



Andrew Britt
Youp Dusault
Vanessa van der Vlugt



Kansen, belemmeringen
en behoeften in het (meer)
scheiden van wonen en zorg



Kansen, belemmeringen en behoeften in het (meer) scheiden van wonen en zorg

Andrew Britt
Youp Dusault
Vanessa van der Vlugt

Utrecht, September 2024



Inhoud

Samenvatting	4
1 Aanleiding, vraag en onderzoeksaanpak	6
Aanleiding	6
Vraag	7
Aanpak	7
2 Bevindingen	8
2.1. Doelgroepen, maatwerk, lastig te veralgemeniseren	8
2.2. Wat komt er voor zorgaanbieders kijken bij het scheiden van wonen en zorg?	14
2.3. Implicaties voor de cliënten	21
2.4. Ervaren (financiële) meerwaarde van (meer) scheiden wonen en zorg	24
3 Conclusies en adviezen	26
3.1. Conclusies	26
3.2. Adviezen	28

Samenvatting

In opdracht van CZ zorgkantoor is onderzoek gedaan naar de mogelijkheden en belemmeringen in het (verder) scheiden van wonen en zorg ten behoeve van de doelgroep intramuraal wonende ggz-cliënten met een Wlz-indicatie. Hiervoor zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van tien verschillende zorgaanbieders die zorg leveren aan ggz-cliënten met een Wlz-indicatie, elk met een andersoortig zorg- en woonaanbod en verschillende mate van ervaring met het aanbieden van zorg bekostigd via een mpt en/of vpt.¹ De uitkomsten uit de interviews zijn getoetst bij leden van diverse cliëntenraden.

Het blijkt erg lastig, zo niet onmogelijk, om de doelgroep voor wie (verder) scheiden van wonen en zorg passend is concreter af te bakenen en te definiëren. Zorgaanbieders geven aan dat de precieze voor- en nadelen van een dergelijke stap op individueel niveau overwogen moeten worden, waarbij zorgprofielen lang niet altijd leidend zijn. Zorgaanbieders hebben verschillende ideeën over welke cliënten baat kunnen hebben bij een scheiding van wonen en zorg en welke cliënten waarschijnlijk niet. Deze ideeën worden in dit rapport verder uitgediept.

Of het scheiden van wonen en zorg voor een specifieke cliënt geschikt is of niet heeft vooral te maken met persoonlijke behoeften (wil de cliënt zelf graag zelfstandiger wonen), het kunnen uitstellen van een hulpvraag, risico op terugval en/of overlast voor de omgeving en mate van zelfstandigheid.

¹ Een volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt) zijn leveringsvormen waarbij zorg thuis geleverd kan worden.

Kenmerken van cliënten voor wie het vaker nodig is om intramuraal te (blijven) wonen zijn onder andere verslavingsproblematiek, hoe lang de cliënt al intramuraal woont, in welke mate de cliënt structuur en dagbesteding nodig heeft, en het risico op sociaal isolement.

Zorgprofielen kunnen wel wat richting geven, maar zijn geen passende manier om te bepalen of het goed is om wonen en zorg te scheiden op cliëntniveau. In de praktijk lopen verschillende zorgprofielen, financieringsstromen (Wmo/Wlz) en diagnoses dwars door elkaar heen in de wooncomplexen.

Uit het onderzoek blijkt dat zorgaanbieders de verschillende leveringsvormen (zpz, vpt, mpt) ook anders kunnen invullen. Zo huren cliënten soms niet van de daadwerkelijke verhuurder, maar huurt de zorgaanbieder de woningen en betaalt de cliënt een 'maandelijkse bijdrage' aan de zorgaanbieder. Zorgaanbieders gebruiken deze constructie wanneer verhuurders niet bereid waren de woning rechtstreeks aan hun cliënten te verhuren. Op deze manier wordt de zorg door middel van vpt of mpt geleverd, maar lijkt het in de praktijk meer op een zpz-leveringsvorm.

Bij het zelfstandiger gaan wonen vergroot een ondersteunend netwerk de kans op een succesvolle stap. Vaak vormen medecliënten in een wooncomplex en soms ook de medewerkers vanuit de zorgaanbieder een aanzienlijk deel van het netwerk van een cliënt, waardoor zelfstandiger wonen ertoe kan leiden dat het netwerk krimpt. Het is belangrijk dat cliënten ergens op terug kunnen vallen, omdat eenzaamheid een risicofactor is voor verergering van de problematiek.

Bij het uitbreiden van de mogelijkheden om wonen en zorg te scheiden, zien zorgaanbieders het als een essentiële taak om relaties met gemeenten en corporaties te onderhouden en behouden, waarvoor blijvend aandacht nodig is.

Bij de omschakeling van intramuraal naar extramuraal wonen moet er verder rekening mee gehouden worden dat afspraken met zorgverleners rondom op- en afschaling (huisarts, crisisopvang, behandelaar) en andere instanties (sociaal domein, werk & inkomen) gemaakt of vernieuwd moeten worden. Een ander obstakel voor zorgaanbieders is een tekort aan (passende) woonruimte. Dit is een bekend gegeven, maar het wordt in elk gesprek genoemd als het belangrijkste obstakel.

Het passend bekostigd krijgen van gezamenlijke ruimtes in complexen waar wonen en zorg gescheiden zijn, is ook een veel genoemd obstakel. Ook hebben zorgaanbieders in of nabij de complexen ruimte nodig voor het personeel (bij de 24-uursbeschikbaarheid). Deze ruimtes, die niet gehuurd worden door een cliënt maar wel nodig zijn, worden niet bekostigd vanuit het vpt of mpt. In de praktijk financieren zorgaanbieders deze ruimtes zelf.

Een van de uitdagingen voor cliënten zelf bij een overstap van intramuraal naar extramuraal wonen is bijvoorbeeld het administratief regelwerk rond toeslagen. Sommige gemeenten korten cliënten nog steeds op hun bijstandsuitkering als zij voedingsgeld ontvangen van de zorgaanbieder. Daarnaast is de (bewijs)last voor het aanvragen van bijzondere bijstand vaak groot. De regels rond de eigen bijdrage maken dat cliënten en hun begeleiders vaak jaar op jaar kwijtschelding moeten aanvragen bij het CAK.

Desondanks zien zorgaanbieders het scheiden van wonen en zorg voor wie dit passend is, als een positieve stap die zorgt voor meer eigen regie en zelfstandigheid.

In hoofdstuk 3 trekken wij conclusies (3.1) uit het onderzoek en geven we een aantal adviezen (3.2).

1 Aanleiding, vraag en onderzoeksaanpak

Aanleiding

In 'Samen op weg naar toekomstbestendige, langdurige Geestelijke Gezondheidszorg' omschrijft het CZ zorgkantoor zijn visie:

'Cliënten ervaren autonomie en perspectief, en zijn onderdeel van de maatschappij. De langdurige GGZ vindt zo min mogelijk plaats in intramurale voorzieningen, maar vooral thuis of in geclusterde voorzieningen met het gevoel van thuis.'

Het scheiden van wonen en zorg kan – voor wie dit passend is – positief zijn. De leveringsvormen volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt) zijn daar middelen toe. Ook is de veronderstelling dat meer scheiden van wonen en zorg bijdraagt aan de betaalbaarheid van de langdurige zorg. Om deze redenen is 'zo thuis als mogelijk' als beweging opgenomen in het inkoopkader 2024-2026 van CZ zorgkantoor.²

² De cliënten in onze regio's wonen zo goed als mogelijk zelfstandig thuis, waarbij thuis de plek is die voelt als een thuis. Vanuit de herstelgedachte wordt blijvend gezocht naar het optimale punt van zelfstandigheid. In deze thuissituatie stemt u de ondersteuning zo goed mogelijk af op de behoefte van de cliënt, waarbij u oog heeft voor de individuele situatie. De zorg wordt vormgegeven vanuit de leveringsvormen MPT of VPT, waarbij toezicht of nabijheid goed wordt vormgegeven vanuit de individuele cliëntsituatie. Daarnaast wordt bestaand intramuraal aanbod omgevormd naar aanbod op basis van VPT.'

De meeste zorg in Nederland vindt thuis plaats. 'Thuis' is in deze context een breed begrip waaronder zelfstandig wonen met ondersteuning valt, maar ook geclusterd wonen met toezicht en/of zorg in nabijheid. Het streven van het zorgkantoor is een zo zelfstandig mogelijke, veilige plek in de samenleving voor die cliënten³ voor wie dat passend is.

Langdurige zorg (vanuit de Wlz) richt zich met name op stabiliteit en herstel, waarbij de groeiende instroom volgens het beleid opgevangen moet worden met (meer) scheiden van wonen en zorg. CZ zorgkantoor verwacht van ggz-aanbieders dat ze vanuit de herstelgedachte Wlz-zorg bieden en daarmee focussen op het scheiden van wonen en zorg, waardoor het zorgkantoor een grotere uitstroom uit klinisch verblijf en voortgezette behandeling verwacht.

De aanname is dat een deel van de huidige populatie GGZ-Wonen-clieñten (GGZ-W) in staat is om, al dan niet met begeleiding, de eigen huur te betalen, zelf te zorgen voor voeding en met voedingsgeld om te gaan. Hiervoor is een zekere mate van zelfredzaamheid noodzakelijk, maar ook andere factoren spelen mee. Daarentegen zal voor een ander deel van de cliëntenpopulatie met een GGZ-W-indicatie een intramurale setting noodzakelijk zijn en blijven om voldoende veiligheid en ondersteuning te kunnen bieden.

³ In de interviews lopen veelvuldig de term 'cliënt' en 'bewoner' door elkaar heen. Wij hanteren in dit rapport 'cliënt', behalve waar het citaten uit interviews betreft.

Vraag

CZ zorgkantoor heeft behoefte aan onderzoek dat:

1. Meer inzicht geeft voor welke doelgroepen met een GGZ-W-indicatie het scheiden van wonen en zorg in potentie passend is.
2. Inzichtelijk maakt welke organisatie-specifieke belemmeringen er zijn voor het (meer) aanbieden van het scheiden van wonen en zorg. Dit kunnen beleidsmatige, organisatorische, systemische en procesmatige belemmeringen zijn.⁴
3. Inzicht geeft in de implicaties voor de betreffende cliënten van een omzetting van zzp naar vpt of mpt op het continueren van de (ggz-)behandeling, specifieke paramedische zorg en algemene medische zorg (huisarts).
4. Concrete adviezen geeft voor welke doelgroepen, onder welke voorwaarden, het passend is om vpt of mpt in te kopen, op basis van de antwoorden op bovenstaande onderzoeksvragen.

