



WAAR LIGGEN DE BEHOEFTEEN BINNEN DE 24-UURSOPVANG?

Een verkennend onderzoek naar ervaringen van stakeholders met het stelsel rondom 24-uursvoorzieningen in de gemeente Amsterdam



Inhoudsopgave

1. Achtergrond en onderzoeksopzet	3
2. Resultaten	10
Leeswijzer	11
Hoe ervaren de cliënten de 24uurs-opvang?	12
Hoe ervaren de stakeholders de cliëntenpopulatie?	13
Hoe ervaren de stakeholders de ondersteuningsbehoeften van cliënten?	14
Hoe ervaren de stakeholders het personeelsbeleid?	15
Hoe ervaren de stakeholders de samenwerking met ketenpartners?	16
Wat gaat er goed binnen de 24 uurs-opvang?	17
Wat kan beter in de 24 uurs-opvang?	18
Reflectiebijeenkomst 10 december 2019	19
3. Conclusies en aanbevelingen	20
4. Bestuurlijke reactie gemeente Amsterdam	26
Bijlage: Locaties interne stakeholders	30



Hoofdstuk 1

Achtergrond en onderzoeksopzet



Achtergrond

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (2015), hierna te noemen Wmo, is een transitie in gang gezet van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wmo. Dit geldt onder andere voor burgers die gebruik maken van voorzieningen voor beschermd wonen (BW) en maatschappelijke opvang (MO).

Amsterdam heeft een centrale toegang opgezet voor zowel de MO als BW.

Eind 2015 stonden er 522 mensen op de wachtlijst voor MO en 534 voor BW. Er was sprake van een stagnatie van de door- en uitstroom. De gemiddelde wachttijd voor een plek bedroeg 6 maanden tot 2,5 jaar en ook was sprake van stagnatie van de uitstroom.*

Zoals beschreven in het koersbesluit van de gemeente Amsterdam zijn er een aantal oorzaken van stagnatie;

- onvoldoende focus op het bevorderen van de zelfredzaamheid;
- een tekort aan woonruimte in Amsterdam; en
- een stijging van het aantal aanmeldingen met 21% (in 2015).

Daar komt nog bij dat er binnen de GGZ ook ontwikkelingen plaatsvinden, waardoor de wachtlijsten voor de Wmo-voorzieningen langer worden.

In 2020 is het aantal Zvw- en Wlz- bedden met een derde teruggebracht: de opnameduur is korter. Dus; mensen worden minder snel opgenomen en als het gebeurt zijn zij sneller weer thuis.

In het Koersbesluit Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen 2016-2020 beschrijft de gemeente Amsterdam het plan van aanpak met als uitgangspunt 'herstel':

De ondersteuning moet gericht zijn op een zo zelfstandig mogelijk leven.

Concreet betekent dit het volgende voor de MOBW, en de 24uursopvang specifiek:

- Nieuwe cliënten gaan bij voorkeur niet naar de 24-uursopvang, maar direct zelfstandig begeleid wonen;
- Inzet op snellere uitstroom van 24-uursopvang naar zelfstandig begeleid wonen

Na 2020 moet de 24uurs-opvang in Amsterdam met 20% zijn afgenomen. Concreet betekent dit dat het aantal plaatsen van 1.392 in 2015 zal dalen naar 1.114 in 2020.



Onderzoeksvraag

In de afgelopen jaren hebben de toezichthouder en de afdeling Zorg bij de Gemeente Amsterdam signalen ontvangen van zorgaanbieders van MOBW over de uitdaging die zij ervaren om aan te sluiten bij de behoefte van de cliënten. Zorgaanbieders ervaren dat de problematiek van cliënten die binnenstromen complexer is geworden en dat het niet altijd eenvoudig is om aan te sluiten bij hun ondersteuningsvraag.

In overleg met verschillende Amsterdamse zorgaanbieders van 24uurs-voorzieningen en de afdeling Zorg is zodoende de onderzoeksvraag van dit thematisch onderzoek tot stand gekomen:

In hoeverre sluit de 24uursopvang aan bij de ondersteuningsbehoefte en het perspectief van cliënten ?



Focus onderzoek

Binnen de gemeente Amsterdam zijn de voorzieningen Maatschappelijke Opvang & Beschermd Wonen (MO/BW) onderverdeeld in 3 producten:

- **24 uursopvang;**
- groepswonen;
- individueel begeleid wonen.



Focus onderzoek!

Definitie 24 uursopvang

Locaties waar doorgaans meer dan tien mensen verblijven en waar begeleiding wordt geboden in het kader van Beschermd Wonen en/of Maatschappelijke Opvang.

Er is 24 uur per dag en 7 dagen per week toezicht aanwezig.

(Bron: Koersbesluit 2016-2020)

De 24 uurs- opvang bestaat uit acht verschillende clusters van problematiek:

- **Psychiatrie**
- **Psychiatrie met verslaving**
- Psychiatrie met LVB
- Psychiatrie met LVB en verslaving
- Somatiek met psychiatrie
- Somatiek met psychiatrie en verslaving
- Psychosociaal met actieve verslaving
- Psychosociaal stabiel

Voor dit onderzoek is gekozen alleen om voorzieningen binnen clusters psychiatrie en psychiatrie met verslaving mee te nemen.

Deze selectie is gebaseerd op de meldingen n.a.v. calamiteiten en geweldsincidenten, die voornamelijk vanuit deze clusters komen.



Werkwijze toezichthouder

Interne stakeholders

In Amsterdam zijn er ruim 25 voorzieningen die 24-uurs ondersteuning bieden.

