Christien Muusse, Michel Planije, Jenny Boumans, Hans Kroon

Trimbos instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Perspectief in de langdurige ggz:

Een verdiepende studie naar beleid en praktijk



Christien Muusse, Michel Planije, Jenny Boumans, Hans Kroon

Perspectief in de langdurige ggz:

Een verdiepende studie naar beleid en praktijk

Trimbos-instituut, Utrecht, 2025

Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Christien Muusse
Michel Planije

Auteurs
Christien Muusse
Michel Planije
Jenny Boumans
Hans Kroon

Vormgeving en productie
The Creative Hub | Canon

Beeld
www.istockphoto.com
Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **TRI-77-010**

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-297 11 00
F: 030-297 11 11

© 2025, Trimbos-instituut, Utrecht.
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoud

Samenvatting **6**

1 Inleiding **10**
1.1 Doelgroep 10
1.2 Doel en scope van dit onderzoek 11
1.3 Aanpak 11
1.4 Leeswijzer 12

2 Achtergrond **13**
2.1 Van intramuraal naar extramuraal 13
2.2 Zorg van Velen 13
2.3 Herstel 14
2.4 Nieuwe impuls beddenafbouw 15
2.5 Van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis 15
2.6 De Wet langdurige zorg 16
2.7 'Passende zorg' voor mensen die langdurig op zorg en ondersteuning zijn aangewezen 20
2.8 Tot slot 24

3 Aard en omvang van de cliëntgroep van de langdurige ggz **25**
3.1 De langdurige ggz in cijfers 25
3.2 Mensen die gebruik maken van de langdurige ggz 28
3.3 Cliëntgroepen uitgelicht: passende zorg? 32
3.4 Tot slot 38

4 Zorg en ondersteuning **40**
4.1 Balanceren tussen ontwikkeling en inzetten op stabilisatie 40
4.2 Het perspectief van de cliënt als vertrekpunt 46
4.3 Methodisch werken en aansluiten met aandacht voor het levensverhaal 50
4.4 Zorg voor het individu én het netwerk 53
4.5 Tot slot 55

5 Samenwerking binnen de langdurige ggz rond mensen met complexe problemen **57**
5.1 Samenwerking tussen behandeling en begeleiding 57
5.2 Samenwerking rond mensen met complexe problemen 62
5.3 Tot slot 70

6 Participatie en inclusie 72
6.1 Inleiding 72
6.2 Vormgeven aan participatie en inclusie 73
6.3 Arbeidsmatige toeleiding 77
6.4 Inclusie voor iedereen? 79
6.5 Tot slot 82

7 Conclusie en reflecties 83
7.1 Beantwoorden onderzoeksvragen 83
7.2 Reflecties 86
7.3 Tot slot: Perspectief in de langdurige ggz 88

8 Literatuur 89

Bijlage 1: Afgenomen interviews 94

Samenvatting

Dit onderzoek betreft een analyse van de langdurige ggz. De focus ligt op (de zorg voor) mensen met een langdurige en complexe zorgvraag als gevolg van een psychische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen of problemen, met in elk geval óók een beperking in het zelfstandig wonen. Zij maken gebruik van uiteenlopende voorzieningen waaronder het beschermd wonen ('de maatschappelijke ggz') en het voortgezet klinisch verblijf. Een deel van de mensen woont zelfstandig met langer durende woonbegeleiding en behandeling. De hulp die mensen ontvangen, kan vanuit verschillende wettelijke domeinen gefinancierd worden, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). In dit onderzoek bakenen we de doelgroep niet af op financieringskader maar op de inhoud van de zorgvraag.

Het doel van deze verdiepende studie is een inhoudelijke duiding van actuele ontwikkelingen in de langdurige ggz en uitdagingen rond passende zorg. Centraal stonden de vragen: *Wat is 'passende' zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige psychische problemen? Wat helpt en hindert in het huidige manier waarop de zorg wordt georganiseerd en gefinancierd om 'passende zorg' te bieden voor deze doelgroep?* Om deze vragen te beantwoorden hebben we een korte historie van de langdurige ggz geschetst, gekeken naar de aard en omvang van de doelgroep en naar de praktijk van zorg en ondersteuning, waarbij we ook expliciete aandacht hadden voor het streven om participatie en inclusie te ondersteunen. Het onderzoek sluit aan bij de Kennisagenda langdurige ggz die recent is verschenen en bij het verder werken aan een kennisinfrastructuur rond de langdurige ggz, met de oprichting van een academische werkplaats. Ook kan het onderzoek benut worden bij uitvoeren van de werkagenda langdurige ggz.

We hebben gebruik gemaakt van bestaande registraties (CBS; Regiobeeld) en van kwalitatieve data. De kwalitatieve data werden verkregen uit 31 (individuele en duo-) interviews met stakeholders (n=45) (zie bijlage 1), vijf cliëntenpanels (n=23) en 2 focusgroepen (n=7) met vertegenwoordigers vanuit zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren. Verder raadpleegden we adviesnota's, wetenschappelijke literatuur, overheidspublicaties en grijze literatuur. Het onderzoek had niet tot doel een volledig beeld te schetsen van de langdurige ggz in al zijn facetten. De onderwerpen die in de interviews het meest naar voren kwamen, waren bepalend voor de opbouw van het eindrapport. De belangrijkste bevindingen worden hier samengevat:

Ontwikkelingen en trends

- In de Nederlandse langdurige ggz heeft altijd een tweesporenbeleid bestaan, waarbij (klinisch) verblijf mogelijk is, maar ook nadrukkelijk wordt gestreefd om voor mensen met langdurige psychische problemen een betekenisvol en zo 'normaal' mogelijk bestaan in de samenleving mogelijk te maken. Verschillende wijzigingen, onder andere in de financiering, hebben in het afgelopen decennium invloed gehad op de manier waarop aan deze doelstelling vorm wordt gegeven. Met de komst van de Wmo in 2015 kwamen zelfredzaamheid en participatie centraal te staan. Professionele zorg en ondersteuning zijn daarin bij voorkeur tijdelijk. Voor een deel van de mensen met langdurige problemen bleek deze focus echter door de aard van hun beperkingen niet passend. Voor hen werd in 2021 de Wlz opengesteld.

- Het aantal mensen met een Wlz indicatie op grondslag 'psychische stoornis' steeg van 17.310 in het eerste kwartaal van 2021 naar 35.135 in het derde kwartaal van 2024. De instroom leidde tot verschillende actieplannen om het tij te keren. Ook werd voor een aantal specifieke Wlz- cliëntgroepen de vraag gesteld of andersoortig gefinancierde zorg mogelijk beter passend zou kunnen zijn. Echter, elke indelingssystematiek waarmee men aan de hand van bepaalde kenmerken ('lage zzp', 'jongeren tussen 18-27', etc.) tracht af te bakenen welk aanbod voor wie beschikbaar is, loopt tegen knelpunten aan. Inherent aan de cliënten van de langdurige ggz is juist dat zij zich moeilijk laten 'vangen', in welk kader dan ook.
- Een belangrijk kenmerk van mensen met psychische aandoeningen is dat gedurende het leven periodes van minder zorgbehoefte zich afwisselen met periodes van meer zorgbehoefte. Zij zijn gebaat bij zorg en begeleiding die flexibel en responsief op- en afgeschaald kan worden. De wettelijke-, en financieringssystemen lijken dit echter nog niet optimaal te faciliteren. Het verschil tussen het perspectief van zelfstandigheid (Wmo) en perspectief van blijvendheid (Wlz) lijkt vaak absoluut, terwijl deze perspectieven in de levens van mensen, veel diffuser zijn en afwisselend of tegelijkertijd kunnen bestaan.
- In de discussie over passende zorg in de langdurige ggz werkt het belemmerend dat gegevens, over de doelgroep en de zorg die zij ontvangt, missen. Beschikbare cijfers zijn, onder andere door de versnippering in verschillende systemen, incompleet en/of niet goed met elkaar vergelijkbaar, waardoor het ontbreekt aan een volledig en betrouwbaar zicht op wie welke soort zorg krijgt. De beperkte gegevens die beschikbaar zijn, lijken erop te wijzen dat het aantal mensen binnen de Wlz ggz met meervoudige problematiek is toegenomen.

Zorgpraktijk

- Kijkend naar de praktijk van de langdurige ggz, valt op dat er een breed draagvlak bestaat voor het bieden van herstelondersteunende zorg. Het begrip herstel vraagt echter nog wel om een vertaalslag naar de langdurige setting, waarbij aandacht is voor specifieke mogelijkheden en beperkingen van mensen en waarbij het bieden van perspectief voorop blijft staan.
- In de praktijk is het centraal stellen van het perspectief van de cliënt in de langdurige zorg nog niet altijd vanzelfsprekend. Hiervoor is voorwaardelijk dat er keuzemogelijkheden zijn in de zorg en ondersteuning die geboden worden en er oog is voor de afhankelijkheidsrelaties die vaak ontstaan in de langdurige zorg. Methodisch werken kan helpen in het scheppen van ruimte voor het perspectief van de cliënt en bij het scherp blijven op het bieden van herstelondersteunende zorg, ook in situaties waar het niet zozeer gaat om het maken van stappen richting zelfstandigheid of klinisch herstel.
- Daarnaast is triadisch werken[1] van belang. Hierbij is het de uitdaging om niet alleen aandacht te hebben voor het herstelproces van de cliënt, maar ook voor het herstelproces van familie en andere naastbetrokkenen. Dit vraagt van zorg en ondersteuning om een bredere blik, gericht op het netwerk om iemand heen. Het versterken of ondersteunen van een netwerk is dan niet iets dat 'erbij' komt, maar is integraal onderdeel van de zorg die geboden wordt.
- Vormgeven aan herstelondersteunende zorg vraagt tevens om het bieden van ondersteuning op het gebied van participatie en inclusie. Er is op dit moment geen goed cijfermatig beeld van het gebruik en de aard van de dagbesteding en participatie van mensen binnen langdurige ggz. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat waarden als burgerschap, participatie en inclusie worden onderschreven maar dat de mate waarop specifieke ondersteuning hierop

1 Bij triadisch werken overleggen de patiënt, de naaste(n) en de hulpverlener(s) met elkaar om samen het herstel van de patiënt te ondersteunen

wordt geboden, afhankelijk is van de visie van de (woon)zorgaanbieder. Sommige organisaties zetten sterk in op de verbinding met de wijk en/of arbeidsmatig werk. Bij andere organisaties lijkt het participatieaanbod meer intern gericht en ligt de nadruk meer op ervoor zorgdragen dat cliënten de dag prettig doorkomen.

- In het vormgeven van participatie en inclusie worden in de praktijk nog veel belemmeringen ervaren. Aan veel voorwaarden die nodig zijn om 'meedoen' mogelijk te maken, wordt nog niet voldaan. Dit heeft onder meer te maken met financiering en een beperkt aanbod van dagbesteding en participatie. Negatieve beeldvorming binnen de ggz over de mogelijkheden van mensen speelt hierbij ook een rol. Daarnaast kunnen ook maatschappelijke factoren zoals stigma belemmerend werken om volwaardig te kunnen meedoen.
- In de zorg voor mensen die kampen met complexe problematiek wordt duidelijk zichtbaar hoe samenwerking tussen organisaties en sectoren in de praktijk van alledag soms nog moeizaam verloopt. Dit probleem is helaas niet nieuw. Hoewel samenwerkingsverbanden aan het ontstaan zijn, kent de praktijk nog veel knelpunten. Vooral voor mensen die kampen met problemen op meerdere levensgebieden zoals een verslaving, psychische problematiek en een licht verstandelijke beperking is het vaak lastig om een passende zorg en ondersteuning te vinden, omdat er sprake is van exclusiecriteria. Een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid in het zoeken naar passende oplossingen is nodig om deze 'afschuifmechanismen' te doorbreken.

Enkele reflecties in relatie tot de hoofdvragen

- Het valt op dat in de discussie rond passende zorg in de langdurige ggz, verschillende manier van denken, handelen en praten naast elkaar bestaan. Deze 'logica's' (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2019) kunnen elkaar versterken, maar kunnen ook tegenstrijdig aan elkaar zijn. Wat als passende zorg wordt beschouwd binnen de 'zorglogica' (met als kernwaarde: zorg op maat voor het individu), kan namelijk iets anders zijn dan wanneer gekeken wordt vanuit de 'regellogica', waarin het gelijkheidsprincipe ('iedereen heeft recht op dezelfde zorg') voorop staat. Vanuit de 'verdeellogica', waarin de duurzaamheid van het stelsel de kernwaarde is, kan passende zorg weer een andere invulling krijgen ('het moet betaalbaar blijven'). Deze verschillende logica's worden in de huidige discussie over de (langdurige) ggz vaak moeiteloos onder de noemer 'passende zorg' geschaard. Daardoor wordt onvoldoende zichtbaar hoe deze benaderingen met elkaar kunnen conflicteren: passende zorg met als uitgangspunt het bieden van goede zorg voor het individu, kan op gespannen voet staan met passende zorg vanuit kostenbeheersing.
- Herstelondersteunende zorg betekent in de langdurige ggz hetzelfde als in andere sectoren: het versterken van hoop en perspectief. Uit dit onderzoek blijkt dat het vertalen van het herstelconcept naar de praktijk van de langdurige ggz echter niet altijd probleemloos verloopt. Binnen de Wmo wordt het begrip herstel snel geassocieerd met de leidende principes van eigen regie en zelfredzaamheid. Hoewel de letterlijke tekst van de Wlz hier geen melding van maakt, wordt in de praktijk vaak een (beleids)vertaling gemaakt van de Wlz waarin een eenzijdige nadruk wordt gelegd op het bieden van stabiliteit. Beide discoursen kunnen onbedoeld het herstelperspectief meer naar de achtergrond laten verdwijnen. Het is van belang te werken aan een opvatting van herstel die deze dichotomie tussen ontwikkeling en stabiliteit overstijgt en aansluit bij de dragende principes van herstel die meerwaarde bieden in de zorg voor mensen in de langdurige ggz. Cruciaal hierbij is het besef dat herstel een persoonlijk proces is dat niet kan worden opgelegd. Zorg en ondersteuning spelen echter wel een belangrijke rol in het bieden van mogelijkheden en kansen voor herstel.

- In de discussie over de langdurige ggz wordt vaak gesproken over 'Wlz-zorg' en 'Wmo-zorg'. Dit is goed te begrijpen vanuit het stelsel van toegangscriteria en financiering. Het is echter belangrijk om scherp te houden dat wat in het denken vanuit stelsels en regels (de regellogica) gemakkelijk als twee gescheiden domeinen wordt gepresenteerd (Wlz versus Wmo), in de praktijk van de zorg (de zorglogica) *veel meer vloeiend is* (of: vaak door elkaar heen loopt). De manier van financieren zegt weinig over de zorgbehoefte van mensen of de kwaliteit en aard van de zorg die geboden wordt. Verschillen in uitvoeringspraktijken lijken eerder samen te hangen met verschillen in visie van de aanbieder dan met het financieringskader waaruit zorg wordt geleverd. Dit is belangrijk om te benadrukken, omdat er in de praktijk niet eenvoudig gesproken kan worden over 'Wmo-zorg' of 'Wlz-zorg' als twee verschillende manieren van zorg leveren. Het uit elkaar houden van de manier van *financieren* van zorg en de *inhoud* van zorg kan helpend zijn in discussies over wat passende zorg is binnen langdurige ggz.
- Tot slot is het belangrijk om erop te wijzen dat ook dit onderzoek laat zien dat de fragmentatie van het zorglandschap, kan leiden tot toegankelijkheidsproblemen, met name voor mensen met complexe problemen. Hoewel er breed draagvlak is voor het opzetten van specifieke voorzieningen voor mensen die buiten het huidige aanbod ('tussen wal en schip') vallen, is enige voorzichtigheid geboden. De neiging is om knelpunten steeds op te lossen door verdere aanpassingen en toevoegingen van/aan het aanbod. Maar het risico hiervan is een steeds verdere fragmentatie van het zorglandschap met nieuwe voorzieningen met specifieke toelatingscriteria en bijbehorende wachtlijsten, (die opnieuw kunnen leiden tot uitsluiting) en discontinuïteit in relaties. Bij iedere overgang naar een nieuwe plek worden immers bestaande relaties verbroken, terwijl juist vertrouwen en relatieopbouw essentiële elementen van goede zorg zijn. Naast het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen, waar grote behoefte aan is, is het daarom belangrijk om ook de mogelijkheden te vergroten om meer intensieve zorg en begeleiding te bieden op de plek waar mensen reeds verblijven of wonen. Dit vraagt om flexibiliteit, de mogelijkheid tot het (tijdelijk) opschalen van zorg en behandeling indien nodig, laagdrempelige consulatie en een aanbod van respijtvoorzieningen.

1 Inleiding

Het Trimbos-instituut voerde op verzoek van VWS een verdiepend onderzoek uit naar de langdurige ggz. Het onderzoek betreft een analyse van de huidige inzichten rond passende zorg in de langdurige ggz en de doelgroep die op deze zorg en ondersteuning is aangewezen. Het onderzoek kan gebruikt worden voor de úitvoering van de werkagenda voor passende zorg en ondersteuning voor mensen met een psychische aandoening en een langdurige zorgvraag, die door het ministerie van VWS samen met een aantal landelijke partijen (MIND, de Nederlandse ggz, Valente, VNG en ZN) is ontwikkeld. Ook kan het helpen bij een verdere aanscherping van de lange termijn aanpak en het landelijke gesprek hierover zoals rond de werkagenda langdurige ggz. Het onderzoek sluit aan bij de Kennisagenda langdurige ggz die recent is verschenen en bij het verder werken aan een kennisinfrastructuur rond de langdurige ggz, met de oprichting van een academische werkplaats.

1.1 Doelgroep

In dit onderzoek ligt de focus op (de zorg voor) mensen met een langdurige en complexe zorgvraag als gevolg van een psychische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen of problemen, met in elk geval óók een beperking in het zelfstandig wonen. De ondersteuning die zij ontvangen wordt daarom ook wel woonzorg genoemd en omvat onder meer beschermd wonen /'de maatschappelijke ggz' (al dan niet in combinatie met behandeling) en langdurig klinisch verblijf; een deel woont ook zelfstandig met langer durende woonbegeleiding, veelal gecombineerd met behandeling en/of zorg vanuit zogenaamde FACT-teams. Het is niet eenvoudig de doelgroep strak af te bakenen, maar het betreft een uitsnede uit de doelgroep mensen met Ernstige Psychische Aandoeningen (EPA) volgens Delespaul en de Consensusgroep EPA (2013, zie ook Vektis, 2024). Verder geldt dat het verloop van het herstelproces sterk kan variëren: van geleidelijk tot zeer grillig.

Mensen die vanwege hun psychische aandoening langdurig zorg of ondersteuning nodig hebben, kunnen een beroep doen op zeer uiteenlopende voorzieningen. Dit varieert van ondersteuning en zorg aan huis of op een plek dichtbij huis tot een combinatie van wonen in een instelling met zorg en ondersteuning. De hulp die mensen vanwege hun psychische aandoening krijgen, kan vanuit verschillende wettelijke domeinen gefinancierd worden, zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). In dit onderzoek bakenen we de doelgroep niet af op financieringskader maar op de inhoud van de zorgvraag. Binnen de Wlz ligt de nadruk op de mensen met een indicatie voor ggz-wonen. Ondersteuning en zorg die worden gefinancierd vanuit de Jeugdwet en Wet forensische zorg vallen buiten de scope van dit rapport.

1.2 Doel en scope van dit onderzoek

Doel van deze verdiepende studie is om een inhoudelijke duiding van- en een nadere beschrijving te geven over de ontwikkelingen in de langdurige ggz, waarin het perspectief van cliënten en de ervaringen van zorgprofessionals nadrukkelijk worden meegenomen. Hiertoe hebben we de volgende onderzoeksvraag geformuleerd:

Wat is 'passende' zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige psychische problemen? Wat helpt en hindert in het huidige manier waarop de zorg wordt georganiseerd en gefinancierd om 'passende zorg' te bieden voor deze doelgroep?

Om deze vraag te beantwoorden besteden we aandacht aan de huidige situatie stand van zaken in de langdurige ggz en reflecteren hierop aan de hand van de volgende deelvragen:

- Welke ontwikkelingen zijn van invloed (geweest) op de organisatie en praktijk van de langdurige ggz?
- Wat is er bekend over aard en omvang van de cliëntgroep binnen de langdurige ggz?
- Wat houdt de zorg en ondersteuning binnen de langdurige ggz in, ook als het gaat om het ondersteunen van participatie en inclusie?
- Hoe reflecteren betrokkenen op de manier waarop de langdurige ggz is georganiseerd en in de praktijk vorm krijgt?

1.3 Aanpak

Om zicht te krijgen op cijfermatige ontwikkelingen in de langdurige ggz, gebruikten we onder meer bestaande registraties van CBS en data die terug te vinden zijn in het regiobeeld[2]. We hebben geen nieuwe cijfermatige data verzameld, uitgezonderd een beperkte uitvraag over grondslagen bij het CIZ. Voor het beantwoorden van de overige onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van kwalitatieve data, verkregen uit een serie van 31 (individuele en duo-) interviews met in totaal 45 personen, die, ieder vanuit hun eigen perspectief, een goed zicht hebben op de huidige stand van zaken en ontwikkelingen binnen de langdurige ggz. Geïnterviewden waren onder andere bestuurders, wetenschappers, beleidsmedewerkers, cliënt-, en naastenvertegenwoordigers, vertegenwoordigers van diverse brancheorganisaties en professionals werkzaam bij (woon)zorgorganisaties (zie bijlage 1). Ook organiseerden we vijf cliëntenpanels bij verschillende (woon)zorgorganisaties en een langdurige klinische voorziening, waarbij we in totaal met 23 bewoners hebben gesproken. Daarnaast raadpleegden we adviesnota's, wetenschappelijke literatuur, overheidspublicaties en 'grijze' literatuur. Tenslotte hebben we aan het einde van de periode van dataverzameling twee focusgroepen georganiseerd (met in totaal zeven deelnemers) met vertegenwoordigers vanuit zorgaanbieders, gemeenten en zorgkantoren. Het onderzoek had niet tot doel een volledig beeld te schetsen van de langdurige ggz in al zijn facetten. De onderwerpen die in de interviews het meest naar voren kwamen, waren bepalend voor de opbouw van het eindrapport.

2 Zie Regiobeeld.

1.4 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt op basis van verschillende bronnen een korte historie geschetst van de ontwikkelingen in de langdurige ggz. In hoofdstuk 3 gaan we op basis van bestaand cijfermateriaal en de interviews in op de aard en omvang van de cliëntgroep die zorg ontvangt in de langdurige ggz. Daarna volgen drie hoofdstukken die zijn gebaseerd op de analyse van de interviews, panels en focusgroepen. Deze behandelen achtereenvolgens: het zorg en ondersteuningsaanbod binnen de langdurige ggz (H4), de samenwerking tussen behandeling en begeleiding (H5), en de vormgeving van zorg en ondersteuning gericht op participatie en meedoen in de maatschappij (H6). In hoofdstuk 7 volgen de belangrijkste conclusies met betrekking tot de onderzoeksvragen en reflecteren we op de belangrijkste thema's die in het onderzoek naar voren kwamen. Door het gehele rapport lopen termen als Wlz, ggz-w en ggz-b, beschermd wonen, langdurige ggz en woonzorg door elkaar. Dit geldt ook voor termen als 'cliënt', 'patiënt', 'mens', 'persoon met'. Dit komt voort uit het feit dat een strikte afbakening van doelgroep en soorten aanbod in de praktijk lastig te maken is. Dit was ook merkbaar binnen de interviews en focusgroepen, waarin termen steeds door elkaar gebruikt werden. Voor de leesbaarheid kiezen we in de tekst vaak voor 'langdurige ggz; als overkoepelende term, en spreken we bij voorkeur over 'mensen die langdurig zorg en ondersteuning nodig hebben'.

2 Achtergrond

Om actuele ontwikkelingen rond de zorg en ondersteuning voor mensen die vanwege een psychische aandoening langdurig ondersteuning en zorg nodig hebben te kunnen duiden en interpreteren wordt in dit hoofdstuk een korte historie geschetst. De schets beperkt zich tot enkele voor het onderzoek relevante hoofdlijnen, met bijzondere aandacht voor de actuele discussie rond de (openstelling van) de Wlz vanwege de grondslag psychische stoornis. De focus ligt daarbij op ggz-wonen. We eindigen met een aantal relevante inzichten over (de organisatie van) passende zorg voor mensen die langdurig op zorg en ondersteuning zijn aangewezen. Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van diverse bronnen zoals bestaande advies- en onderzoeksrapporten, overheidsnota's, wetenschappelijke- en grijze literatuur.

2.1 Van intramuraal naar extramuraal

Tot de jaren zeventig-tachtig van de vorige eeuw werden mensen met langdurige psychische problemen veelal gehuisvest in grootschalige instellingen en tehuizen, waar men zowel zorg, opvang als begeleiding ontving. In deze tehuizen waren mensen voor de meeste levensgebieden afhankelijk van wat de zorginstelling aanbood. Deze zorgafhankelijkheid ging gepaard met een verlies van regie over het eigen leven met als gevolg dat cliënten zich steeds afhankelijker en passiever gaan opstellen. In de afgelopen halve eeuw is de psychiatrie ingrijpend veranderd, van een grootschalig intramuraal georiënteerde psychiatrie naar de ggz zoals we die nu kennen. Dit was een resultante van diverse inhoudelijke ontwikkelingen zoals de opkomst van de cliëntenbeweging, toegenomen welvaart, individualisering, emancipatie, de introductie van psychofarmaca en het anti-psychiatrisch denken, en een verandering in de financiering. Belangrijke ontwikkelingen in het veld waren het gedeeltelijk afbouwen van de ziekenhuispsychiatrie en het opbouwen van de ambulante ggz en het beschermd wonen, alsook (later, vanaf de jaren negentig) de opkomst van de rehabilitatie, de herstelbeweging en het integraal werken. Al deze ontwikkelingen kunnen gezien worden als onderdeel van een brede de-institutionaliseringsbeweging die zich tot doel stelt de uitsluiting en dehumanisering die ontstaat bij langdurige opname te voorkomen, en een zo 'normaal' mogelijk bestaan in de samenleving voor mensen met langdurige psychische problemen mogelijk te maken. Overigens is er altijd sprake gebleven van een tweesporenbeleid waarbij óók de mogelijkheid van een klinische ggz opname bleef bestaan.

2.2 Zorg van Velen

De beweging van de-institutionalisering kreeg in de jaren negentig te maken met een aantal forse uitdagingen. In het in 2002 uitgebrachte rapport Zorg van Velen (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002) werd uiteengezet hoe als gevolg van individualisering en mondialisering de traditionele lokale leefwereld terrein had verloren, en welke gevolgen dat had voor mensen voor wie zelfstandig leven een opgave is, zoals een deel van de mensen met psychiatrische problematiek. "*Binnen de traditionele lokale samenleving werden problemen*

gesignaleerd en werd vervolgens in collectieve verantwoordelijkheid naar oplossingen gezocht. De ontvlechting van de leefwereld ging ook gepaard met ontvlechting van deze zorg. Door de extramuralisering en vermaatschappelijking kwamen psychiatrische patiënten terecht in toch al zwakke wijken die hen weinig kansen boden voor de zo gewenste maatschappelijke integratie, terwijl zij op hun beurt de wijken eerder tot last waren. De ggz legde zich, aldus de commissie, steeds meer toe op deze groep, en raakte daarbij losgezongen van het welzijnswerk. En dat was ook wel weer enigszins te begrijpen, omdat het welzijnswerk in de jaren tachtig drastisch was afgeslankt." (citaat over Zorg van Velen uit rapport Ggz uit de knel; Boumans, Kroon & Van der Hoek, 2023).

Als reactie op het rapport Zorg van Velen, werd een nieuwe beleidsvisie gepresenteerd, waarin gesteld werd dat de zorg voor de geestelijke volksgezondheid een 'zorg van velen' is, niet alleen van de ggz sector. Het uitgangspunt werd dat er verschillende groepen cliënten zijn met een diversiteit aan zorgbehoefte, die een netwerk van zorg nodig hebben. Naast de ggz zijn hiervoor ook andere vormen van zorg en ondersteuning nodig die geboden worden door andere aanbieders (Ministerie van VWS, 2006). Dit betekende onder andere een sterke impuls voor de maatschappelijke opvang via het Plan van Aanpak in de vier grote steden om daklozen een beschermd thuis te bieden, en aandacht voor bemoeizorg aan zorgwekkende zorgmijders. De kerntaak van de ggz-werd het behandelen van psychische stoornissen. Dit werd bekrachtigd door de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006, waarmee het curatieve deel van de ggz van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) naar de Zvw werd overgeheveld (en onderdeel werd van het systeem van gereguleerde marktwerking). Parallel daaraan ging men zich meer toeleggen op behandeling op basis van een DSM-classificatie. De behandeling werd – mede gestuurd door zorgverzekeraars – per persoon korter, meer ambulant en minder intensief.

2.3 Herstel

De cliënten- en patiëntenbeweging signaleerde in de decennia voor de eeuwwisseling dat de extramuralisering niet altijd goed uitpakte voor mensen. Daarom ging zij zich in toenemende mate focussen op de maatschappelijke positie van mensen met psychische problemen. 'Erbij horen', werd het belangrijkste nieuwe doel van de emancipatorische activiteiten (Wilde, 2002 in: Henskens & Muusse, 2009). Daarbij ging het concept 'herstel' een rol spelen, dat niet primair gericht is op *klinisch* herstel en des te meer op *persoonlijk en maatschappelijk* herstel (Deegan, 1993; Anthony, 1993). Waar het beleidsdiscours dus de oplossing zocht in een striktere focus op (gestandaardiseerde) behandeling (zie §2.2), koos de zogenoemde 'herstelbeweging› een andere afslag. Vanuit een brede blik op herstel, bepleitte zij juist integrale zorg op maat, waarbij behandeling en begeleiding steeds worden afgestemd op de (herstel)doelen van de persoon, en in samenwerking met de persoon en naasten tot stand komen. Ook werd de kracht van peer support, lotgenotencontact en gezamenlijk leren door mensen met vergelijkbare ervaringen, steeds nadrukkelijker onderdeel van het perspectief op goede zorg. Focus lag daarbij op het doorbreken van patiënt-identiteit, stigma, weinig regie over zorg en weinig mogelijkheden tot zinvolle participatie in de samenleving (Boevink, 2008).

2.4 Nieuwe impuls beddenafbouw

Ondertussen bleek dat er nog steeds een grote intramurale capaciteit bestond, met een toenemende druk op het ggz-budget. Dat vormde een belangrijke aanleiding voor een nieuw ambulantiseringsbeleid. Het in Nederland in 2012 ingezette beleid rond ambulantisering had naast de-institutionalisering, ook verdere op- en uitbouw van ambulante zorg voor ogen (Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.). Daarbij werd vooral ingezet op minder bedden, minder grootschaligheid, meer persoonlijke vrijheid en minder dwang en drang, en intensivering van ambulante zorg als vervanging voor de afname van de intramurale plaatsen. De afbouw van verblijfscapaciteit was daarbij geen doel op zich, maar beoogde een verbetering voor mensen met psychische aandoeningen in termen van een toegenomen kwaliteit van leven, betere herstel(-mogelijkheden), mogelijkheden om een gezond, veilig, sociaal en maatschappelijk leven te leiden, meer sociale inclusie en vermindering van publiek stigma (Kroon, Michon, Knispel, Hulsbosch, De Lange, et. al., 2018). De beddenafbouw ging niet gepaard met de benodigde ambulante opbouw. Bovendien ging de intensivering van de ambulante zorg niet naar de groepen die van oudsher het meest van de klinische voorzieningen gebruik maakten, wat vragen oproept of deze groep wel voldoende en passende zorg kreeg. (Kroon et al, 2021). Gedurende het ambulantiseringsbeleid werd de samenwerking bemoeilijkt doordat de verantwoordelijkheid voor financiering van de ggz over steeds meer partijen verdeeld werd: zorgverzekeraars (Zvw), gemeenten (Wmo, Jeugdwet), zorgkantoren (Wlz) en Ministerie van Justitie en Veiligheid (Wet forensische zorg). Een belangrijk oogmerk van de decentralisatie was dat de 'lichtere' en de meer sociale, generalistische en preventieve functies van psychische hulpverlening dichter bij de burger georganiseerd moesten worden, en dat de ggz zich (nog meer) moest richten op specialistische (evidence based) behandeling van psychische aandoeningen (Boumans et al, 2023). In de praktijk zorgde de decentralisatie echter ook voor een scheiding tussen behandeling en ondersteuning/begeleiding, wat vooral voor mensen met langdurigere en/of complexere problemen nadelig uitpakt. Hiermee raakt immers het algemene zicht op de verwevenheid tussen verschillende typen problemen vertroebeld en wordt het bieden van een geïntegreerde aanpak - waarin behandeling, een focus op persoonlijk én maatschappelijk herstel, en continuïteit van zorg samengaan - lastiger te organiseren. Bovendien was preventie en vroegsignalering niet meer duidelijk belegd sinds de komst van de Zorgverzekeringswet en de hervormde Wmo (2015). Preventie-afdelingen in de ggz verdwenen, casefinding/bemoeizorg verdween uit FACT, en straatwerk/kwartiermaken en het welzijn werd afgebouwd om plaats te maken voor (minder outreachende) wijkteams (Boumans et al, 2023).

2.5 Van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis

Zoals beschreven veranderde er in 2015 een en ander in de financiering van zorg en ondersteuning voor mensen die vanwege een psychische aandoening langdurig ondersteuning en zorg nodig hebben. Een belangrijke verschuiving betrof de overheveling van de functie Beschermd wonen van de AWBZ naar de Wmo, waarmee het Beschermd wonen, als ook de ambulante woonbegeleiding, onder de verantwoordelijkheid van gemeenten kwamen te staan. Aan de Wmo ligt een visie ten grondslag waarin het idee van de cliënt als patiënt verschuift naar het idee van de cliënt als burger. Dat wil zeggen dat ook mensen met psychische en psychosociale problemen in potentie in staat zijn, en moeten worden gesteld, een zinvol, sociaal en actief leven te leiden. Aandacht gaat uit naar het stimuleren van zelfredzaamheid en participatie en het probleemoplossend vermogen van individuen en sociale verbanden. De betrokken professionals, onder andere

in sociale wijkteams, sluiten idealiter bij die krachten aan, oftewel: 'zorgen dat' komt in de plaats van 'zorgen voor' (Sok et al, 2013; zie ook VNG, 2013). De Wmo 2015 markeert daarmee een breuk in het denken over kwetsbaarheid.

