden in de vorm van (gespecialiseerde) begeleiding als algemene voorziening of als (onderdeel van) een maatwerkvoorziening, en dagactiviteiten voor groepen. De inhoud van de maatwerkvoorzieningen mag door de gemeente zelf bepaald worden. Op basis van CAK-gegevens kunnen wij geen goede inschatting maken van de gemiddelde jaarlijkse begeleidingskosten voor een GGZ-cliënt. Dit komt o.a. doordat het uurtarief dat door gemeenten wordt doorgegeven aan het CAK niet altijd overeenkomt met wat de gemeenten vergoeden. Bovendien kunnen we in de CAK-gegevens de begeleiding die toegankelijk is voor een brede doelgroep, de cliënten met een psychiatrische aandoening of beperking niet onderscheiden. Voor een inschatting van de Wmo-begeleidingskosten gaan we daarom uit van de opgave van aanbieders en gemeenten. De Wmo-begeleidingskosten variëren sterk voor korte/lichte en langdurige intensieve begeleiding, van naar schatting ca. € 12.000 tot boven de € 30.000.
  - De jaarlijkse behandelkosten (GGZ Zwv, AWBZ ambulant en AWBZ klinisch) varieerden in 2012 per cliënt in de EPA-doelgroep tussen gemeenten van gemiddeld € 2.017 tot € 67.362.
- 

### 3.2.1 Deelvragen randvoorwaarde 2

De vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 2.1:* Wat zijn de jaarlijkse Wmo-begeleidingskosten voor een gemiddelde cliënt?
- *Vraag 2.2:* Wat zijn de jaarlijkse Zwv GGZ-behandelkosten voor een gemiddelde GGZ-patiënt?

### 3.2.2 Wmo-begeleidingskosten

*Wmo-begeleidingskosten o.b.v. CAK-gegevens*

Het CAK heeft zicht op de levering van begeleiding voor de groep in de Wmo vanwege het innen van de eigen bijdrage. Een nadeel van deze bron is dat als er geen eigen bijdrage betaald hoeft te worden, de gegevens ontbreken. Dit kan het geval zijn in bepaalde gemeenten of bijvoorbeeld bij vrouwen die in het Blijf van mijn lijf huis wonen. Als een cliënt betaalt vanuit een persoonsgebonden budget (PGB) dan wordt er ook geen eigen bijdrage betaald. Gemeenten bepalen zelf of zij een eigen bijdrage vragen. In Utrecht is bijvoorbeeld arbeidsmatige activering<sup>32</sup> vrijgesteld van een eigen bijdrage en in Utrecht worden dagbestedingsprojecten (her-

---

<sup>32</sup> Dit valt onder Dagactiviteit (begeleiding) LZA (NZa prestatiecode F125).

stelacademie) gesubsidieerd en deze zijn vrij toegankelijk. In Utrecht betaalt bovendien een groot deel van de ambulante cliënten GGZ de minimale eigen bijdrage en worden er geen uren doorgegeven door de aanbieder. Ook het uurtarief dat aan het CAK wordt doorgegeven is lager dan de gemeente Utrecht vergoedt. Het is dus zeer waarschijnlijk dat de Wmo-begeleidingskosten en het aantal mensen dat Wmo-begeleiding krijgt worden onderschat met de CAK-gegevens.

De cliënten die in MO terecht komen betalen een eigen bijdrage die wordt geïnd door de instelling of door de gemeente zelf in plaats van door het CAK. Hierover is door het Rijk een Amvb<sup>33</sup> vastgesteld. De hardheidsclausule van de gemeente Apeldoorn bepaalt (voor alle voorzieningen) dat als aannemelijk te maken is dat de cliënt niet kan betalen, de cliënt dan wordt vrijgesteld van een eigen bijdrage. Vrijstelling van de eigen bijdrage kan incidenteel ook plaatsvinden bij het risico op zorgwekkende zorgmijding. Een deel van de vraag naar Wmo blijft hier dus buiten beeld.

We hebben onderzocht hoeveel mensen gespecialiseerde begeleiding<sup>34</sup> (individuele begeleiding) ontvangen en hoeveel mensen een dagactiviteit groepsbegeleiding langdurige zorg afhankelijk (LZA) ontvangen en wat de gemiddelde kosten zijn per cliënt op basis van een psychische grondslag. Daarnaast hebben we gekeken naar het aantal cliënten en de gemiddelde kosten van aanvullende begeleiding per cliënt.

Tot slot hebben we gekeken naar het aantal maatwerkarrangementen en de gemiddelde kosten per cliënt. Cliënten kunnen meerdere arrangementen hebben in één jaar. De invulling van de arrangementen wordt door de gemeente zelf bepaald. Bij de maatwerkarrangementen kunnen we geen onderscheid maken naar de grondslag.

De resultaten worden getoond in

Tabel 3-1. In 2015 kregen in totaal 51.902 mensen begeleiding in de vorm van (gespecialiseerde) begeleiding als algemene voorziening of als (onderdeel van) een maatwerkvoorziening en/of namen zij deel aan een dagactiviteit (begeleiding) LZA waarvoor een eigen bijdrage betaald moest worden volgens de gegevens van het

---

<sup>33</sup> Besluit Maatschappelijke Ondersteuning, behorende bij de Wmo 2015.

<sup>34</sup> We kijken hier alleen naar gespecialiseerde begeleiding (NZa prestatiecode H153) omdat deze begeleiding alleen bedoeld is voor mensen met een psychiatrische aandoening of beperking. Begeleiding (NZa prestatiecode H300) en Begeleiding extra (NZa prestatiecodes H150) laten we buiten beschouwing omdat deze producten een brede doelgroep hebben en we hierbinnen de cliënten met een psychiatrische aandoening of beperking niet kunnen onderscheiden.

CAK.<sup>35</sup> De gemiddelde kosten bedroegen in 2015 ca. € 1.637. In 2016 ontvingen 50.711 mensen begeleiding vanuit de Wmo en zijn de gemiddelde kosten toegenomen tot ruim € 3.000.

*Tabel 3-1 Aantallen en kosten Wmo-begeleiding op basis van een psychische grondslag en maatwerkarrangementen (bron: CAK, bewerking: APE)*

	2015			2016		
	Wmo nieuw	Overgangrecht	Totaal	Wmo nieuw	Overgangrecht	Totaal
<b>Gespecialiseerde begeleiding</b>						
Aantal cliënten	9.223	25.078	30.511	16.821	1.452	17.937
Gemiddelde kosten per cliënt	€ 1.997	€ 683	€ 1.165	€ 3.064	€ 502	€ 2.914
Kostengrens 1%	€ 15	€ 7	€ 7	€ 30	€ 7	€ 30
Kostengrens 99%	€ 15.000	€ 3.500	€ 9.000	€ 20.000	€ 4.000	€ 20.000
Maximum	€ 64.000	€ 24.000	€ 64.000	€ 254.000	€ 11.000	€ 254.000
Aantal aanvullende begeleiding <sup>36</sup>	1.902	5.266	6.498	2.982	335	3.279
Gemiddelde aanvullende kosten	€ 1.381	€ 1.008	€ 1.100	€ 2.013	€ 1.670	€ 1.971
<b>Dagactiviteit (begeleiding) LZA</b>						
Aantal cliënten	2.593	8.282	10.085	2.915	378	3.218
Gemiddelde kosten per cliënt	€ 1.238	€ 1.177	€ 1.285	€ 1.760	€ 915	€ 1.702
Kostengrens 1%	€ 10	€ 11	€ 10	€ 10	€ 0	€ 10
Kostengrens 99%	€ 9.000	€ 6.200	€ 8.000	€ 13.000	€ 9.000	€ 12.000
Maximum	€ 53.000	€ 27.000	€ 53.000	€ 24.000	€ 10.000	€ 24.000
Aantal aanvullende begeleiding	624	1.864	2.302	894	63	942
Gemiddelde aanvullende kosten	€ 1.750	€ 1.196	€ 1.313	€ 2.246	€ 4.093	€ 2.335
<b>Maatwerkarrangementen</b>						
Aantal cliënten			15.829			31.222
Gemiddelde kosten per cliënt			€ 2.302			€ 3.463
Kostengrens 1%			€ 20			€ 30

<sup>35</sup> In 2014 waren er 59.745 cliënten met een psychiatrische aandoening die een CIZ-indicatie hadden voor zorg zonder verblijf en/of zorg zonder verblijf kregen, gefinancierd uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (huishoudelijke verzorging) en/of Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (persoonlijke verzorging en verpleging). Dit omvat zorg in natura waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden. Bron: CBS Statline.

<sup>36</sup> Aanvullende begeleiding is begeleiding, begeleiding extra, begeleiding speciaal 1 en/of beantwoording van korte vragen.

Kostengrens 99%	€ 15.500	€ 22.000
Maximum	€ 91.000	€ 176.000
<b>Totaal gespecialiseerde begeleiding, LZA en maatwerk</b>		
Aantal cliënten	51.902	50.711
Gemiddelde kosten per cliënt	€ 1.637	€ 3.271

De kosten van de gespecialiseerde begeleiding lopen sterk uiteen. Van alle cliënten ontving in 2016 1% gespecialiseerde begeleiding van minder dan € 30 en 1% ontving gespecialiseerde begeleiding die meer dan € 20.000 kostte. De gemiddelde kosten van gespecialiseerde begeleiding bedroegen in 2016 € 2.914 per cliënt. Dagactiviteit (begeleiding) LZA is volgens de gegevens van het CAK afgenomen van 10.085 cliënten in 2015 naar 3.218 cliënten in 2016. Dit komt doordat in 2015 8.282 cliënten LZA ontvingen op basis van het overgangsrecht vanuit de AWBZ. De gemiddelde kosten bedroegen in 2016 € 2.335. Ook de kosten van dagactiviteiten variëren heel sterk: voor 1% van de cliënten waren de kosten per cliënt niet hoger dan € 10, terwijl de dagactiviteiten van de 1% cliënten met de duurste dagactiviteiten € 12.000 per cliënt kostten.

Het aantal maatwerkarrangementen waarvoor een eigen bijdrage betaald moest worden is in 2016 (31.222) bijna verdubbeld t.o.v. 2015 (15.829). Een maatwerkarrangement is een vorm van specialistische ondersteuning binnen het kader van de Wmo. Dit kan bijvoorbeeld ook huishoudelijke hulp omvatten. De gemiddelde kosten van een maatwerkvoorziening per cliënt zijn toegenomen van € 2.302 in 2015 naar € 3.463 in 2016. Ook bij de maatwerkvoorzieningen zien we grote verschillen in de kosten voor verschillende cliënten.

#### *Wmo-begeleidingskosten o.b.v. opgave gemeenten en aanbieders*

De gemeenten en aanbieders bevestigen dat de kosten sterk variëren en geven aan dat dit varieert voor korte/lichte en langdurige intensieve begeleiding. De tarieven hangen af van de complexiteit. De kosten van ambulante ondersteuning die gemeenten en aanbieders opgeven zijn veel hoger dan de kosten die we hebben berekend op basis van de CAK-gegevens.