Om een goede inschatting te maken is er voor gekozen om de helft van deze voorzieningen te onderzoeken. Hierbij is (alleen) gekeken naar een eerlijke spreiding onder aanbieders.

Aanbieders met 'slechts' één locatie voor 24-uurs voorzieningen zijn niet meegenomen.

Per aanbieder zijn cliënten, professionals en locatiemanagers geïnterviewd. De vragenlijsten zijn afgestemd op de gesprekspartners.

De analyse richt zich op bredere signalen die zich voordoen op het niveau van de voorzieningen. Aanbevelingen worden niet gedaan op aanbiedersniveau.

Externe stakeholders

In dit onderzoek zijn ook stakeholders geïnterviewd die indirect betrokken zijn bij de 24uursvoorzieningen, de externe stakeholders.

Deze externe stakeholders zijn benaderd nadat zij ter sprake kwamen tijdens brainstormsessies met o.a. de afdeling Zorg, interne stakeholders en uit een contextanalyse. (Zie sheet 10).

Na selectie van de externe stakeholders waaronder de politie en Federatie Opvang is er door middel van interviews onderzocht welk beeld en verwachtingen zij hebben van de 24-uurs voorzieningen en de beleidsplannen. Hierbij is ingezoomd op samenwerking en afstemming en zijn suggesties verzameld voor verbetering van de 24 uurs voorzieningen.

Voor de externe stakeholders is een aparte vragenlijst opgesteld.



Werkwijze toezichthouder

Dus, in dit onderzoek brengen we in beeld hoe de 24uurs-opvang wordt ervaren door:

- **Cliënten** die gebruikmaken van de voorziening;
- **Professionals** en **managers** werkzaam op locaties die opvang bieden;
- **Externe stakeholders** waaronder de Federatie Opvang, Politie en medewerkers bij de GGD- Centrale Toegang¹.

Het onderzoek bestaat uit locatiebezoeken en interviews met cliënten, professionals en managers en externe stakeholders.

Het toezicht richt zich op het beoordelen en bevorderen van de werking van het geheel van organisaties die 24uurs-opvang bieden in de regio Amsterdam-Amstelland.

Op 10 december 2019 heeft de toezichthouder de voorlopige bevindingen tijdens een **reflectiebijeenkomst** voorgelegd aan de stakeholders: waaronder professionals, managers en beleidsmedewerkers van de bezochte organisaties, Wmo-adviesraad, Klachtenteam Sociaal Domein en GGD afdeling Epidemiologie & Zorginnovatie. De bevindingen zijn besproken en gecategoriseerd. Tevens zijn er tijdens de bijeenkomst nog aanvullingen gegeven op de resultaten.

Het resultaat van dit onderzoek is geformuleerd in de vorm van een advies aan de gemeente Amsterdam. Het advies is gericht op: de ondersteuningsbehoefte van de cliënten; de beleidsintentie om 24 uren-opvang af te bouwen; de ontwikkelingen rondom de cliëntenpopulatie; de samenwerking tussen relevante partners; het personeelsbeleid binnen de instellingen; in- door- en uitstroom.



Steekproef (interne stakeholders)

In Amsterdam zijn er ruim 25 locaties die 24-uursopvang bieden met circa **1200** plaatsen. Er is voor gekozen om de helft van de voorzieningen in het onderzoek te betrekken.

Aanbieders met één locatie voor 24-uurs voorzieningen zijn niet in het onderzoek opgenomen.

In het totaal omvat de steekproef **10 locaties**, van **4 aanbieders**, waar circa 450 cliënten verblijven.

De toezichthouder heeft gesproken met:

- **12 cliënten;**
- **13 professionals;**
- **13 managers / beleidsmedewerkers**

die woonachtig of werkzaam zijn bij deze aanbieders.

Locaties uit het cluster Psychiatrie Intensief	Locaties uit het cluster Psychiatrie met verslaving Intensief
Stichting HVO-Querido <ul style="list-style-type: none">▪ Eendrachtsstraat, voorheen Batjan Martien Schaaperhuis	Stichting HVO-Querido <ul style="list-style-type: none">▪ Rijswijk▪ Robert Koch
Stichting Volksbond Streetcornerwork <ul style="list-style-type: none">▪ GSW GJ Scheurleerweg	Stichting Volksbond Streetcornerwork <ul style="list-style-type: none">▪ GSW GJ Scheurleerweg
Stichting Cordaan <ul style="list-style-type: none">▪ Snelleveldstraat▪ Statenjachtstraat▪ Ketelhuisplein	Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg <ul style="list-style-type: none">▪ RIBW Westburgh▪ Domus



Steekproef (externe stakeholders)

De toezichthouder heeft gesproken met 'externe' stakeholders; partijen die niet direct betrokken zijn bij de uitvoering van de 24uursopvang, namelijk:

- **Gemeente Amsterdam:**
 - Afdeling Zorg;
 - Klachtenteam Sociaal Domein;
- **GGD Amsterdam**
 - Afdeling Epidemiologie & Zorginnovatie;
 - Centrale Toegang/ Veldtafel Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg
 - Afdeling Vangnet & Advies
- **Wmo Adviesraad (Amsterdam)**
- **Federatie Opvang**
- **Politie**
- **MEE Amstel en Zaan**





Hoofdstuk 2

Resultaten



LEESWIJZER

Aan de hand van de opgesomde onderwerpen, zijn de in-en externe stakeholders geïnterviewd.

In dit rapport leest u per onderwerp, de bevindingen van de toezichthouder.

- Ervaringen cliënten
- Cliëntpopulatie
- Ondersteuningsbehoefte
- Personeelsbeleid
- Samenwerking met ketenpartners
- Wat gaat goed?
- Wat kan beter?
- Reflectiebijeenkomst



Hoe ervaren de cliënten de 24uurs-opvang?