In dezelfde tijd ontstond er kritiek op het Beschermd wonen, dat ondanks de oorspronkelijke motivatie om mensen met langdurige psychiatrische zorgvraag uit de instellingen te halen en een kans te bieden op een leven in de samenleving, onvoldoende had geleid tot daadwerkelijke inclusie. De Advies Commissie Toekomst Beschermd Wonen (2015) – ook wel bekend als de 'commissie Dannenberg' - beargumenteerde dat het Beschermd wonen, weliswaar deels in de wijk plaatsvond, maar nog steeds een vorm van institutionalisering was, en bepleitte een systeem dat meer mogelijkheden kent voor op- en afschaling van zorg. In de jaren daarna werd in lijn met deze adviezen ingezet op 'Beschermd Thuis', een vorm van woonzorg die intensieve begeleiding in de eigen thuissituatie mogelijk maakt. Waarbij de focus ligt op het versterken van 'het gezonde deel' en het bieden van ondersteuning bij het meedoen en het voorkomen van uitval. Ook werd ingezet op het voorkómen van woonproblematiek als gevolg van psychische aandoeningen (o.a. door de inzet van wijkteams). Deze ontwikkelingen passen in de trend van toenemende beweging naar lichtere vormen van ondersteuning en zorg, waar mogelijk gericht op herstel, toename van zelfstandigheid en participatie in een 'zo thuis mogelijke' omgeving.

Overigens kwam er in het maatschappelijke debat en in de media in deze tijd ook een ander geluid op. Samenhangend met de discussie over 'verward gedrag' in de publieke ruimte, ontstond er ook een roep om juist méér en intensievere zorg door de ggz. Daarbij werd de (onbewezen) verbinding gelegd tussen de afbouw van woonzorg en de toename van problemen met verward gedrag (Koekkoek, 2019).

2.6 De Wet langdurige zorg

2.6.1 Openstelling voor mensen met een psychische stoornis

Terwijl tot aan de decentralisatie het aantal Beschermd wonen plaatsen afnam, keerde deze trend in de jaren na de decentralisatie om (Kroon et al, 2021). Daar kwam in 2021 bovenop dat de Wet langdurige zorg (Wlz) werd opengesteld voor mensen met een psychische aandoening. De sinds 2012 ingezette daling in het klinisch verblijf zette overigens wel door, conform de beleidsvoornemens in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014.

De openstelling van de Wlz werd inhoudelijk gemotiveerd vanuit het idee van gelijke behandeling van mensen die door psychische problemen die langdurige zorg nodig hebben. Daarnaast wordt beschermd wonen door gemeentes doorgaans als 'tijdelijke voorziening' gelabeld, terwijl een deel van de doelgroep daar permanent op is aangewezen. Met het openstellen van de Wlz voor deze doelgroep wordt zekerheid en rust gecreëerd, voor zowel gemeentes als cliënten. Wlz is bedoeld voor mensen die hun leven lang permanent toezicht nodig hebben, en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat zij niet in staat zijn op relevante momenten ernstig nadeel te voorkomen. Bij een positieve beoordeling voor de Wlz, vertaalt het Centrum Indicatiestelling Zorg de individuele zorgbehoefte (zorgzwaarte) naar een zorgprofiel. In het indicatiebesluit staat het best passende zorgprofiel[3] voor een cliënt.

3 De zorgprofielen zijn globaal omschreven en niet uitgedrukt in uren zorg per week. In de zorgplanbespreking maken cliënt en zorgaanbieder concrete afspraken over de te leveren zorg, gelet op de zorgbehoefte van de individuele cliënt.

Het voornaamste verschil tussen de Wmo enerzijds en de Wlz anderzijds, is dat de eerstgenoemde ervan uitgaat dat mensen, met ondersteuning, structuur in hun leven kunnen brengen en dat ze (op den duur en al dan niet met ondersteuning) zelfstandig kunnen wonen[4]. Hoewel er in de Wlz ook ruimte is voor ontwikkeling binnen de mogelijkheden die mensen hebben, lijkt de focus op zelfstandig meedoen in de samenleving in de Wlz minder sterk aanwezig. In de praktijk wordt Wlz-gefinancierde zorg veelal uitgelegd als zorg die gericht is op blijvendheid van de zorgbehoefte, stabiliteit, veiligheid en continuïteit (Significant, 2022; Ministerie VWS, 2023).[5]

Hoe ziet Wlz-zorg op basis van een psychische grondslag eruit?
Het aantal zorgprofielen is begrensd. Voor mensen met een psychische aandoening in de Wlz gelden de volgende zorgprofielen:

1. GGZ wonen met intensieve begeleiding;
2. GGZ wonen met intensieve begeleiding en verzorging;
3. GGZ wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering;
4. GGZ wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging;
5. GGZ beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

Het CIZ indiceert het best passend zorgprofiel voor een cliënt die toegang krijgt tot de Wlz. De cliënt kiest vervolgens, in overleg met het zorgkantoor, de best passende leveringsvorm in de Wlz. De mogelijkheden daarvoor zijn:

- Intramurale zorg via een zorgzwaartepakket (zzp) inclusief behandeling
- Intramurale zorg via een zorgzwaartepakket (zzp) exclusief behandeling
- Volledig pakket thuis
- Modulair pakket thuis
- Persoonsgebonden budget

Daarbij geldt dat cliënten in het zorgprofiel 5 worden uitgesloten voor gebruik van pgb, vanwege de hoge mate van het permanent aanwezig zijn van behandeling.

De Wlz kan op twee manieren worden bekostigd:

1. Een model met prestaties waarbij de drie soorten behandeling integraal onderdeel uitmaken van de woonzorg die een instelling in het kader van de Wlz levert;
2. Een model met modulaire prestaties voor woonzorg, specifieke behandeling en ggz-behandeling. De geneeskundige zorg van algemeen medische aard komt in dit tweede model uit de Zvw.

Bron: Behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis (VWS, 2019).

4 Ook de Zorgverzekeringswet (Zvw), kent een nadruk op tijdelijkheid.

5 Een meer algemeen verschil is dat de Wmo gericht is op het collectief, aangevuld met maatwerkvoorzieningen zoals Beschermd wonen, en de Wlz volledig is ingericht op het individu, met een individueel recht op zorg. In de indicatiestelling wordt bij de Wlz daarom niet gekeken naar de omgeving, maar bij de Wmo wordt dat nadrukkelijk wel meegenomen om te bepalen welke maatregelen of voorzieningen nodig zijn.

2.6.2 Toestroom Wlz

Sinds de Wlz per 1 januari 2021 werd opengesteld voor mensen met een psychische aandoening die voldoen aan de toegangscriteria, hebben ruim 35.000 mensen (peildatum 3e kwartaal 2024) een Wlz-w indicatie gekregen op basis van de grondslag 'psychische stoornis' (CBS, 2024). Dat betreft 9% van het totaal van 376.000 mensen met een Wlz-indicatie.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) analyseerde van 27.500 cliënten (met een Wlz-indicatie ggz-wonen tussen januari 2021 en december 2022) het zorgpad dat zij hebben doorlopen in de jaren voor de instroom (NZa, 2023a). De Nza constateert onder meer dat het bij de helft (48%) van de instroom in de Wlz-ggz-wonen 'nieuwe' cliënten betreft: mensen die eerder nog niet in zorg waren vanuit de AWBZ (in 2014). Bij 36% van de instroom gaat het om cliënten die voorheen zorg ontvingen vanuit de AWBZ met respectievelijk een ggz-b (8%) of ggz-c (28%) indicatie.

Specifiek voor de cliënten die in 2014 een AWBZ ggz-c indicatie[6] hadden, is door de Nza nagegaan of het mogelijk was in beeld te krijgen van welke zorg zij gebruik hebben gemaakt en welke veranderingen zichtbaar zijn in de zorgvraag. Volgens de Nza is de zorgvraag van de cliënten die in 2014 een AWBZ ggz-c indicatie hadden (gedeeltelijk) verzwaard en veranderd: het grootste deel van de cliënten dat ten tijde van de ABWZ een ggz-c profiel 3 had (vergelijkbaar met het huidige ggz-wonen zzp 1) heeft inmiddels een ggz-wonen zzp 3. Ook merkt de Nza op dat bij deze groep cliënten de zorgvraag eerder (ten tijde van de AWBZ) meer van somatische aard was, terwijl het nu (in de Wlz) meer op gedragsproblematiek is komen te liggen. Onduidelijk is hoe dit komt. De door de Nza waargenomen verzwaring en verandering van zorgvraag heeft betrekking op een kwart (28%) van de mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie. Voor bijna driekwart van deze mensen is onbekend of en in hoeverre er sprake is van veranderingen in zorgvraag (zie ook §3.2.2).

De aanhoudend hoge instroom in de Wlz- ggz[7] heeft geleid tot zorgen over de houdbaarheid van de zorg in de Wlz, zowel in termen van personele inzet als in financiële zin. Daarnaast werd de vraag gesteld of de Wlz in alle gevallen het meest passende domein is voor alle mensen met een psychische aandoening die sinds de openstelling van de Wlz een Wlz-indicatie voor ggz-wonen hebben gekregen. In 2023 heeft het ministerie van VWS daarom bestuurlijke afspraken gemaakt met Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG en MIND, met als doel een trendbreuk in de instroom in de Wlz voor mensen met een psychische aandoening te realiseren. Daarbij staat het principe van passende zorg[8] en ondersteuning centraal.

6 Tot 2015 werd in de AWBZ gefinancierde GGZ een indeling gehanteerd voor verblijf in de vorm van een zorgzwaartepakket. Er werd onderscheid gemaakt in zorgzwaartepakketten voor cliënten die gebruikmaken van voortgezet (langdurig) verblijf/ behandeling (B-categorie) en zorgzwaartepakketten voor cliënten die verblijven met ondersteuning/begeleiding (C-categorie).

7 De instroom in de Wlz was groter dan vooraf ingeschat. Voor het uiteenlopen van de inschattingen en de uiteindelijke praktijk zijn verschillende mogelijke verklaringen te geven. Volgens Significant (2021) is het niet mogelijk om te onderscheiden welke verklaringen (in aantallen cliënten) meer of minder oorzaak zijn geweest van de hogere werkelijke aantallen dan vooraf ingeschat.

8 Passende zorg als concept werd geïntroduceerd in 2022, door Zorginstituut Nederland en werd een belangrijk leidmotief in het Integraal Zorgakkoord. Voor die tijd sprak men over Juiste zorg op de juiste plek, wat qua discours gelijkenissen vertoont met 'passende zorg', maar een andere beleidsfocus kende.

Passende zorg
In de ontwikkelingen rond toekomstbestendige zorg (in de breedte) speelt het concept passende zorg centrale rol. Passende zorg wordt daarbij gedefinieerd als zorg met een optimale balans van (verwachte) effectiviteit van zorg en de daaraan verbonden kosten. De zorg wordt geleverd op basis van gezamenlijke besluitvorming tussen professional en patiënt, zo dichtbij huis als mogelijk en is gericht op positieve gezondheid. Andere kernelementen zijn:
- dat in de gezamenlijke besluitvorming ook passende antwoorden van buiten de zorg besproken.
- dat zelfzorg en informele zorg worden beschouwd als de basis en formele zorg pas aansluit als dit onvoldoende is.
- dat zorg niet gaat alleen over biomedische aspecten van gezondheid, maar ook over andere levensterreinen.
- dat digitale opties worden benut.
- dat passende zorg niet alleen een individueel zorgantwoord op gezondheidsvragen is, maar zich ook verhoudt tot het collectief versterken van veerkracht en het voorkomen van gezondheidsvragen.

(Bron: Kader passende zorg. Zorginstituut Nederland, 2022).

In het kader van de bestuurlijke afspraken staat 'passend' voor de ambitie om in te zetten op zorg en ondersteuning die aansluit bij de zorgbehoefte die mensen hebben en hun perspectief op herstel, en tegelijkertijd aan te sturen op een afname van het aantal mensen dat vanwege een psychische aandoening een indicatie krijgt voor de Wlz-ggz-wonen. De concrete kwantitatieve doelstelling werd een afname van tenminste 20% in het totale aantal nieuwe Wlz-indicaties, die doorzet richting een stabiele instroom van maximaal 100 nieuwe cliënten per maand.

In de bestuurlijk afspraken in 2023 werd er ook erkend dat de Wmo en Wlz communicerende vaten zijn en dat er ook zorgen zijn over de houdbaarheid van de Wmo op de langere termijn. Daarom werd afgesproken om met de partijen (waaronder de VNG, Nederlandse ggz, Valente, MIND en VWS) een aanpak voor de lange termijn uit te werken. Het doel van deze lange termijnaanpak is om de beweging die met de kortetermijnmaatregelen is ingezet, meer duurzaam te versterken en bestendigen, met een focus op houdbaarheid als ook op zorginhoudelijke vraagstukken. De lange termijnaanpak is erop gericht nog beter in beeld te brengen wat passende zorg en ondersteuning betekent voor de doelgroep en op welke manier wet- en regelgeving hier ondersteunend aan kan zijn. Hiervoor werd een 'werkagenda' ontwikkeld die begin 2025 is vastgesteld door betrokken partijen. Hierin staan concrete afspraken over verschillende thema's die raken aan passende zorg en ondersteuning voor de doelgroep.

2.6.3 Daling ingezet maar zorgen blijven

In 2024 werd een daling van het maandelijkse aantal nieuwe cliënten met een Wlz-indicatie voor ggz-wonen zichtbaar. Onduidelijk is wel wat de precieze redenen van de daling zijn. In de bevindingenrapportage Bestuurlijke Aanjager Instroom Wlz GGZ Wonen (Berndsen & Frings, 2024), wordt benoemd dat in sommige regio's de indruk bestaat dat het CIZ strenger toetst op de toegang tot de Wlz, maar dit wordt niet gestaafd door de CIZ cijfers[9] die een stabiel aantal

9 https://ciz.databank.nl/.

negatieve besluiten laat zien. *"Het kan echter ook zijn dat er simpelweg minder aanbod is omdat velen inmiddels al een indicatie voor de Wlz hebben, of dat het een effect is van de maatregelen die in de regioaanpak zijn opgesteld."* (zie ook: KPMG, 2024: Eindrapport Regioaanpak Wlz-ggz-w).

Ondanks de daling van de instroom, blijven de zorgen over de groei van het totale budget bij partijen bestaan (Berndsen & Frings, 2024). Gemeenten zien weliswaar dat over de hele linie de zorg- en ondersteuningsvragen zijn toegenomen, maar dat verklaart de groei slechts ten dele. Daarnaast lijken er een aantal meer fundamentele knelpunten te bestaan die betrekking hebben op (het doel van) de Wlz, de Wmo en de (beoogde) scheidslijn tussen beide wetten. Zo bestaat de indruk, dat de Wlz voor gemeenten een financieel aantrekkelijk alternatief is voor Wmo zorg (en ook een route die sneller wordt bewandeld in het geval van het 'grijs gebied' tussen de twee wetgevende kaders, vanwege de 'voorliggendheid' van de Wlz) (Berndsen & Frings, 2024; zie ook Bureau Lenz, 2024). Een studie van Significant (2022) liet zien dat verschillen in tarieven tussen de Wmo en de Wlz prikkels kunnen vormen voor aanbieders om uit te zoeken of de benodigde zorg ook geboden kan worden middels de Wlz[10]. De Nza, die onderzocht hoe de schaarse behandelcapaciteit rond Wlz-cliënten transparanter en doelmatiger ingezet zou kunnen worden, waarschuwt dat het systeem nog verschillende knelpunten bevat die ertoe kunnen leiden dat de zorg voor cliënten met een vergelijkbare zorgvraag op sterk uiteenlopende wijze wordt georganiseerd (Nza, 2023b).

Knelpunten die worden gesignaleerd betreffen belemmeringen in het herstelondersteunend werken, het organiseren van voldoende behandelcapaciteit en het potentieel hospitaliserende karakter van de Wlz (Berndsen & Frings, 2024, NZa, 2023b). Uit de praktijk komen signalen dat mensen soms niet op de juiste plek terecht komen of tussen wal en schip vallen en dat de schotten, tussen Wlz, Wmo en Zvw in de praktijk belemmerend werken (zie ook: MIND, 2024; Significant 2022 en Jongebreur, Onstenk & Zoutenbier, 2023). Al deze knelpunten vragen om niet verslappende aandacht om vast te stellen op welke manier passende zorg voor de doelgroep van mensen met een langdurige zorgvraag het best georganiseerd kan worden.

2.7 'Passende zorg' voor mensen die langdurig op zorg en ondersteuning zijn aangewezen

2.7.1 Herstelgericht werken binnen Wmo- en Wlz-kader

We zagen in de vorige paragrafen dat er verschillende knelpunten bestaan in het organiseren van passende zorg voor mensen met langdurige zorg- en ondersteuningsbehoeften. Onderliggend aan deze knelpunten lijkt het erop dat de vraag wat is 'passend' in situaties van langdurige zorgvraag, geen eenvoudig antwoord kent. Zoals beschreven, staat 'passend' niet alleen voor zorg die rekening houdt met schaarste, maar heeft zij ook een inhoudelijke component, in dit geval de ambitie om in te zetten op zorg en ondersteuning die aansluit bij de zorgbehoefte die mensen

10 Uiteraard geldt dat aanbieders en gemeenten niet zelf kunnen bepalen wie er in de Wlz terechtkomt, maar dat de beslissing wordt genomen door de onafhankelijke toegangspoort het CIZ. Gemeenten en aanbieders kunnen slechts aansturen op het laten toetsen door het CIZ of de zorg ook middels een Wlz-kader kan worden gefinancierd.

hebben. Er bestaat weliswaar consensus[11] dat mensen met een psychische aandoening gebaat zijn bij herstelgerichte zorg en ondersteuning die zo dicht mogelijk bij de eigen leefomgeving wordt geboden en de participatie en inclusie in de samenleving ondersteunt (zie ook Kwaliteitskader woonzorg 2024-2027). Echter is de vraag *welke vorm v*an zorg en ondersteuning bij *welke doelgroepen* hier dan aan bijdraagt, lastiger te beantwoorden. Dit hangt samen met een centraal kenmerk van langdurige psychische problematiek, namelijk de veranderlijkheid en grilligheid van het verloop, en het feit dat de mate waarin herstel mogelijk is, sterk afhankelijkheid is van de persoonlijke context (o.a. van kenmerken van het sociale netwerk, financiële-en maatschappelijke positie en de (on)mogelijkheden van het deelnemen in zinvolle dagbesteding).[12] In het maatschappelijk debat zijn er verschillende, soms tegenstrijdige visies zichtbaar over herstelgericht werken binnen de langdurige zorg en de mate waarin de verschillende wettelijke kaders daarvoor ondersteunend dan wel belemmerend zijn.

Zo plaatsen verschillende auteurs (Berndsen, 2023; Vos de Wael, 2022) fundamentele vraagtekens bij de uitgangspunten van de Wlz op basis van de grondslag 'psychische stoornis'. In hoeverre kan zorg die wordt geboden vanuit een kader van blijvendheid, nog herstelondersteunend zijn? In hoeverre hebben de mensen die naar de Wlz gaan nog perspectieven, bijvoorbeeld op het gebied van participatie? Zijn behandel- en ondersteuningstrajecten die gericht zijn op verbetering nog toegankelijk? Sommige auteurs (Koopmans et al, 2023) gaan zelfs nog verder en stellen dat (intramurale) woonzorg altíjd een vorm van institutionalisering (ook bij Wmo) is en daarmee per definitie contrair aan het idee van herstel, en al helemaal wanneer het geen tijdelijk, maar definitief karakter heeft (zoals bij de Wlz). Zij pleiten daarom voor het stoppen van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische grondslag, en voor een benadering van 'radicaal maatwerk'.

Aan de andere kant van het spectrum speelt eenzelfde discussie. Want het is uiteraard niet gezegd dat een benadering die tijdelijkheid, behandelbaarheid en zelfstandigheid centraal stelt (Wmo, Zvw), per definitie wél herstelondersteunend uitpakt. Het is (vanzelfsprekend) óók ingewikkeld om vast te stellen dat een persoon *geen* blijvende woonzorg nodig heeft. De voortdurende druk op doelen en zelfstandig worden, kan een persoon onnodig onder druk zetten, en ontkennend zijn voor het lijden (Te Velde et al, 2018). Bovendien is de mate waarin iemand hulp nodig heeft bij wonen zogezegd ook in hoge mate afhankelijk van de context. Zo beschrijven Wolf en anderen (2022) dat uitstroom uit beschermd wonen (richting bijv. Beschermd Thuis) in principe kansen biedt op maatschappelijke participatie, zelfregie en herstel, en mensen helpt hun krachten en mogelijkheden te benutten en hoop en perspectief biedt. Hiervoor zijn echter wel condities van sociale inclusie nodig. Hieronder vallen een toereikend inkomen, zingevende activiteiten, een goede gezondheid, sociale contacten, (mantel)zorg in de nabijheid en ondersteuning in de buurt. Het zijn juist vaak deze zaken die niet aanwezig zijn in de levens van mensen met langdurige zorgvraag. Gegevens uit Panel Psychisch Gezien (Hulsbosch, et al, 2024) laten zien dat 80% van de mensen met langdurige psychische problemen zich eenzaam voelt en slechts een kwart het gevoel heeft 'erbij te horen' in de maatschappij. Ook beoordelen zij hun levenskwaliteit lager dan gemiddeld en heeft een kwart te maken met discriminatie. Van een 'zachte landing in de wijk' is

11 Deze focus op mogelijkheden in plaats van beperkingen, die ook de rationale vormt voor de beweging van Beschermd Wonen naar Beschermd Thuis, bepaalt al jaren het discours over goede zorg en is een richtinggever in beleidsontwikkelingen en praktijkinnovatie.

12 Dit onderstreept het belang van geïntegreerd aanbod (zie bijv. Everdingen et al, 2023).

dus niet altijd (vanzelf) sprake, en dat betekent dat zonder passende begeleiding er risico's zijn op vereenzaming, verveling en verwaarlozing.

Het komt er in feite op neer dat voor herstelondersteunende zorg zowel een kader gericht op blijvendheid en chroniciteit, als *óók* een kader gericht op zelfstandigheid en zelfredzaamheid, ontoereikend is. Herstelprocessen van mensen met psychische aandoeningen zijn niet lineair en ondersteuningswensen kunnen per persoon, maar ook per moment en per situatie variëren. En datzelfde geldt derhalve voor de benodigde zorg- en ondersteuningstrajecten (Van Hoof et al, 2014). Dat betekent dat de manier waarop zorg en ondersteuning wordt georganiseerd mogelijkheden en waarborgen moeten bieden voor een flexibele en responsieve inzet van zorg waar en wanneer deze nodig is (zie ook Muusse, 2023). Immers, wat voor de één herstel bevorderend werkt, werkt juist beperkend voor de ander (en omgekeerd), wat het belang van maatwerk en genoeg variatie in aanbod onderstreept. Volgens Huber en Van Vugt (2023) vraagt het zoeken naar passende zorg altijd om goede gesprekken tussen cliënt, naaste en hulpverlener. Dit is nodig om doelen, die vanuit een stelselperspectief ogenschijnlijk tegenover staan (zoals toewerken naar zelfstandigheid versus toewerken naar stabilisatie en structuur; eigen regie versus langdurig ondersteund) maar in de levens van mensen vaak in elkaars verlengde liggen, aan elkaar te verbinden.

2.7.2 Verschillende logica's in de langdurige zorg

Uit het voorgaande komt naar voren dat waar de (woon)zorg binnen een Wmo-kader zich in de laatste decennia in grote lijnen beweegt richting minder institutionalisering, meer zelfstandigheid, meer autonomie, meer focus op tijdelijkheid (zie ook §2.4), de Wlz, of in ieder geval de manier waarop die vaak wordt uitgelegd, in bepaalde opzichten een omgekeerd vertoog lijkt te representeren (focus op stabilisatie en blijvendheid). Dat is te begrijpen vanuit het feit dat Wmo en Zvw kaders onvoldoende passend bleken voor langdurige zorgvragen. Maar het heeft er wel toe geleid dat er in de praktijk nu verschillende kaders bestaan waarbinnen passende zorg voor mensen met langdurige psychische problemen wordt vormgegeven. Kaders die soms ook op gespannen voet of onverenigbaar lijken. Dat laatste is merkbaar in de discussie over de Wlz, waarbij regelmatig wordt gesteld dat de hoge instroom in de Wlz vanwege psychische grondslag niet aansluit bij de breed gedragen visie dat mensen met een psychische aandoening gebaat zijn bij herstelgerichte zorg en ondersteuning die zo dicht mogelijk bij de eigen leefomgeving wordt geboden (zie bijv. Ministerie van VWS, 2023; Significant, 2022).

Ook in de aandacht die uitgaat naar het 'afbakenen' van de verschillende wetgevende kaders zien we deze spanning terug. Zo wordt in beleidsstukken regelmatig verondersteld dat het mogelijk is om onderscheid te maken tussen mensen die 'bij de Wmo horen' dan wel 'bij de Wlz' (zie bijvoorbeeld Nza, 2023). Echter, hoewel op papier te kenschetsen is welke doelgroepen wel en niet bij de Wlz 'passen' (zie bijv. CIZ cliëntschetsen), blijkt dat in de praktijk een stuk complexer. Precies een van de fundamentele criteria om onderscheid te maken, namelijk de blijvendheid/tijdelijkheid van de problemen, is daarin uitermate problematisch, gezien het dynamische, niet lineaire en grillige verloop van zowel psychiatrische problematiek als het herstelproces hiervan.[13]

13 De discussie die hierover wordt gevoerd heeft betrekking op het feit dat de indicatiestelling door het CIZ gebeurt op één moment in de tijd. Daarmee wordt een indicatie afgegeven die in principe 'levenslang' geldt, terwijl het verloop van psychische aandoeningen en herstel grillig is, waarbij momenten van hoge mate van zelfredzaamheid en terugval zich kunnen afwisselen.

Dat een strikte scheiding tussen Wmo en Wlz kan leiden tot 'tussen wal en schip' problematiek en verkokering is iets waarvoor al bij de bekendmaking van de toevoeging van de grondslag psychische stoornis in de Wlz werd gewaarschuwd (Te Velde et al, 2018).

Volgens de Raad Volksgezondheid en Samenleving (2019) zijn het type knelpunten dat hier wordt beschreven, te begrijpen vanuit het feit dat verschillende 'logica's' werkzaam zijn die bepalend zijn in de vraag wie toegang krijgt tot (welke) zorg en voor hoe die zorg er vervolgens uit komt te zien. Deze logica's kennen elk hun eigen legitimiteit, maar kunnen ook potentieel strijdig zijn met elkaar. Zo kan een bepaalde werkwijze vanuit de ene logica te begrijpen zijn, maar binnen een andere logica onwenselijke gevolgen hebben. Zowel praktijkwerkers, beleidsmakers en managers moeten zich verhouden tot de verschillende logica's en de wrijving die daartussen kan ontstaan.

Drie logica's in zorg voor mensen met complexe hulpbehoeften[14]

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderscheidt drie logica's van waaruit vraagstukken over zorg voor mensen met complexe hulpbehoeften kunnen worden benaderd: de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen.

- In de zorglogica staat het zorgen voor het individu of het gezin met complexe hulpvragen centraal. Het is hun belang om passende hulp te krijgen, met zoveel mogelijk behoud van autonomie. De kernwaarde in de zorglogica is passende hulp bieden bij behoeften die met de tijd kunnen veranderen. De vraag welke zorg of ondersteuning passend is, kan alleen in de context van een specifieke zorg- of hulpvraag beantwoord worden.
- De regellogica betreft de manier waarop in de zorg de wetten, regels en kaders toegepast en nageleefd worden. Regels helpen om te beslissen wie wel en wie niet recht heeft op een voorziening of behandeling. Regels zorgen er ook voor dat beslissingen te controleren zijn, dat willekeur wordt voorkomen en dat rechtspersonen bescherming van de wet genieten. De kernwaarde in de regellogica is rechtmatigheid. Deze juridische term betekent handelen in lijn met geldende regels en besluiten. In deze logica gaat het om de verhouding tussen verschillende burgers met een zorg- of ondersteuningsbehoefte.
- De derde logica betreft de verdeling van collectieve middelen. Het gaat om geld maar ook om personele inzet en beschikbare voorzieningen, bijvoorbeeld bedden in een ziekenhuis of zorginstelling. Deze middelen zijn niet onuitputtelijk. De verdeellogica bevat het streven dat zorg en ondersteuning ook op termijn toegankelijk blijven, dus dat het stelsel duurzaam is. Bovendien moeten de Nederlandse burgers erop kunnen rekenen dat schaarse middelen rechtvaardig verdeeld worden.

Vanuit het inzicht van de verschillende logica's in de afwegingen in de langdurige zorg is het begrijpelijk dat verschillende perspectieven op passende zorg voor mensen met een langdurige psychische hulpvraag soms strijdig lijken of in botsing komen met elkaar. Volgens de RVS (2019) is het juist daarom van belang om de ruimte *binnen* en *tussen* de logica's te benutten. De boodschap zou volgens de RVS moeten zijn dat gemeenten, zorgkantoren, managers, leidinggevenden en professionals de ruimte moeten kunnen gebruiken om bij elke casus met complexe problematiek de spanningen tussen afwegingskaders (logica's) op te lossen, met oog voor de meervoudige omstandigheden. *"Dat wil zeggen: hulp moet aansluiten bij de noden van de persoon met complexe problemen in zijn specifieke context. Daarbij moeten zij andere afwegingskaders (over betaalbaarheid en rechtmatigheid) niet negeren maar integreren."* Dit sluit

14 Deze logica's lijken sterk van toepassing op het concept 'Passende zorg' dat verschillende motieven / waarden samenbrengt zoals toegankelijkheid, doelmatigheid, effectiviteit, persoonsgerichtheid en het voorkomen van zorg.

aan bij de oproep om te komen tot een minder strakke scheiding tussen wetten, om te komen tot een betere samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren (Berndsen & Frings, 2024). En bij de oproep om mogelijk te maken om op casusniveau, in overleg, te zoeken naar wat de best passende zorg en ondersteuning is en hoe de financiering daarop kan volgen (Significant, 2022). Daarbij lijken zaken als integraliteit en flexibiliteit (bijv. in op- en afschaling) essentieel. "De uitdaging is meer integraal te werken, voorbij de verkokering en de korte termijn", aldus de RVS.

2.8 Tot slot

In dit hoofdstuk schetsten we, in vogelvlucht en op hoofdlijnen, de ontwikkelingen binnen de langdurige ggz sinds de de-institutionaliseringsbeweging van de jaren zeventig-tachtig van de vorige eeuw. In Nederland heeft altijd een tweesporenbeleid bestaan, waarbij klinisch verblijf mogelijk bleef (bij voorkeur kort, maar in de praktijk kan dat ook langer durend zijn), maar ook nadrukkelijk is gestreefd om voor mensen met langdurige psychische problemen een betekenisvol en zo 'normaal' mogelijk bestaan in de samenleving mogelijk te maken. Aanvankelijk ging het daarbij primair om het realiseren van mogelijkheden tot (begeleid, beschermd) wonen in de wijk en het mogelijk maken van ambulante zorg en ondersteuning, dichtbij bij het dagelijks leven. De cliëntenbeweging pleitte ervoor om hierbij ruimte te maken voor het perspectief van ervaringskennis en peer support.

Met de komst van de Wmo 2015 kwamen zelfredzaamheid en participatie centraal te staan. Professionele zorg en ondersteuning is daarin bij voorkeur tijdelijk. Dit is te begrijpen vanuit de zorgen over de houdbaarheid van het systeem, als ook de constatering dat veel mensen onnodig afhankelijk werden van zorg. Voor een deel van de mensen met langdurige problemen was echter door de aard van hun beperkingen deze focus niet passend. Voor hen werd in 2021 de Wlz opengesteld.

Met de openstelling van de Wlz werd een nieuw vertoog zichtbaar, waarbij tijdelijkheid en toewerken naar zelfstandigheid naar de achtergrond schoven en de nadruk meer kwam te liggen op blijvende ondersteuning en nabijheid. De instroom in de Wlz w leidde tot verschillende actieplannen om de instroom te beperken. Hoewel de instroom Wlz inmiddels gedaald is, blijven zorgen bestaan over de duurzaamheid van het systeem als geheel en worden verschillende inhoudelijke knelpunten gesignaleerd.

Waar iedereen het erover eens is dat de zorg voor mensen met langdurige problemen herstelondersteunend zou moeten zijn, lijken de systemen dat nog niet optimaal faciliteren. Het verschil tussen het perspectief van zelfstandigheid (Wmo) en perspectief van blijvendheid (Wlz) lijkt daarbij absoluut, terwijl deze perspectieven in de levens van mensen, veel diffuser zijn en afwisselend of tegelijkertijd kunnen bestaan. Dat betekent dat de manier waarop zorg en ondersteuning worden georganiseerd mogelijkheden en waarborgen moeten bieden voor een flexibele en responsieve inzet van zorg waar en wanneer deze nodig is. Aan het einde van het hoofdstuk hebben we aan de hand van de drie logica's van zorg (RVS, 2019) laten zien dat dit streven soms schuurt met doelstellingen rond toegankelijkheid en beheersing, en dat het de kunst is te zoeken naar de ruimte binnen en tussen de verschillende logica's. In het vervolg van het rapport zullen we de analogie van de drie logica's gebruiken om de bevindingen uit de interviews en gesprekken te duiden en te begrijpen.

3 Aard en omvang van de cliëntgroep van de langdurige ggz

Het zorg- en ondersteuningsaanbod binnen de langdurige ggz varieert van ondersteuning en zorg aan huis tot vormen van wonen en zorg in een instelling (zie H1). In dit hoofdstuk geven we aan de hand van bevindingen uit de interviews en (beperkt) beschikbare cijfers, een indruk van het gebruik van de langdurige ggz. We focussen daarbij op Wlz ggz-wonen (ggz-w), ggz-behandeling (ggz-b) en het beschermd wonen. Ook beschrijven we enkele ontwikkelingen rondom de mensen die zorg ontvangen in de langdurige ggz[15].

3.1 De langdurige ggz in cijfers

3.1.1 Wlz ggz-behandeling en ggz-wonen: aantal indicaties en gebruik

Aantal indicaties

Het aantal mensen met een Wlz indicatie op grondslag 'psychische stoornis' steeg van 17.310 in het eerste kwartaal van 2021 naar 35.135 in het derde kwartaal van 2024 (CBS, 2024). Voor het aantal Wlz indicaties ggz-b en ggz-w zijn trendmatige cijfers beschikbaar over de periode 2021 t/m 2023 (CBS, 2024). Het aantal ggz-b indicaties daalde van 3.150 in 2021 naar 2.270 in 2023. Het aantal ggz-w indicaties steeg sinds 2021 tot 30.115. Tabel 3.1 laat zien dat de verdeling van het aantal ggz-w indicaties naar zorgzwaarteprofiel (zzp) sinds 2021 min of meer stabiel is. Het betreft voornamelijk zzp 1 t/m 3. In §3.2 gaan we verder in op enkele ontwikkelingen rondom de Wlz ggz-w-indicaties, in 4.1.1 gaan we verder in op de zorginhoudelijke overwegingen rondom indicaties.

Tabel 3.1 Aantal Wlz ggz-wonen indicaties naar zorgzwaarteprofiel, 2021-2023

	2021		2022		2023	
	N	%	N	%	N	%
1 Wonen met intensieve begeleiding	5640	27	7260	27	8170	27
2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	4175	20	4995	19	5340	18
3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering	9885	47	12300	46	14110	47
4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	1050	5	1345	5	1700	6
5 Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	455	2	625	2	795	3
Totaal	**21.205**	**100**	**26.525**	**100**	**30.115**	**100**

Bron: Monitor Langdurige Zorg; Personen met indicatie zorg met verblijf; zzp en regio.

