

Een passende plek voor een specifieke behoefte



Andersson Elffers Felix

Maliebaan 16
Postbus 85198
3508 AD Utrecht

+31 30 236 30 30
mail@aef.nl
www.aef.nl

Kamer van Koophandel
30096560

Datum

27 november 2020

Opdrachtgever

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

Onderzoeksteam

Evelien Rutgers (AEF)

Jelte Schievels (AEF)

Irene Niessen (AEF)

Alette van Dijk (XpertiseZorg)

Referentie

GV592/Eindrapport onderzoek specialistisch beschermd wonen

Aquarel voorkant

Carmen van Schoubroeck, adviseur bij AEF

Managementsamenvatting

AEF deed onderzoek naar de huidige situatie van specialistisch beschermd wonen

In opdracht van het ministerie van VWS en de VNG heeft AEF onderzoek gedaan naar specialistische vormen van beschermd wonen. Dit zijn voorzieningen waarvoor het aanbod niet regionaal georganiseerd kan worden vanwege specifieke zorginhoudelijke behoeften van cliëntgroepen en dus bovenregionale samenwerking nodig is. AEF is gevraagd een zo feitelijk mogelijk beeld te geven van de huidige situatie van specialistisch beschermd wonen en of er een mismatch bestaat tussen de vraag en het aanbod. De uitkomsten moeten helpen te bepalen of het nodig is om extra (financiële) afspraken te maken met en tussen gemeenten.

Het onderzoek vindt plaats in een periode waarin beschermd wonen in ontwikkeling is

In 2015 heeft de commissie Toekomst beschermd wonen een toekomstvisie op beschermd wonen uitgebracht. Naar aanleiding daarvan worden momenteel de tien bouwstenen uitgewerkt die het Expertiseteam Maatschappelijke Opvang – Beschermd Wonen – Begeleiding geïdentificeerd heeft voor een zorgvuldige doorcentralisatie van Beschermd Wonen. Dit gaat onder andere over het wel/niet toepassen van een woonplaatsbeginsel en een nieuw verdeelmodel voor de middelen Beschermd Wonen. Het merendeel van deze ontwikkelingen heeft geen invloed op de aanpak van het onderzoek. Wel kunnen zij invloed hebben op de acties die eventueel volgen op de uitkomsten van het onderzoek.

De aanpak betrof literatuurstudie, interviews en een online uitvraag

Op basis van een literatuurstudie en interviews hebben we een definitie van specialistisch beschermd wonen geformuleerd en een lijst opgesteld met potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen. De 43 centrumgemeenten zijn over deze cliëntgroepen bevraagd via een online uitvraag en verdiepende interviews. Zo hebben we inzicht gekregen in de huidige situatie voor deze cliëntgroepen en in of er een mismatch wordt ervaren tussen de vraag en het aanbod.

We hebben specialistisch beschermd wonen als volgt gedefinieerd

Specialistisch beschermd wonen betreft woonvormen die zich bevinden tussen de vijf landelijke instellingen en instellingen die op gemeentelijk of regionaal niveau worden georganiseerd. We spreken van specialistisch beschermd wonen wanneer:

1. *Cliënten een specifieke zorginhoudelijke behoefte aan ondersteuning hebben die niet makkelijk in te passen is in een generalistische vorm van beschermd wonen. Denk aan specifieke vakkennis of aanpassingen aan gebouwen.
En*
2. *Het aantal cliënten dusdanig klein is dat niet in elke regio tegemoet kan worden gekomen aan deze specifieke behoefte, waardoor bovenregionaal met elkaar moet worden samengewerkt.*

Voor een aantal doelgroepen signaleerden we een mismatch tussen vraag en aanbod

Uit ons onderzoek blijkt voor veel cliëntgroepen geen mismatch te bestaan tussen de vraag en het aanbod van beschermd wonen. Bij sommige cliëntgroepen was dit wel het geval. Onderstaand vatten wij samen om welke cliëntgroepen het gaat en of zij voldoen aan de definitie van specialistisch beschermd wonen.

- Voor **cliënten met Korsakov** is specifieke vakkennis nodig en moeten bouwkundige aanpassingen worden gedaan. Cliënten worden daarom regelmatig geplaatst in

specifieke voorzieningen buiten de eigen regio. Naar verwachting komt deze groep echter vanaf 2021 grotendeels in aanmerking voor een Wlz-indicatie. Vanuit gemeentelijk perspectief is er dan geen noodzaak om aanvullende bovenregionale afspraken te maken.

- **Cliënten met een combinatie van psychische problematiek, middelengebruik en lvb** vragen specifieke kennis. De groep is relatief omvangrijk, dus deze kennis zou regionaal geborgd moeten zijn. Wel is het voor deze cliëntgroep belangrijk dat er zowel voorzieningen zijn waar mensen wel kunnen gebruiken als voorzieningen waar dit niet mag. Dit is op dit moment niet altijd aanwezig in de regio's. Variatie in het aanbod is daarmee een aandachtspunt voor deze cliëntgroep.
- Voor **cliënten met psychische problematiek en een GHB-verslaving** zijn niet altijd passende plekken binnen beschermd wonen (zowel binnen als buiten de regio). Regionaal worden oplossingen gevonden, maar deze zijn niet altijd optimaal voor cliënten. Daarnaast is ook de aansluiting op de verslavingszorg van belang.
- **Cliënten met psychische problematiek en een veiligheidsrisico** hebben behoefte aan specifieke deskundigheid over gedrag en bouwkundige aanpassingen. De huidige ondersteuning wordt met name regionaal georganiseerd, maar is nog niet optimaal: cliënten rouleren tussen instellingen of verblijven in maatschappelijke opvang bij gebrek aan een passende plek. Gezien de verschillende typen voorzieningen waar deze cliënten verblijven is niet duidelijk of de knelpunten gerelateerd zijn aan de regionale schaal of aan de complexiteit van de cliëntgroep.
- **(Jonge) ouders/gezinnen met psychische problematiek** hebben voldoende woonruimte nodig om een gezin te huisvesten en expertise over opvoeding en het effect van een psychische stoornis hierop. Het aanbod wordt momenteel vooral regionaal georganiseerd, maar er zijn niet altijd voldoende plekken. Omdat de afbakening van de doelgroep onduidelijk is, is niet duidelijk hoeveel cliënten het op regionaal niveau betreft. Gemeenten geven daarbij wel aan dat standaard bovenregionale voorzieningen niet de voorkeur hebben, aangezien maatwerk voor deze cliëntgroep belangrijk is.

Een mismatch tussen vraag en aanbod heeft vaak andere oorzaken dan regionale schaal

We noemden hierboven een aantal cliëntgroepen waarvoor een mismatch bestaat tussen vraag en aanbod. Deze mismatch wordt echter niet altijd veroorzaakt door te lage aantallen voor het organiseren van beschermd wonen op regionaal niveau. Vaker is sprake van een verschil in visie over de vraag of beschermd wonen de aangewezen voorziening is voor de betreffende cliëntgroep. Zo zijn er bijvoorbeeld regio's die middelengebruik in beschermd wonen niet toestaan, terwijl andere regio's wel voorzieningen hebben waar dit toegestaan is. Dat heeft een mismatch tussen vraag en aanbod tot gevolg. Deze wordt echter niet veroorzaakt door de schaal van regio's. Voor dit soort vraagstukken biedt bovenregionale samenwerking dan ook geen oplossing.

Momenteel is geen aanleiding tot bovenregionale afspraken, wellicht in de toekomst

Het onderzoek laat zien dat er momenteel geen aanleiding is om bovenregionale afspraken te maken voor bepaalde cliëntgroepen. Dat wil niet zeggen dat dit in de toekomst voor geen enkele cliëntgroep nodig is. Er zijn in het onderzoek wel knelpunten in het aanbod geconstateerd voor verschillende cliëntgroepen. Het is daarom van belang dat regio's structureel monitoren of hun aanbod goed past bij de vraag en indien dit niet het geval is nagaan op welk niveau knelpunten het beste kunnen worden opgelost. Op basis van dit onderzoek zou dat in ieder geval voor de laatste vier cliëntgroepen uit bovenstaand overzicht moeten worden nagegaan.

Inhoud

Managementsamenvatting	3
1 Inleiding	6
1.1 Aanleiding	6
1.2 Vraag.....	7
1.3 Leeswijzer.....	7
2 Aanpak & context van het onderzoek	8
2.1 Een aanpak in vier stappen	8
2.2 Specialistisch beschermd wonen in een bredere context.....	9
3 Definitie van specialistisch beschermd wonen	11
3.1 Eén van de niveaus van beschermd wonen	11
3.2 Een combinatie van specifieke behoeften en lage aantallen	12
4 Potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen	14
4.1 Cliënten met Korsakov.....	14
4.2 Cliënten met psychische problematiek, middelengebruik en lvb	16
4.3 Cliënten met psychische problematiek én een GHB-verslaving	17
4.4 Cliënten met psychische problematiek en een veiligheidsrisico	19
4.5 Cliënten met een (recente) migratie-achtergrond en psychiatrische problematiek.....	20
4.6 (Jonge) ouders/gezinnen met psychische problematiek	21
4.7 Overige cliëntgroepen	23
5 Conclusies	25
5.1 De definitie van specialistisch beschermd wonen.....	25
5.2 Potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen	26
5.3 Tot slot	28
A Gesprekspartners in het onderzoek	29
B Volledig overzicht genoemde cliëntgroepen	30

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Sociale inclusie staat centraal in de toekomstvisie van beschermd wonen

De commissie Toekomst beschermd wonen heeft eind 2015 een toekomstvisie op beschermd wonen uitgebracht. Sociale inclusie van de doelgroep beschermd wonen en maatschappelijke opvang staat hierbij centraal: beschermde woonplekken in de wijk worden het uitgangspunt, en beschermde woonvoorzieningen blijven beschikbaar voor de groep mensen die dit nodig heeft. In de eigen gemeente, of daarbuiten.¹

Uitvoering van beschermd wonen gaat van 43 centrumgemeenten naar alle gemeenten

Momenteel zijn 43 centrumgemeenten verantwoordelijk voor beschermd wonen. De commissie Toekomst beschermd wonen geeft gesignaleerd dat deze systematiek nadelen met zich meebrengt. Zo zouden er voor regiogemeenten weinig prikkels zijn om te voorkomen dat hun inwoners naar beschermd wonen moeten: inzet op preventie of het ontwikkelen van zwaarder ambulante aanbod kost regiogemeenten geld, terwijl het financieel gezien niets oplevert. Door de verantwoordelijkheid – en budgetten – van beschermd wonen te beleggen bij *alle* gemeenten, kunnen zij preventie, ambulante Wmo en beschermd wonen beter op elkaar aan laten sluiten.