De toezichthouder heeft geprobeerd om zoveel mogelijk cliënten te spreken. Dat was niet eenvoudig. Veel cliënten waren niet bereid om de toezichthouder te spreken of vroegen bijvoorbeeld om een beloning of compensatie. Bovendien was het bij sommige cliënten vanwege de psychiatrische problematiek moeilijk om een effectief interview af te nemen.

De toezichthouder heeft in totaal **twalf** cliënten gesproken.

‘Wachlijsten zijn heel lang. Hierdoor moet je veel te lang wachten op een woning’.

Bevindingen van de toezichthouder

- ❖ Cliënten beseffen dat ze getraind moeten worden om zelfstandiger te wonen, maar in de woonvoorzieningen is bijvoorbeeld **geen gelegenheid om zelfstandig te koken**. Een ontspanningsavond wordt bijvoorbeeld op de locatie georganiseerd terwijl de cliënt dit liever buiten de deur had georganiseerd.
- ❖ Financieel zijn er weinig mogelijkheden. Bijvoorbeeld **reiskosten** om ergens naar toe te gaan kunnen, vormen een financiële **drempel**. Hierdoor kan de cliënt minder ervaringen opdoen buiten de deur.
- ❖ Het **personeel is onervaren**, waardoor de cliënten het gevoel hebben dat zij het personeel moeten beschermen en ondersteunen bij situaties die dreigen te escaleren. Er is behoefte aan intensievere en professionelere begeleiding.
- ❖ Aan **uitstroom naar** het buitenland wordt weinig tot geen aandacht besteed, terwijl sommige cliënten oud zouden willen worden in het **land van herkomst**.
- ❖ **Proces** van in- tot uitstroom naar een zelfstandige woning is **onduidelijk**. Zo blijkt bij een cliënt die al enige tijd in de opvang verblijft dat zij ingeschreven moest zijn bij Woningnet. Indien zij hierop gewezen was dan had zij zich al een half jaar eerder kunnen inschrijven. Nu heeft cliënt een **half jaar onnodige vertraging**.
- ❖ Er is extra **angst** voor zelfstandig wonen indien zij naar een, **voor hun, vreemde omgeving** (ander stadsdeel) moeten verhuizen. Men is bang voor **eenzaamheid**.
- ❖ Soms worden cliënten van een drugsvrije locatie verhuisd naar een locatie waar drugs gedoogd worden. Dit wordt in veel gevallen als onprettig ervaren. **Een drugsvrije locatie** wordt als **prettiger** ervaren omdat cliënten niet in de verleiding komen om drugs te gebruiken.



Hoe ervaren de stakeholders de cliëntenpopulatie?

Cliënten

'Ik wil hier oud worden, er wonen hier ook hele oude mensen!'

'Ik heb rust gevonden.'

'Je bent nooit eenzaam!'

Managers

- Op enkele locaties is er een **sterk vergrijzende** populatie.
- Er is sprake van een 'verzwaring' van de problematiek van de personen waardoor er **weinig door- en uitstroom** is.
- Er zijn minder opnames in de GGZ. Klinieken sluiten en het aantal intramurale bedden in de GGZ neemt af. Daarnaast is een proces gaande waarin 24-uurs opvang locaties worden afgebouwd en gesloten. Hierdoor ontstaat er **minder diversiteit** in het **aanbod** van locaties. Dit vergroot de kans op 'mismatches' vooral m.b.t. middelengebruik.

Professionals

- In de meeste gevallen bestaan de populaties uit personen met een **combinatie van problematieken**: psychiatrie, licht verstandelijke beperking (LVB), verslaving, verwaarlozing en somatische problemen (vaak door ouderdom).
- Verslavingsproblematiek is minder op de voorgrond, maar wel vaak aanwezig.
- Niet elke cliënt is in staat zelf richting te geven aan zijn/haar begeleiding.
- Herstelgerichte werkwijze, hiertegenover staat zichtbare hospitalisatie.

Externe stakeholders

- Het is een grote **diverse populatie** met multi-problematiek: personen met een psychiatrische achtergrond, licht verstandelijke beperking (LVB), criminele achtergrond en verslaving.
- Dit zijn de mensen die **in een crisissituatie van de straat** af moeten. Of personen die 24 uur toezicht nodig hebben.
- Complexe populatie die veel **overlast** kan veroorzaken in de buurt.
- Het zijn veelal cliënten die vragen om **specialistische ondersteuning**.



Hoe ervaren de stakeholders de ondersteuningsbehoeften van cliënten?

Cliënten

'Ik kijk ernaar uit om zelfstandig te wonen maar duurt lang'.

'Het proces is onduidelijk'.

Managers

- Het aanbod is **nu gericht op beheersing** in plaats van het werken aan doelen en/of herstel van de cliënt.
- Het **maatwerk** staat erg **onder druk** door de beperkte personele capaciteit.
- Het beleid vanuit de Wmo is gericht op **participatie** en **zelfredzaamheid**. Dat is met deze doelgroep **niet altijd van toepassing**. Denk met name aan de cliënt met LVB-problematiek.
- De **behoefte aan somatische zorg** is groter dan het aanbod waardoor zorgtaken door groepsleiders opgepakt moeten worden.
- De ouder wordende cliëntengroep heeft steeds meer verzorging en verpleging nodig en anderen soorten zorg. **'Wij worden de nieuwe psychiatrische ziekenhuizen'**.