De meest intensieve ambulante ondersteuning kost in de gemeente Apeldoorn gemiddeld ca. € 14.500 per jaar. In Utrecht variëren de kosten tussen de € 12.000 tot ruim € 18.000 per jaar, waarbij de zwaardere ambulante begeleiding rond de € 18.000 uitkomt. Een aanbieder in Amsterdam geeft aan dat de kosten boven de € 30.000 liggen.

De toename van de kosten wordt volgens de aanbieders veroorzaakt door het zwaarder worden van het profiel van cliënten. Dit komt onder andere door de beddenafbouw in klinieken en daarmee gepaard gaande snellere doorstroom

vanuit de GGZ, en de omzetting van BW-cliënten (ZZP 1 en ZZP 2) naar lokale Wmo-begeleiding.

Ter illustratie: Op 1 januari 2015 viel in Apeldoorn een derde van de cliënten in het zwaarste profiel, nu (september 2017) is dit toegenomen tot twee derde. Dit is ook terug te zien in de ontwikkeling van de kosten. De zwaarste cliëntengroep is immers ook de meest kostbare groep. In de gemeente Utrecht zijn de kosten ook toegenomen en krijgen zij dit ook te horen van de aanbieders waarmee zij afspraken hebben gemaakt.

#### *Overgang van intramurale setting naar zelfstandig wonen*

Dannenbergh schrijft over de overgang van een intramurale setting naar zelfstandig wonen: "Financiële middelen die nu gemoeid zijn met een intramuraal verblijf kunnen worden ingezet voor de inzet van ervaringsdeskundigen en professionals. Hierdoor kan het volume aan woonbegeleiding minstens gelijke tred houden met een reductie van de intramurale capaciteit. In het eerste zal echter eerst geïnvesteerd moeten worden om het laatste mogelijk te maken. Daarom zijn kostenbesparingen over het geheel vooralsnog niet te verwachten."

Uit de interviews met aanbieders en gemeenten blijkt dat er nu te snel afgeschaald wordt. Verhuizing is een life-event. De eerste drie maanden na de verhuizing is er dagelijks contact nodig, soms zelfs meerdere keren per dag. De negen maanden daarna zou dit kunnen worden afgebouwd, afhankelijk van de cliënt tot bijvoorbeeld vijf keer in de week. Als iemand dan stabiel is kan er na een jaar worden afgeschaald. Nu worden cliënten ondersteund vanuit generalistische wijkteams en krijgen ze te weinig begeleiding. Volgens verschillende aanbieders is een ervaringsdeskundige nodig om de overgang van een RIBW naar zelfstandig wonen te kunnen maken. Hier is opleiding voor nodig. Sommige cliënten hebben blijvend intensieve ondersteuning nodig. Vooral de cliënten die al lang in BW zitten zijn gebaat bij langdurige ondersteuning. Bij nieuwe cliënten zijn de verwachtingen beter gemanaged. Ongeveer een op de drie is aangewezen op intensieve begeleiding.

De mensen die ambulante begeleiding krijgen meestal een indicatie voor een jaar in plaats van langdurige begeleiding, terwijl zij langdurige intensieve begeleiding nodig hebben. Dit kan voor onrust zorgen bij de cliënt.

### **3.2.3 Zvw GGZ-behandelkosten**

In beschermd wonen en de maatschappelijke opvang zijn verslaving en psychiatrie de meest voorkomende problematiek. Ter illustratie: In 2016 had in Amsterdam 96,5% van de mensen in BW psychiatrische problemen en 36,4% verslavingspro-

blemen. In de maatschappelijke opvang in Amsterdam had 81% verslavingsproblemen en had 25% psychiatrische problematiek.<sup>37</sup> Veel van deze mensen hebben ook somatische problemen, die vaak het gevolg zijn van de GGZ-problematiek. Uit gesprekken met aanbieders en cijfers van een aanbieder uit Utrecht blijkt dat de meest voorkomende diagnose schizofrenie is. We beschikken niet over de zorgkosten in het kader van de Zvw van mensen in BW of MO. We beschrijven daarom de zorgbehoefte en zorgkosten van de mensen met EPA.

Mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen (EPA) hebben uiteenlopende problemen en een relatief grote zorgbehoefte. Delespaul e.a. raamden het totale aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen in Nederland in 2012 op 281.000; daarvan zijn naar schatting 216.000 mensen in zorg bij de GGZ, waarvan 160.000 in de leeftijdscategorie 18-65.<sup>38</sup> Een deel bevindt zich in de klinische GGZ, in BW en MO en in detentie of forensische zorg. Een deel is zwervend. De ruime meerderheid woont zelfstandig.

De EPA-vignettenstudie geeft inzicht in de omvang en kosten van de EPA-doelgroep per gemeente in 2012<sup>39</sup>. Van de EPA-doelgroep met leeftijd 18-65 (160.000 mensen) hebben 106.000 mensen alleen Zvw-zorg, 10.000 alleen AWBZ-zorg en 44.000 zowel Zvw- als AWBZ-zorg. De gemiddelde kosten (GGZ Zvw, AWBZ ambulante en AWBZ klinisch) per cliënt in de EPA-doelgroep varieert tussen gemeenten van € 2.017 tot € 67.362. Binnen de G4 variëren de kosten van € 16.728 tot € 17.983.

In 2013 is ruim 56% van de totale EPA-groep in behandeling bij de GGZ-sector (216.000 mensen, inclusief verslavingszorg). 8% van de mensen met ernstig psychiatrische aandoeningen ontvangt verslavingszorg. Informatie over de kosten voor verslavingszorg is beschikbaar in het sectorrapport 2013 van GGZ Nederland dat in 2016 is uitgekomen<sup>40</sup>. Hierin wordt de ontwikkeling in de GGZ-sector tussen 2011 en 2013 geschetst. Tabel 3-2 geeft de ontwikkeling van het aantal cliënten, het aantal verblijfsdagen en de waarde van de dbc's in de verslavingszorg weer. Uit deze cijfers blijkt dat in 2013 de gemiddelde behandelkosten voor verslaving €

---

<sup>37</sup> Gebaseerd op cijfers uit Trajectus, GGD Amsterdam.

<sup>38</sup> Delespaul, P.A.E.G. en de consensusgroep EPA. (2013). *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013) 6, p. 427-437.

<sup>39</sup> Zorgverzekeraars Nederland (2014). *Rapportage EPA vignettenstudie*. Beschikbaar: <http://www.wmo-wijzer.nl/Content/Downloads/Pdf/2014/Rapportage-EPA-vignettenstudie.pdf>

<sup>40</sup> GGZ Nederland (2015). *Sectorrapport GGZ 2013*. Beschikbaar: <http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/GGZ1508-01%20Sectorrapport-2013-1.pdf>

1.957 (ambulant) en € 19.501 (klinisch) waren. Er waren 49.320 cliënten met ambulante behandeling en 12.100 cliënten met een klinische behandeling. Per verblijfsdag bedroegen de klinische kosten voor verslavingszorg € 386.

*Tabel 3-2 Aantallen en GGZ-behandelkosten verslavingszorg*

	2011	2012	2013
<b>Aantal cliënten met behandeling verslavingszorg</b>			
ambulant	60.920	59.790	49.320
klinisch	14.720	17.760	12.100
totaal	75.640	77.550	61.430
<b>Aantal verblijfsdagen dbc's verslavingszorg</b>			
totaal	654.804	658.827	611.315
<b>Waarde afgesloten dbc's verslavingszorg (in € mln.)</b>			
ambulant	99,5	99,2	96,5
klinisch	267,7	273,6	236,0
totaal	367,2	372,8	332,5
<b>Waarde afgesloten dbc's verslavingszorg per cliënt (in €)</b>			
ambulant	1.633	1.659	1.957
klinisch	18.186	15.403	19.501
totaal	4.854	4.807	5.414
<b>Waarde afgesloten dbc's verslavingszorg (klinisch) per verblijfsdag (in €)</b>			
klinisch	409	415	386

Tabel 3-3 geeft het aantal unieke personen en het aantal contacten bij grote verslavingszorginstellingen, de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD's) en de afdelingen voor verslavingszorg van de grote GGZ-instellingen weer. De gegevens zijn afkomstig uit een overzicht van Trimbos gebaseerd op LADIS-data<sup>41</sup>. LADIS is een register waarvoor instellingen cliëntgegevens aanleveren. Deze gegevens bevatten onder meer een beschrijving van de verslavingsproblematiek. In deze gegevens is het aantal cliënten voor verslavingszorg in 2013 met 65.679 per-

<sup>41</sup> Veerbeek, M., Knispel, A. & Nuijen, J. (2015). *GGZ in tabellen 2013-2014*. Trimbos Instituut. Beschikbaar: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/05/07/ggz-in-tabellen-2013-2014>

sonen hoger dan in de cijfers van GGZ Nederland, die op dbc-gegevens gebaseerd zijn.

*Tabel 3-3 Aantallen en contacten bij instellingen voor ambulante verslavingszorg*

	2011	2012	2013
Aantal unieke personen bij instellingen voor ambulante verslavingszorg	71.104	67.048	65.679
Aantal contacten bij instellingen voor ambulante verslavingszorg	1.942.671	2.021.093	2.172.346
Gemiddeld aantal contacten per persoon	27,3	30,1	33,1

*Tabel 3-4 Cliënten in behandeling, naar top vijf hoofddiagnose*

Hoofddiagnose	2011	2012	2013	% klinisch
<b>Volwassenen</b>				
Stemmingsstoornissen	110.502	110.496	105.101	10,7%
Angststoornissen	66.001	65.579	63.498	4,8%
Persoonlijkheidsstoornissen	59.001	60.638	61.747	9,9%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	54.001	53.900	51.237	25,0%
Stoornissen in de kindertijd	41.001	42.222	40.727	2,9%
Overig	169.503	116.335	115.611	
<b>Ouderen</b>				
Delirium, dementie, cognitieve stoornissen	30.398	27.573	25.160	8,8%
Stemmingsstoornissen	21.252	21.566	21.534	10,7%
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	6.010	6.008	5.846	25,0%
Angststoornissen	4.965	5.314	5.328	4,8%
Persoonlijkheidsstoornissen	3.049	3.235	3.256	9,9%
Overig	21.427	13.324	12.876	

Tabel 3-4 toont op basis van LADIS-gegevens het aantal volwassenen en ouderen naar de vijf meest voorkomende hoofddiagnoses. In de laatste kolom staat het aandeel cliënten dat een klinische behandeling krijgt. Deze aandelen zijn gebaseerd op alle personen (inclusief kinderen) en hebben betrekking op 2013.