15 Om een zo volledig mogelijk cijfermatig beeld te schetsen van langdurige ggz, nemen we in §3.1 ook de mensen mee met een indicatie voor Wlz- ggz behandeling. In §3.2 blijven deze cliënten buiten beschouwing.

Gebruik ggz-b en ggz-w

De meest actuele beschikbare cijfers over het gebruik van Wlz ggz-b of ggz-w, hebben betrekking op het jaar 2023. Tabel 3.2 laat zien dat in 2023 in totaal 32.225 personen zorg in natura[16] hebben afgenomen op basis van ggz-b (N= 2.260) of ggz-w (N=29.965). Binnen het ggz-w heeft ruim een kwart (27%) van de mensen zzp 1, 18% heeft zzp 2 en 47% heeft zzp 3.

Tabel 3.2. Aantal personen naar gebruik Wlz zorg, zorgprofiel ggz-b of ggz-w, 2023[a]

Wlz ggz-behandeling			Wlz ggz-wonen		
	N	%		N	%
3 Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding	55	2	1 Wonen met intensieve begeleiding	8145	27
4 Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en verzorging	90	4	2 Wonen met intensieve begeleiding en verzorging	5310	18
5 Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en gedragsregulering	1060	47	3 Wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering	14035	47
6 Voortgezet verblijf met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	185	8	4 Wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging	1685	6
7 Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	870	38	5 Beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding	790	3
Totaal	**2.260**	**100**	**Totaal**	**29.965**	**100**

a) voorlopig cijfers, o.b.v. grondslag 'psychische stoornis'.

Bron: CBS: Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg.

Het aantal personen dat gebruik maakt van ggz-wonen steeg tussen 2021 en 2023 van 21.105 naar 29.965. In dezelfde periode daalde het aantal personen binnen ggz- behandeling van 3.125 naar 2.260 (CBS). Overigens was de daling in het aantal personen in Wlz ggz-behandeling al ruim voor 2021 ingezet (van 8.360 in 2015 naar 5.190 in 2020). Dit is mogelijk ingegeven door het Bestuurlijk Akkoord GGZ (2012) waarin door landelijke partijen werd afgesproken om de intramurale GGZ-capaciteit met een derde te verminderen.

3.1.2 Beschermd wonen

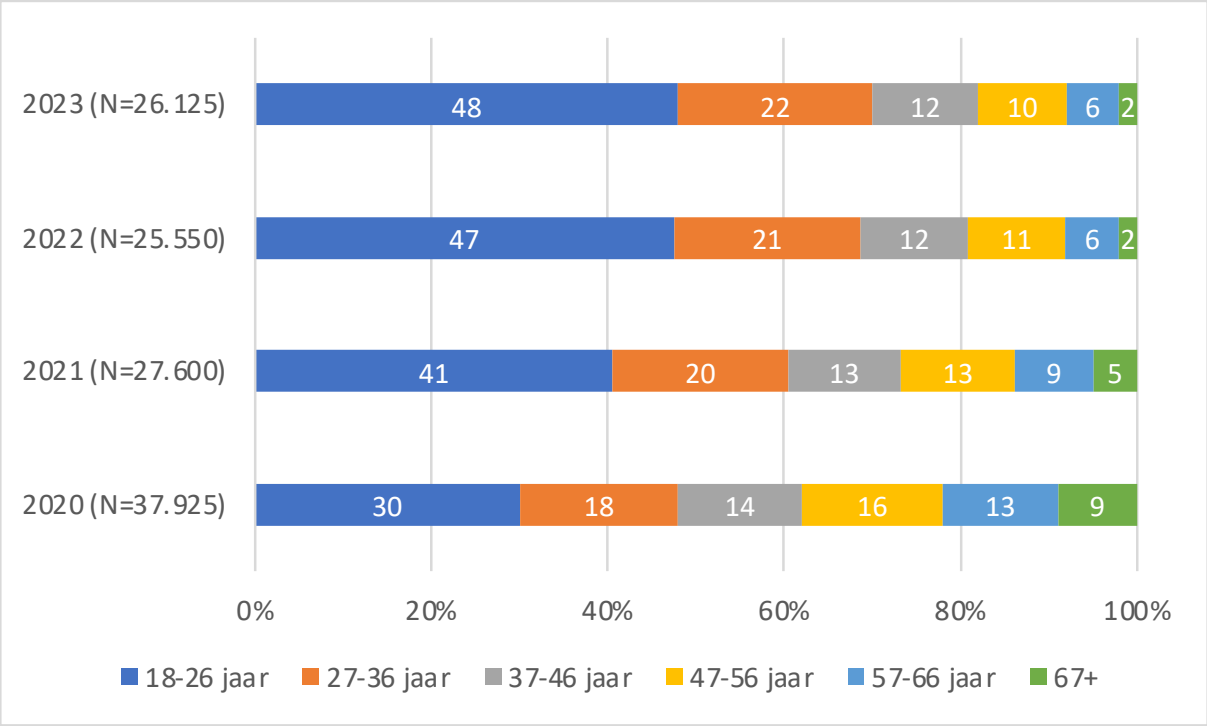
Uit een recente verkenning blijkt dat de meeste centrumgemeenten in Nederland onvoldoende zicht hebben op hoeveel cliënten in hun werkgebied ambulante woonbegeleiding krijgen. Beschikbare landelijke monitors over beschermd en begeleid wonen en ambulantisering zijn incompleet en niet goed met elkaar vergelijkbaar, waardoor het ontbreekt aan een volledig en betrouwbaar zicht op capaciteit en aantal gebruikers (Roeg, Bredenoort, 2024; Kwintes, 2024). Met inachtneming van deze kanttekening, presenteren we enkele cijfers van het CBS om een indruk te geven van het aantal mensen dat gebruik maakt van beschermd wonen. Deze gege-

16 Zorg die onder de Wlz valt, kan aan personen als zorg in natura (zin) worden geleverd of bekostigd worden uit een persoonsgebonden budget (pgb). Bij Wlz-zorg bestaat zorg in natura uit zorg met verblijf (zin verblijf), dit is zorg voor personen die verblijven in bijvoorbeeld een instelling voor personen met langdurige psychische problemen. Daarnaast valt onder zorg in natura ook het volledig pakket thuis en het modulair pakket thuis (CBS, tabelinformatie).

vens hebben uitsluitend betrekking op het aantal intramurale cliënten uit het beschermd wonen, gefinancierd vanuit Wmo-gelden. Gegevens van cliënten die beschermd wonen met een andere financiering dan Wmo ontbreken: er is landelijk geen zicht op het aantal personen dat binnen het beschermd wonen Wlz gefinancierde zorg krijgt. Van de mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie die zorg in natura afnemen (zie voetnoot 11), is geen landelijk zicht op waar (in welke soort (woon)zorglocatie) zij verblijven.

Het aantal intramurale cliënten in het beschermd wonen daalde van bijna 38.000 in 2020 naar 26.000 in 2023 (figuur 3.1). Dit ging gepaard met een verschuiving in de leeftijdsverdeling: in 2020 was het aandeel jongeren (18-26 jaar) in het beschermd wonen 30%, in 2023 was bijna de helft (48%) van de intramurale cliënten tussen de 18 en 26 jaar. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vooral oudere cliënten zijn ingestroomd in de Wlz ggz, waardoor er in het Wmo beschermd wonen relatief veel jongeren zijn.

Figuur 3.1. Aantal Wmo cliënten beschermd wonen 2020-2023, naar leeftijdsverdeling (%)



Bronnen: CBS: Beschermd Wonen 2020; 2021; 2022; 2023.

Van bijna de helft (47%) van de cliënten die in 2023 gebruik maakten van het - Wmo gefinancierde - beschermd wonen, is bekend hoe het beschermd wonen vorm krijgt (CBS[b], 2024). Door het CBS wordt de volgende indeling gehanteerd: 52% van de cliënten woont in een instelling ('klassiek beschermd wonen'); 20% van de cliënten betaalt zelf huur ('beschermd thuis') en 28% van de cliënten woont zelfstandig ('tussenvormen van beschermd thuis').

3.2 Mensen die gebruik maken van de langdurige ggz

In deze paragraaf schetsen we enkele ontwikkelingen rondom de mensen die gebruik maken van de langdurige ggz, in het bijzonder de mensen met een Wlz- ggz wonen indicatie. Wie zijn de cliënten in de langdurige zorg? Is er sprake van veranderingen in de omvang en zorgzwaarte?

3.2.1 Wie zijn de cliënten in de langdurige ggz

We omschrijven de cliëntgroep van de langdurige ggz als 'mensen met een langdurige, en complexe zorgvraag als gevolg van een psychiatrische aandoening, al dan niet in combinatie met andere aandoeningen of problemen, waarbij óók een beperking bestaat in het zelfstandig wonen' (zie §1.1). Er is echter geen actueel, eenduidig beeld van deze mensen en hun zorg-, en ondersteuningsbehoeften[17]. Vanuit de beschikbare gegevens kan er geen koppeling gelegd worden tussen psychiatrische diagnoses en Wlz zorgprofielen[18]. Bovendien kan een diagnose blijvend zijn maar dat geldt niet voor de zorgbehoefte. Daar komt bij dat - zoals ook in hoofdstuk 2 beschreven - het verloop (en het herstel) van een psychische aandoening een wisselend en soms grillig patroon kent, dat van persoon tot persoon sterk kan verschillen en van heel uiteenlopende aard kan zijn.

In de geraadpleegde literatuur worden verschillende observaties gedaan over de cliëntgroep van de langdurige ggz. Volgens Significant (2022) zijn er tussen cliënten met Wlz of Wmo financiering weinig verschillen in de aard van de psychische aandoeningen, wel in het perspectief op zelfstandigheid. In een studie onder ruim 1.000 cliënten met een Wlz-ggz-w indicatie (Klaver, Kikkert et al, 2023), worden door zeven Amsterdamse zorgaanbieders de volgende diagnoses het vaakst genoemd: (een combinatie van) psychotische stoornissen, licht verstandelijke beperking, verslavingsproblematiek, dubbele diagnose (psychiatrie met verslaving), autisme, ADHD, PTSS en persoonlijkheidsstoornissen. Hierbij geldt de kanttekening dat de deelnemende zorgaanbieders niet representatief zijn voor heel Nederland. In een recente studie (Britt, Dusault en Van der Vlugt, 2024) naar intramuraal wonende ggz-cliënten met een Wlz-indicatie, werd geconstateerd dat '*het erg lastig, zo niet onmogelijk is om de doelgroep concreter af te bakenen en te definiëren*'.

Ook de geïnterviewden merken op dat de cliëntgroep zeer divers is, waarbij elk individu zijn/haar eigen unieke verhaal, kenmerken en (woon)zorgbehoeften heeft[19]:

> *De Wlz is een gigantisch diverse groep. Aan de ene kant is er die groep die op het Wmo-Wlz snijvlak zit, de 'gemakkelijkere' ggz cliënten. Er is ook de complexe groep, een groep die veel meer aandacht moet hebben. Die krijgen nu niet altijd een passend aanbod. Dat zit het op het snijvlak van justitie, verstandelijke gehandicaptenzorg, de ggz of de maatschappelijke opvang, in die hoek.* — (Stakeholder)

17 Studies van minder recente datum geven wel inzicht in zorgbehoeften, zie o.a.: Van Wijngaarden, Wennink en Greshof (2003); Michielsen en Persijn (2008); Heer-Wunderink (2012).

18 Schriftelijk mededeling CIZ, juli 2024.

19 De cliëntschetsen van CIZ geven een indruk van de verschillende kenmerken van cliënten met een psychische aandoening in de Wlz, Wmo en Zvw.

Meerdere geïnterviewden wijzen erop dat binnen (woon)zorglocaties verschillende 'cliëntgroepen' bij elkaar wonen, ongeacht het zorgprofiel of financieringskader.

> *Binnen onze voorziening hebben we nu achttien mensen, inclusief de mensen die dus een 'volledig pakket thuis' hebben. Daarvan hebben er twee of drie Wmo, vier of vijf Wlz-VG (Verstandelijk Gehandicapt), en dan nog tien of elf met een Wlz ggz indicatie. Zo is ongeveer de verdeling.* — (Zorgaanbieder)

Ook binnen de Wlz ggz zorgprofielen is er sprake van variëteit:

> *Je hebt vijf profielen, en je ziet met name dat profiel drie een enorme vergaarbak is. En dan zegt het niet zo heel veel. Een 'lage 3' is een totaal andere cliënt dan een 'hoge 3.* — (Stakeholder)

3.2.2 Veranderingen in de omvang en zorgzwaarte

Of en in hoeverre de omvang van de cliëntgroep van de langdurige ggz is veranderd, is niet exact te bepalen. Door verschillen in definities, populatieafbakening, financieringskaders en registratiesystemen is er geen accurate informatie beschikbaar over trends in de capaciteit en aantal gebruikers. We beperken ons tot enige duiding op basis van de kwalitatieve data.
In de interviews vroegen we of en in hoeverre de huidige cliënten van de langdurige ggz verschillen van de populatie van tien jaar geleden. Bij geïnterviewden bestaan daarover uiteenlopende beelden. Enkele geïnterviewden merken op dat zij weinig veranderingen zien. Volgens hen betreft het deels mensen die ten tijde van de AWBZ (2014) gebruik maakten van zorg binnen een ggz-c zorgprofiel of mensen die zorg en ondersteuning vanuit de Wmo ontvangen:

> *Er is een groep, die zat in de jaren negentig in de sociale pensions, die zat in de jaren tot 2015 in de AWBZ en nu in de Wlz. Die groep heeft ook vaak in de loop der tijd een combinatie van beperkingen opgelopen, zijn ook vaak wat ouder. En die groep die kenmerkt zich door die combinatie van ellende, dus de verslaving, verstandelijke beperking, psychiatrie, vaak toch ook een verleden in de jeugdzorg. Schade onderweg opgedaan door middelengebruik en door leefstijl, medicatiegebruik. Dus die hele combinatie van psychiatrie en somatische klachten en verstandelijke beperking en cognitieve beperking soms ook wel.* — (Stakeholder)

Wat betreft eventuele veranderingen in de omvang van de cliëntgroep, geven de meeste geïnterviewden aan dat het lastig is om daar onderbouwde uitspraken over te doen. Bij respondenten die hier wel iets over zeggen, is de teneur dat zij geen opvallende toename zien:

> *In 2014 waren er bijna 48.000 mensen met AWBZ-verblijf (ggz). En dat was nadat in 2013 de laagste twee zorgzwaartepakketten al geschrapt waren. Dus toen was al een deel afgevallen die niet meer in aanmerking kwam voor verblijf, beschermd wonen. Als ik dan naar de huidige groep kijk(….) en de bevolkingsgroei, we worden met zijn allen ouder, dan is het ook logisch dat dat oploopt. Ja, dan vind ik het gewoon niet zo'n groot verschil vergeleken met een dikke tien jaar geleden.* — (Stakeholder)

Een andere geïnterviewde merkt op dat stijgingen in het gebruik van langdurige ggz niet zozeer zijn te verklaren door een toename van het aantal mensen met een langdurige, complexe zorgvraag maar mede door wijzigingen in zorg-, en financieringsstelsels:

> *Er lijkt nu ook bijna een soort nieuwe groep, maar eigenlijk hebben ze soortgelijke problemen als destijds in de AWBZ, die we nu ook zien in de Wlz. (…) Ik geloof niet zozeer dat er meer mensen zijn gekomen die dit soort problemen hebben, maar wel dat het aanbod wat we daaraan leveren is veranderd. Je ziet eigenlijk dat de drempel om langer durende zorg te krijgen eigenlijk wat is verlaagd.* — (Stakeholder)

Verzwaring van de zorgvraag?

Van de huidige ggz-w cliënten ontving een kwart (28%) voorheen zorg vanuit de AWBZ met een ggz-c indicatie (Nza, 2023a). Bij deze groep is er volgens de Nza sprake van een (gedeeltelijke) verzwaring van de zorgvraag (zie §2.6.1). Van het grootste deel van de ggz-w cliënten is niet bekend of en in hoeverre er sprake is van veranderingen in de zorgvraag. Indien er sprake is van verzwaring van de zorgvraag, dan is dat mogelijk terug te zien in (relatief) meer meervoudige grondslagen[20]. We hebben daarom het CIZ benaderd met de vraag of het mogelijk was om voor de ggz-w indicaties die sinds 2021 zijn afgegeven, cijfermatig inzicht te geven in de (veranderingen in) grondslagen.

Van het totaal aantal ggz-w indicaties sinds 2021, is bij 57% van de cliënten de psychische aandoening de enige grondslag (CIZ, 2024[21]). Volgens de CIZ-registratie van de grondslagen bij indicaties voor ggz-wonen, is het aandeel 'alleen een psychische stoornis' gedaald van 58% in 2021 (kwartaal 2) naar 51% in 2024 (kwartaal 3). Van het totaal aantal afgegeven indicatiebesluiten, was in 2021 (kwartaal 3) bij 36% van de mensen naast een psychische stoornis ook een minimaal een andere grondslag vastgesteld en geregistreerd, zoals een somatische ziekte of een verstandelijke handicap. In 2024 (kwartaal 3) was dit 48%. De CIZ-registraties lijken erop te wijzen dat er in toenemende mate sprake is van multiproblematiek.

In de interviews zijn we nagegaan of en in hoeverre professionals veranderingen zien in zorgvraag bij de cliënten in de langdurige ggz. Dit levert verschillende beelden op. Een aantal geïnterviewden signaleert een 'verzwaring' of verbreding van de cliëntgroep binnen de langdurige ggz. Zij wijzen er bijvoorbeeld op dat er in hun praktijk een toename is van mensen met problematisch middelengebruik.

> *We zien in de praktijk een ontwikkeling dat er steeds meer aanmeldingen zijn van mensen die ofwel middelen gebruikt hebben of weer gaan gebruiken. Verslaving is best wel een groot issue* — (Zorgaanbieder)

Ook merkt een aantal geïnterviewden op dat de cliëntengroep ouder wordt. Dit gaat gepaard met meer beperkingen en meer somatische klachten. Dat zal de vraag naar zorg doen toenemen, zo verwachten zij. Een van de knelpunten die respondenten hierbij ervaren is dat ouder wordende

20 Het CIZ bepaalt in het indicatieonderzoek de grondslag(en) voor toegang tot de Wlz. De grondslagen voor Wlz-zorg zijn: een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking, een psychische stoornis, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap.

21 Notitie uitvraag, CIZ 2024.

cliënten met grondslag psychiatrie moeilijk te plaatsen zijn bij aanbieders binnen de sector verpleging en verzorging, omdat psychiatrie of verslaving vaak exclusiecriteria zijn.

De groep die wij hadden toen we startten met de hostels[22], die cliënten worden gewoon veel ouder. Dus je ziet ook wel echt in die zin een verzwaring en die mensen krijg je natuurlijk ook echt niet kwijt in een verpleeghuis. Door dat chronische gebruik van middelen zijn ze eigenlijk nergens te plaatsen. En dan wil je gewoon een samenwerkingspartner die zegt dat het niet precies uitmaakt of het nou psychiatrie is of verslaving of gedrag. Die zegt: we gaan met elkaar zorgen dat we in stand houden dat iemand hier langdurig goed kan wonen en niet zijn plek kwijtraakt. — (Zorgaanbieder)

Daarnaast wordt door verschillende geïnterviewden gesproken over stapeling van problematiek, of multiproblematiek.

De combinatie van problemen is het moeilijkst. Dus op het moment dat mensen kampen met psychiatrische problematiek en lichamelijke beperkingen en een actieve verslaving, en ze niet in staat zijn om zelfstandig te wonen… En als daar dan ook nog gedrag bij komt wat gevaarlijk is voor henzelf of voor hun omgeving, of heel groepsontregelend is…. — (Stakeholder)

Er zijn ook geïnterviewden die het beeld van verzwaring van de problematiek niet herkennen. Opgemerkt wordt dat niet zozeer de problematiek van cliënten zwaarder is geworden maar dat de (systeem)wereld eromheen complexer is dan voorheen.

Als ik kijk naar vroeger, toen hadden we deze cliënten ook al. Of daar nou daadwerkelijk echt iets in is veranderd… Misschien meer drugsgebruik maar in de basis zijn dat, denk ik, nog steeds dezelfde mensen. Ik denk dat alles daaromheen ook enorm complex is geworden. — (Zorgaanbieder)

In interviews wordt er ook op gewezen dat er misschien niet zozeer sprake is van verzwaring van de problematiek maar dat binnen de langdurige ggz meer dan voorheen oog is voor zaken zoals verslaving of middelengebruik en verstandelijke beperkingen en dat dit vraagt om een eigen benadering.

Als je het over de langere termijn bekijkt, denk ik dat in de RIBW's wel steeds meer complexe problematiek binnen is gekomen maar ook meer erkenning voor die complexiteit. Dus dat de begeleiding en de zorgmedewerkers eerder in de gaten hebben dat er ook heel veel aspecten aan die problematiek zitten die eerder onderbelicht zijn gebleven. — (Stakeholder)

22 Hostels zijn woonvoorzieningen in de regio Utrecht voor mensen met een langdurige verslaving en veelal ook psychische problemen. 'Actief' gebruik van middelen is geen exclusiecriterium en gebruik op de eigen kamer wordt gedoogd.

3.3 Cliëntgroepen uitgelicht: passende zorg?

In 2023 zijn bestuurlijke afspraken gemaakt om een trendbreuk in de instroom in de Wlz voor mensen met een psychische aandoening te realiseren (zie §2.6.1). Deelnemende partijen signaleren dat er een groep cliënten de Wlz ggz is ingestroomd 'die voorheen ambulante ondersteuning vanuit de Wmo of slechts een enkele vorm van ondersteuning ontving, en mogelijk nog wel ontwikkelperspectief heeft'. In de Monitor en Regioaanpak ggz-wonen in de Wlz[23] werden verschillende cliëntgroepen onderscheiden waarbij het meeste resultaat werd verwacht voor het verminderen van de instroom: jongeren van 18 - 27 jaar; cliënten die ambulante zorg ontvangen, en; cliënten met een lage Wlz indicatie (zzp 1 of 2)'. Bij elk van deze cliëntgroepen werd- ondanks dat zij voldoen aan de zorginhoudelijke toegangscriteria voor de Wlz - de vraag gesteld of de geleverde zorg tot de Wlz behoort of dat zorg vallend onder de Wmo ook voldoende kon zijn. In deze paragraaf gaan we dieper in op de genoemde cliëntgroepen met een Wlz ggz-wonen indicatie.

3.3.1 Jongeren van 18-27 jaar met een Wlz indicatie

Binnen het totaal aantal mensen met een ggz-w indicatie, is het aandeel jongeren (18-27 jaar) ongeveer 10% (Regiobeeld). Eind 2023 ging het in totaal om 3.125 jongeren. In de bestuurlijke afspraken is vastgelegd om terughoudend om te gaan met het aanvragen van een Wlz-indicatie voor mensen in de leeftijd tussen 18 – 27 jaar. Daarbij speelt onder meer de vraag of en in hoeverre jongeren erbij zijn zij gebaat om het 'levenslange' Wlz label te hebben.
In de interviews horen we wisselende geluiden over het onderwerp 'jongeren met een Wlz ggz indicatie'. Enerzijds lijkt het erop dat men in de praktijk voorzichtig omgaat met het aanvragen van een Wlz indicatie voor jongeren.

> *Je ziet ook echt die jonge mensen waarvan wij ook denken, het is toch sneu dat je eigenlijk op jongere leeftijd al vastzit aan de Wlz. Misschien is het perspectief over tien jaar anders.* — (Focusgroep zorgtoeleiding)

Een aantal geïnterviewden zegt soms te worstelen met het besef dat de Wlz indicatie 'levenslang' geldig is.

> *Ik vind het nog steeds wel een moreel dilemma om Wlz aan te vragen. Dan moet ik nu beslissen voor jongvolwassenen dat ze hun hele leven afhankelijk blijven van de langdurige zorg* — (Zorgaanbieder)

Er wordt echter ook op gewezen dat er jongeren zijn voor wie een ggz-w indicatie goed aansluit op de ondersteuningsbehoeften.

23 Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG, MIND en VWS hebben gezamenlijk de beschikbare cijfers over de totale landelijke instroom in ggz-wonen profielen in de Wlz geanalyseerd en daarmee een landelijk beeld opgesteld. Deze zijn te vinden op de website Monitor en Regioaanpak ggz-wonen in de Wlz.

Wij hebben altijd uitgestraald als gemeente dat er zo weinig mogelijk mensen naar de Wlz moeten, alleen als het echt passend is. Een jongvolwassene met een forse autismespectrumstoornis, dat is niet zomaar over. Daar zit een logica in dat de Wlz, vanwege de continuïteit, een passend antwoord is. — (Stakeholder)

Voor sommige jongeren lijkt de Wlz het best passende kader voor vervolgzorg nadat ze volwassen zijn geworden:

Je hebt ook gewoon jongeren die al op hun achtste in behandeling waren voor hun aandoening. Die op allerlei manieren stabiel kunnen blijven omdat er veel zorg is. En dat gun ik ze ook als ze achttien worden: gewoon een zzp 3 in een beschermde woonvorm.' — (Stakeholder)

Volgens sommige geïnterviewden kan een Wlz indicatie – juist voor jongvolwassenen- noodzakelijk zijn om stappen richting herstel te kunnen maken:

Sommige mensen zeggen dat het niet zou moeten mogen dat iemand van 23 jaar een Wlz indicatie krijgt, want dan heb je alle hoop opgegeven. Ik zie dat echt totaal anders. Sommige mensen hebben op hun 23e die Wlz indicatie juist superhard nodig om op een woonplek terecht te komen waar herstel mogelijk is. — (Zorgaanbieder)

Er is geen goed beeld van de jongeren in de Wlz ggz -wonen en wat hun zorgbehoeften zijn. Gegevens waarmee een koppeling gelegd kan worden tussen psychiatrische diagnoses en Wlz zorgprofielen zijn niet beschikbaar[24]. We kunnen daarom geen cijfermatig onderbouwde uitspraken doen over de aard van de problematiek van jongeren met een ggz-w indicatie. Het is niet mogelijk een compleet beeld te schetsen. Aan de hand van enkele citaten uit interviews geven we een (beperkt) aantal beschrijvingen en observaties. Deze zijn niet representatief voor alle jongeren met een Wlz ggz indicatie.
Meerdere geïnterviewden spreken het vermoeden uit dat het deels jongeren betreft met autisme en/of een licht verstandelijke beperking die problemen hebben met het zelfstandig wonen:

De Wlz indicatiestelling ten aanzien van bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten is natuurlijk heel stringent. Die diagnose moet voor het 18e levensjaar worden gesteld. Dus soms is de Wlz ggz, ook nog de enige optie voor een jongere om in te stromen, omdat die toegang tot de verstandelijk gehandicapten-sector is afgesloten. — (Stakeholder)

Ook zijn er geïnterviewden die opmerken dat voor sommige jongeren de Wlz ggz als laatst resterende optie wordt gezien, door een gebrek aan passend ondersteuningsaanbod:

24 Schriftelijk mededeling CIZ, juli 2024.

Als er voor jongeren wordt overwogen een Wlz indicatie aan te vragen, dan heb je het echt over de complexe problematiek, waarvan de gemeente dan niet meer weet wat ze met zo'n jongere moeten hè? En dan is het eigenlijk de Wlz aanvraag, want die kan ook buiten de regio. Waar dat dan is, is dan niet bekend. In de meeste regio's hebben we geen passend aanbod voor de meest complexe jongeren. Die passen niet in onze reguliere beschermde woonlocaties en ze willen vaak ook niet hè? Dan wordt de Wlz als een oplossing aangedragen — (Focusgroep zorgtoeleiding)

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat het vaak om jongeren waarbij, naast psychiatrie, sprake is van een combinatie van problemen op meerdere leefgebieden.

Wat wij wel vanuit de gemeenten horen, is dat er een groeiende groep jongeren is die gebruik maakt van zorg, ook bijvoorbeeld in de maatschappelijke opvang. Ik vrees dat dat wel een groep is die bij de Wlz gaat instromen. Omdat zoveel problematiek zich gaat stapelen in zo'n situatie. Ze hebben mogelijk geen steunend systeem, er is sprake van middelengebruik, ze zien geen perspectief enzovoorts. — (Focusgroep zorgtoeleiding)

3.3.2 Cliënten die voorheen Wmo ambulante zorg ontvingen

Bedoeld worden de mensen die – voordat zij een Wlz ggz-wonen indicatie kregen – zelfstandig woonden met ambulante Wmo begeleiding. Dit betreft mogelijk (een deel van) de groep mensen die volgens het Regiobeeld de Wlz is ingestroomd met als herkomst 'overig Wmo-gebruik met begeleiding'[25]. In 2023 ging het om 2.750 personen. Gegevens over de (intensiteit van de) geboden Wmo zorgvorm en leveringsvorm zijn niet beschikbaar.
Verschillende geïnterviewden geven aan dat ze deze cliëntgroep en hun behoefte aan ondersteuning kennen uit de praktijk.

Ik kan me wel voorstellen dat als je al jarenlang heel intensief ambulante begeleiding krijgt, dat mensen dan denken dat het een leven lang nodig is. Of dat dan Wlz of Wmo moet zijn, daar gaan wij niet over. — (Stakeholder)

Geïnterviewde stakeholders uit het beleidsveld merken op dat het zicht ontbreekt op hoe invulling werd gegeven aan de geboden ambulante Wmo begeleiding.

De groep die eerst ambulante Wmo begeleiding kreeg en van daaruit is overgestapt naar de Wlz, daar hebben we gewoon geen zicht op. En de ene Wmo begeleiding is de andere niet, het verschilt per gemeente ook hoe dat invulling krijgt. En als je inderdaad wat intensievere zorg kan bieden binnen de Wmo ja, dat betekent misschien vertraging of minder instroom in de Wlz. — (Stakeholder)

25 Van alle Wlz-ggz-w indicaties die sinds 2021 zijn afgegeven heeft 82% een herkomst uit de Wmo (Regiobeeld). Het aandeel Wmo is in de afgelopen jaren kleiner geworden: in 2020 had 90% van de indicaties een herkomst uit Wmo (53% beschermd wonen; 37% overig Wmo), in 2023 was dit gedaald tot 67% (23% beschermd wonen; 44% overig Wmo). Meer informatie over de data is te vinden in het dashboard van de Monitor en Regioaanpak ggz-wonen in de Wlz, via het tabblad 'Toelichting over databronnen dashboard'.

Of en in hoeverre de geboden ambulante Wmo begeleiding passend was, is niet bekend. Er zijn geïnterviewden die kritisch zijn over hoe in de praktijk wordt vormgegeven aan de Wlz geïndiceerde zorg voor cliënten die voorheen ambulante Wmo begeleiding kregen.

> *Al vrij snel na de openstelling van de Wlz zagen wij cliënten waarvan wij dachten van, wacht even. Wij snappen wel dat iemand waarschijnlijk een leven lang begeleiding nodig heeft maar de intensiteit ligt wel zo laag dat we wel vraagtekens hadden van ja is hier de Wlz ooit wel voor bedoeld? —* (Stakeholder)

Aan de andere kant wordt er ook op gewezen dat een Wlz indicatie het juist makkelijker maakt om zorg te bieden die aansluit bij de behoeften van cliënten.

> *Voor veel cliënten was het een aantrekkelijk beeld dat zij niet meer elk jaar hoefden aan te kloppen bij de Wmo om daar verschillende indicaties te moeten aanvragen.*
> — (Zorgaanbieder)

Aansluitend daarop wordt opgemerkt dat Wlz gefinancierde zorg eraan kan bijdragen dat mensen stappen gaan maken in zelfstandigheid:

> *Er zijn cliënten die gewoon behoefte hebben aan langdurige zorg met een bepaalde rust en regelmaat. Mogelijk komen zij juist daardoor juist weer tot een bepaald ontwikkelings-potentieel. Op dat moment kan er eventueel opnieuw beoordeeld worden of Wlz passend is, of niet, en onder welke wetgeving ze dan vallen. —* (Stakeholder)

Bij het bieden van ondersteuning door (woon)zorgaanbieders – ambulante dan wel intramuraal – is het financieringskader niet leidend.

> *Of het nou Wmo of Wlz is, dat maakt niet heel veel uit voor onze mensen. Kijk, de zorg die nodig is, wordt georganiseerd. Soms zie je dat bij een cliënt steeds meer thuiszorg wordt georganiseerd en ook wel meer en meer verpleging, omdat iemand ook somatisch van alles mankeert. Op een gegeven moment denk je dan: is de Wmo met al die indicaties nog wel het meest logische of moeten we dan naar een Wlz indicatie gaan kijken. Maar dan is het vooral volgend op wat er toch al wordt ingezet. Dan ga je die Wlz indicatie aanvragen. —* (Zorgaanbieder)

3.3.3 Cliënten met ggz-w zzp 1 of 2

In 2023 had 45% van alle mensen met een ggz-w indicatie een zzp 1 of 2 (zie §3.1.1). Beschikbare cijfers over de personen die in 2023 Wlz ggz-w zorg in natura hebben afgenomen (CBS, 2024), laten zien dat bij 89% de leveringsvorm 'zorg met verblijf' was en bij 11% 'volledig pakket thuis' (vpt). Bij de mensen met een zzp 1 en 2 was het aandeel met leveringsvorm vpt respectievelijk 19 en 12% (bij mensen met zzp 3, 4 of 5 was dit respectievelijk 11%, 4% en 1%) Bij de lagere zzp's is er dus vaker sprake van ambulante zorg. In de Monitor en Regioaanpak ggz-wonen in de Wlz wordt rond de cliënten met een 'lage zzp indicatie' - vanuit de wens om de instroom in de Wlz te beperken - de vraag gesteld 'of de aard van de aandoening of stoornis behoort tot de zorg die wordt geleverd onder de Wlz of dat Wmo-zorg ook voldoende kan zijn'. Zoals opgemerkt in §3.2.1 zijn er grote verschillen in zorg-, en ondersteuningsbehoeften van mensen met een ggz-w

indicatie. Sommige geïnterviewden kunnen zich voorstellen dat bij een Wlz indicatie met zzp 1 en 2 mogelijk andersoortige ondersteuning, bijvoorbeeld gefinancierd vanuit de Wmo, ook een optie is.

Als we het hebben over zzp 1 en 2, dan gaat het echt over een andere doelgroep dan de zorgzwaartepakketten die daar boven zitten. Dus als je het hebt over afbakening, dan zitten bij pakketten 1 en 2 de grensgebieden met de Wmo. — (Stakeholder)

Er wordt ook op gewezen dat, in de discussie over de 'Wlz 1 en 2 groep', zorginhoudelijke, systemische of politieke narratieven door elkaar heen lopen:

Heb je het over zzp profiel 1 en 2 en of dat passend is, dat vind ik deels toch wel een politiek ingegeven discussie. Er zijn cliënten die gewoon behoefte hebben aan langdurige zorg met een bepaalde rust. En juist daardoor weer tot een bepaald ontwikkelingspotentieel komen. — (Zorgaanbieder)

Er wordt op gewezen dat ook voor mensen waarbij de zorg of ondersteuningsbehoefte niet constant heel intensief is, juist de mogelijkheid tot opschalen van zorg heel belangrijk kan zijn. Dit kan preventief werken en verdere escalaties of teloorgang voorkomen. Ongeacht de financieringsvorm is er behoefte aan deze vorm van 'waakvlamzorg' of 'vinger aan de pols' contact.

