

VERDIEPEND ONDERZOEK GGZ-DOELGROEP

EINDRAPPORTAGE

**KLANT
KENMERK**

Ministerie van VWS
MvdH/sb/003111

**DATUM
VERSIE**

17 oktober 2022
Definitief

Inhoudsopgave

1	Leeswijzer en samenvatting	3
1.1	Leeswijzer	3
1.2	Samenvatting van de bevindingen	3
2	Vraagstelling en aanpak	5
2.1	Achtergrond en aanleiding	5
2.2	Doelstelling en onderzoeksvragen	5
2.3	Aanpak en verantwoording	6
3	Verschillen Wmo- en Wlz-cliënten	9
3.1	Wat is het verschil tussen Wlz- en Wmo-cliënten?	10
3.2	Wat is het verschil in zorggebruik tussen Wlz- en Wmo-cliënten?	16
3.3	Korte beschouwing op de verschillen tussen Wmo- en Wlz-cliënten	21
4	Toekomstige ontwikkelingen	23
4.1	Wie is de (toekomstige) cliënt en zijn omgeving?: zorgpaden van vier cliënten	24
4.2	Welke karakteristieken moeten betrokken worden bij toekomstig beleid?	31
4.3	Wat zijn scenario's voor (te verwachten) ontwikkelingen in cliëntaantallen?	35
5	Gevolgen voor de Wmo	40
5.1	Benodigde cijfers en schattingen	41
5.2	Schatting van de totale kosten	45
6	Conclusies	48
6.1	Wat zijn de verschillen tussen Wlz- en Wmo-cliënten in kenmerken en zorggebruik?	48
6.2	Wat zijn de gevolgen voor de Wmo vanwege de doorstroom van de Wmo naar de Wlz?	49
6.3	Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst om rekening mee te houden in beleid?	49
Bijlage A	51	

1 Leeswijzer en samenvatting

1.1 Leeswijzer

We hebben onderzocht wie de cliënt is die in de Wmo is gebleven en wie de cliënt is die naar de Wlz is gegaan, wat het verschil in zorggebruik is tussen deze groepen en wat te verwachten toekomstige ontwikkelingen zijn in de Wmo en de Wlz voor de ggz-doelgroep. Dit hebben we gedaan middels kwalitatief onderzoek. We hebben zorgaanbieders, zorgkantoren, gemeenten, CIZ en enkele cliënten gesproken. Sommige kwalitatieve bevindingen zijn een verdieping op beschikbare kwantitatieve gegevens, soms konden we de bevindingen plaatsen in een bredere context van beleid en ontwikkelingen in de ggz maar dat geldt niet voor alle bevindingen. Deels zijn het meningen en ervaringen van onze gesprekspartners. Sommige bevindingen zijn breed gedeeld andere zijn door een enkele gesprekspartner genoemd. Als dat het geval is hebben we dat in de tekst aangegeven. De bevindingen over wie de cliënt is staan in hoofdstuk 3 van dit rapport. De bevindingen over de toekomstige ontwikkelingen staan in hoofdstuk 4.

Middels kwantitatief onderzoek op basis van beschikbare data hebben we een inschatting gemaakt van de financiële gevolgen voor de Wmo van de uitstroom van een deel van de ggz-doelgroep vanuit de Wmo naar de Wlz. De bevindingen hiervan staan in hoofdstuk 5. Het gebruik maken van beschikbare data zonder aanvullend onderzoek bracht beperkingen met zich mee. We hebben aannames en schatting moeten doen om tot een inschatting met bandbreedtes te komen. De resultaten in hoofdstuk 5 dienen dan ook met de nodige voorzichtigheid beschouwd te worden.

Hoofdstuk 2 beschrijft de onderzoeksvragen en de aanpak en we sluiten het rapport af met conclusies en een beschouwing op de resultaten.

1.2 Samenvatting van de bevindingen

Het meest in het oog springende verschil tussen ggz-cliënten in de Wmo en in de Wlz is het perspectief op zelfstandigheid. Bij cliënten in de Wmo is dit perspectief veelal aanwezig en bij cliënten in de Wlz is dit er niet. Dit sluit aan bij het Wlz-criterium van blijvende zorgbehoefte. Een ander aspect is de context. De mate waarin een client afhankelijk is van professionele zorg wordt door meer bepaald dan alleen de zorgbehoefte. Het sociale netwerk, de woonomgeving en financiële situatie spelen hierbij een rol. Problemen op al deze domeinen maken veelal dat een client afhankelijk is van 24-uurs zorg in de nabijheid. Een (sociaal) netwerk dat de cliënt ondersteunt, kan binnen de Wmo tot voldoende ondersteuning en perspectief op zelfstandigheid leiden.

Het verschil in perspectief op zelfstandigheid verklaart een belangrijk verschil in de inhoud van de zorg en ondersteuning tussen de Wmo en de Wlz. De Wmo is gericht op ontwikkeling richting zelfstandigheid. Hierdoor is de ondersteuning niet stabiel maar beweegt deze mee met de ontwikkeling van de client. De ondersteuning begint vaak intensief en naarmate een client meer vaardigheden aanleert, wordt deze afgeschaald. De Wlz is, door de blijvendheid van de zorgbehoefte, gericht op stabiliteit, veiligheid en continuïteit. Dat komt onder andere tot uiting in de 24-uurs zorg en de inrichting van locaties was een permanente woonplek (thuis). Dat wil niet zeggen dat de Wlz niet gericht is op ontwikkeling maar de potentiële ontwikkelruimte is beperkt of ligt niet op het vlak van zelfstandigheid.

Het verschil tussen Wmo- en Wlz-cliënten niet zwart-wit. Dat maakt dat in het onderzoek vaak is genoemd dat het van belang is om op casusniveau in overleg te zoeken naar wat de best passend zorg en ondersteuning is en welk stelsel daarbij hoort. Op dit moment zijn er prikkels in het systeem die maken dat dit niet onvoldoende gebeurt. Uit dit onderzoek kwamen de verschillen in tarieven tussen de Wmo en de Wlz en het feit dat gemeenten sommige cliënten

sturen richting Wlz naar voren als prikkels om een Wlz-indicatie aan te vragen zonder dat altijd gekeken is of dat voor een cliënt de beste oplossing is.

De meeste gesprekspartners uit het onderzoek verwachten dat de ggz-doelgroep die gebruik maakt van Wmo beschermd wonen en Wlz de komende jaren zal toenemen. Als belangrijke redenen daarvoor komen naar voren: het stelsel (met name wachtlijsten in de generalistische en specialistische ggz op basis van Zvw), de vergrijzing (meer ouderen ggz-cliënten met bijkomende ouderdomsproblematiek) en maatschappelijke ontwikkelingen (onder andere toenemende complexiteit, beperkte beschikbaarheid van passende zelfstandige woonruimte). In de Wlz verwacht een deel van onze gesprekspartners nog een grote instroom vanuit Wmo-extramuraal (dit is nu ook al zichtbaar).

Uit het onderzoek kwamen ook mogelijkheden naar voren om de instroom in te perken. Onder andere de inzet van op preventief en herstelgerichte voorzieningen door gemeenten in combinatie met de beweging die gemeenten maken om de behoefte aan beschermd wonen meer en meer in de thuissituatie (of in een geclusterde woonvorm) te bieden, kan ervoor zorgen dat de doorstroom naar de Wlz beperkt blijft. Binnen de Wlz zien onze gesprekspartners mogelijkheden om een deel van de zorg van intramuraal naar extramuraal te verplaatsen (met VPT en MPT). Zo kan de druk op de intramurale capaciteit verminderd worden onder voorwaarde van beschikbaarheid van voldoende passende woonruimte.

Met de benodigde aannames en schattingen hebben we een raming gemaakt van de financiële gevolgen voor de Wmo van de overheveling van een deel van de ggz-doelgroep vanuit de Wmo naar de Wlz. We hebben daarvoor een schatting gemaakt van de aantallen Wmo-cliënten en de tarieven voor de Wmo-producten. Voor deze schattingen hebben we 2022 gebruikt als basisjaar. De schattingen hebben geleid tot een bovengrens, een ondergrens en een meest aannemelijk aantal cliënten en totale kosten voor Wmo intramuraal, extramuraal, hybride (beschut en geclusterd wonen) en extramuraal (intensieve begeleiding). Hieruit hebben we afgeleid wat het meeste aannemelijke scenario is voor de opgave van gemeenten in 2022 voor de gehele doelgroep. Dit scenario laat zien welke beweging in het Wmo-domein op landelijk niveau heeft plaatsgevonden door de overheveling van een deel van de ggz-doelgroep naar de Wlz.

2 Vraagstelling en aanpak

In dit hoofdstuk beschrijven we in het kort de achtergrond en aanleiding van het onderzoek, de vraagstelling en hoe we het onderzoek hebben aangepakt. Dit dient als inleiding op de resultaten die we beschrijven in de hoofdstukken 3 (onderdeel A), 4 (onderdeel C) en 5 (onderdeel B). We sluiten de rapportage af met een beschouwing op de bevindingen in hoofdstuk 6.

2.1 Achtergrond en aanleiding

Omdat er meer mensen met een psychische stoornis zijn overgegaan naar de Wlz dan verwacht, zijn er vragen opgekomen hoe de betreffende groep eruitziet, welke verschillen er zijn met mensen in de Wmo en wat er op basis hiervan te verwachten is voor de toekomst. Dit onderzoek is erop gericht om een beter beeld te krijgen bij de mensen in de ggz-doelgroep die naar de Wlz zijn overgegaan en wat de verschillen zijn met de mensen die in de Wmo zijn gebleven. Uiteindelijk leiden de verschillende onderdelen van dit onderzoek gezamenlijk tot een beeld van mensen met een psychische stoornis en hun context in de Wmo en de Wlz, de financiële gevolgen van de doorstroom van Wmo naar de Wlz en te verwachten toekomstige ontwikkelingen voor de Wlz en de Wmo.

2.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De doelstelling van dit onderzoek is het komen tot een gezamenlijk beeld van mensen met een psychische stoornis en hun context in de Wmo en de Wlz, de financiële gevolgen van de doorstroom van Wmo naar de Wlz en te verwachten toekomstige ontwikkelingen voor de Wlz en Wmo. Dit onderzoek is hoofdzakelijk kwalitatief van aard. Het gaat hierbij om een inhoudelijke, kwalitatieve verdieping op bestaande kwantitatieve gegevens, waarbij we de bevindingen zo feitelijk mogelijk weergeven. Voor **onderdeel A** zijn de onderzoeksvragen weergegeven in het analysekader in figuur 1.

Om welke cliënten gaat het en wat is de zorg- en ondersteuningsbehoefte van deze cliënten?			
Wat is het verschil tussen Wlz- en Wmo-clieënten?		Wat is het verschil in zorggebruik tussen Wlz- en Wmo-clieënten?	
Wie is de cliënt die naar de Wlz is overgegaan?	Wie is de cliënt die in de Wmo is gebleven?	Wat is het zorggebruik van de cliënt die naar de Wlz is overgegaan?	Wat is het zorggebruik van de cliënt die in de Wmo is gebleven?
<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn cliëntkenmerken? • Wat zijn de verschillen tussen de Wlz-zorgprofielen? • Wat onderscheidt Wlz-clieënten van Wmo-clieënten? • Waar komen de cliënten vandaan? • Wat is het onderscheid naar instroom vanuit de verschillende domeinen? • Wat was de reden voor het aanvragen van een Wlz-indicatie? • Wie heeft daarvoor het initiatief genomen? • Wat heeft de overgang naar de Wlz voor cliënten opgeleverd? • Zijn er nadelige gevolgen voor de cliënt door de overgang naar de Wlz? • Hoe zag het zorgpad eruit voor de instroom in de Wlz? • Wat zijn kenmerken van de context van de cliënt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat zijn cliëntkenmerken? • Wat onderscheidt Wmo-clieënten van Wlz-clieënten? • Hoe zag het zorgpad er tot nu toe uit? • Wat zijn kenmerken van de context van de cliënt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is het zorg- en ondersteuningsgebruik? (inhoud en leveringsvorm) • Wat zijn verschillen tussen de Wlz-zorgprofielen? • Welke zorgaanbieders leveren deze zorg? (aantal en type) • Wat onderscheidt het zorggebruik van Wlz-clieënten van Wmo-clieënten? (bijv. wat betreft toezicht) • Hoe is de kwaliteit van zorg? • Wat is er veranderd in het zorgaanbod met de overgang naar de Wlz? • Welke zorgaanbieders en zorgprofessionals leveren de Wlz-zorg? • Ontvangen cliënten ook nog zorg vanuit andere domeinen en/of zorgaanbieders? • Hoe krijgt in dat geval de coördinatie en samenwerking vorm? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wat is het zorg- en ondersteuningsgebruik? (inhoud en leveringsvorm) • Welke zorgaanbieders leveren deze zorg? (aantal en type) • Hoe is de kwaliteit van de zorg en ondersteuning? • Wat onderscheidt het zorggebruik van Wmo-clieënten van Wlz-clieënten? • Welke zorgaanbieders en zorgprofessionals leveren de Wmo-zorg en -ondersteuning? • Ontvangen cliënten ook nog zorg vanuit andere domeinen en/of zorgaanbieders? • Hoe krijgt in dat geval de coördinatie en samenwerking vorm?

Figuur 1. Analyse kader onderdeel A

Voor **onderdeel B** zoeken we naar antwoorden op de volgende onderzoeksvragen:

- A. Hoe verhoudt de gemeentelijke opgave voor de resterende cliënten (in de Wmo) die behoefte hebben aan beschermd wonen of (intensieve) ambulante begeleiding ('beschermd thuis') zich momenteel tot de beschikbare middelen voor deze doelgroep(en)?
- B. Zijn er kosten die samenhangen met de zorgvraag van de resterende groep beschermd wonen-/beschermd thuis-clieënten (in de Wmo) die niet zijn overgeheveld naar de Wlz?
- C. Welke zorg krijgt de groep die nog gebruikmaakt van beschermd wonen en/of overige Wmo-ondersteuning met ggz-problematiek? Tegen welke prijs?
- D. Welke ontwikkelingen (bijvoorbeeld beleidsmatig-, demografische en financiële ontwikkelingen) zijn in de toekomst te verwachten die mogelijk zullen leiden tot verandering van het volume (aantal cliënten) en/of zorgvraag/ondersteuningsbehoefte op basis van huidige inzichten?

De onderzoeksvragen voor **onderdeel C** zijn weergegeven in het analysekader in figuur 2.

Hoe ziet de cliënt en de sociale context eruit en wat zijn toekomstige ontwikkelingen waar in beleid rekening mee moet worden gehouden?		
Wie is de (toekomstige) cliënt en zijn omgeving?	Welke karakteristieken moeten betrokken worden bij toekomstig beleid?	Wat zijn scenario's voor (te verwachten) ontwikkelingen in cliëntaantallen?
<ul style="list-style-type: none"> Welke contextuele factoren spelen een rol bij het gebruik van zorg en ondersteuning in de Wmo? Welke contextuele factoren spelen een rol bij het gebruik van zorg en ondersteuning in de Wlz? Welk zorgpad heeft de cliënt afgelegd tot aan de toegang van de Wlz? Welk zorgpad heeft de cliënt afgelegd tot aan beschermd wonen in de Wmo? 	<ul style="list-style-type: none"> Welke zorg- en ondersteuningsbehoefte moet betrokken worden in toekomstig Wlz-beleid? En welke sociale problematiek? Welke zorg- en ondersteuningsbehoefte moet betrokken worden in toekomstig Wmo-beleid? En welke sociale problematiek? 	<ul style="list-style-type: none"> Wat is de te verwachte toekomstige instroom in de Wlz vanuit Wmo-BW en Wmo-ambulant? Wat is het te verwachten aantal cliënten Wmo-BW? En wat is hun toekomstige ondersteuningsbehoefte? Wat zou gezien deze ontwikkelingen het benodigde budget BW zijn in de toekomst?

Figuur 2. Analyse kader onderdeel C

2.3 Aanpak en verantwoording

2.3.1 Aanpak onderdeel A

Allereerst hebben we documenten en bronnen met kwantitatieve gegevens bestudeerd¹ om vervolgens het analysekader voor onderdeel A aan te vullen, topiclijsten voor de interviews op te stellen en een selectie van (centrum)gemeenten voor te bereiden. Vervolgens hebben we op basis van de beschikbare informatie eerste antwoorden op de onderzoeksvragen geformuleerd.

¹ De kwantitatieve analyses in onderdeel zijn gebaseerd op maatwerk tabellen van het CBS:

- [Zorggebruikers met een Wlz-indicatie met grondslag 'psychische stoornis' vanaf januari 2021, op peildatum 31 december 2021 | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg](#)
- [Zorggebruik en persoonskenmerken van personen met een Wlz-indicatie met grondslag 'psychische stoornis' vanaf januari 2021 en zorggebruik van Wmo-clieënten | Maatwerk publicatie | Monitor Langdurige Zorg](#)

We hebben vervolgens een selectie van negen centrumgemeenten gemaakt op basis van beschikbare kenmerken van centrumgemeenten ten aanzien van doorstroom van mensen naar de Wlz en spreiding over het land. We hebben binnen deze selectie vier centrumgemeenten gekozen met de hoogste instroomaantallen (top-10) in de Wlz: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Groningen. Deze hebben we aangevuld met centrumgemeenten met een relatief hoge instroom in de Wlz (Tilburg); een relatief lage instroom (Leiden); een relatief hoge instroom vanuit extramurale setting (Helmond); een groot adherentiegebied (Leeuwarden) en specifiek beleid (Apeldoorn). Met deze selectie van gemeenten beslaat het onderzoek 23% van het totale aantal GGZ-W-cliënten in Nederland. De aantallen Wlz-cliënten in deze negen geselecteerde gemeenten zijn weergegeven in tabel 6 in de bijlage. We hebben per centrumgemeente minimaal één zorgaanbieder benaderd en een groepsinterview gehouden. Door te spreken met medewerkers met verschillende functies (onder andere begeleiders, (team)managers, business controllers en bestuurders) hebben we een zo compleet mogelijk beeld verkregen van hun cliënten en hun zorgbehoefte. In totaal hebben we negen zorgaanbieders gesproken. Dit waren verschillende typen zorgaanbieders van groot en landelijk werkend tot kleiner en lokaal werkend; gespecialiseerde zorgaanbieders en zorgaanbieders met een breed aanbod. We hebben aan de zorgaanbieders gevraagd om cliënten en/of naasten aan te dragen. Daarnaast heeft cliëntenorganisatie MIND een oproep gedaan onder haar achterban. Dit heeft geleid tot interviews met één cliënt en met één naaste.

De bevindingen uit (groeps)interviews hebben we in twee groepsbijeenkomsten voorgelegd aan CIZ en een aantal zorgkantoren (groepsbijeenkomst 1) en aan vertegenwoordigers van betrokken gemeenten (groepsbijeenkomst 2).

2.3.2 *Aanpak onderdeel B*

In onderdeel B hebben we op basis van beschikbare gegevens en diverse bronnen de deelvragen (zie paragraaf 1.2) zo goed mogelijk proberen te beantwoorden. We hebben hiervoor gegevens gebruikt over de beschikbare middelen in de Wmo en de Wlz. Daarnaast hebben we een inschatting gemaakt van de daadwerkelijke uitgaven aan de betreffende doelgroepen in de Wlz en de Wmo, mede op basis van diverse zorgvormen (en begeleidingsintensiteiten) en beschikbare gegevens over gehanteerde tarieven. Vervolgens hebben we gekeken welke zorg de doelgroep in de Wmo nodig heeft (kwalitatief). Ten slotte hebben we geïnventariseerd welke relevante ontwikkelingen er zijn om de financiële gevolgen voor de Wmo in te schatten.

Het bleek nodig om de aanpak telkens bij te stellen en te zoeken naar mogelijkheden om te komen tot zo goed mogelijke schattingen ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen. We hebben hierbij ook gebruikgemaakt van de inzichten uit de interviews in onderdeel A. Voor de uiteindelijk gehanteerde aanpak verwijzen we naar het begin van hoofdstuk 5, zodat de bevindingen in dat hoofdstuk in het juiste licht worden geïnterpreteerd.

2.3.3 *Aanpak onderdeel C*

In onderdeel C staat de vraag centraal: *Hoe ziet de cliënt en de sociale context eruit en wat zijn toekomstige ontwikkelingen waar in beleid rekening mee moet worden gehouden?* Deze vraag hebben we beantwoord aan de hand van drie subvragen (zie figuur 2).

De eerste subvraag konden we deels beantwoorden op basis van de resultaten uit onderdeel A. We hebben daarop verdieping aangebracht door van een aantal cliënten het zorgpad te reconstrueren:

- A. Een jongere Wlz-cliënt (27-36 jaar) zonder perspectief op zelfstandigheid;
- B. Een cliënt die vanuit ambulante Wmo-zorg is ingestroomd in de Wlz;
- C. Een cliënt met zorgprofiel 3 (in de Wlz) die bij een Beschermd Wonen-aanbieder verblijft;
- D. Een cliënt met intensieve zorg en begeleiding op basis van Wmo met perspectief op zelfstandigheid.

Voor cliënten die naast de Wmo vanuit andere domeinen behandeling, zorg en ondersteuning ontvangen en cliënten bij wie het sociale netwerk een belangrijke rol heeft in de zorg en ondersteuning, is het niet gelukt om tot een reconstructie

van een zorgpad te komen doordat zorgaanbieders binnen de looptijd van het onderzoek geen tijd konden vrijmaken bij zorgprofessionals om met ons deze reconstructie te maken.

De tweede subvraag konden we eveneens deels beantwoorden op basis van de resultaten uit de onderdelen A en B. We hebben de in de onderdelen A en B geïdentificeerde karakteristieken via een digitale vragenlijst voorgelegd aan de gesprekspartners uit onderdeel A (een vertegenwoordiging van gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoren en ClZ). In de vragenlijst hebben we hen gevraagd de karakteristieken aan te vullen en per karakteristiek aan te geven op welke wijze en in welke mate de karakteristiek invloed zou moeten hebben op het toekomstige beleid. De resultaten uit de digitale vragenlijst hebben we in een werksessie verdiept. In een tweede werksessie met dezelfde groep zijn we ingegaan op de te verwachten ontwikkelingen in cliëntenaantallen (subvraag 3).

In hoofdstuk 3 geven we de bevindingen en uitkomsten weer van onderdeel A. In hoofdstuk 4 doen we dat voor onderdeel C. Hoofdstuk 5 bevat de bevindingen voor onderdeel B. We sluiten de hoofdstukken af met onze conclusies voor het betreffende onderdeel. In hoofdstuk 6 geven we de conclusies (antwoorden op de onderzoeksvragen) weer en geven we een beschouwing op de resultaten van dit verdiepende onderzoek.

3 Verschillen Wmo- en Wlz-cliënten

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de vraag om welke mensen met psychische problematiek het gaat in de Wmo en de Wlz en wat hun zorg- en ondersteuningsbehoefte is. We doen dit aan de hand van de in het analysekader gestelde onderzoeksvragen (zie figuur 1 in hoofdstuk 2). Op deze vragen gaan we dieper in vanuit individuele zorgpaden van een aantal cliënten in hoofdstuk 4.

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd en bronnen gebruikt:

- A. Analyse van beschikbare literatuur en data (voor een specificatie van gebruikte bronnen zie paragraaf 1.3).
- B. Interviews met zorgaanbieders in de voor het onderzoek geselecteerde gemeenten.
- C. Een gesprek met één cliënt en één naaste².
- D. Een groepsgesprek met een vertegenwoordiging van zorgkantoren en CIZ.
- E. Een groepsgesprek met een vertegenwoordiging van gemeenten.

Uit de gesprekken die we hebben gevoerd, aangevuld met data-analyse en documentstudie, is onze inschatting dat de resultaten in dit hoofdstuk een breed toepasbaar antwoord geven op de onderzoeksvragen. We hebben een variatie van zorgaanbieders uit verschillende gemeenten gesproken en de resultaten uit de gesprekken met zorgaanbieders voorgelegd aan zorgkantoren, CIZ en gemeenten. Op veel onderzoeksvragen kwam uit alle gesprekken een vergelijkbaar beeld. Daar waar de beelden van elkaar verschilden hebben we dit in de tekst aangegeven. Op het gebied van de Wmo zijn er door de beleidsvrijheid van gemeenten veel verschillen tussen gemeenten. Hierdoor zijn de bevindingen uit de kwalitatieve onderzoek niet representatief voor alle gemeenten. Ze geven wel een beeld van de in de praktijk voorkomende variatie. Het perspectief van cliënten en naasten geeft inkleuring aan de bevindingen maar kan door het beperkte aantal niet als representatief beschouwd worden.

In figuur 3 geven we een samenvatting van de antwoorden die we gevonden hebben bij de onderzoeksvragen. In het vervolg van dit hoofdstuk lichten we deze antwoorden toe.

² Het selecteren van (naasten van) cliënten via gemeenten en zorgaanbieders verliep moeizaam. Dit heeft te maken met aarzeling om deze kwetsbare doelgroep onnodig te belasten en met privacy-technische overwegingen. Een oproep via belangenvereniging MIND heeft een extra gesprek opgeleverd met een naaste van een cliënt.

Om welke cliënten gaat het en wat is de zorg- en ondersteuningsbehoefte van deze cliënten?			
Wat is het verschil tussen Wlz- en Wmo-clieënten?		Wat is het verschil in zorggebruik tussen Wlz- en Wmo-clieënten?	
Het type ggz-problematiek verschilt nauwelijks, wel het perspectief op zelfstandigheid. Daarnaast waren er financiële overwegingen: druk van gemeenten op uitstroom uit de Wmo		Wlz is gericht op nabijheid, veiligheid en continuïteit. De Wmo op vergroten van de zelfredzaamheid met afschaling en uitstroom als gevolg. In de Wlz kan door hogere tarieven benodigde kwaliteit van zorg geleverd worden. In de Wmo niet altijd	
Wie is de cliënt die naar de Wlz is overgegaan?	Wie is de cliënt die in de Wmo is gebleven?	Wat is het zorggebruik van de cliënt die naar de Wlz is overgegaan?	Wat is het zorggebruik van de cliënt die in de Wmo is gebleven?
<ul style="list-style-type: none"> Mensen met een lange (intramurale) zorghistorie Mensen waarvoor op aangeven van de gemeente een Wlz-indicatie is aangevraagd Mensen met een zeer beperkt netwerk Mensen die de zekerheid van zorg nodig hebben als vangnet Mensen met een dubbeldiagnose en/of multiproblematiek Mensen zonder woonvaardigheden De meeste mensen komen vanuit beschermd wonen op basis van Wmo naar de Wlz Meer mannen dan vrouwen 	<ul style="list-style-type: none"> Mensen met perspectief op zelfstandigheid en behalen van behandeldoelen Mensen die niet voldoen aan de Wlz-criteria Mensen die zorg mijden 	<ul style="list-style-type: none"> Veel mensen zijn op dezelfde plek gebleven, dat is vaak intramuraal De zorg is gericht op stabilisatie of ontwikkeling Zorggebruik wisselt in intensiteit, op geleide van wisselende zorgbehoefte De zorgaanbieder vervult een regiefunctie Integrale zorg Meer samenwerking in de keten Betere kwaliteit van zorg Meer somatische zorg Meer individuele zorg 	<ul style="list-style-type: none"> De zorg en ondersteuning is gericht op meedoen in de maatschappij en uitstroom De zorg en ondersteuning moet vaker inspelen op crisissituaties Dagbesteding is vaak extern Groepsbegeleiding is een belangrijk onderdeel De afgesproken tarieven zijn vaak te krap om passende zorg en ondersteuning te leveren De zorg en ondersteuning is vaker outreachend

Figuur 3. Samenvatting van de antwoorden op de in onderdeel A gestelde onderzoeksvragen

3.1 Wat is het verschil tussen Wlz- en Wmo-clieënten?

3.1.1 Waar komen de cliënten vandaan vóór instroom in de Wlz?

We beantwoorden de volgende deelvragen:

- Waar komen de cliënten vandaan?
- Wat is het onderscheid naar instroom vanuit de verschillende domeinen?

