

# LANGDURIG KLINISCH WONEN

EEN ONDERZOEK NAAR EEN  
WOONVOORZIENING MET  
BEVEILIGING VOOR MENSEN DIE  
NU NERGENS VOOR LANGERE  
TIJD TERECHT KUNNEN

# Inhoudsopgave

	<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
	<b>Managementsamenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>8</b>
	1.1 Aanleiding en achtergrond	8
	1.2 Doelstelling	9
	1.3 Aanpak	9
	1.4 Leeswijzer	11
<b>2</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>12</b>
	2.1 Kenmerken doelgroep	12
	2.2 Overige doelgroepen	14
	2.3 Omvang van de doelgroep	14
	2.4 Behoeftes kerndoelgroep	15
<b>3</b>	<b>Schets huidige context en kaders</b>	<b>17</b>
	3.1 Huidig zorglandschap	17
	3.2 Waarom huidige locaties niet toereikend zijn voor de doelgroep	19
<b>4</b>	<b>Programma van eisen</b>	<b>20</b>
	4.1 Inhoudelijke beschrijving zorg	20
	4.2 Fysieke omgeving	22
	4.3 Personele inzet	23
	4.4 Instroomcriteria en -proces, indicatiestelling door onafhankelijke commissie	24
	4.5 Uitstroomcriteria	26
<b>5</b>	<b>Businesscase</b>	<b>27</b>
	5.1 Uitgangspunten businesscase	27
	5.2 Beschrijving kosten en uitkomst van de businesscase	27
	5.3 Referentie van de kosten per bewoner per dag op basis van de beschrijving van de casus J.	29
	5.4 Wijze van bekostiging	30
	5.5 Referentie op basis van de maximum tarieven	30
	5.6 Beschrijving maatschappelijke baten	31
<b>6</b>	<b>Stappen richting implementatie</b>	<b>32</b>
	6.1 Wat zijn de volgende stappen	32
	6.2 Risico's en aandachtspunten	34
<b>7</b>	<b>Advies: investeer in LKW</b>	<b>35</b>

---

# Voorwoord

Hierbij presenteren wij vanuit de werkgroep langdurend klinisch een onderzoek naar een langdurige klinische (beveiligde) woonvoorziening voor een groep mensen die nu nergens terecht kan.

In november 2021 ontstond vanuit een casus van GGZ Noord-Holland-Noord bij een aantal mensen het idee om een rebellenclub te starten. Met ondersteuning van het Waardenetwerk zorg en veiligheid is een groep mensen vanuit de ggz, forensische zorg, verzekeraars, VWS, DJI (Forensisch Plaatsing Loket) bijeen gebracht. Alle leden van deze rebellenclub waren en zijn gemotiveerd om passende zorg te organiseren voor een zeer moeilijke plaatsbare groep cliënten. Elke deelnemer kent wel een cliënt waar men wekelijks intensief overleg over heeft met meerdere aanbieders en netwerkpartners. Maar ondanks de gezamenlijke inspanning en moeite lukt het niet om de cliënt passende en langdurende zorg te bieden. En alle deelnemers vinden het niet acceptabel dat deze groep cliënten heen en weer wordt geschoven tussen instellingen vanwege hun problematiek en gedrag.

**Vanuit de overtuiging dat er een nieuwe beveiligde woonvoorziening gecreëerd moet worden waar een cliënt langdurend en veilig kan blijven wonen zijn we aan de slag gegaan.**

Een beschrijving van de doelgroep en van de passende woonvoorziening waren de basis om in gesprek te gaan met VWS. En zo werd de rebellenclub een echte werkgroep die samen met Significant Public de onderzoeksopdracht ging uitvoeren. In de loop van dit proces sloten meer deskundigen en organisaties zich aan. Vanuit passie en betrokkenheid bij deze cliëntengroep hebben we ons allemaal ingezet voor het behalen van een goed resultaat. Wij zijn dan ook trots en blij met dit rapport en onderschrijven de urgentie om het advies tot uitvoering te brengen.

Immiddels wordt de conclusie dat er een nieuwe woonvoorziening nodig is in Nederland ondersteund door de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid (JenV). De werkgroep vraagt aan het ministerie van VWS om de regie op het vervolgproces op zich te nemen en samen met partijen deze woonvoorziening te realiseren, waarbij de adviezen van het rapport de basis vormen.

**Iedereen heeft recht op een prettige, veilige woonomgeving.**

Een nieuwe voorziening wordt niet in 1 jaar gerealiseerd. En er zijn zeker 12 personen binnen deze doelgroep waarvoor op zeer korte termijn al een passende oplossing gevonden moet worden. Wij vragen nadrukkelijk aan de financiers, zorgaanbieders en stelselverantwoordelijken om zich direct al in te zetten voor deze groep.

De leden van de werkgroep blijven verder graag betrokken bij de realisatie van de nieuwe woonvoorziening. Wij willen ons blijvend inzetten om te komen tot een passende en structurele vorm van wonen voor een groep cliënten die zich nu nergens welkom en thuis voelt.

## **Namens de werkgroep:**

Tinie Hendriks (Transfore), Albert Blom (GGZ-Noord-Holland-Noord), Edo de Vries (Pompestichting), Peter Oosterom en Dirk Ploem (DJI / JenV); Bas Keijzer (DSW), Paul Hoogers (Zorgkantoor Zilveren Kruis), Sanne van Es en Monique Drenth (Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden (LCBB)), Wim Brunenberg (VWS), Marjet van Baggum (De Borg), Peter Braun (zelfstandig adviseur), Han Huizinga (VGN) en Lilly Buurke (de Nederlandse ggz).

---

Vanuit Significant Public willen we alle leden van de werkgroep hartelijk bedanken voor de inspirerende samenwerking. Het was een genoegen uitvoerder te zijn van dit onderzoek en penvoerder te zijn van dit mooie resultaat.

Wouter Jongebreur, projectleider Significant Public

---

# Managementsamenvatting

## Onderzoek naar een langdurige klinische woonvoorziening

Bijgaand vindt u de eindrapportage van een onderzoek naar een langdurige klinische woonvoorziening voor een groep mensen die nu nergens terecht kunnen. Op initiatief van betrokken partijen in het veld en op verzoek van het ministerie van VWS heeft ZonMw onderzoek laten doen naar een dergelijke voorziening. In het onderzoek heeft Significant Public het volgende in kaart gebracht: aard en omvang van de doelgroep, wat deze groep nodig heeft, een globaal programma van eisen voor de beoogde voorziening, een businesscase en belangrijke elementen voor implementatie. In deze notitie lichten we noodzaak en urgentie toe voor het mogelijk maken van deze langdurige klinische woonvoorziening.

## Voor wie en waarom?

Er is een groep mensen die qua ernst van hun problematiek nergens terecht kunnen. Deze mensen hebben in de meeste gevallen een verstandelijke beperking én problemen op het terrein van psychiatrie (meerdere diagnoses) én verslavingsproblematiek. Ze hebben een forensisch profiel, zowel in gedrag als qua gepleegde strafrechtelijke feiten in het verleden en gaan heen en weer tussen de forensische zorg en de reguliere zorg (ggz en gehandicaptenzorg (gz)). Hun verblijf is nergens echt houdbaar en daarom worden ze met grote regelmaat overgeplaatst van de ene naar de andere voorziening. Daar waar ze verblijven heeft hun gedrag een ontwrichtend effect op de teams die deze mensen begeleiden (en behandelen) en op de groep. Dit maakt hen grotendeels groepsongeschikt. In combinatie met een behandelhistorie van minstens 15 jaar hebben deze mensen dus nergens een plek om veilig te wonen. Er is de continue dreiging dat ze (na verloop van tijd) weer ergens anders heen moeten. Deze vele momenten waarop ze moeten verhuizen en verandering van setting en mensen om hen heen, verergeren veelal het gedrag.

## Wat deze mensen nodig hebben

Dat is wat ze nodig hebben: een veilige plek om te wonen, te kunnen zijn wie ze zijn, zonder behandeldruk en met het recht om even niemand tegen te komen. De nadruk ligt op kwaliteit van leven. Dat betekent een voorziening waar ze onvoorwaardelijk zo lang als nodig mogen blijven wonen, zoals dat nu ook geldt voor de individuele PRO-plaatsen in de vg-sector en in de Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ). Echter, om in de LFPZ te kunnen verblijven, is er een forensische (tbs) titel nodig, het gaat immers om een voorziening gericht op tbs met dwangverpleging. De doelgroep waarvoor de woonvoorziening bedoeld is, hebben wel vaak wel een forensisch profiel (een delict verleden), maar moeten juist in de woonvoorziening terecht kunnen wanneer zij geen strafrechtelijke titel (meer) hebben.

In het onderzoek is een woonvoorziening 'geschetst' op een groter terrein met de mogelijkheden voor fysieke beveiliging op niveau 2-hoog of 3 (zoals in de forensische zorg wordt gebruikt) voor ruim 60 mensen die in kleine units van 8 woningen kunnen wonen en (zeer) intensief begeleid worden. De voorziening moet voor deze mensen zoveel mogelijk het leven van alledag, inclusief zinvolle dagbesteding en de benodigde zorg, mogelijk maken. De omvang is gekozen om enerzijds voldoende schaalgrootte voor de benodigde expertise en voorzieningen te realiseren en anderzijds om de opgave haalbaar en beheersbaar te houden. Dat betekent echter niet dat we mogelijkheden uitsluiten om een dergelijke voorziening op kleinere schaal (met bijvoorbeeld 12 of 30 plekken) te realiseren.

## Wat is de huidige situatie qua voorzieningen en hoe groot is de doelgroep?

De woonvoorziening met voldoende beveiliging en intensieve begeleiding is er op dit moment niet. Deze mensen verblijven daarom nu op plekken die op z'n minst suboptimaal en maar beperkt passend zijn, in de ggz, de gehandicaptenzorg, de forensische zorg en soms buiten. Uit het onderzoek blijkt dat er op dit moment voor zeker 30 actuele casussen in de doelgroep wordt gezocht naar een alternatieve oplossing. Ieder jaar komen er ongeveer vijf nieuwe casussen in beeld. Dit is echter niet de hele omvang van de doelgroep. Een deel van de casuïstiek is namelijk niet direct in beeld, behoort wel tot de doelgroep, maar verblijft nu op een andere minder passende plek (zonder dat ze concreet geïdentificeerd zijn in dit onderzoek). Ook is er recente berichtgeving dat er mensen eerder terechtkomen in de

---

tbs of de overige forensische zorg, omdat het Openbaar Ministerie en/of de rechter geen serieus alternatief zag. Op dit moment loopt een inventarisatie vanuit DJI (en JenV) om een inschatting te maken van deze aantallen. Eerdere inventarisaties gaven een niet te onderschatten omvang van zeker enkele tientallen. Kortom: de behoefte aan een woning in een langdurige klinische woonvoorziening voor deze doelgroep is naar verwachting groter.

#### **Multidisciplinaire casusoverleggen gericht op individuele oplossingen voor complexe casuïstiek**

Op dit moment vinden er wekelijks meerdere multidisciplinaire casusoverleggen plaats waarin 10 tot 15 vertegenwoordigers van Zorg- en Veiligheidshuizen, (forensische) zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars, de ministeries van VWS en JenV oplossingen zoeken voor deze zeer complexe casuïstiek. Met tomeloze inzet en betrokkenheid, een grote tijdsinvestering, creativiteit, eigenaarschap en verantwoordelijkheidsgevoel worden tijdelijke, en zoals gezegd suboptimale, oplossingen mogelijk gemaakt. De kosten die aan deze oplossingen zijn verbonden zijn hoog. Het gaat om meerzorg aanvragen van zo'n € 1.500 tot € 2.000 per dag. In sommige gevallen moet de NZa zelfs toestemming geven voor het overschrijden van de maximum dagprijs.

#### **Positieve businesscase**

Voor de langdurige klinische woonvoorziening is een businesscase opgesteld, met de LFPZ als vertrekpunt. De businesscase levert kosten per dag op die weliswaar hoog zijn, maar duidelijk lager zijn dan de kosten van de individuele oplossingen. We komen uit op een indicatieve schatting van **€ 1.290 tot € 1.400 per dag per plek**, uitgaande van de aanname dat een gemiddelde bezettingsgraad wordt gerealiseerd van 90%. Dit betreft de directe kosten. Als we ook de indirecte kosten en (maatschappelijke) baten meenemen, dan is de businesscase uitermate positief. Denk hierbij aan minder incidenten, een lagere uitval en minder ziekteverzuim bij de zorgmedewerkers die deze mensen nu begeleiden, de tijdsbesparing van alle betrokkenen bij zorgconferenties, verbeterde doorstroom op de niet passende plekken waar deze mensen nu verblijven, maar ook de toename van de kwaliteit van leven van de bewoners.

#### **Een duidelijke afbakening van de doelgroep is belangrijk**

Het is om meerdere redenen belangrijk om te komen tot een duidelijke afbakening van de doelgroep die in aanmerking komt voor de geschetste voorziening. Het creëren van dit nieuwe aanbod heeft het risico dat het snel vol raakt, ook met mensen waarvoor andere oplossingen zijn of zouden moeten komen. De procedure van indicatiestelling en plaatsing moet zodanig vormgegeven worden dat de mensen die het echt nodig hebben in aanmerking komen. Ook voor het vormgeven van de structurele bekostiging van deze woonvoorziening is het belangrijk dat het aantal mensen dat hiervoor in aanmerking komt begrensd is tot een duidelijk herkenbare (en niet al te grote) groep mensen.

#### **Er is sprake van een hoge urgentie**

Het realiseren van een langdurig klinische woonvoorziening, of nu wordt gekozen voor nieuwbouw of verbouw, kost (na positieve besluitvorming) een aantal jaren. Daarom is besluitvorming op korte termijn noodzakelijk. Eigenlijk geven direct betrokkenen bij dit onderzoek aan dat we eigenlijk niet zo lang kunnen wachten. Er zijn zeker 12 casussen waarvoor op zeer korte termijn een oplossing gevonden moet worden. Het zou helpen als deze voorziening er komt, maar ook dat er vooruitlopend hierop een (kleinschaliger) interim oplossing wordt gerealiseerd die zoveel mogelijk aan de vereisten van de langdurige klinische woonvoorziening voldoet.

---

### De benodigde vervolgstappen

1. **Besluitvorming.** Positieve besluitvorming door de ministeries van VWS en JenV en vervolgens regie op het proces om de benodigde stappen te zetten richting het realiseren van de woonvoorziening. Onderdeel hiervan is het creëren van zekerheden die nodig zijn voor een substantieel lange periode inkopen van een dergelijke voorziening. Hiervoor is het ook nodig dat financiers en zorgaanbieders hier positief tegenover staan.
2. **Afspraken over financiering en het inkoopproces.** Er moeten afspraken worden gemaakt over de beoogde financiering van de langjarige investering die voor de langdurig klinische woonvoorziening moet worden aangegaan. Hierbij geldt dat er zekerheden nodig zijn voor een (of meerdere) aanbieder(s) die de investering in een langdurig klinisch wonen voorziening aan wil(len) gaan. Ook moeten het proces en de procedures om te komen tot inkoop van een dergelijke voorziening worden uitgewerkt.
3. **Kritische beoordeling op instroomcriteria en open staan voor eventuele door- of uitstroom.** Verdere uitwerking van de instroomcriteria, het proces van indicatiestelling en de organisatie om tot deze indicatiestelling en plaatsing te komen. Het is van belang bewoners te selecteren die dit echt en het hardst nodig hebben. We gaan ervan uit dat bewoners er zo lang als nodig mogen wonen, maar er is ook aandacht nodig voor situaties waarin doorstroom naar een andere voorziening mogelijk is.
4. **Uitwerking van en afspraken over de bekostiging van deze voorziening.** We doen de aanbeveling om in eerste instantie uit te gaan van een Wlz-indicatie met meerzorg. De meerzorg in het kader van de Wlz is als tijdelijke oplossing bedoeld voor individuele patiënten en is in eerste instantie een oplossing voor de bekostiging op de kortere termijn. In het kader van het onderzoek hebben we met de NZa het idee besproken om voor de langere termijn een maximumtarief te ontwikkelen en vast te stellen. Dat past uiteindelijk beter bij het permanente karakter van de woonvoorziening. Kosten die niet behoren tot de reden waarom iemand in de Wlz zit (medisch specialistische zorg) en andere Zvw-kosten vallen buiten de financiering voor de woonvoorziening. In de vervolgstappen moet verder verkend en uitgewerkt worden hoe de financiering op korte en lange termijn vormgegeven kan worden.
5. **Nadere uitwerking van het programma van eisen.** Nadere specificatie van het programma van eisen en voorbereiding van de realisatie van de langdurig klinische woonvoorziening is nodig in het vervolg.
6. **Inventarisatie andere groepen die iets vergelijkbaars, maar wel iets anders nodig hebben.** Aanvullend op het vervolgproces van deze specifieke langdurig klinisch wonen voorziening is een inventarisatie nodig van specifieke groepen mensen die niet binnen de doelgroep vallen. Dit gaat bijvoorbeeld om jonge mannen en vrouwen die uitstromen uit de gesloten jeugdzorg of een JJI, vreemdelingen, mensen met een VG7-indicatie, die wel een woonvoorziening nodig hebben, maar dan met een lager beveiligingsniveau en/of specifiek gericht op een bepaald type problematiek. Vervolgens moet worden verkend of er (ook) een (ander type) woonvoorziening gerealiseerd kan worden of dat deze groepen mensen op andere plekken terecht kunnen.



