

Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen  
Jaarboek 2017-2018

# Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen

IN AMBULANTE BEGELEIDING EN BESCHERMD WONEN

Onder redactie van  
Jan Willem van Zuthem  
Frederike Kroon  
Charlotte Wunderink  
Jaap van Weeghel  
Sonja van Rooijen

**J A A R B O E K E N R E E K S**  
**P A R T I C I P A T I E** 2017  
**E N H E R S T E L** 2018

Dit boek verschijnt als Jaarboek 2017-2018  
in de Jaarboekenreeks Participatie en herstel  
onder auspiciën van Kenniscentrum Phrenos.



## **Jaarboekenreeks Participatie en herstel – Jaarboek 2017-2018**

Met deze reeks biedt Kenniscentrum Phrenos professionals (in opleiding) in de ggz en in het sociale domein door gerichte bundeling van kennis en best practices een grondig en praktijkgericht inzicht in de trends van rehabilitatie, participatie en herstel(ondersteuning) bij ernstige psychische aandoeningen in Nederland.



### **Ondersteuning van psychisch kwetsbare mensen**

*In ambulante begeleiding en beschermd wonen*

*Onder redactie van Jan Willem van Zuthem, Frederike Kroon, Charlotte Wunderink, Jaap van Weeghel en Sonja van Rooijen*

ISBN 978 90 8850 711 3

NUR 875/895

© 2017 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 12010, 1100 AA Amsterdam-Zuidoost) te wenden.

# Inhoud

Voorwoord	9
Proloog	13
<i>Jan Willem van Zuthem</i>	
1 Een jaarboek over ambulante begeleiding en beschermd wonen	13
2 Beschermd wonen van opkomst naar transformatie	14
3 Hervormingen in het sociaal domein	16
4 Ambulantisering van de ggz	19
5 Opbouw van het jaarboek	24

## **I AMBULANTE BEGELEIDING EN BESCHERMD WONEN**

1 Ambulante begeleiding en beschermd wonen anno 2017	28
<i>Frederike Kroon en Charlotte Wunderink</i>	
1.1 Doelgroep en omvang	29
1.2 Doel: versterken van zelfredzaamheid en zelfstandigheid	34
1.3 Ambulantisering	36
1.4 Vakmanschap in verandering	39
<b>UIT DE PRAKTIJK</b>	42
1.1 Housing First	42
<i>Elke Engels en Wilma van der Zwan</i>	
1.2 Begeleiding van ex-justitiële cliënten	48
<i>Bianca Kolthof-Franken</i>	
1.3 Beschermende woonvorm voor jongeren	54
<i>Sonja Hartkamp</i>	
1.4 TOPPER Toolkit	60
<i>Charlotte Wunderink en Lisette van der Meer</i>	
1.5 Zelfsturing voor medewerkers	63
<i>Fleur van Eeden en Ronald van Aken</i>	

## II HERSTEL VAN PERSOONLIJKE IDENTITEIT

2	Persoonlijk herstel en empowerment	72
	<i>Martijn Kole en Benjamin Rousseau</i>	
2.1	Verschuivingen in zorglandschap en visie op gezondheid	72
2.2	Herstel, empowerment en ervaringskennis	73
2.3	De opkomst van zelfhulp	76
2.4	Ervaringsdeskundigheid en ondersteuning van persoonlijk herstel	77
2.5	Ervaringsdeskundigheid in ontwikkeling binnen en buiten de ggz	79
2.6	Naar een inclusieve samenleving	81
2.7	Blik op de toekomst	83
	UIT DE PRAKTIJK	87
2.1	Howie the Harp	87
	<i>Audry van Vulpen</i>	
2.2	Enik Recovery College	93
	<i>Christien Muusse en Jenny Boumans</i>	
2.3	WRAP Wellness Recovery Action Planning	98
	<i>Marianne van Bakel en Dienke Boertien</i>	
2.4	Destigmatisering vanuit de ggz	103
	<i>Gerdie Kienhorst</i>	
2.5	Werken met de krachtgerichte basismethodiek (KBM)	109
	<i>Ellen Meijer</i>	
2.6	De Recovery Oriented Practices Index (ROPI)	113
	<i>Benjamin Rousseau</i>	
2.7	Trek aan de Bel	118
	<i>Tamar Drupsteen en Eric Blaauw</i>	