### 3.2.4 Flexibilite intensiteit: op- en afschalen

Het is belangrijk dat de hulpverlening gemakkelijk op- en afgeschaald kan worden. Dat is nu nog onvoldoende het geval blijkt uit de interviews. Het is belangrijk dat goed wordt samengewerkt tussen de sociale wijkteams (gemeente) en FACT-teams (Zvw). Als iemand bijvoorbeeld een psychose of depressie heeft is het belangrijk dat sociale wijkteams dit signaleren. Vervolgens moet, afhankelijk van de



behoefte van de cliënt, de hulpverlening van het sociale wijkteam en/of een FACT-team worden ingezet. Het FACT-team moet in de huidige situatie te veel mensen in te weinig tijd zien. De norm is 15 cliënten per week, in de praktijk zijn het er 30 tot 35.<sup>42</sup> In de praktijk zie je dat een keer per week een bezoek aan huis door de verpleegkundige veranderd is naar een keer in de drie weken een bezoek op kantoor door de cliënt.

Bij terugval bij zelfstandig wonen met ambulante ondersteuning is crisisopvang mogelijk. Crisisopvang in verband met psychosociale problemen (bijvoorbeeld in geval van een veiligheidsrisico) valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeente (Wmo). Crisisopvang bij psychische problemen (spoedopnames voor geneeskundige zorg) wordt gefinancierd vanuit de Zvw of de Wlz.<sup>43</sup> Crisisopvang moeten volgens de aanbieders en gemeenten eigenlijk zoveel mogelijk voorkomen worden. Dit kan worden bewerkstelligd door problemen vroeg te signaleren en voldoende ambulante ondersteuning te bieden. De intensiteit en kwaliteit van ambulante begeleiding moet volgens de aanbieders omhoog.

Ter illustratie beschrijft een aanbieder dat mensen met schizofrenie moeite hebben met het dagritme. Als het bij deze mensen even niet lekker loopt is het belangrijk dat ze ondersteuning krijgen. Twee of drie keer per week langs gaan werkt dan beter. Deze mensen functioneren in hun eigen vertrouwde omgeving beter en het is makkelijker signalen op te vangen als het minder goed gaat.

Van belang is dat er in de langdurige GGZ meer mogelijkheden komen om zorg en ondersteuning flexibeler op- en af te schalen. Over welk wettelijk kader we het ook hebben, cliënten moeten soepel gebruik kunnen maken van aaneengeschaalde voorzieningen, van de gesloten Intensive Home Treatment (IHT), High Intensive Care (HIC) op een instellingsterrein tot en met zelfstandig wonen midden in de wijk. Er is specialistische behandeling mogelijk vanuit Flexible Assertive Community Treatment (FACT)-teams.<sup>44</sup> Op- en afschalen is nog lastig, bevestigt een grote zorgverzekeraar.

De Wet langdurige zorg kent een indeling van zorgzwaartepakketten, die de lading qua behandeling en begeleiding al lang niet meer dekt volgens meerdere aanbieders. In de Wmo ontbreekt vooralsnog het inzicht in en het overzicht van alle te onderscheiden groepen zorgvragers met een psychische aandoening. Voor de rea-

---

<sup>42</sup> Dit blijkt ook uit onderzoek van het Trimbos Instituut.

<sup>43</sup> [https://www.regelhulp.nl/bladeren/\\_artikel/crisisdienst-en-crisisopvang/](https://www.regelhulp.nl/bladeren/_artikel/crisisdienst-en-crisisopvang/). geraadpleegd op: 3 november 2017. / VNG (2015.) *Informatiekaart spoedzorg*.

<sup>44</sup> Flexible Assertive Community Treatment (FACT), Intensive Home Treatment (IHT), High Intensive Care (HIC) worden betaald vanuit de Zvw.

lisatie van sociale inclusie voor psychisch kwetsbare mensen is het noodzakelijk om te weten wat deze mensen nodig hebben. Dan kan de zorg veel gericht worden ingezet. Hetzelfde geldt voor ondersteuning bij wonen. Daarom is het belangrijk om deze kwetsbare groepen opnieuw te duiden en de zorg- en ondersteuningsvraag te koppelen aan behandel-, begeleidings- en ondersteuningsaanbod op diverse levensdomeinen, ongeacht de plek waar de persoon verblijft.

### 3.3 Ondersteuningscontinuüm voor herstel en participatie (randvoorwaarde 3)

---

- Schulden kunnen zorgen voor instroom in BW en MO, maar bemoeilijken ook de uitstroom naar een zelfstandige woning.
  - Schuldhulp, inkomensbeheer, beschermingsbewind en preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting hebben naar verwachting van de aanbieders een positief effect op zowel de instroom in als de uitstroom uit een intramurale setting.
  - Het belang van schuldhulpverlening voor de doelgroep BW en MO is evident. De effectiviteit van schuldhulpverlening voor deze doelgroep is echter nog niet onderzocht.
  - Met een gedragsaanwijzing kan gemiddeld ca. € 60.000 bespaard worden als huisuitzetting voorkomen wordt.
  - Afspraken tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgverzekeraars zijn nodig om de problematiek aan te pakken.
  - Psychische gezondheidsklachten behoren tot de belangrijkste oorzaken voor uitval op de arbeidsmarkt. Met IPS-trajecten (Individuele Plaatsing en Steun) of een aangepast traject voor mensen met EPA (deels gebaseerd op IPS-principes), waarbij goed wordt samengewerkt tussen de GGZ en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie (arbodiensten, UWV en gemeenten) kunnen besparingen gerealiseerd worden op het gebied van ondersteuning vanuit de Wmo (gemeenten), uitkeringen (gemeenten en UWV) en zorgkosten (Zvw). Iedere geïnvesteerde euro zal naar verwachting resulteren in € 1,24 maatschappelijk rendement.
- 

#### 3.3.1 Deelvragen randvoorwaarde 3

Deze randvoorwaarde betreft onder meer schuldhulp, inkomensbeheer, beschermingsbewind, bijzondere bijstand, preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting en arbeidsparticipatie.

De vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 3.1:* Voor hoeveel GGZ- en opvang cliënten zijn activiteiten als bovengenoemd noodzakelijk?
- *Vraag 3.2:* Welke kosten zijn gemoeid met de diensten hierboven genoemd voor deze groep?

#### 3.3.2 Schulden, inkomensbeheer en beschermingsbewind

##### *Schulden*

In de Nederlandse bevolking heeft 2,5% van de huishoudens zichtbare problematische schulden (dit zijn huishoudens die bekend zijn bij een schuldhulpverlenende

instantie), 4,6% - 7,5% heeft onzichtbare problematische schulden en 8,1% - 11,3% heeft onzichtbare risicovolle schulden<sup>45</sup>. Binnen de groep GGZ- en opvangcliënten is de schuldproblematiek en daarmee de vraag naar schuldhulp groter. In Amsterdam had het merendeel van de groep die in 2016 in een BW- en/of een MO-voorziening verbleef schulden bij aanmelding (naar schatting 51%). In de nachtopvang in Utrecht had 87% schulden en in de crisisopvang had 94% schulden. Bij de mensen met schulden in de crisisopvang is bij driekwart een afbetalingsregeling getroffen of is (de voorbereiding op) een schuldsaneringstraject in gang gezet.<sup>46</sup>

Schulden zijn vaak aanleiding tot dakloosheid en zorgen zo voor instroom in de maatschappelijke opvang. Tegelijkertijd worden schulden vaak ook niet opgelost tijdens verblijf in de maatschappelijke opvang, waardoor zij een belemmering vormen bij uitstroom naar zelfstandig wonen. Van de mensen in de laagdrempelige opvang van het Leger des Heils in Limburg en Zuid-Holland waren bijvoorbeeld bij 38% huurachterstanden en schulden de directe aanleiding voor dakloosheid.

Uit een onderzoek voor de gemeente Utrecht op basis van 154 vragenlijsten<sup>47</sup> blijkt dat het hebben van schulden en daardoor niet zelfstandig kunnen wonen bij 51% van de BW/MO-clieñten een probleem vormt. 33% heeft problemen met inkomen en 27% problemen met huurschuld, vaak bij woningcorporaties. 23% van de cliëñten staan niet open voor hulp op financieel gebied.

### *Schuldhulpverlening*

Er wordt al sinds 2009 onderzoek gedaan naar schuldhulpverlening voor de doelgroepen BW/MO.<sup>48</sup> In het rapport van Jungann en Dobbe-Kluijtmans (2009) werden aanbevelingen gedaan voor effectieve schuldhulpverlening aan dak- en thuislozen. Volgens onderzoeken die zijn uitgevoerd in onder meer Leiden, Zwolle, Zeeland en Assen varieerde het aantal dak- en thuislozen met problematische schulden destijds van 71% tot 79%.<sup>49</sup> Er werden onder andere de volgende aanbevelingen gedaan: zorg als gemeente voor een duidelijke visie op schuldhulpverlening voor de doelgroep, zorg ervoor dat de schuldhulpverlening toegankelijk is en

---

<sup>45</sup> Westhof, F., De Ruig, L. & Kerckhaert, A. (2015). *Huishoudens in de rode cijfers 2015*. Panteia.

<sup>46</sup> Van Everdingen, C. (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld. Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht*. Van Everdingen ZorgConsult.

<sup>47</sup> Gemeente Utrecht (2017). *Financiële knelpunten die uitstroom uit maatschappelijke opvang en beschermd wonen belemmeren*.

<sup>48</sup> Jungmann, N. & Dobbe-Kluijtmans, M. (2009). *Meedoen zonder schulden. Aanbevelingen voor effectievere schuldhulpverlening aan dak- en thuislozen*.

<sup>49</sup> Deze onderzoeken zijn te vinden op [www.werkplaatsoxo.nl](http://www.werkplaatsoxo.nl).

zorg dat de aanvraagprocedure eenvoudig is. De effectiviteit van schuldhulpverlening voor de doelgroep BW/MO is echter nog niet onderzocht.

### *Inkomensbeheer*

Op eigen initiatief kunnen mensen hun administratie aan een inkomensbeheerder overdragen. Van de groep die in 2016 in een BW- en/of een MO-voorziening in Amsterdam verbleef is van ca. 35% het inkomensbeheer bij FIBU of elders ondergebracht.<sup>50</sup>

Op het moment dat mensen beschermd wonen, worden zij ook financieel begeleid. Uit dossieronderzoek en gesprekken bij vestigingen van RIBW's blijkt dat de bewoners vaak een geldkistje hebben waar zij bijvoorbeeld een keer in de week een afgesproken bedrag uit mogen halen. De persoonlijk begeleiders ondersteunen de mensen in dat geval dus bij het beheer van hun geld.

### *Beschermingsbewind*

Een kantonrechter kan besluiten dat een cliënt beschermingsbewind nodig heeft. Dit gebeurt als een cliënt wegens medische of sociale redenen niet meer zelf in staat is om zijn/haar eigen financiële belangen te behartigen. In 2012 zijn er volgens een onderzoek van Stimulansz ruim 28.300 nieuwe beschermingsbewindmaatregelen opgelegd en waren er circa 11.200 lopende zaken<sup>51</sup>. Volgens een onderzoek van Bureau Bartels liep het aantal nieuwe beschermingsbewindmaatregelen op van 30.100 in 2012 tot 40.100 in 2015.<sup>52</sup> Een deel van de onderbewindgestelden behoort tot de groep mensen met GGZ-problematiek. In 2014 had volgens een onderzoek van Bureau Bartels 44% een verstandelijke beperking, 30% psychische problemen en 11% een verslaving. 5% van de onderbewindgestelden was een multi-probleemgezin en het aandeel ouderen (65+) lag op 13%.<sup>53</sup>

De totale gemeentelijke uitgaven voor beschermingsbewind waren in 2015 naar schatting ca. € 115 miljoen.<sup>54</sup> Eind 2016 stonden 326.100 meerderjarigen onder een vorm van bewind. Het aantal meerderjarigen dat niet zelf de eigen financiën kan beheren, neemt elk jaar toe. In 2015 waren het er ca. 300.000. Dit zou neerkomen op gemiddelde kosten van ca. € 400 per persoon. In een onderzoek voor

---

<sup>50</sup> Cijfers GGD Amsterdam.