# Woonvoorziening Langdurig Klinisch Wonen

Op initiatief van partijen uit de praktijk heeft Significant Public in opdracht van ZonMw onderzoek gedaan naar een speciale voorziening gericht op langdurig klinisch wonen, voor mensen die nu nergens terecht kunnen.



- Verstandelijke beperking
- Psychiatrische problemen
- Verslaving
- Forensisch profiel
- Groepsongeschied

## Voor wie en waarom?

Er is een groep mensen die qua ernst van hun problematiek nergens terecht kan. Hun verblijf is nergens echt houdbaar en daarom worden ze vaak overgeplaatst. Hun gedrag heeft een ontwrichtend effect op de teams en de groep waar ze verblijven. Deze mensen hebben nergens een plek om veilig te wonen, waardoor er een continue dreiging is dat ze weer moeten verhuizen. Het verhuizen en bijkomende veranderingen, verergeren veelal het gedrag.

## Wat hebben deze mensen nodig?

De nadruk moet liggen op kwaliteit van leven. In de voorziening mogen ze onvoorwaardelijk, zo lang als nodig, blijven wonen. De voorziening moet voor deze mensen zoveel mogelijk het leven van alledag, inclusief zinvolle dagbesteding en benodigde zorg, mogelijk maken.



- Een veilige plek
- Geen behandeldruk
- Recht om niemand tegen te komen
- Beveiligingsniveau 2-hoog of 3
- Zeer intensieve begeleiding

## Huidige situatie

Een woonvoorziening met voldoende beveiliging en (zeer) intensieve begeleiding bestaat nu niet (met uitzondering voor de tbs). De mensen verblijven op plekken die suboptimaal zijn en beperkt passend (in de ggz, gz, forensische zorg of daarbuiten). Op dit moment zijn er wekelijks meerdere zorgconferenties waarin oplossingen worden gezocht voor casuïstiek. De kosten voor geboden oplossingen zijn hoog: zo'n € 1.500 tot € 2.000 per dag.

## Minimale omvang van de doelgroep

Op dit moment wordt er voor 30 actuele casussen gezocht naar een oplossing. Ieder jaar komen er naar verwachting ongeveer 5 nieuwe casussen in beeld. Dit is echter niet de hele omvang van de doelgroep. Een deel is namelijk niet direct in beeld, behoort wel tot de doelgroep, maar verblijft nu op een andere minder passende plek. Daarom wordt nu uitgegaan van een woonvoorziening met 64 plaatsen.



## Businesscase

De opgestelde businesscase levert kosten per dag op die weliswaar hoog zijn (een indicatieve schatting van € 1.290 tot € 1.400 per dag per plek, uitgaande van een gemiddelde bezettingsgraad van 90%), maar duidelijk lager zijn dan de kosten van de individuele oplossingen. Wanneer ook indirecte kosten en (maatschappelijke) baten worden meegenomen, is de businesscase uitermate positief.

## Baten

- Minder incidenten
- Lagere uitval en ziekteverzuim
- Tijdsbesparing bij betrokkenen bij zorgconferenties
- Verbeterde doorstroom
- Toename kwaliteit van leven



## Vervolg

Het realiseren van de woonvoorziening kost een aantal jaren. Besluitvorming op korte termijn is noodzakelijk. Er bestaat brede steun bij alle betrokken partijen. De volgende vervolgstappen zijn nodig:

1. Positieve besluitvorming met inhoudelijke en financiële steun waar nodig.
2. Verdere uitwerking van de instroomcriteria en het proces om deze te beoordelen.
3. Afspraken over en garanties voor de beoogde financiering van de langjarige investering.
4. Uitwerking van en afspraken over de bekostiging van deze voorziening.
5. Nadere specificatie van het programma van eisen en voorbereiding van de realisatie.
6. Inventarisatie voor specifieke groepen mensen die niet binnen de doelgroep vallen, maar wel een woonvoorziening nodig hebben op een lager beveiligingsniveau of gericht op een bepaald type problematiek

Figuur 1. Aanzet factsheet voor communicatie doeleinden

---

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en achtergrond

Meerdere aanbieders van specialistische ggz en forensische zorg en de Nederlandse GGZ, aanbieders van verstandelijk gehandicaptenzorg (hierna VG) de Dienst Justitiële Inrichtingen (hierna DJI), zorgkantoren en zorgverzekeraars en het ministerie van VWS hebben geconstateerd dat er een groep mensen in Nederland is, waarvoor op dit moment geen passende voorziening te vinden is. Deze groep mensen is qua ernst van de problematiek waarmee zij te maken hebben, moeilijk houdbaar in bestaande voorzieningen (buiten de forensische zorg), vanwege hun gedrag en omdat dit gedrag een ontwrichtend effect heeft op de teams die deze mensen begeleiden (en soms behandelen).

Deze mensen hebben veelal een zeer lange behandelgeschiedenis en hebben voornamelijk een veilige plek nodig om te kunnen wonen. Een passende woonvoorziening, waar deze groep mensen zonder forensische titel geplaatst kunnen worden, bestaat op dit moment niet. Ze worden van de ene instelling en afdeling naar de andere instelling en afdeling verplaatst, zonder dat er een structurele oplossing gevonden wordt waar deze mensen langdurig kunnen verblijven. Dit laatste wordt ook wel de “carrousel constructie” genoemd. Het veld is het erover eens dat deze situatie niet langer houdbaar is. Het heeft negatieve effecten op de mensen in deze instellingen door de vele wisselingen in korte tijd, de teams die deze mensen begeleiden (en behandelen) door de omgang met deze lastige doelgroep en de maatschappij door de kosten die hieraan verbonden zijn. Op dit moment worden er veelal maatwerkoplossingen gecreëerd voor deze mensen en daar zijn hoge (meerzorg) kosten aan verbonden en er wordt per casus door verschillende instanties heel veel tijd in geïnvesteerd.

Een casus die breed bekend is in het veld en veelvuldig naar voren is gekomen in deze opdracht is de casus J. Deze casus is exemplarisch voor de doelgroep waar deze opdracht op gericht is. De problematiek van J. is kenmerkend voor de doelgroep en eveneens voor het feit dat J. nergens voor langere tijd terecht kan en al in veel instellingen is verbleven. In onderstaand kader is de casus J. verder uitgewerkt.

Meneer J. is een dertiger en verblijft al ruim 10 jaar continu in zorg. Er is sprake van een combinatie van psychotische problematiek, zoals achterdocht en wanen, gecombineerd met een lvb en J. is bij vlagen impulsief. Zijn gedrag kan soms zeer agressief zijn. De combinatie van deze verschillende aspecten maakt J. groepsongeschikt, waardoor hij in reguliere zorg al langere tijd niet meer terecht kan.

J. heeft al bij zeer veel instellingen verbleven (GHZ, ggz, detentie, forensische zorg, KIB). Zijn verblijf is op geen van deze locaties goed verlopen, ongeacht de aanwezige begeleiding en beveiliging. J. kon nergens voor langere tijd aarden. De impact op het personeel is op een aantal locaties zeer groot geweest, met als gevolg dat hij landelijk bekend is in de intensieve zorg en geen enkele instelling meer met hem aan de slag durft te gaan. J. zorgde in de teams voor ontwrichting, met grote gevolgen voor en impact op het personeel.

Met hulp van zorgkantoor en VWS is een team van zzp'ers op een lege afdeling van een zorginstelling met J. aan de slag gegaan en gaat het gelukkig inmiddels steeds beter met hem. In casus J. bleek het essentieel om voor een andere, minder reguliere aanpak te kiezen. In de casus J. wordt een een-op-een benadering gehanteerd, is er sprake van individuele begeleiding (geen groepsverband) en wordt er zowel een ghz als ggz-benadering ingezet. Het is een andere benadering, waarbij er is ingezet op stabiliteit en vaste gezichten; en er worden geen onnodige eisen gesteld (vergelijkbaar met een ghz-benadering). Door in te zetten op een situatie die meer lijkt op een ggz, forensische of beveiligde setting, waarbij het personeel ook beschikt over ggz-deskundigheid, bleek afschaling van zorgintensiteit en fysieke beveiliging mogelijk.

Deze maatwerkoplossing benadrukt hoe ingewikkeld het is om een goede oplossing te vinden voor dergelijke casussen. Bovendien zijn de kosten voor een dergelijke maatwerkoplossing erg hoog. De totale kosten voor de maatwerkoplossing van J. zijn berekend en dit gaat per jaar om € 1.252.128. Op dagbasis zijn de kosten € 3.517.



---

De eerdergenoemde partijen hebben een opdracht geformuleerd om uit te zoeken wat er nodig is om voor deze groep mensen een antwoord te vinden op dit probleem. Deze opdracht is uitgezet via ZonMw. In opdracht van ZonMw heeft Significant Public een onderzoek uitgevoerd naar een langdurig klinische woonvoorziening voor mensen met een risico op onbegrepen, verward en gevaarlijk gedrag die zonder forensische titel moeilijk houdbaar zijn in bestaande voorzieningen (buiten de forensische zorg).

## 1.2 Doelstelling

Het doel van het onderzoek naar een passende klinische woonvoorziening voor de doelgroep zoals hierboven beschreven, is driedelig:

- a. Het in beeld brengen van de doelgroep  
In dit onderdeel van het onderzoek is een verkenning uitgevoerd naar de kenmerken en de omvang van de doelgroep. De uitkomst hiervan is een beschrijving van de doelgroep inclusief opgestelde criteria welke patiënten wel en niet onder de doelgroep vallen. Ook zijn de behoeften van de doelgroep in kaart gebracht in het kader van langdurig klinisch wonen. Dit onderdeel resulteert tevens in een onderbouwde schatting van de omvang van de doelgroep.
- b. Het opstellen van een businesscase  
In dit onderdeel van het onderzoek is gekeken naar welke verschillende mogelijkheden bestaan om een dergelijke woonvoorziening te realiseren. Hierbij is allereerst een globaal programma van eisen opgesteld waar de woonvoorziening aan moet voldoen. Op basis van dit programma van eisen zijn componenten gedestilleerd om daarmee een businesscase op te kunnen stellen. Hierbij gaat het enerzijds om kosten (afgezet tegen de huidige kosten) en anderzijds om (maatschappelijke) baten.
- c. Het uitwerken van een implementatieplan  
In dit onderdeel van het onderzoek is een implementatieplan opgesteld. Hierin wordt uiteengezet welke stappen ondernomen moeten worden om de woonvoorziening daadwerkelijk te realiseren. Dit betreft onder andere praktische, financiële en juridische activiteiten.

## 1.3 Aanpak

Om tot het doel van het onderzoek te komen, namelijk het in beeld brengen van de doelgroep, het opstellen van een businesscase en het uitwerken van een implementatieplan, zijn verschillende onderzoeksactiviteiten ondernomen. De aanpak is samengevat in figuur 2. Hieronder beschrijven we de aanpak die we hebben gehanteerd in dit onderzoek naar een langdurig klinische woonvoorziening voor mensen met een risico op onbegrepen, verward en gevaarlijk gedrag die zonder forensische titel moeilijk houdbaar zijn in bestaande voorzieningen.

- a. Fase 1. In de eerste fase van het onderzoek hebben we de basis gelegd voor de uitvoering van het onderzoek. In deze fase hebben we een startgesprek gevoerd met de opdrachtgever en is de werkgroep langdurig beveiligd klinisch betrokken bij het onderzoek. Ook zijn er afspraken gemaakt over de rolinvulling van de werkgroep en andere betrokkenen, zoals Peter Braun, ZN en DJI.
- b. Fase 2. In de tweede fase van het onderzoek hebben we de volgende activiteiten uitgevoerd:
  - i. Een **uitgebreide documentstudie**. Vanuit verschillende betrokkenen hebben we relevante documentatie ontvangen, zoals verschillende vignetten van personen waarvoor een langdurig klinische woonvoorziening passend zou zijn. Een vignet is een kwalitatieve beschrijving van een situatie van de betreffende persoon. In deze vignetten wordt de situatie geschetst, waaronder de problematiek en behoeften van de persoon.
  - ii. Naast het bestuderen van de vignetten hebben we **interviews** gehouden met relevante partijen, zoals het landelijk coördinatiepunt beveiligde bedden (LCBB), het forensisch plaatsingsloket (FPL) van DJI, het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

- (VWS), Transfore en zorgverzekeraars. Daarnaast zijn we op **bezoek** geweest bij de Rooyse Wissel om daar het cliëntperspectief te betrekken in dit onderzoek.
- iii. Op basis van de documentenstudie, de interviews en het werkbezoek aan de Rooyse Wissel hebben we een **notitie** opgesteld, waarin we een beschrijving hebben gegeven van de kenmerken van de doelgroep en de behoeften van de doelgroep.
  - iv. Vervolgens hebben we **casuïstiek sessies** georganiseerd om een beeld te krijgen van de omvang van en variatie in de doelgroep. We hebben de deelnemers gevraagd om vooraf na te denken over bestaande casussen die geschikt worden geacht voor de woonvoorziening die centraal staat in dit onderzoek. In twee sessies hebben we al deze casuïstiek doorgelopen en bepaald of de casus tot de kerndoelgroep behoort of dat de casus behoort tot een aanpalende doelgroep. Op deze manier hebben we een indruk gekregen van de omvang van en variatie binnen de doelgroep, wat aanknopingspunten geeft om te bepalen wat de capaciteit van een dergelijke woonvoorziening moet zijn.
- c. **Fase 3.** Ten behoeve van de businesscase hebben we verschillende activiteiten ondernomen:
- i. We zijn begonnen met het organiseren van twee bijeenkomsten met de werkgroep, waarbij we ook andere partijen, zoals het LCBB hebben uitgenodigd om te brainstormen over hoe een passende vorm van een woonvoorziening eruit moet zien. Aan de hand van een voorbeeld 'programma van eisen' is er nagedacht over waar een voorziening aan moet voldoen en welke randvoorwaarden er nodig zijn. De input verkregen in deze sessies, hebben we verwerkt in een globaal programma van eisen voor de beoogde woonvoorziening. Ook is er in deze sessies aandacht besteed aan mogelijke financieringsstromen voor het realiseren van de woonvoorziening.
  - ii. Parallel aan het programma van eisen is er gewerkt aan het uitwerken van de businesscase. Er zijn parameters gedestilleerd die meegenomen moeten worden in een businesscase. In verschillende gesprekken met de Pompestichting (waaronder de controller) is gekeken hoe deze parameters ingevuld kunnen worden. Hierbij gaat het bijvoorbeeld over met welke bedragen er gerekend kan worden om een inschatting te maken van de kosten voor een nieuwe woonvoorziening. Naast de kostenkant, is er ook aandacht voor de baten van een dergelijke woonvoorziening. Deze zijn veelal kwalitatief beschreven. Daarnaast zijn de kosten in kaart gebracht voor personen die in doelgroep vallen, maar die nu op een suboptimale plek verblijven. Deze worden afgezet tegen de kosten van de nieuwe woonvoorziening om zo een beeld te krijgen wat het verschil is.
- d. **Fase 4.** De laatste fase van het onderzoek stond in het teken van het schrijven van de rapportage, inclusief het implementatieplan. In deze rapportage wordt alle opgehaalde informatie gebundeld, wordt de businesscase zo ver als mogelijk uitgewerkt en is een implementatieplan opgenomen met de te ondernemen stappen om te komen tot de realisatie van de woonvoorziening. Het conceptrapport is verschillende keren besproken met de mensen in het veld.

