

Bijlage 1 Aanvullende informatie per hoofdstuk

In deze bijlage zijn, daar waar van toepassing, per hoofdstuk van het beleidskader toelichtende tekst en cijfers opgenomen.

In het kort:

bij hoofdstuk 2: toelichting op Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013 (p2)

bij hoofdstuk 3: informatie en cijfers over doelgroep en aanbod Maatschappelijk zorg (p3 – p6)

: cijfers m.b.t. doelgroep, en informatie over aanbieders Beschermd wonen (p7. – p9.);

bij hoofdstuk 4: verslagen van consultatierondes met cliënten, aanbieders en raadsleden (p10–p14);

bij hoofdstuk 6: financiën en budgettaire ontwikkelingen (p15-p16)

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 2: Kader

Het Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013

Leiden, als centrumgemeente voor de maatschappelijke opvang en verslavingszorg, is nu nog verantwoordelijk voor de aanpak van dakloosheid en de daarmee samenhangende problemen in de regio. Hiervoor is het 'Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013' opgesteld, een uitvoeringsagenda bij de beleidsvisie 'Iedereen telt' uit 2006. Het Regionaal Kompas heeft tot doel al ingezette activiteiten te versterken en de afstemming met en samenwerking tussen alle betrokken partijen in de regio te intensiveren. Het Regionaal Kompas richt zich op de, nu, ongeveer driehonderd dak- en thuislozen in de regio en op de mensen die een ernstig risico lopen dakloos te worden. Voor het realiseren van de regionale doelstellingen heeft het Rijk gemeenten een extra jaar gegeven (tot en met 2014). Per 2015 zijn de regionale kompassen geen verplichting meer. Echter, de regio Holland Rijnland heeft besloten dat het 'Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord 2008-2013', qua doelstellingen en afspraken, van kracht blijft tot het moment van een nieuw regionaal beleidskader.

De doelstellingen voor 2014 en verder zijn:

- alle daklozen in de regio zijn in beeld en voorzien van een trajectplan;
- huisuitzettingen als gevolg van huurschulden en/of overlast zijn met 75% afgenomen (te meten via de tweejaarlijkse monitor Maatschappelijke opvang, OGGz en verslavingszorg);
- vervolgoopvang is altijd geregeld indien huisuitzetting onvermijdelijk is;
- het aanbod aan (al dan niet begeleide) woonvormen en zorgvoorzieningen zowel in kwantitatief als in kwalitatief opzicht is toereikend om alle trajectplannen te kunnen realiseren;
- het totaal aantal daklozen is verminderd met 75% ten opzichte van de omvangschatting van het Trimbosinstituut in 2005 (van 500 naar 125 daklozen);
- de ervaren overlast als gevolg van dakloosheid is afgenomen met 25% ten opzichte van 2007 (te meten via de jaarlijkse stadsenquête).

In de uitvoering gaat de aandacht uit naar de volgende zes thema's:

1. Voorkomen huisuitzettingen;
2. Persoonsgerichte aanpak;
3. Uitbreiding van woonvoorzieningen;
4. Bevorderen maatschappelijke participatie;
5. Dagbesteding, activering en werk;
6. Zwerfjongeren.

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 3: Maatschappelijke zorg in beeld

Maatschappelijke zorg is een overkoepelend begrip voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingsbeleid, aanpak Huiselijk Geweld en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz). Het doel van maatschappelijke zorg is het voorkomen van maatschappelijke uitsluiting.

De vier beleidsterreinen hebben met elkaar gemeen dat zij zijn gericht op personen die op één of meer maatschappelijke terreinen zijn uitgesloten of waarvoor uitsluiting dreigt. Het gaat om sociale participatie, sociale integratie, eerste levensbehoeften, toegang tot huisvesting, werk, opleiding, gezondheidszorg, hulpverlening en diensten.

Omvang doelgroep maatschappelijke zorg in Holland Rijnland

Er zijn geen exacte cijfers bekend over de omvang van de doelgroep maatschappelijke zorg. Dit heeft te maken met het complexe karakter van de doelgroep zoals in Hoofdstuk 3 beschreven. Op grond van landelijke berekeningen wordt de doelgroep van maatschappelijke zorg geschat op een kleine 1% en de risicogroep op 4 à 5% van het aantal volwassen inwoners (18+). Voor de regio Holland Rijnland, met 437.875 volwassen inwoners, komt dit neer op circa 4.380 personen voor de doelgroep maatschappelijke zorg en circa 21.895 personen voor de bredere risicogroep maatschappelijke zorg. Circa 10 % van de geregistreerde cliënten bij een maatschappelijke zorg instelling vormt de harde kern die meerdere jaren in zorg en opvang verblijft.