## DEEL III HERSTEL VAN MAATSCHAPPELIJKE ROLLEN

3	Maatschappelijk herstel: actieve en passieve sociale inclusie	124
	<i>Charlotte Wunderink</i>	
3.1	Een persoonlijk én sociaal proces	124
3.2	Belemmeringen en mogelijkheden voor participatie	125
3.3	Wat willen cliënten zelf?	127
3.4	Maatschappelijk herstel (verder) bevorderen	129
3.5	Tot slot	137

UIT DE PRAKTIJK	138
3.1 IPS aanbieden vanuit de RIBW <i>Bea Ozor en Guus van Maurik</i>	138
3.2 Cjoe – ontmoetingsplek in de wijk van RIBW Fonteyenburg <i>RIBW Fonteyenburg (interview)</i>	144
3.3 Toolkit Begeleid Leren <i>Jacomijn Hofstra &amp; Lies Korevaar</i>	149
3.4 Talent voor... <i>Mandy Lodder</i>	154
3.5 Zorg voor Participatie <i>Annemarie Zijlstra en Gineke Hanzen</i>	159
3.6 Het Kiemuur <i>Paola van den Noordt en Hanneke Schrauwen</i>	165

#### **DEEL IV HERSTEL VAN GEZONDHEID**

4 Een brede kijk op herstel van gezondheid <i>René Keet</i>	172
4.1 Inleiding	172
4.2 Herstel en medisch model	173
4.3 Paradigmaverschuivingen	174
4.4 Herstelgericht behandelen	178
4.5 Somatische aandoeningen	182
4.6 Naar een integrale behandeling en begeleiding	183
UIT DE PRAKTIJK	184
4.1 Trauma, PTSS en psychose <i>Berber van der Vleugel, David van den Berg en Paul de Bont</i>	184
4.2 Move Well, Feel Better <i>Lenneke Docter en Annemarie Zijlstra</i>	192
4.3 Doorbraak in activering: een van de pijlers van Triple C <i>Marian de Jong, Melanie Knoops, Rob de Jong en Alieke Visscher</i>	197
4.4 Cognitieve adaptatietraining (CAT) <i>Lisette van der Meer en Annemarie Stiekema</i>	203

#### **DEEL V ORGANISEREN VAN INTEGRALE HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG**

5 Een samenwerkingsagenda voor sociale inclusie <i>Frank van Hoof</i>	210
5.1 Speerpunten van een inclusieagenda	211

5.2 Tot slot	218
UIT DE PRAKTIJK	221
5.1 Buurtnetwerken (community supported networks) <i>Wendy Boekhorst</i>	221
5.2 Wijkgericht kwartiermaken <i>Diana Dingemans</i>	225
5.3 Naar geïntegreerde behandeling, begeleiding en ondersteuning in Zeist <i>Jan Willem van Zuthem</i>	231
5.4 Werken met resourcegroepen <i>Greet Wilrycx en Barbara Breugelmans</i>	235
5.5 Werken in het sociale domein volgens het ‘regenboogmodel’ <i>Charlotte Wunderink, Sandra Vos, Heleen Schut en Rensina van der Velde</i>	242
<b>DEEL VI E-MENTAL HEALTH</b>	
6 E-mental health <i>Lian van der Krieke</i>	250
6.1 E-mental health in Nederland	250
6.2 E-mental health toepassingen anders dan beeldcommunicatie	252
6.3 Kritische reflectie en blik op de toekomst	256
6.4 Tot slot	258
UIT DE PRAKTIJK	260
6.1 Beeldcommunicatie (beeldbellen) <i>Lian van der Krieke</i>	260
6.2 Wegwijzer voor handige apps <i>Lian van de Krieke</i>	264
<b>VII EPILOOG</b>	
7.1 Verslag conferentie ‘Heeft beschermd wonen de toekomst?’ <i>Gerdie Kienhorst</i>	272
7.2 Een blik vooruit <i>Redactie</i>	281
Literatuur	293
Personalialia	308

# Voorwoord

Dit eerste jaarboek in de vernieuwde reeks *Jaarboeken Participatie & herstel* is geheel gewijd aan de ambulante begeleiding en het beschermd wonen van psychische kwetsbare mensen. Het verschijnt op een moment waarop de manier waarop we kijken naar zorg en welzijn ingrijpend verandert. Deze domeinen zijn volop in beweging. In dit boek komen alle belangrijke thema's aan bod die een rol spelen bij de huidige positie en de toekomst van de ambulante begeleiding en het beschermd wonen.