<sup>51</sup> Den Hartogh, V. & Kerckhaert, A. (2014). *Beschermingsbewind - Kwantitatief onderzoek naar ontwikkelingen en kosten voor gemeenten*. Stimulansz.

<sup>52</sup> Bureau Bartels (2016). *Vervolmeting aantal en kosten beschermingsbewinden*. Bureau Bartels.

<sup>53</sup> Bureau Bartels (2015). *Verdiepend onderzoek naar de groep onderbewindgestelden*. Bureau Bartels.

<sup>54</sup> Bureau Bartels (2016). *Vervolmeting aantal en kosten beschermingsbewinden*. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

de gemeente Utrecht worden exemplarisch beschermingsbewindvoerders-kosten van € 1.100 per jaar per cliënt genoemd.<sup>55</sup>

Van de groep die in 2016 in een BW- en/of een MO-voorziening in Amsterdam verbleef en waarvan de schuldenpositie bij aanmelding bekend was, hadden 18 personen een WNSP-traject (Wet schuldsanering natuurlijke personen) lopen of aangevraagd.<sup>56</sup> Dit komt overeen met 2,6%.<sup>57</sup>

### **3.3.3 Preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting**

Een kleine schuld bij de woningcorporatie kan al huisuitzetting tot gevolg hebben. Deze mensen komen vervolgens in BW of MO terecht, wat duur is voor de gemeente. Bovendien geeft een huisuitzetting een hoge psychische druk op zowel volwassenen als kinderen. Bij woningcorporaties en zorgverzekeraars kunnen financiële problemen worden gesignaleerd als er huur- en premieachterstanden zijn. Het is goedkoper om dit direct te signaleren en op te lossen.

Andersom geldt dat mensen die eerder een huurschuld hebben gehad bij een woningcorporatie vaak niet snel een woning krijgen aangeboden. Mensen die een schuld hebben komen niet in aanmerking voor een woning van de woningcorporatie. Verblijf in MO en BW duurt daardoor veel langer en kost hierdoor veel geld op de korte en de lange termijn.

Afspraken tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgverzekeraars zijn nodig om dergelijke problemen aan te pakken.

Een voorbeeld van preventie ter voorkoming van huisuitzetting/woonoverlast is het werken met een gedragsaanwijzing. Een gedragsaanwijzing is een voor een overlast veroorzakende huurder geldend gebod of een verbod. Dit wordt vanuit de corporatie en in enkele gevallen door een rechter opgelegd aan huurders. De aanwijzing is een laatste kans voor huurders om te stoppen met het veroorzaken van overlast, om daarmee huisuitzetting te voorkomen. De totale kosten voor een gedragsaanwijzing in de aanpak zoals die door diverse woningbouwcorporaties in Groningen en Drenthe gehanteerd wordt zijn maximaal € 3.200. Dit is inclusief de inzet van kortdurende praktische hulpverlening en exclusief structurele hulpverlening.<sup>58</sup> Hiermee kan gemiddeld ca. € 60.000 bespaard worden in gevallen waar-

---

<sup>55</sup> Gemeente Utrecht (2017). *Financiële knelpunten die uitstroom uit maatschappelijke opvang en beschermd wonen belemmeren*.

<sup>56</sup> Bij WNSP wordt een bewindvoerder aangewezen.

<sup>57</sup> Cijfers GGD Amsterdam.

<sup>58</sup> Van Dijk – Jonkman, A. Van Westwing, G. en Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case Gedragsaanwijzing bij het wonen. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van een gedragsaanwijzing*. XpertiseZorg.

bij huisuitzetting wordt voorkomen. Deze kosten bestaan o.a. uit de directe kosten van de huisuitzetting en de vervolgkosten voor verblijf op een psychiatrische afdeling, crisisopvang, maatschappelijke hulpverlening en dagopvang.<sup>59</sup>

Aanbieders geven aan dat zij een positief effect verwachten van schuldhulp, inkomensbeheer, beschermingsbewind, en preventieve activiteiten ter voorkoming van schulden, overlast en huisuitzetting op zowel de instroom in als de uitstroom uit een intramurale setting.

### 3.3.4 Arbeidsparticipatie

Psychische gezondheidsklachten behoren tot de belangrijkste oorzaken voor uitval op de arbeidsmarkt. Werken en werkhervatting kunnen andersom bevorderlijk zijn voor de gezondheid en het herstel daarvan, vooral bij psychische klachten. In recent onderzoek is geconstateerd dat de samenwerking tussen de GGZ en instanties met betrekking tot gezond werk en re-integratie (arbodiensten, UWV en gemeenten) moeizaam verloopt.<sup>60</sup> Het aanbieden van IPS-trajecten (Individuele Plaatsing en Steun) en aangepaste trajecten, gebaseerd op de kernprincipes van IPS, wordt gezien als een mogelijke oplossing. In de gemeente Nijmegen is een maatschappelijke business case gemaakt van IPS-trajecten waarvoor UWV financiële middelen beschikbaar heeft gesteld in een experimenteel kader.

In een IPS-traject ontvangt de werkzoekende duurzame ondersteuning van een trajectbegeleider bij de begeleiding naar en tijdens werk zo lang als nodig en zinvol is. De IPS-trajectbegeleider is gekoppeld aan of verbonden met een GGZ-team, zodat de zorg goed kan worden afgestemd op het traject. De IPS-trajectbegeleider helpt ook met vragen over de gevolgen voor de uitkering of toeslagen. In overleg met de werkzoekende kan de IPS-trajectbegeleider contact opnemen met de uitkerende instantie, bijvoorbeeld met de arbeidsdeskundige van het UWV of de klantmanager bij de gemeente. De IPS-methode komt uit de VS en blijkt daar effectief te zijn. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat 44% van de mensen in een IPS-traject na 30 maanden een regulier betaalde baan heeft, in vergelijking tot 25% bij reguliere arbeidsbegeleiding.

Met een IPS-traject of een aangepast traject voor mensen met EPA (deels gebaseerd op IPS-principes) kunnen besparingen gerealiseerd worden op het gebied van ondersteuning vanuit de Wmo (gemeenten), uitkeringen (gemeenten en

---

<sup>59</sup> N. Pleace, I. Baptista et al. (2013). *The Costs of Homelessness in Europe. An Assessment of the Current Evidence Base.*

<sup>60</sup> Einerhand, M. & Ravesteijn, B. (2017). *Psychische klachten en de arbeidsmarkt.* ESB Gezondheidszorg Jaargang 102 (4754) 12 oktober 2017.

UWV) en zorgkosten (Zvw). Iedere geïnvesteerde euro zal naar verwachting resulteren in € 1,24 maatschappelijk rendement.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup> Sinzer Value What Matters. (2016). *Maatschappelijke Business Case IPS-trajecten en aangepaste trajecten voor mensen (18+) met een Ernstig Psychische Aandoening (EPA)*. In opdracht van de gemeente Nijmegen.



### 3.4 Een breed arsenaal van woonvarianten / beschikbare betaalbare wooneenheden (randvoorwaarden 4 en 5)

---

- De stichtingskosten en de kosten voor nieuwbouw lopen sterk uiteen. Op dit moment kunnen we hier nog geen uitspraken over doen.
  - De duur van nieuw- en verbouw varieert ook sterk en hangt onder andere af van het bestemmingsplan. Indien niet van het bestemmingsplan wordt afgeweken kan een woonvoorziening binnen 2,5 jaar gerealiseerd zijn.
  - De besparingen die kunnen worden bereikt door omvorming naar Housing First beperken zich tot de groep die nu in BW zit maar (op termijn) zelfstandig zou kunnen wonen. Voor deze groep kan een besparing in woonkosten van naar schatting gemiddeld ca. 3.800 per jaar gerealiseerd worden. Hier komen wel extra kosten voor het Rijk bij als er sprake is van huurtoeslag. Voorlopig zullen er echter geen besparingen gerealiseerd worden, omdat de vrijkomende plekken in BW gevuld worden met cliënten van de wachtlijsten.
  - De frictiekosten bestaan onder andere uit kosten van leegstand als woningen niet meer verhuurd worden. Een grove inschatting van de kosten van leegstand per 24-uursplek bedragen € 19.000.
- 

#### 3.4.1 Deelvragen randvoorwaarde 4 en 5

Het realiseren van deze randvoorwaarden betekent afstappen van het woonladder model en toewerken naar Housing First en alleen nog investeren in permanent bedoelde huisvesting. Die permanente wooneenheden kunnen in allerlei vormen en samenstellingen gerealiseerd worden: groepswoningen (zo nodig met beveiliging), geclusterd wonen of zelfstandige wooneenheden.

De vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 4/5.1:* Wat zijn de stichtingskosten (grondprijzen en bouwkosten/aanrijtijden) van kleine wooneenheden in bestaande bouw (kantoren, verzorgingshuizen e.d.) en wat zijn de kosten voor nieuwbouw?
- *Vraag 4/5.2:* Hoeveel jaar duurt nieuwbouw en verbouw vanaf het moment van planvorming?
- *Vraag 4/5.3:* Welke besparingen worden bereikt met de afbouw van intramurale opvang en GGZ door het beleid om te vormen van woonladdermodel naar een model dat uitgaat van permanente huisvesting: Housing First?
- *Vraag 4/5.4:* Wat zijn de frictiekosten (per afbouw van een 24-uursplek of als percentage van totaal extra gemeentelijke investering)?

### 3.4.2 Gebrek aan beschikbare geschikte huisvesting

De branches becijferden<sup>62</sup> in 2016 hoeveel woningen nodig waren voor cliënten die op dat moment klaar waren om uit te stromen. Het geconstateerde landelijke tekort bestond uit ruim 10.000 een- tot tweekamerwoningen en ruim 1.000 eengezinswoningen. Het huisvestingstekort geldt niet alleen voor de BW/MO-populatie, maar ook voor studenten en statushouders is er gebrek aan huisvesting. Zij zoeken naar dezelfde soort woningen. Als er wel geschikte huisvesting is, dan moet die ook nog beschikbaar zijn voor de doelgroep. In Rotterdam zitten de meeste mensen die beschermd wonen in de bijstand en zij komen dan vaak niet in aanmerking voor de woningen (bijvoorbeeld als gevolg van de Rotterdamwet).