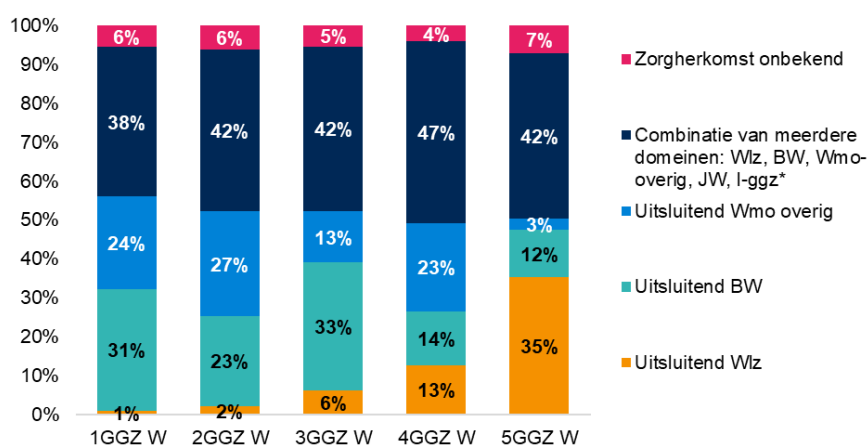
Uit de interviews kwam naar voren dat het grootste deel van de mensen dat in de Wlz is ingestroomd, al in beschermd wonen zat op basis van de Wmo. Een kleinere groep is ingestroomd vanuit begeleid wonen of vanuit ambulante (ondersteuning en) zorg³. Daarnaast is er een beperkte instroom vanuit de forensische zorg. Bij een deel van de mensen die al Wlz-zorg ontving op basis van een andere grondslag, is de grondslag gewijzigd in 'psychische stoornis'. Respondenten geven aan dat het bij een wijziging van de grondslag vooral gaat om mensen met een verstandelijke beperking en in mindere mate om mensen met een somatische aandoening (verpleging en verzorging).

De beschikbare data bevestigen dit beeld. Figuur 4 toont het domein van herkomst van GGZ-W-clieënten per Wlz-zorgprofiel. Voor elk zorgprofiel bestaat de grootste groep cliënten uit mensen die in 2020 uit meerdere domeinen zorg hebben ontvangen. Waarschijnlijk bevat deze categorie ook cliënten die gedurende 2020 zijn gewisseld van zorgdomein (bijvoorbeeld vanuit een ander domein naar de Wlz). Het aandeel cliënten dat in 2020 uitsluitend beschermd wonen ontving, varieert tussen de zorgprofielen (12% tot 33%). Deze percentages geven niet het totale aandeel beschermd wonen-clieënten weer (hierna: BW-clieënten) dat is doorgestroomd naar de Wlz. In totaal heeft 65% van de naar de Wlz doorgestroomde cliënten beschermd wonen ontvangen in 2020. Echter, veel van deze cliënten hebben ook ondersteuning uit een ander domein gehad en vallen daarom in de categorie 'Combinatie van meerdere domeinen'.⁴ In de meeste gevallen gaat het daarbij om een combinatie van beschermd wonen en Wmo-overig. Verder neemt het aandeel cliënten dat in 2020 uitsluitend zorg ontving uit de Wlz toe naarmate de zwaarte van het zorgprofiel toeneemt.

³ Overall waar we in deze rapportage spreken van zorg bedoelen we het geheel van ondersteuning en zorg zoals vanuit de Wmo en de Wlz geboden wordt.

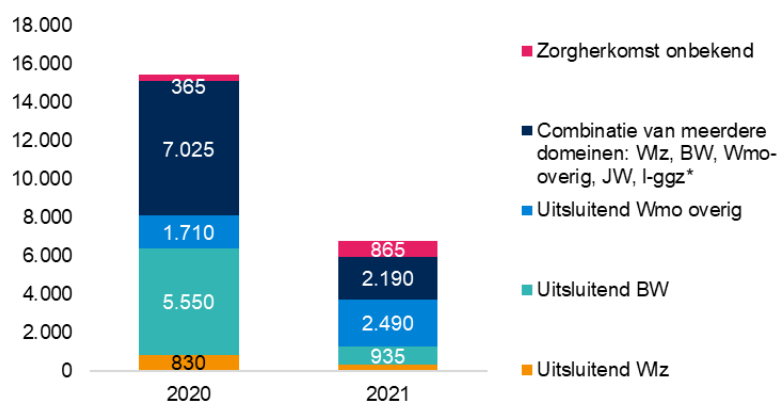
⁴ De groep 'Combinatie van meerder domeinen' is verder uitgesplitst in tabel 7 in de bijlage.

Dit zijn cliënten die vanuit een ander Wlz-zorgprofiel (bijvoorbeeld V&V, VG of GGZ-B) geherindiceerd zijn naar een GGZ-W-profiel.



Figuur 4: Domein van herkomst van GGZ-W-cliënten naar Wlz-zorgprofiel. Het domein van herkomst is gebaseerd op het zorggebruik in 2020⁵

Figuur 5 toont het domein van herkomst van ggz-cliënten uitgesplitst naar het jaar van aanvraag van de Wlz-indicatie. Hieruit blijkt dat voor de voormalige BW-cliënten voornamelijk in 2020 een aanvraag is gedaan. Voor de voormalige 'Wmo overig'-cliënten werd vaker (zowel in absolute als relatieve zin) een aanvraag gedaan in 2021.



Figuur 5: Domein van herkomst van GGZ-W-cliënten naar jaar van aanvraag. Het domein van herkomst is gebaseerd op het zorggebruik in 2020⁵

In de toekomst verwachten de geïnterviewden nog instroom vanuit de Wmo van mensen die begeleide daghulp met 24-uurs zorg nabij of op afroep ontvangen. De verwachting is dat voor een deel van deze groep Wlz-zorg op basis van een volledig pakket thuis (vpt) passender is. Daarnaast verwacht men nog instroom vanuit de specialistische en langdurige ggz (van GGZ-B naar GGZ-W) en vanuit het justitiële domein (forensische zorg). Voor beide domeinen geldt dat het gaat om een groep cliënten waarbij het perspectief verandert. Bij cliënten die vanuit de specialistische ggz instromen, geldt dat medisch herstel niet meer voorop staat en de behoefte aan sociaal en maatschappelijk herstel op de voorgrond komt. Bij cliënten die met een forensische achtergrond instromen geldt dat de strafrechtelijke titel afloopt waarna de behoefte aan sociaal en maatschappelijk herstel op de voorgrond komt.

⁵ Peildatum 31 december 2021. In de categorie 'Combinatie van meerdere domeinen' zitten mogelijkwerwijs ook cliënten die alleen zorg ontvingen uit ofwel de Jeugdwet ofwel de I-ggz. Deze cliënten zijn niet nader te onderscheiden.

3.1.2 Wie is de cliënt die naar de Wlz is overgegaan en wie is de cliënt die in de Wmo is gebleven?

1. Verschil in perspectief op zelfstandigheid en verschil in leeftijd

Uit de gevoerde gesprekken kwam als belangrijkste verschil tussen de mensen in de Wmo en de Wlz het perspectief op zelfstandigheid naar voren. Dit sluit aan bij de kern van beide wetten: de Wlz is bedoeld voor mensen die levenslang en levensbreed zorg nodig hebben en de Wmo is gericht op (uiteindelijk) zelfstandig wonen en kunnen meedoen in de maatschappij.

Respondenten schatten het perspectief op zelfstandigheid, participatie in de maatschappij en het behalen van (behandel)doelen die hierop gericht zijn positiever in bij mensen die in de Wmo zijn gebleven of geven aan dat hier nog zodanige twijfel over bestaat dat de Wlz niet passend is. Dat wil niet zeggen dat zorgaanbieders geen mogelijkheden voor ontwikkeling of verbetering meer zien voor mensen die Wlz-zorg ontvangen, maar de potentiële ontwikkelruimte is beperkt of ligt niet op het vlak van zelfstandigheid.

Een logisch gevolg hiervan is dat relatief wat **jongere mensen** vaker in de Wmo zijn gebleven, omdat bij deze mensen vaker twijfel bestaat of alle mogelijkheden wat betreft behandeling en ondersteuning al geprobeerd zijn. In de BW-doelgroep van de Wmo is 57% 36 jaar of jonger tegenover 11% in de Wlz. Uit één van de gesprekken kwam naar voren dat binnen de Wmo een zorgaanbieder probeert jongeren zo veel mogelijk buiten een BW-locatie ondersteuning te bieden. Dat kan volgens hen op termijn de instroom in de Wlz verminderen.

Soms speelden bij jongeren ook principiële redenen een rol bij de afweging om geen Wlz-indicatie aan te vragen. Sommige zorgaanbieders hebben onterecht het gevoel dat de mogelijkheden voor ontwikkeling in de Wlz beperkt zijn of geven aan dat de Wlz stigmatiserend kan werken. Ze hebben het gevoel de cliënt met de doorstroom naar de Wlz hoop te ontnemen (de Wlz als 'eindstation'). Gemeenten voegen hieraan toe dat de overgang naar de Wlz mogelijk een risico op hospitalisering met zich meebrengt omdat de indicatie levenslang is. Soms spreken cliënten zelf hun voorkeur uit voor ondersteuning vanuit de Wmo.

Als voorbeelden van mensen met een perspectief op zelfstandigheid noemden onze gesprekspartners naast jongeren ook mensen met actieve *verslavingsproblematiek* die niet uitbehandeld zijn (bijvoorbeeld omdat ze nog niet in een afkickkliniek zijn opgenomen) en mensen die vanuit de maatschappelijke opvang zijn ingestroomd in de Wmo.

Mensen die zijn ingestroomd vanuit de Wlz zijn vaak mensen met een *lange (intramurale) zorghistorie*. Ze ontvingen behandeling of begeleiding van meerdere zorginstellingen. Zorgaanbieders hebben het gevoel dat alle mogelijkheden die er zijn op zorg- en ondersteuningsgebied zijn uitgeprobeerd zonder (blijvend) effect. Hierdoor is duidelijk dat zelfstandigheid en terugkeer in de maatschappij geen reëel perspectief (meer) is.

Uit de gevoerde gesprekken kwam vaak naar voren dat de groep mensen die is ingestroomd in de Wlz niet per definitie een zwaardere zorgbehoefte heeft. Er is ook een groep cliënten die redelijk zelfstandig functioneert en eenvoudige taken zoals koken zelfstandig kan uitvoeren. Op onderdelen kunnen deze cliënten echter nooit volledig zelfstandig functioneren. Om welke onderdelen dit gaat verschilt per cliënt, sommige cliënten kunnen hun zelfzorg onvoldoende volhouden, andere cliënten zijn te goed van vertrouwen, waardoor er makkelijk misbruik van ze gemaakt kan worden en weer andere cliënten moeten op alle levensgebieden continu geactiveerd en gestimuleerd worden. Deels heeft dit ook te maken met contextvariabelen (zie hieronder) waardoor deze cliënten blijvend de zekerheid van zorg als vangnet nodig hebben. Zorgaanbieders zagen deze cliënten niet altijd als potentiële Wlz-doelgroep. Op aangeven van gemeenten is voor deze cliënten in een aantal gevallen in een later stadium een Wlz-indicatie aangevraagd. Deze aanvragen zijn volgens de geïnterviewde zorgaanbieders grotendeels gehonoreerd door CIZ.

2. Verschil in context

Mensen met beperkte *woonvaardigheden*, waaronder dak- en thuisloze mensen, van wie de verwachting is dat zij deze niet in die mate ontwikkelen die nodig is om zelfstandig(er) te wonen stroomden vaker door naar de Wlz, blijkt uit de

gesprekken met zorgaanbieders. Een enkele zorgaanbieder geeft aan dat het hierbij ook kan gaan om een groep mensen die relatief vaak overlast veroorzaakt, waardoor het draagvlak om deze mensen te laten terugkeren naar woonvormen of zelfstandige woningen in de wijk laag is. Daarnaast hebben mensen die in de Wlz zijn ingestroomd vaker een zeer beperkt *sociaal netwerk* of zij hebben een betrokken sociaal netwerk waarop beperkt een beroep kan worden gedaan. Dit lijkt samen te hangen met de lange zorghistorie. Naasten hebben vaak meerdere (soms vele) cycli van verergerende psychiatrische problematiek, opname, (gedeeltelijk) herstel, uitstroom en terugval meegemaakt en zijn minder of niet meer bereid om te fungeren als vangnet of mantelzorger. Daarnaast zijn door de relatief hoge leeftijd van de Wlz-doelgroep hun ouders vaak zelf te oud om voor hen te zorgen.⁶ Dit beperkte netwerk maakt dat een kernaspect van de Wmo, het benutten van de kracht van een sociaal netwerk, bij deze doelgroep niet ingezet kan worden en doorstromen naar lichtere vormen van zorg niet mogelijk is. Of mensen intramuraal verblijven of extramuraal zorg ontvangen lijkt in mindere mate samen te hangen met het al dan niet aanwezig zijn van een belastbaar netwerk.

3. De behoefte aan zekerheid en veiligheid speelt een rol bij het aanvragen van een Wlz-indicatie

De mensen die zijn ingestroomd in de Wlz hebben in principe de rest van hun leven zorg nodig. Deze zorg is deels niet-planbaar waardoor 24 uur per dag nabijheid van zorg belangrijk is. Zorgaanbieders geven aan dat de problematiek zodanig is dat volledig 'loslaten' niet mogelijk is. Mensen hebben vaak een beperkt ziekte-inzicht en kunnen niet inschatten wanneer zij hulp moeten inschakelen, waardoor er op hen gelet moet worden.

Daarbij hebben ze de zekerheid nodig dat de zorg en ondersteuning gecontinueerd wordt, zonder tussentijdse spanningen rondom herindicaties. Dat geeft hen de benodigde veiligheid en rust om te werken aan de gestelde doelen. Onder andere bij mensen met problematiek op het autistisch spectrum kan dit het geval zijn.

Omdat er bij de Wlz-doelgroep, met vaak complexe problematiek, altijd een risico bestaat op decompenseren is het snel kunnen op- en afschalen van zorg belangrijk. Dat kan in de Wlz soepeler geregeld worden dan in de Wmo. In de Wlz kan dit binnen eenzelfde indicatie, vaak door dezelfde zorgaanbieder, en zonder wachtlijst. In de Wmo is hiervoor volgens een aantal gesprekspartners vaak een extra indicatie nodig en zijn er wachtlijsten, waardoor het risico bestaat dat de zorg te laat komt. Zorgaanbieders benoemen dat cliënten dit zelf ook zien als tekortkoming van de Wmo. Ook de cliënt die wij in het kader van dit onderzoek hebben gesproken, geeft aan dat minder intensieve ondersteuning en begeleiding (op termijn) wellicht mogelijk is, maar dat het risico op escalatie bij een terugval afschrikt, omdat er dan niet snel genoeg intensievere hulp beschikbaar is.

4. Mensen met een dubbele diagnose en/of multiproblematiek zijn vaker in de Wlz ingestroomd

Bij mensen die naar de Wlz zijn overgegaan, is volgens de geïnterviewden vaker sprake van een dubbele diagnose of multiproblematiek dan bij cliënten die in de Wmo zijn gebleven. Door deze combinatie van problematieken en diagnoses ontvingen ze voor de Wlz vaak ondersteuning en zorg vanuit meerdere financieringsdomeinen (zie ook figuur 4). Deze dubbele diagnoses of multiproblematiek leiden niet per se tot een zwaardere zorgbehoefte maar het maakt wel dat het zelfstandig functioneren vaker geen realistisch perspectief is.

Bij een dubbele diagnose gaat het om mensen die naast een psychische stoornis ook een verstandelijke beperking hebben of somatische of psychogeriatrische problemen ervaren als gevolg van ouderdom. Een deel van deze mensen voldeed voor de wetwijziging al aan de Wlz-criteria maar kreeg hiertoe geen toegang omdat de psychische stoornis voorliggend was. Onder deze groep vallen ook mensen bij wie er sprake is van een verstandelijke beperking die na het 18^e levensjaar is ontstaan of bij wie niet duidelijk is of de beperking voor het 18^e levensjaar is ontstaan, of omdat niet te achterhalen was welke grondslag voorliggend was. Een ander deel van de mensen met een dubbele diagnose had voor de wetwijziging al een Wlz-indicatie maar is van grondslag veranderd na de wetwijziging (van somatische en/of psychogeriatrische aandoening en/of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap naar psychische stoornis,

⁶ De leeftijdsverdeling van GGZ-W-cliënten is weergegeven in tabel 8 in de bijlage.

zie paragraaf 2.1.1). Uit onderzoek van HHM⁷ blijkt dat bij 60% van de mensen die nieuw ingestroomd zijn in de Wlz er naast een psychische stoornis ook sprake is van andere grondslag. Er zijn echter ook andere cijfers bekend, zo blijkt uit onderzoek van CIZ dat er een groep van 60% is met enkel psychiatrische problematiek, over het algemeen wel met meerdere diagnoses binnen dit domein (binnen de ggz en/of daarbuiten). Als we deze cijfers combineren, dan is er bij 40 tot 60% van de mensen die instromen in de Wlz sprake van een dubbele grondslag en zeker 60% met dubbele diagnoses (binnen de ggz en/of daarbuiten).

Met multiproblematiek bedoelen de geïnterviewden verschillende diagnoses in het psychiatrische domein naast elkaar. Veel geïnterviewden noemen schizofrenie als relatief veel voorkomende diagnose (aandoening) bij de doelgroep en in mindere mate bipolaire stoornissen, autisme en ernstige, chronische depressies in combinatie met andere kwetsbaarheden. Dat vertaalt zich met enige regelmaat in gedrag als agressie en zelfmutilatie. Schizofrenie is bij mensen binnen de groep met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) de meest voorkomende diagnose. Ook de andere diagnoses die de geïnterviewden hebben genoemd komen veel voor binnen de EPA-groep.³

Zoals we eerder in deze paragraaf ook hebben geconstateerd, is de Wlz-doelgroep gemiddeld ouder dan de groep die in de Wmo is gebleven. In de Wlz is 43% van de ggz-doelgroep 57 jaar of ouder⁸, tegenover 16% van de BW-doelgroep in de Wmo. De hogere en steeds hoger wordende leeftijd (door een hogere leeftijdsverwachting) zijn deels een verklaring voor het samengaan van psychische en somatische problematiek bij de mensen in de Wlz. Daarnaast treden ouderdomsklachten bij mensen met psychische problematiek eerder op dan bij mensen zonder psychische problematiek, bijvoorbeeld door het gebruik van bepaalde soorten medicatie.

5. Zorgmijders blijven in de Wmo

Er is een groep mensen die niet openstaat voor een gesprek over de Wlz of wantrouwend is en geen handtekening wil zetten onder de Wlz-aanvraag. Voor deze mensen kon om die reden geen Wlz-indicatie aangevraagd worden. Onder deze groep vallen ook de mensen die zorg in zijn algemeenheid mijden. Voor deze mensen is de Wmo vaak passender omdat zij met een outreachende werkwijze soms nog wel bereikt kunnen worden. Zorgkantoren geven aan dat de mogelijkheden hiertoe binnen de Wlz beperkt zijn.

6. De Wlz-zorgprofielen zijn herkenbaar voor zorgaanbieders

Het door CIZ geïndiceerde zorgprofiel is in de meeste gevallen herkenbaar voor zorgaanbieders. De omschrijvingen bij de zorgprofielen en de door CIZ ontwikkelde persona's geven zorgaanbieders voldoende houvast om in te schatten welk profiel het beste past bij een cliënt en op basis hiervan invulling te geven aan de zorg. De respondenten geven dan ook aan dat de profielen die zij hebben aangevraagd over het algemeen ook zijn toegekend. De zorgaanbieders die we in het kader van dit onderzoek hebben gesproken verlenen niet of nauwelijks zorg aan mensen met zorgprofiel 5 (5 GGZ-W), omdat ze niet aan de eisen voldoen die daarvoor gelden. Omdat de zorg bij deze aanbieders aanvankelijk niet gericht was op beveiligd wonen, vraagt het veel van hen qua organisatie om cliënten met 5 GGZ-W op te nemen. De zorgaanbieders die betrokken zijn bij dit onderzoek en dat wel doen, hebben maar enkele plekken beschikbaar. Zij verwachten dat deze groep in de toekomst gaat groeien door uitstroom vanuit het justitieel domein. Enkele gesprekspartners noemen zorgprofiel 3 een verzamelprofiel met een grote variatie in de zorgbehoefte van cliënten. Dit lijkt niet te liggen aan onduidelijkheid in de criteria voor zorgprofiel 3, maar eerder aan een profiel dat door de component 'gedragsregulering' meer omvattend is dan bijvoorbeeld 1 GGZ-W en 2 GGZ-W.

⁷ Onderzoek omvang doelgroep ggz-WLZ (HHM, 2017.pdf)

⁸ Bij mensen met psychische stoornissen treden ouderdomsklachten eerder op dan bij andere mensen, daarom vergelijken we de groep vanaf 57 jaar.

3.1.3 Wat was aanleiding voor het aanvragen van een Wlz-indicatie en wat heeft het opgeleverd?

1. Het ontbreken van perspectief op zelfstandigheid was vaak de aanleiding

Alle zorgaanbieders die we gesproken hebben, hebben vanuit de zorg- en ondersteuningsbehoefte van cliënten bekeken welk financieringsdomein (Wmo of Wlz) het best passend is. Een lange zorghistorie, als indicatie voor het ontbreken van een perspectief op zelfstandigheid, was voor veel respondenten de reden voor het aanvragen van een Wlz-indicatie. Onder deze groep vallen de mensen die voor de invoering van de Wlz onder de Awbz ggz-zorg ontvingen (GGZ-C) en met de invoering van de Wlz zijn overgegaan naar de Wmo. Respondenten geven aan dat het bij de introductie van de openstelling van de Wlz voor mensen met een psychische grondslag gelijk duidelijk was dat deze zogenaamde GGZ-C-doelgroep grotendeels voldeed aan de Wlz-criteria en (min of meer) integraal overgeheveld zou worden. Daarnaast valt een groot deel van de *mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen* (EPA) onder deze groep. Van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening valt 43% 6 jaar of langer in de EPA-groep.⁹

2. Het initiatief voor het aanvragen van een indicatie lag meestal bij zorgaanbieders

Meestal hebben zorgaanbieders het initiatief genomen om een indicatie aan te vragen. Begeleiders hebben vaak per cliënt bekeken of de Wlz ('in de kern') passend is en of de cliënt in aanmerking komt voor de Wlz aan de hand van de criteria van CIZ. In dit proces hebben de zorgaanbieders waar nodig afgestemd met CIZ en/of met zorgkantoren. De meeste zorgaanbieders die we spraken zijn begonnen met hun BW-cliënten en/of cliënten bij wie het duidelijk was dat ze voor de Wlz in aanmerking kwamen.

3. Gemeenten hadden vaak ook een rol bij het aanvragen van Wlz-indicaties

De meeste geïnterviewden noemen de rol van de gemeenten bij het bepalen voor welke mensen een Wlz-indicatie is aangevraagd. Gemeenten hebben soms van zorgaanbieders gevraagd voor alle mensen die lang (bijvoorbeeld vanaf twee jaar) in een BW-locatie verbleven, een Wlz-indicatie aan te vragen. Diverse gemeenten hanteren volgens de geïnterviewde zorgaanbieders ook nu het beleid dat het verblijf in beschermd wonen (in het kader van de Wmo) maximaal twee jaar kan duren.

In de gesprekken hebben we vaak gehoord dat gemeenten daarvoor in meerdere gevallen het argument gebruikten dat de Wlz voorliggend is aan de Wmo¹⁰. Hierdoor is bij sommigen het gevoel ontstaan dat mensen soms onterecht in de Wlz terecht zijn gekomen. Aan de andere kant zou je uit het feit dat volgens de geïnterviewde zorgaanbieders CIZ weinig Wlz-aanvragen van zorgaanbieders heeft afgewezen, kunnen afleiden dat deze mensen aan de Wlz-criteria voldoen. Uit het gesprek met gemeenten kwam de toevoeging dat één van de gemeenten de indicaties van CIZ niet altijd als consequent heeft ervaren. Bij sommige cliënten hield CIZ volgens hen strak vast aan het criterium dat er sprake moet zijn van een blijvende zorgbehoefte met 24-uurs toezicht of nabijheid van zorg. Bij andere cliënten hebben ze dit criterium in de beleving van de betreffende gemeente minder strak gehanteerd. Dit maakte het voor de betreffende gemeente lastig om een eenduidige toets te doen, waardoor ze er soms voor gekozen hebben cliënten aan CIZ voor te leggen ook als zij niet zeker waren of deze voor de Wlz in aanmerking zouden komen.

Uit de in juni verschenen Monitor Zorggebruik ggz-wonen¹¹ komt naar voren dat met name in zorgprofiel ggz-wonen 3 er een grote spreiding is in zorgkosten bij zorg die via een modulair pakket thuis (mpt) bekostigd wordt (van gemiddeld € 14,26 per dag voor de laagste 10% tot € 174,77 per dag voor de hoogste 10%). Daarnaast ziet de Nza cliënten die zorg middels een mpt geleverd krijgen en alleen huishoudelijke hulp krijgen, terwijl de ggz-wonen-profielen indicaties voor een intensieve zorgvraag zijn. Hoewel de oorzaak hiervan nog onbekend is, kan de afwezigheid van

⁹ Factsheet ernstige psychiatrische aandoeningen, Vektis, 9-2-2022.

¹⁰ Dat de Wlz voorliggend is, betekent dat wanneer iemand een Wlz-indicatie heeft de zorg die onder de Wlz-aanspraak valt vanuit de Wlz gefinancierd dient te worden. Het betekent niet dat iemand eerst een Wlz-indicatie moet aanvragen voordat een beroep op de Wmo gedaan kan worden.