Tabel: omvang doelgroep en risicogroep maatschappelijke zorg in Holland Rijnland

geschatte aantallen inwoners per gemeente, afgerond op 5				
		totale bevolking 18+	1% van de volwassen bevolking: doelgroep	5% van de volwassen bevolking: risicogroep
gemeente	Leiden	101.271	1.015	5.065
	Alphen a/d Rijn	84.189	840	4.210
	Katwijk	48.798	490	2.440
	Teylingen	27.695	275	1.385
	Nieuwkoop	21.543	215	1.075
	Leiderdorp	21.298	215	1.065
	Kaag en Braassem	20.489	205	1.025
	Noordwijk	20.888	210	1.045
	Voorschoten	19.614	195	980
	Oegstgeest	17.874	180	895
	Lisse	17.982	180	900
	Hillegom	16.902	170	845
	Noordwijkerhout	12.797	130	640
	Zoeterwoude	6.535	65	325
regio	Holland Rijnland	437.875	4.380	21.895

Risico voor sociale uitsluiting

Het centrale thema in de Wmo is dat iedereen mee doet. Echter met name de doelgroep maatschappelijke zorg loopt grote kans niet mee te doen. Er is een groep mensen met een verminderd welzijn en een verminderde zelfredzaamheid. Deze mensen lopen het risico af te glijden naar een situatie waarin zij zorg en opvang nodig hebben als er geen sociaal vangnet aanwezig is. Dit proces wordt ook wel sociale uitsluiting genoemd. Met name op dit gebied kunnen de gemeenten een bijdrage leveren aan het voorkomen van het afglijden van mensen. Preventie gericht op de algemene bevolking, maar vooral gericht op risicogroepen is hier van belang. Ook kunnen gemeenten een bijdrage leveren aan signalering, vroeg-interventie en toeleiding naar zorg van deze inwoners.

Er zijn twee centrale kenmerken voor sociale uitsluiting:

- Er is sprake van een tekort of achterstand op sociaal, cultureel en economisch vlak
- Toekomstperspectief ontbreekt

Tabel: mate van samenhang van risicofactoren met sociale uitsluiting

Minder beïnvloedbaar	Samenhang met sociale uitsluiting	Meer beïnvloedbaar
Alleenstaande ouder	Sterker	Gering psychisch welbevinden
Niet-westers allochtoon		Slechte gezondheid
Lage opleiding vader		Werkloos
Alleenstaand		Laag inkomen
		Uitkeringsgerechtigd
		Slechte beheersing Nederlands
	Zwakker	Lage opleiding

Groepen waarbij bovenstaande combinatie van factoren veel voorkomt zijn bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen (uitkeringsgerechtigd, mensen met schulden of moeite met rondkomen), eenoudergezinnen en niet-westerse allochtonen.

Cumulatie van risicofactoren

Eén risicofactor alleen leidt meestal niet tot sociale uitsluiting. Naarmate er meer risicofactoren worden gecombineerd wordt de kans op sociale uitsluiting groter. De combinatie van risicofactoren die een groot effect hebben op de mate van sociale uitsluiting zijn: gering psychisch welbevinden, slechte gezondheid, laag inkomen en uitkeringsgerechtigd/werkloos/geen zinvolle dagbesteding.

Bovenstaande combinatie van belangrijkste risicofactoren voor sociale uitsluiting is voor volwassenen en ouderen gelijk. Wanneer deze combinatie optreedt, voegen andere risicofactoren nog maar weinig toe. Alle vier de risicofactoren hebben een direct effect op sociale uitsluiting. Sociaal uitgesloten raken is een proces dat zich in de tijd afspeelt. Oorzaken en gevolgen kunnen elkaar in de loop der tijd afwisselen. Vooral een gering psychisch welbevinden lijkt eerder een gevolg dan oorzaak te zijn van uitgesloten zijn.

Kanttekening

Bovenbeschreven risicofactoren zijn niet specifiek voor sociale uitsluiting. Nagenoeg dezelfde zijn ook vastgesteld in relatie tot het ontstaan van psychische stoornissen, probleemgedrag en verslaving.

Omvang van sociale uitsluiting in Holland Rijnland

De belangrijkste risicofactoren die een groot effect hebben op sociale uitsluiting zijn dus:

Bijlage 1 bij Beleidskader Maatschappelijk zorg

- Gering psychisch welbevinden
- Slechte gezondheid
- Laag inkomen
- Uitkeringsgerechtigd/werkloos (tot 65 jaar) Geen al dan niet betaald arbeid, vrijwilligerswerk, mantelzorg (ouder dan 65 jaar).

In Holland Rijnland is ongeveer 3% van de volwassenen en ouderen matig tot sterk sociaal uitgesloten. Op basis van het percentage is het geschatte aantal inwoners dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is ongeveer 12.000 volwassenen en een kleine 1.600 ouderen. In Holland Rijnland is het percentage volwassenen en ouderen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is, lager dan in Nederland. Tussen gemeenten zijn wel enkele verschillen te zien. Zo is het percentage volwassenen dat matig tot sterk sociaal uitgesloten is, hoger in de gemeenten Leiden, Alphen aan den Rijn en Noordwijk.

Tabel: Sociale uitsluiting Holland Rijnland per gemeente 2012

Gemeenten in aflopende volgorde aantal inwoners	19 t/m 64 jaar		65-plus	
	geschat aantal*	%	geschat aantal*	%
Leiden	4.900	6,2	460	3,0
Alphen aan den Rijn	2.470	5,5	315	3,1
Katwijk	660	1,8	100	1,1
Teylingen	475	2,3	45	0,8
Nieuwkoop	225	1,4	25	0,6
Leiderdorp	585	3,8	75	1,5
Kaag en Braassem	230	1,5	25	0,6
Noordwijk	840	5,4	80	1,7
Voorschoten	340	2,5	115	2,4
Oegstgeest	155	1,2	75**	--
Lisse	210	1,6	75**	--
Hillegom	435	3,5	100	2,7
Rijnwoude	75	0,7	60**	--
Noordwijkerhout	250	2,7	35	1,2
Zoeterwoude	180**	--	10	0,8
Zuid-Holland Noord	12.030	3,7	1.595	1,8
Nederland	-	5,5	-	2,9

