

De Universiteit Utrecht nodigt gemeenten uit om mee te doen in onderzoek naar ambulantisering van GGZ cliënten. Het onderzoek levert uw gemeente bestuurskundige adviezen en verklaringen op, vanuit verschillende perspectieven, waaronder nadrukkelijk het cliënten perspectief. Zo worden o.a. betrokken Wmo professionals, beleidsmakers, huisvestingspartijen, klinische ggz en politie jaarlijks geïnterviewd. Tijdens terugkerende interactieve bijeenkomsten worden gemeentes meegenomen in hun tussentijdse resultaten. Het onderzoek kent een looptijd van vijf jaar en kan rekenen op de steun van gemeenten, aanbieders, verzekeraars en cliënten. Meer weten? Mail naar n.f.boesveldt@uu.nl

Prospectief onderzoek naar ambulantisering GGZ in gemeenten

Sinds 2015 zijn grote gemeenten verantwoordelijk voor beschermd wonen en maatschappelijke opvang, en alle gemeenten voor extramurale begeleiding (inclusief dagbesteding). Hoewel gemeenten al langer experimenteren met ambulantisering, bijvoorbeeld door pilots housing first (Maas e.a., 2012), heeft de structurele verankering hiervan nog niet plaatsgevonden. De opdracht aan gemeenten is echter wel om nog maar 30% wonen in voorzieningen (Wlz) te realiseren, en zo veel mogelijk sociale inclusie en participatie (VN-verdrag). De commissie Toekomst beschermd wonen bepleit hiertoe dat budget verschuift- dat oorspronkelijk op grond van historische kosten was verdeeld – van 43 gemeenten naar 388 gemeenten via een objectief verdeelmodel. Terwijl deze objectieve criteria ogenschijnlijk hard meetbaar zijn, is voor cliënten met name van belang hoe deze transitie doorwerkt in hun kwaliteit van bestaan, en in hoeverre zij als zorggebruikers invloed en meer rechtsreeks zeggenschap krijgen in de fase van beleidsontwikkeling en –implementatie.

Voor gemeenten is vooralsnog veel onduidelijk geweest over de aantallen en kenmerken van de populatie, de openstelling van de Wet Langdurige Zorg (Wlz), het macrobudget en de afbouw in het justitiële domein en de klinische ggz en de meer complexe problematiek in steden (APE, 2017). Ook branchepartijen (Federatie Opvang, GGZ Nederland, RIBW Alliantie en MIND – Landelijk Platform Psychische Gezondheid) geven op 30 augustus 2017 in een brief aan de kamer aan, de beweging naar een inclusieve samenleving te omarmen en hier zelf ook actief invulling aan te geven. Zij zouden echter graag zien dat meer tijd wordt genomen voor voorbereiding en het realiseren van randvoorwaarden.

Op 5 Oktober '17 is nu besloten tot uitstel, en zijn als randvoorwaarden voor ambulantisering gesteld: beschikbaarheid van betaalbare huurwoningen en variatie aan woonvormen; schuldhulpverlening, inkomen en participatie ter ondersteuning van herstel; herstelgerichte behandeling in de wijk; borgen van kwaliteit en vraaggerichtheid van ondersteuning; aanwezigheid van een systeem van (vroeg-)signalering en aanpak overlast; duurzame samenwerking tussen gemeente en verzekeraars en inzet op zelfmanagement, ervaringsdeskundigheid en informele zorg.

De doelstelling van dit onderzoek is nu om, samen met cliënten en ervaringsdeskundigen om wiens kwaliteit van leven het gaat, en andere relevante stakeholders de voorbereiding op deze decentralisatie en het verbeteren van deze randvoorwaarden in gemeenten te volgen, om zo vanaf het begin gezamenlijk te leren op basis van ervaringen, en te reflecteren op en in het handelen. Maximale participatie betekent hierin ook de stem en het perspectief van cliënten als eindgebruikers actief meenemen als complementair aan professionele perspectieven op deze transitie.

