

*Levenslange 24-uurs zorg en ondersteuning voor mensen met autisme:
niet opnieuw tussen wal en schip...*

In deze nota wordt gepleit voor het onderbrengen bij de Wlz van de groep mensen met autisme (psychiatrische aandoening) die een complexe en levenslange 24-uurszorgvraag hebben.

In januari 2014 is in de motie Keijzer/Bergkamp (TK 30597) aan de vooravond van de transitie van de AWBZ naar Wmo resp. Wlz al aangegeven dat er geen onderscheid mag worden gemaakt tussen de langdurige ggz en de overige langdurige zorg. De regering is toen opgeroepen om mensen die langdurig zijn aangewezen op ggz, niet over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet, dit uit te werken voor de Wet langdurige zorg en de Kamer daarover te informeren

Vervolgens heeft het Zorginstituut Nederland in december 2015 een advies met uitvoeringstoets uitgebracht, waarin wordt geadviseerd om mensen met een psychiatrische stoornis die blijvende zorg nodig hebben toegang te verlenen tot de Wlz.

Het betreft in onze ouderinitiatieven degenen die voorheen een GGZ C- indicatie hadden voor 24-uurszorg en die in 2015 zijn overgegaan van de AWBZ naar de Wmo. Het betreft in de meeste ouderinitiatieven mensen met autisme. Uit ingewonnen informatie blijkt dat bij het opstellen van het advies van het Zorginstituut dat in december 2015 is uitgebracht deze groep over het hoofd is gezien.

Dat is de reden dat wij nu speciaal maar niet exclusief aandacht vragen voor de mensen met autisme die nu (nog) onder de Wmo vallen en een zorgvraag hebben die beter past in de Wlz. Voor de beoordeling van wie toegelaten zou moeten worden tot de Wlz zou de langdurige zorgbehoefte in een beschermde setting met noodzaak tot 24-uurs zorg in de nabijheid voorop moeten staan en niet de aard van de aandoening.

Wij hopen dat de staatssecretaris slaagt in zijn voornemen om dit najaar een wetsontwerp in de Tweede Kamer in te dienen waarmee toegang tot de Wlz mogelijk gemaakt wordt voor mensen met een psychiatrische aandoening die langdurig zorg nodig hebben.

Mocht onverhoopt de wet na 1 januari 2020 inwerking treden dan verzoeken wij om het overgangsrecht vanuit de AWBZ te verlengen zodat diegenen waarvan de GGZ-C indicatie doorliep tot na die datum¹, direct kunnen instromen in de Wlz.

Achtereenvolgens wordt in deze nota ingegaan op de algemene kenmerken van autisme, de specifieke groep daarbinnen die levenslang een vorm van beschermd wonen nodig heeft en de rol die pgb-gefinancierde ouderinitiatieven daarbij spelen. Daarna wordt aangegeven wat de gevolgen zijn van de overgang van de AWBZ naar de Wmo en de Jeugdwet (verder Wmo te noemen), waarom de Wmo niet het goede kader biedt en welke redenen er zijn voor

¹ Mensen met een GGZ—C indicatie uit de AWBZ kregen bij de overgang naar de Wmo een overgangsrecht van maximaal 5 jaar (tot 1-1-2020) ook als hun indicatie was afgegeven tot na 1 januari 2020.

toegang tot de Wlz voor deze groep levenslang en levensbreed zorgafhankelijke mensen. Als bijlage zijn ter illustratie van de problematiek een aantal casussen weergegeven.

Kenmerken autisme:

Algemeen

De gezondheidsraad heeft over autisme in 2009 geschreven:

Autismespectrumstoornissen zijn niet te genezen. De gevolgen van de stoornis worden wel behandeld, al is de effectiviteit van beschikbare behandelingen vooralsnog beperkt. Op dit moment zijn vroege, intensieve gedragsinterventies de meest effectieve behandelingsvorm, hoewel ook daar de bewijskracht voor effectiviteit nog beperkt is.

De recente Zorgstandaard Autismes stelt o.a.: Kenmerkend voor de zorgvraag van mensen met autisme is de enorme diversiteit en het gegeven dat de zorgvraag levenslang en alle levensgebieden betreft. Gedurende het leven kan de zorgbehoefte variëren van laag naar hoog en omgekeerd. De zorgvraag heeft betrekking op psychosociale, therapeutische en medische behandeling maar ook op begeleiding in alle andere levensgebieden zoals onderwijs, werk, huisvesting en sociaal contact. De omgeving waarin iemand verkeert, is mede van invloed op de aard en ernst van de zorgvraag. Dit maakt de organisatie van zorg en ondersteuning voor mensen met autisme complex. Ook de wijze van communiceren, verwerking informatie/prikkels en gemoedstoestand/stemmingswisselingen beïnvloeden levenslang de zorg- en ondersteuningsbehoefte.