Professionals

- **Cliënten behoeven meer begeleiding, deskundigheid, bevoegdheid en structuur** dan in het verleden. Dat is niet beschikbaar.
- Er is een **discrepantie** tussen de **behoeften** en de mogelijkheden van de cliënt versus het **zorgaanbod**. Sommige cliënten hebben nooit zelfstandig gewoond, en degene die ouder zijn dan 50 jaar durven dat vaak ook niet meer, maar moeten vanuit het beleidskader wel richting zelfstandig wonen begeleid worden.
- De **angst** is dat de cliënten **terugvallen** naar 24 uurs-opvang **door toenemende ondersteuningsbehoefte**, na ambulantisering.
- Vaak moet een hoofddoel zoals zelfstandig functioneren, opgedeeld worden in kleine subdoelen. Zelfs het aanvragen van een ID-kaart moet soms opgesplitst worden in meerdere stappen. **Het doel kan niet in 1 keer behaald worden.**
- Er is **te weinig tijd** voor begeleiding om een volledig traject uit te zetten.

Externe stakeholders

Cliënten hebben veel veiligheid en structuur nodig, een vertrouwde omgeving en vast personeel, terwijl er regelmatig gewerkt wordt met invalkrachten, waardoor die veiligheid onder druk kan komen te staan.



Hoe ervaren de stakeholders het personeelsbeleid?

Cliënten

'Personeel is niet ervaren genoeg'.

'Begeleiders wisselen wel eens, nu een vaste'.

'Verbaal kunnen ze de cliënten niet aan'.

Managers

- Er is **tijdgebrek** om individuele aandacht aan cliënten te kunnen besteden, hierdoor raakt het personeel gedemotiveerd.
- Er zijn meer vrijwilligers nodig.
- De **opleiding** van het personeel **sluit onvoldoende aan** op de **ondersteuningsbehoefte** van de doelgroep.
- Personeelsbezetting in de nacht is een knelpunt.

Professionals

- Men wil vooral tijd kunnen besteden aan de directe ondersteuning van cliënten, in plaats van **veel tijd kwijt** zijn **aan facilitaire taken**, zoals verzamelen van vuilnis, keuken schoonmaken etc.
- **De diversiteit** van het team (o.a. op het gebied van etniciteit) wordt op dit moment **gemist**, waardoor er **onvoldoende aansluiting** is bij de cliënten.
- Er is een structureel **personeelstekort**, waardoor men aan veel essentiële zaken niet toekomt en wat personeelsverloop in de hand werkt.

Externe stakeholders

- De **begeleiding** is **niet altijd passend** bij de populatie. Het is moeilijk om aan goed opgeleid en ervaren personeel te komen. Daarnaast is **deskundigheidsbevordering duur**.
- Veel **personeel** is **jong** en **onervaren**. Bij calamiteiten proberen de bewoners het onervaren personeel te ontlasten en soms zelfs te beschermen.
- De professionals zijn **onvoldoende geschoold** op het gebied van schuldhulpverlening en somatische zorg.
- Onder professionals is een **cultuur** ontstaan **van 'zorgen voor'** i.p.v. 'zorgen dat'.
- Er is sprake van een **diverse cliëntengroep**. Teams sluiten hier niet bij aan wat betreft cultuur, religie, etc.



Hoe ervaren de stakeholders de samenwerking met ketenpartners?



Managers

- Het **bewaken van de privacy** van de client staat **soms in de weg** van goede afstemming tussen GGZ en 24uursopvang;
- De **samenwerking** met de **wijkagent** is **goed**.
- De samenwerking tussen aanbieders binnen de Wmo wordt steeds beter.
- De opzet van een overzicht op www.mijnwoonlocatie.amsterdam om (faciliteiten van) voorzieningen inzichtelijk te maken is van meerwaarde voor de toeleiding naar zelfstandig wonen.
- De 'bemoeizorg' van de psychiater wordt gemist.
- De **hulpverlening is te versnipperd en complex** rondom één cliënt, soms 12 hulpverleners op één client.
- De samenwerking verschilt per locatie.

Professionals

- De **thuiszorg is moeilijk te betrekken** bij het geven van somatisch zorg binnen de 24-uurs opvang.
- De **samenwerking** tussen de Fact-teams en andere externe ketenpartners (zoals reclassering, schuldhulpverlening) waardoor ondersteuning is gericht op alle leefgebieden van de cliënt (ZRM) is **wisselend**.
- De **overbelasting van Mentrum leidt tot overlast in de wijk**. De hogere drempel tot crisisopname maakt het uitplaatsen door de 24uursopvang moeizaam;
- De **communicatie** tussen de groepsleiders (mbo) en persoonlijke begeleiders (hbo) **moet verbeterd worden**. Nu wordt de afstemming tussen deze begeleiders gemist.

Externe stakeholders

- Bestuurders weten elkaar goed te vinden door middel van het **Platform Opvanginstellingen Amsterdam**.
- De Allianties en de samenwerking met Jeugdzorg en MO zijn **unieke samenwerkingsconstructies voor Amsterdam**.
- De **samenwerking met GGZ kan beter**. Op casusniveau zie je dat zij een terugtrekkende beweging maken.
- Door betere samenwerking vanuit de verschillende locaties met de omgeving kunnen vooroordelen over cliënten weggenomen worden.



Wat gaat er goed binnen de 24uurs-opvang?

Cliënten

'Ik ben van de straat af.'

'Eigen kamer'.