Aanpak

In meerdere gesprekken met het zorgkantoor zijn we gekomen tot een selectie van tien verschillende zorgaanbieders: ZEP XL, LEVANTOgroep, Zeeuwse Gronden, Regionaal Autisme Centrum, de Kessler Stichting⁵, Anton Constandse, SMO Breda, Parnassia Langdurige Intensieve Behandeling (LIP), GGzE, GGz Breburg.

De organisaties zijn geselecteerd op verschillende soorten aanbod, zodat er diversiteit is tussen de verschillende organisaties: het betreft zowel zorgaanbieders die (vooral) over beschermd-wonen-locaties beschikken, als zorgaanbieders die (vooral) terreingebonden voorzieningen bieden, zorgaanbieders die al langer (veel) met vpt en mpt werken, en zorgaanbieders voor wie dit (tot nog toe) gaat om een klein deel van hun aanbod.

⁴ De beschikbaarheid van passende huisvesting wordt als bekende randvoorwaarde beschouwd.

⁵ Per 1-1-2024 onder de naam KesslerPerspektief.

De zorgaanbieders bedienen deels dezelfde doelgroep, maar er zijn ook verschillen. Zo richt de een zich meer op verslaving, multiproblematiek en dakloosheid en de ander meer op noodopvang en forensische zorg. De een richt zich voornamelijk op 'cure' en anderen meer op 'care', weer een ander richt zich vooral op mensen met een autismespectrumstoornis en comorbiditeit. Enzovoorts.

De zorgaanbieders zijn door contactpersonen bij het zorgkantoor geïnformeerd over het onderzoek en gevraagd om deel te nemen. Op basis van een voorstel van het zorgkantoor zijn de onderzoekers gekomen tot een gespreksleidraad voor de diepte-interviews met zorgaanbieders over dit thema.

Er zijn groepsgesprekken gevoerd met afvaardigingen met verschillende functies⁶ bij de zorgaanbieders. Na terugkoppeling van de eerste bevindingen op hoofdlijnen met het zorgkantoor zijn verschillende aanvullende vragen gesteld aan zorgaanbieders per e-mail en in enkele vervolggesprekken.

Daarnaast zijn de bevindingen uit de gesprekken met zorgaanbieders getoetst in meerdere digitale (groeps)gesprekken met afvaardigingen vanuit diverse cliëntenraden van zorgaanbieders. Er zijn uiteindelijk drie groepsgesprekken gevoerd met in totaal tien deelnemers, verspreid over vier organisaties.⁷

⁶ Onder andere beleid, directie, financiën.

⁷ De deelnemers vanuit cliëntenraden hebben als blijk van waardering voor hun tijd en inbreng VVV-bonnen van de onderzoekers gekregen.

2 Bevindingen

2.1. Doelgroepen, maatwerk, lastig te veralgemeniseren

Het is moeilijk, zo niet onmogelijk, om algemene uitspraken te doen voor welke soort of welk type cliënten het (meer) scheiden van wonen en zorg passend is, zo blijkt uit dit onderzoek.

‘Op alle fronten blijft het individu met zijn hulpvragen en ondersteuningsvragen vooropstaan en dat is maatwerk.’

Alle zorgaanbieders geven aan dat de zorgprofielen⁸ ‘natuurlijk wel iets betekenen’, maar niet helpen om onderscheid te maken naar wel/niet geschikt zijn voor scheiden van wonen en zorg.

Zorgaanbieders werken met verschillende instrumenten en gespreksleidraden om de hulpvraag, het risico op terugval en mogelijkheden van individuele cliënten te bepalen.⁹ Op basis daarvan, in combinatie met de behoeften van de cliënt zelf, maken instellingen die zowel intramurale zorg bieden als zorg aan huis, door middel van het volledig pakket thuis (vpt) of modulair pakket thuis (mpt), afwegingen over wat een passende woonvorm is.

⁸ Voor mensen met een psychische aandoening in de Wlz gelden de volgende zorgprofielen: 1. Ggz wonen met intensieve begeleiding, 2. Ggz wonen met intensieve begeleiding en verzorging, 3. Ggz wonen met intensieve begeleiding en gedragsregulering, 4. Ggz wonen met intensieve begeleiding en intensieve verpleging en verzorging, 5. Ggz beveiligd wonen vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding.

⁹ Er worden verschillende instrumenten gebruikt, waaronder: Krachtwerk, Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) methodiek (Trimbos), Actief Herstellen in de Triade (ART), NLP, en de 7 levensdomeinen van positieve gezondheid. Sommigen hanteren geen vast format maar beginnen met dossierstudie en gaandeweg het gesprek worden alle leefgebieden afgegaan.

Relatie met andere wetgeving en financiering

In de interviews komt meerdere malen de relatie met de Wmo naar voren. Soms omdat cliënten schrikken van de eigen bijdrage in de Wlz, die hoog is in vergelijking met die in de Wmo. Soms omdat als het gaat over ‘uitstroom’ naar zelfstandiger wonen, dit vaker vanuit de Wmo-doelgroep komt. Soms omdat er gesproken wordt over de reden waarom de Wlz toch passender is voor cliënten met een ‘licht’ zorgprofiel. Veel zorgaanbieders geven aan dat de Wlz in verhouding tot de Wmo voor een heel groot deel van de doelgroep rust en stabiliteit heeft gebracht, en daarmee een hogere kwaliteit van leven. De Wmo-financiën bij gemeenten noemen zij ‘grillig’ en ‘onzeker’. Bijvoorbeeld wanneer gemaakte afspraken mogelijk niet verlengd worden na het aantreden van een nieuwe gemeenteraad.

2.1.1. Wat maakt scheiden van wonen en zorg passend op individueel niveau?

Zorgaanbieders kunnen wel aangeven wat belangrijk is bij individuele cliënten als het gaat om het kunnen scheiden van wonen en zorg. We sommen ze hier puntsgewijs op en lichten een selectie verderop in het rapport kort toe.

- Het kunnen uitstellen van de hulpvraag. Kan de cliënt bij problemen wachten tot de volgende dag voor hulp? Of moet er altijd een hulpverlener aanwezig of nabij zijn voor eventuele hulpvragen?
- Motivatie en behoefte van de cliënt zelf (de cliënt moet het zelf ook willen en aandurven).
- Het risico op overlast voor omwonenden.
- Zelfstandigheid, bijvoorbeeld kunnen koken, financiële stabiliteit.
- Kan de cliënt (soms met steun) zaken regelen als toeslagen, financiën, post?
- Goed contact hebben en kunnen afstemmen met het netwerk/ de omgeving van de cliënt (naasten, maar ook bijvoorbeeld de burens, de huisarts).
- Risico op terugval.
- Heeft de cliënt behoefte aan sociaal contact met medecliënten en/of zorgpersoneel, en (algemene) ruimtes om dit te vergemakkelijken, of juist niet? Is de cliënt makkelijk 'te verleiden' tot dagbesteding?
- Geeft de plek waar de cliënt nu woont rust? Voelt het veilig? Hoe is dat bij de andere locatie?
- Past de cliënt bij de andere cliënten in een geclusterde woning? (Of is de cliënt zelf juist meer gebaat bij meer 'rust' en privacy?)

Als we de zorgaanbieders vragen om een schets van het soort cliënten waarbij intramuraal wonen nodig is, noemen zij de volgende zaken:

- Verslavingsproblematiek als complicerende factor voor het zelfstandig(er) wonen.
- Cliënten die al lange tijd intramuraal wonen, kunnen moeilijker op zichzelf gaan wonen. Zij zijn dusdanig gewend aan de situatie dat zelfstandig wonen vaak een te grote stap is.
- Cliënten voor wie structuur en dagbesteding van groot belang zijn, kunnen vastlopen in een eigen woning. Bij minder begeleiding en meer zelfstandigheid ontstaat het risico op zelfverwaarlozing.
- Risico op terugval. Oorzaken kunnen zijn: de nieuwe spannende omgeving, wegvallen van structuur en sociaal isolement.

Zo vertelt een zorgaanbieder:

'De cliënten met een ggz-1-indicatie hebben blijvende behoefte aan structuur en 24 uur zorg in de nabijheid omdat zij anders vastlopen in hun dagelijks leven. (...) Als cliënten deze ggz-1-zorg niet ontvangen dan zien wij de volgende problemen: zelfverwaarlozing en verwaarlozing van de omgeving, zichzelf isoleren, financiële problemen, gedragsproblemen die verergeren, agressie, onjuiste medicatie-inname, overbelasting van familie, overlast in de buurt. Cliënten weten niet wat ze moeten doen en raken in paniek, wat kan leiden tot crisissituaties. Et cetera.'

Bij diverse organisaties zien we dat er een vaak **oudere doelgroep** is, die al heel lang intramuraal woont, en waarvoor het intramuraal blijven wonen als passend wordt gezien. Cliënten die zo gewend zijn aan hun situatie, dat zij er alleen maar last van zouden hebben als zij proberen het te veranderen. Diverse zorgaanbieders spreken dan ook van het verschil tussen de 'oudere doelgroep' en 'nieuwere cliënten'.

'Er zijn mensen die zoveel beroep doen op begeleiding op niet planbare momenten dat je dat eigenlijk niet durft los te laten. Soms kunnen ze de prikkels in een wijk niet aan, een bepaalde chronische doelgroep wil gewoon in een veilige omgeving zijn.'

Daarnaast geven zorgaanbieders wel aan dat het ook zoeken is naar wat passend en 'goed genoeg' is voor een cliënt, en dat het soms ook belangrijk is om je eigen normen en waarden daarin los te laten:

'Als er een nieuwe collega is die [schrikt van wat die aantreft en] zegt "deze cliënt kan niet langer zo zelfstandig wonen!" Dan ga je naar de cliënt en die zegt misschien: "ik ben helemaal tevreden." Als er dan geen overlast voor de burens is, wie zijn wij dan om te zeggen van het kan zo niet langer?'