*geschat aantal afgerond op 5-tallen

-- geen enkele respondent

**bij gebrek aan percentages gebaseerd op regiogemiddelde

Bron: Monitor Volksgezondheid 2012 GGD Hollands Midden

*Huidig aanbod maatschappelijke zorg***Tabel: huidige voorzieningen maatschappelijke zorg in Holland Rijnland**

	Wat	waar	niveau
Maatschappelijke opvang	Outreachinge teams	Alphen, Katwijk en Leiden	sub-regionaal
	Inloop	Alphen en Leiden	regionaal en lokaal
	Dagopvang	Leiden	regionaal
	Nachtopvang	Leiden	regionaal
	Dagbesteding/activering	Leiden	regionaal
	Crisisopvang volwassenen	Leiden (en Alphen en Katwijk)	regionaal en lokaal
	Crisisopvang jongeren	Leiden	regionaal
	Postadres Binnenvest	Leiden	regionaal
	Postadres gemeenten	Alphen, Katwijk en Leiden	lokaal
	Begeleid zelfstandig wonen	Holland Rijnland	regionaal
	Wmo individuele begeleiding	Lokaal	lokaal
Verslavingszorg	Ambulante verslavingszorg	Holland Rijnland	regionaal
	Verslavingspreventie	Holland Rijnland	regionaal
GGZ/Preventie	GGZ inloop	Oegstgeest, Katwijk, Lisse en Leiden	regionaal en lokaal
	GGZ informatiepunt	Leiden	regionaal
	GGZ crisisdienst	Leiden	regionaal
	GGZ inloophuis	Leiden	regionaal
	Integrale crisisdienst	Holland Rijnland en Midden Holland	regionaal
	Vriendendienst	Holland Rijnland	regionaal
	Zorgvragersoverleg (ZON)	Leiden	regionaal
OGGZ	Meldpunt Zorg en Overlast	Leiden	regionaal
	Integrale crisisdienst buiten kantooruren		
	Team PGA	Leiden	regionaal
	Toeleidingsteam	Leiden	
Huiselijk geweld	Vrouwenopvang	Leiden	regionaal
	Veilig Thuis	Leiden	regionaal
	Project Met hulpofficieren van Justitie Meewegen inzake WTH (= wet tijdelijk huisverbod)	in Holland Rijnland	regionaal
Ex-gedetineerden	Re-integratie	Katwijk en Leiden	lokaal en regionaal
	Exodus huis	Leiden	regionaal

Omvang doelgroep Beschermd wonen Holland Rijnland

Eind 2015 woonden 436 mensen in een Beschermd woonvorm met de indicatie GGZ C (Beschermd wonen). Ambulant woonden 71 mensen thuis met de indicatie Beschermd wonen. Daarnaast hadden 113 mensen deze indicatie waarbij de zorg werd verzilverde in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb).

Tabel: totaal aantal cliënten Zorg in Natura verdeeld naar zorgzwaarte per gemeente

	ZZP1	ZZP2	ZZP3	ZZP4	ZZP5	ZZP6	Overbrug- gingszorg	Overgangs zorg	Totaal
Leiden	0	4	84	71	24	3	34	16	236
Oegstgeest	0	0	7	5	1	0	1	0	14
Zoeterwoude	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alphen a/d Rijn	0	2	48	18	8	0	5	0	81
Hillegom	0	4	7	3	0	7	0	1	22
Kaag en Braassem	0	0	2	0	0	0	0	1	3
Katwijk	0	2	13	11	5	0	3	1	35
Lisse	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Nieuwkoop	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Noordwijk	0	2	7	1	1	3	0	2	16
Noordwijkerhout	0	0	24	38	19	0	0	1	82
Teylingen	0	0	4	5	0	0	0	2	11
Voorschoten	0	0	0	0	1	0	0	1	2
Leiderdorp	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Totaal	0	14	197	152	60	13	44	27	507

ZZP = zorgzwaartepakket intramurale zorg

Overbruggingszorg = ambulante ondersteuning in afwachting van een intramurale plek

overgangszorg = ambulante ondersteuning op basis van overgangsrecht, deze groep valt op termijn onder de lokale Wmo

Huidige indicatie zorgzwaarte

De centrumgemeente Leiden heeft de opbouw van zorgzwaartepakketten vooralsnog overgenomen uit de AWBZ. In de AWBZ was een indicatie Beschermd wonen een indicatie GGZ C. En vergelijkbaar met andere intramurale voorzieningen zijn er zorgzwaartepakketten (ZZP) 1 t/m 6.

Zorgzwaartepakket 1 en 2 werden in de AWBZ tijd al niet meer toegekend en ook dit heeft de centrumgemeente overgenomen. E zijn daardoor geen nieuwe indicaties ZZP 1 en 2 meer afgegeven. Zorgzwaartepakketten 3 t/m 6 bestaan nog wel. Voor ZZP 6 geldt bij de centrumgemeente de stelling dat cliënten met dermate zware zorgvragen in de Wlz thuishoren. Deze indicatie wordt in de praktijk zeer zelden toegekend.

Zorgzwaartepakketten 3 en 4 komen het meeste voor, maar ook 5 wordt regelmatig afgegeven. De verschillen zitten in de mate waarin er op meerdere domeinen ondersteuning nodig is. Ook de mate van 24uurs aanwezigheid kan de doorslag geven bij het indiceren van een zorgzwaarte. De meeste cliënten hebben geen 24 uren *aanwezigheid* nodig. Alle cliënten hebben wel 24 uren *oproepbaarheid* nodig.

