

Evaluatie Arrangementenmodel Beschermd Wonen

Regio IJmond, Zuid Kennemerland
en Haarlemmermeer

Datum

3 september 2021

Opdrachtgever

Gemeente Haarlem

Onderzoeksteam

Dennis van den Berg
Alette van Dijk
Eunjin Jang
Lauren Kerkhof
Irene Niessen
Pieterjan van Delden

Referentie

HG92/conceptrapportage arrangementenmodel bw

Dataclassificatie

II.1 - Intern\gedeeld

Foto's en illustraties

bezoekadres	Maliebaan 16	3581 CN Utrecht	telefoon	+31 30 236 30 30
postadres	Postbus 85198	3508 AD Utrecht	website	www.aef.nl

/

Managementsamenvatting

Naar aanleiding van de nieuwe verwervingsperiode die per 1 januari 2023 ingaat voor de regio Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland heeft de gemeente Haarlem AEF en XpertiseZorg gevraagd om het huidige inkoopmodel, het arrangementenmodel beschermd wonen, te evalueren. Hierbij stond de vraag "In hoeverre heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan het realiseren van de beleidsdoelstellingen van het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel?" centraal. De evaluatie heeft plaatsgevonden van mei 2021 tot en met augustus 2021. In deze periode hebben we 42 respondenten geïnterviewd van in totaal 16 organisaties, variërend van zorgaanbieders en cliëntenraden tot casemanagers en beleidsmedewerkers van de gemeente. In dit hoofdstuk beantwoorden we achtereenvolgens de verschillende deelvragen die zijn geformuleerd op basis van het beleidskader.

Resultaatgericht werken



- ▶ *Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om per cliënt een (herstel)traject op maat te formuleren, waarbij de cliënt samen met de aanbieder vormgeeft aan dit traject?*

Een van de uitgangspunten van het arrangementenmodel is het ontwikkelen van een hersteltraject op maat. Al vanaf het eerste gesprek wordt hier vorm en richting aan gegeven doordat de casemanager van de gemeente, de zorgaanbieder en de cliënt samen in gesprek gaan over wat er nodig is voor de cliënt. Zorgaanbieders geven aan dat er door deze component van het arrangementenmodel meer nadruk is komen te liggen op de zelfregie en persoonlijke doelen van de cliënt.



- ▶ *Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om resultaatgericht te werken?*

In de methodiek van het arrangementenmodel zijn aanbieders samen met de cliënt mede verantwoordelijk voor het bereiken van de resultaten van de cliënt. Het arrangement stelt vast welke doelen behaald moeten worden (het 'wat'), de keuze welk type ondersteuning daarbij nodig is (het 'hoe') ligt bij de aanbieder. Zorgaanbieders verschillen onderling in de mate waarin ze flexibiliteit en ruimte ervaren binnen het arrangementenmodel. Wel geven diverse betrokkenen aan dat er meer gestuurd wordt op resultaten, onder andere door periodieke evaluaties tussen de casemanagers en de zorgaanbieders. Tijdens deze periodieke evaluaties wordt gekeken in hoeverre de doelen zijn behaald. Ook wordt er door zorgaanbieders doelgerichter gerapporteerd over de cliëntresultaten.



- ▶ *In hoeverre draagt het arrangementenmodel bij aan het herstel van de cliënt? Worden de afgesproken cliëntresultaten gehaald?*

Het arrangementenmodel draagt bij aan het herstel van de cliënt door een grotere nadruk op een zo hoog mogelijke mate van zelfstandigheid en een meer doelgerichte aanpak. Doordat alle betrokkenen -zorgaanbieder, gemeente en cliënt - vanaf de start van een traject zich hiervan bewust zijn en nadrukkelijk werken aan het realiseren van de persoonlijke doelen van de cliënt, worden sneller stappen naar zelfstandigheid gezet. Zorgaanbieders geven echter aan dat het niet altijd mogelijk is om de afgesproken doelen te behalen. Redenen die hiervoor genoemd worden, zijn bijvoorbeeld dat er eerst stabilisatie plaats moet vinden bij een cliënt en dat dat vaak niet als doel wordt opgenomen, dat er soms sprake kan zijn van terugval door een plotselinge gebeurtenis in het leven van een cliënt en dat de zorgvraag van de cliënt in het gesprek soms lichter lijkt te zijn dan dat

deze daadwerkelijk is. Een kwantitatieve conclusie over in hoeverre cliëntresultaten behaald worden is op basis van de beschikbare data niet te geven.

Wonen



► *Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht aan aanbieders om het scheiden van wonen en zorg te realiseren?*

Het scheiden van wonen en zorg vraagt om een herstelgerichte aanpak en veranderingen in de vastgoedportefeuille van zorgaanbieders. De herstelgerichte werkwijze is over het algemeen door zowel de zorgverleners als cliënten overgenomen, waardoor er sneller zicht is op zelfstandigheid. Zo worden cliënten bijvoorbeeld al vanaf het begin geïnformeerd door de zorgaanbieder en de casemanager dat beschermd wonen een tijdelijke oplossing is. De verandering in de vastgoedportefeuille blijkt lastiger te realiseren. Belangrijke *bottle necks* daarbij zijn: gebrek aan geschikte woningen door een vastzittende woning- en vastgoedmarkt; terughoudendheid bij zorgaanbieders om woningen 'om te klappen'; en terughoudendheid bij cliënten, casemanagers en woningcorporaties wanneer ze de stap naar zelfstandigheid (nog) te groot vinden.



► *Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht aan aanbieders om beschut wonen plekken te realiseren?*

De afgelopen jaren hebben de gemeente, zorgaanbieders en woningcorporaties zich ingespannen om meer beschutte woningen te realiseren. Tot en met 2020 was de ambitie om 70 woningen te hebben omgeklapt naar beschut wonen plekken. Begin 2020 zijn er 76 unieke cliënten gefactureerd met een beschut wonen plek wat betekent dat deze ambitie is gehaald. Voor 2021 is de ambitie om nog eens 40 plekken om te klappen. Het realiseren van voldoende beschutte woningen wordt echter door een aantal factoren belemmerd. Zorgaanbieders geven aan dat het 'omklappen' van een beschermde woning naar een beschutte woning voor problemen in de bedrijfsvoering zorgt. Zo geven zorgaanbieders aan dat een bepaalde schaalgrootte nodig is om beschermd wonen efficiënt in te richten, omdat er 24/7-aanwezigheid nodig is. Wanneer wordt omgeklapt naar een beschutte woning wordt de financiering voor de 24/7-aanwezigheid veelal niet beschikt. Tot slot schuilt er voor zorgaanbieders een negatieve prikkel in het omklappen van een beschermde naar een beschutte woning. Wanneer een cliënt enige jaren ergens beschut woont, kan de cliënt via de huurbescherming aanspraak maken op de woning. De beschutte woning klapt dan om tot zelfstandige woning. Door beschutte woningen op een andere wijze beschikbaar te stellen, bijvoorbeeld via een aparte stichting, kunnen zorgaanbieders voorkomen woningen op deze manier 'kwijt' te raken.



► *Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om een betere en eerdere uit- en doorstroom van cliënten BW naar het zelfstandig thuis wonen mogelijk te maken?*

In het arrangementenmodel zitten een aantal elementen die bijdragen aan de uit- en doorstroom van cliënten naar een zelfstandige woning. Zo wordt er meer maatwerk geleverd, wordt duidelijk aan de cliënt gecommuniceerd dat beschermd wonen van tijdelijke aard is en wordt er meer gestuurd op het behalen van resultaten door periodieke evaluaties. Dit zijn ingrediënten die kunnen leiden tot een betere en eerdere uit- en doorstroom, mits hiervoor de randvoorwaarden op orde zijn. Zo komt het voor dat er cliënten zijn die klaar zijn om uit te stromen, maar dat er geen woning is waar zij naartoe kunnen. Of het arrangementenmodel al met al heeft geleid tot een betere en eerdere uit- en doorstroom naar het zelfstandig thuis wonen, is op basis van dit onderzoek niet te zeggen. Hierover bestaan bij betrokkenen verschillende beelden en geschikte kwantitatieve data hierover ontbreekt.

Samenwerking en transformatie

- ▶ *Vanuit het oogpunt van integrale dienstverlening en het doorbreken van verkokering is één aanbieder verantwoordelijk voor het totale arrangement; in hoeverre draagt deze werkwijze bij aan het behalen van de (cliënt)resultaten?*

Sommige aanbieders hebben aangegeven dat zij het prettig vinden dat zij veel verantwoordelijkheid en vertrouwen krijgen van de gemeente wanneer zij verantwoordelijk worden gesteld voor het totale arrangement. Het doorbreken van verkokering lijkt van positieve invloed te zijn op het behalen van cliëntresultaten, maar dit is niet te beargumenteren met kwantitatieve data. Er is echter ook een aantal aanbieders dat aangeeft richtlijnen te missen over de inzet van ondersteuning. Ook zijn niet alle aanbieders op de hoogte van de mogelijkheden binnen een arrangement bijvoorbeeld in kader van flexibiliteit.



- ▶ *In de aanbesteding van het arrangementenmodel staan ook opdrachten opgenomen voor integraliteit, ketensamenwerking, acceptatieplicht en preventie. In hoeverre hebben de partijen invulling gegeven aan deze opdrachten?*

Er is op zodanige wijze invulling gegeven aan de integraliteit en ketensamenwerking dat partijen veel verschillende overlegtafels hebben waarin zij met elkaar spreken over casuïstiek. De aanbieders geven aan dat zij op dit moment op cliëntniveau nog zelf alle ondersteuning geven op de resultaatgebieden van het arrangementenmodel, maar dat ze hier in de toekomst graag meer de samenwerking willen opzoeken met andere aanbieders. Daarnaast wordt benoemd dat er meer samenwerking gezocht kan worden met het informele veld, zoals de sociale omgeving van de cliënt. Uit de interviews blijkt dat de acceptatieplicht niet altijd wordt nageleefd. Dit heeft verschillende redenen. Aanbieders noemen daarbij in het bijzonder de complexiteit van de doelgroep en eigen personeelstekorten. Ten slotte zetten aanbieders op verschillende manieren in op een betere preventie, onder andere om te voorkomen dat cliënten te maken krijgen met een terugval.

Hoofdvraag: "In hoeverre heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan het realiseren van de beleidsdoelstellingen van het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel?"

Er is veel draagvlak voor het gedachtegoed van het arrangementenmodel. Uitgangspunten zoals het herstelgerichte traject op maat, resultaatgericht werken, ketensamenwerking en één integraal plan voor de cliënt worden over het algemeen breed gedragen en nagestreefd door alle betrokken partijen. Wanneer gekeken wordt naar de mate waarin het arrangementenmodel daadwerkelijk bijdraagt aan de beleidsdoelstellingen van de gemeenten geven veel partijen aan dat er meer aandacht is voor maatwerk, resultaatgericht werken, zelfregie en de doelen van de cliënten. Zorgaanbieders geven aan dat er sneller sprake is van enige mate van zelfstandigheid bij cliënten. Het is echter niet altijd mogelijk om de afgesproken doelen en daarmee cliëntresultaten te behalen.

Ondanks dat er sneller sprake lijkt te zijn van zelfstandigheid bij cliënten, is de uiteindelijke invloed van het arrangementenmodel echter afhankelijk van een aantal externe factoren, zoals woningproblematiek en de toename van complexe zorgvragen. Om de mogelijkheden van het arrangementenmodel in de toekomst beter te benutten, is het vooral belangrijk om verbeteringen aan te brengen in de randvoorwaardelijke sfeer.

/ Inhoud

/	Managementsamenvatting	3
	Inleiding	8
	Aanleiding en doel van de evaluatie	8
	Onderzoeksvragen	9
	Onderzoeksaanpak	10
	Leeswijzer	11
	Achtergrond	12
	Landelijke bewegingen in het sociaal domein	12
	Om de beweging naar beschermd thuis te maken is in Haarlem toegewerkt naar een arrangementen-model	13
	Het arrangementenmodel omvat negen resultaatgebieden	14
	Instroom, doorstroom en uitstroom	15
	Cijfermatig overzicht	17
	Het arrangementenmodel	19
	Resultaatgericht werken	19
	Doorstroom en het woonaanbod	25
	Samenwerken in de keten	32
	Conclusie	35
/	Gesprekspartners	36
	Lijst van figuren	
	Figuur 1. Onderzoeksaanpak.	10
	Figuur 2. Gemiddeld factuurbedrag per cliënt per jaar.	17
	Lijst van tabellen	
	Tabel 1. De negen resultaatgebieden van het arrangementenmodel.	14
	Tabel 2. Gemiddelde kosten en gemiddeld aantal unieke cliënten per maand, weergegeven per jaar.	17
	Tabel 3. Toekenningen van beschermd en beschut wonen volgens de nieuwe en de oude systematiek per jaar.	18

Inleiding

Aanleiding en doel van de evaluatie

Beschermd wonen is in het hele land in beweging. Sinds de decentralisatie in 2015 is er door de commissie Toekomst beschermd wonen een visie ontwikkeld waar gemeenten mee aan de slag zijn. Ook in de regio Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland wordt gewerkt aan de omslag van beschermd wonen naar beschermd thuis.