¹¹ [Monitor Zorggebruik GGZ-Wonen cliënten in de Wlz - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#), Nza, 21-6-2022.

kostenhomogeniteit, door de daarmee samenhangende verschillen in zorgzwaarte, het gevoel voeden dat CIZ niet consequent is geweest bij het stellen van indicaties.

4. Rust en zekerheid zijn belangrijke voordelen van de Wlz

Als belangrijkste voordelen voor de cliënten van de overgang naar de Wlz komen vooral de rust en zekerheid over toekomstige zorg en begeleiding (geen herindicaties) en de mogelijkheid van op- en afschalen van zorg naar voren. Een ander genoemd voordeel van de Wlz is dat mensen makkelijker naar een andere gemeente kunnen verhuizen voor zorg als daar zorgaanbod beschikbaar is dat beter past bij hun zorgbehoefte. Daarnaast noemen zorgaanbieders dat ze door de hogere tarieven in de Wlz beter in staat zijn de zorg te leveren die mensen nodig hebben. Zoals ook blijkt uit onderdeel B van ons onderzoek liggen de tarieven in de Wlz veelal een stuk hoger dan in de Wmo. Daarbij geven meerdere zorgaanbieders aan dat de afgesproken tarieven in de Wmo het niet altijd goed mogelijk maken de zorg te leveren die nodig is. Gemeenten herkennen dit niet. Een enkele gemeente heeft de Wmo-tarieven recent verhoogd, maar daar waren andere redenen voor die losstaan van dit signaal.

Ook de cliënt die we voor dit onderzoek gesproken hebben, geeft aan dat er in de Wlz meer ruimte voor specifieke ondersteuning is, niet alleen gericht op zorg, maar in dit geval ook op welzijn. Deze ondersteuning was eerder ook al nodig, maar kon toen niet binnen de afgegeven indicatie geleverd worden.

5. Een enkele gesprekspartner ziet ook nadelen van de Wlz

Een enkele gesprekspartner noemde als nadeel dat de Wlz haaks staat op de visie van herstelgerichte zorg. Aan de andere kant noemen respondenten ook dat de Wlz gericht is op herstel met daarmee samenhangende afschaling van zorg (waar mogelijk). Dit herstel is weliswaar niet gericht op volledige zelfstandigheid maar wel op meer zelfstandigheid binnen de Wlz (bijvoorbeeld naar een lager zorgprofiel of zelfstandig(er) wonen met een vpt). Dit verschil van interpretatie van het gedachtegoed van de Wlz is bekend bij zorgkantoren. Zij geven aan in te zetten op de bekendheid van de mogelijkheden (en wenselijkheid) om in te zetten op herstel en ontwikkeling passend bij de mogelijkheden en het tempo van de cliënt.

Gemeenten ervaren nog een ander nadeel van de Wlz: zij geven aan weinig zicht te hebben op kwaliteit van zorg en weinig sturingsmogelijkheden als de kwaliteit onder de maat blijkt. Voor gemeenten is dit een andere positie, die met name 'scheef' voelt omdat het vaak om cliënten gaat die bij dezelfde zorgaanbieder zorg ontvangen als eerder onder de Wmo, waarbij de gemeente nog wel toezicht kon houden.

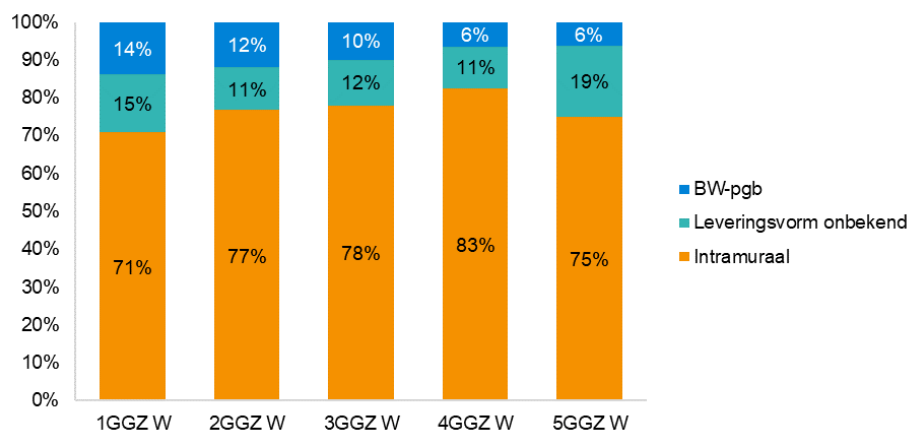
3.2 Wat is het verschil in zorggebruik tussen Wlz- en Wmo-cliënten?

Uit de gesprekken kwam naar voren dat zorgaanbieders altijd per cliënt bekijken wat de best passende zorg is, ongeacht het financieringsdomein. Ondanks het feit dat de meeste mensen met een Wlz-indicatie op dezelfde plek zijn blijven wonen, komen er toch verschillen naar voren tussen het zorggebruik in de Wlz en het zorggebruik in de Wmo. De Wlz is gericht op nabijheid, veiligheid en continuïteit en de Wmo meer op het vergroten van de zelfredzaamheid met (uiteindelijk) afschaling van zorg en uitstroom als gevolg. Dit heeft invloed op de invulling van de dagelijkse zorgverlening. In de Wlz is volgens zorgaanbieders door de hogere tarieven meer ruimte om de gewenste kwaliteit van zorg te leveren, terwijl dit in de Wmo niet altijd het geval is. In deze paragraaf gaan we in op de verschillen die uit de gesprekken naar voren zijn gekomen.

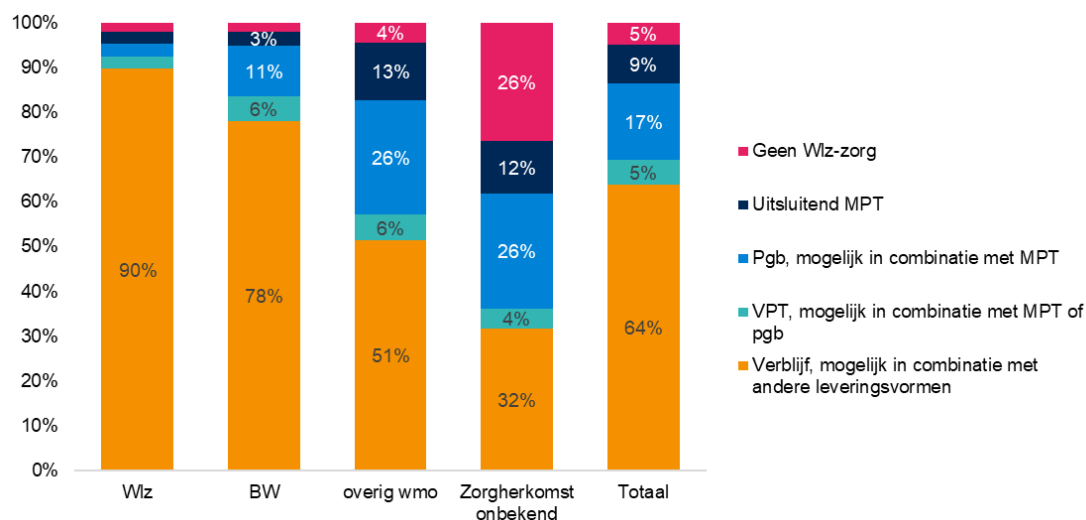
1. De meeste mensen met een Wlz-indicatie ontvangen hun zorg nog op dezelfde plek

Mensen die zijn overgegaan naar de Wlz ontvangen in de meeste gevallen nog op dezelfde plek zorg als voordat ze een Wlz-indicatie kregen. Over het algemeen is dat in een intramurale BW-voorziening. Voor deze cliënten was de overgang naar de Wlz min of meer een administratieve omzetting. Sommige mensen zijn doorgestroomd naar een beter passende plek waarvoor een Wlz-indicatie een vereiste was (bijvoorbeeld een zorgboerderij gespecialiseerd in autisme) of zelfstandiger gaan wonen met zorg op basis van vpt of mpt.

De bevindingen uit de gesprekken met aanbieders worden ondersteund door de kwantitatieve analyses. Bijna twee derde (65%) van de naar de Wlz doorgestroomde cliënten woonde in (een deel van) 2020 in een BW-voorziening. Voor 76% van de cliënten was deze zorg intramuraal georganiseerd en voor 11% verliep dit via een persoonsgebonden budget. Voor de overige 13% van de cliënten is de leveringsvorm (van het beschermd wonen) onbekend. In figuur 6 zijn deze percentages verder uitgesplitst per Wlz-zorgprofiel. Daarnaast geeft figuur 7 de verdeling van Wlz-cliënten over de leveringsvormen weer, uitgesplitst naar domein van herkomst.



Figuur 6: Leveringsvorm van beschermd wonen in 2020 voor cliënten die zijn overgegaan van beschermd wonen naar Wlz. Het figuur is uitgesplitst naar Wlz-zorgprofiel



Figuur 7: Wlz-leveringsvorm uitgesplitst naar domein van herkomst van de cliënt

2. Gerichtheid op meedoen in de maatschappij en uitstroom versus stabilisatie en ontwikkeling

In de Wmo is de zorg gericht op meedoen in de maatschappij en uitstroom. Ondersteuning vanuit de Wmo is door het toewerken naar zelfstandigheid vaak intensiever dan zorg vanuit de Wlz, met name bij de start van de zorg wanneer het stabiliseren van mensen veel tijd vraagt. Een onderdeel van de Wmo-ondersteuning is het begeleiden van cliënten bij de beweging naar buiten. Bijvoorbeeld door samen te fietsen of een busreis te maken en cliënten begeleiden naar een zinvolle daginvulling waaronder werk.

Het toewerken naar zelfstandigheid gaat soms gepaard met crisissituaties waarvoor de in de Wmo afgesproken tarieven volgens enkele geïnterviewde zorgaanbieders niet passend zijn¹². Gemeenten voegen hieraan toe dat het niet zo is dat alle mensen die veel zorg ontvangen, zijn overgegaan naar de Wlz. Net als veel zorgaanbieders geven zij aan dat cliënten over de hele linie van intensieve ambulante ondersteuning tot intramurale BW zijn overgegaan naar de Wlz.

Mensen met zorg vanuit de Wmo ontvangen hiernaast vaak ook nog behandeling (vanuit de Zvw) waarin zij naar verbetering toewerken. In de loop van de tijd neemt het zorggebruik meestal af en wordt het meer planbaar. Uitstroom richting meer ambulante vormen van ondersteuning is een belangrijk perspectief voor de Wmo-doelgroep. Dit is soms niet mogelijk vanwege woningnood. Daarnaast geven zorgaanbieders aan dat de benodigde zorg met name ambulant lastig te organiseren is binnen de afgesproken Wmo-tarieven.

De Wlz-zorg is niet gericht op volledige zelfstandigheid maar op stabilisatie en ontwikkeling binnen de Wlz. Om dit te bereiken is voor de Wlz-doelgroep veiligheid en nabijheid van zorg belangrijk. De begeleiding voor mensen die Wlz-zorg ontvangen is 24 uur per dag bereikbaar, ook bij begeleiding thuis. Gemeenten voegen hieraan toe dat een tijdelijke behoefte aan 24-uurs toezicht vanuit de Wmo gerealiseerd kan worden waarbij iemand op afroep aanwezig kan zijn. Voor veel gemeenten is dit dus niet direct een onderscheidend criterium. In de Wlz hebben aanbieders de 24-uurs zorg veelal dichterbij de cliënt georganiseerd. De blijvend benodigde 24-uurs zorg in de nabijheid, heeft ertoe geleid dat veel zorgaanbieders (extra) nachtdiensten zijn gaan inzetten voor de Wlz-doelgroep.

Een belangrijk onderdeel van het bieden van een gevoel van veiligheid is dat mensen met een Wlz-indicatie niet tijdelijk door de zorgaanbieder weggestuurd kunnen worden. Een Wlz-aanbieder heeft immers zorgplicht. In de Wmo gebeurt dit soms wel als een cliënt zich niet aan afspraken houdt en de situatie onhoudbaar is. Sommige gemeenten spreken vanuit de Wmo ook een zorgplicht af met zorgaanbieders. Een zorgaanbieder geeft aan dat ze ervaren dat aanbieders door de zorgplicht in de Wlz terughoudend zijn om een complexe cliënt van andere aanbieder over te nemen, ook als die plek beter past bij de problematiek van de cliënt.

Wlz-zorg is levensloopbestendig en er kan binnen eenzelfde indicatie op- en afgeschaald worden als de zorgbehoefte daar om vraagt. Dat vraagt om flexibiliteit in het aanbod van zorgaanbieders. Sommige zorgaanbieders geven dit vorm in samenwerking met andere aanbieders.

Met vpt en mpt zijn er mogelijkheden tot meer zelfstandig wonen binnen de Wlz (van beschermd wonen naar beschermd en zelfstandig wonen met zorg in de nabijheid). Voor een deel van de Wlz-doelgroep is dit een passend perspectief. Dit geldt niet alleen voor mensen die op onderdelen zelfstandig (kunnen leren) functioneren al dan niet met hulp van hun sociale netwerk, maar ook voor mensen die 'groepsongeschikt' zijn. Voor een ander deel van de Wlz-doelgroep is stabilisatie het hoogst haalbare doel. De rust van een Wlz-indicatie waarmee passende zorg op een passende plek altijd beschikbaar is, draagt daaraan bij.

Tot slot geven veel zorgaanbieders aan dat in de Wlz meer ruimte is voor maatwerk, waarbij de zorg vaak meer individueel gericht is. In de Wmo speelt groepsbegeleiding relatief een grotere rol.

3. De coördinatiefunctie ligt in de Wlz bij de zorgaanbieder en in de Wmo ligt dit meer bij de cliënt

Gesprekspartners gaven aan dat door de doelstellingen van de Wmo vanaf de start van de zorgverlening de coördinatie waar mogelijk bij de cliënt zelf ligt. Waar een cliënt hiertoe niet in staat is kan een zorgaanbieder dit tijdelijk overnemen. Ook wanneer er meerdere zorgverleners betrokken zijn, vervult de zorgaanbieder niet vanzelfsprekend een coördinerende functie. In de Wlz ligt de coördinatiefunctie daarentegen bij de zorgaanbieder. De mensen met Wlz-zorg

¹² Het voorzien in ondersteuning bij crisissituaties ligt op het grensvlak met de Zvw. Afhankelijk van de aard van de crisis en wat nodig is valt de zorg, ondersteuning en behandeling onder de Wmo of de Zvw. De opmerkingen in deze rapportage over crisis gaan over de ondersteuning vanuit de Wmo in crisissituaties.

kunnen zelf de coördinatiefunctie niet in voldoende mate vervullen en hebben de inzet van de zorgaanbieder dan ook nodig. Dat was voor een deel van deze cliënten eerder waarschijnlijk ook al het geval, waardoor de coördinerende rol niet of onvoldoende werd ingevuld. Sommige zorgaanbieders ervaren het dan ook als een voordeel dat zij expliciet de verantwoordelijkheid van coördinator krijgen toebedeeld voor hun Wlz-cliënten. Het pakken van de coördinerende rol is nieuw voor de ggz-aanbieders die voor de openstelling van de Wlz voor cliënten met langdurige psychische problematiek geen Wlz-zorg verleenden. Bij sommige zorgaanbieders moet dit nog invulling krijgen.

4. In de Wlz is één zorgaanbieder verantwoordelijk voor de integrale zorg

Cliënten met een Wlz-indicatie hebben met deze indicatie recht op een integraal pakket¹³. De zorgaanbieder die het grootste deel van de Wlz-zorg levert, dient ervoor te zorgen dat de cliënt integrale zorg ontvangt. Vanuit die verantwoordelijkheid is er in de Wlz onder andere meer aandacht voor zingeving en geestelijk welzijn vanuit de zorgaanbieder. Met name bij de doelgroep met dubbelproblematiek is dagbesteding een belangrijk deel van de Wlz-zorg. In de Wlz wordt dagbesteding meestal door de Wlz-aanbieder zelf ingevuld.

Als een Wlz-cliënt op verschillende gebieden problemen heeft (bijvoorbeeld psychisch in combinatie met ouderdom of een licht verstandelijke beperking) is er in de praktijk soms veel discussie over bij wie de cliënt het beste past en welke zorgaanbieder verantwoordelijk is voor het vormgeven van de integrale zorg. Naast zorginhoudelijke overwegingen spelen randvoorwaardelijke zaken, zoals wachtlijsten en een tekort aan personeel, ook een rol in het al dan niet in zorg nemen van een nieuwe cliënt.

Ook de Wmo heeft als doelstelling het leveren van levensbrede zorg en ondersteuning. Het verschil met de Wlz is dat daar in de Wmo meestal meerdere indicaties voor nodig zijn en dat er meerdere aanbieders van zorg en ondersteuning betrokken zijn. Als voordeel hiervan noemen enkele zorgaanbieders dat in de Wmo externe dagbesteding makkelijker te realiseren is dan voor cliënten die Wlz-zorg ontvangen.

5. Wlz-aanbieders zijn meer gaan samenwerken in de keten

Zorgaanbieders zijn voor hun Wlz-doelgroep meer gaan samenwerken in de keten, waaronder met ggz-behandelklinieken, huisartsen en thuiszorg. Dat komt voort uit hun coördinatiefunctie in combinatie met de integrale zorg die onder de Wlz valt en de financiële ruimte die er in de Wlz is om de benodigde zorg te organiseren. De zorgkantoren hebben in hun inkoopbeleid opgenomen dat ook als een Wlz-aanbieder zelf geen behandeling levert aan de Wlz-doelgroep, ze wel verantwoordelijk zijn voor de coördinatie.¹⁴ Het garanderen van de mogelijkheid om snel te kunnen op- en afschalen is een andere reden voor de uitbereiding van de ketensamenwerking. Daarnaast hebben zorgaanbieders soms afspraken gemaakt met onderaannemers om voor een cliënt integraal de best passende zorg te realiseren. Dit geldt in belangrijke mate voor mensen die hun Wlz-zorg invullen met een mpt. Een enkele zorgaanbieder geeft aan het contracteren van veel onderaannemers lastig te vinden. Deze administratieve bijkomstigheid van meer samenwerking is voor sommige aanbieders nieuw.

Doordat bij sommige zorgaanbieders een groot deel van het cliëntenbestand is overgegaan naar de Wlz is het mogelijk dat hun positie ten opzichte van andere aanbieders verandert. Een zorgaanbieder die in de Wmo een kleine speler was is soms in de Wlz (over gemeenten heen) een grotere speler geworden. Dit geeft een impuls aan de rol die zij in de keten kunnen vervullen.

6. Wlz-aanbieders hebben geïnvesteerd in de kwaliteit

Zorgaanbieders hebben de hogere tarieven in de Wlz naar eigen zeggen gebruikt om te investeren in de kwaliteit van hun dienstverlening, locatie, uitbreiding van personeel (in aantallen en kwaliteit) en het opzetten of intensiveren van

¹³ Hieronder vallen verblijf, begeleiding, verpleging, verzorging, specifieke (para)medische zorg, hulpmiddelen, dagbesteding, huishoudelijke hulp en vervoer.

¹⁴ Aanvulling voor 2023 op het Inkoopkader Wet langdurige zorg 2021-2023, Zorgverzekeraars Nederland, 30 juni 2022.

nachtzorg. Ze hebben de zorg onder andere passend gemaakt voor mensen met dubbelproblematiek, waarbij zorgkantoren meedenken over innovatie. Door de lichamelijke zorg die de ggz-doelgroep in de Wlz vaak nodig heeft, hebben zorgaanbieders medewerkers aangenomen met somatische expertise (verpleging en verzorging). Ook al werken ze samen met andere zorgprofessionals, dan nog is er expertise op de locaties nodig om proactief te kunnen signaleren of er lichamelijke problematiek speelt waarvoor aanvullende zorg is.

Daarnaast zijn ze op locaties waarop veel Wlz-cliënten verblijven gestart met het verbeteren van de huisvesting. De aanpassingen zitten in het geschikt maken voor permanent verblijf waar cliënten zich thuis kunnen voelen en voor het verlenen van de benodigde lichamelijke zorg (bijvoorbeeld rolstoeltoegankelijkheid).

Veel zorgaanbieders geven aan dat de afgesproken tarieven in de Wmo niet altijd voldoende zijn om passende zorg van goede kwaliteit te bieden. Dit geldt niet in zijn algemeenheid, maar voor specifieke cliënten met complexere problematiek. Met name wanneer een crisis ontstaat, is het gat tussen de vergoeding en wat nodig is vanuit de Wmo volgens hen groot. Daarnaast vraagt het aantal verplaatsingen dat gepaard gaat met veranderingen in zorgbehoefte (bijvoorbeeld van en naar een crisisafdeling of locatie met meer intensieve begeleiding) om extra inzet waarvoor de Wmo-tarieven niet altijd toereikend zijn.

De Wmo-cliënten die zorg ontvangen van een zorgaanbieder die ook Wlz-zorg biedt, hebben nu voordeel van de Wlz. Bijvoorbeeld het plaatsen van een lift uit Wlz-budget, de samenwerking met ggz-behandelaren en meer zorgprofessionals op een locatie komen ook ten goede aan Wmo-cliënten. Zorgkantoren geven aan deze ontwikkeling de komende jaren te monitoren en indien nodig in gesprek te gaan met zorgaanbieders.

Zorgkantoren signaleren dat niet alle zorgaanbieders alle extra gelden uit de hogere Wlz-tarieven daadwerkelijk geïnvesteerd hebben in het verhogen van de kwaliteit. Zij zien dat bij sommige zorgaanbieders de financiële resultaten zijn verbeterd. Een mogelijke reden hiervoor is het personeelstekort waardoor meer of ander personeel aantrekken simpelweg niet haalbaar is.

7. In de Wlz is somatische zorg een groter onderdeel van het zorggebruik

De Wlz-doelgroep heeft vaker dan de Wmo-doelgroep ook somatische zorg nodig. Dit komt door het grote aantal mensen waarbij naast psychiatrische problematiek ook de gevolgen van ouderdom een rol spelen. Door de verbetering van psychofarmaca worden mensen met psychiatrische problematiek ouder. Bij oudere mensen raakt de psychiatrie vaak meer op de achtergrond en komt de ouderdomsproblematiek meer op de voorgrond te staan. Binnen de Wmo was dit een reden voor overplaatsing naar een verpleeghuis of een hospice. Omdat de Wlz gericht is op levenslange en levensbrede zorg plaatsen zorgaanbieders deze mensen minder snel over en geven ze zelf invulling aan de somatische zorg. Daarbij plaatsen zorgaanbieders en zorgkantoren de kanttekening dat de huidige zorgaanbieders van ggz-wonen niet altijd de specifieke deskundigheid en bouwkundige faciliteiten in huis hebben om op een kwalitatief verantwoorde wijze de somatische zorg (verpleging) te realiseren. Doorstroom naar een verpleeghuis is vaak lastig. Zorgaanbieders geven aan dat verpleeghuizen mensen met een psychische grondslag vaak snel afwijzen. Zij hebben het gevoel dat dit niet altijd na inhoudelijke toetsing gebeurt, maar wellicht vanuit vooroordelen of ideeën over cliënten met psychische problematiek (bijvoorbeeld zorgen over het veroorzaken van onrust voor andere cliënten). Zorgaanbieders geven aan dat zij steeds meer mensen met een combinatie van psychische en somatische problematiek verwachten en dat dit nieuwe uitdagingen met zich meebrengt met betrekking tot de benodigde expertise van het personeel en de organisatie van de zorg.

8. Outreachende zorg is vanuit de Wmo beter te organiseren

Zorgaanbieders noemen mensen die zorg mijden als een specifieke groep voor wie de Wlz minder geschikt is. Voor deze mensen werkt de werkwijze van outreachende zorg waarbij de hulpverlener de cliënt proactief opzoekt beter, ook als de cliënt daar zelf niet om vraagt. Deze werkwijze past bij het gedachtegoed van de Wmo waarin gemeenten een taak hebben in preventie (van escalatie). Een belangrijk aspect van outreachend werken is dat hulpverleners aansluiten bij de context van de cliënt. Deze context verschilt per gemeente: in een gemeente waarin iedereen elkaar kent vraagt

outreaching werken een andere aanpak dan in grotere gemeenten. Ook dit past goed bij de Wmo.¹⁵ In de Wlz is outreachende zorg gericht op zorgmijders (nog) geen gemeengoed. De werkwijze in de Wlz, de procedures van indicatiestelling tot zorgtoewijzing en het beleid, zijn hier op dit moment niet op ingesteld.

9. De toegang van de Wlz voor mensen met een psychische stoornis brengt risico's met zich mee voor de toegankelijkheid van de Wmo

De volgende risico's zijn naar voren gekomen ten aanzien van de toegankelijkheid en continuïteit van de Wmo:

- A. Door de grotere uitname uit de Wmo dan verwacht, lijkt in sommige gemeenten de continuïteit van beschermd wonen binnen de Wmo onder druk te staan. Sommige zorgaanbieders hebben er na de overgang van een groot deel van hun cliënten naar de Wlz voor gekozen geen zorg in het kader van de Wmo meer te leveren en zich volledig op Wlz-zorg te richten. Hierdoor hebben gemeenten mogelijk onvoldoende Wmo-plekken beschikbaar. Een enkele gemeente geeft daarbij aan dat het aantal aanmeldingen voor beschermd wonen binnen de Wmo (langzaam) daalt. Aan de andere kant kwam uit het gesprek met gemeenten naar voren dat ggz-behandelklinieken signaleren dat er te weinig uitstroombmogelijkheden zijn vanuit de kliniek naar beschermd wonen. Daardoor stopt de doorstroom van cliënten ook op die plek (naast door wachtlijsten aan de voorkant en door een tekort aan geschikte woonplekken bij uitstroom).
- B. Mensen die een Wlz-indicatie niet verzilveren of voor wie geen plek gevonden wordt bij een Wlz-aanbieder kunnen niet in elke gemeente nog van Wmo-voorzieningen gebruikmaken (omdat de Wlz voorliggend is) en komen op straat te staan. Het gaat volgens de zorgaanbieders en een cliëntondersteuner om een kleine groep. Formeel hebben zorgkantoren zorgplicht voor mensen met een Wlz-indicatie en zouden deze cliënten een beroep op het zorgkantoor kunnen doen voor passende zorg. In de praktijk gebeurt dit kennelijk niet altijd.

3.3 Korte beschouwing op de verschillen tussen Wmo- en Wlz-cliënten

We sluiten dit hoofdstuk af met een aantal beschouwende opmerkingen op basis van een aantal rode draden in de bevindingen.

