

Bevingen op het sociale domein



**Decentralisaties naar de gemeente:
de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet**

Prof.dr. Arno F.A. Korsten

Versie 29 november 2018

Indeling

1. Inleiding: het takenpakket van de gemeenten
2. De toekomst volgens George Orwell: veel nieuwspraak
3. Beleid als talige operatie
4. De taal (1): van het gemeentelijke sociale domein
5. De taal (2): van de zelfredzame hulpvrager
6. De taal (3): het omgaan met partners
7. De taal (4): aanbestedingstaal in het sociale domein
8. De taal (5): bekostigingsmodellen
9. Is oordelen over de decentralisaties na de paradigmashift mogelijk?
10. Oordelen (1): vanuit het juridisch perspectief - afzonderlijke wetten gezien
11. Oordelen (2): vanuit de gemeentefinanciën
12. Oordelen (3): vanuit het macroperspectief - het landelijk beeld van het sociale domein
13. Oordelen (4): vanuit het microperspectief – de sociale teams
14. Oordelen (5): vanuit het sociologisch perspectief - gedragsveronderstellingen
15. Oordelen (6): vanuit het interbestuurlijk perspectief
16. Nader bezien: de gemeente als opdrachtgever
17. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (1): het 'open huis'-model
18. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (2): het veilingmodel
19. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (3): de keuze van één hoofdaannemer in het lokaal sociaal domein
20. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (4): wijkgericht contracteren
21. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (5): populatiebekostiging
22. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (6): het regisseursmodel

23. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (7): wijkteams

24. Gemeentelijk opdrachtgeverschap (8): discussie

25. Vergelijken: benchmark sociaal domein

26. Enkele conclusies en reflectie

27. Enkele stellingen ter discussie

28. Samenvatting

Literatuur

De auteur

Dankwoord

Inleiding: het takenpakket van gemeenten

In 1950 en zelfs in 1960 kenden gemeentebesturen nog maar een beperkt takenpakket. De gemeentelijke apparaten op het platteland van Nederland waren daarom ook nog betrekkelijk klein. Er waren wel taakgebieden in opmars. Ruimtelijke ordening en volkshuisvesting waren daar voorbeelden van. In 1960 verscheen de **eerste** nationale nota over de ruimtelijke ordening en in 1966 de tweede. Grond, woningbouw, huren, woningtoewijzingsbeleid en de aanleg van sportvoorzieningen hielden de gemeoederen in colleges en gemeenteraden bezig. De woningbouw was deels een reactie op de tweede wereldoorlog en een uiting van groeiende welvaart. Van veel politieke strijd was lokaal echter nog geen sprake, uitzonderingen daargelaten. Ruimtelijke structuurvisies konden leiden tot overeenstemming over waar gebouwd moest worden en waar een eventueel bedrijventerrein zou kunnen liggen of groeien. Colleges van burgemeester en wethouders (b & w) waren vaak brede colleges, afspiegelingscolleges genoemd, die zoveel mogelijk de gehele raad representeerden. Het bestuur was zakelijk en op overeenstemming gericht. 'Oppositie' was een woord dat je niet veel hoorde en dualisme al helemaal niet. Moties waren in de gemeenteraden zelden aan de orde omdat al veel in de afspiegelingscolleges en ondersteunende fracties afgetimmerd was vóór een raadsvergadering plaatsvond. De achterkamertjes liepen regelmatig vol. De kiezersopkomst bij gemeenteraadsverkiezingen was hoog omdat er tot 1970 nog een opkomstplicht was en 'toegekend overheidsgezag' nog bestond. Maar dat zou veranderen. De gemeentelijke taken namen toe, de gemeentebudgetten stegen en er ontstonden colleges van b & w gebaseerd op een raadsmeerderheid en een programma. Moties deden als sturingsmiddel voor fracties en raden hun intrede. 'Politisering' was ineens niet vreemd meer. Het aantal actiegroepen nam toe en er kwamen krakersrellen voor in steden als Nijmegen. Klokkenluidersgedrag deed zijn intrede.

Verkregen en verdwenen taken van gemeenten

Gemeenten kregen een rol in de sociale zekerheid. De verlening van bijstand werd in 1965 een gemeentelijke taak. De Algemene Bijstandswet (Abw) was een wet, die op 1 januari 1965 werd ingevoerd onder verantwoordelijkheid van de toenmalige minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk Marga Klompé. De vaststelling van de wet vond al – ruim voor de invoeringsdatum – in 1963 plaats en regelde de bijstand in Nederland. De wet geeft aan wie wanneer hoeveel hulp krijgt. Per 1 januari 1996 werd de ingrijpend gewijzigde en heringerichte algemene bijstandswet (Abw) van kracht. Deze Abw is op 1 januari 2004 ingetrokken en vervangen door de Wet werk en bijstand.

Na 1970 steeg het **bestuurlijk gewicht** van gemeenten verder door overheveling van het Rijk van taken, bevoegdheden en middelen. Gemeentebesturen gingen zich inlaten met een groot aantal nieuwe vraagstukken of de vraagstukken kregen 'een andere jas' of verdwenen. Denk aan de komst van stiltegebieden (al weer lang geleden verdwenen), specifiek geluidhinderbeleid (nieuw); aandacht voor bodemsanering en de kwaliteit van oppervlaktewater (nieuw milieubeleid); monumentenzorg en aandacht voor stads- en dorpsgezichten (nieuwe jas); welzijnsvraagstukken en opbouwwerk (nieuw); wegeaanleg en verkeersveiligheid (gevolg van de komst van toenemend autoverkeer); opvang van gastarbeiders. Onderwijs is een gebied waar decentralisatie aan de orde was na decennia van centralisatie (Kloprogge, 2008). Gemeenten gingen aan achterstandenbeleid doen. Noem maar op (meer in Van Heffen en Kerkhoff, 1997; Korsten en Tops, 1998; Korsten, 2009; Pollemans en Stapelkamp, 202).

Een gemeente heeft veel verschillende taken. Een deel is autonoom en kan van gemeente tot gemeente verschillen. Een deel van de taken is wettelijk verplicht. De gemeente:

- houdt bij wie er in de gemeente wonen. Dat gebeurt in de Basisregistratie Personen (BRP);
- geeft officiële documenten uit, zoals een paspoort of identiteitskaart en een rijbewijs;
- geeft uitkeringen aan wie niet in eigen levensonderhoud kan voorzien;

- is verantwoordelijk voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Participatiewet en de jeugdzorg;
- is verantwoordelijk voor de huisvesting van scholen en geeft geld uit aan leerlingen die extra begeleiding nodig hebben;
- doet aan planning van winkelveorzieningen en parkeerbeleid en volgt de dynamiek in stads- en dorpscentra;
- maakt bestemmingsplannen. Hierin staat welk gebied bestemd is voor woningen, welk deel voor natuur en welk deel voor bedrijven;
- houdt toezicht op de woningbouw en maakt daarover afspraken met woningcorporaties en projectontwikkelaars;
- zorgt dat bedrijventerreinen gepland worden en goed bereikbaar zijn;
- legt straten, wegen, voetpaden en fietsroutes aan. En zorgt dat ze onderhouden worden en dat sprake is van verkeersveiligheid;
- voert de Wet milieubeheer uit. Deze regelt onder andere de gescheiden inzameling van huisvuil;
- geeft subsidies, bijvoorbeeld aan een zwembad of bibliotheek;
- heeft aandacht voor publieke veiligheid en openbare orde, ook bij evenementen;
- heeft oog voor klimaatgevolgen en de energievoorziening.

Revolutie in takenpakket

Er is altijd dynamiek in het pakket aan gemeentelijke taken en dat zal zo blijven. Dat blijkt uit een overzicht van verkregen en verdwenen taken van gemeenten in de periode 1980-2006 (Tjalma-Den Oudsten e.a., 2006). De afgelopen jaren heeft zich echter een **revolutie** voltrokken in **het takenpakket** van grote en kleinere gemeenten. De **hoofdtak** van gemeenten is vanaf 2015 **het sociaal domein** geworden. Wat is de visie hierop? Bij wijze van introductie geef ik een glimp van de kijk van het gemeentebestuur van Zaanstad.

Het gemeentebestuur van Zaanstad schrijft in 2013: 'Gezondheid is niet langer meer strikt het domein van de zorgprofessionals, maar van iedereen in de samenleving' (coalitieakkoord Zaanstad 2018-2022). Die uitspraak heeft een geschiedenis. Er ging veel aan vooraf en de uitspraak is ingebed in een bredere visie.

Het gemeentebestuur van Zaanstad schreef al in 2013 dat Zaankanters in de eerste plaats **zelf** verantwoordelijk zijn voor het verwerven en behouden van inkomen en het houden of herkrijgen van **regie** op zijn of haar eigen leven. '*Dat is goed voor de mensen zelf*', schreef het bestuur in de nota '*Programma van eisen – Hoofdaanemers vijf sociale wijkteams*'. Het heft in eigen hand nemen, maakt mensen '*zelfredzamer, sterker en gelukkiger*', aldus het bestuur. De intentie moet zijn om waar mogelijk er op eigen kracht te leven, wonen en werken, al of niet met een beroep op een partner of anderen in de directe omgeving.

Specialistische ondersteuning moet er alleen zijn als het echt nodig is, volgens het bestuur. Voor Zaankanters moet het niet vanzelfsprekend zijn om een beroep te doen op de overheid of 'automatisch' recht op een voorziening of uitkering te eisen. Zorg is een zaak waar mensen eigen primair **zelf** voor moeten zorgen. Professionele zorg is niet een recht, maar een laatste redmiddel, een utimum remedium. Dat is geen shockerende uitspraak want er leven veel zelfredders.

De gemeente organiseert sinds de vaststelling en uitvoering van (nieuwe) wetten op het sociaal domein (Wet maatschappelijke ondersteuning; Jeugdwet; Participatiewet) dat hulpvragen, zeker de zwaardere, van kwetsbare jongeren, ouderen of mensen van andere leeftijden beantwoord kunnen worden door het netwerk van vrijwilligers en/of professionals. Hoeveel burgers dat raakt? Zeker een kwart van de bevolking.



Fig. 1: Ondersteuning

Sociaal domein

Waar moet aan gedacht worden bij de rol van de gemeenten op of in het sociaal domein? Tot het sociaal domein behoort de jeugdhulp en het ondersteunen van andere burgers met een geringe of afwezige **zelfredzaamheid**, zoals onder meer dementerenden, mensen met een ernstige fysieke of geestelijke beperking. En daartoe behoort ook het aan betaald werk helpen van burgers na een persoonlijke impasse. Deze en andere mensen hebben een eenvoudige of complexe **hulpvraag** die opgevangen moet worden door de gemeente en in de uitvoering vaak door een thuiszorginstelling of een andere 'zorgaanbieder'. *'Het is de wettelijke verantwoordelijkheid van de gemeente om vast te stellen wat de hulpvrager nodig heeft'*.

Robbe, Telgen en Uenk (2016) koppelen daaraan vast: 'Het is helemaal niet wenselijk dat de zorgorganisatie, al dan niet samen met de hulpvrager, besluit hoe de zorg het beste in te richten. Er is sprake van een afhankelijkheidsrelatie en waarschijnlijk een kennisachterstand. De gemeenten hebben dan ook tot taak de hulpvrager te beschermen. Bij voorbeeld door rechten en plichten aan zowel de zorgorganisatie als hulpvrager toe te kennen. Om dit goed te kunnen is wel meer deskundigheid nodig aan de zijde van de gemeente. Dat die er nog niet is, betekent niet dat we dan maar zorgorganisaties vrij spel moeten geven', aldus Robbe e.a. (2016: 14). Zorg van burgers wordt iets van de burgers zelf, de directe omgeving van de burgers, de gemeente, en van zorgaanbieders.

Urgentie

Is er sprake van urgentie om hier in te gaan op het lokale sociale domein? Spreken van urgentie vindt u als lezer overtrokken? Dan moet ik u weerspreken. Ik wend de steven daarvoor even naar de jeugdhulp, dus de zorg voor niet volledig zelfredzame jongeren.

Volgens de Jeugdwet gaat het bij **jeugdhulp** als **eerste onderdeel** om ondersteuning van, en hulp en zorg (niet zijnde preventie) aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, of opvoedingsproblemen van ouders.

Het **tweede onderdeel** van jeugdhulp betreft het opheffen van een **tekort aan zelfredzaamheid** bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychische aandoening of beperking, die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt, met dien verstande dat de leeftijdsgrens van 18 jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht.

Jeugdhulp omvat als **derde onderdeel** het bevorderen van de **deelname** aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of

zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt.

Doen veel jongeren of hun ouders een beroep op hulp uit de hoek van jeugdhulp?

Is er verschil tussen jeugdzorg en jeugdhulp?

Met de invoering van de Jeugdwet op 1 januari 2015 spreken we over jeugdhulp. Hierbinnen vallen jeugdzorg, gehandicaptenzorg, ggz- en verslavingszorg, welzijn en maatschappelijke dienstverlening, thuisbegeleiding, thuiszorg en jeugdgezondheidszorg (maatwerkdeel). Jeugdzorg was tot 1 januari 2015 een apart te onderscheiden sector, waarbinnen onder andere de indicaties voor geïndiceerde zorg werden gesteld en het gedwongen kader werd uitgevoerd.

Jeugdhulpverleners zijn professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp en jeugdbescherming. Iedere professional die werkzaam is in de jeugdhulp wordt met de invoering van de Jeugdwet per 1 januari 2015 naast zijn of haar bestaande beroep of functie, conform de wet ook 'jeugdhulpverlener' genoemd.

Een deel van de jeugdhulpverleners is dus jeugdzorgwerker. Jeugdzorgwerkers zijn voornamelijk werkzaam bij organisaties voor jeugd- en opvoedhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering, Justitiële Jeugdinrichtingen, Veilig Thuis (voorheen AMK), Stichting Halt en de Raad voor de Kinderbescherming.

Over welke aantallen gaat het in de jeugdhulp?

In de gemeente Landgraaf (bijna 38.000 inwoners) hadden in 2015 692 jongens en meisjes professionele jeugdzorg nodig in de vorm van ambulante jeugdzorg, specialistische jeugdhulp en/of crisishulp. In 2017 waren dat er 978. Bijna 1000 jeugdigen. Dat is voor zo een gemeente een enorm aantal. En dan hebben we het nog slechts over één gemeente met kernen met een tamelijk plattelandskarakter. CBS-gegevens over 2017 laten overigens zien dat het gehele Parkstad-gebied 'donker kleurt' van de grote aantallen jeugdigen die jeugdhulp kregen en krijgen.

Tweede voorbeeld. Het aantal jeugdigen van 0-18 jaar, dat het eerste halfjaar van 2017 in Rotterdam geregistreerd stond als gebruiker van jeugdhulp, bedroeg volgens een statistiek om en nabij 12.000 jongeren. Het CBS komt voor geheel 2017 met een aantal van 18.600 jeugdigen in Rotterdam. Dat is een heel voetbalstadion vol. Ook hier een stijging.

Prima? Alles op zijn beloop laten?

Het aantal jeugdigen dat een beroep doet op jeugdhulp wordt niet teruggedrongen hoewel Nederland heel veel preventie kent op het vlak van zorg, voeding, alcoholgebruik en verslaving en er zelfs gesproken wordt van 'the preventive state'.

Het gemeentelijk beleid richt zich echter curieus genoeg vooral op *de organisatie* van de jeugdhulp. De jeugdhulp in de regio Rotterdam-Rijnmond ging in de tweede helft van 2017 op de schop. De gemeenten willen met veel **minder** organisaties contracten voor onder meer pleegzorg, crisisopvang en hulp thuis afsluiten. In totaal leverden in 2017 80 organisaties maar liefst **800 verschillende vormen van jeugdhulp** in de regio Rotterdam-Rijnmond, los van de contracten die gemeenten zelf hebben. Het plan van de toenmalig Rotterdamse wethouder Hugo de Jonge (in 2018 minister) was dit terug te schroeven tot dertien organisaties, die voor vele miljoenen aan opdrachten krijgen. Dat moest ertoe leiden dat er per gezin **één hulpverlener** de regie heeft. In het verleden werd regelmatig langs elkaar heen gewerkt, waarbij niet duidelijk was wie verantwoordelijk was, stellen de gemeenten.

In geheel Nederland ontvingen volgens gegevens over 2017 van het Centraal Bureau voor Statistiek (CBS) ongeveer 392.000 jeugdigen geregistreerde jeugdhulp. De meeste jongeren die geregistreerde jeugdhulp ontvingen, komen uit Amsterdam (ongeveer 20.000 jeugdigen), Rotterdam (18.600) en Den Haag (15.500). Relatief gezien, werd de meeste jeugdhulp verleend in de vier grote steden; dat zijn de gemeenten met 250.000 inwoners of meer. Van de jeugdigen jonger dan 18 jaar ontving bij die gemeenten 13,7 procent jeugdhulp. Ten opzichte van 2016 is in 2017 het aantal landelijke **jeugdhulptrajecten** met 6,8 procent gestegen tot **bijna 550 duizend trajecten**.

Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 heeft de gemeente, meestal via een wijk- of buurtteam, een grote rol gekregen in de toegang tot jeugdhulp en de verwijzing naar andere jeugdhulpverleners. In 2015 hadden 62.000 trajecten een verwijzing van de gemeente (bij voorbeeld van een wijkteam), in 2016 waren dat er 119.000 en in 2017 151.000. De rest kende andere verwijzers, zoals huisartsen. Aldus het CBS.

Bijna 76 procent van alle afgesloten jeugdhulptrajecten duurde korter dan een jaar. Van alle jeugdhulptrajecten die in 2017 werden afgesloten, werden 197.000 trajecten beëindigd volgens plan. Maar let wel, per saldo is het aantal jeugdigen dat jeugdhulp kreeg in 2017 veel groter dan in 2016 en in 2018 nog weer groter.

Conclusie: het aantal jeugdigen dat jeugdhulp krijgt, stijgt; het aantal jeugdhulptrajecten stijgt bijgevolg ook. Het sociaal domein was al belangrijk geworden maar wordt steeds belangrijker, ook omdat het ook veel meer omvat dan jeugdhulp. De toename van die hulp is deels de tol van de welvaartsstaat want een deel van de jeugdhulp heeft te maken met verslavingen (drank en drugs).

Jeugdhulp is overigens nog maar een deelgebied van het gemeentelijk sociaal domein.

Sociaal domein

De term '**sociaal domein**' omvat alle inspanningen die het gemeentebestuur en het gemeentelijk apparaat met tal van vrijwilligers en professionals van instellingen verricht rond zorg en jeugd, zelfredzaamheid van burgers van alle leeftijden, en werk en participatie. Drie wetten staan centraal: de Jeugdwet, de Wmo 2015 en de Participatiewet.

Het kan bij **de hulpvraag** van hulpvragers (ook wel cliënten genoemd) aan de gemeente gaan om **eenvoudige(re)** of **complexe(re)** vragen van jongeren, ouderen, huishoudens of wie dan ook. Denk daarbij bij voorbeeld aan burgers met beperkingen van fysieke of andere aard, aan ouderen met beginnende of vergevorderde dementie, aan verslaafden, aan huishoudens met opvoedingsproblemen, verslavingen en/of huiselijk geweld, aan burgers met schulden, van burgers die zoeken naar betaald werk. Er kan sprake zijn van een zodanige combinatie van problemen dat van **multi-probleemgezinnen** gesproken wordt.

Deze burgers kunnen bijgestaan of geholpen worden door kinderen, verdere familie, vrienden, kennissen, burens of andere vrijwilligers en wellicht ook door zorgaanbieders, zoals bij voorbeeld thuiszorgorganisaties. Als de gemeente in beeld komt, volstaat **de mantelzorg** uit de eigen omgeving meestal niet meer. Het omgekeerde kan ook gesteld worden.



Fig. 2: Mantelzorg

In de ruime, integrale zin van het woord vallen onder 'sociaal domein' ook alle **aanverwante taken** die direct of indirect met zorgvragen te maken hebben. Denk aan onder meer aan: handhaving bij leerplicht, het voorkomen van vroegtijdig schoolverlaten, passend onderwijs, leerlingenvervoer, de reguliere en bijzondere bijstand, schuldhulpverlening en (jeugd)gezondheidszorg.

Decentralisatie van taken

De afgelopen jaren is sprake geweest van **drie decentralisaties** van taken op het gebied van het sociale domein naar gemeenten. Drie wetten waren van belang:

de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo); de Jeugdwet; de Participatiewet.

Die taken raken direct mensen die behoefte hebben aan externe steun doordat sprake is van één hulpvraag. Gemeentebesturen kregen op dit gebied niet alleen nieuwe taken, maar ook bevoegdheden en middelen; dus deels een **nieuwe verantwoordelijkheid**. Daarmee lag de vraag op tafel hoe gemeenten die taken gingen benaderen en uitvoeren en wat gemeenten gingen maken van de gemeentelijke sturing richting zorgaanbieders en hulpverleners en van verantwoording.



Fig. 3: Sociaal domein – Decentralisatie via drie relevante wetten

De Participatiewet vervangt de Wet werk en bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een deel van de Wajong. Sinds 1 januari 2015 kan niemand meer instromen in de Wsw. De Wajong is alleen nog toegankelijk voor jonggehandicapten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn.

Bij de Jeugdwet ging het om een volledige overheveling van taken van de Bureaus Jeugdzorg van de provincies naar de gemeenten. Ook is de gemeente voortaan verantwoordelijk voor de jeugd-geestelijke gezondheid (ggz), de jeugdbescherming, de jeugdreclassering en de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Verder is de gemeente voortaan verantwoordelijk voor afstemming met het onderwijs over het Passend Onderwijs. Dat is een hele mond vol.

Er is samenhang tussen deze werkvelden. De decentralisaties bieden gemeentebesturen de mogelijkheid een **samenhangend** en **integraal beleid** te voeren bij de zorg en ondersteuning aan **kwetsbare groepen** en **personen**. Immers, de drie decentralisaties in het sociaal domein staan niet volledig los van elkaar. De doelgroepen komen deels overeen.

Bovendien hebben mensen met een hulpvraag vaak meerdere problemen (samenhang op microniveau). Denk aan de samenhang tussen jeugdzorg en de Participatiewet: het naar werk begeleiden van risicjongeren.

Ook is er veel samenhang tussen jeugdzorg en Wmo. Zo kunnen jongeren naast jeugdhulp ook ondersteuning nodig hebben uit de Wmo 2015. Bij participatie of zelfredzaamheid richt de Wmo zich bij problemen bij opgroeien en opvoeden op zowel ouders als jeugdigen.

Waarom de decentralisaties in het sociaal domein?

De decentralisaties hebben tot doel dat het gemeentebestuur de eigen inwoners sneller en beter kan helpen bij hun zorgvragen. Zodat zij de zorg of ondersteuning krijgen die zij nodig hebben. Doel is ook dat mensen zo veel mogelijk kunnen meedoen in de maatschappij en dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen. De nadruk ligt op wat mensen kunnen, eventueel met hulp van mensen uit hun eigen omgeving. **Eerst daarna** komt de vraag of, en zo ja welke, professionele zorg of ondersteuning nodig is. Dit gebeurt volgens het principe: *één gezin, één plan, één regisseur*. Dit voorkomt dat meerdere hulpverleners zijn betrokken die niet efficiënt samenwerken. De nieuwe werkwijze moet ook resulteren in het terugdringen van de uitgaven.

Cultuurverandering bij gemeenten en instanties

De decentralisaties in het sociale domein vroegen om een flinke **cultuurverandering**. Dat wordt in de wereld van zorg de **transformatie** genoemd. Bij zowel overheden en zorgorganisaties als bij de mensen die de zorg nodig hebben en mensen die mantelzorg geven. Immers, er is een ontwikkeling van de **verzorgingsstaat** (met veel aandacht voor sociale zekerheid) naar een **participatiesamenleving**, waarin mensen 'meedoen naar vermogen', met zoveel mogelijk ondersteuning van mensen uit de eigen omgeving. Dat vergt een andere manier van denken en handelen.

Transformatie is overigens iets anders dan transitie. Onder **transitie** wordt de overdracht van verantwoordelijkheden naar de gemeenten verstaan. Met transformatie wordt verwezen naar de gewenste omslag die binnen de gemeente wordt gemaakt.

Resultaten in 2015

In het sociaal domein is 2015 **een overgangsjaar** geweest. Dat jaar stond in het teken van de continuering van de zorg en ondersteuning. Het was een jaar waarin de gemeenten startten met de transitie en de transformatie van het sociaal domein. Hoe was toen de stand van zaken?

Het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) publiceerde in mei 2016 een *'Overall rapportage sociaal domein'*. Het SCP tekent aan dat op veel terreinen de transformatie naar een nieuwe inrichting van het sociaal domein nog moet plaatsvinden.

Deze rapportage biedt de eerste inzichten in de prestaties van gemeenten op het gebied van het sociaal domein. Ik noem enkele conclusies om de lezer gevoelig te maken voor de toenmalige situatie.

- Het sociale domein is een belangrijk domein want **het raakt velen**. In 2015 maakten circa een op de acht burgers (2,1 miljoen mensen) gebruik van een individuele voorziening in het sociaal domein. Ongeveer een zesde deed dit via de Jeugdwet, een derde via de Participatiewet en de helft via de Wmo. De meerderheid gebruikt een voorziening op één van de decentralisatieterreinen, 7 procent gebruikt voorzieningen op twee of drie terreinen. De gemeenten geven hieraan in totaal circa 17,9 miljard euro uit.
- Bijna tweederde van de mensen met Wmo-ondersteuning is **65 jaar of ouder**. Met praten over het sociaal domein zitten we dus ook in de hoek van wat in pakweg 1980 nog **ouderenbeleid** van gemeenten werd genoemd. Nu is sprake van **nieuwe terminologie**.

- De zelfredzaamheid, het jezelf uit de put kunnen halen, is vooral gering bij mensen die onder de Wmo vallen: **minder dan 10 procent** van hen kan de problemen (bij voorbeeld psychische problemen, dementie en obesitas) zelfstandig oplossen. Bij 40 procent van de Wmo-gebruikers biedt het eigen netwerk onvoldoende hulp.
- Vooral **kwetsbare mensen** gebruiken een voorziening in het sociaal domein: mensen zonder werk, met een laag inkomen, uit een eenoudergezin, met een lage opleiding en/of mensen met een slechte gezondheid. Kwetsbare mensen hebben vaak te maken met meerdere problemen, die niet altijd zijn gerelateerd aan de drie decentralisatiewetten. Vooral financiële problemen komen vaak voor;
- Bijna twee derde van de mensen met een Wmo-voorziening heeft een geringe **'geletterdheidsvaardigheid'** (omgang met computer, invullen van formulieren). In krimpende plattelandsgemeenten wordt het meest gebruikgemaakt van de sociaal-domeinvoorzieningen. Vooral Noordoost-Nederland en Zuid-Limburg kent een hoog gebruik van een voorziening in het sociaal domein.

Sociaal domein in 2016 en daarna

De gemeentebesturen ontvingen in 2015 ruim € 10 miljard voor het uitvoeren van hun taken in het sociaal domein. De verdeling was gebaseerd op het zorggebruik in 2012 of 2013. Vanaf 2016 wordt de toedeling gedaan aan de hand van een objectieve verdeling, die stapsgewijs wordt ingevoerd. Kortom: gemeenten staan vanaf 2016 pas echt voor een transformatieslag binnen het sociaal domein.

Budgetten Wmo en Jeugdwet in 2017 omlaag

Decentralisatie gaat doorgaans gepaard met bezuinigen en/of verschuiving in de geldpotten doordat een pot bij komt of weggehaald wordt.

Op 1 september 2016 werd bekend dat de budgetten voor de uitvoering van de Wmo en de Jeugdwet omlaag gaan. Voor 2016 wordt het Wmo-budget verlaagd met 179 miljoen euro en het Jeugdwet-budget met 47 miljoen. In 2018 worden de budgetten opnieuw verlaagd, dan met respectievelijk 168,8 miljoen euro en 16,8 miljoen euro.

De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft hierover met het Rijk afspraken gemaakt. De reden is, dat gemeenten in 2015 en 2016 teveel hebben ontvangen voor uitvoering van de twee wetten. Dat kwam omdat het aantal personen voor wie de zorg zou moeten worden geleverd, in eerste instantie te hoog was ingeschat. Veel mensen bleken niet in de Wmo of de Jeugdwet te horen, maar in de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wet langdurige zorg is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gaan vervangen.

De ingangsdatum van de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz) is 1 januari 2015.

Wat houdt de Wet langdurige zorg (Wlz voor kenners uit de zorgwereld) in? De Wlz is bedoeld voor kwetsbare ouderen en mensen met een beperking die blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of permanent toezicht nodig hebben. Zij zijn niet langer in staat om met ondersteuning van hun sociaal netwerk, gemeente of met verpleging en verzorging aan huis zelfstandig thuis te kunnen wonen. Het gaat bijvoorbeeld om kwetsbare ouderen en mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking of mensen met een psychische stoornis.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) beoordeelt of iemand in aanmerking komt voor zorg vanuit de Wlz. Voldoet iemand aan de voorwaarden dan geeft het CIZ een zogeheten Wlz-indicatie af. Dit is een besluit waarin staat dat iemand recht heeft op langdurige zorg. Met een Wlz-indicatie krijgt iemand in een zorginstelling alle begeleiding en zorg die hij nodig heeft. Zoals verpleging en verzorging.

Probleemstelling en informatiebronnen

In het voorgaande is een introductie gegeven op decentralisaties in het sociale domein. De belangrijkste begrippen, omschrijvingen, jaartallen en wetten passeerden de revue. Waarop is deze beschouwing nu verder gericht? Deze beschouwing kent een probleemstelling. Die luidt:

Wat is in kort bestek de stand van zaken bij die decentralisaties? Wat zijn de woorden en daden van het gemeentebestuur, samen met de zorgaanbieders? Wat is bereikt op het sociale domein? Dat zijn centrale vragen in deze studie.

In de titel van deze studie is het woord **'bevingen'** opgenomen. Blijken uit de analyse dat het trilt en schuurt op het sociaal domein in de gemeenten? Bevingen kunnen van verschillende aard zijn. Denk aan de mogelijkheid van een reeks **maatschappelijke, financiële of bestuurlijke bevingen**. De maatschappelijke bevingen verwijzen naar de dynamiek in de zorg: komen er meer of minder hulpvragen en hulptrajecten?; worden hulpvragen complexer? De vervolgvraag wordt dan: wordt de zorg in het sociaal domein per hulpvraag gemiddeld duurder of niet? En hoe wordt bestuurlijk gereageerd? Volstaat het budget?

