

ADVIES



Aan : College van Burgemeester en Wethouders Ridderkerk
Van : Maatschappelijk Burgerplatform
Datum : 6 september 2021

Betreft : gevraagd advies concept regionaal beleidsplan Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen

Geachte college,

Op de eerste plaatse onze dank dat we in de gelegenheid zijn gesteld om een advies uit te brengen over het concept regionaal beleidsplan Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen (MO & BW). Dit plan is inderdaad een belangrijke stap in de doordecentralisatie van deze taken. Met dit plan is veel en goed werk verricht om deze stap te zetten, hiervoor onze waardering.

Ons advies is opgebouwd aan de hand van drie vragen:

- a. Wat is ons referentiekader?
- b. Voldoet het concept regionaal plan aan dit referentiekader?
- c. Is het lokale beleid adequaat 'voorliggend' om tot een effectief zorgstelsel MO & BW te komen?

0. Vooraf

We missen een belegbrief waarin is aangegeven wie de eigenaar is van dit concept regionaal beleidsplan, wat er reeds is gebeurd en wat de verdere procedure is en of hierin is voorzien dat het advies nog kan leiden tot een bijstelling van dit plan. Indien dit laatste niet het geval zou zijn, is een advies van het MBR niet zinvol en kan een adviesaanvraag beter achterwege blijven.

Ons advies bestaat uit twee delen, namelijk een advies gericht aan de gemeente als partner in de zorgregio MO & BW wat betreft het regionaal beleidsplan, en een advies gericht aan de gemeente zelf als verantwoordelijke voor de lokale gestuurde eerste lijn hulp en preventieve activiteiten maatschappelijke ondersteuning.

1. Ons referentiekader

Het MBR adviseert primair vanuit het perspectief van de zorggebruiker. Wij betrekken hierbij de doelen die zijn gesteld om de zorg in het sociale domein te transformeren in het kader van de 3D (drie decentralisaties), o.a.:

- vraaggericht werken, de vraag van de burger centraal;
- directe begeleiding: het aansluiten bij en het versterken van Eigen Kracht; niet praten OVER zorgvrager, maar eerste lijn hulp bieden AAN zorgvrager;
- interventie: zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk, zo specialistisch als noodzakelijk;
- principe 'één gezin – één plan – één casemanager', zeker in geval van meervoudige problematiek;
- interventie 'begeleiding' gebaseerd op formeel erkende goed onderbouwde of bewezen effectieve programma's;
- de hulpverlener krijgt de ruimte om professioneel te handelen naar bevind van zaken; meer directe hulpverlening, minder bureaucratie (dossiervorming, administratie) om überhaupt te kunnen starten met de hulp.

ADVIES



Op de tweede plaats hebben we gekeken in welke mate het voorliggende lokale beleid MO & BW is verankerd in de onlangs vastgestelde beleidsplannen Integraal Beleid Sociaal Domein en Preventief Gezondheidsbeleid en de verordening WMO. Zoals eerder genoemd richten we ons met dit advies uitsluitend tot de lokale overheid.

Op de derde plaats hebben we ons laten inspireren door de handreikingen van de Landelijke Koepel Adviesraden Sociaal Domein en het landelijk expertise centrum Movisie.

2. Onze bevindingen wat betreft het concept Regionaal Beleidsplan MO & BW

2.1. Visie en doelstelling

Wat betreft de visie, doelstellingen en de aansluiting bij de adviezen van de commissie Dannenberg zit dit concept regionaal beleidsplan op het goede spoor. Daarnaast zijn er een aantal belangrijke punten waarop dit concept plan o.i. een bijstelling en/of aanvulling behoeft. Deze punten werken we hierna uit.

2.2. De maatschappelijke urgentie

We missen in dit concept een beschrijving van het maatschappelijk probleem en urgentie om actie te ondernemen. Volgens het CBS steeg het aantal daklozen van 17.000 in 2009 tot 39.300 in 2018. De nota staat niet stil bij o.a. ontwrichtende leefomstandigheden van/met personen met verward gedrag, uit de hand lopende situaties van huiselijke geweld, extreme schulden en langdurige armoede, isolement ten gevolge van psychologische en/of psychiatrische problematiek, moeizame re-integratie na een verleden in de gevangenis, existentiële eenzaamheid, e.d. Dit alles wordt nog complexer door ellenlange wachtlijsten in de GGZ en verzwakte sociale verbanden. Het is belastend voor verwanten, het raakt het veiligheidsgevoel van omwonenden en het sociaal klimaat in de buurten.