Die zzp 1 kan heel goed werken voor de mensen die zich dagelijks best wel redelijk redden, dus die hebben niet heel veel uren of minuten face-to-face begeleiding nodig. Maar die mensen moet je wel in beeld hebben. Die moeten het idee hebben dat het kantoor van de begeleiding toch dichtbij is. Zodat je snel wat meer kan opschalen qua intensiteit en kan zorgen dat het niet totaal gaat ontsporen.' — (Stakeholder)

Een aantal respondenten merkt op dat de huidige Wmo structuur niet altijd de ruimte biedt voor bovenstaande vormen van opschalen van zorg en dat hierin bovendien grote verschillen bestaan tussen gemeenten. In een aantal gesprekken wordt daarom gepleit voor flexibele financieringsvormen die hierin wél kunnen voorzien. Hoe dergelijke financieringsvormen eruit moeten is onderwerp van debat. Een van de denkrichtingen hierbij is om de optie om ook binnen de Wlz te gaan werken met meer tijdelijke indicaties:

Ik zou zeggen dat het makkelijker moet zijn om ook weer van de Wlz indicatie af te kunnen komen. Dus dat je zegt: we vragen een indicatie aan voor de komende 5 of 10 jaar om de zorg in te zetten die wij denken dat nodig is. Alleen zie je vaak dat dat niet gebeurt. Dat de Wlz dus echt wel een levenslang ding is. Dus als er een soort van tussenvorm zou kunnen komen, dan pleit ik daar alleen maar voor. — (Zorgaanbieder)

Ik denk dat er bij ggz problematiek behandeling nodig is, waarbij er ook eventueel herstel of stabilisatie kan plaatsvinden. Dat doet iets met de zorgzwaarte die iemand hoort te ontvangen. Waarbij er nu in het huidige stelsel een Wlz-indicatie voor het leven afgegeven wordt. Het opnieuw wegen of die indicatie nog steeds passend is, daar is nu eigenlijk geen prikkel voor. — (Stakeholder)

De optie om binnen de Wlz tijdelijke indicaties te overwegen wordt ook specifiek genoemd als het over jongeren gaat:

> *Mijn bezwaar zit hem in het feit dat het een levenslange indicatie is. Dat je tegen die jongeren zegt: wij hebben met zijn allen bedacht dat jij de rest van je leven dit nodig hebt? Dat is dodelijk, denk ik. Ik ben echt wel gevoelig voor het feit dat je mensen niet elk jaar moet belasten met een nieuw indicatie verhaal. Wat wel kan is bijvoorbeeld eens in de vijf jaar bekijken of de uitgave van €400.000 voor vijf jaar begeleiding nog steeds nodig is of niet. Daar zit de grootste weeffout in de wet.* — (Stakeholder)

3.3.4 Cliënten die ambulante zorg ontvangen binnen de Wlz

De Wlz biedt ruimte voor ambulante vormen van zorg zoals het volledig of modulair pakket thuis of pgb. Binnen de totale groep mensen met een ggz-w indicatie, steeg het aantal mensen dat Wlz-zorg krijgt via een volledig pakket thuis naar 12% in 2023 (CBS, 2024). De ontwikkeling richting het bieden van ambulante ondersteuning en zorg sluit goed aan op het streven naar herstel, toename van zelfstandigheid en participatie in een 'zo thuis mogelijke' omgeving (zie H2). Vanuit de wens om de Wlz toekomstbestendig te houden, wordt over cliënten die ambulante Wlz gefinancierde zorg ontvangen de vraag gesteld of 24-uurszorg in nabijheid nodig is of dat lichtere vormen van ondersteuning, zoals vanuit de Wmo, ook passend kunnen zijn (Monitor en Regioaanpak ggz-wonen in de Wlz). Zorgkantoren en gemeenten proberen, daar waar mogelijk, te sturen op zorg en ondersteuning thuis. Ook (woon)zorgaanbieders omarmen deze beweging.

> *Er zijn zelfs voorbeelden van mensen met een zzp 5 die thuis begeleiding krijgen. Omdat het gewoon beter past dan in een groepscontext. Op zich kan dat natuurlijk ook prima.* — (Focusgroep zorgtoeleiding).

In de praktijk is er soms discussie over de Wlz criteria enerzijds en hoe er door (woon)zorgaanbieders invulling wordt gegeven aan de Wlz gefinancierde zorg anderzijds. Dat gaat bijvoorbeeld om de 24 uurs zorg in nabijheid. Om in aanmerking te komen voor een Wlz ggz-wonen indicatie moet zijn vastgesteld dat er als gevolg van een psychiatrische aandoening sprake is van een blijvende zorgvraag voor 24 uurs zorg in nabijheid òf permanent toezicht. Meerdere geïnterviewden wijzen erop dat hier in de praktijk op verschillende manieren invulling aan wordt gegeven.

> *We hebben ook voorbeelden waarbij mensen met een eigen voordeur in de wijk wonen. 's Nachts maken we nu gebruik van digicontact (beeldbellen) om met begeleiding te kunnen spreken* — (Zorgaanbieder)

Nadat iemand een ggz-wonen indicatie heeft gekregen, is het de bedoeling dat cliënt en zorgaanbieder samen afspraken maken over hoe de Wlz zorg geboden wordt. Rondom ambulante zorgvormen is het voor (woon)zorgaanbieders soms onduidelijk hoe strikt het 24-uurs criterium is.

Van aanbieders van beschermd wonen komt dan wel eens de vraag in welke mate er sprake is van 24 uurs nabijheid en of daarmee wel de oorspronkelijke Wlz doelgroep wordt beoogd. Aanbieders vragen ook wel van, wat betekent dan 24 uurs nabijheid? Hoe snel moet ik dan ergens zijn? Maar daar zijn geen normen voor. Uiteindelijk concludeert de zorgaanbieder dan dat als er echt nood aan de man is, er ook nog de crisisdienst is. In de praktijk wordt er dan nauwelijks directe nabijheid geleverd. — (Focusgroep_zorgtoeleiding)

3.4 Tot slot

In dit hoofdstuk gaven we een indruk van het gebruik van de langdurige ggz. Het aantal mensen met een Wlz indicatie op grondslag 'psychische stoornis' steeg van 17.310 in het eerste kwartaal van 2021 naar 35.135 in het derde kwartaal van 2024. In 2023 hebben 32.225 personen zorg in natura afgenomen op basis van ggz-wonen (N=29.965) of ggz-behandeling (N= 2.260). Binnen het ggz-wonen heeft ruim een kwart (27%) van de mensen een zorgzwaarteprofiel (zzp) 1, 18% heeft zzp 2 en 47% heeft zzp 3. Van de mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie die zorg in natura afnemen is geen landelijk zicht op waar (in welke soort (woon)zorglocatie) zij verblijven.

Over cliënten van het beschermd wonen zijn alleen cijfers beschikbaar over de intramurale cliënten, gefinancierd vanuit de Wmo. Tussen 2020 en 2023 daalde dit aantal van bijna 38.000 naar 26.000. Landelijke gegevens van cliënten die beschermd wonen met een andere financiering dan Wmo ontbreken. Er bestaat geen goed en volledig cijfermatig beeld van de mensen die een beroep doen op de langdurige ggz. Beschikbare cijfers zijn, onder andere door de versnippering in verschillende systemen, incompleet en/of niet goed met elkaar vergelijkbaar, waardoor het ontbreekt aan een volledig en betrouwbaar zicht op wie welke soort zorg krijgt.

We beschreven enkele ontwikkelingen rondom de mensen die zorg ontvangen in de langdurige ggz. We constateerden dat er geen gegevens beschikbaar zijn die een koppeling kunnen maken tussen psychiatrische diagnoses en Wlz zorgprofielen. Ook is het onduidelijk of en in hoeverre er sprake van een 'verzwaring' van de zorgvraag van de cliënten in de langdurige ggz. Het aantal indicaties met een andere grondslag naast een psychische stoornis is toegenomen. Dit lijkt erop te wijzen dat bij de groep mensen met een Wlz ggz indicatie het aandeel mensen met meervoudige problematiek is gegroeid.

Naar aanleiding van de hoge instroom in de Wlz, werd voor een aantal specifieke Wlz- cliëntgroepen de vraag gesteld of andersoortig gefinancierde zorg ook voldoende zou kunnen zijn. Vanuit beleid lijkt hierbij het denken in doelmatigheid (hoe verdelen we de beperkte beschikbare (middelen voor) zorg en ondersteuning) de boventoon te spelen. De vraag of en in hoeverre voor de specifiek genoemde Wlz-cliëntgroepen andersoortig gefinancierde zorg ook voldoende zou kunnen zijn is niet in zijn algemeenheid te beantwoorden.

Dit vraagt om individueel maatwerk. Op praktijkniveau van de (woon)zorgaanbieders zien we dat de focus ligt op het zo goed mogelijk proberen aan te sluiten bij de behoeften van cliënten. We beschreven dat mensen bij wie gedurende het leven periodes van minder zorgbehoefte zich afwisselen met periodes van meer zorgbehoefte, gebaat zijn bij zorg en begeleiding die flexibel en naar behoefte op- en afgeschaald kan worden; zogenaamde 'waakvlamzorg'. Het blijvende karakter van Wlz gefinancierde zorg biedt hiervoor mogelijk meer ruimte dan de Wmo. Dat laat onverlet dat ook de Wmo mogelijkheden biedt voor langdurige en intensieve ambulante begeleiding.

Bij het denken in termen van cliëntgroepen op basis van financieringsvorm ('Wlz-cliënten' of 'Wmo-cliënten') zijn de verschillende logica's zichtbaar die werkzaam zijn in de langdurige zorg (zie ook §2.7.2). Begeleiders binnen de (woon)zorgorganisaties volgen primair de zorglogica, waarbij uitgegaan wordt van het bieden van zorg en ondersteuning die het meest passend is bij de behoeften van cliënten, ongeacht de financieringsvorm. Dat komt niet altijd overeen met de verdeel- of regellogica. Daarbij gelden andere uitgangspunten, zoals de regels op basis waarvan iemand wel of geen aanspraak kan doen op een bepaalde voorziening of behandeling, kostenbeheersing, doelmatigheid en het rechtvaardig verdelen van personele inzet en beschikbare voorzieningen.

4 Zorg en ondersteuning

Hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 gaven een beeld van de ontwikkelingen in de langdurige ggz en van enkele cliëntgroepen die daarbinnen zorg ontvangen. In de komende hoofdstukken verschuiven we de focus naar de dagelijkse zorgpraktijk: we schetsen een beeld van het zorg- en ondersteuningsaanbod binnen de langdurige ggz (hoofdstuk 4) en samenwerking rond mensen met complexe problemen (hoofdstuk 5). Hoofdstuk 6 gaat over ondersteuning bij participatie en inclusie. In dit hoofdstuk beschrijven we aan de hand van een aantal vraagstukken wat helpt en hindert bij het vormgeven van goede woonzorg.

4.1 Balanceren tussen ontwikkeling en inzetten op stabilisatie

Passende zorg of goede (woon)zorg

Zoals beschreven in hoofdstuk 2, wordt in veel van de beleidsstukken over langdurige ggz gesproken over 'passende zorg'. Passende zorg is daarin een breed begrip waarin verschillende uiteenlopende idealen samenkomen (bijvoorbeeld zorg die aansluit, efficiënte zorg, betaalbare zorg, of zorg waarin de eigen regie van cliënten centraal staat). In hoofdstuk 7 geven we een verdere reflectie op de betekenis en toepasbaarheid van het begrip passende zorg. Omdat wij ons in dit hoofdstuk richten op de zorgpraktijk spreken we liever over 'goede (woon)zorg'.

Als het gaat over goede (woon)zorg, worden in de interviews de uitgangspunten van herstelondersteunende zorg (HOZ) breed onderschreven. Ook in het kwaliteitskader woonzorg lggz (Valente, 2024) staat dit begrip centraal. HOZ richt zich op het versterken van hoop en perspectief, het hervinden van 'zin in het leven' en het innemen van betekenisvolle rollen in de samenleving. Hierbij vormen de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon zelf het vertrekpunt. Een manager van een beschermd wonen organisatie omschrijft HOZ als volgt:

> *In ieder geval zorg richten op het herstel van de cliënten. We kijken heel erg naar wat iemand wél kan. En wat daarbij passend is. […] We kijken echt naar wie de persoon is, wat iemand zijn dromen zijn en wat zijn wensen zijn. En daar gaan we mee aan de slag.* — (Zorgaanbieder)

Hoewel het perspectief van HOZ breed wordt omarmd, wijst een aantal geïnterviewden er ook op dat het vasthouden aan de herstelvisie binnen de langdurige ggz niet altijd vanzelfsprekend is. Waar in HOZ de nadruk ligt op ontwikkeling en perspectief, wordt bij cliënten met een Wlz ggz-wonen indicatie vaak de levenslange beperking van de persoon als uitgangspunt gezien, waarbij de nadruk meer wordt gelegd op stabiliseren:

> *Het is altijd weer dat spanningsveld van: accepteer dat mensen beperkingen hebben en zorg ook voor perspectief en uitdaging. Dat is altijd weer die balans die je daarin moet zien te vinden. En ja, voordat je het weet, is die balans er in de Wlz er niet meer. Omdat die andere kant niet benadrukt wordt.* — (Stakeholder)

Een aantal geïnterviewden wijst erop dat het begrip 'herstel' binnen de langdurige ggz daarom een andere invulling krijgt. De nadruk ligt dan minder op participatie en het toewerken naar zelfstandigheid. Herstel gaat in de langdurige ggz over zogenaamde 'kleine stappen', die in het leven van iemand juist een groot verschil kunnen maken:

> *Binnen de Wlz kan je nog steeds herstelgericht werken, maar herstel gaat dan over het herstel van een zingevend leven. Bijvoorbeeld door ondersteuning te richten op herstel van contacten met familie of het opnieuw oppakken van hobby's. De Wmo daarentegen is in mijn optiek toch meer gericht op een herstelgedachte die gericht is op het terugkeren naar de maatschappij als zelfstandig functionerend burger waarin je met minimaal of geen hulp weer functioneert.* — (Zorgaanbieder)

Het gaat in de praktijk van de langdurige ggz om het zoeken naar een balans tussen het bieden van langdurige ondersteuning en stabiliteit enerzijds en het steeds blijven onderzoeken waar er ruimte is voor perspectief en ontwikkeling - hoe klein ook - anderzijds. Bij het zoeken naar deze balans kan een opvatting van herstel waarbij de mogelijkheid tot ontwikkeling ver naar de achtergrond verdwijnt, beperkend werken. De wijze waarop zorg wordt geboden kan dan een 'self fulfilling prophecy' worden. Eén van de respondenten wijst er bijvoorbeeld op dat methodieken gericht op arbeidsmatige participatie zoals IPS wel degelijk een meerwaarde kunnen hebben in de langdurige zorg, maar dat hier nog weinig op wordt ingezet (zie ook §6.3). Anderzijds kan een benadering waarin de nadruk té sterk ligt op het zetten van stappen richting zelfstandigheid voorbijgaan aan het lijden en de beperkingen die er zijn en zo onnodige druk voor de cliënt opleveren. Bovendien is de ervaren lijdensdruk van een psychiatrische aandoening niet op elk moment hetzelfde en zijn mogelijkheden ook sterk afhankelijk van de context. Wat nu niet kan, kan op een ander moment misschien wel. Het onderstaande voorbeeld laat zien hoe het nemen van risico's daarbij soms een belangrijke stap kan zijn:

> *De beweging vooruit en echt dat herstel op verschillende gebieden, betekent ook dat je soms risico's gaat nemen. Dat het niet voldoende is dat iemand rustig zijn dag doorkomt, maar dat je ook wel stappen gaat zetten. Ik denk dat, als het gaat om langdurig verblijf, deze groep soms best wel verwaarloosd is. Het gaat vooral om een soort van voorkomen van overlast - ik schets het nu heel zwart wit. Een voorbeeld is een cliënt op de beschermde woonvorm. Ze heeft een veelbewogen leven, een licht verstandelijke beperking en psychotische klachten. Door haar goed te leren kennen kwamen we erachter wat de rol is van de traumatische gebeurtenissen die ze van jongs af aan heeft meegemaakt. Er was een tijd dat het idee dan was 'we laten dat trauma voor wat het is, want dat kan de psychotische klachten triggeren. Ze kan de behandeling niet aan door de verstandelijke beperking en ze gebruikt ook nog middelen.' We zijn toch gaan intensiveren van verschillende kanten, dus de psycholoog is bezig met de traumabehandeling, ik was bezig met medicatie en er was afstemming met begeleiding die ook opgeschaald werd. Ze is best wel goed door die traumabehandeling heen gekomen en nu heeft ze het over haar rijbewijs halen en contact met haar kind opbouwen en dat soort dingen. Dat lukt niet als je die intensivering van echte behandeling niet oppakt, maar je riskeert dan ook wel wat. Want ja, het had ook wel een psychotische episode kunnen triggeren.* — (Zorgaanbieder)

Het balanceren tussen inzetten op stabiliteit enerzijds, en het bieden van perspectief anderzijds, is een proces van steeds weer afstemmen, uitproberen, goed weten wat iemand heeft meegemaakt en wat eventuele onderliggende problemen zijn. Respondenten wijzen erop dat het steeds opnieuw blijven evalueren daarom van groot belang is. Dit is ook een belangrijk onderdeel van de ART methodiek, die op een aantal langdurige klinische afdelingen wordt gehanteerd:

> *Voor iedereen die langdurig klinisch is opgenomen, proberen we vanuit dat ART kader toch weer te zoeken naar een ander perspectief en elke drie jaar evalueren. Maar dat is niet in beton gegoten. Dat is meer om de professional wakker te houden, dat je na drie jaar toch echt even heel goed gaat stilstaan. Waar zijn we nu? Wat hebben we allemaal gedaan? Doen we nog het goede?* — (Zorgaanbieder)

Samenvattend

Het begrip herstel vraagt om een vertaalslag naar de langdurige setting, waarbij aandacht is voor specifieke mogelijkheden en beperkingen van mensen op een manier waarbij het bieden van perspectief voorop blijft staan. Dit vraagt om steeds weer opnieuw kijken waar de behoefte aan ondersteuning ligt en welke perspectieven op ontwikkeling mogelijk zijn. Het nemen van risico's kan hier een onderdeel van zijn.

4.1.1 Wat helpt en hindert in het vormgeven van herstelondersteunende zorg?

Hieronder geven we de punten weer die in de interviews het meest zijn genoemd als helpend of juist hinderend bij het vormgeven van herstelondersteunende zorg in de langdurige ggz, ook in relatie tot de verschillen in financieringskaders:

Herstelvisie

Er zijn uiteenlopende ervaringen als het gaat om de vraag of de openstelling van de Wlz het bieden van herstelondersteunende zorg faciliteert. Enerzijds spraken we met professionals van beschermde woonvormen die benadrukten dat de Wlz meer mogelijkheden biedt en dat de kwaliteit van zorg daardoor toeneemt. Zo heeft één van de zorgaanbieders – met Wlz middelen - geïnvesteerd in betere huisvesting en het aanstellen van gedragswetenschappers en trajectbegeleiders. Zij merken op dat dit helpt bij het vormgeven van herstelondersteunende zorg. Anderzijds waren er organisaties die opmerkten dat de Wlz financiering in de praktijk niet veel meer betekent dat het 'verhangen van de bordjes' en dat dit hun praktijk van zorg niet wezenlijk heeft veranderd. Deze organisaties wijzen erop dat ook vóór de openstelling van de Wlz de focus lag op herstelondersteunend werken en dat ze dit zijn blijven doen. Dit verschil in visie is ook bepalend voor de afweging die partijen maken om een Wlz-aanvraag te doen:

> *Je zag ook dat partijen die veel vastgoed hadden in beschermd wonen, onmiddellijk met al hun klanten onder de arm richting het CIZ holden. En bij organisaties die van meet af aan al een zeer diep doorleefde visie hadden op inclusie en meedoen in de gewone wereld, daar zag je dus ook veel lagere percentages klanten die naar de Wlz gingen.*
> — (Stakeholder)

Bovendien wijzen respondenten erop dat Wlz-financiering van de zorg ook van invloed kan zijn op hoe er naar mensen gekeken wordt:

> *De systemen waar we in zitten, die zijn van invloed op onze mindsets. Als je er systeem-theoretisch naar kijkt, zijn heel veel van de huidige problemen, gedateerde oplossingen. Dus wat ooit in een situatie een oplossing was, is in een nieuwe context een probleem geworden. De Wlz vind ik daar zo'n voorbeeld van. Dus wat ooit een oplossing leek te zijn voor een aantal mensen, krijgt in een nieuwe context een andere betekenis en een andere rol en dan wordt het langzamerhand een probleem . 'Je hoeft niks meer met deze mensen, want in de wet staat ….' En dan ben je toch een soort van afgeschreven.* — (Stakeholder)

Verschillen in uitvoeringspraktijken lijken dus eerder, samen te hangen met verschillen in visie dan met het financieringskader van waaruit zorg geboden wordt. Dit is belangrijk om uit te lichten, omdat er in de praktijk dus geen sprake is van de 'Wmo zorg' of de 'Wlz zorg' als twee verschillende manieren van zorg leveren. Een Wlz ggz-wonen indicatie geeft immers nog geen duidelijkheid over welke zorg in de praktijk wel of niet geboden wordt. In de praktijk van alledag is het doel van zorgaanbieders om zo goed mogelijk vorm te geven aan herstelondersteunde zorg. De kern hiervan is dat organisaties proberen om aan te sluiten bij de behoeftes van cliënten, die door de tijd heen veranderlijk zijn. Idealiter verandert de geboden zorg daarin mee. Anderzijds wijzen respondenten erop dat de systeemwerkelijkheid die praktijk wel degelijk kan beïnvloeden. Een invulling van Wlz gefinancierde zorg waarbij sterk de nadruk ligt op stabilisatie, kan de beeldvorming over de mogelijkheden van mensen met een Wlz indicatie negatief beïnvloeden. Dit kan het vormgeven van herstelondersteunende zorg juist in de weg zitten.

Gespikkeld wonen

In een aantal interviews wordt genoemd dat bij het vormgeven van HOZ het helpend is als mensen met een ggz-w indicatie en met een Wmo-indicatie juist niet in aparte voorzieningen wonen. Dit helpt bij het 'vasthouden' van de focus op herstel en ontwikkeling:

> *Ik heb het idee dat bij de gespikkelde groepen, waarbij Wmo-Wlz door elkaar loopt, er een visie gekozen wordt vanuit de organisatie en er minder gekeken wordt naar 'welke indicatie ligt hier nu eronder?' Het idee is dan: we bieden gewoon deze zorg aan, iedereen gaat naar de dagbesteding en bij iedereen zijn we bezig met herstel.* — (Stakeholder)

Anderzijds wordt genoemd dat de Wlz-financiering ook kansen biedt om juist zorg te organiseren die specifiek is toegesneden op mensen met een langdurige ondersteuningsbehoefte. Dit punt brengt een manager van een klinische voorziening naar voren:

> *Als je een specifieke focus hebt op deze groep, kun je ook veel meer kwaliteit van leven toevoegen en daardoor krijg je ook vernieuwing, innovatie en een andere kijk (…) Ik denk dat er vroeger ook dingen waren waarmee we deze groep overvroegen.* — (Zorgaanbieder)

Een andere reden die genoemd wordt om juist wel voorzieningen te ontwikkelen specifiek voor mensen met (een hoger) zorgzwaarteprofiel (zzp), is dat dit mogelijkheden creëert voor uitstroom uit een klinische behandelsetting. Een aantal respondenten wijst erop dat het vaak lastig is om mensen met een hoger zzp (4 of 5) te laten uitstromen naar beschermd wonen, omdat deze

voorzieningen aangeven dat zij hiervoor niet de juiste zorg kunnen bieden. Het gevolg hiervan is dat mensen soms onnodig lang op klinische afdelingen verblijven. Dit kan ook een rol spelen bij de afweging om wel of niet een hogere zorgindicatie aan te vragen, ook al is dit zorginhoudelijk wel wenselijk:

> *We hebben dus best wel wat zieke mensen en dan vragen wij een Wlz 5 aan en die krijgen we dan ook. Dus dat is fijn. Maar tegelijkertijd is het een vloek, want er is geen Wlz 5 wonen. Dus dan kunnen we de mensen wel houden en behandelen en daar ook qua inhoud in investeren. Maar vervolgens krijgen we de mensen niet kwijt, omdat er geen BW 's zijn die Wlz 5 pakketten aanbieden* — (Zorgaanbieder)

Wanneer langdurige behandelafdelingen worden aangemerkt als Wlz locatie, is er op basis van regelgeving (de regellogica, zie §2.7.2) geen reden waarom mensen na verloop van tijd zouden moeten uitstromen naar bijvoorbeeld een beschermd wonen setting. Vanuit het zorgkantoor wordt dit immers gezien als een passende indicatie bij een passende plek. Maar vanuit het zorgperspectief gedacht kan het juist wenselijk zijn dat mensen na een periode van intensieve behandeling ook weer uitstromen. Nieuwe voorzieningen zoals de Thuiskomst in Amsterdam, proberen een oplossing te bieden voor dit knelpunt. De Thuiskomst kan gezien worden als een tussenvorm tussen kliniek en regulier beschermd wonen, specifiek voor mensen die eerder langdurig in een kliniek verbleven. De Thuiskomst is een samenwerkingsverband tussen een beschermd wonen organisatie en de behandel ggz. Andere voorbeelden van dergelijke initiatieven zijn samenwerkingsverbanden over domeinen heen, zoals met de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG), om beter aan te kunnen sluiten op de ondersteuningsbehoeften van mensen.

In het vormgeven van woonzorg voor mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie, worden verschillende keuzes gemaakt. Veelal verandert er feitelijk niet veel in iemands situatie als er een Wlz-indicatie wordt aangevraagd. Dat is bijvoorbeeld het geval als iemand voorheen via een Wmo-indicatie ambulante zorg ontving of een plek had in een beschermd woonvoorziening. Als voor die persoon de financiering wijzigt van Wmo naar Wlz, dan merkt hij/zij daar veelal weinig van. Organisaties maken ook verschillende keuzes in het wel of niet aanbieden van specifieke Wlz-voorzieningen. Enerzijds wordt ervoor gekozen juist te werken met gespikkelde voorzieningen (voorzieningen waar mensen met een Wmo en Wlz indicatie door elkaar heen wonen) omdat dit helpend is bij het blijven inzetten op ontwikkeling en inclusie, ook als iemand langdurig gebruik maakt van ggz ondersteuning. Anderzijds kunnen specifieke Wlz voorzieningen ook bijdragen aan goede woonzorg, en bijvoorbeeld de overgang vanuit een langdurige klinische setting naar beschermd wonen mogelijk maken. Dit geldt vooral voor mensen met een Wlz zzp 4 of 5, omdat het veelal lastig is om mensen met deze indicatie te plaatsen in het reguliere beschermd wonen aanbod. De verschillen in het vormgeven van wonen maken ook duidelijk dat 'de Wlz zorg' moeilijk te definiëren is, ook omdat mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie te maken hebben met uiteenlopende ondersteuningsbehoeften.

Indicatiestelling: zegen of vloek?

In hoofdstuk 2 beschreven we op basis van de literatuur hoe een Wlz-indicatie een stigmatiserende werking kan hebben. Eenzelfde geluid hoorden we terug in de interviews. Het stempel 'voor de rest van mijn leven' kan mensen het gevoel geven afgeschreven te zijn en kan werken als een 'selffulfilling prophecy'. De levenslange indicatie kan mensen het perspectief op verbetering

ontnemen. Anderzijds wordt erop gewezen dat het krijgen van een Wlz-indicatie ook rust kan geven:

> *'Ik heb opeens voor de rest van mijn leven blijkbaar dit probleem en daar kom ik niet meer vanaf'. Op het moment dat dit tegen je wordt gezegd dan belemmert zo'n boodschap echt herstel. Zeker als er al ggz zorg nodig is, je bent al onzeker over jezelf, over je kunnen en je begint grip te verliezen op de realiteit. Aan de andere kant is er ook echt een groep waarbij het gewoon overduidelijk is dat problemen langdurig zijn. Die worden er niet heel blij van om jaarlijks aan te tonen dat er sprake is van bijvoorbeeld persoonlijkheidsproblematiek. — (Stakeholder)*

Ook in de focusgroepen met cliënten wordt er gewezen op de onzekerheid die de herindicaties in de Wmo teweeg kunnen brengen:

> *Alles op papier staat goed, maar dan willen ze [*de gemeente, red*] de zorg niet verlengen. Dan stoppen ze het gewoon. Ze willen de wachttijden op nul hebben. Mensen zitten met knopen in de maag voor het herindicatiegesprek, want mensen kunnen nog niet weg.* — (Verslag focusgroep cliënten)

Een andere mogelijke reden die wordt genoemd voor het aanvragen van een ggz-w indicatie door mensen die voorheen Wmo begeleiding kregen, is dat de kwaliteit en beschikbaarheid van het Wmo aanbod erg wisselend en onvoorspelbaar kan zijn:

> *Wat naar mijn mening ook een rol heeft gespeeld is het gebrekkige aanbod vanuit de Wmo. Elke gemeente bepaalt zelf hoe zij de Wmo begeleiding inkleuren en welke externe partijen ze daarbij betrekken. En de Wmo staat ook constant onder druk door bezuinigingen. Daardoor is er ook een soort van aanzuigende werking ontstaan op de Wlz.'* — (Zorgaanbieder)

Een aantal respondenten wijst erop dat het proces van een Wlz indicatie aanvragen soms ook als problematisch wordt ervaren:

> *Er is iets heel ingewikkelds als je een Wlz-indicatie aanvraagt, want als je een indicatie aanvraagt moet je in feite opschrijven dat iemand niet meer gaat herstellen. Dat is namelijk de essentie van een Wlz-indicatie. Ik ben er heel erg voorstander van dat de ggz toegang heeft gekregen tot de Wlz, maar er zit wel echt een soort conceptueel probleem in. Sommige psychiatrische kwetsbaarheden zijn blijvend, maar de ernst van de symptomatologie is wisselend. Mensen kunnen het twee of drie jaar relatief goed doen en dan weer een keer heel ziek worden. We hebben dus in die Wlz een super kwetsbare populatie, anders krijg je geen indicatie. Maar dat betekent niet dat ze geen herstelstappen kunnen maken (…) en dit bijt elkaar in taalgebruik. Dit is echt een probleem: wat we inhoudelijk moeten doen is herstelondersteuning. Tegelijk is de systeemtaal dat een Wlz indicatie er is voor iemand die niet kan herstellen. Dit is ook in je individuele behandeling echt heel naar, want als je zo'n indicatie schrijft, ga je daar dus alleen maar opschrijven wat iemand allemaal niet kan en dat het nooit meer beter wordt. En daar moet iemand vervolgens zijn handtekening onder zetten, terwijl wij intussen in onze behandelplannen proberen zo optimistisch en hoopgevend mogelijk te formuleren. Dit is echt een probleem.* — (Zorgaanbieder)

Het aanvragen van een Wlz- ggz-w indicatie voor mensen die langdurige ondersteuning nodig hebben kan helpend zijn in het organiseren van goede woonzorg. Bijvoorbeeld als er op veel levensgebieden problemen spelen en omdat bij het zoeken naar een passende woonvoorziening ook buiten de gemeentegrenzen kan worden gekeken. Anderzijds wijzen respondenten erop dat een ggz-w-indicatie op gespannen voet kan staan met het vormgeven van herstelondersteunende zorg. Hier zien we wrijving ontstaan tussen de zorglogica, gericht op het bieden van hoop en perspectief en de regellogica van de Wlz, dat een levenslang karakter heeft, waarin ligt opgesloten dat er weinig ontwikkelperspectief is. Dit is meer dan een theoretische discussie: in individuele trajecten botsen deze twee logica's als behandelaren en ondersteuners proberen in te zetten op herstel en krachtgericht werken, terwijl de indicatiestelling probleemgestuurd is.

4.2 Het perspectief van de cliënt als vertrekpunt

In het kwaliteitskader woonzorg (Valente, 2024) wordt benoemd dat het perspectief van de cliënt idealiter het vertrekpunt is van waaruit (woon) zorg wordt vormgegeven. Uit de praktijkinterviews komt naar voren dat in de langdurige setting het cliëntperspectief als vertrekpunt nemen niet altijd vanzelfsprekend is. Soms heeft iemand geen hulpvraag. Mensen hebben soms ook tijd, ruimte en vertrouwen nodig om voor zichzelf een perspectief te kunnen formuleren. Dit vraagt ook om specifieke vaardigheden in de afstemming tussen hulpverlener, cliënt en het netwerk. Bijvoorbeeld door de tijd te nemen om wensen en behoeften te inventariseren, de relatie op te bouwen en goed te weten wat iemand heeft meegemaakt. Zo wordt er in verschillende interviews benoemd dat er spanning ontstaat als iemand wel kampt met ernstige problemen, maar het formuleren van een hulpvraag nog niet aan de orde is, terwijl dit soms wel een voorwaarde is om zorg te krijgen. Hier ontstaat dan spanning tussen de logica van het zorgen (tijd nemen, vertrouwen opbouwen) en de regellogica waarbij een hulpvraag voorwaardelijk is om toegang tot die zorg te krijgen. Een manager uit het beschermd wonen zegt hierover:

> *Je komt alleen maar bij de psychiater als je echt letterlijk de vragen stelt: 'goh, mag ik hulp en ik wil graag hier en hieraan werken.' Ja, dat gaat iemand dus niet vragen. Nooit.* — (Zorgaanbieder)

Soms kunnen of willen mensen zelf geen hulpvraag formuleren, terwijl dat vaak wel als voorwaarde wordt gesteld om in aanmerking te komen voor hulp. Mensen die nog geen zorg krijgen, maar die wel kampen met ernstige problemen, dreigen daardoor tussen wal en schip te vallen:

> *Wat vooral steeds terugkomt, is dat mensen toch een hulpvraag moeten kunnen formuleren, dus mensen moeten toch aan kunnen geven wat zij willen en dat -in combinatie met het ontbreken van opvang- is heel moeilijk. Want op het moment dat mensen op straat zijn, zijn ze gewoon aan het overleven en zijn ze helemaal niet bezig met het formuleren van een hulpvraag.* — (Stakeholder)

De labels die we altijd gebruiken; LVB, ggz, verslaving, zijn helemaal niet zo sturend. Het zegt in ieder geval niks over de zorgvraag die mensen zelf uiten. Want de zorgvraag is vaak heel erg ingegeven door de situatie waar ze in zitten. Heb je nog een huis, leef je op straat, moet je iedere dag nadenken over waar moet ik plassen, waar moet ik vannacht gaan slapen? Dat bepaalt heel erg wat voor hulpvraag wordt gesteld. En hoe meer je gewend bent aan een heel marginaal leven, hoe minder je gaat nog dromen. — (Stakeholder)

In de cliëntenpanels wordt erop gewezen dat voor mensen die al in zorg zijn, het hebben van een persoonlijke klik met begeleiders belangrijk is om te kunnen aangeven wat voor hen van waarde is. Cliënten die we spraken hebben daar wisselende ervaringen mee, soms wordt er afstand ervaren:

We leven langs elkaar heen hier met de begeleiders. Ik vind het niet persoonlijk. Ze komen niet iets over jou te weten. Er zit gewoon afstand tussen. Ik heb er geen contact mee. Of iets van communicatie. — (Verslag focusgroep cliënten)

Door de begeleiding leer ik om zelfstandiger te worden. Ik heb de neiging om dingen uit handen te geven, nu werk ik toe naar zelfstandigheid. — (Verslag focusgroep cliënten)

Het centraal stellen van 'het perspectief van de cliënt' en inzetten op eigen regie is in praktijk niet altijd eenvoudig. Dit kan zijn omdat iemand nog zo overweldigd wordt door problemen, dat het formuleren van een hulpvraag niet eenvoudig is. Of omdat iemand eerder negatieve ervaringen heeft met de zorg. Het formuleren van een hulpvraag kan tijd kosten en vraagt om goede afstemming. Cliënten geven aan dat de persoonlijke relatie met hulpverleners hierin heel belangrijk is.