Continuïteit van zorg en ondersteuning is een belangrijk kwaliteitscriterium. De onrust die telkens maar weer herindiceren (zoals veelal onder de Wmo gebeurt) met zich mee brengt, zorgt eerder voor achteruitgang dan voor vooruitgang.

Complexe zorgbehoefte

De mate waarin autisme ingrijpt in het leven varieert enorm. Bij een deel van de mensen met autisme zijn de beperkingen zo zwaar, dat zij hun hele leven (intensieve) zorg en ondersteuning nodig hebben (brief staatssecretaris van Rijn dd 17 mei 2016). Dat kan ook gelden voor mensen met autisme zonder verstandelijke beperking en een normaal tot hoog IQ. Zij zijn volledig, of nagenoeg volledig afhankelijk van iemand die de volgende zaken vertaalt en structureert: de gewone ADL activiteiten, dagindeling, planning, taak uitoefening, communicatie, verwerken van informatie en prikkels.

Hun blijvende zorgbehoefte past beter binnen de Wlz dan binnen de Wmo.

Er is bij deze bewoners sprake van een pervasieve ontwikkelingsstoornis. Dat houdt in dat zij levensbreed en levenslang 24-uurszorg in nabijheid nodig hebben; de aandoening gaat niet over. Voor het welzijn van de bewoners is het essentieel dat er continuïteit van zorg/ondersteuning is. De ontstane onzekerheid door de overgang naar de Wmo vergroot de problematiek en de begeleidingsvraag.

De rol van ouderinitiatieven

Algemeen

Een ouder(woon)initiatief vloeit voort uit de wens van ouders om voor hun levenslang zorgafhankelijke volwassen kinderen een eigen beschermde woonvorm te creëren. Ouders hebben gezamenlijk met en waar dit niet kan namens de bewoners, de regie over zorg, wonen en welzijn. Om die eigen regie te kunnen vormgeven wordt gebruik gemaakt van een

pgb. Een pgb zal nooit voldoende zijn om voor 1 individu de vereiste 24-uurs zorg (toezicht/bereikbaarheid) te regelen die onderdeel is van de beschermde woonvorm.

Er is dus een groep bewoners nodig om via bundeling van pgb's zorg van voldoende kwaliteit en omvang te kunnen inkopen. En solidariteit tussen de betrokken ouders om onplanbare zorg binnen het collectief flexibel op te vangen.

De bijzondere vorm van ouderinitiatieven en hun relatief kleine aantal maakt echter dat zij niet altijd passen in diverse (nieuwe) systemen van de Wmo in het kader van de transitie. Of, beter gezegd, dat het gemeentelijke beleid in het algemeen niet past bij de realiteit en de innovatieve oplossingen die ouderinitiatieven zijn.

De gevolgen van de transitie voor ouderinitiatieven

Onder de AWBZ zijn de pgb-gefinancierde ouderinitiatieven ontstaan.

De ouderinitiatieven voor kinderen met een verstandelijke beperking zijn vrijwel naadloos overgegaan naar de Wlz en kunnen gewoon hun goede werk blijven doen.

De ouderinitiatieven voor mensen met autisme worden onderworpen aan de willekeur van gemeenten. Een aantal wordt in hun voortbestaan bedreigd, omdat de Wmo niet is ingesteld op mensen met een levenslange en complexe zorgvraag.

Bij het ontwerpen van de systemen en van beleidsregels in de Wmo is met die bijzondere vorm van pgb-gefinancierde organisatie van beschermd wonen/24-uurs zorg blijkbaar vaak geen rekening gehouden. Dat houdt niet alleen in dat de ouderinitiatieven/besturen veel tijd kwijt zijn om zaken opnieuw te regelen, maar ook dat men regelmatig tegen bureaucratische barrières aanloopt.

De overgang naar de Wmo heeft voor de meeste ouderinitiatieven voor mensen met autisme grote onzekerheid gebracht. Het gemeentelijk beleid is vaak gericht op uitstroom, ontmoedigt regelmatig pgb's, etc. en is bovendien niet passend bij de ouderinitiatieven.