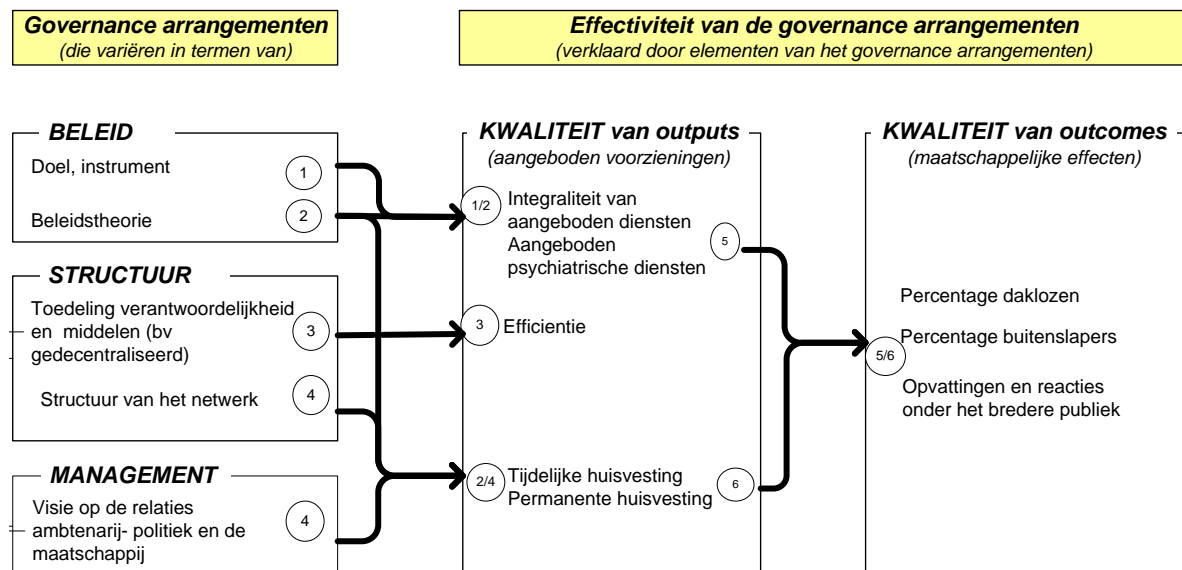
Onderzoeksvragen

Omdat we er met dit onderzoek uiteindelijk achter willen komen wat bestuurlijk nodig om deze cultuuromslag/innovatie te bewerkstelligen en zo inclusief wonen c.q. de ambulantiseringsopgave te realiseren teneinde de kwaliteit van bestaan van cliënten te verbeteren, stellen wij onszelf hiertoe

de volgende vragen:

1. In hoeverre wordt ambulantisering lokaal vormgegeven in 388 gemeenten (bv vindt behoeftenonderzoek plaats onder zorggebruikers; wordt samengewerkt met gebruikers)? De hiermee op te bouwen database vormt een bron van leren en kennisuitwisseling.
2. Op welke wijze geven lokale overheden en betrokken stakeholders (betrokken Wmo professionals, beleidsmakers, huisvesters, klinische ggz, politie) uitvoering aan ambulantisering?
3. Wat zijn de uitkomsten op lokaal niveau? En hoe worden deze gewaardeerd vanuit verschillende stakeholder perspectieven, wo cliënten/zorggebruikers?
4. In hoeverre verklaren deze contextuele processen en de samenwerking (participatie en partnerschap) tussen lokale overheden en betrokken stakeholders de uitkomsten van het beleid? Wat werkt 'goed' en welke 'best practices' zijn te onderscheiden?