Doordecentraliseren van de taken brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee

Naast de groep inwoners die vormen van beschermd thuis (in een eigen woning in de wijk) ontvangen, zijn er ook mensen die behoefte houden aan een beschermde woonomgeving. Hiervoor zijn en blijven beschermd wonen-voorzieningen die lokaal/regionaal worden georganiseerd. Daarnaast zijn er voor vijf cliëntgroepen op landelijk niveau beschermd wonen-voorzieningen georganiseerd. De vraag is nu of er cliëntgroepen zijn die niet passen in het lokale/regionale of landelijke aanbod. Het gaat dan om cliënten die behoefte hebben aan een specifieke zorgvorm die niet lokaal en regionaal georganiseerd kan worden maar waarbij bovenregionale samenwerking noodzakelijk is op een schaalgrootte die niet vraagt om één landelijk werkende instelling. In het vervolg van dit rapport noemen we deze vorm van beschermd wonen 'specialistisch beschermd wonen'.

Een onderzoek moet helpen om te achterhalen of extra afspraken nodig zijn

Gezien de geplande doordecentralisatie, hebben de VNG, het ministerie van BZK en het ministerie van VWS in een bestuurlijk overleg op 3 december 2019 besloten dat het belangrijk is onderzoek te doen naar specialistisch beschermd wonen. De uitkomsten van dit onderzoek moeten helpen om te bepalen of het nodig is om extra (financiële) afspraken te maken met en tussen gemeenten wanneer de middelen worden overgeheveld naar alle regiogemeenten. Dit gaan dan over specifieke cliëntgroepen waarbij vanwege de doordecentralisatie extra risico's

¹ Bron: Van beschermd wonen naar een beschermd thuis (2015). Commissie Toekomst beschermd wonen.

bestaan om cliëntgroepen uit beeld te verliezen dan wel specifieke vormen van aanbod niet meer te organiseren vanwege de beperkte schaalgrootte van gemeenten.

1.2 Vraag

De VNG en het ministerie van VWS hebben AEF en XpertiseZorg gevraagd onderzoek te doen naar specialistische vormen van beschermd wonen. Dit onderzoek moet een feitelijk beeld geven van de vraag (behoefte) naar en het aanbod van specialistisch beschermd wonen.

De hoofdvragen van het onderzoek luiden als volgt:

- Wat is de definitie van specialistisch beschermd wonen?
- Wat is per cliëntgroep de vraag en het aanbod van specialistisch beschermd wonen?
- Is er een mismatch tussen de huidige vraag en het aanbod?

Scope

In dit onderzoek focussen we op het *huidige feitelijke beeld*. We doen geen uitspraken over de toekomstige organisatie van beschermd wonen.

We gebruiken de huidige definitie van beschermd wonen als kader voor het onderzoek. We gaan uit van mensen die in de huidige wet- en regelgeving toegang hebben tot beschermd wonen, minus de groep waarvan door het veld (gemeenten en CIZ) wordt verwacht dat zij aanspraak zullen maken op de Wet langdurige zorg per 2021. Daarnaast kijken we niet alleen naar zorg in natura, maar ook naar zorg die gefinancierd is met een persoonsgebonden budget (pgb).

Tot slot gaan we in de kwantitatieve analyses uit van de nu bekende doelgroep voor specialistisch beschermd wonen. Dit betekent dat we ervan uitgaan dat mensen waarvoor specialistisch aanbod noodzakelijk is momenteel al in (specialistisch) beschermd wonen zitten of op de wachtlijst staan. Mensen die (nog) geen indicatie hebben voor (specialistisch) beschermd wonen, nemen we dus in beginsel niet mee in de kwantitatieve analyse, aangezien dit tot een overschatting van de doelgroep zou kunnen leiden.

1.3 Leeswijzer

In dit rapport vindt u de resultaten van het onderzoek. Het rapport is als volgt opgebouwd:

- In **hoofdstuk 2** beschrijven we de **aanpak en context** van dit onderzoek.
- In **hoofdstuk 3** leest u de **definitie** van specialistisch beschermd wonen.
- In **hoofdstuk 4** bespreken we de **cliëntgroepen** waarvoor mogelijk specialistische vormen van beschermd wonen nodig is.
- In **hoofdstuk 5** presenteren we de **conclusies** van dit onderzoek.

2 Aanpak & context van het onderzoek

In dit hoofdstuk beschrijven we de aanpak die we voor dit onderzoek hebben gehanteerd. Daarnaast geven we de context weer waarin het onderzoek heeft plaatsgevonden en welk effect dit heeft op de aanpak en uitkomsten van het onderzoek.

2.1 Een aanpak in vier stappen

We hebben het onderzoek uitgevoerd aan de hand van de vier onderstaande stappen.

1. We deden bureauonderzoek en interviewden experts om een definitie van specialistisch beschermd wonen op te stellen

We startten het onderzoek met een documentenstudie en interviews met experts (waaronder gemeenten, zorgkantoren, centrale toegang en cliëntvertegenwoordigers).² Hiermee verkenden we voor welke cliëntgroepen specialistisch aanbod nodig is, wat dit aanbod onderscheidt van 'generalistisch' beschermd wonen en wanneer bovenregionale samenwerking nodig is om dit aanbod te organiseren. Aan de hand daarvan hebben we een eerste definitie van specialistisch beschermd wonen opgesteld. Ook leidden de gesprekken tot een overzicht van cliëntgroepen die werden genoemd als cliëntgroepen waarvoor mogelijk specialistisch beschermd wonen nodig is.

Om de aanpak en (tussen)resultaten te toetsen, hadden we met diverse gremia overleg

Gedurende het onderzoek zijn we twee keer aangesloten bij de werkgroep GGZ (van de VNG). Tijdens deze bijeenkomsten bespraken we de aanpak van het onderzoek, kondigden we de uitvraag aan en lichtten we de voorlopige onderzoeksresultaten toe. Daarnaast hebben we twee bijeenkomsten georganiseerd met een klankbordgroep die specifiek voor dit onderzoek was samengesteld. Naast het bespreken van de definitie van specialistisch beschermd wonen en de lijst met cliëntgroepen voor de uitvraag hebben we met hen ook stil gestaan bij de onderzoeksopzet en de (tussen)resultaten. In bijlage A vindt u een overzicht van de leden van de klankbordgroep.

2. We bereidden een online uitvraag voor in afstemming met de klankbordgroep

Voor het vervolg van het onderzoek hebben we de lijst met cliëntgroepen waarvoor mogelijk specialistisch beschermd wonen nodig is verkort. In bijlage B vindt u een overzicht van alle genoemde cliëntgroepen. Belangrijke reden om de lijst met cliëntgroepen zo kort mogelijk te houden, is dat we zoveel mogelijk wilden voorkomen dat gemeenten en via hen aanbieders in

² Een overzicht van onze gesprekspartners vindt u in bijlage A. Voor de documentstudie hebben we eerdere onderzoeken rondom beschermd wonen geraadpleegd, protocollen rondom indicatiestelling geanalyseerd, en het aanbod van een aantal aanbieders bekeken.

de uitvraag (zie stap 3) werden belast met vragen over cliëntgroepen die sowieso niet onder de definitie zouden vallen.

Voor het niet meenemen van een aantal cliëntgroepen waren twee voorname redenen:

- Cliëntgroepen zijn dusdanig groot dat het aanbod op regionaal niveau georganiseerd kan worden.
- Cliëntgroepen worden vanuit zorginhoudelijk perspectief niet als specialistisch genoeg beoordeeld.

3. Vervolgens hebben we een online uitvraag uitgezet onder 43 centrumgemeenten

Op basis van de opgestelde definitie en de lijst met vastgestelde cliëntgroepen hebben we een online uitvraag uitgezet, waarin de volgende cliëntgroepen zijn opgenomen:

- Cliënten met Korsakov
- Cliënten met psychische problematiek, middelengebruik en lvb
- Cliënten met psychische problematiek én een GHB-verslaving
- Cliënten met psychische problematiek en een veiligheidsrisico
- Cliënten met een (recente) migratie-achtergrond en psychiatrische problematiek
- (Jonge) ouders/gezinnen met psychische problematiek.

In deze uitvraag hebben we de volgende elementen uitgevraagd:

- Herkenbaarheid van elke cliëntgroep als groep die een specifieke behoefte nodig heeft
- Inhoud van het specialistisch beschermd wonen
- Omvang van de cliëntgroep (in zorg als ook op de wachtlijst)
- Aantal aanbieders dat deze zorg levert in de eigen regio
- Verwacht effect van de Wlz op deze cliëntgroep
- Andere cliëntgroepen waarvoor specialistisch beschermd wonen mogelijk nodig is.

We hebben in totaal 37 complete uitvragen ontvangen. Dit betekent een respons van 86%. We hebben de gemeenten gevraagd om de vragen waar nodig en mogelijk ook af te stemmen met zorgaanbieders in de eigen regio. In hoeverre dit ook daadwerkelijk gedaan is, is voor ons als onderzoekers niet inzichtelijk.

4. Tot slot hebben we verdiepende interviews uitgevoerd met experts en gemeenten

Op basis van de ingevulde uitvragen hebben we een eerste analyse gemaakt. Uit deze analyse kwam een aantal vragen naar boven. Om de uitkomsten van de uitvraag nader te duiden, hebben we vervolgens met een aantal gemeenten en experts verdiepende interviews gehouden. De uitkomsten van het onderzoek zijn getoetst in de werkgroep GGZ en vervolgens met de klankbordgroep besproken. Dit heeft geleid tot de voorliggende rapportage.

2.2 Specialistisch beschermd wonen in een bredere context

Dit onderzoek is uitgevoerd in een periode waarin beschermd wonen sterk in ontwikkeling is. Naar aanleiding van het advies van het Expertiseteam Maatschappelijke Opvang – Beschermd Wonen – Begeleiding worden nu tien bouwstenen uitgewerkt voor een zorgvuldige doordecentralisatie van Beschermd Wonen. Een deel van deze ontwikkelingen heeft effect op onze aanpak, maar de meeste uitwerkingen hebben invloed op de acties die eventueel volgen op de uitkomsten van dit onderzoek. Hieronder lichten we kort toe welke ontwikkelingen invloed hebben op onze aanpak en welke mogelijk invloed hebben op het vervolg.