In dit onderdeel (A) zijn we op zoek gegaan naar verschillen in kenmerken en zorggebruik van mensen in de Wlz ten opzichte van de mensen in de Wmo. We komen tot de constatering dat er wel degelijk verschillen zijn, zoals blijkt uit voorgaande bevindingen, maar dat deze niet altijd eenduidig uit registraties zijn af te leiden. Er zijn verschillen in (gemiddelde) leeftijd, de aanwezigheid van meerdere diagnoses, grondslagen en multiproblematiek in de Wlz en de daaraan voorafgaande zorghistorie. De verschillen betreffen vaak 'andere factoren' die niet altijd eenduidig te interpreteren zijn, zoals het ontbreken van een netwerk en of er nog sprake is van perspectief op zelfstandigheid; de aanwezigheid van deze factoren is min of meer noodzakelijk om de zorg vanuit de Wmo te (blijven) leveren. Of als er bijvoorbeeld sprake is van zorgmijding, waar binnen de Wmo met een outreachende aanpak mogelijk juist beter op ingespeeld kan worden.

We stellen vast dat de belangrijkste verschillen te maken hebben met factoren die een link hebben met hét criterium dat wordt gehanteerd voor toegang tot de Wlz, en zoals ook blijkt uit de Memorie van Toelichting bij de wetgeving: *"Het gaat bij de indicatiestelling niet om de aandoening zelf, maar om de vraag of de daaruit voorkomende stoornissen en beperkingen, het ontbreken van regie op nagenoeg alle levensdomeinen en het missen van het vermogen om op relevante momenten hulp in te roepen, leiden tot een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid"*.¹⁶ De 'andere factoren' zoals we hiervoor noemen, maken duidelijk dat de keuze om Wlz-indicatie aan te vragen en/of af te geven geen zwart-wit karakter heeft.

¹⁵ Wat werkt bij Outreachend werken, Movisie, maart 2017.

¹⁶ Memorie_van_toelichting+ggz+in+de+w+lz+20-2.

We hebben van veel respondenten gehoord dat het geen grote verrassing is dat een groot deel van de cliënten die met (alsnog) de introductie van de psychische stoornis als grondslag voor de Wlz per 1 januari 2021 zijn ingestroomd, in de jaren vóór 1 januari 2015 zorg ontvingen in het kader van de AWBZ (de zogenaamde ggz-c doelgroep). Volgens meerdere aanbieders maakte het ontbreken van de grondslag 'psychische stoornis' dat deze mensen niet in aanmerking kwamen voor de Wlz, terwijl ze ook op dat moment al aan het nu geldende criterium voldeden. Bij sommige cliënten is de situatie de afgelopen jaren verslechterd. Dit is volgens enkele zorgaanbieders toe te schrijven aan het ontvangen van te weinig of niet passende ondersteuning vanuit de Wmo. We horen terug dat de zorg die na doorstroom vanuit de Wmo naar de Wlz voor deze mensen meer geleverd wordt niet 'zomaar een leuk extraatje' is, maar eigenlijk ook eerder al nodig was. Eerder kreeg een deel van de cliënten die in de Wlz is ingestroomd te weinig zorg en/of begeleiding en dat is met de openstelling van de Wlz weer goedge maakt.

4 Toekomstige ontwikkelingen

In onderdeel C van dit onderzoek gaan we dieper in op de vraag hoe de cliënt en de sociale context eruitzien en wat toekomstige ontwikkelingen zijn waar in beleid rekening mee moet worden gehouden. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen hebben we de volgende onderzoeksactiviteiten uitgevoerd:

- A. Van vier cliënten hebben we het zorgpad gereconstrueerd (een Wmo- en een Wlz-client).
- B. We hebben een digitale vragenlijst uitgezet onder CIZ, gemeenten, zorgaanbieders, zorgkantoren (de gesprekspartners uit de onderdelen A en B).
- C. We hebben twee werksessies gehouden: de eerste met respondenten van de digitale vragenlijst over de bij toekomstig beleid te betrekken karakteristieken en een tweede werksessie waarin we met CIZ, gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren in gesprek gingen over scenario's voor ontwikkelingen in toekomstige cliëntenaantallen.

In Figuur 8 geven we een samenvatting van de antwoorden die we gevonden hebben bij de onderzoeksvragen. In het vervolg van dit hoofdstuk lichten we deze antwoorden toe.

Hoe ziet de cliënt en de sociale context eruit en wat zijn toekomstige ontwikkelingen waar in beleid rekening mee moet worden gehouden?		
Wie is de (toekomstige) cliënt en zijn omgeving?	Welke karakteristieken moeten betrokken worden bij toekomstig beleid?	Wat zijn scenario's voor (te verwachten) ontwikkelingen in cliëntaantallen?
<ul style="list-style-type: none"> • Cliënten in de Wmo hebben vaker sociaal contacten die ze met ondersteuning kunnen onderhouden • Cliënten in de Wmo kunnen woonvaardigheden aanleren waardoor stapjes richting zelfstandig wonen mogelijk zijn • Cliënten in de Wlz hebben door hun ggz-problematiek en soms ook door hun leeftijd een zeer beperkt sociaal netwerk en zijn ook niet goed in staat sociale contacten te onderhouden en zijn makkelijk te bedriegen • Cliënten in de Wlz hebben meestal weinig woonvaardigheden • In zorgpad zijn er niet zoveel verschillen zowel cliënten in de Wmo hebben vaak een lange zorghistorie met problemen op school, ggz-behandeling, ondersteuning bij de invulling van de dag en beschermd wonen 	<ul style="list-style-type: none"> • Voor de Wlz is met name de zorg- en ondersteuningsbehoefte als gevolg van ouderdom relevant voor toekomstig beleid en wisselingen in zorgbehoefte • Voor de Wmo is aandacht voor zorgmijders van belang • Daarnaast zijn er veel elementen in in het regionale zorglandschap en de woningmarkt die van invloed zijn op de Wmo en de Wlz 	<ul style="list-style-type: none"> • De verwachting is dat de instroom in de Wlz vanuit de Wmo BW en BT is gestabiliseerd maar dat er vanuit Wmo extramuraal nog cliënten gaan instromen • De verwachting is dat het aantal cliënten in Wmo-BW gaat toenemen. Een deel van deze groep zou extramuraal zorg kunnen ontvangen met voldoende woningaanbod, aandacht voor preventie en zorgvernieuwing. • In welke mate is onzeker waardoor het benodigde budget moeilijk in te schatten is.

Figuur 8. Samenvatting van de antwoorden op de in onderdeel C gestelde onderzoeksvragen

4.1 Wie is de (toekomstige) cliënt en zijn omgeving?: zorgpaden van vier cliënten

Bij vier cliënten kregen we een kijkje in hun leven en de daarbij horende zorg en ondersteuning. Stuk voor stuk waardevolle, bijzondere en ontroerende verhalen die precies dat doen waar ze voor bedoeld zijn: de cijfers en de overkoepelende bevindingen een gezicht geven. Want hoewel er zeker rode draden en conclusies te trekken zijn uit de onderzoeksactiviteiten op basis waarvan beleid kan worden aangescherpt, zijn mensen niet in hokjes te vangen en zijn de levensverhalen, zeker in deze doelgroep, uniek. Voor meer inzicht in kenmerken van cliënten met een psychische stoornis in de Zvw, Wmo en Wlz verwijzen we naar de cliëntschetsen van CIZ.¹⁷

In deze paragraaf geven we het zorgpad weer van vier cliënten:

- A. Een jongere Wlz-cliënt (27-36 jaar) zonder perspectief op zelfstandigheid (persona 1).
- B. Een cliënt die vanuit ambulante Wmo-zorg is ingestroomd in de Wlz (persona 2).
- C. Een cliënt met zorgprofiel 3 (in de Wlz) die bij een Beschermd Wonen-aanbieder verblijft (persona 3).
- D. Een cliënt met intensieve zorg en ondersteuning op basis van Wmo met perspectief op zelfstandigheid (persona 4).

We beschrijven de zorgpaden in zoveel mogelijk detail. Het was echter niet altijd mogelijk te achterhalen welke diagnose(s) een cliënt had, hoe lang bepaalde periodes (bijvoorbeeld een opname) hebben geduurd, of hoe het leven van de cliënt er precies uitzag voor hij of zij bij de huidige aanbieder in zorg kwam. Deels heeft dit te maken met privacyoverwegingen bij de overdracht van informatie tussen zorgaanbieders, deels met de overgang van een papieren naar een digitale administratie bij oudere cliënten en deels met het feit dat sommige cliënten tijdelijk uit beeld zijn geweest van zorg en ondersteuning.

¹⁷ https://www.ciz.nl/images/pdf/folders/Clientschetsen_toegankelijk.pdf.



Persona 1: Een jongere Wlz-cliënt (27-36 jaar) zonder perspectief op zelfstandigheid

Dit is Aldo. Hij is 32 jaar en woont in een beschermd wonen-voorziening waar hij heel intensieve ondersteuning krijgt. Aldo heeft verschillende diagnoses, waaronder schizofrenie, een ongespecificeerde persoonlijkheidsstoornis en diabetes. Ook is hij verslaafd aan alcohol, cannabis en cocaïne. In het algemeen is Aldo vriendelijk en kan hij heel helder overkomen. Dat slaat om als hij onder invloed is. Dan heeft hij waanideeën, wordt hij euforisch en verbaal agressief en kan hij veel overlast veroorzaken. Hij ontmoet zijn vrienden op een ontmoetingsplek buiten, waar ze samen middelen gebruiken. Dit brengt Aldo in een neerwaartse spiraal. Verder heeft hij weinig contacten. Sinds enige tijd neemt Aldo deel aan 'vegen en prikken', een activiteit waarmee bewoners de omgeving schoonhouden. Hier krijgt hij veel waardering voor van medebewoners en leert hij verantwoordelijkheden na te komen. Doordat Aldo vaak terugvalt in zijn gebruik en psychische problemen is stabiliteit op het niveau waar hij nu is het hoogst haalbare. Doorstromen naar een meer zelfstandige plek is niet mogelijk, omdat hij de continue motivatie en interventies van de begeleiders nodig heeft voor zowel zijn psychische problemen als om zijn diabetes te reguleren.



Persona 2: Een cliënt die vanuit ambulante Wmo-zorg is ingestroomd in de Wlz

Dit is Ymke. Ze is 44 jaar en woont al jaren in haar eigen huurwoning. Soms alleen, soms heeft ze een partner die bij haar verblijft. Ook haar inmiddels volwassen kinderen komen af en toe bij haar op bezoek. Toen Ymke 15 was kreeg ze een hersentumor. Aan de operatie om de tumor te verwijderen heeft ze hersenschade overgehouden en daaruit voortvloeiende gedragsproblematiek. Het is haar begeleiders nooit helemaal duidelijk geworden of (een deel van deze problematiek) ook in Ymke's jeugd al aanwezig was. Ymke is erg impulsief, kan haar impulsen niet onderdrukken en ziet ook de gevolgen van haar acties niet in. Op die manier kan een relatief klein voorval snel escaleren. Daardoor is Ymke ook vaak erg moe. Ook is haar leefgeld vaak snel op. Als ze dan haar bewindvoerder niet meteen kan bereiken om extra geld te vragen, kan het maar zo zijn dat Ymke wordt opgepakt voor winkeldiefstal. De verhalen die Ymke vertelt moeten de begeleiders ook wel met een korreltje zout nemen. Het is niet altijd duidelijk of Ymke het verhaal heeft verzonnen, of dat het (in haar belevingswereld) echt zo is gegaan. Ymke is een kleurrijke en humoristische vrouw en iedereen uit de buurt kent haar. De buurt waar ze woont heeft niet altijd de beste invloed op Ymke, maar misschien is ook mede daardoor de tolerantie voor Ymke's gedrag hoog. Hoewel er geen kans is op verbetering is Ymke echt een vrouw die je meer gunt dan hoe het leven nu voor haar is.



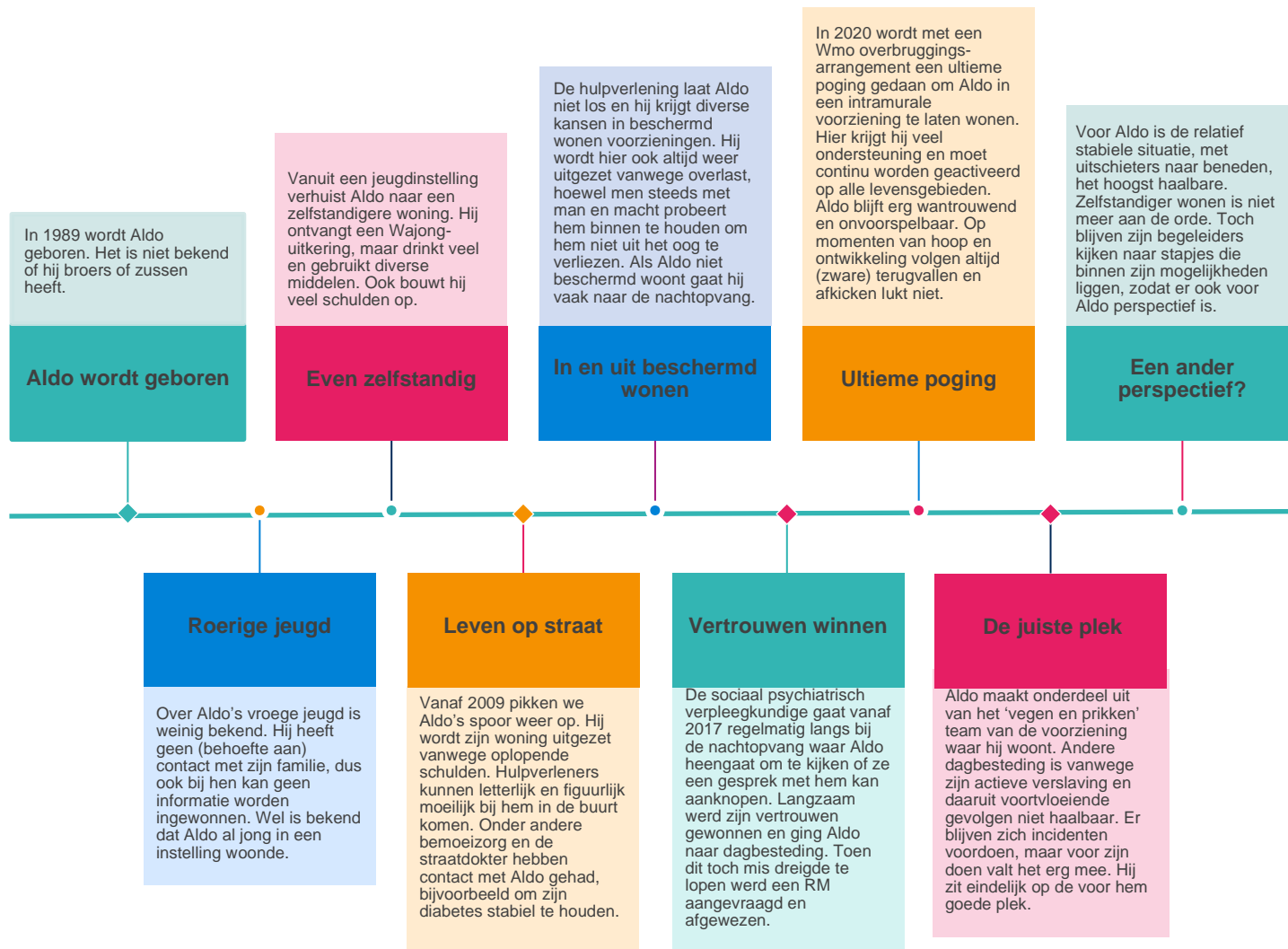
Persona 3: Een cliënt met zorgprofiel 3 (in de Wlz) die bij een Beschermd Wonen-aanbieder verblijft

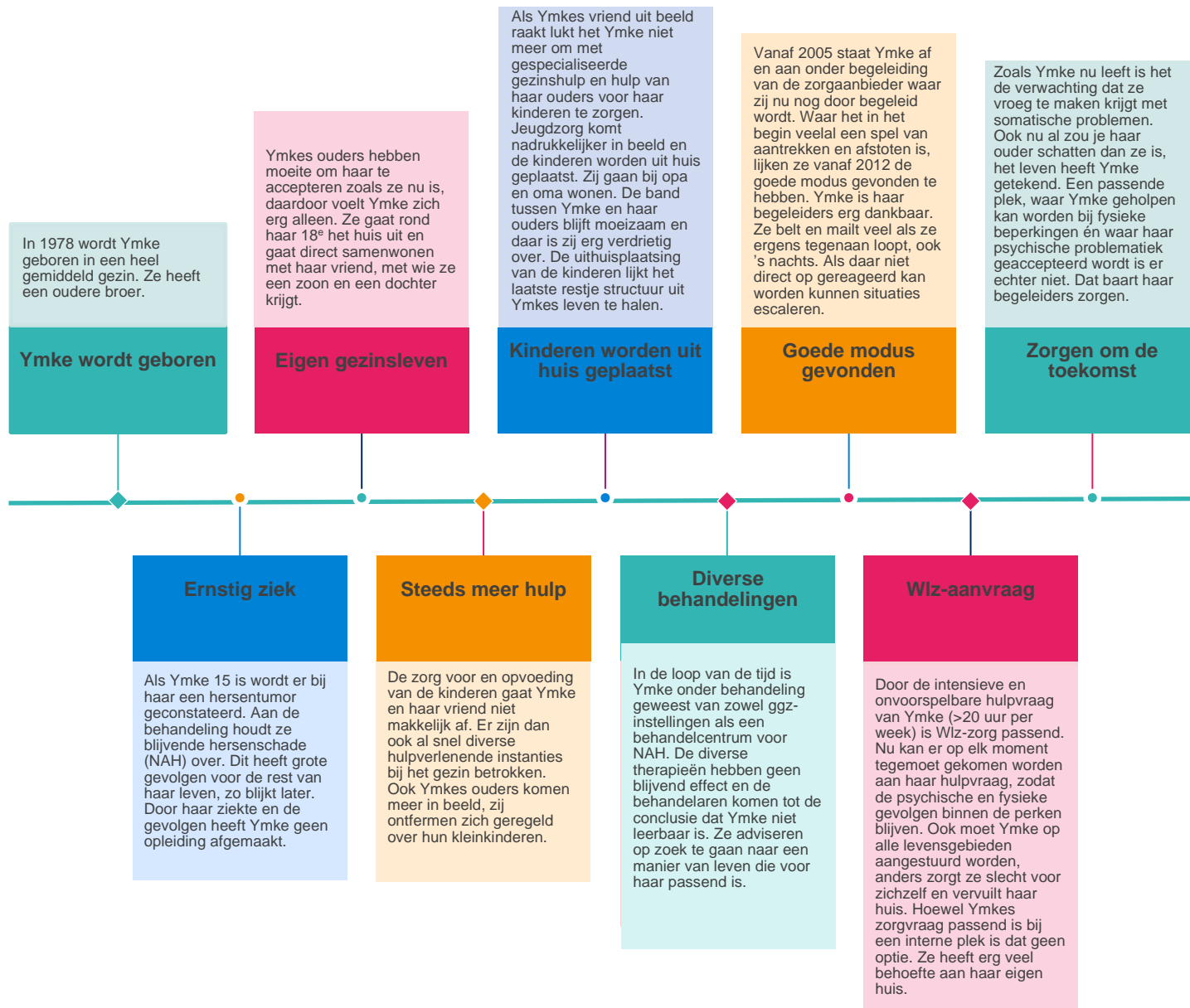
Dit is Sander. Hij is 53 jaar en woont in een beschermd wonen-voorziening waar alle medebewoners elkaar goed kennen. Tijdens zijn studententijd begonnen de problemen: Sander begon stemmen te horen. Die stemmen hoort hij nog steeds en ze beïnvloeden zijn dagelijks leven in hoge mate. Op sommige dagen zijn de stemmen zo dringend en streng, dat ook de begeleiding Sander onvoldoende kan helpen om tegen de stemmen in te gaan. De stemmen weerhouden hem ervan om de dingen te doen die hij leuk vindt, maar ze weerhouden hem er ook van voor zichzelf te zorgen. Op zulke dagen blijft Sander op zijn kamer, morgen is er weer een nieuwe dag. Naast schizofrenie heeft Sander ook last van PTSS. Dit is waarschijnlijk terug te voeren op de scheiding van zijn ouders, toen zijn er dingen misgegaan waar ook zijn zus nu nog problemen door ondervindt. Hij heeft nog contact met beide ouders, zijn moeder heeft veel geregeld toen Sander ziek werd. Als psycholoog had zij een goed netwerk om de juiste hulp voor Sander te vinden. Sander heeft baat bij rust en regelmaat, 'orde en tucht' zoals hij dat zelf omschrijft. Het vaste ritme Op de groep, tv kijken in de avond en 's avonds brood smeren voor de volgende dag helpen hem enorm. Ook in het weekend heeft hij een vast patroon. Sander is tevreden met zijn huidige leven. Hij voelt zich thuis op de plek waar hij woont, praat meer en blijft zich steeds verder ontwikkelen. Helaas heeft de medicatie die hij gebruikt zijn cognitieve vermogens aangetast waardoor dat langzamer gaat dan je zou verwachten op basis van zijn opleidingsniveau.

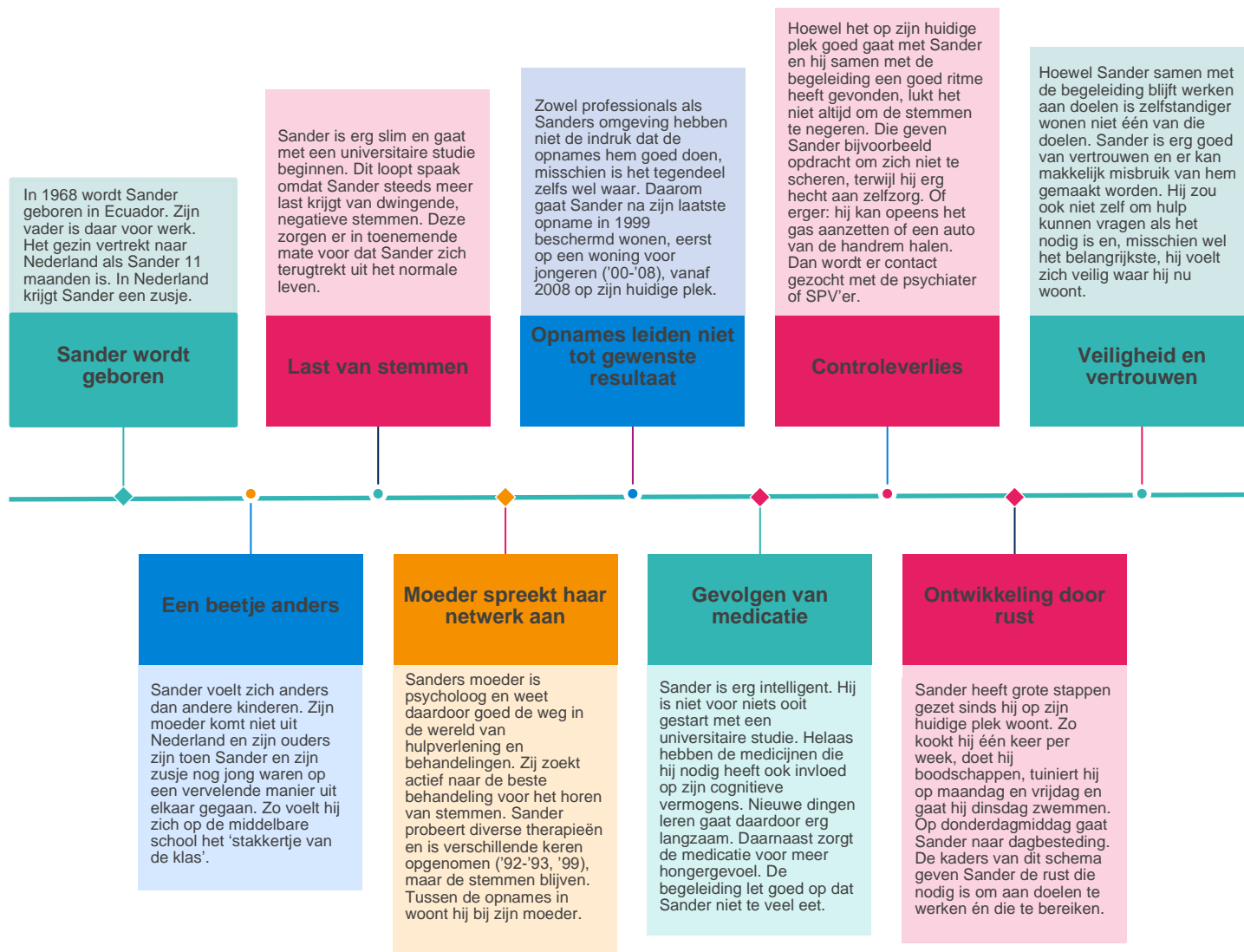
Persona 4: Wmo-cliënt met intensieve zorg en perspectief op zelfstandigheid

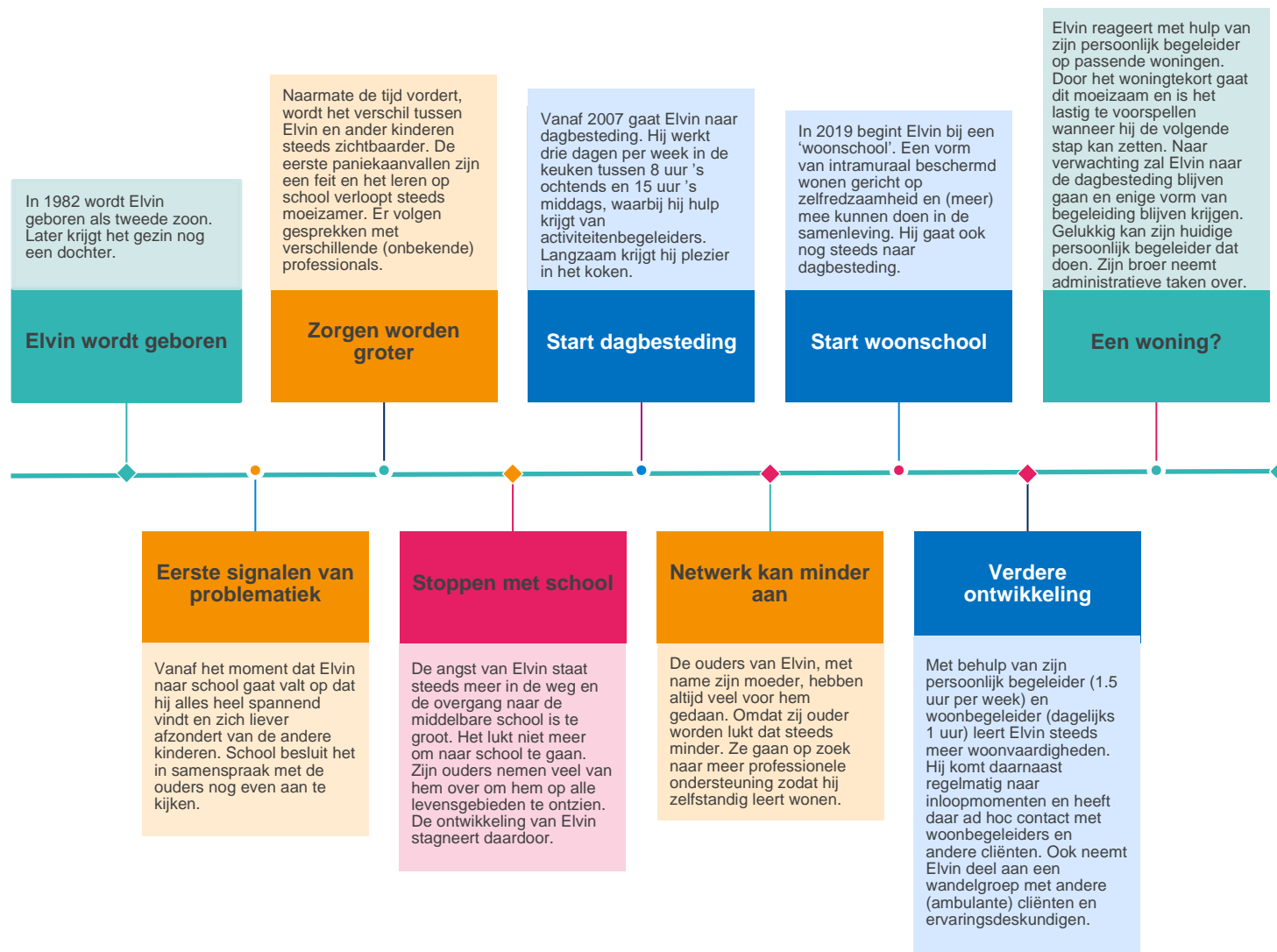


Dit is Elvin. Hij is begin 40 en woont op een woonschool. Hier leert hij vaardigheden om op termijn zelfstandig te gaan wonen. Elvin heeft al sinds zijn jeugd last van paniekaanvallen als hij in nieuwe situaties komt. Het was daarom moeilijk voor hem om een opleiding af te ronden of duurzame vriendschappen te sluiten. Zeker toen hij jonger was verwachtten vrienden te veel van hem. Hij heeft wel goed contact met zijn ouders, broer en zus. Het gaat nu steeds beter met Elvin. Dat komt doordat hij in een vertrouwde omgeving steeds een stapje vooruit komt. Zo werkt hij met veel plezier in de keuken om voor mede-cliënten te koken. Dat geeft hem niet alleen voldoening, maar daar leert hij ook koken zodat hij dat in zijn eigen woning later ook kan doen. Ook gaat Elvin graag wandelen in de wandelgroep die door de zorgaanbieder georganiseerd wordt, daar heeft hij contact met andere cliënten.