Met een aantal zorgaanbieders is gesproken over de specifieke knelpunten en bijzonderheden voor de doelgroep van **18 tot 23 jaar**. Zorgaanbieders geven aan dat er weinig mensen op die leeftijd al een Wlz-indicatie krijgen, en als dat wel zo is, de doelgroep over het algemeen kampt met een dusdanige zorgvraag dat het scheiden van wonen en zorg op dat moment vooral tot meer problemen zou leiden. Ook de bijstandsregels spelen op deze leeftijd in negatieve zin een rol. Als de jongere cliënten geen ouders hebben die financieel draagkrachtig en betrokken zijn, dan is het zeer lastig om zelfstandig te gaan wonen.

Hoewel het niet exact te kwantificeren is, schatten alle zorgaanbieders in dat binnen de huidige cliëntenpopulatie de groep voor wie scheiden van wonen en zorg passend is, maar bij wie dit (nog) niet het geval is, klein is. Met andere woorden: naar de toekomst toe is het nodig om bij elke nieuwe cliënt scherp (of nog scherper) te blijven kijken naar wat passend is. Binnen de huidige cliëntenbestanden gebeurt het scheiden van wonen en zorg al voor de meeste mensen voor wie het passend wordt geacht. Wat meespeelt is dat veel cliënten in het huidige bestand van zorgaanbieders zijn doorgestroomd vanuit de Wmo Beschermd Wonen.

Binnen de Wmo is al (soms meerdere malen) gewerkt aan uitstroom. Een van de redenen dat juist deze cliënten naar de Wlz overgingen in 2021, is dat zij niet zelfstandig kunnen wonen. De cliënten uit de doelgroep Wmo Beschermd Wonen die wel zelfstandig kunnen wonen, komen vaak niet in de Wlz terecht.

2.1.2. Doelgroepen, woonvormen en wetten lopen dwars door elkaar heen

Uit de gesprekken blijkt dat (woon)locaties veel diversiteit vertonen op het gebied van zorgprofielen, diagnoses en wetten van waaruit financiering komt. Waar cliënten wonen heeft vooral te maken met persoonlijke behoeften, groepsdynamiek, en beschikbaarheid.

'Het kan zomaar zijn in een beschermd woonvorm dat we daar een aantal cliënten hebben zitten met hele verschillende indicaties, dat kan zijn een Wlz met een vpt 1 t/m 3, inclusief of exclusief dagbesteding. Vanuit de Wmo kunnen ze een beschermd thuis of beschermd woon indicatie hebben maar ze kunnen ook een ambulante indicatie hebben omdat de gemeente dusdanig afgeschaald is of omdat die ambulante indicatie passend zou zijn.'

Zorgaanbieders streven ernaar dat in ieder geval de cliënt, maar het liefst ook de begeleiders geen last hebben van alle verschillende financieringsregels.

'Je kan niet tegen de een zeggen "jij mag niet mee-eten" of "jij krijgt geen wc-papier." Wij regelen [als organisatie] veel aan de achterkant.'

In de interviews worden ook voorbeelden gegeven waarin het 'niet synchroon' lopen van Wmo- en zorgkantoorregio's ongewenste gevolgen heeft voor cliënten. De cliënt moet bijvoorbeeld verhuizen uit een locatie als de indicatie van Wmo BW naar Wlz gaat.

2.1.3. Leveringsvormen worden ook anders ingevuld

Daarnaast valt op dat instellingen verschillend invulling geven aan de diverse leveringsvormen. Zo staan verschillende instellingen soms bij een vpt tussen cliënt en verhuurder in (om zekerheid te bieden aan beiden) waardoor cliënten met een vpt niet altijd zelf rechtstreeks bij de eigenaar huren maar via een tussenconstructie. Meer hierover in paragraaf 2.2.1.

Een aantal zorgaanbieders werkt al vanaf het begin alleen maar met de vpt-leveringsvorm. Toevallig of niet, we zien hier wel dat dit de zorgaanbieders zijn die vpt iets anders invullen, waardoor het bijna niet meer op vpt lijkt. Immers: het idee van vpt is scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken, waarbij de cliënt zelf verantwoordelijk is voor alle lasten die te maken hebben met zelfstandig wonen. Door de leveringsvorm zo in te vullen, ontstaat er voor de cliënt een eenvoudiger of gebruiksvriendelijke tussenvorm. Maar wel een tussenvorm waaraan de zorgaanbieders in kwestie dus meer tijd moeten besteden.

Er zijn echter ook zorgaanbieders die juist variëren met 12- en 24-uurs aanwezigheid van begeleiding. Zo geeft een zorgaanbieder aan (over de 12-uurs aanwezigheid) dat het voor de meeste cliënten juist waardevol is als er 's avonds begeleiding aanwezig is, meer nog dan overdag.

2.1.4. Belang van een netwerk zowel binnen als buiten de instelling

Uit gesprekken blijkt dat een steunend netwerk hebben niet per se een voorwaarde is voor het scheiden van wonen en zorg, maar dat het wel de kans vergroot op een succesvolle overstap van intramuraal naar zelfstandig(er) wonen. In een nieuwe omgeving kan het netwerk de benodigde continuïteit en structuur bieden.

Dit kan in de vorm van dagbesteding (eventueel op de oude instellingslocatie), medecliënten, behoud van dezelfde hulpverleners/mentoren en door familie en eventuele andere naasten te betrekken.

Sommige zorgaanbieders ondersteunen cliënten bij het opbouwen van een netwerk in de wijk. Dit doen zij door in gesprek te gaan over hoe je omgaat met burens of door 'lijntjes te leggen in de buurt'.

Veel zorgaanbieders geven aan dat de medecliënten op de locatie, of die nu intramuraal is of een geclusterde woonvorm, vaak het enige netwerk zijn van de cliënten. Voor velen is het belang van juist dit netwerk van peers heel groot. Maar de zorgaanbieders zeggen ook dat de begeleiders voor veel cliënten feitelijk een belangrijk onderdeel van het netwerk zijn.

'Sommige cliënten zouden vergaan als ze zelfstandig zouden gaan wonen, want de medebewoners zijn hun netwerk. Het is een hele beschermde woonomgeving waar de cliënten nu zitten en dit sociale aspect wordt vaak vergeten.'

Met name **eenzaamheid** is een belangrijke factor voor het risico op terugval. Cliënten die moeite hebben met het leggen van sociale contacten kunnen in isolement raken, waardoor hun problematiek verergert. Voor de ene cliënt is het voldoende om een ontmoetingsplek in de buurt te hebben.

Dit kan een vereniging of buurthuis zijn die losstaat van de hulpverlening. Voor cliënten die minder zelfstandig zijn, is een geclusterde woonvorm vaak een oplossing.

'Bij mij in de beschermde woonlocatie wordt van alles gedaan. Iedere dag wordt wel iets gedaan met en zonder begeleiding. Als je al alleen in je kamer zit, wordt al gevraagd hoe het gaat. Ik vind dat prettig. Waar ik hiervoor woonde was heel erg eenzaam en hielp allemaal niet.'

Voor zorgaanbieders is het belangrijk om gesprekken met cliënten over de mogelijkheid tot zelfstandig(er) wonen, samen met naasten te voeren. In hoeverre zijn familieleden bijvoorbeeld in staat om te ondersteunen waar nodig? Zijn er andere naasten die kunnen helpen?

'Het netwerk van mensen kijken we wel naar, maar cliënten van de nieuwe generatie hebben vaak overbelaste mantelzorgers of familieleden en zodra ze opgenomen worden, nemen wij veel over en kan het netwerk rusten. Bij uitstroom betrekken we wel weer de familie erbij, maar we zijn terughoudend met een beroep doen op hun hulp.'

Ook voor cliënten die al langer succesvol zelfstandig wonen, is het belangrijk om een plek te hebben waar zij op terug kunnen vallen.

'Wij hebben bewoners die al lang "in de wijk" wonen, die bellen na drie jaar van "mag ik bij jullie eten met de kerst?" Die weten van zichzelf dat ze het dan extra moeilijk hebben.'

2.1.5. (Hoe) voeren zorgaanbieders het gesprek over scheiden wonen en zorg? Wat is hun beleid?

Met name bij instroom kijken zorgaanbieders goed naar de woonwensen en -behoeften van cliënten, en dus ook naar de vorm. Cliënten stromen soms door naar een 'betere plek' binnen de organisatie, maar deze latere verhuisbewegingen binnen de organisatie komen niet heel vaak voor. Als er al verhuisd wordt, heeft dit soms ook te maken met groepsdynamiek. Voor alle zorgaanbieders geldt dat zij dit laten hangen van wensen van cliënten. De meeste zorgaanbieders geven aan dat deze woonbehoefte naar voren kan komen tijdens algemene voortgangsgesprekken.

Sommige zorgaanbieders hebben hier vaste momenten voor. Zo noemde een zorgaanbieder dat de woonbehoefte standaard in het halfjaarlijkse overleg met cliënten en naasten worden besproken. Andere zorgaanbieders kijken vooral bij de intake goed naar de woonwensen, maar bespreken deze daarna niet meer, tenzij de cliënt hier zelf over begint.

'Wij [moeten blijven] kijken naar wat wel kan. Wij hebben bijvoorbeeld een grote locatie die verdeeld is in drie units. In een unit hebben mensen heel veel ondersteuning en hulp nodig, in de andere unit worden ze meer losgelaten richting zelfstandigheid en kijken we of ze de stap kunnen zetten naar een kleinere voorziening. Bij sommige mensen helpt dit ook, want ze zien dat anderen die stap maken en dit stimuleert hun eigen wooncarrière dan weer.'

'Bewoners stellen vragen en vanuit die vragen komt het antwoord waarmee we werken. Als ze graag [zelfstandiger of buiten het complex] uit willen wonen, dan is de reactie daarop maatwerk. Soms [worden ze verliefd en] willen ze samenwonen. Hier worden ook afspraken over gemaakt. Ook wordt vooraf besproken of dit consequenties heeft voor de bijstand.'

Uit gesprekken met cliënten bleek dat een enkeling druk ervaart om zelfstandiger te wonen. Omdat juist stabiliteit een belangrijk uitgangspunt van de Wlz is, moet de wens om zelfstandig(er) te wonen echt vanuit de cliënt komen. Wel is het goed om samen met cliënten het gesprek over woonbehoeften te blijven voeren.