Mensen met psychische problematiek kunnen vanaf 2021 ook terecht in de Wlz

Per 1 januari 2021 wordt de Wet langdurige zorg (Wlz) direct toegankelijk voor mensen met psychische problematiek. Dit kan ervoor zorgen dat een deel van de doelgroep met een behoefte aan specialistisch beschermd wonen niet meer onder de verantwoordelijkheid van gemeenten valt, maar onder de verantwoordelijkheid van zorgkantoren. We hebben hier in ons onderzoek rekening mee gehouden door gemeenten te vragen een inschatting te maken van het effect van de openstelling van de Wlz voor de specifieke cliëntgroepen die mogelijk behoefte hebben aan een vorm van specialistisch beschermd wonen. In hoofdstuk 4 komen we hier per cliëntgroep op terug.

Door de klankbordgroep is benadrukt dat het bij de invulling van beschermd wonen in de praktijk belangrijk is om samenwerking tussen gemeenten en Wlz-uitvoerders (zorgkantoren) te realiseren. Door de openstelling van de Wlz zullen – nog meer dan nu - locaties ontstaan waar zowel cliënten wonen met een beschikking uit de Wmo (beschermd wonen) als met een indicatie vanuit de Wlz. Waar in dit onderzoek de focus heeft gelegen op de Wmo, vanuit de doordecentralisatie van taken en middelen binnen gemeenten geldt met name voor cliëntgroepen die niet heel groot zijn en waarbij mogelijk een deel van de groep naar de Wlz gaat dat samenwerking tussen financiers (gemeenten en Wlz-uitvoerders) een belangrijke bijdrage kan leveren aan het vergroten van diversiteit en kwaliteit van het beschikbare aanbod.

Gemeenten moeten afspraken maken in het kader van de verdere doorcentralisering

Gemeenten en regio's staan aan de vooravond van een verdere doordecentralisering van de taken en verantwoordelijkheden van beschermd wonen. In dit kader moeten er tussen gemeenten (op landelijk niveau) afspraken worden gemaakt over:

- Het al dan niet toepassen van een woonplaatsbeginsel
- Het opstellen van een norm voor opdrachtgeverschap
- Een nieuw verdeelmodel inclusief het bijbehorende ingroeipad.

Deze drie ontwikkelingen kunnen vooral van invloed zijn op 'oplossingsrichtingen' die worden gekozen bij een eventuele mismatch tussen vraag en aanbod vanuit specialistische vormen van beschermd wonen. Het heeft daarmee geen effect op de aanpak van het onderzoek.

Zorg dichtbij is veelal het uitgangspunt in de Toekomstvisie

In de Toekomstvisie van de commissie Dannenberg is beschreven dat mensen zoveel mogelijk in hun eigen omgeving moeten kunnen blijven. Zorg moet dus zoveel mogelijk naar de mensen toe worden gebracht. Het organiseren van specialistische vormen van beschermd wonen buiten de regio past eigenlijk minder bij deze visie en 'ontneemt' gemeenten mogelijk de verantwoordelijkheid die zij in theorie zouden moeten hebben om voor hun eigen inwoners passende ondersteuning te bieden. Ook hiervoor geldt dat dit met name van belang is bij het bepalen van eventuele vervolgstappen naar aanleiding van dit onderzoek.

Een beweging richting ambulantisering in de GGZ is gaande

Ten slotte kan de ambulantisering in de GGZ een factor zijn die invloed heeft op een eventuele mismatch en de oplossingen daarvoor. Dit gaat bijvoorbeeld om ambulantisering van de behandel-GGZ waardoor de complexiteit van cliënten in de wijk toeneemt. Dit zou in theorie kunnen leiden tot een grotere vraag naar specialistische vormen van beschermd wonen. Samenwerking tussen behandel-GGZ en vormen van ambulante begeleiding, maar zeker ook beschermd wonen zijn hierbij belangrijk om invulling te geven aan passende ondersteuning zo dicht mogelijk bij inwoners. Omdat we kijken naar de huidige feitelijke situatie komt deze mogelijke verandering in dit onderzoek niet direct aan bod.

3 Definitie van specialistisch beschermd wonen

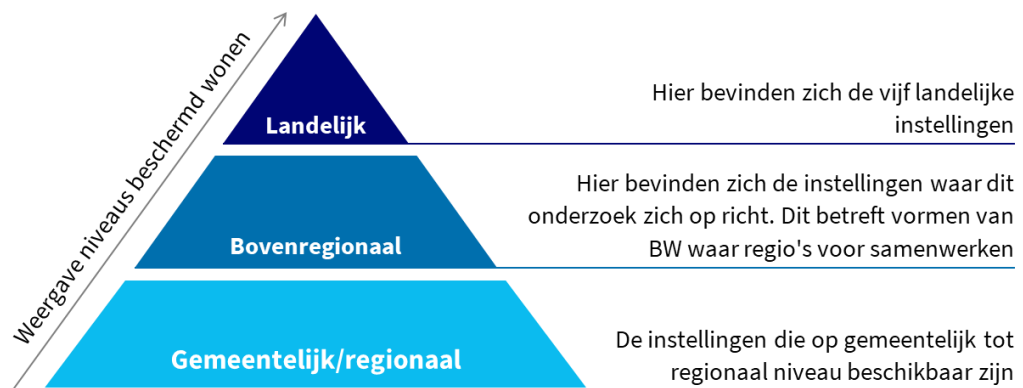
De eerste stap in dit onderzoek was om te komen tot een definitie van specialistisch beschermd wonen. Op basis van literatuurstudie en interviews met experts hebben we een definitie geformuleerd. Deze leest u in dit hoofdstuk.

3.1 Eén van de niveaus van beschermd wonen

Op dit moment is beschermd wonen georganiseerd op het niveau van 43 centrumgemeenten. Daarbij wordt binnen een regio beschermd wonen/maatschappelijke opvang (de regio van de centrumgemeente) door diverse gemeenten samengewerkt om het aanbod van beschermd wonen te organiseren. Zo kan het bijvoorbeeld voor kleine gemeenten lastig zijn om beschermd wonen op de schaal van individuele gemeenten te organiseren vanwege het lage aantal inwoners en daarmee lage aantal cliënten. Samenwerking met andere gemeenten is dan gewenst. Voor het verbeteren van de regionale samenwerking wordt tevens de Norm van Opdrachtgeverschap opgesteld.

Gezien de samenwerking die nu reeds tussen gemeenten bestaat en zal blijven bestaan, kijken we in dit onderzoek op het niveau van de regio's in plaats van individuele gemeenten. We spreken van specialistisch beschermd wonen als er samenwerking tussen regio's gewenst is om passend aanbod te realiseren. Hiermee zit specialistisch beschermd wonen tussen beschermd wonen in de regio/gemeente en de vijf landelijke instellingen in, zoals ook te zien is in figuur 1. In de figuur schetsen we alleen de niveaus die betrekking hebben op beschermd wonen-instellingen. Onder deze piramide bevindt zich nog een vierde vorm van beschermd wonen: beschermd thuis. Bij deze vorm ontvangen cliënten ambulante begeleiding terwijl ze zelfstandig wonen.

Figuur 1. Beschermd wonen kan op verschillende niveaus worden georganiseerd



Beschermd wonen wordt in de basis op gemeentelijk of regionaal niveau georganiseerd. Hiervoor hoeft in principe niet bovenregionaal te worden samengewerkt. Het topje van de piramide bestaat uit de landelijke specialistische instellingen. Deze instellingen zijn gericht op cliëntgroepen die vanwege hun behoefte extra ondersteuning nodig hebben in aanvulling op het generalistische aanbod. De aantallen van deze cliëntgroepen zijn echter zo beperkt, dat alleen op landelijk niveau voldoende schaalgrootte is om dit te organiseren. In totaal zijn er vijf landelijke instellingen (zie kader). Deze vallen buiten de scope van dit onderzoek.

De vijf landelijke instellingen³:

- Fier. Een instelling in Leeuwarden die zich richt op mensen die te maken hebben gehad met internationale mensenhandel.
- Fonteyenburg. In Rijswijk en Zoetermeer richt Fonteyenburg zich op mensen met een combinatie van GGZ-problematiek en een auditieve beperking.
- De Parelhoenderhoeve. Deze instelling in Slootdorp richt zich op mensen met het velocardiofaciaal syndroom.
- Lister. In Utrecht biedt een instelling een woon- en ontwikkelplek aan mensen die een eetstoornis en langdurige klinische opname hebben gehad.
- De Compound. In Assen biedt een instelling zorg voor veteranen.

In dit onderzoek is de vraag in hoeverre de middelste laag van de piramide (bovenregionale vormen van beschermd wonen) gewenst is vanuit de behoefte van inwoners en hoeveel cliënten gebruik maken van deze vormen van beschermd wonen.

3.2 Een combinatie van specifieke behoeften en lage aantallen

In elke instelling voor beschermd wonen worden cliënten met psychische en/of psychosociale problematiek ondersteund bij hun dagelijkse activiteiten. De instellingen bieden een plek voor mensen die (tijdelijk) niet zelfstandig kunnen wonen. Instellingen hebben over het algemeen een diverse populatie. Zo kan de zwaarte van de problematiek verschillen binnen één instelling en kunnen er cliënten wonen met een Wmo-indicatie en met een Wlz-indicatie. Binnen deze generalistische vormen van beschermd wonen is het mogelijk om voor de meeste cliënten voldoende maatwerk te leveren.

Sommige cliëntgroepen hebben nog iets *extra's* nodig bovenop het generalistische aanbod van beschermd wonen. Denk bijvoorbeeld aan bepaalde medische expertise of eisen aan de ruimte. In sommige gevallen is deze extra ondersteuning voor dusdanig veel cliënten noodzakelijk dat het onderdeel is van het regionaal beschikbare aanbod beschermd wonen. In andere gevallen is dit niet het geval, waardoor bovenregionaal samenwerken noodzakelijk is, wat leidt tot een groter risico op een mismatch tussen vraag en aanbod. Dat brengt ons tot de onderstaande definitie van specialistisch beschermd wonen.

³ Notitie landelijke specialistische instellingen (9 mei 2017). Bureau HHM.

We spreken van *specialistisch beschermd wonen* wanneer:

1. *Cliënten een specifieke zorginhoudelijke behoefte aan ondersteuning hebben die niet makkelijk in te passen is in een generalistische vorm van beschermd wonen. Denk aan specifieke vakkennis of aanpassingen aan gebouwen.*
Én
2. *Het aantal cliënten dusdanig klein is dat niet in elke regio tegemoet kan worden gekomen aan deze specifieke behoefte, waardoor bovenregionaal met elkaar moet worden samengewerkt.*

Hieronder vallen dus niet cliënten die om specifieke redenen in een andere regio worden geplaatst, bijvoorbeeld omdat er tijdelijk geen plaats is in de eigen regio of omdat gezien het netwerk van een individuele cliënt het beter is om iemand in een andere regio te plaatsen.