Managers

Wij hebben regels en protocollen maar **kijken eerst naar wat de cliënten nodig hebben.**

Professionals

- Er is **tijdig inzicht** wanneer het slechter gaat met iemand (medicatie die niet wordt ingenomen, enz.);
- **Goede relatie tussen cliënt en begeleider.** Hierdoor ontstaat geborgenheid;
- **Veel veerkracht**, goede werkethiek;
- Cliënt heeft vaak geen sociaal netwerk. Nu treffen ze elkaar binnen de **locaties**, deze hebben een **belangrijke sociale rol**.

Externe stakeholders

- De **privacy en veiligheid** is **beter** geborgd bij locaties met een eenpersoonskamer.
- Het hebben van **vast personeel** is zeer ondersteunend bij het bieden van structuur .
- De **onderlinge betrokkenheid van cliënten** en het steun hebben aan elkaar.
- De **plaatsing** van locaties **op industriegebieden** leidt tot minder overlast dan in woonwijken.
- De wijkgerichte aanpak dient de verbinding met buurten te verbeteren. Deze ontwikkeling biedt perspectief voor meer maatwerk.



Wat kan beter in de 24 uren-opvang?

Cliënten

'Angst om zelfstandig te wonen en kans op terugval'.

'Het is niet echt beschermd wonen omdat er gedeald wordt en gebruikt'.

Managers

- Cliënten zijn tevreden waardoor het risico op **hospitaliseren** bestaat.
- Er zijn soms 9 instanties betrokken bij één cliënten met complexe en/of multi-problematiek. 'Dat is duur en ineffectief'.
- GGZ **wachlijsten zijn lang**. Zelf wanneer een cliënt een gevaar is voor de omgeving of zichzelf, komt hij op de wachtlijst. Wachtijden voor vervolgtraject kunnen hierdoor erg vertraagd worden.
- De lokalisering van opvangcentra naar plekken zoals het platte land of de rand van de stad, leiden tot minder overlast is.
- De ondersteuning aan de ouder wordende doelgroep vraagt meer aandacht voor **somatische en palliatieve zorg**.

Professionals

- Er is een groot verloop van de beroepskrachten, waardoor de **werkdruk** hoog is;
- Meer **scholingsmogelijkheden** voor personeel, want GGZ kennis op de werkvloer is nodig;
- Zelfstandig wonen in de wijk in de fysieke nabijheid van de instelling. Hierdoor is de zorg dichtbij (zoals de wooncirkels in Zaandam).

Externe stakeholders

- 'De nadruk zou meer moeten liggen op wat iemand nodig heeft en niet waar iemand recht op heeft'.
- De **screening** en dus ook de **match** tussen client en locatie. 'Alleen bij Housing First wordt echt gematched.'.
- De waarborging van **privacy en rust voor cliënten** bij locaties met gedeelde faciliteiten. Hier worden de bewoners en professionals meer geconfronteerd met problemen.
- De aandacht voor cliënten met **somatische problematiek**.
- De **faciliteiten** op de locatie. Oude gebouwen dragen niet bij aan de participatie en eigen regie van cliënten: sanitair en keuken moeten gedeeld worden.
- Eén 'lastige' cliënt kan ontwrichtend zijn voor de hele locatie.



Reflectiebijeenkomst 10 december 2019

Op 10 december heeft de toezichthouder de stakeholders uitgenodigd om gezamenlijk de voorlopige bevindingen te bespreken. Tijdens deze bijeenkomst is ook geïnventariseerd wat de stakeholders beschouwen als de belangrijkste bevindingen en ook konden zij nog aanvullingen aandragen. De gezamenlijk conclusies en aanbevelingen zijn:

De cliëntenpopulatie;

- De problematiek is verzwaard en dit heeft veel invloed op de groepsdynamiek op een locatie;
- Door intensievere begeleiding (bemoeizorg) bereiken de cliënten een hogere leeftijd. Hierdoor wordt somatische en palliatieve zorg steeds belangrijker;
- De groei van de populatie wordt nog eens versterkt door de groei van het aantal statushouders.

De ondersteuningsbehoefte:

- Een netwerk zorgt voor stabiliteit;
- Cliënten zijn tevreden over het wonen;
- Er is sprake van terugval van de cliënt na ontslag: langdurige begeleiding (nazorg) is nodig.

Personeel:

- Er is een grote betrokkenheid van het vaste personeel;
- De kwaliteit van begeleiding is uiteenlopend.

De samenwerking tussen relevante partners:

- Goede samenwerkingen tussen (grotere) aanbieders in Amsterdam;
- Er is sprake van een wildgroei van relatief kleine aanbieders die onder andere vanuit financiering vanuit het Persoonsgebonden budget ondersteuning bieden. De toegevoegde waarde van deze aanbieders is niet altijd helder voor de sector;
- De afbouw van de GGZ capaciteit en de hoge werkdruk in deze sector.

In- door- en uitstroom

- Aanbieders ontvangen onvoldoende informatie over (nieuwe) cliënten o.a. bij instroom;
- Bij instroom wordt geen onderscheid gemaakt tussen bepaalde psychiatrische ziektebeelden, terwijl dit wel van belang kan zijn;
- Er is onvoldoende informatie over de verschillende wachtlijsten;
- De doorstroom stagneert.

Toekomstvisie/afbouw 24-uurs opvang:

- Er zijn te weinig bedden en er heerst onbegrip voor de afbouw van een deel van de capaciteit;
- Kwetsbare cliënten vanuit een voorziening waar middelen gebruik niet is toegestaan, stromen regelmatig door na een voorziening waar middelengebruik wel is toegestaan;
- De afbouw van de GGZ capaciteit en de hoge werkdruk in deze sector zijn een groot knelpunt.



Hoofdstuk 3

Conclusies en aanbevelingen



Conclusies

In hoeverre sluit de 24uursopvang aan bij de ondersteuningsbehoefte en het perspectief van cliënten ?