'[De Wlz heeft] heel veel van onze cliënten rust gebracht, dat zij nu gewoon weten dat ze daardoor gewoon langdurig die zorg gegarandeerd krijgen. En dan denk je soms wel, door die rust die dat gebracht heeft "hij doet het echt goed dus is dit wel nodig?". Maar dat komt omdat er stabiliteit is in zijn woonsituatie, in zijn begeleider, in het feit dat hij zich niet druk hoeft te maken over "mag ik hier blijven wonen en krijg ik nog wel de zorg die ik nodig heb".'

2.2. Wat komt er voor zorgaanbieders kijken bij het scheiden van wonen en zorg?

2.2.1. Regelwerk

Waar moeten organisaties op letten en waar lopen zij tegenaan als wonen en zorg gescheiden worden? Hierbij kan het gaan om een cliënt die van een locatie (intramuraal) naar een andere locatie gaat (wonen en zorg gescheiden), of om het 'omklappen' van bestaand aanbod: een appartement of woning die intramuraal was, wordt dan administratief 'gescheiden'.

We lichten hier de belangrijkste elementen uit de gesprekken uit.

Allereerst wordt het **investeren in de relatie met gemeenten en corporaties** als zeer belangrijk (en tijdrovend) gezien. Deze relaties, waarvan er natuurlijk al veel goed zijn, vragen blijvend onderhoud, maar maken de successen die er zijn wel mogelijk. Want gelukkig zijn er ook situaties genoemd waar de samenwerking tussen zorgaanbieder en verhuurder heel goed loopt. Bijvoorbeeld onderstaande afspraak:

'We huren een aantal appartementen/woningen waar cliënten een stap kunnen maken zonder huisvesting en zorg financieel te scheiden (dus met een zzp) om ze vervolgens naar een vpt te brengen. Dat doen we als het om een 1-persoonshuishouden gaat het liefste op die plek (omklappen huurovereenkomst op naam van cliënt) en vragen dan een 'nieuwe' woning terug van de wooncorporatie.'

Afspraken met andere instanties

Afhankelijk van waar de cliënt gaat wonen, moet er een nieuwe **huisarts** gevonden worden, waarbij diverse zorgaanbieders aangeven dat huisartsen 'niet altijd zitten te springen om de doelgroep'. Soms ontstaan complexe constructies, zoals de oude huisarts aanhouden en bij noodgevallen naar het ziekenhuis of de crisisdienst. Hetzelfde geldt voor (externe) behandelaren: als de cliënt te ver weg gaat wonen, dan kan de behandelaar zorg weigeren en moet er een nieuwe behandelaar gevonden worden.

'Een huisarts hebben is een voorwaarde voor plaatsing, want wij hebben geen behandeling in huis. Als cliënten binnenkomen hebben ze soms al een huisarts, maar een nieuwe vinden is lastig. Zeker bij uitstroom ook weer een probleem om een nieuwe huisarts te vinden.'

Afspraken rond (opschaling bij) crises wisselen sterk

tussen zorgaanbieders. Dit heeft te maken met de soort organisatie, of zij zelf behandelaren in dienst hebben (dit hebben de meeste zorgaanbieders die wij gesproken hebben niet), welke afspraken zij hebben met (andere) ggz-instellingen in de buurt, of zij samenwerkingsrelaties hebben met huisartsen die per locatie veel cliënten als patiënt hebben, enzovoorts.

'Logeerplekken en eigen crisis-escalatieroutes maken op het terrein (of dicht bij een terreinvoorziening) is handig voor de doelgroep. Binnen een kliniek is het makkelijker op- en afschalen dan voor een eigen cliënt buiten de kliniek.'

Wanneer voorheen de zorgaanbieder medicijnen voorschreef, moet nu met **apothekers** afgestemd worden. Goede samenwerking met **woningcorporaties** is nodig. Zorgaanbieders geven aan dat de corporaties niet altijd blij zijn met de doelgroep, waardoor afspraken tussen zorgaanbieders en corporaties nodig kunnen zijn om zorgen bij corporaties weg te nemen.

Goede contacten met de gemeentelijke **lokale teams**¹⁰ vanuit het sociaal domein zijn volgens zorgaanbieders ook belangrijk. Zij zijn de toegang tot de benodigde ondersteuning vanuit het sociaal domein. **Budgetbeheer** is vaak nodig bij cliënten die niet zelfstandig hun financiën kunnen beheren.

Helpen met aanvragen van **toeslagen**, waarbij huurtoeslag de belangrijkste is, komt veel naar voren in gesprekken. Hier speelt de begeleider vaak een rol in. Maar ook het (helpen) aanvragen van bijzondere bijstand waar nodig.

Kwijtschelding van (gemeentelijke) lasten moet vaak worden aangevraagd, net als ondersteuning bij kwijtschelding van de eigen bijdrage (waar cliënten op de zak- en kleedgeldnorm zitten van de bijstand).

Zorgaanbieders gaan soms ver om het scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken

We zien verschillende zorgaanbieders die zich inzetten om belemmeringen waar de cliënt mee te maken krijgt weg te nemen; zij doen dat soms op een creatieve manier. Zo geven meerdere zorgaanbieders aan dat het soms voorkomt dat verhuurders, zowel privaat als woningcorporaties, niet rechtstreeks aan de doelgroep willen verhuren. Zorgaanbieders gaan dan garant staan voor cliënten richting de verhuurder, wat een extra financieel risico met zich meebrengt voor de zorgaanbieder. Ook zijn er constructies waarbij de zorgaanbieder de woningen huurt van een corporatie of een private verhuurder en dan zelf huur int bij cliënten; de zorgaanbieder mag het dan niet huur noemen. Al deze constructies kosten (extra) tijd van de medewerkers.

'Scheiden van wonen en zorg gaat om eigen huur betalen. In ons geval is het zelfstandig huren niet mogelijk. Wij [als organisatie] huren zelf de panden en vragen vervolgens een gebruikersvergoeding aan de bewoners. Op die manier betalen ze een vaste eigen bijdrage voor wonen en gas, water licht, maar je mag dit officieel niet huur noemen. De vergoeding moet wel echt laag blijven want ze komen niet in aanmerking voor huurtoeslag.'

'Wij hebben een contract met de woningstichting waardoor we eigenlijk voor de woningstichting het stukje incasso uit handen nemen, zodat als er problemen zijn met de cliënt, dat die wel een vertrouwd gezicht heeft. In die zin is het ook tijdrovend voor ons, want wij hebben er hele administratie door, maar dit is iets wat we doen voor de client om hem stabiliteit te geven.'

Sommige zorgaanbieders proberen cliënt en **begeleiders te ontlasten door intern aparte diensten te hebben** voor al het regelwerk, bijvoorbeeld een intern verhuurbureau of een eigen technische dienst voor onderhoud van panden, zowel in eigen bezit als gehuurd.

'We worstelen met krapte op de arbeidsmarkt. De meest schaarse en hoogopgeleide professionals proberen we te ontlasten door taken bij weg te nemen.'

'Een nieuwe woning moeten we dan natuurlijk wel weer in orde brengen. Dat proberen we zo efficiënt mogelijk te doen door onze eigen technische en facilitaire dienst die ook onze eigen panden onderhoudt hiervoor te vragen.'

Een mooi voorbeeld van wat volgens een zorgaanbieder goed werkt is 'Loket Housing': een centraal toegangslotet voor meerderjarigen met een huisvestingsvraag in combinatie met een begeleidingsnoodzaak. Het loket bemiddelt naar een passende huurwoning of bemiddelt bij ernstige woonoverlast om uithuiszetting te voorkomen.

Tot slot zien we dat het zorg- en ondersteuningslandschap waarin de zorgaanbieder werkt, ook bepalend is voor de ervaren meerwaarde van (meer) inzet op het scheiden van wonen en zorg. Sommige zorgaanbieders werken in een grote stad of regio waar er al andere zorgaanbieders zijn die deze rol prima vervullen. De zorgaanbieder is dan geneigd zich meer te blijven richten op de eigen specialisatie, in plaats van de soorten dienstverlening uit te breiden.

¹⁰ Gemeentelijke varianten: lokale teams, (sociale) wijkteams, toegangsteams, etc.

2.2.2. Belangrijkste obstakels voor zorgaanbieders

Tekort aan woningen

Veruit het grootste obstakel voor zorgaanbieders is en blijft het woningtekort. Dit was ook voor aanvang van het onderzoek al bekend, maar moet hier toch nogmaals benoemd worden. In elk gesprek met zorgaanbieders kwam het langs. Ten eerste komt dit natuurlijk simpelweg door het tekort aan aantal woningen (schaarste). Ten tweede geldt dat zorgaanbieders voor een groot deel afhankelijk zijn van aanbod van woningcorporaties. Dit corporatieaanbod heeft zich de afgelopen decennia qua doelgroepen waarvoor het primair bedoeld is, versmald¹¹, waardoor een groot deel hiervan geconcentreerd is in wijken met een lage sociaaleconomische status en een stapeling van sociaal-maatschappelijke problemen en kwetsbare en overlast gevende doelgroepen. Hiermee zijn de buurtbewoners ook potentiële problemen voor elkaar. De buurt kan het herstel en 'zo normaal mogelijk meedoen' voor de doelgroep dus belemmeren. Hier bovenop komt dat in veel steden een groot deel van het corporatieaanbod verouderd en heel gehorig is, hetgeen bijdraagt aan de ervaren overlast over en weer.

'De woonomgeving weegt echt heel zwaar voor de doelgroep die in staat is om middels een vpt te wonen. De woonomgeving moet veilig voelen.'

Naast het tekort aan woningen geven meerdere zorgaanbieders aan dat het voor hen moeilijk is om in aanmerking te komen voor woonprojecten in een gemeente als zij niet zelf ook gecontracteerd zijn als Wmo-aanbieder in die gemeente.

Lastige dubbelrol als inner van huur en bieder van zorg

Zorgaanbieders willen niet in de dubbelrol komen van bieder van zorg en begeleiding, en 'huisbaas' en inner van huur. Wanneer het aanbod van zorgaanbieders vooral in eigen bezit is, of zorgaanbieders het zelf huren van anderen en tussen cliënt en verhuurder in gaan staan, ontstaat deze situatie alsnog.