Ter illustratie vindt u in onderstaand kader een voorbeeld van een cliëntgroep waarvoor specialistisch beschermd wonen nodig is.

Voorbeeld van specialistisch beschermd wonen

Een (fictieve) instelling in Groningen richt zich op cliënten met problematiek A. Deze cliëntgroep kan moeilijk geplaatst worden in een generalistische beschermd wonen-voorziening omdat specifieke expertise nodig is die niet in het generalistisch aanbod zit van beschermd wonen. In Friesland en Drenthe zijn ook cliënten met problematiek A. De groep is hier echter te klein om een aparte instelling voor in te richten. Daarom worden ook de cliënten met problematiek A uit Friesland en Drenthe geplaatst in Groningen. Er is sprake van bovenregionale samenwerking vanuit een zorginhoudelijke behoefte van een cliënt.

4 *Potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen*

In dit hoofdstuk leest u wat de resultaten zijn voor de mogelijke cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen. Per cliëntgroep leest u of centrumgemeenten herkennen dat deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft, wat de vraag en het aanbod is volgens gemeenten en of de openstelling van de Wlz effect zal hebben op de vraag binnen het gemeentelijk domein. Deze informatie gebruiken we om conclusies te trekken over de aanwezigheid van specialistisch beschermd wonen voor deze cliëntgroep en de eventuele mismatch tussen de vraag en het aanbod.

Notie vooraf: kwantitatieve informatie is beperkt bekend

Op basis van de uitkomsten van de online uitvraag bleek dat gemeenten kwantitatieve informatie over de cliëntgroepen beperkt voorhanden hadden. Dit betreft informatie over de omvang van de cliëntgroep (behoefte) en het aantal geplaatste inwoners bij een bepaald type voorziening. Gemeenten houden deze gegevens niet op detailniveau bij. In onderstaande paragrafen kunnen we daarom geen exacte aantallen noemen van de vraag en het aanbod. Om toch een beeld te geven over de omvang van de vraag, laten we voor sommige cliëntgroepen zien wat de verdeling is tussen gemeenten met (A) meer dan 10 cliënten in hun regio, (B) tussen de 1 en 10 cliënten en (C) 0 cliënten of niet bekend. Deze laatste combineren we, aangezien meerdere gemeenten 0 hebben ingevuld als ze geen cijfers voorhanden hadden. We hanteren 10 cliënten als het omslagpunt waar de populatie een dusdanige omvang krijgt dat een regionaal aanbod meer voor de hand ligt. Dit omslagpunt dient vooral als indicatie te worden gezien.

4.1 Cliënten met Korsakov

Bij deze cliëntgroep gaat het om mensen die vanwege alcoholgebruik geheugenproblematiek ontwikkelen waardoor zelfstandig wonen niet meer mogelijk is.

Cliënten met Korsakov hebben een specifieke zorgbehoefte

Ongeveer driekwart van de responderende gemeenten gaf aan dat deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft die niet in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Voornaamste redenen hiervoor zijn de specifieke vakkennis die voor deze cliëntgroep nodig is en dat er bouwkundige aanpassingen moeten worden gedaan om het gebouw duidelijk en overzichtelijk in te richten.

Gemeenten die het niet eens waren met de stelling dat deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft, noemen twee redenen. Ten eerste betekent een zwaardere zorgbehoefte niet altijd dat er een specialistische instelling nodig is. Cliënten met Korsakov worden in sommige

gemeenten daarom in generalistische beschermd wonen-voorzieningen geplaatst. Ten tweede geeft een groot deel van deze gemeenten aan dat cliënten met Korsakov niet in beschermd wonen gefinancierd vanuit de Wmo thuishoren, maar een Wlz-indicatie hebben. Eén gemeente wist niet of de cliëntgroep wel of niet een specifieke behoefte had.

De meeste regio's kennen een klein aantal Korsakov-cliënten

Onderstaande tabel laat zien dat de meeste gemeenten aangeven dat zij in hun regio weinig tot geen of een onbekend aantal cliënten met Korsakov hebben.

Meer dan 10 cliënten	9%
Minder dan 10 cliënten	41%
Geen cliënten/onbekend	50%

Enkele gemeenten geven relatief hoge aantallen cliënten met Korsakov op. Deze gemeenten hebben een Korsakov-instelling waar ook cliënten met Korsakov uit andere regio's geplaatst worden. Veel gemeenten die geen cliënten hebben ingevuld, hebben geen zicht op het aantal cliënten. Hierdoor is het niet met zekerheid vast te stellen of er in deze gemeenten daadwerkelijk geen cliënten met Korsakov zijn.

Er zijn vijf gemeenten die aangeven dat er in hun regio cliënten met Korsakov op de wachtlijst staan. Het betreft lage aantallen; in totaal wordt de door gemeenten opgegeven wachtlijst op ongeveer 10 cliënten geschat. Daarnaast zijn er slechts twee gemeenten waar cliënten met Korsakov gebruik maken van een PGB. In deze regio's verblijven er dus Korsakov-cliënten bij een niet door de gemeente gecontracteerde zorgaanbieder. Het betreft hier ongeveer 15 cliënten. Ook bij deze cijfers geven gemeenten overigens aan dat de opgegeven getallen een mate van onzekerheid bevatten.

In enkele regio's zijn Korsakov-instellingen waar bovenregionale instroom is

Gemeenten geven aan dat een aantal RIBW's een specifieke afdeling heeft voor deze cliëntgroep, soms in samenwerking met verpleeghuizen. Ook zijn er enkele verslavingszorgaanbieders die zorg aan deze cliëntgroep leveren. In deze instellingen lijken zowel cliënten met een Wmo- als een Wlz-indicatie te verblijven.

In het onderzoek kwamen verschillende instellingen naar voren die cliënten van buiten hun regio's ontvangen. Deze instellingen zijn specifiek gericht op cliënten met Korsakov en bieden daarom een aanbod dat niet in andere regio's te vinden is. Eén gemeente gaf aan dat er wel cliënten uit andere regio's werden geplaatst, maar dat dit zich beperkte tot één buurregio.

Het merendeel van de Korsakov-cliënten stroomt uit naar de Wlz

Ruim driekwart van de gemeenten verwacht dat deze cliëntgroep onderdeel wordt van de Wlz als hier per 1 januari 2021 toegang toe bestaat. Er is voor deze cliëntgroep namelijk geen zicht op verbetering; vooral het stabiliseren van de situatie en behouden van vaardigheden staat centraal. Voor een deel van de cliëntgroep geldt dat zij ook vóór 1 januari 2021 al onder de Wlz vielen als de cognitieve problematiek voorop stond. Voor de groep waarbij vooral de gedragsproblematiek voorop staat, is er per 2021 toegang tot de Wlz. Echter, niet alle cliënten hebben al direct de behoefte aan 24/7 verblijf en daarmee hebben zij geen toegang tot de Wlz. Voor deze cliënten zijn en blijven gemeenten aan zet vanuit begeleiding of begeleid wonen.

**Conclusie: specialistisch beschermd wonen is aanwezig, maar valt per 2021 grotendeels onder de Wlz. Gemeenten spelen nog steeds een rol vanuit begeleiding of begeleid wonen**

Voor deze cliëntgroep is er momenteel behoefte aan een bovenregionaal georganiseerd aanbod van beschermd wonen. De cliëntgroep heeft namelijk een specifieke zorgbehoefte en door de kleine aantallen worden cliënten in andere regio's geplaatst. Echter, naar verwachting zal het merendeel van de cliënten per 2021 naar de Wlz overgaan. Voor cliënten die nog niet in aanmerking komen voor de Wlz, is begeleiding of begeleid wonen een beter passende oplossing dan Beschermd Wonen gefinancierd vanuit de Wmo. De gemeente zal daarom niet meer vanuit Beschermd Wonen verantwoordelijk zijn voor deze cliëntgroep, maar wel vanuit begeleiding en begeleid wonen.

4.2 Cliënten met psychische problematiek, middelengebruik en lvb

Gemeenten zijn verdeeld over de specifieke zorgbehoefte van deze cliëntgroep

Een kleine minderheid van de responderende gemeenten geeft aan dat deze groep een specifieke behoefte heeft die niet in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Voornaamste reden is de benodigde specifieke kennis over de licht verstandelijke beperking in relatie tot de verslaving.

Hetzelfde aantal gemeenten geeft aan dat deze cliëntgroep geen specifieke behoefte heeft die niet in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Ze noemen twee redenen. Een deel van de gemeenten geeft aan dat deze cliëntgroep goed geplaatst kan worden in generalistische beschermd wonen-voorzieningen. Bovendien geven veel gemeenten aan dat deze cliëntgroep relatief groot is, waardoor de oplossing op regionaal niveau gevonden moet worden, in plaats van bovenregionaal niveau. Ongeveer 10% van de gemeenten wist niet of deze cliëntgroep een specifieke behoefte had of niet.

Deze cliëntgroep is relatief groot

Op basis van gegevens uit de wetenschap lijkt het aannemelijk dat de combinatie van psychische problematiek, middelengebruik en een licht verstandelijke beperking regelmatig voorkomt binnen beschermd wonen. Zo weten we uit de literatuur dat 70% van de mensen met een lvb ook psychische problematiek heeft.⁴ Daarnaast weten we dat 20 tot 50% van de mensen met psychiatrie⁵ ook te maken heeft met een verslaving en dat ook onder mensen met een licht verstandelijke beperking het aandeel mensen dat alcohol of drugs gebruikt hoger ligt dan bij de reguliere bevolking.⁶ Daarbij komt dat mensen met een licht verstandelijke beperking vaak meer verslavingsgevoelig zijn.

Op basis van de uitvraag is het lastig om uitspraken te doen over de omvang van deze cliëntgroep. Exacte cijfers over het totaal van deze cliëntgroep lopen sterk uiteen, omdat sommige gemeenten alle cliënten met een combinatie van psychiatrie en lvb hebben opgegeven en andere juist alle cliënten met verslavingsproblematiek. Deze aantallen liggen vele malen hoger dan het aantal cliënten dat een specifieke behoefte heeft. Sommige gemeenten melden wel dat het af en toe lastig kan zijn om deze cliëntgroep ergens te plaatsen, waardoor een wachtlijst ontstaat. Dit duidt er op dat niet voor elke vraag gemakkelijk een passend aanbod te vinden is.