4.2.1 Wat helpt en hindert in het centraal stellen van het perspectief van de cliënt?

Afhankelijkheidsrelaties

In de interviews wordt naar voren gebracht dat binnen de langdurige ggz mensen langdurig afhankelijk zijn van een zorgaanbieder, in principe levenslang. Dit brengt een afhankelijkheidsrelatie met zich mee. Dit hoeft niet per definitie te botsen met het centraal stellen van het perspectief van de cliënt, maar dat risico is er wel, noemen een aantal respondenten:

*Waar mensen last van hebben, is toch ook gewoon [*het gebrek aan, red*] vrijheid, de keuzevrijheid, de individuele beslissingsvrijheid. Als je een Wlz indicatie hebt wordt het lastiger om zelfstandig te wonen.* — (Stakeholder)

De vraag is bijvoorbeeld of cliënten altijd de ruimte voelen om hun perspectief naar voren te brengen als ze langdurig afhankelijk zijn van een zorgaanbieder. Zo vertelt een cliënt in een van de focusgroepen dat voor hem het tevreden houden van de begeleiding een belangrijke rol speelde bij zijn besluit om zijn Wmo indicatie om te zetten naar een Wlz indicatie:

Ik heb zelf wel een Wlz indicatie. Anders moeten ze dat jaarlijks aanvragen. Ik heb het gedaan voor de goede vrede met de begeleiding. Ikzelf merk er geen verschil van. Er wordt niet aan je getrokken over de noodzaak van het verblijf. Dat is wel makkelijk. Voor mij maakt het niet zo veel uit. Ze hoeven nu niet zo veel extra moeite te doen. — (Verslag focusgroep cliënten)

Ook aanbieders geven aan dat er in de praktijk soms druk op cliënten wordt gelegd om mee te gaan in een Wlz-aanvraag. Bijvoorbeeld als partners, zoals de woningbouw, graag een garantie voor langdurige zorg en ondersteuning zien:

We hebben wel eens dat we 'koppelverkoop' doen, dus dat we zeggen van: 'je kan zelfstandig wonen of in ieder geval een eigen woning hebben, maar we zullen dan wel Wlz moeten aanvragen om te zorgen dat we dat kunnen organiseren'. Dus dan is het eigenlijk een soort samenspraak. Dat is ook nodig voor de woningcorporatie die je ook moeten geloven. — (Zorgaanbieder)

De langdurige afhankelijkheidsrelatie kan ervoor zorgen dat mensen zich ook meer afhankelijk gaan opstellen. Een proces waar ook wel de term 'hospitalisering' voor wordt gebruikt. Dit is niet uitsluitend van toepassing op de Wlz, maar geïnterviewden wijzen erop dat dit wel wordt versterkt door de insteek van de Wlz, wanneer sterk de nadruk ligt op 'zorgen voor' en minder op het versterken van eigen regie:

Het stempeltje van: 'jij gaat niet meer beter worden', wat ook door de cliënten in grote mate wel ervaren wordt. Zo van: 'oké, nu zit ik hier'. Wat ik zag is dat mensen die een Wlz indicatie kregen, zich daar ook naar gingen gedragen. — (Stakeholder)

In zorg zitten altijd afhankelijkheidsrelaties, binnen het kader van Wlz zijn deze langdurig. Dit is een van de redenen dat 'het centraal stellen van het perspectief van de cliënt' als ideaal niet altijd onproblematisch is, zeker als de nadruk in de zorg en ondersteuning sterk ligt op stabiliseren en 'zorgen'. Ook is het de vraag welke ruimte cliënten in de praktijk voelen om het eigen perspectief naar voren te brengen als er sprake is van een langdurige afhankelijkheidsrelatie van een zorgaanbieder.

Wettelijke kader van Wlz en keuzemogelijkheden

In de interviews wordt naar voren gebracht dat als het perspectief van de cliënt het vertrekpunt moet zijn, het voorwaardelijk is dat de geboden zorg en ondersteuning keuzemogelijkheden biedt. Cliëntenorganisaties en naasten, maar ook praktijkwerkers wijzen erop dat dit in de praktijk vaak nog beperkt is:

Ik heb altijd het recht om te verhuizen. Ik heb verschillende opties om te wonen. Toen ik 20 was, had ik niet in een klein stadje willen wonen. Nu ik bijna 50 ben, hoef ik ook niet meer midden in Amsterdam driehoog achter te zitten. Je hebt die opties. En soms denk ik dat onze cliënten die echt van ons afhankelijk zijn, dat die heel weinig opties hebben. Meer keuzemogelijkheid zou denk ik wel goed zijn voor mensen. — (Zorgaanbieder)

Een aantal respondenten noemt dat de Wlz als financieringskader een obstakel kan opwerpen in het voeren van eigen regie en de keuzevrijheid van cliënten. Bijvoorbeeld als het gaat om de eigen bijdrage en het behouden van zelfstandige huisvesting. Een zorgaanbieder legt uit dat hij om die reden het aanvragen van een Wlz-indicatie bij een klinische opname zo lang mogelijk uitstelt, om zo de optie naar weer zelfstandig wonen open te houden:

> *Als iemand bij ons zit, dan is het altijd de vraag wat de timing is van die aanvraag. Want op het moment dat je die aanvraag doet, dan moet iemand een eigen bijdrage gaan betalen. Die is inkomens- en vermogensafhankelijk, dus het gevolg daarvan is soms dat mensen hun huis moeten opzeggen. Ze zijn niet verplicht om een huis op te zeggen, maar dan worden die kosten gewoon zo hoog dat ze dat gewoon niet meer in kunnen betalen. Meestal hebben ze dan ook al een curator of een bewindvoerder. En dan hebben ze daar ook eigenlijk niet echt een keuze in. Dus het liefst wil je iemand nog zo lang mogelijk in die zorgverzekeringswet houden.* — (Zorgaanbieder)

Hierboven lieten we aan de hand van een aantal voorbeelden zien dat keuzemogelijkheden in de langdurige ggz zorg soms beperkt zijn. Dat kan schuren met een ideaal van goede zorg waarbij het perspectief van de cliënt centraal staat. (Onbedoelde) effecten van specifieke wettelijke kaders, zoals de mogelijkheid om terug te keren naar zelfstandige huisvesting na een langer durende opname, zijn bepalend voor de keuzes die mensen in praktijk hebben.

Cliëntondersteuning & vertegenwoordiging

Naast de hierboven genoemde vaardigheden van zorgprofessionals om een relatie met cliënten aan te gaan, worden er in de interviews nog een aantal punten benoemd die helpend kunnen zijn in het maken van ruimte van het perspectief van de cliënt. Ten eerste zijn er formele vormen van zeggenschap zoals huiskameroverleggen, lokale en centrale cliëntenraden. Om te zorgen dat in de zorg het perspectief van cliënten voldoende ruimte krijgt, wordt in de interviews een enkele keer de rol van cliëntvertegenwoordiger genoemd, bijvoorbeeld in het proces van indicatiestelling:

> *Ik denk dat de onafhankelijke cliëntondersteuner waar we ook mee bezig zijn in de werkagenda, dat die echt een grote rol kan spelen.* — (Stakeholder)

Onafhankelijke cliëntondersteuners kunnen helpen bij het maken van een keuze voor de leveringsvorm van zorg, het opstellen en evalueren van zorgplannen en kunnen ondersteuning bieden als iemand ontevreden is over de zorg (Zorg Instituut Nederland). Eerder onderzoek wijst uit dat ook in cliëntondersteuning de schotten in financiering (Zvw-Wmo-Wlz) als beperking worden ervaren (Significant 2022).

Naast deze formele zeggenschapsstructuren kunnen ook specifieke methodieken ondersteunend zijn om ruimte te maken voor het perspectief van cliënten. Genoemd zijn hierbij de resourcegroepen [zie §4.3,tekstvak 4.1]. Zo vertelt een beschermd wonen organisatie over een pilot rond netwerkpsychiatrie waar het organiseren van resourcegroepen en een netwerkintake onderdeel van zijn. De teammanager legt uit dat dit laatste ook bijdraagt aan het behouden van regie van cliënten, in dit geval als er sprake is van een Wmo-indicatie:

Wij zijn de afgelopen twee jaar in een aantal teams een pilot gestart waarbij die netwerk-zorg methodiek eigenlijk ingebed raakt in het werk, dus de netwerk intake. Daarmee geven we een veel grotere rol aan het organiseren van informele zorg en zetten we de cliënt meer in regie . Daarover hebben we ook het gesprek met gemeentes. Zo van: ja, mooi dat jullie met 10 voorgekookte doelen komen, maar wij gaan eerst met de cliënt in gesprek over wat hij of zij wil. — (Zorgaanbieder)

Uit ander onderzoek weten we dat ook ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen in dit proces (AKWA ggz, 2022).

Samenvattend

Om 'het perspectief' van de cliënt in de langdurige zorg centraal te stellen kunnen formele inspraakstructuren en de inzet van cliëntondersteuners helpend zijn. Maar ook specifieke methodieken zoals resourcegroepen kunnen helpen. Daarnaast is het voorwaardelijk dat er ook keuzemogelijkheden zijn in de zorg en ondersteuning die geboden wordt en er oog is voor de afhankelijkheidsrelaties die vaak ontstaan in de langdurige zorg. Bewustzijn hiervan is een eerste stap in het voorkomen of tegengaan van hospitalisering.

4.3 Methodisch werken en aansluiten met aandacht voor het levensverhaal

Respondenten wijzen erop dat methodisch werken ondersteunend is bij het vormgeven van herstelondersteunende woonzorg in de praktijk. Het kan helpen bij het scherp houden van wat het doel is van de zorg die wordt geboden en ondersteunt het ontwikkelingsgericht werken, ook als het gaat om langdurige zorg. Methodieken die hierbij worden genoemd zijn modellen als ART, SRH, IRB en triple C [zie tekstvak 4.1].

Methodisch werken kan ook ondersteunend zijn aan een triadische aanpak (zie §4.4); bijvoorbeeld door met ART te werken, of resourcegroepen in te zetten. Als het gaat om ontwikkelingsgericht werken wordt ook het belang van een behandel- of begeleidingsplan, een verplicht onderdeel in de Wlz (benoemd als het zorgplan), genoemd. In de cliëntenpanels was er een wisselend beeld over in hoeverre cliënten zich betrokken voelen bij de doelen die in deze plannen zijn opgesteld:

Een deelnemer heeft al jaren niet meer over zijn begeleidingsplan gehoord: 'Ik heb daar niet zo veel mee. Ik heb zo mijn handicaps. Er is niks aan te doen'. — (Verslag focusgroep cliënten)

Als je hier komt om te wonen, dan wordt er een begeleidingsplan opgesteld. Je maakt doelen. De doelen bepaal je voor jezelf. Je krijgt er veel hulp bij. Ze verwachten wel dat je wat gaat doen. Ik wil weer aan het werk gaan voor 40 uur in de week. Eerst was het doel stabiliseren. — (Verslag focusgroep cliënten)

In een aantal interviews wordt aanvullend gepleit voor meer aandacht voor het levensverhaal van cliënten om met de zorg goed te kunnen aansluiten. In veel van de genoemde methodieken worden zorgbehoeftes systematisch geïnventariseerd, bijvoorbeeld aan de hand van verschillende levensgebieden. Dit geeft een goed zicht op iemands huidige situatie en problemen die spelen. Om op de persoon te kunnen aansluiten en herstelgerichte zorg te kunnen leveren is er echter ook nog iets anders nodig. Het gaat dan over het levensverhaal in een meer brede zin, over wat er met iemand is gebeurd en wat zijn dromen en wensen zijn:

> *Mensen lijken soms wel uit de lucht te vallen. Dan hebben betrokkenen soms geen notie van waar iemand vandaan komt […]. Waar ging het nou eigenlijk mis? Waar voel je je niet meer gehoord of gezien of begrepen?* — (Stakeholder)

Een psychiater van een langdurige klinische afdeling reflecteert op wat werkzame elementen zijn in de geboden behandeling en ondersteuning:

> *Dus het werkzame element is iemand ook heel goed kennen, weten wat er met iemand is gebeurd. Die relationele benadering […]. Dat is de kern.* — (Zorgaanbieder)

Verschillende organisaties werken met initiatieven om juist aan het levensverhaal meer aandacht te geven. Ook vanuit de ervaring dat bij mensen die langdurig in de ggz verblijven de rol van het zijn van cliënt soms de overhand lijkt te krijgt en andere ervaringen en rollen naar de achtergrond verdwijnen.

Samenvattend

In de langdurige ggz is het belangrijk om echt te kunnen aansluiten, mensen te kennen en te weten wat er met iemand is gebeurd. Deze processen zijn niet altijd makkelijk te vangen in protocollen of richtlijnen. Tegelijkertijd kan een vorm van methodisch werken hierin juist ondersteunend zijn. Het kan helpen bij het scherphouden van het bieden van herstelondersteunende zorg, ook in situaties waar het niet zozeer gaat om het maken van stappen richting zelfstandigheid of klinisch herstel.

Tekstvak 4.1. Een aantal veel gebruikte methoden en interventies binnen de langdurige ggz die HOZ kunnen versterken

ART- Active Recovery Triad

ART is ontwikkeld om perspectief te bieden voor mensen met ernstige psychische problemen in de langdurige ggz. ART heeft drie uitgangspunten: 1) een actieve houding van hulpvragers, hun naasten en professionals, 2) de focus op herstel van hulpvragers en 3) een goede samenwerking in de triade van cliënt, naasten en professionals.

Steunend Relationeel Handelen

Ondersteunt hulpvragers in hun herstel en ontwikkelproces en draagt bij aan het creëren van omgevingen die steunend zijn door krachten aan te boren voor herstel van regie en groei, met oog voor kwetsbaarheden en beperkingen. Bij SRH staan vier kernhandelingen centraal: 'verbinden, verstaan, verzekeren en versterken.'

IRB
De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) ondersteunt mensen met een beperking bij hun maatschappelijk herstel. Dit gebeurt door hen te helpen bij het realiseren van hun toekomstwensen op het gebied van wonen, werken, leren, dagbesteding, vrije tijd en sociale contacten.

Krachtwerk
Ondersteunt het eigen proces van herstel van mensen in de richting van een door henzelf gewenste kwaliteit van leven waarbij zij, net als iedere burger, in de samenleving mogen meedoen, erbij horen, ertoe doen en mogen zijn wie ze zijn.

Yucel Methode
In de Yucelmethode wordt met behulp van een koffer met blokken, op een beeldende en concrete manier snel duidelijk hoe het leven van een cliënt er uit ziet. Door te bouwen met blokken wordt de draagkracht en de draaglast van mensen in beeld gebracht. De methode kan o.a. bij de intake worden gebruikt.

Resourcegroepen
De resourcegroep, ook wel steungroep genoemd, is een groep mensen, door de cliënt uitgekozen, die voor de cliënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken. Het belangrijkste kenmerk van de resourcegroepenmethodiek is dat eigenaarschap en regie bij de cliënt liggen.

POD
Peer-supported open dialogue (POD) is een zorgpraktijk rond een psychische crisis die zich richt op het betrekken van iemands netwerk. Dit gaat via netwerkgesprekken waarin het bevorderen van de dialoog tussen de leden van het netwerk voorop staat.

Triple C
Triple C is een model voor begeleiding en behandeling van mensen met een verstandelijke beperking. Maar ook in de psychiatrie, jeugdzorg en ouderenzorg wordt het toegepast. De drie C's staan voor Cliënt, Coach en Competentie. Triple-C heeft menselijke behoeften als uitgangspunt en niet het probleemgedrag. Doel van Triple-C is 'het gewone leven ervaren', met alles wat daarbij hoort: een plek waar je je veilig en thuis voelt, mensen waarop je kunt bouwen en een betekenisvolle invulling van de dag.

4.3.1 Wat helpt en wat hindert bij methodisch werken?

Evalueren en monitoren

In de hierboven genoemde methodieken zoals ART, IRB en werken met resourcegroepen is monitoren van resultaten en het periodiek evalueren van de geboden zorg, een vast onderdeel. Periodiek evalueren kan helpen bij het houden van de focus op de korte en lange termijn doelen. Dit kan extra van belang zijn, omdat -anders dan in de Wmo- het langdurige karakter van de Wlz zelf geen prikkel geef tot regelmatige evaluatie:

Dat is natuurlijk altijd het jammere met bekostiging. Dat heeft gewoon bepaalde prikkels in zich. Ook om misschien iets niet meer te doen (…). Ook het evalueren; ja oké, de indicatie wordt niet stopgezet. Maar tussentijds in gesprek gaan en het zorgplan bijstellen, dat staat los van financiering. Dat zou eigenlijk helemaal niet de reden moeten zijn voor evalueren. Dat evalueren doe je gewoon. — (Stakeholder)

Het evalueren van individuele zorgplannen kan helpen bij het steeds zoeken naar het evenwicht tussen inzetten op stabilisatie en ontwikkelingsgericht werken, ook als het gaat om 'kleine stappen'. Hiermee bedoelen we doelen die wellicht niet direct gericht zijn op vergroten van zelfstandigheid, maar wel van belang zijn voor het vergroten van de kwaliteit van leven. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om doelen op het gebied van zingeving, een zinvolle daginvulling of sociale inclusie. Op teamniveau zijn audits voorhanden die in beeld kunnen brengen in hoeverre een team methodisch werkt. Voorbeelden hiervan zijn de ROPI (geeft zicht op het bieden van herstelgerichte zorg) en de ART monitor. Beiden maken een koppeling tussen de resultaten van de monitor, en het formuleren van verbeterpunten op teamniveau.

Samenvattend

Om methodisch te werken is het van belang om gezamenlijk regelmatig te evalueren of de gestelde doelen nog passend zijn en of de ingeslagen weg de juiste is. In methodieken als ART en resourcegroepen is het regelmatig evalueren in de triade daarom onderdeel van de aanpak. Anders dan bij de Wmo, waar herindicatie en bijbehorende evaluaties onderdeel zijn van de indicatiecyclus, vraagt het wettelijk kader van de Wlz niet om evaluaties. Om een focus te houden op ontwikkeling en herstel, ook als het gaat om zogenaamde 'kleine stappen', is het daarom van belang het evalueren te borgen in het zorgproces op de werkvloer.

4.4 Zorg voor het individu én het netwerk

Mensen die langdurig zorg en ondersteuning nodig hebben voor hun psychische problemen kunnen gebaat zijn bij een goede relatie met hun naaste(n) en hulpverlener. Een naaste kan familie zijn, maar het kunnen bijvoorbeeld ook vrienden, kennissen of vrijwilligers zijn. Deze naastbetrokkenen zijn veelal een stabiele factor in het leven van mensen met langdurige en soms complexe problemen. Als cliënten, naasten en hulpverleners samenwerken (triadisch werken) biedt dit betere kansen voor (maatschappelijk) herstel, zo leert de ervaring en blijkt uit effectonderzoek naar de resourcegroepmethode (Tjaden, 2022). Naasten kunnen een bron van kennis zijn en (mede) vormgeven aan ondersteuning (zie ook de zorgstandaard naasten. AKWA ggz, 2021). Triadisch werken is een belangrijk onderdeel in methodieken die zich richten op het vormgeven van herstelondersteunende zorg in de langdurige ggz, zoals het ART model of de SRH methodiek.

De uitgangspunten van triadisch werken zijn in de praktijk van de langdurige ggz niet altijd makkelijk in praktijk te brengen. Soms is een netwerk afwezig of is er zoveel gebeurd dat mensen niet meer betrokken zijn. In de interviews wordt er daarom ook aandacht gevraagd voor de zorg voor het netwerk zelf, dat vaak veel heeft meegemaakt. Zorg is dan niet alleen gericht op de cliënt met zijn of haar problemen, maar ook op het versterken van het netwerk om iemand heen. Dit is in de praktijk nog geen vanzelfsprekendheid:

We zijn zo op de behandelaar, patiënt of hulpverlener gefocust dat we vergeten even uit te zoomen. Wie stonden daaromheen en wie zijn eigenlijk ook aangedaan en hoe kunnen we die groep versterken zodat degene met de aandoening een gezondere context krijgt? — (Stakeholder)

Belangrijk in triadisch werken is om ruimte te maken voor andere rollen dan die van informele zorgverlener. Als in een relatie één van de partijen zorgbehoevend is kan de wederkerigheid van een (familie) relatie al snel onderdruk komen te staan: de een vraagt hulp; de ander zit in de rol van (informele) zorggever. Dit kan andere rollen zoals het zijn van broer, vriend of zoon naar de achtergrond drukken:

Samenwerken met familie betekent vaak dat je bij een zorgafstemmingsgesprek (ZAG) bent, maar dat is niet voor iedereen passend. Soms is het goed dat iemand kan zeggen van 'nou weet je, ik laat de zorg bij jou, en ik ben er gewoon voor de leuke dingen.' Het gaat om het contact, dus je moet dat niet uit het oog verliezen. Het streven is dat familie bij een ZAG zit. Maar het gaat ook om het aanhalen van banden, dat iemand niet alleen in het leven staat, dus soms moet je daar een beetje in schipperen. — (Zorgaanbieder)

Door een familie—en naastenorganisatie wordt opgemerkt dat, ook als naasten wel deelnemen aan zorgafstemmingsgesprekken of ander formele overleggen, er niet altijd sprake is van gelijkwaardigheid:

Je hebt als familie niet altijd veel kennis van zorg en welzijn en allerlei diagnoses en mogelijkheden. En dan komt die familie ze binnen in een setting waar ze tegenover zes of zeven hulpverleners zitten. Dus de overmacht van hulpverleners in een ZAG gesprek en vaak ook nog de tijdsdruk die erop staat; dat zou eigenlijk wel beter kunnen in een aantal situaties. (Stakeholder)

Het bewaken en respecteren van gelijkwaardigheid is dan ook een belangrijk aandachtspunt binnen de resourcegroepmethode en is een kenmerk van geslaagde casuïstiek (Tjaden et al., 2021b).

Samenvattend

Om triadisch werken te bevorderen is het van belang dat er niet alleen aandacht is voor het herstelproces van de cliënt, maar ook voor het herstelproces van familie en andere naastbetrokkenen. Wat hebben zij nodig om in de triade hulpverlener- cliënt- naaste te kunnen functioneren? Vaak hebben mensen veel meegemaakt, soms is het vertrouwen in de hulpverlening beschadigd. Hoewel de indicatie voor zorg gebaseerd is op een individu met specifieke problemen, vraagt dit van zorg en ondersteuning om een bredere blik, gericht op het netwerk om iemand heen. Het versterken of ondersteunen van een netwerk is dan niet langer iets dat 'erbij' komt, maar is dan een integraal onderdeel van de zorg die geboden wordt.

4.4.1 Wat helpt en hindert bij het betrekken van het netwerk?

Ervaringsdeskundigheid en faciliteren van lotgenotencontact:

Het vormgeven van triadisch werken binnen teams is een belangrijke stap om te komen tot een betere samenwerking in de driehoek zorgverlener- naaste en cliënt. Triadisch werken is ook een belangrijk onderdeel in methodieken die zich richten op het vormgeven van herstelondersteunende

zorg in de langdurige ggz, zoals het ART model of de SRH methodiek. Een vereniging voor familie en naasten van mensen in de ggz, benoemt daarnaast lotgenotencontact als een belangrijke bron van steun voor naasten. In hoeverre lotgenotencontact voor naasten beschikbaar en toegankelijk is, hangt erg af van de regio waar mensen wonen en wat het gemeentebeleid is op dit terrein. Vooral als het om kleinere gemeentes gaat zou het organiseren van een bovenregionaal aanbod volgens een familie-naasten organisatie misschien wenselijk zijn:

Goede ondersteuning van naasten is te afhankelijk van één plaats en van goedwillende initiatieven. In de Randstad is het allemaal wat makkelijker te organiseren en bereikbaarder. Maar je zal maar in de Achterhoek of Oost-Groningen wonen, dat is gewoon te slecht georganiseerd en allemaal te ver weg en je bent te veel afhankelijk van keuzes van gemeenten. — (Stakeholder)

Samenvattend

Lotgenotencontact en peersupport zijn gebaseerd op het delen van ervaringen en het komen tot collectieve ervaringskennis. Lotgenotencontact kan vormkrijgen binnen de zorgorganisatie, in initiatieven als herstelacademies of in het sociale domein. Om de toegankelijkheid te vergroten is het belangrijk dat informatie over deze initiatieven voor handen is. De inzet van (familie) ervaringsdeskundigen kan hierin ook ondersteunend zijn.

4.5 Tot slot

Er is een breed draagvlak is voor het bieden van herstelondersteunende zorg. Het begrip herstel vraagt echter wel om een vertaalslag naar de langdurige setting, waarbij aandacht is voor mogelijkheden en beperkingen van mensen. Dit vraagt om steeds weer opnieuw afstemmen over de behoefte aan ondersteuning en het zoeken naar perspectieven op ontwikkeling. Hierbij is een breed perspectief op zorg en ondersteuning nodig, dat álle belangrijke domeinen van het leven omvat.

De interviews met de praktijkwerkers laten zien dat een Wlz ggz-wonen indicatie geen duidelijkheid geeft over welke zorg in praktijk wel of niet geboden wordt. De praktijk loopt dan ook uiteen. In de praktijk van alledag is het doel van zorgaanbieders om zo goed mogelijk vorm te geven aan herstelondersteunde zorg. De kern hiervan is dat organisaties proberen om aan te sluiten bij de behoeftes van cliënten, die door de tijd heen veranderlijk zijn. Idealiter beweegt de geboden zorg mee met de veranderende zorgbehoeften. Verschillen in uitvoeringspraktijken hebben mogelijk meer te maken met verschillen in visie dan met het financieringskader van waaruit zorg geboden wordt.

Vanuit regels en financieringskaders (de regellogica) is het onderscheid tussen de Wmo en Wlz zorg duidelijk; het gaat om verschillende systemen met elk eigen regels voor indicatiestelling en evaluatie. In de uitvoeringspraktijk (de zorglogica) is dit anders; de manier van financieren van zorg zegt nog niet veel over de aard en kwaliteit van de zorg die geboden wordt. Dat is ook niet verrassend; financiering bepaalt immers niet wat inhoudelijk wordt gezien als goede of passende zorg. Methodisch werken, het betrekken van naasten en het

ruimte maken voor het perspectief van cliënten zijn wél belangrijke inhoudelijke thema's in het vorm geven aan goede zorg. In dit hoofdstuk zagen we dat het huidige stelsel mogelijkheden biedt om dit te doen, maar dat er ook een aantal knelpunten zijn. Bijvoorbeeld als het gaat om de keuzemogelijkheden die cliënten hebben, of de toegankelijkheid van onafhankelijke cliëntondersteuning.

We zagen ook dat de 'systeem werkelijkheid' van invloed kan zijn op de praktijk. Respondenten noemden dat als Wlz gefinancierde zorg wordt opgevat als een ondersteuningsvorm met een eenzijdige nadruk op stabilisatie, dit de beeldvorming over de mogelijkheden van mensen met langdurige psychische problemen negatief kan beïnvloeden. Dit kan belemmerend zijn voor het vormgeven van herstelondersteunende zorg.

5 Samenwerking binnen de langdurige ggz rond mensen met complexe problemen

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe in de langdurige ggz samenwerking plaats vindt tussen behandeling en begeleiding. We kijken daarbij specifiek naar de samenwerking rond mensen die kampen met complexe problemen.

5.1 Samenwerking tussen behandeling en begeleiding

In de interviews werd vaak de vraag aan de orde gesteld in hoeverre behandeling onderdeel uitmaakt van goede zorg voor mensen in de langdurige ggz. In een deel van de interviews wordt onderschreven dat in de langdurige ggz de nadruk veelal ligt op woonzorg en niet zozeer op behandeling (zie ook hoofdstuk 2):

> *We hebben een bewoner. Die heeft nu een Wlz-indicatie waarbij we in ieder geval een aantal jaar wat meer zorg leveren, inclusief behandeling (…). Die behandeling is geweest en dat heeft wel enige stabiliteit gebracht. Maar wat het meest stabiliteit brengt, is het feit dat wij meer betrokken zijn.* — (Zorgaanbieder)

Andere respondenten wijzen erop dat juist in de langdurige ggz een inzet op behandeling wél van groot belang is, bijvoorbeeld bij mensen die wel veel zorg hebben gehad maar nog nooit echt goede behandeling:

> *Is de hele richtlijn gevolgd en zo niet, waarom niet? En welke stappen zijn er nog mogelijk en voor welke aandoeningen? Want er is heel vaak multiproblematiek, dus heel vaak is er bijvoorbeeld voor een van de problemen toch nooit netjes de richtlijn gevolgd. In de richtlijn staat natuurlijk niet alleen medicatie, er staan ook allerlei psychotherapieën en die proberen we ook aan te bieden.* — (Zorgaanbieder)

Dit roept ook de vraag op wat behandeling nu precies is in de langdurige ggz. Een geïnterviewde psychiater zegt daar over:

> *Ik vind dat splitsing tussen behandeling en begeleiding ontzettend kunstmatig is. Wij hebben, denk ik, een veel bredere definitie van behandeling dan in sommige andere sectoren. Bijna alle cliënten bij ons hebben zelf geen behandelwensen. Dus als je behandeling definieert als 45 minuten in een kamer zitten met een behandelaar in een gesprek, dat gebeurt helemaal niet. Dus behandeling bestaat er vooral heel erg uit dat er een lange termijnvisie is op waar we heen gaan. Dat de regiebehandelaar - dit is bij ons meestal de psychiater maar soms ook een andere discipline (bijvoorbeeld verpleegkundig specialist) die het dossier ontzettend goed kent - weet wat we aan het doen zijn en waarom.*
> — (Zorgaanbieder)

Grillig verloop en statische systemen

Een goede samenwerking tussen behandeling en begeleiding bij cliënten die in de langdurige ggz verblijven is soms lastig. Enerzijds komt dit omdat psychische aandoeningen vaak een grillig verloop hebben. Hoewel het ideaal is dat behandeling snel opgeschaald kan worden als het nodig is, lukt dat in de praktijk niet altijd. Bijvoorbeeld omdat er druk gevoeld wordt door arbeidskrapte en wachtlijsten:

> *Dat is ingewikkeld. Je richt je organisatie erop in, maar je loopt tegen muren op. Netwerkpsychiatrie zegt bijvoorbeeld dat ambulant (FACT) en klinisch nauw met elkaar moeten samenwerken en dat je makkelijk moet kunnen op en afschalen, maar uiteindelijk zijn het toch allemaal eilandjes die de hele tijd bezig zijn met: 'Hoe houden we hier de boel draaiende?'* — (Zorgaanbieder)

Als iemand in een begeleid wonen setting verblijft zonder behandeling, is het snel betrekken van behandelaren soms lastig:

> *Bij cliënten die teruggaan naar de wijk in beschermd wonen of begeleid zelfstandig wonen, raakt de curatieve ggz uit beeld. Omdat mensen niet meer komen opdagen of omdat de match niet lekker loopt. Daar kunnen allerlei redenen aan ten grondslag liggen. Een tijdje gaat het goed en op een gegeven moment vindt er weer een dikke decompensatie plaats of er gebeuren dingen waardoor de psychiatrische problematiek weer opbloeit. Dan is de beschikbaarheid van de ggz een lastige (…). Dan moet het haast tot crisis leiden en moet het via de crisisdienst. Op het moment dat je mensen weer aanmeldt ben je een jaar of 1,5 jaar aan het wachten.* — (Stakeholder)

Ook in de focusgroep werd genoemd dat psychische problemen kunnen fluctueren en dat dit iets anders vraagt van de zorg dan bij somatische problemen:

> *Psychiatrie is wisselend. Je hebt het goede en het slechte. Je krijgt activiteiten en ondersteuning maar als het wat wankeler wordt dan is het lastig door de wachtlijsten. Psychiatrie is geen gebroken been. Een deel van de mensen gaat er nooit uit komen.'* — (Verslag focusgroep cliënten)

Bovendien zijn behandeling en begeleiding voor een individu in de praktijk niet altijd eenvoudig uit elkaar te trekken, zoals het volgende citaat laat zien:

> *Wat je van hulpverleners vaak hoort, maar wat ik ook in mijn werkverleden zag, is dat als je met iemand een uur praat die flink ontwricht is: dan gaat het over de stemmen in het hoofd. Of over het knerpende grindpad. Het gaat over brieven met schulden en over de buurman die 's avonds altijd de radio op tien heeft, waardoor je niet kunt slapen en dan gaat het weer over de stemmen. Dat zijn allemaal dingen die elkaar triggeren, elkaar raken en door elkaar klotsen. (…) Als het voor de patiënt ondeelbaar is, waarom scheiden we het dan in de ondersteuning?* — (Stakeholder)

Samenvattend

Door de langdurigheid van de problematiek ligt in de langdurige zorg en ondersteuning vaak de nadruk op woonzorg en het inzetten op participatie en inclusie. Tegelijkertijd hebben psychiatrische aandoeningen een grillig verloop en kan problematiek weer opvlammen, bijvoorbeeld door ingrijpende levensgebeurtenissen waardoor de behoefte aan behandeling weer meer op de voorgrond kan komen. Ook kan het zijn dat, door de complexiteit van problemen, behandeling conform de richtlijnen nooit van de grond is gekomen. Een lineair wijze van het organiseren van zorg, waarbij na behandeling in de langdurige ggz vooral wordt ingezet op woonbegeleiding, is daarom lang niet altijd passend. Zeker omdat het niet altijd eenvoudig is om te definiëren waar behandeling ophoudt en begeleiding begint. Een meer cyclisch werkwijze, waarbij indien nodig behandeling snel kan inspringen of opschalen en waarbij er een nauwe samenwerking is tussen behandeling en begeleiding lijkt meer te passen bij mensen in de langdurige ggz.