Het is heel goed mogelijk om de wijze van indiceren mee te laten bewegen zodat het beter aangepast is op de toekomst van deze intensieve zorg. Te denken valt aan modulaire pakketten waarbij de financiering past bij de daadwerkelijk benodigde ondersteuning op één of meer leefdomeinen.

Aanbieders Beschermd wonen

De centrumgemeente wilde de cliënten met overgangsrecht de zekerheid geven dat er niet verhuisd hoefde te worden. Dat maakte dat alle zorgaanbieders in de regio die cliënten met een GGZ C indicatie hadden wonen, gecontracteerd werden.

Aanbieder	Aantal cliënten	Locaties	specialisme
Rivierduinen	236	Noordwijkerhout, Alphen, Leiden, Oegstgeest, Lisse, Katwijk	Verschilt per locatie: Ernstige GGZ problematiek, middelenverslaving, autisme. Leeftijden verschillen ook per locatie
Binnenvest	58	Kleinschalige locaties in Alphen, Leiden, Oegstgeest. 1 grote locatie in Leiden (sociaal pension)	Meervoudige problematiek, zoals dakloosheid, GGZ, LVB, verslaving
Cardea	20	Diverse locaties, vooral Leiden	Jongeren van 18- 26 jaar met een psychiatrische stoornis of een licht verstandelijke beperking die vastlopen/stagneren in hun ontwikkeling naar zo zelfstandig mogelijk bestaan
Haardstee	19	Diverse locaties in Leiden	GGZ in combinatie met LVB
Prodeba	33	Leiden, Alphen	Jongeren vanaf 18 jaar met ontwikkelingsstoornis (waaronder autisme)
Steenrots	15	Katwijk	
Kwintes	12	Alphen	
Diverse VG instellingen (Ipse de Bruggen, Philadelphia, 's Heerenloo, Gemiva, Raamwerk)		Verspreid over de hele regio	GGZ in combinatie met VG problematiek
Diverse VV instellingen (HOZO, Activite, Libertas, Zorgbalans)		Verspreid over de hele regio	GGZ in combinatie met somatische problematiek en/of dementie

Scheiden wonen en zorg

Het is rijksbeleid om wonen en zorg (financieel) te scheiden. Dat leidt tot steeds meer alternatieven waarbij een cliënt op een locatie met eigen woonruimte verblijft, maar waar (intensieve) ambulante begeleiding met 24-uurs bereikbaarheid via een organisatie voor MO of BW is georganiseerd. Soms zal de zorginstelling ook als huurbaas optreden. De cliënt betaalt zijn huur dan aan de zorginstelling. Deze woonvorm is vaak met meerdere cliënten samen op een locatie.

Scheiden van wonen kan ook zelfstandig thuis, als de cliënt niet in een instelling kan of wil verblijven. Voor deze groep is ook een andere beschermd wonen-vorm in het leven geroepen: VPT (volledig pakket thuis). Dit is het pakket beschermd wonen (begeleiding, bescherming, verzorging en eventueel dagbesteding), maar zonder de component verblijf. Dit volledig pakket thuis wordt in uitzonderingssituaties ook ingezet als overbruggingszorg voor cliënten met een geldige GGZ-C-indicatie als er gewacht wordt op een plek bij een instelling.

Aanvullende informatie bij Hoofdstuk 4: Visie op maatschappelijke zorg

Consultatierondes

Om zo veel mogelijk vooraf input mee te krijgen voor het beleidskader zijn in april 2016 consultatiebijeenkomsten georganiseerd voor cliënten, raadsleden en zorgaanbieders. Hieronder volgt per bijeenkomst een samenvatting van de geleverde input.

Verslag consultatieronde cliënten 7 april 2016 (Locatie: gemeente Leiden):

Deze consultatieronde bestond uit een informatief deel, de film waarin cliënten reageren op de visie van de Commissie Toekomst en een gedeelte waarin er gereageerd kon worden op de geformuleerde uitgangspunten van het eerste concept van de regiovisie. De volgende input is genotuleerd:

Algemeen

Veel cliënten maken zich zorgen om de tussenstap tussen Beschermd wonen en zelfstandig wonen. Deze stap wordt nu nog vaak als te groot ervaren met een tekort aan steunpunten. Teveel veranderingen in één keer kan veel stress opleveren. De visie van dit beleidskader is door middel van de volgende thema's met cliënten besproken:

Herstel en preventie

Terugval is een groot risico bij de stappen naar meer zelfstandigheid. Het ontwikkelen van terugvalopties, die functioneren als een vangnet van tijd en ruimte, zal voor rust zorgen bij de cliënten. Ook een duidelijk steunpunt maakt de stap naar (weer) zelfstandig wonen minder stressvol. Cliënten weten nu vaak niet waar ze moeten aankloppen voor hulp. Bij de stap naar zelfstandigheid is het van belang om te voorkomen dat problemen te groot worden. Ervaringsdeskundigen kunnen worden ingezet als buddy in het ondersteunen bij zelfstandig wonen. Zelfstandigheid heeft ook voordelen volgens de cliënten. Ze geven aan dat ze meer ervaringen opdoen dan bijvoorbeeld cliënten die bij hun ouders wonen.