Als er voldoende kleinschalige woningen beschikbaar zijn, dan kan een deel van de 24-uursplekken afgebouwd worden. In de gemeente Amsterdam is het doel bijvoorbeeld om de 24-uursplekken te laten krimpen met 20%. Dit doel zal volgens een Amsterdamse aanbieder, als aan de randvoorwaarden kan worden voldoen en er herstelgericht wordt gewerkt, naar verwachting over ongeveer vier jaar worden bereikt (2021).

### Stichtingskosten en duur nieuw – en verbouw

#### *Duur nieuw- en verbouw*

De crisis- en herstelwet heeft nieuw- en verbouw makkelijker gemaakt. Het ombouwen van bestaande kantoorgebouwen blijkt echter lastiger dan vaak gedacht, blijkt uit een gesprek met een medewerker van het Leger des Heils (LdH). Een kantoorpand heeft immers een bestaande boekwaarde en kost vaak € 80 a € 100 per vierkante meter (huur per jaar). Hier komen dan nog bijvoorbeeld verbouwkosten bij om woningen in de kantoorpanden te kunnen realiseren. Dit blijkt vaak een financieel onhaalbare opgave.

Het LdH kent ook een succesverhaal. In Amsterdam hebben ze 70 appartementen gerealiseerd in een leegstaand gebouw, samen met een belegger. Het LdH houdt kantoor boven dit pand. Het heeft twee jaar geduurd van het eerste gesprek met de eigenaar tot de sleuteloverdracht. De verbouwing duurde 10 tot 12 maanden.

Indien niet van het bestemmingsplan wordt afgeweken kan een woonvoorziening binnen 2,5 jaar gerealiseerd zijn. Als een gebouw eerder gebruikt is voor kamerhuur, dan kan de woning eenvoudig geschikt worden gemaakt. Als het een winkel is die omgebouwd wordt tot woningen, dan kan dit drie tot tien jaar duren.

---

<sup>62</sup> Federatie Opvang (2016). *Een (T)Huis voor iedereen: Uitkomsten Quick Scan Wonen*.

Dit komt o.a. doordat bezwaar en beroep veel tijd kost. Het proces bij de gemeente duurt ca. 1,5 jaar.

Met een sloop- en nieuwbouw project in Utrecht is LdH tien jaar bezig geweest. Voor dit project was een nieuw bestemmingsplan nodig. Hierin zijn 39 zelfstandige appartementen gecreëerd.

De plekken die gecreëerd worden voor zelfstandige huisvesting zijn er relatief weinig als je kijkt naar de omvang van de doelgroep. Het zorgt er vooralsnog niet voor dat er plekken vrijkomen, aldus het LdH. De wachtlijsten zullen eerst weggewerkt moeten worden.

#### *Afweging gemeente sociale woning of marktwoning*

Een veel voorkomend probleem is dat een gebouw naar een belegger gaat, omdat dit de gemeente meer oplevert. De grondopbrengsten zijn namelijk vele malen lager voor een sociale huurwoning dan voor een marktwoning. In Utrecht had het LdH bijvoorbeeld meerdere scholen op het oog voor een maatschappelijke bestemming. Een belegger bood echter meer en de gemeente stemde hiermee in. Dit is in Utrecht meerdere keren gebeurd. Bij de gemeenten hebben de afdeling vastgoed en de afdeling zorg verschillende belangen, wat dergelijke problemen kan opleveren.

Het is niet mogelijk om een eenduidig bedrag te verbinden aan de kosten voor gemeenten om sociale nieuwbouwwoningen te realiseren. Een eventuele onrendabele top op het vastgoed (vanwege een lage huuropbrengst) is voor rekening van de woningcorporatie of de aanbieders.

#### **Scheiden van wonen en zorg**

Voor de doelgroep beschermd wonen, welke zijn overgegaan vanuit de AWBZ naar de Wmo en nu bij de gemeenten zijn ondergebracht, zijn in veel gevallen de tarieven voor kapitaallasten vergelijkbaar, ca. 8.000 per jaar per plaats. De zorggebouwen zijn veelal gebouwd tijdens de AWBZ-tijd en voldoen aan de (kwaliteits)eisen die destijds van toepassing waren. Ook hebben deze gebouwen veel ondersteunende ruimtes, zoals kantoren, spreekkamers, een activiteitenkamer, een gemeenschappelijke huiskamer en in sommige gevallen gezamenlijke sanitaire voorzieningen en keukens. Voor deze groep (BW) kan wonen en zorg niet gescheiden worden. Als bewoners van een BW-instelling hun eigen huur moeten betalen en de zorgaanbieder maximaal € 400 mag vragen (huurprijzenwet), dan komt de zorgaanbieder structureel tekort. Deze inkomsten dekken de feitelijke kosten van bestaande gebouwen namelijk niet. Om tot een dekkende vastgoedexploitatie te komen, zal er in veel gevallen een aanvullende dekking moeten komen om de dan ontstane onrendabele exploitatie op te lossen. Er moet ook com-

pensatie zijn voor onrendabele kosten zoals de ondersteunende ruimtes. Veiligheid en beheer maken de exploitatie eveneens duur.

Een voorbeeld van een concept voor mensen (die geen 24-uurs zorg/ permanent toezicht nodig hebben) dat door het LdH is uitgevoerd, is een project met 10 appartementen bij elkaar met een netto huur van ca. € 350 per appartement. Er is dan ook een kamer beschikbaar voor een huismeester/vrijwilliger die toezicht houdt, maar er is geen 24-uurs bezetting. De bewoners betalen huur aan het LdH en krijgen ambulante zorg.

Voor de groep die nu beschermd woont, maar die zelfstandig zou kunnen wonen, zou extramuralisering besparingen kunnen opleveren van naar schatting gemiddeld € 3.800 per jaar.<sup>63</sup> Hier zouden nog wel extra kosten voor de Rijksoverheid bij kunnen komen als deze mensen in aanmerking komen voor huurtoeslag (via de Belastingdienst). Er moeten dan wel voldoende huizen beschikbaar zijn en die zijn er op dit moment niet. Bovendien zijn de wachtlijsten voor BW bij het Leger des Heils nu nog dusdanig lang dat plekken voorlopig gewoon weer gevuld worden wanneer cliënten uitstromen.

### **Frichtiekosten**

De frictiekosten bestaan onder andere uit kosten van leegstand als woningen niet meer verhuurd worden. Een aanbieder in Limburg heeft een grove inschatting gemaakt van de frictiekosten, maar geeft aan dat het zeer moeilijk is om een inschatting van deze kosten voor de komende jaren te maken en dat er geen waarde aan mag en kan worden ontleend. Het is dus alleen bedoeld om een indicatie te geven.

De frictiekosten voor de komende tien jaar bedragen naar schatting voor deze aanbieder ca. € 3 miljoen. Deze inschatting geldt als:

- van de totale omvang aan BW-plekken (ca. 450) de komende tien jaar 35% als gevolg van ambulantisering wordt afgebouwd;
- deze afname lineair zou plaatsvinden;
- deze afname wordt gerelateerd aan de huidige huurprijs;

Deze inschatting komt overeen met ca. € 19.000 per BW-plek. In totaal zou volgens Dannenberg een derde van de intramurale capaciteit kunnen worden afgebouwd. Dit zou landelijk overeen komen met ca. € 266 miljoen aan frictiekosten.

---

<sup>63</sup> Bij deze berekening zijn we uitgegaan van de kapitaallasten voor een BW-plek van € 8.000 en een netto huur bij zelfstandig wonen van € 350 per maand (€ 4.200 per jaar).

### 3.5 Laagdrempelige toegang tot zorgfuncties (randvoorwaarde 6)

---

- We hebben te weinig informatie om een goed inschatting te maken van de extra kosten van gemeenten voor het integraal organiseren van de toegang tot regelingen en onafhankelijke ondersteuning voor opvang en GGZ-cliënten.
  - Het toevoegen van een GGZ-deskundige aan de sociale wijkteams gebeurt al in verschillende gemeenten. De gemeente Rotterdam heeft bijvoorbeeld 43 wijkteams en wil aan elk team 0,8 FTE SPV toevoegen. Een SPV-er (HBO plus) op fulltime basis kost € 75.000 tot € 80.000 per jaar. Dit kost in totaal dus € 2,6 tot 2,8 miljoen per jaar.
  - In de openbare GGZ (OGGZ) wordt gezocht naar zorgmijders die zelf geen hulp vragen. De focus van gemeenten is verlegd naar de sociale wijkteams die reageren op een vraag. Samen met de beddenreductie in de GGZ heeft dit ervoor gezorgd dat er veel verwarde mensen tussen wal en schip belanden. Er zou een landelijke dekking moeten komen van meldpunten en de organisatie van OGGZ en bemoeizorg zou onderdeel moeten zijn van de regioplannen. Het organiseren van de OGGZ is een wettelijke taak van gemeenten, maar de OGGZ-taak voor gemeenten staat nu onduidelijk beschreven. Het is ook niet duidelijk welke middelen hiervoor beschikbaar zijn.
- 

#### 3.5.1 Deelvragen randvoorwaarde 6

De commissie Dannenberg noemt onderwerpen als vroegsignalering, herstelondersteuning, cliëntondersteuning, integrale toegang en inzet van behandeling en specialistische zorg.

De vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 6.1:* Welke extra kosten hebben gemeenten indien zij de toegang tot regelingen integraal organiseren voor opvang- en GGZ-cliënten?
- *Vraag 6.2:* Welke extra kosten hebben gemeenten indien zij adequate en voldoende onafhankelijke cliëntondersteuning voor opvang en GGZ-cliënten willen organiseren?
- *Vraag 6.3:* Welke extra kosten hebben gemeenten als zij een GGZ-deskundige (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SPV), ervaringswerker) toevoegen aan de sociale wijkteams?
- *Vraag 6.4:* Welke extra kosten hebben gemeenten als zij bemoeizorg voor zorgmijders willen inzetten?

### 3.5.2 Extra kosten voor gemeenten

#### *Extra kosten integrale toegang tot regelingen*

De totale kosten van het regelen van de toegang voor MO en BW van de gemeente Apeldoorn bedragen in totaal ca. € 900.000 per jaar. Dit zijn de complete uitvoeringskosten inclusief het maken van beleid en het regelen van de toegang. In de gemeente Utrecht is de toegang vanaf de start van de decentralisatie al geïntegreerd. De extra kosten zijn niet bekend.

#### *Extra kosten cliëntondersteuning*

De gemeente Apeldoorn heeft twee jaar een project gedaan met aanbieders van cliëntenondersteuning om de deskundigheid te bevorderen. De kosten hiervan waren ruim € 200.000 per jaar, oftewel eenmalige extra kosten van € 422.000. De totale kosten voor de gemeente Apeldoorn om adequate en voldoende onafhankelijke cliënt ondersteuning te bieden in de Wmo bedragen ca. € 6 miljoen per jaar. In de gemeente Utrecht is de subsidie voor de onafhankelijke cliëntondersteuning de afgelopen jaren ook verhoogd.