5.1.1 Wat helpt en hindert in de samenwerking tussen behandeling en begeleiding?

Integrale versus modulaire bekostiging

Om te komen tot een nauwere samenwerking tussen behandeling en begeleiding wijzen een aantal respondenten op de rol van financiering. Behandeling in de langdurige ggz kan op verschillende wijzen gefinancierd worden, onder meer afhankelijk van de indicatie die iemand heeft. Als iemand woonzorg ontvangt via een Wmo indicatie, dan zal eventuele behandeling gefinancierd worden door de zorgverzekeraar (Zvw). Bij een Wlz-indicatie is de financiering van behandeling afhankelijk van de manier waarop de indicatie wordt bekostigd: integraal of modulair (zie §2.6.1). Voor beiden worden voor- en nadelen genoemd wat betreft de financiering van behandeling. Enerzijds biedt integrale bekostiging de mogelijkheid om meer regie te voeren over behandeling en begeleiding omdat beiden dan vanuit één partij worden georganiseerd:

> *De Wlz biedt ook ruimte voor mij als gedragswetenschapper om meer betrokken te zijn en om vanuit een stukje behandeling ook de begeleiders weer te ondersteunen. Daar is binnen de Wmo niet altijd ruimte voor. Ik kan dus ook heel erg makkelijk switchen van: deze persoon heeft nu deze aandacht nodig en dan ben ik dan soms uren per week mee bezig en dan soms weer weken niet en dat is heel makkelijk. Het makkelijk switchen maakt het in ieder geval voor mij en voor de begeleiders ook veel makkelijker om contact te leggen met de ggz. Doordat het een totaalpakket is, is het gewoon wat makkelijker uit te voeren.* — (Zorgaanbieder)

Er worden ook nadelen van integrale bekostiging genoemd. Die gaan vooral over de keuzevrijheid van de cliënt als het gaat om behandeling:

> *Cliënten hebben een eigen huisarts. Hoe doelmatig en hoe wenselijk is het om dan tegen die cliënt te zeggen: we hebben een huisarts of psychiater die betrokken is bij onze organisatie, daar doe je het maar mee.* — (Stakeholder)

Daarnaast wordt genoemd dat het integraal model van bekostigen minder goed past bij de manier waarop de ggz georganiseerd is. Niet elke aanbieder heeft immers ook behandelaren in dienst. Integrale bekostiging zou dan kunnen zorgen voor extra druk op het al schaarse personeel:

De Wlz is ingericht op die integrale manier van bekostigen. En dus is de neiging vanuit VWS om dat ook voor de ggz te doen of eigenlijk dat overgangsrecht te beëindigen en te zeggen: vanaf nu moet het ook voor de ggz zo. Daarin zien wij wel risico's omdat daar eigenlijk het ggz stelsel niet op is gebouwd. En het meest belangrijke is dat 80% van de ggz geïndiceerde mensen verblijft bij beschermd wonen aanbieders. Die bieden deze vorm van begeleiding en behandeling niet en dat betekent dat als ze dat wel moeten gaan doen, dat ze daar of aannemingsafspraken over moeten gaan maken met klinieken, of ze gaan het zelf doen. Dat betekent dat ze onderling gaan concurreren om die toch al schaarse psychiater en kan bijvoorbeeld de dekking van FACT-teams in gevaar komen. — (Stakeholder)

Genoemd wordt dat het vaak grillige karakter van psychische klachten maakt dat modulaire bekostiging soms beter lijkt te passen dan integrale bekostig:

Laat ik het zo zeggen, met een verpleeghuis kan je redelijk goed voorspellen hoe de behandeling eruit gaat zien. Hetzelfde met de gehandicaptenzorg, dat is ook wel redelijk voorspelbaar, maar juist de ggz is veel onvoorspelbaarder: iemand kan net een terugval hebben. Dan heb je in één keer ook veel meer behandeling nodig dan iemand in een verpleeghuis, dus daarom is ook het modulaire pakket voor die doelgroep ook veel logischer. — (Stakeholder)

Opvallend is dat we ook hier grote verschillen hoorden in de gesprekken met praktijkwerkers. Zo geeft een psychiater aan dat de mogelijkheden voor meer specialistische behandeling (in dit geval ECT) zeer beperkt zijn binnen het integraal gefinancierde model van de Wlz. Een psychiater uit een andere regio herkent op navraag dit knelpunt niet, omdat hij voor zulke situaties kan terugvallen op het interne aanbod van zijn geïntegreerde instelling en hij ook de onderhandeling aangaat over de financiering met het zorgkantoor waardoor hij vaak tot een oplossing komt. Ook rond het aanbieden van participatie zagen we vergelijkbare verschillen in de manier waarop instellingen omgaan met de financiële kaders (zie hoofdstuk 6).

Vanuit het gelijkheidsbeginsel is het wenselijk dat de zorg voor alle mensen met een Wlz indicatie op eenzelfde manier wordt gefinancierd (modulair of integraal), los van de grond waarop de Wlz is afgegeven. Er wordt echter ook op gewezen dat integrale bekostiging minder goed past bij de organisatie van de ggz, het vaak grillige verloop van klachten en dat integrale bekostiging consequenties kan hebben voor de keuzevrijheid van cliënten. Hierbij wordt wel de kanttekening gemaakt dat ook in de Zvw de keuzevrijheid in praktijk beperkt kan zijn, bijvoorbeeld als het gaat om huisartsenzorg.

Samenwerking en de regierol

Ook op beleidsniveau worden voordelen van de Wlz genoemd om de, soms nog stroeve, samenwerking tussen begeleiding en behandeling te verbeteren. Men wijst hierbij op de regierol die woonzorgaanbieders hebben in de Wlz en de rol van de zorgkantoor hierin:

Als ik kijk naar de invoering van de Wlz, wat er bijvoorbeeld verschilt ten opzichte van de periode met de Wmo, dan ligt nu de coördinatie van de behandeling bij de woonzorg-aanbieder. Er zijn nu veel strakkere afspraken gemaakt tussen woonzorgaanbieders en ggz behandeling. (…) Er wordt gewoon veel beter gekeken naar: 'Je hebt ook nog behande-ling nodig. Dat doen wij niet, want wij zijn de woonzorgaanbieder. Maar we zorgen wel voor goede afspraken tussen de behandelaar en de woonzorginstelling en de cliënt en de naasten'. Dat is gewoon echt kwalitatief verbeterd. Gewoon strakker neergezet, zorgkantoren vragen het ook gewoon. — (Stakeholder)

Door anderen worden nog wel vraagtekens geplaatst bij hoe de (regie)rol van zorgaanbieders en de samenwerking met zorgkantoren in de praktijk uitpakt:

Je kunt zeggen, je bent regiehouder, maar je bent niet de baas of zoiets. Je hebt de ander nodig om jouw plan uit te voeren. Ja, en dat maakt het soms wel ingewikkeld. Bij triple problematiek zijn vaak meerdere behandelpartijen betrokken met ook weer hun eigen casemanagers en psychiaters. Dat vraagt om een hele goede afstemming en botst nog wel eens. Dat zou dus gewoon geregeld moeten worden vanuit het zorgkantoor, zo van: organisatie X heeft de regie over deze casus. Die zetten een plan uit. — (Zorgaanbieder)

Er zijn geïnterviewden die signaleren dat ggz behandelaren een terugtrekkende beweging maken als het gaat om mensen met langdurige problematiek. Als voorbeeld worden mensen genoemd die al in zorg zijn bij een beschermd wonen aanbieder:

*Er wordt toch een bepaalde beweging gemaakt, ook vanuit IZA en ook al eerder vanuit het nieuwe registratiesysteem, dat heel erg wordt gekeken naar hoe korter een traject, hoe beter. En als iemand onder de pannen is bij ons als beschermd wonen, dan is dat toch steeds vaker helaas een seintje [*voor de behandelpartner*] om af te sluiten, dus dan zie je dat mensen niet zo lang door een ACT-team of door een FACT-team of verslavingsteam, behandeling krijgen. Dat zijn toch wel de teams die eerder langere tijd voor dit soort cliënten een vinger aan de pols hielden of toch nog casemanagement deden. Dat is steeds minder geworden.* — (Zorgaanbieder)

Dan kan je dus minder vanuit samenwerking die hele complexe problematiek bekijken en heb je minder een vangnet. Dus dat maakt dat het voor ons in sommige gevallen wel heel ingewikkeld is om dat als partij alleen te doen. Dan zit je als beschermd wonen toch, heel erg lang te sappelen (…). Wij hebben geen dwang en drang maatregelen en op een gegeven moment zie je wel dat iemand niet te handhaven is in een gewone thuissituatie. En als er dan geen behandelpartij is die daar instapt, dan valt iemand op een gegeven moment uit zorg. Of iemand wordt uit zijn huis gezet. En dan komt iemand op straat terecht. Wij zijn heel lang bezig en blijven heel lang betrokken om te proberen andere partijen te betrekken om met elkaar hier iets in te kunnen. Maar ja, daar dan merk je dan toch dat bij grensoverschrijdend gedrag dat wij ook gewoon niet meer kunnen en dan lopen mensen toch vast. — (Zorgaanbieder)

Wat kan helpen bij een goede samenwerking en afstemming tussen behandeling en begeleiding is het faciliteren dat de ggz laagdrempelig kan worden geconsulteerd zodat deze snel kan worden ingeschakeld bij toename van problemen.

Belangrijk is dan dat je de GGZ op een makkelijke manier kunt inschakelen. Nu is vorig jaar al een betaaltitel gekomen vanuit de Wmo voor ggz-consultatie. Maar het is niet voor de hele ggz zo. — (Stakeholder)

Samenvattend

De gewenste samenwerking tussen behandeling en begeleiding is in de praktijk vaak nog lastig door verkokering in het zorgsysteem, waarbij tussen sectoren sprake is van visieverschillen, maar ook van verschillende financieringssystemen. Veel van deze drempels in de ggz zijn historisch zo gegroeid (zie hoofdstuk 2), deels zijn deze nog steeds actueel. De regierol die in de Wlz is belegd bij een zorgaanbieder kan volgens een aantal respondenten helpend zijn in het verbeteren van de samenwerking tussen behandeling en begeleiding. Het zorgkantoor wordt in verschillende interviews ook benoemd als belangrijke actor in het faciliteren van nauwere samenwerking. Ook wordt er gepleit voor goede mogelijkheden voor consulatie en bijbehorende betaaltitels.

5.2 Samenwerking rond mensen met complexe problemen

In de gesprekken over samenwerking tussen behandeling en begeleiding wordt vaak genoemd dat juist rond mensen met complexe problemen de barrières om te komen tot goede samenwerking en dus goede zorg, het grootst zijn. Zo wordt benoemd dat mensen in de langdurige ggz vaak ook kampen met een licht verstandelijke beperking (LVB) (zie ook Nieuwenhuis, 2022) of een verslaving. Een aantal respondenten wijst erop dat in deze situaties vaak wordt gesproken over complexe cliënten, maar dat het eerder gaat over de complexe situaties waarin mensen zich bevinden:

Mensen met dubbele onderliggende problematiek, die veel maatschappelijke onrust veroorzaken. Dat noemen wij doorgaans complex. Complex gaat meestal niet over hoe de mensen in elkaar zitten, maar over welk gedrag er is waar wij last van hebben. Dat is eigenlijk wat we complex noemen. Omdat het onze machteloosheid raakt. — (Stakeholder)

We hebben het ook heel complex gemaakt. Onze maatschappij is een stuk complexer geworden en we gooien het eigenlijk allemaal een beetje bij die verwarde cliënten. Terwijl het denk ik een veel groter vraagstuk is dan alleen de cliënt. — (Zorgaanbieder)

In dit rapport spreken we daarom over ‘cliënten in ingewikkelde situaties’ of ‘cliënten met complexe problemen’ en niet over ‘complexe cliënten’.[26]

26 In de citaten worden soms wel andere termen gebruikt.

Samenwerken in netwerken

Bij cliënten in complexe situaties gaat het ook vaak over mensen die dreigen uit te vallen in de zorg en geen passende woonplek of zorgaanbod kunnen vinden. Door de combinatie van vaak meervoudige problemen (LVB, verslaving en/of psychiatrie) en het ontbreken van een woon- en zorgaanbod wat daarbij aansluit.

> *Ook als die indicatie op ggz grond is afgegeven, als het dan een verslaving is, dan kunnen zorgaanbieders ook iemand weigeren op grond van die verslaving. Ik denk dat ze acht van de tien keer worden geweigerd. Dat is heel bijzonder. (…) Dan wordt er gezegd: Ja, ggz 3 wonen is passend, maar sorry; mensen met een actieve verslaving dat doen we niet. Dan kom je dus op het punt van oké, dan moeten we met zijn allen kijken waar het dan wel kan en dat is heel moeilijk. Dat is ook het dubbele, wij hebben natuurlijk de zorgplicht als zorgkantoor, omdat we een uitvoeringsorgaan zijn. Maar we komen steeds vaker tegen dat cliënten gewoon niet plaatsbaar zijn en dat we ze dan op straat vinden of bij de maatschappelijke opvang* — (Stakeholder)

Wat nodig is om voor deze groep goede zorg te bieden, komt overeen met wat hierboven ook is beschreven rond de samenwerking tussen behandeling en begeleiding. Rond mensen in complexe situaties vraagt dit nog explicieter om een vorm van netwerkzorg, om te komen tot maatwerkoplossingen:

> *Dat vraagt dus heel veel maatwerk eigenlijk. Organisaties die durven zeggen van: eigenlijk past het niet helemaal in onze indicatie en in onze instroomcriteria, maar we gaan het wel proberen te fixen. Dat kunnen ze alleen maar doen op het moment dat er een soort achtervang is of een netwerk van andere specialisten in de omgeving. Die zeggen van oké, en als dit moeilijk wordt, ga ik jou daarbij helpen, dus dat vraagt heel erg om netwerksamenwerking.* — (Stakeholder)

Naast samenwerking in de uitvoering vraagt het ook om betere afstemming op beleidsniveau, zoals een medewerker van een GGD opmerkt:

> *Ik zou een gecoördineerd gesprek met het zorgkantoor willen gaan organiseren. Omdat het nu heel erg incidenteel gebeurt. Overal ontbreekt het grotere plaatje over wat nou de knelpunten zijn en ik denk dat je daar wel veel meer impact zou kunnen maken. (…). Ik denk dat het belangrijk is dat men bij zo'n zorgkantoor toch ziet dat in die laagdrempelige opvangvormen zoals de nachtopvang best wel wat kastanjes uit het vuur worden gehaald voor partijen die die eigenlijk aan de lat staan voor deze doelgroep*. — (Stakeholder)

De zorg voor mensen in complexe situaties kan een uitdaging zijn . Dor de aard van de problematiek, maar ook door het wisselende verloop ervan. Vooral voor kleine woonzorgaanbieders is het dan lastig om zorg te bieden:

Als het fout gaat? Dan moet je dus een crisisplek hebben of goede afspraken met een behandelorganisatie, maar daar zit op voorhand wel angst. Het is minder complex om een locatie te hebben met vijf cliënten die die stabiel genoeg zijn, waar je van weet wat er zoal kan gebeuren en dan zet je daar een begeleider op. Complexer is het hebben van een ambulant team, waar je gewoon ook allerlei andere verantwoordelijkheden hebt. Waar je veelal alleen op pad ben en waar je niet weet wat de risico's kunnen zijn maar ze pas ervaart als je alleen in zo'n situatie zit. (…). I: Maar dat heeft niet zozeer te maken met Wmo versus Wlz, denk ik dan? R: Nee, maar als dat al in de Wmo zo werkt, dan zeker ook in de Wlz. — (Stakeholder)

De vraag uit bovenstaand citaat over in hoeverre de genoemde problemen gerelateerd zijn aan het openstellen van de Wlz voor mensen met psychische problematiek is niet eenvoudig te beantwoorden. Respondenten geven aan dat meerdere factoren tegelijkertijd eraan bijdragen dat mensen met complexe problemen soms in de knel komen in het huidige systeem:

Ik denk - en dan ga ik wel wat op glad ijs maar – er zijn heel veel knoppen die hier een rol spelen. Ik denk dat wetgeving echt een rol speelt. Dat mensen ook tussen de wet zorg en dwang en de wet verplichte ggz inzitten. Of dat mensen onthand zijn. En dat de samenwerking echt ingewikkelder is geworden met de vele partijen die daar een rol in spelen. De vrijblijvendheid bij zowel cliënten als zorgverleners speelt daar ook een grote rol in. Er zijn misschien nog wel een paar punten die daar die daarin meespelen, maar dat hele speelveld is wat dat betreft wel veranderd. — (Stakeholder)

Dezelfde respondent maakt de analyse dat samenwerken soms lastig is, omdat er te veel 'ventielen' in het systeem zitten. Elke partij kan de verantwoordelijkheid ook bij een ander neerleggen waardoor cliënten tussen het spreekwoordelijke 'wal en schip' belanden.

Ik vind de vrijblijvendheid in het systeem op dit moment eigenlijk wel bijna een weeffout. Ik werkte vroeger zelf als SPV en heb bemoeizorg opgezet met een team voor dak- en thuislozen. Dat waren onze mensen en daar hadden we ons toe te verhouden. (...) Dat maakt dat er geen ventielen in het systeem zaten. . Dat is een hele andere dynamiek dan: 'Ik weet niet of je van ons bent' om het zo maar te zeggen, of dat je toch een deur verder moet of dat we je nog eens op een tafel gaan bespreken. (…) Het is een mindset, volgens mij. ….. Cliënten hebben vrije artsenkeuze, maar instellingen lijken ook wel vrije cliëntenkeuze te hebben. En dan gaat die verantwoordelijkheid wel schuiven, vind ik. — (Stakeholder)

In een toelichting noemt deze respondent dat juist als er langdurige betrokkenheid is in complexe situaties, de ggz moet samenwerken met familie, huisarts, politie en andere partijen. Volgens deze respondent gaan partijen elkaar daardoor beter begrijpen. Als (zorg)partijen tijdelijk betrokken zijn, dan is die noodzaak er minder.

Tussen specialisatie en continuïteit van zorg

Om de hierboven geschetste knelpunten rond de zorg en ondersteuning van mensen met complexe problematiek te adresseren, wordt zowel in interviews als in beleidsstukken (zie hoofdstuk 2) gewezen op het tekort aan passende woonplekken voor mensen met complexe problemen. Zo

kwam al eerder aan de orde dat het vinden van plekken voor mensen met een ZZP 5 indicatie moeilijk is, wat de doorstroom uit bijvoorbeeld klinische voorzieningen belemmert. Hierboven beschreven we dat het ook voor mensen met een combinatie van problemen vaak lastig is om een plek te vinden binnen het huidige aanbod van bescherm wonen voorzieningen.

Belangrijk om te vermelden is dat in de afgelopen decennia wel stappen zijn gezet om een passend aanbod te ontwikkelen voor mensen met deze specifieke problemen. Onder andere het plan van aanpak Maatschappelijke Opvang uit 2006 heeft destijds een impuls gegeven voor de ontwikkeling van bijvoorbeeld de Domus huizen van het Leger des heils, hostelvoorzieningen in Utrecht en tal van andere plekken die een specifiek aanbod hebben voor mensen die kampen zogenaamde dubbel diagnose problematiek (Zwanenburg et al, 2023). Een van de focusgroepen met cliënten vond plaats in zo'n hostel. Een bewoner noemt hier het belang van het bieden van structuur enerzijds en bepaalde vrijheden anderzijds:

> *Hier heb je vrijheden. Mits je je aanpast aan regels. Als je je normaal gedraagt, binnen een bepaalde structuur dan heb je hier vrijheden. Je hoeft niet op bepaalde tijden thuis te zijn. Binnen de voorzieningen mag er gedronken worden. Met restrictie. Sommige moeten ook blazen. Als je werkt in de tuin, moet je blazen, maar ik hoef niet te blazen. Maar sommige hebben een flinke slok op en als er wat gebeurt is de locatie verantwoordelijk.* — (Focusgroep cliënten)

Uit de interviews komt naar voren dat er behoefte is aan extra plekken voor mensen met langdurige problematiek. Gedoeld wordt op woon(zorg)voorzieningen die tegemoet komen aan zowel de behoefte aan structuur als de behoefte aan vrijheid. Er is behoefte aan kleinschalige woonvoorzieningen waar professionals werken met de juiste expertise. Ook prikkelarme voorzieningen worden hierbij vaak genoemd.

Alleen het ontwikkelen van extra plekken is niet afdoende voor bovengeschetste problematiek rond mensen in complexe situaties. Een teammanager beschermd wonen wijst erop dat het niet alleen gaat om de plekken 'an sich', maar vooral over het organiseren van specifieke expertise om mensen heen, bijvoorbeeld door samenwerkingsverbanden aan te gaan:

> Zo'n nieuwe voorziening is ook zo vol en het probleem blijft hetzelfde. Het gaat niet zozeer om de voorzieningen en waar je die positioneert. Het gaat volgens mij om de expertise die achter die voordeur plaatsvindt. Wij hebben nu een samenwerkingsverband afgesproken met een LVB-stichting. Om een voorziening op te richten voor de groep cliënten die wij allebei hebben. Alleen bij de één is het toevallig eerst ontdekt dat hij een verstandelijke beperking heeft en bij de andere dat de ggz voorliggend is. Ik denk dat daar een sleutel zit. Lef waardoor organisaties over hun eigen schaduw heen kunnen stappen, is daarin van groot belang. — (Zorgaanbieder)

Opgemerkt wordt dat er soms behoefte is aan plekken waar mensen langdurig kunnen wonen om continuïteit van zorg te waarborgen:

We hebben best wel veel dynamiek gezien in de afgelopen jaren. We komen van de terreinen af, daar wilden we vanaf. En waar we ook wel van af gegaan zijn, is levensbreed en levenslang wonen. Dat hebben we eigenlijk bijna niet meer georganiseerd vanuit de Wmo, dus daarvoor moet je echt in de Wlz zitten. Je ziet nu dat dit een hele complicerende factor is in de hulpverleningstrajecten voor mensen met multiproblematiek. Dat wonen is niet meer stabiel. Als jij ergens woont in een beschermd wonen traject en je doet het goed, dan moet je eruit. Dan moet je ergens anders gaan wonen en dan moet je het in je nieuwe woning opnieuw weer voor elkaar zien te krijgen, vaak met de nieuwe set aan hulpverleners. Als dan je situatie ontregelt, dan zie je vaak dat het niet genoeg lukt om met de mensen die erbij betrokken zijn adequaat te reageren, dan ben je eigenlijk alweer een beetje te laat en vallen mensen uit. — (Stakeholder)

Dezelfde respondent wijst erop dat de neiging om een probleem in de praktijk op te lossen met het organiseren van steeds weer een nieuw initiatief, team of overlegstructuur ook het risico in zich meedraagt van steeds verdergaande fragmentatie:

We zetten er steeds nieuwe oplossingen bij en dan zeggen we, ja, we hebben een super gefragmenteerd zorglandschap. Ja, klopt en tegelijkertijd is onze reflex eindeloos om er nog meer bij te zetten. — (Stakeholder)

Samenvattend

Er is behoefte aan specifieke woonplekken voor mensen die nu geen, of moeizaam, zorg en ondersteuning krijgen. Een deel van deze mensen komt soms in de maatschappelijke opvang terecht. Het is van belang dat de zorg aansluit op wat mensen nodig hebben om langdurig te kunnen wonen. Ook belangrijk is dat medewerkers hier de juiste expertise en ervaring voor in huis hebben en er een goede samenwerking is tussen behandeling en begeleiding en eventuele andere betrokken partijen. Het blijft ook belangrijk om te zorgen dat expertise en opschalen van zorg mogelijk is op de plek waar mensen reeds verblijven. Dit voorkomt dat mensen steeds weer uit zorg 'vallen' en op zoek moeten naar een andere plek, terwijl er vaak specifieke toelatingscriteria gelden en wachtlijsten lang zijn. Op systeemniveau wordt daarmee verdere fragmentatie van de zorg voor mensen met langdurige ggz problemen voorkomen. De geïnterviewden wijzen op het belang van maatwerk en het bundelen van expertise om te komen tot passende zorg voor deze groep.

5.2.1 Wat helpt en hindert in de samenwerking rond mensen met complexe problemen?

Er worden zoals helpende als hinderende factoren genoemd bij het ontwikkelen van een passend zorgaanbod voor mensen met complexe problematiek.

Van gemeentelijk naar bovenregionaal;

Respondenten wijzen erop dat het makkelijker is om een passend woonzorg aanbod te organiseren op (boven)regionaal dan op gemeentelijk niveau, bijvoorbeeld als het 'volume' (aantal cliënten) in een gemeente te klein is om degelijke zorg rendabel te organiseren. Of wanneer het moeilijk is personeel te vinden met de juiste expertise. Het landelijke karakter van de Wlz is ook helpend om een beter overzicht te krijgen van de behoefte aan aanbod. Voorheen was dat beeld meer versnipperd over gemeenten heen:

Dit is nou typisch zo'n voorbeeld waarvan ik denk dat het over vijf jaar is opgelost. Wij krijgen als zorgkantoor nu wel een doelgroep in beeld met bepaalde vraagstukken dat op een wat grotere schaal wel gaat leiden tot oplossingen. Datzelfde geldt bijvoorbeeld voor mensen die langdurig moeten wonen op een beveiligingsniveau. Het was gewoon versnipperd en dat zie je ook bij aanbieders. De neiging om enorme maatwerkoplossingen op individueel niveau te gaan creëren die soms echt onbetaalbaar zijn. Iets wat in de sector Verstandelijk Gehandicapt al jaren bestaat, dat is er in de ggz gewoon nog niet, maar dat gaat wel komen. — (Stakeholder)

Levensloop

In enkele interviews wordt genoemd dat het model van de levensloopaanpak helpend kan zijn als het gaat om mensen met complexe problemen. Met name om de afstemming tussen behandeling en begeleiding te verbeteren. De levensloopaanpak is ontwikkeld als een aanpak voor mensen met onbegrepen gedrag en een hoog veiligheidsrisico. Er wordt ingezet op langdurige betrokkenheid en samenhang tussen ondersteuning, zorg en veiligheid door een nauwe samenwerking tussen netwerkpartners (Aanstoot & Doze, 2024).

Kijk, soms kan iemand het heel goed doen bij ons en is er gewoon af en toe even een break nodig. En dan wil je een samenwerkingspartner die zegt ja, maakt niet precies uit of het nou psychiatrie is of verslaving of gedrag, maar gewoon: we gaan met elkaar zorgen dat we in stand houden dat iemand hier langdurig goed kan wonen en niet zijn plek kwijtraakt. En dat vinden wij niet bij een ACT team. Bij sommige casuïstiek wel en ze zijn ook heel bereidwillig om mee te denken, maar zij voelen ook gewoon intern de ruimte niet binnen hun organisatie. En dan heb je met zo'n levensloopaanpak net wat meer ruimte. — (Zorgaanbieder)

Geïnterviewden noemen dat het mogelijk van meerwaarde kan zijn om te verkennen hoe elementen uit het levensloopmodel breder toepasbaar zijn binnen de langdurige ggz. Bijvoorbeeld als er geen sprake is van een hoog veiligheidsrisico, maar nauwe afstemming en langdurige betrokkenheid wel gewenst is.

Meer afstemming en maatwerk

In de interviews wordt vanuit verschillende partners (zowel gemeente, zorgkantoor als aanbieders) opgemerkt dat een betere samenwerking rond mensen in complexe situaties tot stand aan het komen is. Dit wordt als een belangrijke voorwaarde gezien voor het vormgeven van goede zorg aan deze groep.

Samenwerking tussen gemeenten en zorgkantoren, die is aan het ontstaan. Ik zou voor de komende tijd ook wel wensen dat dat vaker gebeurt. — (Stakeholder)

Onze medewerkers complexe casuïstiek zitten steeds vaker aan alle tafels binnen de zorg-, en veiligheidshuizen, ook bijvoorbeeld bij de levensloopaanpak. Daar was het zorgkantoor in eerste instantie niet bij betrokken, dat richtte zich meer op ZVW en of forensische zorg. En inmiddels is duidelijk dat in de levensloopaanpak veel meer Wlz cliënten zitten dan toen gedacht werd. — (Stakeholder)

Tegelijkertijd geven respondenten aan dat de praktijk nog erg versnipperd is. Zoals eerder genoemd (hoofdstuk 2), is dat niet een specifiek gevolg van de openstelling van de Wlz maar het gevolg van verschillende ontwikkelingen in de ggz in de afgelopen decennia:

> *Het probleem is: we hebben de ggz versnipperd over vijf wetten en daardoor krijg je een statisch aanbod bij een hele dynamische problematiek* — (Stakeholder)

Ook wordt aangegeven dat het systeem van indicatiestellingen waarbij de indicatie is gebaseerd op en voorliggende aandoening in praktijk kan werken als obstakel om iemand passende zorg - in de betekenis van de juiste zorg op de juiste plek - te bieden.

> *Wat voorliggend is, dat maakt het zo ingewikkeld. En dat gaat vrij vierkant kan ik je beloven. Ik heb echt wel met verschillende organisaties uit de sector Verstandelijk Gehandicapt (VG) gebeld. Van ja, weet je, het is echt aantoonbaar VG. Maar wat is voorliggend? GGZ? Dan gooien ze nog net niet de hoorn op de haak, maar dan is het klaar, dan praten we gewoon niet verder.* — (Zorgaanbieder)

Een andere hinderende factor die wordt genoemd, is dat zorgaanbieders een cliënt kunnen weigeren omdat ze van mening zijn dat ze geen passend aanbod kunnen leveren. Hierboven werd genoemd dat dit veel speelt bij mensen met een actieve verslaving. Eerder is deze dynamiek beschreven door Berndsen en Frings (2024) die spreken over 'zorgwekkende cliëntmijders'. Ook in situaties van een crisis of ontregeling waarbij iemand al in zorg is, signaleren respondenten zogenoemde 'afschuivingsmechanismen'. Dit heeft niet zozeer te maken met het wettelijk kader van de Wlz, maar veel eerder met de schotten tussen sectoren en het ontbreken van een gezamenlijk verantwoordelijkheidsgevoel:

> *Ik denk dat dat ook niet zoveel met de Wlz te maken heeft dat elke partij gewoon zegt, 'ja, hier kunnen wij niks mee'. Als er iemand compleet ontregeld raakt en heel veel bier gaat drinken en daardoor heel erg impulsief of externaliserend gedrag laat zien, dan zeggen wij: deze meneer moet opgenomen worden. De opname-afdeling zegt: nee, dit is voor de politie. Die moeten hem dan oppakken, omdat die buiten op straat de openbare orde verstoort. Omdat het bij ons op de locaties is, zegt de politie: het is voor jullie, want jullie zijn een locatie die hiermee om moet kunnen gaan. Ja, dat maakt het wel heel moeilijk.* — (Zorgaanbieder)

Dit knelpunt wordt ook genoemd in de focusgroepen die we hielden met cliënten van een beschermd wonen voorziening:

> *Er wordt te laat actie ondernomen als het slecht met je gaat. Je wordt niet geloofd. Soms moet je een maand wachten op een opname. In zo'n situatie blijft het doorsudderen. Ze kunnen niet doen wat er moet gebeuren. De oplossing is niet altijd redelijk.* — (Verslag focusgroep cliënten)

Gepleit wordt voor creatieve oplossingen en maatwerk waarin een gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt gevoeld om te zoeken naar een oplossing. De volgende casus geeft het belang daarvan duidelijk weer:

Ik heb toevallig van de week een overleg met een instelling omdat we al 1,5 jaar aan het leuren zijn met een cliënt die niet onder de pannen komt. De vader zit inmiddels overspannen thuis en moeder gaat nu haar baan opzeggen. Niemand wil deze cliënt hebben. Hij is al bij 30 instellingen aangemeld en hij zit nog steeds thuis. We hebben nu met een instelling gezegd: jullie hebben twee hele lastige cases. Wij hebben twee hele lastige cases. Hoe dan ook, gaan we het samen oplossen nu. We gaan een stapje verder doen dan we normaal gesproken doen, we gaan alles uit de kast trekken, we gaan het gewoon samen doen. — (Stakeholder)

Respijtplekken en overbruggingszorg

Naast het ontwikkelen van nieuwe woonvoorzieningen, wordt door respondenten aandacht gevraagd voor het belang van respijtzorg, om de continuïteit van zorg te borgen. Op het moment dat iemand extra ondersteuning nodig heeft kan dit tijdelijk worden geboden op een andere plek. Dit geeft 'lucht' aan het vaste begeleidingsteam, eventuele naasten, buren of medebewoners, terwijl de cliënt de ondersteuning krijgt die nodig is. Na deze periode kan iemand weer terug naar zijn eigen woning of beschermd wonen voorziening.

Als het echt even niet goed gaat met iemand, kun je iemand tijdelijk even uit dat huis halen, zodat de buurt even rust heeft en ook omdat het voor iemand zelf gewoon fijn is om eventjes weer te resetten. Dan kan hij daarna gewoon weer terug en dan hoeft hij zijn huis niet te verliezen. En volgens mij is daar ook nog wel een wereld te winnen. Ik denk niet dat dat een heel goed landelijk dekkend netwerk is en dat alle gemeenten en zorgkantoren daar heel erg mee bezig zijn. Terwijl daarin een samenwerking misschien ook best wel passend zou zijn. — (Stakeholder)

In zowel de werkagenda langdurige ggz als in de interviews, wordt gewezen op het gebrek aan goede overbruggingszorg. Hiermee wordt de financiering van zorg bedoeld als iemand met een niet verzilverde indicatie op een wachtlijst staat, maar ondertussen zorg krijgt vanuit een andere organisatie of team:

Wat we nodig hebben, is dat we naast de bestaande indicatie, een niet verzilverde indicatie krijgen voor de wachtlijst. Dus dat bij ons de Wlz wordt ingezet voor voortgezet verblijf en bijvoorbeeld een niet verzilverde Wlz-verstandelijk gehandicapt (VG) voor de juiste wachtlijst plaatsing.. Dus dat bij ons de Wlz wordt ingezet voor voortgezet verblijf en bijvoorbeeld een niet verzilverde Wlz-verstandelijk gehandicapt (VG) voor de juiste wachtlijst plaatsing. Maar dat kan niet, dan moeten we omklappen naar Wlz VG anders krijg je hem niet op de wachtlijst en dan krijgen wij geen geld meer, dus dat kan niet, want dan gaan wij failliet. Dus wat we nu vaak proberen, is dat we het met zo'n VG-instelling dat dan toch voor mekaar krijgen. We mogen aanmelden zonder de juiste indicatie en dat we hen overtuigen dat we omklappen als iemand aan de beurt is. Maar dat is heel spannend, want dan zijn we afhankelijk van het CIZ of de omklapping lukt. — (Zorgaanbieder)

Het kan bij overbruggingszorg ook letterlijk gaan over plekken waar iemand terecht kan, in afwachting van een plek bij de voorziening die passend is bij de afgegeven Wlz-indicatie:

Mensen die net geïndiceerd zijn, maar ook veel mensen die dan bijvoorbeeld uit een woonvoorziening klappen en negatief uitstromen en dan op straat komen. Dan is het heel ingewikkeld om die mensen voor overbrugging ergens te plaatsen. — (Stakeholder)

Samenvattend

Om zorg te organiseren voor mensen met complexe problematiek, waarbij aandacht is voor de samenhang tussen verschillende levensgebieden, lijkt de Wlz op een aantal punten helpend te zijn. Er is beter zicht op deze groep en op de behoefte aan zorg en ondersteuning, omdat dit niet langer op gemeenteniveau maar via de zorgkantoren regionaal en ook bovenregionaal in beeld komt. Het organiseren van een specifiek aanbod voor deze groep is ook makkelijker op bovenregionaal niveau, bijvoorbeeld in het rendabel kunnen organiseren van de zorg. Respondenten signaleren dat er langzaamaan meer samenwerking en afstemming rond deze groep tot stand komt. Dat neemt niet weg dat in de praktijk van alledag het nog moeilijk is om in gezamenlijke verantwoordelijkheid zorg en ondersteuning te bieden. Respondenten signaleren veel 'afschuivingsmechanismen', waardoor mensen tussen wal en schip vallen. Ook de zogenoemde voorliggendheid van wettelijke kaders of dominantie van grondslag kunnen het vinden van een passende plek lastiger maken.