In november 2017 is het aanbestedingsdocument en programma van eisen 'Wet maatschappelijke ondersteuning Opvang, Wonen en Herstel' van de regio Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland gepubliceerd. Vanaf 1 juli 2018 gingen de contracten naar aanleiding van dit aanbestedingsdocument in. De inkoopmethodiek die gehanteerd wordt is het *arrangementenmodel* voor beschermd wonen.

Het arrangementenmodel wordt gebruikt als middel om de gezamenlijke ambitie van de regio te realiseren. De visie Opvang, wonen en herstel¹ schetst deze ambitie omtrent de beweging naar ambulantisering en het scheiden van wonen en zorg. Om deze beweging te realiseren moet de ondersteuning op het gebied van wonen en zorg op een andere manier worden vormgegeven, denk bijvoorbeeld aan:

1. Veranderingen in de vastgoedportefeuille van zorgorganisaties

Van klassiek intramuraal beschermd wonen naar een gedifferentieerd aanbod van woonvormen en zelfstandige woningen.

2. De begeleiding door zorgprofessionals is herstelgericht

Herstelondersteuning gericht op inclusie, volwaardig burgerschap, participatie, zelfredzaamheid en informele steun in de lokale omgeving.

3. Een andere mindset bij cliënten en zorgaanbieders

Beschermd wonen is niet meer een voorziening voor het leven, maar (in de meeste gevallen) tijdelijk, in voorbereiding op de terugkeer naar zelfstandig wonen.

Op 1 januari 2023 gaat een nieuwe verwervingsperiode in, tegelijk met de verdere doordecentralisatie van beschermd wonen. Alle gemeenten worden vanaf dat moment verantwoordelijk voor nieuwe cliënten die beschermd wonen nodig hebben. Nu ligt de verantwoordelijkheid nog bij de centrumgemeenten. De gemeenten in de regio blijven in regionaal verband samenwerken en streven ernaar om gezamenlijk regionale voorzieningen in te kopen. Om deze nieuwe verwervingsperiode goed in te gaan, wil de regio het huidige inkoopmodel, het arrangementenmodel, evalueren. De gemeente Haarlem heeft AEF en XpertiseZorg gevraagd om deze evaluatie van het arrangementenmodel uit te voeren. Het rapport bevat uitdrukkelijk geen advies, maar heeft als doel de (centrum)gemeente Haarlem handvatten te bieden voor de verdere (door)ontwikkeling van het arrangementenmodel.

¹ Opvang, Wonen en Herstel, beleidskader maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang 2017-2020. Regio Zuid-Kennemerland, IJmond en Haarlemmermeer.

Onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek is het verschaffen van inzicht in de wijze waarop het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan de beleidsdoelstellingen van het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel. Daar zijn ook de hoofd- en deelvragen op gebaseerd die we van de opdrachtgever meegekregen hebben. Daarom schetsen we eerst kort deze beleidsdoelstellingen alvorens we de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beschrijven.

Beleidsdoelstellingen beleidskader Opvang, Wonen en Herstel

Het beleidskader beschrijft een visie die is opgesteld aan de hand van zes bouwstenen:

1. De cliënt centraal: herstelvragen en hersteldoelen

Een persoonlijk, individueel ontwikkelproces om optimaal te leren omgaan met zowel mogelijkheden als beperkingen.

2. Hersteltrajecten op maat

Elke cliënt behoeft een hersteltraject op maat met veel eigen inbreng, één samenhangend plan en één trajectregisseur die ervoor zorgt dat de inzet van de verschillende betrokkenen samenhangend is (integraal en continu).

3. Huisvesting voor herstel

Wonen doen de meeste cliënten bij voorkeur thuis. Op een vaste woonplek kunnen aanbieders van herstelondersteuning en behandeling op wijkniveau samenwerken.

4. Ondersteuning voor herstel

Diverse bronnen van ondersteuning worden ingezet: zowel in de directe omgeving van de cliënt (eigen netwerk) als vanuit het professionele netwerk.

5. Herstel in de buurt: preventie en inclusie

Buurtbewoners kunnen enerzijds een rol spelen in het voorkomen van maatschappelijke uitval en eenzaamheid (preventie) en anderzijds meewerken aan het participeren van de cliënt (als hij dat wil) in de buurt (inclusie).

6. Samenwerken in ketens

Voor een vloeiende samenwerking zijn goede (regionale) afspraken nodig, ook met organisaties uit andere ketens, bijvoorbeeld GGZ, zorgverzekeraars, verslavingszorg, huisvesting, werk en inkomen, zorg voor jeugd en veiligheid.

Onderzoeksopdracht

Het doel van deze evaluatie is inzicht verschaffen in de wijze waarop het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan het realiseren van de beleidsdoelstellingen van het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel. Op basis van dit beleidskader heeft de gemeente de volgende vragen geformuleerd:

Deelvragen: Resultaatgericht werken

- ▶ Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om per cliënt een (herstel) traject op maat te formuleren, waarbij de cliënt samen met de aanbieder vormgeeft aan dit traject?
- ▶ Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om resultaatgericht te werken?
- ▶ In hoeverre draagt het arrangementenmodel bij aan het herstel van de cliënt? Worden de afgesproken 'cliënt'-resultaten gehaald?

Deelvragen: Wonen

- ▶ Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht aan aanbieders om het scheiden van wonen en zorg te realiseren?
- ▶ Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht aan aanbieders om beschut wonen plekken te realiseren?
- ▶ Hoe heeft het arrangementenmodel bijgedragen aan de opdracht om een betere en eerdere uitstroom en doorstroom van cliënten BW naar het zelfstandig thuis wonen mogelijk te maken?

Deelvragen: Samenwerking en transformatie

- ▶ Vanuit het oogpunt van integrale dienstverlening en het doorbreken van verkokering is één aanbieder verantwoordelijk voor het totale arrangement; in hoeverre draagt deze werkwijze bij aan het behalen van de (cliënt)resultaten?
- ▶ In de aanbesteding van het arrangementenmodel staan ook opdrachten opgenomen voor integraliteit, ketensamenwerking, acceptatieplicht en preventie. In hoeverre hebben de partijen invulling gegeven aan deze opdrachten?

Daarnaast wordt gekeken of er (neven)effecten zijn in (de toepassing van) de arrangementen, zowel positief als negatief, die op voorhand niet voorzien waren.

Onderzoeksaanpak

Het onderzoek is vormgegeven in 4 stappen.

- ▶ Allereerst hebben we deskresearch gedaan op basis van de data en gegevens die beschikbaar waren vanuit de gemeente.
- ▶ Daarna hebben we verdiepend onderzoek gedaan door middel van interviews, onder andere met zorgaanbieders, casemanagers en cliëntenraden. In totaal zijn 42 respondenten geïnterviewd van 16 organisaties. Een complete lijst van de geïnterviewde personen is te vinden in **bijlage A**. Door deze semigestructureerde interviews hebben we inzicht verkregen in de huidige situatie omtrent het arrangementenmodel. Ook bespraken we met hen de doelstellingen van het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel, en de mate waarin die zijn gerealiseerd.
- ▶ De derde stap van het onderzoek is vormgegeven door middel van één consultatiebijeenkomst met zorgaanbieders. De consultatiebijeenkomst was bedoeld om enerzijds de bevindingen uit het verdiepende onderzoek te toetsen en anderzijds hierop te verdiepen. Een lijst met aanwezigen is wederom opgenomen in **bijlage A**.
- ▶ Tot slot hebben we de resultaten beschreven in deze rapportage.



Figuur 1. Onderzoeksaanpak.

Leeswijzer

Deze rapportage heeft 5 hoofdstukken. In dit eerste hoofdstuk zijn we ingegaan op de aanleiding van het onderzoek en de onderzoeks aanpak. In het tweede hoofdstuk zullen we uiteenzetten wat de context en inhoud van het arrangementenmodel behelst. Vervolgens kijken we in het derde hoofdstuk naar het arrangementenmodel zelf, waarin we de splitsing maken in het onderdeel resultaatgericht werken en het onderdeel doorstroom en woonaanbod. In hoofdstuk vier onderzoeken we de samenwerking in de keten. Ten slotte geven we in hoofdstuk vijf de conclusies en denkrichtingen vanuit dit onderzoek mee.

Achtergrond

Landelijke bewegingen in het sociaal domein

Sinds 1 januari 2015 zijn (centrum)gemeenten verantwoordelijk voor de toegang tot beschermd wonen als gevolg van decentralisatie door het Rijk. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 was er al een basis gelegd voor ondersteuning dichtbij de inwoner en het versterken van de eigen kracht. In de nieuwe Wmo 2015 hebben gemeenten een bredere verantwoordelijkheid voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners. Het beschermd wonen, dat voorheen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten viel, is daarbij overgedragen naar de Wmo. Vanaf 2015 zijn de (centrum)gemeenten verantwoordelijk voor het huidige takenpakket.

Naar aanleiding van de nieuwe Wmo heeft de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een commissie onder leiding van Erik Dannenberg gevraagd een advies te formuleren over de toekomst van beschermd wonen. Eind 2015 is het adviesrapport² van de commissie Dannenberg, ook wel bekend als de Commissie Toekomst beschermd wonen, uitgebracht met daarin een landelijke visie op beschermd wonen. In de visie wordt de sociale inclusie van de doelgroep beschermd wonen en maatschappelijke opvang centraal gesteld. Het uitgangspunt daarbij is om de doelgroep zo veel mogelijk zelfstandig te laten wonen in de wijk, maar wel met de nodige ondersteuning. Dit heet ook wel beschermd thuis. Het herstelgericht denken is daarbij leidend. In lijn met deze visie is in Nederland de beweging op gang gekomen van beschermd wonen naar beschermd thuis, waarbij mensen met een psychische kwetsbaarheid zo veel mogelijk worden gehuisvest en begeleid in hun eigen wijk, in hun eigen huis.

Met de doordecentralisatie die per 1 januari 2022 van start gaat, worden de volgende stappen gezet om de beweging van beschermd wonen naar beschermd thuis verder te realiseren. Het idee achter de doordecentralisatie is dat de hulp het beste kan worden geboden vanuit een thuisomgeving, om psychisch kwetsbare mensen meer volwaardig te laten deelnemen aan de maatschappij. Deze beweging, die gepaard gaat met ambulantisering en het scheiden van wonen en zorg³, heeft echter tijd nodig. Het vraagt om een organisatorische, financiële en culturele omslag, welke nog niet volledig gemaakt is. Daarnaast vraagt het van veel partijen een andere werkwijze: gemeenten, zorgaanbieders, zorgprofessionals, cliënten, maar ook bijvoorbeeld specialistische GGZ, welzijn en woningcorporaties. Er moet dus een nieuw zorglandschap opgebouwd worden, waarin al deze partijen op een goede manier samenwerken.

In het nieuwe zorglandschap wordt gewerkt naar een spectrum aan ondersteuning, zodat er voor mensen die alleen uit kunnen stromen met intensieve ondersteuning ook passend aanbod aanwezig is. Er zijn verschillende soorten van ondersteuning die relevant zijn voor de in- en uitstroom uit beschermd wonen. Onderstaand geven we een korte toelichting op de gebruikte termen.

² Advies Commissie Toekomst beschermd wonen (2015). Van beschermd wonen naar een beschermd thuis.

³ Dat wil zeggen dat ernaar gestreefd wordt dat cliënten zoveel mogelijk zelfstandig wonen, in plaats van in een instelling. De benodigde zorg en ondersteuning ontvangen ze thuis.

Wmo-voorzieningen

Maatschappelijke opvang: biedt een tijdelijk verblijf aan dak- en thuisloze mensen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. Dit gaat gepaard met een persoonlijk traject dat gericht is op zelfstandigheid en zo mogelijk, uitstroom naar zelfstandig wonen of een vervolgplek zoals beschut wonen of WLZ.

Beschermd wonen: biedt een combinatie van (groeps)wonen in een accommodatie van een instelling met bijbehorend toezicht en begeleiding aan mensen met psychiatrische problematiek die (nog) niet zelfstandig kunnen wonen. De begeleiding is gericht op herstel en is 24 uur per dag aanwezig of op afroep beschikbaar. De huisvesting kent verschillende varianten zoals beschut en beschermd wonen (zie kader op p.14).