Bestuurlijke uitdagingen verwijzen naar: Kunnen gemeentebesturen hun de hulpvragen georganiseerd krijgen? Hoe reageren ze eventueel op de stijgende kosten? Komen gemeenten na de decentralisatie uit met het door het Rijk toegekende budget of niet?

In het voorgaande kwam al een begin van beantwoording van de vragen aan de orde. In de hoek van de jeugdhulp nam het aantal jongeren met hulpvragen toe en steeg het aantal hulptrajecten. De jeugdhulp is in de genoemde gemeenten Landgraaf en Rotterdam duurder geworden en financieel komen tal van gemeentebesturen niet uit met het beschikbare budget. Wat wordt dan de bestuurlijke reactie: worden hulpvragen teruggedrongen of worden hulpvragen goedkoper beantwoord?

Om tot een antwoord op de vraagstellingen te komen zijn veel documenten met *'facts & figures'* doorgeploegd en gesprekken gevoerd. Denk voor de documenten aan nota's van de rijksoverheid; studies van planbureaus; gemeentelijke begrotingen en rekeningen en nota's over inkoop en wat al niet; evaluatiestudies; rapporten van lokale rekenkamers; rapportages van adviesbureaus; rapporten van zorgaanbieders, studiegroepen en brancheorganisaties. Deze stand van zaken plaats ik natuurlijk in het licht van de eigen ervaring met gemeentebesturen, waarmee ik sprak in het kader van visitatieprocessen of anderszins te maken had. Ook is gebruik gemaakt van interviews met professionals, een aantal wethouders en 'gewone' burgers, enkele leden van Wmo-raden.

Vertrekpunt: de toekomst volgens George Orwell

Voor het sociaal domein aan de orde komt, eerst is over taal, hertaling en framing. Wat is de taal waarin tegenwoordig over zorg en zelfredzaamheid gesproken wordt. De verwijzing naar de gemeente Zaanstad maakte al duidelijk dat alertheid hier gewenst is. Ik vertrek vanuit het werk van George Orwell en dan kom ik verderop uit bij de paradigmaswitch rond de lokale gedecentraliseerde zorg en nieuwspraak.

In 1949 publiceert de Engelse schrijver George Orwell zijn toekomstgerichte roman ***Nineteen eighty-four***. Later veranderde de titel in '1984'. Orwell geeft in dat boek zijn toekomstvisie op de westerse wereld. Individuen kunnen in die wereld, vol met totalitaire regimes, kansloos ten onder gaan. Orwell had gezien waar het met het totalitaire Duitsland van Hitler heenging en met de Sovjet-Unie onder leiding van Stalin en wilde waarschuwen. Volgens het boek '1984' is er in een land maar één politieke partij en die beheerst de geschiedenis. Ze geeft aan wat toegestaan is en verandert de archieven zo nodig om de geschiedenis te herschrijven.



Fig. 4: Verschillende boekomslagen van hetzelfde boek

Als de partij zegt dat twee plus twee vijf is dan is het vijf en niet vier. De staat doet dus in het land van Orwell aan **taalmanipulatie**. De staat kent departementen met titels die het tegendeel zijn van wat ze werkelijk doen. Het ministerie van Vrede is er voor het voeren van oorlogen. Het ministerie van Overvloed verzorgt de distributie van schaars voedsel. En het ministerie van Liefde is geoccupeerd met straffen en martelen. De staat is bij Orwell niet meer wat deze eerder leek. Het totalitaire krijgt een nieuwe jas.



Fig. 5: Omkering bij Orwell

Orwell introduceert *newspeak*, **nieuwspraak**. De roman '1984' is daarmee ook een boek over taal en semantiek in een nieuwe wereld. Wanneer woorden hun betekenis verliezen en mensen niet over voldoende woorden meer beschikken om hun gedachten uit te kunnen drukken, dan kunnen zij niet alleen niet meer goed spreken maar ook niet meer denken. Newspeak is bij Orwell **een fictieve taal**. Het is in de ogen van de Engelse schrijver een taal die wordt geschapen en gecontroleerd door 'de totalitaire staat' om onwelgevallige gedachten en concepten uit te bannen, die bedreigend zijn voor het voortbestaan van het regiem. 'Beleid voeren' is in deze optiek een zaak van taalmanipulatie, als we Orwell volgen. De bedoeling is dat burgers in 2050 in tal van gedaanten, als verpleegkundige, dierenarts, agrariër, supermarkteigenaar of leraar alleen nog **politiek correcte dingen** zeggen en schrijven. Synoniemen verdwijnen volgens Orwell in 1984. Want bij synoniemen ligt de taal vast. Als je synoniemen hanteert, kun je niet goed meer schuiven met betekenissen. En newspeak is bij uitstek schuiven met betekenissen en woorden, alsof een letterfabriek geëxploiteerd wordt. 'Oorlog is geen oorlog, het is een op vrede gerichte operatie'. De betekenis van *onwelgevallige* woorden wordt zoveel mogelijk uitgehold, aldus Orwell. Die kant gaat het op. De burgers zijn hierdoor na enige tijd niet meer in staat om gedachten te uiten die afwijken van het heersende denkkader van de machtigen. Er ontstaat anders gesteld, in mijn woorden, een totalitair discours.



Fig. 6: Omkering (2)

We betreden daarmee ook het pad van het verdraaien van de waarheid, het benoemen van halve waarheden en het terrein van de eufemismen en de communicatieve erotiek van glatte praatjes. Wie in de discussie over de neutronenbom de burgers klaar wil maken voor de aanschaf van die bom gaat de bom een neutronengranaat noemen, viel ergens te lezen. Dat klinkt ineens een stuk minder dreigend en vermindert de weerstand bij burgers. Althans dat is de bedoeling. En een gevangenis zou men, doordenkend op het boek van Orwell een gebedshuis, bezinningsoord, retraitehuis of herprogrammeringsinstituut kunnen noemen. Dakloosheid heet 'houden van het buitenleven'. Dat klinkt ineens heel anders.

Beleid als talige operatie

Uitgaande van Orwell is de vraag: **wat voor taal dient zich aan bij de decentralisatie op het sociale domein?** En is dat ook een hertalingsfeest maar iets minder totalitair dan bij Orwell?

Beleid voeren, is altijd een talige operatie. Kies de woorden waarmee je wilt bereiken wat je wilt en wissel van woorden als je wat anders wilt dan de status quo. Wie Orwell volgt, komt al gauw uit bij wat tegenwoordig 'framing' wordt genoemd. Framing impliceert een *talig perspectief* op verschijnselen, problemen, oorzaken en oplossingen. Ik schreef er al in 1988 over (Korsten, 1988; zie ook het werk van Morgan en van Rein & Schön). Alle beleid en alle parlementaire discussie is een vorm van 'framing'. Framing betekent dat een probleem dat aanleiding is voor beleid en een bepaalde beleidsinhoud in de vorm van oplossingen heeft, in verschillende talen gegoten kan worden. Er zijn anders gesteld verschillende probleem-oplossingsframes mogelijk, althans op papier. Zeg maar verschillende manieren van kijken. Verschillend kijken impliceert dat je andere dingen ziet dan de ander ziet.

Neem de ontwikkeling van de plattelands economie als willekeurig voorbeeld (Korsten en Leers, 2005). Vanuit een economisch perspectief gaat het om schaarste, schaal en lage kosten voor agrariërs, hoge prijzen, omzet, winst, reserveringen, investeringen. Dan kom je uit bij stallen voor varkens en kippen en binnen de kortste keren is het voorstel dat megastallen van tienduizend varkens de toekomst hebben want economisch rendabel. De *agrofood-ondernemer* kan in dit perspectief of frame alleen overleven te midden van concurrenten door een grootschalige wijze van werken. Veel hectares, veel varkens, koeien of kippen. Om de agrarische sector goed te laten ogen kan men dan gaan spreken van agro business. Maar er is ook een meer landschapsgericht perspectief of 'frame' mogelijk. In dat *alternatieve frame* figureren *andere waarden* en daarmee andere woorden. De boer heeft volgens deze denkrichting (lees:

dit frame of perspectief) oog voor het erfgoed, een woord dat helemaal niet voorkomt in het economisch perspectief. De boer krijgt de zorg voor landschapsbescherming, -behoud en –onderhoud. ‘Zorg’ is ook al zo’n raar woord. Voor dat behoud en die zorg ontvangt de boer als *landschapsbeheerder* een vergoeding. De boer mag ook proberen te overleven door een *bed & breakfast* of een camping. Ga zo maar door. Aan een megastal begint deze boer niet. Er is nog wel een derde perspectief mogelijk, het ecologische boeren.

Deze frames, perspectieven of discoursen *vechten om de voorrang*. Na verloop van tijd loopt een discours op zijn einde en wordt er een nieuw perspectief verzoend met het bestaande ‘frame’ of gaat het bestaande perspectief van tafel en komt er een geheel nieuw. Soms gaat een crisis aan dit proces vooraf. Dat zoeken naar een nieuw perspectief heet ‘*reframing*’. Beleid is vroeg of laat aan reframing onderworpen. In het politieke leven spreekt men dan over beleidsvernieuwing. Dan komen nieuwe woordjes op. Dan maakt de ene denkrichting plaats voor de andere.

Zo is het ook gegaan op het sociale domein. Er kwamen nieuwe woorden naar voren die onderdeel waren van een nieuw perspectief. Maar zo radicaal als Orwell sprak is het niet geweest.

De taal (1): van het gemeentelijke sociale domein

Met het overhevelen van taken in het sociale domein van de rijksoverheid naar gemeenten komen we uit bij de *hedendaagse newspeak en framing op het vlak van zorg en welzijn*. Vóór 1 jan. 2015 was – kort gesteld – de verordening, aanvraag en indicatiestelling bepalend voor de toegekende zorg (Noten, 2016). Als de protocollen doorlopen waren en de indicatie gesteld, kregen mensen bij een hulpverlenende organisatie waar ze recht op hadden: een apparaat, bij voorbeeld een bed en/of een scootmobiel, hulp of een opname. Of andere hulp. Dan was de zorg geleverd *volgens de regels*, maar of dat de juiste zorg was in de ogen van hulp vragende mensen, na enkele maanden bureaucratische rompslomp, was onduidelijk, zo houdt Han Noten ons voor. Het probleem of de zorgzwaarte kon inmiddels al weer verschoven zijn, zo dat de indicatie niet meer spoorde met de feitelijke hulpbehoefte.

In dit *oude frame* was het denken in termen van ‘*rechten*’ dominant, volgden organisaties elk hun werkwijzen, wat wel verkokering werd genoemd, en was *de samenwerking* tussen hulpverlenende instellingen betrekkelijk gering. De *integraliteit* van de hulp was een zwak ontwikkeld beoordelingscriterium voor hulpverlening. En hulpverleners werkten niet ‘afgestemd’. Elke hulpverlenende organisatie legitimeerde het eigen handelen met verwijzing naar wetgeving en privacy. Dit was het oude perspectief in de zorg volgens een gechargeerde zienswijze. Daarmee werd afgerekend. Er volgt een *nieuw frame*. Gemeenten worden, zo ongeveer na 2008, in het sociale domein, dus het gebied van taken op het vlak van zorg, werk, inkomen en jeugd ineens ‘*eerste overheid*’. Gemeenten zouden beter ondersteuning kunnen geven en daarover in democratische zin besluiten kunnen nemen dan andere overheden. De regering meende dat bij *multiprobleemgezinnen* sterker gedacht moest worden aan de *centrale hulpvraag* en *integraliteit*, aan de aanpak van *één gezin, één plan, één regisseur*.



Fig. 7: Wordwolk een ondersteuningsplan

We belanden ook hier uiteraard in een wereld met fraaie **nieuwe terminologie**, zoals

- afspraken maken ‘op het niveau dat *het dichtste* bij de burgers-in nood staat’;
- afwegingen maken over zorg en werk op basis van ‘*individuele omstandigheden*’ van burgers die in gesprek met professionals duidelijk kunnen maken ‘wat ze willen’; en
- bij inschakeling van hulp van *mantelzorgers*, zoals kinderen, andere familieleden en burens.

Mantelzorg is niet zo maar een woord. ‘Mantel’ suggereert ‘warmte’ bieden, om iemand heen gaan staan. De **participatiemaatschappij** kan maatwerk bieden, ook altijd fijn. Kortom, decentralisatie van taken naar gemeenten is eigenlijk iets dat altijd al had moeten gebeuren omdat hier beter en meer **samenhangend** naar *het brede zorgspectrum* van burgers gekeken wordt. Zo wordt het voorgesteld. ‘Wat stom toch, dat daar niet eerder aan gedacht is’.

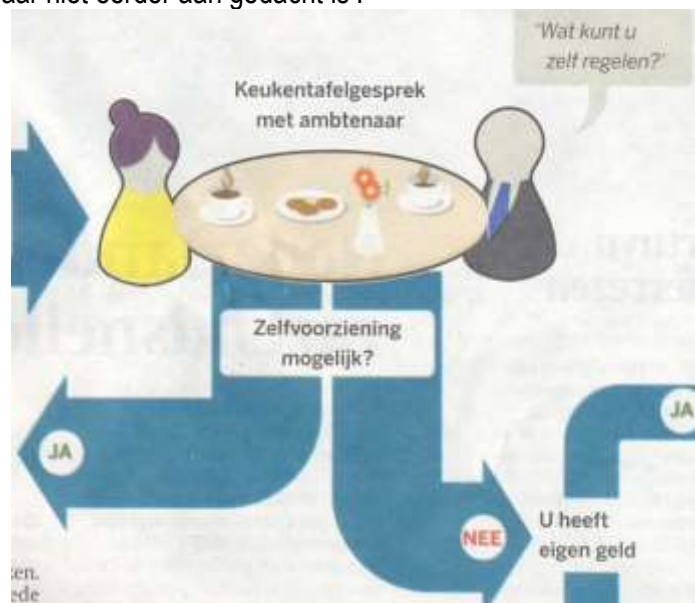


Fig. 8: Het keukentafelgesprek en zelfredzaamheid

Het decentralisatiejargon zit vol met woorden die - als in een achtbaan van de Efteling voor kinderen - alle burgers genoeg moeten verschaffen. Ware newspeak. Niemand kan er zich aan onttrekken.

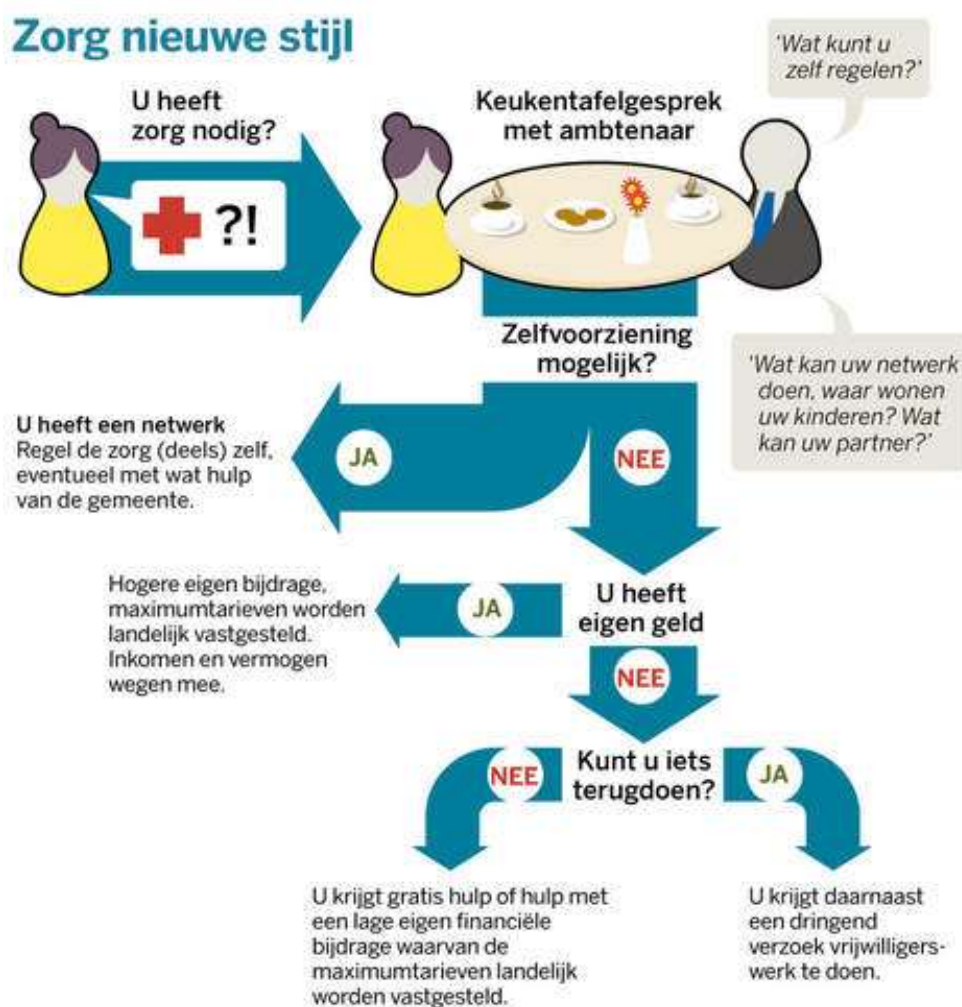
Wie hulp wil krijgen, moet zich het woord '**keukentafelgesprek**' eigen maken.

Het kan zo maar zijn dat een gemeenteambtenaar daar komt vertellen wat de familie van de hulpvrager behoort te doen en dat de hulpvrager dat misschien ook wel mag verwachten. De ambtenaar wil de hulpvrager 'in zijn of haar kracht zetten'. Zo heet dat tegenwoordig.

De gemeente Sittard-Geleen schrijft in een nota 'Concept-beleidsplannen voor het sociale domein 2017-2019' dat het **zelf doen** van burgers versterkt wordt.

In de praktijk wordt de **zelfredzaamheid** bij de intakegesprekken, lees keukentafelgesprekken, tussen wijkteamlid of zorgconsulent uitgebreid in kaart gebracht. Het is een **diagnose-instrument**. Wat naar voren komt, wordt allemaal genoteerd. De hulp vragende wordt het hemd van het lijf gevraagd. Begrijpelijk, want er gaan mogelijk kosten gemaakt worden en duidelijk moet worden wat **de echte vraag** is. Het is lang niet zeker dat de echte hulpvraag de vraag is die de hulpvrager zelf formuleert. Niet elk mens weet wat die zelf mankeert.

Fig. 9



031013 © de Volkskrant- tb

Kernwoorden 'nabijheid' en 'zelf doen'

De drie decentralisaties, ook wel drie D's genoemd, worden niet alleen geprezen vanwege de intrinsieke positief geduide (talige) omslag in het denken over werk, inkomen, zorg en jeugd, maar ook gelegitimeerd doordat er door de rijksoverheid bezuinigd kan worden op de uitgaven. Wie de hulpvrager zo ver kan krijgen dat die hulp van burens, familie, vrienden of kennissen krijgt (mantelzorg), bespaart de overheid budget. Maar bezuinigen is geen 'gebakje' dat vanzelf wel klanten trekt, het is alleen iets voor parlementariërs en raadsleden. Niet teveel woorden daarover. De kern is dat decentralisatie de

verantwoordelijkheid weer legt bij 'waar die hoort', 'bij de burgers zelf'. Decentralisatie van taken brengt de taken weer *dichter bij* de burgers, zo heet het. Dan zou er beter af te wegen zijn, want gemeenten 'kennen hun burgers het beste'.



Fig. 10: Denken begint vanuit eigen kracht

'Nabijheid' is een van de kernwoorden uit de newspeak rond het sociaal domein. Het is een woord dat geleend is uit de privésfeer, uit een relationele wereld vol warmte, stellen de onderzoekers Kampen, Bredewold en Tonkens (2017), die 'nabijheid' als hét kernwoord beschouwen. Daarmee is opnieuw duidelijk dat woorden als 'recht op zorg', indicatiestelling, protocol en verzorgingsstaat horen bij een geheel ander, **verouderd** discours. Burgers kunnen niet langer als vanzelfsprekend aannemen dat de overheid wel voor hen zorgt en dat ze rechten hebben. 'Zelf doen' is een tweede kernwoord. Zelf doen is het motto in de strategienota van de gemeente Sittard-Geleen voor 2017-2019 op het vlak van het sociaal domein en dat zelf doen wordt zo nodig en mogelijk ondersteund. Het keukentafelgesprek tussen de hulpvrager en enkele mondige 'maatwerkers' geeft helderheid in het begin van het traject.

De **zelfredzaamheid-matrix** (ZRM) is hét instrument waarmee behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers in de gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden, de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen. De zelfredzaamheidsmatrix 2017 brengt de vraag en de mate van zelfredzaamheid van de cliënt in kaart. Het instrument is te gebruiken bij de intake, de voortgang en bij de afsluiting van het ondersteuningstraject. Door op meerdere momenten te toetsen, is inzicht te krijgen in de vooruitgang die is geboekt. Sommigen spreken overigens **niet** van **zelfredzaamheid** maar van **samenredzaamheid**.

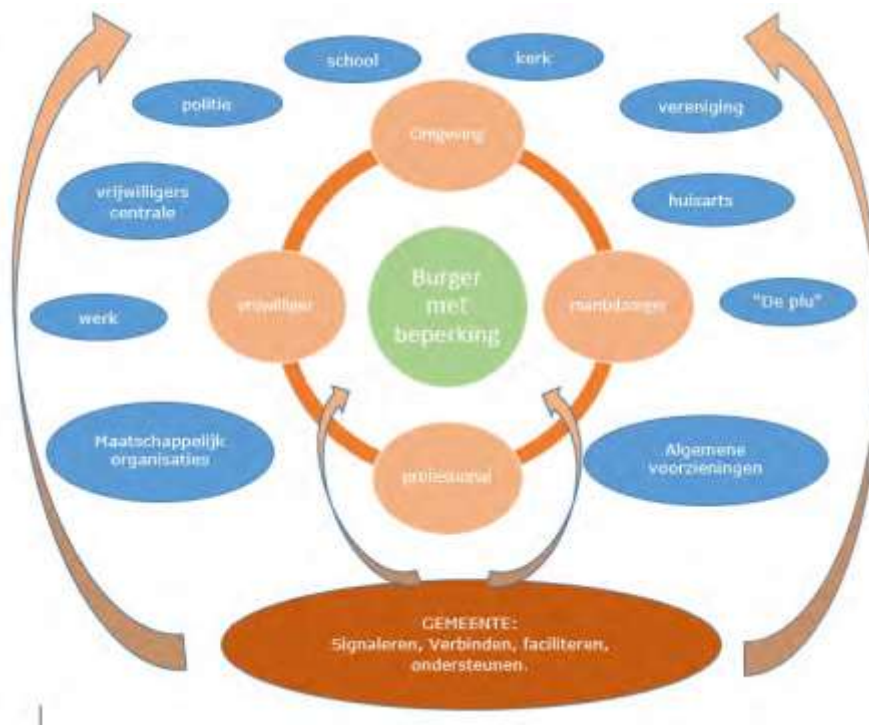


Fig. 11

Transitie

Als decentralisatie niet vanzelf gaat, moet er geduwd worden. Daarvoor is flankerend beleid nodig. Het kabinet heeft in september 2014 de Transitiecommissie Sociaal domein (TSD) ingesteld met als taak om de drie decentralisaties in het sociaal domein te volgen en te begeleiden (hier 'duwen' genoemd). De commissie kreeg de opdracht om bij het transitieproces dat het gevolg is van de overheveling van taken naar gemeenten een paar jaar de vinger aan de pols te houden. De vraag was bij voorbeeld of en hoe gemeentebesturen de nieuwe taken 'zouden oppakken'? Zouden mensen die gebruik maken van jeugdzorg of werk zoeken 'beter af zijn' nu het gemeentebestuur hier als regisseur centraal kwam te staan? Ging het bij de decentralisatie om beter werk te leveren op drie terreinen van zorg en ondersteuning, jeugd, werk en inkomen of ging het om de rijksoverheid te laten bezuinigen? Ging het om verschillen in beleidskeuzen tussen gemeenten en het vergroten van de betekenis van lokaal bestuur in het sociale domein? Ging het om integratie van gezichtspunten via 'één gezin, één plan, één regisseur'? Het bestaan van een transitieteam geeft aan hoe belangrijk de materie door de rijksoverheid en gemeenten werd geacht.

Maar wat is dat sociaal domein eigenlijk en is in dat nieuwe frame of perspectief wel ruimte voor of noodzaak tot benchmarking, tot organisatievergelijking, ranking en het zoeken naar de 'beste praktijken' die dan nagevolgd kunnen worden?

Het sociale domein

De term 'sociaal domein' omvat alle inspanningen die de gemeenten verrichten rond zorg van jeugdigen en ouderen, probleemgezinnen, zelfredzaamheid, en werk van mensen met een beperking. Die inspanningen komen neer op het op de een of andere manier helpen van een hulpvrager met een hulpvraag. En dat op basis van drie wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Participatiewet en de Jeugdwet. In de ruime, integrale zin van het woord vallen onder 'sociaal domein' ook alle *aanverwante taken*. Dan zitten we eigenlijk bij een vierde D. Denk aan onder meer: handhaving van de leerplicht van leerlingen die onderwijs volgen; het voorkomen van vroegtijdig schoolverlaten; passend onderwijs voor leerlingen met een beperking; leerlingenvervoer; de reguliere en bijzondere bijstand; schuldhulpverlening en (jeugd)gezondheidszorg.

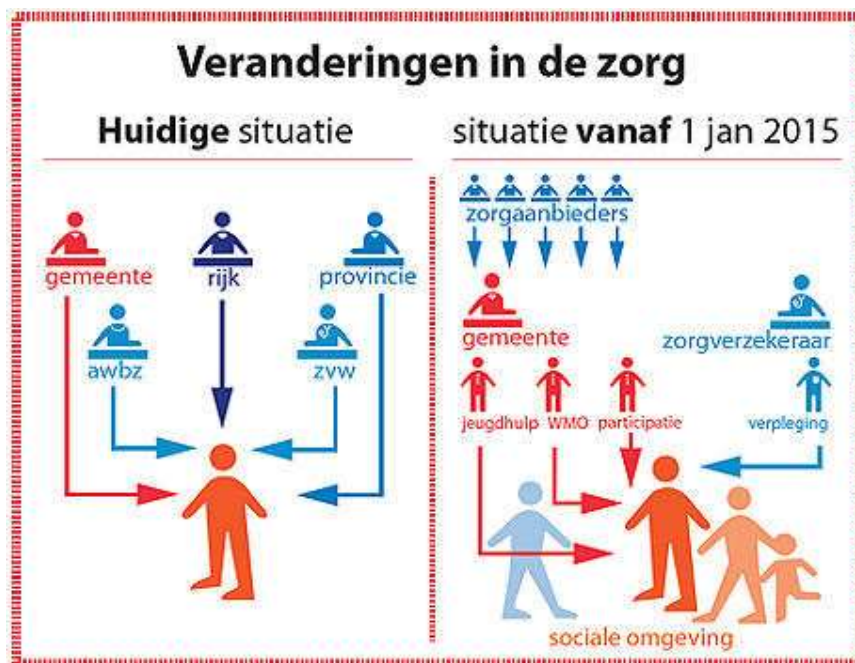


Fig. 12

Hier gaat de interesse uit naar de drie *centrale* onderdelen van het sociaal domein. De gemeentelijke taken in het sociaal domein zijn vastgelegd in de drie al genoemde wetten: de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015), de Participatiewet en de Jeugdwet. Deze *decentralisaties* (een overheveling van taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en middelen) binnen het sociaal domein vroegen van het gemeentebestuur een volledig *nieuwe kijk* op sociale dienstverlening en op het ondersteunen van inwoners. Hoe moest een gemeente omgaan met burgers die bij voorbeeld veel uren thuiszorg wilden ontvangen en eerder ook al gekregen hadden? Gemeenten hadden daar weinig ervaring mee. Op dit gebied gespecialiseerde ambtenaren waren er niet of nauwelijks. Werkprocessen moesten worden ingericht en hier en daar heringericht. Logisch, keukentafelgesprekken, hoe doe je dat eigenlijk? Wat spreek je daar af? Bovendien moesten nieuwe samenwerkingsverbanden tussen gemeenten en hun ketenpartners ontstaan, zoals gemeenten en thuiszorginstellingen. Er kwamen wijkcoaches, wijkteams, brochures, contourennota's. De gemeente Almere gaf in 2014 een prachtige 'Kadernota sociaal domein' uit (titel: 'Doen wat nodig is'). Zo vol newspeak dat als je achteraan in de nota was aangekomen je voorin weer kon beginnen om de nieuwspraak te begrijpen. In 2015 verscheen een meer helder 'Beleidsplan sociaal domein – Almere aan zet'.

Beleidsopvolging

De Participatiewet verving de Wet werk en bijstand (WWB), de Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een deel van de Wajong. '*Beleidsopvolging*' dus. Sinds 1 januari 2015 kan niemand meer instromen in de Wsw. De Wajong is alleen nog toegankelijk voor jonggehandicapten die volledig en duurzaam arbeidsongeschikt zijn.

Bij de Jeugdwet ging en gaat het om een volledige overheveling van taken van de Bureaus Jeugdzorg van de provincies naar de gemeenten. Ook was de gemeente voortaan verantwoordelijk voor de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (ggz), de jeugdbescherming, de jeugdreclassering en de zorg voor jongeren met een licht verstandelijke beperking. Verder is de gemeente verantwoordelijk voor afstemming met het onderwijs ten aanzien van het passend onderwijs.

Samenhang

De decentralisaties bieden gemeenten de mogelijkheid een samenhangend en integraal beleid te voeren bij de zorg en ondersteuning aan *kwetsbare groepen*. Immers, de drie decentralisaties in het sociaal domein staan niet volledig los van elkaar. Kenners weten dat de doelgroepen deels overeenkomen. Bovendien hebben mensen veelal meerdere problemen. Denk aan de samenhang tussen jeugdzorg en de Participatiewet: het naar werk begeleiden van risicojongeren. Ook is er veel samenhang tussen jeugdzorg en Wmo. Zo kunnen jongeren naast jeugdhulp ook ondersteuning nodig hebben uit de Wmo 2015. Bij participatie of zelfredzaamheid richt de Wmo zich bij problemen bij opgroeien en opvoeden op zowel ouders als jeugdigen.