5.3 Tot slot

In dit hoofdstuk beschreven we hoe in de praktijk van alledag obstakels worden ervaren in de gewenste samenwerking tussen behandeling en begeleiding. Wat vanuit de zorglogica - waarbij passende zorg voor het individu centraal staat- gewenst is, is vanuit de regellogica niet altijd mogelijk. Deze obstakels hebben veelal te maken met wat ook wel wordt benoemd als de 'schotten' in de zorg, waarbij tussen sectoren sprake is van visie verschillen, maar ook van een ander financieringssysteem. Ook wordt erop gewezen dat door het grillige verloop van psychische aandoeningen een lineaire manier van organiseren van zorg (waarbij na behandeling in de langdurige ggz vooral wordt ingezet op woonbegeleiding) niet altijd passend is. Zeker omdat het niet altijd eenvoudig is om te definiëren waar behandeling ophoudt en begeleiding begint.

Een goede afstemming en samenwerking tussen verschillende (zorg) partijen is des te urgenter bij de groep cliënten die te maken heeft met een stapeling van problemen. Er wordt door respondenten gesignaleerd dat het voor deze groep in het huidige zorgsysteem lastig is om goede zorg te bieden. Zij dreigen daardoor uit zorg te vallen. Mensen komen dan bijvoorbeeld in de nachtopvang terecht. Hoewel het een relatief klein deel betreft van de mensen met een Wlz indicatie op psychiatrische grond[27], kan het voor een grote belasting zorgen. In eerste plaats voor deze mensen zelf en hun naasten, maar ook voor zorgaanbieders en de maatschappij als geheel.

In de interviews wordt erop gewezen dat juist voor deze groep een sterke vorm van netwerksamenwerking passend is, waarbij in gezamenlijke verantwoordelijkheid wordt

27 Op peildatum 1 januari 2023 had 2 procent van de getelde dakloze personen in de (nood)opvang een Wlz-indicatie met een grondslag voor een psychiatrische aandoening (CBS, 2024).

gezocht naar een passende woonplek en zorg en ondersteuning die aansluit. Dit vraagt om creativiteit en flexibiliteit. Enerzijds is er behoefte aan nieuwe woonvormen om zorg te bieden aan deze groep, anderzijds is het ook belangrijk om passende zorg en behandeling te organiseren op de plek waar mensen reeds verblijven. Alleen inzetten op het ontwikkelen van nieuwe initiatieven draagt immers het gevaar in zich van verdere fragmentatie, waarbij de continuïteit van zorg en het opbouwen van langdurige relaties onder druk kan komen te staan. Belangrijk is om ook in te zetten op het flexibel kunnen opschalen van ondersteuning en behandeling. Onder andere door te werken aan het laagdrempelig beschikbaar maken van consultatie mogelijkheden en het vormgeven van respijtplekken.

In een analyse van de huidige situatie wijzen respondenten erop dat er veel 'afschuivingsmechanismen' zijn waardoor het soms lastig is om een goede woonplek voor mensen te vinden, ook al is een Wlz indicatie afgegeven. Er zijn te veel 'ventielen' in het systeem die 'afschuiven 'mogelijk maken. Ook wordt gesignaleerd dat het belangrijk is om problemen die mensen ervaren in samenhang aan te pakken. Dit botst soms met het sterk gefragmenteerde zorgsysteem (Everdingen et al., 2023). Dit probleem is niet nieuw en speelde ook al voor de openstelling van de Wlz op psychische gronden (Te Velde et al, 2018, RVS 2019).

6 Participatie en inclusie

In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de ondersteuning en zorg die bijdraagt aan mogelijkheden tot participatie en meedoen in de maatschappij. Dit kan niet los gezien worden van behandeling en begeleiding. We bundelen de onze bevindingen uit de interviews aan de hand van de volgende thema's: aansluiten bij behoeften, bekostiging dagbesteding, arbeidsmatige toeleiding en inclusie voor iedereen. We beschrijven per thema wat als helpend en hinderend wordt ervaren.

6.1 Inleiding

(Vrijwilligers)werk, een zingevende daginvulling en sociale activiteiten: het ondersteunen van verschillende vormen van sociale participatie is belangrijk in de zorg en ondersteuning van mensen in de langdurige ggz. Een zingevende daginvulling kan het persoonlijk herstelproces ondersteunen en de kwaliteit van leven vergroten (Akwa GGZ, 2021; De Lange et al., 2022). Stringer et al. (2024) betogen dat voor het bereiken van een geslaagde behandeling van cliënten, de zorg een opdracht heeft zich in te zetten voor een zinvolle daginvulling met gelijke kansen op het gebied van arbeid, onderwijs en dagbesteding. Zij beschouwen zinvolle daginvulling als een voorwaardelijk en noodzakelijk onderdeel van herstel. Participatie kan bijdragen aan de sociale inclusie van mensen met langdurige behoefte aan zorg over ondersteuning vanuit de ggz voorzieningen. (Arbeidsmatige) participatie, vrijwilligerswerk, maar ook zelfregie-, en herstelinitiatieven kunnen hierin een rol spelen. Bij participatie gaat het om 'deelnemen aan', bij (sociale) inclusie gaat over 'meedoen' in verschillende vormen; meedoen in de wijk, het onderhouden van sociale relaties en burgerschap (Wilken et al., 2023). Het kwaliteitskader woonzorg wijst erop dat het voor mensen in de langdurige ggz belangrijk is dat er oog is voor participatie en inclusie in de samenleving en op wat er wel kan.

Zoals in 2.4 is opgemerkt, blijft de inclusie van mensen met langdurige psychische problemen, o.a. op het gebied van werk en sociale relaties, traditioneel achter op dat van de algemene bevolking (Hulsbosch, Zwanenburg, Knispel, van Wezel, Janson, et. al, 2024). Dagbesteding[28], ofwel activiteiten overdag om de tijd zinvol en/of prettig in te vullen, kan bijdragen aan activering en participatie. In een recente studie naar dagbesteding (Lammersen, Franken, In 't Veld, Michon, De Boer, et. al, 2024) wordt geschat dat in Nederland ongeveer 64.000 inwoners deelnemen aan een Wmo-geïndiceerde dagbesteding. Daarbij wordt opgemerkt dat veel mensen gebruik maken van dagbesteding in de vorm van een algemene voorziening en/of via de Wlz of vanuit een ander wettelijk kader. Over die groepen zijn echter geen landelijke gegevens beschikbaar, en ook geen regionale gegevens om een landelijke schatting mee te kunnen maken. Er is dus geen cijfermatig totaalbeeld van de omvang en vorm van dagbesteding in de langdurige ggz.

28 Vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) wordt de dagbesteding ook wel begeleiding in groepsverband genoemd, aangeboden aan een persoon die vanwege de aard, omvang en duur van zijn beperkingen niet in staat is om tot een vorm van dagstructurering te komen, ook niet door bijvoorbeeld onderwijs of arbeid. Tijdens de dagbestedingsactiviteiten wordt ook de zorg, behandeling of individuele begeleiding geboden die nodig is. (Michon et al., 2020).

6.2 Vormgeven aan participatie en inclusie

Het belang van participatie en inclusie voor mensen binnen de langdurige ggz wordt door de geïnterviewden breed gedragen. Het kan bijdragen aan structuur geven aan het dagelijks leven en het vergroten van geloof in eigen kunnen.

> *Een van onze cliënten is jaren op een langdurige verblijf afdeling geweest en uiteindelijk heeft hij de stap naar het zelfstandig wonen gemaakt. Al die tijd – wat volgens hemzelf zijn redding is geweest – heeft hij gewerkt in de groenvoorziening op het terrein. En dan steeds meer gewoon klusjes bij gemeenten en uiteindelijk is hij dan vrijwilligerswerk gaan doen in tuintjes voor mensen. Dat heeft hij langzaam opgebouwd en dat heeft hem in staat gesteld om zelfstandig te wonen. Het hielp bij het vinden van houvast, structuur, identiteit, eigenwaarde.'* — (Zorgaanbieder)

Meedoen in de samenleving of deelnemen aan arbeid kan een positief effect hebben op de ervaren kwaliteit van leven.

> *Herstel van cliënten leidt niet altijd leidt tot minder zorg, maar wel tot een hoge kwaliteit van leven. Als het lukt om iemand met een forse aandoening toch weer drie dagen per week aan het werk te krijgen, dan is dat niet een soort verworven maatschappelijke positie op basis waarvan je kunt zeggen: stroom maar uit de Wlz. Nee, die drie dagen per week iets zinvols doen is mogelijk omdat je die begeleiding krijgt uit de Wlz.* — (Stakeholder)

De mate waarin in de zorgpraktijk wordt vormgegeven aan participatie en inclusie loopt uiteen. Een aantal geïnterviewden uit de praktijk zegt dat er, mede dankzij Wlz financiering, meer dan voorheen ingezet wordt op participatie. Zij noemen voorbeelden van het aantrekken van activeringswerkers en participatiecoaches.

> *Op twee van onze locaties hebben we mensen in dienst die gaan over dagbesteding. Die gaan dus ook echt gewoon bij bewoners langs het bed. Om op die manier echt op die motivering in te zetten, zij kennen de mensen en proberen vanuit daar dat toch voor elkaar te krijgen.'* — (Zorgaanbieder)

Er worden ook voorbeelden genoemd waarin de verschillende financieringskaders een ongewenst effect hebben.

> *Als iemand bij ons met Wmo financiering in een leer/werktraject zit en hij/zij krijgt een Wlz-indicatie, dan moeten we het Wmo-traject stoppen. Want dan is de Wlz de voorliggende voorziening. Vanuit de Wlz-indicatie moet dan bekeken worden hoe een kandidaat verder kan participeren.* — (Aanbieder werk/participatie)

Aansluiten bij behoeften

Men tracht op verschillende wijzen vorm te geven aan participatie en inclusie, bijvoorbeeld door cliënten te ondersteunen bij het zetten van volgende stappen ('activeren'). Het kan hierbij gaan om ogenschijnlijk kleine stapjes, zoals deelname aan het gezamenlijke ontbijt of het helpen afruimen van de tafel. Het kan ook gaan om vormen van dagbesteding die de (woon)zorglocatie

of een andere organisatie aanbiedt. De geboden dagactiviteiten kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op creativiteit, arbeidsmatige dagactiviteiten, ontmoeting, enzovoorts.

Behoeften en wensen rondom participatie en inclusie verschillen per persoon en kunnen veranderen in de loop der tijd. De ene persoon is gesteld op actief bezig zijn en sociale contacten, de ander is meer gebaat bij weinig prikkels en beperkte sociale interactie. De mogelijkheden voor participatie en inclusie zijn ook afhankelijk van de (zorg)context. Geïnterviewden uit de zorgpraktijk geven aan dat geprobeerd wordt zoveel mogelijk aan te sluiten op de individuele behoeften van cliënten.

Onze activeringscoaches zijn heel erg gericht op het aansluiten bij de interesses van de cliënt, want dat werkt het best. En ja, als dat betekent dat het buiten het terrein moet, dan doen we dat buiten het terrein. — (Zorgaanbieder)

Er zijn ook respondenten die aangeven dat in de praktijk de keuzemogelijkheden voor cliënten beperkt zijn, bijvoorbeeld omdat het activeringsaanbod vooral binnen de (woon)zorglocatie geboden wordt.

Onze dagbesteding is wel erg intern gericht, denk ik soms. Het kan soms wel beschermend zijn. Ook omdat het gaat om mensen die heel lang op verblijfsplekken zijn geweest, daar wordt je blikveld ook wat kleiner van. — (Zorgaanbieder)

Sommige respondenten wijzen erop dat niet altijd gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden die de Wlz financiering biedt.

Als je in een zorginstelling verblijft met een Wlz-indicatie, dan zijn de mogelijkheden ook best beperkt. Terwijl dat niet hoeft want juist door de Wlz ben je niet gebonden aan wat je te bieden hebt in je eigen organisatie. Dagbesteding kan ingekocht worden voor een deelnemer maar in de praktijk wordt het weinig gedaan. — (Aanbieder werk/participatie)

6.2.1 Wat helpt en hindert bij het vormgeven van participatie en inclusie?

Uit de interviews komen ook signalen dat het nog onvoldoende lukt om goed uitvoering te geven aan participatie en inclusie. Opgemerkt wordt bijvoorbeeld dat in de dagelijkse praktijk veel aandacht uitgaat naar basale zorgtaken. De prioriteit lijkt vaak meer te liggen op het zorgen voor het algemeen dagelijks functioneren en het algemeen welzijn. Activering en participatie krijgt daardoor soms minder aandacht dan wenselijk.

Wij zien dat het ook moeizaam verloopt om handen en voeten te geven aan participatie. Zorgaanbieders zoeken naar hoe ze dat kunnen doen maar kiezen er tegelijkertijd niet echt voor. In de hele langdurige zorg is het ook zoeken naar het waarborgen dat er überhaupt zorg geboden wordt. Omdat dit ook steeds meer onder spanning komt te staan, ook door de personeelskrapte. Men is al blij zijn als de reguliere zorg en de basale zorgtaken geboden kunnen worden. — (Stakeholder)

Er zijn respondenten die erop wijzen dat zij zich inspannen om voor cliënten binnen de langdurige ggz blijvend aandacht te houden voor mogelijkheden tot meedoen en deelnemen. Dit dreigt anders een 'blinde vlek' te worden bij het personeel.

Bij een doorsnee 'Wlz-cliënt' is het verloop vrij steady. Er gebeurt niet zo heel veel tenzij er bijvoorbeeld echt een forse terugval is. Over het algemeen zal elke dag een beetje een soort van zelfde patroon en ritme hebben in onze woonlocaties. Ja, dan vragen sommige begeleiders zich inderdaad wel hardop af of ze dan telkens die vragen [naar wensen rond participatie en inclusie] moeten blijven stellen. Dat zijn zaken waar we als organisatie ook mee bezig zijn, om dat goed onder de aandacht te houden. — (Zorgaanbieder)

Een respondent merkt op dat binnen hun zorgorganisatie, de aandacht voor participatie en activering wat ondergesneeuwd is als het gaat om de cliënten van de langdurige (woon)zorg-aanbieders.

De beweging vooruit, dat je soms risico's gaat nemen met mensen omdat het niet voldoende is dat iemand rustig zijn dag doorkomt …Dat je ook wel stappen gaat zetten, dat zijn echt wel dingetjes die de laatste tijd niet zijn gevraagd van ze.' — (Zorgaanbieder)

Ook wordt genoemd dat een duidelijke visie op participatie binnen organisaties hierbij helpend kan zijn:

Het helpt als organisaties op dit vlak duidelijker hun visie bepalen en daar aantoonbaar, doelgerichte beleidskeuzes aan koppelen: 'wat willen we bereiken en hoe en met welke middelen gaan we dit duurzaam inbedden'. Enerzijds is daar nog een wereld te winnen en anderzijds zien we daar gelukkig ook vaker mooie praktijkvoorbeelden van, waar standaard doelgericht begeleidingsaanbod is, waarbij de kansen van cliënten aanzienlijk toenemen om op basis van eigen wensen, maatschappelijk mee te kunnen doen. — (Stakeholder)

Bekostiging dagbesteding

Volgens meerdere geïnterviewden uit de (woon)zorgpraktijk, heeft de Wlz financiering een impuls gegeven aan participatie. Bij een aantal zorgaanbieders werd bijvoorbeeld een deel van de Wlz financiering aangewend om personeel te werven met specifieke taken rondom activering en dagactiviteiten. Andere respondenten geven aan dat de openstelling van de Wlz een bevestiging vormde voor de reeds ingeslagen weg richting herstelondersteunende zorg.

Waar vroeger de meeste cliënten alleen naar de dagbesteding gingen, is nu veel meer mogelijk. Van het werk-leercentrum, de plantenbibliotheek tot fietsenmaker of vrijwilligerswerk. Dat is een ontwikkeling van de laatste twee, drie jaar. Met het Wlz wonen heeft dat ook veel meer aandacht gekregen. Dus er is veel meer oog voor waar iemand zit in zijn herstel en wat iemand aankan en dat dat ook zingevend is om mee bezig te zijn en dat het goed is voor het zelfvertrouwen en herstel. — (Zorgaanbieder)

Specifiek rondom bekostiging van dagbesteding binnen de Wlz ggz, zien geïnterviewden zowel voor- als nadelen van integrale bekostiging (zie ook §5.1). Enkele respondenten geven aan dat integrale bekostiging in de hand werkt dat (woon)zorgaanbieders voor dagbesteding primair kijken naar het aanbod binnen de eigen organisatie. Daar kunnen financiële overwegingen een rol bij spelen.

Die prikkel herken ik wel. Dat als je zelf personeel in dienst hebt of je hebt zelf dagbestedingsplekken, dan gaat daar denk ik – financieel ook - wel de eerste aandacht naar uit. — (Stakeholder)

Ook praktische overwegingen worden genoemd.

Als alles all-inclusive is geregeld, dan heb je als organisatie ook weinig gedoe. — (Stakeholder)

Er zijn ook geïnterviewden die aangeven dat er altijd ook naar mogelijkheden 'buiten de deur' gekeken wordt, ook als er sprake is van integrale bekostiging.

We hebben zelf als organisatie een groot aanbod maar als blijkt dat de behoefte van een cliënt buiten dat aanbod ligt, dan gaan we dat regelen. Wij werken veel samen met andere organisaties, waaronder met onderaannemers. Het is echt de intentie dat mensen iets doen wat bij ze past. — (Zorgaanbieder)

Dagbesteding kan in kleine dingen zitten en toch heel waardevol zijn, zoals het volgende citaat illustreert.

We hebben bijvoorbeeld een mevrouw die wel naar de zorgboerderij gaat maar ze aait daar alleen de dieren, dus ze doet eigenlijk niet het werk van de zorgboerderij. Maar het is een enorme vooruitgang voor haar, ze maakt dingen mee. Dus als ze thuiskomt heeft ze een verhaal. — (Zorgaanbieder)

Zinvolle dagbesteding?
Binnen de beweging '*Radicale vernieuwing langdurige ggz*' wordt kritisch nagedacht over hoe het anders kan in de langdurige ggz. Specifiek rondom 'zinvolle dagbesteding' zien zij dat er vaak sprake is van een (beperkt) standaard aanbod voor daginvulling, druk op hulpverleners om cliënten te 'activeren' en druk om budgetten niet te overschrijden. Dit leidt tot vragen zoals: Hoe kan voor een zinvolle dag gezorgd worden voor mensen die langdurig in een kliniek verblijven, of in een beschermde woonvorm wonen? Wat is zinvolle dagbesteding en wie bepaalt dat: hulpverleners, zorgorganisaties, de maatschappij? Of bepaalt de mens/cliënt om wie het gaat zelf wat voor hem of haar zinvol is? Mag een dag ook zinloos zijn?

Meer informatie is te vinden via deze link.

Respondenten wijzen er ook op dat er veel tijd en inspanning gaat naar het ondersteunen, motiveren en begeleiden van cliënten, voordat een cliënt daadwerkelijk gaat deelnemen aan bijvoorbeeld dagactiviteiten. Ook wordt opgemerkt dat er veel inspanning en begeleiding nodig is voor het 'kwartier maken' bij de plek waar een cliënt naartoe gaat voor daginvulling:

> *Maar de uren gaan ook heel veel zitten in toeleiden, in het beschikbaar hebben van activiteiten, in het lokaal dingen organiseren waardoor mensen wel mee kunnen doen aan die groep die het park gaat schoonmaken, enzovoorts. Dat is een bepaalde infrastructuur die je eigenlijk bouwt, waarbij wij het dan best wel lastig vinden dat het op individueel cliëntniveau per dagdeel wordt gefinancierd.* — (Zorgaanbieder)

Sommige respondenten geven aan dat het niet duidelijk is of deze werkzaamheden - - die noodzakelijk zijn in het proces van activering -onder de noemer 'dagbesteding' bekostigd kunnen worden uit de Wlz.

> *Binnen het systeem moet een wijzigingsformulier ingevuld worden voor dagbesteding. Het wordt als probleem ervaren dat je dat eigenlijk pas kan doen op het moment dat er ook gedeclareerd wordt op die dagbesteding. Eigenlijk wil je dat al kunnen doen voor alles wat nodig is om die dagbesteding mogelijk te maken. Dat is een discussie die loopt.* — (Stakeholder)

Er zijn zorgaanbieders die hierbij kiezen voor een pragmatische oplossing.

> *We hebben afgesproken dat als een begeleider het doet (activeren, motiveren van cliënt), dan is het geen dagbesteding en als er een expliciet een activeringsmedewerker voor is aangesteld, dan spreken wij wel van dagbesteding.* — (Zorgaanbieder)

Respondenten geven aan dat het van belang is om de mogelijkheden voor participatie/dagbesteding zoveel mogelijk te stimuleren en faciliteren. Eén respondent doet daarvoor de volgende suggestie.

> *Een ideologische visie van mij persoonlijk is dat dit schuifje [*bedoeld wordt de administratieve wijziging die per cliënt aangevraagd moet worden om in aanmerking te komen voor declaratie van dagbesteding*] eigenlijk altijd open zou moeten staan binnen de Wlz ggz. Als we met zijn allen geloven in herstel en stabilisatie, dan zou het er volgens mij enorm aan bijdragen als die financiële prikkel opengezet wordt.* — (Stakeholder)

6.3 Arbeidsmatige toeleiding

Enkele respondenten geven voorbeelden van mensen met een Wlz ggz indicatie die een betaalde baan hebben. Zij geven aan dat dit soms om enige aanpassingen vraagt (bijvoorbeeld een prikkelarme werkomgeving, mogelijkheid van thuiswerken, aangepaste werkuren, enzovoorts.) maar dit maakt voor cliënten deelname aan het arbeidsproces wel mogelijk. Ook zijn er (woon) zorgaanbieders die samen werken met leer/werkbedrijven waar cliënten in een beschutte werk-

omgeving (opnieuw) werkvaardigheden kunnen leren. Toch blijft binnen de langdurige ggz de arbeidsmatige toeleiding nog onderbelicht, aldus een aantal respondenten. Eén deelnemer van de cliëntenfocusgroepen is van mening dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van de talenten van cliënten.

> *Er is binnen de ggz wel aandacht voor betaald werken maar het zijn alleen maar klote baantjes. Ik zou graag meer uitdagende banen willen. Bijvoorbeeld door zelf een organisatie opzetten voor werkgelegenheid zoals Roads maar dan door cliënten zelf gerund. Dus participatie in zelfbeheer. Een cliëntenomgeving waarin cliënt zelf leert wat de functie inhoudt, welke bezighouden je moet doen, zoals de administratie.* — (Deelnemer focusgroep cliënten)

Ook andere respondenten vinden dat er te weinig oog is voor de mogelijkheden van inzet op (betaald) werk.

> *In de ggz wordt de werk kant heel zwak meegenomen, zeker in de Wlz populatie. Wat stelselmatig vergeten wordt, is het versterken van het gezonde deel van mensen. Werk is één van de sterkste gezond makende factoren als het gaat over GGZ-aandoeningen. Na een Wlz indicatie gaat niemand meer kijken of je nog betaald werk kunt doen. Dat is niet hoe het gezegd wordt en zo handelen ze ook niet allemaal. Maar eigenlijk ben je als cliënt arbeidsongeschikt voor de rest van je leven. Er is ook geen prikkel in die wet om herstelgericht te werken.* — (Stakeholder)

6.3.1 Wat helpt en hindert bij het vormgeven van arbeidsmatige toeleiding?

Een mogelijke verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat – al dan niet bewust - er bij zorgpersoneel nog te veel uitgegaan wordt van de beperkingen van cliënten, de gedachte dat het voor cliënten te hoog gegrepen is.

> *Ik denk dat er ook een groep medewerkers is die denkt 'dat kunnen onze cliënten helemaal niet want die zijn te ziek of te beperkt'. Ergens snap ik dat ook, want ze werken natuurlijk elke dag met deze doelgroep en ze zien wat er gebeurt als er een crisis is.* — (Zorgaanbieder)

De Wlz gefinancierde zorg heeft een langdurig karakter en is niet sterk gericht op uitstroom. Dit wordt soms door professionals ervaren als saai of weinig perspectiefvol. Volgens enkele respondenten is het van belang om zorgpersoneel voldoende toe te rusten om ook bij Wlz cliënten oog te blijven houden voor wat wel kan, om aandacht te hebben voor een ontwikkelperspectief. Ook als gaat om kleine stapjes.

Eén van de respondenten wijst erop dat methodieken gericht op arbeidsmatige participatie, zoals Individual Placement and Support (IPS), ook een meerwaarde kunnen hebben voor cliënten in de langdurige ggz.

We hebben iemand die postbode is, dat zijn we weer gaan opstarten. Een andere cliënt heeft nu een krantenwijk. In het verleden zouden we gezegd hebben dat zoiets niet kon, omdat de cliënt hier verbleef voor zijn behandeling. Maar nu zeggen we dat werken heel belangrijk is voor het zelfbeeld en herstel. Om dat wel op te pakken en aan te sluiten bij die wens van die cliënt. — (Zorgaanbieder)

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat IPS nog weinig wordt ingezet in de langdurige ggz. Deels lijkt het te verklaren omdat men niet bekend is met IPS. Ook wordt genoemd dat binnen zorgorganisaties niet iedereen overtuigd is van de meerwaarde van IPS.

Ik denk dat het vooral zit binnen die organisaties. Dat zie ik ook met IPS, bij zorgorganisatie X, dat is een heel grote organisatie. Veel mensen krijgen daar behandeling of begeleiding, maar ook daar zie je dat er best wel veel behandelaren zijn die helemaal niet van het bestaan van IPS weten. Of ze denken, nee, dat kan niet, je moet iemand beschermen, dat hebben sommige behandelaren heel erg. Je hebt ook progressieve, die juist denken: ja, werk! — (Aanbieder werk/participatie)

In de meeste interviews met (woon)zorgaanbieders hebben we expliciet geïnformeerd naar het toepassen van IPS. Daaruit bleek dat deze methodiek nog maar beperkt werd ingezet voor cliënten binnen de langdurige ggz.

6.4 Inclusie voor iedereen?

Inclusie gaat over 'meedoen': meedoen in de wijk, contacten met buurtgenoten, deel uitmaken van een gemeenschap, enzovoorts. Vanuit (woon)zorgaanbieders worden verschillende voorbeelden gegeven van initiatieven die zijn gericht op het contact maken en meedoen met de wijk, met buurtbewoners.

Gezamenlijk wordt er in de wijk jaarlijks een buurtbarbecue georganiseerd met optredens en dingetjes verkopen. En onze medewerkers en cliënten die nemen daar ook aan deel. Ook aan de organisatie. Je probeert eigenlijk dat laagdrempelige contact van 'we zijn gewoon buren', daar probeer je aan bij te dragen. — (Zorgaanbieder)

Geïnterviewde professionals merken op dat cliënten het waarderen als ze kunnen meedoen in de wijk en als burger iets voor anderen kunnen betekenen. Dat gaat niet alleen maar over werk. Eén van de cliënten die deelnam aan een groepsgesprek verwoordde het als volgt.

Ik help ook mensen in de wijk die een tuintje hebben. De contacten met de buurt zijn heel goed. Ik help sommige ouderen die hulp nodig hebben. — *(Cliënt beschermd wonen)*

6.4.1 Wat helpt en hindert bij het werken aan inclusie?

De geïnterviewden vinden 'meedoen' een nastrevenswaardig doel maar zien hierbij ook een aantal drempels. Opgemerkt wordt bijvoorbeeld dat het voor een deel van de cliënten niet vanzelfsprekend is om 'zomaar' mee te gaan doen aan (sociale) activiteiten.

Voor een deel van de cliënten is het lastig, ze ervaren toch gewoon een hele hoge drempel om uit huis te komen. Of om ergens te begeven ergens waar groepen mensen zijn. Dus dan zitten de beperkingen ook in de persoon zelf, om die stap te gaan maken, tegen de eenzaamheid. — (Zorgaanbieder)

Deelname aan activiteiten buiten de (woon)zorglocatie kan voor cliënten (nog) een brug te ver zijn.

Voor een deel van de mensen voelt het veiliger om het samen met andere cliënten te doen, ook wat betreft zelfstigma en dat soort dingen. — (Zorgaanbieder)

Een andere belemmering die wordt genoemd is dat veel mensen met een Wlz ggz indicatie een beperkt budget hebben.

Het is ook een geldkwestie. Ik denk dat de meeste cliënten gewoon in armoede leven. Die hebben ook geen geld om dit soort dingen te gaan doen. Ze willen misschien wel naar een sportclub, maar kunnen het niet betalen. Dan ga je dus meedoen aan die gratis activiteit van de zorgorganisatie. — (Stakeholder)

Belemmerend voor inclusie is volgens een aantal respondenten ook dat er in de samenleving nog onvoldoende kennis en begrip is voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Dit onbegrip en stigma werkt ook belemmerend in deelname aan het arbeidsproces[29].

We zitten nu midden in dat wijkgericht werken, dat mensen ook gewoon echt meedoen en een onderdeel zijn van de samenleving. Dat is niet altijd makkelijk. Als je kijkt naar het informele circuit, ik bedoel buurthuizen en al die voorzieningen in een wijk. Dan zie je ook dat mensen wel een beetje bang soms zijn voor mensen met een ggz achtergrond. Dat is wel waar we tegenaan lopen. — (Zorgaanbieder)

Volgens meerdere geïnterviewden uit de zorgpraktijk vraagt 'meedoen in de wijk' veel tijd en investering. Het is van belang dat (woon)zorgorganisaties dit zelf ook faciliteren, bijvoorbeeld door het aanstellen óf vrijmaken van professionals die zich hier volledig aan kunnen wijden.

Voor een participatiecoach is het belangrijk om daar echt alle tijd en ruimte voor te hebben. 'Hier ga ik al mijn tijd aan besteden en dus doen, doen, doen en volhouden.' Lef hebben is ook heel erg belangrijk. Weten met wie je contact moet maken in de wijk. Dat betekent dus wel dat je moet investeren in die relatie in de wijk. Niet even snel met de cliënt meegaan om boodschappen te halen, nee, dat vraagt meer en daar heb je echt de tijd voor nodig. — (Zorgaanbieder)

29 Deelnemer aan het Panel Psychisch Gezien ervaren een gebrek aan kennis bij werkgevers over wat psychische problemen inhouden en spreken over een lage bereidheid om rekening te houden met specifieke klachten en omstandigheden (Boumans, et al., 2018).

Enkele respondenten kijken kritisch naar de rol van gemeenten als het gaat om participatie en inclusie van mensen in de langdurige ggz. Zij wijzen erop dat gemeenten ervoor verantwoordelijk zijn dat mensen zoveel mogelijk meedoen in de maatschappij. Gemeenten hebben daarbij onder meer de taak om te werken aan een inclusieve samenleving. Een aantal respondenten vraagt zich af in hoeverre gemeenten zich verantwoordelijk voelen voor inclusie en participatie van mensen met een Wlz indicatie.

We hebben het meegemaakt met een nieuwe woonvoorziening. De gemeente wilde er bijna op sturen dat daar geen mensen met een Wlz indicatie zouden komen. Die huizen zouden niet zijn bedoeld voor 'Wlz mensen'. Terwijl dat gewoon inwoners van de stad zijn, een aantal van die mensen heeft hun leven lang al in de stad gewoond. Dat is echt een hele rare gedachte. — (Zorgaanbieder)

Deels lijkt dit samen te hangen met de discussie rond voorliggendheid van de Wlz op de Wmo: in de regelgeving is vastgelegd dat de Wlz vóór gaat op de Wmo. Dit betekent in principe dat een gemeente de Wmo ondersteuning kan beëindigen als blijkt dat iemand aanspraak kan maken op de Wlz. Er zijn respondenten die er op wijzen dat het voor gemeenten lastig is om zicht te krijgen op hoe er vormgegeven wordt aan de zorg en ondersteuning die mensen binnen de Wlz krijgen:

Op enig moment vraagt iemand een Wlz indicatie aan en de gemeente weet dat vaak niet. […] En dan is het een zwart gat, want dan weet de gemeente dus niet wat het inhoudt. Totdat iemand wordt gemeld door de zorgaanbieder. Aan de voorkant gaat er eigenlijk al iets mis, als gemeente moet je maar een beetje afwachten van wat er dan met iemand gaat gebeuren en als gemeenten daar inzicht in proberen te krijgen, is het vaak zo dat dat niet lukt. — (Stakeholder)

Volgens sommige respondenten bestaat het risico dat de verschillende financieringsstelsels eraan bijdragen dat mensen met een Wlz indicatie 'losgezongen' raken van de maatschappij en daarmee op een zijspoor dreigen te belanden.

Waar ik me het meest zorgen over maak is dat als je vijf of tien jaar verder bent dat die gemeentes de hele Wlz groep eigenlijk niet meer in beeld hebben. Wat zo mooi was aan de Wmo, was dat de gemeenten eindelijk weer eens aandacht kregen voor hun inwoners die langdurige zorg kregen. Als we nu die Wlz laten groeien en het door zorgkantoren laat beoordelen en regelen, dan komen die inwoners eigenlijk buiten het zicht van de gemeente. Op de langere termijn loop je het risico dat je eigenlijk weer gemarginaliseerd wordt als inwoner met een Wlz indicatie. — (Stakeholder)

6.5 Tot slot

De belemmerende en bevorderende factoren die zijn in hoofdstuk 4 en 5 genoemd zijn rondom ondersteuning en behandeling, zijn grotendeels ook van toepassing op participatie en inclusie.

We beschreven dat het belang van participatie en inclusie van mensen binnen de langdurige ggz breed wordt gedragen. Er is geen cijfermatig, landelijk beeld van de omvang en vorm van dagbesteding en/of participatie binnen de langdurige ggz. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat het nog onvoldoende lukt om goed uitvoering te geven aan participatie en inclusie. In hoeverre hier ondersteuning op wordt geboden is sterk afhankelijk van de visie van de (woon)zorgaanbieder. Sommige organisaties zetten sterk in op de verbinding met de wijk en/of arbeidsmatig werk. Bij andere organisaties lijkt het participatieaanbod meer intern gericht en ligt de nadruk meer op de dag prettig doorkomen. De keuzes die hierin worden gemaakt hangen vooral samen met visie en in mindere mate met financieringskaders.