Men mag aannemen dat er geen sprake is van onwil vanuit de gemeenten, maar van onkunde of onbekendheid met deze specifieke doelgroep met haar specifieke behoeften aan beschermd wonen. Gemeenten zijn vaak niet in staat een ggz- beperking en de reikwijdte daarvan goed in te (laten) schatten door generalisten. Men lijkt vaak van mening dat de ggz- beperking tijdelijk is en dat herstel en vervolgens uitstroom naar zelfstandig wonen (met ambulante begeleiding) mogelijk is.

Die onbekendheid bestaat er op het gebied van autisme, maar ook op het gebied van ouderinitiatieven voor beschermd wonen.

De bestaande ouderinitiatieven hebben in de afgelopen jaren bewezen goed maatwerk te leveren voor deze doelgroep zodat zij kleinschalig kunnen wonen midden in de maatschappij in plaats van in de traditionele instellingen.

De bewoners zijn mensen die makkelijk overschat worden, dit komt voornamelijk door het verschil in de cognitieve en de sociaal-emotionele ontwikkeling.

Bij deze groep jongeren/ jong volwassenen met autisme is vaak sprake van een disharmonisch profiel, vaak is er een te hoog verbaal IQ voor toegang tot Wlz maar het performante deel, de sociaal emotionele leeftijd (gemiddeld niveau 3-7 jaar) en de verwerkingsnelheid zijn zeer laag waardoor er een disharmonisch profiel ontstaat of soms zelfs een lager IQ.

Mede hierdoor is gespecialiseerde begeleiding binnen een beschermende woonomgeving noodzakelijk.

Binnen de ouderinitiatieven/wooninitiatieven wordt de noodzakelijke zorginfrastructuur geboden: een prikkelarme en veilige woonomgeving.

Een 24-uurs bereikbaarheidsdienst/aanwezigheid om te kunnen voorzien in zowel de geplande als ongeplande zorgvragen en zo een veilige woonomgeving te creëren voor de bewoners. Er is in autisme gespecialiseerde begeleiding passend bij de specifieke bewoners, die op de juiste manier de noodzakelijke begeleiding biedt met een klein vast team met vertrouwde medewerkers. Een veilige sociale context wordt in de groep geboden.

Het doel van het bieden van begeleid wonen binnen het ouderinitiatief is het bieden van een structurele en stabiele basis en het (zoveel mogelijk) voorkomen van:

- Verlies van zelfregie
- Omdraaien van dag/nachtritme
- Uitval en achteruitgang op alle levensgebieden
- Depressie
- Algeheel lage kwaliteit van leven

Kortom: in de ouderinitiatieven gaat het om mensen die niet in staat zijn zich op eigen kracht in de maatschappij te handhaven. Juist het samenwonen, zorgt voor binding, minder vereenzaming, efficiënte inzet van begeleiding zodat bij (dreigende) crisissituaties snel gehandeld kan worden (flexibiliteit).

Het zeer verschillende en wisselende beleid van gemeenten bedreigt het bestaan van sommige ouderinitiatieven, en belemmert de start van nieuwe ouderinitiatieven. En daarmee een goede maatwerkvoorziening voor deze bijzondere maar ook kwetsbare groep mensen. Want in ZIN is dat aanbod er gewoon niet.

De Wmo

De Wmo biedt te veel onzekerheid en te weinig vastigheid voor deze doelgroep. Dat kan ernstige gevolgen hebben, en de afgelopen jaren zijn daarvan helaas al een aantal gevallen bekend.

Elke door de buitenwereld ingegeven verandering in de behandeling of begeleiding is namelijk een verandering die hen uit balans kan brengen. De onzekerheid die de transities in het sociale domein met zich meebrengen zijn voor veel mensen met autisme dan ook ontwrichtend (Eindrapportage levensloopbudget).

De overgang naar de Wmo, inmiddels ruim 3 jaar geleden, was een enorme verandering. In het eerste jaar was er nog vaak sprake van continuering van budgetten (regelmatig afgedwongen via bezwaarprocedures en rechterlijke uitspraken) omdat men veelal geen beleid voor deze groep had ontwikkeld.