Op grond van de bevindingen constateert de toezichthouder ten aanzien van de centrale onderzoeksvraag het volgende:

- Alle stakeholders maken zich zorgen over het besluit van de gemeente om de 24uursopvang af te bouwen, terwijl er al wachtlijsten zijn en men het noodzakelijk acht om minimaal dit aanbod te handhaven;
- De ambulantisering is niet passend bij de populatie met complexe problematiek of de ouder-wordende-populatie. De afbouw vindt plaats terwijl een grote groep intensieve begeleiding behoeft;
- Er is behoefte aan een tussenvoorziening. Nu stromen cliënten van een 24-uursopvang direct uit naar een zelfstandige woning, terwijl voor bepaalde cliënten een tussenvoorziening beter aansluit;
- De huidige 24-uursopvang bestaat uit een samenstelling van cliënten met zeer uiteenlopende problematiek. Voor de meest complexe cliënten is een andere opvang dan de huidige 24 uren-voorziening nodig;
- Vooral voor ouderen met GGZ-problematiek is er nauwelijks plek. Deze groep is een belangrijk onderdeel binnen de huidige populatie. Zij hebben vooral behoefte aan een kleinschalige opvang met aandacht voor hun problematiek.
- Doordat op een aantal locaties bewoners en/ of medewerkers daar al 20 tot 30 jaar verblijven of werkzaam zijn kan dit leiden tot hospitalisatie. De populatie wordt steeds ouder en zij maken langdurig gebruik van de opvanglocatie (soms 30 jaar) waarbij ook vaak medicijngebruik van toepassing is. De behoeften van deze populatie sluiten niet aan op de Wmo-doelstelling die gericht is op herstel en participatie;
- Er is behoefte aan ervaren personeel. Bij locaties waar jonge en onervaren medewerkers werkzaam zijn vertellen de cliënten dat zij de medewerkers moeten ondersteunen, zeker in het geval bij calamiteiten. Ook door de politie is dit punt expliciet genoemd;



Conclusies - vervolg

- Er is sprake van woningtekort waardoor de Wmo-cliënten niet uit kunnen stromen. Het werkt voor cliënten zeer demotiverend als zij willen en kunnen uitstromen naar een zelfstandige woning maar deze niet beschikbaar is;
- Door de ondersteuning die de cliënten ontvangen in de 24uursopvang krijgen ze de mogelijkheid om hun sociale contacten te activeren en wederom op te bouwen. Een wijkgerichte aanpak en inzet van vrijwilligers is hierbij van belang. Met de huidige wijkgerichte aanpak geeft de verhuizing naar een andere wijk zorgen met betrekking tot de continuïteit van de ondersteuning: nieuwe hulpverleners, opnieuw opbouwen van een sociaal netwerk, etc.;
- Bij decompensatie van cliënten is spoedopname in een GGZ-kliniek niet altijd mogelijk. Dit is een zorgelijke situatie;
- Begeleid wonen vraagt in principe om mbo-geschoold personeel, maar gezien de huidige complexiteit van de populatie is hbo-geschoold personeel nodig;
- Het (homogene) personeelbestand sluit niet aan op de diverse (heterogene) populatie;
- Er is sprake van een groot personeelstekort en personeeslverloop;
- De individuele situatie van een cliënt wordt niet meegenomen bij plaatsing door de veldtafel op een locatie. Dit leidt tot mismatching, kan leiden tot conflicten en brengt een hoog risico op terugval met zich mee;
- Locaties bieden niet altijd mogelijkheden voor cliënten om zelfstandiger te worden. Zo ontbreken faciliteiten of financiën om zelfstandig te koken of een uitstapje te maken.;
- Veel cliënten die nu nog vallen onder de Wmo beschikken nog niet over de juiste indicatie voor Wlz financiering. Dit geldt onder andere voor de cliënten met LVB-problematiek;



Aanbevelingen

De toezichthouder komt tot de volgende aanbevelingen gericht aan de gemeente, aanbieders en hun ketenpartners:

Algemeen

Het **aantal beschikbare plekken** bij de 24uurs-voorzieningen moet worden **vergroot**. Een (verdere) afbouw van de 24uursopvang zal bijdragen aan de reeds bestaande en ervaren knelpunten.

Het is van belang dat zoveel mogelijk maatwerk geboden wordt: '**stel de cliënt centraal**.' Binnen de 24uursopvang is een hele diverse populatie woonachtig met soms als (enige) gemene deler de dakloosheid. Mensen die proberen van een verslaving af te komen, worden geplaatst op locaties waar drugs gedoogd zijn. Dit is niet wenselijk of bevorderlijk voor de terugkeer naar een zelfstandig leven. Het is belangrijk om meer differentiatie aan te brengen binnen de voorziening zodat meer kan worden ingespeeld op de verschillende soorten behoeften die bestaan onder de populatie. De 24uursopvang zou eigenlijk zoveel als mogelijk vermeden moeten worden als tussenstation. Daar waar mogelijk zou vanuit de intake direct doorverwezen moeten worden naar ambulante ondersteuning.

In ditzelfde kader is ook **meer specialistische ondersteuning** nodig binnen de 24uursopvang om in te kunnen spelen op de verschillende behoeften die spelen onder de populatie. Personeel zou, voor zover dat nog niet gebeurd is, (bij-)geschoold moeten worden op de veel voorkomende (GGZ-)problematiek in de cliëntpopulatie. Daarnaast zou bij het werven van personeel rekening gehouden moeten worden met diversiteit onder de cliëntenpopulatie: het is belangrijk dat er aansluiting is tussen (de leefwereld van) de cliënt en het personeel.