## **Populariteit van positieve gezondheid**

Het concept van positieve gezondheid verovert momenteel de domeinen van welzijn, zorg en de gemeentelijke wereld. Menig bijeenkomst en beleidsdocument gebruikt het als een bril om (opnieuw) naar zorg en welzijn en de samenleving te kijken. De door psychiater Machteld Huber geïntroduceerde benadering definieert gezondheid niet meer als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen om je aan te passen en de eigen regie te voeren in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

Dit gedachtegoed sluit heel goed aan bij de ideeën van de herstelbeweging. De huidige ontvankelijkheid ervoor creëert een belangrijk momentum om serieus aan de slag te gaan om hulpvragers, hun familie en ervaringsdeskundigen een gelijkwaardige positie te geven. De breed gedeelde wens om van een aanbod- naar een vraaggericht systeem te gaan vraagt om een paradigmashift.

## **Naar een inclusieve samenleving**

De gewenste omslag veronderstelt ook een ander type samenleving. In het kielzog van het belangrijke rapport van de commissie-Dannenbergh wordt steeds vaker het beeld van de inclusieve samenleving en de inclusieve wijk opgeroepen. De contouren daarvan krijgen net als het concept van positieve gezondheid een duidelijke plek in dit boek. Door de Nederlandse ratificatie van het VN-verdrag inzake de rechten van personen met een handicap is inclusie een belangrijke opdracht geworden. Een opdracht die gepaard gaat met majeure uitdagingen.



De materiële kant van deze sociale revolutie zal de komende tijd grote inspanningen vragen en is cruciaal. Als mensen met een (ernstige) psychische kwetsbaarheid in de wijk wonen, dan zullen bestaande wijken veranderen en zullen nieuwe wijken anders ontworpen en gebouwd moeten worden. Er is behoefte aan nieuwe woonconcepten, terwijl destigmatisering en sociale acceptatie om aandacht vragen. De gewenste en beoogde veranderingen vragen om weerbare individuen in een weerbare wijk, maar ook om creatieve oplossingen. Mij sprak het volgende voorbeeld uit het boek aan: wanneer iemand 's nachts nogal actief is en op dat punt zijn burens overlast bezorgt, maar verder alleszins functioneert, dan zou een investering in geluidsisolatie misschien wel een betere oplossing zijn dan extra begeleiding. Als de context verandert, moeten de oplossingen mee veranderen.

### **Capabilities, context en intentie: denken vanuit een andere basishouding**

Een inspirerende denker bij wiens gedachtegoed de huidige ontwikkelingen perfect aansluiten is econoom en filosoof Amartya Sen. De *capabilities approach* (vertaald als vrijheden of waardevolle mogelijkheden om het soort leven te leiden dat de moeite waard is) die Sen samen met filosofe Martha Nussbaum ontwikkelde, draait om wat een mens in staat is om te doen en te zijn. Om de mogelijkheden voor een ieder om deel te nemen aan de economie, politiek en samenleving, maar ook om de mogelijkheid te hebben om oud te worden. Centraal staat de vraag welke omstandigheden gecreëerd moeten worden om ieders capabilities optimaal te ondersteunen.

Sen benadrukt daarnaast het belang van context en intentie in het denken over wat een mens kan doen en zijn. Hierin passen belangrijke recente ontwikkelingen zoals het betrekken van familie en vrienden om tot de beste aanpak voor herstel te komen in de zogeheten triade. De persoonlijke context én de intentie zijn cruciaal voor iemands herstel. De vraag kan dus nooit alleen zijn of er een netwerk is, maar vooral welke rol deze naasten (kunnen, willen) spelen in iemands herstel.

### **Maatwerk**

Een aanpak op maat heeft gevolgen voor de eisen die we stellen aan het aanbod en de sociale infrastructuur. De vraag om maatwerk brengt de huidige constructie van voorzieningen aan het wankelen. Maatwerk vraagt om diversiteit en flexibiliteit. Een belangrijke te beantwoorden vraag is welk type voorzieningen en bekostigingsvormen in de nabije toekomst nodig zijn om daadwerkelijk maatwerk te kunnen leveren. De 'omklapwoning' die in dit jaarboek wordt beschreven, is een mooi voorbeeld van een flexibele voorziening. Sommige aanbieders van beschermd wonen hebben

afspraken met woningcorporaties om na de periode van beschermd wonen de woning ‘om te klappen’ naar een reguliere woning zodat degene die er woont niet hoeft te verhuizen. Een meer flexibele infrastructuur waarin op- en afschalen veel gemakkelijker kan, past ook beter bij de variatie in de hulpvragen van mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Veel gemeenten werken toe naar beschermd wonen als onderdeel van de bestemming (de inclusieve samenleving), in plaats van als brug. Herstel en inclusie zit in het DNA van de ambulante begeleiding en het beschermd wonen. Tegelijkertijd gaan de veranderingen snel en wordt de wereld steeds complexer. Meer leren denken vanuit context en intentie kan helpen om een goede, flexibele begeleiding en hulp op maat te kunnen bieden.