	Step 1. Een vliegende start	Step 2. In beeld brengen van de doelgroep	Step 3. Opstellen van een businesscase	Step 4. Schrijven van een implementatieplan
<b>Doel</b>	Tot een definitieve onderzoeksopzet komen	Inzicht verkrijgen in de kenmerken en omvang van de doelgroep	Inzicht verkrijgen in mogelijke passende vormen van woonvoorzieningen	De opgehaalde bevindingen uitwerken in een concreet implementatieplan
<b>Activiteiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Startgesprek met opdrachtgever</li> <li>Startgesprek met werkgroep langdurende bevestigd klinisch</li> <li>Gesprek met ZN en DJI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bestuderen ontvangen documentatie</li> <li>Gesprek met Peter Braun</li> <li>Uitvoeren interviews</li> <li>Betrekken cliëntperspectief</li> <li>Groepsbijeenkomsten om casuïstiek in beeld te brengen</li> <li>Opstellen notitie van bevindingen</li> <li>Bespreken notitie met werkgroep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstellen programma van eisen voor de woonvoorziening</li> <li>Bijeenkomsten over het programma van eisen met de werkgroep</li> <li>Onderzoeken mogelijke financieringsstromen</li> <li>Bespreken tussentijdse businesscase met Peter Braun</li> <li>Bespreken concept businesscase met werkgroep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Opstellen conceptversie implementatieplan</li> <li>Bespreken implementatieplan met werkgroep</li> <li>Bespreken implementatieplan met ZN en DJI</li> <li>Opstellen definitieve versie implementatieplan</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Met de opdrachtgever en werkgroep afgestemd plan van aanpak voor het onderzoek</li> <li>Afspraken over rolinvulling en betrokkenheid bij het onderzoek van Peter Braun, ZN en DJI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een besproken notitie met inzicht in de kenmerken van de doelgroep, de behoeften van deze groep in het kader van langdurig klinisch wonen en de omvang van de doelgroep</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een programma van eisen voor de woonvoorziening</li> <li>Een met de werkgroep besproken businesscase met daarin kosten en baten van diverse woonvormen en (een) beschreven voorkeursvariant(en)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Een beschreven implementatieplan, inclusief een beschrijving van de doelgroep uit fase 1 en uitgewerkte businesscase uit fase 2</li> </ul>

Figuur 2. Samenvatting van de aanpak

---

## 1.4 Leeswijzer

In dit rapport worden de uitkomsten van het onderzoek gepresenteerd. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van de doelgroep. Enerzijds gaat het hierbij om de kenmerken van de doelgroep en anderzijds om de behoeften die zij hebben. Het hoofdstuk sluit af met een onderbouwde omvang van de doelgroep. Hoofdstuk 3 geeft een schets van de huidige context en bestaande kaders en beschrijft waarom de huidige context en woonvoorzieningen geen oplossing bieden voor deze specifieke doelgroep. Hoofdstuk 4 gaat over het opgestelde programma van eisen met daarin onder andere de inhoudelijke beschrijving van de zorg, de eisen aan de fysieke omgeving, aan de personele inzet en instroomcriteria. Hoofdstuk 5 betreft de businesscase met daarin de componenten voor maatschappelijke kosten en baten. Hoofdstuk 6 bevat een implementatieplan waarin verschillende vervolgstappen worden onderscheiden. Hoofdstuk 7 sluit af met een (extra) onderbouwing van de urgentie van het realiseren van een dergelijke woonvoorziening.

---

## 2 Doelgroep

### 2.1 Kenmerken doelgroep

De doelgroep die in dit onderzoek centraal staat is geen homogene groep, de personen en de problematiek zijn divers. Er is wel een aantal (overeenkomstige) kenmerken te benoemen die de doelgroep typeert:

- a. Bij de doelgroep is sprake van **multiproblematiek** en manifesteren problemen zich op meerdere (zo niet alle) levensgebieden. Iemand is bekend in/met de zorg (ggz, vg, verslavingszorg) en heeft vaak meerdere psychische klachten/diagnoses en trauma's. Daarnaast is er vaak sprake van middelengebruik (verslaving) en bestaat er veelal (een vermoeden van) een verstandelijke beperking. De doelgroep kwam eerder en/of komt in de huidige situatie regelmatig in contact met justitie. Er is in meerdere kaders **uitgebreide informatie beschikbaar** over deze mensen. Omdat de problematiek zo complex is passen deze mensen niet binnen één kader, deels door het ontbreken van passende voorzieningen, deels door vigerende wet- en regelgeving.
- b. Mensen binnen deze doelgroep geven vaak veel **overlast** en vertonen vaak en veel **agressie**. Deze mensen kunnen niet goed tegen prikkels. Ze functioneren niet goed in een groep. Hierdoor is het vaak onmogelijk om deze mensen op reguliere afdelingen te laten verblijven; hun verblijf werkt vaak ontwrichtend (met uitval van personeel en spanning met andere patiënten als gevolg).
- c. Vaak zijn veel verschillende (zo niet alle mogelijke) behandelingen toegepast, maar deze zijn niet effectief gebleken. Door de complexe problematiek sluiten de behandelingen niet aan bij de patiënt en dit levert in veel gevallen druk en agressie op. Er is feitelijk geen behandelperspectief (meer) voor deze mensen; dat moet geaccepteerd worden. Vaak is sprake van het **ontbreken van perspectief**, door onder andere het uitblijven van effect van behandeling, het steeds weer worden doorgeplaatst naar een andere instelling en het ontbreken van een passende plek waar men langdurig kan blijven.
- d. Zonder **intensieve zorg** (minimaal besloten, in een verblijfssetting; maar vaak met meer beveiliging<sup>1</sup>) kunnen de mensen binnen deze doelgroep niet functioneren. Zij hebben langdurige intensieve zorg en begeleiding nodig. Het is niet mogelijk de intensieve zorg voor deze (kleine) groep patiënten op regionaal niveau te organiseren. Daarom moet dit **op landelijk niveau** georganiseerd worden.
- e. De complexe problematiek zorgt er daarnaast voor dat mensen **voortdurend worden verplaatst** naar andere klinieken en dat zij dus frequent moeten verhuizen. De huidige beschikbare voorzieningen kunnen geen passende oplossing voor deze patiënten bieden. Verhuizingen verergeren de problematiek en het gedrag van deze mensen.
- f. De doelgroep legt door het gedrag en de problematiek **veel druk op het personeel** van de organisatie waar zij verblijven. Het behandelen en begeleiden van deze doelgroep vraagt veel van hen, waardoor het zorgpersoneel uitgeblust raakt. Het gedrag van deze doelgroep is ontwrichtend voor de teams die deze mensen begeleiden en behandelen. Het voortdurend doorplaatsen van de doelgroep is om deze reden dan ook noodzakelijk; op deze manier blijft het voor het personeel dragelijk.
- g. Voor deze doelgroep is het vaak **onmogelijk om te participeren in de samenleving**. De doelgroep past niet in een normaal leven in de wijk, omdat zij veel overlast veroorzaken en een buurt tot wanhoop kunnen drijven.

Een kenmerk van de situatie rondom deze mensen is ook dat er op dit moment veel tijd wordt geïnvesteerd in het realiseren van (tijdelijke) maatwerkoplossingen per casus. Per casus worden er wekelijks of tweewekelijks zorgconferenties en andere overleggen gehouden om tot oplossingen te komen en te monitoren hoe het gaat.

In de kaders op de volgende pagina's geven we beknopt een aantal casussen weer om een indruk te krijgen van mensen die een dergelijke voorziening nodig hebben.

---

<sup>1</sup> Waarbij beveiliging niet alleen door (hoge) hekken wordt gerealiseerd, maar ook door een hoge mate van zorgintensiteit/hoger dan gemiddelde inzet van personeel.

## Casus 1



### Beschrijving problematiek

Bij meneer R. is sprake van psychiatrische problematiek, lvb en agressie. Hij heeft een PIJ-maatregel gehad. Er is in eerste instantie geprobeerd om de PIJ-maatregelen om te zetten naar een tbs-dwang, dit is alleen niet gelukt. In het verleden heeft meneer R. een zedendelict gepleegd. Meneer R. schrijft tot op heden nog steeds heel gedetailleerd hoe hij een delict gaat legen.



### Woonvoorziening en eventuele titels

Hij verblijft tot op heden bij een lvb-instelling op beveiligingsniveau 3. Onlangs kwam het bericht dat hij geplaatst kon worden op een PRO-plek, maar helaas bleek dit niet helemaal te kloppen. Meneer R. heeft namelijk nog geen PRO-status. Hier is men op dit moment mee bezig.



### Noodzaak voor LKW

Hij heeft een plek nodig met beveiliging en waar hij begrensd wordt, er geen behandeldruk is en hij de juiste zorg krijgt. Op dit moment wordt hij bijna wekelijks besproken, omdat er geen passende woonvoorziening is. Meneer R. is gebaat bij heel veel structuur. Gaat op dit moment met meerdere begeleiders ook naar buiten.

## Casus 2



### Beschrijving problematiek

Meneer B. heeft een verstandelijke beperking, alleen niet aangetoond voor het 18<sup>e</sup> levensjaar. Hierdoor heeft meneer geen CIZ-indicatie, terwijl hij eigenlijk wel VG-zorg behoeft. Daarnaast gebruikt meneer B. drugs en is hij agressief. Bij gebrek aan perspectief wordt hij suïcidaal. Hij heeft meerdere forensische titels gehad, maar heeft nooit een ernstiger delict gepleegd.



### Woonvoorziening en eventuele titels

Hij verblijft nu bij Fivoor. Op deze plek doet hij het heel goed en ze geven aan dat afschalen naar een lager niveau mogelijk is. Hiervoor is hij in meerdere klinieken verbleven. Hij draait nu in een carrousel meel. Helaas is tot op heden de volgende plek nog niet gevonden.



### Noodzaak voor LKW

Hij is nergens meer welkom omdat hij een te grote impact heeft gehad op teams en omdat hij moeilijk lerend is. Hij zou passen in een voorziening met beveiligingsniveau 3, waar hij langdurig kan wonen en er geen behandeldruk is. Op die manier kan zijn ontwikkeling gevolgd worden. Meneer B. heeft nog geen volledig onbegeleide vrijheden en deze stap is vaak ingewikkeld. Men zou hem een kans willen geven om ergens langdurig te kunnen wonen.

### 2.1.1 Subgroep binnen de kerndoelgroep - verpleeghuis

Een subgroep van personen met dezelfde kenmerken en problematiek zoals hierboven beschreven, zijn de personen die thuishoren in de verpleeghuiszorg. Echter, de gemiddelde leeftijd van deze groep is vaak hoger dan die van de meeste mensen in de kerndoelgroep. Ook is er regelmatig sprake van dementie. Zij hebben daarom verpleeghuiszorg/somatische zorg nodig. Het kan ook voorkomen dat een persoon een aandoening heeft waarvoor verpleeghuiszorg/somatische zorg noodzakelijk is, zoals epilepsie. Deze verpleeghuiszorg/somatische zorg moet dus geleverd kunnen worden in de woonvoorziening. Daarbij komt dat het uitgangspunt is dat de bewoners niet gedwongen worden om na verloop van tijd uit te stromen uit de woonvoorziening. Dit betekent dat de bewoners na verloop van tijd ouder worden, waardoor er uiteindelijk voor meer bewoners verpleeghuiszorg/somatische zorg nodig is.



---

## 2.2 Overige doelgroepen

Naast de kerndoelgroep met kenmerken zoals hierboven beschreven, beschrijven we in deze paragraaf een aantal doelgroepen die tijdens het onderzoek ook ter sprake zijn gekomen. De personen binnen deze groepen voldoen (grotendeels) aan de omschrijving van de kerndoelgroep, maar onderscheiden zich van de kerndoelgroep op basis van een aantal kenmerken.

### 2.2.1 Vreemdelingen

Personen in deze groep zijn afkomstig uit een ander land, waardoor er weinig voorgeschiedenis bekend is. Hierdoor weet je niet precies wat de problematiek is. Daarnaast heeft deze groep vaak te maken met PTSS-problematiek. Er is een toename in instroom van deze groep. Als ze uitstromen blijven ze vaak nog een tijdje in het land, maar ook als het land van herkomst hen weigert, moeten ze hier blijven. In dit onderzoek is met inhoudelijk deskundigen ingeschat dat de groep vreemdelingen niet goed te combineren is met de beoogde doelgroep binnen één voorziening. Dit vergt een andere benadering.

### 2.2.2 Vrouwen

Er is een groep vrouwen die intensieve zorg en begeleiding en beveiliging nodig heeft ter bescherming van zichzelf of van anderen. Een deel van de vrouwen is met name een bedreiging voor zichzelf en een ander deel richting anderen (externaliserend probleemgedrag). Hun problematiek is anders dan die van de kerndoelgroep, maar een woonvoorziening waar ook zij langere tijd kunnen verblijven is voor hen wel wenselijk. Het zijn vaak jonge vrouwen met ernstige problematiek ten aanzien van borderline, eetstoornissen en suïcidaliteit. Het is niet altijd verstandig om deze vrouwen in één groep bij elkaar te plaatsen. De groep rekenen we niet mee bij de kerndoelgroep, met name vanwege het feit dat deze vrouwen nog te jong zijn om 'het stempel' van langdurig klinisch wonen te krijgen.

### 2.2.3 Doelgroep met lagere ernst van problematiek en zorgintensiteit

Er is daarnaast ook nog een groep met dezelfde kenmerken als de kerndoelgroep, maar de ernst van problematiek en de zorgintensiteit is lager. In deze doelgroep zitten een aantal voorbeelden van personen die nu tot deze groep behoren omdat zij de juiste zorg krijgen. Maar op het moment dat dit niet het geval is of wegens bepaalde omstandigheden gaat het minder met deze persoon, kan de problematiek verergeren en behoren ze alsnog tot de kerndoelgroep. Ook voor deze groep is een woonvoorziening nodig waar zij langere tijd kunnen verblijven. Voor deze groep zou idealiter een oplossing op regionaal niveau worden gevonden. Deze voorzieningen zijn er mogelijk al wel, maar er is dan wel (meer of versterking van de) samenwerking nodig tussen betrokken partijen in de regio om dit als duurzame oplossing voor deze groep mensen te realiseren.

## 2.3 Omvang van de doelgroep

Door middel van twee casuïstiekbesprekingen met vertegenwoordigers vanuit het ministerie van VWS (team complexe casuïstiek), DJI (forensisch plaatsingsloket), het Landelijk Coördinatiepunt Beveiligde Bedden (LCBB) en de zorgkantoren van Zilveren Kruis en VZ hebben we een globale schatting proberen te maken van de omvang van de doelgroep. Deze schatting is hoogstwaarschijnlijk slechts een deel van de totale omvang van de doelgroep, omdat dit alleen de actuele onderhanden casuïstiek betreft. In de praktijk zal ook nieuwe casuïstiek zich aandienen en waren er ook eerder mensen die in de doelgroep passen, maar waarvoor (tijdelijk) andere oplossingen zijn gevonden. Vanuit het idee dat mensen lang zullen wonen in een dergelijke voorziening, is de behoefte aan het aantal plaatsen groter dan het hieronder genoemde aantal.