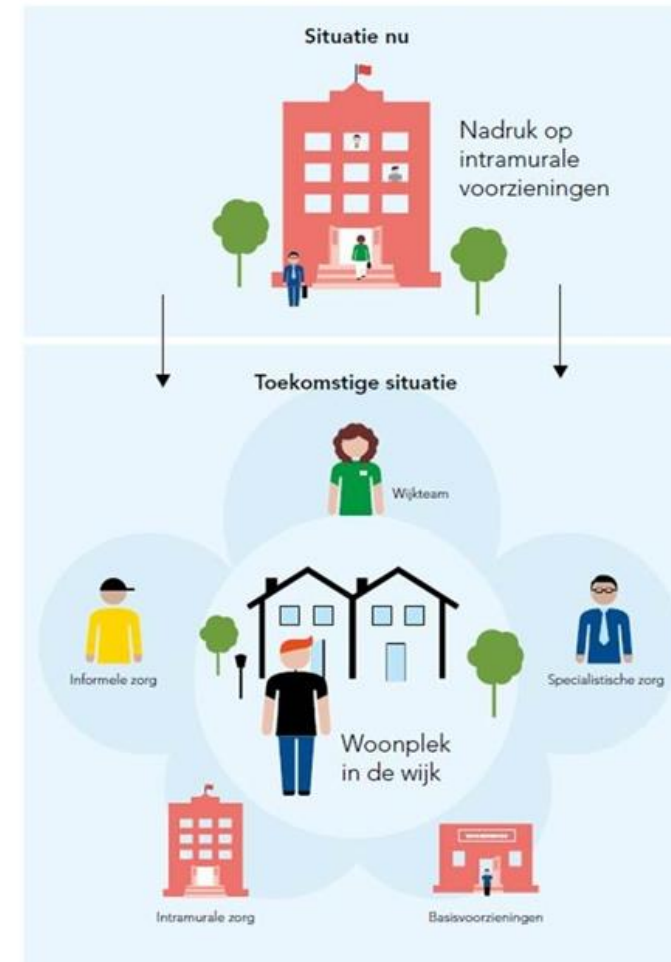
Overige

Er is sprake van een kloof tussen de ondersteuning vanuit de Wmo en vanuit de Wlz. Nu ziet de toezichthouder dat mensen die niet tijdig een Wlz-indicatie ontvangen, 'automatisch' terechtkomen in de Wmo. Dit is een knelpunt omdat de Wmo-voorzieningen niet altijd beschikken over de middelen om op de behoeften in te kunnen springen van de mensen die 'tussen wal en schip' vallen. Het is van belang dat binnen het sociaal domein wordt gekeken naar een betere aansluiting van de Wmo op de Wlz.



Aanbevelingen - vervolg

- De continuïteit van de FACT-teams staat soms onder druk. Dit hangt samen met de continuïteit van de personeelsbezetting bij de GGZ. Die kampen met een hoog personeelsverloop. Het is van belang dat de GGZ- sector investeert in de continuïteit van de FACT-teams.
- Door de werkbelasting komt de politie steeds minder toe aan preventieve taken, met als gevolg dat de politie pas in beeld komt wanneer de situatie geëscaleerd is. Zorg voor structurele formatieruimte bij de politie, zodat zij toekomen aan preventieve samenwerking met de locatie-medewerkers van de 24uursvoorzieningen.
- De behoefte aan prikkelarme omgeving onder cliënten is hoog. Professionals beamen de gunstige uitwerking die een prikkelarme omgeving heeft op de populatie (en omwonenden). Het is van belang dat bij het ontwikkelen van de huisvestigingsplannen voor deze doelgroep hiermee rekening wordt gehouden.
- Het is belangrijk dat gekeken wordt naar de rol van de woningbouwcoöperaties en in hoeverre zij kunnen bijdragen aan het beschikbaar stellen van woningen voor de door- en uitstroom van Wmo-cliënten.





Gemeente Amsterdam

Bestuurlijke reactie



Bestuurlijke reactie gemeente Amsterdam

Het college is verheugd dit rapport te ontvangen, omdat het een goed beeld geeft van de situatie en verbeterpunten in de huidige 24 uursopvang. In het rapport wordt vanuit verschillende perspectieven (managers/professionals/cliënten) gekeken naar wat goed gaat, en wat beter kan. De achterliggende onderzoeksvraag is: In hoeverre sluit de 24uursopvang aan bij de ondersteuningsbehoefte en het perspectief van cliënten? Deze vraag is relevant, omdat er de afgelopen periode signalen zijn geweest dat er een verzwaring heeft plaatsgevonden van de doelgroep die verblijft in de 24 uursopvang MOBW. In dit rapport wordt niet zozeer de vraag beantwoord of er sprake is van een verzwaring van de doelgroep, maar wel of de begeleiding die de huidige doelgroep ontvangt passend is.

Het college onderschrijft de conclusies en aanbevelingen in dit rapport. Grotendeels zijn de conclusies en aanbevelingen een steun in de rug van al ingezet beleid. Bijzondere belangstelling had het college voor de volgende conclusies en aanbevelingen:

Op een deel van de cliënten in de 24 uursopvang zijn de doelstellingen van het huidige beleid, gericht op herstel en participatie, minder van toepassing. Dit betreft meestal een doelgroep met complexe (GGZ) problematiek die vaak al decennia in een 24 uurs setting verblijven. Een deel van deze doelgroep zal overgaan naar financiering vanuit de Wet langdurige zorg, die per 1 januari 2021 opengesteld wordt voor deze groep. Maar voor wie dit niet geldt, is het belangrijk dat zij in een vertrouwde setting kunnen blijven. Het college herkent dit en heeft hier rekening mee gehouden in de nieuwe aanbesteding van MOBW, waarin het aantal plekken met 24 uurtoezicht op peil blijft.