Fig. 13

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) kent drie doelen die als een beweging zijn te zien:

- a) zelf doen bevorderen;
- b) zelf doen ondersteunen en versterken; en
- c) zelf doen ondersteunen en overnemen.

In de Wmo komt 'zelf doen en overnemen' maar beperkt voor, alleen met betrekking tot maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Alle overige vormen van 'overnemen' ofwel langdurige zorg vallen onder de Wet langdurige zorg.

De gemeente Sittard-Geleen is een voorbeeld van een gemeente die elk doel als kapstok gebruikt in een beleidsplan voor het sociaal domein 2017-2019. Dit beleidsplan is opgebouwd aan de hand van de drie doelen. In dat plan wordt onder meer aandacht besteed aan het omgaan met en voorkomen van 'huiselijk geweld' en het vraagstuk van 'verwarde personen'.

De taal (2): van de zelfredzame hulpvrager

De gemeentepolitiek staat in het teken van zelfredzame burgers. Neem de begroting van de gemeente Meerssen voor 2017. Het onderdeel Sociaal domein geeft letterlijk de volgende passage.

Casus Meerssen

Het doel van het Sociaal Domein is dat de mensen van Meerssen **zelfredzaam** en verbonden zijn met de samenleving, naar eigen draagkracht. De kinderen van Meerssen hebben voorbeelden, groeien op tot zelfredzame inwoners en zijn van betekenis voor anderen. Dit is het **maatschappelijke rendement** waarnaar we streven met het Sociaal Domein. De rol van de gemeente is het invullen van verschillende randvoorwaarden, onder andere het in stand houden van **de zelfregie** van de inwoners, maar ook goed onderwijs en aandacht voor een gezonde leefomgeving. Het geven van informatie, advies en ondersteuning is belangrijk voor **behoud of herstel van zelfredzaamheid**. Dit doen we intensief samen met anderen. Deze anderen – partners binnen het Sociaal Domein, doen hetzelfde: zij vormen een spil bij het realiseren van het maatschappelijk rendement. De leidraad hierbij is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Participatiewet.

De jaren 2015 en 2016 zijn uitgetrokken om begeleiding en Jeugdhulp een zachte landing te geven binnen de gemeente Meerssen. Er is veel geleerd en er is veel gedaan. Centraal stond de toegang tot ondersteuning voor kinderen en volwassenen goed te laten functioneren. Dit met behulp van het **Sociaal Team**. We hebben in 2016 inwoners gevraagd hoe zij de toegang en de ondersteuning ervaren hebben. Dit nog op hoofdlijnen om zo gevoel te krijgen met de eerste ervaringen van onze inwoners. Centraal stond ook het verantwoord laten uitvoeren van de ondersteuning. Inwoners hebben overwegend positieve ervaringen met wijze waarop de gemeenten (in de regio) de ondersteuning hebben vormgegeven.

We zien gestaag de vraag van onze inwoners veranderen van *‘vragen naar voorzieningen’* in *‘hoe kan ik zélf aan zet blijven, zodat ik zo zelfstandig als mogelijk vooruit kan ook wanneer ik beperkingen heb?’*. Dit raakt de kern van het Sociaal Domein: mensen zelfredzaam houden en helpen op een zo logisch mogelijke manier. Dit doel is niet van de gemeente alleen: al onze betrokkenen zoals vrijwilligers en zorgverleners zijn bezig om de ondersteuning zó in te richten dat de zelfregie, het zélf doen en bepalen, van de inwoner voorop staat. Het speelveld hiervoor is desalniettemin niet gemakkelijk: de rollen binnen het Sociaal Domein zijn aan het veranderen, het beschikbare budget is verre van onuitputtelijk.

Hulpvragers worden na de decentralisaties in keukentafelgesprekken met een vertegenwoordiger van een zorgteam (eventueel wijkteam) vaak aangesproken op hun mate van zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid verwijst naar het zelf als hulp vragende burger kunnen realiseren van een acceptabel niveau van leven op belangrijke domeinen van het leven, ook door de juiste hulp te organiseren op het moment dat een behoefte ontstaat waarin de persoon niet zelf kan voorzien.

Om zicht op de zelfredzaamheid te krijgen is door medewerkers van de GGD Amsterdam een **zelfredzaamheidmatrix** ontwikkeld. De zelfredzaamheidmatrix (in vakjargon de ZRM) meet de mate van zelfredzaamheid op een bepaald moment, zeg maar de sterke en zwakke plekken van de burger. Een uitkomst van de ZRM is doorgaans het gevolg van de persoonlijkheid, de motivatie en competenties van de hulpvrager alsmede omstandigheden zoals inkomsten (loon, salaris, bijstand, pensioen, anderen neveninkomsten, spaarpot) en infrastructuur (huisvesting), die een persoon in meer of mindere mate in staat hebben gesteld of stellen om een voldoende niveau van leven te realiseren. Op de zelfredzaamheid kunnen vanzelfsprekend omstandigheden hebben ingewerkt die ten dele of geheel buiten de hulpvrager liggen, zoals een erfelijke aandoening, ongeluk of leefstijl in een huishouden.

De **Zelfredzaamheid-Matrix** is een bewerking van de Amerikaanse ‘selfsufficiency matrix’.

In het ‘sociaal domein’-discours heeft de ZRM een grote opmars doorgemaakt. Begin 2017 is de zelfredzaamheid-matrix vernieuwd en aangevuld met meer leefgebieden (domeinen).

De ZRM is een op meerdere manieren toe te passen instrument of hulpmiddel.

- Met de ZRM kan een professional relatief eenvoudig een volledig en gestandaardiseerd overzicht krijgen van het functioneren van een persoon.
- De ZRM kan bijdragen bij het spreken van één taal in een team met hulpverleners, zo een opstap zijn voor een nader gesprek tussen zorgverleners over de problematiek van de hulpvrager en bijdragen aan het structureren van de informatie die hulpverleners hebben over hun cliënten.
- De ZRM kan worden ingevuld tijdens een intakegesprek met een hulp vragende burger.
- De ZRM kan de beslissing van een professional ondersteunen om een hulpvrager een zorginterventie toe te wijzen.
- De ZRM is ook te hanteren gedurende het verdere traject van hulpverlening om de verschuivende hulpvraag in kaart te brengen. Dan is het behulpzaam als volgsysteem, als een hulpmiddel bij de monitoring.
- De ZRM kan ook worden gebruikt bij de evaluatie van het behandelresultaat.



Fig. 14: Opa, oma en de kleinzoon

De **zelfredzaamheid-matrix** (ZRM) brengt de zelfredzaamheid van de cliënt in kaart. Daarvoor zijn **domeinen** als ordeningskader benoemd. Uiteraard spelen voor de hand liggende zaken een rol, zoals wat is het cognitief vermogen van de betrokken burger; wat is de taalbeheersing en hoe verloopt de conversatie als sprake is van een huishouden; hoe staat het met de situatie in het huishouden qua relaties, werk en de verantwoordelijkheidsbesef, ook voor eventuele kinderen; hoe is de situatie in termen van orde, rust, reinheid, regelmaat en onderlinge betrokkenheid; hoe is de inkomens-, schulden- en verzekeringssituatie?

Bij de toepassing van de ZRM worden domeinen langs gelopen: de financiële situatie van de hulpvrager, opleiding van de hulpvrager en werksituatie, het patroon van tijdsbesteding, de huisvesting, de huiselijke relaties, de geestelijke en lichamelijke gezondheid, het gebruik van medische hulpmiddelen, de kwaliteit van de basale algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), de instrumentele ADL-kwaliteiten, omvang en kwaliteit van het sociaal netwerk rondom de hulpvrager, de maatschappelijke participatie en het justitieel 'record'. Elk domein bevat verschillende indicatoren. Bij voorbeeld bij sociaal netwerk. Dan gaat het om het aantal relaties, het type relaties, het zoeken en onderhouden van relaties. Boven water moet komen of iemand in een sterk crimineel milieu vertoeft.

Bij de toepassing van de matrix op dertien velden of domeinen wordt de zelfredzaamheid **gescoord** van 1 tot 5. Die toepassing gaat vergezeld van een nauwkeurige omschrijving per domein. Per **leefgebied** wordt aangegeven welke **feitelijke omstandigheden** bij welk niveau van zelfredzaamheid horen.

Fig. 15: Contouren van de zelfredzaamheidsmatrix

Domein	1.Acute problematiek: huidige situatie	2.Niet zelfredzaam. Huidige situatie.	3.Thans beperkt zelfredzaam	4.Thans voldoende zelfredzaam	5.Thans volledig zelfredzaam
Financiën	Geen inkomsten Groeïende schulden	Te weinig inkomsten. Groeïende schulden.	Inkomsten uit uitkering. Gepast uitgeven. Schulden stabiel, evt. goed schuldbeheer door derden.	Inkomsten uit werk/pensioen/vrijwillige inkomensvoorziening. Schulden overzichtelijk/verminderd.	Inkomsten uit werk. Geld sparen. Geen schulden.
Werk & opleiding	Geen werktraject. Opleiding of werk zonder adequate toerusting/verzekering. Geen werkzoekactiviteiten.	Geen werk. Stagnerende werkzoekhandelingen.. Dreigend ontslag. Drop out.	Vrijwillig baanloos zonder sollicitatieplicht. Of werktraject gericht op baan. Evt. werkt niet naar vermogen. Evt. opleiding.	Werk in perspectief. Werktraject gericht op re-integratie. Tijdelijk werk. Volgt opleiding voor startkwalificatie. Of vrijgesteld van werk en opleiding.	Vast werk. Opleiding adequaat of werkt aan verbeterde kwalificatie.
Tijdsbesteding	Onvoldoende structuur in dag. Onregelmatige dag-nachtritme	Te weinig plezierige activ. Onvoldoende structuur in dag. Onregelmatige dag-nachtritme	Onvoldoende nuttige/plezierige activiteiten, maar wel structuur in de dag. Evt. enige afwijking in dag-nachtritme	Voldoende activiteiten die nuttig/plezierig zijn. Voldoende structuur in de dag.Dag- nachtritme zonder neg invloed op dagelijks functioneren.	Structuur in het leven. Nuttige en plezierige besteding van tijd. Vast dag-nachtritme.
Huisvesting	Dakloos of in nachtopvang.	Huisvesting ongeschikt voor wonen. Huurschulden. Hypotheekprobleem. Betaalachterstand. Dreigende huisuitzetting.	Veilige, stabiele huisvesting maar slechts marginaal toereikend. Evt. onderhuur of niet-autonome huis.	Veilige, stabiele en toereikende huisvesting. Evt. huisvestingsvariant die contractueel voldoet.	Veilige, stabiele en toereikende huisvesting. Regulier huurcontract of eigendom. Autonome huisvesting.
Huiselijke relaties	Verwaarlozing. Huiselijk geweld. Mishandeling.	Relationele problemen. Dreigende situaties.	Erkende relationele problemen met leden in huish. Probeert negatief rel gedrag te veranderen.	Relationele problemen met leden in huish zijn niet meer aanwezig. Of woont alleen.	Open communicatie. Steun van elkaar in huishouden.
Geestelijke gezondheid	Geestelijke nood. Gevaar voor anderen of zichzelf.	Geest. Aandoening, geen gevaar voor anderen. Geestelijk gezondheidsprobl. Geen behandeling.	Geestelijke aandoening. Functioneren beperkt door geestelijke gezondheidsprobl. Behandeltrouw is minimaal. Of beperking ondanks behandeltrouw.	Min tekenen van geestelijke onrust die voorspelbare reactie zijn op stressoren in het leven. Functioneren is slechts marginaal beperkt. Goede behandeling aanwezig/mogelijk.	Geestelijk gezond. Niet meer dan dagelijkse beslomeringen.
Lichamelijke gezondheid	Medische aandacht nodig. Kritieke situatie.	Chron lichamelijke aandoening. Functioneren ernstig beperkt. Geen behandeling.	Lich aandoening. Functioneren beperkt door aandoening. . Behandeltrouw is minimaal of beperking ondanks behandeltrouw.	Min lich ongemak dat samenhangt met dag activiteiten. Functioneren is marginaal beperkt. Goede behandeltrouw of geen behandeling nodig.	Lichamelijk gezond. Gezonde leefstijl
Middelengebruik	Gebruik oorzaak van lich. en/of geest. Problemen: Overmatig gebruik/ ondergebruik. Drugs. Hartprobl. Etc.	Stoornis in gebruik van middelen (verslaving). Verergering van lich of geest situatie.. Geen behandeling.	Aan middelengebruik gerelateerde problemen thuis/ op school/ op werk maar geen geestel of lich problemen. Behandeltrouw is minimaal. Of beperking bestaat ondanks goede behandeltrouw.	Middelengebruik of hunkering of behandeling tegen potentieel verslavend middelengebruik. Geen problemen hierdoor.	Geen middelengebruik. Geen buitensporig gebruik van alcohol. Geen verslaving.
Basale alg. dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	Orde/chaos.. Verzorging.. Verhongerding, uitdroging of bevuilding.	Meerdere gebieden van basale ADL worden beperkt uitgevoerd.	Basale dagelijkse zaken lukken nog wel, maar een basaal gebied beperkt uitgevoerd.	Dagelijkse handelingen op basaal niveau lukken. Maar er zijn wel hulpmiddelen, zoals rollator, hulp bij voeden, etc.	Zelfstandigheid. Geen gebruik van hulpmiddelen in basale ADL.
Instrumentele ADL	Geen of gebrekkige administratie. Geen patroonmatigheid. Andere zwakten.	Een gebied wordt niet uitgevoerd. Meerdere gebieden worden niet geïnstrumentaliseerd.	Alles lukt, maar een instrumenteel gebied beperkt uitgevoerd.	Geen beperkingen in uitvoering instru ADL. Hulp in bankzaken, evt. klein onderhoud huis,	Geen gebruik van hulpmiddelen in instrum ADL

				schoonmaken, reizen	
Sociaal netwerk	Isolement. Geen contact met familie. Geen andere steuncontacten of belemmerende contacten.	Weinig contact met familie of andere ondersteuning. Wel veel belemmeringen.	Enig contact met familie. Enkele steunende contacten. Weinig belemmerende contacten.	Voldoende contact met familie. Voldoende steunende contacten. Nauwelijks belemmerende contacten.	Gezond netwerk. Veel steun. Geen belemmeringen.
Maatschappelijke participatie	Ernstige overlastveroorzaker. Crisisgedrag.	Maatschappelijk geïsoleerd. Veroorzaker van overlast.	Nauwelijks participatie.	Enige maatschappelijke participatie.	Actief participierend in de maatschappij.
Justitie	Zeer regelmatig contact met politie. Openstaande zaken bij justitie.	Regelmatig contact met politie of lopende zaken bij justitie.	Incidenteel contact met politie of voorw straf/ voorw invrijheidstelling	Zelden contact met politie. Geen strafblad van betekenis.	Geen strafblad. Geen contact met de politie.
Bron: Oorspronkelijk GGD Amsterdam. De Zelfredzaamheid-matrix is bewerkt.					

Wat kan niet met de ZRM?

1. Een middel om diagnoses te stellen.
2. Wat ook niet kan, is dat groepsprofielen op basis van de ZRM direct gekoppeld worden aan interventies voor individuele cliënten.
3. Instellingen afrekenen op vooruitgang op de ZRM is onwenselijk.
4. Komen tot zorginterventies van een bepaald soort op basis van de ZRM is niet de bedoeling.

Casus Rotterdam

De Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een instrument dat gebruikt kan worden voor het monitoren van de ontwikkeling van cliënten. Komt dat voor? De gemeente Rotterdam gebruikt de geregistreerde ZRM-gegevens ook om op gemeentelijk of wijkniveau te monitoren wat maatschappelijke effecten ('outcomes') zijn. Op die manier krijgt de gemeente meer zicht op resultaten en kwaliteit. Stef van de Weerd, senior beleidsmedewerker sociaal domein vertelt in december 2016 hoe de gemeente Rotterdam dat aanpakt. Ik ontleent deze informatie aan een online verschenen tekst van Movisie. De tekst is door mij licht geredigeerd.

Vraag: waarom zet de gemeente Rotterdam de ZRM in om maatschappelijke effecten te monitoren?

Stef van de Weerd: 'Resultaatgericht werken is een hot topic bij gemeenten. Ook de gemeente Rotterdam wil weten wat bereikt is. In 2010 is daarom gestart met de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM). Dat gebeurde in eerste instantie bij **zwerfjongeren**, later hebben we dat uitgebreid naar de hele keten van de maatschappelijke opvang en het maatschappelijk werk, en uiteindelijk de hele Wmo. De ZRM is een breed instrument, met zelfredzaamheid als uitgangspunt. Zelfredzaamheid raakt namelijk aan participatie, zelf doen en samen doen. We vatten zelfredzaamheid ruim op: zelfredzaamheid is als je het zelf kunt, of als je het zelf kunt regelen. Het werken met de ZRM is dan ook **niet bedoeld** om mensen minder ondersteuning te geven, wat soms nog wel wordt gedacht. Met de ZRM krijgen we als gemeente een beeld van alle aspecten van zelfredzaamheid en op welke ondersteuning nodig is' (Movisie, 1 dec. 2016).

Vraag: hoe gaat dat monitoren precies in zijn werk?

Van de Weerd: 'Professionals vullen de ZRM elke drie of zes maanden in voor **alle** cliënten die ze ondersteunen. Zij beoordelen de situatie van de klant, dus van de hulp vragende burger, op dat moment. Deze gegevens verzamelen we via een geautomatiseerd digitaal systeem, waardoor we kunnen monitoren op verschillende niveaus: cliëntniveau, per aanbieder, per cliëntgroep, doelgroep of wijk.

We hebben er expliciet voor gekozen om de ZRM door de professionals te laten invullen, maar dat **vergt wel training**. Het is belangrijk dat professionals de ZRM **niet** als afvinklijstje gebruiken, maar als evaluatie-instrument in de hulpverlening. De ZRM biedt geen kant-en-klare recepten bij een bepaalde

score. De hulpverleners zetten hun eigen kennis en ervaring in bij het aanpakken van problemen en leggen zelf verbindingen met hulpverleners op andere terreinen als dat nodig is. **De ZRM dwingt professionals wel om breder te kijken dan hun eigen vakgebied.** Zo hebben we nu bijvoorbeeld bij organisaties in de maatschappelijke opvang uitvoerige gesprekken over de aanpak op het vlak van psychiatrie, terwijl daar voorheen minder aandacht voor was.'

De gemeente Rotterdam kan het bestand ook inzetten voor gericht onderzoek. Van de Weerd: 'Bijvoorbeeld als we inzicht willen in wie er precies gebruik maken van **de nachtopvang**. Dan blijkt dat een deel van deze groep best zelfredzaam is, maar gewoon **pech heeft gehad** met een aantal dingen. Maar een ander deel heeft te maken met complexere problematiek. Hiervoor bieden we dan dus ook een ander traject. Op deze manier kun je **gericht ondersteuning** bieden.'

Vraag: Hoe gebruikt de gemeente Rotterdam deze gegevens in het gesprek met aanbieders van zorg en ondersteuning?

Citaat: 'Als gemeente sturen we op hoofdlijnen. Dat kan, omdat we werken met een persoonsvolgend budget. We geven arrangementen af per cliënt. Na een jaar kijken we hoe er gescoord is en als het niet goed gaat, gaan we het gesprek aan. Aanbieders hebben veel vrijheid in hoe zij werken, het gesprek tussen gemeente en aanbieder gaat vooral over de uitkomsten. Met aanbieders hebben we evaluatiegesprekken op basis van de ingevulde ZRM-en en Wmo resultaatgebieden. Hierop moeten aanbieders zich ook verantwoorden, dit is onderdeel van de inkoopafspraken'.

'We zien het gebruik van de uitkomsten van de ZRM als een manier om het gesprek aan te gaan, om met elkaar van te leren en **niet** als afrekeninstrument', aldus Van de Weerd.

'We merken dat de termen in de ZRM het gesprek tussen aanbieders en gemeente makkelijker maakt, we spreken nu dezelfde taal. Ook zorgt de ZRM ervoor dat je breed moet gaan kijken en je het gesprek over verschillende leefgebieden voert.'

Vraag: Gebruikt de gemeente Rotterdam de uitkomsten uit de ZRM ook om beleid te bepalen?

'In de vorige collegeperiode zijn er doelstellingen geformuleerd op scores gerelateerd aan de ZRM. Het blijkt echter te ingewikkeld om daar zo direct op te sturen. Daar is de **ZRM ook niet voor bedoeld**, de scores zijn geen rapportcijfers. Eén interventie kan meerdere resultaten hebben, dat is nooit een één-op-één relatie. Als je werkt aan huisvesting, kan dat bijvoorbeeld ook positieve invloed hebben op iemands lichamelijke gezondheid of het sociale netwerk. Daarom is het belangrijk om in de gesprekken het brede beeld van zelfredzaamheid leidend te laten zijn', aldus Van de Weerd.

'De scores zijn geen rapportcijfers'.

Door het gebruik van de ZRM hebben we gemerkt dat sommige bestaande trajecten bijvoorbeeld onvoldoende resultaat boekten op het tegengaan of voorkomen van schulden. Daarom is extra geïnvesteerd in financiële hulpverlening. Ook merken we dat op het aspect sociaal netwerk veel mensen vaak terugvallen en contacten kwijtraken. Dan geven we als gemeente aan dat aanbieders meer aan sociale netwerkstrategieën gaan doen.' Bij Werk en Inkomen van de gemeente Rotterdam wordt de ZRM ook gebruikt in gesprekken met cliënten, daar liggen nog kansen om verder mee te verbinden.

Vraag: Hoe gaan jullie hier in de toekomst mee verder?

Van de Weerd: 'We zijn bezig om het beheer van de ZRM verder te verbeteren. Omdat de ZRM inmiddels een landelijke functie heeft, vraagt dat om een andere vorm van beheer en onderhoud. Voor een goede toepassing is het belangrijk dat professionals niet alleen de mogelijkheden, maar ook de **bependingen** van de ZRM kennen. Trainingen zijn belangrijk voor een eenduidig begrip, zodat resultaten ook vergeleken kunnen worden. Vergelijkingen maken we nu al voor de maatschappelijke opvang in de

vier grote steden. Het zou leuk zijn als dat in meer regio's kan en ook voor andere delen van het sociaal domein'.

'Naast de ZRM is nu ook een cliëntversie ontwikkeld. Daardoor wordt het mogelijk om de beoordeling van de cliënt naast de beoordeling van de professional te zetten. De ervaringen hiermee zijn verder onderwerp van onderzoek. Het handhaven van de standaard blijft ook een belangrijk aandachtspunt. Als je resultaten in het sociaal domein wilt vergelijken moet je een eenduidig instrument gebruiken. Dat kan met de ZRM, maar dan moet wel voorkomen worden dat er allerlei varianten gebruikt gaan worden.' Aldus Van de Weerd.

De taal (3) van omgaan met partners

Er bestaan verschillende manieren van kijken naar omgaan met zorgaanbieders. In de wereld van gemeentelijke directeuren op het vlak van sociaal domein zijn drie sturingsaanpakken bekend.

Fig. 16: Drie manieren van sturen op het sociale domein

	A. Wederzijdse onafhankelijkheid	B. Eenzijdige afhankelijkheid	C. Wederzijdse afhankelijkheid
Typering van de sturing	Marktmodel	Regiemodel	Partnermodel
Overheid is ..	Marktmeester	Opdrachtgever	Partner
Aanbieders zijn	Concurrenten	Con-collega's	Collega's
Sturing via	Prijsmechanisme	SMART doelen	Commitment over maatschappelijke opdracht
Focus op ...	Input (bedoelingen)	Output (prestaties)	Outcome (effecten)
Waarde toekennen aan	Aanbesteden	Afspraken	Vertrouwen
Kwaliteitscontrole via ...	Vergelijking van kwantitatieve kengetallen	Inspectie op basis van protocollen met oordelen	Dialog over gezamenlijke audits
Dominante vinkactie ..	Ontvinken	Afvinken	Aanvinken
Wereldbeeld ...	Marktplaats	Systeemwereld	Leefwereld
Inwoners is ...	Klant	Cliënt	Medeburger
Leidinggevend zijn ...	Ondernemers	Managers	Verbinders
Overtuiging ...	Concurrentie houdt iedereen scherp	Doelgerichtheid door SMART werken	De brug bouwen terwijl je er overheen loopt
Toepassen bij ...	Helder te definiëren producten	Planbare uitkomsten	Complexe dynamische context

Bron: o.a. NDSO.

Aanbesteding en inkoop past in een marktmodel. Maar een marktmodel kan niet leidend zijn voor alle sturing in de zorgketen. In de zorgketen is het belangrijk dat partners samenwerken en de integrale vraag om hulp op een afgestemde wijze en zo mogelijk samen tegemoet treden. Dan is de rechterkolom een referentiemodel. Populatiebesteding, waarover verderop meer, past in het partnermodel. Het marktmodel heeft enig nut bewezen bij de selectie van thuiszorgorganisaties. De betekenis van het marktmodel in het sociale domein is verder tamelijk beperkt.

Wat vinden zorgaanbieders van de gang van zaken na de decentralisaties op het sociaal domein? Waar lopen ze in 2018 en 2019 naar verwachting tegenaan? **Het partnerdenken brengt ze verder.** Wilt u dat geïllustreerd zien, lees dan het volgende interview.

Ik heb enkele zorgaanbieders gevolgd, Alfa en Omega. Neem de zorgaanbieder Alfa (fictieve naam). Deze organisatie heeft circa 2400 medewerkers aan het werk (goed voor grofweg 1900 fte), circa 800 vrijwilligers, circa 6500 klanten, en onderhoudt volgens de eigen website betrekkingen met circa 45

onderaannemers, waaronder het Leger des Heils. Deze organisatie is actief in een grote stad en op een van de Zuid-Hollandse eilanden. Alfa helpt mensen met psychische problemen of een (licht) verstandelijke beperking bij opgroeien, opvoeden, wonen, werken, vrije tijd en sociale contacten. Dat doen de medewerkers van Alfa altijd vanuit de eigen kracht en talent, volgens de website.

Hoe? De medewerkers van Alfa leren – volgens de website – mensen ‘omgaan met belemmeringen, versterken hun eigen kracht en talent en stimuleren dat ze iets voor anderen betekenen’. Hierbij betrekken ze vrienden, familie, buurtgenoten en vrijwilligers. De behandeling en ondersteuning is altijd zo kort, licht en lokaal mogelijk, volgens de website van Alfa. Doel is dat mensen sterker in het leven staan en minder afhankelijk zijn.

Voor wie? Alfa ‘is er voor kwetsbare mensen bijvoorbeeld met een (licht) verstandelijke beperking of psychosociale of psychiatrische problematiek. Voor mensen die zich veilig willen voelen, zich willen ontwikkelen, zelfstandiger willen leven of iets voor anderen willen betekenen. Leeftijd maakt niet uit: kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen zijn welkom’, aldus de website.

Nu de start van de decentralisaties drie jaar achter de rug is, blikt Patricia Constandse (fictieve naam), accountmanager bij Alfa, terug en ze kijkt vooruit. Een verhaal over aan eisen voldoen, in gesprek gaan, de zelfredzaamheidsmatrix, administratieve lasten laag houden. Dat kan dankzij het denken als partners.

Als accountmanager is Patricia Constandse betrokken bij de inkoop van verschillende gemeenten, dus waarbij de gemeente xx invulling geeft aan het opdrachtgeverschap. Patricia: ‘Elk proces om te komen tot een arrangement met de gemeente is anders, maar we vliegen deze processen hier qua procedure en zorgvuldigheid **allemaal hetzelfde** aan. We bekijken als Alfa de voorwaarden voor zorgverlening, het programma van eisen van de gemeente en de tarieven en bepalen vervolgens of wij ermee kunnen werken. Soms zijn de voorwaarden een verrassing, maar regelmatig niet.’

Citaat: ‘Wij weten natuurlijk al van alles van de gemeenten. We zijn als aanbieders en **partners** vaak van tevoren al met gemeenten **in gesprek** geweest, bijvoorbeeld in consultatierondes of werkgroepen. Ik probeer gemeenten daarbij altijd duidelijk te maken wat voor ons werkt en vooral wat het beste is voor cliënten. Maar dan nog beslist de gemeente. Dus komt het soms voor dat een ‘bestek’ onhandige (technische) eisen bevat. Vaak kunnen we daar wel mee werken, maar kost ons dat extra **administratieve handelingen**.’

Gemeenten stellen soms eisen die logisch lijken, maar die in de praktijk niet efficiënt zijn, is de ervaring van Constandse. Bijvoorbeeld bij het opvragen van gegevens van cliënten. ‘Zo wilde een gemeente **vier keer per jaar** een ZRM (Zelfredzaamheidsmatrix) van alle cliënten. Dat lijkt handig, want je hebt dan in beeld hoe het met je cliënten gaat. Maar een ZRM is niet zalmakend, het gaat alleen om bepaalde gegevens en het is zeker niet voor alle cliënten geschikt. En krijg je dan de informatie die je echt wilt hebben? In overleg zijn we uiteindelijk op **twee keer per jaar** uitgekomen. Daarnaast koppelen we twee keer per jaar op een andere wijze terug hoe het gaat met de klanten.’

Patricia Constandse geeft een ander voorbeeld. Een gemeente wilde dat per klant een rapportage werd ingevuld als het doel nog niet behaald was, als toelichting. Citaat: ‘Ook dat lijkt logisch en doelmatig. Tot je bedenkt dat het voor ons om tientallen cliënten gaat, voor wie we dan vier keer per jaar handmatig een uitgebreid formulier moeten invullen. Dan zeg ik met een brede glimlach: Weet wat je vraagt. Voor ons is het extra werk en jullie krijgen straks elk kwartaal een enorm pak papier op je bureau waar je waarschijnlijk niet aan toe komt. We kunnen **samen** betere oplossingen bedenken, bijvoorbeeld door gebruik te maken van **gegevens die wij toch al vastleggen**. En als er vragen zijn over cliënten,

bijvoorbeeld omdat ze lang in zorg zijn of omdat ze veel uren zorg krijgen, kun je gericht alleen naar die cliënt vragen. Dat is voor iedereen efficiënter. Uiteindelijk hebben we het zo opgelost.’ Einde citaat

Eén probleem bestaat al sinds de decentralisatie en is nog onveranderd: de **extra administratieve lasten**.