### **Werken aan een derde meer herstel in 2025**

Op een recente conferentie vertelde hoogleraar en wetenschappelijk directeur van Kenniscentrum Phrenos Jaap van Weeghel over voorspellers van negatieve uitkomsten. Eén zin bleef door mijn hoofd spoken: *‘The amount of time spent doing nothing’* was de grootste voorspeller daarvan. Wellicht een open deur. Toch heeft zorgen dat mensen met een psychische kwetsbaarheid (kunnen) meedoen in de samenleving niet altijd de hoogste prioriteit en is de wijze waarop het gedaan wordt vaak niet effectief. Dat maakt het inzetten van een interventie als IPS (Individuele Plaatsing en Steun) om mensen met ernstige psychische aandoeningen naar en in regulier werk te begeleiden zo interessant. IPS laat zien dat het wél kan én effectief is. Ook aan IPS wordt in het boek aandacht besteed.

IPS illustreert ook dat ‘normaliseren’ niet betekent dat gemeenten het zonder specifieke expertise kunnen doen. Het is juist noodzakelijk om bij reguliere trajecten (zoals die van de arbeidsre-integratie) te investeren in deskundigheid en methodieken die goed aansluiten bij de belevingswereld en behoeften van mensen met een psychische kwetsbaarheid. Als we willen dat iedereen onderdeel van de samenleving kan zijn en voor zichzelf een plek daarin kan verwerven, zullen we moeten investeren in de route daarnaartoe. Wonen in de wijk is een goed begin, maar niet genoeg, meedoen is nog belangrijker.

Elke dag weer, bij elk contact dat we met iemand hebben die leeft met een psychische kwetsbaarheid moeten we beseffen dat we dezelfde basisbehoeftes en dromen delen. Net als een patiënt meer is dan zijn ziekte is een professional meer dan de professie. Primair zijn we allemaal mens. De belangrijkste opdracht is om dat nooit

uit het oog te verliezen en met een hoge ambitie en inzet te blijven werken aan het doel van een derde meer herstel in 2025.

*Lara de Brito*

Bestuurslid Kenniscentrum Phrenos

Wethouder Gezondheid & Welzijn/Wijkgericht werken gemeente Wageningen

# Proloog

*Tussen samenleving en ggz*

*Jan Willem van Zuthem*

## 1 Een jaarboek over ambulante begeleiding en beschermd wonen

Dit eerste jaarboek in de vernieuwde reeks *Jaarboeken Participatie & herstel* is in zijn geheel gewijd aan de ambulante begeleiding en het beschermd wonen voor psychisch kwetsbare mensen, zoals uitgevoerd door de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), de geïntegreerde ggz-instellingen en de instellingen voor maatschappelijke opvang.

### **Brede en gevarieerde werksoort**

De ambulante begeleiding richt zich op meerdere levensgebieden, zoals gezondheid, wonen, sociale contacten, zingeving, financiën en dagbesteding, en omvat meerdere begeleidingsvormen, variërend van woonbegeleiding tot bemoezorg, gezinsondersteuning, budgetbeheer en toeleiding naar opleiding of werk. Ook het beschermd wonen kent een grote verscheidenheid aan woonvormen, zowel naar omvang (van éénpersoonsappartementen tot groepswonen) als naar doelstelling (tijdelijk verblijf of permanent wonen) of doelgroep. Zo zijn sommige woonvormen bedoeld voor mensen van een bepaalde leeftijd of een specifieke kwetsbaarheid en andere meer gericht op een heterogene groep bewoners. In de begeleiding maken de instellingen gebruik van uiteenlopende werkmethoden.

In dit jaarboek beschrijven we voor wie de voorzieningen bedoeld zijn, hoe er wordt gewerkt en welke nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen zich voordoen. We kijken aan het eind ook vooruit. Ambulante begeleiding en beschermd wonen staan sterk in de belangstelling in een periode waarin zorg en welzijn sterk veranderen. Hoe zal dit de ontwikkeling van de sector als geheel beïnvloeden?