Binnen een aantal – vaak grotere – locaties, is sprake van groepen bewoners die kampen met uiteenlopende problematiek. Bijvoorbeeld: cliënten met een actieve verslaving, wonen in een voorziening met cliënten die juist hun verslaving achter zich hebben gelaten. De toezichthouder beveelt aan om meer differentiatie aan te brengen binnen de voorzieningen zodat meer kan worden ingespeeld op de verschillende soorten behoeften die bestaan onder de populatie.



Bestuurlijke reactie gemeente Amsterdam (vervolg)

Het college onderkent dat dit op een aantal locaties voorkomt, maar vraagt hierbij ook aandacht voor het dilemma dat hierbij speelt. Cliënten die afkicken kunnen niet altijd direct op een andere locatie terecht, omdat daar nog geen plek is. Ook kunnen cliënten terugvallen in een verslaving, waarbij het niet altijd wenselijk is iemand direct weer te laten verhuizen omdat dat niet bijdraagt aan het herstel.

Overigens zullen de komende jaren er meerdere, kleine 24 uren locaties opgeleverd worden, waarbij het mogelijk is de nodige differentiatie aan te brengen. Dit zal bovenstaande dilemma's echter niet altijd tenietdoen. Het college zal met zorgaanbieders in gesprek gaan over de verdere mogelijkheden om voor elke cliënt een passende context te bieden, passend ook bij de fase van herstel.

De toezichthouder stelt vast dat personeel niet altijd voldoende ervaren is, soms onvoldoende bekwaam is in complexe GGZ-problematiek en dat er soms veel verloop is in het personeelsbestand. Bovendien is het personeel vaak geen afspiegeling van de diverse Amsterdamse bevolking – terwijl de bewoners dat vaak wel zijn. De toezichthouder beveelt aan hier stappen in te zetten, zodat de bewoners passende ondersteuning krijgen, van zorgprofessionals die zich kunnen inleven in hun leefwereld en achtergrond. Dit is een belangrijke aanbeveling, die het college ter harte neemt. In de nieuwe aanbesteding MOBW (waarvan de contracten ingaan per 1 april 2021) krijgen zorgaanbieders expliciet de opdracht om vorm te geven aan een bekwaam, divers en ervaren personeelsbestand, maar de resultaten uit dit rapport onderstrepen hiervan nog eens het belang. Het college benadrukt hierbij ook het belang om ervaringsdeskundigen in te zetten bij de begeleiding. Ook dit is een expliciete opdracht in de overeenkomsten. Maar de inzet van ervaringsdeskundigen wordt ook op andere manieren gestimuleerd, bijvoorbeeld zal er in de nieuwe op te zetten wachtlijstbegeleiding vanuit Team ED 0,5 tot 1 fte ingezet gaan worden.”



Bestuurlijke reactie gemeente Amsterdam (vervolg 2)

Ten slotte, in het rapport roept de toezichthouder op tot uitbreiden van het aantal beschikbare 24 uursplekken, als middel om de wachtlijsten te verkorten. Het college wil hierbij benadrukken dat het middel hiertoe is het passend plaatsen van mensen (in de praktijk: het waar mogelijk toepassen van het concept van Housing First) én het versterken van doorstroom van cliënten die nu in 24 uursopvang verblijven. Dit is in lijn met het advies van de Commissie Toekomst Beschermd Wonen (Dannenberg 2015) en met het recente rapport Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (Herstel begint met een Huis, 2020). Kern van deze adviezen is dat sociale inclusie voor mensen met een psychische kwetsbaarheid een voorwaarde is voor herstel. Duidelijk is dat hiervoor woningen nodig zijn. Daar werkt het college samen met partners als woningbouwcorporaties aan – en dat is ook de essentie van het nieuwe Masterplan MOBW. Het uitbreiden van de 24 uurscapaciteit ziet het college echter niet als structurele oplossing voor het tegengaan van de wachtlijsten en is – belangrijker nog – niet in het belang van het herstel van cliënten.



Bijlage: Locaties interne stakeholders

Aanbieder	Locaties	Plekken	Doelgroep
St. HVO Querido	Eendracht (voorheen Batjan)	32	Bewoners met chronisch psychiatrische problematiek
	Martien Schaaperhuis	60	Bewoners met een psychiatrische problematiek
	Rijswijk	72	Bewoners met chronisch psychiatrische problematiek
	Robert Kochs	60	Bewoners met psychiatrische problematiek, vaak in combinatie met verslavingsproblematiek.
Leger des Heils	RIBW Westburgh	60	Bewoners met een psychiatrische stoornis en/of een psychiatrisch verleden, eventueel gecombineerd met een licht verstandelijke beperking- verslavings- en/of psychosociale problematiek
	Domus	20	Bewoners met een verslaving, een psychiatrische stoornis, eventueel in relatie met politie en justitie.
Cordaan	Snelleveldstraat	22	Bewoners met psychiatrische problematiek of langdurige psychosociale problemen
	Statenjachtstraat	24	Bewoners met psychiatrische problematiek of langdurige psychosociale problemen
	Ketelhuisplein	62	Bewoners (ouderen) met psychiatrische problematiek of langdurige psychosociale problemen
Volksbond	GJ Scheurleerweg	50	Bewoners met een complexe problematiek (psychiatrisch, verslaving en licht verstandelijke beperkt).
Totaal: 4 aanbieders	11 locaties	462 plekken	