⁴ [Licht Verstandelijk Gehandicapten in de GGZ, Trimbos Instituut \(2010\)](#)

⁵ [Licht Verstandelijk Gehandicapten in de GGZ, Trimbos Instituut \(2010\)](#)

⁶ [Middelengebruik en verslaving bij mensen met een LVB, Kajak academische werkplaats \(2019\)](#)

Dit beeld wordt bevestigd in de verdiepende interviews met een aantal gemeenten. Ook zij hebben beperkt zicht op de omvang van deze cliëntgroep. Bovendien melden zij dat het bij deze cliëntgroep cliëntafhankelijk is of passend aanbod te vinden is binnen generalistisch beschermd wonen. Het kan dus zijn dat een deel van de cliëntgroep wel een specialistische setting nodig heeft en een ander deel niet. Voor het deel wat lastig plaatsbaar is, geven de gesproken gemeenten wel de voorkeur aan een regionale oplossing. Zij zien liever dat er in een generalistisch beschermd wonen-voorziening wordt geïnvesteerd in meer expertise.

In het algemeen is voldoende aanbod aanwezig

Gemeenten geven aan dat zij cliënten veelal plaatsen in voorzieningen die bedoeld zijn voor cliënten die zowel psychische problematiek als een licht verstandelijke beperking hebben. Hiervan is binnen gemeenten voldoende aanbod aanwezig. Zij gaven daarbij aan dat deze voorzieningen de best passende zijn omdat hier expertise aanwezig is over het omgaan met de beperkingen van de cliënten. Wel is het belangrijk dat voor deze cliëntgroepen voorzieningen bestaan waar wel en niet mag worden gebruikt. Voor een deel van de cliënten is het wenselijk om in de instelling te kunnen gebruiken omdat zij daarmee relatief stabiel en rustig blijven. Voor andere cliënten is het gebruik juist niet wenselijk omdat zij geen maat kunnen houden en bij gebruik extreem gedrag vertonen waarmee de begeleiding niet om kan gaan. Uiteindelijk is maatwerk voor deze cliëntgroep belangrijk.

Gemeenten verwachten een klein effect van de Wlz; het CIZ verwacht een groter effect

Gemeenten verwachten dat het effect van de openstelling van de Wlz voor deze cliëntgroep beperkt zal zijn. Het CIZ geeft aan dat zij wel een relatief grote toestroom van cliënten naar de Wlz zien die te maken hebben met multiproblematiek zoals een licht verstandelijke beperking en psychiatrie en/of verslaving. Een aandachtspunt daarbij is dat voor cliënten die een verstandelijke beperking hebben behandeling lang niet altijd aanslaat omdat zij niet leerbaar zijn. In dat geval kan het CIZ de beperking als blijvend typeren en komen mensen in aanmerking voor de Wlz. Hoe groot deze groep is, is echter op dit moment onbekend.



Conclusie: vraag en aanbod wordt met name regionaal georganiseerd, variatie in aanbod is aandachtspunt

De cliëntgroep met psychische problematiek, middelengebruik en een licht verstandelijke beperking vraagt om specifieke kennis. Beschermd wonen-voorzieningen voor deze cliëntgroep wordt momenteel met name regionaal georganiseerd. Wel is het voor deze cliënten belangrijk dat er verschillende vormen van aanbod zijn: voorzieningen waar mensen wel kunnen gebruiken en voorzieningen waar dit niet mag. Deze variatie is nog niet altijd aanwezig in regio's. Omdat een deel van deze cliëntgroep mogelijk ook onder de Wlz gaat vallen per 2021, is het belangrijk dat de gemeente en het zorgkantoor samenwerken om een passend aanbod op regionaal niveau te organiseren.

4.3 Cliënten met psychische problematiek én een GHB-verslaving

Een meerderheid van de gemeenten herkent een specifieke behoefte

Ongeveer 60% van de responderende gemeenten gaf aan dat deze groep een specifieke behoefte heeft die niet in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Kenmerkend is de benodigde specifieke kennis over dit type verslaving en het effect daarvan op de lichamelijke en geestelijke toestand. Dit heeft vaak ook effect op de omgeving van de verslaafde, de verslaving kenmerkt zich namelijk door soms ernstige gedragsproblematiek (agressie). Daarom is het lastig om cliënten met een GHB-verslaving in beschermd wonen te plaatsen, zelfs als dit met andere (ex-)verslaafden is.

Noot die hierbij gemaakt moet worden is dat gemeenten regelmatig opmerkten dat andere verslavingen ook heel specifieke kennis kunnen vereisen waardoor niet alleen voor deze cliëntgroep (GHB-verslaving) sprake zou moeten zijn van specialistische voorzieningen.

De vraag is beperkt inzichtelijk, maar er lijken geen grote aantallen per regio te zijn

Gemeenten hebben beperkt inzicht in de omvang van de vraag van deze cliëntgroep omdat zij niet specifiek registreren op een GHB-verslaving. Sommige gemeenten geven aan dat zij sowieso de vraag om voorzieningen voor GHB-verslaafden binnen beschermd wonen niet herkennen. Dit komt deels omdat cliënten nog in behandeling zijn dan wel dat behandeling voorliggend is om te kunnen gaan wonen. De heftigheid van een GHB-verslaving zorgt er bovendien voor dat deze cliënten lastig te plaatsen zijn en daarom überhaupt niet in beschermd wonen terecht komen (zie volgende paragraaf). Gemeenten hebben dan ook slecht zicht op de omvang van deze vraag. Ten slotte zijn er gemeenten die de incidentele vraag naar beschermd wonen voor deze cliëntgroep herkennen, maar kunnen ze geen exacte aantallen aangeven. Ook het aantal cliënten met een GHB-verslaving dat op de wachtlijst staat is lastig in te schatten voor gemeenten.

In de verdiepende gesprekken met gemeenten wordt wel duidelijk dat er geen sprake lijkt te zijn van hoge aantallen (boven de 10) in een centrumgemeente, wat overeenkomt met de aangeleverde aantallen.

Er zijn geen voorzieningen bekend die zich specifiek richten op een GHB-verslaving

Cliënten met een GHB-verslaving komen momenteel op verschillende plekken terecht. Een deel van de cliënten bevindt zich in beschermd wonen. Er zijn door gemeenten geen specifieke voorzieningen genoemd die zich alleen richten op mensen met een GHB-verslaving. Het betreft altijd voorzieningen waar ook mensen met een andersoortige verslaving terecht kunnen. Dit kan wel een instelling met een bovenregionale functie zijn, omdat er voor sommige verslaafden in eigen omgeving een hogere kans op terugval is. Gemeenten geven daarnaast aan dat de huidige plaatsingen soms “second-best” oplossingen zijn. Cliënten worden geplaatst op een suboptimale plek omdat er weinig instellingen zijn waar mensen met een GHB-verslaving terecht kunnen. Op dit moment wordt deze cliëntgroep voor zover zij bij gemeenten terecht komen geplaatst in generalistisch beschermd wonen waarbij de nadruk ligt op kennis en ervaring met verslaving.

Vaak verblijven cliënten met een GHB-verslaving ook binnen de maatschappelijke opvang. Instellingen willen hen vaak niet opnemen vanwege de heftigheid van hun verslaving. De cliënten vallen dan tussen wal en schip en komen bij gebrek aan een beter alternatief in MO terecht.

Gemeenten verwachten geen effect van de Wlz

Gemeenten verwachten dat het effect van de Wlz voor deze cliëntgroep zeer beperkt is.



Conclusie: voor deze cliëntgroep zijn lang niet altijd passende plekken voor beschermd wonen

Op dit moment wordt beschermd wonen voor deze cliëntgroep met name regionaal georganiseerd in plaats van bovenregionaal. Gemeenten kunnen deze cliënten echter niet altijd goed plaatsen, waardoor ze niet in een optimale setting terechtkomen. Het aanbod is voor deze cliëntgroep dus nog niet optimaal georganiseerd. Een ander aandachtspunt bij deze cliëntgroep is de samenwerking tussen behandeling en begeleiding. Veel gemeenten verwachten namelijk dat de cliëntgroep mensen met GHB-verslaving mogelijk wel toeneemt door toename van de populariteit van GHB, maar dat de expertise ligt vooral bij het afkicken

van de verslaving dan wel het bieden van goede behandeling (medicatie) gedurende een periode van begeleid wonen. De reguliere verslavingszorg zou hier volgens gemeenten een belangrijke rol in kunnen spelen. Op basis van een goede samenwerking zou daarmee ook aanbod kunnen ontstaan als er behoefte is aan beschermd wonen.

4.4 Cliënten met psychische problematiek en een veiligheidsrisico

Bij deze cliëntgroep gaat het om mensen die te maken hebben met psychiatrie en een behoefte aan beschermd wonen, maar waarbij diverse aspecten rondom veiligheid spelen waardoor het plaatsen van de cliënten lastig is. Deze cliëntgroep wordt ook wel eens gekenmerkt als ‘moeilijk plaatsbare cliëntgroep’.

Deze cliëntgroep heeft een specifieke behoefte die lastig is in te passen in generalistisch beschermd wonen

Ruim driekwart van de gemeenten geeft aan dat deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft die niet makkelijk in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Het gedrag van deze cliëntgroep, veelal geuit in de vorm van ernstige agressie, is dermate complex dat dit vraagt om in elk geval voldoende expertise van de begeleiders als ook om een omgeving waarin dit gedrag te hanteren is (locatie van een voorziening en idealiter ook de inrichting van een gebouw). Het feit dat binnen beschermd wonen in principe geen gedwongen setting georganiseerd is (hoewel de Wet verplichte GGZ hiervoor wel mogelijkheden geeft) maakt dit lastig.

Ongeveer 15% herkent zich hier niet in. Zij noemen onder andere dat oplossingen hiervoor binnen de regio gevonden moeten worden. Daarbij vult één gemeente aan dat dit niet een aparte cliëntgroep is en het veiligheidsrisico vaak voortkomt uit andere problematieken. De overige gemeenten wist niet of deze cliëntgroep een specifieke behoefte nodig had of niet.

Gemeenten hebben de vraag beperkt inzichtelijk, maar de problematiek speelt breed

Gemeenten geven aan dat zij de exacte behoefte aan specialistisch beschermd wonen voor deze cliëntgroep niet exact in beeld hebben, maar dat er met enige regelmaat casussen voorbij komen waarbij de veiligheid in het geding is en het plaatsen van cliënten moeilijk verloopt. Voor een deel speelt dit bij cliënten die uitstromen uit een forensisch kader. Maar dat is zeker niet de enige cliëntgroep waarbij dit speelt. Ook voor ‘nieuwe’ cliënten kan de behoefte aan een voorziening die is toegerust op ernstige gedragsproblematiek gewenst zijn. Gemeenten hebben onderstaande cijfers aangeleverd.

