

Verslag marktconsultatie Beschermd Wonen

Er is gesproken over 5 in ontwikkeling zijnde producten. De beschrijvingen van deze producten zijn tot stand gekomen in werkgroepen en gesprekken met zorgaanbieders, regiogemeenten en wijkteams. Deze marktconsultatie is bedoeld om alle partijen mee te nemen en te laten reageren. De presentatie en het verslag van deze bijeenkomst worden op de internetpagina van de regio geplaatst.

Hieronder worden de 5 producten benoemd en de opmerkingen die zijn gemaakt.

Ambulante intensieve ondersteuning thuis

- Totaalpakket, excl huisvesting en voeding met geplande en ongeplande zorg
- Inclusief 24 uren bereikbaarheid (binnen 5 minuten) en waar nodig beschikbaarheid (binnen drie kwartier)
- Doelgroep:
 - Wisselende ondersteuningsbehoefte vanuit psychiatrische problematiek
 - Geen (dreigend) gevaar voor veiligheid
 - In staat om met ondersteuning zorgvraag te formuleren en hulp in te roepen
- Inhoud pakket:
 - Gericht op inwoner en ook op zijn netwerk
 - Trainen / aanleren vaardigheden op gebied van wonen, ADL, financiën
 - Stimuleren zelfhulp zodat professionele hulp afgebouwd kan worden
 - Waar mogelijk inzet van technologie

Opmerkingen Ambulante intensieve ondersteuning thuis

Meermalen is opgemerkt dat voldoende woningaanbod noodzakelijk is, ook met de mogelijkheid van de zogenaamde 'omklapconstructie'. Ook als mensen geclusterd wonen zou omklappen mogelijk moeten zijn (b.v. een hoofdhuurder?). Doel is om verhuizingen zo veel mogelijk te voorkomen. De samenleving moet betrokken worden. Als mensen met ernstige psychische problemen meer in de wijken komen wonen, moet de samenleving daarover geïnformeerd worden. De gemeenten zouden een campagne kunnen starten. Zorgaanbieders zouden de buurt kunnen informeren als iemand daadwerkelijk in de wijk komt wonen.

Welke technieken zijn op dit moment inzetbaar en wie zou dat moeten financieren? Hierbij wordt ook de zorgverzekeraar wordt genoemd. Als zorgaanbieders moeten investeren in een woning wat betreft technologie, is omklappen niet altijd wenselijk. Zorgaanbieders kunnen hiervoor ook het bedrijfsleven opzoeken, in het kader van verantwoord ondernemen.

Er zijn zowel voordelen van een integraal pakket benoemd: maakt onplanbare zorg en indirecte zorg (aandacht voor netwerk) mogelijk en minder bureaucratie. Als ook nadelen: minder kostenefficiënt, minder maatwerk mogelijk.

Variant A: respijtzorg met lichte ondersteuning

- Inwoner is relatief zelfredzaam
- Voorziening is hotelmatig
- Eigen begeleiding kan op afspraak langskomen

- 24 uren bereikbaarheid zorgaanbieder in de buurt

Variante B: Crisisplaatsen

- Begeleiding gedurende de dag aanwezig, 's nachts slaapwacht zodat bij calamiteiten direct gereageerd kan worden
- Gericht op inzichtelijk maken ervaren belemmeringen dagelijks leven
- Leidt tot plan van aanpak ikv herstel en zelfredzaamheid
- Eventuele intensieve(re) ondersteuning en behandeling thuis wordt opgestart

Opmerkingen Respijtzorg met lichte ondersteuning en Crisisplaatsen

Crisisplaatsen zouden bij meer ambulante wonen meer nodig zijn. De vraag wordt gesteld of de benaming goed is. De term 'crisis' duidt meer op een verantwoordelijkheid richting zorgverzekeraar / behandeling. De term 'terugvalplaats' wordt genoemd. Kan een crisisplaats ook thuis zijn? B.v. een uitraaskamer. Er schijnen technieken te zijn, detectiematerialen die kunnen aangeven dat de gemoedstoestand van mensen verandert. Zouden die in het kader van signalering kunnen worden ingezet? Maar bij crisis is dit lastig omdat je a la minute moet handelen, dus aanpassingen kun je dan niet meer doen.