Beschermd thuis: biedt zorg en ondersteuning in de eigen woning. Het doel is om mensen met psychiatrische problematiek zoveel mogelijk zelfstandig te laten wonen in hun eigen wijk of buurt door passende ondersteuning aan huis te bieden. De begeleiding is 24 uur per dag op afroep beschikbaar.

Ambulante zorg: wordt ook extramuraal zorg genoemd en is zorgverlening die buiten een instelling, dus bij iemand thuis wordt verleend. Begeleiding is op afspraak en deels op afroep beschikbaar.

Om de beweging naar beschermd thuis te maken is in Haarlem toegewerkt naar een arrangementen-model

Om uitvoering te geven aan het advies van de commissie Dannenberg en de gewenste landelijke beweging naar beschermd thuis te realiseren, hebben (centrum)gemeenten eigen beleidsplannen opgesteld om de nieuwe Wmo-voorziening beschermd wonen goed te organiseren. In 2016 is het beleidskader Opvang, Wonen en Herstel 2017-2020 vastgelegd voor de samenwerkende gemeenten in de regio Haarlemmermeer, IJmond en Zuid-Kennemerland. Haarlem is de centrumgemeente van deze regio. Het beleidskader betreft drie samenhangende beleidsterreinen: maatschappelijke opvang, beschermd wonen en vrouwenopvang. Het beleidskader is opgesteld met als hoofddoel om voor alle cliënten passende huisvesting en herstelondersteuning te bieden, gericht op zelfredzaamheid en participatie. De visie daarbij is de beweging naar ambulantisering en het scheiden van wonen en zorg in samenwerking met de aanbieders.

Op basis van de visie zijn drie grote ambities geformuleerd:

1. Preventie-offensief

Bijvoorbeeld door signaleringskracht in de wijk te bevorderen en door een soepele overgang van de ondersteuningsstructuur voor jongeren die achttien jaar worden.

2. Alle cliënten een hersteltraject op maat

Met een duidelijke toegang, zelfregie, trajectregie en voorrang voor de ontwikkeling op drie leefgebieden: sociale relaties, werk en dagbesteding en omgaan met geld.

3. Zelfstandig thuis wonen versterkt

De verschuiving van intramurale capaciteit naar ambulante capaciteit is mogelijk door omklap van intramurale zorgwoningen naar zelfstandige woningen, af- en ombouw van intramurale voorzieningen en realiseren van meer zelfstandige woningen.

De transformatie beschermd wonen vraagt om een andere invulling van de ondersteuning op het gebied van wonen en zorg. Om deze beweging te ondersteunen, heeft de centrumgemeente Haarlem in 2017 toegewerkt naar een nieuw arrangementenmodel beschermd wonen. Het

arrangementenmodel gaat uit van één plan, een arrangement op maat, waarbij de gemeente en aanbieders samenwerken met de cliënt om tot de invulling van het plan en de uitvoering hiervan te komen. Het model⁴ biedt daarbij ook de flexibiliteit om het ondersteuningstraject snel bij te stellen en op- en af te schalen als dat nodig is. Het arrangementenmodel richt zich op hersteltrajecten op maat, resultaatgerichte sturing en het scheiden van wonen en zorg. Op basis van het arrangementenmodel wordt tevens de zorgvergoeding voor de aanbieders bepaald.

Het arrangementenmodel omvat negen resultaatgebieden

Cliënten krijgen ondersteuning die wordt geleverd in de vorm van een hersteltraject op maat. Binnen deze maatwerkvoorziening beschermd wonen krijgt een cliënt een arrangement. Binnen een arrangement kan de ondersteuning worden vormgegeven door een combinatie van in totaal negen resultaatgebieden. Deze resultaatgebieden zijn afgeleid van de leefgebieden van de zelfredzaamheidsmatrix⁵. Per resultaatgebied zijn er verschillende intensiteitstredes (bijvoorbeeld beperkt, middelzwaar, intensief). Voor elk resultaatgebied waarop de cliënt een ondersteuningsvraag heeft, wordt de best passende intensiteitstrede bepaald. De keuzemogelijkheden zien er als volgt uit:

Tabel 1. De negen resultaatgebieden van het arrangementenmodel.

Resultaatgebieden	Intensiteitstreden			
	Beschut zelfstandig wonen	Beschut groepswonen	Beschermd wonen	
1. Wonen	Beschut zelfstandig wonen	Beschut groepswonen	Beschermd wonen	
2. Veiligheid	Beperkt toezicht	Middelzwaar toezicht	Intensief toezicht	
3. Financiën	Beperkt	Middelzwaar	Intensief	
4. Dagbesteding A/B	Beperkt	Beperkt/ midden	Midden	Intensief Zeer intensief
5. Sociale relaties	Beperkt	Middelzwaar	Intensief	
6. Opvoeden en opgroeien	Betrekken van de lokale deskundigheid op het gebied van Jeugd			
7. Zingeving	Activeren en aanwakkeren			
8. Persoonlijk functioneren	Beperkt	Middelzwaar	Intensief	Zeer intensief
9. Lichamelijke gezondheid	Beperkt	Middelzwaar	Intensief	Zeer intensief

Aan elke trede hangt een deelbudget. De som van alle deelbudgetten vormt het cliëntvolgende budget dat door de aanbieder kan worden ingezet om de beoogde resultaten te bereiken. De combinatie van verschillende gewenste resultaten op verschillende leefgebieden zorgt voor een hersteltraject op maat.

Kenmerkend voor de Wmo-voorziening beschermd wonen is het leveren van zorg en een veilige woonomgeving met toezicht voor de cliënt. Het arrangementenmodel onderscheidt verschillende woonvormen in het resultaatgebied wonen, namelijk beschermd en beschut wonen, waarbij beschut wonen in groepsvorm of individueel kan worden ingezet. Afhankelijk van de zorgbehoefte van de

⁴ Handboek beschut en beschermd wonen (2018). Regio IJmond, Zuid Kennemerland en Haarlemmermeer.

⁵ Zelfredzaamheid-Matrix Handleiding (2013).

cliënt en de mate waarin de cliënt zelfstandig kan wonen, wordt beschermd wonen of beschut wonen toegekend. In het onderstaande kader worden de verschillen tussen deze woonvormen nader uitgelegd.

Varianten Wmo-voorziening beschermd wonen

Beschut zelfstandig wonen (trede 1)⁶: is een tijdelijke voorziening voor de overbrugging naar begeleiding ambulant. Bij beschut zelfstandig wonen is de cliënt in staat om zelfstandig te wonen en betaalt zelf de huur. De woning wordt verhuurd door de zorgaanbieder aan de cliënt. Voor de cliënt is het belangrijk dat de begeleider vaak in de buurt is, maar hij/zij kan zijn/haar hulpvraag meestal uitstellen tot de volgende afspraak.

Beschut groepswonen (trede 2): bij beschut groepswonen kan de cliënt zelfstandig wonen en betaalt deze zelf de huur. De woning wordt verhuurd door de zorgaanbieder aan de cliënt. De cliënt woont met andere cliënten in hetzelfde gebouw en deelt gemeenschappelijke ruimten. De cliënt is hier gebaat bij, doordat hij/zij steun heeft aan de ander of samen activiteiten kan ondernemen. Voor de cliënt is het belangrijk dat de begeleider vaak in het gebouw aanwezig is, maar hij/zij kan zijn/haar hulpvraag meestal uitstellen tot de volgende afspraak.

Beschermd wonen (trede 3): biedt een veilige en afgeschermd woon- en leefomgeving voor cliënten die door zijn/haar problematiek niet in staat zijn zelfstandig te wonen. De begeleider moet (vaak) in het gebouw aanwezig zijn, omdat de hulpvraag van de cliënt meestal niet uitgesteld kan worden.

Instroom, doorstroom en uitstroom

Via verschillende wegen kan een cliënt zich aanmelden voor de voorziening beschermd wonen. Een screenteam verwerkt de melding en zet deze door naar een team van casemanagers beschermd wonen. Vervolgens start de casemanager een onderzoek waarin de relevante resultaatgebieden voor de cliënt worden bepaald. Het onderzoeksverslag wordt naar de cliënt en/of betrokken hulpverlener gestuurd ter controle en ondertekening, waarna een beschikking wordt opgemaakt (positief of negatief advies voor beschut of beschermd wonen). De duur en inhoud van deze beschikking is afhankelijk van de situatie van de cliënt. Op basis van het onderzoek zoekt de casemanager samen met de cliënt naar het best passende aanbod van zorg. Voor de gecontracteerde aanbieders geldt in beginsel een acceptatieplicht. Aanbieders zijn daarbij verplicht om ondersteuning te leveren aan cliënten met een beschikking voor beschut of beschermd wonen. Wanneer er niet direct een plaats beschikbaar is, komt de cliënt op de wachtlijst te staan.

De contractuele afspraak is dat cliënten die op de wachtlijst staan overbruggingszorg ontvangen als ze een arrangement hebben met woontrede 2 (beschut groepswonen) of woontrede 3 (beschermd wonen), tenzij ze al elders intramuraal verblijven. De overbruggingszorg wordt geboden in de vorm van extramuraal begeleiding en dagbesteding, met als doel voorkomen van achteruitgang en waar mogelijk werken aan doelen.

Cliënten kunnen op verschillende wijzen uitstromen uit beschut of beschermd wonen, waarbij zij gebruik kunnen maken van een voorrangsregeling op de woningmarkt mits ze aan de voorwaarden van deze regeling voldoen. Deze regeling verschilt per subregio: in IJmond bestaan er kanswoningen,

⁶ Deze trede kan niet worden toegekend aan nieuwe cliënten en zal naar verwachting op den duur verdwijnen. Nieuwe cliënten komen in deze situatie gelijk in aanmerking met begeleiding ambulant.

in Zuid-Kennemerland contingentwoningen en in Haarlemmermeer opstapwoningen. De gemeente maakt met woningcorporaties afspraken over het aantal woningen dat woningcorporaties jaarlijks beschikbaar moeten stellen voor deze doelgroep.

De gemeente stimuleert ambulantisering door het scheiden van wonen en zorg, nieuwe vormen van beschut wonen en het omklappen van beschut of beschermd wonen naar zelfstandige woonruimten of het omklappen van beschermd wonen naar beschut wonen. Met de drie treden binnen het resultaatgebied wonen beoogt de gemeente bijvoorbeeld een duidelijker onderscheid te maken tussen wonen en zorg⁷. Cliënten in trede 1 en 2 (beschut wonen) hebben een eigen adres en betalen zelf de huur, terwijl deze bij trede 3 (beschermd wonen) betaald wordt vanuit het zorgbudget.

Cliënt: inwoner die op grond van de Wmo hulp ondersteuning ontvangt van een aanbieder. De doelgroep beschermd wonen is inwoners vanaf 18 jaar met doorgaans meervoudige problematiek die onvoldoende in staat zijn om op eigen kracht zelfstandig te wonen en in andere noodzakelijke bestaansvoorwaarden te voorzien. De problematiek is vaak een of meerdere combinatie van o.a. psychische aandoeningen, verslaving, schulden, werkloosheid, licht verstandelijke beperking en/of detentie. Het betreft een zeer heterogene doelgroep met ieder een eigen, unieke ondersteuningsvraag ten aanzien van wonen én hulp bij herstel.

Screenteam: via het Wmo-loket kan de cliënt zich aanmelden voor beschermd wonen. De medewerker van het screenteam stelt een aantal vragen aan de cliënt om een eerste inschatting te kunnen maken van de ondersteuningsvraag. Indien beschut of beschermd wonen passend lijkt, zet het screenteam de melding door naar casemanagers.

Casemanager: de casemanager verzamelt relevante informatie en voert onderzoek uit naar de passende ondersteuning voor de cliënt met behulp van het arrangementenmodel. Gewoonlijk voert de casemanager een gesprek met de cliënt waarin de resultaatgebieden en de doelen van de cliënt worden besproken. Op basis van deze informatie en het onderzoek stelt de casemanager een onderzoeksverslag op met daarin een positief of negatief advies voor beschermd wonen.

Beschikking: in de beschikking staat de motivering voor de toekenning (bij positief advies) of geen toekenning (bij negatief advies) van Wmo-maatwerkvoorziening. De duur van de beschikking hangt af van de situatie van de cliënt.

Kanswoning/contingentwoning/opstapwoning: cliënten die uitstromen uit een voorziening beschut of beschermd wonen kunnen gebruikmaken van deze voorrangregeling op de woningmarkt. Cliënten kunnen voor minimaal twee jaar zelfstandig wonen met begeleiding via een driepartijenovereenkomst, waarbij voor minimaal twee jaar afspraken worden gemaakt. De driepartijenovereenkomst wordt gesloten tussen cliënt, woningcorporatie en zorgaanbieder.