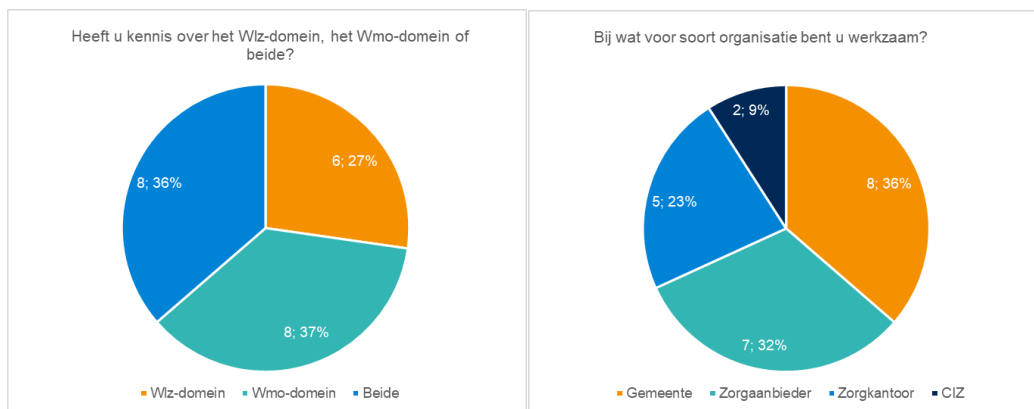
4.2 Welke karakteristieken moeten betrokken worden bij toekomstig beleid?

Via een digitale vragenlijst hebben we vertegenwoordigers van CIZ, gemeenten, zorgaanbieders en zorgkantoren gevraagd naar de impact van karakteristieken die uit de onderdelen A en B naar voren kwamen op ontwikkelingen in cliëntenaantallen en toekomstig beleid in de Wmo en de Wlz. Vervolgens zijn we in een werksessie in gesprek gegaan over de in toekomstig beleid te betrekken karakteristieken om zo verdieping aan te brengen op de antwoorden uit de digitale vragenlijst.

In deze paragraaf gaan we eerst in op de resultaten uit de digitale vragenlijst en geven we vervolgens een verslag van de werksessie.

4.2.1 Een inventarisatie van relevante karakteristieken via een digitale vragenlijst

De vragenlijst is door 22 respondenten ingevuld. De meeste respondenten werken bij een gemeente of een zorgaanbieder (zie Figuur 9). Respondenten konden, afhankelijk van hun kennis en ervaring kiezen voor het beantwoorden van vragen over de Wlz, de Wmo of over beide domeinen. Er waren iets minder respondenten met kennis over de Wlz dan respondenten met kennis over de Wmo.



Figuur 9. Verdeling van de respondenten over de domeinen en soorten organisaties

Voor de Wlz komen de gevolgen van ouderdom van cliënten naar voren als belangrijkste zorg- en ondersteuningsbehoefte die betrokken moet worden bij toekomstig beleid. De respondenten verwachten zowel op de ontwikkelingen in cliëntenaantallen als op de inhoud van de zorgverlening een grote impact. De inhoud van de zorgverlening verandert doordat de lichamelijke zorgbehoefte toeneemt naar mate mensen ouder worden. Uit verschillende gesprekken kwam naar voren dat er op dit moment al onvoldoende plekken beschikbaar zijn voor mensen met ggz-problematiek en behoefte aan lichamelijke ondersteuning. Een reguliere locatie voor verpleging en verzorging is voor deze doelgroep vaak niet geschikt. Voorbeelden daarvan zijn de persona's 1 en 2 in de vorige paragraaf. Hun onvoorspelbaar of agressief gedrag heeft een ontregelend effect. Op de zorginhoud verwachten de meeste respondenten daarnaast een grote impact door wisselingen in de zorgbehoefte, vernieuwing in de wijze van zorgverlening en uitstroom vanuit forensische zorg (zie Tabel 1).

Door een meerderheid genoemde karakteristieken die invloed hebben op ontwikkelingen in cliëntenaantallen in de Wlz

Grote toename

- a. Zorg- en ondersteuningsbehoefte als gevolg van ouderdom.

Kleine toename

- a. Uitstroom vanuit forensische zorg.
- b. Uitstroom vanuit Wmo.
- c. Zorg- en ondersteuningsbehoefte van kwetsbare jongeren.
- d. Behoeftte aan een permanente veilige, prettige woonomgeving.
- e. Behoeftte aan permanente ondersteuning bij meedoen in de maatschappij.
- f. Zorg en ondersteuningsbehoefte als gevolg van lichamelijke problematiek.

Door een meerderheid genoemde karakteristieken die invloed hebben de zorginhoud in de Wlz

Grote impact:

- a. Zorg- en ondersteuningsbehoefte als gevolg van ouderdom.
- b. Vernieuwing in de wijze van zorgverlening.
- c. Wisselingen in zorgbehoefte die vragen om flexibiliteit in op- en afschaling van de zorg.
- d. Uitstroom vanuit forensische zorg.

Kleine impact:

- a. Behoeftte aan permanente ondersteuning bij meedoen in de maatschappij.
- b. Zorg- en ondersteuningsbehoefte van kwetsbare jongeren.
- c. Zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met beperkte woonvaardigheden.
- d. Behoeftte aan integratie van zorg, ondersteuning en behandeling.

Tabel 1. Overzicht van karakteristieken die volgens meer dan 50% van de respondenten invloed hebben op de Wlz¹⁸

In aanvulling op een lijst van karakteristieken samengesteld op basis van de bevindingen uit de onderdelen A en B hebben we gevraagd naar relevante regionale kenmerken. Hier noemden respondenten voor de Wlz:

- A. **Het regionale zorglandschap:** aanwezigheid van een ggz-behandelkliniek, aanbod van vpt en beveiligde zorg, wachtlijsten in de ggz, wijze van samenwerking, aanwezigheid van woonconcepten;
- B. **Kenmerken van inwoners:** migratieachtergrond, sociaal economische status;
- C. **Stad versus platteland:** jongeren die naar de stad trekken en een specifieke zorgvraag hebben, verdwijnen van voorzieningen op het platteland, te weinig woningaanbod in steden;
- D. **Beschikbaarheid van personeel;**
- E. **Beschikbaarheid van huisvesting;**
- F. **Beleid van gemeenten:** de houding van de gemeente ten aanzien van de Wlz;
- G. **Omgevingsfactoren:** gaswinning in Groningen; Tata Steel in IJmuiden.

Voor de Wmo komt de behoefte aan ggz-behandeling naar voren als belangrijkste zorg- en ondersteuningsbehoefte die betrokken moet worden bij toekomstig beleid. De respondenten verwachten zowel op de ontwikkelingen in cliëntenaantallen als op de inhoud van de zorgverlening een grote impact. Op de zorginhoud verwachten de meeste respondenten daarnaast een grote impact door zorgmijders met een latente zorg- of ondersteuningsbehoefte (zie Tabel 7). Naast de zorg- en ondersteuningsbehoefte van cliënten verwachten respondenten dat kenmerken van het zorglandschap impact hebben op cliëntenaantallen en zorginhoud. Ze noemen de wachtlijsten voor de generieke en specialistische ggz, de beschikbaarheid van passende (zelfstandige) woonruimte en het aantal plekken voor beschermd wonen.

¹⁸ In de bijlage in Figuur 13 en Figuur 14 staan alle antwoorden weergegeven.

Door een meerderheid genoemde karakteristieken die invloed hebben op ontwikkelingen in cliëntenaantallen in de Wmo

- Grote toename
- Behoeftte aan ggz-behandeling
 - Wachttijsten voor de generieke en specialistische ggz
 - Beschikbaarheid van passende (zelfstandige) woonruimte
- Kleine toename
- Zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met beperkte woonvaardigheden
 - Ondersteuningsbehoefte in crisissituaties
 - Uitstroom uit de jeugdwet
 - Ondersteuningsbehoefte van kwetsbare jongeren

Door een meerderheid genoemde karakteristieken die invloed hebben de zorginhoud in de Wmo

- Grote impact:
- Wachttijsten voor de generieke en specialistische ggz
 - Beschikbaar aantal plekken voor beschermd wonen
 - Beschikbaarheid van passende (zelfstandige) woonruimte
 - Behoeftte aan ggz-behandeling
 - Zorgmijders met een latente zorg- of ondersteuningsbehoefte
- Kleine impact:
- Zorg- en ondersteuningsbehoefte van mensen met beperkte woonvaardigheden
 - Behoeftte aan ondersteuning bij het onderhouden van het sociale netwerk

Tabel 2. Overzicht van karakteristieken die volgens meer dan 50% van de respondenten invloed hebben op de Wmo¹⁹

De regionale kenmerken die respondenten noemden voor de Wmo zijn vergelijkbaar met die voor de Wlz:

- Het regionale zorglandschap:** wachttijsten in de ggz (behandeling), beschikbare zorgaanbieders, transformatie van intra- naar extramurale zorg, mate van samenwerking, mogelijkheden voor opschaling.
- Kenmerken van inwoners:** vergrijzing, veel autisme, veel dementie, migratieachtergrond, ongedocumenteerden, sociaal economische status.
- Stad versus platteland:** grootstedelijke problematiek, onzichtbaarheid van mensen met ggz-problemen is groter in steden.
- Beschikbaarheid van personeel.**
- Beschikbaarheid van huisvesting.**
- Beleid van gemeenten:** de houding van de gemeente ten aan zien van de Wlz, beschikbare gemeentelijk budgetten (tekorten), decentralisatie beschermd wonen, aandacht voor preventie, wijze van zorginkoop;
- omgevingsfactoren: gaswinning in Groningen, Tata Steel in IJmuiden.

4.2.2 Verdieping op de karakteristieken

In een werksessie gingen we met acht vertegenwoordigers van zorgaanbieders, vijf van gemeenten en negen van zorgkantoren en CIZ in gesprek over de karakteristieken die relevant zijn voor toekomstig beleid. De antwoorden op de digitale vragenlijst gebruikten we als kapstok voor het gesprek. In een subgroep per domein (Wmo en Wlz) zoomden we in op de meest in het oog springende karakteristieken en gingen we in op de wijze waarop de karakteristieken invloed zouden moeten hebben op het toekomstig beleid. In deze paragraaf geven we een verslag van deze werksessie.

Zowel voor de Wmo als voor de Wlz noemen de deelnemers **mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (epa)** als belangrijke doelgroep. Deze doelgroep blijft over de jaren heen ongeveer even groot maar de mate waarin mensen met epa een beroep doen op de Wmo en de Wlz verandert. Dit hangt samen met wachttijsten in de generieke en specialistische ggz. Doordat deze mensen niet tijdig de juiste behandeling krijgen ontstaan er nieuwe problemen en verergert de problematiek. In de Wmo geldt eenzelfde beweging voor mensen met verslavingsproblematiek. Ook zij kunnen niet altijd terecht in de generieke en specialistische ggz waardoor de problematiek verergert en de druk op de Wmo groter wordt.

Uit beide subgroepen komt naar voren dat voor de juiste zorg en ondersteuning voor mensen met ggz-problematiek **meer samenwerking over domeinen en sectoren heen** nodig is. Alle deelnemers aan de sessie spreken de behoefte uit elkaar als gemeente, zorgkantoor en zorgaanbieder makkelijker te kunnen vinden. De verschillende domeinen, met name Zvw, Wmo en Wlz, zijn communicerende vaten. Samenwerking is nodig om de juiste expertise op de juiste plek te

¹⁹ In de bijlage in Figuur 15 en Figuur 16 staan alle antwoorden weergegeven.

kunnen inzetten en ervoor te zorgen dat mensen op het juiste moment kunnen doorstromen naar de best passende plek.

Doordat mensen langer moeten **wachten op ggz-behandeling** op basis van de Zvw doen deze mensen vaker een beroep op de Wmo. Vanuit de Wmo is er niet altijd de benodigde ggz-expertise aanwezig om mensen de juiste ondersteuning te bieden. Deelnemers geven aan dat de middelen om deze expertise in te zetten ontbreken. Dat geldt voor maatwerkvoorzieningen en ook voor de voorliggende algemene voorzieningen. Door de benodigde ggz-expertise tijdig in te zetten is de verwachting dat de behoefte aan zwaardere zorg en ondersteuning afneemt. Wachtlijsten in de ggz zorgen ervoor dat mensen niet altijd de ggz-behandeling krijgen die nodig is. Dat zorgt voor een vergrote druk op beschermd wonen op basis van de Wmo en ook voor een vergrote druk op de Wlz-zorg. Aan de andere kant bestaat de indruk dat mensen die eenmaal in een ggz-behandelkliniek verblijven daar soms langer blijven dan nodig is. Een deel van hen zou kunnen uitstromen naar een BW-plek op basis van Wlz of Wmo. Om deze doelgroep goed te kunnen helpen in de Wmo of in de Wlz is (extra) ggz-expertise nodig. Door krapte op de arbeidsmarkt is deze expertise momenteel moeilijk te vinden. Deelnemers aan de werksessie geven aan dat het beter is het knelpunt meer bij de bron aan te pakken, dus meer in te zetten op het wegwerken van de wachtlijsten in de ggz.

Zowel in de Wmo als in de Wlz hebben cliënten veelal ondersteuning nodig op meerdere levensdomeinen. Veel cliënten ontvangen in de loop van hun leven zorg en ondersteuning van verschillende instanties en vanuit verschillende domeinen. Cliënten doorlopen meerdere cycli van verergerende problematiek, behandelingen, opnames, weer opkrabbelen en soms ook weer zelfstandig wonen. De huidige wet- en regelgeving is onvoldoende ingericht op de benodigde flexibiliteit. Meerdere professionals hebben in dit onderzoek aangegeven dat het ontbreken van randvoorwaarden die zorgen voor continuïteit, zoals het behoud van een uitkering of huis bij een opname, ervoor kunnen zorgen dat de problematiek van iemand met een redelijk perspectief op herstel en zelfstandigheid toch escaleert. Het kwijtraken van een woning kan de motivatie om mee te werken aan een behandeling verlagen of er kunnen schulden ontstaan waardoor andere problemen (bijvoorbeeld verslaving) verergeren. Als persona 3 uit de vorige paragraaf niet tussen opnames en behandelingen in bij zijn moeder had kunnen wonen, was dit voor hem ook een realistisch scenario geweest.

In de Wlz noemen deelnemers aan de werksessie dat cliënten vaak problemen hebben die breder gaan dan het Wlz-domein die van invloed zijn op de Wlz-zorg. Als voorbeeld noemen ze schulden en huisvestingsproblematiek. Het beleid van gemeenten op deze terreinen heeft impact op de zorgverlening in de Wlz, terwijl zorgaanbieders er geen grip op hebben. In de Wlz geldt ook dat mensen soms meerdere grondslagen hebben. Ze hebben bijvoorbeeld zorg nodig vanwege ggz-problematiek, maar ook vanwege een verstandelijke beperking en/of ouderdom. Sinds de directe toegang van mensen met een psychische stoornis tot de Wlz vindt er een verschuiving tussen deze sectoren plaats. Dat vraagt niet alleen om samenwerking over domeinen maar ook over sectoren heen om te voorkomen dat een cliënt van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Daarnaast verwachten deelnemers in de Wlz instroom vanuit jeugdzorg en forensische zorg. Doordat mensen uitstromen vanuit forensische zorg neemt de behoefte aan beveiligde zorg toe. Hiervoor zijn naar verwachting onvoldoende plekken beschikbaar. Voor de instroom vanuit jeugdzorg geldt net als bij volwassenen dat mensen van 18 jaar en ouder die ggz-behandeling nodig hebben niet altijd meteen de juiste behandeling ontvangen door de wachtlijsten in de ggz. Dat verergerd de problematiek en vergroot de druk op de Wmo en de Wlz.

Veel zorgaanbieders hebben **locaties waarop zowel mensen met een Wlz- als met een Wmo-indicatie verblijven**. Dat maakt het volgens hen lastig om het ondersteuningsaanbod en de bejegening aan te passen aan het perspectief van de doelgroep. Hierdoor bestaat de indruk dat het verbeterperspectief van de Wmo-doelgroep onvoldoende benut wordt. Sommige zorgaanbieders werken toe naar een scheiding van Wmo en Wlz, maar dat is niet eenvoudig te realiseren. Naast de indicatie en het verbeterperspectief spelen ook de beschikbaarheid van een plek, het al dan niet passen in een groep en de behoefte aan structuur mee bij de keuze voor een locatie. Deelnemers benadrukken dat toekomstig beleid niet alleen gericht zou moeten zijn op mensen die nieuw instromen in de Wmo en de Wlz maar met name in de Wlz ook op het nog beter vorm geven van de zorg voor de doelgroep die recent is ingestroomd.

Zowel in de Wmo als in de Wlz zien de deelnemers aan de werksessie **vernieuwing in de wijze van bieden van ondersteuning en zorg** als een ontwikkeling om rekening met te houden in toekomstig beleid. In de Wmo noemen de deelnemers e-health als manier om de zelfredzaamheid te bevorderen. Daarnaast denken ze dat nieuwe vormen van ondersteuning (tussenvormen tussen beschermd wonen en thuis) kunnen leiden tot minder druk op intramurale zorg. Deze ontwikkeling zien deelnemers ook in de Wlz. Daar zitten volgens hen mogelijkheden in het ontwikkelen van meer aanbod in vpt en mpt en intramurale zorg minder als vanzelfsprekende vorm zien.

Het ontwikkelpotentieel van verschillende vormen van extramurale zorg verschilt sterk per regio. Sommige regio's zijn hier al lang mee bezig en bij andere staat het nog maar in de kinderschoenen. Belangrijk knelpunt bij deze ontwikkeling is de beschikbaarheid van passende, betaalbare huisvesting. Een voorbeeld daarvan is persona 4 uit de vorige paragraaf. Bij deze persoon is er perspectief op herstel en deze wordt ondersteund bij het onderhouden van sociale contacten en het aanleren van vaardigheden om zelfstandig te kunnen wonen. Het moeilijk kunnen vinden van een passende woning brengt onzekerheid met zich mee.

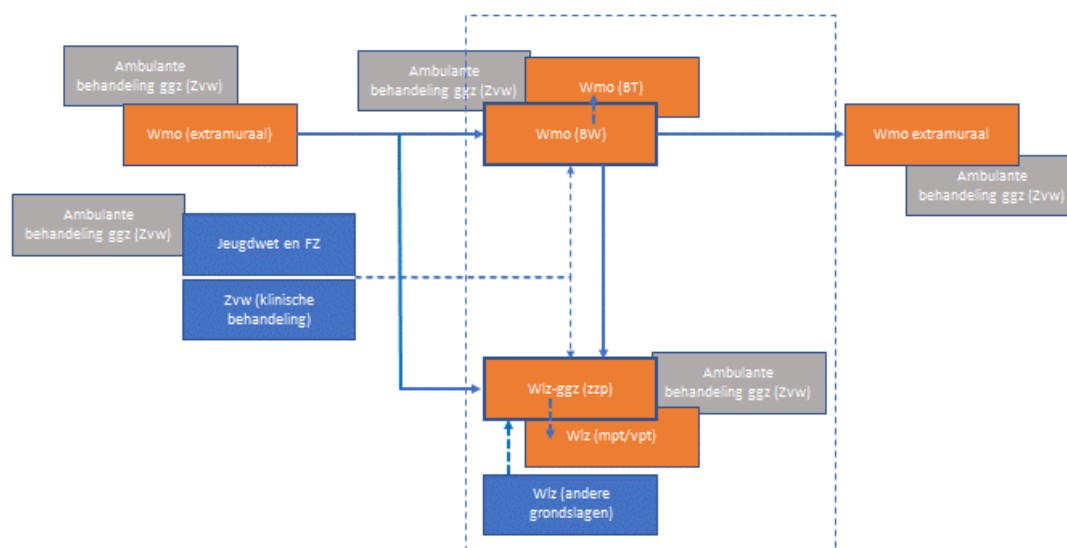
Als laatste punt in de werksessie doen deelnemers de oproep om het toekomstige beleid vorm te geven vanuit een visie. In die visie zou gewoon leven en meedoen in de maatschappij voorop moeten staan met de daarbij passende aandacht voor (secundaire) preventie. Dit sluit aan bij de generieke module ernstig psychiatrische aandoeningen.²⁰ In de praktijk wordt er al vaak zo gewerkt. Zo ontwikkelen ook de persona's 1 en 3 uit de vorige paragraaf zich binnen hun mogelijkheden.

4.3 Wat zijn scenario's voor (te verwachten) ontwikkelingen in cliëntaantallen?

4.3.1 We hebben scenario's uitgewerkt in de context van het zorglandschap

Veel gehoord in dit onderzoek is dat de Wmo en de Wlz communicerende vaten zijn. Er is een ggz-doelgroep die behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning met verblijf, op basis van Wmo of op basis van Wlz. Minder cliënten in de Wmo betekent meer cliënten in de Wlz en andersom. Daarbij staan de ontwikkelingen in cliëntenaantallen voor de ggz-doelgroep in de Wlz en Wmo beschermd wonen (BW) en beschermd thuis (BT) niet op zichzelf. De ggz-doelgroep beweegt zich door een zorglandschap waarin ze gedurende verschillende perioden in hun leven vaak zorg ontvangen vanuit verschillende domeinen. Er zijn cliënten die vanuit Wmo-extramuraal doorstromen naar Wmo BT of BW of naar de Wlz en er is instroom vanuit de jeugdzorg, forensische zorg en vanuit klinische ggz-behandeling op basis van Zvw. Aan de andere kant stromen mensen soms vanuit Wmo BT of BW uit naar Wmo extramuraal. Binnen de Wlz is er doorstroom vanuit zorg met verblijf (zvp) naar zorg zonder verblijf (vpt en mpt) en tussen sectoren (bijvoorbeeld van verblijf in een ggz-behandelkliniek op basis van een ggz-B indicatie naar een beschermd wonen locatie op basis van ggz-W indicatie). En los van de plek waarop mensen hun zorg en ondersteuning ontvangen is er meestal ook in mindere of meerdere mate behoefte aan ambulante ggz-behandeling. We hebben dit zorglandschap in Figuur 10 schematisch weergegeven.

²⁰ [2. Samenvatting - Ernstige Psychische Aandoeningen | GGZ Standaarden](#)



Figuur 10. Overzicht van het zorglandschap waarbinnen de ggz-doelgroep in de Wmo en de Wlz zich bevindt

Deze bewegingen door het zorglandschap maken dat ontwikkelingen in cliëntenaantallen in de Wmo (BT en BW) en de Wlz moeilijk te voorspellen zijn. De ontwikkelingen worden beïnvloed door vele factoren. Zo kunnen wachtlijsten voor ambulante of klinische ggz (Zvw) zorgen voor meer druk op de Wmo en de Wlz, net als een toename van de uitstroom vanuit de jeugdzorg en forensische zorg. Beleid van gemeenten op het gebied van Wmo extramuraal, in combinatie met de woningmarkt beïnvloeden eveneens de instroom en de uitstroommogelijkheden.

De scenario's die we in kaart hebben gebracht voor de ontwikkelingen in cliëntenaantallen in de Wmo (BW en BT) en de Wlz houden rekening met de context van het zorglandschap en de afhankelijkheid tussen de Wmo en de Wlz. We hebben aan experts in een werksessie vier scenario's voorgelegd:

- Het totale aantal cliënten neemt af:** de totale ggz-doelgroep die behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning met verblijf, op basis van Wmo of op basis Wlz neemt af; de instroom in beide domeinen is kleiner dan de uitstroom. In dit scenario ontvangen meer mensen uit de ggz-doelgroep ondersteuning op hun eigen zelfstandige woonplek.
- Het totale aantal cliënten neemt toe:** de totale ggz-doelgroep die behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning met verblijf, op basis van Wmo of op basis Wlz neemt toe; de instroom in beide domeinen is groter dan de uitstroom.
- Het totale aantal cliënten blijft gelijk; het aantal cliënten in de Wlz neemt toe:** de totale ggz-doelgroep die behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning met verblijf blijft gelijk²¹ maar er stromen meer mensen door vanuit de Wmo naar de Wlz. Hierdoor neemt het aantal cliënten in de Wmo af (de uitstroom is groter dan de instroom) en de Wlz toe (de instroom is groter dan de uitstroom).
- Het totale aantal cliënten blijft gelijk; het aantal cliënten in de Wlz neemt af:** de totale ggz-doelgroep die behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning met verblijf blijft gelijk²⁵ maar er stromen minder mensen door vanuit de Wmo naar de Wlz. Hierdoor neemt het aantal cliënten in de Wlz af (de instroom is kleiner dan de uitstroom) en de Wlz toe (de instroom is groter dan de uitstroom).