'Huur innen van cliënten is wel degelijk een last. Het gros heeft de financiën op orde, maar je hebt een groep die een heel circuit heeft gehad, maar als ze bij ons aankomen, alles nog op orde gemaakt moet worden. Daar hebben we echt last van.'

'Huurbaas zijn van cliënten betekent financiële risico's. Diegenen die het niet op orde hebben, kosten ons veel tijd. Je wil niet in een dubbele rol zitten. Niet wenselijk als de begeleider ook de huur komt innen. En als ze niet betalen, kan dat dan invloed hebben op het zorgtraject.'

Een andere dubbelrol waar zorgaanbieders soms mee zitten, is die van begeleider en budgetbeheerder. Zo had een zorgaanbieder vroeger budgetbeheer intern georganiseerd. Hiermee is de zorgaanbieder echter gestopt omdat de medewerkers zich soms bedreigd voelden door cliënten die (meer) weekgeld en/of voorschotten wilden.

Grijs gebied bij het toegang krijgen tot de woning van de cliënt

Een ander obstakel voor zorgaanbieders is dat hulpverleners op een terreinvoorziening het recht hebben om een woning binnen te gaan wanneer hulp geweigerd wordt of wanneer de cliënt niet open wil doen. Begeleiders beschikken vaak wel over een sleutel tot de verschillende woonruimtes. Dit heeft onder andere te maken met de verantwoordelijkheden van zorgaanbieders rond brandveiligheid op hun voorzieningen.

¹¹ Mirjam de Rijk, Te duur om nog sociaal te zijn, De Groene Amsterdammer, nr. 10-11, 2017. En Gizelle Mijnlief, Cody Hochstenbach: 'Wooncrisis is resultaat van doelbewust beleid', Sociale Vraagstukken, 7 april 2022.

Onder zorgaanbieders bestaat onduidelijkheid over wat zij wettelijk wel en niet mogen wanneer cliënten niet op een terreinvoorziening wonen, maar bijvoorbeeld via een vpt in een geclusterde woonvorm. Bij cliënten die zelfstandig wonen, dus in losse woningen verspreid in de wijk, mogen zorgaanbieders niet naar binnen wanneer de cliënt de deur weigert open te doen. Uit de gesprekken komt de wens naar voren om heldere en helpende richtlijnen te krijgen op dit vlak. Wat zijn de rechten en plichten van zorgaanbieders wanneer wonen en zorg als leveringsvorm gescheiden zijn?

'Mensen met eigen huurcontract, in hoeverre mag je dan toegang tot de ruimte krijgen en hoe ver gaat je verantwoordelijkheid? Het op- en afschalen is ook een systeemprobleem, hoe regel je het organisatorisch bijvoorbeeld een tijdelijke verblijfplek als iemand toch weer tijdelijk intramuraal moet wonen?'

Regie op gehele hulpverleningsproces is lastiger bij gescheiden wonen en zorg

Uit enkele gesprekken blijkt dat de zorgaanbieder bij een intramurale voorziening meer regie heeft tegenover onderaannemers en behandelaars die voor het hele terrein ingeschakeld worden. Bij het scheiden van wonen en zorg is er meer maatwerk nodig en ligt er meer zorginhoudelijke regie bij individuele behandelaars, wat de overall regie tijdrovender maakt voor de zorgaanbieder.

'Bij vpt moet je ook in gesprek met onderaannemers en behandelaars, wat administratie vereist. Bij mpt geef je de regie uit handen en is een sterk netwerk vereist en dit kost ook veel administratie. Bij terreinvoorzieningen werken we ook met onderaannemers, maar de regie ligt dan bij de woonvoorziening. Dit maakt duidelijke afspraken maken met behandelaars en ze daaraan houden makkelijker. Bij intramurale cliënten is het zorginhoudelijk makkelijker om [zelf met de cliënt] doelen te stellen, maar bij vpt ligt dit meer bij de individuele behandelaars.'

Mogelijkheden en onmogelijkheden van 'omklappen' van woningen

De mogelijkheden om bestaand intramuraal aanbod 'om te klappen' naar gescheiden wonen en zorg wisselen per zorgaanbieder, woonvorm en soms per gemeente. 'Omklappen' houdt in dat bestaande intramurale woningen administratief omgezet worden naar reguliere woningen met een eigen huisnummer en vervolgens aan de cliënt verhuurd worden.

Er kunnen **inhoudelijke complicaties** spelen bij het overzetten van appartementen op naam van de cliënt:

'Een intramurale voorziening ombouwen is niet wenselijk, want als er dan wordt op- of afgeschaald per cliënt, dan blijven ze er alsnog wonen. Op een gegeven moment is het onduidelijk of je op basisbezetting de juiste zorg kan leveren voor cliënten die complexere zorg nodig hebben. De mensen die daar zitten, zijn gebonden aan toezicht en zorg. Je moet kritisch kijken of mensen op die plek moeten zitten, want dit is duurder. Het is wel logisch om tussenstappen in te bouwen vóórdat mensen naar een intramurale voorziening gaan. Een optie is wellicht een extra ruimte voor als mensen tijdelijke intramurale hulp nodig hebben.'

Omklappen van woningen kan leiden tot 'kwijtraken' van die woning

Er zijn verschillende constructies waarbij de woonruimte twee jaar lang nog op naam van de zorgaanbieder staat, en na twee jaar op naam van de cliënt wordt overgeschreven. Het kan voorkomen dat de cliënt geen nieuwe zorgovereenkomst met de zorgaanbieder afsluit nadat de woning op naam van de cliënt komt. De huur- en zorgovereenkomsten zijn dan namelijk niet meer gekoppeld en moeten opnieuw afgesloten worden. Meerdere zorgaanbieders noemen dit een belemmering. Zij zijn dan een schaarse woonruimte kwijt, op eigen terrein of als onderdeel van een cluster woningen. Zij ervaren het 'omklappen' van hun eigen ruimtes daarom niet als aantrekkelijk.

Maar ook **administratieve problemen** vanuit gemeenten of verhuurders spelen een rol: soms staat de gemeente of de eigenaar een te beperkt maximumaantal huisnummers en brievenbussen toe in panden. Zonder eigen huisnummer kan vervolgens geen huurtoeslag aangevraagd worden. Zorgaanbieders geven aan dat de panden die zij huren vaak niet 'wonen en zorg-proof' zijn voor wat betreft brievenbussen en huisnummers. Daarnaast geven zij aan dat verhuurders niet altijd bereid zijn om dit wel te regelen, terwijl zorgaanbieders dit als huurder zelf niet kunnen doen.

'Financiering van panden is ook een belangrijk obstakel. De huur komt snel boven sociale huurgrens uit en gedeelde ruimtes kunnen niet doorberekend worden.'

Met name het vinden van geclusterde woonvormen is volgens zorgaanbieders een grote uitdaging, terwijl voor veel cliënten hier juist de voorkeur naar uitgaat. Vpt past hierbij goed als leveringsvorm. Ongeclusterde woonvormen, waar mpt beter bij past, zijn wat makkelijker te vinden. De stap van intramuraal naar mpt is echter volgens veel zorgaanbieders te groot.

'Wat we merken (in woonvormen waarbij sommige cliënten wonen en zorg gescheiden hebben en andere niet) is dat cliënten onderling ook praten. Als je bij de een het scheiden toepast en de andere bewoner woont ernaast, kan dit ook weer voor problemen zorgen. Sommige bewoners kunnen anderen dan onder druk zetten. Bijvoorbeeld wanneer iemand geld heeft en niet meer verslaafd is, en daarnaast meer financiële vrijheid heeft, kunnen andere bewoners daarop ageren.'

'Cliënten brengen hun eigen herstelproces mee. Bij verschillende woonvormen kan het ook dat cliënten elkaars herstel belemmeren. Dan kunnen zij elkaar zonder begeleiding in de avonduren ondermijnen in het herstel.'

Waar wonen en zorg gescheiden is, zijn gezamenlijke ruimtes lastig te financieren

Veel cliënten hebben behoefte aan gezamenlijke ruimtes, ongeacht of wonen en zorg gescheiden is. Het passend gefinancierd krijgen hiervan is een terugkerend thema in veel gesprekken. Meerdere zorgaanbieders geven aan dat deze ruimtes moeilijker te bekostigen zijn bij vpt's en mpt's. Deze ruimtes zijn belangrijk zodat cliënten ook sociaal contact kunnen hebben in een veilige omgeving. Zij helpen hiermee tegen het risico op vereenzaming. Het belang van de gezamenlijke ruimtes dichtbij wordt bevestigd in de gesprekken met de cliëntenraden. Het onderstaand citaat is daar illustratief voor:

'Gezamenlijke ruimtes (voor vpt) zijn wel noodzakelijk, maar krijgen we niet betaald. Je kan een appartement inrichten om iets gezamenlijks te doen, maar dan loop je financieel leeg. We proberen nu ook om te kijken of iets in de wijk die collectiviteitsfunctie heeft, of op een plek samen met de deelnemers eten en dat iedereen iets voor elkaar betekent. Dan deel je samen locaties, en hopelijk ontstaat wederzijds begrip.'

Bij geclusterde woonlocaties wordt een van de appartementen vaak omgebouwd naar een gezamenlijke ruimte. Zorgaanbieders betalen de huur van deze ruimte zelf en krijgen er geen geld voor. Hetzelfde geldt voor ruimtes voor aanwezig personeel wanneer 24-uurs begeleiding wordt geboden. Deze ruimtes gaan ten koste van potentiële woningen voor cliënten en kunnen dus niet gedeclareerd worden.

Uit de gesprekken met zorgaanbieders die vanaf het begin al werken met een vpt-financiering, blijkt dat zij gebruik hebben kunnen maken van ruimtes en complexen waar al gezamenlijke ruimtes aanwezig waren. Ook zij ervaren deze belemmering als zij op zoek gaan naar nieuwe locaties.

Het scheiden van wonen en zorg lijkt bij zorgaanbieders te leiden tot meer regeldruk en minder inkomsten

Uit verschillende gesprekken komt het beeld naar voren dat het scheiden van wonen en zorg (extra) regeldruk betekent voor zorgaanbieders. Een aantal voorbeelden van de extra regeldruk zijn we in dit rapport al tegengekomen. Tegelijkertijd verminderen de middelen als zorgaanbieders wonen en zorg gaan scheiden.