Meer dan 10 cliënten	35%
Minder dan 10 cliënten	35%
Geen cliënten/onbekend	29%

Ongeveer een derde van de gemeenten geeft aan meer dan 10 cliënten uit deze cliëntgroep in haar regio te hebben. Wel is onduidelijk of al deze cliënten een specialistische setting nodig hebben, of dat dit alleen voor een deel van deze cliëntgroep geldt. Bovendien geven gemeenten aan dat er binnen deze cliëntgroep veel variëteit bestaat tussen de verschillende zorgbehoeften. Dat er meer dan 10 cliënten aanwezig zijn wil daarom niet betekenen dat deze allemaal bij dezelfde instelling geplaatst kunnen worden, ook niet als dit een specialistische instelling is. Hoewel de omvang van deze cliëntgroep redelijk fors is, staat ook een groot aantal cliënten op de wachtlijst. Dit wordt verklaard door het gebrek aan passend aanbod (zie volgende alinea).

Clënten rouleren veelvuldig tussen instellingen en er is beperkt passend aanbod

Voor wat betreft de plaatsing van cliënten in voorzieningen geldt dat gemeenten op verschillende manieren omgaan met deze cliëntgroep. Een aantal gemeenten heeft aangegeven dat zij met aanbieders gezamenlijk afspraken maken over de plaatsing van deze cliëntgroep. Omdat een deel van de cliënten uitstroomt uit forensisch beschermd wonen, blijven zij regelmatig bij dezelfde aanbieder wonen maar dan zonder forensische titel. Andere gemeenten geven in de toelichting aan dat dit vaak cliënten zijn die van instelling naar instelling 'hoppen'. Gemeenten maken afspraken over het doorplaatsen van cliënten tussen zorgaanbieders: zodra de situatie bij de ene zorgaanbieder niet meer houdbaar is, wordt de betreffende cliënt elders geplaatst. Zij zullen dus in de praktijk wel vaak geplaatst zijn, maar er is geen goede oplossing voor deze cliënten gevonden. Ook bevindt deze cliëntgroep zich soms binnen de MO. Cliënten worden niet structureel in andere regio's geplaatst.

Het gebrek aan passend aanbod verklaart de hoge wachtlijst. Om dezelfde reden geeft een aantal gemeenten aan dat er een nieuwe voorziening wordt ontwikkeld voor de betreffende cliëntgroep. Tegelijkertijd is het lastig om passend aanbod te creëren, aangezien de problematiek van deze cliëntgroep divers is. Bovendien is het gezamenlijk plaatsen van deze cliëntgroep lastig: alle moeilijke gevallen bij elkaar plaatsen zorgt voor nieuwe problemen.

De afbakening tussen de Wmo, behandeling en de Wet verplichte GGZ maakt het aanbod diffuus. Want welke financiering is het best passend en is er wel of geen sprake van dwang? In de praktijk wordt verplicht verblijf onder de Wet verplichte GGZ niet of nauwelijks toegepast in beschermd wonen en zijn voorzieningen daarvoor ook niet toegerust.

Het effect van de Wlz is beperkt

Gemeenten verwachten dat het effect van de Wlz voor deze cliëntgroep beperkt is.

**Conclusie: beschermd wonen wordt regionaal in plaats van bovenregionaal georganiseerd, maar er is een gebrek aan passend aanbod**

Op dit moment wordt de ondersteuning voor deze cliëntgroep met name regionaal georganiseerd, in plaats van bovenregionaal. Wel geven diverse gemeenten aan dat deze cliëntgroep voor de nodige hoofdbreken zorgt. Er is lang niet altijd plek om deze complexe cliëntgroep te plaatsen, terwijl daar wel behoefte aan is. Het aantal cliënten per gemeente geeft het beeld dat vrijwel iedere centrumgemeente in meer of mindere mate te maken heeft met deze cliëntgroep en daarvoor op zoek is naar oplossingen. Plaatsen van cliënten door het land / over regio's heen lijkt niet structureel voor te komen, maar dat heeft waarschijnlijk ook te maken met het missen van specifieke vormen van aanbod. Gezien de verschillende typen voorzieningen waar deze cliënten verblijven is niet duidelijk of de knelpunten gerelateerd zijn aan de regionale schaal of aan de complexiteit van de doelgroep.

4.5 Clënten met een (recente) migratie-achtergrond en psychiatrische problematiek

Bij deze cliëntgroep gaat het om mensen met een (recente) migratie-achtergrond die vanwege psychiatrische beperkingen behoefte hebben aan beschermd wonen. Veelal gaat het om mensen die vanwege hun oorlogsverleden te maken hebben met trauma's waardoor zelfstandig wonen niet (meer) mogelijk is.

De helft van de gemeenten herkent een specifieke behoefte

De helft van de gemeenten geeft aan dat deze groep een specifieke behoefte nodig heeft die niet in te passen is in generalistisch beschermd wonen. Als redenen noemen zij dat voor deze

cliëntgroep vakkennis nodig is (hoe om te gaan met bijvoorbeeld traumatisch verleden) in combinatie met de taalbarrière en benodigde cultuursensitiviteit.

Een derde van de gemeenten herkent zich hier niet in. Deze gemeenten geven aan dat deze cliëntgroep goed in te passen is in generalistisch beschermd wonen. De overige gemeenten wisten niet of deze groep een specifieke behoefte heeft.

Het inzicht in de grootte van deze cliëntgroep is beperkt

Gemeenten hebben beperkt inzicht in de omvang van deze cliëntgroep, aangezien zij deze niet in specifieke voorzieningen plaatsen en cliënten ook niet registreren op hun afkomst (onder andere in verband met privacy). Van de gemeenten die wel zicht hebben op de cijfers geven slechts enkele aan dat zij te maken hebben met deze cliëntgroep. Een groot aantal gemeenten herkent deze cliëntgroep niet als een aparte groep in hun regio.

Een aantal gemeenten huisvest specifiek aanbod voor deze cliëntgroep

Enkele gemeenten geven aan dat zij in hun regio specifiek aanbod hebben voor migranten met psychische problematiek. Diverse andere gemeenten hebben aangegeven dat zij deze cliënten in generalistische vormen voor beschermd wonen plaatsen en dat dit over het algemeen prima gaat. Aanpassingen op het gebied van taal worden gemaakt of er wordt soms een tolk ingezet. Het plaatsen van cliënten buiten de regio vindt niet plaats op grond van aanwezigheid van een migratie-achtergrond. Dat lijkt er op te duiden dat er in sommige regio's 'toevalligerwijs' aanbod is ontstaan dat zich richt op deze cliëntgroep, maar dat in regio's zonder specifiek aanbod deze cliëntgroep ook zonder problemen wordt opgevangen.

Het effect van de Wlz is beperkt

Gemeenten verwachten dat het effect van de Wlz voor deze cliëntgroep beperkt is.



Conclusie: met name regionaal georganiseerd

Voor deze cliëntgroep wordt beschermd wonen met name regionaal georganiseerd. Ook lijkt er geen noodzaak te bestaan voor specialistische vormen van beschermd wonen. Hoewel deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft, kan dit goed worden georganiseerd binnen de lokale/regionale vormen van beschermd wonen. Daarnaast zijn er geen signalen van een mismatch tussen de vraag en het aanbod voor deze cliëntgroep.

4.6 (Jonge) ouders/gezinnen met psychische problematiek

Bij deze cliëntgroep gaat het om mensen met psychische problematiek die een kind hebben en vanwege hun psychische problematiek beschermd wonen nodig hebben. Het kan gaan om één ouder met kind(eren) of om een gezin.

Een meerderheid van de gemeenten herkent een specifieke behoefte

Ongeveer 60% van de responderende gemeenten geeft aan dat deze cliëntgroep een specifieke behoefte heeft die niet makkelijk in generalistisch beschermd wonen in te passen is. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat voor deze cliëntgroep voldoende woonruimte nodig is om een gezin te huisvesten en expertise over opvoeding en het effect van een psychische stoornis hierop. Gemeenten die dit niet als specialistisch herkennen (ongeveer 30%) geven voornamelijk aan dat elke regio dit aanbod zou moeten hebben. De overige gemeenten konden deze vraag niet beantwoorden.

Door verschil in interpretatie hebben we beperkt inzicht in de omvang

Diverse gemeenten hebben aangegeven dat zij deze cliëntgroep binnen de MO herkennen, bijvoorbeeld vanwege financiële problematiek of vechtscheidingen. Dit is echter niet de cliëntgroep waarop dit onderzoek zich focust. Aangezien gemeenten deze wel hebben meegenomen in de cijfers rondom de behoefte van deze cliëntgroep, kunnen we geen goede kwantitatieve onderbouwing geven.

Bij de inschatting van de vraag naar voorzieningen specifiek voor ouders en kinderen ontstaat een divers beeld. Een aanzienlijk aantal gemeenten geeft aan dat zij ongeveer 5 cliënten in hun regio hebben die een specifieke behoefte hebben. Andere gemeenten geven juist aan dat er wel 20 tot 30 cliënten in hun gemeente zijn met een dergelijke behoefte.

Deze variëteit kan verklaard worden doordat gemeenten de cliëntgroep verschillend interpreteren. Sommige gemeenten geven aan dat dit vooral jonge ouders betreft die tijdelijke ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld omdat zij in een vechtscheiding zijn beland. Hiervoor zijn speciale voorzieningen binnen MO en deze groep bevindt zich dus beperkt in beschermd wonen. Andere gemeenten hebben het voornamelijk over tienermoeders of jonge vrouwen met kinderen die begeleiding nodig hebben. Tot slot is er een groep mensen met een combinatie van LVB en psychiatrie die kinderen heeft. Deze groep bevindt zich ook regelmatig in de Wlz. Zeker de groep die zich in MO bevindt, zou niet moeten worden meegenomen. Het is daarom op basis van de uitvraag lastig om de omvang van deze cliëntgroep in te schatten.

In de verdiepende gesprekken met gemeenten komt naar voren dat omvang van deze cliëntgroep niet erg groot is. Wel is de vraag vaak erg specifiek per gezin, bijvoorbeeld doordat de grootte van het gezin verschilt per casus. Dat maakt het vinden van passend aanbod lastig. De cijfers uit de uitvraag bevestigen dit: er bestaat bij verschillende gemeenten een wachtlijst voor deze cliëntgroep.