In het vervolg gaan we in op het meest waarschijnlijke scenario en factoren die van invloed zijn op dit scenario. De bevindingen zijn grotendeels gebaseerd op de werksessie over de scenario's. Op onderdelen hebben we aanvullingen gedaan vanuit eerdere gesprekken en werksessies.

²¹ Met gelijk blijven bedoelen we, gelijk als percentage van de bevolking. Hierbij moet rekening gehouden worden met demografische ontwikkelingen.

4.3.2 *Het scenario waarin de totale ggz-doelgroep in de Wmo en de Wlz toeneemt lijkt het meest waarschijnlijk*

Er zijn verschillende factoren die het scenario waarin de totale ggz-doelgroep toeneemt uit het onderzoek tot het meest waarschijnlijke scenario maken. In deze paragraaf gaan we in op deze factoren en geven we in kwalitatieve zin aan hoe deze factoren invloed hebben.

1. Eenmalige instroom vanuit Wmo BW leidt niet vanzelfsprekend tot een blijvend grotere instroom

De openstelling van de Wlz voor mensen met langdurige psychische problematiek heeft in 2021 geleid tot een sterkere toename van het aantal Wlz-cliënten dan verwacht. In dit onderzoek en in andere onderzoeken zijn daar verschillende mogelijke verklaringen voor gevonden. Een belangrijke verklaring hiervoor is de overheveling van voormalig AWBZ-cliënten met een ggz-c indicatie. Dit heeft gezorgd voor een 'eenmalige' hogere instroom. Voor andere verklaringen is het lastiger om te voorspellen in welke mate dit tot instroom leidt (bijvoorbeeld cliënten bij wie het perspectief op zelfstandigheid verdwijnt of de ondersteuning van het sociale netwerk).

2. De verwachte instroom vanuit andere zorgvormen leidt tot meer cliënten in de Wmo BW en BT en de Wlz

De deelnemers aan de werksessie over de scenario's verwachten allemaal dat de ggz-doelgroep die tijdelijk of blijvend behoefte heeft aan 24-uurs zorg en ondersteuning op basis van de Wmo BW en BT en de Wlz toeneemt. Ze verwachten dat een groter deel van de mensen met psychische stoornissen behoefte heeft aan deze zorg doordat de complexiteit van de maatschappij toeneemt en de ggz-doelgroep ouder wordt en daarmee samenhangende ouderdomsklachten ontwikkelt. Ook de aanpak van dak- en thuisloosheid van gemeenten heeft effect op de instroom van kwetsbare mensen in BW. De recente verminderde bestaanszekerheid leidt volgens sommigen mogelijk ook tot eerdere instroom in de Wmo BW en verminderde uitstroom. Zelfstandig wonen gaat door deze verminderde bestaanszekerheid met toenemende (financiële) onzekerheden gepaard die van invloed zijn de kwetsbare ggz-doelgroep.

Daarnaast verwachten ze meer doorstroom vanuit met name de klinische ggz-behandeling en in mindere mate vanuit forensisch zorg en jeugdzorg. Zorgkantoren (en ook zorgverzekeraars) zeggen te sturen op doorstroom vanuit behandelklinieken naar beschermd wonen, omdat dit volgens hen voor veel cliënten beter passende zorg is (meer gericht op maatschappelijk en sociaal herstel in plaats van op medisch herstel).

Specifiek voor de Wmo verwachten deelnemers aan het onderzoek een toename van het aantal cliënten, vooral doordat ze door wachtlijsten in de ambulante ggz mensen niet op tijd de juiste behandeling krijgen. Hierdoor verergert hun problematiek en lukt het zelfstandig wonen niet meer. Deze groep komt in toenemende mate terecht in de Wmo BW en BT volgens een deel van de deelnemers aan de werksessies. Daarnaast ontstaan er meer crisissituaties door het uitblijven van de juiste ggz-behandeling. Aan de andere kant verwachten de meeste zorgaanbieders ook een verschuiving vanuit Wmo BW naar extramurale vormen van Wmo. Dit is een beweging die al plaatsvindt. De snelheid waarmee dit effect heeft is afhankelijk van onder andere de beschikbaarheid van passende woonruimte.

Specifiek voor de Wlz verwacht een deel van de deelnemers aan de werksessie het komende jaar veel instroom vanuit Wmo extramuraal. Ze noemen daarvoor als reden dat ze pas op een later moment doorkregen dat deze groep ook voor de Wlz in aanmerking kan komen. In eerste instantie hebben veel zorgaanbieders alleen voor de Wmo BW doelgroep bekeken of zij aan de Wlz-criteria voldoen. Mensen die vanuit extramurale Wmo instromen in de Wlz ontvangen op dit moment geen 24-uurs zorg en ondersteuning vanuit de Wmo, onder andere door ondersteuning vanuit hun sociale netwerk. Volgens deelnemers aan de werksessie voldoet deze groep vaak wel aan de Wlz-criteria, omdat daar gekeken wordt naar de blijvende zorg- en ondersteuningsbehoefte los van het sociale netwerk. Vaak is in het onderzoek aangegeven dat de volledige ggz-c doelgroep uit de AWBZ in de Wlz instroomt. Dat klopt niet met de feitelijke aantallen ggz-c cliënten in de AWBZ: in 2015 waren er 37.950 mensen met een ggz-c indicatie in de AWBZ²². Een enkele respondent gaf als verklaring voor het verschil dat degenen die niet zijn ingestroomd in de Wlz extramurale zorg

²² Kengetallen ggz-c in de AWBZ, marktscan ggz 2015, monitor langdurige zorg.

ontvangen binnen de Wmo. Als dat klopt en zorgaanbieders gaan voor deze groep alsnog een Wlz-indicatie aanvragen, dan zou dat kunnen betekenen dat er mogelijk nog een deel van deze resterende groep gaat doorstromen vanuit de Wmo naar de Wlz.

3. Succesvolle extramuralisering kan voor afname van cliëntaantallen in Wmo BW en BT en de Wlz zorgen

Vanuit de reeds ingezette extramuralisering waar in sterke mate op wordt gestuurd, is het aannemelijk dat een steeds groter deel van zowel de Wmo- als de Wlz-cliënten extramurale zorg ontvangt. Dit is een ontwikkeling die we in het onderzoek terughoren, maar aanbieders ervaren deze beweging om verschillende redenen als stroef. Onzekerheid rondom de doordecentralisatie is hier een reden voor, maar ook krapte op zowel de arbeidsmarkt als de woningmarkt speelt een rol. Ook geven zij aan dat er een substantiële groep cliënten is voor wie deze mate van zelfstandigheid simpelweg niet haalbaar is. Ondanks belemmerende factoren (die ook per regio zullen verschillen) verwachten respondenten verdere extramuralisering. Dat betekent dat er meer mensen uit de doelgroep (semi)zelfstandig zullen wonen met een vorm van extramurale ondersteuning met soms tijdelijke opschaling naar beschermd wonen om even uit de situatie te komen. Zorgaanbieders investeren in het leveren van de ondersteuning op de plek waar de cliënt woont. Ze werken daarin samen met andere zorgprofessionals en het netwerk rondom een cliënt. Als deze ontwikkelingen zich blijven voortzetten, zullen de kosten voor deze doelgroep binnen de Wmo en de Wlz op termijn afnemen. In sommige regio's is de extramuralisering volgens zorgaanbieders al verder doorgevoerd en daarmee de potentie meer benut. In deze regio's zijn er volgens deze zorgaanbieders minder ontwikkelingen te verwachten.

Ook de zogenoemde hybride variant, waarbij de cliënt zorg ontvangt vanuit de Wmo maar zijn eigen huur betaalt (in veel gemeenten beschermd thuis genoemd), neemt naar verwachting van zorgaanbieders toe. Ook voor deze vorm geldt dat de mate waarin dit toeneemt, afhangt van ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en op de woningmarkt.

4. Er zijn prikkels richting Wlz waar het verschil tussen Wmo en Wlz niet zwart-wit is

Er zijn volgens de deelnemers aan de werksessie mensen die formeel aan de Wlz-criteria voldoen maar beter geholpen zijn met zorg en ondersteuning op basis van de Wmo. Dat heeft te maken met de context van de cliënt (het sociale netwerk), woonvaardigheden, herstelmogelijkheden en behoefte aan rust en continuïteit. Er zijn nu prikkels die gericht zijn op doorstromen vanuit de Wmo naar de Wlz. Zo zijn in de Wlz de tarieven beter en zijn er gemeenten die pas een Wmo-indicatie toekennen als uitgesloten is dat een cliënt aan de Wlz-criteria voldoet.

Aan de tarievenkant vindt, ondanks de verschillende wettelijke afbakening (Wlz en Wmo), een vorm van concurrentie plaats. De tarieven in de Wlz liggen in 2022 ruim 20% hoger (zie paragraaf 5.1.3), waardoor het leveren van beschermd wonen binnen de Wlz een stuk aantrekkelijk is voor aanbieders dan beschermd wonen binnen de Wmo. Uit de gesprekken die we gevoerd hebben, zien we dat dit verschil in tarieven een 'pull factor' vormt vanuit de Wlz, ondanks het verschil in wettelijke kaders en toegangscriteria. Daarmee bedoelen we dat in theorie beide doelgroepen (Wmo en Wlz) zijn afgebakend, maar dat in de praktijk sprake is van een kwetsbare groep die voor beide wettelijke kaders in aanmerking kan komen, getuige ook het lage aantal afwijzingen door CIZ²³. Het gevolg hiervan kan zijn dat zorgaanbieders zich, zoals reeds benoemd, meer en meer op de Wlz-zorg zullen gaan richten en de intramurale Wmo-groep zal uitdunnen. Tegelijkertijd zien we dat er zorginhoudelijk vraag blijft naar een (tijdelijke) intramurale beschermd wonen setting binnen de Wmo. We hebben daarnaast uit de gesprekken opgemaakt dat er gemeenten zijn die een correctie hebben toegepast op de gehanteerde Wmo-tarieven. Het is dan ook niet goed in te schatten welk effect het verschil in tarieven in de toekomst zal hebben. In een Wmo-domein waarin tarieven onder druk staan, er gestuurd wordt op extramuralisering (tegen lagere tarieven) en er concurrentie is vanuit de Wlz, verwachten we in ieder geval dat de tarieven een belangrijk aandachtspunt zullen blijven voor gemeenten en aanbieders.

²³ Uit gesprekken is ook gebleken dat het afwijzingspercentage voor Wlz-indicaties bij CIZ inmiddels (2^e helft 2022) hoger is ten opzichte van 2021.

4.3.3 *Van toename van de ggz-doelgroep in de Wmo en Wlz naar juiste zorg en ondersteuning vanuit het juiste stelsel*

Uit de werksessie over de scenario's kwam naar voren dat de toenemende instroom in de Wmo BW en BT en de Wlz niet voor alle cliënten het beste scenario is. Voor een deel van de cliënten is instroom in de Wlz de beste vorm van zorg. Zij hebben blijvend behoefte aan een vaste woonplek met 24-uurs zorg en ondersteuning. Dit brengt hen continuïteit en rust. Bij deze cliënten is er geen perspectief op zelfstandigheid hoewel ze soms wel met een vpt of mpt zelfstandig kunnen wonen. Persona 3 uit paragraaf 0 is hiervan een voorbeeld. Er zijn ook cliënten die door systeemprikkels (tarieven, druk van gemeenten) in de Wlz terecht zijn gekomen. Voor hen betekent de Wlz mogelijk niet de juiste zorg en ondersteuning vanuit het juiste stelsel. De cliënten passen beter in de Wmo omdat daar meer aandacht is voor het betrekken van het sociale netwerk en toewerken naar zoveel mogelijk zelfstandigheid.

Hoe kan voorkomen worden dat mensen in de Wlz instromen terwijl de Wmo beter past? Het zorgstelsel zou meer gericht moeten zijn op integraliteit en samenwerking over domeinen heen, in de regio en ook op beleidsniveau, zodat alle betrokken partijen zich gezamenlijk (kunnen) inzetten om het herstelperspectief van cliënten optimaal te benutten. Dat vraagt om een brede samenwerking tussen zorgaanbieders, financiers (gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar en woningcorporaties). Daarnaast zien zorgaanbieders mogelijkheden in zorgvernieuwing en preventie om meer extramurale zorg voor de ggz-doelgroep mogelijk te maken. Er zijn regio's waar deze samenwerking in combinatie met zorgvernieuwing al geleid heeft tot meer zelfstandig wonende mensen met ggz-problematiek.

4.3.4 *Wat zou gezien de verwachte ontwikkelingen het benodigde budget BW zijn in de toekomst?*

Verschillende ontwikkelingen zijn van invloed op de cijfermatige ontwikkeling van de ggz-doelgroep in de Wmo en de Wlz in zijn totaliteit en de verdeling van cliënten over intramurale en extramurale varianten. Het was niet het doel van dit onderzoek en het is niet mogelijk om een kwantitatieve prognose te geven van de ontwikkeling van beide groepen. Enerzijds ligt dat aan onvolledigheid van beschikbare data en omdat gemeenten verschillende afbakeningen gebruiken van hun BW-voorzieningen en anderzijds ligt het aan onzekerheid rondom het beleid. Dit maakt het niet mogelijk om een voorspelling te doen over het benodigde BW budget binnen de Wmo in de toekomst. De raming voor 2022 zoals opgenomen paragraaf 5.2 kan als vertrekpunt gelden voor toekomstige scenario's.

Wat we gezien het meest aannemelijke scenario wel verwachten is dat het nodig blijft om te investeren in de Wmo (BW en BT). Daarmee kan worden voorkomen dat er weer meer druk komt op doorstroming van cliënten van de Wmo naar de Wlz die niet vanzelfsprekend voortvloeit uit de zorgbehoefte van cliënten. Bovendien kan de beweging van BW intramuraal naar meer zorg en ondersteuning thuis (beschermd thuis of ambulante zorg) verder worden versterkt.

5 Gevolgen voor de Wmo

De hoofdvraag in onderdeel B luidt: *Wat zijn de financiële gevolgen van de Wlz-ggz voor de Wmo?* Daarbij gaan we in op de volgende aspecten:

- A. Aantallen Wmo-cliënten in de Wmo (intramuraal en extramuraal);
- B. Tarieven voor Wmo-BW-producten en
- C. Op basis van bovenstaande: geschatte kosten voor de beschermd wonen doelgroep binnen de Wmo.

Bij het berekenen van aantallen en kosten in dit onderdeel van het onderzoek hebben we te maken met een aantal beperkingen. Deze beperkingen zorgen ervoor dat er vaak sprake is van aannames en schattingen (inclusief een bandbreedte). Deze beperkingen dienen te worden meegenomen bij de interpretatie van de analyses die we in deze rapportage weergeven. Het gaat om de volgende beperkingen:

- Gemeenten hebben verschillende productafbakening van beschermd wonen en manier van administreren;
- Dit onderzoek vindt plaats ten tijde van een grote transitie in het domein (overgang Wmo - Wlz), waardoor cijfers niet actueel zijn of snel aan verandering onderhevig;
- De uitgaven voor deze doelgroep beperken zich niet tot de uitgave aan beschermd wonen conform de wettelijke definitie, maar reiken verder binnen en buiten de Wmo. Denk aan kosten gemaakt voor preventie, kosten verbonden aan infrastructuur of de transitie naar beschermd thuis of (buiten de Wmo) aan uitkeringen.

De uitgaven per cliënt zijn niet gelijk aan het aantal cliënten per jaar vermenigvuldigd met het tarief. Dat heeft onder andere te maken met de behandelduur, leegstand en uitnutting van indicaties. In de analyses beschrijven we hoe we met deze beperkingen omgaan.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen maken wij een schatting voor 2022 als basisjaar. 2021 stond vooral in het teken van de grote operatie waarmee cliënten vanuit (onder andere) de Wmo naar de Wlz zijn overgegaan. Over 2022 zijn echter nog geen cijfers over gebruik van de Wmo beschikbaar. We beantwoorden deze vraag en deelvragen daarom door gebruik te maken van gegevens in de jaren tot en met 2021 en vooral door in te zoomen op de groep mensen die 2021 gebruikmaakte van een BW-voorziening.

Omdat de beschikbare data niet volledig zijn en omdat gemeenten andere afbakening gebruiken van hun BW-voorzieningen, zijn keuzes en aannames gemaakt om tot een zo goed mogelijke schatting te komen. Dat we werken met aannames moet meegenomen worden in de interpretatie van de cijfers in dit hoofdstuk. Het gaat hier om schattingen en ramingen en het betreft geen exacte analyse. Voor het maken van schattingen en ramingen is gebruikgemaakt van de volgende bronnen en onderzoeksmethoden:

- Data uit de gemeentelijke monitor sociaal domein (GMSD);
- Data uit de pilot monitoring indicatoren beschermd wonen en maatschappelijke opvang;
- Data van enkele centrumgemeenten over gebruik van en uitgaven aan Wmo-voorzieningen en cliëntaantallen;
- CBS-data uit diverse maatwerktabellen over de verdeling tussen subgroepen beschermd wonen binnen de Wlz;
- Kwantitatieve gegevens die we onder aanbieders hebben opgehaald in interviews; en
- Gegevens over door gemeenten gehanteerde tarieven voor de verschillende BW-producten.

Aangevuld met de inzichten uit onderdeel A levert dit informatie op over de opgave waar gemeenten voor staan ten aanzien van de overgebleven doelgroep in de Wmo en de kosten die hiervoor gemaakt worden.

Tot slot merken we op dat het domein beschermd wonen in transitie is en dat aantallen dynamisch zijn. Wat betreft het prijsniveau is het aannemelijk dat tarieven de komende jaren zullen stijgen. Voor deze analyse zijn we uitgegaan van het tarievenniveau in 2022.

5.1 Benodigde cijfers en schattingen

In deze paragraaf beschrijven we de benodigde cijfers voor de berekening van de totale kosten van de groep mensen die in de Wmo ondersteuning ontvangen. Dit betreft de aantallen mensen binnen de doelgroep, de verdeling over de verschillende vormen (intramuraal, extramuraal en hybride) en de tarieven. Een deel van de cijfers betrekken we uit de eerder genoemde beschikbare bronnen; voor ontbrekende cijfers maken we een inschatting op basis van expertmatige aannames.

5.1.1 Aantallen intramuraal

We schatten als eerste het aantal unieke intramurale cliënten in 2022. Over 2022 zijn echter nog geen cijfers over het aantal cliënten beschikbaar. Als startpunt voor de schatting voor 2022 kijken we daarom eerst naar de groep mensen die in 2021 intramuraal in de Wmo verbleven. In de jaar- en eerste halfjaarcijfers van 2021 worden bij het aantal unieke cliënten BW nog relatief veel cliënten meegeteld die in de loop van 2021 zijn overgegaan naar de Wlz. Het CBS heeft ook cijfers over de tweede helft van 2021, maar helaas geen landelijke cijfers. Van de 43 centrumgemeenten hebben namelijk vier gemeenten geen aantallen BW-cliënten aangeleverd. Het totaal aantal unieke BW-cliënten in de tweede helft van 2021 voor de gemeenten die wel data hebben aangeleverd is 20.750.

De vier gemeenten die geen aantallen BW-cliënten hebben aangeleverd voor 2021 zijn:

- Amsterdam (wel aantallen 2020; geen aantallen 2021);
- Deventer (wel aantallen 2020; geen aantallen 2021);
- Emmen (wel aantallen 2019; geen aantallen 2021);
- Hilversum ((wel aantallen 2019; geen aantallen 2020).

Om een schatting te maken van de aantallen BW-cliënten voor deze gemeenten in de tweede helft van 2021 hanteren we de volgende aannames:

- De procentuele afname in het aantal BW-cliënten tussen de tweede helft van 2020 en de tweede helft van 2021 voor Amsterdam, Deventer en Emmen is gelijk aan het landelijk gemiddelde (op basis van alle andere gemeenten berekend). Landelijk gezien is de afname van het aantal BW-cliënten tussen 2020 en 2021 36%;
- Het aantal BW-cliënten in Emmen in 2020 is gelijk aan het aantal BW-cliënten in 2019.

Op basis van de bovenstaande aannames zijn we gekomen tot een landelijke schatting (inclusief de vier gemeenten die geen aantallen BW-cliënten hebben aangeleverd voor 2021) van 23.337 unieke intramurale cliënten in beschermd wonen (in de Wmo) in de tweede helft van 2021.

Een volgende stap is dat we een vertaling willen maken van de cijfers over de tweede helft van 2021 naar een schatting van het aantal unieke cliënten in 2022. Verdere aannames bij deze schatting zijn de volgende:

- Halfjaarcijfers zijn altijd lager dan cijfers over een heel jaar. Om van de halfjaarcijfers (tweede helft 2021) naar jaarcijfers te komen (heel 2021), moet er nog een correctie worden toegepast. We berekenen hiervoor een correctiefactor op basis van aantallen in 2019 en 2020 en komen dan op een correctiefactor van 1,096. Dit betekent dat gemiddeld genomen op jaarbasis 9,6% meer unieke cliënten in beschermd wonen zitten dan het aantal unieke cliënten in de tweede helft van een jaar.

-
- We gaan er in deze berekening echter ook vanuit dat er in 2021 nog steeds cliënten zijn overgegaan van de Wmo naar Wlz²⁴. Uit de CBS maatwerktabellen blijkt dat er in 2021 nog 2.465 cliënten vanuit BW-Wmo een Wlz-indicatie hebben gekregen. Deze cliënten tellen wel mee bij het aantal unieke cliënten in de Wmo in 2021, omdat ze op enig moment in 2021 nog wel zorg vanuit de Wmo hebben ontvangen. Deze tellen in 2022 niet meer mee bij de Wmo. Zonder openstelling van de Wlz voor deze doelgroep, zou deze groep anders intramuraal binnen de Wmo zijn gebleven. We hebben het aantal cliënten in 2021 afgeleid van het aantal cliënten in de tweede helft van 2021. Daarom tellen we niet alle cliënten die in 2021 overgaan zijn mee, maar de helft daarvan (1.233).

Op basis van bovenstaande aannames en correctiefactor komen we op 25.580 unieke BW-cliënten in 2021, waarvan (25.580 minus 1.233) 24.348 cliënten die niet in 2021 zijn uitgestroomd naar de Wlz. We beschouwen dit aantal unieke cliënten als uitgangspunt voor het aantal cliënten BW-Wmo in 2022. Er is echter ook in 2022 nog sprake van doorstroom vanuit BW-Wmo naar de Wlz (en daarnaast reguliere in- en uitstroom). Een deel van het aantal unieke cliënten BW-Wmo die wij voor 2022 hebben geschat, zit dus niet het gehele jaar bij BW-Wmo. Hier komen wij later nog op terug. In 2020 schatten we op het totale aantal unieke cliënten Wmo-BW intramuraal op ongeveer 40 duizend²⁵. **Na de overheveling van cliënten in 2021 ligt dit aantal op afgerond 24,5 duizend, dat is ongeveer 60% van het aantal unieke cliënten in 2020.**

5.1.2 Aantallen extramuraal en hybride

Voor het schatten van de omvang van het extramuraal deel van de Wmo-groep hanteren we een nadere categorisering. We maken hierbij onderscheid tussen de 'hybride doelgroep' en de 'extramuraal groep met intensieve ambulante begeleiding'. Voor beide doelgroepen geldt dat de cliënt zelf (en dus niet de aanbieder) verantwoordelijkheid draagt voor de wooncomponent. Voor de *hybride groep* geldt dat zij vaak geclusterd wonen of begeleiding op afroep of in de nabijheid (beschermd thuis, beschut of begeleid wonen) hebben. De *extramuraal groep met intensieve ambulante begeleiding* woont zelfstandig en krijgt meestal een paar uur intensieve begeleiding per week. Voor de analyse zijn we voor de categorie 'extramuraal groep met intensieve ambulante begeleiding' uitgegaan van 2,5 uur begeleiding per week, met een correctie van 10% (gegeven verzuim, vakantie, no show, et cetera). De groep die intensieve ambulante begeleiding ontvangt, is een grotere groep dan alleen de BW-doelgroep. Daarom hebben we dit afgebakend door deze groep te definiëren als de groep die zonder deze vorm van begeleiding terug moet vallen op intramurale ondersteuning. Deze scheiding is niet scherp af te bakenen, omdat dit niet op deze manier wordt geregistreerd. De afbakening hebben we bijvoorbeeld gebruikt om in interviews met aanbieders een beeld te krijgen van de omvang van deze groep. We nemen deze groep mee in onze berekening om recht te doen aan de praktijk van gemeenten waarbinnen zij uitgaven hebben die BW-gerelateerd zijn (ter preventie van een intramurale setting). Voor de hybride vorm geldt dat dit de doelgroep is die zelf verantwoordelijk is voor de wooncomponent (zelf huur betaalt).

Om een inschatting te maken van hoe de extramuraal groepen zich verhouden tot de groep beschermd wonen intramuraal, is gekeken naar verschillende andere bronnen: (1) de verhoudingen uit ander onderzoek (Pilot monitoring beschermd wonen, fase 3, 2021); (2) de verhouding die binnen de Wlz van toepassing is op intramuraal versus extramuraal; (3) de gegevens van een vijftal gemeenten dat in de GMSD heeft aangegeven wat de verhoudingen zijn tussen de intra- en extramuraal BW-groep; en (4) naar de verhoudingen die aanbieders in interviews hebben aangegeven. Tot slot hebben we ook cijfers van één casestudy gemeente meegenomen.

²⁴ Vanuit de gesprekken weten we dat er ook in de tweede helft van 2021 nog uitstroom naar de Wlz plaatsvond. Echter blijkt uit monitorcijfers van CIZ dat ook in 2022 nog sprake is van een aanzienlijke instroom naar de Wlz, hoewel niet volledig afkomstig uit een intramuraal Wmo-setting.

²⁵ We schatten dit aantal op ongeveer 40.000 op basis van de aantallen per gemeente die zijn opgenomen in de tabellen van het CBS. Enkele gemeenten ontbreken in deze tabellen. Wij hebben de aantallen voor deze gemeenten geschat (op basis van aantallen uit eerdere jaren) om tot een totaal aantal unieke BW-cliënten in 2020 te komen, We komen dan op ongeveer 40.000 unieke cliënten.

Deze analyse geeft ons bandbreedtes met een onder- en bovengrens van aantallen per categorie, waarmee we benadrukken dat het om een schatting met de nodige onzekerheid gaat. Met deze bandbreedtes hebben we rekening gehouden met enkele uitschieters, bijvoorbeeld bij enkele aanbieders. Vervolgens is op basis van informatie uit interviews en de verhouding intramuraal en extramuraal in de Wlz (waar wel gegevens over zijn) het zwaartepunt, oftewel het meest aannemelijke uitgangspunt per categorie gekozen. Het meest aannemelijke uitgangspunt is dus niet het gemiddelde maar gebaseerd op inschattingen van verschillende bronnen inclusief respondenten die we gevraagd hebben hoe verschillende groepen zich in de praktijk tot elkaar verhouden.

