

**RAPPORTAGE**

**Behoeftteonderzoek  
Beschermd Wonen**

Regio Utrecht-West





# Inhoudsopgave

<b>1   Inleiding</b>	<b>3</b>
1.1 Aanleiding	3
1.2 Doel- en vraagstelling	3
1.3 Aanpak en methoden	4
1.4 Begrippen	5
<b>2   Contextanalyse</b>	<b>6</b>
2.1 Demografie en zorggebruik algemeen	6
2.2 Cliëntaantallen beschermd wonen	9
<b>3   Beleid en kaders</b>	<b>12</b>
3.1 Regio	12
3.1.1 Visie	12
3.1.2 Uitvoering	12
3.2 Gemeenten	13
3.2.1 Uitvoering	13
3.2.2 Voorzieningenaanbod	14
<b>4   Groepsgesprekken en interviews</b>	<b>17</b>
4.1 Zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en gemeentelijke toegang	17
4.2 Cliënten	20
4.2.1 Behoeften en vraag	20
<b>5   Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>23</b>
<b>6   Verdieping onderzoeksresultaten</b>	<b>25</b>



# 1 | Inleiding

## 1.1 Aanleiding

### Huidige situatie

In Nederland wordt kwetsbare volwassenen die niet meer thuis kunnen wonen zorg geleverd in de vorm van beschermd wonen en maatschappelijke opvang. De inrichting van deze zorg is wettelijk verankerd in de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo 2015). Sinds 2015 zijn de grootste gemeenten in een regio, zogenaamde centrumgemeenten, verantwoordelijk voor de (financiële) organisatie en het toekennen van deze zorg aan inwoners. Hiervoor krijgen de centrumgemeenten een jaarlijks budget van het Rijk dat gebaseerd is op het aantal cliënten dat in de desbetreffende regio beschermd woont. De centrumgemeenten verdelen dit budget vervolgens dan weer over de afzonderlijke gemeenten in de regio.

De gemeente Utrecht is sinds 2015 als centrumgemeente verantwoordelijk voor BW in de U16. De U16 bestaat uit de volgende regiogemeenten: Bunnik, De Bilt, De Ronde Venen, Houten, IJsselstein, Lopik, Montfoort, Nieuwegein, Oudewater, Stichtse Vecht, Utrecht, Utrechtse Heuvelrug, Vijfheerenlanden, Woerden, Wijk bij Duurstede en Zeist. De regiogemeenten zijn naast de U16 gegroepeerd in de Wmo-regio's Utrecht-stad, Utrecht Zuidoost, Utrecht Lekstroom en Utrecht-West. Dit onderzoek richt zich op regiogemeenten in de Wmo-regio Utrecht-West.

### Achtergrond doordecentralisatie

Conform het in 2015 verschenen advies 'Van beschermd wonen naar een beschermd thuis' van de commissie Dannenberg<sup>1</sup> zal de verantwoordelijkheid voor BW verschuiven van de centrumgemeente naar de afzonderlijke gemeenten. Het idee achter de doordecentralisatie is dat sociale inclusie van cliënten het uitgangspunt van BW-zorg gaat vormen wanneer cliënten zoveel mogelijk in hun eigen wijk zorg ontvangen. Deze transformatie houdt in dat er een verschuiving van BW-zorg naar BT-zorg plaats zal vinden en dat cliënten bij voorkeur ambulante worden geholpen. Ten tijde van het schrijven van deze rapportage staat deze doordecentralisatie gepland voor 1 januari 2025. De doordecentralisatie van BW-zorg bestaat uit twee onderdelen. Het eerste onderdeel is de invoering van het woonplaatsbeginsel Wmo, dat stelt dat elke gemeente zelf BW-zorg organiseert en betaalt voor hun eigen burgers en dat burgers moeten aantonen welke gemeente voor hen verantwoordelijk is. Het tweede onderdeel is het financiële verdeelmodel, dat de financiële middelen over alle gemeenten in plaats van over de centrumgemeenten verdeelt. Het financiële verdienmodel en het woonplaatsbeginsel hangen met elkaar samen.

## 1.2 Doel- en vraagstelling

De centrale vraag van dit onderzoek luidt als volgt:

Hoe kan de regio Utrecht-West het aanbod van beschermd wonen, preventieve voorzieningen en uitstroomvoorzieningen aan laten sluiten op de wensen en behoeften van de doelgroepen en op de door haar opgestelde doelen voor doordecentralisatie van de hulp?

<sup>1</sup> [https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen\\_20151109.pdf](https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf)



Het doel van dit onderzoek is om een aanzet te geven over hoe het aanbod van BW-zorg en voorliggende voorzieningen beter aan kan sluiten bij de wensen en behoeften van de doelgroepen in het kader van de doordecentralisatie van BW-zorg. Deze uitkomsten moeten vervolgens gaan gelden als input voor gesprekken in de regio UW.

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden, is er een aantal deelvragen geformuleerd die zijn gekoppeld aan de verschillende onderdelen van het onderzoek:

Kenmerken doelgroep en context
<p><b>Deelvragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoe ziet de doelgroep BW eruit in regio Utrecht-West en wat is de prognose?</li> <li>• Welke regionale/lokale context is van belang als het om het vraag- en aanbod wat betreft BW?</li> <li>• Hoe hebben andere gemeenten invulling gegeven aan vraag en aanbod van voorzieningen BW en welke werkzame factoren zijn hier uit te destilleren?</li> <li>• Welke doelen heeft de regio Utrecht-West gezamenlijk opgesteld voor de doorcentralisatie van beschermd wonen?</li> </ul>
Factoren en randvoorwaarden
<p><b>Deelvragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat zijn de succes- en faalfactoren (knelpunten) als gaat om het voorzieningenaanbod voor cliënten BW en wat is bekend over de kwaliteit van het geleverde aanbod?</li> <li>• Welke randvoorwaarden en kwaliteitseisen zijn van belang voor de invulling van voorzieningen?</li> </ul>
Huidige aanbod
<p><b>Deelvragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wat is het huidige omvang van het aanbod voor cliënten aan BW-zorg en voorliggende voorzieningen en door welke zorgpartijen en welzijnspartners wordt dit geleverd (sociale kaart)?</li> </ul>
Behoeften en vraag
<p><b>Deelvragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Welke wensen en behoeften zijn er onder verschillende doelgroepen in termen van aanbod, locatie, vorm van ondersteuning en type voorziening (preventief, gericht op uitstroom)?</li> <li>• Wat zijn de belangrijkste keuzecriteria voor de totstandkoming voor een gemeente waarop cliënten/cliëntensysteem een keuze baseren?</li> </ul>

## 1.3 Aanpak en methoden

In de uitvoering van het onderzoek is ervoor gekozen om de onderzoeksvragen te beantwoorden aan de hand van verschillende onderzoeksmethoden. Allereerst is er inzicht verkregen in de regionale context en (de uitvoering van) het beleid omtrent BW-zorg aan de hand van deskresearch. Hierbij zijn beleidsstukken en werkafspraken bestudeerd en bevolkingscijfers geïnventariseerd. Omdat de dataverzameling niet volgens verwachting is verlopen zijn de methoden zoals gepresenteerd in deze rapportage zijn niet de methoden die de onderzoekers vooraf hebben bedacht. In de oorspronkelijke opzet was beoogd om groeps gesprekken te voeren met de gemeentelijke toegang (wijkteams, wijk-GGZ), welzijnsorganisaties en zorgaanbieders. Daarnaast zouden er individuele interviews plaatsvinden met cliënten BW-zorg en met inwoners die van voorliggende voorzieningen gebruik hebben gemaakt. In de praktijk bleek de organisatie van de dataverzameling rondom cliënten moeizaam te verlopen. Dit had hoofdzakelijk te maken met wisselingen bij gemeentelijke contactpersonen en een lage bereidheid tot deelname onder de beoogde cliënten.



## Ingezette onderzoeksmethoden

	<p><b>Deskresearch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Documentstudie</li> <li>+ Analyse feiten en cijfers</li> </ul>
	<p><b>Interviews en sessies</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Groepsgesprek welzijnsorganisaties/aanbieders voorliggend veld</li> <li>+ Groepsgesprek aanbieders Beschermd Wonen</li> <li>+ Groepsgesprek gemeentelijke toegang</li> <li>+ Interviews cliënten BW-zorg</li> </ul>
	<p><b>Analyse- en rapportage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Analyse onderzoeksuitkomsten</li> <li>+ Rapportage van bevindingen</li> </ul>

## 1.4 Begrippen

Tabel 1 - Begrippenlijst

Begrip	Uitleg
<b>Basisset</b>	collectief aan voorzieningen, ook wel 'de gereedschapskist', met als doel om dakloze inwoners en inwoners met psychische problemen (weer) zelfstandig te laten wonen. Elke UW-gemeente moet de basisset op orde moeten hebben. Voorbeelden van voorzieningen uit de basisset zijn schuldhulpverlening, ambulante begeleiding en een time-outvoorziening
<b>BT</b>	afkorting van beschermd thuis, een zorgvorm waarbij men passende beschermd wonen-zorg in de thuissituatie ontvangt.
<b>BW-zorg</b>	BW is een afkorting van beschermd wonen. Met deze term wordt, tenzij anders aangeduid, intramurale zorg bedoeld.
<b>Cliënten</b>	inwoners van een gemeente binnen de regio UW die gebruik maken van ondersteuning of geïndiceerde zorg
<b>Inwoners</b>	inwoners van een gemeente binnen de regio UW
<b>MO</b>	afkorting van maatschappelijke opvang
<b>UW</b>	afkorting van Utrecht-West
<b>Voorliggende voorzieningen</b>	het collectief aan voorzieningen waar geen indicatie voor nodig is. Er wordt geen indicatie afgegeven als de inwoner nog gebruik kan maken van voorliggende voorzieningen. Ook wel 'algemene voorzieningen' genoemd. Voorbeelden zijn boodschappendiensten of wandelmaatjes
<b>Welzijnsorganisaties</b>	organisaties die voorliggende voorzieningen leveren
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015



## 2 | Contextanalyse

Deze contextanalyse is opgesteld om de lokale kaders waarin de onderzoeksresultaten worden verzameld en geanalyseerd te duiden. Op basis van openbare data worden inzichten over de doelgroep, bevolkingssamenstelling en prognoses gegeven. Hiertoe wordt uitgeweid over de demografische kenmerken en het zorggebruik van de gemeenten uit de regio Utrecht-West (UW), namelijk Oudewater, Woerden, Stichtse Vecht, Montfoort en De Ronde Venen. Waar mogelijk worden deze statistieken vergeleken met landelijke data.

### 2.1 Demografie en zorggebruik algemeen

In Tabel 2 worden de inwonersaantallen en procentuele groei in de periode 2005-2023 tussen de onderlinge gemeenten vergeleken. Te zien is dat de jaarlijkse procentuele groei in bevolking voor de meeste gemeenten in lijn is met de landelijke trend, rond de 1-3% ligt. Een uitzondering hierop is De Ronde Venen, dat in 2011 is gefuseerd met de gemeente Abcoude.