#### *Extra kosten toevoegen GGZ-deskundige aan sociale wijkteams*

Een SPV-er (HBO plus) op fulltime basis kost € 75.000 tot € 80.000 per jaar. Dit is afhankelijk van het type contract: declaratie per gewerkt uur op basis van inhuur is duurder dan wanneer iemand in dienst is. De gemeente Rotterdam heeft 43 wijkteams, waar in sommige gevallen al mensen met een GGZ-achtergrond in zitten. De gemeente Rotterdam wil aan elk team 0,8 FTE SPV toevoegen. Dit moet iemand zijn met een passende opleiding die kan diagnosticeren en die kennis en ervaring heeft in de psychiatrie. Dit kost in totaal € 2,6 tot 2,8 miljoen per jaar.

Door de gemeente Apeldoorn wordt vier tot zes FTE ingezet op het toevoegen van GGZ-deskundigheid aan de sociale wijkteams. Dit kost in de gemeente Apeldoorn ca. € 100.000 per FTE per jaar. De kosten voor de sociale wijkteams zijn vanaf 2016 structureel verhoogd met € 2 tot 2,5 miljoen per jaar. Alle grote GGZ aanbieders leveren personeel voor sociale wijkteams. Dit personeel wordt gefinancierd vanuit de gemeente.

De gemeente Utrecht heeft gekozen voor brede buurtteams waar SPV'ers deel uitmaken van de teams. Een deel van de begeleiding wordt uitgevoerd door de buurtteams, zodat cliënten minder snel worden doorverwezen voor aanvullende zorg. Vanuit de gemeente Rotterdam kwam de suggestie dat het ook andersom zou kunnen: een Wmo-medewerker toevoegen aan het GGZ-behandelteam.

### 3.5.3 OGGZ en bemoeizorg

#### *Definitie van OGGZ*

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) omvat preventieve zorg voor de gehele bevolking, preventieve zorg voor risicogroepen en zorg voor kwetsbare personen die zelf geen hulp zoeken zoals dak- en thuislozen en zorgschuw geworden mensen (de zogenaamde zorgwekkende 'zorgmijders'). De primaire OGGZ-doelgroep bestaat uit de sociaal kwetsbaren. Dit zijn mensen die veelal een gemarginaliseerd bestaan leiden en die onvoldoende in staat zijn om in de eigen bestaansvoorwaarden te voorzien. Daarnaast is er veelal sprake van meervoudige problematiek (zoals schulden, verwaarlozing, sociaal isolement). Ze vragen zelf geen hulp. Anderen, zoals familie en burens, vragen meestal om hulp waardoor vaak sprake is van bemoeizorg.

OGGZ en bemoeizorg wordt ook met andere termen aangeduid, bijvoorbeeld maatschappelijke zorg. OGGZ is eigenlijk een ouderwetse benaming. Het is eigenlijk geen GGZ, maar een combinatie van maatschappelijke, sociale en medische hulp.

#### *Huidige situatie OGGZ*

De wijkteams reageren op een vraag, terwijl in de OGGZ actief wordt gezocht naar zorgmijders. Vroeger was de OGGZ bij gemeenten geregeld, veelal bij de GGD. De laatste vijf jaar is de focus verlegd naar de wijkteams. Deze ontwikkeling heeft er samen met de beddenreductie in de GGZ voor gezorgd dat er veel verwarde mensen tussen wal en schip belanden. Uit een inventarisatie van HHM blijkt dat er volgens de centrumgemeenten meer aandacht moet komen voor het vergroten van kennis van de wijkteams aangaande OGGZ en het tijdig betrekken van deskundigen vanuit bemoeizorgteams door wijkteams.<sup>64</sup>

#### *Taakstelling gemeenten en extra kosten OGGZ en bemoeizorg*

Het organiseren van de OGGZ is een wettelijke taak van gemeenten, maar de OGGZ-taak voor gemeenten staat nu onduidelijk beschreven. Het is ook niet duidelijk welke middelen (binnen de Wmo) hiervoor beschikbaar zijn.<sup>65</sup>

De gemeente Apeldoorn ziet het regelen en financieren van de OGGZ nog steeds als een wettelijke taak. In Apeldoorn wordt 2% van het budget van de lokale Wmo van alle regionale gemeenten apart gezet voor OGGZ-taken. Dit is € 417.000 alleen voor Apeldoorn. Het gereserveerde budget is ongeveer gelijk gebleven ten

---

<sup>64</sup> Drouven, L., Van der Lugt, J. en Van Vliet, N. (2017). *Inventarisatie OGGZ-aanpak bij een tiental centrumgemeenten*.

<sup>65</sup> Memorie van Toelichting *Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*, p. 98.

opzichte van voor de decentralisatie. Een deel van de kosten zit in de € 2 miljoen van de sociale wijkteams.

De gemeente Utrecht koopt bemoeizorg in voor de opsporing en toeleiding. Zij geven wel aan dat extra bemoeizorg nodig is vanuit de GGZ (Zvw). Daarnaast zal de ambulantisering leiden tot meer noodzaak tot bemoeizorg.

#### *Bemoeizorg maatschappelijke business case*

XpertiseZorg heeft in opdracht van de RIBW Alliantie onderzoek gedaan naar de maatschappelijke waarde van bemoeizorg. In deze maatschappelijke business case wordt de werkwijze die door RIBW Arnhem en Veluwe Vallei (RIBW AVV) wordt ingezet als uitgangspunt genomen. Deze case is aangevuld met inzichten vanuit landelijk effectonderzoek naar bemoeizorg in Noord-Brabant. De kosten voor bemoeizorg bestaan uit de professionele begeleiding van de betreffende medewerkers en beperkte kosten voor huisvesting (uitvalsbasis). Uit cijfers van RIBW AVV blijkt dat een traject bemoeizorg gemiddeld € 2.100 kost, uitgaande van een duur van drie maanden met ongeveer twee uur bemoeizorg per week. De effecten van bemoeizorg zijn groot, maar de waarde verschilt per casus. In de gevallen waarbij dreigende huisuitzetting speelt, is een besparing van gemiddeld ca. € 60.000 te verwachten.<sup>66</sup> (zie ook paragraaf 3.3.3). Bij burgers die met name overlast veroorzaken en die succesvol toegeleid of gemotiveerd kunnen worden tot behandeling ligt de mogelijke besparing op ongeveer € 39.000. Daarnaast heeft bemoeizorg positieve effecten op het gebied van zorg en behandeling: het voorkomen van opname, het voorkomen van crisissituaties (inzet crisisdienst) en effectievere behandeling door een stabiele situatie thuis en rust in het persoonlijke leven.<sup>67</sup>

#### *Regionale meldpunten*

De GGD GHOR Nederland zou graag een landelijke dekking en een versteviging van de meldpunten zien. Er zou per regio een meldpunt OGGZ bij de GGD/gemeenten moeten zijn. Van de 25 GGD'en hebben er op dit moment 23 een meldpunt. Als de GGD geen meldpunt heeft, dan is er vaak wel ergens anders een meldpunt, bijvoorbeeld bij de GGZ of van gemeenten gezamenlijk. Er zijn ook gemeenten die vinden dat ze OGGZ voldoende bij de wijkteams hebben belegd. De meldpunten OGGZ houden zich niet (altijd) bezig met de uitvoering, maar met het toeleiden (naar Wmo wijkteam, hulpverlening, zorg, gemeenten, GGZ etc.) en het organiseren/coördineren. De meldpunten werken veel samen met de wijk-

---

<sup>66</sup> N. Pleace, I. Baptista et al. (2013). *The Costs of Homelessness in Europe. An Assessment of the Current Evidence Base*.

<sup>67</sup> Van Dijk –Jonkman, A., Van Westing, G. en Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case Bemoeizorg. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van Bemoeizorg*. XpertiseZorg.



teams. De OGGZ zou versterkt moeten worden als specialisme en als ondersteuning voor de wijkteams. Hier is structurele financiering vanuit het Rijk voor nodig.

De kosten voor het organiseren van OGGZ variëren regionaal sterk. In Amsterdam bestaat de OGGZ bijvoorbeeld uit een stevig team met onder andere sociaal verpleegkundigen en een psychiater. In Drenthe wordt nauw samengewerkt met de politie en de GGZ (en ook andere partners). Het organiseren en coördineren van OGGZ zou volgens de GGD GHOR Nederland meegenomen moeten worden in de regioplannen voor BW en MO.

## 3.6 Duurzaam samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars (randvoorwaarde 7)

---

- De kosten van de extramuralisering landen vooral bij de gemeenten. Dit zijn in de eerste plaats kosten voor wonen, begeleiding en dagbesteding. Deze vallen onder het Wmo-domein. Daarnaast zal in veel gevallen een beroep op de bijstand worden gedaan. Gemeenten hebben hier echter geen extra middelen voor ontvangen van het Rijk.
  - De ambulante infrastructuur is nog onvoldoende opgebouwd en er wordt nog niet goed genoeg samenwerkt tussen de sociale wijkteams van gemeenten en de behandelteams van de GGZ.
  - Regionaal moeten aanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk kijken naar de behoefte aan wonen, zorg en begeleiding en hier afspraken over maken.
- 

### 3.6.1 Deelvragen randvoorwaarde 7

Indien gemeenten en verzekeraars een plan maken voor afbouw van intramurale capaciteit en opbouw van ambulante ondersteuning en zorg, dan geeft dat een verschuiving van kosten. De kosten van inzet van ambulante Zvw-zorg en ambulante Wmo-begeleiding zijn onder randvoorwaarde 2 in kaart gebracht. De vraag is of de verdeling van kosten en besparingen evenwichtig uitvalt en of beide partijen voldoende te 'winnen' hebben bij samenwerking.

De vragen die beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 7.1:* Valt de verdeling van kosten en besparingen evenwichtig uit en hebben beide partijen voldoende te 'winnen' bij samenwerking?
- *Vraag 7.2:* Welke landelijke afspraken zijn nodig om tot een evenwichtige verdeling van kosten en besparingen te komen, zodat negatieve prikkels voor samenwerking en 'afschuifkosten' voorkomen kunnen worden?