Er moet niet alleen eerder worden ingegrepen als iemand dreigt terug te vallen bij de stap naar meer zelfstandigheid. Sowieso kan op meerdere gebieden eerder worden ingegrepen om te voorkomen dat problemen groter worden. Zo zie je bijvoorbeeld dakloosheid aankomen. Snellere hulp, het liefst met terugwerkende kracht is nodig. Bijvoorbeeld bij huisuitzettingen als iemand al maanden eerder recht had op een uitkering door deze alsnog toe te kennen met terugwerkende kracht en hiermee financiële problemen en de huisuitzetting te voorkomen. Dit vraagt meer flexibiliteit van gemeenten.

Eigen kracht/ eigen regie:

Cliënten geven aan dat hun eigen kracht en eigen regie afhankelijk is van de juiste balans van hun ondersteuning (begeleiders) en van hun omgeving. Het is van belang dat er een juiste wisselwerking is tussen de cliënt en de hulpverlener waarbij goede matching van belang is. Ook kunnen cliënten in hun eigen kracht gezet worden door met huisgenoten en leeftijdsgenoten verbonden te zijn. Om deze steunstructuren te ontwikkelen zijn meer innovatieve woonvormen nodig.

Het is van belang om de cliënt zelf (een deel van) de regie te laten voeren over de vorm van zijn ondersteuning, bijvoorbeeld in het tempo van de stappen naar zelfstandigheid. Een aanwezige is bijvoorbeeld in een enorme psychische crisis gekomen door de aankondiging van zelfstandig wonen. Het is van belang dat dit stap voor stap met de cliënt besproken wordt en dat de cliënt tijd krijgt om hier aan te wennen. En als de stap naar zelfstandigheid uiteindelijk niet lukt of teveel stress oplevert dan moet dit niet doorgezet worden ten koste van de cliënt. Ook dient er rekening te worden

gehouden met uit welk milieu iemand de stap naar zelfstandigheid zet. “Er is een verschil als je dakloos bent of als je vanuit je ouders de stap naar zelfstandigheid zet”. Een aantal cliënten geven aan dat een nieuwe omgeving ook juist goed kan zijn.

Domein overstijgend:

Tijdens de bijeenkomst wordt aangegeven dat meer partijen en afdelingen met elkaar moeten gaan samenwerken in het belang van de cliënt. Hierbij moet er domein overstijgend gedacht worden om te voorkomen dat problemen groter worden. Dit wordt goed geïllustreerd door onderstaande ervaring die één van de aanwezigen heeft en tijdens de bijeenkomst deelde.

De cliënte heeft jarenlang intramurale zorg gehad. Hierbij kreeg zij alleen zak- en kleedgeld waardoor zij niet tot nauwelijks kon sparen. De stap naar zelfstandigheid kon zij hierdoor niet maken want een woning huren brengt veel kosten met zich mee. “Ik wist niet wat me overkwam toen ik een huis probeerde te huren. De huur ging meteen lopen en dan komt de woningcorporatie ook nog eens met een regel dat je je woning eerst moet stofferen voordat je erin mag. Dus moest ik eerst inrichtingskosten bij de gemeente aanvragen. Maar hiervoor moest ik eerst een bericht van de belastingdienst krijgen dat ik recht had op huurtoeslag. Door dit hele circus was ik al drie maanden verder en had ik dus al drie maanden huur betaald zonder dat ik ook maar een nacht in mijn eigen woning had kunnen slapen”.

De cliënte adviseert dat er een driepartijenovereenkomst (woningcorporatie, cliënt en zorgaanbieder) voor minimaal een half jaar wordt gesloten en dat stoffering door de gemeente wordt gefinancierd. “Intussen kan diegene die zelfstandig gaat wonen met de gemeente de financiën regelen. Spreek bijvoorbeeld af dat gemeente en cliënt allebei voor een half jaar de helft van de huur betalen. Hiermee organiseer je een proefperiode waarin na een half jaar samen met de gemeente, de cliënt en de zorgaanbieder gekeken kan worden of de cliënt in staat is om de woning zelf te huren. Het is een veilig idee – want als het niet lukt dan kan je terug naar je oude plekje. En dan kan de woning naar iemand anders. En als het wel gaat, dan is het goed geregeld zonder dat ik er veel stress van heb gekregen”.

Tijdens de bijeenkomst van de cliënten zijn de volgende aandachtspunten naar voren gekomen:

- Het mixen van doelgroep is goed mogelijk maar een nabijgelegen steunpunt is dan wel nodig.
- Mensen helpen elkaar best graag. Hierop kan worden ingespeeld door bijvoorbeeld via sociale media cliënten te helpen met het inrichten van hun huis. Er bestaan al initiatieven, bijvoorbeeld BUUV waar meer aandacht aan gegeven kan worden.
- Bij huisuitzettingen wordt gewerkt vanuit wantrouwen en vermoedens van onwil. Vaak is er geen maatschappelijk werker aanwezig. Gebruik dit moment als laatste mogelijkheid voor het stellen van hulpvragen door een maatschappelijk werker in te zetten.
- Er moet oog gehouden worden voor het feit dat niet iedereen de stap naar meer zelfstandigheid kan maken!