Tabel 2 - Inwonersaantallen over tijd<sup>2</sup>

	Stichtse Vecht		Woerden		Oudewater		Montfoort		De Ronde Venen		Nederland	
	N	Vershil t.o.v. vorige periode	N	Vershil t.o.v. vorige periode	N	Vershil t.o.v. vorige periode	N	Vershil t.o.v. vorige periode	N	Vershil t.o.v. vorige periode	N	Vershil t.o.v. vorige periode
2005	n.b.	-	48.118	-	9.947	-	13.438	-	34.438	-	16.305.526	-
2010	n.b.	-	49.334	2,5%	9.843	-1,0%	13.494	0,4%	34.400	-0,1%	16.574.989	1,7%
2015	63.943	-	50.631	2,6%	9.924	0,8%	13.672	1,3%	42.588	23,8%	16.900.726	2,0%
2020	64.931	1,5%	52.299	3,3%	10.230	3,1%	13.917	1,8%	44.456	4,4%	17.407.585	3,0%
2023	65.771	1,3%	53.244	1,8%	10.232	0,0%	13.929	0,1%	45.572	2,5%	17.811.291	2,3%

In Tabel 3 wordt informatie weergegeven met betrekking tot het zorggebruik buiten de Wmo. Hierbij wordt aandacht besteed aan de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) en aan twee parameters per wet. Bij statistieken rondom de Wlz is alleen rekening gehouden met zorg in natura; PGB's zijn hier niet in meegenomen. In de tabel is te zien dat de UW-gemeenten onderling sterk overeenkomen. Montfoort lijkt in vergelijking met andere gemeenten en de landelijke cijfers minder inwoners te hebben die zorg vanuit de Wlz ontvangen. Een eenduidige verklaring kan aan de hand van de beschikbare resultaten niet worden gegeven. De zorgkosten liggen in de gemeenten veelal onder de landelijke gemiddelden.

Tabel 3 - Zorggebruik buiten de Wmo<sup>3</sup>

			Stichtse Vecht	Woerden	Oudewater	Montfoort	De Ronde Venen	Nederland
Zvw	Totaal	aantal personen/10.000 verzekerden	8.811	8.740	8.564	8.689	8.770	8.700
		€/verzekerde	€2.500	2.474	€2.479	€2.287	€2.431	€2.584
	Huisartsenzorg	aantal personen/10.000 verzekerden	7.749	7.572	7.378	7.501	7.714	7.478
		€/verzekerde	€225	€205	€201	€221	€216	€227

<sup>2</sup> Bron: CBS

<sup>3</sup> Bron: [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl) (Vektis; data 2021)



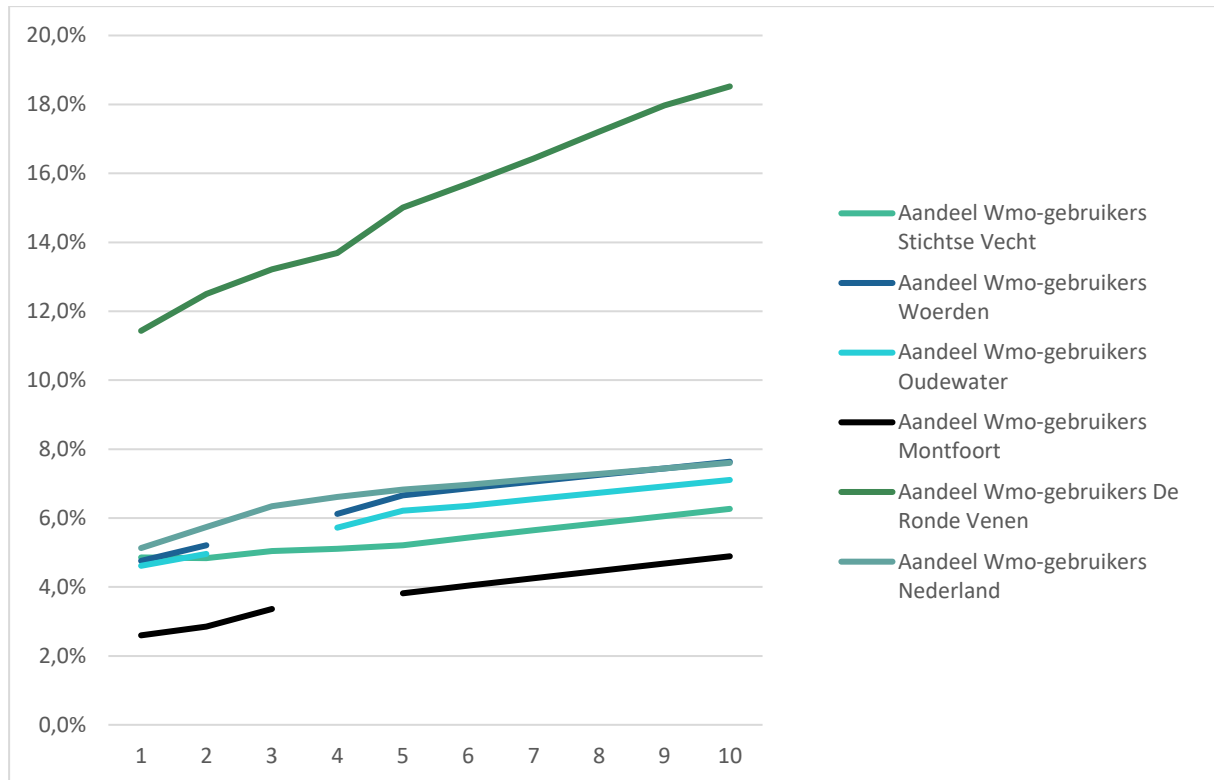
	<i>Wijkverpleging</i>	aantal personen/10.000 verzekerden €/verzekerde	256 €140	256 €147	303 €128	231 €151	258 €146	333 €193
<b>Wlz</b>	<i>Totaal</i>	aantal personen/10.000 verzekerden €/verzekerde	146 €832	165 €994	143 €660	91 €462	123 €775	189 €1.195
	<i>Zorg thuis</i>	aantal personen/10.000 verzekerden €/verzekerde	41 €102	41 €85	33 €52	27 €53	23 €36	41 €96
	<i>Zorg in een instelling</i>	aantal personen/10.000 verzekerden €/verzekerde	61 €660	109 €829	80 €468	54 €363	92 €696	132 € 1.023

Tabel 4 geeft informatie over het gebruik van de Wmo in de gemeenten over tijd in vergelijking met landelijke data. In de tabel zijn totale aantallen en procentuele aandelen te zien. Daarnaast geeft de tabel ook voorspellingen ten aanzien van Wmo gebruik weer tot en met 2026. De absolute aantallen Wmo-gebruikers per gemeente lijken voor de meeste in verhouding met de omvang van de gemeenten. De Ronde Venen is hier een uitzondering op: jaarlijks lijken er consistent 10 procentpunt meer Wmo-gebruikers in de gemeente te wonen dan in andere gemeenten en het landelijk gemiddelde. Het verschil in het aandeel Wmo-gebruikers is in Stichtse Vecht is tussen 2017 en 2021 minder hard gegroeid dan in andere gemeenten.

Tabel 4 - Gebruik Wmo (aantallen en percentages)<sup>4</sup>

		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
<b>Wmo-gebruikers</b>	<i>Stichtse Vecht</i>	3.130	3.120	3.245	3.315	3.390	3.546	3.747	3.908	4.046	4.179
	<i>Woerden</i>	2.450	2.695	n.b.	3.200	3.510	3.629	3.761	3.878	3.988	4.099
	<i>Oudewater</i>	470	505	n.b.	585	630	645	674	700	719	746
	<i>Montfoort</i>	360	395	470	n.b.	530	558	587	612	636	665
	<i>De Ronde Venen</i>	1.585	1.735	1.850	1.905	2.085	2.170	2.267	2.358	2.444	2.519
	<i>Nederland (x1000)</i>	876	986	1.096	1.151	1.192	1.226	1.264	1.302	1.338	1.375
<b>Aandeel Wmo-gebruikers</b>	<i>Stichtse Vecht</i>	4,9%	4,8%	5,0%	5,1%	5,2%	5,4%	5,6%	5,9%	6,1%	6,3%
	<i>Woerden</i>	4,8%	5,2%	n.b.	6,1%	6,7%	6,9%	7,1%	7,2%	7,4%	7,6%
	<i>Oudewater</i>	4,6%	5,0%	n.b.	5,7%	6,2%	6,3%	6,5%	6,7%	6,9%	7,1%
	<i>Montfoort</i>	2,6%	2,8%	3,4%	n.b.	3,8%	4,0%	4,3%	4,5%	4,7%	4,9%
	<i>De Ronde Venen</i>	11,4%	12,5%	13,2%	13,7%	15,0%	15,7%	16,4%	17,2%	18,0%	18,5%
	<i>Nederland</i>	5,1%	5,7%	6,3%	6,6%	6,8%	7,0%	7,1%	7,3%	7,4%	7,6%
<b>Vershil in aandeel met 2021</b>	<i>Stichtse Vecht</i>	-6,7%	-7,1%	-3,1%	-1,9%	ref	4,4%	8,4%	12,4%	16,3%	20,3%
	<i>Woerden</i>	-28,6%	-21,8%	n.b.	-8,1%	ref	3,0%	5,9%	8,8%	11,7%	14,6%
	<i>Oudewater</i>	-25,8%	-20,2%	n.b.	-8,0%	ref	2,2%	5,3%	8,3%	11,3%	14,3%
	<i>Montfoort</i>	-31,9%	-25,4%	-12,0%	n.b.	ref	5,9%	11,5%	17,1%	22,6%	28,2%
	<i>De Ronde Venen</i>	-23,8%	-16,7%	-11,9%	-8,8%	ref	4,7%	9,5%	14,7%	19,8%	23,4%
	<i>Nederland</i>	-24,8%	-15,9%	-7,0%	-3,1%	ref	2,1%	4,4%	6,8%	9,1%	11,4%

<sup>4</sup> Bron: [www.wmovoorspelmodel.vng.nl](http://www.wmovoorspelmodel.vng.nl)



Figuur 1 - Trends in aandelen Wmo-gebruikers

Het aantal zelfstandig wonende 70-plussers per 1.000 mensen zit in de afzorgelijke gemeenten dicht bij het landelijk gemiddelde. Omdat het doel van de Wmo is om mensen zo lang mogelijk zelfredzaam te houden duidt een hoger getal grofweg op een betere realisatie.

Tabel 5 - Aandelen zelfstandig wonenden van 70 jaar of ouder per gemeente (aantallen p/1000 inw.)<sup>5</sup>

Zelfstandig wonend 70+ jaar	
Stichtse Vecht	959
Woerden	960
Oudewater	942
Montfoort	982
De Ronde Venen	978
Nederland	954

Tabel 5 geeft het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen weer. Onder 'Ondersteuning thuis' vallen onder andere dagbesteding en begeleiding, onder 'Verblijf en opvang' vallen onder andere beschermd wonen en maatschappelijke opvang en onder 'Hulpmiddelen en diensten' vallen onder andere een maatregelen met betrekking tot vervoer en woningaanpassingen.