Citaat uit de mond van Patricia: ‘Wij werken met veel gemeenten. Ze blijken het allemaal net even anders te doen. Gelukkig hebben wij als grote organisatie veel en kundige medewerkers, maar het blijft jammer dat veel mensen bezig moeten zijn met administratie.’ Constandse heeft er een hard hoofd in dat dit probleem wordt opgelost. ‘Elke gemeente heeft bewust gekozen voor een bepaalde werkwijze, staat hier vanzelfsprekend honderd procent achter en wil daar liefst niet vanaf wijken. Het gevolg voor ons is dat wij voor elke gemeente of contract een andere werkwijze moeten hanteren.’ Einde citaat

Niet alles loopt bij elke gemeente even soepel, zegt Patricia. Daar gaat ze pragmatisch mee om. Citaat: ‘Ik probeer **de goede dingen van de ene gemeente mee te nemen naar de ander**. Waarom zouden we overal zelf het wiel moeten uitvinden? Het is juist slim om gebruik te maken van ervaringen van anderen. Zo attendeer ik beleidsmedewerkers op stukjes uit een contract van een andere gemeente, bijvoorbeeld omschrijvingen die handig zijn. En ik breng medewerkers met elkaar in contact. Daar vragen mensen ook om, ken je mensen die ons tips kunnen geven? De ene gemeente pakt dingen handig aan met budgettering, de ander heeft de toegang op een handige manier geregeld.’ Einde citaat

Terugblikkend ziet Constandse één belangrijke **voorwaarde voor goede samenwerking** tussen gemeenten en zorgaanbieders. Er moet **vertrouwen** in elkaar zijn. Citaat: ‘Het gaat goed als een gemeente beseft dat wij geen keiharde ondernemers zijn die elke keer het onderste uit de kan willen halen, maar dat wij hetzelfde willen als zij: goede zorg voor hun inwoners. Natuurlijk is het leuk en ook belangrijk als er veel werk onze kant op komt, maar ik ben niet iemand die alleen maar wil verkopen. Dan was ik wel ergens anders gaan werken. Ik wil graag **duurzame relaties** aangaan met gemeenten en andere partners en opdrachtgevers op basis van onze visie en expertise. We hebben als organisatie een prachtige visie en mensbeeld, wij willen graag bijdragen aan een betere kwaliteit van leven en een inclusieve samenleving. De succesverhalen van onze klanten laten we daarin voor ons spreken. Want die zijn er ook nog op langere termijn.’ Dat impliceert dat zij haar best doet dat vertrouwen te winnen. Hoe?

Citaat: ‘Dat doe je door transparant te zijn. Dan moet je je fouten toegeven, hoe vervelend soms ook. Ik wil die eerlijkheid en openheid aan de andere kant, dus moet ik het zelf ook doen. Ik geef altijd openheid van zaken. Als we een keer iets zijn vergeten, iets niet hebben aangeleverd, tegen een knelpunt aanlopen. Altijd met de billen bloot en zeggen: dit is verkeerd gegaan, excuses. Of ik zeg: we worstelen hiermee, denk eens mee. Als je vertrouwen wilt opbouwen, moet je niet alleen met mooie praatjes komen. Niet dat dit schering en inslag is! Dit mag natuurlijk geen steeds terugkerend probleem zijn, we willen een betrouwbare en zorgvuldige partner zijn. Maar waar mensen werken, worden nou eenmaal af en toe fouten gemaakt. En daar moet je eerlijk over zijn.’

Eerlijk zijn loont, stelt Constandse, ook bij fouten in je eigen voordeel. Maar, benadrukt ze, het moet ook andersom zo werken. Citaat: ‘Ik wil dat mensen eerlijk tegen mij zijn, zodat we samen problemen kunnen oplossen.’ We zijn allemaal mensen, er kan gewoon wel eens iets fout gaan.’ En de relatie moet gelijkwaardig zijn, stelt ze. ‘Sommige gemeenten vragen heel veel aan ons, maar geven zelf niet altijd thuis als wij iets vragen. Dan is bijvoorbeeld iets niet duidelijk in een beschikking en duurt het rustig zeven maanden voordat we antwoord hebben. Of je krijgt helemaal geen antwoord. Als het overal zo zou gaan, zou onze agenda vol raken van alleen het vragen en monitoren of er al antwoord is.’

Het grootste verschil met drie jaar geleden?

Het is veel rustiger geworden, zegt Constandse. Citaat: 'De stofwolken zijn opgetrokken. Gemeenten zijn een beetje van de schrik bekomen. Het was natuurlijk een tsunami die over ze heen kwam. Ik zag veel mensen die overwerkt raakten, het was te veel. Er gebeurden daardoor rare dingen. Er was bijvoorbeeld afgesproken dat de professionele zorg voor cliënten waar mogelijk werd afgebouwd en dat mensen in de eigen kracht werden gebracht. Vervolgens werd de beschikking toch weer verlengd met dezelfde zwaarte als daarvoor, terwijl dit inhoudelijk niet meer nodig was. Of in het contract werden allerlei zaken geëist, gegevens die we moesten aanleveren bijvoorbeeld, maar die werden nooit opgevraagd. Die stuurden we dan wel op, maar er werd nooit echt iets mee gedaan.'

Dat betekent dat de meeste contacten nu soepeler verlopen. Citaat: 'Gesprekken gaan makkelijker, medewerkers staan daar meer voor open en hebben daar nu de ruimte voor. Voorheen reageerden ze nog wel een beetje kribbig of vanuit de controle. Mensen hebben ervaring, zijn meer ontspannen, achterstallig werk is opgelost. Er is eindelijk tijd voor de inhoud en verdieping. Ik zie dat gemeenten nu het voortouw nemen om met de ontschotting tussen Wmo en de Participatiewet aan de slag te gaan. Dat is goed. Ze weten wat er aan de hand is, ze zijn geland. De meeste geven aan: wij zijn niet van de inhoud, jullie zijn de experts. Dat is leuk, zo kun je goed samenwerken en tot het beste resultaat komen.' Einde citaat

Er zijn enkele lessen te trekken.

Constandse stelt het volgende letterlijk.

Tip 1: 'Trek samen op. Zorgaanbieders zijn in naam elkaars concurrenten, maar ze zijn meestal aanvullend. Ieder heeft zijn eigen expertise. Soms zijn er zorgaanbieders die dit nog lastig vinden, bang om terrein te verliezen. Dat vind ik jammer, er is genoeg te doen voor iedereen. Het is juist goed als we dingen samen aanpakken en onze krachten bundelen. Dat komt ook de cliënten ten goede.'

Tip 2: 'Werk vanuit vertrouwen en investeer in relaties. Dus plan gesprekken in, of organiseer werkgroepen. Contracten lopen wel, contacten lopen niet vanzelf.'

Tip 3: 'Uniformiteit is altijd beter want het scheelt in administratie. Probeer zoveel mogelijk op een standaardmanier te werken. Dan blijft er meer geld en tijd over voor zorg.' Einde citaat

De taal (4): aanbestedingstaal in het sociale domein

Hoe vind je de partijen die in jouw gemeente zorg gaan aanbieden? Met het kiezen van een bekostigingsmodel komen zorgaanbieders niet vanzelf binnen waaien. Inbesteding, inkoop zonder aanbesteding, inkoop met aanbesteding?

Met de decentralisaties zijn gemeentebesturen verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van de drie relevante wetten. Een gemeente voert over het algemeen zelf niet de hulp uit, maar koopt in bij zorginstellingen die hulp leveren, zoals instellingen voor huishulp of buurtzorg (zie o.a. CPB, 2015; Piano, 2018). Dat geheel van processen wordt 'de inkoop' genoemd. Het gemeentebestuur is **opdrachtgever** bij inkoop op het sociale domein. De inkoop heeft betrekking op een groot deel van de maatschappelijke ondersteuning en de gehele jeugdhulp, maar meestal niet op alles.

Om tot inkoop te komen, wordt meestal een **aanbesteding** georganiseerd, maar het hoeft niet en kan zelfs niet altijd. Aanbesteden impliceert **concurrenten** laten bieden en vervolgens **selecteren** (de inkoop).

Kan dat zo maar en kan dat beter dan nu?

De minister van VWS Hugo de Jonge stelt in een brief aan de Tweede Kamer van 4 juli 2018: De huidige wet- en regelgeving bevat ruimte om **specifieke eisen** te stellen aan hetgeen door een aanbieder geleverd moet worden. Gemeenten kunnen die ruimte **beter** benutten in hun aanbestedingen' (2018: 1). De minister formuleert voor zichzelf een opdracht. Die luidt: 'met gemeenten en aanbieders wil ik die betere benutting bewerkstelligen'. Hij wil de veel voorkomende knelpunten wegwerken en daartoe in gesprek gaan en tot een gezamenlijke aanpak komen. De minister denkt daarbij aan

praktische ondersteuning, standaarden en het stimuleren van innovatieve vormen van inkoop. Gezamenlijkheid is de boodschap, niet hiërarchie. De minister wil niet opleggen maar ‘polderen’ en meedenken.

Aanbesteding is nuttig?

Aanbestedingen op het sociale domein roepen vragen op. Kun je alles uit het sociale domein aanbesteden of niet? Wat zijn de voor- en nadelen van aanbesteden?

De minister van VWS ziet voordelen bij onderdelen van het lokale sociale domein. Hugo de Jonge, de minister, stelt: ‘een aanbesteding waarborgt een **transparante** besteding van overheidsgeld en creëert concurrentie en gelijke kansen voor aanbieders. Een aanbesteding biedt bovendien de mogelijkheid aanbieders uit te dagen tot **innovatie** en **concrete afspraken** te maken over de invulling van jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning, inclusief de onderlinge samenwerking’ (2018: 2).

Aanbesteden is evenwel niet heel eenvoudig. Aanbesteden wordt vaak als een (**administratieve**) **last** gezien en ook als **complex** ervaren, aldus de minister in zijn brief van juli 2018 met de titel ‘*Sociaal domein*’. Weliswaar geldt voor het aanbesteden in het sociaal domein een ‘verlicht regime’ waardoor meer ruimte is om de aanbestedingsprocedure naar eigen inzicht in te richten, maar ook hier geldt de eis dat overheidsopdrachten boven 750.000 euro, en daarmee vrijwel alle opdrachten – aldus de minister - in het sociaal domein openbaar worden aangekondigd.

Schuring tussen zorgfilosofie en aanbestedingsdenken

Hoewel in principe buitenlandse EU-organisaties kunnen meedingen naar opdrachten in het sociale domein komt daar tot medio 2018 nog weinig van. Waarom? De **grondgedachte** achter het sociaal domein is in Nederland dat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid is voor **ketenpartners** in de zorg om maatschappelijke opgaven aan zorg gebied gebonden en via maatwerk op te lossen. Wie in Groningen zorg biedt, moet de Groningers kunnen verstaan. Dat impliceert dat **waarden** als gezamenlijkheid, samenwerking, identiteit en dialoog van belang zijn. Dat brengt de minister tot een conclusie die ik onderschrijf. Het ‘verschil in ratio tussen het sociaal domein en de aanbestedingsregels kan **schuren**’, aldus de CDA-minister in zijn brief (2018: 2).

De praktijk

Veel van de hulp, ook wel voorzieningen genoemd, die tot het sociale domein behoort, wordt door gemeenten ‘ingekocht’ bij ‘**erkende**’ (gecertificeerde) zorgaanbieders. Gemeenten maken verschillende keuzes in het **aantal** aanbieders waarmee zij **contracten** afsluiten voor de levering van ondersteuning en zorg voor hulpvragende geïndiceerde inwoners. Recentelijk lijkt er een tendens naar **strengere** selectie van aanbieders in het aanbestedingsproces te zijn ontstaan. Charlatanerie, klungelwerk en andere kwalitatieve zwakten moeten worden uitgebannen.

Binnen het sociaal domein is er voor gemeenten veel te winnen door op ‘een slimme manier in te kopen’, menen het Centraal Planbureau (CPB) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) in 2018. Door gebruik te maken van de gedecentraliseerde zorgtaken maken gemeentebesturen gebruik van de **deskundigheid** die in het externe zorgveld aanwezig is en van de **schaal** waarop deze organisaties werken. De vuistregel is dat hoe groter de schaal is waarop een zorgaanbieder werkt, hoe goedkoper de zorgaanbieder kan zijn en hoe meer kwaliteit te leveren is. In de praktijk blijkt daarom dat thuiszorg zich aandient als een **bij uitstek geschikt gebied** voor gemeentelijke aanbesteding.

Tussenbalans

Jan Telgen en Niels Uenk hebben onderzoek gedaan naar gemeentelijk opdrachtgeverschap. Zij zijn van mening dat het echte extern aanbesteden op het sociaal domein maar beperkt voorkomt. Zij menen

dat het **'open huis'-model het meest voorkomt**, wat betekent dat alle zorgaanbieders die voldoen aan voorwaarden die de gemeente stelt, toegelaten worden om zorg te verlenen aan hulpvragers. Dit model wordt ook wel 'bestuurlijk aanbesteden' genoemd maar dat is verwarrend want van een systeem met biedingen op prijs en kwaliteit is vaak geen sprake, uitgaande van een analyse van contracten. Echter in de literatuur valt het woord 'aanbesteden' wel vaak, zoals in publicaties van het Centraal Planbureau.

Aanbesteden van zorg komt op het sociale domein ook voor, zeker in het model van één hoofdaannemer of een consortium van aannemers. Verderop komt dit aan bod.

Voor **inbesteden** waarbij gemeenten zelf taken uitvoeren, wordt **zelden** gekozen. Aanbesteden betekent via concurrentie zoeken naar een goede externe zorgaanbieder of een geheel aan aanbieders. Aanbesteden is transparant in de aankondigingsfase en benut deskundigheid en schaalvoordelen.

Minister Hugo de Jonge zegt dat het aanbesteden beter kan en het Centraal Planbureau zegt dat het slimmer kan, zij het toch slechts op een bepaald domeindeel, namelijk daar waar aanbesteden zin heeft, zoals in de thuiszorg. Van een **Europese markt** op het gebied van het sociale domein is **geen** sprake. Logisch. Gemeenten en aanbieders zien het belang van lokale omstandigheden en van partnerschap. Samen optrekken is de boodschap, zegt ook de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wie zorg aanbiedt aan mensen uit Friesland moet de Friese taal wel verstaan en daar is weinig Frans bij.

'Open house'-constructie populair

Wil een gemeente het zich makkelijk(er) maken, dan kan ze een 'open house' of 'open huis'-constructie kiezen. Dit gemeentelijk opdrachtgevermodel komt heel veel voor volgens de *'Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018'* van PPRC 2018 (ook Telgen, 2018).

Kenmerk: het kenmerk van **'open house'** is dat alle aanbieders die aan de criteria van het gemeentebestuur voldoen, aanspraak kunnen maken op een contract en vergoeding van geleverde maatschappelijke ondersteuning, zoals thuiszorg, en jeugdhulp (VWS, 2018: 2).

Frequentie van voorkomen: de aanpak van 'open house' volgen gemeenten 'met enige regelmaat', aldus minister Hugo de Jonge in zijn brief uit juli 2018. Dan is de Aanbestedingswet 2012 niet van toepassing.

Voordeel: deze manier van inkopen is geschikt in geval cliënten veel **keuzevrijheid** wordt gegund.

Nadelen:

- De 'open house'-constructie heeft als nadeel dat het gemeentebestuur moeilijk kan sturen richting aanbieders en geen aanbieders kan kiezen of uitsluiten.
- Als in grote gemeenten honderden contracten voorkomen neemt de kans op goed contractmanagement voor een gemeentebestuur iets af.
- Zijn bij een 'open house'-constructie de administratieve lasten voor gemeente en contractant weg? Nee. Er moeten criteria worden geformuleerd, contracten afgesloten worden en er moet op gelet worden of contracten nageleefd worden.
- Een ander nadeel voor aanbieders is dat ze bij een 'open house'-constructie geen zekerheid hebben omtrent de te maken omzet en dat de concurrentie hevig wordt. Er kunnen zich processen voordoen van het 'wegkapen' van cliënten door zorgaanbieders die op meer 'schaal' en macht uit zijn.

Wil een gemeente een gerichte keuze kunnen maken van aanbieders dan moet het gemeentebestuur kiezen voor aanbesteding.

Inkoop via openbare aanbesteding: waarom nog meer?

Weer even terug naar de openbare aanbesteding. Wat is een voordeel? Er kan een zekere werking uitgaan van de markt van aanbieders op eenzelfde gebied en daarmee kunnen doelmatigheidsprikkels in het aanbod van zorg naar voren komen.

Of het lukt om voordelen (in termen van minder publieke middelen) te behalen, hangt deels af van de wijze van vormgeving van de uitbestede taken en natuurlijk van opvattingen over prijs, veiligheid en kwaliteit van de zorg.

Wie thuis is in aanbesteden en weet wat kwaliteit in de zorg is en hoort te zijn en aanbieders kan beoordelen op kwaliteit en prijs die komt een eind in de snelle selectie. Maar meestal zijn er meer personen bij de beoordeling betrokken en dat maakt het aanbestedingsproces direct al complexer en uitgebreider. Daarover verderop meer.

Waar

Van alle gedecentraliseerde zorg zijn begeleiding en huishoudelijke zorg op basis van de Wmo 2015 het meest geschikt voor 'slimme' inkoop op het sociale domein, aldus het CPB (Van Eijkel, Van der Torre e.a., 2017; Van Eijkel, 2018). Hier spelen aantallen een rol.

Risico's

Het risico van overproductie (1). Er zijn ook risico's aan uitbesteding van taken via openbare aanbesteding verbonden. De belangen van een uitvoerende zorgaanbieder komen nooit volledig overeen met die van een gemeentebestuur. Er kan ook overproductie optreden als een zorgaanbieder invloed kan uitoefenen op de entree van het aantal cliënten naar de zorgaanbieder. Hoe meer toe geleide cliënten, hoe meer zorg, hoe meer omzet. Om het risico op overproductie te beperken besluiten gemeenten wel de indicatiestelling voor specialistische zorg in eigen beheer te nemen en bij voorbeeld aan een wijkteam toe te delen of aan een organisatie die geen banden heeft met de zorgaanbieder. Wat is zoal nog meer te doen om het risico op overproductie te voorkomen of beperken? Ik noem vijf methoden.

- a) *Het monitoringscenario:* het monitoren van de indicatiestelling en ingrijpen als blijkt dat zich toch overproductie dreigt voor te doen. Dat vergt wel inzicht aan de kant van de gemeente in toestroom en moed.
- b) *Het lumpsum-scenario:* het zorgvolume en de vergoeding aan de zorgaanbieder scheiden door een vast budget voor tweedelijns zorgaanbieders te hanteren (lump sum).
- c) *Het opknipscenario:* het opknippen van taken in een wijkteam als dat belast is met indicatiestelling zodat degenen die indicaties stellen gescheiden zijn van degenen die toe leiden naar zorg.
- d) *Het scenario van de versterking van de cliëntautonomie:* de gemeente kan ervoor zorgen dat de cliënt de keuze krijgt en zelf bepaalt welke aanbieder de zorg verleent.
- e) *Het scenario van op afstand zetten:* het onderbrengen van wijkteams bij een zelfstandig orgaan die geen verbinding heeft met zorgaanbieders is ook een mogelijkheid.

Het risico van onder-investering (2). Naast het risico van overproductie is er het risico van onder-investering in kwaliteit. Dat risico ontstaat als er over kwaliteit van het te leveren werk niets in contracten is vastgelegd, zal de jurist denken. Uiteraard valt niet alles van kwaliteit vast te leggen, zeker niet omdat er sprake kan zijn van complexe zorg waarbij sprake moet zijn van de benodigde competenties aan de kant van de zorgverlener en aan de kant van de hulp vragende cliënt sprake is van meerdere aandoeningen en de juiste behandelmethodes moeilijk te bepalen is.

Het risico van bureaucrativering (3). Hoe die kwaliteit te borgen in geval van reguliere en anderen zorgactiviteiten? Meestal is in de sector wel bekend welke manieren er zijn om over kwaliteit van een zorgaanbieder iets te zeggen. Een zorgaanbieder kan zelf in dialoog suggesties doen om iets te zeggen over kwaliteit in de te verlenen zorg en ook bereid zijn dat vast te leggen. Maar er zijn ook wel andere manieren. Eenvoudig is het niet omdat het om zorg en kwaliteit van leven gaat. Moet een contract een specificatie bevatten van activiteiten en gewenste behandelperioden daarbij? Voor je het weet, raakt de gehele aanbesteding gebureaucratiseerd.

Het risico van machtsvorming (4). Een ander risicoblok wordt gevormd door de positie die de zorgaanbieder op de markt inneemt. Is de zorgaanbieder een monopolist? Monopolisten schroeven de prijs vaak te makkelijk op.

Een belangrijke keuze hierbij is de strengheid van selectie van aanbieders die uiteindelijk worden toegelaten tot de zorgmarkt. Dat wisten we al door de behandeling van de open house-constructie.

Wanneer de gemeente kiest voor een inkoop zonder strenge selectie, kan dit goed uitpakken voor zowel cliënten als de gemeente zelf. Cliënten profiteren dan van de prikkel die aanbieders ervaren om goede kwaliteit aan te bieden. Gemeenten kunnen besparen op het inkoopproces, omdat het minder tijd en moeite kost om te bepalen welke aanbieders geschikt zijn, aldus de redenering van het CPB dat onderzoek heeft gedaan naar een effectieve inkoop in het sociaal domein door gemeenten. De selectie van het aantal aanbieders is daarbij inderdaad van belang.

Wanneer de gemeente kiest voor een inkoop zonder strenge selectie, kan dit goed uitpakken voor zowel cliënten als de gemeente zelf (Van Eijkel, 2018). De voordelen gelden alleen onder bepaalde voorwaarden. Bij inkoop van 'beschermd wonen' of 'specialistische jeugdhulp' ligt juist wel selectie van aanbieders voor de hand, stelt het CPB.

Het toelaten van meerdere zorgaanbieders onder voorwaarden

De voordelen van het contracteren van meerdere zorgaanbieders doen zich echter alleen voor onder bepaalde voorwaarden. Door te kiezen voor een ruim aanbod aan zorgaanbieders en 'voorzieningen' (om zorgvragen te beantwoorden), stimuleert het gemeentebestuur investeringen in zorgkwaliteit en verlaagt zij de kosten van het inkoopproces. Dit geldt echter alleen als aan de volgende voorwaarden is voldaan.

- Er is ruimte voor meerdere aanbieders in de markt. Cliënten kunnen kwaliteitsverschillen waarnemen en hiernaar handelen, eventueel met hulp van het eigen netwerk of via onafhankelijke cliëntondersteuning.
- Gemeenten kunnen een goede inschatting maken van de kostprijs van aanbieders indien er sprake is van prijsregulering.

Van alle gedecentraliseerde zorgvormen voldoen begeleiding en huishoudelijke hulp vanuit de Wmo en ambulante jeugdhulp het beste aan deze voorwaarden.

Selectie nuttig bij gering aantal hulpvragers per gemeente

Het Centraal Planbureau (Van Eijkel, 2018) noemt expliciet 'beschermd wonen' en 'specialistische jeugdhulp' als voorbeelden waarvoor de genoemde voorwaarden daarentegen niet of nauwelijks gelden. In veel kleinere gemeenten maken slechts een beperkt aantal volwassenen of jongeren van deze voorzieningen gebruik. Ook kunnen nieuwe aanbieders van zorg minder eenvoudig toetreden tot de markt, omdat zij daartoe eerst moeten investeren in gebouwen en hooggeschoold personeel. Verder kan van de cliënt of ouder niet altijd verwacht worden dat hij of zij altijd goed zicht heeft op de

geschiktheid van de aanbieder. Selectie vooraf op kwaliteit en prijs en niet alleen op prijs kan dan voor de gemeente een manier zijn om haar inwoners te behoeden voor hulpverlening van lage kwaliteit.

De hulpvrager kan niet altijd oordelen

Het Centraal Planbureau zegt dat er voorzieningen zijn waarvan het niet evident is dat cliënten bekwaam zijn om kwaliteitsverschillen tussen aanbieders waar te nemen. De Wmo-voorziening beschermd wonen is een duidelijk voorbeeld hiervan. Het gaat hierbij namelijk om cliënten die – tijdelijk of permanent – niet meer zelfstandig kunnen wonen vanwege een psychiatrische aandoening. Van deze mensen kan niet verwacht worden dat zij goed zicht hebben op de geschiktheid van een aanbieder.

Intergemeentelijke samenwerking bij inkoop is nog nuttig?

In het voorgaande ging het steeds om een individuele gemeente. Maar we weten toch dat gemeenten op het platteland van Noord-Holland en elders onmiddellijk na de decentralisatie hun krachten zijn gaan bundelen? Inderdaad. Samenwerking komt veel voor. Intergemeentelijke samenwerking bij inkoop van zorgvoorzieningen is zinnig want deze samenwerking versterkt de onderhandelingspositie van gemeenten ten opzichte van zorgaanbieders. Welke vorm van samenwerking te kiezen? Platform 31 (2013) heeft de mogelijkheden met voor- en nadelen op een rij gezet. Het concept van ambtelijke poolvorming ('SETA') is een van de mogelijkheden (Korsten e.a., 2002). Een andere mogelijkheid is de centrumgemeenteconstructie.

Zorgaanbieders klagen wel dat als ze aan de voorkant via een 'regionale' aanbesteding een entree hebben gekregen, bij voorbeeld in de thuiszorg, ze zich naderhand naar alle individuele gemeenten moeten verantwoorden. Dat ervaren ze als last omdat gemeenten een individuele specificatie willen.

Enkele conclusies

Met de decentralisaties zijn gemeentebesturen verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van de drie relevante wetten. Die verantwoordelijkheid noopt tot het organiseren van zorg voor hulpvragers. Die zorg kan een gemeente zelf leveren. Dat heet **inbesteden**. Inbesteden komt echter in het sociale domein nauwelijks voor. Meestal is sprake van inkoop van externe zorg. Inkoop kan volgens **de 'open house'-constructie**. Dan is geen sprake van openbare aanbesteding volgens professor Jan Telgen. Die 'open huis'- werkwijze komt nogal voor, vooral bij thuiszorg.

'Zorg aanbesteden' mag wel. Het betekent concurrenten laten bieden en vervolgens zorgaanbieders selecteren op prijs, veiligheid en kwaliteit. Aanbesteden kan het gedrag van een gemeentebestuur beperken. Maar Europese zorgaanbieders zijn op de Nederlandse markt in het sociale domein niet of nauwelijks actief. Zo gezien, hebben besturen de handen wat vrijer. Wil je nog meer speelruimte dan is een 'open house'- constructie aantrekkelijk. Dan hebben cliënten meer vrijheid, maar is het ook mogelijk dat zorgaanbieders bij elkaar klanten willen weglokken zonder dat een gemeentebestuur zicht heeft op onverkwikkelijke praktijken.

Het is onvermijdelijk dat een gemeentebestuur afspraken maakt met zorgaanbieders over wie op welk domein zorg levert. De gemeente is immers verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg. Bij het maken van die afspraken spelen zekere 'gewichten en tegenwichten' een rol. Die zijn binnen wijkteams doorgaans aanwezig. En tussen het geheel aan 'partijen'.

Wie het allemaal te moeilijk vindt of lerend bezig wil zijn, kan terecht bij een Kennis- en Ontwikkelcentrum Inkoop Sociaal domein. Er bestaan helpdesks, handreikingen inkoopvormen en stappenplannen. **Dialoggericht inkopen**, kan leiden tot innovaties. De minister is daar voorstander van (Brief VWS, 2018: 7).

De taal (5): bekostigingsmodellen

Wie de literatuur over het sociaal domein bekijkt, stuit ook op het concept 'verwerven'. Wat betekent dat? Neem een nota van Kennemerland uit 2016 en een concept-collegebesluit van de gemeente Haarlem uit datzelfde jaar. De verwervingsstrategie is volgens die nota een instrument om tot implementatie van de door de gemeenteraden vastgestelde beleidskaders te komen. Het is een instrument voor het daadwerkelijk verwerven van ondersteuning en zorg door gemeenten bij aanbieders.

De verwervingsstrategie draagt bij aan de implementatie van het beleid van de gemeenten.

Componenten van de verwervingsstrategie zijn onder meer

- de visie op het zorglandschap (door gemeenten in verschillende beleidskaders vastgelegd),
- afbakening van kavels (zorgvormen/ productgroepen),
- duur van de afspraken met zorgaanbieders,
- ruimte voor nieuwe toetreders,
- concurrentie versus samenwerking,
- mate van integraliteit en sturen op prijs en kwaliteit.

Een passend verwervingsmodel maakt het mogelijk de verwervingsstrategie te realiseren. De keuze voor een bekostigingsmodel is nauw verbonden met de gehanteerde verwervingsstrategie.

Deze verwervingsstrategie sluit aan op de keuze voor een bekostigingsmodel, aldus de Nota 'Verwervingsstrategie sociaal domein 2018 Kennemerland', uit oktober 2016. Welke bekostigingsmodellen doen de ronde?

In de nota komen er enkele aan bod maar ook in andere documenten zijn deze te vinden, zoals productiebekostiging en populatiebekostiging. Neem populatiebekostiging.

Populatiebekostiging staat zowel in binnen- als buitenland in de belangstelling als middel om de waarde van zorg en welzijn te verhogen. Ook in het regeerakkoord-Rutte II speelt populatiebekostiging een rol. In dit akkoord is afgesproken dat de basisspoedzorg (SEH/HAP) bekostigd wordt door middel van populatiebekostiging.

Populatiebekostiging komt ook voor bij de gedecentraliseerde zorgtaken in het sociale domein, in het bijzonder met betrekking tot de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet. Wat is dat eigenlijk: populatiebekostiging of productiebekostiging en die andere vormen? Wat zijn de risico's? Onder welke voorwaarden is een pleidooi voor een bepaalde bekostiging zinrijk? Duidelijk zal worden dat populatiebekostiging een interessant concept is maar dat veel gemeentebesturen er op het sociale domein nog **niet** voor kozen.

Manieren van bekostiging

Onder 'bekostiging' verstaan we hier: die processen die faciliteren dat de geleverde ondersteuning of zorg wordt bekostigd. Er bestaan meerdere manieren om hulpvragen door middel van dienstverlening op het terrein van de zorg te bekostigen. Ik zie op basis van literatuurstudie de volgende.