### 3.6.2 Verdeling van kosten en besparingen

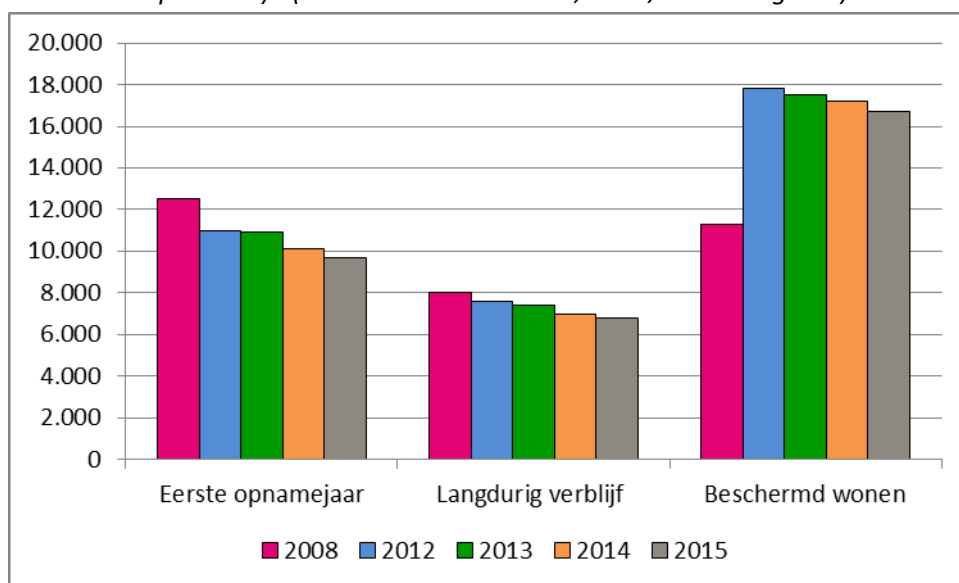
#### *Afbouw bedden intramurale GGZ*

In het Bestuurlijk akkoord GGZ is afgesproken dat de beddenscapaciteit in de klinische GGZ in 2020 met een derde zou worden teruggebracht ten opzichte van het niveau in 2008.<sup>68</sup> Over de opbouw van ambulante zorg zijn geen streefcijfers genoemd in het Bestuurlijk akkoord. De gemeenten waren geen partij in dit Bestuurlijk akkoord. Figuur 2-1 geeft een indicatie van de ontwikkelingen in de totale intramurale GGZ-capaciteit in Nederland in de periode 2008-2015.

---

<sup>68</sup> Ministerie van VWS (2012). *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017*.

Figuur 3-1 Capaciteitsontwikkelingen intramurale GGZ 2008-2015 (aantal plaatsen)\* (bron: Trimbos-instituut, 2016, bewerking APE)



\* Op basis van aantal verblijfdagen in kalenderjaar en omgerekend naar plaatsen op basis van de rekenregel 365 dagen is één plaats. Gegevens over 2008 op basis van NZa cijfers, zoals gerapporteerd in de Landelijke Nulmeting Intramurale GGZ (Trimbos-instituut, 2012). Cijfers langdurig verblijf 2008 inclusief ABWZ overig. (De productiecijfers langdurig verblijf van 2008 liggen beduidend lager dan de AWBZ productiecijfers van de omliggende jaren en zijn daarmee mogelijk een onderrapportage.) Gegevens over 2012-2015 op basis van extrapolatie van de LMA-gegevens en bijschatting op basis van andere bronnen (DigiMV). Gegevens over 2015 inclusief Jeugdwet.

Het terugbrengen van bedden kan door het voorkomen en bekorten van opname en door het afstoten van langdurend verblijf. Het totaal aantal plaatsen in de opname- en verblijfsvoorzieningen ligt in 2015 bijna een vijfde onder het niveau van peiljaar 2008.<sup>69</sup> In 2008 waren er ca. 18.000 klinische bedden, waarvan 8.000 GGZ B (behandeling langer dan 365 dagen). Een afbouw van 33% betekent een afbouw van 6.000 bedden.

Bij de afbouw van langdurend verblijf (GGZ B) gaat het om cliënten met een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis die vaak niet in staat zijn om zelfstandig te wonen en die in vrijwel alle gevallen ook een beroep op de bijstand zullen doen. Deze groep zal dus aanspraak doen op de Wmo. Een omgeklapte GGZ B plaats kent een kostprijs van ca. € 40.000 tot ruim € 60.000 per jaar. Dit zijn de kosten voor de gemeenten als er een cliënt vanuit intramurale GGZ in BW komt.

<sup>69</sup> Van Hoof, F. et al. (2016). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Trimbos Instituut. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Als deze cliënten ambulant gaan wonen komen er ook vaak kosten voor wonen bij. Voor de (O)GGZ-doelgroepen moeten de instellingen namelijk vaak de woning huren, omdat woningcorporaties niet direct willen verhuren aan deze cliënten. Dat leidt tot veel kosten en administratieve lasten.

Uit onderzoek blijkt dat door de samenwerking in FACT-teams bij GGZ Rivierduinen de uitstroom is verbeterd. In de twee jaar dat de organisaties nu samenwerken in het FACT-team zijn jaarlijks 15 van de 90 intramurale GGZ-clieënten uit dat team doorgestroomd naar beschermd wonen dan wel begeleid zelfstandig wonen. Dit levert een kostenbesparing op voor de Zvw. Voor gemeenten betekent de uitstroom echter een toename van hun kosten (zie Tabel 3-5).

*Tabel 3-5 Gerealiseerde besparingen door uitstroom uit intramurale GGZ naar BW of zelfstandig wonen met begeleiding.*

	Intramurale GGZ gemiddelde verzor- gingsgraad (NZa)	Beschermd Wonen GGZ-C ZZP 5 (NZa)	Zelfstandig wonen met individuele be- geleiding (CIZ)
Zorg	€ 88.830	€ 53.224	€ 12.404
Wonen	€ 12.337	€ 9.125	-
Totaal zorg en wonen	€ 101.167	€ 62.349	€ 12.404
Besparing t.o.v. intra- murale GGZ	-	€ 38.818	€ 88.763

Bron: MKBA op basis van een case study van GGZ Rivierduinen Leiden.

Wanneer een intramurale GGZ-clieënt uitstroomt naar beschermd wonen, vervallen de kosten van € 101.167. Daar komen kosten voor in de plaats van € 62.349 voor beschermd wonen. Omdat beschermd wonen gefinancierd wordt door gemeenten en intramurale GGZ-zorg niet, betekent dit dus dat de centrumgemeente bij uitstroom te maken krijgt met extra kosten van ruim € 60.000 per cliënt. Bij uitstroom vanuit de intramurale GGZ naar individuele begeleiding krijgt de woongemeente te maken met extra kosten van ruim € 12.000 per cliënt.<sup>70</sup>

Bij de decentralisatie zijn aan de gemeenten geen middelen ter beschikking gesteld voor het opvangen en ondersteunen van GGZ B cliënten in het Wmo-kader.

<sup>70</sup> Van Dijk –Jonkman, A., Van Westing, G. en Dragt, W. (2016). *Maatschappelijke Business Case FACT. Onderzoek naar de maatschappelijke meerwaarde van samenwerking in FACT team.* XpertiseZorg.

In het bestuurlijk akkoord is afgesproken dat het afbouwen van klinische bedden gepaard zou gaan met het versterken van de ambulante GGZ in de wijk. De beddenafbouw is sneller gegaan dan de opbouw van de ambulante infrastructuur. Dit wordt bevestigd door brancheverenigingen, gemeenten, aanbieders en een grote zorgverzekeraar.

De inzet van de wijkteams in de GGZ en de preventieve behandelteams met intensive home treatment (IHT) zijn nog onvoldoende van de grond gekomen. De samenwerking tussen wijkteams in de GGZ (Zvw) en de sociale wijkteams van de gemeente moet ook verbeterd worden. De wijkteams missen voornamelijk arbeidsdeskundigen, ervaringsdeskundigen, hersteldeskundigen en rehabilitatiedeskundigen.

#### *Overheveling extramurale begeleiding*

De extramurale AWBZ (waaronder kortdurend verblijf<sup>71</sup> en dagbesteding) is sinds 1 januari 2015 komen te vervallen. Gemeenten zijn nu verantwoordelijk voor ondersteuning en begeleiding. De gemeenten hebben een kleiner budget voor de extramurale begeleiding gekregen (korting van circa 25%).<sup>72</sup>

### **3.6.3 Afspraken om tot een evenwichtige verdeling te komen**

#### *Onderscheid Zvw en Sociaal domein*

ZiNL heeft duiding gegeven aan wanneer iets begeleiding is en wanneer het behandeling is. Begeleiding/ondersteuning en beschermd wonen vallen onder het sociaal domein en zorg/behandeling valt onder de Zvw.<sup>73</sup> Aanbieders geven echter aan dat het onderscheid tussen begeleiding/ondersteuning en zorg/behandeling in de praktijk niet altijd even duidelijk is, terwijl de financiële stromen zijn afgebakend. Dit wordt door de aanbieders pragmatisch opgelost. Er wordt bijvoorbeeld afgesproken dat thuiszorg onder de Zvw valt en gehandicapten onder de gemeenten. Medewerkers hoeven dan niet met twee systemen te werken. In werkelijkheid wordt aan beide cliëntgroepen zorg en begeleiding gegeven.

Bij medisch noodzakelijk verblijf moet worden nagegaan of er echt sprake is van een medische noodzaak om een bed te krijgen dat vanuit de Zvw wordt bekostigd,

---

<sup>71</sup> De aanspraak kortdurend verblijf betreft zorg gedurende maximaal drie etmalen per week als het overnemen van het permanent toezicht ter ontlasting van de mantelzorg noodzakelijk is. Bron: Artikel 9a Besluit zorgaanspraken AWBZ.

<sup>72</sup> <https://www.movisie.nl/artikel/wijzigingen-awbz-wmo-overzicht>. Geraadpleegd op 2 november 2017.

<sup>73</sup> Van der Voort - van Beusekom en Weghaus – Reus, S. (2015). *De wettelijke domeinen voor zorg en ondersteuning aan mensen met een psychische stoornis*. Handreiking voor de praktijk. Zorginstituut Nederland.

of dat het gaat om een gebrek aan huisvesting. Verzekeraars controleren (achteraf) of zorg binnen de Zvw aan de eisen heeft voldaan.

De dbc-systematiek laat geen ruimte over voor flexibiliteit. Aanbieders en gemeenten geven daarnaast aan dat eisen van zorgverzekeraars voor GGZ-aanbieders om zorg vergoed te krijgen te streng zijn en problemen opleveren. Om zorg te krijgen vanuit de Zvw is een verwijfsbrief en motivatie van de cliënt nodig (geen gedwongen zorg). Bij opsporing en toeleiding (OGGZ/bemoeizorg) kan niet altijd aan deze voorwaarden worden voldaan. GGZ-instellingen zouden de zorg moeten kunnen leveren die nodig is zonder verwijzing door een arts, zodat cliënten ook zonder verwijzing of motivatie de zorg krijgen die ze nodig hebben.

#### *Regionale en lokale afspraken gemeenten en zorgverzekeraars*

Respondenten geven aan dat veranderingen regionaal moeten worden aangepakt. Vanuit regionale partijen moet specialistische begeleiding opgebouwd worden. Op lokaal niveau moeten gemeenten en zorgverzekeraars kijken wat er aan behandeling nodig is en wat er op sociaal domein nodig is. Gemeenten en zorgverzekeraars zouden afspraken moeten maken over wie wat doet en wat daar dan aan vergoeding tegenover staat. Gemeenten geven aan (nog) geen afspraken te hebben gemaakt. Het zou regionaal verder moeten worden uitgezocht hoe de kosten en besparingen uitvallen. Goed personeel op de inkoopafdeling van gemeenten is hierbij belangrijk.