Verslag consultatieronde zorgaanbieders 12 april 2016 (Locatie: gemeente Leiden):

Deze consultatieronde bestond uit een informatief deel, de film waarin cliënten reageren op de visie van de Commissie Toekomst en een gedeelte waarin er gereageerd kon worden op de geformuleerde uitgangspunten van het eerste concept van de regiovisie. De volgende input is genotuleerd:

Algemeen

Zorgaanbieders signaleren dat de ondersteuningsvraag steeds zwaarder wordt doordat er bij andere wet- en regelgeving zorg wordt afgebouwd. Hierdoor wordt er meer zelfstandigheid van cliënten gevraagd, wat een groot risico op vereenzaming en/of escalatie met zich mee brengt. Ook komt er een

grotere druk op het sociale netwerk van cliënten waardoor de rek een beetje uit dit netwerk is. Zorgaanbieders hebben een tijd lang iedereen die niet meer zelfstandig in de maatschappij kon leven opgevangen. Het is nu zaak om de samenleving weer klaar te maken voor het terugnemen van deze burgers. De zorgaanbieders maken zich hier zorgen over: 'dit gaat niet vanzelf, cliënten moeten soms juist tegen de maatschappij beschermd worden'. De visie van dit beleidskader is door middel van de volgende thema's met elkaar besproken:

Herstel en preventie

Erkend wordt dat er minder mensen gebruik hoeven te maken van Beschermd wonen en maatschappelijke opvang dan nu gebeurt. Hierbij is het van belang dat de cliënt een perspectief geboden wordt. De volgende vraag zou voorop moeten staan op weg naar herstel: 'wat heb je nodig om je eigen kracht te behouden?' Ook moeten instellingen volgens zorgaanbieders samen aan de slag bij het realiseren van nieuwe woonvormen. Want deze zijn vaak hard nodig als je de vraag naar ondersteuning wil voorkomen of als je het herstel van cliënten wilt bevorderen. Het is hierbij van belang dat zorgaanbieders niet te passief zijn maar actief gaan experimenteren en dat gemeente hierin ondersteunt waar mogelijk.

Eigen kracht eigen regie

De zorgaanbieders geven aan dat de eigen kracht en eigen regie van een cliënt afhangt van het sociale netwerk en de begeleiding van de cliënt. Om de eigen kracht en eigen regie te bevorderen dienen deze te functioneren als steunpunt. Voor deze steunstructuur dienen de juiste randvoorwaarden te worden opgesteld en voelbaar te zijn voor de cliënt. Vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen helpen om deze steunstructuur op te bouwen. Ook contact plekken kunnen functioneren als een steunpunt. Volgens de zorgaanbieders is het belangrijk om te beseffen: 'eigen kracht' is niet loslaten.

Domein overstijgende aanpak

Het is volgens de zorgaanbieders bij een domein overstijgende aanpak van belang om een goede infrastructuur te organiseren op het gebied van kennis over de doelgroep naar het netwerk/burgers. Deze infrastructuur kan ook digitaal ondersteund worden. Om alles goed te laten lopen is essentieel om de schotten tussen ondersteuning, netwerk en gemeenten weg te halen. De schotten staan maatwerk in de weg. Er is een flexibele modulaire keten van ondersteuning nodig die is afgestemd op de cliënt. Het onderkennen van tegenstrijdigheden in regelgeving, procedures en administratie is volgens de zorgaanbieders de eerste stap naar verandering.

Tijdens de bijeenkomst van de zorgaanbieders zijn nog de volgende aandachtspunten naar voren gebracht:

- De omgeving van de cliënt is niet altijd ondersteunend.
- De omgeving van de cliënt is vaak intolerant.
- Cliënten kunnen zichzelf soms en de maatschappij overschatten.
- Risico op vereenzaming! Voorwaarden; maatjes, ogen in de buurt, waakvlam regelen, welzijnsaanbod, invulling van vrijetijd.
- Er blijft altijd een groep die heel zijn leven ondersteuning nodig heeft!
- 'Sociale inclusie' vraagt om investering van de cliënt maar ook van de maatschappij. Als voorbeeld van het organiseren van laagdrempelige contacten tussen een cliënt en buurtgenoten noemt men een cliënt die DHL afhaalpunt in de buurt is waardoor hij veel sociale contacten heeft.

Verslag consultatierondes raadsleden:

Er zijn in de drie verschillende subregio's van Holland Rijnland consultatierondes voor Raadsleden georganiseerd. Deze rondes bestonden uit een informatief deel, een deel waarin cliënten reageren op de visie van Dannenberg en een casuïstiek gedeelte. De volgende input is per raadsbijeenkomst genotuleerd:

Consultatieronde Duin- en Bollenstreek 30 maart 2016 (Locatie: gemeente Lisse):

De kernvraag van de bijeenkomst was: "gaan we lokaal, subregionaal of regionaal werken. De meningen hierover verschillen maar de visie: "afschalen waar mogelijk" wordt gedeeld. Hierbij geldt volgens de aanwezigen: "vorm volgt uit de inhoud, dus niet op voorhand alles lokaal of subregionaal organiseren. Deze verschuiving brengt wel veel vragen met zich mee over de uitvoering, financiële stromen en het termijn. Ook is er de vraag of regiogemeenten wel over voldoende expertise bezitten(bijvoorbeeld in de sociale wijkteams) om de ondersteuning regionaal te organiseren. Als reactie hierop wordt aangegeven dat er niet meteen over geld gepraat moet worden, maar begonnen moet worden met maatwerk: "zorg voor expertise".