Stakeholders waaronder ervaringsdeskundige cliënten worden vanaf de start nadrukkelijk en actief betrokken bij de opzet van het onderzoek (aanscherping doel en vraagstelling, design) en de formulering van aanvullende uitkomstmaten, naast de maten in de tweede en derde kolom in onderstaand model. Deze participatieve, lerende en waarderende aanpak ondersteunt de transitie door steeds tussentijdse terugkoppeling zodat bijstellingen mogelijk zijn. Beantwoording van de vraag of de manier van lokaal besturen verschil maakt voor wat wordt voorgesteld en wat de uitkomsten zijn, draagt bij aan meer kennis over besturen in het zorgdomein. Het hier onderstaande theoretisch model geeft inzicht in wat we tot nu toe weten over deze processen en de uitkomsten hiervan (figuur uit Boesveldt, 2015).



Aanpak

1. Per 1-1-18 op hoofdlijnen beschrijven van de kenmerken van de regiovisies (nadrukkelijk mede vanuit perspectief van eindgebruikers), welke dan samen met regiogemeenten zijn geschreven (bouw database t.b.v. beheer)
2. Selectie op hoofdkenmerken van een aantal van deze regio's en steden voor verdiepende casussen (interviews) op basis van inwonersaantal, dichtheid van de bevolking (stedelijkheid/ landelijkheid) met oog voor uitschieters zoals de gemeente Ede (veel m2) en Apeldoorn (veel klinische ggz). Tijdens de review van de regiovisies kan blijken dat

aanvullende kenmerken als besturingsfilosofie en mate van participatie gebruikers van belang zijn als aanvullende selectiecriteria.

3. Vanaf september 2018, het bediscussiëren en vaststellen van beoogde uitkomsten, het monitoren en waarderen van uitkomsten (en niet beoogde neveneffecten) vanuit verschillende stakeholder perspectieven
4. Tussentijdse evaluatie en het herhalen van deze stappen met casestudies bij andere gemeenten, gezamenlijk vaststellen wat 'goed' werkt en 'best practices' beschrijven en delen.

Het hier voorgestelde onderzoek kent een looptijd van vijf jaar en kan rekenen op de steun van gemeenten, aanbieders, verzekeraars en cliënten.

Gevraagde tijdsinvestering

Voor wat betreft gevraagde tijdsinvestering, is deze zo minimaal en effectief mogelijk. Jaarlijks één uur per interview, het bijwonen van 2 bijeenkomsten. Daarnaast is de opzet van het onderzoek interactief. Zo organiseert de Universiteit Utrecht voor de zomer al interactieve presentaties, op basis van de eerste bevindingen, waarin ook nog ruimte zal zijn om aan onderzoekers zaken te verduidelijken. Ook de uiteindelijke rapportage van alle gemeentes en de waargenomen trends worden gedeeld middels digitale vormen en quizen, waardoor iets goed blijft hangen.

Financiering

De financieringsopzet is dat iedere gemeente of regio op jaarbasis bijdraagt. Het uiteindelijke bedrag zal afhankelijk zijn van het aantal gemeentes dat meedoet, en het tijdsbestek. Het bedrag is ook afhankelijk van het aantal cliënten of als er weinig gemeenten/ regio's meedoen. De betreffende gemeente(n)/ regio('s) ontvangen een gespecificeerde begroting.

Team leden en rollen

De leerstoelgroep Algemene Sociale Wetenschappen: Publieke Gezondheid (Universiteit Utrecht) en de leerstoelgroep Participatie en Diversiteit (VU Medisch Centrum) vormen gezamenlijk een evaluatieteam; Prof. dr. John B.F. de Wit en dr. Nienke F. Boesveldt, voor de Universiteit Utrecht en Prof. dr. Tineke A. Abma voor de Vrije Universiteit. Gezamenlijk hebben zij een breed netwerk onder gemeenten, en ruime expertise en ervaring met onderzoek op het gebied van lokale samenwerking en cliëntenparticipatie. Dr. Boesveldt heeft zelf 15 jaar bij gemeenten meegewerkt aan deze processen voor maatschappelijke opvang, dagbesteding en begeleid wonen. Eindverantwoordelijkheid voor dit onderzoek ligt bij de Universiteit Utrecht, Dr. Boesveldt.