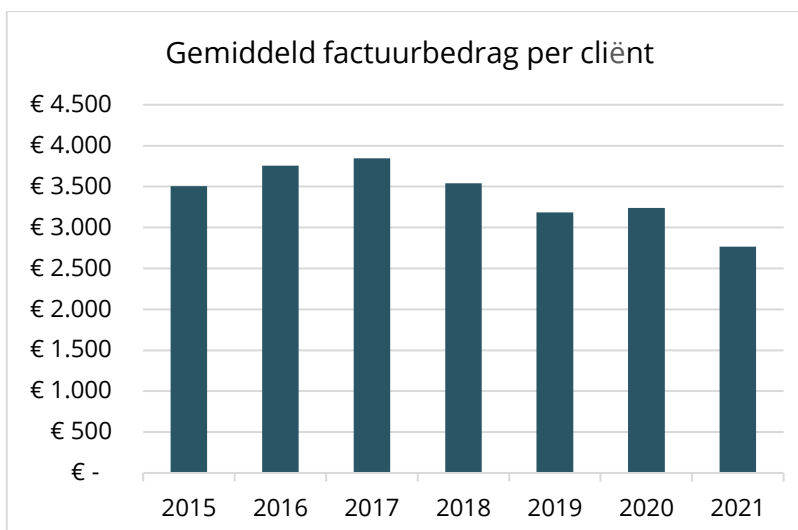
⁷ Aanbieders ontvangen voor een beschut en beschermd wonen ook een andere vergoeding. Bij beschut wonen is deze ongeveer 2400 euro en voor beschermd wonen ongeveer 4000 euro.

Cijfermatig overzicht

Vanuit de gemeente worden diverse kengetallen bijgehouden om het arrangementenmodel te monitoren en op resultaat te kunnen sturen. Op basis daarvan geven we een overzicht over wat er cijfermatig bekend is. Zo zien we bijvoorbeeld dat het gemiddeld aantal cliënten en de gemiddelde kosten per maand jaarlijks zijn gestegen vanaf 2016 (tabel 2).⁸ Echter, de gemiddelde factuurbedragen per unieke cliënt zijn gedaald, zoals te zien in de grafiek (figuur 2). Daarmee kan er een aanname gedaan worden dat de kosten minder zijn gestegen dan was gebeurd wanneer er geen interventie was gepleegd.

Tabel 2. Gemiddelde kosten en gemiddeld aantal unieke cliënten per maand, weergegeven per jaar.

Jaar	Gemiddelde kosten per maand	Gemiddeld aantal unieke cliënten per maand aan wie zorg is geboden
2016	€2.683.104,92	714
2017	€2.783.527,96	724
2018	€2.862.976,46	816
2019	€2.914.504,85	915
2020	€3.030.607,96	936



Figuur 2. Gemiddeld factuurbedrag per cliënt, weergegeven per jaar.

In de grafiek is ook te zien dat de gemiddelde factuurbedragen per cliënt dalen vanaf 2018. Dit kan een aantal verklaringen hebben:

- ▶ Het arrangementenmodel is geïntroduceerd in 2018 met nieuwe tarieven vanuit de gemeente
- ▶ Er wordt meer beschermd wonen ingezet en er is daarmee een afbouw van beschermd wonen. Wanneer we kijken naar de tabel 3 lijkt dit laatste punt maar een klein verschil te maken in de totale populatie. Onder de tabel geven we hierover meer toelichting.

⁸ Voor 2015 zijn de gegevens niet compleet, en zijn daarom niet opgenomen in het overzicht. Ook voor de eerste maanden van 2021 lijken nog declaraties te ontbreken, dus ook deze gegevens zijn niet opgenomen.

In de grafiek is een lichte stijging te zien in 2020. Volgens één van de contractmanagers komt dat doordat er in 2020 is geconstateerd dat de zorgvraag van de cliënt toeneemt, waardoor de casemanagers op een andere manier zijn gaan kijken naar de indicatiestelling dan voorheen. In 2021 is een daling van het gemiddelde factuurbedrag te zien. Dit kan veroorzaakt worden door de uitname van beschermd wonen cliënten naar de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2021. Vanaf 2021 staat de Wlz open voor ggz-clieñten met een blijvende behoefte aan intensieve zorg. Een deel van de beschermd wonen cliënten valt dus per 1 januari 2021 onder een andere financiering.

De gemeente heeft de nieuwe systematiek geleidelijk ingevoerd: cliënten werden pas omgezet naar de nieuwe systematiek bij hun reguliere herindicatie. Dat geeft meer zekerheid voor cliënten en een geleidelijke overgang geeft zorgaanbieders en gemeente de mogelijkheid om aan de systematiek te wennen. In de tabel is te zien dat in de loop van 2019 meer dan de helft van de cliënten onder de nieuwe systematiek viel. In 2021 zullen vrijwel alle cliënten die nu nog onder het overgangsrecht vallen uitstromen, en is de nieuwe systematiek volledig ingevoerd.

Tabel 3. Toekenningen van beschermd en beschut wonen volgens de nieuwe en de oude systematiek per jaar.

Jaar	Beschermd Wonen (arrangement)	Beschut Wonen (arrangement)	Beschermd wonen (oude systematiek) in december
2018	112	26	532
2019	392	106	333
2020	473	124	263
2021 ⁹	426	134	1

In tabel 3 worden de arrangementen beschermd en beschut wonen getoond. In de laatste kolom is het aantal cliënten opgenomen dat onder het overgangsrecht viel en daarom nog onder de oude systematiek valt. Uit tabel 3 blijkt dat het aantal arrangementen in het nieuwe product beschut wonen zeker in 2018 en 2019 sterk steeg, en ook dat er nog steeds een stijging optreedt. Dit lijkt erop te wijzen dat dit arrangement aansluit bij een behoefte en dat het aanbieders in deze fase gelukt is om woonvoorzieningen te creëren die aansluiten bij de gewenste transformatie. Tot en met 2020 was de ambitie om 70 woningen te hebben omgeklapt naar beschut wonen plekken. Begin 2020 zijn er 76 unieke cliënten gefactureerd met een beschut wonen plek wat betekent dat deze ambitie is gehaald. Tegelijkertijd is er echter geen afname te zien van beschermd wonen. De som van het aantal mensen dat in december een toekenning beschermd wonen had volgens de oude systematiek en het aantal mensen met een toekenning volgens de nieuwe systematiek stijgt ieder jaar. Het is op basis van deze data niet mogelijk om uitspraken te doen over de door- en uitstroom van individuele cliënten. Wel valt op dat het totaal aantal toekenningen is toegenomen in de afgelopen jaren.

⁹ Cijfers op basis van cliënten die tot april in zorg gestroomd zijn. Het cijfer stijgt dus nog naar aanleiding van instroom daarna.

Het arrangementenmodel

In deze en de volgende hoofdstukken worden de belangrijkste bevindingen uit de gesprekken met betrokkenen gepresenteerd. Deze bevindingen verschaffen inzicht in de wijze waarop het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan het behalen van de beleidsdoelstellingen. Omdat veel bevindingen elkaar overlappen, is ervoor gekozen om de resultaten per thema weer te geven. We beantwoorden dus de deelvragen niet afzonderlijk, maar kijken naar de belangrijke thema's die uit de gesprekken naar voren kwamen. De antwoorden op de deelvragen zijn opgenomen in de samenvattende conclusies.

Resultaatgericht werken

In deze paragraaf gaan we in op de vraag op welke manier het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan de opdracht om een (herstel)traject op maat te formuleren, resultaatgericht te werken en cliëntresultaten te behalen.

Het arrangementenmodel heeft op een aantal plekken geleid tot meer aandacht voor zelfregie en doelen van de cliënten

De meerderheid van de zorgaanbieders geeft aan dat het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan een (cultuur)verandering in hun organisatie. Deze aanbieders geven aan dat er met het arrangementenmodel meer nadruk kwam te liggen op de zelfregie en doelen van de cliënten. Waar voorheen de benodigde inzet van ondersteuning door de hulpverlener werd bepaald, wordt met de komst van het arrangementenmodel de invulling van de begeleiding in dialoog tussen cliënten hulpverlener bepaald. Hierdoor is meer maatwerk en persoonlijke aandacht mogelijk, geven sommige aanbieders aan. Daarbij worden de gehanteerde tarieven als uitgangspunt gehanteerd.

"Ik denk dat we door de komst van arrangementenmodel meer MET de deelnemer spreken dan OVER de deelnemer. Voorheen waren er hulpverleners die dachten te weten wat goed was voor de deelnemer".

"We werkten altijd al met doelstellingen. Er is niet veel veranderd door de komst van het arrangementenmodel. We keken altijd al naar de financiële situaties van de cliënten, waar ga je wonen? We geven trainingen om daarmee om te gaan. Sociale relaties, hoe ga je daarmee om? Dit zijn allemaal standaard doelen."

Medewerkers zorgaanbieder

Er zijn ook enkele aanbieders die aangaven voor de invoering van het arrangementenmodel al veel in te zetten op de persoonlijke doelen van de cliënten. Deze aanbieders geven aan dat hun werkwijze niet (significant) is veranderd na de invoering van de systematiek; zij hanteerden de uitgangspunten van het arrangementenmodel al.

Het arrangementenmodel draagt bij aan resultaatgericht werken

Voor de meeste aanbieders heeft het arrangementenmodel geleid tot concretere doelstellingen, doelgerichtere begeleidingsplannen en ook concretere verwerking van doelen. Dit komt vooral doordat de casemanagers aanbieders sturen op resultaten in plaats van door controle op inzet zoals

bij de oude systematiek. Enkele aanbieders geven aan dat deze manier van werken bijdraagt aan doelgericht werken.

Volgens aanbieders heeft het resultaatgericht werken geleid tot meer actief rapporteren over de doelen, meer tussentijdse evaluaties en contactmomenten met casemanagers en daardoor ook tot meer administratieve lasten. Meerdere aanbieders geven aan dat voor de invoering van het arrangementenmodel ze minder verantwoording verplicht waren aan de gemeente.

“Vanuit het oude model waren we minder verantwoording verplicht. Doelgericht werken betekent ook een doelgericht begeleidingsplan en dat je de resultaten ook rapporteert.”

“Het arrangementenmodel bevordert doelgericht werken. Voor de medewerkers is het ook helder wat de ondersteuningsbehoefte is per persoon en welke interventies zij kunnen inzetten.”

Medewerkers zorgaanbieder

Naast de invoering van het arrangementenmodel zijn er ook een aantal parallelle ontwikkelingen die hebben bijgedragen aan deze veranderingen. Zo gaf een aanbieder aan dat de invoering van het arrangementenmodel samenviel met de implementatie van hun eigen nieuwe visie waarin wordt gewerkt aan zelfredzaamheid en veerkrachtigheid van de cliënten. Dat maakt dat de organisatie ook zonder arrangementenmodel waarschijnlijk al meer cliënt- en herstelgericht was gaan werken. Geconcludeerd kan worden dat er verschillende ontwikkelingen hebben plaatsgevonden die allemaal in dezelfde richting tenderen en elkaar versterken. De decentralisaties, het advies van de commissie Dannenberg en het arrangementenmodel zelf richten zich alle op het bevorderen van de zelfredzaamheid en veerkrachtigheid van de cliënten. Deze focus vertaalt zich in andere werk- en denkwijzen bij de zorgaanbieders.

Door beleidsadviseurs en aanbieders wordt verschillend gedacht over de mate van flexibiliteit binnen het arrangementenmodel

In het aanbestedingsdocument wordt aan aanbieders gevraagd resultaatgericht te werken door middel van arrangementen. Aanbieders worden daarmee verantwoordelijk voor het bereiken van resultaten van de cliënt en geven zelf invulling aan de benodigde ondersteuning. Door aanbieders zelf te laten bepalen op welke wijze het resultaat wordt behaald, moest het arrangementenmodel meer flexibiliteit, vrijheid en ruimte creëren voor aanbieders. De gemeente toetst achteraf of de resultaten zijn behaald. Op deze manier stuurt de gemeente op resultaat in plaats van op inzet.

Dit werd ook aangegeven door beleidsadviseurs die we hebben gesproken. Beleidsadviseurs geven aan dat zij de zorgaanbieders ruimte geven in de manieren waarop zij het geld kunnen besteden. Beleidsadviseurs merken wel dat aanbieders het soms lastig vinden om zelf invulling te geven aan het budget en behoefte hebben aan richtlijnen over de inzet van ondersteuning.

“Het arrangementenmodel is resultaatgericht. Je geeft een zak geld en [de aanbieder] doet ermee wat nodig is. Dat vinden de aanbieders heel ingewikkeld om te doen. Een aanbieder zegt dan: “we hebben geen ruimte om iemand naar pianoles te sturen, daar is geen geld voor”. Dat is juist wel het geval, je mag doen wat je wilt met dit geld.”