Bron	Peiljaar	Bandbreedte	Intramuraal	Extramuraal	Hybride (incl. geclusterd)	Intensief extramuraal
Interviews met aanbieders (2022)		Ondergrens	7%	9%	0%	9%
		Bovengrens	91%	93%	35%	58%
		Zwaartepunt	60%	40%	n.t.b.	n.t.b.
5 gemeenten in GMSD	2021	Ondergrens	54%	7%	n.v.t.	n.v.t.
		Bovengrens	93%	46%	n.v.t.	n.v.t.
		Gewogen gemiddelde	77%	23%	n.v.t.	n.v.t.
Casestudiegemeente	2021	Exact cijfer	63%	37%	23%	n.v.t.
Pilot monitor BW - 3 gemeenten	2020	Gemiddelde	75%	25%	25%	n.t.b.
Wlz	2021	Totaal	67%	33%	6%	27%
Uitgangspunt schatting		Ondergrens	60%	40%	6%	10%
		Bovengrens	77%	23%	30%	34%
		Zwaartepunt	65%	35%	10%	25%

Tabel 3. Verhouding extramuraal en intramuraal cliënten beschermd wonen Wmo, op basis van meerdere bronnen

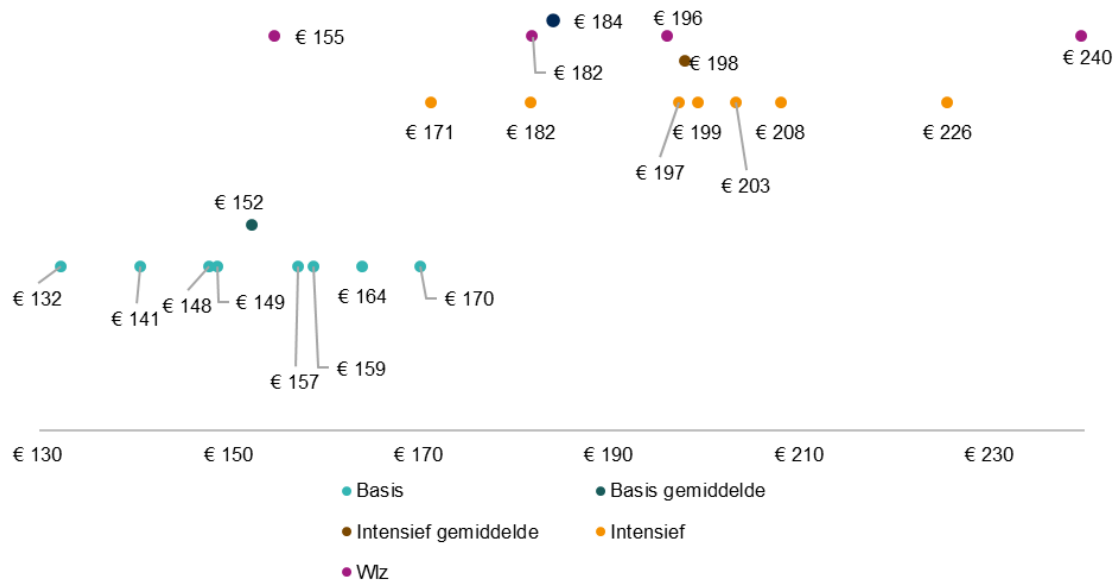
Voor tabel 1 geldt dat de ondergrenzen van hybride en intensief extramuraal niet tegelijkertijd aan de orde kunnen zijn, omdat de ondergrens voor 'extramuraal' 23% is. Hetzelfde geldt voor de bovengrenzen. Er is dus sprake van een afhankelijkheid tussen de verschillende bandbreedtes. De totale aantallen voor de extramuraal groep zijn weergegeven in tabel 2 in paragraaf 3.2.

5.1.3 Tarieven

Wat betreft tarieven is een analyse gemaakt op basis van openbare data van gemeenten, bijvoorbeeld via Tendered, en productbeschrijvingen op gemeentewebsites. In totaal is van acht (centrum)gemeenten het tarief voor beschermd wonen inzichtelijk gemaakt. Daarbij is gekeken naar een basistarief en een intensief tarief. Het basistarief is het 'reguliere' tarief voor beschermd wonen en het intensieve tarief wordt vaak ingezet bij crisissituaties of wanneer er om een andere reden verhoogde inzet van ondersteuning nodig is. We zijn daarbij uitgegaan van een mix van 95% regulier en 5% intensief.²⁶ De variatie in afgesproken tarieven voor beschermd wonen staat weergegeven in figuur 8.

²⁶ We weten uit de interviews dat het intensieve product niet vaak wordt geïndiceerd omdat er in crisissituaties snel gehandeld moet worden en het verkrijgen van een indicatie vaak meer tijd kost dan er beschikbaar is.

Etmaaltarieven beschermd wonen - intramuraal (prijsspeil 2022*)



Figuur 11: Spreiding etmaaltarieven beschermd wonen ('basis', 'intensief' en 'NZA'/Wlz). De donkerblauwe stip (€ 184) toont het gewogen gemiddelde Wlz-tarief, zoals is toegelicht op de volgende pagina.

Voor het basistarief beschermd wonen variëren de gevonden tarieven per etmaal tussen € 132,26 (laagste tarief) en € 170,12 (hoogste tarief). Het gemiddelde van de gehanteerde (basis)tarieven is € 152,49 per etmaal. De resultaten uit de casestudy onder twee regio's laat zien dat hun gewogen gemiddelde tarief voor de intramurale producten € 151 per etmaal bedraagt. Dat komt dus redelijk goed overeen met het gemiddelde van de gehanteerde (basis)tarieven.²⁷

Een belangrijke kanttekening bij de interpretatie van deze tarieven is dat tarieven per regio op verschillende wijzen zijn onderbouwd, waarbij rekening is gehouden met de regionale situatie en de specifieke productomschrijving (inclusief kwaliteitseisen). Het betreft hier zogenaamde 'all-in' tarieven. Voor de intensieve tarieven zien we een spreiding tussen € 171,18 en € 225,54 per etmaal, met een gemiddelde van € 198,04.

Naast de tarieven 'basis' en 'intensief', is ook gekeken naar de Wlz-tarieven. We hebben voor de berekening van een gemiddeld Wlz-tarief de volgende keuzes gemaakt:

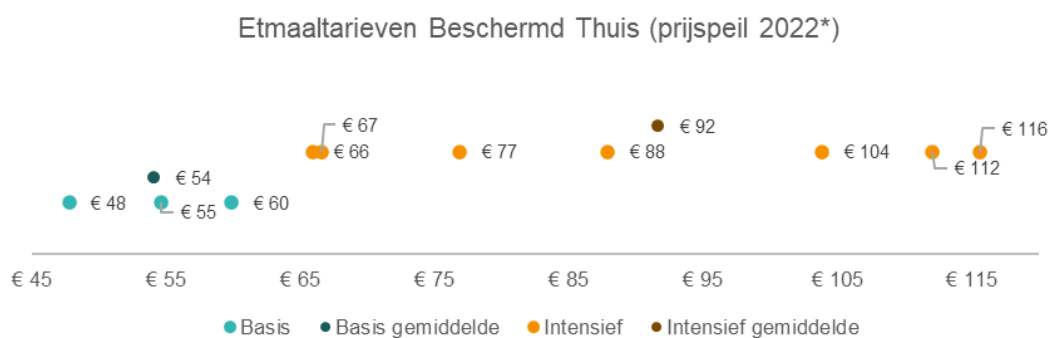
- Als uitgangspunt hebben we naar de ggz-wonen-zorgprofielen 1 tot en met 5 gekeken, omdat deze qua intensiteit het beste vergelijkbaar zijn met de Wmo-producten;
- We hebben een gemiddeld Wlz-tarief berekend door de voor 2022 geldende Wlz-tarieven voor de zorgwaartepakketten ggz-wonen exclusief dagbesteding en exclusief behandeling (ggz-wonen modulair) te wegen naar het aantal cliënten met een Wmo-herkomst;
- We zijn voor de weging naar het aantal cliënten uitgegaan van de verdeling van de indicaties over de ggz-wonen-profielen uit de Nza-monitor van maart 2022;²⁸
- We hebben gerekend met 95,8% van het maximum Nza-tarief per zorgprofiel²⁸ omdat dit het landelijk richttariefpercentage is dat zorgkantoren hanteren (zie landelijk inkoopbeleid Wlz¹⁰).

²⁷ In de berekening van het gemiddeld gehanteerde basistarief en het gewogen gemiddelde van de twee casestudy-regio's zit een dubbel telling (één regio komt dus in beide berekeningen voor).

²⁸ https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_658250_22/1/.

Het op deze manier berekende gewogen gemiddelde Wlz-tarief bedraagt € 187,05 per etmaal. Afgezet tegen het gewogen gemiddelde Wmo-tarief (95% basis en 5 intensief; € 154,77) zien we een verschil van 20,8%. Dit percentage is lager dan het verschil van 25% dat door zorgaanbieders een aantal keer is genoemd in dit onderzoek.

Voor het extramurale deel van ondersteuning is allereerst gekeken naar de hybride categorie. De tarieven die gemeenten hanteren voor beschermd thuis (basis: vier gemeenten en intensief: zeven gemeenten) zijn hier als uitgangspunt genomen. In de praktijk is een grote variatie van productafbakening (en productnamen) te zien. Om tarieven goed te kunnen vergelijken, hebben we ervoor gekozen om de tarieven voor beschermd thuis uit te lichten. Dit product voldoet qua productafbakening het beste aan de hybride variant. Ook voor de beschermd thuis tarieven is een basis en een intensief tarief geanalyseerd. In figuur 9 is de spreiding van deze tarieven weergegeven.



Figuur 12. Spreiding etmaaltarieven beschermd thuis ('basis' en 'intensief')

Voor beschermd thuis is een bandbreedte zichtbaar van € 47,77 per etmaal (laagste tarief) tot en met € 59,86 per etmaal (hoogste tarief) met een gemiddelde van € 54,08 per etmaal. De bandbreedte voor de intensieve vormen van beschermd thuis ligt tussen de € 66 en de € 116 per etmaal. Bij de regio's uit de casestudy is een gewogen gemiddeld tarief voor beschermd thuis (ThuisPlus of ondersteund wonen) te zien van € 89,89 per etmaal voor de ene regio en voor de andere regio € 105,64 per etmaal.

Om de totale kosten voor de hybride doelgroep te berekenen, is een mix toegepast van 75% regulier en 25% intensief. Tot slot hebben we bij een vijftal gemeenten gekeken naar de gehanteerde tarieven voor intensieve ambulante begeleiding (extramuraal groep met intensieve ambulante begeleiding). Voor tarieven uit 2021 of eerder hebben we met algemene indexatiecijfers (CBS-index) een vertaling gemaakt naar het prijspeil voor 2022. Voor dit product is een spreiding zichtbaar tussen € 60,60 en € 70,80, met een gemiddelde van € 66,82.

5.2 Schatting van de totale kosten

Voor de berekening van de totale kosten van de ggz-doelgroep die in de Wmo is gebleven, gebruiken we de (geschatte) aantallen uit paragraaf 3.1, vermenigvuldigd met een gewogen gemiddeld tarief. Voor beschermd wonen intramuraal geldt daarbij een verhouding van 95% basis en 5% intensief²⁹ en voor beschermd wonen extramuraal een verhouding van 75% basis en 25% intensief. Daarmee zijn de gewogen etmaaltarieven € 154,77 voor beschermd wonen intramuraal, € 63,48 voor de hybride (beschermd thuis) variant en € 23,86 voor individuele begeleiding.

²⁹ Deze verhouding is gebaseerd op de gesprekken die tijdens dit onderzoek gevoerd zijn en getoetst aan de verhouding in zorgprofielen in de Wlz (5% van de cliënten heeft zorgprofiel 4 of 5).

Voor de intramurale groep BW in de Wmo maken wij een schatting van ongeveer 24.500 cliënten (zie ook paragraaf 3.1). Aangezien dit aantal met de nodige onzekerheid omgeven is, gaan we uit van een beperkte bandbreedte bij deze schatting met 22.500 als onderkant en 26.500 als bovenkant. Vervolgens zijn deze aantallen vermenigvuldigd met de gemiddelde tarieven uit paragraaf 3.1. We corrigeren hierbij voor in- en uitstroom in het jaar, want we kunnen er niet vanuit gaan dat alle unieke cliënten in een jaar, 365 dagen zorg hebben gehad. Daarbij moeten we er voor 2022 vanuit gaan dat er ook in dat jaar een groep cliënten BW-Wmo over zal gaan naar de Wlz. De instroom naar de Wlz bedroeg tot en met augustus 2022 5.569 cliënten (Bron: CIZ Factsheet augustus 2022), waarbij sprake is van een maandelijks dalende trend. Wanneer we deze aantallen en trend extrapoleren naar heel 2022 kunnen we uitgaan van ongeveer 7.500 nieuwe cliënten met een GGZ-kenmerk in de Wlz.

In 2021 had 36% van de mensen die instroomden in de Wlz in 2020 een BW-Wmo-indicatie, zo blijkt uit de maatwerktabellen van het CBS. Deze groep die vanuit BW-Wmo doorstroomt naar de Wlz wordt steeds kleiner, terwijl van de groep die in 2022 nog is overgegaan naar de Wlz een steeds groter aandeel tot de (voorheen) extramurale groep behoorde. We kunnen daarom de aanname doen dat het percentage cliënten dat is ingestroomd in de Wlz vanuit BW-Wmo intramuraal in 2022 nog kleiner is geworden. Wanneer we voor dit percentage uitgaan van 25%, betekent dit dat in 2022 nog zo'n 1.900 cliënten (25% van de 7.500 cliënten die in totaal in 2022 instromen naar de Wlz) vanuit BW-Wmo overgaan naar de Wlz. Gemiddeld genomen moeten we deze groep slechts voor de helft van de tijd (zes maanden) meetellen in de berekening, omdat ze gemiddeld genomen voor de andere helft van de tijd geen zorg meer vanuit de Wmo ontvangen. Voor het corrigeren voor de reguliere in- en uitstroom in de Wmo is uitgegaan van het niveau van 2020. Voor het corrigeren voor reguliere in- en uitstroom en doorstroom naar de Wlz in 2022 gezamenlijk gaan we uit van een correctiefactor van 18,7%³⁰. Dat betekent dat we voor het geschatte aantal unieke cliënten in 2022 uitgaan van gemiddeld 81,3% van de 365 dagen waarvoor BW is ingezet.

De onzekerheid qua aantallen zit met name in de groep die extramuraal (thuis of in een hybride woonvorm) ondersteuning op basis van Wmo ontvangt. Daarvoor hanteren we een bandbreedte met een grotere spreiding aan de onderkant dan aan de bovenkant. In tabel 2 vatten we de aantallen samen. Voor de intramurale groep is de schatting exacter, omdat de aantallen gebaseerd zijn op CBS-data en de productafbakening met bijpassende tarieven relatief zuiver is. We leiden de aantallen en bandbreedtes voor de extramurale groep af van de schatting van het aantal cliënten BW intramuraal en op basis van de verhoudingen uit tabel 1. Ook hier gaan we uit van dat deze groep unieke cliënten niet alle 365 dagen van het jaar zorg ontvangen vanwege in- en uitstroom en doorstroom naar de Wlz. We hanteren hiervoor dezelfde correctiefactor van gemiddeld 80%.

Bij het berekenen van de kosten gaat het om de kosten voor beschermd wonen (intramuraal) of beschermd thuis (hybride of extramurale vorm), zonder dagbesteding of andere aanverwante producten. De woon- en trajectbegeleiding is wel in deze prijs meegenomen. In veel gevallen maken cliënten ook gebruik van dagbesteding of andere aanvullende arrangementen. Het kan dan ook gaan om gemeentelijke ondersteuning vanuit andere wettelijke domeinen, zoals uitkeringen. Dit is per regio verschillend georganiseerd. Deze kosten zijn dus niet meegenomen in onderstaand overzicht. Dat betekent dat gemeenten in de praktijk meer kosten hebben per cliënt dan hieronder is weergegeven.

³⁰ In 2020 waren er zo'n 38 duizend cliënten BW bij 44 centrumgemeenten (Bron: CBS). Bij deze centrumgemeenten bedroeg de instroom dat jaar 6.905 en de uitstroom 4.320. Cliënten die in- of uitstromen hebben gemiddeld genomen de helft van het jaar in zorg gezeten. De cliënten die niet zijn in- of uitgestroomd hebben wel 365 dagen zorg gehad. De (afgerond) 11 duizend cliënten die zijn in- of uitgestroomd zouden we dan voor de helft (5.600) mee kunnen tellen. Ten opzichte van de 38 duizend unieke cliënten in 2022 bij deze centrumgemeenten gaat het om een percentage van 14,8% waarvoor gecorrigeerd moet worden. De correctiefactor voor de doorstroom naar de Wlz (de helft van 1.900 cliënten (950) op 24.500 cliënten is 3,9%. Daarmee komen we op een gecombineerde correctiefactor van 18,7% (14,8% + 3,9%).

	Meest aannemelijk	Onderkant BB	Bovenkant BB
BW intramuraal	24.500	22.500	26.500
Wmo extramuraal (totaal)	13.000	7.500	16.000
BW hybride (beschut, geclusterd wonen)	3.500	1.500	10.500
Extramuraal (intensieve begeleiding)	9.500	2.500	12.500

Tabel 4. Aantallen 2022 (afgerond op 500-tallen)

	Meest aannemelijk	Onderkant BB	Bovenkant BB
Kosten BW intramuraal	€ 1.125.000.000	€ 1.010.000.000	€ 1.194.000.000
Kosten extramuraal, hybride	€ 66.000.000	€ 28.000.000	€ 198.000.000
Kosten extramuraal, intensieve begeleiding	€ 67.000.000	€ 18.000.000	€ 89.000.000

Tabel 5. Geschatte jaarlijkse kosten (afgerond op miljoenen)

We zien dat de geschatte totale kosten voor 2022 voor de gehele doelgroep (Wmo) tussen de 1,1 miljard en de 1,4 miljard liggen. Voor beschermd wonen intramuraal gaat het om ongeveer € 1,1 miljard (bandbreedte tussen de € 1 miljard en de € 1,2 miljard). Voor de extramuraal groep (hybride) is de schatting van de totale kosten van € 66 miljoen, met een bandbreedte tussen € 28 miljoen en € 198 miljoen. De onzekerheid en daarmee bandbreedte voor wat betreft de omvang van deze groep is vrij groot (zie ook tabel 1). Voor de extramuraal groep met intensieve ambulante begeleiding zijn de geschatte totale kosten € 67 miljoen met een bandbreedte die ligt tussen de € 18 miljoen en € 89 miljoen. Ook hier maken we de opmerking dat in deze schatting het niet mogelijk is dat voor zowel de hybride als de intensieve begeleidingsvariant de bandbreedtes niet beide aan de onder- of beide aan de bovenkant kunnen liggen, vanwege de onderlinge afhankelijkheid in de schatting.

Uitgaande van het meest aannemelijke scenario komt de opgave van gemeenten voor 2022 voor de gehele doelgroep op € 1,25 miljard, met een bandbreedte tussen de € 1,15 miljard en de € 1,4 miljard. Het gaat hier om directe BW-zorgkosten. In deze kosten zijn niet de gemeentelijke kosten voor toegang en backoffice opgenomen en eventuele andere uitgaven aan (voorzieningen voor) de betreffende doelgroep. Met deze relatief grote bandbreedte benadrukken we de onzekerheid in de schattingen.

Om de opgave van gemeenten enigszins in perspectief te plaatsen, zetten we de aantallen en de kosten af tegen de totale opgave in de Wmo en in beschermd wonen specifiek in het laatste jaar voor de openstelling van de Wlz voor de ggz-doelgroep. Volgens de meest recente cijfers van het CBS (2020) waren de totale Wmo-uitgaven in 2020 (het jaar voor de openstelling van de Wlz voor de ggz-doelgroep): € 5.575.754.000. In datzelfde jaar bedroeg de integratie uitkering beschermd wonen € 1.938.300.000 beschermd³¹.

De integratie uitkering beschermd wonen ligt in 2021 op € 1.489 miljoen en in 2022 op € 1.495 miljoen³² (bron: uitwerking overgangsregeling integratie-uitkering Beschermd wonen, VNG). Deze uitkering ligt boven de bandbreedte die uit de analyse uit dit hoofdstuk volgt. We merken daarbij nogmaals op dat in de schatting van de kosten in dit hoofdstuk geen rekening is gehouden met kosten voor de gemeentelijke toegang, back office, kosten voor preventie, aanverwante arrangementen en overige kosten zoals infrastructuur. Bovenstaande schattingen geven dus geen exact en compleet beeld van de gemaakte kosten, maar geven weer welke beweging in het Wmo-domein heeft plaatsgevonden wat betreft beschermd wonen op landelijk niveau. Per regio kan de situatie verschillen, door een hoger of lager prijsniveau of een hogere of lagere Wlz-uitstroom.

³¹ <https://www.rijksfinancien.nl/jaarverslag/2020/XVI/onderdeel/866082>.

³² [Ontwerpbegroting 2023 Ministerie van VWS](#)

6 Conclusies

In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies van het onderzoek op hoofdlijnen op basis van de bevindingen en (tussentijdse) conclusies in voorgaande hoofdstukken. Ten slotte geven we ook een korte beschouwing op de verdieping als geheel en de richting waarin de uitkomsten van dit onderzoek wijzen.

6.1 Wat zijn de verschillen tussen Wlz- en Wmo-cliënten in kenmerken en zorggebruik?

De eerste vraag in het onderzoek was om de verschillen tussen cliënten met psychiatrische problematiek in de Wlz en in de Wmo nader te onderzoeken. Dit heeft de volgende kwalitatieve verdieping opgeleverd bij de kwantitatieve gegevens die er waren. De belangrijkste verschillen in kenmerken van cliënten zijn als volgt:

1. Het cruciale verschil is het verschil in **perspectief op zelfstandigheid**. Dit raakt aan het kernverschil tussen de Wmo en de Wlz. De Wmo gaat uit van ondersteuning gericht op herstel en het perspectief gericht op zelfstandigheid. De criteria voor toelating tot de Wlz geven weer dat het perspectief op zelfstandigheid er niet meer is. De conclusie dat er geen perspectief meer is op zelfstandigheid wordt niet zomaar getrokken. Dit gebeurt eerder bij wat oudere cliënten en na langer afhankelijk te zijn geweest van ondersteuning en zorg. De cliënten in de Wlz en de Wmo verschillen dan ook in gemiddelde leeftijd; in de Wlz zijn de cliënten (over het algemeen) ouder.
2. Of het bieden van ondersteuning binnen de context van Wmo nog (goed) kan is ook vooral afhankelijk van de aanwezigheid, dan wel het ontbreken van een **(sociaal) netwerk rondom de cliënt**. Hierin zijn duidelijke verschillen waar te nemen tussen cliënten in de Wmo en in de Wlz. Het ontbreken van een netwerk dat informeel aanvullende ondersteuning kan bieden aan de cliënt, is vaak (in combinatie met het ontbreken van het perspectief op zelfstandigheid) reden om een Wlz-aanvraag te overwegen. Het ontbreken van een netwerk lijkt vaak samen te hangen met de lange zorghistorie die cliënten hebben en de leeftijd van cliënten.
3. Een belangrijk verschil ligt in de **behoefte aan zekerheid en veiligheid** gezien de aard van de zorgbehoefte van de cliënt. Zodra deze langdurig (de rest van het leven) nodig is, een niet-planbaar karakter heeft en er een noodzaak is om regelmatig op te schalen en weer af te kunnen schalen met de zekerheid van continuïteit van zorg, past deze beter in de Wlz. Zowel qua systeem (zoals indicatiestelling) als qua mogelijkheden om de zorg te organiseren past de Wlz beter bij de zorgbehoefte zoals beschreven. De zorgprofielen zoals gehanteerd in de Wlz worden dan ook goed herkend door zorgaanbieders.
4. Bij de cliënten die zijn overgegaan naar de Wlz is vaker sprake van een **dubbele diagnose en/of multiproblematiek** dan bij cliënten die in de Wmo zijn gebleven. Dit gaat om meerdere problemen binnen de psychiatrie (zoals in de EPA-doelgroep), maar ook om verslaving, verstandelijke of lichamelijke beperkingen, geriatrische problematiek en soms somatische problematiek.
5. **Zorgmijders** vinden we vaker terug **in de Wmo** als deze met een outreachende aanpak bereikt kunnen worden. Deze mensen stemmen veelal niet in met een Wlz-aanvraag.

Een laatste belangrijke bevinding is dat een groot deel van de cliënten die met (alsnog) de introductie van de psychische stoornis als grondslag voor de Wlz per 1 januari 2021 zijn ingestroomd, in de jaren vóór 1 januari 2015 zorg in het kader van de Awbz ontvingen (de zogenaamde GGZ-C doelgroep). Volgens meerdere aanbieders maakte het ontbreken van de grondslag 'psychische stoornis' dat deze mensen niet in aanmerking kwamen voor de Wlz, terwijl ze ook op dat moment al aan het nu geldende criterium voldeden.

Aanleiding voor de Wlz-aanvragen zat vaak in bovenstaande (inhoudelijke) verschillen: geen perspectief meer op zelfstandigheid, het ontbreken van een netwerk en de behoefte aan rust, zekerheid en veiligheid. Tegelijkertijd zijn gemeenten ook actief in gesprek gegaan met zorgaanbieders om na te gaan welke cliënten beter in de Wlz dan in de Wmo zouden passen. Bij cliënten die langere tijd in BW verbleven was deze vraag nog nadrukkelijker aan de orde.

De verschillen in cliëntkenmerken of -profielen zijn niet zo eenvoudig vast te stellen op basis van geregistreerde data. Dit geldt ook voor de verschillen in de zorg die de cliënten in de Wmo en in de Wlz ontvangen. In veel gevallen zijn de cliënten op dezelfde plek, bij dezelfde zorgaanbieder gebleven. De volgende verschillen zijn er wel. De Wlz is gericht op nabijheid, veiligheid en continuïteit en de Wmo meer op het vergroten van de zelfredzaamheid met afschaling van zorg en uitstroom als gevolg. Dit heeft invloed op de invulling van de dagelijkse zorgverlening. De Wmo is gericht op meedoen in de maatschappij en de Wlz op stabilisatie en ontwikkeling. De coördinatie (ook wel de regie) ligt in de Wmo bij de cliënt en in de Wlz bij de zorgaanbieder. In de Wlz is volgens zorgaanbieders door de hogere tarieven meer ruimte om de gewenste kwaliteit van zorg te leveren, terwijl dit in de Wmo niet altijd het geval is. Zorgaanbieders (in de Wlz) zijn meer gaan samenwerken en hebben ook geïnvesteerd in huisvesting, nachtzorg, aanvullende deskundigheid die kan worden ingeschakeld, et cetera. In de Wlz is integrale zorg beter mogelijk en is de somatische zorg een groter onderdeel van het zorggebruik.