Met name zorgaanbieders die zelf locaties huren en de woningen doorverhuren aan cliënten, ervaren veel regeldruk. Zij nemen in feite taken van woningcorporaties over, zoals het opstellen van huurovereenkomsten, innen van huur en onderhouden van de woningen. Hier worden zorgaanbieders niet voor betaald vanuit vpt/mpt. Daarnaast vraagt het organiseren van ontmoetingen en dagbesteding soms meer regelwerk dan wanneer cliënten op een intramurale voorziening wonen. Zorgaanbieders geven hierbij aan dat zij liever zien dat cliënten zelf direct bij woningcorporaties huren, maar dat dit niet altijd mogelijk blijkt te zijn.

'De zzp is makkelijker te regelen. Voor vpt/mpt is minder geld beschikbaar en meer regeldruk. Komt een hoop bij kijken, met name rond huisvesting.'

'Op het moment dat je het scheidt, kan je de zorgfactor gelijk incasseren, maar woonfactor niet. Om aan de huur te komen bijvoorbeeld, ben je meer afhankelijk van de client. We moeten leuren bij de cliënt. Dat vergt sensitiviteit.'

Samenvattend komt in de gesprekken het beeld naar voren dat het bij intramurale bekostiging om een hoger bedrag gaat omdat dit bedoeld is voor wonen en voor zorg, en dat dit minder (aanvullende) inzet vraagt van zorgaanbieders. Waar nodig kunnen zij de middelen tot op zekere hoogte ook vrijer inzetten. Bij een vpt of mpt ontvangen zij alleen nog middelen voor de zorgcomponent.

Dit betekent in de praktijk dus meer regel voor en met de cliënt; bovendien is er dan vaak geen financiering voor de gezamenlijke ruimtes.

Het huidige onderzoek biedt onvoldoende mogelijkheid om dit complexe onderwerp de verdieping te geven die het verdient.

2.2.3. Behoeften van zorgaanbieders op het gebied van aanbod en facilitering

Waar het gaat om behoefte aan woonvormen, komen in de gesprekken twee belangrijke dingen terug:

Ten eerste is dat het belang van **collectieve ruimtes** (inpandig of dichtbij) en de betaalbaarheid daarvan. Ten tweede gaat het om het beschikken over **eigen ruimtes met voorzieningen**.

“De wijk” is een ingewikkeld begrip. We hebben twee grootschalige voorzieningen die in de wijk zitten. Maar de beslotenheid van het gebouw, het binnenhofje, de activiteitenruimte, maakt dat mensen heel erg beschut wonen en zich veilig voelen. Dit is wel intramuraal, maar ze maken wel onderdeel uit van de wijk. Ze lopen door de wijk, mogen naar buiten, ze zijn niet traditioneel opgesloten op het terrein van de instelling. Ze kennen hun loopje. De medewerkers leggen zo nodig een lijntje met de buurt.’

Meerdere zorgaanbieders geven aan te ervaren dat de **afwezigheidsregels** in de Wlz in het algemeen¹² in enkele gevallen niet goed toepasbaar zijn op de Wlz ggz-doelgroep. Een zorgaanbieder benoemt specifiek de gevallen waar sprake is van langdurige klinische opname, ziekenhuisopname, revalidatie, detox, detentie, een verleden van dakloosheid.¹³ Dit vraagt veel afstemming tussen verschillende zorgverleners, hetgeen bijvoorbeeld vanuit een mpt niet goed bekostigd wordt.

‘Cliënten met een mpt wonen zelfstandig. Maar vanwege hun langdurige zorgbehoefte kunnen zij decompenseren door hun aandoening. Een tijdelijke opname met als doel terugkeer naar huis, is alleen mogelijk als er ook tijdens

¹² Dus ook bij intramuraal.

¹³ Hoewel dit buiten de specifieke scope van dit onderzoek valt, ervaren zorgaanbieders ook bij cliënten in een intramurale setting belemmeringen door de afwezigheidsregels. In gevallen waar de cliënt tijdelijk elders verblijft, moeten zorgaanbieders een keuze maken: de plek beschikbaar houden voor de betreffende cliënt met als gevolg geen vergoeding, of opname van een andere cliënt van de wachtlijst waardoor de betreffende cliënt geen plek meer heeft.

opname goede communicatie is tussen behandelsetting en ambulante zorg, om af te stemmen wat nodig is. Het vertrouwen met elkaar tussen behandelaar, begeleiding en cliënt. Nu is dit niet declarabele zorg, terwijl een goede afstemming in een dergelijke situatie van grote meerwaarde is omdat cliënt op enig moment weer naar huis gaat.’

Een andere zorgaanbieder benoemt specifieke problemen rond de mogelijkheden voor een vakantie of uit logeren gaan.

‘Ik ervaar dat er heel veel regels zijn die beperkend en beknottend werken voor de cliënten. Bijvoorbeeld rond aan- en afwezigheid. Wel en niet op vakantie, logeren. Want deze mensen, een groot deel bij ons is hartstikke lief en van alles is mogelijk, en door regels zouden wij ze moeten beperken. Wij zijn heel erg op zoek naar hoe het net wel zo kan, binnen de regels maar dat cliënt het leven mag gaan ontdekken of leiden. “Jij hebt Wlz dus dit of dat mag niet” zo moet je niet kijken. Dat je jezelf niet mag ontwikkelen door een stempel die je krijgt. Dat mag niet.’

In theorie zou dit geen probleem hoeven zijn, de zorgaanbieder ontvangt immers middelen voor de zorg. Als de zorg niet geleverd hoeft te worden omdat iemand met vakantie is of elders verblijft, dan maakt de zorgaanbieder ook geen kosten. In de praktijk is het echter zo dat veel cliënten geclusterd wonen. De financiering van gedeelde ruimtes en aanwezige personeelsleden wordt begroot op basis van de bezetting. Wanneer cliënten tijdelijk afwezig zijn, vanwege vakantie, tijdelijke opname elders door een terugval, detox, et cetera, komen zorgaanbieders financieel in de knel. Zorgaanbieders ontvangen vanaf een bepaald aantal dagen afwezigheid per jaar geen vergoeding voor deze cliënten.¹⁴ Ook vraagt de terugkeer van de cliënt die tijdelijk is opgenomen vaak afstemming tussen medewerkers binnen en buiten de eigen organisatie. De tijd voor dit overleg wordt evenmin gefinancierd.

¹⁴ Het bedrag dat zorgaanbieders voor een cliënt krijgen vanuit een vpt bestaat deels uit een vast bedrag per dag en deels uit een bedrag voor de geleverde zorg en begeleiding. Wanneer een cliënt langdurig afwezig is, ontvangen zorgaanbieders ook niet meer het vaste bedrag per dag.

2.3. Implicaties voor de cliënten

Wat betekent het voor cliënten als wonen en zorg gescheiden wordt? Een aantal van deze onderwerpen is al besproken vanuit het perspectief van de zorgaanbieder/begeleider.

2.3.1. Regelwerk met en voor de cliënt

Voor de cliënt zelf betekent het scheiden van wonen en zorg regelwerk dat meestal samen met iemand anders (vaak de begeleider) gedaan moet worden. Voorbeelden hiervan zijn:

- Aanvragen budgetbeheer.
- Aanvragen van toeslagen, elektra, et cetera.
- (Hulp bij) communicatie met gemeentelijke afdelingen Werk en Inkomen en andere instanties.
- Op zoek gaan naar meubels en stoffering en dergelijke.

'Onze begeleiders zijn veel bezig met wat de overstap vraagt en denken overal bij mee. Bijvoorbeeld of de tandarts vanuit de Wmo kan, of welke uitkeringen aangevraagd kunnen worden. Maar ook wat je haalt bij de supermarkt en hoe je voor het huishouden zorgt. Er is geen eenduidig stappenplan, per cliënt kijken we wat nodig is.'

'We hebben een huurbureau om doorstroom soepeler te laten verlopen en servicegericht te zijn richting de klant. Tijdrend voor ons als organisatie, maar het biedt stabiliteit voor de cliënt.'

Financiële gevolgen voor de cliënt

In de gesprekken met de cliëntenraden blijkt hoe complex de financiën zijn. Of het voor de cliënt gunstig of nadelig is om van zzp naar vpt of mpt te gaan, lijkt af te hangen van wat organisaties kunnen doen om te zorgen dat cliënten geen last hebben van inhoudingen door bepaalde interpretaties van regels uit de bijstand. Cliënten spreken elkaar namelijk tegen op de vraag over de financiële gevolgen van het scheiden van wonen en zorg voor cliënten en wat goedkoper of duurder is. Zorgaanbieders geven aan dat het ook af kan hangen van de gemeente (en haar invulling van regels rond de bijstand) maar ook van de verschillende soorten uitkeringen (de Wajong heeft bijvoorbeeld weer eigen regels), waardoor cliënten ook bij elkaar verschillende regels en situaties kunnen aantreffen.

Eigen bijdrage

Cliënten ervaren (zeker in verhouding tot de Wmo) de eigen bijdrage voor een vpt als hoog, ook al is deze wel iets lager dan de eigen bijdrage voor intramuraal.

Een zorgaanbieder geeft aan dat het aan intramurale cliënten wel makkelijker is uit te leggen waarom de eigen bijdrage zo hoog is, 'want hier zit ook je huur en alles in'. Voor het vpt kunnen organisaties dat moeilijker uitleggen aan cliënten. De cliënten ervaren de huur en de eigen bijdrage beide als hoog, zeker als ze een bijstandsuitkering hebben.

Last met bijstandsuitkering

Meerdere zorgaanbieders delen ervaringen van cliënten die gekort worden op hun bijstandsuitkering wanneer er (bij scheiden van wonen en zorg) sprake is van voedingsgeld. Zorgaanbieders proberen dit voor hun cliënten te omzeilen door het in cash aan cliënten te geven, of door het gebruik van een gezamenlijke pinpas voor een woongroep voor boodschappen.

Daarnaast kan bij groepswoningen soms sprake zijn van problemen met bijstandsuitkeringen omdat de cliënt dan niet als alleenstaand gezien wordt.

'Wij verlenen voedingsgeld ook vanuit de visie dat cliënten zo zelfstandig mogelijk hun eigen boodschappen kunnen doen. Maar vervolgens zegt de gemeente "dat voedingsgeld merken wij aan als inkomen en dat korten wij op de uitkering." Het is verschrikkelijk, want ze hebben dan niet in de gaten dat cliënten voor een vpt een hogere eigen bijdrage moeten betalen zodat ze toch onder het bijstandsminimum komen. Nou je wil niet weten hoeveel tijd en energie het ons heeft gekost om dit allemaal voor te leggen, te bespreken met gemeentes die hier echt niet in meegaan.'