## Opzet proloog

Na een terugblik op de context bij de start van het beschermd wonen, komen de hervormingen in het sociale domein en de ambulantisering van de ggz aan de orde; belangrijke ontwikkelingen die de zorg aan en begeleiding van cliënten met ernstige psychische aandoeningen of een psychische kwetsbaarheid veranderen. In dit kader zoeken de ambulante begeleiding en het beschermd wonen nieuwe antwoorden op veranderende zorg- of begeleidingsbehoeften. Tot slot biedt de proloog een korte inleiding op de hoofdbijdragen van dit boek.

## 2 Beschermd wonen van opkomst naar transformatie

### Aanvulling of alternatief?

Dertig jaar geleden verscheen het verslag van een eerste conferentie over beschermd wonen onder de titel: *Beschermd wonen: aanvulling of alternatief?* (Schrammeijer, 1987). De overheid had het voornemen om tot een landelijk dekkend geheel van 40 RIBW's komen, deels gevormd uit een bont palet van al langer bestaande hostels, pensions en tussenvoorzieningen. Beschermende woonvormen zouden de verblijfsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen zo veel mogelijk moeten vervangen. Dat riep veel vragen op. Was dat überhaupt mogelijk? Moesten de woonvormen ook behandeling bieden? En, zo niet, kon beschermd wonen dan wel gezien worden als een zorgvoorziening? Zou de regelgeving vanuit de overheid niet tot ongewenste eenvormigheid leiden? Wat zou de benodigde omvang moeten zijn? Zou beschermd wonen 'normaliserend' werken of juist bijdragen aan verdere stigmatisering?

### *Van moeizame start naar groei*

Eind jaren tachtig bleken er veel twijfels te bestaan over de rol en mogelijke betekenis van beschermd wonen. Ook door verzet van de psychiatrische ziekenhuizen (financiering moest gedeeltelijk uit de afbouw van bedden komen) en vanwege de economisch magere jaren tachtig kwam de ontwikkeling van RIBW's aarzelend op gang. De omslag kwam in 1989, toen na bijna tien jaar discussie beschermd wonen voortaan als een aparte AWBZ-verstrekking gefinancierd werd. Tot 2015 bleef de sector hierdoor onderdeel van de gezondheidszorg. Sindsdien worden de voorzieningen gefinancierd uit de gemeentelijke Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De financiering vanuit de AWBZ legde de basis voor verdere groei en ontwikkeling. Al snel ontstonden de beoogde 40 RIBW's. Vanaf het begin van de jaren negentig gingen

15 daarvan samen met de RIAGG's en de psychiatrische ziekenhuizen op in de geïntegreerde ggz-instellingen. De resterende 25 zelfstandige RIBW's verenigden zich later in de RIBW Alliantie.

### *Sterke uitbreiding*

Na de opname van beschermd wonen in de AWBZ is het aantal plaatsen sterk gegroeid: van 3.000 BW-plaatsen uit 1986 tot ongeveer 17.000 plaatsen nu, volgens de jongste Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ (Landelijke monitor) met gegevens over 2015 (Trimbos-instituut, 2016a). Een belangrijk rapport van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten over de toekomst van beschermd wonen (rapport commissie-Dannenbergh) spreekt van circa 20.000 plaatsen, inclusief het aantal plaatsen in de maatschappelijke opvang (VNG, 2015). Naast het aantal plaatsen beschermd wonen zijn er 7.000 vergelijkbare plaatsen in de verblijfsvoorzieningen van de geïntegreerde ggz-instellingen. Deze worden bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz) (Trimbos-instituut, 2016a). Het is niet precies bekend welke typen beschermd wonen er zijn, omdat de RIBW Alliantie in 2013 is gestopt met de publicatie van deze gegevens in een brancherapport. De Landelijke monitor bestempelt ruim een derde van de plaatsen in beschermd wonen als individuele woonvoorzieningen.

Tot 2003 bekostigde de AWBZ *voorzieningen* en hadden de RIBW's zo'n beetje het alleenrecht op beschermd wonen. Toen vanaf 2003 de AWBZ niet langer voorzieningen maar *functies* ging bekostigen, konden ook andere instellingen de functie beschermd wonen uitvoeren. Zo hebben veel dak- en thuislozen onderdak en begeleiding gekregen bij de instellingen voor de maatschappelijke opvang. Beschermd wonen heeft aldus vorm gekregen binnen drie verschillende 'branches': RIBW's, geïntegreerde ggz-instellingen en instellingen voor maatschappelijke opvang. Het is daarmee de vraag of er wel sprake is van één sector.