Beleidsadviseur

Volgens de beleidsmedewerkers is er vanuit het beleid bewust voor gekozen om aanbieders geen richtlijnen te geven over de in te zetten ondersteuning, om niet op de stoel van de aanbieders te gaan zitten. Het arrangement stelt alleen vast welke resultaten de aanbieder met de cliënt moet behalen (het 'wat'), maar schrijft niet voor hoe ze dat moeten doen (het 'hoe'). Die taak is toevertrouwd aan aanbieders.

Vanuit het perspectief van de zorgaanbieders valt dit in de praktijk soms wat tegen. Zorgaanbieders verschillen onderling in de mate waarin ze flexibiliteit en ruimte ervaren binnen het arrangementenmodel. Zo horen we van enkele aanbieders dat "buiten het boekje" treden met het doel van het budget, bijvoorbeeld door een uur pianoles te bieden in plaats van een uur begeleiding, geen vanzelfsprekendheid is. Volgens deze aanbieders worden zulke activiteiten wel ondernomen, maar op kleine schaal en alleen in samenspraak met de gemeente. Het gevoel heerst onder deze aanbieders dat ze in zulke gevallen verantwoording moeten afleggen bij de gemeente. Ook missen sommige aanbieders een budget dat vanuit het oogpunt van sociale inclusie ingezet kan worden om bijvoorbeeld een sportclub of een OV-pas te bekostigen, terwijl dit volgens de regels van het arrangementenmodel wel uit het arrangement betaald mag worden.

Er is echter ook een aantal aanbieders dat aangeeft meer vrijheid te ervaren binnen het arrangement om creatief te zijn in de omgang met het budget. Zo geven enkele aanbieders aan het budget in te zetten zodat cliënten bijvoorbeeld kunnen oefenen met zelfstandig reizen met OV of vaardigheden kunnen leren voordat ze de samenleving weer ingaan. Deze aanbieders geven aan dat met het arrangementenmodel meer vertrouwen wordt gelegd bij de zorgaanbieder om buiten de gangbare paden te gaan om zelf invulling te geven aan de ondersteuning. Ook vinden sommige aanbieders het prettig dat met het arrangementenmodel veel vertrouwen en verantwoordelijkheid wordt gelegd bij aanbieders zelf, doordat zij verantwoordelijk zijn voor het bieden van het totale arrangement. Aanbieders interpreteren de mogelijkheden binnen het arrangementenmodel dus op verschillende manieren.

Beperkingen datagestuurd werken

Met het arrangementenmodel wordt beoogd resultaatgericht te werken. Vrijwel alle aanbieders geven aan via hun eigen systematiek doelrealisaties bij te houden. Dit is bijvoorbeeld nodig om de ondersteuning van de cliënt te kunnen plannen. Daarnaast gaan de aanbieders op periodieke momenten in gesprek met de casemanagers, om de indicatie en het zorgpakket van cliënten te evalueren. Op deze kwalitatieve basis wordt veel kennis uitgewisseld tussen de gemeente en de zorgaanbieders. Het onderlinge persoonlijke contact tussen zorgaanbieder en casemanager speelt daarbij een grote rol.

Contractmanagers geven aan dat vanuit de gemeente de afgelopen jaren diverse stappen zijn gezet om meer datagestuurd te werken. Zo verzamelen contractmanagers verschillende data omtrent beschermd wonen, zoals toekenningen van beschermd en beschut woningen, gemiddelde kosten per cliënt en instroom en uitstroom van cliënten per zorgaanbieder. Vanuit de gemeente is echter beperkt zicht op behaalde resultaten en de ontwikkeling die cliënten doormaken binnen het arrangementenmodel. Daardoor is het onduidelijk of het arrangementenmodel ook op geaggregeerd niveau heeft geleid tot betere resultaten. Dit heeft meerdere redenen:

► Geen zicht op alle data

Zowel casemanagers, beleidsmedewerkers als contractmanagers geven aan geen zicht te hebben op alle (relevante) data. Dit komt enerzijds doordat bepaalde gegevens niet worden bijgehouden, bijvoorbeeld vanuit waar een cliënt instroomt, hoe vaak een bepaald resultaatgebied wordt

ingezet en in hoeverre zorgaanbieders zorg afbouwen naar verloop van tijd en ontbreekt bijvoorbeeld inzicht in de samenhang van de intensiteitstreden van de resultaatgebieden. Ook is weinig zicht op de cliëntontwikkelpaden. Ook is er momenteel geen zicht op cliënten die voorrang hebben op beschermd of beschut wonen, bijvoorbeeld omdat ze uit de detentie komen. Door het ontbreken van data is niet met zekerheid te zeggen of er betere resultaten zijn geboekt sinds de invoering van het arrangementenmodel¹⁰ en kan niet op regionaal beleidsniveau gestuurd worden op resultaten. Op individueel cliëntniveau vindt echter wel regelmatig afstemming plaats tussen de casemanager en de zorgaanbieder.

► **Vervuiling in de data**

Wat meespeelt, is dat de beschikbare data deels vervuild zijn. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat een cliënt 'uitstroomt' bij de ene zorgaanbieder en direct 'instroomt' bij een andere. Mede hierdoor raken de databestanden vertroebeld. Ook geven de contractmanagers aan geen goed overzicht te hebben van de huidige wachtlijst. Data die aanbieders aanleveren, komen niet overeen met de data in hun systeem, zo geeft de gemeente aan. Zo staan er soms cliënten tussen die uitgestroomd zijn of cliënten die nog geen beschikking hebben ontvangen.

Een goede indicatiestelling vergt meer dan een gesprek

Wanneer een cliënt zich heeft aangemeld voor beschut of beschermd wonen, start een periode van onderzoek. Vaak maakt een gesprek, het zogenoemde 'keukentafelgesprek', tussen de casemanager en de cliënt (met of zonder de hulpverlener) deel uit van het onderzoek. Tijdens het keukentafelgesprek worden de zorgbehoefte van de cliënt in kaart gebracht en de doelen die de cliënt wil bereiken. Op basis van het onderzoek en het gesprek stellen de casemanagers een indicatie op, aan de hand van de negen resultaatgebieden (pagina 15, tabel 1)

Hoewel de indicatiestelling niet alleen op dit gesprek is gebaseerd, ervaren sommige aanbieders het als te beperkt om echt goed de benodigde zorg te bepalen. Deze aanbieders geven aan dat het idee van een gesprek goed is, maar dat in de praktijk vaak blijkt dat het keukentafelgesprek niet voldoende is om een passende indicatie te stellen. Als voornaamste reden geven ze aan dat een gesprek te kort is om de volledige problematiek van een cliënt in kaart te brengen. Ook geven aanbieders en cliënten aan dat cliënten een bepaalde vertrouwensband nodig hebben voordat de gehele problematiek besproken kan worden. Dat vraagt vaak een langere periode voordat deze is afgebouwd. Daardoor komen aanbieders er soms pas na weken achter wat de daadwerkelijke zorgvraag is van de cliënt, wat in veel gevallen zwaarder is dan geïndiceerd. Dit lijkt vooral te spelen bij grotere aanbieders en bij cliënten met zwaardere problematiek. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat het soms afhankelijk is van de casemanager welke indicatie wordt afgegeven en voor welke duur.

¹⁰ **Extra toelichting:** om antwoord te kunnen geven op de vraag in hoeverre het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan het behalen van de cliëntresultaten is een aantal kwantitatieve gegevens op populatieniveau nodig. Kwantitatieve gegevens over de in-, door- en uitstroom van cliënten, frequentie van en verhouding tussen de inzet van verschillende resultaatgebieden en inzicht in afbouw van zorg op populatieniveau worden momenteel gemist. Hierdoor kunnen we geen onderbouwde conclusie trekken over de invloed van het arrangementenmodel op het behalen van de cliëntresultaten. Het verzamelen van informatie zorgt echter ook voor meer regeldruk en hogere administratieve lasten voor alle betrokken partijen. Er dient dus een goede afweging gemaakt te worden betreffende welke data in de toekomst waardevol is om te verzamelen.

“Het is moeilijk voor de deelnemers om gelijk zijn of haar problematiek op tafel te leggen. Doorvragen tijdens het gesprek is belangrijk. Maar daar zit het probleem. Wij krijgen een beschikking en gaan ermee aan de slag. Maar na een paar maanden, als de deelnemer zich meer op z'n gemak voelt komen we erachter hoe diep de problematiek is. Het is vaak graadje 4-5 erger dan gedacht.”

Medewerker zorgaanbieder

Aanbieders kunnen in principe een herindicatie aanvragen wanneer de indicatie niet overeenkomt met hun beeld van de problematiek. Contractmanagers en casemanagers geven aan dat vanuit de gemeente deze mogelijkheid actief wordt aangeboden aan aanbieders. We horen vaak dat casemanagers hierin coulant zijn en aanbieders vragen in zulke gevallen dan ook een herindicatie aan. Echter, aanbieders ervaren meer administratieve lasten bij het aanvragen van een herindicatie. Aanbieders zouden daarom aan de voorkant meer tijd willen met een cliënt, zodat de indicatie passender afgegeven kan worden.

“De zorgaanbieder zou een grotere rol moeten hebben in de indicatiestelling. Moeten we niet naar een startbudget? Binnen acht weken is beter zichtbaar waar de grootste problematiek zit voor de cliënt. Kunnen we niet dan de resultaatgebieden bepalen?”

“Nieuwe cliënten zouden een startindicatie moeten krijgen voor de eerste drie maanden. Daarna moet pas het keukentafelgesprek plaatsvinden.”

Medewerkers zorgaanbieders

Een deel van de geïnterviewden vraagt zich af of de herstelgerichte aanpak van het arrangementenmodel in alle gevallen passend is. Het arrangementenmodel gaat uit van herstel, maar meerdere geïnterviewden geven aan dat voor een kleine groep cliënten lastig is om zelfstandig wonen te realiseren, omdat ze blijvend last hebben van hun problematiek en daarom blijvend ondersteuning nodig hebben, maar niet in aanmerking komen voor de Wlz¹¹. Daarnaast zien casemanagers en aanbieders soms dat cliënten bij de start van het traject nog niet in staat zijn om aan doelen te werken, omdat ze eerst behoefte hebben aan stabiliteit. Pas als aan die basisvoorwaarde is voldaan kan aan de doelen worden gewerkt, geven enkele casemanagers aan. Zorgaanbieders geven aan dat stabilisatie ook als eerste doel kan worden gezien, dat gebeurt op dit moment niet.

Kernconclusies

Een van de doelstellingen van het arrangementenmodel is het formuleren van een hersteltraject op maat. De meeste aanbieders geven aan dat het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan een (cultuur)verandering binnen hun organisatie, zoals meer aandacht voor maatwerk, zelfregie en doelen van de cliënten. Deze doelstellingen van het arrangementenmodel sluiten daarin goed aan bij een aantal parallele ontwikkelingen, zoals de landelijke beweging naar ambulantisering. Met het arrangementenmodel is er ook meer nadruk komen te liggen op het resultaatgericht werken, een andere doelstelling van de systematiek. Dit komt doordat er vanuit de casemanagers meer wordt gestuurd op resultaten aan de hand van tussentijdse evaluaties. Aanbieders ervaren hierdoor

¹¹ Dit geldt voor sommige cliëntgroepen (bijvoorbeeld mensen met autisme). De intensiteit van de zorgvraag De intensiteit van de zorgvraag maakt dat deze cliëntgroep onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt.

toegenomen administratieve lasten en een grotere verantwoordingsplicht over de resultaten. Het lijkt te gaan om een toename van functionele regeldruk, in dit geval een toename van de administratieve handelingen zodat effectiever gestuurd kan worden op de cliëntresultaten. Wat betreft de afstemming tussen de gemeente en zorgaanbieder is het de vraag of het gaat over een werkelijke 'verantwoordingsplicht' of een gesprek tussen casemanager en zorgverlener waarmee in gezamenlijkheid tot een zo goed passend mogelijk zorgpakket kan worden gekomen. In beide gevallen is het van belang om helderheid te organiseren of het gaat om een verplichting (waarop een aanbieder kan worden afgerekend) of een vorm van afstemming.

Door meer duidelijkheid hierover te verschaffen, kunnen mogelijk ook stappen worden gezet in de mate van flexibiliteit die zorgaanbieders ervaren binnen het arrangementenmodel. Uit de interviews blijkt namelijk dat hier tussen aanbieders onderling, maar ook tussen aanbieders en de gemeente, grote verschillen in perceptie in bestaan. Een klein deel van de aanbieders ervaart een grote mate van vrijheid en voelt de ruimte om ook op creatieve en innovatieve wijze zorg op maat aan cliënten aan te bieden. Het merendeel van de aanbieders heeft het idee zich bij dergelijke keuzes te moeten verantwoorden aan de gemeente.