'Het kan voorkomen dat de persoon [met een vpt] minder overhoudt om te besteden dan in de situatie dat hij/zij in hetzelfde huis woont, niet zelf de huur betaalt (dus met een zzp) ondanks de lagere eigen bijdrage wanneer het om een vpt gaat. Dat is zuur en vraagt zeker om aandacht.'

Bij een vpt is het niet verplicht om maaltijden te regelen of voedingsgeld te geven. Het is alleen een plicht als daar een hulpvraag ligt van de cliënt. In de praktijk wonen, zoals gezegd, allerlei cliënten met diverse hulpvragen door elkaar heen in geclusterde woonvormen. Zorgaanbieders vinden het onwerkbaar om aan de ene cliënt wel en aan de andere geen voedingsgeld te geven. In de praktijk bieden zij het dus ook aan cliënten aan voor wie het misschien geen hulpvraag is. Ook deze cliënten worden dan mogelijk gekort op hun bijstandsuitkering.

Inrichtingskosten

Wanneer een cliënt verhuist van een ingerichte woning naar eigen huisvesting en alles nog ingericht moet worden, kunnen inrichtingskosten een probleem zijn. Als dat financieel mogelijk is, proberen sommige zorgaanbieders daar met de cliënt wel een 'voorschot' op te nemen door dit van tevoren in kaart te brengen: 'Wat heb je allemaal nodig en wat kost dat, en kun je daarvoor reserveren?' Sommige zorgaanbieders hebben een speciaal team in dienst dat ondersteunt in alles rond materiële dienstverlening. Dat doen ze samen met de casemanagers, eventuele familie en de cliënt zelf.

Vaak moeten cliënten ook bijzondere bijstand aanvragen. Per gemeente kan het 'geregel' hiervoor enorm verschillen. Bij sommige gemeenten is de bewijslast en de papierwinkel die moet worden aangeleverd groot, waardoor ook hier de begeleiders weer moeten ondersteunen. Begeleiders nemen het vaak op zich om cliënten hierin wegwijs te maken en wijzen op kringloopwinkels et cetera.

Het CAK en de eigen bijdragen

Bij terugkeer naar zelfstandig wonen van cliënten die een Wlz-indicatie hebben en intramuraal wonen kan het zorgkantoor met het formulier 'Terugkeer naar zelfstandig wonen Wlz' een verklaring voor de klant aanvragen. De eigen bijdrage van de laatste vier maanden wordt met terugwerkende kracht op het niveau van de lage eigen bijdrage ingesteld en de cliënt krijgt de rest van de vier maandelijkse termijnen terug, zodat deze de eigen inrichtingskosten kan betalen.

Wanneer intramuraal wonende cliënten een uitkering volgens de zak- en kleedgeld-norm krijgen maar wel een hoge eigen bijdrage betalen, moeten zij ieder jaar opnieuw een kwijtschelding aanvragen. Hierdoor is er een periode waarin cliënten heel weinig geld hebben, wat het risico op terugval verhoogt. Zorgaanbieders vertellen dat wanneer cliënten kwijtschelding van de CAK-bijdrage hebben gekregen, zij geen recht meer hebben op de bovengenoemde teruggave van de eigen bijdrage van vier maanden voor de verhuizing.

Budgetbeheer en budgetbegeleiding

Zorgaanbieders geven aan dat voor veel cliënten waar wonen en zorg gescheiden is of wordt, ook budgetbeheer nodig is. Budgetbeheer kost geld dat in principe door de cliënt betaald dient te worden. Wanneer cliënten zelf niet de middelen hebben om voor het budgetbeheer te betalen (en dat is in de meeste gevallen zo), wordt het budgetbeheer betaald vanuit de gemeentelijke bijzondere bijstand.

Huurtoeslag

In bijna alle gevallen waarin wonen en zorg wordt gescheiden, moet huurtoeslag worden aangevraagd. In de meeste gevallen ondersteunen begeleiders vanuit de zorgaanbieder de cliënt hiermee.

Wanneer zorgaanbieders in een vpt-constructie zelf panden huren en een 'gebruikersvergoeding' vragen aan cliënten, lopen deze zorgaanbieders financiën mis. De wooncomponent wordt immers niet vergoed en de cliënten kunnen geen huurtoeslag aanvragen, dus de gebruikersvergoeding kan ook niet te hoog zijn.

2.4. Ervaren (financiële) meerwaarde van (meer) scheiden wonen en zorg

2.4.1. Mogelijke voordelen voor cliënten voor wie het passend is

Zorgaanbieders geven aan dat voor wie het passend is, het scheiden van wonen en zorg zeker kan bijdragen aan het herstelproces. Het stimuleert het gevoel van eigen regie, met alle positieve gevolgen van dien. Onderstaand citaat geeft dat mooi weer:

‘Wonen en zorg scheiden is positief, het brengt eigen regie met zich mee. Helpt voor eigenwaarde bij zelfstandig wonen. Het vertrouwen dat je kan oefenen met vaardigheden in een beheerste situatie en kan terugvallen op systeem dat er ligt. Je kan er dan in stappen naartoe groeien. Veel cliënten vinden het lastig dat een woonvoorziening het ‘eindstation’ is. Met hoop op die tussenvoorziening kan herstel beter zijn. Want hoop is cruciaal voor herstel.’

2.4.2. Financiële meerwaarde op macroniveau twijfelachtig

Aan het eind van elk gesprek is kort doorgepraat over de vraag in hoeverre de gesprekspartners inschatten dat het (meer) scheiden van wonen en zorg inderdaad kosten drukt.

De meeste gesprekspartners geven aan dat zij dit ten zeerste betwijfelen als er gekeken wordt naar maatschappelijke kosten en niet domeinspecifiek. Huisvesting wordt dan weliswaar niet vanuit de Wlz betaald, maar wel bekostigd vanuit de huurtoeslag. De bijstandsuitkering waar veel cliënten van afhankelijk zijn is lager bij intramuraal wonen en hoger bij een vpt of mpt. Waarbij weer het risico bestaat dat het voedingsgeld (vanuit de Wlz) erop in mindering wordt gebracht. Budgetbeheer, vaak nodig bij gescheiden wonen en zorg, wordt grotendeels bekostigd door de gemeentelijke bijzondere bijstand.

Wanneer wonen en zorg gescheiden wordt voor wie dit niet passend blijkt, vergroot dit de kans op ontregeling. Dit heeft potentieel dure crisiszorg tot gevolg. De toename van personen ‘met verward/ onbegrepen gedrag’ leidt tot meer E33- en E14-meldingen¹⁵ bij de politie.

‘Wij hebben het niet zozeer over een andere vorm van zorg, want die gaat niet veranderen. Het is een andere constructie. Dan zetten we het etiket “zelfstandigheid” erop, maar het is schuiven van potjes.’

De begeleiding, de tijd en het geld die bedoeld zijn voor ondersteuning in de uitvoering van ‘regeltaken’ die specifiek voortkomen uit (het mogelijk maken van) het scheiden van wonen en zorg kunnen niet besteed worden aan andere doelen (of andere cliënten).

Ter verduidelijking: het gaat hier niet om een bezwaar tegen het helpen met regeltaken op zich. Zorgaanbieders geven aan dat het als begeleider uiteraard zeer waardevol kan zijn te werken aan doelen voor de cliënten als meer grip krijgen op de eigen administratie, beter met geld leren omgaan, leren op welke zaken te letten bij het kiezen van een abonnement, het met weinig geld slim kopen van meubels, et cetera. Het bezwaar zit hem in het bezig moeten zijn met alle verschillende administratieve regels die bij elkaar nodig zijn om het scheiden van wonen en zorg überhaupt mogelijk te maken voor een cliënt. De regels, bijdragen, toeslagen en kwijtscheldingen zijn allemaal vanuit een ander perspectief bedacht, en sluiten slecht op elkaar aan.

‘Een cliënt mag best de uitdagingen van een “normaal” bestaan in Nederland voelen (je moet geld reserveren voor je eten, ook voor de laatste dag van de maand en als je iets wilt hebben voor je huis moet je sparen). Maar het moet ook uitnodigend blijven om de stap te zetten en niet voelen als een straf.’

¹⁵ E33: overlast door verward/overspannen persoon. E14: poging tot zelfdoding.

'Het valt en staat met de wet- en regelgeving. De kosten die je maakt als zorgorganisatie voor je personeel, per unit, of op locatie rijzen de pan uit. Deze zijn niet langer in verhouding tot indicatie die wordt afgegeven. Het is als werkgever niet haalbaar om rendement eruit te halen waardoor je bijna niet kan investeren in je organisatie. Het is beter om de zorg anders in te richten dan om het goedkoper te maken.'

'Wanneer er veel meer zelfstandig gewoond gaat worden, kom je mogelijk in de problemen met bezetting van personeel en de extra tijd die het kost als de begeleiders van de locatie iets moeten doen voor jou als je elders woont. Je hebt gewoon roosters te vullen op de locatie. Als het nu naar vpt of mpt gaat, is het nog complexer om te regelen. Je krijgt minder geld en kost meer regeldruk.'

3 Conclusies en adviezen

3.1. Conclusies

Op basis van de gesprekken met zorgaanbieders en cliëntenraden komen wij tot de volgende conclusies:

- Het is niet mogelijk aan te geven wat de omvang en aard (in typen) is van de doelgroep voor wie het onder bepaalde voorwaarden passend is om wonen en zorg te scheiden. Hiervoor zijn de relevante factoren te wisselend op individueel niveau. Generalisaties zijn daarom niet helpend en zullen vaker wel dan niet de plank misslaan als hierop 'gestuurd' wordt.
- In de huidige praktijk is het nog zo dat de beoogde besparing van de ene financieringsstroom meerkosten betekenen voor een andere sector. Zorgaanbieders hebben er behoefte aan om expliciet te spreken over het echte doel onder gewenste beleidsbewegingen. Is het primaire doel 'zo thuis als mogelijk', of is de leveringsvorm en beoogde besparing binnen de Wlz een doel op zich? Want de gesprekken over hoe voor cliënten de zorg 'zo thuis als mogelijk' kan zijn, en hoe bezuinigingen zijn te realiseren, zijn twee verschillende gesprekken die waarschijnlijk ook om andere inzet vragen. De problemen in de zorg- en welzijnssector (zowel qua financierbaarheid als qua personeel) vragen immers dat alle partijen verder kijken dan hun eigen financieringsstroom.