Een andere belangrijk onderwerp wat tijdens de bijeenkomst naar voren kwam is: "het perspectief van de cliënt". Begrippen als: 'buurkracht' en 'zelfredzaamheid' schetsen een overtrokken beeld. Er wordt aangegeven dat het uitgangspunt van wat de cliënt zelf wil hierin wordt gemist. Zowel professionals als cliënten moeten bij deze visie betrokken worden. Deze uitgangspunten kunnen helpen om meer kennis over de doelgroep en de benodigde ondersteuning te verkrijgen. Gemeenten moeten gaan borgen dat zorg op tijd aanwezig kan zijn en dat de cliënt hierop kan vertrouwen. Ook dient er volgens de aanwezigen door gemeenten te worden ingezet op begrip, acceptatie en inzicht van omwonende voor de achtergrond van de cliënt. Er is een domein overstijgende aanpak nodig om bijvoorbeeld huisuitzettingen te voorkomen door met verschillende partijen de huurschuld af te lossen. Het dilemma: 'accepteren van vrijheid van burgers en het nemen van verantwoordelijkheid voor burgers' blijft.

Uit de bijeenkomst komende de volgende aandachtspunten naar voren:

- Of de zorg regionaal, subregionaal of lokaal georganiseerd dient te worden hangt af van de mogelijkheden tot maatwerk, de expertise en de financiële middelen van een gemeente.
- Het cliëntenperspectief moet in het organiseren van de zorg als uitgangspunt worden gebruikt om zo meer kennis over de doelgroep en het benodigde zorgaanbod te verkrijgen.
- De cliënten zijn erg kwetsbaar en ondersteuning moet: dichtbij, inzetbaar waar nodig en op maat zijn. Er is een risico op eenzaamheid en isolement bij de doelgroep (vooral bij ouderen) en het is belangrijk om hier rekening mee te houden.

Consultatieronde Leidse regio 6 april 2016 (locatie: gemeente Leiden)::

De kernvraag van de bijeenkomst is wat: lokaal, sub regionaal, regionaal organiseren? Er wordt een model geopperd waarin ondersteuning primair lokaal wordt georganiseerd en bij behoefte aan een specialistisch ondersteuning deze centraal wordt georganiseerd. De vraag hierbij is vooral of je specialistische ondersteuning in de eigen omgeving van de cliënt of centraal wil organiseren. Sommige vinden dat centraal inkopen loont, centraal uitvoeren niet. De gezamenlijke visie is wel dat het lokaal organiseren van zorg beter is maar dat er bij Multi problematiek iets met elkaar georganiseerd moet worden.

Tijdens de bijeenkomst wordt opgemerkt dat gemeenten moeten zorgen voor een totaalplaatje van de cyclus: preventie, opvang en nazorg. Gemeenten moeten hierbij uitgaan van de eigen kosten en baten om het risico op terugval te kunnen verkleinen. Het is vaak moeilijk om in te schatten of een cliënt in staat is tot meer zelfstandigheid. De vraag die heerst is: "wat is leidend in de inschatting van zelfstandigheid (wie geeft de doorslag?): advies professional, netwerk cliënt, gemeente?". De nazorg is momenteel al een verantwoordelijkheid van gemeenten. Gemeenten kunnen volgens de

aanwezigen nog een grotere rol spelen in het helpen van cliënten terug in de maatschappij. Dit doordat een gemeente zich bijvoorbeeld verantwoordelijk stelt voor de schuld bij een huisuitzetting en de huur blijft doorbetalen tot de cliënt terug is van een behandeling. Dit vergt een domein overstijgende aanpak waarbij er afspraken worden gemaakt tussen gemeenten, woningcoöperaties en zorgaanbieders.

Uit de bijeenkomst komende de volgende aandachtspunten naar voren:

- Er moet rekening gehouden worden met het gegeven dat cliënten soms een vertrouwde omgeving met vertrouwde personen nodig hebben.
- Bij cliënten die kwetsbaar zijn en die zelfstandiger gaan leven is het risico op terugval aanwezig.
- Bij een domein overstijgende aanpak dient goed te worden bedacht welke partij verantwoordelijk is voor welk onderdeel in het proces van ondersteuning.

Consultatieronde Rijnstreek 11 april 2016 (Locatie: gemeente Alphen aan den Rijn):

Een kernvraag in deze bijeenkomst is: "op welke schaalgrootte ga je de zorg organiseren?". Hierbij vinden de aanwezigen het vooral van belang om per gemeente te analyseren wat deze wel en niet kan en of er gezamenlijke passende oplossingen zijn. Ook wordt er aangegeven dat voor het spreiden van de ondersteuning er meer kennis van de doelgroep nodig is. "Wat hebben ze nodig om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen?". Men vindt dat er subregionaal ook een hoop mogelijk is, bijvoorbeeld het organiseren van crisiswoningen.

Een ander dilemma is: "hoe moreel verplicht ben je als gemeente, hoe ver moet je gaan in de ondersteuning?". Men vindt dat gemeenten moeten doen aan vroeg signalering. Er wordt geopperd om via Wmo-adviesraden ervaring op te doen met de cliënten want zij staan al dicht bij de burgers. Daarbij moet er de juiste expertise in een gemeente aanwezig zijn die dichtbij en direct inzetbaar is. Dit om te voorkomen dat mantelzorgers nog meer van professionals moeten overnemen want de omgeving/familie is vaak al overbelast. Ook is het van belang om in te zetten op destigmatisering om de samenleving de cliënten te helpen accepteren.