Tabel 6 - Gebruik verschillende Wmo-maatwerkvoorzieningen (aantallen p/1000 inw.)<sup>6</sup>

	Stichtse Vecht	Woerden	Oudewater	Montfoort	De Ronde Venen	Nederland
Ondersteuning thuis	9	16	11	8	10	13
Hulp bij het huishouden	21	27	28	22	20	27
Verblijf en opvang*	38	93	3	3	3	-
Hulpmiddelen en diensten	34	46	38	37	29	41

<sup>5</sup> [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl) (CBS MSD WMO; data uit eerste kwartaal 2023)

<sup>6</sup> [www.waarstaatjegemeente.nl](http://www.waarstaatjegemeente.nl) (VNG, Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein; data uit 2e halfjaar 2021)

\* Cijfers uit 2021, overgenomen vanuit het simulatiemodel Beschermd Wonen U16 van Significant Public, niet beschikbaar in Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein





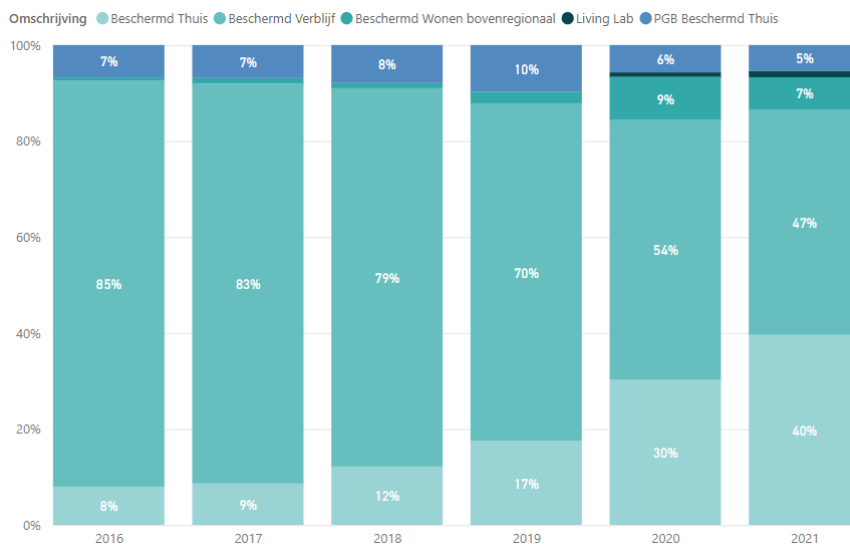
## 2.2 Cliëntaantallen beschermd wonen

Aan de hand van gegevens afkomstig uit het dashboard van het Simulatiemodel Beschermd Wonen U16 is geprobeerd om een beeld te schetsen van de ontwikkeling van cliëntaantallen en hun zorgvraag over de afgelopen periode (2016-2021) en wordt er aan de hand van die gegevens een prognose gedaan voor de periode 2020 tot 2035. Adresgegevens uit het dashboard zijn afkomstig uit de Basisregistratie Personen (BRP). Onder cliënten worden inwoners verstaan die gebruik maken van de BW-producten Beschermd Thuis, Beschermd Verblijf, Beschermd Wonen.

Tabel 7 - Cliëntaantallen met een herkomstgemeente uit UW over tijd

Woongemeente	2016	2017	2018	2019	2020	2021
De Bilt	1	1	4	2	3	2
De Ronde Venen	3	5	3	3	3	2
Houten	1	1	1	1	1	1
IJsselstein	2	2	2	4	4	2
Montfoort	2	2	2	4	4	2
Nieuwegein	-	1	1	2	4	4
Oudewater	-	-	-	-	1	1
Stichtse Vecht	37	30	33	34	31	16
Utrecht	21	35	44	46	51	43
Utrechtse Heuvelrug	2	2	3	3	2	1
Woerden	84	84	84	96	89	65
Zeist	3	3	3	4	6	2
Onbekend	7	8	7	8	11	6
<b>Totaal</b>	<b>163</b>	<b>174</b>	<b>189</b>	<b>206</b>	<b>211</b>	<b>149</b>

Tabel 7 geeft weer hoe aantallen cliënten BW met een herkomstgemeente uit UW zich over tijd hebben ontwikkeld in de U16. De afname van cliënten in 2021 heeft te maken met het openstellen van de Wlz voor inwoners met GGZ-problematiek per 1 januari in datzelfde jaar. In Tabel 8 wordt meer informatie over de (netto) in- en uitstroom gegeven van cliënten met een herkomstgemeente uit de UW. Uit beide tabellen valt op te maken dat de meeste cliënten uit UW gemeenten beschermd wonen in Woerden, Utrecht stad of Stichtse Vecht. Sinds 2018 is er sprake geweest van een netto afname van cliënten in de gemeenten over tijd. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de overgang richting Beschermd Thuis, oftewel de doordecentralisatie van BW-zorg.



Figuur 2 - Voorzieningen van cliënten met herkomstgemeente uit de UW over tijd



Tabel 8 - In- en uitstroom cliënten met herkomstgemeente uit UW over tijd

Gemeente	2016			2017			2018			2019			2020			2021		
	In	Uit	Netto	In	Uit	Netto	In	Uit	Netto	In	Uit	Netto	In	Uit	Netto	In	Uit	Netto
De Bilt	1	0	1	0	0	0	3	2	1	0	0	0	1	2	-1	1	0	1
De Ronde Venen	3	0	3	2	2	0	0	1	-1	1	2	-1	2	2	0	1	2	-1
Houten	2	0	2	0	0	0	2	1	1	0	0	0	2	1	1	0	1	-1
IJsselstein	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Montfoort	2	0	2	0	1	2	1	0	1	3	2	1	1	3	-2	1	2	-1
Nieuwegein	-	-	-	2	1	1	0	0	0	1	1	0	3	1	2	1	0	1
Oudewater	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	1	0	1	-4
Stichtse Vecht	69	17	52	7	8	-1	11	7	4	6	22	-16	15	31	-16	3	15	-12
Utrecht	24	5	19	19	12	7	20	15	5	18	21	-3	24	20	4	11	9	2
Utrechtse Heuvelrug	2	0	2	0	0	0	1	0	1	0	2	-2	1	1	0	0	0	0
Woerden	156	21	135	24	22	2	15	21	-6	33	71	-38	39	57	-18	12	25	-13
Zeist	5	0	5	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	7	-5	0	1	-1
Onbekend	6	1	5	5	6	-1	4	3	1	2	3	-1	6	5	1	1	5	-4
<b>Totaal</b>	<b>271</b>	<b>44</b>	<b>227</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>7</b>	<b>57</b>	<b>50</b>	<b>7</b>	<b>66</b>	<b>124</b>	<b>-58</b>	<b>97</b>	<b>130</b>	<b>-33</b>	<b>31</b>	<b>61</b>	<b>-30</b>

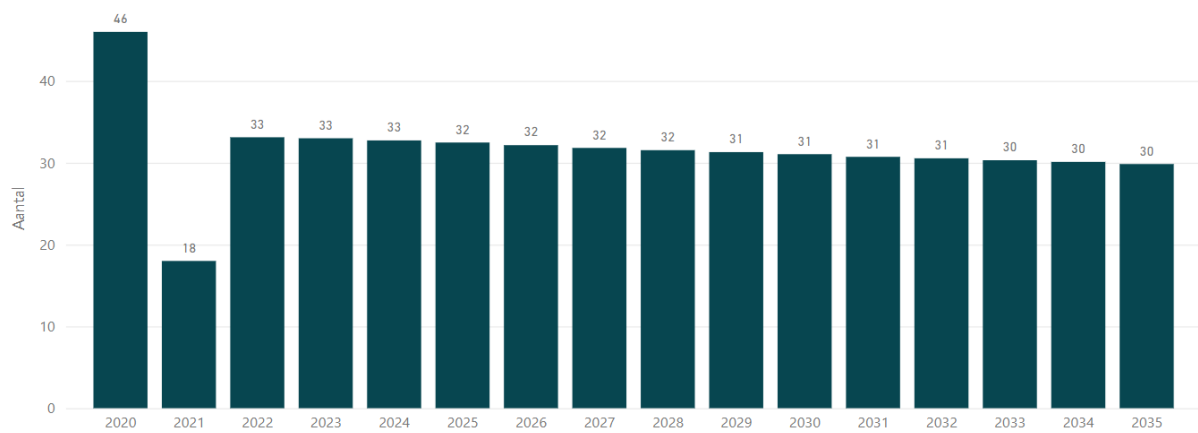
Deze overgang is te zien in Figuur 2, waar de verdeling van de voorzieningen waar cliënten over tijd gebruik van maakten, inzichtelijk is gemaakt. In de figuur is een duidelijke relatieve stijging in het aantal cliënten dat gebruik maakt van Beschermd Thuis over tijd waar te nemen, waar het aandeel cliënten dat gebruik maakt van Beschermd Verblijf over tijd is afgenomen.

In Tabel 9 zijn aantallen cliënten BW, met een herkomstgemeente in de U16, over tijd weergegeven die verbleven in UW gemeenten. In vergelijking met de cliëntaantallen die in Tabel 7 worden weergegeven is duidelijk zichtbaar dat UW gemeenten veelal cliënten huisvesten die afkomstig zijn uit UW gemeenten.