1. Een manier van bekostiging is via een **alomvattend budget** of **lump sum** (bijvoorbeeld per ziekenhuis, instelling, buurthuis). Het voordeel van deze manier van vergoeden is dat het kosten beheerst. De ervaring leert dat de kans zeker aanwezig is dat deze bekostiging leidt tot lagere productiviteit en wachtlijsten.
2. Een andere manier van bekostigen is **product-** of **productiebekostiging**. Een financier betaalt dan voor diensten die door een zorgaanbieder voor een cliënt/ hulpvrager zijn uitgevoerd. In ziekenhuizen noemt men dit verrichtingen, maar in het sociale domein heet dit 'diensten', 'voorzieningen' of 'antwoorden op hulpvragen'. Stimuleer je verrichtingen door er per stuk voor te betalen ('fee for service') dan krijg je veel verrichtingen, maar weinig samenhang of integraliteit in

het antwoorden op de hulpvraag. Die integraliteit is in het kader van de decentralisatiewetten (Wmo 2015, Jeugdwet, Participatiewet) juist van groot belang geacht. Zorg moet worden uitgevoerd volgens de lijn: een huishouden, een zorgvraag, een regie.

3. Productbekostiging door middel van bijvoorbeeld **zorgzwaartepakketten** of **DOT-zorgproducten** is ook een vorm van bekostiging. Deze vorm stimuleert doelmatigheid binnen de zorgproductie: hoe minder ligdagen of interventies, hoe meer de aanbieder overhoudt van het bedrag dat hij krijgt. Tegelijkertijd gaat van deze financiering nog steeds een volumeprikkel uit: hoe meer zorgproducten er immers geleverd worden, hoe meer omzet er wordt gegenereerd. Het is mogelijk om te proberen de werking van deze volumeprikkel 'dicht te schroeien'.

4. Daarnaast bestaat de **functiebekostiging**. Hierbij wordt er een budget verstrekt aan een zorgaanbieder voor het beschikbaar houden van een dienst of voorziening binnen een geografisch gebied, bijvoorbeeld wijk, kern of gemeente. Denk aan crisisbedden. De kosten die gepaard gaan met het in stand houden van de voorziening worden hier bekostigd. Bij voorbeeld omdat er een zorgplicht is geformuleerd.

5. Een volgende vorm van bekostiging is de **populatiebekostiging**. De gemeente betaalt dan zorgaanbieders een vast bedrag om een maatschappelijke opdracht, bij voorbeeld thuiszorg te realiseren. Hier wordt ingegaan op deze vorm omdat die enkele jaren terug door gemeentelijke directeurs op het vlak van het sociaal domein is geïntroduceerd als **nieuw** en **veelbelovend**. Deze populatiebekostiging past minder bij marktdenken en meer bij een partnermodel van samenwerking en vertrouwen tussen partners in de ketenzorg

Fig. 17 : Vormen van bekostiging van zorg

		Waar betaalt de gemeente voor?	
		Betalen voor aanbod	Betalen voor resultaat
Op basis waarvan bepaal je volume?	Omvang en kenmerken van populatie	Functiebekostiging	Populatiebekostiging
	Omvang en kenmerken van caseload	Productiebekostiging	Resultaatbekostiging per cliënt

Bron: VNG, 2014; Verweringsnota sociaal domein 2018 Kennemerland, 2016

Fig. 18: Risico's bij bekostigingsmodellen in de zorg

Bekostigingsvorm	Risicovolle prikkels
Productiebekostiging	<ul style="list-style-type: none"> ■ Overproductie ■ Kostenoprijvende inzet per cliënt ■ Kwaliteitsbevorderend ■ Selectie aan de poort
Resultaatbekostiging per cliënt	<ul style="list-style-type: none"> ■ Overproductie ■ Kostendrukkende inzet per cliënt ■ Kwaliteitsbevorderend ■ Selectie aan de poort
Functiebekostiging	<ul style="list-style-type: none"> ■ Onderproductie ■ Kostendrukkende inzet per cliënt ■ Kwaliteit kan omlaag worden gedreven ■ Hoge toegankelijkheid
Populatiebekostiging	<ul style="list-style-type: none"> ■ Onderproductie ■ Kostendrukkende inzet per cliënt ■ Kwaliteitsbevorderend ■ Selectie aan de poort

Bron: Verweringsnota sociaal domein 2018 Kennemerland, 2016.

Geen enkele bekostiging is perfect

Het voorgaande maakt het al duidelijk, elke manier van het betalen/ vergoeden van zorgaanbieders, lees van bekostiging, roept eigen, specifieke gedrag van zorgaanbieder(s), cliënten of gemeenten op of van andere actoren in een zorgsysteem. Perverse prikkels zoals hierboven beschreven leveren frustraties op bij professionals, cliënten en patiënten. Als de middelen schaars worden, is de urgentie om aan deze perverse prikkels een eind te maken groot.

Is oordelen over de decentralisaties na de paradigmashift mogelijk?

Gemeentebesturen zijn met de opgaven uit de drie decentralisaties, voor kenners de drie D's, van het sociale domein aan de slag gegaan. Er is al gewezen op Almere. Er ging en gaat veel budget in om. Hoe ging en gaat het met de gemeentelijke transitie in het sociaal domein? Die vraag werd in 2016 gesteld aan Han Noten, burgemeester van Dalfsen en voorzitter van het Transitieteam sociaal domein. Zijn antwoord:

'Iedereen wil weten: doen we het wel goed? Die vraag is moeilijk te beantwoorden. Wie zegt dat hij het weet, liegt. Iedereen die iets met stelligheid over de decentralisaties beweert, dient ten diepste gewantwoord worden. Het is een proces waar je in groeit. In dit stadium kun je nog niet beoordelen wat de resultaten zijn.'

We delen de mening van Noten. Het is een karwei om rond 2015 te oordelen over hoe het gaat in het sociaal domein.

Er doen zich allerlei dilemma's voor. Een dilemma is **het dilemma van de dubbele verlangens**. Enerzijds is er het verlangen naar maatwerk, anderzijds is er het verlangen naar zekerheid, eenduidigheid, gelijkheid. Bestuurders willen **verschillen** tussen gemeenten niet uitsluiten en toch ook **gelijkheid** in behandeling van gelijke gevallen. Er is behoefte aan **innovatie** en experimenteeruimte, maar ook een wil om te **vereenvoudigen** door te protocolleren en door professionele standaarden te erkennen. Gemeenten willen **loslaten** maar toch ook **overzicht** verkrijgen en kunnen sturen. Duidelijk is dat er een evenwicht gezocht moest worden tussen uitersten, aldus Noten (2016). Daarbij zou de bureaucratie behulpzaam kunnen zijn.

Bureaucratie staat dan voor het ambtelijk lijn brengen in een aanpak, voor herhaalbaarheid, voor overzicht en inzicht, voor controle. Er is echter in de oude framing lang sprake geweest van een *doorgeschoten* bureaucratie van *indicatiestelling* op basis van omschreven indicaties, van *verkokering*. Elke instelling had zijn indicatiestelling, hulptoewijzingsmechaniek en verantwoording. Dus daar moest van geleerd worden. Deze oude aanpak is in het kader van de discussie over de taken in het sociale domein plaats gaan maken voor wijkteams, wijkcoaches en keukentafelgesprekken. In die gesprekken tussen een cliënt en professionals kan de centrale hulpvraag en het integrale beeld van een cliënt in beeld komen en dat lijkt winst. Zo lijkt een andere relatie tussen overheid en burgers te ontstaan waarbij de vraag op de mogelijkheden wordt afgestemd. Mensen moeten het nu minder van het denken in termen van rechten en protocollen hebben en meer van de professionaliteit van de *wijkteams*. Het gevolg is dat de deliberatie tussen professional en burgers en de eigen kracht van mensen en hun omgeving zo niet bepaalt dan toch meeweegt bij wat er aan zorg of ondersteuning komt. Kunnen burgers dan nog spreken van een recht op zorg of bestaat dat niet meer? Wanneer weten burgers, wethouders, ambtenaren, raadsleden of voldoende zorg is geleverd? En wat is kwaliteit in deze? Dat worden vragen die lastig te beantwoorden zijn. Tal van gemeenteraden weten in 2015 nog absoluut niet of burgers voldoende zorg krijgen omdat ze vooral gefocust zijn op 'binnen het budget blijven'. Dan zijn verhalen van burgers en professionals, monitoren en andere onderzoeken van nut om een stukje van de sluier op te lichten. Wat zijn de gemeenten gaan doen?



Fig. 19

Voorlopers

Gemeenten zaten niet stil. Er kwamen nota's. Gemeenten als Enschede en Leeuwarden liepen voorop. Al in 2004 vond in beide steden een sanering plaats van de zorgnetwerken en overlegstructuren. Er kwam een *nieuwe basisinfrastructuur* voor zorgcoördinatie met teams die *multiprobleemhuishoudens* bespraken en afspraken maakten over wie welke problemen aanpakt. Deze werkwijze, gericht op de integrale hulpvraag, kon toch niet helemaal voorkomen dat huishoudens met veel hulpverleners te maken kregen. Denk aan een gezinscoach, een gezinsvoogd, de medewerker verslavingszorg, de leerplichtambtenaar, de schuldhulpverlening, de reclasseringsmedewerker, de deurwaarder. Versnipperde financiering, vergaande specialisering en eigen werkwijzen, bevoegdheden en verantwoordingslijnen van hulpverleningsorganisaties waren hier debet aan. Dat moest anders.

Gevolg: de wenselijkheid van *meer generalisten*, *strakkere sturing* door wijkteams, de komst van *teams* met eigen budget en *beslismacht*, meer denken in termen van frontlijnwerkers en *integraliteit*, back offices die zo nodig ondersteuning geven op alle leefgebieden en niet remmen, de *wijkcoach* als de spil die allerlei taken bundelt en in zich gaat dragen (Oude Vrielink e.a., 2013). En wat leert de evaluatie van de voorlopers?

De verbeterde werkwijze om met multidisciplinaire wijkteams met mandaat te werken, bleek rond 2011-2012 in beide gemeenten *positief* te zijn verlopen. Er is gewag gemaakt van bemoedigende resultaten op het vlak van de aanpak volgens één huishouden, één plan, één regie (Oude Vrielink e.a., 2013: 21). De wijkcoaches en partnerorganisaties stellen dat de probleemaanpak over het algemeen wordt gekenmerkt door aandacht voor de echte hulpvraag, voor maatwerk en integraliteit. Of er kostenbesparing optreedt door vermindering van transactiekosten van eigenstandige indicatie, overleg en registratie door organisaties is daar niet gebleken. Voor het gevoel van professionals was de gehele aanpak met wijkcoaches en het *'een gezin, een plan'*-denken en handelen echter wel doelmatiger. De zorgcoördinatie werd **beter** door gezamenlijke casusbesprekingen en verbondenheid van hulpverleners. Verder is gebleken dat het *'een gezin, een plan'*-denken goed loopt als hulpverleners die aanpak verinnerlijken en goed kunnen samenwerken. Bij de samenstelling van wijkteams in het sociale domein werd daar dan ook op geselecteerd.

Sociale routekaart en samenspel als vernieuwing

De gemeente Sittard-Geleen heeft voor een aanvullend mechanisme gekozen: de sociale routekaart. Citaat: 'De sociale routekaart Sittard-Geleen is een instrument dat gebruikt is en kan worden om de samenhang in het sociale domein zichtbaar te maken. Die samenhang is essentieel om te bevorderen dat inwoners *participatieroutes* kunnen bewandelen zonder daarbij obstakels tegen te komen in de vorm van regels die elkaar tegenspreken, rechten en plichten die verschillend worden geïnterpreteerd of een onduidelijke taak- en rolverdeling tussen formele en informele ondersteuners. De routekaart maakt zichtbaar dat we de inwoners en hun omgeving centraal stellen en niet het systeem zodat de dienstverlening aan inwoners die het (tijdelijk) op eigen kracht niet (geheel) redden beter is afgestemd. Vanuit de interactieve sessies met maatschappelijke (zorg)organisaties, adviesraden en wijkplatforms uit onze stad hebben we de routekaart bewandeld en geconstateerd dat de echte vernieuwing zit in het samenspel. Niets staat ons in de weg om de sociale wetten uit te voeren volgens de uitgangspunten. Wat ons te doen staat, is de verschillende krachten zo combineren dat er meer ruimte ontstaat voor eigen initiatief en eigen verantwoordelijkheid. Het komt er de komende jaren vooral op neer te versterken en te verbinden wat er is'. Einde citaat. Bron: 'Concept-beleidsplannen 2017-2019 sociaal domein'.



Fig. 20: Wordwolk over professionaliteit in de zorg

Kanteling

Wat is het bredere en meer actuele beeld van de kanteling op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning? De Wmo, die sinds 1 jan. 2007 van kracht is, maar opgevolgd is door de Wmo 2015, heeft als belangrijkste doel mensen te laten participeren in de maatschappij. De burgers die daar ondersteuning bij nodig hebben kunnen daarvoor bij hun gemeente terecht. De wet verplicht gemeenten om mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem te 'compenseren', zodat zij in staat zijn om 'een huishouden te voeren; zich te verplaatsen in en om de woning; zich lokaal te verplaatsen per vervoermiddel; en medemensen te ontmoeten en op basis daarvan sociale verbanden aan te gaan' (Wmo art. 4 lid 1). Hoe gemeenten die compensatie precies vorm geven, mogen zij **zelf** bepalen. Wel is de bedoeling dat de gemeente eerst de eigen mogelijkheden verkent van degene die ondersteuning vraagt en van zijn of haar netwerk. Als er voorzieningen nodig zijn, krijgen het gebruik van algemene of collectieve voorzieningen (zoals welzijnsvoorzieningen of collectief vervoer) de voorkeur boven individuele voorzieningen (zoals hulp bij het huishouden of een scootmobiel).

De Wmo beoogt een omslag te maken in de denk- en werkwijze bij het bieden van dergelijke ondersteuning. Door deze 'kanteling' verschuift het accent naar vraag- en resultaatgericht werken, maatwerk, eigen kracht en verantwoordelijkheid van burgers. Hoe de gemeenten dit concreet

vormgeven mogen zij zelf bepalen. Ter ondersteuning ontwikkelde de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) binnen het project De Kanteling diverse handreikingen en een modelverordening. Den Draak e.a. (2013) beschrijven voor tien gemeenten in het land hoe zij de weg naar ondersteuning hebben vormgegeven en in hoeverre zij daarbij de voorstellen van de VNG hebben overgenomen. De gemeenten verschillen in hun aanpak bij het doorvoeren van veranderingen.

Gemeenten blijken rond 2012 **nog** niet echt gekanteld. Sommige gemeenten werken wat minder en andere wat meer volgens de nieuwe werkwijze. De aspecten waarop ze dat doen kunnen verschillen. Wat vooral opvalt, is dat de gemeenten vaak nog uitgaan van een aanvraag voor een specifieke voorziening in plaats van de melding van een probleem. Er is zo nog weinig ruimte voor meedenken aan de kant van professionals over de hulpvraag, samenwerking in een multiprobleemsituatie of een wijkteam.

Gemeentebesturen zijn zich meestal bewust van de noodzaak om verschillende actoren – gemeentelijk personeel, externe partijen zoals huisartsen en zorg- en welzijnsinstellingen, en burgers – mee te nemen in het veranderingsproces. Maar ze verschillen sterk in de mate waarin ze dit daadwerkelijk doen. Een breed gedeelde integrale aanpak ontwikkelen, blijkt een proces dat enkele jaren duurt en veel creativiteit vergt van alle betrokkenen. Sommige beleidsmedewerkers en wethouders geven aan dat ze moeite hebben om verschillende partijen – bijvoorbeeld aanbieders van voorzieningen of huisartsen – bij de kanteling te betrekken. Gemeenten die al sinds jaar en dag regelmatig op open wijze met alle betrokkenen overleggen zijn rond 2016 positief over hun ervaringen. De meeste onderzochte gemeenten lijken meer een organisatiemodel te hanteren waarin de eigen gemeentelijke organisatie nog steeds het uitgangspunt vormt dan een model waarin de verbindingen met en tussen de verschillende partnerorganisatie het uitgangspunt zijn. 'De gemeente centraal' wint het van 'het netwerk'.

Oordelen (1): vanuit het juridisch perspectief – afzonderlijke wetten bezien

Inmiddels is 2018 bijna voorbij en is oordelen wel mogelijk. Bij dat beoordelen van de decentralisaties kijk ik vanuit verschillende perspectieven, zoals vanuit de afzonderlijke wetten; vanuit het perspectief van de gemeentebegroting en –rekening; vanuit de sociale teams; vanuit het interbestuurlijk perspectief; en vanuit de rol van gemeentelijk opdrachtgever.

Ik begin met enkele wetten langs te lopen: de Wmo en Zorgverzekeringswet; de Jeugdwet; de Participatiewet.

De Wmo en Zorgverzekeringswet

Thuiszorg geldt als extramurale gezondheidszorg of eerstelijnsgezondheidszorg. Thuiszorg is te omschrijven als verzorging en verpleging bij burgers thuis. De thuiszorg omvat verschillende soorten dienstverlening, zoals kraamzorg, huishoudelijke verzorging en persoonlijke verzorging, verpleging, evenals gespecialiseerde verzorging en verpleging. De oorsprong van de thuiszorg ligt bij (verzuilde) organisaties als het Groene Kruis en het Wit-Gele Kruis. In de jaren zestig van de vorige eeuw waren er nog meer dan 1400 veelal plaatselijke kruisverenigingen, waarvoor vooral wijkverpleegkundigen werkten. Rond 1980 deden zich op grote schaal **fusieprocessen** voor binnen de kruisorganisaties en met gezinszorginstellingen die leiden tot een grotere (regionale) schaal van werken. De thuiszorg werd verder verstatelijkt. Het aantal specialismen nam toe en er ontstonden samenwerkende (zorg)teams.

Huishoudelijke thuiszorg, een onderdeel van de thuiszorg, valt sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 onder verantwoordelijkheid van gemeentebesturen. Per 1 januari 2015 is die wet opgevolgd door de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Om in aanmerking te komen voor thuiszorg heeft een hulp vragende burger een indicatie nodig. Verpleegkundige thuiszorg wordt gefinancierd vanuit de Wet Langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zw).

Tal van taken mogen slechts worden uitgevoerd door een verpleegkundige. Verpleegkundigen werken in tal van organisaties, zoals bij de thuiszorg, de geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg, revalidatiecentra, verzorgings- en verpleeghuizen, privéklinieken. Verpleegkundigen werken vaak samen met verzorgenden. Veel verpleegkundigen houden zich ook bezig met het uitvoeren van geneeskundige of psychologische behandelingen in opdracht van en onder toezicht van een arts of klinisch psycholoog. Wat verpleegkundigen, zoals wijkverpleegkundigen doen en hoe ze interveniëren heeft steeds vaker te maken met onderzoek in de vorm van diagnoses.

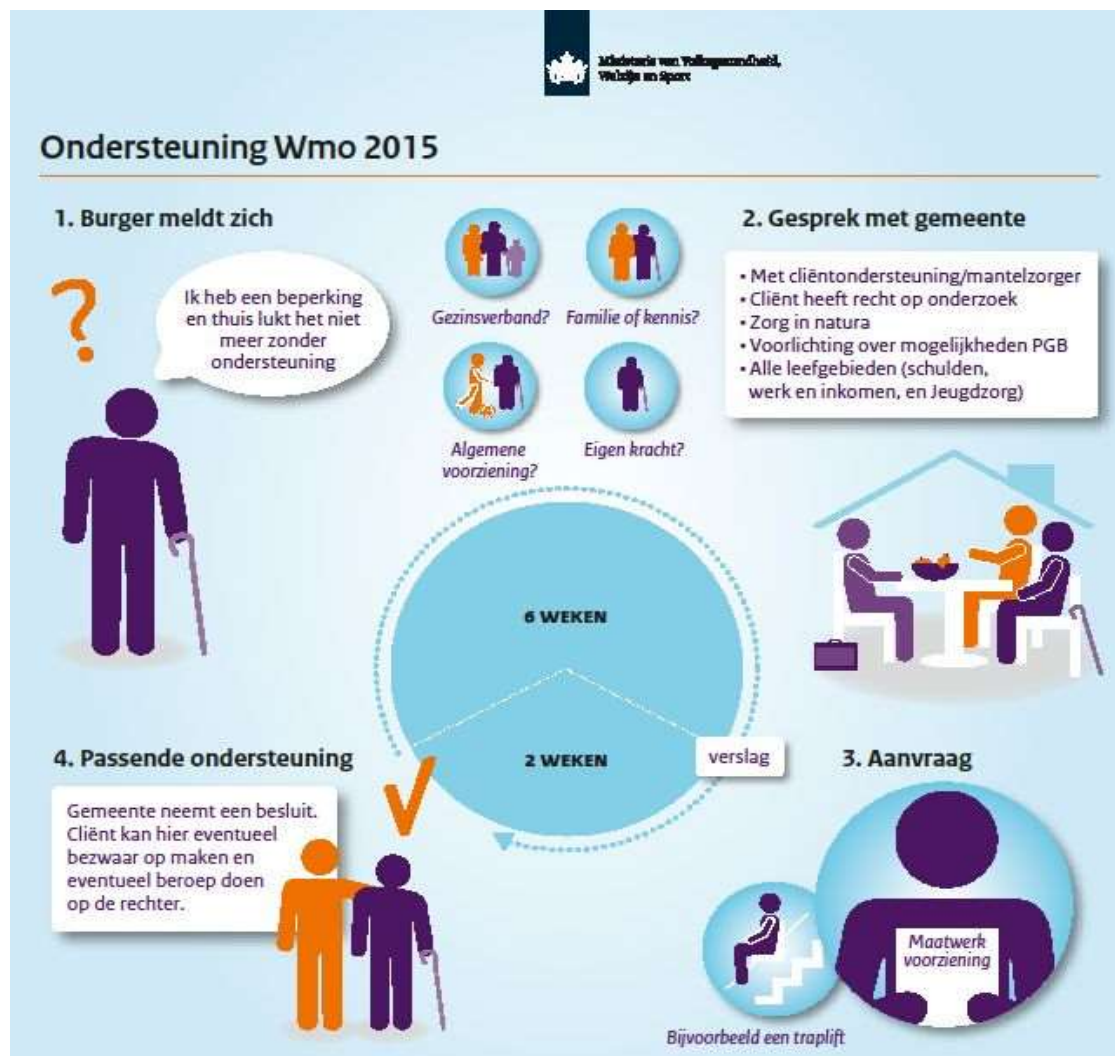


Fig. 21

Achter de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gaat de gedachte schuil dat iedere burger kan meedoen in de maatschappij. De gemeente is verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo en biedt diverse voorzieningen aan om dit mogelijk te maken of verwijst naar een organisatie. De Wmo is er voor mensen met een beperking door ouderdom of een handicap of mensen met een psychisch probleem, maar ook voor de ondersteuning van vrijwilligers die burgers met een hulpvraag bijstaan en voor mantelzorgers. Zorgtaken die onder de Wmo vallen, zijn onder meer hulp bij het huishouden; individuele begeleiding; dagbesteding; vervoer; woningaanpassingen; hulpmiddelen op het gebied van mobiliteit en zorg; mantelzorgondersteuning; cliëntondersteuning; beschermd wonen; maatschappelijke opvang.

Voor de Wmo geldt evenals voor de Jeugdwet en Participatiewet dat een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van inwoners en de directe omgeving. De 'eigen kracht' is daarmee uitgangspunt. De ondersteuning van de gemeente sluit daar dan op aan. Als burgers iets zelf niet kunnen oplossen of niet met hulp van derden haakt de gemeente aan om te zoeken naar een oplossing of ondersteuning. Daarvoor moet een burger, bij voorbeeld in de gemeente Dalfsen, zich wenden tot een medewerker van de dienst 'Samen doen'. Dat heet 'een melding doen'. Daarop volgt in Dalfsen direct response of een gesprek met een consulent. Dat wordt een keukentafelgesprek genoemd. Als het nodig is, geeft de consulent een indicatie af vanuit de Wmo: een voorziening die spoort met de aard en ernst van de gewenste hulp.

Verzorging en verpleging door **de wijkverpleegkundige** behoort tot de mogelijkheden, bij voorbeeld in de vorm van hulp bij douchen of eten of bij wondverzorging; of bij begeleiding in het dagelijks leven. Thuiszorg aanvragen, gebeurt bij een gemeente vaak via een afdeling of dienst **Wmo-ondersteuning**. Onder thuiszorg valt onder andere de huishoudelijke hulp; begeleiding bij persoonlijke verzorging; begeleiding in het dagelijks leven.

Heeft de hulp vragende burger een lichamelijke ziekte, een beperking of dementie en heeft de burger daarbij verpleging met persoonlijke zorg nodig? Dan komt er een **wijkverpleegkundige** langs. Dit vraagt de burger aan via de **thuiszorginstelling**. De vergoeding valt dan vaak onder de zorgverzekering. Particuliere thuiszorg regelt en betaalt de burger zelf.

De Zorgverzekeringswet

Een vraag is: hoe staat het met **de wijkverpleging** in het perspectief van de decentralisaties? Daar ga ik hier op in.

Op 1 januari 2015 werd de wijkverpleging overgeheveld van de voormalige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze transitie is onderdeel van de bredere Hervorming Langdurige Zorg van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het gaat om het verbeteren van de kwaliteit van *langdurige* ondersteuning en zorg, het vergroten van de betrokkenheid in de samenleving en financiële houdbaarheid van de langdurige zorg en ondersteuning. Het NIVEL deed in opdracht van het Sociaal en Cultureel Planbureau onderzoek hiernaar. De bevindingen zijn voornamelijk gebaseerd op vragenlijstonderzoeken die eind 2016 en begin 2017 plaatsvonden onder cliënten, mantelzorgers en professionals.

De **eerste hoofdvraag** met betrekking tot cliënten en mantelzorgers was:

Hoe komen mensen die wijkverpleging nodig hebben terecht bij de zorgprofessionals die deze zorg bieden, met welke zorgvragen komen zij en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met de indicatiestelling?

Het positieve antwoord luidt letterlijk als volgt. 'In de helft van de gevallen neemt de cliënt zelf of een familielid contact op met de wijkverpleging. In andere gevallen zijn het vooral de huisarts, praktijkondersteuners of andere betrokken professionals die contact met de wijkverpleging opnemen. Ongeveer de helft heeft in eerste instantie vooral een zorgvraag op het gebied van persoonlijke verzorging. Daarnaast heeft een flinke groep zowel behoefte aan persoonlijke verzorging als aan verpleging'.

'Sinds de Hervorming Langdurige Zorg voeren wijkverpleegkundigen zelf de indicatiestelling voor wijkverpleging uit. De tevredenheid over het **indicatiegesprek** is hoog, met een gemiddelde tevredenheidsscore van 2,9 bij cliënten en 2,8 bij mantelzorgers, op een schaal van 1 tot 3. Ruim de helft van de cliënten geeft aan dat zij konden kiezen uit meerdere aanbieders. Bij een vijfde viel er niet zo veel te kiezen, omdat er maar één aanbieder actief was in de omgeving. Ruim 80 procent kon bij het indicatiegesprek meebeslissen over het type en het tijdstip van de benodigde zorg. Verder geeft minder dan een kwart (24%) aan dat zij mee konden beslissen over welke zorgverlener bij hen wijkverpleging

geeft. Bij jongere cliënten komt meebeslissen vaker voor dan bij oudere cliënten' (Francke e.a., 2017: 9). Einde citaat.

De **tweede hoofdvraag** was:

Welke zorg ontvangen cliënten en wat zijn de ervaringen van cliënten en mantelzorgers met het proces van wijkverpleging?

Citaat: 'Ongeveer de helft krijgt alleen persoonlijke verzorging. Een minder groot deel krijgt een combinatie van persoonlijke verzorging en verpleging. Tien procent ontvangt uitsluitend verpleging. Ongeveer drie kwart krijgt dagelijks zorg, meestal twee of drie keer per dag. Gemiddeld duren huisbezoeken bijna een half uur. De ontvangen zorg sluit veelal aan bij de zorgvraag en de indicatiestelling. Cliënten vinden de geboden zorg over het algemeen toereikend. Mantelzorgers rapporteren een iets ander beeld. Achttien procent geeft aan meer zorg voor zijn/haar naaste te willen. Bijna twee derde van de cliënten geeft aan dat iemand van de wijkverpleging is aangewezen als hun contactpersoon. Opvallend is echter dat bijna een kwart aangeeft geen contactpersoon te hebben. Daarnaast geeft 14 procent aan het niet te weten, wat kan betekenen dat deze mensen ook geen vast aanspreekpunt hebben. Van de mantelzorgers zegt ongeveer een kwart dat ze geen vast aanspreekpunt bij de wijkverpleging hebben, terwijl 18 procent zegt het niet te weten'. Einde citaat.

De **derde hoofdvraag** was:

Hoe beoordelen cliënten en hun mantelzorgers de kwaliteit van de wijkverpleging?