In de praktijk is dat nog steeds zo. Hoewel ook langdurige zorg een plaats zou moeten kunnen krijgen in de Wmo, zijn de gemeenschappelijke kenmerken van de beleidsnotities over beschermd wonen van de diverse gemeenten:

- Gericht op doorstroom
- Richten zich op korte termijn doelen en verbetering
- Zorg in Natura wordt als passend gezien en pgb's ontmoedigd dan wel niet toegekend.
- Budgetten beschermd wonen zijn tussen gemeenten onderling erg verschillend, maar vaak gebaseerd op de goedkoopst mogelijke inkoop van beschermd wonen voor een niet gedefinieerde doelgroep, waarbij dus de noodzakelijke deskundigheid over autisme niet aanwezig is.

Overigens is het aantal beschikbare plaatsen beschermd wonen via ZIN in de diverse plaatsen voor mensen met autisme uitermate beperkt. In een aantal gevallen is in het gemeentelijk beleidsplan al opgenomen dat er een bepaalde groep naar de Wlz zal gaan. Daarvoor is dan ook geen beleid ontwikkeld. (De VNG heeft eveneens herhaaldelijk verzocht om duidelijkheid voor inwoners die langdurig 24-uurszorg nodig hebben.)

Daar komt bij dat binnen de gemeenten veelal gebrek is aan de noodzakelijke deskundigheid bij de indicatiestelling en de reikwijdte daarvan. Als de diagnose aanwezig is, is niet de diagnose de basis maar de inschatting van de gemeente hoeveel zorg iemand nodig heeft. En zonder kennis van autisme gaat dat mis. De zelfredzaamheidsmatrix bijvoorbeeld, een veel gebruikt instrument, is volstrekt ongeschikt voor mensen met autisme. (zie rapport De Wmo 2015 in de praktijk, januari 2018 van het Sociaal Cultureel Planbureau)

Verder kan dezelfde zorgvrager met autisme bij verschillende gemeenten volstrekt verschillende indicaties krijgen.

De Wooninitiatieventoeslag wordt de ene keer wel, de andere keer niet toegekend, soms zelfs binnen hetzelfde ouderinitiatief.

En de afgelopen jaren is vrijwel nergens indexatie toegepast, hetgeen neerkomt op een korting van de pgb's met 5 tot 10% in de afgelopen 3 jaar. Voor de meest kwetsbare doelgroep.

Daarbij komt dat een aantal gemeenten, mede ondersteund door de VNG, stelt: *Wat de memorie van toelichting (op de Wmo) beschrijft zijn de situaties, ontstaan en toegestaan binnen de AWBZ, en als zodanig overgeheveld naar de verantwoordelijkheid van de gemeente. Deze woonsituaties passen veelal niet binnen de strakke definitie van beschermd wonen in de Wmo 2015.*

Dit laat zien dat er weinig begrip is voor het pgb als verstrekkingvorm en dat de gemeente niet begrijpt dat een indicatie voor een zorgbehoefte op maat iets anders is dan een gebiedende omschrijving van een aanbod. Onder de AWBZ was een ZZP ook een indicatie voor verblijf, waaraan een strakke definitie vastzat. De verstrekkingvorm pgb maakte het mogelijk ook andere vormen van zorg en ondersteuning te bieden, behorend bij de zorgvraag. Zoals in een ouderinitiatief of een andere kleinschalige woonvorm mogelijk is.

De Wlz

Evenals mensen met een verstandelijke of psychogeriatrische beperking zijn ook de bewoners van de hier bedoelde wooninitiatieven die lijden aan autisme afhankelijk van 24-uurszorg in de nabijheid, omdat er anders ernstig nadeel ontstaat betreffende henzelf of de omgeving en zij weinig of geen ontwikkelingsperspectief hebben om uit deze situatie te

geraken. Zij zijn veelal niet in staat adequaat te alarmeren (zij zien hun eigen beperking niet).

De levenslange zorgafhankelijkheid maakt dat het onderbrengen bij de Wlz passend is. De Wmo is dat niet. De zorg- en begeleidingsvraag is zodanig dat ze hun hele leven deze vorm van ondersteuning nodig zullen hebben.

Gezien de termijn die nodig is om dit mogelijk te maken, zal het eveneens noodzakelijk zijn het overgangsrecht niet na vijf jaar te beëindigen (loopt nu tot 1-1-2020), maar te laten duren tot de nieuwe toegangsmogelijkheid tot de Wlz.

Kortom: overheveling naar de Wlz zal recht doen aan onze doelgroep en maakt ook ouderinitiatieven niet langer afhankelijk van het beleid van een gemeente. Gemeenten zijn dan ook verlost van deze vreemde eend in de bijt.