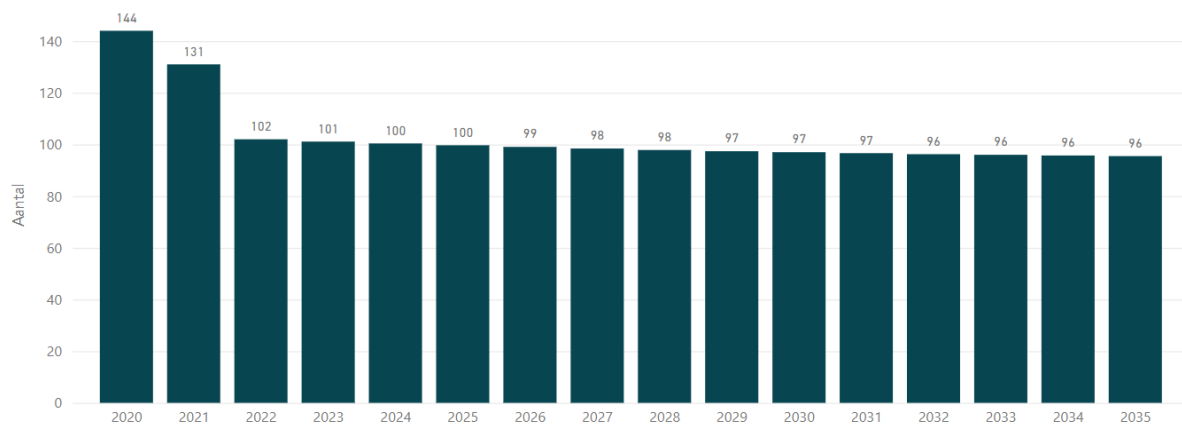
Tabel 9 - Aantal cliënten met herkomstgemeente uit U16 per UW gemeente over tijd

Woongemeente	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ronde Venen	3	6	3	4	5	3
Montfoort	2	2	2	4	4	3
Oudewater	1	1	1	1	3	3
Stichtse Vecht	49	46	53	55	55	38
Woerden	100	101	105	113	114	93
<b>Totaal</b>	<b>155</b>	<b>156</b>	<b>164</b>	<b>177</b>	<b>181</b>	<b>140</b>

Figuur 3 laat zien hoe de instroom van cliënten met een herkomstgemeente uit UW zich naar verwachting zal ontwikkelen onder het scenario 'ambulantisering'. Dit scenario houdt in dat per 2020 een derde van de cliënten uitstroomt, dat 2% van de cliënten bovenregionale BW-zorg ontvangt, 49% van de cliënten Beschermd Verblijf krijgt en dat 49% van de cliënten Beschermd Thuis woont. Verder geeft het model verder geen achtergrond bij de totstandkoming van de gegevens. Na de doorvoering van de ambulantisering wordt er in 2021 een sterke, eenmalige afname van de instroom van cliënten waargenomen. Dit heeft mogelijk te maken met de verschuiving van de Wmo naar de Wlz. De jaren erna wordt een zeer lichte afname gezien in de instroom van cliënten. Figuur 4 maakt gebruik van hetzelfde scenario als Figuur 2, maar laat in plaats van de instroom van cliënten de totale cliëntaantallen zien. In de figuur is te zien dat er een afname in het totale aantal cliënten van bijna 30% in de eerste twee jaar na de ambulantisering wordt waargenomen en dat deze afname in de jaren daarna langzaam maar zeker stabiliseert.



Figuur 3 - Prognose instroom cliënten met herkomstgemeente uit UW<sup>7</sup>



Figuur 4 - Prognose totale aantal cliënten herkomstgemeente uit UW<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Cijfers afkomstig uit het simulatiemodel Beschermd Wonen U16 van Significant Public

<sup>8</sup> Cijfers afkomstig uit het simulatiemodel Beschermd Wonen U16 van Significant Public



## 3 | Beleid en kaders

Dit hoofdstuk beoogd om een beeld te schetsen van het opgestelde beleid en de gestelde doelen rondom (de doordecentralisatie van) BW, voorliggende voorzieningen en uitstroomvoorzieningen op regionaal en gemeentelijk niveau. Hiervoor is er deskresearch uitgevoerd, bestaande uit een documentanalyse van door de regio en gemeenten aangeleverde documentatie, en analyse van op het internet gevonden informatie.

### 3.1 Regio

#### 3.1.1 Visie

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten (VNG) hebben de U16 gemeenten een regioplan voor BW gemaakt waar in 2020 mee is ingestemd. Het document borduurt voort op de regionale koers maatschappelijke opvang en beschermd wonen, dat de U16 per eind 2017 heeft vastgelegd. Het regioplan is tot stand gekomen onder leiding van Utrecht-stad en is de uitkomst van een proces waarbij de afzonderlijke Wmo-regio's met in elkaar in gesprek gingen over samenwerking op het gebied van Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen (MOBW). In dit document is onder andere vastgelegd wat de koers van de gemeenten is ten aanzien van BW, welke ambities daarbij horen en welke uitgangspunten daarbij worden gehanteerd. De gezamenlijke ambitie luidt 'passende ondersteuning van de kwetsbare doelgroep, zo thuis mogelijk'. In deze koers staan drie doelstellingen centraal, namelijk:

- 1) *Verschuiving naar meer ambulante hulpverlening*: meer kwetsbare mensen blijven en gaan terug in de wijk wonen;
- 2) *Inzetten op herstel én preventie*: de ondersteuning is geïntegreerd en dichtbij;
- 3) *Gezamenlijk doorontwikkelen en sturen op het zorglandschap*. Elke gemeente is verantwoordelijk voor de hulp aan haar inwoners.

Hierbij worden een vijftal uitgangspunten gehanteerd namelijk:

- 1) Eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en wederkerigheid zijn vanzelfsprekend
- 2) Normaliseren en uitgaan van mogelijkheden;
- 3) Ruimte voor professionele afwegingen en beslissingen;
- 4) Eenvoudiger systeem en integrale aanpak;
- 5) Lokaal wat lokaal kan, regionaal wat meerwaarde heeft.

#### 3.1.2 Uitvoering

UW heeft een uitvoeringsprogramma voor de periode 2023-2024 opgesteld, waarin de doelstellingen uit het regioplan praktisch zijn vertaald. In dit uitvoeringsprogramma worden de drie doelstellingen uit het regioplan vertaald naar vijf pijlers. Deze pijlers luiden als volgt:

Tabel 10 - Doelstellingen uit het regioplan U16

Doelstelling	Pijler
Verschuiving naar meer ambulante hulpverlening	1 Gereedschapskist
	2 Toegang
Inzetten op herstel én preventie	3 Aanbieders
	4 Woonplekken
Gezamenlijk doorontwikkelen en sturen op het zorglandschap	5 Sturen op het zorglandschap/ spreiding van voorzieningen



Pijler één, 'gereedheidskist', duidt erop dat gemeenten ten tijde van de invoering van de doordecentralisatie elk een eigen 'basisset', oftewel 'gereedheidskist', op orde moeten hebben. Hier worden een groep benodigde (ambulante) voorzieningen bedoeld die het doel hebben om mensen zo goed mogelijk hun leven te laten leiden in hun wijk/dorp/stad. Hierbij gaat bijvoorbeeld om voorzieningen op het gebied van ambulante ondersteuning, persoonlijke ontwikkeling en financiën. Iedere gemeente zou haar eigen basisset op orde moeten hebben, maar gemeenten uit de U16 werken samen om deze voorzieningen op orde te krijgen. De tweede pijler, 'toegang', beschrijft de ambitie om de toegang lokaal te beleggen zodat inwoners, conform de gedachte achter de doordecentralisatie, in hun eigen gemeente om hulp kunnen vragen. De derde pijler, 'aanbieders', houdt in dat gemeenten samen met zorgpartners een 24-uurs infrastructuur voor BW-zorg willen realiseren, dan wel in stand willen houden. Dat inwoners langer zelfstandig in de wijk blijven wonen houdt in dat er meer gebruik gemaakt zal worden van voorzieningen als Beschermd Thuis of andere ambulante voorzieningen waarbij men zelfstandig kan blijven wonen. De vierde pijler, 'woonplekken', betekent dat U16 gemeenten voldoende woonplekken willen realiseren voor uitstromende inwoners. Tot slot gaat de vijfde pijler, 'sturen op het zorglandschap/spreiding van voorzieningen', over het verder spreiden van de BW-voorzieningen van het zorglandschap. Omdat BW-voorzieningen op dit moment hoofdzakelijk gecentreerd zijn rondom Utrecht-stad is het een uitdaging om inwoners zo lokaal mogelijk ondersteuning te bieden.

## 3.2 Gemeenten

### 3.2.1 Uitvoering

Omdat de invulling van gemeentelijke taken een lokale maatwerk aanpak vergt, ligt het voor de hand dat gemeenten zelf uitvoeringsprogramma's formuleren. Om een beeld van de gemeentelijke invulling van beleid te krijgen hebben de onderzoekers daarom bij UW-gemeenten nagevraagd of er lokale uitvoeringsplannen zijn gemaakt.

#### Stichtse Vecht

Op deze navraag heeft Stichtse Vecht een uitvoeringsplan aangeleverd dat geldt als lokale aanvulling op het regioplan van de U16. Het uitvoeringsplan van Stichtse Vecht is afkomstig uit 2020 en strekte tot 2022, maar wordt volgens het document zelf 'door regelmatige bijstelling' actueel gehouden. Het is onduidelijk wanneer de laatste bijstelling plaats heeft gevonden. In de programmabegroting van 2023 van Stichtse Vecht stond dit uitvoeringsplan ook vermeld onder de vastgestelde kaders van dat jaar. Het document geeft invulling aan de lokale basisset door per onderdeel van de basisset (bijv. schuldhulpverlening, persoonlijke ontwikkeling, preventie en vroegsignalering) te bespreken wat er al is gerealiseerd en welke acties er nog moeten worden ondernomen. Verder bevat elk onderdeel een afzonderlijke ambitie, die geldt als terugkoppeling naar de ambitie die is gesteld in het Integraal Beleidskader (IBK) van Stichtse Vecht (*"In 2030 kan iedereen in Stichtse Vecht zich naar vermogen ontwikkelen, binnen zijn of haar mogelijkheden meedoen en aan de samenleving bijdragen. Dit geeft voldoening en heeft een positief effect op het welzijn en de gezondheid van mensen. Inwoners kijken naar elkaar om en helpen en ondersteunen elkaar."*) en de daaronder liggende uitgangspunten:

- 1) Voorkomen is beter;
- 2) Samenspel van eigen keuze en onderlinge afhankelijkheid;
- 3) Iedereen doet mee (inclusieve samenleving);
- 4) De leefwereld van de inwoner is leidend.

#### Overige gemeenten

Andere gemeenten hebben aangegeven geen lokale uitvoeringsplannen te hebben opgesteld.





## 3.2.2 Voorzieningenaanbod

Aan de afzonderlijke UW-gemeenten is gevraagd naar informatie over de sociale kaart. Op dit verzoek hebben drie van de vijf gemeenten gereageerd, namelijk Stichtse Vecht, De Ronde Venen en Oudewater. Van de drie gemeenten heeft alleen Stichtse Vecht een overzicht aangeleverd van de beschikbare voorzieningen in de gemeente. Voor de overige gemeenten is er via Google<sup>9</sup> gezocht naar beschikbare informatiebronnen.

Voor de documentanalyse is er een overzicht van het zorglandschap aangeleverd door de regio, dat een lijst bevat met zorgaanbieders die actief zijn in UW. Het document is een resultaat van een werkbijeenkomst die als doel had om inzicht te geven in het zorglandschap van UW. In dit document wordt ook melding gemaakt van wachttijden voor besproken voorzieningen. Echter, deze zijn, gezien het feit dat het document niet recent is bijgewerkt, in het betreffende document niet gerapporteerd.

Tot slot is er ook gekeken naar de Beschikbaarheidswijzer<sup>10</sup>, een online tool die voor gecontracteerde zorgaanbieders informatie omtrent beschikbare zorg en wachttijden weergeeft. Hierin kunnen resultaten binnen UW worden uitgesplitst. De website van de Beschikbaarheidswijzer omvat op het moment van schrijven ten aanzien van de Wmo slechts informatie over individuele begeleiding, groepsbegeleiding, vervoer en kortdurend verblijf. De Wmo-consulent van De Ronde Venen die de onderzoekers op de tool wees gaf aan dat het gebruik van deze tool voor Wmo-doeleinden in 2023 verder wordt uitgerold. Omdat de tool op dit moment niet volledig is, is ervoor gekozen om deze niet mee te nemen in dit onderzoek.