In het vormgeven van participatie en inclusie worden in de praktijk nog veel belemmeringen ervaren, zowel bij cliënten als professionals. Door de personeelskrapte in de (langdurige) ggz gaat veel aandacht uit naar het rondkrijgen van de reguliere zorg en ondersteuning en het uitvoeren van basale zorgtaken. Dit gaat ten koste van aandacht voor mogelijkheden voor dagbesteding en participatie. Binnen de langdurige ggz lijkt er nog weinig ingezet te worden op arbeidsmatige toeleiding, de inzet van (betaald) werk. Verschillende wettelijke kaders en bekostigingssystemen, maar ook vaststaande beelden over mensen met langdurige psychische problemen zijn daarbij soms belemmerend.

Cliënten geven aan dat er niet altijd voldoende oog is voor hun talenten. Ook ervaren cliënten belemmeringen die onder meer te maken hebben met (zelf)stigma, beperkte financiële middelen en/of onvoldoende steun in de nabijheid. Dit hangt samen met het gegeven dat er in de samenleving nog weinig kennis en begrip is voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Gemeenten hebben een belangrijke rol bij het stimuleren en ondersteunen van inclusie voor maar hebben geen zicht op hoe wordt vormgegeven aan zorg en ondersteuning binnen de Wlz). Er wordt op gewezen dat juist in de Wlz, waar de gemeente niet meer direct verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning via de Wmo, een sterke focus op inclusie van belang is om te voorkomen dat mensen ‘los gezongen raken’ van de stad of wijk waar ze wonen.

7 Conclusie en reflecties

In dit hoofdstuk reflecteren we op de voorgaande empirische hoofdstukken en beantwoorden we de onderzoeksvragen.

7.1 Beantwoorden onderzoeksvragen

In hoofdstuk 1 hebben we de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:
Wat is 'passende' zorg en ondersteuning voor mensen met langdurige psychische problemen? Wat helpt en hindert in het huidige manier waarop de zorg wordt georganiseerd en gefinancierd om 'passende zorg' te bieden voor deze doelgroep?

Om deze vraag te beantwoorden besteden we aandacht aan de huidige stand van zaken in de langdurige ggz en reflecteren hierop aan de hand van de volgende deelvragen:
1. Welke ontwikkelingen zijn van invloed (geweest) op de organisatie en praktijk van de langdurige ggz?
2. Wat is er bekend over aard en omvang van de cliëntgroep binnen de langdurige ggz?
3. Wat houdt de zorg en ondersteuning binnen de langduriger ggz in, ook als het gaat om het ondersteunen van participatie en inclusie?
4. Hoe reflecteren betrokkenen op de manier waarop de langdurige ggz is georganiseerd en in de praktijk vorm krijgt?

7.1.1 Deelvraag 1

In hoofdstuk 2 schetsten we enkele ontwikkelingen binnen de langdurige ggz sinds de de-institutionaliseringsbeweging van de jaren zeventig-tachtig van de vorige eeuw. In Nederland heeft altijd een tweesporenbeleid bestaan, waarbij klinisch verblijf mogelijk is, maar ook nadrukkelijk wordt gestreefd om voor mensen met langdurige psychische problemen een betekenisvol en zo 'normaal' mogelijk bestaan in de samenleving mogelijk te maken. Verschillende ontwikkelingen, onder andere in de financiering, hebben in het afgelopen decennium invloed gehad op de manier waarop aan deze doelstelling vorm wordt gegeven. Met de komst van de Wmo in 2015 kwamen zelfredzaamheid en participatie centraal te staan. Professionele zorg en ondersteuning is daarin bij voorkeur van tijdelijke duur. Dit is te begrijpen vanuit de zorgen over de houdbaarheid van het systeem, als ook de constatering dat veel mensen onnodig afhankelijk werden van zorg. Voor een deel van de mensen met langdurige problemen is echter door de aard van de beperkingen de focus op zelfredzaamheid niet passend. Voor hen werd in 2021 de Wlz opengesteld. De hoger dan vooraf ingeschatte instroom in de Wlz, leidde tot verschillende actieplannen om het tij te keren. Hoewel de instroom Wlz inmiddels gedaald is, blijven zorgen bestaan over de duurzaamheid van het systeem als geheel en worden verschillende inhoudelijke knelpunten gesignaleerd. Waar iedereen het erover eens is dat de zorg voor mensen met langdurige problemen herstelondersteunend zou moeten zijn, lijken de systemen dat nog niet optimaal faciliteren. Het verschil tussen het perspectief van zelfstandigheid (Wmo) en perspectief van blijvendheid (Wlz) lijkt daarbij absoluut, terwijl deze perspectieven in de levens van mensen veel diffuser zijn en afwisselend of tegelijkertijd kunnen bestaan. Dat laatste betekent dat de manier waarop zorg en

ondersteuning worden georganiseerd, mogelijkheden en waarborgen moeten bieden voor een flexibele en responsieve inzet van zorg waar en wanneer deze nodig is.

7.1.2 Deelvraag 2

In hoofdstuk 3 schetsten we een beeld van de cliëntgroep die gebruik maakt van de langdurige ggz. Beschikbare cijfers gaan met name over de mensen met een Wlz ggz-wonen indicatie. Het aantal mensen met een Wlz indicatie op grondslag 'psychische stoornis' steeg van 17.310 in het eerste kwartaal van 2021 naar 35.135 in het derde kwartaal van 2024 (CBS, 2024). Gegevens die een koppeling kunnen maken tussen psychiatrische diagnoses en Wlz zorgprofielen zijn niet beschikbaar. Ook verschillen de respondenten in hun mening of er sprake is van een verzwaring van de doelgroep in de langdurige ggz. Uit cijfers van het CIZ wordt wel zichtbaar dat het aantal indicaties met een andere grondslag naast een psychische stoornis is toegenomen. Dit lijkt erop ter wijzen dat het aantal mensen binnen de Wlz met meervoudige problematiek is toegenomen. De omvang van het aantal mensen met een Wlz- ggz indicatie is bekend, evenals het aantal mensen dat beschermt woont (Wmo gefinancierd). Er bestaat echter geen goed, volledig cijfermatig beeld van alle mensen die een beroep doen op de langdurige ggz. Beschikbare cijfers zijn, onder andere door de versnippering in verschillende systemen, incompleet en/of niet goed met elkaar vergelijkbaar. Hierdoor ontbreekt het aan een volledig en betrouwbaar zicht op wie welke soort zorg krijgt. Zo is er geen landelijk zicht op waar (in welke soort woon/zorglocatie) mensen met een indicatie voor Wlz ggz-wonen verblijven. Als het om Wmo gefinancierde zorg gaat, dan zijn alleen cijfers beschikbaar over de intramurale cliënten. Ook gegevens van cliënten die beschermd wonen met een andere financiering dan Wmo ontbreken: er is landelijk geen zicht op het aantal personen dat binnen het beschermd wonen Wlz gefinancierde zorg krijgt.

Naar aanleiding van de hoge instroom in de Wlz, werd voor een aantal specifieke Wlz- cliëntgroepen de vraag gesteld of andersoortig gefinancierde zorg ook voldoende zou kunnen zijn. Vanuit beleid lijkt hierbij het denken in doelmatigheid (hoe verdelen we de beperkte beschikbare zorg en ondersteuning) de boventoon te spelen. Echter, elke indelingssystematiek waarmee men aan de hand van bepaalde kenmerken ('lage zzp', 'jongeren tussen 18-27', etc.) tracht af te bakenen welk aanbod voor wie beschikbaar is, loopt tegen knelpunten aan. Inherent aan de cliënten van de langdurige ggz is juist dat zij zich moeilijk laten 'vangen', in welk kader dan ook. Ook contexten verschillen. Mensen bij wie gedurende het leven periodes van minder zorgbehoefte zich afwisselen met periodes waarin er meer zorgbehoefte is, zijn gebaat bij zorg en begeleiding die flexibel op- en afgeschaald kan worden. Het blijvende karakter van Wlz gefinancierde zorg biedt hier meer ruimte voor dan de Wmo. Dat laat onverlet dat ook de Wmo mogelijkheden biedt voor langdurige en intensieve ambulante begeleiding, zeker als meer langdurige indicaties hier onderdeel van zijn.

7.1.3 Deelvraag 3

In de hoofdstukken 4 t/m 6 gingen we in op zorg en ondersteuning die geboden wordt in de langdurige ggz, ook als het gaat om participatie en inclusie.
We verkenden met de geïnterviewden wat belangrijk is in het vormgeven van goede woonzorg in de langdurige ggz. Het valt op dat er een breed draagvlak is voor het bieden van herstelondersteunende zorg. Het begrip herstel vraagt echter wel om een vertaalslag naar de langdurige setting, waarbij aandacht is voor specifieke mogelijkheden en beperkingen van mensen en waarbij het bieden van perspectief voorop blijft staan. Hiervoor is een brede kijk nodig op zorg en ondersteuning, dat álle belangrijke domeinen van het leven omvat.

Zorg en ondersteuning

We zagen in hoofdstuk 4 dat het centraal stellen van het perspectief van de cliënt in de langdurige zorg, als centrale waarde voor goede zorg, niet altijd vanzelfsprekend is. Een voorwaarde hiervoor is dat er keuzemogelijkheden zijn in de geboden zorg en ondersteuning. Ook dient er oog te zijn voor de afhankelijkheidsrelaties die vaak ontstaan in de langdurige zorg. Methodisch werken kan helpen in het ruimte scheppen voor het perspectief van de cliënt. Ook kan het bijdragen aan het scherp blijven op het bieden van herstelondersteunende zorg, ook in situaties waar het niet direct gaat om het maken van stappen richting zelfstandigheid of klinisch herstel. Daarnaast is triadisch werken van belang. Hierbij is het de uitdaging om niet alleen aandacht te hebben voor het herstelproces van de cliënt, maar ook voor het herstelproces van familie en andere naastbetrokkenen. Dit vraagt van zorg en ondersteuning om een bredere blik, gericht op het netwerk om iemand heen. Het versterken of ondersteunen van een netwerk is dan niet iets dat 'erbij' komt, maar is integraal onderdeel van de zorg die geboden wordt.

Participatie en inclusie

Vormgeven aan integrale zorg vraagt om het bieden van ondersteuning op het gebied van participatie en inclusie. Er is op dit moment geen goed cijfermatig beeld van de omvang en de aard van dagbesteding en participatie van mensen binnen langdurige ggz. Uit de interviews komt het beeld naar voren dat respondenten - vanuit een visie op burgerschap - participatie en inclusie als belangrijke factoren zien in de geboden zorg en ondersteuning. De manier waarop deze ondersteuning vorm krijgt is sterk afhankelijk van de visie van (woon)zorgaanbieder. Sommige organisaties zetten sterk in op de verbinding met de wijk en/of arbeidsmatig werk. Bij andere organisaties lijkt het participatieaanbod meer intern gericht en ligt de nadruk meer op de dag prettig doorkomen. De keuzes die hierin worden gemaakt, lijken vooral samen te hangen met visie en minder met het verschil tussen Wmo of Wlz financiering. Wel wordt erop gewezen dat juist in de Wlz gefinancierde zorg een sterke focus op inclusie van belang is. Dit om te voorkomen dat mensen 'los gezongen raken' van de stad of wijk waar ze wonen. In het vormgeven van participatie en inclusie worden in de praktijk nog veel belemmeringen ervaren. Het lukt daardoor op veel plekken nog onvoldoende om goed uitvoering te geven aan participatie en inclusie. Aan veel voorwaarden die nodig zijn om 'meedoen' mogelijk te maken wordt nog niet voldaan. Dit heeft onder meer te maken met het beperkte budget van veel cliënten, het beperkte aanbod van dagbesteding en participatiemogelijkheden en de beeldvorming onder zorgprofessionals over de mogelijkheden van mensen in de langdurige ggz. Ook maatschappelijke factoren, zoals stigma, kunnen belemmerend zijn voor mensen om volwaardig te kunnen meedoen.

Zorg aan mensen met complexe problemen

In de zorg voor mensen die kampen met complexe problematiek wordt duidelijk zichtbaar hoe samenwerking tussen organisaties en sectoren in de praktijk van alledag soms nog moeizaam verloopt. Dit probleem is helaas niet nieuw. Zoals in hoofdstuk 2 beschreven, was er ook voor de openstelling van de Wlz op psychische gronden al sprake van fragmentatie en schotten in de zorg. Dit vergroot voor deze kwetsbare groep het risico om tussen wal en schip te vallen. Hoewel samenwerkingsverbanden aan het ontstaan zijn, kent de praktijk nog veel knelpunten. Vooral voor mensen die kampen met problemen op meerdere levensgebieden zoals een verslaving, psychische problematiek en een licht verstandelijke beperking, is het vaak lastig om passende zorg en ondersteuning te vinden. Er Veel (woon)zorgaanbieders hanteren bijvoorbeeld exclusiecriteria. Een gevoel van gezamenlijke verantwoordelijkheid in het zoeken naar passende oplossingen is nodig om deze 'afschuifmechanismen' te doorbreken.

7.2 Reflecties

De mensen die we spraken voor dit onderzoek gaven een beeld van de huidige stand van zaken in de langdurige ggz. Ook deelden zij hun gedachten over de manier waarop de ggz is georganiseerd en wat daarin helpt en hindert. Op basis van deze reflecties en de analyse van literatuur hebben we een aantal meer beschouwende punten geformuleerd die betrekking hebben op de vraag wat 'passende zorg' betekent in de context van de langdurige ggz. Hiermee beantwoorden we de hoofdvraag en deelvraag 4.

7.2.1 Passende zorg

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 kan het onderscheid dat de RVS maakt in verschillende logica's nuttig zijn bij het nadenken over passende zorg in de langdurige ggz. Het gaat daarbij om de logica van het zorgen, de logica van de regels en de logica van het verdelen. Alle betrokkenen krijgen de te maken met de dynamiek tussen de logica's, die elkaar in sommige situaties versterken, maar ook op gespannen voet met elkaar kunnen staan. Het werken met deze logica's is een manier om de verschillende en potentieel tegenstrijdige waarden die spelen in beeld te brengen (RVS, 2019). Wat als passende zorg wordt beschouwd binnen de zorglogica (met als kernwaarde zorg op maat voor het individu), kan namelijk iets anders zijn dan wanneer gekeken wordt vanuit de regellogica, waarin het gelijkheidsprincipe voorop staat. Vanuit de verdeellogica, waarin de duurzaamheid van het stelsel de kernwaarde is, kan passende zorg weer een andere invulling krijgen.

Deze verschillende logica's worden in de huidige discussie over de (langdurige) ggz vaak zonder voorbehoud onder de noemer 'passende zorg' geschaard. Dit leidt regelmatig tot spraakverwarring: wat 'passend' is, hangt immers af van de logica waaruit iemand redeneert en kan daardoor sterk verschillen. Het containerbegrip 'passende zorg' maakt onvoldoende zichtbaar hoe deze benaderingen met elkaar kunnen conflicteren: passende zorg met als uitgangspunt het bieden van goede zorg voor het individu kan op gespannen voet staan met passende zorg vanuit kostenbeheersing.

7.2.2 Betekenis van herstel binnen kader van langdurige zorg

De interviews laten zien dat er een breed draagvlak is voor herstelondersteunende zorg (HOZ) in de langdurige ggz. Ook in het kwaliteitskader langdurige ggz wordt HOZ als het leidende principe gezien. HOZ richt zich op het versterken van hoop en perspectief, het hervinden van 'zin in het leven' en het innemen van betekenisvolle rollen in de samenleving. Hierbij vormen de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon zelf het vertrekpunt (Kennisagenda langdurige ggz, 2024).

Uit dit onderzoek blijkt dat het vertalen van het herstelconcept naar de praktijk van de langdurige ggz niet altijd probleemloos verloopt. Binnen de Wmo wordt het begrip herstel snel geassocieerd met de principes van eigen regie en zelfredzaamheid. Hoewel de letterlijke tekst van de Wlz hier geen melding van maakt, wordt in de praktijk vaak een (beleids)vertaling gemaakt van de Wlz waarin een eenzijdige nadruk wordt gelegd op het bieden van stabiliteit. Dit doet het herstelperspectief onbedoeld meer naar de achtergrond verdwijnen.

Het is van belang te werken naar een opvatting van herstel die deze dichotomie tussen ontwikkeling en stabiliteit overstijgt. Dit moet aansluiten bij de dragende principes van herstel die

meerwaarde bieden in de zorg voor mensen in de langdurige ggz. Cruciaal hierbij is het besef dat herstel een persoonlijk proces is dat niet kan worden opgelegd. Zorg en ondersteuning spelen echter wel een belangrijke rol in het bieden van mogelijkheden voor herstel.

7.2.3 Integraal werken

Een rode draad in alle ontwikkelingen sinds de afbouw van de ziekenhuispsychiatrie in de vorige eeuw, is het doel om voor mensen met langdurige psychische problemen uitsluiting en dehumanisering te voorkomen en een betekenisvol en zo 'normaal' mogelijk bestaan in de samenleving mogelijk te maken. Langdurige ggz gaat dus per definitie over meer dan alleen de (gevolgen van) de psychische stoornis. Het gaat om het mogelijk maken van betekenisvolle participatie in de samenleving voor een doelgroep die daarin forse hinder ondervindt. Dat deze doelstelling nog steeds actueel is blijkt wel uit het feit veel van de mensen die tegenwoordig - al dan niet begeleid of beschermd - 'in de wijk' wonen, minder sociale contacten en beperkte dagbesteding hebben en vaak eenzaam zijn. In de langdurige ggz is het van belang dat er altijd oog is voor deze kanten van herstel. Er moet steeds gezocht worden naar mogelijkheden voor stappen op het gebied van participatie en kwaliteit van leven -aansluitend bij de eigen unieke (en veranderende) situatie en voorkeuren van bewoners. Dit betekent dat zorg en ondersteuning altijd herstelgericht, flexibel en integraal moeten zijn. Deze flexibiliteit en integraliteit kunnen vanuit financieringsperspectief op gespannen voet staan met beheersbaarheid. Immers, ooit was het opknippen van de AWBZ ingegeven vanuit kostenbeheersing. Dit bracht in de praktijk ook fragmentatie teweeg. De uitdaging is om deze flexibiliteit te faciliteren op een manier die de duurzaamheid van het stelsel niet verder onder druk zet.

7.2.4 Onderscheid tussen zorgpraktijk en financieringskader

In de discussie over de langdurige ggz wordt vaak gesproken over Wlz-zorg of Wmo-zorg. Dit is goed te begrijpen vanuit het stelsel van toegangscriteria en financiering van langdurige zorg. Het is echter belangrijk om scherp te houden dat wat in het denken vanuit stelsels en regels (de regellogica) gemakkelijk als twee gescheiden domeinen wordt gepresenteerd (Wlz versus Wmo), in de praktijk van de zorg (de zorglogica) veel meer vloeiend is.

De organisatie en financiering van de langdurige ggz volgt nu een lineair werkwijze waarbij er een strikte overgang is tussen de Wmo en de Wlz. Een punt van aandacht hierbij is dat ieder systeem waarin wordt getracht aan de hand van vooraf bepaalde kenmerken te standaardiseren welk aanbod voor wie beschikbaar is (regel- en verdeellogica), tegen knelpunten aan zal lopen. De manier van financieren zegt immers nog niets over de zorgbehoefte van mensen of de kwaliteit en aard van de zorg die geboden wordt.

Verschillen in uitvoeringspraktijken lijken dan ook eerder samen te hangen met verschillen in visie dan met het financieringskader waaruit zorg wordt geleverd. Dit is belangrijk om te benadrukken, omdat er in de praktijk niet eenvoudig gesproken kan worden over 'Wmo-zorg' of 'Wlz-zorg' als twee verschillende manieren van zorg leveren. Het uit elkaar houden van de manier van financieren van zorg en de inhoud van zorg kan helpend zijn in discussies over wat passende zorg is binnen langdurige ggz.

7.2.5 Voorkomen van fragmentatie

In hoofdstuk 5 beschreven we dat de fragmentatie van het zorglandschap kan leiden tot toegankelijkheidsproblemen. Wanneer iemand niet "past" binnen het bestaande zorgaanbod, bijvoor-

beeld door problemen op meerdere levensgebieden, is het risico op uitval groter.
Hoewel er breed draagvlak is voor het opzetten van specifieke voorzieningen voor mensen die buiten het huidige aanbod vallen, is enige voorzichtigheid geboden. De neiging bestaat om knelpunten steeds op te lossen door verdere aanpassingen en toevoegingen. Het risico hiervan is dat dit leidt tot steeds verdere fragmentatie van het zorglandschap: nieuwe voorzieningen, met specifieke toelatingscriteria, bijbehorende wachtlijsten (die opnieuw kunnen leiden tot uitsluiting) en discontinuïteit in relaties. Bij iedere overgang naar een nieuwe plek worden immers bestaande relaties verbroken, terwijl juist vertrouwen en relatieopbouw essentiële elementen van goede zorg zijn.

Naast het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen, is het daarom belangrijk om ook de mogelijkheden te vergroten om meer intensieve zorg en begeleiding te bieden op de plek waar mensen reeds verblijven of wonen. Dit vraagt om flexibiliteit, de mogelijkheid tot het (tijdelijk) opschalen van zorg en behandeling, laagdrempelige consulatie en een aanbod van respijtvoorzieningen.

7.3 Tot slot: Perspectief in de langdurige ggz

In het voorafgaande zagen we dat, los van financiering, stelsel en samenwerkingsvorm er soms een praktijk is ontstaan waarbij nog niet alle kansen voor 'passende zorg' worden gegrepen. Het Wmo-kader beweegt zich in grote lijnen richting minder institutionalisering, meer zelfstandigheid, meer autonomie en meer focus op tijdelijkheid. In de manier waarop Wlz vaak wordt uitgelegd, lijkt in bepaalde opzichten een omgekeerde ontwikkeling zichtbaar: daarin ligt de focus meer op stabilisatie en blijvendheid. Wat is nu passende zorg?

In de discussies over de langdurige ggz vloeit de inhoudelijke vraag over wat goede of passende zorg is, samen met andere vragen. Bijvoorbeeld over hoe schaarse voorzieningen rechtvaardig verdeel kunnen worden en hoe een duurzaam zorgstelsel geborgd kan worden. Om te helpen begrijpen hoe deze kwesties soms met elkaar schuren, gebruikten we de verschillende logica's die de RVS formuleert. In elke logica staan immers andere waarden centraal die in specifiek situaties met elkaar kunnen botsen.

De titel '*Perspectief in de langdurige ggz*' kan tweeledig worden opgevat: enerzijds was er de behoefte aan meer inzicht in wat er speelt in de praktijk van alledag in de langdurige ggz, welke knelpunten er zijn en wat juist helpt bij het vormgeven van goede zorg. We hebben dus letterlijk geprobeerd om een perspectief op de langdurige ggz te schetsen. Anderzijds kan perspectief in de figuurlijke betekenis worden opgevat: onze analyses en reflecties bieden mogelijk aanknopingspunten in het nadenken over het verder vormgeven aan goede langdurige ggz zorg, en bij het verder vormgeven van al lopende initiatieven zoals de implementatie van het kwaliteitskader woonzorg (Valente, 2024) en de werkagenda langdurige ggz.

Behulpzaam daarbij is mogelijk de aanbeveling van de RVS is om vooral ruimte te zoeken binnen en tussen de genoemde zorglogica's. De kunst is om binnen elke specifieke context af te wegen welke waarde het meest belangrijk is. Dit vraagt om een gezamenlijke verantwoordelijkheid en samenwerking over de domeinen heen, om vooral voor de mensen in de meest kwetsbare posities de toegankelijkheid en de kwaliteit van de langdurige ggz zorg te waarborgen.

8 Literatuur

Aanstoot, A. & Doze, E. (2024). Adviesrapport Implementatie Levensloopaanpak. "Een gezamenlijke verantwoordelijkheid."

Akwa GGZ (2021). GGZ-standaarden: Naasten. Geraadpleegd op 19 december 2024, van https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek/introductie. Utrecht: Akwa GGZ.

Akwa GGZ (2022). Generieke module Ervaringsdeskundigheid. Utrecht: Akwa GGZ.

Advies Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4): 11-23.

Berndsen, J. (2023). Wlz-zorg aan GGZ-cliënten gaat uiteindelijk aan eigen 'succes' ten onder. Nieuwsbrief Zorg en innovatie, 11 mei 2023.

Berndsen, J. & Frings, B. (2024). Bevindingenrapportage Bestuurlijke Aanjager Instroom Wlz GGZ Wonen September 2024, 1.

Boevink, W.A. (2008). Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om (van) te leren. Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische beperking/handicaps. In: L. Korevaar & J. Dröes (red.) Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn. Bussum: Coutinho.

Boumans, J. (2015). Naar het hart van empowerment Deel 2. Over de vraag wat werkt. Utrecht: Trimbos-instituut en Movisie.

Boumans, J., Michon, H., Hulsbosch, L., Knispel, A., Lange, A. de (2018). Achterblijvende arbeidsparticipatie onder mensen met psychische problemen. Deelonderzoek 5 – Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018. Utrecht: Trimbos-instituut.

Boumans, J., Kroon, H., & van der Hoek, B. (2023). Ggz uit de knel. Utrecht: Trimbos-instituut.

Bureau Lenz (2024). De onstuimige groei van de ggz in de Wlz is problematisch.

Burger, T.J., van Eck, R.M., Lachmeijer, M.et al (2024). Perspective matters in recovery: the views of persons with severe mental illness, family and mental health professionals on collaboration during recovery, a qualitative study. *BMC Psychiatry* 24, 802.

Britt, A. Dusault, Y., Vugt, van der, V. (2024). Kansen, belemmeringen en behoeften in het (meer) scheiden van wonen en zorg. Utrecht: Verwey Jonker instituut.

CBS (2024). Geregistreerde dakloze personen in noodopvang en tijdelijke opvang per regio, geraadpleegd op 17 december 2024.

CIZ (2019). Cliëntschetsen. Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis.

Deegan, P. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. Journal of Psychosocial Nursing, 31(4):7-11.

Delespaul, P. H., en de Consensus Groep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie, 55(6): 427-438.

Heer-Wunderink, C. D. (2012). Successful community living: a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care.

Henskens, R. & Muusse, C. (2009). Van beheersen naar betrokkenheid. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 64(6):437-449.

Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., & Muusse, C. (2014). Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen: Ontwikkelingen in praktijk en beleid. Utrecht: Trimbos-Instituut.

Hulsbosch, L., Zwanenburg, B., Knispel, A., Wezel, van, M., Janson, I., Kroon, H. (2024). Panel Psychisch Gezien 2023. Leefsituatie en ontvangen zorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jongebreur, W., Onstenk, A., & Zoutenbier, M. (2023). Langdurig Klinisch wonen. Een onderzoek naar een woonvoorziening met beveiliging voor mensen die nu nergens voor langere tijd terecht kunnen. Utrecht: Significant Groep.

Klaver, M, Kikkert, M., Koning, M. de, Huber, M., Vugt, M. van (2023). Wlz Woonwensen Amsterdam. Onderzoek naar de woon- en zorgbehoeften van Wlz cliënten in de regio Amsterdam. Amsterdam: HVO Querido, Arkin.

Koekkoek, B. (2019). Rapportage Verkenning verward gedrag. In opdracht van ZonMw/Ministerie van VWS.

Koopmans, M., Delespaul. P., Hollander, D. den. & A van Tuijn (2023). Beschermd Wonen: one step beyond.

Kroon, H., Michon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., Lange, A. de, Boumans, J., Oud, M. (2018). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2018. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kroon, H., Knispel, A., Hulsbosch, L., & Lange, A. de. (2021). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2020. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kwintes (2024). Landelijke registratie beschermd en begeleid wonen moet beter.

Lammersen, G., Franken, M. , In 't Veld, P. Michon, H, de Boer, Sanden, P. van der, Batterink, M., Houten., M., van (2024). Zicht op zinvolle daginvulling. Dagbesteding voor mensen in een kwetsbare positie in Nederland. Een verkennende studie. Utrecht: Movisie & Significant Public.

Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid (2002). Zorg van velen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Lange, A., de, Michon, H. W. C., Knispel, A., Hulsbosch, L., Twisk, J. W. R., & Kroon, H. (2022). It is not only competitive employment that counts: Findings from a longitudinal panel of people with severe mental illness. Psychiatric rehabilitation journal, 45(3), 266–272. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fprj0000524

Michielsen, P. J. S., & Persijn, S. J. E. (2008). Het effect van een moderne institutionele woonvorm op de geestelijke gezondheidstoestand, sociaal functioneren en kwaliteit van leven van langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten.

Michon, H., Oudejans, A., Gerritsen, P., Kuiper F., & Van Houten, M. (2020). Simpel Switchen op de kaart. Verkenning van belemmerende en bevorderende factoren bij het switchen tussen dagbesteding en werk. Utrecht: Movisie.

MIND platform (2024). Schrijnend tekort aan woonplekken met begeleiding. Rapportage MIND peiling mismatch vraag en aanbod in beschermd wonen. Amersfoort: MIND.

Ministerie van VWS (2006). Beleidsvisie 2006, 31 mei 2006. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2019). Behandeling voor Wlz-cliënten met een grondslag psychische stoornis. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Ministerie van VWS (2023). Brief met kenmerk 3596514- 1048173-LZ d.d. 23 mei 2023. Bestuurlijke afspraken langdurige ggz in de Wlz en Wmo. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Muusse, C. (2023). Crisis, What crisis? A multi-sited ethnography of community mental health care around a psychiatric crisis in Trieste and Utrecht. PhD Thesis, University of Amsterdam.

Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L. I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: prevalence and associations with coercive measures. PloS one, 12(2), e0168847.

NZa (2023a). Informatiekaart zorgpaden naar GGZ-Wonen in de Wlz. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2023b). Positionering behandeling voor Wlz cliënten. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2023c). Scheiden wonen en zorg in de verpleging en verzorging. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Roeg, D., Bredenoort, M. (2024). Gaten in de landelijke registraties voor het beschermd en begeleid wonen: Een vergelijking van de bestaande monitors. Zeist: Kwintes.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2019). Complexe problemen, eenvoudige toegang. Botsende waarden bewuster afwegen.

Significant (2021). Evaluatie overgang van ggz-cliënten naar de wet langdurige zorg. Utrecht: Significant Groep.

Significant (2022). Verdiepend onderzoek ggz-doelgroep. Utrecht: Significant Groep.

Sok, K., van den Bosch, A., Goeptar, H., Sprinkhuizen, A., & Scholte, M. (2013). Samenwerken in de wijk. Actuele analyse van sociale wijkteams. Utrecht: Movisie.

Stringer, B., Wulms, G., Boot, E., van der Weerd, S., & de Koning, M. B. (2024). Handelingsperspectieven voor een zinvolle daginvulling bij ernstig probleemgedrag. Tijdschrift voor Psychiatrie, 244-245.

Te Velde, B. L. Bos, T.Floor, P. van Linschoten, N. Woestenburg (2018). Op zoek naar passende zorg: problemen die ggz- cliënten ervaren. Rapportage voor het Zorginstituut Nederland. Argo & Pro-Facto.

Tjaden C, Mulder CL, den Hollander W, (...) Kroon, H (2021a). Effectiveness of Resource Groups for Improving Empowerment, Quality of Life, and Functioning of People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry,* 78(12):1309-1318. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2880

Tjaden CD, Boumans J, Mulder CL, Kroon H (2021b). Interpersonal Relations Within the Context of Resource Groups for People With Severe Mental Illness: A Narrative Approach. *Front Psychiatry*. 2021;12:632437. doi:10.3389/fpsyt.2021.632437

Tjaden, C. D. (2022). Better together: On meaning, effectiveness and costs of resource groups for people with severe mental illness.

Trimbos-instituut (2025). Kennisagenda langdurige ggz. Herstel als fundament: naar integrale kennis en zorg voor een betekenisvol leven. Utrecht: Trimbos-instituut.

Valente, de Nederlandse ggz, ZN, VNG, MIND en VWS (2023). Bestuurlijke afspraken ggz-Wlz.

Valente (2024). Kwaliteitskader Woonzorg in de langdurige ggz. Voor cliënten met een Wlz-ggz-indicatie 2024 – 2027.

Vektis (2024). Factsheet ernstige psychische aandoeningen (EPA) in het zorgprestatiemodel.

VNG (2013). Sociale wijkteams in ontwikkeling. Inrichting, aansturing en bekostiging. Den Haag: Vereniging van Nederlandse Gemeenten.

Vos de Wael, N. (2022). Gaat de ggz-Wlz aan eigen succes ten onder? GGZ Totaal, 10 oktober 2022.

Wijngaarden, B. van, Wennink, H.J., Greshof, D. (2003). Verblijf in de GGZ. Een beschrijvend en vergelijkend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, Prismant. Groningen: RGOc.

Wilde, G. de (2002). Erbij horen – advies. Amsterdam: Taskforce Vermaatschappelijking Geestelijke Gezondheidszorg.

Wilken, J. P., Van den Berg, K., & Bektas, G. (2023). Kennissynthese Sociaal Werk Bevorderen van sociale inclusie. Utrecht: Movisie.

Wolf, J.R.L.M., Scheepers, A.L. & Leerdam, J. van. (2022). Naar een thuis in de wijk. Gids bij uitstroom uit beschermd wonen. Preventie Alliantie, Impuls Werkplaats & Cebeon. Impuls, Radboudumc Nijmegen.

Zorginstituut Nederland (2022). Kader Passende zorg.

Zwanenburg, B., Knispel, A., Hulsbosch, L., Van Wezel, M., & Kroon, H. (2022). Over dagactiviteiten en dagbesteding. Factsheet panel Psychisch Gezien. Het landelijke panel voor mensen met langdurige psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zwanenburg, B., Lempens, A., Wamel, A. van. (2023). Behoeftepeiling dubbele diagnose in het beschermd wonen. Verslaving en Herstel, 3:3, 35-39.

Bijlage 1: Afgenomen interviews

Stakeholders en experts:
- Blauwe paard
- Valente
- Zilveren Kruis
- CIZ
- Gemeente Harderwijk
- Gemeente Breda
- VNG
- NZA
- Divosa
- CZ
- GGD
- Rehab '92
- CCE
- MIND
- Nederlandse ggz
- Ypsilon
- Onderzoekers

Totaal aantal gesproken respondenten: 26

Zorgaanbieders:
- Leger des heils
- Leviaan
- Lister
- Cordaan
- Kwintes
- Emergis
- Reinier van Arkel
- Mentrum (2x)
- Dimence
- GGZ Friesland
- Aanbieder werk/ participatie
- RPSW
- GGZ Noord-Holland-Noord

Totaal aantal gesproken respondenten: 19

Focusgroepen:

- Vijf focusgroepen met bewoners van:
  - Beschermd wonen (ambulant en woonvoorzieningen)
  - Klinisch langdurig verblijf

In totaal 23 deelnemers

- Twee focusgroepen over vraagstukken rond zorgtoeleiding en herkomst cliëntgroepen:
  - Zorgkantoren
  - Gemeenten
  - Zorgaanbieders

In totaal 7 deelnemers

Trimbos instituut