Het kan immers een IQ punt schelen of iemand onder de Wlz of Wmo valt, terwijl de zorgbehoefte vergelijkbaar is aan mensen die al onder de Wlz vallen, zoals mensen met een verstandelijke beperking met autisme (die vanuit de AWBZ automatisch overgingen naar de Wlz).

CASUISTIEK

van bewoners uit diverse ouderinitiatieven voor mensen met een autisme spectrum stoornis.

De casussen zijn alle van het afgelopen jaar, dus ruim na de invoering van de WMO, en illustreren een deel van de problemen waarmee de bewoners en ouders van ouderinitiatieven worden geconfronteerd.

I Probleem: verplichte doelen gericht op herstel

M. is een 39-jarige man met klassiek autisme.

Eerst volgt hieronder een korte schets van zijn beperking en zorgvraag, daarna wordt beschreven welk effect het denken binnen de Wmo heeft op zijn begeleiding en op zijn welbevinden.

M is star (dit wordt erger naarmate hij ouder aan het worden is) en leeft in zijn eigen werkelijkheid.

In de afgelopen jaren hebben we gezien, dat doelen opstellen in zijn geval vrijwel zinloos is, omdat deze nooit bereikt worden. Het werken aan doelen zou in zijn geval zelfs contraproductief werken, omdat iedere vorm van druk hem blokkeert in zijn functioneren. Boosheid, niet slapen, zich niet begeleidbaar opstellen en zich afzonderen zouden het gevolg zijn.

In plaats van doelen zijn er aandachtspunten opgesteld, waarop tijdens de begeleidingsuren de focus ligt. Zo wordt voorkomen dat M ontspoord, vervuult en/of vereenzaamt. Deskundige en speciaal in autisme opgeleide mensen dragen er zorg voor dat M zijn beperkte mogelijkheden optimaal benut. De bestaande vrijheid binnen het pgb onder de AWBZ maakte, dat begeleiders zich konden richten op het maximaal haalbare, M kon af en toe een

succesje behalen, omdat er geen druk op hem wordt uitgeoefend.

De overgang naar de Wmo betekent in zijn geval dat er niet meer aangesloten kan worden bij zijn zeer specifieke behoeften. Binnen de Wmo denkt men in doelen voor een korte termijn, veelal gericht op herstel of in elk geval verbetering. Het moeten formuleren en werken aan dergelijke doelen sluit niet aan op de zorgbehoefte van M.

Voor mensen die niet voldoende geschoold zijn in autisme is overschatting van iemand met autisme een veel voorkomend verschijnsel. Aangezien sprake is van een blijvende stoornis in het verwerken van informatie, is en blijft deskundige begeleiding noodzakelijk.

M is niet in staat het geleerde te generaliseren naar een volgende, vergelijkbare situatie.

Iedere situatie is voor hem weer nieuw en vraagt om een adequate reactie.

Zonder passende begeleiding zou zijn leven ontaarden in een aaneenschakeling van depressieve dagen.

II Probleem: Overschatting bewoner en onderschatting ondersteuningsbehoefte.

Mark is 23 jaar en woont sinds 1 jaar bij het wooninitiatief. Mark heeft Asperger en last van een depressie.

Om een indicatie beschermd wonen met daarbij een pgb te krijgen, moet je bij Gemeente B. een aanvraag indienen die bestaat uit twee onderdelen; pgb-plan en Trajectus. Het pgb-plan moet de bewoner zelf invullen. In praktijk is dit vaak te ingewikkeld voor ze. De bewoners van het ouderinitiatief verhuizen vanuit thuis naar het ouderinitiatief. Met begeleiding wonen zij zelfstandig. In de levensfase zijn ze er vaak niet van bewust wat er allemaal komt kijken bij het zelfstandig wonen. Daarnaast is zingeving een groot thema; wie ben ik en wat heb ik deze wereld te brengen? Door deze aspecten zien we dat de bewoners een slecht realistisch (zelf)beeld hebben. Het invullen van een pgb-plan is voor vele bewoners zo confronterend dat ze het echt niet willen of er worden onjuistheden opgeschreven. Naast het pgb-plan dient de hulpverlener een aanvraag in via Trajectus, een webapplicatie. Hier is de mogelijkheid voor de hulpverlener om toelichting te geven op de hulpvraag. Een gesprek volgt.

De volgende stap is een gesprek met een functionaris van Gemeente B. Zij beoordeelt de aanvraag op 6 gebieden, namelijk ambulante ondersteuning, persoonlijke verzorging, verpleging, dagbesteding met vervoer, dagbesteding zonder vervoer en huishoudelijke hulp.