Hieronder wordt per gemeente de aangeleverde of gevonden informatie besproken.

### De Ronde Venen

#### *Sociale kaart*

Door een Wmo-consulent van De Ronde Venen wordt aangegeven dat zij een website<sup>11</sup> hebben waarop inwoners beschikbare regelingen en voorzieningen kunnen bekijken. Vervolgens kunnen resultaten worden gefilterd op, onder andere, werkgebied (bijv. 'gezin en opvoeden' of 'schulden'), leeftijd, inkomensgrens of doelgroep. De website is gemaakt door Servicepunt De Ronde Venen, een stichting die verbonden is aan de gelijknamige gemeente, en voornamelijk lijkt te zijn ingericht om inwoners met een hulpvraag te voorzien. Waar de website een uitgebreid overzicht van voorliggende voorzieningen heeft, blijft een duidelijk overzicht van het zorgaanbod uit. Inwoners met vragen over BW worden doorverwezen naar een webpagina waar slechts een informatie over de gemeentelijke toegang ten aanzien van BW vermeld is. Informatie over aanbieders en contactmogelijkheden worden niet vermeld.

#### *Document overzicht zorglandschap*

In het document met het overzicht van het zorglandschap wordt niet gesproken over de beschikbaarheid van BW-zorg in De Ronde Venen.

### Oudewater

Een Wmo-consulent uit de gemeente Oudewater leverde een website van het Stadsteam van de gemeente<sup>12</sup> aan met informatie ten aanzien van de beschikbare BW-zorgaanbod en voorliggende voorzieningen in de gemeente. De informatie is gegroepeerd op thema (bijv. 'geldzaken en inkomen' of 'ondersteuning en zorg') en bevat per thema een aantal onderwerpen (voor 'ondersteuning en zorg' bijvoorbeeld 'wonen met begeleiding' of 'autisme'), waarnaar de beschikbare voorzieningen zijn uitgesplitst. Op de website is makkelijk te navigeren naar de pagina met faciliteiten ten aanzien van beschermd wonen. Echter, op de webpagina met informatie over BW-voorzieningen wordt doorverwezen naar een niet-functionerende website van het Stadsteam van Oudewater. De gemeentelijke websites lijken dus ontoereikend.

#### *Document overzicht zorglandschap*

<sup>9</sup> Gebruikte zoekterm: [naam gemeente] + 'sociale kaart'

<sup>10</sup> <https://beschikbaarheidswijzer.nl/>

<sup>11</sup> [www.servicepuntderondevenen.nl](http://www.servicepuntderondevenen.nl)

<sup>12</sup> [www.socialekaartoudewater.nl](http://www.socialekaartoudewater.nl)



In het document met het overzicht van het zorglandschap wordt niet gesproken over de beschikbaarheid van BW-zorgvoorzieningen in Oudewater.

## Woerden

### *Sociale kaart*

Inwoners van de gemeente Woerden kunnen voor een overzicht van de sociale kaart terecht op de website van WoerdenWijzer<sup>13</sup>. De website is van een gelijknamige afdeling binnen de gemeente Woerden waar verschillende deskundigen uit het sociaal domein zitting in nemen. De gedachte achter de website en de afdeling WoerdenWijzer is dat inwoners met vragen omtrent het sociaal domein op één plek terecht kunnen. Op de website worden inwoners dan ook voorzien van het geheel aan voorzieningen gegroepeerd op thema, alsook een volledig stroomschema met klikbare links over hoe een hulpvraag beantwoord kan worden. Voor alle zorgvoorzieningen worden inwoners doorverwezen naar de gemeentelijke toegang. Verder is de website Hart Voor Woerden<sup>14</sup> actief binnen de gemeente. Echter, de sociale kaart die op de website wordt aangeboden bevat voornamelijk aanbiedingen voor hulp van vrijwilligers. Voor algemene voorzieningen kan de inwoner beter terecht bij WoerdenWijzer.

### *Document overzicht zorglandschap*

In Woerden zijn volgens het overzicht van het zorglandschap meerdere zorgaanbieders actief op BW-zorg. Zo heeft Abrona twee locaties in de gemeente waar BW-zorg wordt geleverd, waarvan één locatie met veel cliënten uit de regio en één locatie voor cliënten met PGB. Abrona huisvest voornamelijk cliënten met een Wlz-indicatie. Verder voorziet Abrona ook in voorliggende voorzieningen en minder zware, zorg respectievelijk in de vorm van dagbesteding en ambulante ondersteuning.

Het Leger des Heils heeft meerdere voorzieningen in Woerden, bestaande uit verschillende voorliggende voorzieningen (bijv. gezinsbegeleiding of begeleiding bij echtscheiding), ambulante voorzieningen, drie locaties voor Pitstops (kortdurend verblijf van 6-12 maanden voor mensen met een Wmo-indicatie) en een zorglocatie waar cliënten met een Wlz-indicatie BW-zorg ontvangen.

Lievegoed biedt in Woerden begeleiding, dagbesteding en BW aan. De enige BW-locatie van Lievegoed in UW bevindt zich in de omgeving Woerden. Op deze locatie is ruimte voor cliënten met een Wmo- en Wlz-indicatie.

Tot slot heeft Kwintes in Woerden meerdere zorglocaties en voorzieningen in het kader van begeleiding. In totaal zijn er in Woerden drie zorglocaties van Kwintes, waarvan één locatie vooral ruimte biedt aan cliënten met een Wlz-indicatie, één voorziening beschikbaar is voor cliënten met een Wmo-indicatie en één locatie voor cliënten met een 'Living Lab'-indicatie. Living Lab, oftewel: 'Living Lab Eerst een Thuis' is een leervorm waarbij er onderdak wordt geboden aan daklozen met als doel om de doorstroom vanuit maatschappelijke opvang te verbeteren. Naast deze drie woonlocaties verhuurt Kwintes ook 29 woningen aan inwoners met een BT-beschikking of een beschikking voor ambulante zorg en 6 woningen aan gezinnen met een indicatie voor gezinscoaching.

## Montfoort

### *Sociale kaart*

In Montfoort kunnen inwoners terecht op de website Actief in Montfoort<sup>15</sup>. De website is het resultaat van een samenwerking van meerdere organisaties, waaronder de gemeente Montfoort en SWOM (Stichting Welzijnsondersteuning Montfoort-Linschoten). De website voor de sociale kaart groepeerde de voorzieningen niet op thema, maar op locatie en alfabet.

### *Document overzicht zorglandschap*

In Montfoort worden geen cliënten voor BW-zorg gehuisvest. Montfoort biedt dan binnen de eigen gemeentegrenzen geen BW-zorg aan.

<sup>13</sup> <https://www.woerdenwijzer.nl/hoe-werkt-woerdenwijzer>

<sup>14</sup> <https://www.hartvoorwoerden.nl/sociale-kaart-1>

<sup>15</sup> <https://www.actiefinmontfoort.nl/>





## Stichtse Vecht

### *Sociale kaart*

TIM SV is een samenwerkingsverband dat in Stichtse Vecht het aanspreekpunt is voor zorg- en ondersteuningsvragen. Op de website van TIM SV is geen overzicht beschikbaar van het zorgaanbod en de voorliggende voorzieningen die de organisatie aanbiedt. In plaats daarvan kunnen inwoners per webformulier of telefoon contact opnemen met TIM SV.

Uit documentatie die door een aandachtsfunctionaris van TIM SV is aangeleverd blijkt dat een overzicht van de sociale kaart beschikbaar is via 'TIM connect'. Na een Google search lijkt het platform niet publiekelijk vindbaar te zijn.

### *Document overzicht zorglandschap*

In Stichtse Vecht biedt Abrona BW-zorg aan op een zestal locaties. In het document met het overzicht van het zorglandschap wordt aangegeven dat het grootste deel van de locaties zorg biedt voor inwoners met een Wlz-indicatie. Echter, het is onduidelijk welke locaties dit exact zijn. Andere ondersteuningsvormen, zoals voorliggende en ambulante voorzieningen, worden naast Woerden ook in Stichtse Vecht aangeboden.





## 4 | Groepsgesprekken en interviews

### 4.1 Zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en gemeentelijke toegang

#### Succesfactoren

In dit onderzoek zijn er diverse succesfactoren ten aanzien van het voorzieningenaanbod voor cliënten BW gevonden. Deze zullen in deze paragraaf achtereenvolgens besproken worden. Allereerst blijkt uit de dataverzameling dat samenwerkingsverbanden, meer specifiek tussen reguliere zorgpartijen en welzijnsorganisaties (organisaties die zorg in het voorliggend veld organiseren), welzijnsorganisaties en werkplaatsen en tussen welzijnsorganisaties onderling, door betrokken partijen als positief worden ervaren. Dit bleek uit de groepsgesprekken die de onderzoekers hebben gevoerd met welzijnsorganisaties, de gemeentelijke toegang<sup>16</sup> en zorgaanbieders. Deze samenwerkingen hebben verschillende doelen, variërend van het bieden van betere hulp en het faciliteren van goede uitstroom tot verbeterde inzet op preventie. Zo werkt Handje Helpen bijvoorbeeld samen met Lister in de stad Utrecht om uitstroom en afschaling van zorg goed te kunnen faciliteren. Verder worden er door zorgaanbieders verscheidene voorbeelden gegeven van samenwerkingen op het gebied van dagbesteding. Het Leger des Heils en Kwintes, die bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden in de vorm van dagbesteding als terugvalpreventie bij uitstroom hebben, gaven hierbij aan dat 'een zinvolle invulling van de dag een sleutelrol speelt in het herstel van cliënten'.

Ook welzijnsorganisaties gaven aan waarde te hechten aan samenwerking met andere partijen die geen zorg bieden om vormen van dagbesteding te faciliteren. Zo biedt De Ontmoeting in Woerden bijvoorbeeld lang- en kortdurende dagbestedingstrajecten aan in samenwerking met koffietentjes en kringloopwinkels. Cliënten lijken hierbij gebaat te zijn wanneer 'reguliere' dagbesteding te licht en vrijwilligerswerk te zwaar is. In groepsgesprekken werd door welzijnsorganisaties en zorgaanbieders ook aangegeven dat samenwerkingen met elkaar aan de 'voorkant' ook als waardevol worden beschouwd. Zo werken Kwintes en Handje Helpen samen om preventieve ondersteuning te bieden om te voorkomen dat inwoners, die te maken hebben met lange wachttijden, verder escaleren in hun zorgvraag.