Deze cliëntgroep vraagt om maatwerk die niet in elke regio beschikbaar is

Iets minder dan de helft van de gemeenten geeft aan dat zij cliënten met kinderen lang niet altijd een plek kunnen geven. Ingewikkeld bij het aanbod is bovendien de financiering van de zorg aan het kind. Deze valt immers niet onder de Wmo (beschermd wonen), maar moet uit de Jeugdwet worden betaald. Dat maakt dat ook aanbieders niet altijd staan te 'springen' om deze vorm van ondersteuning te leveren, financieel en administratief is dit namelijk ingewikkeld. Daarnaast speelt mee dat voor moeders met één kind een specialistische plek makkelijker te vinden is dan voor grotere gezinnen, omdat daar steeds sprake moet zijn van maatwerk om vooral de huisvesting passend te maken.

Wat is het effect van de Wlz?

Gemeenten verwachten dat het effect van de Wlz voor deze cliëntgroep beperkt is.

**Conclusie: beschermd wonen wordt met name regionaal georganiseerd, maar er bestaat een mismatch tussen vraag en aanbod**

Deze cliëntgroep heft voldoende woonruimte nodig om een gezin te huisvesten en expertise over opvoeding en het effect van een psychische stoornis hierop. Beschermd wonen-voorzieningen voor deze cliëntgroep worden met name regionaal georganiseerd, maar er zijn niet altijd voldoende plekken. Plaatsen in de maatschappelijke opvang gebeurt ook, dit kan binnen de eigen regio maar is vaak niet de best passende plek voor deze cliëntgroep. Omdat de afbakening van de doelgroep onduidelijk is, is niet duidelijk hoeveel cliënten het op regionaal niveau betreft. Daarbij geven gemeenten wel aan dat voor deze cliëntgroep

maatwerk belangrijk is (o.a. qua ruimte), en daarmee standaard bovenregionale voorzieningen niet meteen het meest passend is.

4.7 Overige cliëntgroepen

In de uitvraag hadden gemeenten ook de mogelijkheid om additionele cliëntgroepen aan te dragen. Dit betrof cliëntgroepen die volgens hen wel onder specialistisch beschermd wonen vallen, maar die niet waren opgenomen in de uitvraag. Voor het overgrote deel werden cliëntgroepen genoemd die al in een eerder stadium van het onderzoek waren afgefallen in samenspraak met de klankbordgroep of cliëntgroepen die onder één van de landelijke instellingen vielen. De volgende drie cliëntgroepen waren nog onvoldoende in beeld bij het opstellen van de uitvraag:

- Cliënten met een verslavingsproblematiek die behoefte hebben aan een safe house
- Cliënten met een combinatie van somatische en psychische problematiek
- Vrouwen van 18-35 jaar die uit actieve prostitutie komen en dit willen beëindigen in combinatie met verslavingsproblematiek.

Voor deze cliëntgroepen hebben we aanvullend onderzoek gedaan. Hieronder leest u per cliëntgroep waarom deze is aangedragen en of deze een specialistische vorm van beschermd wonen nodig lijkt te hebben.

Cliënten met een verslavingsproblematiek die behoefte hebben aan een safehouse

Deze cliëntgroep is door meerdere gemeenten aangedragen als groep waarvoor mogelijk een specialistische vorm van beschermd wonen nodig is. Safehouses zijn woonvoorzieningen waar cliënten met een verslavingsachtergrond tijdelijk verblijven en ondersteuning krijgen. Doel is dat deze cliënten daarna weer zelfstandig in de maatschappij kunnen functioneren. Dit type voorzieningen kent vaak een prikkelarme omgeving en veelal maken ze gebruik van een specifieke interventie (in de regel het Minnesota-model). Deze voorzieningen zijn niet in elke regio aanwezig.

Op basis van het aanvullende onderzoek concluderen we dat deze groep niet onder de definitie valt van specialistisch beschermd wonen. Safehouses richten zich namelijk op cliënten met een relatief beperkte behoefte aan ondersteuning en fungeren voornamelijk als verlengstuk van de verslavingszorg. Safehouses huisvesten dus niet per se cliënten die moeilijk te plaatsen zijn in hun eigen regio.

Gemeenten kaarten wel een aantal knelpunten rondom safehouses aan, waarbij sommige gemeenten behoefte hebben aan een landelijke aanpak. De cliënten die geplaatst worden in safehouses volgen namelijk niet het gebruikelijke traject van beschermd wonen. Cliënten stromen vaak direct door van een verslavingskliniek (waar de eerste stappen van het Minnesota-model worden doorlopen) naar een safehouse. Pas in de kliniek vragen zij een Wmo-indicatie aan bij de gemeente waarin het safehouse gehuisvest is. Deze safehouses zitten disproportioneel verdeeld over het land, dus de gemeente klopt vaak weer aan bij de gemeente van herkomst, maar deze is buitenspel gezet in het traject en heeft niet de mogelijkheid gehad om te kijken of er passend aanbod beschikbaar is in haar eigen regio. Door deze situatie is goede afstemming nodig tussen regio's hoe zij hier mee omgaan. Dit lijkt dan ook de reden te zijn waarom deze groep is genoemd in dit onderzoek.

(Jongere) cliënten met een combinatie van somatische en psychische problematiek

Eén centrumgemeente noemde cliënten met somatische en psychische problematiek als een mogelijke groep voor specialistisch beschermd wonen. Deze cliëntgroep heeft een specifieke

behoefte vanwege drie redenen. Ten eerste is er specialistische expertise nodig over de somatische problematiek. Denk hierbij bijvoorbeeld aan hoe een cliënt moet omgaan met een laag energieniveau. Ten tweede vraagt somatische problematiek om meer verpleegkundige taken van het personeel. Tot slot zijn enkele bouwkundige aanpassingen nodig. Iemand kan bijvoorbeeld niet altijd staand douchen.

Deze cliëntgroep valt vaak onder de Wlz, waar bovenstaande specialismes aanwezig zijn. In enkele gevallen is er nog wel perspectief op verbetering, waardoor deze cliënten geen Wlz-indicatie krijgen. Deze cliënten zijn lastig te plaatsen in beschermd wonen, omdat deze zorgvraag daar minder voorkomt. Dit geldt zeker als het jongeren betreft, aangezien instellingen met verpleging zich vaak richten op ouderen.

Deze centrumgemeente herkende één geval dat nu tussen wal en schip valt, en vindt het lastig in te schatten in hoeverre dit ook in andere regio's voorkomt. Het is daarom momenteel moeilijk om in te schatten over er bovenregionale samenwerking nodig is voor deze cliëntgroep. Dit hangt voornamelijk af of soortgelijke problematiek ook in andere regio's voorkomt. Deze cliëntgroep is door geen enkele andere centrumgemeente genoemd.

Vrouwen van 18-35 jaar die uit actieve prostitutie komen en dit willen beëindigen in combinatie met verslavingsproblematiek

Eén centrumgemeente meldde een instelling te huisvesten die zich richt op vrouwen van 18-35 jaar die uit de actieve prostitutie komen en dit willen beëindigen in combinatie met verslavingsproblematiek. Bij deze instelling worden ook veel vrouwen uit andere regio's geplaatst. Deze cliënten komen vanuit het hele land. De instelling onderscheidt zich door specifieke kennis en ervaring om het leven van de vrouwen weer op de rails te krijgen. Vanuit de centrumgemeente is er geen zicht op of er soortgelijke instellingen elders in het land zijn. Gezien de doelgroep lijkt dit echter meer een vorm van Vrouwenopvang dan Beschermd Wonen.

5 Conclusies

In opdracht van het ministerie van VWS en de VNG hebben we onderzoek gedaan naar specialistische vormen van beschermd wonen. Het gaat dan om voorzieningen waarvoor samenwerking op bovenregionale schaal noodzakelijk is omdat de specifieke behoefte van cliëntgroepen maakt dat er specifieke deskundigheid / aanpassing van gebouwen noodzakelijk is voor een dusdanig kleine doelgroep dat dit niet lokaal/regionaal georganiseerd kan worden. Doel van het onderzoek is om een zo feitelijk mogelijk beeld te geven van de huidige situatie en eventuele knelpunten bij deze vormen van beschermd wonen, zodat bepaald kan worden of het nodig is om extra afspraken te maken tussen gemeenten. Specifiek zijn we gevraagd om de volgende vragen te beantwoorden:

- Wat is de definitie van specialistisch beschermd wonen?
- Wat is per cliëntgroep de vraag en het aanbod van specialistisch beschermd wonen?
- Is er een mismatch tussen de huidige vraag en het aanbod?

Voor dit onderzoek deden we literatuurstudie, voerden we interviews en hebben we een online uitvraag onder de 43 centrumgemeenten uitgezet. Op basis daarvan hebben we een definitie van specialistisch beschermd wonen geformuleerd. Daarnaast hebben we inzicht gekregen wat potentiële cliëntgroepen zijn voor specialistisch beschermd wonen en of er voor deze cliëntgroepen een mismatch wordt ervaren tussen de vraag en het aanbod. Vanwege beperkte kwantitatieve informatie over deze cliëntgroepen, hebben we dit uiteindelijk voornamelijk kwalitatief onderzocht.

Hieronder vindt u de hoofdconclusies van het onderzoek. We gaan eerst in op de definitie van beschermd wonen. Vervolgens beschrijven we de potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen.

5.1 De definitie van specialistisch beschermd wonen

Specialistisch beschermd wonen is de middelste van de drie niveaus waarop instellingen voor beschermd wonen zich kunnen organiseren. Het ene uiterste zijn instellingen die op gemeentelijk of regionaal niveau worden georganiseerd. Het andere uiterste zijn de vijf landelijke instellingen. We spreken van specialistisch beschermd wonen wanneer:

1. *Cliënten een specifieke zorginhoudelijke behoefte aan ondersteuning hebben die niet makkelijk in te passen is in een generalistische vorm van beschermd wonen. Denk aan specifieke vakkennis of aanpassingen aan gebouwen.*

Én

2. *Het aantal cliënten dusdanig klein is dat niet in elke regio tegemoet kan worden gekomen aan deze specifieke behoefte, waardoor bovenregionaal met elkaar moet worden samengewerkt.*

Dit zijn dus niet de individuele cliënten die (tijdelijk) in een andere regio worden geplaatst, bijvoorbeeld omdat er geen plek is in de eigen regio of omdat de situatie rondom het netwerk van de cliënt daarom vraagt.