Wij missen in het concept een beschrijving en een initiatief om meer dwarsverbanden aan te brengen tussen los van elkaar staande initiatieven voor aanpak van de bovengenoemde problematieken en wat er kan worden gedaan om het niet zover uit de hand te laten lopen. Hier kan zeker winst worden geboekt. Wij zijn er ons van bewust dat de maatschappelijke opvang voorzieningen nog niet zijn gedecentraliseerd, doch dat er al wel een taak ligt om escalatie te voorkomen. Wij stellen voor deze aspecten nader uit te werken en toe te voegen aan deze nota, zodat een meer integraal beleid voor de verschillende doelgroepen tot stand kan komen.

2.3. De doelgroep

De doelgroep is omschreven als kwetsbare burgers. Wij hebben moeite met deze aanduiding. Betrokkenen worden hiermee in een zielige slachtoffer positie geplaatst, met een appèl om ze vooral te beschermen. Door deze benaming plaatsen de overheid, de hulpverleners en de medeburgers zich boven de doelgroep: de betrokken burgers worden op deze manier beoordeeld op hun gebrek aan kwaliteiten en vermogens en ze worden op grond daarvan geclassificeerd. De betrokkenen hebben al zo vaak gehoord dat ze van een mindere soort zijn en tekort schieten. Dit helpt ze niet, integendeel, hun zelfbeeld krijgt een duw. Dat brengt ze nog verder van huis.

Wij stellen voor de benaming 'kwetsbare burgers' te vervangen door 'zorgvragers' of 'zorgbehoevenden'. Met deze benaming leggen we het accent op wat betrokken burgers wél kunnen, en sluiten we aan op hun vermogens en aanwezige eigen kracht. Het is ons uiteraard bekend dat er een deken van tegenslagen, frustratie, teleurstellingen enz. over deze mensen heen ligt, zodanig zelfs dat ze soms nog nauwelijks kunnen geloven dat ze nog van een positieve betekenis kunnen zijn voor zichzelf en voor de ander.

2.4. Begeleiding

ADVIES



Het voorgaande brengt ons bij het thema begeleiding of hulpverlening. Het rapport van de commissie Dannenberg -waar naar wordt verwezen- hecht veel aan goede begeleiding of hulpverlening en het slaan van een brug tussen de doelgroep en de samenleving. Bescherming, herstel, zelfregie, participatie en sociale inclusie zijn sleutelwoorden. Het is van het allergrootste belang dat die hulpverlening ook daadwerkelijk beschikbaar komt voor de betrokkene, en dat hulpverleningscapaciteit daadwerkelijk beschikbaar is. De zorgbehoevende moet weliswaar zelf een beroep doen op de Wmo, de Zvw of de Wlz.ⁱ, maar gelet op de reeds overbelaste situatie waarin de zorgvrager zich bevindt (verminderde draagkracht) is dit een zeer moeilijke opgave. Dit geldt in het bijzonder om hulpverlening te verwerven via de Zvw en de Wlz, omdat hiervoor twee hindernissen moeten worden overwonnen, namelijk enerzijds moet de zorgvrager in staat zijn om zijn zorgvraag te erkennen en te formuleren, anderzijds moet hij de verplichte eigen financiële bijdrage kunnen opbrengen. Zonder extra hulp en (financiële?) steun is dit bijna niet te doen. Daarom adviseren wij een outreachendeⁱⁱ en een op de persoon afgestemde cliëntondersteuning in een gezamenlijke (zie verder punt 2.5 en 2.6) inspanning van het wijkteam, het lokaal zorgnetwerk en de MO & BW uitvoeringsorganisatie. Cliëntondersteuning en extra specifieke begeleiding/hulpverlening dienen van een hoge kwaliteit te zijn, op z'n minst te voldoen aan de voorwaarden van officieel erkend 'goed onderbouwd' of 'bewezen effectief'. Bijvoorbeeld door gebruik te maken van de ACT methodiek (Assertive Community Treatment) [Werkblad Beschrijving Interventie \(trimbos.nl\)](http://www.trimbos.nl) en Krachtwerk <https://www.movisie.nl/interventie/krachtwerk>. Opmerkelijk is dat in het voortraject (desgevraagd?) door dan aanwezige leden van de Wmo adviesraden en gemeenteraadsleden twee van de acht door Dannenberg genoemde basisvoorwaardenⁱⁱⁱ als prioritair zijn aangemerkt. Het risico van deze benadering is dat de zes andere voorwaarden naar het tweede plan verdwijnen. Dit achten wij niet wenselijk. We adviseren daarom serieus werk te maken van alle acht voorwaarden, zonder onderscheid.