Het gebruik van ervaringsdeskundigen, bijvoorbeeld bij ontmoetingsplekken voor cliënten met vergelijkbare problematiek en dagbesteding met ervaringsdeskundigen, wordt in verschillende groepsgesprekken als succesfactor vermeld. Hierbij wordt aangegeven dat deze ondersteuningsvorm goed werkt omdat 'cliënten een andere richting krijgen zonder te praten over hun problemen' en 'omdat er geen stigma aan de problematiek van cliënten hangt'. Kwadraad en Handje Helpen duiden hierbij dat zij gebruik maken van ervaringsdeskundigen omdat cliënten het vaak lastig vinden om aansluiting te vinden bij het bestaande aanbod. Zorgaanbieders geven aan dat het koppelen van cliënten aan ervaringsdeskundigen nog niet voldoende is ingebed in zorgorganisaties. Tot slot werd ten aanzien van het gebruik van ervaringsdeskundigen nog de kanttekening gegeven dat, omdat er een risico bestaat dat problematiek kan verergeren, het wenselijk is om cliënten naast problematiek ook op basis van hobby's of interesses aan ervaringsdeskundigen te koppelen.

Voor cliënten die ambulante zorg ontvangen wordt door zorgaanbieders aangegeven dat voorzieningen om hulp laagdrempeliger te maken goed werken. Zo heeft Abrona 'digi-contact', wat inhoudt dat cliënten digitaal contact kunnen opnemen met ondersteuning wanneer ze een hulpvraag hebben. Zorgaanbieders gaven verder aan goede ervaringen te hebben met 'gespikkeld wonen' (een woonvorm waar sprake is van 'vragende' bewoners, oftewel hulpbehoevende mensen, en 'dragende' bewoners, oftewel mensen zonder hulpvraag). Kwintes werkt

<sup>16</sup> Aan dit groepsgesprek namen aandachtsfunctionarissen MOBW, Wmo-consulenten/-casemanagers en beleidsmedewerkers MOBW van UW-gemeenten deel





hier zelf al mee. Als voorwaarde voor een effectieve implementatie vraagt dit wel van cliënten dat zij zich 'begeleidbaar' op kunnen stellen, dat wil zeggen dat zij zich openstellen voor het ontvangen van ondersteuning.

Uit de groepsgesprekken met de gemeentelijke toegang, het voorliggend veld en zorgaanbieders uit UW zijn een aantal succesfactoren naar voren gekomen die, mits eraan voldaan wordt, de invulling van voorzieningen ten goede zou komen. Zowel door medewerkers uit het voorliggend veld als door de gemeentelijke toegang wordt aangegeven dat de overgang van voorliggende voorzieningen naar individuele begeleiding (IB) en naar BW-zorg beter kan worden ingericht. Voor de overgang van het voorliggend veld naar BW-zorg ligt het probleem in het feit dat deze zorg vaak buiten de gemeentegrens wordt geboden. De overgang van het voorliggend veld naar IB zou soms stroef lopen doordat de inkoopstromen van IB en BW niet parallel lopen – zorgaanbieders die beide ondersteuningsvormen aanbieden lopen mede hierdoor niet tegen dit probleem aan.

Op gemeentelijk niveau worden verder een drietal randvoorwaarden voor een goede invulling van voorzieningen gesteld. Allereerst blijken gemeenten vaak over te weinig kennis van voorzieningen te beschikken om casussen goed af te ronden. Gemeenten geven hiertoe aan dat het wenselijk is om per zorgaanbieder een aanspreekpunt te hebben dat zij kunnen aanwenden bij vragen. Tot slot signaleren gemeenten dat samenwerking met partners uit de basisset als belangrijk wordt ervaren. Hierbij wordt aangegeven dat men goede ervaringen heeft met de organisatie van periodieke overleggen met betrokken (zorg-)partners.

Vanuit de zorgaanbieders wordt aangegeven dat nog niet iedere zorgpartij contacten heeft met aanbieders van voorliggende voorzieningen. Gezien het feit dat samenwerking met partners uit, onder andere, het voorliggend veld als succesfactor kan worden bestempeld is het een belangrijke randvoorwaarde dat zorgaanbieders deze contacten leggen en aanhouden.

Overzicht succesfactoren
Samenwerkingsverbanden worden door alle gesproken partijen als positief ervaren
Het gebruik van ervaringsdeskundigen wordt over het algemeen aangeraden, mits deze naast problematiek ook aan cliënten worden gekoppeld op basis van hobby's of andere interesses
Bij het verlenen van ambulante zorg kan worden gekeken naar het laagdrempeliger maken van hulp
Cliënten zijn gebaat bij een goede overgang van voorliggende voorzieningen naar IB en BW en vice versa
Om cliënten van goede ondersteuning te voorzien dienen gemeenten over voldoende inhoudelijke kennis en contacten bij zorgaanbieders te beschikken
Het is voor gemeenten wenselijk om een vast aanspreekpunt bij zorgaanbieders te hebben en om hier periodieke overleggen mee in te lassen
Het is voor zorgpartijen wenselijk om partners uit het voorliggende veld in beeld te hebben

## Knelpunten

Uit de groepsgesprekken zijn een aantal knelpunten naar voren gekomen. Een eerste knelpunt is dat betrokken actoren de gemeentelijke sociale kaart niet altijd duidelijk voor ogen hebben. Zo werd er in het groepsgesprek met welzijnsorganisaties in het voorliggend veld aangegeven dat welzijnsorganisaties niet altijd goed zicht op de voorliggende voorzieningen die in een gemeente wordt aangeboden hebben. Dit kan als knelpunt ervaren worden omdat inwoners dan indien nodig sneller doorverwezen kunnen worden naar andere voorzieningen. Medewerkers van de gemeentelijke toegang gaven aan pas een beeld te hebben gevormd van de sociale kaart sinds zij sinds begin 2023 zelf verantwoordelijk zijn voor de organisatie van de toegang. Verder geven gemeenten aan dat de bestuursrechtelijke doorlooptijden worden ervaren als een beknellende factor. Omdat gemeenten voor de afhandeling vaak afhankelijk zijn van externe partijen wordt deze doorlooptijd vaak als te kort ervaren.

Medewerkers uit het voorliggende veld meldden verder dat zij het als een belemmering ervaren dat zorgorganisaties en gemeenten zich vaak sterk houden aan de inkoopafspraken, wat inhoudt dat zij geen vrijheid voelen, krijgen of durven te nemen wanneer cliënten oplossingen zoeken die niet zijn ingekocht. Dit staat haaks op de werkwijze van de gemeente Montfoort, waar als enige gemeente in UW wordt gewerkt met een



omgekeerde verordening en een omgekeerde toets. De omgekeerde toets houdt in dat wetten (zoals de Wmo of wet schuldhulpverlening) zo worden uitgevoerd dat niet de wettelijke bepalingen, maar de doelen van die wetten en de doelen van de maatwerkoplossing die iemand nodig heeft, in die wetten voorop staan. Vervolgens wordt gezien of die maatwerkvoorziening kan worden geleverd op grond van genoemde wetten. Een beleidsmedewerker en een wijk-GGZ'er van Montfoort gaven in een interview aan dat zij 'de wet liever buigen als dat beter voor inwoners werkt'. In dit interview werd ook aangegeven dat deze manier van werken volgens hen het beste werkt voor hun inwoners. Echter, dit leidt voor de gemeente tot hogere kosten doordat zij zelf bijkomende kosten dragen wanneer er niet-ingekochte zorg moet worden geleverd. Daarnaast is het volume aan BW-zorg dat de gemeente Montfoort in vergelijking met andere UW-gemeenten relatief laag, waardoor deze kosten in vergelijking met de andere UW-gemeenten ook relatief beter te dragen zouden zijn. Tot slot heeft de gemeente zelf geen volledige zeggenschap over het pakket ingekochte zorg omdat de inkoop op dit moment nog regionaal wordt georganiseerd. Daardoor kan het voor afzonderlijke gemeenten zijn om de ingekochte zorg goed af te stemmen op de lokale behoefte.

Cliënten moeten voor gewenste zorg vaak buiten de grenzen van hun eigen gemeente zoeken. Dit ervaren medewerkers uit het voorliggende veld als problematisch. Zij benadrukken hierbij dat het gewenst is om het aanbod op lokaal niveau uit te breiden omdat cliënten de ruimte tussen gemeenten vaak als groot ervaren. Hierbij werd niet verder gespecificeerd welke gaten er in het aanbod van welke gemeenten zitten.

Zorgaanbieders signaleren dat personeel verloop binnen hun organisaties een belangrijk knelpunt is bij het leveren van kwalitatief goede zorg. Zo geven zorgaanbieders dat dit 'vooral voor cliënten dit vervelend' is, omdat 'hun ervaring vaak gebonden is aan relaties'. Het is dus een belangrijke randvoorwaarde dat medewerkers beter aan hun organisaties worden gebonden. Dit komt omdat verloop binnen zorgorganisaties gezien wordt een belangrijk knelpunt bij het leveren van goede zorg omdat cliënten zich aan zorgverleners binden.

Ook geven zorgaanbieders aan dat zij ervaren dat de drempel om cliënten langer thuis in de wijk te laten wonen vaak bij de doelgroep ligt die 'zelfstandig wonen niet zelf kunnen of moeten leren'. Acceptatie in de wijk zou stroever verlopen als mensen uit deze doelgroep langer thuis in de wijk wonen.

Vanuit de gemeentelijke toegang wordt aangegeven dat ambulante voorzieningen voor inwoners met GGZ- of verslavingsproblematiek vaak niet het gewenste effect hebben. Voor verslavingszorg zou dit komen doordat deze vorm van zorg niet goed is toe te passen als ambulante zorg. Het is niet duidelijk of andere voorliggende voorzieningen per definitie niet toereikend zijn of dat het huidige aanbod niet aansluit bij de wensen van de doelgroep. Verder ondervindt men problemen bij de inzet van voorliggende voorzieningen voor inwoners met GGZ- of verslavingsproblematiek, wat in verband met lange wachttijden in de GGZ vaak als tussenoplossing wordt geboden. Zorgverleners geven aan dat problemen van cliënten in de tussentijd verergeren. De problemen met lange wachttijden bij de samenwerking met de GGZ wordt door alle gemeenten beaamd. Tot slot komen (voorliggende) voorzieningen voor cliënten vaak maar moeizaam op gang doordat het delen van privacygevoelige data een uitdaging is in verband met privacywetgeving.

Het beschikbare budget wordt door meerdere partijen op dit moment als belangrijk knelpunt voor het aanbieden van goede voorzieningen gezien. Zo gaven medewerkers uit het voorliggende veld aan dat zij meer vrij besteedbaar budget nodig zouden hebben als oplossing voor de grote tijdsbesteding van zorgverleners aan 'procedures en regels'. Zorgaanbieders geven aan meer financiële ruimte nodig te hebben voor het leveren van bemoeizorg. Een grotere vraag naar bemoeizorg is, om escalatie van zorgvragen te voorkomen, volgens de zorgaanbieders een gevolg van cliënten langer thuis in de wijk wonen. Op dit moment bieden de huidige financiële kaders voor zorgaanbieders te weinig ruimte voor het bieden van deze bemoeizorg. Een ander voorbeeld dat werd genoemd in het kader van krappe financiële kaders is dat, om te voorkomen dat beschermd thuis (BT) wordt aangewend, er ambulante hulp nodig is die snel op- en afgeschaald kan worden. Hiervoor is specialistische organisatie nodig, en dat is voor zorgaanbieders vaak te kostbaar.