#### *Regionale en lokale afspraken gemeenten en aanbieders*

Aanbieders, brancheorganisaties en gemeenten geven aan dat het belangrijk is dat professionals/aanbieders samen met cliënten de vrijheid hebben om maatwerk te leveren. Het helpt als de financiering en/of bekostiging van zorg hier dan bij past. Dit kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld via populatiebekostiging. Er zijn al gemeenten, GGZ-aanbieders en RIBW's die dit doen. Aanbieders bepalen dan onderling wie wat voor zijn rekening neemt en welke (groepen) cliënten extra aandacht nodig hebben. Hierdoor krijgen professionals weer meer zeggenschap op en ruimte voor de uitoefening van hun vak, in plaats van dat zij zich voortdurend moeten verantwoorden.

#### *Afspraken onverzekerde zorg*

Van de gehele groep die in 2016 in Amsterdam in BW en/of MO verbleef is van 9% bekend dat zij bij aanmelding geen zorgverzekering hadden en bij 3% was de verzekering in aanvraag. Van 42% is bij aanmelding niet geregistreerd of zij een zorgverzekering hadden.<sup>74</sup> In Utrecht was in de nachtopvang ongeveer 13% niet verze-

---

<sup>74</sup> Gebaseerd op cijfers uit Trajectus, GGD Amsterdam.

kerd en in de crisisopvang 6%.<sup>75</sup> In de laagdrempelige opvang van het Leger des Heils in Limburg en Zuid-Holland had ca. 47% geen zorgverzekering.<sup>76</sup> De gemeente Tilburg geeft ook aan dat een groot deel van de doelgroep niet verzekerd is. Hierdoor komen zij in een vicieuze cirkel terecht, omdat je zonder verzekering geen behandeling krijgt. De gemeente Tilburg heeft hier daarom afspraken over gemaakt met de zorgverzekeraars.

Alle GGD'en fungeren als meldpunt voor onverzekerde zorg. Er is een regeling die beoogt dat zorg- en hulpverleners medisch noodzakelijke zorg en hulp kunnen/moeten geven aan mensen die geen zorgverzekering hebben. Zorgverleners kunnen als zij hulp hebben geboden aan iemand die niet verzekerd is een declaratie indienen bij het CAK. Dit wordt dan ook gemeld bij de GGD. Vervolgens probeert de GGD te regelen dat deze persoon een zorgverzekering krijgt, onder andere door zo nodig iemand in te schrijven bij de gemeente en een uitkering te regelen.

Uit de Verzekerdenmonitor 2016 blijkt overigens dat het aantal mensen dat niet verzekerd is (van de mensen die vermeend verzekeringsplichtig zijn) afneemt: eind 2014 waren er 29.454 onverzekerden en eind 2015 waren dit er 25.218. Sinds de invoering van de Zvw in 2006 moeten verzekeringsplichtigen een zorgverzekering hebben. Op 15 maart 2011 is de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering in werking getreden met als doel om het aantal onverzekerden terug te dringen.<sup>77</sup>

#### *Toegang tot de Wlz*

Het is van belang dat er snel duidelijkheid komt over de toegang tot de Wlz voor mensen die blijvend zijn aangewezen op 24-uurs zorg of permanent toezicht vanwege een psychiatrische aandoening of beperking. Nu staat alles in de wacht en dit heeft zowel financiële gevolgen als gevolgen voor de cliënt.

---

<sup>75</sup> Van Everdingen, C. (2016). *De Utrechtse nachtopvang en crisisopvang in beeld. Eindrapport van beeldvormend onderzoek in opdracht van de gemeente Utrecht*. Van Everdingen ZorgConsult.

<sup>76</sup> Van Everdingen, C. (2015). *Verwarde mensen op straat*. Onderzoek in opdracht van het Leger des Heils.

<sup>77</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Directie Zorgverzekeringen. (2016) *VWS-Verzekerdenmonitor 2016*.

### 3.7 Borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning (randvoorwaarde 8)

---

- Een aanbieder geeft aan nu veel meer tijd kwijt te zijn met de aanbesteding dan met de contracten die ten tijde van de AWBZ werden gehanteerd.
  - Het kwaliteitskader van de VNG is algemeen geformuleerd en hier wordt door gemeenten verschillend invulling aan gegeven.
  - De gemeenten die we hebben gesproken stellen verantwoordingseisen over de geleverde zorg. De gemeente Apeldoorn vraagt niet om kwaliteitsinformatie. In Utrecht wordt op verschillende manieren kwaliteit getoetst en toezicht gehouden op de kwaliteit. Dit is nog in ontwikkeling.
  - De kosten die gemoeid zijn met het invoeren van systemen voor kwaliteitstoetsing en toezicht hebben de gemeenten die we hebben gesproken (nog) niet berekend.
- 

#### 3.7.1 Deelvragen randvoorwaarde 8

De VNG heeft kwaliteitseisen vastgesteld voor maatschappelijke opvang en beschermd wonen<sup>78</sup>. Het is niet bekend in hoeverre gemeenten deze eisen vertaald hebben in inkoopseisen en hoe zich dat verhoudt tot de kosten die nodig zijn voor het voldoen aan de eisen. Inmiddels is ook de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) van kracht over een reële kostprijs voor maatschappelijke ondersteuning. Hiermee kan de aanbieder voldoen aan de gemeentelijke eisen van kwaliteit en continuïteit van deze dienst en de arbeidsrechtelijke verplichtingen aan de beroepskracht die de dienst verleent. Ook hiervan is niet berekend tot welke kostenwijzigingen dit zal leiden. Een systeem voor kwaliteitstoetsing en -toezicht zal nodig zijn om de kwaliteit te borgen.

De vragen die hier beantwoord moeten worden, zijn:

- *Vraag 8.1:* Welke kosten zijn gemoeid met het voldoen aan de kwaliteitseisen en de AMvB reële kostprijzen maatschappelijke ondersteuning?
- *Vraag 8.2:* Welke kosten zijn gemoeid met het invoeren van systemen voor kwaliteitstoetsing en -toezicht?

---

<sup>78</sup> VNG (2016). *Handreiking voor gemeenten: Kwaliteitseisen Beschermd Wonen en Maatschappelijke Opvang*.



### 3.7.2 Kwaliteitskader VNG

Het kwaliteitskader dat door de VNG is opgesteld is algemeen geformuleerd. Gemeenten kunnen hier zelf invulling aan geven. Cliënten kunnen zich hier niet op beroepen, geven de brancheverenigingen aan.

#### *Aanbieders*

Het Leger des Heils (LdH) heeft onder de AWBZ al een kwaliteitskader ingevoerd. Het LdH heeft te maken met nagenoeg alle 388 gemeenten, maarde gemeenten zijn nog niet duidelijk over de eisen die zij stellen. Het LdH is bang dat er allemaal verschillende eisen zullen worden gesteld. Uniformiteit en standaardisering zijn heel belangrijk.

Een aanbieder in Rotterdam geeft aan dat veel systemen niet functioneren. Daarom wordt er noodgedwongen met lijstjes gewerkt en gaat er veel tijd op aan onderling afstemmen. In de tijd van de AWBZ waren contracten gebaseerd op het voorgaande jaar. Twee tot drie gesprekken waren dan voldoende. Nu werkt de gemeente Rotterdam met een Europese aanbesteding voor drie tot vijf jaar. Deze is net afgerond. Een aanbieder geeft aan dat het veel werk is om offertes te maken en casuïstiek te beschrijven. De administratieve druk is toegenomen voor de aanbieders. Er gaat nu meer tijd op aan administratie (registratie en declaratie) en aan het indienen van offertes en gesprekken met gemeenten. Hierbij speelt ook dat de indicaties van de gemeente vaak veel korter zijn dan de indicaties ten tijde van de AWBZ. Het regelen van een vervolgingindicatie kost ook weer veel tijd.

De gemeente Den Haag stelt als eis aan aanbieders dat zij een kwaliteitskeurmerk moeten hebben. Een aanbieder in Den Haag geeft aan onder andere een financiële verantwoording en een verantwoording voor de geleverde zorg te geven aan de gemeente. Deze aanbieder heeft een eigen kwaliteitssysteem ontwikkeld. Dit is meer faciliterend ingericht en voldoet aan HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Een aanbieder in Amsterdam geeft aan dat zij al met de HKZ-kwaliteitseisen werkten en dat zij dat nog steeds doen. Dit is genoeg voor de gemeente Amsterdam.

Een aanbieder in Haarlem geeft aan dat een kwaliteitskader ook risico's met zich meebrengt. Als bijvoorbeeld wordt ingezet op zelfredzaamheid en er wordt gesteld dat iemand over zes weken zelfstandig met het openbaar vervoer moet gaan, dan kan een cliënt juist onzeker worden.

#### *Gemeenten*

De inkoopafdeling van de gemeente Apeldoorn heeft het kwaliteitskader MO/BW van de VNG integraal overgenomen in de aanbesteding voor 2019. De gemeente

Tilburg had al voordat het kwaliteitskader van de VNG er was, kwaliteitseisen geformuleerd. De gemeente heeft gekeken naar waar aanbieders al aan moesten voldoen voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ze hebben daar onderdelen uit gehaald. Nu zijn er minder kwaliteitseisen en verantwoordingseisen dan voor de decentralisatie.

### **3.7.3 Algemene maatregel van bestuur**

In Apeldoorn worden de kosten van de AMvB nog doorgerekend. Dit kan mogelijk leiden tot een tariefsverhoging. De gemeente Utrecht heeft nog niet onderzocht welke kosten zijn gemoeid met het voldoen aan de kwaliteitseisen en de AMvB reële kostprijzen maatschappelijke ondersteuning. Met de lumpsumfinanciering heeft de gemeente Utrecht nog geen concrete aanwijzingen gehad dat dit niet toereikend is; anders zullen ze met de aanbieders in gesprek gaan. Voor de nieuwe inkoop vanaf 2020 zal de gemeente Utrecht nog in kaart moeten brengen welke kosten zijn gemoeid met het voldoen aan de kwaliteitseisen en de AMvB reële kostprijzen maatschappelijke ondersteuning.

### **3.7.4 Kwaliteitstoetsing en -toezicht**

De gemeente Apeldoorn vraagt geen kwaliteitsinformatie. Ze eisen wel van aanbieders dat ze aangesloten zijn bij een branchevereniging (RIBW alliantie, GGZ Nederland of Federatie Opvang) en dat ze de binnen de eigen branche vastgestelde kwaliteitseisen volgen.

In de gemeente Utrecht wordt de kwaliteit op verschillende manieren getoetst en wordt er op verschillende manieren toezicht gehouden op de kwaliteit. Ze maken gebruik van iWmo. Dit is een informatiestandaard die inzicht geeft in de gegevensstromen tussen gemeenten en zorgaanbieders binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning. De gemeente Utrecht vraagt om verantwoording van de gerealiseerde zorg. Daarnaast worden gesprekken gevoerd met het veld, cliënten en buurtteams. Ze hebben het toezicht op de uitvoering persoonsgebonden budget (PGB) de afgelopen periode uitgebreid. De kwaliteitstoetsing en het toezicht op de kwaliteit zijn in ontwikkeling in Utrecht. De kosten die gemoeid zijn met het invoeren van systemen voor kwaliteitstoetsing en –toezicht zijn voor de gemeente Utrecht nog niet precies bekend.