Citaat: 'Cliënten en mantelzorgers kenmerken de professionals van de wijkverpleging als vriendelijk, betrokken, behulpzaam en zorgzaam. Cliënten die ook al voor 2015 wijkverpleging ontvingen merken over het algemeen weinig verschil tussen de wijkverpleging van nu en die van voor 2015. Vrijwel alle cliënten geven aan baat te hebben bij de wijkverpleging en eigenlijk niet zonder te kunnen. Ruim twee derde van de cliënten schat in dat ze zich minder goed zouden kunnen redden en bijna een derde geeft aan dat ze niet meer zelfstandig zouden kunnen wonen, als er geen wijkverpleging zou zijn. Bijna één op de vier denkt dat ze zonder wijkverpleging minder sociale contacten zouden hebben. Cliënten waarderen de zorgprofessionals van de wijkverpleging met een gemiddeld rapportcijfer van 8,3. Mantelzorgers zijn vrijwel net zo positief; zij geven die zorgprofessionals een 8,2. Mantelzorgers vinden veelal dat de wijkverpleging voor hen goed bereikbaar is en dat de hulp van de wijkverpleging goed aansluit op de hulp die ze zelf geven. Echte afstemming van de zorg tussen mantelzorgers en wijkverpleging vindt in de helft van de gevallen plaats. Opvallend is verder dat maar weinig cliënten denken zich te kunnen redden door zelf de benodigde hulp te betalen (5%) of hun naasten meer in te schakelen (13%). Bijna de helft van de mantelzorgers neemt de zorg van de wijkverpleging niet over als deze niet wordt geboden. Andersom, neemt in een derde van de gevallen de wijkverpleging de zorg van de mantelzorg niet over als deze is verhinderd'. Einde citaat

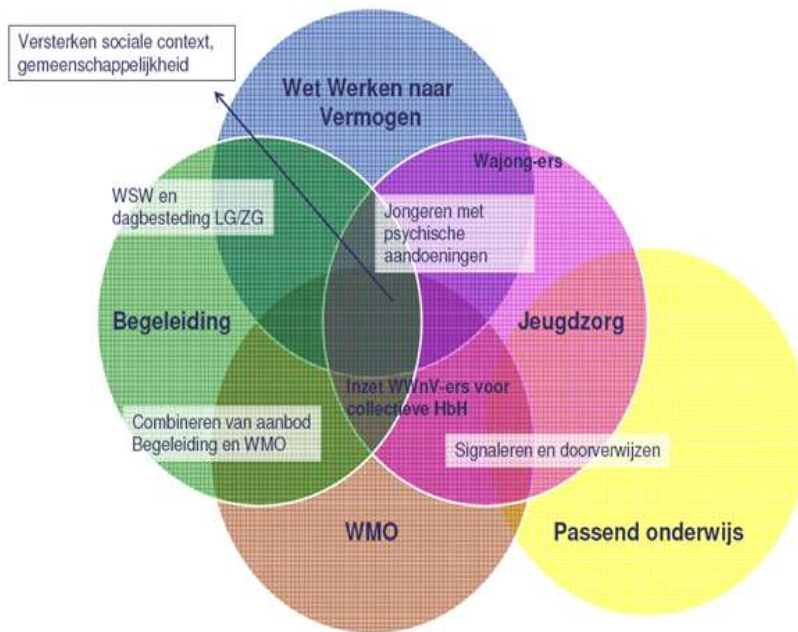


Fig. 22

Jeugdwet en jeugdhulp

Wat valt sinds 2015 onder de gemeentelijke jeugdzorg? De meeste kinderen en jongeren onder de 18 jaar die hulp, zorg of ondersteuning nodig hebben, krijgen te maken met de Jeugdwet. Hieronder vallen de volgende zorgvormen:

- zorg- en hulp bij opvoedingsproblemen. Hieronder valt bijvoorbeeld ambulante jeugdhulp en pleegzorg;
- geestelijke gezondheidszorg (ggz), ook in het kader van jeugdstrafrecht. Hieronder valt bijvoorbeeld behandeling van psychische problemen, dyslexiezorg, verblijf in een instelling maar ook forensische zorg;
- zorg bij een lichamelijke of verstandelijke beperking;
- individuele begeleiding en dagbesteding in groepsverband;
- vervoer bij begeleiding en vervoer naar een instelling (onder voorwaarden);
- persoonlijke verzorging, zoals hulp bij het opstaan, wassen en aankleden;
- kindbescherming en jeugdreclassering;
- gesloten jeugdzorg.

Fig. 23: Organisatie van de jeugdzorg per wet

Jeugdwet	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Wet langdurige zorg (Wlz)
- zorg- en hulp bij opvoedingsproblemen; - geestelijke gezondheidszorg (ggz), ook in het kader van jeugdstrafrecht; - zorg bij een lichte lichamelijke beperking; - zorg bij (lichte) verstandelijke beperking; - vervoer bij begeleiding en vervoer naar een instelling (onder voorwaarden); - persoonlijke verzorging; - kindbescherming en jeugdreclassering; - gesloten jeugdzorg.	- huisartsenzorg; - medisch specialistische zorg; - persoonlijke verpleging; - persoonlijke verzorging; - intensieve kindzorg met een grondslag; - palliatief terminale zorg; - behandeling om te leren omgaan met een zintuiglijke beperking.	Zorg voor jongeren met een ernstige beperking of stoornis die blijvend 24-uurszorg of permanent toezicht nodig maken: - lichamelijke beperking; - verpleging en verzorging; - zintuiglijke beperking; - verstandelijke gehandicaptenzorg.

Bron: Zorgwijzer

Op het gebied van de jeugdzorg was voor 2015 sprake van teveel versnippering, gebrekkige werking en onbeheersbaarheid. Dit situatie gaf aanleiding voor een nieuwe wet, de Jeugdwet. Deze wet bracht een nieuw stelsel van regels. Het **doel van het nieuwe stelsel** was en is om het jeugdbeleid en de voorzieningen efficiënter en effectiever te maken 'met het uiteindelijke doel het versterken van de eigen

kracht van de jongere en van het zorgend en probleemoplossend vermogen van diens gezien en sociale omgeving. Decentralisatie van alle jeugdhulp naar gemeenten schept hiertoe de bestuurlijke en financiële randvoorwaarden voor een omslag (transformatie) naar:

1. preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden (eigen kracht) van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
2. demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
3. eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen;
4. integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'; door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen;
5. meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk; betrokken professionals die sociale netwerken in de omgeving van het gezin weten in te schakelen en die kunnen samenwerken met vrijwilligers en familieleden en hun kracht weten te benutten.'

Uit onderzoek naar de uitvoering van de Participatiewet blijkt dat veel gemeenten elke decentralisatie afzonderlijk implementeren. Incidenteel is sprake geweest van een integrale gemeentelijke visie. Maar in de wijkteams komt de hulpvraag integraal aan bod. Jeugdzorg is bijna altijd iets van partners in de zorg die samen voor de vraag aan hulp van een jongere staan.

De veranderingen voor de Wmo en de Jeugdwet ervaren gemeenten als **ingrijpender** dan de veranderingen in de Participatiewet (De Cuelenaere e.a., 2015). De Jeugdwet biedt het bestuurlijke en financiële kader voor de decentralisatie van alle jeugdhulp naar gemeenten.

De **eerste ervaringen met de Jeugdwet** lieten zien dat de basis van de jeugdhulp staat. Het stelsel werkt (Van Yperen e.a., 2016). De continuïteit van zorg lijkt gerealiseerd. Er zijn geen grote hiaten gevallen in het aanbod sinds de decentralisatie. De toegang wordt herkenbaarder.

Gemeenten hebben overigens een beperkte invloed op de toegang tot de jeugdhulp. Bewijs? In 2016 kreeg ongeveer de helft van de jeugdigen toegang via de huisarts of een andere arts, om en nabij een kwart via de gemeentelijke toegang, terwijl ongeveer een kwart op een andere wijze toegang kreeg, waaronder via de kinderrechter. De instroom in de jeugdhulp via de gemeente is wel toegenomen, namelijk van 14 procent in de eerste helft van 2015 naar ruim 28 procent in de tweede helft van 2016 (Pommer en Boelhouwer, 2017).

De meeste cliënten zijn, voor zover tot oordelen in staat, positief over de kwaliteit van de hulp (Van Yperen e.a., 2016). Ook is er veel verbondenheid van partijen bij de realisatie van transformatiedoelen. Maar er zijn ook zorgen, samen te vatten in vijf hoofdpunten:

- 1) In de eerste plaats is de vraag of de transformatie voldoende op gang komt en wat de verhouding moet zijn tussen lokaal en regionaal om dat goed van de grond te krijgen.
- 2) Er hebben zich sinds de decentralisatie geen schoksgewijze veranderingen in het jeugdzorgaanbod voorgedaan. Maar de kwaliteit van de voorzieningen is niet steeds duidelijk. En de financiering van de ambulante (niet-residentiële) specialistische jeugdhulp is in de knel gekomen (ook BB, 14 sept. 2018: 17).
- 3) Er lijkt te weinig gedeelde visie te zijn op hoe in de sector op kwaliteit te sturen, hoe de publieke verantwoording in dat licht moet plaatsvinden en welke speelvelden daarin zijn. Er is veel wantrouwen. De administratieve lasten lijken flink te groeien.

- 4) Een aantal partners voor de gemeenten bevindt zich buiten de directe sturing van de gemeente, terwijl deze partners wel heel belangrijk zijn voor het welslagen van de transformatie; denk aan huisartsen of rechters.
- 5) De hele transformatie staat onder enorme druk door bezuinigingen.

Dat alles blijkt uit een evaluatie van de Jeugdwet (Van Yperen e.a, 2016).

Wat valt er nog meer te melden?

Ik doe dat door enkele vragen te stellen en die te beantwoorden.

- Voor de Jeugdzorg geldt, wat voor veel zorgt geldt: hoe laagdrempeliger je zorg aanbiedt, hoe meer vraag er komt. In de zorg doet zich het **rupsje-nooit-genoeg-effect** voor. Dat betekent dat altijd wel de vraag blijft of je tevreden kunt zijn over de aanpak in kwantitatief opzicht. Er kan altijd sprake zijn van verscholen jeugdzorgproblematiek.
- Is het **aantal kinderen** in de jeugdzorg toegenomen of afgenomen sinds de stelselwijziging in 2015? Sinds de stelselwijziging komen er *meer* kinderen met een hulpbehoefte in beeld. Dat stelt ook de kinderombudsvrouw. Margrite Kalverboer in 2018 (Willen, 2018).
- Steeds meer kinderen belanden in **de gesloten jeugdzorg**. Als hulp behoeftige kinderen te lang verstoken blijven van de zorg die ze nodig hebben, belanden ze na enige tijd als vanzelf in een zwaarder zorgtraject. Als ze onhandelbaar zijn geworden, dient zich de gesloten jeugdinrichting aan.
- De **sociale wijkteams** hebben een **grote werklast** gekregen door de decentralisatie van de Jeugdzorg, menen specialisten op dit gebied (willen, 2018:17). Het bleek verder dat gevallen die te zwaar zijn voor wijkteams vaak direct doorgeschoven werden naar zware residentiële jeugdzorg, soms naar JeugdzorgPlus. Het ging dan om kinderen uit gezinnen met een meervoudige problematiek, met een psychiatrische problematiek of met ernstige gedragsstoornissen. Soms had daar de ambulante gespecialiseerde jeugdzorg beter tussen kunnen zitten, menen deskundigen.
- Hoeveel is er **bezuinigd** met de stelselwijziging van de jeugdzorg in 2015 en later? Om en nabij 15 procent, aldus kenners van de jeugdzorg (Willen, 2018: 16). Menigeen denkt dat die bezuiniging in de jeugdzorg een vergissing is geweest.
- Is de **indicatiestelling** in de jeugdzorg van jongeren met een impliciete of expliciete hulpvraag optimaal geweest of niet? Het kan en moet beter, zo lijkt het. Sociale wijkteams 'maken regelmatig geen goede inschatting van de hulpbehoefte', of ze zijn te terughoudend om een kind door te verwijzen naar een zwaardere zorgvariant, aldus Kalverboer (Willen, 2018: 16). Hoe dat komt, die terughoudendheid? De doelstellingen achter de decentralisatie gaven aan dat minder kinderen in gesloten jeugdzorginstellingen moesten worden opgenomen. Zo gezien, is de opstelling van wijkteams om terughoudend te zijn wel begrijpelijk. Verwijzing naar een zware zorgvariant is duur. Maar ter relativering: hard bewijs voor verwijzen aan sociale wijkteams ontbreekt (Willen, 2018: 17).
- Betekent de toename van de keuze voor de **zwaardere zorgvariant** dat er een toename is geweest van de JeugdzorgPlus? Inderdaad. JeugdzorgPlus geldt als de zwaarste en duurste vorm van jeugdzorg (BB, 14 sept. 2018). Deze houdt in dat een minderjarige 'in bescherming' in een gesloten instelling wordt behandeld. Zo wordt voorkomen dat een jongere zich aan behandeling onttrekt of aan de behandeling onttrokken wordt. Als eerdere behandelingstrajecten niet helpen en de zorgverleners het ook niet meer weten, komt een jongere terecht in een gesloten instelling. Dat

is doorgaans een JeugdzorgPlus-instelling. Dergelijke instellingen bestaan sinds een jaar of tien. Vóór die tijd werd dit type jongeren voor behandeling opgenomen in justitiële jeuginrichtingen. Deze jongeren hebben meestal behandeling nodig voor ernstige gedrags- en veiligheidsproblemen. Voor opname in een Plus-instelling is het nodig dat de kinderrechter een machtiging afgeeft. Verzoeken voor een dergelijke machtiging kunnen worden ingediend door een gemeente, het Openbaar Ministerie, de Raad voor de Kinderbescherming of de Gecertificeerde Instellingen voor de jeugdbescherming en –reclassering (BB, 14 sept. 2018).

- In de literatuur over jeugdzorg komt de wenselijkheid naar voren meer jeugdzorgkenners op te nemen in de wijkteams. Het advies is om de druk op residentiële jeugdzorg te verminderen door te proberen eerder in de zorgketen op te treden (BB, 14 sept. 2018).

Wat blijkt als de blik gericht wordt op **afzonderlijke gemeenten**?

In de **gemeente Landgraaf** (bijna 38.000 inwoners) hadden in 2015 692 jongens en meisjes professionele jeugdzorg nodig in de vorm van ambulante jeugdzorg, specialistische jeugdhulp en/of crisishulp. In 2017 waren dat er 978. Ook de gemiddelde kosten per cliënt laten een stijgende lijn zien. Rond 2015 was dat een bedrag van om en nabij 10.000 euro per cliënt, in 2017 is het bedrag opgelopen tot 12.813 euro per persoon. Stijgende aantallen en prijzen hebben verstrekkende gevolgen.

Landgraaf heeft bij de opstelling van de begroting voor 2018-2019 rekening gehouden met een flink tekort op de jeugdzorg. Er werd een risico ingecalculeerd van vier miljoen euro maar volgens een recente prognose gaat de gemeente eind 2018 voor 5,7 miljoen euro in het rood uitkomen. Het gemeentebestuur had al 2,1 miljoen euro uit de algemene reserves voor dit doel opzij gezet. Maar Landgraaf krijgen toch extra middelen van de rijksoverheid in verband met de tekorten in het sociale domein? Landgraaf kreeg inderdaad 2,5 miljoen euro uit de landelijke 'stropenpot' toegewezen. Het optellen van de 2,1 miljoen uit de reserves en de 2,5 miljoen euro uit de landelijke stropenpot maakt echter dat er nog altijd van een gat sprake is om het tekort van 5,7 miljoen te dichten. Ergo, het weerstandsniveau van de gemeente neemt af.

Landgraaf staat niet alleen. **Midden-Groningen** is een gemeente die gevormd is uit de drie vroegere gemeenten Slochteren, Hoogezand-Sappemeer en Menterwolde. De gemeente werd 1 jan. 2018 operationeel en kent per die datum ongeveer 61.000 inwoners. In juli 2018 werd bekend dat de gemeente Midden-Groningen de jeugdhulp aan rond de 300 **probleemgezinnen** gaat doorlichten op effectiviteit. Samen zijn die gezinnen goed voor 70 procent van de jeugdzorg in de gemeente. Na de inventarisatie wil de gemeente met de probleemgezinnen in gesprek om voor elk gezin een **nieuwe aanpak** op te stellen. De bedoeling is dat de **ineffectieve zorg wordt geschrapt**. Dat is nodig want Midden-Groningen heeft een tekort van 3,9 miljoen op de jeugdhulp.

Als de huidige trend doorzet, dreigt het tekort in de toekomst te verdubbelen. Wat valt verantwoordelijk wethouder Peter Verschuren op? Dat er aan probleemgezinnen met meervoudige problematieken, ontwikkelachterstanden en een zwakke financiële basis (armoede) steeds meer en duurdere zorg wordt geboden (BB, 26 okt. 2018: 11). Maar er is twijfel over de effectiviteit hiervan. Anders gezegd: helpt het echt? De wethouder is van mening dat sommige gezinnen mogelijk meer gebaat zijn bij een eenvoudige regel van 'rust, reinheid en regelmaat'. Een van de uitkomsten zou kunnen zijn, het is een optie, dat gezinsondersteuning geboden wordt in plaats van dure niet-effectieve jeugdhulp, aldus de wethouder. Er komen dus onderzoeken naar de effectiviteit per probleemgezin. Dat onderzoek en het maken van nieuwe plannen zal naar verwachting een wissel trekken op de sociale teams in de gemeente.

Dan is er het financiële plaatje van gemeenten, **elders in het land**. In 2018 laten diverse gemeenten weten dit jaar forse tekorten op de jeugdhulp te hebben, waaronder Sittard-Geleen, Venlo, Assen, Den

Haag, de regio Amsterdam, Dongen, Midden-Groningen, de regio Hart van Brabant en de dertien Zeeuwse gemeenten. Andere gemeenten trokken eerder aan de bel over miljoenentekorten. Uit een analyse van de jaarrekeningen 2017 in opdracht van Divosa kwam naar voren dat gemeenten 605 miljoen euro **meer** aan jeugdhulp hebben uitgegeven dan begroot. Op de 'stropenpot' voor tekorten (fonds tekortgemeenten) op de jeugdhulp en Wmo over 2016 en 2017 hebben **88 gemeenten** een beroep gedaan. Diverse woordvoerders uit de Tweede Kamer maakten zich daarom grote zorgen over de tekorten, zo bleek tijdens een algemeen overleg. Minister De Jonge (VWS) laat in 2018-2019 bij een dertigtal gemeenten (wellicht een paar meer of minder) een onderzoek doen naar de omvang en de oorzaken van de financiële tekorten. De helft met een tekort en de helft met een overschot. De resultaten ervan worden in het voorjaar van 2019 gepresenteerd, zo is het streven. Ook komt er een analyse naar de **volumegroei** in de jeugdhulp. Daarnaast worden de toekenningen geanalyseerd van het fonds tekortgemeenten. Die drie analyses moeten een goed beeld geven waarom de ene gemeente wel en de andere gemeente niet uitkomt met het jeugdbudget. De Jonge sluit niet op voorhand uit dat er eventueel meer geld bij komt, maar wil ook niet op de uitkomsten vooruitlopen, zo zei hij begin oktober 2018 in een Algemeen Overleg met de Tweede Kamer. 'Er hoeft niet altijd geld bij; mogelijk kunnen ook andere keuzes worden gemaakt', zo stelde hij. Het gaat om de tekorten in de jeugdhulp, maar 'de conclusies worden bezien in het totaal van het sociaal domein', aldus de woordvoerder.

Conclusie. Er komen meer jeugdigen in de jeugdhulp, de prijs per hulptraject stijgt. Bij diverse gemeenten loopt de jeugdhulp financieel uit de rails door volumegroei. Bedragen uit de landelijke stropenpot volstaan niet om gaten te dichten. Volgens gemeentebesturen moet er op jeugdhulp bezuinigd worden. Geen eenvoudig zaak. Hoe? Vanuit vraagtekens bij de effectiviteit van bepaalde professionele jeugdhulp, onder meer aan probleemgezinnen, worden onderzoeken gestart om de jeugdhulpplannen per integrale hulpvraag te herijken.

Participatiewet

Bij beschouwingen over het sociale domein lees je meer over de Wmo dan over de Participatiewet. Hoe zit het met die Participatiewet? Vanaf 1 januari 2015 zijn gemeentebesturen met de invoering van de Participatiewet verantwoordelijk voor alle mensen die kunnen werken, maar daarbij ondersteuning nodig hebben. De wet vervangt de Wet werk en bijstand (WBB), de Wet Sociale Werkvoorziening en een gedeelte van de Wajong. De visie achter de wet is dat alle mensen, ook mensen met een beperking als volwaardige burgers mee kunnen doen in de samenleving. Bij voorkeur in de vorm van regulier werk (dat heet '*de inclusieve arbeidsmarkt*') maar als dat (nog) een brug te ver is, zouden ze op een andere manier moeten kunnen participeren in de samenleving.

Met de invoering van de Participatiewet worden gemeenten verantwoordelijk voor alle mensen met **arbeidsarbeitsvermogen** die **ondersteuning nodig hebben**. Gemeenten krijgen er meer bevoegdheden en taken bij.

De Participatiewet is er gekomen met de doelstelling om zoveel mogelijk iedereen regulier te laten werken. Dat is het '**iedereen doet mee**'- *principe*. Gemeentebesturen dienen zich te richten op het optimaliseren van de verdiencapaciteit van mensen, het bieden van maatwerkoplossingen waarbij het sociale netwerk centraal staan, het bieden van dienstverlening aan kwetsbare groepen, het intensiveren van contacten met het bedrijfsleven en het faciliteren van ontmoetingen tussen werkgevers en werkzoekenden.

In de zogenaamde '**participatiesamenleving**' moeten mensen meer zorg voor elkaar dragen en juist zorg aan kwetsbare mensen zoals mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische achtergrond staat hoog in het vaandel. Uit het onderzoek van Femmianne Bredewold (2014) blijkt dat de meeste mensen helemaal geen contact hebben met iemand die een verstandelijke of psychiatrische beperking

heeft. En als er contact is, ontstaan er gemakkelijk problemen. Met name waar grenzen ontbreken, vervagen en overschreden worden, ontstaan gemakkelijk vervelende situaties die ontaarden in conflicten en pesterijen. Haar boek 'Lof der oppervlakkigheid' **relatieveert** het ideaal van de participatiesamenleving en geeft handvatten om de vermaatschappelijking van de zorg en de verwachtingen opkomend na de invoering van de Wmo en Participatiewet in goede banen te leiden.

Wat deden gemeentebesturen op het vlak van de Participatiewet later? Aan de hand van interviews en deskresearch bij 29 gemeenten en een online vragenlijst die door 123 van de aangeschreven 145 gemeenten is ingevuld (respons van 85 procent), schetst Movisie in 2015 een representatief beeld van de ervaringen van gemeenten met de Participatiewet in de eerste helft van 2015. De centrale vragen voor dit onderzoek zijn:

Op welke wijze geven gemeenten uitwerking aan de Participatiewet in beleid en werkprocessen? Hoe ervaren gemeenten onder de Participatiewet het naar werk begeleiden van mensen met arbeidsvermogen, met of zonder arbeidsbeperkingen?

2015

Gemeenten hebben de eerste helft van 2015 gebruikt om de praktijk van de Participatiewet in beeld te krijgen: om welke doelgroep gaat het, hoe werken de procedures en de instrumenten en wat betekent dit voor het beslag op de gemeente, zowel in capaciteit als in middelen? Daarbij heeft een aantal **grotere gemeenten** de consequenties van de Participatiewet goed in beeld. Zij nemen ook initiatieven om dit goed door te voeren. Kleinere gemeenten wachten vaker af.

Wise up Consultancy heeft in 2015 de volgende vraag onderzocht: Welke keuzes maken gemeenten met betrekking tot de implementatie van de Participatiewet en welke gevolgen heeft dit voor het vormgeven van de dienstverlening? Het UWV werkte mee en de volgende gemeenten: Heerlen, Oss, Weert, Tilburg, Drechtsteden en de samenwerkende gemeenten Waalwijk, Loon op Zand en Heusden.

De invoering van de Participatiewet en uitvoering van de afspraken uit het Sociaal Akkoord betekenen een ingrijpende wijziging voor gemeenten; in de uitvoering, maar ook in beleid en samenwerking in de regio. Er wordt een verbetering in de dienstverlening gevraagd, gecombineerd met een bezuiniging. Dat wordt eufemistisch '**een dubbele uitdaging**' genoemd. Een algemene conclusie die op basis van de gesprekken kon worden getrokken, is dat blijkt dat de gemeenten deze uitdagingen niet zien als een belemmering maar als een kans om kritisch te kijken naar het eigen functioneren en om veranderingen door te voeren. Uiteraard zijn er aandachtspunten, maar het focussen op kansen en samenwerking en het verbeteren van de eigen dienstverlening voert de boventoon.

De deelnemende gemeenten zijn grotendeels **tevreden over de voortgang** omtrent de implementatie van de Participatiewet in de eigen organisatie. Gemeenten geven prioriteit aan het toerusten van de uitvoerende medewerkers op de nieuwe situatie die is ontstaan sinds januari 2015. Zij staan aan de voorkant en de overgang naar de nieuwe dienstverlening moet voor bestaande en nieuwe klanten soepel verlopen. Op basis van de gesprekken wordt duidelijk dat de gemeenten veel aandacht hebben besteed aan dit interne proces en vertrouwen hebben in een goede voortgang.

Aan de achterkant speelt op beleidsniveau echter een aantal vraagstukken. Te noemen zijn:

- hoe gaan de zaken lopen rondom 'beschut werk',
- de afbouw van de sociale werkvoorziening,
- is de (voorlopig) gekozen positionering van de voormalig SW-bedrijven (SW staat voor sociale werkvoorziening) de juiste?,
- hoe zal de regionale samenwerking zich ontwikkelen, en
- hoe gaat de invulling van de garantiebanen via het Regionaal Werkbedrijf verlopen?

Het zijn thema's die vragen om het maken van strategische keuzes en besluiten. Besluiten die gemeenten veelal **niet alleen** kunnen nemen, maar in samenwerking met de andere gemeenten in de regio en partijen als het UWV moeten worden genomen. Dit vergt veel tijd, afstemming en het kweken van onderling vertrouwen. Gemeenten kiezen er daarbij voor om in te zetten op het zichtbaar maken van de voordelen van samenwerking en op basis daarvan stappen te zetten. Op deze manier wordt het snelst vooruitgang geboekt. Op termijn wordt het dan makkelijker om de 'moeilijke' dossiers te bespreken en ook daarin gezamenlijk besluiten te nemen.

2017

De gemeente Hilversum heeft deelgenomen aan de Divosa Benchmark Werk en Inkomen. Daar is die dus, de benchmark. De resultaten zijn in 2017 gepubliceerd. Het gemeentebestuur van Hilversum stelde zich als opgave uit de Participatiewet om te werken aan *de inclusieve arbeidsmarkt* 'waar voor iedereen een plek is naar het eigen vermogen om te kunnen participeren, ongeacht afstand tot de arbeidsmarkt en/of beperking'. In 2017 zijn 569 uitkeringen Participatiewet beëindigd ten opzichte van 543 in 2016. Daarvan zijn 186 mensen naar volledig betaald werk begeleidt. In het streven naar inclusiviteit is meer bereikt voor meer mensen. Enkele illustraties.

- Er is meer focus bij de medewerkers aangebracht door in de eigen caseload een prioritering aan te brengen van een kleiner aantal uitkeringsgerechtigden zodat deze gerichter ondersteund konden worden. Resultaat: 15 personen extra uitstroom naar werk ten opzichte van 2016.
- Hilversum heeft geïnvesteerd in een jongerenteam om jongeren meer op maat te kunnen ondersteunen. Resultaat: 34 jongeren zijn uitgestroomd vanwege de start van een opleiding, ten opzichte van 16 in 2016.
- Hilversum heeft een kwaliteitsverbetering kunnen bereiken in het zien van kansen voor potentiële zelfstandig ondernemers vanuit de Participatiewet. Resultaat: 29 mensen zijn uitgestroomd door het starten van een eigen onderneming. (cijfer 2016: 24)
- Het gemeentebestuur van Hilversum zag vanaf 2015 en 2016 een grote instroom van statushouders ontstaan. Daarom is in ondersteuning geïnvesteerd, met name in gespecialiseerde begeleiding voor deze groep. Resultaat: In 2017 hebben 77 statushouders werk en/of studie aanvaard, ten opzichte van 60 in 2016.
- De gemeente heeft geïnvesteerd in samenwerkingsvormen met maatschappelijke partners om uitkeringsgerechtigden een plek bij een partner te geven die zich kunnen ontwikkelen op een werkplek. Deze nieuwe manier van ruimte geven aan ontwikkeling noemt men NOVA, arbeidsontwikkeling nieuwe stijl. Resultaat: 70 deelnemers in 2017.
- De samenwerking is versterkt tussen gemeente, UWV en Werkgeversservicepunt (WSP) om een inwoner maar ook een werkgever de juiste route te kunnen bieden 'van kandidaat naar werkplek'. In 2017 is de organisatie van de werkgeversdienstverlening door het WSP aangepast; centraal georganiseerd voor de gehele regio Gooi & Vecht, maar lokaal aanwezig om de optimale aansluiting op het Sociaal Plein mogelijk te maken. Resultaat 2017: 91 mensen uit de Participatiewet naar betaald werk begeleid door WSP.
- Het gemeentebestuur versterkte de samenwerking met het onderwijs. Er is gezamenlijk een wijkleerbedrijf in de zorg ontwikkeld om mensen uit de Participatiewet bij wijze van pilot een kort leer-werktraject te kunnen laten volgen. Resultaat: in 2018 kunnen 30 mensen uit Participatiewet dit traject volgen.
- Hilversum heeft via de regionale Werkkamer samen met werkgevers, werknemers, UWV het onderwerp 'banen voor mensen met een blijvende beperking' op de kaart kunnen zetten. Maar tegelijk zet Hilversum hier ook lokaal op in: er is extra geïnvesteerd in het leren kennen van de doelgroepen vanuit de banenafpraak en quotumregeling. Zo waren meer mensen in een

aangepaste werkplek te plaatsen. De definitieve jaarcijfers 2017 worden nog verwacht van het UWV. Indicatie regionaal resultaat 2017: 885 plaatsingen ten opzichte van 747 in 2016.

- De gemeente Hilversum zelf heeft als werkgever een voorbeeldfunctie om mensen met een beperking in dienst te nemen en heeft hiertoe in 2017 extra middelen gereserveerd om intern de benodigde formatie mogelijk te maken. Resultaat 2017: 5 mensen werkzaam binnen gemeente Hilversum in 2017.
- De gemeente Hilversum heeft de samenwerking tussen de eigen medewerkers aan het begin van de uitkeringsaanvraag zo kunnen versterken, dat deze beter in staat zijn de poort te bewaken en instroom te voorkomen. Niet door mensen af te wijzen, maar door alternatieven te bieden waardoor een gemeentelijke uitkering niet nodig is. Resultaat 2017: in totaal steeg het aantal uitkeringen in 2017 met 29, tegenover een stijging van 144 in 2016.
- Hilversum heeft werkgelegenheid bij de Tomin Groep voor de komende jaren kunnen borgen voor mensen in de sociale werkvoorziening door het inbesteden van grote gemeentelijke opdrachten ook voor de toekomst mogelijk te maken en de sturing op de uitvoering van de sociale werkvoorziening te verbeteren. Dat heeft in 2017 geleid tot een nieuwe gemeenschappelijke regeling (GR) Werkvoorzieningsschap Tomin Groep. Hilversum is als centrumgemeente van de arbeidsmarktregio Gooi en Vechtstreek nu naar rato van het aantal Hilversummers in de sociale werkvoorziening vertegenwoordigd in zowel stemverhouding in het algemeen bestuur van de GR als in het aandeel in de financiën van de regionale samenwerking. Resultaat: 'governance regionale samenwerking' versterkt om de zorg voor 297 Hilversumse sociale werkplekken goed uit te kunnen voeren.
- Hilversum heeft de opgave uit de Participatiewet om beschut werk aan te bieden ('de nieuwe sociale werkvoorziening') ingevuld door hierover met de Tomingroep goede afspraken te maken. Resultaat 2017: 5 mensen met een indicatie hebben een beschutte werkplek bij de Tomingroep.