De doelgroep bestaat uit een zogeheten kerndoelgroep die voldoet aan de kenmerken die in paragraaf 2.1 staan benoemd. In de casuïstiekbesprekingen behoorden 21 casussen tot deze kerndoelgroep. De subgroep 'verpleeghuis'

---

bevat daarnaast nog zes (6) actuele casussen die ook tot de kerndoelgroep behoren. Daarmee komt het aantal casussen vanuit de casuïstiekbesprekingen op 27. Dit aantal betreft dus actuele casuïstiek waarvoor op korte termijn een passende woonplek met intensieve zorg en begeleiding met beveiligingsniveau 3 wordt gezocht. In dit aantal worden namelijk niet de mensen meegeteld die tijdelijk goed op hun plek lijken te zitten en de aanwas die ook plaatsvindt van personen die ook tot de doelgroep (gaan) behoren. Dit is dus niet de totale omvang van de doelgroep, maar een absoluut minimum.

In de inventarisatie vanuit de casuïstiekbesprekingen zoals hierboven beschreven hebben we ons alleen gericht op mensen die nu geen strafrechtelijke titel hebben. Het is echter ook zo dat er patiënten zijn in een tbs-instelling en in de overige forensische zorg voor wie het goed zou zijn om door te stromen naar een passende, beveiligde woonvoorziening. Recent zijn ook in het NRC een aantal artikelen gepubliceerd<sup>2</sup> waarin beschreven is dat er een aantal mensen zijn die nu in forensische instellingen verblijven die daar niet thuishoren. Ook is beschreven dat de titel niet kan verdwijnen, omdat er geen passende woonvoorziening is voor deze doelgroep.

Gedurende de looptijd van deze opdracht is DJI gestart met inventarisaties van aantallen mensen die nu met de titel tbs met dwangverpleging of met een andere strafrechtelijke titel in een instelling verblijven en waarvoor er nu geen uitstroombemogelijkheid is naar een geschikte woonvoorziening (vergelijkbaar met een woonvoorziening waar we hierover spreken), wanneer de strafrechtelijke titel afloopt. Over de omvang van deze groep kunnen op dit moment nog geen uitspraken worden gedaan, maar het gaat op zijn minst wel over tientallen mensen. Daarnaast zijn het ministerie van VWS en JenV voornemens om een breder onderzoek door ZonMw uit te laten zetten naar patiënten waarbij uitstroom uit de forensische zorg niet mogelijk is. Hierbij wordt onder andere gekeken waarom de uitstroom stopt en welke zorg deze personen precies nodig hebben.

We kiezen in dit onderzoek voor een voorziening met 64 plekken (zie hoofdstuk 5), omdat we verwachten dat de omvang van de doelgroep zeker zo groot is, en qua benodigde voorzieningen een schaalgrootte is die in de bedrijfsvoering goed te realiseren is. Dit is echter een aanname die ook anders gemaakt zou kunnen worden.

### 2.3.1 Omvang overige doelgroepen

Tijdens de casuïstiekbesprekingen zijn ook de overige doelgroepen besproken die niet tot de kerndoelgroep behoren. Er zijn drie (3) actuele casussen genoemd die horen bij de groep 'vreemdelingen' en negen (9) actuele casussen die behoren tot de groep 'vrouwen'. De doelgroep met een lagere ernst van de problematiek en zorgintensiteit is wel besproken, maar hiervan is het aantal niet geïnterviewd.

## 2.4 Behoeft kerndoelgroep

Uit de diverse gesprekken die in dit onderzoek zijn gevoerd komt een aantal behoeften van de kerndoelgroep naar voren, die wenselijk zijn in de woonvorm(en) waarnaar we op zoek zijn:

- a. Het doel is de **kwaliteit van leven** verbeteren en niet het 'beter maken' van de mensen. De nadruk moet dus niet liggen op behandeling, maar veel meer op begeleiding, waarin de focus ligt op wat men wel kan en niet op wat men niet kan. Meerdere geïnterviewden geven aan dat er helemaal niet meer behandeld moet worden. Het is cruciaal dat er **geen behandeldruk** is, maar dat wordt aangesloten bij de persoon en de juiste begeleiding geboden wordt. Het is van belang dat bovenstaande visie door de **gehele organisatie gedragen** wordt, er moet sprake zijn van een zogenaamde 'waarde gestuurde organisatie'. Daarnaast moet de organisatie bereid zijn om langdurige intensieve zorg te bieden. Dit in tegenstelling tot het gebruik om gericht toe te werken naar een volgende stap (doorstroom) elders.

---

<sup>2</sup> <https://www.nrc.nl/nieuws/2023/06/16/hoelang-kan-iemand-zonder-veroordeling-al-tien-jaar-in-een-tbs-kliniek-zitten-a4167258>

- 
- b. **Maatwerk in zorg en begeleiding** is nodig; iedereen heeft zijn eigen individuele zorg en begeleiding nodig. Een **consequente toepassing van de methodiek van begeleiding en bejegening** is hierbij van groot belang. Er zijn goede ervaringen met de toepassing van de methode Triple C (afkomstig uit de vg-sector)<sup>3</sup>. Daarnaast is **maatwerk in groeps-grootte- en samenstelling** nodig. Er moet juist ruimte zijn voor het individu in plaats van focus op de groep. Een bepaalde mate van **autonomie en keuzevrijheid** is belangrijk voor deze doelgroep. Dit geeft hen meer een gevoel van waardigheid.
- c. Er is **perspectief** nodig dat de doelgroep hier langdurig mag blijven en niet wordt verplaatst naar een andere locatie. Bewoners moeten het vertrouwen krijgen dat ze niet weg hoeven uit de woonvoorziening.
- d. De wens voor deze doelgroep is **individuele woonruimte** met eigen voorzieningen, zodat ze een eigen plekje hebben met eigen voorzieningen. Zo'n woonruimte moet groter zijn dan bijvoorbeeld de kamers in een FPK. Het moet een menselijke omgeving zijn, men moet zich niet gestraft, maar thuis voelen. De woonvoorziening moet onderdeel zijn van een voorziening met een redelijk groot terrein. Mensen moeten een zekere ruimte hebben om zich bijvoorbeeld terug te kunnen trekken zonder dat zij anderen tegenkomen. De woonruimte moet een **prikkelarme locatie** zijn die gericht is op stabiel verblijf, waarin voldoende **structuur en regels** zijn zodat de bewoners weten waar zij aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt.
- e. Bewoners moeten een **zinnvolle daginvulling** hebben, zodat zij in bepaalde mate betrokken worden bij de maatschappij en het gevoel krijgen dat ze ertoe doen. Deze daginvulling moet vraaggericht worden ingevuld en niet aanbodgericht, dit vergt wederom maatwerk.
- f. Er is behoefte aan een **duurzaam begeleidingsteam**, zodat bewoners niet om de zoveel tijd nieuwe begeleiders krijgen. Zij kunnen daar enorm van ontregeld raken. Er moet voldoende personeel beschikbaar zijn met de juiste benaderingswijze en expertise. De bereidheid moet er zijn om ('onvoorwaardelijk') langdurig intensieve zorg te bieden.
- g. Binnen de woonvoorziening moet een **multidisciplinaire samenwerking** zijn tussen professionals. Als een persoon ook somatische zorg nodig heeft, moet dat ook mogelijk zijn.
- h. Er moet **beveiliging** zijn op beveiligingsniveau 3 (maar idealiter ook delen met een lager beveiligingsniveau). Deze 'genummerde' beveiligingsniveaus zijn gedefinieerd in de forensische zorg, maar in de termen van de ggz en vg is het noodzakelijk dat er in ieder geval sprake is van een gesloten setting (en daarnaast deels besloten en open). Deze beveiliging is een tijd lang nodig, maar niet per se de hele periode. De nadruk moet daarnaast niet alleen liggen op de fysieke beveiliging, maar ook op de **relationele veiligheid**. Beveiliging wordt niet alleen door (hoge) hekken gerealiseerd, maar ook door een hoge mate van zorgintensiteit/hoger dan gemiddelde inzet van personeel. Het milieu moet veilig en rustig zijn. De doelgroep bestaat uit hele individuele personen, onderlinge veiligheid is daarom heel belangrijk. Relationele veiligheid is nodig voor het bieden van perspectief op de bewoner. Als mensen zich niet vertrouwd voelen met de begeleider en/of omgeving kunnen ze zich niet goed ontwikkelen omdat ze veel stress hebben. Het moet mogelijk zijn om snel te kunnen **opschalen in beveiligingsniveau**, indien dit nodig is en af te schalen als dit mogelijk is.

---

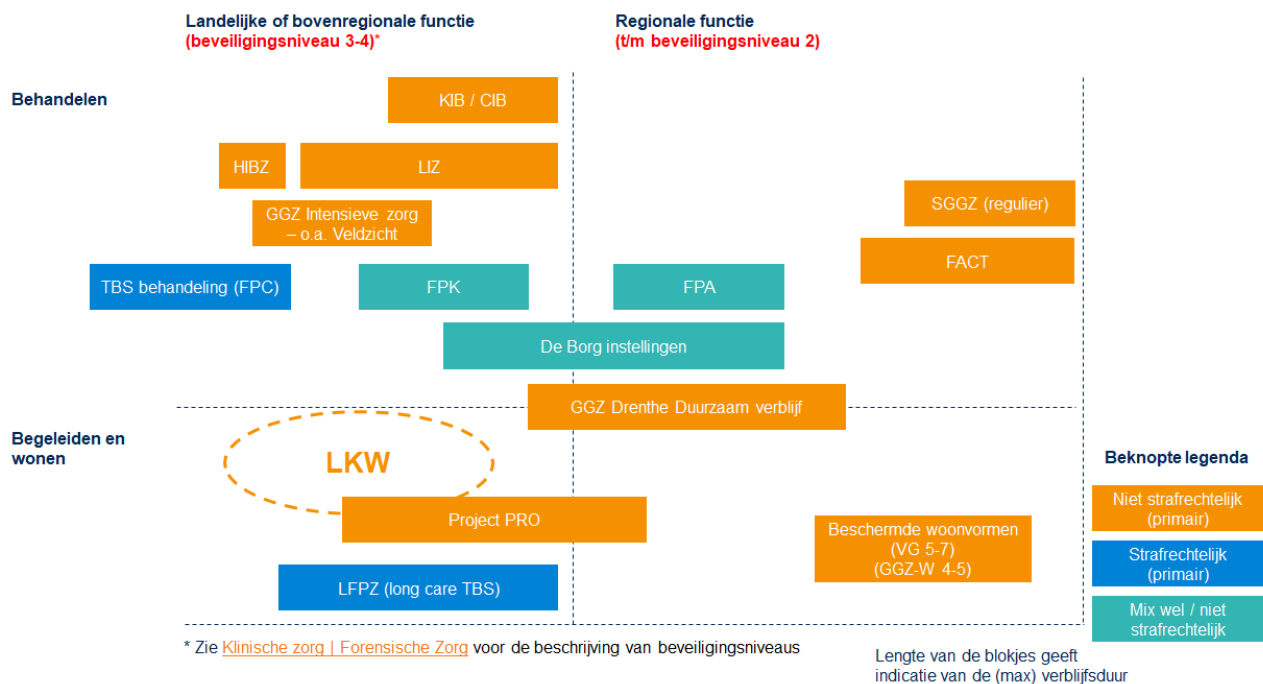
<sup>3</sup> Triple C staat voor Cliënt, Coach en Competenties en neemt niet het probleemgedrag, maar de menselijke behoeften als uitgangspunt.

# 3 Schets huidige context en kaders

## 3.1 Huidig zorglandschap

Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat er al woonvoorzieningen zijn die elementen bevatten die raken aan de behoeften van de doelgroep. Echter, veel van deze voorzieningen sluiten momenteel niet aan, bijvoorbeeld omdat deze nu alleen gericht zijn op behandeling (in plaats van langdurig verblijven met de juiste begeleiding), of omdat ze alleen gericht zijn op bepaalde doelgroepen, bijvoorbeeld alleen met een strafrechtelijke titel. Belangrijke constatering is dan ook dat de passende woonvoorziening er op dit moment niet is. Deze woonvoorzieningen dienen dan ook vooral ter illustratie en ter inspiratie, voor een nieuwe nog te ontwikkelen, passende woonvoorziening.

Figuur 3 geeft de positie weer van de voorziening waarnaar wij zoeken (Langdurig Klinisch Wonen (hierna LKW) ten opzichte van een aantal bestaande voorzieningen in het zorglandschap (niet compleet). Onder deze figuur staan beschrijvingen van de voorbeelden die aan de orde zijn geweest in het onderzoek.



Figuur 3. Positionering LKW in het zorglandschap

De volgende voorbeelden zijn genoemd ten aanzien van 'klimaat', 'houding' en 'voorziening' die mogelijk (deels) passen bij de behoefte van de doelgroep waar we het hier over hebben:

- **De Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ)** van de Pompestichting. De LFPZ vormt een specialisme binnen de tbs met dwangverpleging. Binnen de werkwijze van de Pompestichting is er veel aandacht voor de kwaliteit van leven van de cliënten. De hoofdvestiging is in de plaats Zeeland (Noord Brabant). De LFPZ zou qua werkwijze en visie goed aansluiten op de behoefte van de doelgroep: iemand komt binnen met het idee dat hij/zij hier mag blijven. Dit geeft een welkomstgevoel. Er zit een hek om het terrein heen, maar daar merk je verder niets van. Het hek is donkergroen, waardoor het minder opvalt. Er is geen behandeldruk, men wordt geaccepteerd hoe diegene is. De LFPZ is echter alleen bedoeld voor mensen met een strafrechtelijke titel. De LFPZ wordt meermaals door de respondenten genoemd als voorziening die nog het meest in de buurt zou komen van waar een passende woonvoorziening aan moet voldoen. De LFPZ heeft beveiligingsniveau 4. Binnenkort opent een vergelijkbare afdeling van de Pompestichting in Nijmegen

---

(met 30 plaatsen) op beveiligingsniveau 2. Deze is echter ook alleen gericht op mensen met een strafrechtelijke titel.

- **Project Pro** is een samenwerking tussen zorgaanbieders ASVZ, Pluryn en Trajectum, het CCE en de zorgkantoren VGZ en Zilveren Kruis<sup>4</sup>. Het doel is om doorplaatsing en uitstoting van mensen met een licht verstandelijke beperking en een intensieve ondersteuningsvraag, te voorkomen. Door onvoorwaardelijkheid te bieden en te focussen op een zo gewoon mogelijk leven, zo nodig levenslang. Plekken zitten echter snel (langdurig) vol en er wordt niet gewerkt met een wachtlijst. Zodra er een plaats beschikbaar komt, wordt deze weer ingevuld. Dit voorbeeld is met name relevant voor de toegepaste methodiek en de hoge zorgintensiteit die langdurig wordt geboden. Er is veel personeel beschikbaar voor 1-2 cliënten. Hiermee kan de relationele veiligheid goed worden vormgegeven.
- **GGZ Drenthe Duurzaam Verblijf**. Hier worden mensen uit Amsterdam, Rotterdam en Groningen opgenomen die lijden aan een combinatie van ernstige psychiatrische stoornissen, een verslaving, somatische problemen en soms een verstandelijke beperking. Opname, behandeling en beveiliging vindt plaats met een zorgmachtiging in een beveiligde kliniek<sup>5</sup> en de Wlz-indicatie ggz-7b (Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding). Op het terrein van Duurzaam Verblijf Beilen wonen patiënten op een groot terrein in appartementen in een deels besloten en deels open setting. In Assen wonen mensen met vg-problematiek in een kleinere voorziening. De verblijfsduur is drie tot vijf jaar, maar mensen kunnen langer blijven wonen. Het corresponderende beveiligingsniveau in de forensische zorg is maximaal niveau 2 (laag).
- **Veldzicht** wordt meermaals genoemd als mogelijk vertrekpunt. Veldzicht is expert als het gaat om deze doelgroep. Veldzicht richt zich nu echter wel alleen op behandeling, en niet op langdurig (klinisch) wonen. De bekende casus J. heeft hier een periode verbleven, waarbij J. begeleid werd door een extern begeleidingsteam. J. verblijft ondertussen bij Tactus met uitgebreide meerzorg.