### **Inhoudelijke ontwikkelingen**

De opkomst van beschermd wonen ging samen met een toenemende aandacht voor wat tot dan toe 'uitbehandelde' chronische psychiatrische patiënten werden genoemd. Op basis van nieuwe inzichten ontstonden nieuwe begeleidingsmethoden en nieuwe voorzieningen, zoals dagbesteding en ambulante begeleiding thuis. RIBW's werden een belangrijke proeftuin voor vernieuwende zorgpraktijken, zoals kwartiermaken, maatschappelijke steunsystemen, de sociaalnetwerkbenadering, vriendendiensten en leerwerkbedrijven. Ze droegen sterk bij aan de ontwikkeling van rehabilitatiebenaderingen waarin de levensdoelen van cliënten zelf uitgangs-

punt waren. Zulke benaderingen boden hun perspectief op positieve veranderingen in hun leefsituatie. Bij deze ontwikkelingen sloot de opkomst van de herstelbeweging in de loop van de jaren negentig goed aan. Herstel betekent het loskomen van een identiteit die samenvalt met de rol van patiënt, de autonomie hervinden en op basis van de eigen ervaringen van kracht en kwetsbaarheid een zinvol en betekenisvol leven leiden, ondanks de mogelijke beperkingen die voortkomen uit de psychische kwetsbaarheid. RIBW's noemen zich tegenwoordig bovenal herstelondersteunende organisaties.

### *Toename ambulante begeleiding*

Sinds 1989 is ook het aantal mensen dat ambulante wordt begeleid sterk toegenomen. Aanvankelijk werden nauwelijks mensen ambulante begeleid. De laatste Landelijke monitor berekende dat momenteel 35.000 tot 40.000 mensen ambulante (groeps) begeleiding ontvangen. Daaronder valt ook de begeleiding in de verschillende dagbestedingsvoorzieningen. Ongeveer 24.000 mensen krijgen individuele ambulante begeleiding (RIBW Alliantie, 2013). Onderzoek door GGZ Nederland, de Federatie Opvang en de RIBW Alliantie wijst uit dat de afgelopen jaren de ambulante begeleiding niet substantieel is uitgebreid (GGZ Nederland et al., 2016).

### *Tussen sociaal domein en ggz*

Wie terugkijkt op de ontwikkeling van ambulante begeleiding en beschermd wonen voor psychisch kwetsbare mensen ziet dat de voorzieningen zich steeds positioneren tussen de samenleving en de ggz, 'tussen inrichting en maatschappij' (GGZ Nederland, 1999a; 1999b). Met de komst van de nieuwe Wmo worden voorzieningen voor psychisch kwetsbare mensen veel meer de samenleving in gehaald. Ook de ggz is sterk veranderd: er wonen steeds minder mensen in psychiatrische instellingen, de intramuraal capaciteit wordt afgebouwd en er zijn de laatste jaren veel nieuwe werkwijzen ontstaan. Deze veranderingen waren en blijven van grote invloed op de ontwikkeling van de ambulante begeleiding en het beschermd wonen. Andersom leveren de voorzieningen een belangrijke bijdrage aan deze veranderingen.

## **3 Hervormingen in het sociaal domein**

Ambulante begeleiding en beschermd wonen worden sinds 1 januari 2015 bekostigd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit maakt onderdeel uit van een bredere en zeer ingrijpende stelselwijziging, waarin de rijksoverheid met drie

grote wetten belangrijke taken op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, en jeugdzorg naar de gemeenten heeft gedecentraliseerd: de Wmo, de Participatiewet en de Jeugdwet.

De Wmo heeft voor een groot deel de AWBZ vervangen. Voor begeleiding die is gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid zijn nu de gemeenten verantwoordelijk. De Wmo wil de maatschappelijke ondersteuning voor kwetsbare burgers meer integraal en wijkgericht organiseren, vanuit een focus op preventie en op de eigen kracht van burgers en hun netwerk. Deze nadruk op de eigen mogelijkheden van cliënten en de inschakeling van hun directe omgeving sluit goed aan bij het gedachtegoed van beschermd wonen. Het is medio 2017 nog niet duidelijk of psychisch kwetsbare mensen met een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24-uurszorg recht hebben op zorg die wordt gefinancierd uit de Wlz, de opvolger van de AWBZ.