De stand van zaken in 2018

De Participatiewet werd op 1 januari 2015 ingevoerd en betekende het samenvloeien van drie regelingen gericht op mensen die niet zelfstandig aan de slag kunnen komen. Het doel: één regeling voor de onderkant van de arbeidsmarkt, waarbij de verantwoordelijkheid voor de uitvoering bij gemeenten ligt. Hoe ver waren gemeenten eind 2018? Gemeenten zijn **minder ver** met Participatiewet dan verwacht. De realisatie van het begeleiden naar werk van mensen die ondersteuning nodig hebben bij het vinden van werk of aanspraak kunnen maken op aangepaste arbeid, **blijft achter** bij de aantallen die berekend zijn bij de invoering van de Participatiewet. Dit blijkt uit de *'Landkaart van de Participatiewet'*, een data-analyse die Berenschot in november 2018 presenteerde. Een tweede constatering is dat deze doelgroep de komende jaren **gestaag groeit**.

Hoewel gemeenten intussen wel meer mensen met een arbeidsbeperking naar werk begeleiden dan vóór de decentralisatie, blijven zij in de realisatie van de Participatiewet **nog sterk achter** bij de verwachte aantallen bij de invoering van de wet.

Zo slaagt maar liefst **driekwart** van alle gemeenten er niet in de taakstelling '**nieuw beschut werk**' te realiseren. Wie behoren tot de doelgroep?

Tot de doelgroep 'beschut werk' behoren mensen die (nog) niet in een reguliere baan kunnen werken, ook niet met extra begeleiding en ondersteuning, maar uitsluitend in een beschutte omgeving onder aangepaste omstandigheden, mogelijkheden tot arbeidsparticipatie hebben. Het gaat om mensen die door hun lichamelijke, verstandelijke of psychische beperking zoveel (structurele) begeleiding of aanpassing van de werkplek nodig hebben, dat niet van een werkgever mag worden verwacht dat hij deze mensen in dienst neemt. Ook niet met extra voorzieningen van gemeente of UWV. Dit onderscheidt de doelgroep 'beschut werk' van de doelgroep voor de banenafpraak.

Voor de financiering van het 'beschut werk' zijn per jaar onder meer de volgende middelen beschikbaar:

- middelen voor begeleiding en de inzet van werkvoorzieningen in het Participatiebudget (onderdeel integratie-uitkering sociaal domein Gemeentefonds);
- middelen voor loonkostensubsidie in het I-deel (BUIG-budget);
- de loonwaarde van de werknemer op een 'beschut werk'-plek;
- middelen van de impuls 'beschut werk';
- eventueel additionele middelen van gemeenten.

Ik licht er een instrument uit. Het totaal aantal verstrekte loonkostensubsidies ligt volgens de 'Landkaart van de Participatiewet' rond **de helft** van het **vooraf verwachte aantal**. Slechts 41 gemeenten weten wel het verwachte of een groter aantal loonkostensubsidies te verstrekken.

Verder blijkt uit de 'Landkaart van de Participatiewet' dat na een continue toename in de komende jaren de groei van de doelgroep pas rond 2050 stagneert. De oude regelingen van vóór de Participatiewet zijn dan op natuurlijke wijze leeggestroomd, en de gemeente is vanaf dat moment verantwoordelijk voor de volledige onderkant van de arbeidsmarkt.

Ook de **complexiteit van de doelgroep** neemt toe: nieuwe instromers – grotendeels jonge arbeidsgehandicapten – hebben over het algemeen een grotere afstand tot de arbeidsmarkt.

Uit de interviews die Berenschot gehouden heeft voor de 'Landkaart van de Participatiewet' blijkt dat vooral **financiële discussies** een rol spelen bij deze achterblijvende resultaten. Vanwege de flinke bezuinigingen die gepaard gingen met de invoering van de Participatiewet, hebben gemeenten per persoon uit de doelgroep minder geld voor het begeleiden naar werk of het bieden van aangepaste arbeid. Bij veel gemeenten lopen de **financiële tekorten** dan ook op.

Het risico bestaat dat gemeenten daarom op de rem trappen en hun ambities temperen. Martin Heekelaar, sectorleider sociaal domein bij Berenschot en een van de opstellers van het onderzoek zegt het zo: 'Het verstrekken van een uitkering is goedkoper dan actief re-integratiebeleid, klinkt het dan. Dat kan op korte termijn zo zijn, maar op de lange termijn loont het vrijwel altijd om te investeren in het naar werk begeleiden van mensen. Dat vraagt om een langetermijnvisie en het meerjarig inzichtelijk maken van financiële effecten'.

De komende collegeperiode 2018-2022 zal bepalend zijn voor het slagen van de Participatiewet. 'Gemeenten moeten laten zien dat ze met relatief beperkte middelen in staat zijn om grote groepen zo regulier mogelijk aan de slag te helpen. Met veel nieuwe wethouders op dit thema wordt dat een spannende opgave', meent Heekelaar. 'Komende tijd onderzoekt Berenschot hoe gemeenten deze opgave het hoofd kunnen bieden.'

Conclusie. De Participatiewet veroorzaakt nogal wat bevingen. Het blijkt niet eenvoudig voor gemeenten om mensen die het nodig hebben aan werk te helpen. Bovendien is er nogal wat budget mee gemoeid. De uitvoering van het werk voldeed niet helemaal aan de verwachtingen. Of gemeenteraden hiermee aan de slag gingen? Nauwelijks. Te technisch? Er zijn uitzonderingen.

Oordelen (2): vanuit de gemeentefinanciën

De betekenis van het sociaal domein voor het gezicht van de moderne 'sociale' gemeente is heel groot geworden. Wat is het aandeel van het sociaal domein in het uitgaventotaal van de Nederlandse gemeenten? Eerst iets over de ontwikkeling van het budget.

Analyse van het COELO

Het COELO kwam begin 2015 met cijfers. Gemeenten geven in 2018 4,8 miljard euro meer uit dan zij binnen krijgen, zo blijkt uit 'Gemeenten in perspectief' 2014-2018 van het Centrum voor Onderzoek van

de Economie van de Lagere Overheden (COELO) in opdracht van de VNG. Dat bedrag is gebaseerd op het eind december 2014 bekende overheidsbeleid.

Belangrijkste **oorzaak** van het tekort van bijna 5 miljard euro is de decentralisatie van taken op het gebied van zorg, jeugd en participatie naar gemeenten per 2015. Gemeenten krijgen daarvoor veel minder geld dan het Rijk en de provincies ervoor nodig hadden. De bevinding valt niet zo maar uit de lucht. In een rapport uit 2013 berekende het COELO het gat tussen inkomsten en uitgaven van gemeenten. Dat kwam toen uit op 6 miljard euro in 2017, dat is 1,2 miljard euro meer dan het COELO begin 2015 berekende voor 2018.

In euro's bedraagt het tekort in 2018 per inwoner volgens het COELO-rapport 284 euro. Het tekort is niet gelijkmatig verdeeld over de afzonderlijke gemeenten. Grote gemeenten met een **centrumfunctie** kampen met de grootste tekorten: 396 euro per inwoner per jaar. Ook gemeenten met een **mindere sociale structuur** kennen grotere verschillen tussen uitgaven en inkomsten. Van alle beleidsterreinen geven gemeenten het meest uit aan sociale bescherming, bijna een kwart. Hoe beter de sociale structuur van een gemeente, hoe kleiner het tekort.

In tegenstelling tot het Rijk kennen gemeenten de plicht een **sluitende begroting** te hebben. Gemeenten moeten hun nettoutgaven in evenwicht hebben met hun netto-inkomsten. Die laatste komen uit de algemene uitkering uit het Gemeentefonds, uit lokale belastingopbrengsten en uit overige middelen. Lokale belastingopbrengsten bieden maar nauwelijks een oplossing voor gemeenten met grote tekorten. Zelfs een verdubbeling van de lokale belastingtarieven zou geen soelaas bieden. Gemeenten met tekorten moeten dus **hun uitgaven beperken**. Aan verslechtering van het voorzieningenniveau valt dan niet te ontkomen. Het COELO-onderzoek laat zien dat de meeste burgers daar wel begrip voor hebben. **Bezuinigingen in het sociale domein wijzen zij echter in meerderheid af**. Gemeenten kunnen tekorten op de begroting ook dichten door hun schuldenlast te laten **oplopen**, mits zij een goede financiële positie hebben. Dat leidt wel tot hogere rentebetalingen.

De quickscan van bureau AEF

Het bureau Andersson Elffers Felix heeft in 2017 een quickscan verricht naar **meerjarige significante financiële tekorten** in het sociale domein. Het volgende bleek.

- Tal van gemeenten hebben te maken met tekorten in **alle drie** de decentralisaties. Het merendeel van de gemeenten heeft geen mogelijkheden om de tekorten bij de ene decentralisatie te compenseren met overschotten in andere gevallen.
- Een deel van de verklaring voor tekorten zit in zaken waarop gemeenten zelf geen grip hebben, zoals de financiële **verdeelmodellen** op rijksniveau ten aanzien van de verdeling van middelen over Amsterdam, Assen, Arnhem en al die andere gemeenten in het land. Er kunnen ook autonome ontwikkelingen zijn in cliëntenaantallen en doorverwijzingen van huisartsen, gecertificeerde instellingen en rechters en gevolgen van rechterlijke uitspraken.
- In 2015 en een deel van 2016 hadden tal van gemeenten weinig zicht op basale informatieaantallen, zoals cliëntaantallen en kosten die met de overgekomen taken samenhangen (Van Veldhuisen e.a., 2017). Hier komt dus de noodzaak tot monitoring weer om de hoek kijken.

De gemeenterekeringen over 2017

Dat was het beeld voor 2014-2018 maar wat zeggen de gemeenterekeringen? In 2017 werd grofweg 650 miljoen euro **meer** uitgegeven aan de hulp aan jongeren **dan verwacht was** (Bekkers, 2018). In 2018 gaat driekwart van de gemeenten daar nog eens overheen. En in 2019 zal het weer verder problematisch zijn, mede omdat het aantal jongeren dat door wijkteams in behandeling wordt genomen toeneemt. De vraag stijgt.

Aandeel van sociaal domein in gemeenterekening: Volgens de gemeenterekeningen is het aandeel van het sociaal domein in het uitgaventotaal in 2015 56 procent en in 2017 61 procent. Het sociaal domein is een hoofdbestanddeel geworden van het gezicht van de gemeente. Zuiver uitgaande van de gemeentebegroting en rekening is het al lang niet meer zo dat wat de gemeente doet op het vlak van ruimtelijke ordening; woningbouw; volkshuisvesting; verkeer; economische zaken; cultuur, sport en recreatie; of openbare orde en veiligheid het meest gezichtsbepalend is. Taken op deze en andere gebieden zijn onverkort van belang, maar in financieel opzicht heeft het sociaal domein meer betekenis.

Verschillen tussen gemeenten in aandeel van het sociaal domein: Achter het landelijk gemiddelde gaan grote verschillen tussen gemeenten schuil. Zo ging het aandeel van het sociaal domein in de totale uitgaven bij de gemeenten van 100.000 tot 250.00 inwoners van 59 procent naar 66 procent (Steiner, 2018: 5). Het sociaal domein kent in die gemeenten financieel gezien nog meer gewicht dan in de andere.

Stijging: De gemeenten hebben volgens de jaarrekeningen in 2017 724 miljoen euro ofwel 4,4% méér uitgegeven aan het sociaal domein dan begroot (Steiner, 2018). Dat blijkt uit een analyse van de jaarrekeningen van gemeenten.

Waar vond het grootste gedeelte van de stijging plaats?: Het grootste gedeelte van de stijging vond plaats in het cluster Jeugdzorg; de feitelijke netto-uitgaven waren in dat cluster €605 miljoen ofwel 18,9% hoger dan begroot.

Waren ook de feitelijke netto-uitgaven in 2017 in de hoek van de Wmo en Participatiewet hoger dan begroot? Inderdaad. Ook de feitelijke netto-uitgaven van de twee clusters Inkomen en participatie en Maatschappelijke ondersteuning waren hoger dan begroot, maar hun groei was relatief veel kleiner: 2,7% en 3,6%. Die percentages komen overeen met €76 miljoen resp. €122 miljoen. Dat is duidelijk minder dan in het cluster Jeugd,

Waar haalden de gemeentebesturen dat geld vandaan?: Ze hadden een meevaller door een hogere gemeentefondsuitkering, maar dat was lang niet genoeg. De jaarrekeningen van 2015, 2016 en 2017 laten een stijging te zien in de uitgaven in het sociaal domein. Om de kortingen op te vangen, gaven gemeenten **minder uit aan andere, meer 'traditionele' beleidsterreinen**. Dat is ook te zien aan het aandeel van het sociaal domein in het uitgaventotaal; dit ging van 56% in 2015 naar 61% in 2017. Onvermijdelijk daalde het aandeel van de andere uitgaven van 44% naar 39% in het uitgaventotaal.

En dat terwijl er eerder al bezuinigd was op de traditionele beleidstaken, aldus Allers en Steiner (2015: 38).

Reflectie: De vraag is hoe lang gemeenten hun beleid op het sociaal domein kunnen volhouden. Vooral de jeugdzorg wordt in 2018 duurder. Driekwart van de gemeenten gaf in 2018 meer geld uit aan de jeugdzorg dan ze eerder hebben gedaan (BB online, 05 nov. 2018). Daar klagen gemeenten als Rotterdam en Midden-Groningen in november 2018 over. Dat levert op meerdere manieren druk op:

- Binnen het jeugdzorgbudget (1). De vraag komt op of er niet te veel geld gaat naar specialistische jeugdzorg en naar (te) specialistische omgang met veel probleemgezinnen terwijl het positief effect daarvan niet bewezen is. Dan is wellicht te overwegen het toch waar mogelijk met middelen gericht op meer basale zorg te proberen waarvan bewezen is dat die paal en perk stellen aan ongewenst gedrag met gevolgen voor de geestelijke en fysieke gesteldheid van de leden in het huishouden. Aldus een redenering die zo ongeveer in de gemeente Midden-Groningen is aangetroffen

- Binnen het jeugdzorgbudget op zich ontstaat ook andere druk (2). De vraag komt naar voren of acute hulpvragen nog beantwoord kunnen worden als er veel budget gaat naar specialistische jeugdzorg? Moeten de drempels voor professionele jeugdzorg verhoogd worden? Vier op elke tien gemeenten overweegt dat (Bekkers, 2018b).
- Binnen het jeugdzorgbudget op zich is er nog een thema (3). De vraag is of de jeugdzorg niet versoberd moet worden tot echte bewezen goede zorg ('evidence-based') in plaats van de gepredikte specialistische zorg bij hoge complexiteit waarvan de goed bedoelde werking onduidelijk is?
- Binnen de verhoudingen op het sociale domein. Er wordt gekort op het budget voor de thuiszorg en de zorg voor chronisch zieken om zo de jeugdzorg onaangetaast te laten? Dat is een discussiepunt. Wordt jeugdzorg voorgetrokken?
- In de verhouding met de traditionele beleidsterreinen. Daar worden middelen weggehaald ten faveure van de jeugdzorg. Hoe lang kun je daarmee doorgaan? Wat zijn de gevolgen?
- Met betrekking tot de reservepositie. Er wordt geput uit reserves. Reserves zijn evenwel eindig.
- Met betrekking tot de doorverwijzers. Worden jongeren sneller in behandeling genomen? Moet aan huisartsen gevraagd worden om jeugdigen met een probleem minder snel door te verwijzen naar specialisten? Moeten gemeenten huisartsen geheel of gedeeltelijk faciliteren door te suggereren meer praktijkondersteuners in dienst te nemen en die te financieren? Een leidraad van de Landelijke Huisartsenvereniging en Vereniging van Nederlandse Gemeenten getiteld '*Leidraad samenwerking huisartsen en gemeenten rond jeugd*' geef enig houvast..
- Wat is de opstelling van wijkteams? Leveren zij een bijdragen aan de groei van het budget op het sociaal domein?
- Met betrekking tot de samenleving en de jongeren zelf. De vraag komt op of opvoeding nog werkt en grenzen stelt aan gebruik van verslavende middelen en ongeremd gedrag van jongeren of andere problematisch gedrag in het onderwijs of de openbare ruimte. Denk aan schoolverzuim, drugshandel en criminaliteit. Hier dient zich het vraagstuk van ketenverantwoordelijkheid en ordehandhaving aan.

Afzonderlijke gemeenten bezien

Tientallen gemeenten kwamen als gevolg van uitgaven op het sociale domein in financiële problemen, onder meer door **volumegroei**, dus doordat meer hulpvragen binnenkwamen en gehonoreerd zijn en doordat **het netwerk** rondom burgers toch **minder** kon bieden dan de ronkende taal over 'de participatiesamenleving', een achterliggend concept bij de decentralisaties, doet vermoeden. Dat wordt hier duidelijk. Ook komt aan de orde hoe te bezuinigen.

Van de gemeentelijke middelen voor ondersteuning naar werk wordt 80 procent besteed aan personen met een geestelijke en/of fysieke beperking. Het reïntegratiebudget per bijstandsgerechtigde is sinds 2010 met driekwart gedaald van €4.811 euro naar €1.120 euro. Tegelijk is het bijstandsvolume gestegen naar 467.000 uitkeringen. Van de jongeren onder 18 jaar ontvangt een op de tien in ons land een vorm van jeugdhulp.

Hoewel gemeenten actief proberen te doen aan volumebeleid, blijven de financiën op het vlak van het sociaal domein een punt van zorg. De VNG rapporteert in 2017: '*Steeds meer gemeenten signaleren*

tekorten in het sociale domein'. Tussen **60 en 90 gemeenten** signaleren dat ze hier in meer of mindere mate een probleem hebben (VNG, 2017: 19). Hier komt de lokale democratie in beeld. In de berichtgeving in gemeenten gaat de aandacht mede daarom vooral uit naar financiën en administratieve lasten. Innovatieve aanpakken blijven wel eens onderbelicht. Vaak wordt dat veroorzaakt doordat die innovatie niet in begrijpelijke bewoordingen voor het voetlicht wordt gebracht en de nieuwswaardigheid niet uit de verf komt (VNG, 2017: 28).

De tekorten van Venlo nader bezien

Daarmee is een landelijk beeld ontstaan van werken op het sociaal domein. Hoe is het met het belangrijke onderwerp van de sturing op de financiële kant van de zaak?

Er zijn gemeenten die in financiële nood zijn gekomen door de decentralisaties in het sociale domein. Te noemen zijn bij voorbeeld Hengelo, Sittard-Geleen en Venlo. Over twee van deze drie iets meer.

De gemeente Hengelo had in 2014 de inschatting dat 1250 unieke kinderen en jongvolwassenen (tot 23 jaar) een vorm van hulp in het sociaal domein zouden krijgen in de vorm van 2106 zorgtrajecten. In 2017 bleek Hengelo 2056 cliënten te hebben, die samen goed waren voor 4228 zorgtrajecten. Dit is een **sterke stijging** in het **aantal cliënten** en van **zorgtrajecten in de jeugdhulp**. Het gevolg was een oplopen van financiële tekorten in 2019 en 2020. In 2020 is er 9 miljoen euro tekort. Hengelo stelt daarom een **'task force'** in om te bereiken dat de zorgtaken binnen de beschikbare budgetten worden uitgevoerd. De task force ging zoeken naar aangrijpingspunten voor sturing.

De rekenkamer van Venlo is ook met een analyse gekomen van ontwikkelingen in het sociale domein. De rekenkamer stelt in 2018 vast dat er *grote financiële tekorten* waren in het sociaal domein die vooral te wijten waren aan onvoorziene uitgaven. In 2016 ging het om 12 miljoen euro, in 2017 om 25 miljoen euro. De gemeente besloot **hard in te grijpen**. Venlo wil niet meer dan 143 miljoen uitgeven. In 2017 was dat nog 155 miljoen. De rekenkamer stelt in 2018 vast dat de gemeente doorslaat bij de aanpak van de overschrijdingen in het sociaal domein. Er wordt meer bezuinigd dan wenselijk is. De rekenkamer onderschrijft op zich wel de noodzaak om te bezuinigen, maar vindt dat het gemeentebestuur doordraaft. De rekenkamer komt uit op een uitgavenplafond van 147 miljoen, wil de zorg geboden worden die van een centrumgemeente van die omvang verlangd mag worden. De rekenkamer baseert zich bij de bepaling van een realistisch kostenniveau op uitgaven van **vergelijkbare gemeenten**, zoals Almelo, Emmen, Roermond, Roosendaal, Tilburg en Vlaardingen. Door het uitgavenplafond te verhogen van 143 miljoen naar 147 miljoen zou de gemeenteraad van Venlo dus minder hoeven te bezuinigen.

Hoe toch te bezuinigen? Met **meer inzet op basiszorg** kan een deel van de bezuinigingen worden gehaald. Ergo, de zorg wordt schraler. Dat zou niet ten nadele van de hulpvragers zijn. Hoe overigens die overschrijdingen zo laat werden opgemerkt? Volgens de rekenkamer door gebrek aan controle van het college van burgemeester en wethouders van de kant van de gemeenteraad.

Het rapport laat bij lezing overigens zien dat het gemeentebestuur **teveel dure specialistische hulp** verleende waar basiszorg voldoende was. De toegang tot maatwerkvoorzieningen moet meer **beperkt** worden, volgens de rekenkamer.

De vergelijking met andere gemeenten leert verder het volgende.

- De vergelijking met referentiegemeenten laat zien dat in Venlo sprake is van een hoog aantal cliënten en voorzieningen.
- In Venlo liggen de lasten in het sociale domein hoger, met name voor jeugdhulp, basisondersteuning en opvang & beschermd wonen. Dat komt door een gebrekkige sturing op

beheersing van de instroom. Werkprocessen blijken een drempel op te werpen voor gebruik van basisvoorzieningen. Dat betekent dat in de keukentafelgesprekken en wijkteams **te makkelijk** hulp van specialistische organisaties toegezegd wordt, volgens de rekenkamer. Maar dat weet de rekenkamer niet uit een analyse van honderden of duizenden keukentafelgesprekken. Het is een conclusie vanuit helicopterspectief zonder kennis van de situatie 'op de grond'.

- In vergelijking met andere gemeenten is in Venlo sprake van meer inzet van eigen personeel.

Of de wethouder hiermee iets kan? De wethouder vindt vier miljoen minder bezuinigen om 'betere' zorg te verlenen op het oog aantrekkelijk, maar dan moet het bestuur elders vier miljoen zien te vinden om de begroting sluitend te krijgen. De wethouder is overigens positief over het rapport. Het leert dat Venlo de belofte heeft 'waargemaakt' om burgers 'ruimhartig' van zorg te voorzien.

Wat stelt het college van Venlo daarop voor?

- Eigen kracht eerst.** De sociale (wijk)teams zouden structureel meer kunnen inzetten op eigen kracht van hulpvragers, op sociale netwerken en op basisvoorzieningen en zo de toegang tot maatwerk inderdaad minder ruim kunnen maken.
- Meer doelmatigheid.** De uitvoeringsorganisatie zou mogelijk ook nog wat doelmatiger kunnen functioneren volgens het college.
- Schrappen.** Zie voorts af van maatregelen waarvoor de noodzaak ontbreekt of die overbodig kunnen uitpakken. Betrek de raad bij deze afweging.
- Kostenbeheersing.** Versterk de sturing op kostenbeheersing daar waar dat kan (en iemand aan knoppen kan draaien). Hierbij hoort er aandacht te zijn voor prikkels in de dagelijkse werkzaamheden die gericht zijn op budgetbeheersing.
- Leren.** 'Creëer een lerende omgeving waarin signalen van knelpunten en risico's open besproken worden met als doel te leren en te verbeteren. Ga tegen dat signalen worden achtergehouden uit vrees te worden afgerekend op een gebrek aan resultaat of op ongewenste resultaten'.
- Breng **de raad** beter in positie om haar rol als kadersteller, controleur en volksvertegenwoordiger te kunnen invullen. Daarbij wordt de suggestie gedaan om de monitor sociaal domein door te ontwikkelen.

Stroppenpot

Van de 88 gemeenten die geld uit de 'stroppenpot' hadden aangevraagd ter dekking van de tekorten op de Wmo en jeugdzorg, krijgen 77 gemeenten geld, aldus Binnenlands Bestuur Online van 2 november 2018. Deze gemeenten hebben samen een tekort van een krappe 490 miljoen euro, aldus Yolanda de Koster in BB Online. Er is eenmalig 200 miljoen euro beschikbaar.

De gemeente Venlo krijgt met een bedrag van ruim 21,7 miljoen euro het meeste geld van de 77 gemeenten, gevolgd door de gemeente Eindhoven die ongeveer hetzelfde bedrag krijgt. Dat blijkt uit de verdeling van het *Fonds tekortgemeenten*. De gemeente Leeuwarden, die een aanvraag had ingediend voor 27,5 miljoen euro, krijgt bijna 21 miljoen euro. De gemeente keek over 2016 en 2017 tegen een tekort aan van 31,9 miljoen euro op de Wmo en jeugdhulp.

Maastricht krijgt 4 miljoen minder uit de stroppenpot dan de 16,3 miljoen euro die was aangevraagd. Zoetermeer krijgt met 4 miljoen de helft van het gevraagde bedrag. Oisterwijk wilde ruim acht ton uit de stroppenpot hebben en krijgt iets meer dan 73.000 euro, aldus BB Online.

Om voor een bedrag uit het *Fonds tekortgemeenten* in aanmerking te komen, moest sprake zijn van een gecumuleerd tekort van 20 euro per inwoner over zowel 2016 en 2017. Als de drempel van 40 euro wordt gehaald, zou in principe het gehele tekort worden gecompenseerd.

Het tekort van de 77 gemeenten boven die drempel is bijna 308 miljoen euro. Vooraf is afgesproken als er meer aanvragen worden gedaan dan er geld in de pot zit, met een staffel zou worden gewerkt. Dat is nu gebeurd. Gemeenten met grotere tekorten krijgen relatief meer compensatie.

Het feit dat de stroppenpot fors overtekend is, 'laat zien dat de tekorten in het sociaal domein aanzienlijk zijn', stelt de VNG (BB, 02 nov. 2018).

Achtkarspelen, Borne, Borsele, Dalfsen, Eemnes, Hof van Twente, Rhenen, Simpelveld, Stede Broec, Terneuzen en Westerveld hadden wel een aanvraag ingediend, maar krijgen geen geld uit het fonds. In een aantal gevallen bleek na toetsing de drempel niet te worden gehaald. Een aantal van hen heeft volgens de VNG een aanvraag ingediend om een signaal af te geven dat er grote tekorten zijn, ondanks dat ze wisten niet aan de toekenningscriteria zouden voldoen. Dat hebben ook andere gemeenten gedaan, zonder een aanvraag in te dienen.

Oordelen (3): vanuit het macroperspectief – landelijk beeld van het sociale domein

We keren weer terug naar het sociaal domein in den brede. Wat is nu het actuele landelijk beeld van gemeenten in relatie tot de decentralisaties op het sociale domein? Om dat te schetsen moet de lezer goed het meetmoment in het oog houden. Ik ga uit van een nulmeting in 2014, daarna volgen gegevens uit 2016 en 2017. Die nulmeting is weliswaar beperkt tot een provincie, maar beter enige informatie dan geen informatie.

Nulmeting

Op 15 november 2013 hebben Provinciale Staten van de provincie Limburg de *'Koersnotitie bestuurlijke Organisatie'* vastgesteld. Tegen die achtergrond is de Commissie-Van Geel, onder de noemer *'Toets kwaliteit lokaal bestuur'*, gevraagd een tussentijdse evaluatie te doen naar de voortgang van de implementatie van de drie decentralisaties (3D) in het sociaal domein in Limburg. De commissie, onder leiding van oud-staatssecretaris Pieter van Geel, heeft de opdracht gekregen een lichte meting bij de 33 Limburgse gemeenten te doen: 'breng in kaart in welke mate de Limburgse gemeenten bezig zijn met de voorbereiding op de implementatie van de drie decentralisaties per 1 januari 2015 en schets conclusies ten aanzien van de vragen óf gemeenten per 1-1-2015 klaar zijn voor de implementatie, of regio's per 1-1-2015 klaar zijn voor de implementatie en hoe ketenpartners (per regio) dit zien. Geef tot slot aanbevelingen voor gemeenten en provincie'. Het resultaat van het onderzoek van de commissie is verwoord in het rapport *'Betrokken, dichtbij en niet alleen'* van 20 maart 2014.

De Commissie-Van Geel constateert een aantal **zorgpunten** en concludeert dat lang niet alle gemeenten begin 2014 100 procent klaar zullen zijn voor de uitvoering van de nieuwe taken. Voor de verwachting van de commissie dat niet alle gemeenten op 1 januari klaar zullen zijn, is een aantal min of meer logische verklaringen te geven. Soms zijn gemeentebesturen te laat begonnen, maar voor een belangrijk deel ontstaat tijdsdruk omdat gegevens vanuit de Rijksoverheid ontbreken over de exacte contouren van de nieuwe taken en de hiervoor beschikbare financiële middelen. Veel gemeenten hebben niet geanticipeerd op hun taak door inventarisatie.

Om te voorkomen dat burgers daar de dupe van zouden kunnen worden, doen gemeenten er verstandig aan, meent de commissie, in de vorm van **risicomanagement** rekening te houden met een situatie waarin op 1 januari 2015 nog niet alles klaar is. Onderdeel daarvan is het reserveren van extra gelden om eventuele overschrijdingen en financiële tegenvallers op te kunnen vangen.