- De mate waarin de deelnemende zorgaanbieders wonen en zorg al scheiden heeft deels te maken met geschiedenis, maar deels ook met de doelgroep.
 - Met geschiedenis bedoelen we dat nieuwere organisaties bij aanvang gestart zijn met deze financieringswijze. Het lijkt erop dat dit zich soms kan vertalen in het wat selectiever zijn dan sommige oudere organisaties in welke cliënten 'bij jou passen'. Dit geldt bijvoorbeeld rond verslaving. Tegelijkertijd zien we dat deze zorgaanbieders ver gaan in het ontzorgen van de cliënt waardoor het vanuit cliëntperspectief eigenlijk niet lijkt op gescheiden wonen en zorg. Wij bedoelen hiermee dat de gangbare vorm is dat de cliënt zelf verantwoordelijk is voor alle taken die te maken hebben met zelfstandig wonen. Door de leveringsvorm anders in te vullen, ontstaat er voor de cliënt een eenvoudiger of gebruiksvriendelijke tussenvorm. Maar wel een tussenvorm waar de zorgaanbieders in kwestie met minder middelen meer tijd aan moeten besteden. De vraag is vervolgens in hoeverre de vpt-leveringsvorm zoals nu vormgegeven, passend is voor zorgaanbieders wanneer zij deze zouden moeten toepassen op een groter deel van hun cliënten.
 - Met doelgroep bedoelen we de verschillen tussen bijvoorbeeld een zorgaanbieder die zich focust op mensen met een autismespectrumstoornis (en comorbiditeit) met een gemiddeld tot hoog IQ, voor wie het vaker mogelijk wordt geacht om zelfstandiger te wonen, en de zorgaanbieders die zich specifiek richten op (dreigende) dak- en thuislozen met psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek, voor wie dit minder vaak mogelijk is.¹⁶

¹⁶ Waarmee we geen enkele rangorde in de 'zwaarte' van de problematiek op cliëntniveau willen suggereren, noch voor de cliënt zelf, noch voor de begeleiders.

- Het regionaal en/of gemeentelijk zorgveld en sociaal domein zijn zeer bepalend voor de mate waarin het voor een zorgaanbieder wenselijk en haalbaar is om zich (meer dan nu) te richten op het scheiden van wonen en zorg. Voor sommige zorgaanbieders bieden zij hiermee geen toegevoegde waarde in het lokaal zorglandschap. De relatie met de Wmo kan op twee manieren complicerend zijn:
 - Zorgaanbieders geven aan moeilijker afspraken met gemeenten en woningcorporaties te kunnen maken voor huisvesting als zij zelf niet gecontracteerd zijn voor de Wmo met die gemeenten/ in die regio.
 - Wanneer de Beschermd Wonen regio (vanuit de Wmo) niet overeenkomt met de grenzen van de zorgkantorregio kan dit tot vervelende situaties leiden voor cliënten, waarbij zij gedwongen moeten verhuizen.
- De regels, bijdragen, toeslagen en kwijtscheldingen zijn allemaal vanuit een ander perspectief bedacht en sluiten slecht op elkaar aan. In de dagelijkse praktijk geeft dat problemen in de uitvoerbaarheid, zeker waar het geclusterde woonvormen betreft.
- Vooral bij geclusterde woonvormen vinden zorgaanbieders hun rechten en plichten bij een vpt niet duidelijk genoeg. Zij hebben wel grote behoefte aan duidelijkheid hierover.
- De beschikking hebben over een laagdrempelige gezamenlijke ruimte waar cliënten anderen kunnen ontmoeten wordt door zorgaanbieders en cliëntenraden als belangrijk genoemd. De zorgaanbieders ervaren de financiering van deze ruimtes bij het scheiden van wonen en zorg echter als een uitdaging.
- Afwezigheidsregels kunnen een probleem vormen voor de financiering van geclusterde woningen. De begroting van gezamenlijke ruimtes en aanwezige personeelsleden wordt gebaseerd op een bepaalde bezetting. Bij afwezigheid van een of meerdere cliënten, komen zorgaanbieders financieel in de knel.
- Zorgaanbieders denken vaak in creatieve oplossingen hoe verschillende obstakels te omzeilen. Ze doen dit bijvoorbeeld door als zorgaanbieder garant te staan voor de huur richting woningcorporaties en private verhuurders, door te werken met een gezamenlijke pinpas van de locatie voor boodschappen en door het voedingsgeld in cash uit te delen. Met name de inzet om woonlocaties te realiseren om het scheiden van wonen en zorg mogelijk te maken, kost de zorgaanbieders logischerwijs extra tijd. Deze (extra) tijd die nodig is om het scheiden van wonen en zorg überhaupt mogelijk te maken wordt gevoeld als problematisch indien het scheiden van wonen en zorg als doel op zich wordt gezien, terwijl de behoeften en het welzijn van de cliënt voorop zouden moeten staan.

3.2. Adviezen

- Blijf samen met andere zorgkantoren de lobby voeren richting landelijke en lokale politiek over de behoefte aan meer (passende) woningen. Dit valt uiteraard buiten de invloedssfeer van zorgkantoren alleen. Maar bij lobby's geldt: hoe meer partijen hierin samen optrekken, hoe groter de kans dat er iets verandert.
- Niet alleen het aantal woningen telt, het is ook belangrijk dat cliënten zich veilig voelen. De wijk en de buurt zijn niet altijd het spreekwoordelijke 'warme bad' dat veel beleidsmakers in het sociaal en zorgdomein vaak willen.¹⁷ Cliënten hebben ook behoefte aan gezamenlijke ruimtes en een bepaalde mate van beschutting. Het is belangrijk hier rekening mee te houden.
- Blijf met zorgaanbieders en andere financiers (waaronder gemeenten) zoeken naar manieren om gezamenlijke ruimtes voor ontmoeting (makkelijker en structureel) te financieren wanneer wonen en zorg gescheiden is.
- Neem de noodzaak om gezamenlijke ruimtes te kunnen financieren mee in toekomstig kosten- en tariefonderzoek.
- Als vpt of mpt als doel op zich wordt gezien, redenerend vanuit een mogelijke beoogde besparing binnen de Wlz, dan moet het gesprek op gang komen hoe de leveringsvormen passender gemaakt kunnen worden voor zorgaanbieders. Is bij intramuraal de verdeling tussen 'wonen' en 'zorg' wel passend? Of wordt in de praktijk ruimte vanuit wonen gebruikt voor zorg waardoor er bij de vertaling naar vpt/mpt krapte ontstaat? Dit is een groot vervolgonderwerp wat een traject op zich nodig heeft.

- Agendeer sterker richting de VNG de problemen van de per gemeente zeer uiteenlopende en soms zware bewijslast rond het aanvragen van bijzondere bijstand, en de wijze waarop sommige gemeenten nog omgaan met inhoudingen op de bijstandsuitkering wanneer cliënten voedingsgeld ontvangen.
- De voorspelbaarheid van Wmo-middelen en -beleid wordt in interviews meerdere malen als 'grillig' en 'onzeker' aangeduid. Gezien de discussies in het veld over 'het ravijnjaar 2026'¹⁸, is het sturen op uitstroom naar de Wmo van Wlz-cliënten met een 'laag' zorgprofiel als doel op zich onwenselijk. Zowel vanuit financieel perspectief op domeinoverstijgend niveau, als voor de kwaliteit van leven.
- Bekijk hoe het zorgkantoor met gemeenten kan samenwerken aan projecten voor gemengde doelgroepen (Wmo en Wlz), zodat cliënten niet gedwongen moeten verhuizen als hun indicatie verandert?
- Agendeer richting het CAK (en breder) een aanpassing van de regels rond het telkens opnieuw jaarlijks moeten aanvragen van kwijtscheldingen.
- Stimuleer projecten van zorgaanbieders zoals 'Loket housing' en denk mee over de borging en het breder delen daarvan.
- Van welke specifieke regels vanuit de Wlz ervaren zorgaanbieders de meeste last in de dagelijkse praktijk? Ga hierover gestructureerd het verdiepend gesprek met hen aan. Dit zodat niet alleen duidelijker wordt waar de meeste last ervaren wordt, maar ook welk deel daarvan het zorgkantoor direct of indirect kan beïnvloeden. Hoewel de focus specifiek zal liggen op de belemmeringen rond het scheiden van wonen en zorg en de leveringsvormen daarvan, kan het ook gaan over Wlz-ggz-regels in brede zin, bijvoorbeeld rond afwezigheid.

¹⁷ Zie bijvoorbeeld Jan Willem Duyvendak, 'Beleid zorg en welzijn: mammoettanker op drift', Sociale Vraagstukken, 14-09-23.

¹⁸ In 2026 eindigt het huidige financiële systeem voor gemeentefondsen waardoor gemeenten een begrotingstekort verwachten.

- Ga het verdiepend gesprek aan met zorgaanbieders over de vraag in hoeverre de verdeling tussen wooncomponent en zorgcomponent in de praktijk past. Dit voorkomt dat er op dit vlak onnodig problemen ontstaan als de twee componenten gescheiden worden.
- Tot slot is het belangrijk om, nu en in de toekomst, in de gesprekken over regelgeving, financiering en tarieven veel meer dan nu rekening te houden met het feit dat cliënten met verschillende behoeften in de praktijk samen in geclusterde woonvormen wonen. Wat op papier werkt of klopt voor een individuele cliënt, wordt soms onwerkbaar of wringt in groepen waar verschillende cliënten met elkaar samenwonen. De uitvoerbaarheid van regels door begeleiders moet duidelijk op het netvlies staan.

COLOFON

Opdrachtgever	CZ zorgkantoor
Auteurs	Drs. A. Britt Y. Dusault, MSc V. van der Vlugt, MA
Foto	Adobe Stock, artbesouro, 370497991
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Giessenplein 59 C 3522 KE Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
<http://www.verwey-jonker.nl>

ISBN 978-94-6409-324-7

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, september 2024.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.