Door enkele respondenten zijn de volgende mogelijkheden genoemd van voorzieningen waar deze mensen nu verblijven, maar wel nadrukkelijk op behandeling gericht zijn:

- **Klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB)** bieden specialistische en zeer intensieve zorg aan cliënten van de reguliere ggz die vaak al langere tijd klinisch in behandeling zijn maar die daarin zijn vastgelopen. Er is veel expertise aanwezig voor de behandeling van mensen met zeer ernstige gedragsproblematiek<sup>6</sup>. Dit is echter gericht op behandeling, en niet op wonen.
- De **Langdurig Intensieve Zorg (LIZ)** is een niet-forensische, hoogbeveiligde derdelijnskliniek. Cliënten worden uitsluitend verwezen door andere ggz-klinieken omdat eerdere behandelingen onvoldoende hebben gewerkt, of omdat de specifieke expertise van de LIZ ingezet dient te worden<sup>7</sup>. Ook dit is gericht op behandeling, en niet op wonen.
- De **Borg-instellingen** richten zich op mensen met een (lichte) verstandelijke beperking die door hun complexe probleemgedrag zijn vastgelopen en de greep op hun leven zijn kwijtgeraakt. Zij bieden hoogwaardige SGLVG-behandeling, zorg en ondersteuning<sup>8</sup>. Dit is niet gericht op wonen.

Ten slotte zijn er gedurende het onderzoek voorbeelden genoemd van beschermde woonvormen, mogelijk meer als voorbeeld voor de bredere doelgroep (denk ook aan Skaeve Huse, Thomashuizen, et cetera).

---

<sup>4</sup> [Project Pro voor LVB en probleemgedrag \(kennispleingehandicaptensector.nl\)](https://www.projectpro.nl/)

<sup>5</sup> [Duurzaam Verblijf - opnameklinieken GGZ Drenthe - GGZ Drenthe](https://www.ggzdrenthe.nl/)

<sup>6</sup> [Klinieken voor Intensieve Behandeling \(KIB\) - Trimbos-instituut](https://www.kib.nl/)

<sup>7</sup> [Langdurige Intensieve Zorg - Inforsa](https://www.langdurigintensievezorg.nl/)

<sup>8</sup> [Onze missie \(deborg.nl\)](https://www.deborg.nl/)



---

### 3.2 Waarom huidige locaties niet toereikend zijn voor de doelgroep

In alle gesprekken die we hebben gehad in het kader van dit onderzoek blijkt dat de voorziening waar we naar op zoek zijn niet beschikbaar is in het huidige zorglandschap. De leden van de werkgroep en de mensen die we gesproken hebben van voorzieningen die qua beoogde setting het meest in de buurt komen van de beoogde voorziening, geven zonder uitzondering aan dat de beoogde voorziening voorziet in een dringende behoefte. Geregeld krijgen ze de vraag voorgelegd om mensen op te nemen (toe te laten) die voldoen aan de beschrijving, maar die ze niet kunnen hanteren. Ook wordt hierbij meermaals het punt gemaakt dat de doelgroep waar we het in dit onderzoek over hebben, gehele teams van afdelingen kunnen ontwrichten. Het gedrag dat deze personen vertonen kan van enorme impact zijn op individuele medewerkers of gehele teams. Dit heeft vervolgens eveneens een onwenselijk effect op andere personen die in de voorziening verblijven, wat de situatie onhoudbaar en bovenal erg onwenselijk maakt.

Aan de behoeften van de doelgroep, zoals beschreven in paragraaf 2.2, kunnen de reeds bestaande voorzieningen niet voldoen. Het is niet mogelijk om de combinatie van het niet streven naar het behandelen van personen, het leveren van individueel maatwerk, de specifieke en persoonsafhankelijke bejegening, autonomie, keuzevrijheid en een hoge mate van relationele veiligheid te garanderen in de reeds bestaande voorzieningen. Deze voorzieningen zijn hier niet voor ingericht en ontworpen. Een andere reden is dat bestaande voorzieningen alleen toegankelijk zijn voor tbs-gestelden of slechts één cliënt bedienen.

De benodigde mate van beveiliging in combinatie met een plek waar mensen langdurig mogen wonen is op dit moment alleen beschikbaar in de forensische zorg (de LFPZ en een aantal kleinschalige woonplekken op het terrein van een tbs-instelling (zoals de Woenselse Poort)). En binnen de ggz en de vg-sector zijn instellingen vooral gericht op behandeling. Dit geldt ook voor intensieve zorg in de KIB en de LIZ waarin mensen ook langdurig mogen verblijven in combinatie met intensieve zorg. Duurzaam Verblijf van GGZ Drenthe komt wat betreft de mogelijkheid om langdurig op een plek te wonen het dichtst in de buurt, maar is qua beveiligingsniveau onvoldoende voor de doelgroep waar we ons in dit onderzoek op richten. Dit geldt ook voor de beschermde woonvormen die beschikbaar zijn in de regio.

Voor een deel van de doelgroep biedt een (op dit moment nauwelijks beschikbare) plek in het kader van project PRO en/of een intensieve samenwerking tussen een FPA en beschermd wonen een perspectief in de regio op langere termijn. Dit is echter vanwege de benodigde beveiliging niet passend en onvoldoende veilig voor de doelgroep op korte termijn.

---

## 4 Programma van eisen

In dit hoofdstuk wordt het programma van eisen beschreven. Het programma van eisen bestaat uit verschillende onderdelen, zoals eisen over de inhoudelijke zorg, over de fysieke omgeving en de personele inzet.

### 4.1 Inhoudelijke beschrijving zorg

#### 4.1.1 Zorgvisie

De begeleiding, zorg en beveiliging binnen de woonvoorziening zijn gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de bewoners. De nadruk ligt niet op behandeling, maar veel meer op begeleiding, waarin de focus ligt op wat men wel kan en niet op wat men niet kan. Dit vraagt om maatwerk in zorg en begeleiding. Verder moet langdurige intensieve zorg geboden worden, zodat bewoners het perspectief hebben dat zij langdurig in de woonvoorziening kunnen verblijven en niet hoeven te verplaatsen naar een andere locatie. Daarnaast moet het leefmilieu veilig en rustig zijn. Er moet voldoende structuur en regels zijn, zodat de bewoners weten waar zij aan toe zijn en wat er van hen verwacht wordt. Tot slot is een bepaalde mate van autonomie en keuzevrijheid belangrijk voor deze groep. Dit moet echter wel altijd afgewogen worden tegen de veiligheid van andere bewoners en het personeel.

'Tijd', 'Ruimte' en 'Samen' zijn de drie kernwoorden van de zorgvisie. Het begrip 'tijd' zit in het tijd nemen voor bewoners. Om samen met hen uit te zoeken wat nodig is voor meer stabiliteit en een zinvol leven vorm te geven. Het begrip 'ruimte' zit erin dat er ruimte is voor bewoners om te doen wat bij hen past en wat hen helpt een zinvol leven te leiden. De fysieke ruimte moet daarop aansluiten ('het recht om niemand tegen te komen'; reductie van prikkels). Het begrip 'samen' zit in het idee dat de begeleiding en de bewoners het samen doen en er samen iets van maken.

#### *Randvoorwaarden bij de zorgvisie:*

- a. **Het verblijf is duurzaam.** Bewoners moeten het perspectief hebben dat zij langdurig in de woonvoorziening kunnen blijven wonen en niet hoeven te verhuizen. Zij moeten het gevoel hebben dat ongeacht wat zij doen, ze welkom zijn. Dit betekent vanzelfsprekend niet dat zij kunnen doen en laten wat zij willen.
- b. **Relationele benadering.** In de communicatie met de bewoner gebruikt het personeel altijd relationele termen. Bijvoorbeeld: "Samen met u nemen we de tijd om uit te zoeken wat nodig is voor meer stabiliteit". Daarnaast spreekt het personeel over 'bewoners' en niet over 'cliënten'. De bewoners worden als mens benaderd; hulpverlener en bewoner zijn gelijkwaardig.
- c. **Overlegcultuur.** Beslissingen die effect hebben op een bewoner, worden altijd samen met deze bewoner genomen. Er wordt gestreefd naar zoveel mogelijk gelijkwaardigheid met de bewoners, door de regie ook (deels) aan de bewoner te geven.
- d. **Begeleiding heeft de focus.** Nadruk ligt niet op behandeling, maar veel meer op begeleiding, waarin de focus ligt op wat men wel kan en niet op wat men niet kan. Er wordt geen behandelplan met doelen opgesteld, maar een begeleidingsplan. Maar als een bewoner uiteindelijk wel een behandelplan wil, dan is dit wel mogelijk.
- e. **Maatwerk.** Per individu wordt gekeken wat het beste past met betrekking tot zorg en begeleiding.
- f. **Een veilig en rustig leefmilieu.** Het leefmilieu heeft zo een positief effect op de bewoners.
- g. **Er is sprake van voldoende structuur.** De structuur (die wordt afgestemd met bewoners, zorgt ervoor dat bewoners weten wat van hen wordt verwacht en waar zij aan toe zijn. Regels zijn onvermijdelijk, maar dit moeten er zo min mogelijk zijn.

---

#### 4.1.2 Doel en beschrijving van de begeleiding

Het doel van de begeleiding is de kwaliteit van leven verbeteren en niet het 'beter maken' van mensen. De doelgroep heeft vaak al veel verschillende behandelingen gekregen die tot op heden weinig effectief zijn gebleken. Er is geen behandelperspectief meer voor deze mensen en dit moet geaccepteerd worden. Daarom ligt de focus in de woonvoorziening niet op behandeling, maar op begeleiding. Het is cruciaal dat er geen behandeldruk is, maar dat wordt aangesloten bij de persoon en de juiste begeleiding wordt geboden. Hiervoor is maatwerk in zorg en begeleiding nodig; iedereen heeft zijn eigen individuele zorg en begeleiding nodig. Een consequente toepassing van de methodiek van begeleiding en bejegening is hierbij van groot belang. Daarnaast is maatwerk in groeps grootte en -samenstelling nodig. Er moet juist ruimte zijn voor het individu in plaats van focus op de groep. Er moet respect zijn voor de autonomie en keuzevrijheid van de bewoners, voor zover dit mogelijk is. Dit geeft hen (een beetje) het gevoel van waardigheid. Duidelijke kaders en spelregels zijn hierbij echter onmisbaar. Bovendien moeten bewoners een zinvolle daginvulling hebben, afgestemd op hun behoeften, mogelijkheden en vaardigheden, zodat zij in bepaalde mate betrokken worden bij de maatschappij en het gevoel krijgen dat ze ertoe doen. Ook zorgt dit ervoor dat de bewoners hun kwaliteiten ontdekken en dat er vervolgens ook ingezet kan worden op deze kwaliteiten. De daginvulling moet vraaggericht worden ingevuld en niet aanbodgericht, dit vergt wederom maatwerk. De begeleiding is gericht op herstelondersteunende zorg, waarbij ervaringsdeskundigheid wordt ingezet. Hierbij kan er voorbeeld genomen worden aan de reguliere ggz, waarbij een herstelgerichte benadering al vaker en beter ingezet wordt.

#### 4.1.3 Vorm van de begeleiding (houding en intensiteit)

De begeleiding is bij voorkeur zoveel mogelijk individueel, zodat er zoveel mogelijk maatwerk wordt geboden, waarbij alles individueel afgestemd moet worden. In bepaalde situaties zal dit niet altijd (volledig) mogelijk zijn, bijvoorbeeld tijdens de begeleiding van de dagbesteding. Daarnaast moet de begeleiding zoveel mogelijk in een laagdrempelige setting plaatsvinden en niet in een spreekkamer van een 'behandelaar'. Een gesprek tussen 'behandelaar' en bewoner kan bijvoorbeeld buiten op het terrein op een bankje plaatsvinden of binnen in de woonkamer. Hierbij moet vanzelfsprekend rekening worden gehouden met de privacy van de bewoner.

De houding/attitude van het personeel ten opzichte van de bewoners moet zijn 'niet praten, maar samen doen'. Het personeel moet samen met de bewoners gaan kijken wat voor hen mogelijk is en waar hun vaardigheden en kwaliteiten liggen. Daarbij is het van belang dat het personeel de overtuiging heeft dat iedere bewoner vaardigheden heeft. De intensiteit van de begeleiding moet op maat zijn ingericht. Deze mate van intensiteit moet flexibel zijn, zodat hierin snel op- en afgeschaald kan worden indien nodig.

Belangrijk is om normale, maatschappelijke activiteiten naar/in de voorziening te brengen of vorm te geven, zoals een fietsvierdaagse of een kerstdiner, zodat zoveel mogelijk van het normale leven naar binnen wordt gehaald. Op deze manier hebben bewoners een gevoel van verbondenheid met de medemensen of de gemeenschap waartoe men behoort (gemeenschapszin). Ook moet er ruimte zijn voor het ontmoeten van familie en contact hebben met naasten.

#### 4.1.4 Samenwerking met zorgverleners (intern/extern)

Intervisie tussen medewerkers die werkzaam zijn in de woonvoorziening, met het oog op de benadering van bewoners. Het personeel moet leren een bepaalde houding aan te nemen tegenover de bewoners. Dit kan bijvoorbeeld door het organiseren van intervisie met oog op de benadering van de bewoners en het creëren van gemeenschapszin.

---

## 4.2 Fysieke omgeving

### 4.2.1 Karakter en sfeer (meer in termen van wonen praten)

De woonvoorziening moet een prikkelarme omgeving zijn met een normaliserend en rustgevend karakter. Er moet een huiselijke sfeer zijn in de woonvoorziening. Het moet een menselijke omgeving zijn, men moet zich niet gestraft, maar thuis voelen. Het moet een prikkelarme omgeving zijn, die schaalbaar is in de zin van de mate van prikkels (licht, geluid, kleur, omgeving). Het gebouw moet gericht zijn op de veiligheid en ten dienste staan van het welzijn van de bewoners.

Er moet zoveel ruimte zijn (qua grootte en inrichting van het terrein) dat het 'recht om niemand tegen te komen' kan worden waargemaakt. Ook moet er goed worden nagedacht over het visueel perspectief van de ruimte. Een hek waar men doorheen kan kijken heeft de voorkeur boven het plaatsen van een muur om het terrein heen. Ook het plaatsen van veel planten/groen helpt hierbij.

### 4.2.2 Woonplek

De bewoners hebben ieder een individuele woonruimte met eigen voorzieningen, zoals een douche en een (compacte) keuken. Een dergelijke woonruimte dient ongeveer 20m<sup>2</sup> te zijn met eigen voorzieningen (douche, (eigen compacte) keuken, wasgelegenheid). Daarnaast moeten de bewoners de mogelijkheid hebben de eigen ruimte zelf in te richten. Dit draagt bij aan de autonomie en de kwaliteit van leven van de bewoners.

Ook bestaat er een gemeenschappelijke ruimte, inclusief gemeenschappelijke keukens. Bewoners kunnen hier, indien dit voor hen mogelijk is, samen komen met andere bewoners. Afhankelijk van het type bewoner en diens begeleiding zijn gemeenschappelijke ruimtes toegankelijk. Voor sommige bewoners zijn deze ruimtes wel toegankelijk en voor anderen niet. Bewoners die toegang hebben tot een ruimte kunnen deze ruimte binnenkomen door bijvoorbeeld een speciale druppel. Ook kan deze gemeenschappelijke ruimte benut worden voor activiteiten.

De gehele voorziening moet geschikt zijn voor mensen die slecht ter been zijn (rolstoeltoegankelijk).

### 4.2.3 Terreinvoorzieningen/faciliteiten

De woonvoorziening moet onderdeel zijn van een voorziening met een redelijk groot terrein. Mensen moeten een zekere ruimte hebben om zich bijvoorbeeld terug te kunnen trekken zonder dat zij anderen tegenkomen. Daarnaast moet op het terrein ruimte zijn om zinvol werk (dagbesteding) uit te oefenen, dus een werkplaats.

Verder moeten de volgende voorzieningen aanwezig zijn of moet het mogelijk zijn om deze voorzieningen (tijdelijk) te creëren wanneer nodig:

- a. Sportzaal;
- b. Kapel/stilteruimte;
- c. Winkel;
- d. Kapper/bankier;
- e. Somatische zorg;
- f. Bezoekersruimte;
- g. Individuele werkplekken.