5.2 Potentiële cliëntgroepen voor specialistisch beschermd wonen

Een mismatch tussen vraag en aanbod heeft vaak andere oorzaken dan regionale schaal

Uit ons onderzoek blijkt voor veel cliëntgroepen geen mismatch in vraag en aanbod van beschermd wonen. Voor een aantal cliëntgroepen signaleerden we wel een mismatch tussen vraag en aanbod. Deze wordt echter niet altijd veroorzaakt door te lage aantallen voor het organiseren van beschermd wonen op regionaal niveau. Vaker is sprake van een verschil in visie over de vraag of beschermd wonen de aangewezen voorziening is voor de betreffende cliëntgroep. Zo zijn er bijvoorbeeld regio's die middelengebruik in beschermd wonen niet toestaan, terwijl andere regio's wel voorzieningen hebben waar dit toegestaan is. Dat heeft een mismatch tussen vraag en aanbod tot gevolg. Deze wordt echter niet veroorzaakt door de schaal van regio's. Voor dit soort vraagstukken biedt specialistisch beschermd wonen dan ook geen oplossing.

Cliëntgroepen waar een mismatch tussen vraag en aanbod bestaat

Voor sommige cliëntgroepen geldt dus een mismatch tussen vraag en aanbod. Onderstaand vatten wij samen om welke cliëntgroepen het gaat en of zij voldoen aan de definitie van specialistisch beschermd wonen.

Het aanbod van cliënten met Korsakov is met name bovenregionaal georganiseerd, deze cliënten gaan grotendeels over naar de Wlz

Cliënten met Korsakov hebben vanwege alcoholgebruik geheugenproblematiek ontwikkeld waardoor zelfstandig wonen niet meer mogelijk is. Voor een passende plek in beschermd wonen is specifieke vakkennis nodig en moeten bouwkundige aanpassingen worden gedaan. Dit is over het algemeen niet in te passen in generalistisch beschermd wonen waardoor cliënten regelmatig worden geplaatst in specifieke voorzieningen buiten de eigen regio. Van deze doelgroep wordt verwacht dat zij grotendeels in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie. Vanuit gemeentelijk perspectief bekeken is er dan ook geen noodzaak om voor deze cliëntgroep aanvullende *bovenregionale* afspraken te maken.

Er blijft naar verwachting nog een klein aantal cliënten over die niet in aanmerking komt voor een Wlz-indicatie, omdat er bij hen geen noodzaak bestaat tot 24/7 verblijf. Voor deze groep geldt dat er wellicht wel behoefte bestaat voor begeleiding of begeleid wonen, in plaats van een beschermd wonen-voorziening gefinancierd vanuit de Wmo. Het is daarom wel van belang dat gemeenten een eerste stadium van Korsakov goed herkennen, en voldoende aanbod voor begeleiding of begeleid wonen hebben voor deze cliëntgroep.

Cliënten met een combinatie van psychische problematiek, middelengebruik en lvb vragen specifieke kennis, variatie in aanbod is belangrijk

Uit het onderzoek ontstaat het beeld dat deze cliëntgroep relatief omvangrijk is, waardoor het mogelijk is om beschermd wonen regionaal te organiseren. Wel geven gemeenten en experts aan dat het voor deze cliëntgroep belangrijk is dat er zowel voorzieningen zijn waar mensen wel kunnen gebruiken als voorzieningen waar dit niet mag. Dit is nu nog niet altijd aanwezig

in de regio's, waardoor cliëntgroepen niet altijd op een passende plek terecht komen. Voldoende variatie in het aanbod is daarmee een aandachtspunt. Daarnaast gaat een deel van deze cliëntgroep mogelijk per 2021 ook naar de Wlz. Hierdoor is samenwerking met het zorgkantoor een belangrijke voorwaarde om een passend aanbod op regionaal niveau te organiseren.

Voor cliënten met psychische problematiek en een GHB-verslaving zijn lang niet altijd passende plekken

Voor deze cliëntgroep is het belangrijk dat er specifieke kennis aanwezig is over GHB-verslaving en het effect daarvan op de lichamelijke en geestelijke toestand. De ondersteuning voor deze cliëntgroep wordt veelal regionaal georganiseerd, maar gemeenten geven aan dat zij deze cliëntgroep lang niet altijd goed kunnen plaatsen in hun regio. Er zijn weinig instellingen waar deze cliëntgroep terecht kan. Hierdoor komen zij niet in een optimale setting terecht. Daarnaast verwachten gemeenten dat deze cliëntgroep mogelijk toeneemt door toename van de populariteit van GHB, maar dat de focus meer komt te liggen bij het afkicken van de verslaving dan wel het bieden van goede behandeling tijdens begeleid wonen. Hierin kan de reguliere verslavingszorg een belangrijke rol spelen. Daarvoor moet dan ook voldoende aanbod beschikbaar zijn. Vanuit deze samenwerking zouden ook specifieke vormen van beschermd wonen kunnen ontstaan waarbij bovenregionale samenwerking relevant kan zijn vanwege de nu (nog) beperkte omvang van de cliëntgroep. In het onderzoek is door experts aangegeven dat een dergelijke samenwerking met verslavingsbehandeling maar ook bovenregionale samenwerking vanuit specifieke expertise ook voor andere verslavingen zou kunnen gelden. Dit is echter in het onderzoek niet nader in beeld gebracht.

Bij cliënten met psychische problematiek en een veiligheidsrisico worstelen regio's met een gebrek aan passend aanbod

Deze cliëntgroep heeft met name behoefte aan specifieke deskundigheid omtrent gedrag, daarnaast bestaat ook de wens tot aanpassing van gebouwen omdat er veel agressie voorkomt bij deze cliëntgroep. De ondersteuning aan deze cliëntgroep wordt met name regionaal georganiseerd, maar dit gebeurt volgens gemeenten nog niet optimaal. Niet in elke regio zijn passende plekken voor deze cliëntgroep. Cliënten rouleren tussen instellingen of bevinden zich in maatschappelijke opvang bij gebrek aan een passendere plek. Het gedrag van deze cliënten is dusdanig complex dat het om expertise vraagt en een omgeving waar dit gedrag te hanteren is. Het beeld is dat alle gemeenten in meer of mindere mate te maken hebben met deze cliëntgroep en zoeken naar oplossingen. Gezien de verschillende typen voorzieningen waar deze cliënten verblijven is niet duidelijk of de knelpunten gerelateerd zijn aan de regionale schaal of aan de complexiteit van de cliëntgroep.

Voor (jonge) ouders/gezinnen met psychische problematiek bestaat een mismatch tussen vraag en aanbod

De specifieke behoefte voor deze cliëntgroep ligt in het feit dat voor deze cliëntgroep voldoende woonruimte nodig is om een gezin te huisvesten en expertise over opvoeding en het effect van een psychische stoornis hierop. Het aanbod wordt momenteel vooral regionaal georganiseerd, maar er zijn niet altijd voldoende plekken. Hierdoor bestaat bij gemeenten een wachtlijst en/of plaatsen ze deze cliëntgroep in de maatschappelijke opvang bij gebrek aan beter. Omdat de afbakening van de doelgroep onduidelijk is, is niet duidelijk hoeveel cliënten het op regionaal niveau betreft. Gemeenten geven daarbij wel aan dat standaard bovenregionale voorzieningen niet de voorkeur hebben, aangezien maatwerk voor deze cliëntgroep belangrijk is.

Momenteel is geen aanleiding tot bovenregionale afspraken, wellicht in de toekomst

Het onderzoek laat zien dat er momenteel geen aanleiding is om bovenregionale afspraken te maken voor bepaalde cliëntgroepen. Dat wil niet zeggen dat dit in de toekomst voor geen enkele cliëntgroep nodig is. Er zijn in het onderzoek wel knelpunten in het aanbod geconstateerd voor verschillende cliëntgroepen. Het is daarom van belang dat regio's structureel monitoren of hun aanbod goed past bij de vraag en indien dit niet het geval is nagaan op welk niveau knelpunten het beste kunnen worden opgelost. Op basis van dit onderzoek zou dat in ieder geval voor de laatste vier cliëntgroepen uit bovenstaand overzicht moeten worden nagegaan.

5.3 Tot slot

In dit onderzoek zijn we gevraagd de huidige situatie in kaart te brengen van specialistisch beschermd wonen. We hopen hiermee een basis te hebben geboden aan de hand waarvan kan worden nagedacht of / welke afspraken nodig zijn om ervoor te zorgen dat voor iedereen een passende plek is binnen beschermd wonen.

Tot slot willen we alle mensen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hartelijk bedanken voor hun bijdrage: experts die we hebben geïnterviewd, de respondenten van de uitvraag, de leden van de werkgroep GGZ en de leden van de klankbordgroep.

A *Gesprekspartners in het onderzoek*

Partijen die we hebben geïnterviewd bij het opstellen van een definitie

- Centrale toegang beschermd wonen regio Zwolle, GGD IJsselland
- CIZ
- Gemeente Den Haag
- Kompassie Den Haag (cliëntvertegenwoordiging)
- Ervaringsdeskundige herstellbureau Mediant
- Menzis zorgkantoor
- Nederlandse Vereniging voor Autisme
- Stichting Lumen Holland Rijnland (cliëntvertegenwoordiging)
- Toegang beschermd wonen gemeente Deventer
- Ypsilon (cliëntenorganisatie)

Leden van de klankbordgroep

- Gemeente Dordrecht
- Ministerie van VWS
- Netwerk Directeuren Sociaal Domein
- RIBW Overijssel
- Stichting MIND
- Valente
- VNG

B Volledig overzicht genoemde cliëntgroepen

Tijdens de eerste stap van dit onderzoek, waarin een definitie van specialistisch beschermd wonen is opgesteld, zijn gesprekken gevoerd met een aantal experts. Deze experts hebben suggesties gedaan welke cliëntgroepen mogelijk zouden vallen onder specialistisch beschermd wonen. Op basis van deze lijst met cliëntgroepen hebben we, in samenspraak met de klankbordgroep, besloten welke cliëntgroepen zouden worden uitgevraagd bij de centrumgemeenten. Voor de volledigheid noemen we hieronder de lijst met alle cliëntgroepen die we hebben opgehaald tijdens dit onderzoek; dus ook de cliëntgroepen die niet zijn meegenomen in de uitvraag.

Clïentkenmerk (<i>extra functionaliteit</i>)
Combinatie psychiatrie en verslaving
Verslaafd aan middelengebruik
Specifiek GHB-verslaving
Korsakov
Combinatie LVB en psychiatrie
Alle cliënten
Forensische achtergrond
Clïenten waarbij forensische titel is afgelopen
Instabiele psychische aandoening
Specifiek dissociatieproblematiek (borderline)
Conversiestoornis
Combinatie psychiatrie met somatische problematiek
Volwassenen
Ouderen
Culturele achtergrond

Mensen met een (recente) migratie-achtergrond en psychiatrische problematiek

Autisme

Jongeren met autisme

Jeugd en gezin

Jongvolwassenen

Jonge ouders, zoals tienermoeders

Gezinnen