Er zou op basis van de jaarlijkse leegstand voldoende volume moeten zijn in crisisplaatsen.

Reserveren van plaatsen en daarvoor financieren is dus niet nodig. Dan is samenwerking tussen zorgaanbieders van nog groter belang. Vooral wordt benadrukt dat een goede structuur moet worden opgezet. Men moet van elkaar weten welk type bewoners/klanten kan worden opgevangen. Zou regionaal gecoördineerd moeten worden.

Ook wordt benoemd dat het voor de bewoner/klant goed zou zijn om je 'eigen' begeleidingsteam mee te nemen als je van verblijfsplaats wisselt.

Trainingshuis (verblijf)

- Gericht op doorstroom (1-3 jaar) naar zelfstandig wonen (met bg)
- Gestructureerde aandacht voor aanleren vaardigheden
- Doelgroep vraagt nabijheid gedurende de dag (signalerende functie, bijsturing), 's nachts bereikbaar (5 min) en beschikbaar (half uur)
- Integraal pakket, inclusief huisvesting en voeding
- Aanleren van vaardigheden om zelfredzaamheid te vergroten
- Aandacht voor netwerk
- Dagbesteding / (activerend) werk essentieel
- Stimuleren zelfhulp en herstel

Duurzame verblijfszorg (verblijf)

Doelgroep: langdurig verblijf

- Beperkt leerbaar/trainbaar
- Ernstige gedragsproblematiek (agressie / manipulatie / destructief)
- Beperkte participatie
- Integraal pakket, inclusief huisvesting en voeding
- 24 uren aanwezigheid, inclusief nacht (slaapdienst) ikv regulering / signalering
- Gericht op stabiliseren en waar mogelijk werken aan herstel
- Aandacht voor netwerk

- Participatie in de wijk, eventueel ook 'omgekeerd' (wijk naar binnen)
Waar mogelijk inzetten dagbesteding / (activerend) werk

Opmerkingen Trainingshuis en Duurzame verblijfszorg

Over de verblijfszorg wordt opgemerkt dat ook deze zorg als 'thuis' ervaren moet worden.

Het zou mooi zijn als iemand die verder is in het herstel- / trainingsproces meer taken en verantwoordelijkheden krijgt, ook binnen de verblijfszorg.

Geopperd wordt of het nog noodzakelijk is om binnen het product 'duurzame verblijfszorg' nog te differentieren? Of biedt het pakket voldoende ruimte om er binnen op- en af te kunnen schalen?

Overige opmerkingen

Over het algemeen genomen wordt het productaanbod zoals dat in de 5 producten is weergegeven als compleet ervaren.

Ervaringswerk wordt als product gemist. Deze mensen kunnen een verbinding vormen tussen wijk, voorzieningen en klanten/bewoners. Vraag is of dit ingekocht moet worden of dat het een algemene voorziening in de wijk moet zijn. Meerwaarde wordt juist ook gezien in het 'los' zijn van aanbieders. Hierbij wordt opgemerkt dat we moeten oppassen dat de GGz-doelgroep niet wordt verbijzonderd. Verkokering van de hulpverlening is nog steeds een probleem. Alleen die discipline die op dat moment nodig is moet worden ingeschakeld. Klanten/bewoners moeten op dit moment de hulpverlening te veel managen.

Er wordt gesproken over financiering van uren, of financiering binnen een pakket. Aangegeven wordt dat het probleem bij urenfinanciering is, dat alleen face-to-face uren worden afgerekend. Binnen een zorgpakket heeft een aanbieder meer ruimte.

Er wordt nog gesproken over resultaatsturing en eventueel resultaatgericht financieren. Hier wordt over het algemeen positief op gereageerd. Financieren is nog een brug te ver. De vraag is ook hoe je resultaat meet. Preventie wordt belangrijk geacht bij resultaatsturing. Ook dat moet dan meetbaar worden gemaakt.

Bij een nieuwe aanbesteding moet de productomschrijving en verantwoording zo min mogelijk administratieve lasten opwerpen.