Met het arrangementenmodel wordt beoogd resultaatgericht te werken. Vrijwel alle aanbieders geven aan via hun eigen systematiek doelrealisaties bij te houden. Ook de gemeente probeert te sturen op resultaten. Daarom vindt veelvuldig afstemming plaats tussen zorgverleners en casemanagers. Dit levert op individueel niveau inzicht op in de voortgang van cliënten, waarbij waar nodig en mogelijk het zorgpakket kan worden aangepast. Sturing op regionaal beleidsniveau is echter niet mogelijk, doordat bepaalde kwantitatieve gegevens ontbreken. Zo ontbreekt bijvoorbeeld inzicht in de samenhang van de intensiteitstreden van de resultaatgebieden. Daardoor is het niet mogelijk om op populatieniveau over de effecten van de arrangementen uitspraken te kunnen doen. Het is de vraag of het verzamelen van dergelijke data wenselijk is, aangezien dit zal leiden tot een toename in administratieve lasten. Als gekozen wordt om de belemmeringen in het datagestuurde werken te accepteren, blijft het resultaatgerichte werken voornamelijk een verantwoordelijkheid van de casemanagers en de zorgverleners. Het stellen en waar nodig bijstellen van de indicaties speelt daarin een grote rol. Uit de interviews blijkt dat het binnen de huidige systematiek, waarbij het keukentafelgesprek een grote rol speelt, regelmatig nodig is om de indicatie op een later moment bij te stellen. Hoewel dit meerwerk betekent voor de betrokken partijen, weten de gemeente en zorgaanbieders elkaar goed te vinden wanneer indicaties moeten worden bijgesteld.

Doorstroom en het woonaanbod

In deze paragraaf gaan we in op de vraag op welke manier het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan de beleidsdoelstellingen omtrent betere uitstroom en doorstroom van cliënten naar zelfstandig wonen. Ook wordt bepaald op welke manier het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan de ambitie van de gemeente om de beweging naar ambulantisering te realiseren middels het scheiden van wonen en zorg. Het scheiden van wonen en zorg heeft als beoogd doel om nieuwe vormen¹² van “beschermt wonen” en zelfstandig wonen te realiseren.

Het effect van arrangementenmodel op uitstroom en doorstroom is niet eenduidig op te maken

Op basis van dit onderzoek is niet te concluderen of het arrangementenmodel heeft bijgedragen aan meer uitstroom en doorstroom van cliënten. De geïnterviewden verschillen hierover van mening en ook ontbreekt het aan eenduidige kwantitatieve gegevens hierover (zie hoofdstuk 3). Wel geven zorgaanbieders aan dat het arrangementenmodel bijdraagt aan meer zelfstandigheid. Echter, de randvoorwaarden voor uitstroom en doorstroom, in het bijzonder de beschikbaarheid van geschikte woningen, vormen een belemmering. Een ander inkoopmodel zou hierin waarschijnlijk geen verschil maken.

“Ik merk dat bewoners sneller klaar zijn voor zelfstandigheid. Deze wordt zeker aangewakkerd door het arrangementenmodel, omdat er heel erg per cliënt wordt gekeken wat iemand nodig heeft. Maar als er dan geen woning is stagneert de hele doorstroom.”

Medewerker zorgaanbieder

Daarnaast zijn er een wel aantal elementen van het arrangementenmodel genoemd die op positieve wijze bijdragen aan door- en uitstroom:

▶ **Duidelijke communicatie met de cliënt**

Zorgaanbieders en casemanagers communiceren aan het begin al duidelijk met de cliënt dat beschermd of beschermt wonen een tijdelijke oplossing is. Op deze manier bereiden ze de cliënt voor op terugkeer naar zelfstandig wonen. Dit was voorheen met de ZP-systematiek niet zo, geven aanbieders aan.

▶ **Meer sturen op uitstroom en doorstroom**

Casemanagers geven aan dat vanuit de gemeente meer wordt gestuurd op resultaten. Door middel van (tussentijdse) evaluaties wordt er gekeken in hoeverre de doelen zijn behaald. Ook zeggen casemanagers meer contact te hebben met aanbieders ten opzichte van de oude systematiek. Hoewel het beperkte woonaanbod een belemmering vormt, geven casemanagers aan dat de doorstroom en uitstroom nog steeds hoger ligt dan voor de invoering van het arrangementenmodel. Ook de herstelgerichte benadering kan hieraan bijdragen.

¹² Dit doelt op een gedifferentieerd aanbod van woonvormen en zelfstandige woningen, zoals omklappen van beschermt wonen naar zelfstandig wonen, af- en ombouw van intramurale voorzieningen en realiseren van zelfstandige woningen voor cliënten.

Voor specifieke cliëntgroepen worden knelpunten gezien. Het gaat dan bijvoorbeeld om cliënten met multi-problematiek of een zware zorgvraag. Er is te weinig woonaanbod, bijvoorbeeld Skaeve Huse¹³, voor deze cliëntgroep. Daarnaast richt het arrangementenmodel zich, door de op maat gemaakte aanpak, sterk op individuen. De herstelgericht manier van werken legt dus de focus op persoonlijke, individuele doelen van de cliënten en houdt in mindere mate rekening met de ondersteuningsvraag binnen een gezin. Volgens een ketenpartner ontbreekt hierdoor voor een kleine, specifieke groep cliënten aanbod dat past bij de gezinssituatie van de cliënt, zoals een beschermd wonen-plek voor moeder en kind. In een klein aantal gevallen is één integrale aanpak voor het hele gezin effectiever of beter passend bij de doelgroep.

Belemmeringen bij de doorstroom van beschermd naar beschut en zelfstandig thuis

Het doel van het arrangementenmodel is mensen te begeleiden naar een zo zelfstandig mogelijke woonvorm met een zo hoog mogelijke mate van zelfredzaamheid. Voor de ontwikkeling naar meer zelfredzaamheid en participatie, is de stap van beschermd naar beschut wonen dan ook een belangrijke. De gemeente beschrijft een aantal veranderingen om de beweging naar het scheiden van wonen en zorg op gang te brengen, zoals een verandering in de vastgoedportefeuille van zorgorganisaties, een andere mindset bij de cliënt (beschermd wonen is van tijdelijke aard) en ondersteuning die gericht is op de randvoorwaarden om uit te stromen (zoals zelfstandigheid). Zoals eerder beschreven worden cliënten van begin af aan al geïnformeerd over de tijdelijkheid van het beschermd wonen en is de ondersteuning van de cliënt dankzij het arrangementenmodel meer ingericht op herstel en het streven naar zelfstandigheid. De afgelopen jaren is dan ook een ingezet op de realisatie van beschutte woningen. Ook wordt ingezet op zelfstandig thuis, waarbij soms zorgwoningen worden omgeklapt¹⁴ tot zelfstandige woningen. De meeste betrokkenen zijn positief over de doelstelling om wonen en zorg te scheiden en daarmee bij te dragen aan de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van cliënten.

Tijdens ons onderzoek bleken er echter ook diverse belemmeringen te zijn in deze ontwikkeling, waardoor het werken met het arrangementenmodel niet bijdraagt aan een betere doorstroom van cliënten naar zelfstandiger woonvormen. We lichten de knelpunten hieronder per partij toe:

► Zorgaanbieders

Als een cliënt van beschermd wonen naar beschut wonen gaat, kan de cliënt in principe op dezelfde plek blijven wonen. Indien de ambulante begeleiding afneemt en de wooncomponent overheersend wordt, kan de cliënt zich beroepen op zijn of haar recht op huurbescherming. De zorgaanbieder mag in dat geval de huur niet zomaar opzeggen. Ook kan de woning op den duur worden omgeklapt, waarbij de cliënt direct met de woningcorporatie een huurovereenkomst aangaat zonder de tussenkomst van de zorgaanbieder. Dit veroorzaakt een negatieve prikkel voor de aanbieder, omdat ze op deze manier een woning “kwijt” zijn. Hier botsen dus twee belangen: dat van de cliënt voor wie het van belang is in een vertrouwde omgeving te kunnen blijven wonen en dat van de aanbieder, voor wie het van belang is om de beschikking te hebben over beschermd wonen-locaties om andere cliënten te kunnen ondersteunen. Ook voor de

¹³ Skaeve Huse zijn kleine, eenvoudige woningen voor mensen die zich niet kunnen aanpassen aan het leven in een normale woonwijk en daar veel overlast veroorzaken (bron: gemeente Haarlem, www.haarlem.nl/opvang, geraadpleegd op 30 augustus 2021)

¹⁴ Wanneer een woning wordt ‘omgeklapt’, komt de woning op naam te staan van de cliënt. Deze huurt dan direct van de woningcorporatie.

bedrijfsvoering van de zorgaanbieder heeft het consequenties. Dit speelt in het bijzonder bij beschut groepswonen.

"We ondersteunen de gedachte van de transitie. Maar als je een kleine setting hebt met 22 plekken en je gaat omklappen dan heb je direct consequenties voor je bedrijfsvoering en inzet personeel."

Medewerker zorgaanbieder

Echter, hoeft het scheiden van wonen en zorg niet in alle gevallen te leiden tot het verlies van een woning. De gemeente geeft hierover aan dat dit niet zo hoeft te zijn en dat dit een inrichtingskwestie betreft. Een van de gesproken aanbieders, heeft voor dit 'omklap-probleem' een creatieve oplossing gevonden. Deze aanbieder heeft een aparte stichting opgericht van waaruit een cliënt de woning huurt. Net als bij de driepartijeenovereenkomst sluit de cliënt een tijdelijk huurcontract met de stichting en een zorgcontract met de desbetreffende zorgaanbieder. De cliënt is contractueel verbonden aan de afspraak dat de cliënt de woning alleen mag huren op voorwaarde dat hij of zij zorg ontvangt. Vooralsnog lijkt deze aanbieder de enige te zijn die via deze constructie het scheiden van wonen en zorg realiseert. De gemeente geeft aan dat in de afgelopen jaren afspraken zijn gemaakt tussen gemeente en zorgaanbieders dat sommige beschutte woningen eigendom blijven van aanbieders. Om hoeveel woningen het gaat, is echter niet duidelijk.

Naast dat zorgaanbieders graag de beschikking houden over een voldoende aantal beschermd woningen zodat ze dit aan cliënten kunnen aanbieden, hebben ze ook vanuit het perspectief van de bedrijfsvoering aarzeling wat betreft het omklappen van woningen. Om een locatie dekkend te krijgen, hebben ze een minimum omvang nodig, zodat er voldoende middelen en personeel beschikbaar zijn om een locatie als geheel te voorzien van voldoende begeleiding en veiligheid. Dit speelt met name bij beschermd wonen waar 24/7-aanwezigheid nodig is. Wanneer de beschermd wonen-plek omgeklapt wordt naar een beschutte woning, wordt de financiering voor de 24/7-aanwezigheid veelal niet beschikt. Een aanbieder kan niet zomaar een nieuw beschermd wonen-plek met 24/7-aanwezigheid creëren om de benodigde schaalgrootte te bereiken waardoor de kosten niet geheel worden gedekt.

Ten slotte is het, naast bovenstaande argumenten, voor zorgaanbieders ook niet makkelijk om hun vastgoedportefeuille uit te breiden in kader van de huidige woning- en vastgoedmarkt. Deze zit landelijk, maar ook specifiek in de regio, volledig op slot, waardoor transformatie risico inhoudt. Aanbieders hebben belang bij behoud van eigen vastgoed en vastgoedaanpassingen kosten veel tijd.

"Het is afhankelijk van het aantal woningen dat beschikbaar is, want als cliënten klaar zijn voor de volgende stap en er is geen woning, dan stagneert toch de hele doorstroom. Misschien wel doorstromen naar zelfstandigheid, maar niet doorstromen naar een andere woonvorm"

Medewerker zorgaanbieder

► Casemanagers

Een aantal casemanagers geeft aan dat er soms duurdere woonvormen (beschermd wonen) worden geïndiceerd dan nodig is wanneer een doorstroomoptie zoals beschut wonen niet beschikbaar is. Dit doen ze om te voorkomen dat cliënten te vroeg uitstromen naar zelfstandig

wonen en vervolgens een terugval krijgen. Ze geven liever een te hoge indicatie dan een te lage. De casemanagers geven daarbij aan, dat wanneer ze dat doen, ze dat in goed overleg met de zorgaanbieders doen. Om te voorkomen dat een dergelijke hogere indicatie te lang voortduurt, maken ze gerichte afspraken met de zorgaanbieder over de termijn.

“Als we te veel [een hogere indicatie] geven, zetten we er een termijn bij. Dan zeggen we: vanuit coulance, doen we zoveel maanden erbij. Ik denk wel dat we daar coulant in zijn.”