### **Van transitie naar transformatie**

Door de stelselwijziging dragen gemeenten een bredere verantwoordelijkheid voor de sociale participatie van mensen met een beperking of psychische problematiek. De stelselwijziging is gericht op het faciliteren van een samenleving waarin mensen naar elkaar omkijken en meedoen naar vermogen en waarin zorg en ondersteuning beschikbaar zijn voor de mensen die dat nodig hebben, inclusief mantelzorgers.

Anno 2017 is de overgang (transitie) goeddeels afgerond, als je kijkt naar de wetgeving en de bekostiging. De uitdaging is om de beoogde *inhoudelijke* effecten te realiseren door een *transformatie*: een vernieuwing en cultuurverandering die tot uitdrukking komen in ander gedrag van alle betrokken partijen (professionals en burgers/cliënten, mantelzorgers, instellingen en gemeenten; Transitiebureau Wmo, 2012). Transformatie betekent dat mensen zorg en ondersteuning krijgen die zo veel mogelijk aansluit op hun persoonlijke (thuis)situatie, mogelijkheden en sociale netwerk. Maar ook dat die zorg en ondersteuning aansluiten bij hun talenten en mogelijkheden zonder eventuele beperkingen uit het oog te verliezen. Waarbij mensen die anderen zorg of hulp (willen) bieden daarvoor alle ruimte en steun krijgen. En waarbij zorginitiatieven van particulieren gestimuleerd worden. Dit vraagt om meer samenhang in het aanbod van zorg, jeugdhulp en ondersteuning en in het werk van professionals, vrijwilligers en mantelzorgers. Maar het vraagt ook om meer zorg- en ondersteuningsdiensten, voorzieningen en hulpmiddelen die mensen in staat stellen thuis te blijven wonen. Dit proces is anno 2017 nog in volle gang.



## **Gemeenten verantwoordelijk voor beleid en uitvoering beschermd wonen**

Gemeenten moeten voor een adequate uitvoering van de meeste van hun taken bestuurlijk, ambtelijk en financieel met andere gemeenten samenwerken. Bij het beschermd wonen is in eerste instantie gekozen voor samenwerking binnen de 43 centrumgemeenten die eerder al met daarvoor toegewezen middelen de regie voerden in de uitvoering van de maatschappelijke opvang. Rond de ambulante begeleiding werken de gemeenten samen in de Wmo-regio's. Deze vallen niet altijd samen met de werkgebieden van de centrumgemeenten. In 2016 heeft het ministerie van VWS alle gemeenten gevraagd met welke andere gemeenten zij in de toekomst (regionaal) willen samenwerken op het gebied van opvang én beschermd wonen (VWS, 2016). Pas wanneer deze keuze is gemaakt, kan nieuw beleid worden gemaakt.

Inhoudelijk en beleidsmatig lijken gemeenten te gaan kiezen voor een integrale aanpak van beschermd wonen en maatschappelijke opvang. Hierdoor zullen de scheidslijnen tussen opvang, beschermd wonen en begeleiding in de thuissituatie verdwijnen. Gemeenten zullen naar verwachting gebruikmaken van de uitgangspunten van het rapport van de commissie-Dannenbergh (VNG, 2015). In dit scenario gaat op een termijn van vijftien jaar het wonen in een voorziening van beschermd wonen over naar diverse vormen van zelfstandig wonen, waarbij niet alleen de randvoorwaarden voor maatschappelijke participatie zijn gerealiseerd, maar ook voldoende en passende ambulante ondersteuning. Alleen voor mensen die het daarmee niet redden zijn er beschermde woonplekken. Het pleidooi van de commissie-Dannenbergh voor een verdeling van de financiële middelen voor beschermd wonen onder alle 390 gemeenten is inmiddels overgenomen door het ministerie van VWS. Dit zou een betere aansluiting bij de lokale ondersteuningsketen faciliteren en stimuleren om in te zetten op herstel en preventie.

## **Sociale inclusie als centrale opdracht**

Bij de commissie-Dannenbergh staat sociale inclusie centraal. Deze sociale inclusie is gefundeerd op de volgende pijlers:

- 1 Burgerschap: rechten en plichten binnen een samenleving die ruimte geeft aan mensen die minder kunnen meekomen en stigmatisering en uitsluiting voorkomt.
- 2 Zelfbepaling: de zelfbepaling is gebaseerd op ieders competenties om eigen gekozen doelen te bereiken en de behoefte om wederkerige, veilige en betekenisvolle verbindingen aan te gaan met anderen (Wolf, 2015).