Overzicht knelpunten
De bekendheid van de gemeentelijke sociale kaart bij betrokken actoren laat veelal te wensen over
De bestuurlijke doorlooptijden worden door gemeenten vaak als beknellend ervaren
Cliënten kunnen niet altijd de gepaste zorg krijgen doordat zorgorganisaties en gemeenten zich sterk aan inkoopafspraken houden
Doordat zorg nog regionaal wordt ingekocht hebben gemeenten niet de volledige zeggenschap om te cateren naar lokale behoeften
De zorg die binnen de gemeentelijke grenzen beschikbaar is blijkt voor inwoners, die niet graag buiten de grenzen van hun eigen gemeente zorg willen ontvangen, niet altijd toereikend
Verloop onder zorgpersoneel vormt een probleem voor de kwaliteit van zorg
Omgang met cliënten die moeite hebben met zelfstandig wonen vormt een belemmering bij de ambulantisering van de zorg
Ambulante en voorliggende voorzieningen met GGZ- of verslavingsproblematiek hebben vaak niet het gewenste effect
Het beschikbare budget is niet altijd toereikend voor het leveren van goede voorzieningen en bemoeizorg

## 4.2 Cliënten

De dataverzameling onder cliënten is ondanks herhaaldelijke inspanningen van de onderzoekers en projectleiding vanuit de regio niet verlopen zoals beoogd. Dit is te wijten aan een matige communicatie met zorgaanbieders en welzijnsorganisaties en aan een gebrek aan interesse onder de doelgroep om aan het onderzoek mee te doen. De gebrekkige communicatie met zorgaanbieders en welzijnsorganisaties leek niet te wijten aan interesse, maar aan een ontoereikend aantal beschikbare uren om de onderzoekers bij te staan. Het is de onderzoekers niet gelukt om inwoners die alleen van voorliggende voorzieningen gebruik hebben gemaakt te woord te staan. Door de lage cliëntaantallen zijn de bevindingen in dit hoofdstuk en de conclusies op basis van die bevindingen naar alle waarschijnlijkheid niet goed naar de bredere populatie te generaliseren. Deze dienen dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

### 4.2.1 Behoeften en vraag

#### Achtergrond geïnterviewde cliënten

In totaal zijn er negen cliënten met een Wmo-indicatie geïnterviewd. Hiervan ontvingen op het moment van interviewen acht cliënten BW-zorg en woonde één cliënt beschermd thuis. De spreiding van de cliënten was als volgt: zes cliënten kregen zorg in de gemeente Stichtse Vecht, waarvan vier uit Kockengen en twee uit Maarsssen. De overige drie cliënten ontvingen zorg in de gemeente Woerden. Van zeven cliënten lagen de herkomstgemeenten in Utrecht-West of een gemeente vlakbij (één cliënt komt uit Gouda). Twee cliënten kwamen oorspronkelijk uit Ede en Haarlem.

De problematiek van de cliënten varieerde tussen verslaving, GGZ, autismespectrumstoornissen (ASS) en het verkrijgen van meer zelfstandigheid.

#### Locatie

Veel cliënten hechten waarde aan de plek waarop zij BW-zorg ontvangen: zeven van de negen cliënten vertelden in de interviews dat ze de locatie waarop de zorg ontvangen belangrijk vinden. In de voorkeuren van cliënten voor zorglocaties was geen duidelijk patroon te ontwaren, anders dan voor cliënten met verslavingsproblematiek. Alle deelnemende cliënten met verslavingsproblematiek gaven in de interviews aan dat zij geen waarde hechten aan de locatie waarop zij zorg ontvangen, anders dan dat deze locatie zich buiten hun oude woon- en leefomgeving moet bevinden. Dit heeft te maken met dat zij geconfronteerd kunnen worden met triggers voor hun verslaving.

Vaak konden cliënten zelf kiezen op welke locatie zij zorg wilden ontvangen. Bij alle negen cliënten is geluisterd naar hun wensen. Verder gold voor bijna alle cliënten die zelf wilden en konden kiezen dat de mogelijkheid om



zelf te kunnen kiezen ook van belang was. Van de drie cliënten die niet zelf hebben kunnen kiezen hebben twee cliënten zorg nodig in verband met verslaving. Eén van hen gaf aan wel zelf te hebben willen kiezen. Op één cliënt na waren alle gesproken cliënten ook (zeer) tevreden over de locatie waarop zij op het moment van interviewen zorg ontvingen.

#### Gebruik van voorliggende en ambulante voorzieningen

Uit de cliëntinterviews bleek dat cliënten voorliggende of ambulante voorzieningen niet altijd als een uitkomst zien. Ten eerste bleken zes van de negen cliënten geen gebruik te hebben gemaakt van voorliggende of ambulante voorzieningen voordat ze hun de huidige ondersteuning ontvingen. Slechts één cliënt gaf aan dat dit wel gewenst was geweest. De overige cliënten vertelden dat voorliggende of ambulante voorzieningen naar alle waarschijnlijkheid niet hadden geholpen bij hun zorgvraag, bijvoorbeeld omdat deze bij voorbaat al te zwaar was. Van de resterende drie cliënten zit één cliënt al te lang in de BW-ondersteuning om zich goed te kunnen herinneren of er daarvoor sprake is geweest van voorliggende of ambulante voorzieningen. De andere twee cliënten hebben wel gebruik gemaakt van voorliggende voorzieningen, waarvan één van IB en één van hulp bij financiën. Beiden gaven aan dat deze voorzieningen ontoereikend bleken. Eén cliënt gaf hierbij aan dat deze voorziening niet toereikend was omdat de thuissituatie het niet toeliet dat zij gepaste hulp ontving. Voorliggende voorzieningen hadden volgens de cliënt mogelijk wel kunnen werken in een andere woonsituatie. De andere cliënt gaf aan dat de zorgintensiteit van de voorliggende hulp te laag was.

Verder gaven acht van de negen cliënten aan dat thuis wonen met ondersteuning in hun situatie niet mogelijk zou zijn geweest. De redenen die hiervoor worden gegeven zijn dat de hulpvraag, bijvoorbeeld door verslavingsproblematiek (drie van de negen cliënten) te zwaar zou zijn voor ambulante begeleiding, of dat de thuissituatie geen begeleiding in huis toestond (bijvoorbeeld door een onveilige situatie of door drukte). De cliënt die aangaf dat dit volgens hem/haar wel tot de mogelijkheden behoorde wekte de indruk wat licht te denken over zijn (verslavings-)problematiek.

#### Overgang van voorliggende voorzieningen naar BW

Slechts twee cliënten hebben gebruik gemaakt van voorliggende voorzieningen alvorens zij in BW-zorg terecht kwamen. Eén van de twee cliënten in kwestie gaf tijdens het interview aan dat de overgang van IB naar BW goed is verlopen. Dit kwam volgens de cliënt doordat de intake voor de BW-voorziening destijds samen met de begeleider is gedaan. De cliënt kon hiertoe geen verdere details geven. De andere cliënt die van voorliggende voorzieningen gebruik heeft gemaakt gaf aan dat de overgang naar BW-zorg 'op zich wel goed' ging. Na een korte doorvraag bleek dat de cliënt hier verder niets over kwijt kon of wilde.

#### Uitstroom

Zes van de negen cliënten denken in wisselende mate na over uitstroom. In totaal dachten vijf cliënten na over uitstroom zonder hierbij concrete plannen te hebben en was één cliënt al actief met de begeleiding bezig met uitstromen. Dat wil zeggen dat de cliënt samen met de begeleiding al Van de vijf cliënten die nog geen concrete plannen hadden gaven vier cliënten aan dat uitstromen nog te ver weg is om na te denken over voorwaarden voor uitstroom of dat dit afhankelijk is van hun ontwikkeling in aanloop naar de uitstroom. De vijfde cliënt had al wel nagedacht over wat degene nodig had bij uitstroom en noemde het hebben en behouden van ritme en structuur als belangrijke voorwaarde voor uitstroom. De cliënt die actief naar uitstromen toe werkt gaf aan dat er wat meer op hem/haar gelet wordt sinds er over uitstroom gesproken wordt.

In de cliëntinterviews is gevraagd naar welke voorzieningen men in de omgeving na uitstroming nodig heeft. In de antwoorden kwamen twee voorzieningen duidelijk naar voren. Allereerst is er de behoefte aan begeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van een ambulant begeleider, maatschappelijk werker, ervaringsdeskundige of persoonlijk begeleider. Ten tweede gaven cliënten aan behoefte te hebben aan voorzieningen met een focus op sociale contacten, zoals een wandelmaatje of vrijwilligerswerk.

Op de vraag naar welke locatie men het liefst zou uitstromen antwoordden drie van de negen cliënten het liefst in UW zouden willen blijven wonen. Deze cliënten waren voordat zij BW-zorg kregen ook al woonachtig in UW.



Twee cliënten gaven aan dat zij hier nog niet over na hebben gedacht. Voor drie cliënten maakt het niet zoveel uit waar zij terecht komen en één cliënt wil naar een specifieke stad buiten UW.

#### Knelpunten

Drie van de negen cliënten geven aan dat zij last hebben van onderbezetting en de veelvuldige inzet van flexwerkers (door cliënt genoemd) en personeel verloop.

#### Overzicht belangrijkste punten cliëntinterviews

Alhoewel cliënten aangeven de plek waarop zij BW-zorg ontvangen belangrijk te vinden is er, anders dan voor cliënten met verslavingsproblematiek, geen patroon in die voorkeuren te ontwaren
Bij alle cliënten die de mogelijkheid hadden om een zorglocatie te kiezen is geluisterd naar hun wensen
Bijna alle cliënten waren tevreden over hun zorglocatie
Nagenoeg alle cliënten gaven aan geen baat te hebben gehad bij voorliggende of ambulante voorzieningen
Cliënten geven aan bij uitstroom behoefte te hebben aan begeleiding of voorzieningen met een focus op sociaal contact, bijvoorbeeld in de vorm van een wandelmaatje
Na uitstroom wil een deel van de cliënten in UW blijven wonen
Onderbezetting en verloop onder personeel van zorgorganisaties vormt een probleem voor cliënten



## 5 | Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden conclusies getrokken op basis van de verzamelde data. De conclusies zijn weergegeven met dikgedrukte tekst weergegeven. Onder de conclusies worden bijpassende aanbevelingen gehangen.