2.5 Relatie centrale – decentrale verantwoordelijkheid

We menen een discrepantie waar te nemen tussen de centrale en decentrale verantwoordelijkheid. Enerzijds wordt heel veel centraal geregeld: inkoop, het onthaal, etc. 90% van het budget wordt via de gemeenschappelijk regeling (centraal budget) uitgevoerd. Anderzijds kan 10% lokaal worden bepaald. Lopen we niet een risico dat gemeenten 'achterover gaan leunen' omdat de uitvoering nagenoeg in handen wordt gegeven van een centrale uitvoeringsorganisatie?

Is de vrijheid van de lokale overheid niet zo groot dat er onvoldoende dan wel niet effectief wordt ingezet op eerste lijn hulpverlening en preventie, zodat er teveel doorstroom is naar Begeleid Wonen. Is het een optie dat er een sterker wordt ingezet om alle participerende gemeenten de 10% 'eigen inzet' uitsluitend te benutten voor 'beschermd thuis' en voor ambulante hulpverlening om dit mogelijk te maken, en zo mogelijk nog te versterken met de ambulante hulpverlening vanuit het wijkteam? Is het niet een optie om er bij de lokale overheden er op aan te dringen dat ze meer investeren in uitbreiding van de ambulante hulpverlening door het wijkteam, en dat het lokaal zorgnetwerk een effectief beroep kan doen op het wijkteam voor inzet van die ambulante eerste lijn hulp? Zie verder punt 2.6 Daarentegen wordt het overleg met de zorgkantoren over het afsluiten van Zvw- en Wlz zorgarrangementen voor/door de zorgvrager neergelegd bij de lokale overheden. Dit is een versnippering van inzet en expertise op de kernfunctie begeleiding. Een solide samenwerking om deze functie te realiseren lijkt ons essentieel is om de hele operatie te laten slagen.

Wij stellen voor te onderzoeken de onderlinge taakverdeling effectiever te beleggen.

ADVIES



2.6 Taken van de lokale overheid als voorliggende voorziening.

Hoe goed ook bedoeld, de in de concept nota geformuleerde afstemming tussen de Gemeenschappelijke Regeling en de lokale overheid is alleen intentioneel, de 'kaders' zijn te ruim en daardoor te vrijblijvend en te weinig (ver)bindend. In de huidige constructie kunnen de centrale BW & MO organisatie en het lokale zorgnetwerk en/of wijkteam geheel los van elkaar functioneren, in het slechtste geval zelfs de zorgvrager 'over de schutting gooien'. We baseren onze vrees op de ongunstige ervaringen in de jeugdzorg over de te geringe afstemming lokaal – centraal, waardoor jongeren en gezinnen met ernstige problemen geen goede zorg krijgen.

Wij stellen een aanscherping op de volgende punten:

- a. Toelating tot MO & BW alleen op verwijzing van het lokale wijkteam en lokaal zorgnetwerk;
- b. Vaste contactpersonen in zowel het lokaal wijkteam als de centrale organisatie MO & BW, voor en over zorgvragers met een MO & BW problematiek, t.b.v. gegevens uitwisseling, afstemming van acties, eventuele opschaling of afschaling e.d.;
- c. Een op elkaar afgestemde en/of gezamenlijke inspanning lokaal en centraal om een zorgarrangement begeleiding via de Zvw dan wel de Wlz te realiseren;
- d. Lokale gemeenten maken een lokaal actieplan preventie en basishulp MO & BW, inclusief begroting over inzet van middelen en personeel, dat ter advisering wordt voorgelegd aan de GR. In de actieplan worden de criteria en procedure voor wie wat doet en wanneer, de overdrachtmomenten, prognoses e.d. vastgelegd. Zie ook het hiernavolgend punt 3;
- e. Een gezamenlijk protocol om in nauw overleg met de zorgvrager en in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensuitwisseling te komen tot een passende gegevensuitwisseling;
- f. Zonder woning geen beschermd wonen. Gelet op de krapte op de woningmarkt is een nauwe samenwerking met lokale instanties noodzakelijk.