- 3 Hoop en perspectief: het vermogen van mensen om te herstellen en hun leven weer op te pakken in een door hen zelf gewenste richting, aansluitend bij de herstelbeweging.
- 4 Positieve kijk op gezondheid: 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven' (Huber et al., 2013).

De focus van de ondersteuning bij herstel en participatie ligt, net als in de gezondheidszorg, op gezondheid en gedrag, niet op ziekte en zorg.

De commissie noemt als belangrijke condities voor sociale inclusie:

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

Ondersteuning van mensen met psychische en sociaal-maatschappelijke problemen in de thuissituatie met behoud van zelfstandigheid vraagt om een goed stelsel van informele steun, maatschappelijke ondersteuning, ambulante begeleiding en behandeling. Beschermende woonplekken in de samenleving zijn nodig wanneer de zelfregulatie te zeer tekortschiet en het zelfstandig wonen en de dagelijkse kwaliteit van leven onder druk staan. Alleen voor een kleine groep zal dan nog een afzonderlijke *woonvoorziening* nodig zijn. Op termijn zal daardoor het aantal plaatsen in beschermd wonen afnemen. De commissie-Dannenberg wijst erop dat deze transformatie van beschermd wonen naar beschermende woonplekken in de wijk nog veel tijd en aandacht zal vragen.

## 4 Ambulantisering van de ggz

Nederland heeft van oudsher relatief veel intramurale voorzieningen, zowel in de ggz als in de gehandicapten- en ouderenzorg. Voor de ggz hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties in 2012 in het Bestuurlijk akkoord toekomst GGZ afgesproken om de beschikbare middelen voor de ggz an-

ders in te zetten: minder intramurale zorg (inclusief jeugd-ggz en forensische zorg) en meer en betere ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Dat akkoord zet in op een derde minder intramurale plaatsen in 2020 ten opzichte van het peiljaar 2008. Ook werd een beperkte jaarlijkse uitgavengroei in de ggz afgesproken en is samen met cliëntenorganisaties een destigmatiseringscampagne gestart.

Volgens de Landelijke monitor is de afbouw van de klinische voorzieningen vooralsnog gering: van circa 18.700 in 2012 tot 16.550 in 2015 (minus 11,5%). De afbouw betreft bovendien vooral plaatsen met een relatief laag-intensieve verzorgingsgraad. Het aantal plaatsen met een intensieve tot zeer intensieve verzorgingsgraad nam niet alleen relatief maar ook in absolute aantallen toe. Bij het beschermd wonen is de afbouw nog geringer: van 17.600 in 2012 tot 16.700 in 2015 (minus 5,1%). De beddenafbouw in de intramurale ggz heeft tot gevolg dat een deel van de mensen die niet (meer) opgenomen zijn in deze instellingen worden aangemeld voor een plaats in een beschermende woonvorm.

### *Gestage afbouw, nog geen navenante uitbreiding ambulante zorg*

Uit de Landelijke monitor blijkt dat hoewel de afbouw van de intramurale voorzieningen gestaag doorzet, er geen sprake is van een feitelijke intensivering en uitbreiding van de ambulante zorg. Deelnemers aan de monitor noemen als belangrijkste hindernissen de bekostigingsstructuren, een gestaag toenemende productiedruk en het ontbreken van regie en afstemming op regionaal niveau (Trimbos-instituut, 2016a).

### **Inhoudelijke vernieuwing**

Ambulantisering wordt weliswaar ingezet om de afbouw van de intramurale zorg op te vangen, maar is veel meer bedoeld om effectieve alternatieven te ontwikkelen voor klinische behandeling en voor de oplossing van vraagstukken op het gebied van wonen, werk, inkomen, dagbesteding, sociale contacten, vrije tijd en zorg. Het gaat om een andere manier van kijken naar wat iemand nodig heeft om een zo goed en maatschappelijk geïntegreerd mogelijk leven te kunnen leiden. Zulke vragen zijn met name in de eerste lijn, zoals bij de huisarts en de praktijkondersteuner (POH-GGZ), maar ook in de generalistische basis-ggz (sinds 2014) aan de orde en vragen om relatief kortdurende en laag-intensieve contacten. Deze echelons zullen vermoedelijk geen grote rol spelen bij de intensivering van de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die meestal vanuit de gespecialiseerde ggz wordt geleverd.