“Bij nieuwe aanmeldingen zijn we wel streng. Maar als iemand al in een beschermd wonen-woning zit, dan is de cliënt de dupe van als ze weg moet.”

Casemanagers

Overigens bestaan hier vanuit een deel van de zorgaanbieders andere beelden bij. Zij geven aan dat er situaties zijn geweest waarbij er wel beschutte plekken beschikbaar waren, maar dat de casemanagers desalniettemin terughoudend bleken met het toekennen van een indicatie voor beschut wonen.

“Wat ons heel erg verbaasd heeft is dat het aantal Beschut Wonen indicaties heel erg achter is gebleven. Wij hadden rekening gehouden met een paar honderd en inmiddels zijn dat er een stuk of 60. ... Ik denk dat de woonconsulenten [= casemanagers] en begeleiders er heel voorzichtig in zijn. De begeleider laat dan in de aanvraag in het midden of het beschut of beschermd moet zijn en de woonconsulenten zelf zijn te weinig kritisch. Dan geven ze vaak een beschermd wonen indicaties af met een lange looptijd.”

Medewerker zorgaanbieder

► **Cliënten**

Uit het gesprek met cliëntenvertegenwoordigers blijken ze zich vooral zorgen te maken over de negatieve gevolgen van beschut wonen. Zij zien veel nadelen aan het omklappen van woningen. De begeleider is dan niet continu aanwezig in het gebouw en wordt daardoor minder toegankelijk voor de cliënten. Niet alleen voor cliënten waarvan de woning omgeklapt is, maar ook voor cliënten die nog wel beschut wonen, wordt de begeleiding zo nagenoeg ‘ambulant plus’, geven cliëntenvertegenwoordigers aan. Mede hierdoor is er vanuit de cliëntenvertegenwoordigers onbegrip over het nut van beschut wonen, het idee om op een bepaalde zorglocatie te moeten wonen om ondersteuning te krijgen als de locatie gaandeweg toch wordt omgeklapt. Daarnaast vinden cliëntenvertegenwoordigers het omklappen van beschutte woningen naar zelfstandig wonen niet duurzaam, omdat de zorgaanbieder de beschutte woning kwijtraakt als deze eenmaal is omgeklapt.

“Uiteindelijk stopt dat, als alle locaties omgeklapt zijn. Dan krijg je ook eenlingen in een gebouw.”

“Wat is straks nog het doel van locaties van beschut wonen? Wij zien het als ambulant plus. Ik begrijp niet waarom we meer van zulke (beschut wonen) locaties nodig hebben. Dan kunnen we beter begeleiding bieden aan iedereen in plaats van alleen iemand die op locatie woont. Want die woning gaat toch op een gegeven moment weg.”

Cliëntenvertegenwoordigers

De cliëntenvertegenwoordiging geeft juist aan dat de snelheid waarmee op doorstroom en uitstroom wordt gekoerst soms te hoog is. In sommige gevallen leidt dat tot een terugval. Ook geven cliëntvertegenwoordigers aan dat cliënten niet goed genoeg geïnformeerd worden over beschut en zelfstandig wonen en de consequenties ervan. Zo zijn er ook voorbeelden van cliënten die niet wisten dat hun beschermd wonen indicatie omgezet zou worden naar een beschut wonen. Daarnaast zijn niet alle cliënten bewust van het feit dat cliënten alle opgebouwde inschrijffaren voor een sociale huurwoning kwijtraken zodra een woning wordt omgeklapt of de cliënt naar een contingentwoning gaat. Dan huurt de cliënt direct van een woningcorporatie en komen daarmee de opgebouwde inschrijffaren bij WoningNet te vervallen. Voor de cliënten die hier wel van op de hoogte zijn, veroorzaakt dit een negatieve prikkel om door- en uit te stromen. Ook draagt het betalen van huur mogelijk bij aan de weerstand van cliënten om door- en uit te stromen: zo betalen cliënten geen huur bij beschermd wonen, maar wel bij beschut en zelfstandig wonen. Cliënten geven aan weinig keuze te hebben over de contingentwoning die zij toegewezen krijgen. Dit wordt ook beaamd door woningcorporaties, die aangeven dat het een grote opgave is om een passende woning voor cliënten te vinden vanwege de woningschaarste.

“Contingentwoningen, daar zijn issues mee. Ik kon er een toegewezen krijgen, maar ik zou dan in een slechte buurt wonen, in een kleine woning etc. Nu woon ik in een goeie, rustige buurt, maar dat kon alleen omdat ik ingeschreven stond bij WoningNet. Je moet maar geluk hebben bij contingentwoningen. Daar heb je geen keus in welke woning je wilt wonen. Bij WoningNet heb ik het nog zelf in de hand, maar dat kon alleen omdat ik jarenlang ingeschreven stond.”

Clieëntvertegenwoordiger

► Woningcorporaties

Woningcorporaties geven aan alle (financiële) risico's te dragen wanneer een zorgwoning wordt omgeklapt naar een zelfstandige woning, bijvoorbeeld als de cliënt de huur niet betaalt of de burens lastigvalt. Woningcorporaties geven daarom aan alleen bereid te zijn om woningen om te klappen als de cliënten bewezen goed zelfstandig kunnen wonen. Het leren omgaan met geld en het betalen van huur wordt daarbij gezien als een belangrijke randvoorwaarde voor zelfstandig wonen. Sommige medewerkers van woningcorporatie hebben niet het idee dat daar in de begeleiding genoeg aandacht aan wordt besteed. Hoewel bij contingentwoning ook sprake kan zijn van overlast en huurachterstand, is de risicoverspreiding bij een contingentwoning anders, geeft een medewerker van de woningcorporatie aan. Bij het omklappen van woningen wordt het contract voor een onbepaalde periode afgegeven. Bij een contingentwoning wordt een tijdelijk contract van minimaal twee jaar afgegeven, via een driepartijenovereenkomst met zorgaanbieder, cliënt en woningcorporatie. Een cliënt die deze overeenkomst ondertekent, kan alleen zelfstandig wonen onder voorwaarde dat hij of zij meewerkt aan zorg en begeleiding.

“Contingentwoningen zijn er genoeg. Daar zijn afspraken over gemaakt, over een vast aantal dat corporaties moeten leveren. Als iemand een beschikking voor een contingentwoning krijgt, dan krijgen wij een half jaar om een woning te zoeken. Dat lukt veelal wel. Ik heb nog niet meegemaakt of gevoel gehad dat we geen contingentwoningen kunnen leveren.”

Medewerker woningcorporatie

Het aantal contingentwoningen dat een woningcorporatie moet leveren wordt bepaald door middel van een verdeelsleutel. Woningcorporaties geven aan dat het veelal lukt om het afgesproken aantal

contingentwoningen te leveren. Wel hebben woningcorporaties soms het idee dat cliënten een contingentwoning toegewezen krijgen terwijl ze nog niet in staat zijn om zelfstandig te wonen. Bijvoorbeeld cliënten die onhandelbaar gedrag vertonen, of niet in staat zijn huur te betalen of de burens lastigvallen. Woningcorporaties benadrukken het belang van een gerichte ambulante begeleiding en nauwe afstemming met de zorgaanbieder gedurende de stap naar zelfstandig. Echter, horen we ook vanuit het stedelijk team en casemanagers dat wachttijden op contingentwoningen zijn toegekomen. Ook zorgaanbieders herkennen het beeld dat cliënten soms te snel moeten doorstromen niet. Zij herkennen juist het omgekeerde: cliënten die al klaar zijn om uit te stromen, maar moeten wachten op een huis. We zien dat er aangaande dit onderwerp verschillende denkbeelden zijn. Doordat wij geen zicht hebben op wachttijd voor contingentwoningen is het binnen het kader van dit onderzoek niet mogelijk geweest om te beoordelen of er voldoende aanbod van contingentwonen is om aan de vraag te kunnen voldoen.

“Niet iedereen is geschikt om zelfstandig te wonen. Een kleine groep zal altijd ondersteuning nodig hebben. Ik vind het een zorgelijke trend dat mensen vervroegd doorstromen. Ik snap niet waarom sommige cliënten een contingentregeling krijgen terwijl ze echt nog niet zelfstandig kunnen wonen.”

Medewerker woningcorporatie

“Soms merk je dat cliënten nog niet klaar zijn om zelfstandig te gaan wonen. Te veel overlast; dan willen we de woning terug. Dan is er voor die persoon geen plek om naar terug te gaan. Lijkt dan onze schuld dat die cliënt op straat komt te staan.”

Medewerker woningcorporatie

Er wordt (te) weinig gebruikgemaakt van overbruggingszorg

Aanbieders hebben een maximale inspanningsverplichting om de cliënt te voorzien van adequate ondersteuning en zorg. Dit houdt in dat aanbieders zich maximaal inspannen binnen de eigen organisatie, een passende overbruggingszorg leveren of een alternatieve ondersteuning inschakelen bij andere zorgaanbieders. Overbruggingszorg is een tijdelijke zorg in de vorm van extramuraal begeleiding en dagbesteding voor cliënten die op de wachtlijst staan én een arrangement hebben met woontrede 2 (beschut groepswonen) of woontrede 3 (beschermd wonen) en niet intramuraal verblijven.

In principe is de aanbieder waarbij de cliënt op de wachtlijst staat verantwoordelijk voor het bieden van overbruggingszorg en niet intramuraal verblijven. Indien de benodigde expertise niet intern aanwezig is kan de aanbieder ervoor kiezen om via onderaannemerschap de overbruggingszorg te organiseren. In de gesprekken met betrokkenen is niet eenduidig op te maken of er goed gebruik wordt gemaakt van de overbruggingszorg. Het gevoel heerst onder sommige casemanagers en ketenpartners dat overbruggingszorg nog niet goed van de grond komt. Ook enkele aanbieders geven aan dit zo te ervaren, hoewel er ook aanbieders zijn die wel aangeven overbruggingszorg te bieden. Het is in het onderzoek niet duidelijk geworden waarom het de ene aanbieder wel lukt en de andere niet.

“Overbruggingszorg wordt niet gebruikt. Daar hebben we met z'n allen niet op zitten te letten. Zo thuis mogelijk iemand begeleiden bereik je soms meer dan als iemand in een beschermd wonen setting komt in een vreemde omgeving. Daar is meer aandacht voor nodig.”

Medewerker zorgaanbieder

Kernconclusie

In het arrangementenmodel zitten een aantal elementen die bijdragen aan de uit- en doorstroom van cliënten naar een zelfstandige woning. Zo wordt er meer maatwerk geleverd, wordt duidelijk aan de cliënt gecommuniceerd dat beschermd wonen van tijdelijke aard is en wordt er meer gestuurd op het behalen van resultaten door periodieke evaluaties. Dit zijn ingrediënten die kunnen leiden tot een betere en eerdere uit- en doorstroom, mits hiervoor de randvoorwaarden op orde zijn. Zo komt het voor dat er cliënten zijn die klaar zijn om uit te stromen, maar dat er geen woning is waar zij naartoe kunnen. Ook komt het voor dat cliënten zelf terughoudend zijn om door- of uit te stromen of dat er hogere indicaties worden afgegeven dan nodig.

Om de komende jaren met het arrangementenmodel de door- en uitstroom te stimuleren, is het van belang dat er voldoende geschikte woningen beschikbaar zijn. Op het moment lijkt het steeds lastiger te worden dergelijke nieuwe plekken te realiseren. Zorgaanbieders geven bijvoorbeeld aan dat het 'omklappen' van een beschermde woning naar een beschutte of zelfstandige woning voor problemen in de bedrijfsvoering zorgt. Bovendien geven zorgaanbieders aan het niet altijd wenselijk te vinden om hun beschermde woonplekken 'kwijt te raken'. Het 'omklappen' wordt dan als een negatieve prikkel ervaren. Ook blijken woningcorporaties soms terughoudend, mede vanwege hun verantwoordelijkheid ten opzichte van de wijk.

Of het arrangementenmodel ook heeft bijgedragen aan de doelstelling om een betere en eerdere doorstroom en uitstroom van cliënten te realiseren kan niet worden geconcludeerd op basis van dit onderzoek, door gebrek aan kwantitatieve data en beschikbaarheid van woningen, en uiteenlopende meningen van geïnterviewden. Echter, we denken niet dat we met een ander inkoopmodel een andere uitkomst hadden kunnen hebben aangezien sommige situaties buiten de invloed van het model liggen, zoals een landelijk tekort aan woningen en toegenomen problematiek van de cliënten. Wel kan geconcludeerd worden dat het arrangementenmodel bijdraagt aan een snellere groei in zelfstandigheid.

Samenwerken in de keten

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag in hoeverre de betrokken partijen invulling hebben gegeven aan de beleidsdoelstellingen omtrent ketensamenwerking, acceptatieplicht, integraliteit en preventie, zoals eerder benoemd in hoofdstuk 1, sectie 1.2.