3. Onze bevindingen wat betreft het lokale beleid MO & BW

Er gaat een lange geschiedenis aan vooraf voordat iemand in een situatie terecht komt dat hij/zij is aangewezen op een voorziening zoals beschermd wonen of maatschappelijke opvang. Voor zover iemand niet zelf tijdig (psycho sociale) hulp heeft gezocht, kan het haast niet anders dan dat het bij lokale voorzieningen zoals het wijkteam, de sociale dienst, de voedsel- en kledingbank, Schuldhulpmaatje, het welzijnswerk, de huisartsen, wijkagenten, de woningbouwcorporatie, kerken e.d. is opgevallen dat bepaalde personen 'het niet goed zullen redden'. Hoewel in theorie het wijkteam een centraal meldpunt zou zijn over alle vragen over zorg en welzijn, blijkt dit in de praktijk toch niet helemaal zo te werken. Naast het wijkteam functioneert het lokaal zorgnetwerk om eventuele problematiek op te schalen. Waarom kan die opschaling niet gebeuren door het wijkteam en het lokaal zorgnetwerk te integreren? Is dit omdat er in het wijkteam 'volwassenen' sowieso te weinig capaciteit is, zowel voor eerste lijn hulpverlening als voor opschalingsactiviteiten?

Voor zover wij het kunnen overzien hebben verschillende factoren een aandeel in het niet optimaal functioneren van de lokale eerste lijn hulpverlening voor volwassenen, zoals:

- De verschillende organisaties hebben verschillende taken waardoor burgers zelf hun eigen keus maken tot wie ze zich kunnen wenden als ze een bepaalde dienst willen ontvangen;
- Er is geen centrale toegang, en die is niet simpel te organiseren; in ieder geval moet worden voorkomen dat dit complicerend is voor de zorgvrager en/of bureaucratie in de hand werkt;

ADVIES



- Het wijkteam heeft zich in de afgelopen periode vooral ontwikkeld als een centrale toegang voor jeugdhulp en is voor die doelgroep daar inmiddels beter voor toegerust;
- Het wijkteam heeft zich in de afgelopen periode niet voldoende kunnen ontwikkelen tot een herkenbaar en betrouwbaar Steunpunt Zorg en Welzijn voor volwassenen en ouderen, inclusief een post Eerste Hulp Bij Overbelasting. In die zin heeft het wijkteam zich ook niet voldoende ontwikkeld tot een eerste lijn hulpverlening voorziening die ten dienste staat voor zorgbehoevenden die bekend zijn bij WMO-klantmanagers, participatie klantmanagers, de voedsel en kledingbank, het welzijnswerk, de huisartsen, de wijkagent, kerken etc., in het bijzonder in het geval van (vermoeden van) meervoudige problematiek en de noodzaak voor casemanagement (een gezin – een plan – een casemanager);
- Het wijkteam heeft zich in de afgelopen tijd evenmin kunnen ontwikkelen als een expertisepunt levensvaardigheden (psycho-educatie sociaal emotionele competenties m.b.t. autonomie en relaties) zodat werk kon worden gemaakt van een goed onderbouwd preventief programma gericht op gedragsbeïnvloeding;
- Het aantal (algemeen) maatschappelijk werkers is in de loop der jaren afgenomen van circa zeven formatieplaatsen tot vier formatieplaatsen. De samenwerking met de huisartsen is verminderd, en daarmee ook de (vroegtijdige) signalering van psychosociale problematiek -waaronder huiselijk geweld- en de context waarin dit zich ontwikkelt. Het aantal Praktijk Ondersteuners Huisartsen (POH) is beperkt en dit specialisme verricht geen casemanagement.