---

#### 4.2.4 *Beveiliging (niet per se beschrijving in beveiligingsniveau, maar eerder functioneel en qua intensiteit van zorg en begeleiding)*

De woonvoorziening valt binnen het beveiligingsniveau 3<sup>9</sup>. Met betrekking tot fysieke beveiliging is het in ieder geval belangrijk dat het terrein is omgeven door een muur of hek. Daarnaast dienen er beveiligers aanwezig te zijn. In de woonvoorziening moet het mogelijk zijn om de fysieke omgeving in te richten, zodat er flexibiliteit in beveiliging mogelijk is. Denk hierbij aan verschillende soorten afdelingen of ruimten (modulaire bouw) of aan een programmeerbare druppel waarmee bewoners ruimten wel of niet in kunnen afhankelijk van de intensiteit van hun begeleiding en beveiligingsniveau.

Naast de fysieke beveiliging, moet de nadruk ook liggen op de relationele veiligheid. Het milieu moet veilig en rustig zijn. De doelgroep bestaat uit hele individuele personen, onderlinge veiligheid is daarom heel belangrijk. Relationele veiligheid is nodig voor het bieden van perspectief voor de bewoner. Als mensen zich niet vertrouwd voelen met de begeleider en/of omgeving kunnen ze zich niet goed ontwikkelen omdat ze veel stress hebben.

### 4.3 **Personele inzet**

#### 4.3.1 *Professionaliteit*

De behoefte van de bewoners van de woonvoorziening ligt bij een duurzaam begeleidingsteam, zodat de bewoners vaste begeleiders hebben en er weinig wisseling is. De doelgroep kan hier namelijk enorm van ontregeld raken. Daarvoor moet er voldoende personeel beschikbaar zijn, die goed getraind en opgeleid zijn in het inzetten van de juiste benaderingswijze en beschikken over de juiste expertise. Voor het begeleiden van de bewoners is zowel GGZ-expertise als GZ-expertise nodig. Ook moet de expertise om deze doelgroep te begeleiden ruimschoots aanwezig zijn. De begeleidingsteams bestaan uit professionals uit verschillende disciplines, zodat er een multidisciplinaire samenwerking binnen de teams ontstaat. De teams moeten voldoende training en intervisie volgen, waarbij er aandacht is voor moreel beraad.

Het is daarbij van groot belang dat er veel aandacht is voor zowel het mentale als fysieke welzijn van de medewerkers. In een dergelijke voorziening wordt er veel gevraagd van het personeel en kan het zijn dat zij onder grote druk komen te staan. Hier moet voldoende aandacht voor zijn om uitval te voorkomen en om daarmee het vaste team aan begeleiders en weinig wisseling waar te maken. Voldoende aandacht voor het personeel is onmisbaar bij het kunnen bieden van langdurige zorg vanuit een stabiele context en team. Voorbeelden hiervan zijn het bieden van passende secundaire arbeidsvoorwaarden, voldoende intervisie, oog houden voor werkplezier, trainingen, et cetera.

Bij de begeleidingsteams moet er bereidheid zijn om ('onvoorwaardelijk') langdurig intensieve zorg te bieden. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is het kunnen leveren van somatische zorg, aangezien de gedachte is dat de bewoners voor onbepaalde tijd in de woonvoorziening kunnen verblijven.

Niet alle vormen van zorg moeten per definitie geleverd worden door de professionals in het begeleidingsteam. Wanneer een bewoner bijvoorbeeld specifieke zorg nodig heeft (denk bijvoorbeeld aan fysiotherapie), kan deze zorg door externen binnen de woonvoorziening geleverd worden.

---

<sup>9</sup> Bij het opstellen van het programma van eisen is genoemd dat beveiligingsniveau 2-hoog mogelijk ook volstaat. Echter, het is raadzaam om in een businesscase rekening te houden met beveiligingsniveau 3, zodat de mogelijkheid er is om beveiligingsniveau 3 te realiseren.



---

#### 4.3.2 Beschikbaarheid van personeel

Een belangrijke factor voor het kunnen inzetten van een duurzaam begeleidingsteam is de beschikbaarheid van personeel. In de omgeving van de woonvoorziening moet voldoende geschikt personeel beschikbaar zijn, die ook nog eens beschikken over de juist expertise (zoals in de vorige paragraaf beschreven). Wanneer de woonvoorziening relatief dichtbij een mbo- of hbo onderwijsinstelling gesitueerd is, kan dit gunstig zijn voor het vinden van stagiaires en personeel. Daarnaast het belangrijk om ook intern opleidingen aan te bieden, om personeel de bevoegdheden te laten verwerven die zij mogelijk uit een reguliere opleiding (nog) niet hebben.

Met betrekking tot de begeleiding van de bewoners is een verhouding gewenst van ongeveer 1 begeleider op 2 bewoners gedurende de dag. Echter, deze verhouding is gerelateerd aan het dagprogramma, waardoor er mogelijk op sommige momenten minder begeleiders nodig zijn. Daarom is het belangrijk dat er aan de personele kant eveneens flexibiliteit mogelijk moet zijn, om te kunnen op- en afschalen. Voor personeel betekent dit dat zij flexibel inzetbaar moeten zijn op andere afdelingen (denk hierbij bijvoorbeeld aan het inzetten van personeel op oproepbasis). Ook is opschaling in intensiteit van de begeleiding noodzakelijk, personeel moet op ieder moment intensievere begeleiding kunnen bieden als het gedrag van de bewoner hierom vraagt.

#### 4.4 Instroomcriteria en -proces, indicatiestelling door onafhankelijke commissie

De instroomcriteria voor de voorziening moeten duidelijk zijn, om ervoor te zorgen dat er scherp gekeken wordt of alleen mensen die tot de bedoelde doelgroep behoren in de woonvoorziening terecht komen. Deze woonvoorziening is immers bedoeld voor een zeer specifieke doelgroep. In verband met de beperkte beschikbaarheid van plekken, is het belangrijk dat voorkomen wordt dat personen die buiten de doelgroep vallen, in de woonvoorziening terecht komen. Bovendien is het belangrijk om de instroomcriteria scherp te hanteren om te voorkomen dat het oprichten van de woonvoorziening een prikkel kan zijn voor instellingen om personen aan te melden die zij op dit moment moeilijk kunnen begeleiden of behandelen. In Tabel 1 (zie volgende pagina) is een belangrijke aanzet gedaan voor de instroomcriteria, gebaseerd op de beschrijving van de doelgroep.

Wanneer de woonvoorziening gerealiseerd wordt en de bijbehorende governance wordt ingericht, moet er specifiek aandacht zijn voor het bepalen en toepassen van duidelijke instroomcriteria. De afbakening van de doelgroep wordt hiermee bestendigd, zodat alleen de mensen toegang tot de woonvoorziening krijgen waarvoor deze echt bedoeld is. Wanneer de toegangscriteria te breed en daarmee een onvoldoende specifiek zijn, bestaat het risico dat een te grote doelgroep aanspraak kan maken op de woonvoorziening, waar deze in beginsel niet voor bedoeld was. Naast concrete instroomcriteria is het eveneens belangrijk om de procedure met betrekking tot selectie, indicatiestelling en plaatsing stevig neer te zetten. Ook dit zorgt ervoor dat de woonvoorziening de juiste doelgroep blijft bedienen. Belangrijk is dat (min of meer) alles is geprobeerd voordat iemand in aanmerking komt voor plaatsing in deze voorziening voor langdurig klinisch wonen.

Ten behoeve van de beoordeling van de geschiktheid van personen voor de woonvoorziening ligt het voor de hand om een onafhankelijke plaatsingscommissie of vergelijkbare instantie in te richten, zoals nu het geval is voor de LFPZ: de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LAP).

Het belangrijkste is dat er een onafhankelijke commissie wordt aangesteld die toegerust is om de indicatiestelling en plaatsing voor de langdurig klinische woonvoorziening uit te voeren. Vanuit alle relevante disciplines en direct betrokken partijen moet worden vastgesteld dat langdurig klinisch wonen de best passende plek biedt voor de cliënt. Daarnaast is het eveneens belangrijk dat er zicht blijft op de personen die uiteindelijk afgewezen worden voor de woonvoorziening. Waar komen deze mensen uiteindelijk terecht? Wanneer er toch een andere geschikte plek wordt gevonden, kunnen hier lessen uit getrokken worden. De langdurige woonvoorziening is immers alleen bedoeld voor de meest complexe casussen die niet op een andere plek terecht kunnen. Door monitoring van de toewijzingen en afwijzingen kan het selectie- en inclusieproces geoptimaliseerd worden.

Instroomcriterium	Concretisering
Multiproblematiek en problemen manifesteren op meerdere (zo niet alle) levensgebieden.	Iemand is bekend met de zorgsector (ggz, vg, verslavingszorg) en heeft vaak meerdere psychische klachten/diagnoses en trauma's. Daarnaast is er vaak sprake van middelengebruik (verslaving) en bestaat er veelal (een vermoeden van) een verstandelijke beperking. De doelgroep kwam eerder en/of komt in de huidige situatie regelmatig in contact met justitie.
Niet passend binnen één kader (pendelen heen en weer tussen kaders).	Iemand die heen en weer pendelt tussen de verplichte zorg wetten (wet verplichte ggz, wet zorg- en dwang) en het justitieel kader (wet forensische zorg). Het gaat om personen die veelal door strafbaar gedrag in aanraking met justitie zijn gekomen waarvan de straf/maatregel afloopt, in de maatschappij niet functioneren en verplichte zorg nodig hebben. Ook is de kans groot dat deze personen weer strafbaar gedrag vertonen.
Kunnen niet goed tegen prikkels en functioneren niet of nauwelijks in een groep, daardoor is het onmogelijk om te functioneren op reguliere afdelingen.	Iemand die groepsongeschikt is en door de houding en het gedrag het groepsklimaat dusdanig verstoort dat het veilige leefklimaat op de groep in geding is. De psychiater kan bepalen of dit het geval is.
Onmogelijk om te participeren in de samenleving.	Mensen binnen deze doelgroep geven vaak veel overlast en vertonen vaak en veel agressie. Ze kunnen een buurt tot wanhoop drijven. Zie ook: multiproblematiek en problemen manifesteren op meerdere (zie niet alle) levensgebieden.
Geen behandelperspectief: door de complexe problematiek sluiten behandelingen niet bij de cliënten aan en zijn eerdere behandel/begeleidingstrajecten niet effectief gebleken. Cliënten hebben een lange behandel/begeleidingshistorie.	De behandel/begeleidingshistorie van deze personen is > 15 jaar. Ze hebben verschillende type behandelingen gehad die niet effectief zijn gebleken. Medische professionals bepalen gezamenlijk dat er geen behandelperspectief meer is bij deze cliënten. Ook kan gedragsdeskundig perspectief worden ingezet voor het vaststellen van het ontbreken van behandelperspectief. Daarnaast zou bepaald kunnen worden welke 'stappen' of behandelingen een persoon doorlopen moet hebben voordat iemand in aanmerking komt voor de voorziening.
Het gedrag en de problematiek van de doelgroep ontwricht de teams die werkzaam zijn bij de organisatie waar ze verblijven.	Het behandelen en begeleiden van deze doelgroep vraagt veel van hen, waardoor het zorgpersoneel uitgeblust raakt en uitvalt.
Carrousel-clieënten.	Clieënten worden voortdurend verplaatst naar andere klinieken en moeten dus frequent verhuizen. De huidige beschikbare voorzieningen kunnen geen passende oplossing voor deze patiënten bieden.

Tabel 1. Uitwerking instroomcriteria

In het traject voorafgaande aan de indicatiestelling is het logisch om Zorg- en Veiligheidshuizen te betrekken, die in een levensloopteam aanmeldingen beoordelen voor de levenslooptaanpak. De doelgroep is een specifieke groep binnen de levenslooptaanpak. Op dit moment vinden er wekelijks meerdere multidisciplinaire overleggen ('zorgconferenties') plaats waarin 10 tot 15 vertegenwoordigers van Zorg- en Veiligheidshuizen, (forensische) zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars, de ministeries van VWS en Justitie en Veiligheid oplossingen zoeken voor deze zeer complexe casuïstiek. Tijdens deze zorgconferenties kunnen de betrokken professionals samen vaststellen wat de meest geschikte plek is voor een persoon en om de geschiktheid van personen voor de woonvoorziening in te schatten. Dit advies kan vervolgens mee worden gegeven aan de partij die de daadwerkelijke indicatiestelling uitvoert.

Voorafgaande aan de indicatiestelling wordt aangeraden om expertise te benutten, zoals aanwezig bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (hierna: CCE). Het CCE is partner van zorgprofessionals voor expertise over ernstig probleemgedrag bij mensen die langdurig en/of intensieve professionele zorg en ondersteuning nodig hebben. Het CCE heeft expertise in het vinden van een doorbraak wanneer een situatie van een persoon vastloopt. Belangrijke notie is dat het CCE indiceert op basis van een beoordeling op kwaliteit van leven.

---

Naast de selectie van personen die tot de doelgroep behoren is het tevens van belang om het verdere proces uit te tekenen. Omdat het om een complexe doelgroep gaat, die vaak op veel terreinen problemen ervaren, is een multidisciplinaire benadering nodig. Professionals vanuit verschillende expertise zouden samen moeten werken in het instroomproces om uiteindelijk tot indicatiestelling te komen. Bij verdere implementatie dient dit proces verder uitgetekend te worden, waarbij professionals nauw betrokken moeten worden.

#### **4.5 Uitstroomcriteria**

Hoewel de instelling gericht is op langdurig klinisch verblijf en de instelling het perspectief mee wil geven dat bewoners hun leven lang kunnen blijven wonen in deze voorziening, is het ook mogelijk om op een gegeven moment uit te stromen. Door de nadruk te leggen op kwaliteit van leven voor de bewoners en er geen behandeldruk wordt opgelegd, krijgen bewoners rust en kan de spanning en stress verdwijnen. Hierdoor kan het mogelijk zijn dat mensen op termijn ook op een andere voorziening met meer vrijheden terecht kunnen. Uitstroom is niet het doel, maar moet wel mogelijk zijn. Periodiek kan besproken worden of iemand naar een andere instelling zou kunnen. Een belangrijke voorwaarde hierbij is dat er gezorgd wordt voor een warme overdracht. Als blijkt dat iemand niet gedijt in een andere instelling, moet er de mogelijkheid zijn om weer terug te keren naar de langdurig klinische woonvoorziening.

---

# 5 Businesscase

## 5.1 Uitgangspunten businesscase

Voor het opstellen van de businesscase hebben we de volgende uitgangspunten opgesteld die we hebben meegenomen in de berekening van de kosten voor de langdurig klinische woonvoorziening:

- a. Voor de locatie zijn we uitgegaan van een locatie met beveiligingsniveau 3.
- b. Op de locatie is plek voor 64 bewoners. In de instelling komen 8 units waarbij per unit 8 woonplekken worden gerealiseerd. De units verschillen in 'zwaarte'. Bij de 2 zwaarste units hebben we ook rekening gehouden met een prikkelarme ruimte. Daarnaast zijn er 4 reserve woonplekken. De woonplekken hebben een bed, pantry, badkamer en toilet. De units hebben een woonkamer, keuken, wasgelegenheid en plek voor de dagbesteding.
- c. De locatie bestaat uit de volgende faciliteiten: 2 gemeenschappelijke ruimten voor dagbesteding, een sportzaal, religieuze ruimte, een winkel, een centrale wasgelegenheid, bezoekersruimte, overnachtingsruimte voor familie, ruimte voor gerechtelijke procedures en bevat kantoorruimte voor de staf.
- d. Bij iedere unit werkt een teamleider (1 fte) en ruim 21 fte aan begeleiders (60% hbo geschoold en 40% mbo geschoold). Overdag is er 4 fte aanwezig en gedurende de nacht 2 fte. De bewoners kunnen niet ingesloten worden; gedurende de nacht is er ook (meer dan een minimale bezetting aan) personeel nodig. De zorgintensiteit is hoger dan in een instelling zoals de LFPZ (of een long care afdeling van een tbs-kliniek).
- e. De locatie heeft een locatiemanager (1fte). Voor de staf (zoals directie, hr, administratie, beleid en ICT) wordt aangesloten bij een grotere organisatie.
- f. We gaan ervan uit dat de investering die nodig is voor het realiseren van nieuwbouw (of eventueel verbouw) van de gebouwen en bijbehorend onderhoud in ruim 20 jaar kunnen worden terugverdiend, rekening houdend met de normatieve huisvestingscomponent zoals deze nu wordt gehanteerd.
- g. We zien een groeimodel voor ons qua bezetting, waarbij we uitgaan van een start met bijvoorbeeld 25-33% bezetting, 50-67% bezetting in het tweede jaar en volledige bezetting in het derde jaar. Dit houdt in dat per jaar een aantal units geopend gaan worden. Afhankelijk van het aanbod van bewoners en de werving van het personeel kan dit groeimodel versneld worden. De structurele bezettingsgraad houden we op 90%, zodat er altijd 10% leegstand kan zijn. Daarbij moet worden voorzien in een leegstandsvergoeding. Dit moet nog verder worden uitgewerkt in de te hanteren tarieven en wijze van bekostiging.