Er wordt samengewerkt door de ketenpartijen op gebied van beleid en casuïstiektafels, maar tussen aanbieders onderling is er op cliëntniveau weinig samenwerking

In het aanbestedingsdocument is een opdracht opgenomen over ketensamenwerking. Van aanbieders wordt verwacht dat zij samenwerken met andere aanbieders en ketenpartners in de regio. Door alle partners wordt gesproken over een nauwe samenwerking op beleidsniveau. Uit de gesprekken met aanbieders blijkt dat aanbieders in principe niet op cliëntniveau met andere aanbieders samenwerken, tenzij het gaat over dagbesteding of wanneer zij samen aan de casuïstiektafels zitten. Vaak wordt aan de casuïstiektafels wel besproken waar een cliënt het beste zou kunnen passen. Er wordt echter nog geen integraal zorgpakket, met samenwerking tussen de resultaatgebieden, aangeboden aan een cliënt door een samenwerking van verschillende aanbieders. Zorgaanbieders geven aan dat dit organisatorisch lastig te bewerkstelligen is, aangezien de beschikking wordt toegekend aan één zorgaanbieder.

"In mijn ogen werken we al actief samen. We sparren, we hebben een veldtafeloverleg. Maar ik denk dat het wel actiever kan. We kijken nu niet specifiek naar de bouwstenen, bijvoorbeeld die aanbieder kan die bouwsteen oppakken. Tot op heden lukt het zelf om alle bouwstenen op te pakken, maar het zou in de toekomst mooi zijn als we per cliënt kunnen kijken of er een bouwsteen door een andere zorgaanbieder opgepakt kan of moet worden."

"Iedereen doet zijn eigen ding. Als een deelnemer iets nodig heeft dat jij niet kan bieden, zou eigenlijk als vanzelfsprekend een andere aanbieder binnen moeten komen. Dat gebeurt nog niet."

"Je zit wel heel erg met de indicatie, daar valt niet in te splitsen. Organisatorisch zitten er dingen in de weg die opgelost moeten worden ten behoeve van de cliënt, zodat je per cliënt diverse zorgaanbieders kan betrekken."

Medewerkers zorgaanbieders

Aanbieders werken daarnaast ook samen met GGZ-instellingen in het geval van een GGZ-behandeling. Echter, zij lopen hier soms wel tegen de grenzen van het gemeentelijk domein aan. Ook landelijk speelt deze problematiek als gevolg van schotten tussen de GGZ en het gemeentelijk domein. Ook lopen zij aan tegen de wachttijden bij GGZ-instellingen.

Acceptatie vanuit de wijk is een randvoorwaarde voor de integratie van de cliënt

Naast een betere ketensamenwerking wordt ook een betere preventie genoemd in het aanbestedingsdocument. Onder preventie wordt verstaan: vroegtijdige signalering om escalatie te voorkomen en een goede nazorg. Op deze manier wordt zowel aan de voorkant als aan de achterkant gewerkt om maatschappelijke uitval te voorkomen. Van aanbieders wordt verwacht hier actief aan mee te werken door signaleringskracht te versterken en soepele overgang naar zelfstandig

wonen te organiseren. Ook kan er door middel van voorlichtingen of een andere interventie gewerkt worden aan een betere acceptatie en begrip in de buurt.

In de gesprekken met aanbieders komt naar voren dat sommige aanbieders cliënten voorbereiden op zelfstandig wonen en de terugkeer naar de samenleving door cliënten te leren omgaan met OV en huur betalen. Om vroegtijdige signalering en zachte landing te bevorderen is het Pact voor uitstroom, een samenwerkingsverband tussen gemeenten, woningcorporaties en zorgorganisatie, ontstaan. Daarbij worden (sociale) netwerken en informele voorzieningen gebruikt om terugval te voorkomen. Wel geven meerdere respondenten aan te merken dat de acceptatie vanuit de wijk steeds minder wordt. Dit maakt de plaatsing en integratie in de wijken lastiger. Het draagvlak vanuit de wijk wordt gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van meerdere betrokkenen en lijkt een randvoorwaarde te zijn voor de invloed van het arrangementenmodel op het al dan niet behalen van de beleidsdoelstellingen.

"We merken dat het draagvlak in de wijk minder wordt. Zeker in de wijken waar meer mensen met meer geld wonen. Daarin moeten we ook beter samenwerken met de zorgaanbieders. Want daarin hebben we toch verschillende belangen: zij gaan voor de cliënt en wij voor de buurt. Als wij aangeven dat er klachten uit de buurt komen, wordt dat door de zorgverlening soms gebagatelliseerd."

Medewerker woningcorporatie

Betrokkenen geven aan dat acceptatieplicht niet altijd door alle zorgaanbieders wordt nageleefd, maar de situatie ligt genuanceerder

Voor de gecontracteerde aanbieder geldt in beginsel een acceptatieplicht voor alle cliënten die in aanmerking komen voor beschermd of beschut wonen. De aangewezen aanbieders zijn daarbij verplicht om ondersteuning te leveren aan cliënten met een geldige beschikking. Indien er niet direct een woning beschikbaar is en een cliënt niet intramuraal verblijft, zijn aanbieders verantwoordelijk voor het leveren van de overbruggingszorg aan de cliënt op de wachtlijst. Aanbieders kunnen echter in uitzonderlijke situaties een cliënt weigeren of eenzijdig de ingezette zorg stopzetten, bijvoorbeeld bij het aantoonbaar tekortschieten van de benodigde expertise (intern of extern), bij een groot risico op fysiek of psychisch letsel voor medewerkers of in het geval van eenzijdige zorgbeëindiging, wanneer de cliënt de essentiële verplichtingen niet nakomt.

Uit de gesprekken met de betrokkenen blijkt in de praktijk dat zorgaanbieders vaker dan gewenst cliënten weigeren. Ook de zorgaanbieders zelf vinden dit een onwenselijke situatie, maar worstelen met de volgende knelpunten:

► **Complexiteit van de doelgroep**

Vrijwel alle betrokkenen geven aan dat de problematiek van de doelgroep complexer en zwaarder is geworden in de afgelopen jaren. Aanbieders geven aan dat door complexere zorgvragen ook meer hoger opgeleid personeel nodig is. Bij enkele aanbieders heeft dit daadwerkelijk geleid tot meer inzet van hoogopgeleide medewerkers, maar dit lijkt voornamelijk een uitzonderingsgeval te zijn. De complexere zorgvraag vereist daarnaast een bepaalde mate van specialisme die niet altijd in huis is. Dit hangt ook samen met het volgende punt, personeelstekorten.

► **Personeelstekorten**

Meerdere betrokkenen geven aan dat zorgaanbieders moeite hebben met het aantrekken van personeel dat om kan gaan met de zware problematiek van de cliënten. Volgens hen kampen zorgaanbieders met een hoog personeelsverloop en is er sprake van veel werkstress onder

medewerkers. Bovendien werken er ook veel jonge, onervaren personeelsleden die niet opgewassen zijn tegen onhandelbaar gedrag van sommige cliënten. Voor sommige aanbieders zijn dit de redenen om bepaalde cliënten te weigeren.

► **Dynamiek in de groep**

Zorgaanbieders geven aan dat zij het lastig vinden dat zij worden toegekend als 'voorkeursaanbieder' voor een cliënt, zonder dat zij hier zelf inbreng in kunnen hebben. Dit is voornamelijk het geval bij de complexere casuïstiek. De zorgaanbieders geven aan dat dit voortkomt uit een tekort aan voorzieningen zoals Skaeve Huse. Niet iedere combinatie van cliënten gaat goed samen, dus niet iedere plek kan door iedereen ingevuld worden. Daarnaast functioneren sommige cliënten niet (goed) in groepsformatie; een voorziening als Skaeve Huse is in dat geval passender dan een plaatsing binnen een beschermd wonen groep.

Zoals hierboven aangegeven is er bij de casuïstiektafels een goede samenwerking tussen zorgaanbieders aangaande het bepalen waar een cliënt het beste zou kunnen passen. Zorgaanbieders geven aan dat dit minder het geval is wanneer de acceptatieplicht in beeld komt, gezien dit toch veelal gaat om complexe casuïstiek waarvoor bij andere aanbieders vaak ook geen passende plek is.

"Het is gek dat je zomaar iemand op je naam gezet krijgt. Dan ligt de verantwoordelijkheid opeens bij ons. De andere zorgvragers lijden daaronder. Wij moeten dan zorgen dat de cliënt wel op de juiste plek komt en dat kost heel veel tijd."

"Wij kunnen een cliënt dan ook niet doorplaatsen naar een andere zorgaanbieder, want die heeft hetzelfde probleem. Het gaat om een groep die niet functioneert in groepsformatie."

Medewerker zorgaanbieder

Conclusie

Er is veel draagvlak voor het gedachtengoed van het arrangementenmodel. Uitgangspunten zoals het herstelgerichte traject op maat, resultaatgericht werken, ketensamenwerking en één integraal plan voor de cliënt worden over het algemeen breed gedragen en nagestreefd door alle betrokken partijen. Wanneer gekeken wordt naar de mate waarin het arrangementenmodel bijdraagt aan de beleidsdoelstellingen van de gemeenten geven veel partijen aan dat er meer aandacht is voor maatwerk, resultaatgericht werken, zelfregie en de doelen van de cliënten. Al bij de start van een traject weten cliënten dat dat beschermd wonen een tijdelijke oplossing is en is de ondersteuning van de cliënt meer ingericht op herstel en de randvoorwaarden om door- of uit te stromen.

Het feit dat aanbieders de verantwoordelijkheid hebben over het totale arrangement voor een cliënt wordt als prettig ervaren. Partijen geven wel aan dat er meer overleg plaatsvindt tussen de verschillende stakeholders en ook tussen aanbieders onderling. Echter, wordt er nog niet op arrangementenniveau samengewerkt, wat wel de wens is van de verschillende partijen. Tot slot wordt de acceptatieplicht niet altijd nageleefd, onder andere door de complexiteit van de doelgroep en personeelstekorten.

Of met het arrangementenmodel ook een snellere door- en uitstroom is gerealiseerd, is op basis van de beschikbare data niet te zeggen. Zorgaanbieders geven aan dat er sneller sprake is van enige mate van zelfstandigheid bij cliënten sinds de introductie van het arrangementenmodel, maar uit de interviews met de verschillende betrokkenen blijken er ook diverse belemmeringen te zijn. Deze liggen voornamelijk in de randvoorwaardelijke sfeer en dan in het bijzonder de beperkte beschikbaarheid van geschikte woonvormen.

Al met al kan geconcludeerd worden dat de uitgangspunten van het arrangementenmodel veel draagvlak kunnen ontvangen van de verschillende partijen. Er zijn nog een aantal knelpunten, zoals geformuleerd in deze rapportage, maar het is niet te verwachten niet dat een ander inkoopmodel hier direct een andere invloed op zal hebben. Daarnaast bestaat, indien voor een ander inkoopmodel wordt gekozen, ook het risico dat er opnieuw 'gewend' moet worden met alle gevolgen van dien.

Reflectie en denkrichtingen

De denklijn die wij mee willen geven is om vooral in te zetten op meer communicatie over de verschillende opvattingen die op dit moment nog bestaan aangaande het arrangementenmodel en de mogelijkheden die dit model met zich meebrengt. We kunnen hieromtrent verschillende voorbeelden noemen: de inrichting van het scheiden van wonen en zorg, regie op woningen, de perceptie van 'stabilisatie' als doel of als basisvoorwaarde en de flexibiliteit aangaande het omgaan met de budgetten. Hier blijkt nog veel verschil in interpretatie te zijn tussen de verschillende partijen. Maar ook de cliëntvertegenwoordigers geven aan dat zij behoefte hebben aan meer communicatie, omdat zij zich niet altijd goed genoeg geïnformeerd voelen.

/

Gesprekspartners

Betrokkenheid bij het arrangementenmodel	Gesprekspartners
Primair proces	18 Medewerkers (combinatie van senior begeleiders, management en inkoop- /contractmedewerkers) van 7 verschillende zorgaanbieders
	5 Casemanagers
	2 Cliëntenvertegenwoordigers
Beleid en contractmanagement	2 Contractmanagers gemeente
	5 Beleidsadviseurs gemeente
	1 Extern adviseur die betrokken was bij de totstandkoming van arrangementenmodel
Omgevingsstakeholders	2 Medewerkers van 2 Woningcorporaties
	1 GGD veldregisseur
	2 Medewerkers van het (F)Act team
	2 Medewerkers van het Meerteam
	1 Medewerker van het Stedelijk team
	1 Medewerker van de Nazorg ex-gedetineerden