6.2 Wat zijn de gevolgen voor de Wmo vanwege de doorstroom van de Wmo naar de Wlz?

Op basis van beschikbare kwantitatieve gegevens, hebben we een inschatting gemaakt van de (financiële) gevolgen voor de Wmo. Voor deze analyses hebben we een aantal aannames moeten doen (zie ook de verantwoording aan het begin van hoofdstuk 5). Ook geldt dat voorzieningen gericht op preventie in de Wmo ten behoeve van het voorkomen van beschermd wonen niet zijn meegenomen.

De belangrijkste inzichten vanuit dit onderdeel van het onderzoek zijn als volgt:

1. Het aantal cliënten intramuraal BW dat na 2021 is achtergebleven in de Wmo wordt geschat op ongeveer 24.500.
2. De verhouding tussen het aantal cliënten BW intramuraal en extramuraal is moeilijk in te schatten, mede vanwege relatief grote verschillen tussen gemeenten. De verhouding wordt geschat op 65% intramuraal en 35% extramuraal (waarvan wordt geschat dat 10% ondersteuning ontvangt in een hybride vorm en 25% ambulante begeleiding).
3. Het verschil in tarieven tussen de Wmo en Wlz is relatief groot. De tarieven in de Wlz liggen 20,4% hoger dan in de Wmo (voor BW intramuraal).
4. Op basis van de berekening in hoofdstuk 5, inclusief de verschillende aannames, ligt de opgave van gemeenten voor 2022 voor de ggz-doelgroep binnen de Wmo tussen de € 1,15 miljard en de € 1,4 miljard. Het gaat hier om directe BW-zorgkosten en dat betekent dat dit niet alle kosten zijn voor de opgave die gemeenten hebben ten aanzien van BW. In deze kosten zijn niet de gemeentelijke kosten voor toegang en backoffice opgenomen en eventuele andere uitgaven aan (voorzieningen voor) de betreffende doelgroep. Met deze relatief grote bandbreedte benadrukken we de onzekerheid in de schattingen.

6.3 Wat zijn de te verwachten ontwikkelingen in de toekomst om rekening mee te houden in beleid?

Om de te verwachten ontwikkelingen in kaart te brengen, hebben we onder andere voor vier cliënten het zorgpad in kaart gebracht. Deze zorgpaden geven inzicht in de historie van zorg en ondersteuning en ook in de afwegingen en omstandigheden die aan de orde zijn geweest. Ook uit deze zorgpaden bleek dat zowel bij cliënten in de Wmo als de Wlz zorgpaden op veel onderdelen vergelijkbaar zijn. Het gaat om cliënten met een vaak lange zorghistorie, problemen op school, perioden van intensieve ggz-behandeling en ondersteuning bij het invullen van de dag en het wonen en perioden met meer zelfstandigheid. Het aanwezig zijn van perspectief op zelfstandigheid en van een netwerk dat mede ondersteuning kan bieden in combinatie met de mogelijkheid om woonvaardigheden aan te leren, maakt dat een cliënt die qua kenmerken (mogelijk) lijkt op een Wlz-cliënt, toch in de Wmo kan blijven. Bij cliënten in de Wlz is de impact van psychische problemen (en de medicatie die daarmee samenhangt) vaak zo groot dat ze continue begeleiding nodig hebben bij het dagelijkse leven om te voorkomen dat problemen escaleren.

Cliënten in de Wlz hebben niet per definitie intensievere zorg nodig dan cliënten in de Wmo. Uit één van de zorgpaden leren we dat cliënten met een relatief lange zorghistorie goed kunnen passen in de Wlz ook als is de zorg en ondersteuning die ze ontvangen niet intensief is. Dat ze met minder intensieve zorg en ondersteuning toekunnen, komt door de vaardigheden die ze in de loop van de tijd (vóór en in de Wlz) hebben aangeleerd. Hoewel voor Wlz-cliënten

het perspectief op zelfstandigheid ontbreekt is er bij een deel van de doelgroep wel perspectief op meer zelfstandigheid in de vorm van zelfstandig wonen met vpt of mpt. Voor een deel van de mensen die vanuit Wmo en de Wlz beschermd wonen kunnen toewerken naar zelfstandig wonen zou het zorgpad anders kunnen verlopen als er een passende woonruimte beschikbaar was. Het ontbreken van passende woonruimte en net niet voldoende perspectief op zelfstandigheid vormde bij één cliënt waarvan we het zorgpad gereconstrueerd hebben toch een aanleiding om door te stromen naar de Wlz. Deze zorgpaden geven aan dat er een gesprek en samenwerking nodig is over waar een cliënt het beste op zijn plek is en hoe ontwikkelmogelijkheden het beste benut kunnen worden. Dat is bij het voldoen aan de criteria van de Wlz, niet altijd vanzelfsprekend de Wlz.

Naast de reconstructie van zorgpaden onderzochten we in onderdeel C welke factoren volgens betrokkenen van invloed zijn op de ontwikkelingen in de cliëntaantallen en zorginhoud in de Wlz en in de Wmo en wat het meest waarschijnlijke scenario is voor toekomstige ontwikkelingen. Alle ontwikkelingen afwegend komt het scenario waarin de totale ggz-doelgroep in de Wmo en de Wlz toeneemt naar voren als het meest waarschijnlijke scenario. De recente verminderde bestaanszekerheid versterkt de aannemelijkheid van dit scenario.

De volgende ontwikkelingen spelen een rol:

- **Eenmalige instroom vanuit Wmo BW leidt niet tot blijvend grotere instroom:** deze eenmalige hogere instroom dan verwacht leidt niet blijvend tot een grotere instroom.
- **Het deel van de EPA-doelgroep dat zorg nodig zal hebben neemt naar verwachting toe:** dit komt door toenemende complexiteit van de maatschappij en doordat de ggz-doelgroep ouder wordt en daarmee bijkomende ouderdomsproblematiek ontwikkelt.
- **De verwachte instroom vanuit andere zorgvormen leidt tot meer cliënten in de Wmo BW en BT en de Wlz:** de samenhang met behandeling in de specialistische ggz is nadrukkelijk aanwezig. Wachtlijsten in de ggz kunnen ertoe leiden dat de problematiek verergert en mensen daardoor eerder een beroep doen op de Wmo. De samenwerking met ggz-aanbieders is daarom nodig. Dit geldt ook voor de Wlz. Ook de aanpak van dak- en thuisloosheid van gemeenten heeft effect op de instroom van kwetsbare mensen in BW en is er instroom te verwachten vanuit de klinische ggz en in mindere mate vanuit de jeugdzorg en forensische zorg. Specifiek voor de Wlz wordt een toenemende instroom verwacht vanuit Wmo extramuraal.
- **Extramuralisering in Wmo BW en BT en de Wlz kan de druk op de intramurale capaciteit verminderen:** vanuit de reeds ingezette extramuralisering waar in sterke mate op wordt gestuurd, is het aannemelijk dat een steeds groter deel van zowel de Wmo- als de Wlz-cliënten extramurale zorg ontvangt. E-health en tussenvormen tussen intramuraal en zelfstandig wonen kunnen de druk op de intramurale zorg vanuit de Wmo en de Wlz verminderen. Voorwaarde hiervoor is de aanwezigheid van voldoende passende huisvesting.
- **Prikkels voor het al dan niet aanvragen van een Wlz-indicatie zijn van invloed op aantallen cliënten in de Wmo en de Wlz:** het verschil tussen Wmo en Wlz is niet zwart-wit. Vaak gehoord in het onderzoek is dat de Wmo en Wlz communicerende vaten zijn en dat mensen die aan de Wlz-criteria voldoen niet vanzelfsprekend het beste op hun plek zijn in de Wlz. Dat heeft te maken met de context van de cliënt (het sociale netwerk), woonvaardigheden, herstel mogelijkheden en behoefte aan rust en continuïteit. Er zijn nu prikkels die gericht zijn op doorstroom vanuit de Wmo naar de Wlz. Zo zijn in de Wlz de tarieven beter en zijn er gemeenten die pas een Wmo-indicatie toekennen als uitgesloten is dat een cliënt aan de Wlz-criteria voldoet.

Hoe kunnen toekomstige ontwikkelingen beïnvloed worden richting juiste zorg en ondersteuning vanuit het juiste stelsel? Alleen in samenwerking over domeinen en sectoren heen tussen zorgaanbieders, financiers (gemeenten, zorgkantoor en zorgverzekeraar en woningcorporaties), gefaciliteerd door integraliteit in beleid kan de juiste zorg en ondersteuning vanuit het juiste stelsel georganiseerd worden. Hierbij zou gewoon leven en meedoen in de maatschappij voorop moeten staan zodat alle betrokken partijen zich gezamenlijk (kunnen) inzetten om het herstelperspectief van cliënten optimaal te benutten. Daarnaast zien zorgaanbieders mogelijkheden in zorgvernieuwing en preventie om meer extramurale zorg voor de ggz-doelgroep mogelijk te maken.

Bijlage A

Stad	Aantal cliënten GGZ-W	Percentage van landelijk aantal GGZ-W cliënten
Amsterdam	1.345	6,0%
Rotterdam	1.065	4,8%
Den Haag	985	4,4%
Groningen	325	1,5%
Tilburg	280	1,3%
Leiden	135	0,6%
Helmond	195	0,9%
Leeuwarden	300	1,3%
Apeldoorn	385	1,7%
Som van 9 geselecteerde gemeenten	5.015	23%

Tabel 6: Aantal GGZ-W cliënten in geselecteerde gemeenten voor dit onderzoek.

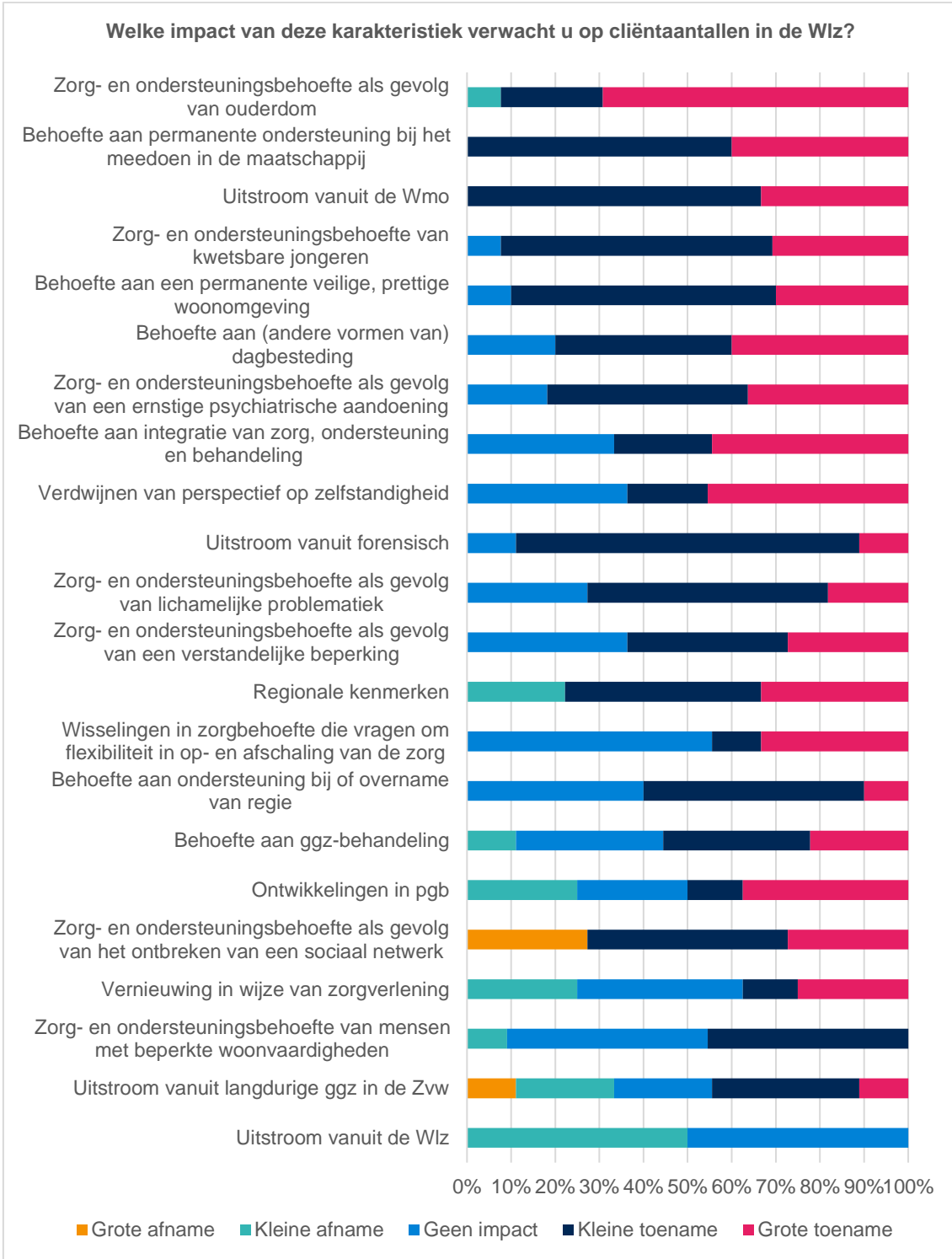
	1GGZ W	2GGZ W	3GGZ W	4GGZ W	5GGZ W	Totaal
Wlz en BW	2%	2%	3%	3%	3%	2%
Wlz en Wmo overig	2%	2%	4%	9%	11%	3%
Wlz en I-ggz of JW	0,3%	0,1%	1%	1%	4%	1%
BW en Wmo overig	34%	37%	34%	36%	13%	34%
BW en I-ggz of JW	1%	1%	2%	1%	5%	1%
Wmo overig en I-ggz of JW	1%	1%	2%	3%	3%	2%
Som bovenstaande kolommen	40%	44%	45%	52%	39%	44%

Tabel 7: Zorggebruik in meerdere domeinen in 2020 van cliënten die de GGZ-W zijn ingestroomd, weergegeven als percentage van de gehele groep die de GGZ-W is ingestroomd.

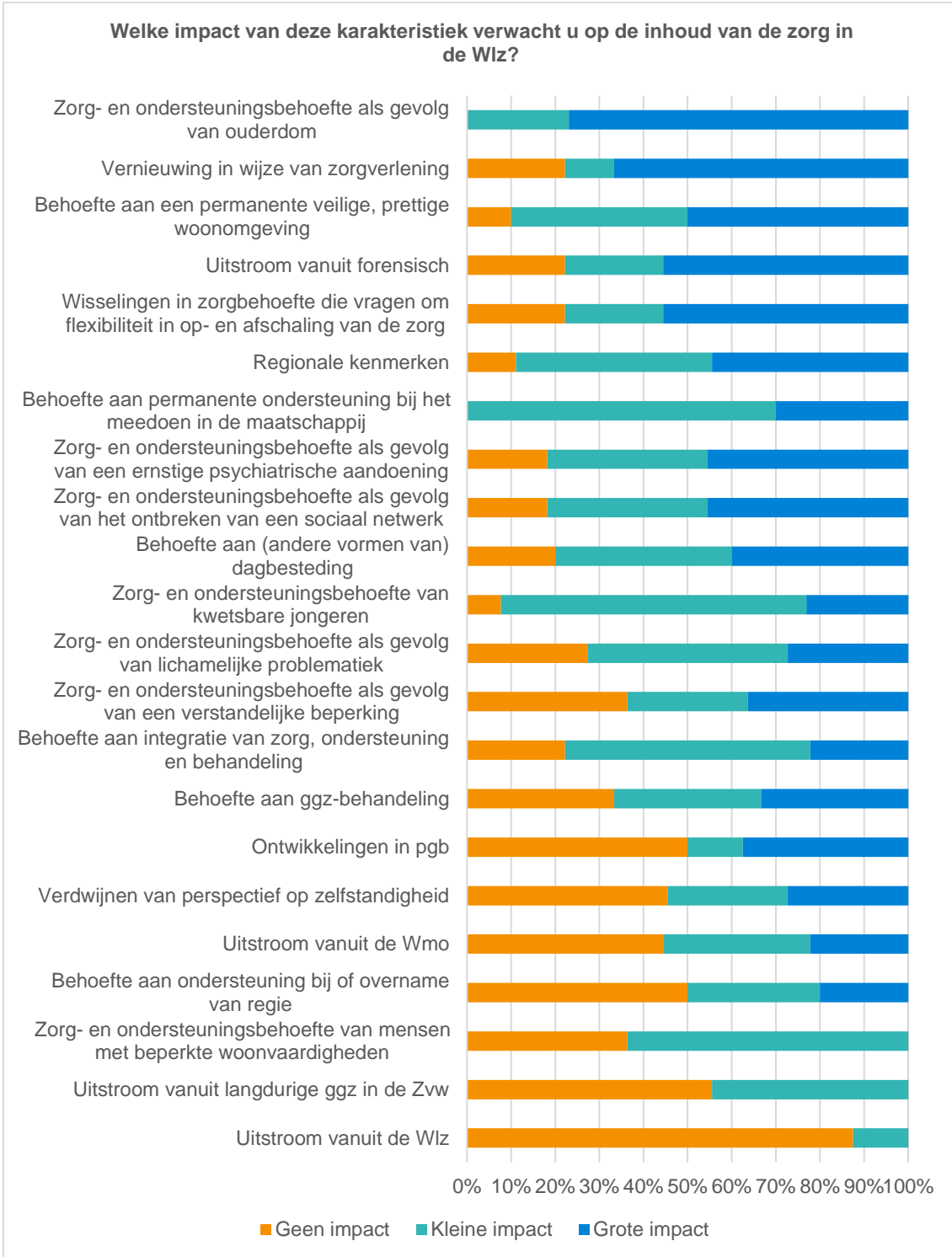
Dit is een uitsplitsing van de groep 'Combinatie van meerdere domeinen' in figuur 4. In de brondata kunnen wij cliënten die uit meer dan twee domeinen zorg hebben ontvangen niet onderscheiden. Een persoon die in 2020 bijvoorbeeld zorg heeft ontvangen uit BW, Wmo overig en I-ggz wordt daardoor dubbel geteld. Hierdoor tellen de totalen in de onderste rij niet op tot de totalen van 'Combinatie van meerdere domeinen' in figuur 4.

Kenmerk	Categorie	Percentage
Leeftijd	18-26 jaar	1%
	27-36 jaar	10%
	37-46 jaar	13%
	47-56 jaar	16%
	57-66 jaar	22%
	67 jaar en ouder	21%
	onbekend	17%
Geslacht	man	65%
	vrouw	35%
Type huishouden	eenpersoons-huishouden	63%
	eenouder-huishouden	3%
	overig meerpersoons-huishouden	13%
	institutioneel	21%
Inkomen	lager dan € 20 000	69%
	€ 20 000 tot € 40 000	18%
	€ 40 000 of hoger	12%
	onbekend	1%
Uitkering	uitkering	94%
	w .o. Bijstand	23%
	w .o. AO	54%
	w .o. Wajong	32%
	w .o. overige uitkering	22%
	geen uitkering	6%

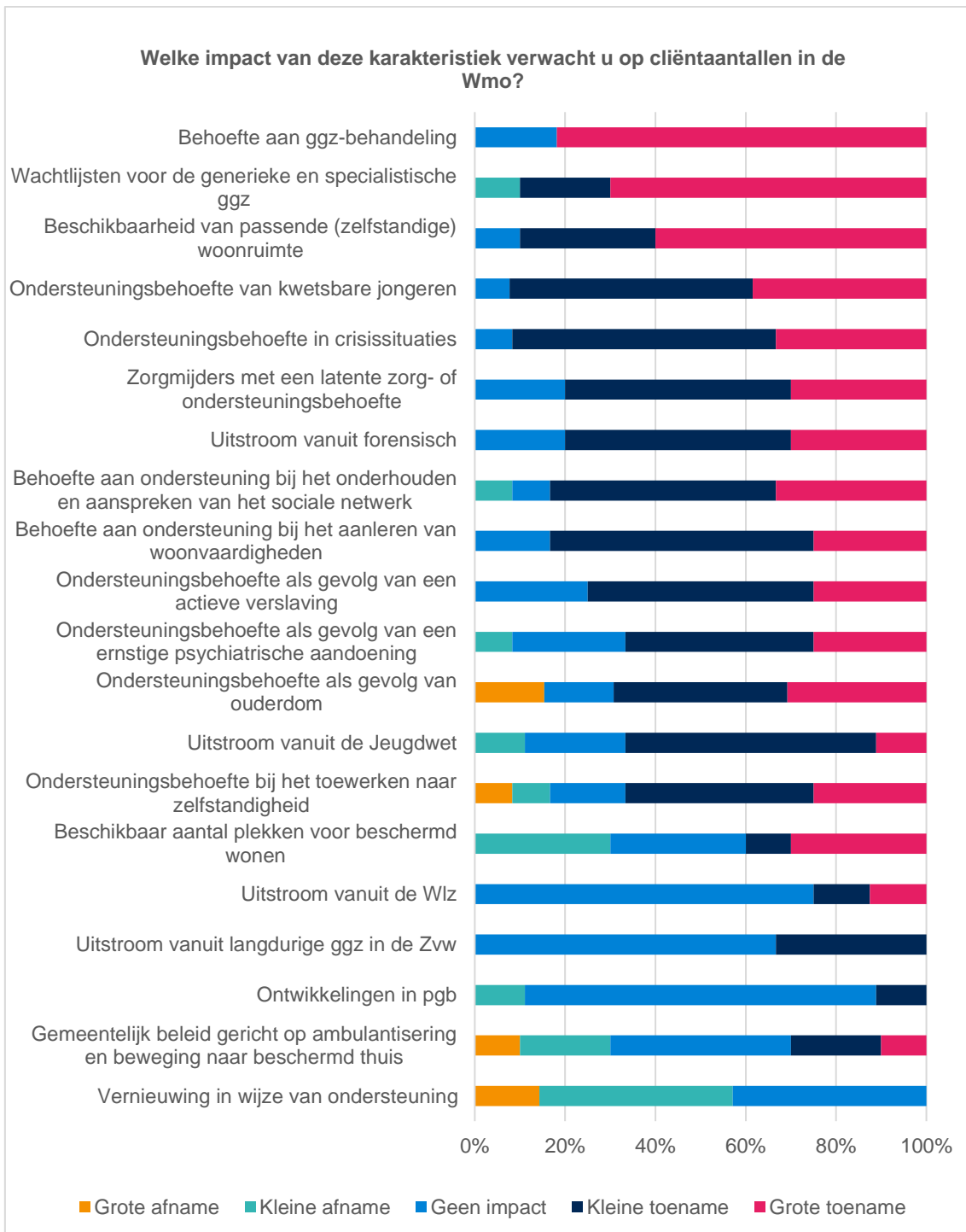
Tabel 8. Persoonskenmerken van de populatie GGZ-W cliënten



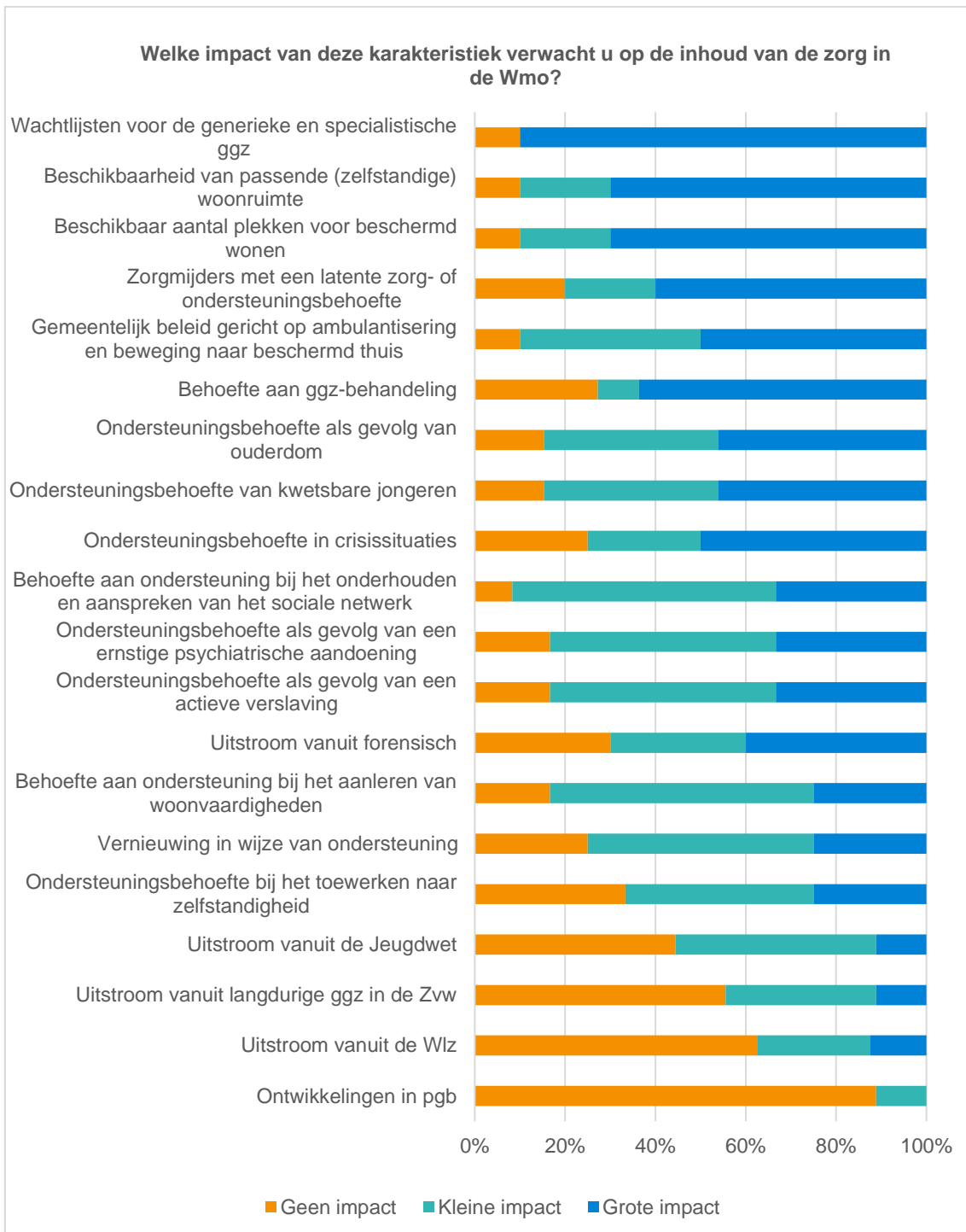
Figuur 13. De verwachte impact van karakteristieken op cliëntaantallen in de Wlz



Figuur 14. De verwachte impact van karakteristieken op de inhoud van de Wlz-zorg



Figuur 15. De gemiddelde verwachte impact van karakteristieken op cliëntaantallen in de Wmo



Figuur 16. De verwachte impact van karakteristieken op de inhoud van de Wmo-ondersteuning