### **Samenwerking tussen zorgaanbieders en welzijnsorganisaties, gemeenten en andere actoren (bijvoorbeeld locaties voor dagbesteding of ervaringsdeskundigen) wordt door betrokken partijen als zeer waardevol beschouwd.**

- Stimuleer, behoudt of breng als gemeente onderlinge samenwerkingsverbanden en communicatiestromen tussen zorgaanbieders, welzijnsorganisaties en andere betrokken partijen op gang, zoals organisaties die betrokken zijn bij dagbesteding. Hier zou extra aandacht moeten worden besteed aan het stroomlijnen van processen omtrent de overgang tussen verschillende vormen van ondersteuning, bijvoorbeeld van voorliggende voorzieningen naar IB of BW.
- Moedig samenwerkingen tussen zorgaanbieders en ervaringsdeskundigen en het incorporeren van het gebruik van ervaringsdeskundigen bij het aanbieden van zorg aan. Dit is van belang, mits hierbij in overweging wordt genomen om ervaringsdeskundigen en cliënten naast problematiek ook op basis van hobby's of interesses aan elkaar te koppelen.
- Cliënten geven veelal aan bij uitstroom graag in UW te willen blijven wonen en dan behoefte te hebben aan begeleiding, bijvoorbeeld in de vorm van een ambulante begeleider of maatschappelijk werker, en voorzieningen met een focus op sociale contacten, zoals een wandelmaatje. Het valt dus voor zorgaanbieders aan te bevelen om samen te werken met partijen die deze ondersteuning kunnen bieden om de uitstroom van cliënten te stroomlijnen.

### **De bekendheid met de sociale kaart onder gemeenten en zorgaanbieders kan beter.**

- Het is voor gemeenten van belang om goed op de hoogte te zijn van de voorzieningen die voor hun inwoners beschikbaar zijn. Hiervoor is het allereerst aan te raden om te onderzoeken hoe het aanbod BW-zorg eruit ziet en welke voorliggende voorzieningen in de eigen gemeente worden aangeboden.
- Wanneer duidelijk is hoe de collectieve set aan BW-zorg en voorliggende voorzieningen eruit ziet moet deze voor inwoners en professionals toegankelijk worden gemaakt. Er zijn meerdere platforms, zoals DiSK (Digitale Sociale Kaart) of Sociale Kaart Nederland, beschikbaar waarop gemeenten hun sociale kaart kunnen weergeven. De gemeentelijke website leent zich vaak ook goed voor het weergeven van de sociale kaart omdat inwoners deze vaak goed weten te vinden. Verder wordt er in Utrecht-West wordt er voor jeugdhulp al gebruik gemaakt van de Beschikbaarheidswijzer. Het breder uitrollen in het van deze tool kan van grote waarde zijn voor zorg- en welzijnsprofessionals.
- Het is van belang om de sociale kaart breed uit te dragen onder alle betrokken partijen binnen elke afzonderlijke gemeente. Het valt daarom aan te bevelen om de sociale kaart als gemeente actief te delen met zorgaanbieders en welzijnsorganisaties, maar ook met plekken waar inwoners met een mogelijke zorgvraag langskomen, zoals het de balie in het gemeentehuis of de bibliotheek. Omdat tijdens de dataverzameling is gebleken dat welzijnsorganisaties vaak slecht bekend zijn bij zorgaanbieders heeft dit mogelijk ook een signalerende werking.
- De collectieve set aan voorzieningen lijkt niet in elke gemeente toereikend te zijn. Daarom valt het aan te bevelen om kennis over beschikbare voorzieningen met andere, omliggende gemeenten te delen en deze kennis van andere gemeenten te incorporeren in de informatiestroom over de sociale kaart richting inwoners en professionals.



**De verschuiving naar ambulante zorgvormen kan worden gefaciliteerd door het leveren van (ambulante) zorg zo laagdrempelig mogelijk te maken en door de zorg (beter) af te stemmen op de wensen van de inwoners.**

- ➔ Het valt aan te bevelen om te zoeken op welke wijzen zorg en ondersteuning laagdrempeliger gemaakt kan worden. Bij de ambulantisering van BW-zorg geldt dat het van belang is om de drempel tot het ontvangen van ambulante zorg te verlagen. Dit kan door de wijze waarop cliënten die ambulante zorg ontvangen contact opnemen met ondersteuning te vergemakkelijken. Een voorbeeld hiervan is 'digicontact' van Abrona. Ook kan bij het laagdrempeliger maken van ambulante zorgvormen worden gekeken naar het betrekken van inwoners zonder zorgvraag in de woonomgeving van inwoners met een zorgvraag. Dit kan door woonvormen te realiseren waarbij cliënten die ambulante zorg ontvangen in complexen wonen waar ook inwoners zonder zorgvraag wonen.

**Verloop onder medewerkers van zorgorganisaties vormt een belemmering voor het leveren van goede zorg.**





## 6 | Verdieping onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk wordt enige verdieping gegeven aan verzamelde resultaten op onderwerpen die bij de doordecentralisatie van BW van belang zijn en aan de context waarin de resultaten verzameld zijn.

### **Betrouwbaarheid en volledigheid van de onderzoeksresultaten**

De resultaten uit de cliëntinterviews dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Omdat de onderzoekers in totaal slechts met negen cliënten hebben gesproken is het onduidelijk in hoeverre de resultaten van dit deel van de dataverzameling kunnen worden gegeneraliseerd naar de totale onderzoekspopulatie. Verder missen er twee cruciale onderzoeksdoelgroepen om recht te doen aan de onderzoeksopzet, namelijk inwoners die gebruik maken van voorliggende voorzieningen en ambulante ondersteuning.

Vanuit de groepsgesprekken met de gemeentelijke toegang, welzijnsorganisaties en zorgaanbieders zien we geen problemen met representativiteit en de daaropvolgende interpretatie van de resultaten.

### **Over de samenwerking tussen betrokken partijen**

De eerste conclusie volgt uit de groepsgesprekken die zijn gevoerd met gemeenten, zorgaanbieders en welzijnsorganisaties. Zij vertelden dat het goed bevalt om nauw samen te werken bij het faciliteren van zowel voorliggende als maatwerkvoorzieningen. In de groepsgesprekken werden een aantal voorbeelden over uiteenlopende samenwerkingen aangehaald die zijn overgenomen in deze rapportage. Het format van de gesprekken bood onvoldoende ruimte om verdere voorbeelden aan te halen. Om deze reden is de conclusie zo breed mogelijk geformuleerd.

### **Beschikbaarheid en toereikendheid van gemeentelijke voorzieningen**

Er zijn door deelnemers aan de interviews en groepsgesprekken belangrijke punten aangestipt over gemeentelijke voorzieningen die niet zijn overgenomen in de conclusies omdat deze door de moeizame dataverzameling te weinig substantie hebben gekregen. Zo gaven medewerkers uit het voorliggende veld aan dat inwoners vaak moeite hebben met het vinden van geschikte voorliggende voorzieningen in hun eigen gemeente. Dit zou problematisch zijn omdat men drempels ervaart bij het zoeken van ondersteuning buiten de grenzen van de eigen gemeente. Het was niet mogelijk om deze bevinding te toetsen bij inwoners die van voorliggende voorzieningen gebruik hebben gemaakt. Uit interviews met inwoners die van BW-zorg gebruik maakten bleek dat weinig respondenten gebruik hadden gemaakt van voorliggende voorzieningen en dat hier ook geen behoefte aan was. Bij de enige respondent die aangaf hier wel behoefte aan te hebben gehad was onduidelijk waar die behoefte precies lag. Bij de enige respondent die van een voorliggende voorziening, namelijk schulphulpverlening, gebruik heeft gemaakt werd uit het gesprek onvoldoende duidelijk in hoeverre het aanbod aan verdere voorzieningen toereikend was.

Vanuit de groepsgesprekken werd wel duidelijk dat voorliggende of ambulante voorzieningen ontoereikend zijn voor inwoners met GGZ- of verslavingsproblematiek. Dit komt doordat, volgens de deelnemende partijen, de aard van de problematiek intensievere ondersteuning vereist. In de cliëntinterviews wordt dit door één cliënt met verslavingsproblematiek tegengesproken. Echter, de onderzoeker die het interview afnam twijfelde aan de betrouwbaarheid van de antwoorden van deze cliënt. Door twee andere cliënten met verslavingsproblematiek werd aangegeven dat voorliggende of ambulante voorziening niet hadden geholpen.

Verder wordt door aanbieders van zowel BW-zorg als voorliggende voorzieningen aangekaart dat het beschikbare budget als een knelpunt wordt ervaren. In de groepsgesprekken wordt een duidelijk signaal afgegeven dat men binnen de huidige financiële kaders onvoldoende aandacht en tijd aan bemoeizorg kan besteden. Dit is van belang omdat men bemoeizorg ziet als een belangrijke factor bij vroegsignalering, dat weer belangrijk is bij een verschuiving naar meer ambulante zorgvormen.



### Terugkoppeling pijlers regioplan U16

Op basis van de verzamelde data is het niet goed mogelijk om een inhoudelijke terugkoppeling te geven op alle pijlers uit het regioplan van de U16 (zie 3.1.2). Desalniettemin is er geprobeerd om met de beschikbare data waar mogelijk wel waar mogelijk een koppeling te maken met de pijlers. Er zijn aanwijzingen dat de invulling van pijler één, 'basisset', aandacht vereist. Zoals genoemd in het vorige kopje is onvoldoende duidelijk in hoeverre het aanbod van gemeentelijke voorzieningen toereikend is. Dat gemeentelijke budgettaire kaders bij de invulling van ambulante voorzieningen ontoereikend worden geacht lijkt ook een signaal dat invulling van deze pijler nog aandacht vraagt.

In het groepsgesprek met de gemeentelijke toegang is de tweede pijler, 'toegang', kort aan bod gekomen. De ambitie achter de pijler is dat de toegang lokaal belegd wordt met als doel dat inwoners in hun eigen gemeente om hulp kunnen vragen. Sinds 1 januari 2023 is de toegang formeel op gemeentelijk niveau belegd. De gemeenten gaven aan het groepsgesprek met de gemeentelijke toegang dat dit enigszins wennen was, maar dat partners uit de gemeente hen steeds beter konden vinden. De organisatie van de toegang verschilt per gemeente. Zo heeft Stichtse Vecht via TIM Stichtse Vecht bijvoorbeeld drie verschillende teams met elk een eigen aandachtsfunctionaris en expertisegebied, en heeft De Ronde Venen de toegang via acht integrale serviceloketten van verschillende grootte georganiseerd. De gemeenten geven verder aan dat de samenwerking met partners uit de basisset over tijd steeds beter werkt. Zo organiseert Stichtse Vecht periodieke overleggen met beleidsmedewerkers, aandachtsfunctionarissen en zorgaanbieders.

De derde, vierde en vijfde pijlers, respectievelijk 'aanbieders', 'woonplekken' en 'voorzieningen', zijn niet getoetst of besproken tijdens de dataverzameling.

**Uw contactpersoon**

Wiebe Dam – [w.dam@zorgfocuz.nl](mailto:w.dam@zorgfocuz.nl)

**Hoofdkantoor Groningen**

Sylviuslaan 5  
9728 NS Groningen

Postbus 473  
9700 AL Groningen

**Kantoor Utrecht**

Arthur van Schendelstraat 650  
3511 MJ Utrecht

T. 050 – 82 00 461  
[contact@zorgfocuz.nl](mailto:contact@zorgfocuz.nl)  
[www.zorgfocuz.nl](http://www.zorgfocuz.nl)