We hebben onderzocht in welke mate de recent vastgestelde beleidsplannen Integraal Beleid Sociaal Domein en Preventief Gezondheidsbeleid concrete voorstellen bevatten om te voorkomen dat zorgvragers in de leeftijdscategorie volwassen en ouderen de grip op hun situatie verliezen zodat ze zijn aangewezen op een voorziening Beschermd Wonen en /of Maatschappelijke Opvang. Onze bevindingen zijn dat in de beide nota's hier wel globale aandacht aan wordt besteed, maar dat het tekort aan eerste lijn hulp in wijkteams niet wordt genoemd. Dit is belangrijk voor zorgvragers die baat hebben bij kortdurende ambulante eerste lijn hulp en voor zorgvragers die extra hulp behoeven in geval van een meervoudige problematiek. Hiermee kan worden voorkomen dat deze zorgbehoevende te snel zijn aangewezen op maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Wij adviseren de beide beleidsnota's te updaten met een speciaal hoofdstuk Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen, zodat preventie en eerste lijn hulp voor deze doelgroepen beter geborgd is, ook al is de Maatschappelijk Opvang nog niet gedecentraliseerd. Tevens stellen we voor de verordening WMO aan te passen i.v.m. de doordecentralisatie van Beschermd Wonen.

4. Conclusie en advies

Wij constateren dat veel goed werk is verricht in deze complexe materie. Het referentiekader voor ons advies is o.a. ontleend aan de transformatiedoelen van de 3 D en de handreikingen van Landelijke Koepel Adviesraden Sociaal Domein en het landelijk expertise centrum Movisie.

Wat we vooral missen in de nota is de aandacht voor de maatschappelijke urgentie voor hulp aan Ridderkerkers met een meer complexe problematiek, zoals ernstige schulden, emotionele eenzaamheid, relatieproblemen, (oplopend) huiselijk geweld, verwardheid en ontwrichting, marginalisering eventueel uitmondend in ernstige overlast voor de omgeving en mogelijk leidend de noodzaak van maatschappelijke opvang of beschermd wonen.

ADVIES



Wij stellen voor het concept regionaal beleidsplan BW en MO aan te passen op de volgende punten:

- Maatschappelijke urgentie’;
- De benaming ‘kwetsbare doelgroep’ veranderen in ‘zorgvragers’ of ‘zorgbehoevenden’;
- De paragraaf over begeleiding/hulpverlening aan te scherpen;
- De relatie centrale – decentrale verantwoordelijkheid beter op elkaar af te stemmen;
- De taak voor de lokale overheid te ontdoen van vrijblijvendheid.

Tevens stellen we voor de recent vastgestelde beleidsplannen Integraal Beleid Sociaal Domein en Preventief Gezondheidsbeleid te updaten met een speciaal hoofdstuk Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen, zodat achterstand voor zorg aan volwassen en ouderen wordt weggewerkt en dat zowel preventie als eerste lijn hulp voor de (potentiele) doelgroep Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen beter is geborgd.

Om die reden adviseren kunnen nog niet positief adviseren over het thans voorliggend concept. We zijn gaarne bereid e.e.a. nader toe te lichten en mee te denken.

Met een vriendelijke groet,
Namens het MBR

Riet Bolink, wnd voorzitter

ADVIES

ⁱ De acht basisvoorwaarden voor sociale inclusie volgens Dannenberg

ⁱⁱ Outreachend: de hulpverlener zoekt de hulpvrager op in zijn situatie i.p.v. dat de hulpvrager op het spreekuur komt.

ⁱⁱⁱ Verschillen Wmo, Zvw en Wlz

Wmo	Zvw	Wlz
<ul style="list-style-type: none">• Indicatiestelling en zorgbesluit door het wijkteam en de gemeente• De Wmo gaat ervan uit dat mensen met tijdelijke ondersteuning voldoende structuur in hun leven kunnen brengen en daarna zelfstandig verder kunnen.• Geen eigen financiële bijdrage	<ul style="list-style-type: none">• Indicatiestelling en zorgbesluit door de huisarts, GGZ en zorgverzekeraar• De Zvw gaat ervan uit dat mensen met tijdelijke ondersteuning voldoende structuur in hun leven kunnen brengen en daarna zelfstandig verder kunnen.• Eigen bijdrage Zvw	<ul style="list-style-type: none">• Indicatiestelling en zorgbesluit door huisarts, GGZ en CIZ• De Wlz gaat ervan uit dat mensen structureel en permanent intensieve GGZ ondersteuning nodig hebben en niet in staat zijn zelfstandig verder te kunnen.• Inkomensafhankelijke eigen bijdrage

Zie ook https://www.ciz.nl/images/pdf/folders/Clientschetsen_toegankelijk.pdf