## 5.2 Beschrijving kosten en uitkomst van de businesscase

Voor de businesscase hebben we een aantal kostenposten geïdentificeerd (zie tabel 2 op de volgende pagina). Op basis van een rekenmodel dat de Pompestichting hanteert voor hun vastgoedbeheer en -exploitatie (met cijfers van de LFPZ en behandelkliniek) hebben we een inschatting gemaakt (berekend) van de kosten voor de langdurige klinische woonvoorziening.

### Voorzichtige schatting van de kosten per bed per jaar

Op basis van de kosten per bed per jaar voor de LFPZ hebben we een hele voorzichtige berekening gemaakt van de kosten per bed per jaar voor de LKW. Hierbij zijn we ervan uitgegaan dat de kosten voor het personeel 70% van de kostprijs per bed per jaar bevat. Het aantal fte dat per bed nodig is voor de bedden in de LKW (ongeveer 2,67 fte) ligt hoger dan het aantal fte per bed dat nodig is voor de LFPZ (1,72 fte). Dit komt doordat er gedurende de nacht meer begeleiding nodig is voor de cliënten in de LKW (door het beveiligingsniveau mogen de deuren van de kamers niet op slot).

Op basis van de bovenstaande gegevens komen we voor de kosten per bed per jaar voor de LKW uit op een bedrag van **€ 425.000 tot € 460.000** (uitgaande van volledige bezetting). Dit betekent **€ 1.160 tot € 1.260** per plek per dag. Wanneer we uitgaan van een **bezettingsgraad van 90%** komen we uit op een bedrag van **€ 1.290 tot € 1.400** per bewoner per dag.

Parameters businesscase

Locatie	Personeel (is ongeveer 70% van de begroting)	Inrichten duurzaam verblijf	Overhead
<ul style="list-style-type: none"> <li>Berekening van het aantal m2 terreinoppervlak (inclusief beveiligingseisen) <ul style="list-style-type: none"> <li>Ruimte voor klein vee</li> <li>Ruimte voor opslag van onderhoud van buitenterrein (zoals grasmaaiers e.d.)</li> <li>Parkeergelegenheid</li> </ul> </li> <li>Berekening van het aantal m2 gebouwoppervlak met daarin: <ul style="list-style-type: none"> <li>8 units met 8 woonplekken per unit (inclusief woonkamer, kamer voor dagbesteding/recreatie, keuken, opslagruimte, ruimte voor wasgelegenheid, per woonplek een badkamer)</li> <li>4 reservewoonplekken (die ook als prikkelarme ruimtes gebruikt kunnen worden)</li> <li>2 prikkelarme ruimtes bij de 'zwaarste' units</li> <li>2 ruimten voor dagbesteding (bijv. houtbewerking en techniek)</li> <li>Sportzaal</li> <li>Religieuze ruimte</li> <li>Winkel</li> <li>Medische onderzoeksruimte</li> <li>Centrale wasgelegenheid</li> <li>Bezoekersruimte</li> <li>Ruimte voor kapper</li> <li>Overnachtingsruimte voor familie</li> <li>Ruimte voor gerechtelijke procedures/vertrouwelijk spreken</li> <li>Kantoorruimte staf</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Op basis van het model van de Pompestichting kunnen we de m2 prijs gebruiken voor de kosten van de opties: nieuwbouw/verbouw ; onderhoudskosten en beveiliging per jaar per m2; schoonmaakkosten per m2</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fysieke beveiliging op beveiligingsniveau 3</li> <li>Inrichtingskosten van de verschillende ruimten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Locatiemanager: 1 fte</li> <li>Teamleiders voor de begeleiders: 8 fte <ul style="list-style-type: none"> <li>1 fte teamleider per unit</li> </ul> </li> <li>Begeleiders: <ul style="list-style-type: none"> <li>4 fte begeleiding per dag (16u / 2 shifts) per unit</li> <li>2 fte begeleiding per nacht (8u / 1 shift) per unit</li> <li>Aantal fte per unit: 21,4 (inclusief ziekteverzuim, vakantie, intervisie, bijscholing).</li> <li>Aantal fte per woonplek: 2,7 fte</li> </ul> </li> <li>Hoofd beveiliging en teamleider beveiliging: <ul style="list-style-type: none"> <li>2 fte in totaal</li> </ul> </li> <li>Beveiligers <ul style="list-style-type: none"> <li>2 fte per dienst en 3 diensten per dag.</li> <li>8,8 fte (inclusief ziekteverzuim, vakantie, intervisie, bijscholing etc.)</li> </ul> </li> <li>Medewerkers dagbesteding</li> <li>Flexibele schil personeel: <ul style="list-style-type: none"> <li>somatische zorg, opticiens, tandarts, apotheek, geriater et cetera op basis van inhuur</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voedingskosten per bewoner</li> <li>Hotelmatige kosten (zoals bedlinnen et cetera)</li> <li>Patiëntgebonden kosten (Kosten voor materialen voor dagbesteding, medicatie et cetera)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Staf (locatiemanager, directie, administratie, hr, ICT): aansluiten bij een bestaande organisatie</li> <li>Gas/water/elektra</li> <li>Algemene kosten, zoals gemeentelijke kosten (waterschapsbelasting en onroerende zaak belasting)</li> </ul>

Tabel 2. Overzicht parameters businesscase

---

### Onderbouwing van de kosten per plek

We hebben de LFPZ als vertrekpunt genomen voor de uitwerking van de businesscase voor de LKW-voorziening. In eerste instantie hebben we geprobeerd om de businesscase vervolgens *bottom-up* verder op te bouwen door aanvullende voorzieningen te definiëren en deze van een prijs te voorzien in de businesscase. Het is echter niet gelukt deze benadering volledig af te maken. Een aantal belangrijke gegevens ontbraken daartoe.

Vervolgens hebben we via een alternatieve benadering een inschatting gemaakt van de kosten voor de LKW-voorziening. Uitgaande van de exploitatiekosten van de LFPZ hebben we gerekend met een substantieel hogere bezetting, omdat er in de avond en nacht meer personeel nodig is dan in de LFPZ. Het insluiten van bewoners is namelijk niet mogelijk (en niet wenselijk in de LKW-voorziening en dat vergt extra personeelsinzet (gemiddeld 2,67 fte ten opzichte van 1,72 fte per bewoner). Aangezien personeelskosten ongeveer 70% van de totale kosten beslaan, hebben we de totale kosten daarmee opgehoogd. In hoeverre de overige kosten hoger zijn dan nu het geval is in de LFPZ weten we niet. We verwachten dat deze vanwege de nieuwbouw en mogelijk extra functionaliteiten maximaal 50% hoger liggen dan de huidige kosten. Zo komen we uiteindelijk op de bandbreedte zoals weergegeven in het kader op pagina 23.

### 5.3 Referentie van de kosten per bewoner per dag op basis van de beschrijving van de casus J.

In hoofdstuk 1 werd de casus J. besproken. In deze casus werd inzichtelijk gemaakt hoe deze cliënt in het huidige stelsel wordt opgevangen. Het betreft een maatwerkoplossing in een extreem geval. Door de specifieke (zorg)behoefte van J. is het erg moeilijk om hem op een passende plek te plaatsen. Ten behoeve van deze opdracht zijn de kosten van casus J. op jaarbasis berekend. Per jaar kost J. € 1.252.128, wat betekent dat de casus per dag € 3.517 kost.



#### Totale kosten

De totale kosten voor de maatwerkoplossing van J. zijn berekend en dit gaat per jaar om € 1.252.128. Op dagbasis zijn de kosten € 3.517.

De hoge kosten zoals in deze casus gepresenteerd, worden veroorzaakt door de grote inefficiency van de een-op-een oplossing en inzet van zzp-ers. Het kan, met dezelfde kwaliteit van zorg, goedkoper. Ook al gaat het vaak om groepsongeschikte cliënten, is toch meer efficiency mogelijk door hetzelfde team voor meerdere cliënten in te zetten. Bij J. is dat ook gedaan door een tweede cliënt op dezelfde locatie te plaatsen (aanvankelijk zonder dat beide cliënten in contact met elkaar kwamen) waarbij in eerste instantie wat extra personeel werd bijgezet maar al snel beide cliënten alleen door het reguliere team van J. werden begeleid. Verder leert deze casus dat door een andere benadering (triple C) waarbij ingezet wordt op stabiliteit, vaste gezichten met de juiste expertise en er geen behandeldruk wordt opgelegd, afschaling van de zorgintensiteit mogelijk is. Inzet van beveiligers kon al snel achterwege blijven, wandelen met een of twee in plaats van drie of vier begeleiders. Inmiddels is zelfs logeren onder begeleiding bij familie en een eerste onbegeleid ommetje door de buurt mogelijk. Voor de zorgkosten heeft dat uiteraard grote gevolgen. Kortom, de kosten die voor de casus J. zijn beschreven, zijn een maximumvariant die fors naar beneden kan mits de juiste benadering en juiste setting voor de cliënt gevonden kan worden.

In de huidige situatie is het vaak lastig om de financiering rond te krijgen, omdat niemand 'echt van deze doelgroep is'. De uitvoeringskosten die nu verbonden zijn aan het bieden van suboptimale zorg en begeleiding aan deze doelgroep zijn extreem hoog (zie ook paragraaf 5.3). Naast de kosten voor de verblijfszorg inclusief meerzorg zijn er meerdere overleggen nodig met bijbehorende tijdsinzet en kosten. Het realiseren van een woonvoorziening zoals LKW scheelt dus ook in de reguliere uitvoeringskosten (zie ook de beschrijving van de kwalitatieve baten in paragraaf 5.6).

---

## 5.4 Wijze van bekostiging

Voordat we verder ingaan op de bekostiging benadrukken we dat een duidelijke afbakening van de doelgroep is belangrijk is. Het creëren van dit nieuwe aanbod heeft het risico dat het snel vol raakt, ook met mensen waarvoor andere oplossingen zijn of zouden moeten komen. De procedure van indicatiestelling en plaatsing moet zodanig vormgegeven worden dat de mensen die het echt nodig hebben in aanmerking komen. Ook voor het vormgeven van de structurele bekostiging van deze woonvoorziening is het belangrijk dat het aantal mensen dat hiervoor in aanmerking komt begrensd is tot een duidelijk herkenbare (en niet al te grote) groep mensen.

We doen de aanbeveling om voor de bekostiging uit te gaan van een Wlz-indicatie met meerzorg in combinatie met (eventuele) maatwerkoplossing. De meerzorg in het kader van de Wlz is als tijdelijke oplossing bedoeld voor individuele patiënten en is in eerste instantie een oplossing voor de bekostiging op kortere termijn. In het kader van het onderzoek hebben we met de NZa het idee besproken om voor de langere termijn een maximumtarief te ontwikkelen en vast te stellen. Dat past uiteindelijk beter bij het permanente karakter van de woonvoorziening. In de vervolgstappen moet verder verkend worden hoe de financiering op lange termijn vormgegeven kan worden. De bekostiging moet in ieder geval zodanig zijn dat domeindiscussies voorkomen worden.

Als er sprake is van een strafrechtelijke titel is er sprake van maximumtarieven gebaseerd op beveiligingsniveau 3 en de hoogste zorgintensiteit (G of H). Voor de bekostiging van LKW gaan we in eerste instantie uit van een Wlz-indicatie 'Beveiligd voortgezet verblijf vanwege extreme gedragsproblematiek met zeer intensieve begeleiding' (ggz-7b met dagbesteding)<sup>10</sup> in combinatie met meerzorg. De meerzorg kan deels groepsgericht en deels individueel worden vormgegeven. Kosten die niet behoren tot de reden waarom iemand in de Wlz zit (medisch specialistische zorg) en andere Zvw-kosten vallen buiten de financiering voor de woonvoorziening. De keuze voor ggz7b met meerzorg doet het meeste recht aan de intensiteit en kosten die voor deze voorziening nodig zijn. Deze keuze in termen van profiel en betaaltitel is onderwerp van de verdere uitwerking ten aanzien van de bekostiging op korte en lange termijn.

Voor de investering in de nieuwe voorziening moet een aanbieder wel financiering kunnen krijgen. Daarvoor is het naar verwachting nodig dat de Rijksoverheid garant staat. De investering in een nieuwe voorziening kan pas worden terugverdiend in een periode van 20 tot 30 jaar. De Rijksoverheid moet minimaal voor deze periode zekerheid geven aan de zorgaanbieder of het consortium van zorgaanbieders die deze voorziening wil gaan realiseren ten aanzien van de bekostiging en de continuïteit. Dit zou bijvoorbeeld middels een bestuurlijk convenant gerealiseerd kunnen worden.

## 5.5 Referentie op basis van de maximum tarieven

Een eerste globale doorrekening van de businesscase komt qua kosten op dagbasis uit op een bedrag tussen de €1.275 en €1.400 per bewoner per dag. Deze kosten per bewoner per dag kunnen/moeten beoordeeld worden in het licht van de kosten die nu per dag worden gemaakt voor het realiseren van (individuele) maatwerkvoorzieningen. In een aantal casussen (zoals beschreven in paragraaf 5.3) moet overschrijding van het maximum tarief per dag worden voorgelegd aan de NZa.

Het maximum tarief voor de Wlz-indicatie ggz-7B met dagbesteding is op dit moment (2023) € 481,57. De maximum dagwaarde van de (individuele) meerzorg is € 1.445,51. Betrokkenen in dit onderzoek hebben aangegeven dat we ervan uit kunnen gaan dat de kosten van de huidige maatwerkvoorzieningen voor mensen die in aanmerking komen voor deze voorziening (gemiddeld) rond de grens van de maximum meerzorg liggen. Dit betekent dat we de kosten op dagbasis (€ 1.275 tot € 1.400) moeten afzetten tegen de huidige kosten van ruim € 1.900 per dag. De kosten van de beoogde voorziening liggen daarmee substantieel lager.

---

<sup>10</sup> Beleidsregel prestatiebeschrijving en tarief zzp-meerzorg Wlz - BR/REG-23119a.



---

## 5.6 Beschrijving maatschappelijke baten

Een belangrijke vraag is ook wat het inrichten van een langdurige klinische woonvoorziening oplevert in termen van (maatschappelijke baten). De (maatschappelijke baten) worden kwalitatief beschreven, omdat de monetaarisering (in geld uitdrukken) van deze baten lastig is.<sup>11</sup>

- a. Kwaliteit van leven van de bewoners: doordat de bewoners van de LKW het perspectief krijgen dat ze hun leven lang kunnen blijven wonen in deze voorziening is de verwachting dat de kwaliteit van leven toeneemt. De bewoners krijgen rust, doordat ze gedurende de rest van hun leven welkom zijn in deze instelling. Deze woonvoorziening, zonder behandeldruk, past het best bij hun zorg- en begeleidingsbehoefte.
- b. Minder uitval en ziekte bij het personeel in andere instellingen: het personeel dat werkzaam is in de LKW maakt een bewuste keuze om te werken met deze doelgroep en kan zo de juiste begeleiding bieden aan deze doelgroep.
- c. Preventie van een onterechte instroom in de forensische zorg: doordat er op dit moment geen LKW voorziening is en deze doelgroep een hoge mate van beveiliging nodig heeft, wordt er op dit moment onterecht gekozen voor een plek in de forensische zorg in plaats van in de reguliere ggz/vg-sector (omdat daar de beveiliging niet hoog genoeg is).
- d. Vermindering van de instroom van deze doelgroep in het strafrecht, minder incidenten en delicten en de forensische zorg: de doelgroep krijgt met deze voorziening een plek waar zij langdurig kunnen blijven wonen. In de huidige situatie wordt deze doelgroep voortdurend verplaatst naar andere klinieken en als er geen rechtelijke machtiging is, wordt deze doelgroep soms op straat gezet waarna ze vaak delicten plegen en vervolgens weer in een (forensische) instelling terechtkomen. Voor deze incidenten en delicten wordt ook veelvuldig politie ingezet.
- e. Voorkomen van onnodig overleg over de casuïstiek en stress op gemeente niveau: de casuïstiek wordt veelal behandeld in het zorg- en veiligheidshuis en burgemeesters zijn verantwoordelijk voor deze cliënten. Omdat er geen juiste woonvoorziening is, levert dit veel stress en overleg over de cliënten op. Bij casuïstiekbesprekingen zitten veel partijen aan tafel om soms wel wekelijks een cliënt te bespreken.