Uit de bijeenkomst komende de volgende aandachtspunten naar voren:

- Er moet meer aandacht voor (contingent)woningen komen.
- De druk op de omgeving/ familie van de cliënten is vaak hoog waardoor er behoefte is aan een vertrouwde laagdrempelige plek waar zij heen kunnen als het teveel wordt.
- Voorkom huisuitzettingen.

Aanvullende informatie bij hoofdstuk 6: Financien

Decentralisatie-uitkeringen MO/VB/OGGz – huidige situatie

De decentralisatie-uitkeringen maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (MO/VB/OGGz) werden in 2015 opgehoogd met de te decentraliseren middelen uit de AWBZ. Het ging om het budget dat samenhangt met de huidige AWBZ-functies extramurale begeleiding en persoonlijke verzorging die in de praktijk vaak in het verlengde van de opvang werden geboden. Voor de decentralisatie-uitkering MO/VB/OGGz ging het om een relatief grote toevoeging, namelijk € 87 mln. op een totaalbedrag van bijna € 300 mln. Het betreft aldus een toevoeging van bijna 30%.

In 2015 was er sprake van een historische verdeling en vanaf 2016 worden deze middelen via de objectieve verdeling van de decentralisatie-uitkering MO/VB/OGGz verdeeld. De invoering van het objectieve verdeelmodel gaat in meerdere jaren. In 2015 100% historisch en in 2016 en 2017 50% historisch. Het rijk wilde in 2017 al via de objectieve verdeling de middelen verdelen maar dat hebben ze voorlopig stopgezet omdat ze eerst meer zicht willen krijgen op de gevolgen voor gemeenten als de middelen voor beschermd wonen gedecentraliseerd gaan worden. Voor Leiden heeft het objectieve verdeelmodel sterk nadelige gevolgen ten opzichte van het historisch budget. Leiden heeft voor 2015 (100% historisch) een toevoeging van € 3.129.970 bovenop de € 5.463.044 “reguliere” middelen in de decentralisatie-uitkering gekregen. In 2016 is het budget gedaald met circa € 750.000. Per wanneer de tweede daling van circa € 750.000 gaat plaatsvinden is nu onbekend maar gaat wel door.

Tabel: decentralisatie-uitkering

Decentralisatie-uitkering Leiden maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGz in €					
2013	2014	2015	2016	2017	2018
5.289.318	5.366.715	8.611.084	7.832.122	7.832.122	7.832.122

De Raad voor Financiële Verhoudingen vindt de bovengenoemde extramurale begeleiding geen taak voor de centrumgemeente. Hier is spraken van reguliere zorg in de vorm van individuele begeleiding die alle gemeenten in het kader van de Wmo al bieden. Om deze korting op te vangen worden er in 2016 voor onderstaande onderwerpen maatregelen getroffen en/of een alternatieve financieringsvorm onderzocht (niet financieren met middelen uit de decentralisatie-uitkering maar anderszins):

- 1) begeleiding in de maatschappelijke opvang;
- 2) dagbesteding in de maatschappelijke opvang;
- 3) voorkomen instroom en bevordering uitstroom.

Tabel: besteding decentralisatie-uitkering 2015

Besteding decentralisatie-uitkering maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en OGGz 2015 in €	
Uitgaven	
Maatschappelijke opvang	6.572.898
Verslavingsbeleid	1.425.020
OGGZ	1.328.282
Ex-gedetineerden	224.838
Totaal	9.429.038
Inkomsten	
Decentralisatie-uitkering 2015	8.611.084
Bijdrage Leiden	817.954

Budget(-ontwikkelingen) beschermd wonen – huidige situatie

Er is landelijk geen bezuiniging doorgevoerd op het macrobudget Beschermd wonen. Wel is er veel verwarring geweest over de verdeling van het macrobudget. Oorspronkelijk kreeg de centrumgemeente Leiden een budget van € 24 miljoen. Dit bleek in de loop van 2015 onvoldoende budget. Landelijk waren er meer centrumgemeenten met foutieve budgetten, er zijn daarom diverse onderzoeken gedaan naar het reële volume van cliënten met overgangsrecht. Dit heeft geleid tot een aangepast budget van € 27,9 miljoen in 2015. Voor 2016 is in de decembercirculaire een nieuw budget bekend gemaakt. Meerjarig verwachten we bij de meicirculaire 2016 uitsluitel. In dit overzicht staan voorsnog de oude bedragen uit de meicirculaire van 2015.

Zoals toegelicht bij 7.1 is er nog geen besluit over de herverdeling van middelen genomen, dit overzicht betreft dus middelen die bij de centrumgemeente op de begroting staan.

	2015	2016	2017	2018	2019
Budget in sept-circulaire	€ 27.982.911	€ 22.033.795	€ 23.004.831	€ 23.715.816	€ 24.255.778
Budgetinschatting incl. nieuw onderzoek	€ 27.750.702	€ 28.016.615	€ 29.251.316	€ 30.155.354	€ 30.841.932
Budget in dec-circulaire	€ 27.860.839	€ 27.437.848	€ 23.004.831	€ 23.715.816	€ 24.255.778

Financiële solidariteit

Regionaal is financiële solidariteit afgesproken voor Beschermd wonen. Als er een tekort ontstaat bij de centrumgemeente, dan dragen alle gemeenten in Holland Rijnland financieel bij. Als er middelen over zijn, dan wordt dit apart gezet in een reserve op de begroting van de gemeente Leiden. Deze reserve kan worden benut voor innovatie en/of apart gehouden ten behoeve van toekomstige herverdeling.