Tijdens het gesprek vraagt de functionaris aan Mark hoe het huishouden gaat. Mark komt vaardig over en weet zich goed te presenteren. Hij heeft geleerd wat voor toneelstukje hij moet spelen om goed over te komen. Hij zegt dat hij af en toe hulp nodig heeft maar dat het wel gaat. Tijdens het gesprek probeert de begeleiding uit te leggen dat hij 2 maal in de week huishoudelijke hulp krijgt en dat dat nodig is om het opgeruimd te houden. En om zo ook een opgeruimd hoofd te houden. Mark maakt een grapje dat het hier nou ook weer niet zo schoon als bij zijn ouders hoeft te zijn. Daarom wordt het onderwerp afgesloten.

De functionaris wijst het budget van Huishoudelijke hulp niet toe. Met als toelichting dat Mark zelfstandig kan schoonmaken en de hulp die hij krijgt is meer coaching wat onder ambulante begeleiding valt.

In werkelijkheid overziet Mark niet wat gedaan moet worden. De huishoudelijke hulp bestaat uit veel meer dan coachen. Er wordt namelijk veel voor hem schoongemaakt. Mark en de huishoudelijk medewerker maken samen het huis schoon, maar Mark verzandt in een kleine taak. Het budget van ambulante begeleiding is volledig nodig om Mark te begeleiden rondom zingeving, werk zoeken, de dagelijkse dingen overzien, etc.

III Probleem: korting op budget en vermindering mogelijkheden tussen functies te wisselen.

S. is een 47 jarige man. Vanuit de thuissituatie heeft hij gewoond bij verschillende instanties waaronder een RIBW. Daar liep het telkens vast en lukte het niet te blijven. Voor zijn komst naar het beschermd wonen initiatief, 10 jaar geleden, heeft hij 7 jaar op zolder bij vader gewoond. De ASS diagnose is op 37 jarige leeftijd vastgesteld na een lange hulpverleningsgeschiedenis. Pas toen vielen alle stukjes voor zijn omgeving op zijn plek. Het acceptatieproces van S. is er een van een lange weg, nog altijd is er een deel die dit niet kan accepteren.

Het toegekende pgb is altijd toereikend geweest voor het geboden maatwerk. Echter heeft de gemeente, nadat het pgb afliep en er opnieuw een toekenningsgesprek heeft plaatsgevonden, in december 2017 besloten bijna 10.000 euro minder te verstrekken. Dit vanwege een wijziging in de toekenning. Waar voorheen de verschillende functies uitwisselbaar waren wordt er nu een budget toegekend per categorie (Ambulante/ individuele begeleiding, wooninitiatief, persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp, dagbesteding). Eind 2016 is S. in een forse crisis geraakt. S. was boos op iedereen in zijn omgeving (had een dodenlijst gemaakt), liet nauwelijks nog iemand toe in zijn leven, ging nauwelijks zijn huis uit en zijn persoonlijke verzorging was zeer gering. Op straat gaf hij overlast, stond op straat te schreeuwen op/ tegen begeleiding of medebewoners of maakte ruzie met buurtbewoners. S. liet de huishoudelijk medewerker niet meer in huis. De doelen van de begeleiding waren o.a. gericht op hem buiten krijgen, zijn prikkels weg te nemen, inzicht geven in zijn situatie, naar de ggz- afspraken begeleiden, herstellen van het contact met hen en zijn omgeving en zorgen dat hij voldoende at. S. raakte verder in een depressie en hij vereenzaamde.

De dagbesteding is eind 2016 gestopt, en omdat er geen dagbesteding meer was, kreeg hij daarvoor ook geen budget. Maar de begeleidingsbehoefte nam daardoor juist toe! Mogelijk is hier de overvraging gestart en is hij overprikkeld geraakt. S. functioneert tot op heden nog lang niet op het niveau van 2016. Hij krijgt veel individuele ondersteuning en pas sinds enkele maanden kan hij weer, weliswaar beperkt, gebruik maken van het groepsaanbod. De boosheid heeft ruim een jaar op de voorgrond gestaan, hij moest opnieuw vertrouwen krijgen in de mensen om hem heen.

Met het "oude" budget was het bieden van maatwerk geen probleem. Nu dreigt er een probleem te ontstaan doordat S. niet meer de zorg kan krijgen die hij nodig heeft.