---

<sup>11</sup> De maatschappelijke kosten hebben we niet onderzocht in kwantitatieve zin. We hebben eerder een maatschappelijke businesscase gemaakt voor de [Levensloopaanpak](#), die als bron te gebruiken is om voor deze specifieke groep iets te zeggen over de omvang van de maatschappelijke kosten en baten.

## 6 Stappen richting implementatie

Om de langdurig klinische woonvoorziening te realiseren, is het nodig een aantal vervolgstappen te zetten. In dit hoofdstuk geven we een eerste aanzet voor deze vervolgstappen. Op basis van de vervolgstappen kan het implementatieplan verder vormgegeven worden.

### 6.1 Wat zijn de volgende stappen

In figuur 4 hebben wij de vervolgstappen in de richting van het implementatieplan op hoofdlijnen geschetst. Daaronder geven we per vervolgstap een uitgebreidere beschrijving van de inhoudelijke punten die bij de verschillende vervolgstappen horen.



Figuur 4. Vervolgstappen in de richting van het implementatieplan

#### a. Stap 1: Besluitvormingsproces

De eerste vervolgstap is de besluitvorming rondom de implementatie van de woonvoorziening Langdurig Klinisch Wonen. Hiervoor is positieve besluitvorming door de ministeries van VWS en JenV nodig, waarbij beide ministeries aangeven achter de implementatie van de woonvoorziening te staan. Hierbij gaat het zowel om de inhoudelijke steun als (waar nodig) financiële steun vanuit beide ministeries. Zoals eerder aangegeven is een domeinoverstijgende benadering nodig bij het realiseren van deze woonvoorziening, waarbij dit ook voor de financiering geldt. Naast het realiseren van de woonvoorziening zelf (investering in vastgoed et cetera) moet tevens worden onderzocht hoe de verdere bekostiging van de voorziening uitgewerkt moet worden en welke afspraken hierover gemaakt moeten worden.

De bekostiging zal ondanks de kansrijke oplossingsrichting zeker zijn uitdagingen kennen in de uitwerking. Zo blijkt financiering vanuit Wlz met meerkosten slechts een tijdelijke oplossing en is het onwenselijk om deze constructie voor de bewoners van de te realiseren woonvoorziening te blijven gebruiken. Een andere moeilijkheid betreft het feit dat het om personen gaat, waarbij stelsels samenkomen. Zo zullen er personen in de woonvoorziening instromen die uit het strafrecht komen en met een aflopende titel in de woonvoorziening terecht komen. Er moet goed gekeken worden hoe de financiering dan vormgegeven gaat worden.

Een ander belangrijk punt om in de eerste fase uit te werken is de besluitvorming rondom welke instelling of organisatie de woonvoorziening gaat realiseren. De verwachting is dat instellingen vooral veel (financiële) risico's zien in het draaiende houden van de woonvoorziening. Het zal daarom niet gemakkelijk zijn om een aanbieder (of combinatie van aanbieders) te vinden die dit aan durft te gaan. Daarom moeten er afspraken worden gemaakt en garanties gegeven voor de beoogde financiering van de langdurige investering die moet worden aangegaan. Het is daarbij van groot belang dat het programma van eisen leidend is en dat hier niet op ingeleverd moet worden wanneer het moeilijk blijkt een instelling te vinden die het wil gaan doen. Tot slot is het van groot belang om de VNG en de gemeente waarin de woonvoorziening gerealiseerd moet worden, mee te nemen in de besluitvorming. Dit voorkomt dat er op een later moment problemen ontstaan wanneer de voorziening in een bepaalde gemeente gerealiseerd wordt.

---

**b. Stap 2: Inrichting governance**

Wanneer de besluitvorming rond is, is de volgende stap om de governance rondom de woonvoorziening verder uit te werken en in te richten. Een besluitvormende stuurgroep (het bewakende en bijsturende orgaan van het project), een projectgroep (met belangrijkste taak het vervullen van een initiërende, signalerende en op doelstellingen bijsturende rol) en werkgroep(en) (met als taak specifieke probleemgebieden te bestuderen en advies uit te brengen) moeten worden aangesteld om de woonvoorziening te realiseren en te implementeren. Daarnaast moet er tevens, wanneer de woonvoorziening wordt gerealiseerd, een governance ingericht worden voor de voorziening zelf. Hierbij moet onder andere gedacht worden aan het aanstellen van een directie en het inrichten van het management, maar ook aan het inrichten van het proces rondom instroom (en eventueel uitstroom). Eerder in het rapport werd benoemd dat de instroomcriteria en de procedure met betrekking tot indicatiestelling en plaatsing verder uitgewerkt en geconcretiseerd moeten worden, om te voorkomen dat een te brede doelgroep aanspraak kan maken op de woonvoorziening. Daarnaast dient er een onafhankelijke commissie aangesteld te worden en een proces ontworpen te worden waarmee deze commissie de casussen aan de zeer scherpe criteria kan toetsen. Tot slot dient het programma van eisen verder gespecificeerd te worden en dienen de eerste voorbereidingen voor de realisatie van de voorziening getroffen te worden.

**c. Stap 3: Inrichting van het gebouw**

De volgende stap is om de woonvoorziening daadwerkelijk te realiseren. Een onderzoek naar de mogelijkheden voor een verbouwing van bestaande locaties of het bouwen van een nieuwbouwlocatie moet uitwijzen wat de verschillende opties zijn. Tegelijkertijd hangt deze keuze samen met het bepalen welke instelling of organisatie de woonvoorziening gaat realiseren en de businesscase die voor beide scenario's geldt. Deze componenten kunnen worden meegenomen in het besluitvormingsproces over de meest geschikte locatie. De volgende stap is het opstellen van een plan van aanpak over de inrichting van het gebouw, waarbij een brede groep professionals (zoals medewerkers uit de uitvoering van bestaande woonvoorzieningen, beveiligers, projectontwikkelaars/aannemers, et cetera) betrokken moet worden. In deze stap moet heel concreet nagedacht worden over hoe de units vormgegeven moeten worden, welke faciliteiten er op het terrein dienen te zijn, hoe beveiliging op- en afgeschaald kan worden, et cetera. Tot slot moet er bepaald worden welke projectontwikkelaar wordt aangesteld voor het realiseren van de woonvoorziening.

**d. Stap 4: Personele inrichting**

Een belangrijke stap is het opstellen van een strategisch personeelsplan en personeelsbeleid. Door middel van het strategisch personeelsplan kan gestructureerd en doelgericht toegewerkt worden naar de juiste mix van personeel. Een gepaste balans tussen kernbezetting en een eventuele flexibele schil kan worden bepaald. In het plan moet een visie worden uitgewerkt voor duurzame inzetbaarheid van medewerkers. Daarnaast moeten ook meer concrete zaken worden bepaald, zoals het benodigde aantal fte's, de benodigde competenties voor de verschillende functies binnen de woonvoorziening, de mogelijkheden om door te groeien, et cetera. Zoals in dit rapport is benoemd, is het behoud van personeel een erg belangrijk aandachtspunt. Het werken met de doelgroep waarvoor deze woonvoorziening is bedoeld, kan veel vragen oproepen bij het personeel. Er moet in het personeelsbeleid veel aandacht zijn voor het mentale en fysieke welzijn van de medewerkers. Voorbeelden hiervan zijn het bieden van passende secundaire arbeidsvoorwaarden, voldoende intervisie, oog houden voor werkplezier, trainingen, et cetera. Vervolgens moet het personeel geworven worden en moeten er selectieprocedures plaatsvinden.

**e. Stap 5: Ingebruikname locatie**

Wanneer voorgaande stappen zijn doorlopen en de woonvoorziening is gerealiseerd in termen van de fysieke en personele componenten, kan de locatie in gebruik worden genomen en kunnen de eerste bewoners worden ontvangen. Zoals we in dit rapport benoemd hebben, ligt het voor de hand om een groeimodel te hanteren. Hiervoor moet een stappenplan ontworpen worden waarin duidelijk wordt wat de jaarlijkse groeiambitie is (zowel qua bewoners als qua personeel) en hoe gaat dit gerealiseerd worden (wat is daar voor nodig).

---

**f. Stap 6: Monitoring en evaluatie**

De laatste stap is het instellen van monitoring en het verbinden van evaluatiemomenten. Een woonvoorziening als deze bestaat nog niet. Het is daarom van groot belang om goed te monitoren hoe de woonvoorziening functioneert, in brede zin. Van te voren moet goed nagedacht worden wat elementen zijn waarop gemonitord moet worden (in- en uitstroom, calamiteiten, welzijn bewoners, welzijn en verloop personeel, financiering, et cetera). Daarna moet periodiek op deze elementen geëvalueerd worden en waar nodig bijgestuurd worden. Omdat deze woonvoorziening de eerste in zijn soort is, kan er veel geleerd worden en verbeterd worden tijdens het bestaan van de woonvoorziening.

## **6.2 Risico's en aandachtspunten**

Voor het inrichten van een langdurig klinische woonvoorziening zien wij de volgende risico's en aandachtspunten:

- a. De visie behorende bij de woonvoorziening wordt gedragen door de hele organisatie. De begeleiding, zorg en beveiliging binnen de woonvoorziening gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van de bewoners. De nadruk ligt op begeleiding en niet op behandeling. Dit vraagt om maatwerk en begeleiding. Dit gedachtegoed moet over de hele linie van de woonvoorziening onderstreept worden om dit te kunnen realiseren.
- b. Het groeiemodel wordt omarmd. De voorziening wordt geleidelijk 'gevuld' qua bezetting, waarbij er bijvoorbeeld gestart wordt met een bezetting van 25-33%. In het tweede jaar kan dit worden uitgebreid naar 50-67%, waarbij in het derde jaar er sprake kan zijn van een volledige bezetting. Afhankelijk van, met name het aanbod van en de werving van personeel, kan dit groeiemodel versneld worden.
- c. Het is belangrijk dat er zekerheid komt over de langjarige financiering. Het is hierbij belangrijk om afspraken te maken over een leegstandsvergoeding (verwerkt in de tarieven en/of bekostiging). In de businesscase hebben we rekening gehouden met ongeveer 10% leegstand. De 10% is een aanname van de werkgroep vanuit de gedachte dat het risico's gekoppeld leegstand voor de aanbieder kleiner worden. Bovendien bestaat er dan flexibiliteit voor de plaatsing van nieuwe mensen. Hoe omgegaan wordt met deze aanname moet nog verder worden uitgewerkt in de te hanteren tarieven en wijze van bekostiging.
- d. Vanuit milieutechnische redenen is een nieuwbouwlocatie gunstiger. Een bestaand gebouw is duurder om (steeds opnieuw) te verbouwen en bij een nieuwbouwlocatie kan rekening gehouden worden met een eventuele uitbreiding van de locatie.
- e. Het risico bestaat dat de instroomcriteria niet scherp genoeg zijn en de locatie gebruikt wordt als voorziening waar cliënten 'te snel' worden ondergebracht. De instroomcriteria moeten verder worden uitgewerkt, evenals het proces om deze te beoordelen. Het is van belang om bewoners te selecteren die dit het hardst nodig hebben.
- f. Een risico bij deze doelgroep is het 'vasthouden' van personeel. Hiervoor moet een duurzaam personeelsbeleid worden ontwikkeld. Het is daarbij van groot belang dat er veel aandacht is voor zowel het mentale als fysieke welzijn van de medewerkers. Voldoende aandacht voor het personeel is onmisbaar bij het kunnen bieden van langdurige zorg vanuit een stabiele context en continuïteit in de bezetting van het team.
- g. Een aandachtspunt is dat de gemeente waar de voorziening komt toestemming moet geven en dat de locatie op een plek wordt neergezet waar samenwerking in de regio gemakkelijk te realiseren is. Dit pleit voor het realiseren van draagvlak bij zowel de VNG als de desbetreffende gemeente.
- h. Formele indicatiestelling vanuit de bestaande structuren. Voor iemand bij wie geen verstandelijke beperking is vastgesteld voor het 18<sup>e</sup> levensjaar wordt geen CIZ-indicatie afgegeven, terwijl deze persoon wel VG-zorg behoeft. Dit punt is een pleidooi voor een overstijgende indicatiestelling en financiering.

---

## 7 Advies: investeer in LKW

Er is een groep mensen (enkele tientallen op basis van actuele casuïstiek) die qua ernst van de problematiek (veelal ggz + vg + verslaving) moeilijk houdbaar zijn in bestaande voorzieningen (buiten de forensische zorg), omdat hun gedrag een ontwrichtend effect heeft op teams die deze mensen begeleiden (en behandelen). Deze mensen hebben een lange behandelhistorie (> 15 jaar), zijn veelal groepsongeschikt, en hebben vooral nodig dat ze ergens in een (hoog)beveiligde omgeving (beveiligingsniveau 2 hoog of 3) met intensieve begeleiding kunnen wonen en daar zo lang als mogelijk (onvoorwaardelijk) mogen blijven.

Een dergelijke woonvoorziening is er op dit moment niet (in ieder geval niet buiten de forensische zorg/de tbs). De best beschikbare oplossing in de huidige situatie is om deze mensen in een carrousselconstructie door te plaatsen, met negatieve effecten voor de doelgroep zelf en de tijd en kosten die hieraan verbonden zijn. Aan de maatwerkoplossingen die nu worden gecreëerd zijn hoge (meerzorg) kosten verbonden (vaak meer dan 1.500 euro per dag en soms nog veel meer).

Zorg- en veiligheidshuizen zijn veelal intensief betrokken bij deze casussen. Deze mensen hebben **op dit moment** geen strafrechtelijke titel, maar hebben die wel gehad en kunnen ze zo weer krijgen (ze 'pendelen tussen' de forensische en reguliere zorg). Ook leggen ze beslag op behandelcapaciteit voor complexe patiënten en **belemmeren doorstroom, zowel binnen de ggz/vg als ook vanuit tbs of ofz**. Het investeren in deze LKW-voorziening zal helpen om ook deze belemmeringen deels/tijdelijk weg te nemen.

Er is sprake van communicerende vaten voor wat betreft de capaciteit voor mensen met een strafrechtelijke titel, capaciteit voor langdurige intensieve zorg in de ggz en capaciteit voor klinische voorzieningen voor een zware vg-doelgroep met bijkomende problematiek. Deze mensen zouden in een vergelijkbaar concept of eventueel in de beoogde voorziening kunnen passen. Overigens zijn er andere doelgroepen aan te wijzen waarvoor vergelijkbare oplossingen (maar dan door samenwerking op regionaal niveau en met een lager beveiligingsniveau) gecreëerd moeten worden om de doorstroom verder te bevorderen.

De kosten voor een dergelijke voorziening zullen relatief hoog zijn, maar naar verwachting lager dan de meerzorg kosten die nu aan de orde zijn, inclusief de tijdsinvestering van veel instanties in het vinden van (ad hoc) maatwerkoplossingen. Bovendien biedt het een duurzame (en menswaardige) oplossing voor deze mensen.

Daarnaast zijn positieve effecten te verwachten voor de patiënt zelf en medewerkers die met deze groep moeten werken en de organisaties die met deze patiënten moeten werken. Uitval (ziekteverzuim) zal naar verwachting afnemen en dit is hard nodig gezien het bestaande personeelstekort.