Dit zijn enkele conclusies en aanbevelingen uit het rapport *'Betrokken, dichtbij en niet alleen'*. Om daartoe te komen, heeft de commissie door gemeenten aangeleverde documenten bestudeerd,

gesprekken gevoerd met alle colleges van de 33 Limburgse gemeenten en vijf regio-bijeenkomsten met ketenpartners belegd. Commissievoorzitter Pieter van Geel in 2014:

'We hebben veel engagement gezien bij alle betrokkenen. Nergens heerste er een sfeer van onwil. Integendeel, iedereen is zich bewust van de kansen en mogelijkheden tot verbetering. Dat geeft ook vertrouwen dat de stappen die nog gezet moeten worden ook daadwerkelijk gezet worden. Daarvoor zullen wel alle zeilen bijgezet moeten worden. Dat moet iedereen zich realiseren.'

Op basis van de analyse komt de Commissie-Van Geel nog met een aantal andere aanbevelingen. Zo kan de rol van nieuwe **gemeenteraden** sterker worden door óók informatie of kennis van buiten de eigen gemeente binnen te halen. Verder constateert de commissie dat gemeenten meer profijt zouden kunnen hebben van de kennis en ervaring van ketenpartners. Commissievoorzitter Pieter van Geel hierover:

'We zien dat er veel en vanuit een goede houding wordt gesproken tussen gemeenten en ketenpartners. Maar we constateren ook dat de diepgang niet altijd voldoende is. Je moet weten wat er bij de ander speelt, wat de ander bezighoudt om vervolgens gezamenlijk de beste stappen te zetten', aldus Van Geel bij de presentatie van het rapport.

De commissie ziet ook een **paradox** bij de decentralisaties. Enerzijds worden de taken van Rijks- en provincieniveau naar het gemeentelijke niveau gebracht, omdat dit de (eerste) overheid is, die het dichtst bij de burgers staat, maar anderzijds worden deze door de gemeenten direct weer 'opgeschaald' naar gemeenschappelijke regelingen, waarin de gemeenten met elkaar samenwerken om de nieuwe taken vorm te geven. Verderop komt die samenwerking aan bod.

Tweede meting: landelijk beeld van de omvang van de hulp in 2016

Wat is het landelijke beeld in 2016? In 2016 maakten om en nabij **1.6 miljoen burgers** uit **1.4 miljoen huishoudens** gebruik van voorzieningen die sinds 2015 tot het gemeentelijk sociaal domein zijn te rekenen. Het gaat om ongeveer tien procent van de bevolking en 18 procent van de huishoudens. Van de gebruikmakende huishouders maakt 21 procent gebruik van jeugdzorg, 40 procent van de huishoudens met hulp maatschappelijke ondersteuning en ongeveer de helft van een participatievoorziening (voor alle mensen met arbeidsvermogen die ondersteuning nodig hebben, zoals mensen met een beperking) (Pommer en Boelhouwer, 2017).

De gemeente is er in de vernieuwde Wmo 2015 verantwoordelijk voor om een op de persoon en situatie toegesneden ondersteuning te leveren, in samenspraak en afstemming met de omgeving (VNG, 2017: 21). Dit betekent dat het streven naar maatwerk **het primaat** heeft en niet zozeer het aanbieden van een vast pakket aan voorzieningen.

Maatwerk kan **stapeling** van inzet van typen hulpverleners of gebruik van voorzieningen inhouden. Hoe staat het daarmee? Van iedere 1.000 inwoners maakte in 2015 gemiddeld 55 inwoners gebruik van één voorziening in het sociale domein, 28 inwoners van twee voorzieningen, 24 inwoners van drie voorzieningen of meer. Van de laatste groep maakten 4 inwoners per 1.000 inwoners gebruik van zes voorzieningen of meer. Dat zijn de zwaarste probleemgevallen, zo gezien. Deze cumulatie van regelingen en voorzieningen bij een hulpvraag wordt 'stapeling' genoemd.

Deze stapeling blijkt ook uit het volgende. De meeste huishoudens gebruiken volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau maatwerkvoorzieningen uit slechts één sector van de drie (Wmo; Jeugdwet; Participatiewet). Van de 1.4 miljoen huishoudens combineert 11 procent voorzieningen uit verschillende sectoren. Dat gaat dan meestal om een combinatie van participatievoorzieningen en maatschappelijke ondersteuning (6.5 procent) of van participatie en jeugdzorg (2.7 procent) (Pommer en Boelhouwer, 2017).

Waar de kwetsbaarheid groot is

Ten aanzien van wie gebruik maakt van hulp op het vlak van het sociaal domein is de vraag te stellen waar de kwetsbaarheid het grootst is. De kwetsbaarheid blijkt het grootst bij de combinatie van een lage opleiding van een hulpvrager, een laag IQ, een laag inkomen, voor langere tijd geen werk, gezondheidsbeperkingen bij de hulpvrager, emotionele eenzaamheid, problematische schulden en ernstige leefstijlperfecties (roken, drinken, drugsgebruik, teveel en te vet eten, te weinig bewegen, te veel gewicht). Daar moet je de kwetsbaren vooral zoeken. De kwetsbaarheid neemt nog toe als sprake is van een *combinatie* van enkele van deze omstandigheden, de zelfredzaamheid in termen van bureaucratische en andere competenties tot inschakeling van hulp gering is en de kans groot is dat de burger bij herhaling negatief met de politie in aanraking is geweest (Pommer en Boelhouwer, 2017).

Kwetsbaarheid en schuldhulp

Wie integraal wil denken en oog wil hebben voor kwetsbaarheid, moet ook de gemeentelijke schuldhulp behandelen. Die **schuldhulp** is de laatste jaren **stijgend**. De gemeente Rotterdam was in 2017 10 miljoen kwijt aan schuldhulp, vijf keer zoveel als in 2013. Tilburg gaf er 3.3 miljoen euro aan uit, vier keer zoveel als in 2010 toen het nog slechts ging om rond 800.000 euro (betaald uit de pot bijzondere bijstand).

Gemeenten als geheel waren in 2015 om en nabij 115 miljoen euro kwijt aan **beschermingsbewind**. Dat was ruim twee keer zoveel als in 2013 toen de wetgeving nog geen mensen met problematische schulden tot de regeling toeliet (Bureau Bartels, 2016). Beschermingsbewind is een maatregel die een rechter kan nemen ten behoeve van een meerderjarige die vanwege zijn lichamelijke en/of geestelijke toestand, dan wel het hebben van problematische schulden niet goed zijn belangen van vermogensrechtelijke aard kan behartigen. De maatregel houdt in dat de rechter iemand als bewindvoerder over het vermogen van de persoon aanstelt. Het wordt ook wel *onderbewindstelling* genoemd, bedoeld ter bescherming van de persoon in kwestie en zijn of haar vermogen.

In Nederland is onderbewindstelling ter bescherming van meerderjarigen, kortweg *onderbewindstelling*, en ter onderscheiding van andere soorten bewind ook kortweg genoemd *beschermingsbewind*, geregeld in Titel 19 van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek (art. 431 e.v.). De rechter geeft aan voor welke goederen en geldbedragen het bewind geldt.

Het verschil met 'onder curatele stelling' is dat bij iemand voor wie een bewindvoerder is aangesteld, deze persoon handelingsbekwaam blijft. Iemand voor wie een bewindvoerder is aangesteld kan dus bijvoorbeeld wel zelf een testament maken, maar niet zijn huis verkopen. Iemand die onder curatele is gesteld, is handelingsonbekwaam en kan daarom *ook niet* zelfstandig een testament (laten) opmaken. In bijzondere gevallen, namelijk als de bescherming ook betrekking heeft op de geestelijke vermogens van betrokkene, gaat het naast de goederen, ook om de persoon van betrokkene. Dit wil zeggen dat de rechter ook *een last tot verzorging* af kan geven aan bijvoorbeeld een verplegings- of verzorgingshuis.

In het systeem van toewijzing van een bewindvoerder aan iemand met schulden door de rechter is er voor het gemeentebestuur geen rol, maar de gemeente draait in veel gevallen wel op voor de kosten. Begrijpelijk is het wel omdat cliënten hun bewindvoerder doorgaans niet zelf kunnen betalen (Kooiman, 2018).

Per 1 januari 2014 geldt dat als een meerderjarige tijdelijk of duurzaam niet in staat is ten volle zijn vermogensrechtelijke belangen behoorlijk waar te nemen, als gevolg van zijn lichamelijke of geestelijke toestand, dan wel verkwisting of het hebben van problematische schulden, de kantonrechter een bewind kan instellen over één of meer van de goederen, die hem als rechthebbende toebehoren of zullen toebehoren. Ook de gemeente kan de rechter een verzoek doen tot instelling van een beschermingsbewind wegens verkwisting of het hebben van problematische schulden. De wenselijkheid

van een dergelijke maatregel kan bijvoorbeeld blijken als een betrokkene voor schuldhulpverlening bij de gemeente aanklopt of anderszins er terechtkomt.

Netwerk compenseert afname hulp van beroepskrachten niet

De kwaliteit van leven van hulp krijgende burgers op het sociaal domein is tussen 2015 en 2016 niet wezenlijk veranderd. Er is ook op ander vlak sprake van een **stabiel beeld**, zoals bij de probleemaccumulatie en zelfredzaamheid.

Er is tussen 2015 en 2016 sprake van *een afname* in de hulp die mensen in de Wmo 2015 krijgen van een beroepskracht, die vervolgens *niet* wordt opgevangen in een eigen netwerk (Pommer en Boelhouwer, 2017). Dat laat zich begrijpen uit het feit dat het netwerk overbelast kan zijn, te beperkt is, op afstand staat (elders woont), of dat de burger niet in staat is om het netwerk te bevragen op inzet van hulp. Het is een indicatie die duidt op een kostenreductie.

Wat doen gemeenten als ze dit merken en de kosten van beroepskrachten verder willen terugdringen? Dan gaan ze vrijwilligers koesteren. De gemeenten blijken in 2016 ernaar te streven meer taken vaker te laten doen door vrijwilligers. Er vindt zelfs werving, training en begeleiding van vrijwilligers door beroepskrachten plaats (Pommer en Boelhouwer, 2017).

Tevredenheid over beroepskrachten

Het geheel van professionals dat actief is op de drie wetgevende gebieden waar burgers hulp vragen, voorziet duidelijk in behoeften van hulpvragers. De professionals verrichten werk dat over het algemeen gewaardeerd wordt.

Regionale verschillen in de inzet van beroepskrachten bestaan. Oost-Groningen kende jaren terug al een heel grote WSW-organisatie (werkvoorziening voor mensen met een beperking). Zegt dat iets? Inderdaad. Het gebruik van hulp van beroepskrachten in de hoek van het sociale domein is tamelijk groot in Noord-Oost Nederland (Pommer en Boelhouwer, 2017).



Fig. 24: woordwolk over maatwerk

Een plan, een regie

Als de hulpvraag van de hulp vragende burger centraal staat, is niet de bedoeling dat bij een inzet van beroepskrachten organisaties hun werk niet op elkaar afstemmen. Er is juist waar dat aan de orde is wel afstemming nodig. Daarom is het domeinconcept van **'een huishouden, een plan, een regisseur'** bepleit. Er wordt gesproken van huishouden omdat er varianten voorkomen, zoals samengestelde gezinnen, en niet slechts sprake is van één type gezinnen. Het is logisch dat ook de hulpvraag in het sociale domein van werk, zorg en jeugd centraal is komen staan.

De hulpvraag komt in gesprekken tussen hulpvrager en professionals, 'keukentafelgesprekken' genoemd aan de orde. Dat duidt op een **integraal perspectief** waarbij linksom of rechtsom hulpverlenende organisaties samen moeten werken in een samenhangende aanpak waarbij gebruik

gemaakt wordt van basisvoorzieningen en primair maatwerkoplossingen worden gezocht. De maatwerkaanpak leidt tot verschillen en die verschillen tussen gemeenten en binnen gemeenten tussen burgers moeten geaccepteerd worden (Van Gunsteren, 2016). De ene persoon heeft een lichtere hulpvraag dan een andere. De een kan bij een complexe hulpvraag hulp van een of enkele mantelzorgers krijgen en kan daarmee omgaan en een ander heeft geen familie of kennissen in de buurt en is daarmee sterker op de combinatie van basisvoorzieningen en professionele hulp of louter op professionele hulp aangewezen. Er is ruimte voor het vinden van creatieve oplossingen, waarbij slagvaardigheid in de besluitvorming in de rede ligt. Denk bij voorbeeld aan zorgcoöperaties.

Wijkteams zijn nuttig

Het verrast niet dat de (multidisciplinaire) sociale wijkteams, dicht bij 'behoefte' burgers, erkend zijn. In 2012 werkte nog maar 12 procent van de gemeenten met wijkteams maar in 2015 is dat al 90 procent (VNG, 2017). Over het algemeen bevalt deze aanpak met wijkteams goed, ook in een stad als Amsterdam die veel **multiprobleemgezinnen** kent. Amsterdam kent honderden hulpverleners die participeren in heel veel teams (Gemeente Amsterdam, 2016). Welke functies vervullen de teams?

Gemeenten zetten wijkteams vooral in als laagdrempelige voorziening waar burgers terecht kunnen. Naast de vraagbaakfunctie kunnen wijkteams de vinger aan de pols houden, de zelfredzaamheid van burgers versterken en de escalatie naar zwaardere zorgvormen zo mogelijk voorkomen of uitstellen.

In de **gemeente Zaanstad** hebben ze durven innoveren met hun sociale wijkteams. Die teams hebben de ruimte gekregen om integraal naar vraagstukken te kijken en te doen wat nodig is. Daarvoor hoeven ze niet eerst te overleggen met 'de kokers' in het gemeentehuis. Ze kunnen het unieke van een situatie beoordelen en daarnaar handelen. Bijvoorbeeld: Een alleenstaande vrouw en haar kinderen hebben twee maanden huurachterstand, ontstaan doordat haar uitkering nog niet in gang is gezet. Wat heb je eraan als zij uit huis wordt gezet? Het alternatief is dat ze zelf de vrouwenopvang in moet. Maar daar mogen geen kinderen wonen, dus haar vier kinderen moeten in pleeggezinnen worden ondergebracht. Dat kost de maatschappij al snel het tienvoudige van de opgelopen huurachterstand. Het sociale wijkteam heeft de bevoegdheid om de huurachterstand te voldoen en zo te voorkomen dat deze vrouw en haar kinderen in grotere problemen geraken.

Het gemeentebestuur

Uit specifiek onderzoek weten we dat de energie van de gemeentebesturen na het bekend worden van de taakoverheveling in het sociale domein lag bij de ontwikkeling van beleid en de **concrete uitvoering**. Er werd vooral invulling gegeven aan de transformatie door de uitvoering te faciliteren en bij voorbeeld via **nieuwe samenwerkingsverbanden** vorm te geven (Van Veldhuisen e.a., 2017). Die transformatie vroeg in 2015 veel ambtelijke capaciteit van gemeenten. Rond 2015-2016 **ontbrak** het diverse gemeenten aan voldoende zicht op cliëntaantallen in de jeugdzorg en de zorg voor ouderen met een hulpvraag en op een heldere vertaling van beleid naar (sturing op) financiële middelen. Een negatieve spiraal dreigde op enkele plekken in het land. Die komt neer op **het risico** dat gemeenten door financiële tekorten te weinig ruimte krijgen en nemen om vernieuwing van de uitvoering goed vorm te geven en er passende vormen van sturing op te ontwikkelen. Daardoor dreigen financiële tekorten **verder** op te lopen.

De lokale democratie

Wat verder te zeggen over het landelijk beeld van de gemeenteraden? Door de grote aandacht voor de integrale hulpvraag is het begrijpelijk dat gemeenten in Nederland de focus richtten op concrete praktische doelen in zorg en preventie. Aan hogere doelen als het bevorderen van de *civil society*, **zelfregie** van groepen burgers en **burgerparticipatie** besteedt slechts **een op de tien** gemeenten aandacht, zo is gebleken (VNG, 2017: 10). Gemeenten stellen zich hier **afwachtend** op. De lokale

democratie is er wel of niet op vooruitgegaan? Niet echt op vooruit gegaan maar dat was ook geen hoofddoel maar een nevendoeel van de decentralisaties. Er zijn wel cliëntraden, Wmo-raden en dergelijke ontstaan. Deze raden zijn nuttig omdat daardoor de 'checks and balances' verbeteren. Geen bestuur kan immers zonder kritische volgers en meedenkers. Hier en daar functioneren deze raden zonder meer ruim voldoende of goed, maar heel opmerkelijk is de instelling hiervan ook weer niet geweest. Burgers krijgen weinig via persmedia te horen over wat die raden aan voorstellen deden of doen en wat daarvan terecht kwam. Er is geen brede openbaarheid ('Oeffentlichkeit') op het vlak van het sociaal domein. Dan moet men niet verrast zijn dat dit onderwerp 'taakuitvoering op het sociaal domein' ook niet erg aan bod komt in gemeentelijke verkiezingsprogramma's of coalitieakkoorden.

De raadsleden

In ongeveer een op de tien gemeenten geven griffiers aan dat gemeenteraadsleden over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikken om hun controlerende taken goed uit te kunnen voeren, volgens onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Maar in de andere gemeenten is dat positiever.

In ongeveer de helft van de gemeenten waren gemeenteraden volgens griffiers (rond 2016/2017) **nog zoekende** hoe ze hun taken goed uit konden voeren bij **samenwerking** tussen gemeenten (Pommer en Boelhouwer, 2017). Veel raadsleden hadden grote moeite om te volgen of het college van burgemeester en wethouders binnen het budget bleef terwijl dat voor veel fracties uit gemeenteraden de belangrijkste vraag is geworden. Als je tal van fractieleiders van verschillende gemeenten de afgelopen jaren vroeg 'hoe gaat het op het sociale domein?' dan antwoordde de meerderheid in 2016, 2017 of 2018 steevast 'het gaat goed, we komen uit met het budget'. Dat budget was blijkbaar heel belangrijk. Niemand zei 'de keukentafelgesprekken worden gewaardeerd', of 'zoveel mensen met een beperking hebben betaald werk gekregen', of 'de cliëntenraad functioneerde goed'.

De gemeenteraad en regionale samenwerking

Hoe kan de raad sturing geven aan samenwerkingsverbanden in het sociaal domein na de drie decentralisaties?

De rekenkamercommissie van de gemeente Papendrecht stelde zich deze vraag omdat een aantal taken vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, Participatiewet en Jeugdwet niet lokaal, maar regionaal is georganiseerd. Het adviesbureau KplusV, met de bestuurskundige Henri Potman in het team, ging aan de slag om tot het antwoord te komen. Sinds 1 januari 2015 blijkt de Gemeenschappelijke Regeling Drechtsteden verantwoordelijk voor het werk dat voortkomt uit de Participatiewet en Wet maatschappelijke ondersteuning. Het mandaat voor de Jeugdwet ligt daarentegen bij de GR Dienst Gezondheid & Jeugd Zuid-Holland Zuid. Hierbij verloopt de sturing van de Papendrechtse gemeenteraad voor ingekochte maatwerkdienstverlening meer op afstand dan bij lokaal belegde taken.

Hoe kun je als raad bij regionale samenwerking dan toch de juiste stem hebben in het vaststellen en uitvoeren van beleid? Het rapport geeft de volgende richting aan.

- 1) Door **in gesprek te gaan met stakeholders**. KplusV stelde een team samen van onderzoekers en experts in het sociaal domein. Een van hen was adviseur Geert van Dijk: 'De afgelopen tijd hebben we veel betrokken partijen gesproken. Van ambtenaren, wethouders en raadsleden tot medewerkers van het jeugdteam, het wijkteam, de samenwerkingsverbanden en de Wmo-raad. Hierdoor hebben we scherp gekregen wie waarvoor verantwoordelijk is, welke (financiële) risico's er aan de regionale samenwerking kleven, hoe de communicatie verloopt en wat de gemeente nog zelf kan beslissen. En we weten waar de ontwikkelpunten en kansen liggen voor Papendrecht (citaat uit BB, 6 okt. 2016).

- 2) Een positieve constatering is dat er op lokaal niveau **nog steeds genoeg te kiezen** valt, aldus KplusV. 'De verbetersuggestie zitten vooral in de informatievoorziening, die versnipperd, onvolledig en voor raadsleden moeilijk te begrijpen is' (BB 6 okt. 2016). Het advies is daarom om fors in te zetten op **monitoring**. Onder andere door de verschillende regionale rapportages te bundelen tot één helder, bondig document voor het Papendrechts sociaal domein. 'In dit stuk verzamel je van alle samenwerkende gemeenten hun resultaten qua volumeontwikkeling en hun budgetinformatie. Dit geeft je als raad een goed beeld van wat er zich in het sociaal domein afspeelt. En dat maakt het makkelijker om bij te sturen' (BB, 6 okt. 2016).
- 3) Leg een **koppeling tussen gemeente en regio**: een duidelijke tussen de eigen lokale voorzieningen en de maatwerkdienstverlening die regionaal wordt 'ingekocht'. 'Zo hou je zicht op het succes van je lokale aanpak en kun je de inkoop van regionale diensten terugbrengen'. Ook nu is monitoring essentieel. Zorg er dan wel voor dat elke gebruikersgroep op maat gesneden informatie krijgt: a) details voor managers, b) stuurinformatie voor bestuurders en c) overzicht voor raadsleden.
- 4) Tot slot doe je er verstandig aan de samenwerking op te zoeken met de andere gemeenten, zodat je je een **'regionale' monitoring krijgt met lokale specificatie**. Monitoring is van belang om regionale samenwerking lokaal te kunnen sturen.

De vraag is natuurlijk als er een monitor is wat erin staat en of er door het college van Papendrecht of het geheel van colleges van burgemeester en wethouders, met de kaderstellende en controlerende gemeente raden op de achtergrond, te sturen is op uitkomsten van keukentafelgesprekken en de kwaliteit van de arbeid van hulpverleners. Eind september 2016 is het rapport van de rekenkamer enthousiast onthaald in de raadscommissie Samenleving, De commissie nam alle aanbevelingen over. Dit geldt ook voor het college van B&W, dat er zelfs direct mee aan het werk ging. Eind 2016 is het onderzoeksrapport aangeboden aan de gemeenteraad. Tot zover deze casus. Ik ga ervan uit dat wat hier gesteld is over Papendrecht ook elders wel aan de orde is (geweest).

Oordelen (4): vanuit het microperspectief – de sociale wijkteams

De gemeente Leiden schrijft: 'Het sociaal wijkteam biedt hulp en ondersteuning dichtbij huis. Heeft u vragen of zorgen over uw financiën, woonsituatie of relatie? Voelt u zich eenzaam of zit u niet lekker in uw vel? Is er sprake van overlast, huiselijk geweld of hebt u psychische problemen? Dan kunt u terecht bij het Sociaal Wijkteam.

Ook als u goede ideeën heeft voor uw wijk, anderen in uw buurt wilt helpen, of aan de slag wilt als vrijwilliger, bent u van harte welkom. Het Sociaal Wijkteam is er voor iedereen die er niet meer uitkomt en ondersteuning nodig heeft. Ook familieleden, vrienden of burens kunnen bij het Sociaal Wijkteam terecht voor tips en ondersteuning. Maar het Sociaal Wijkteam is er ook voor mantelzorgers, vrijwilligers en mensen die zich willen inzetten voor het welzijn van de mensen in de buurt.' Tot zover de gemeente Leiden.

Teams voor jeugd en gezin

Er zijn veel soorten wijkteams en ook wel soorten jeugd- en gezinsteams, met verschillende takenpakketten en samenstellingen. De meeste teams voor jeugd en gezin hebben grofweg dezelfde taken, van bijdragen aan preventie tot het bieden van integrale hulp. Sommige teams verlenen zoveel mogelijk hulp zelf, andere jeugd- en gezinsteams zorgen dat de juiste hulp tijdig wordt ingezet.

Verder richten sommige teams zich alleen op *multiprobleemgezinnen*, terwijl andere teams zich ook richten op gezinnen die meer enkelvoudige vragen hebben.

Jeugd- en gezinsteams die zich vooral richten op gezinnen met zware en complexe problematiek werken aan praktische, integrale oplossingen voor die problemen. Zo proberen ze te voorkomen dat dure specialistische zorg nodig is.

In een peiling in 2015 onder gemeenten heeft 35 procent van de 153 gemeenten die specifiek hebben nagedacht over het thema jeugd en gezin in het wijkteam een team ingericht specifiek voor jeugd en gezin. De meeste gemeenten (63%) hebben een aantal medewerkers in het team, dat gespecialiseerd is in het omgaan met vraagstukken op het gebied van jeugd en gezin.

Wat doen wijkteams voor Jeugd en Gezin zoal? De verantwoordelijkheden omschreven in de Jeugdwet, de Wet publieke gezondheid (Wpg) en het Kinderrechtenverdrag vertalen zich naar de volgende taken:

- Voorkomen van opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen.
- Tijdig signaleren en snel ingrijpen bij opgroei- en opvoedproblemen, psychische problemen en stoornissen.
- Versterken van het opvoedkundige klimaat, overal waar kinderen en jongeren komen.
- Verbeteren van de opvoedvaardigheden van de ouders.
- Inschakelen, herstellen en versterken van de eigen kracht van kinderen, jongeren, opvoeders/ouders en hun sociale omgeving.
- Bevorderen van de veiligheid van kinderen en jongeren.
- Bieden van integrale hulp aan kinderen en jongeren en hun ouders als er sprake is van meerdere problemen. En toeleiding tot gespecialiseerde hulp.
- Organiseren en uitvoeren van familiegroepsplannen.

Dat is nogal wat.

Wijk- en buurtteams

Gemeenten mogen zelf bepalen hoe zij preventie, ondersteuning en eerstelijns hulp organiseren. Veel gemeenten geven een team van professionals met verschillende disciplines een centrale rol in de zorg. Vaak noemen ze dit een **wijkteam**, **wijkzorgteam**, **sociaal team**, **buurtteam**, **gebiedsteam**, **frontlijnteam**. Professionals van deze teams kunnen in dienst zijn bij de gemeente, bij de moederorganisatie of bij een zelfstandige stichting of coöperatie.

In een peiling van Movisie, in samenwerking met Nji en Vilans, komt naar voren dat maar liefst 87 procent van de 234 gemeenten die meededen aan deze peiling werkt met (sociale) wijkteams.

Niet alle gemeenten hebben (wijk)teams ingericht. Sommige gemeenten kiezen ervoor om taken uit de Jeugdwet te beleggen bij bestaande instanties, of om dit op een andere manier te organiseren. In een aantal gemeenten heeft bijvoorbeeld het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) een centrale rol gekregen. In dat geval wordt het CJG-team aangevuld met beroepskrachten uit andere organisaties, of maakt het CJG-team werkafspraken met andere organisaties.

In de genoemde peiling in 2015 onder gemeenten blijkt dat 12 procent van de 234 responderende gemeenten ervoor kiest om (voorlopig) **niet** met sociale (wijk)teams te werken.

Smalle(re) en brede sociale (wijk)teams

Er bestaan in sommige gemeenten **brede sociale teams**. Deze teams heten ook wel **'0-100-teams'** Wat zijn dat? Alle inwoners kunnen bij brede sociale teams terecht met hun hulpvragen. Bijvoorbeeld vragen op het gebied van welzijn, wonen, werk, schulden, tijdsbesteding en hulpverlening. **Brede sociale teams** zijn dus **niet** gespecialiseerd in kinderen, jongeren en hun ouders, opvoeden en opgroeien. Daarom heten ze ook **'0-100-teams'**.

De wijkteammedewerkers in deze brede sociale teams of zijn vaak generalisten die zicht hebben op **meerdere leefgebieden** van een gezin. Hierdoor kan de professional de hulp aan een gezin beter op

elkaar aansluiten en integraal werken. Het risico bestaat dat er in deze teams minder specifieke aandacht is voor jeugd en opvoeding. En dat professionals opvoed- en opgroevraagstukken in een gezin niet of te laat zien. Of dat er te snel verwezen wordt naar gespecialiseerde jeugdhulp, terwijl dit niet de meest passende hulp voor het gezin is.

Vaak zijn er binnen een breed sociaal wijkteam enkele medewerkers die zich speciaal met jeugd en gezin bezighouden. In de praktijk bieden **meestal** alle medewerkers in deze teams wel eens hulp aan jeugdigen en gezinnen. En dus is het belangrijk dat ook zij voldoende kennis en vaardigheden hebben om onveilige situaties te signaleren en goede hulp te bieden aan jeugdigen en hun ouders.

In de praktijk loopt men tegen verschillende vraagstukken aan als het gaat over de focus op jeugd en gezin aan de ene kant en de focus op het brede sociale domein aan de andere kant. Meer aandacht is nodig om ervoor te zorgen dat wijkteammedewerkers in brede sociale teams (of 0-100 teams) voldoende gericht zijn op opvoed- en opgroei problemen in het gezin en de ontwikkeling van jeugdigen. Er is extra aandacht nodig voor het borgen van kennis en expertise rond jeugd- en opvoeding. In jeugd- en gezinsteams vraagt de samenhang tussen hulp aan het gezin op verschillende leefgebieden extra aandacht. Soms heeft een gezin **niet alleen** hulp nodig rond opvoeden en opgroeien, maar bijvoorbeeld ook rond wonen of werk en inkomen. Dan is integraal werken rond het gezin extra belangrijk. Dit vraagt om generalistische kennis en expertise. Ook is het van belang dat de verschillende teams in de gemeente, zoals jeugd- en gezinsteams en 0-100-teams, duidelijke werkafspraken maken met elkaar om integraal werken mogelijk te maken.

Veel voorkomende vragen over wijkteams rond 2015-2016

Wat zijn de afgelopen jaren de meest gestelde over sociale wijkteams geweest?

Vraag een: waarom die wijkteams?

Omdat de hulp voor zorgbehoevenden en zogenaamde multiprobleemgezinnen te gefragmenteerd was geworden. Dat bleek in stedelijke aandachtswijken. Daar zouden de eigen specialismen, belangen en werkwijzen nogal eens adequate hulpverlening verhinderen of bemoeilijken en complexe gevallen zouden niet integraal besproken en behandeld worden. De krachten moesten dus gebundeld worden. Het ging om het centraal stellen van de echte **integrale hulpvraag** in plaats van versnipperde deelvragen, om meer inzet van vrijwilligers, meer samenwerking met buurtbewoners, meer samenwerking tussen specialismen. De decentralisaties hebben die proces versneld. Er kwamen wijkteams. Maar tegelijk waren de **verwachtingen direct hooggespannen** (Van Arum en Lub, 2014).

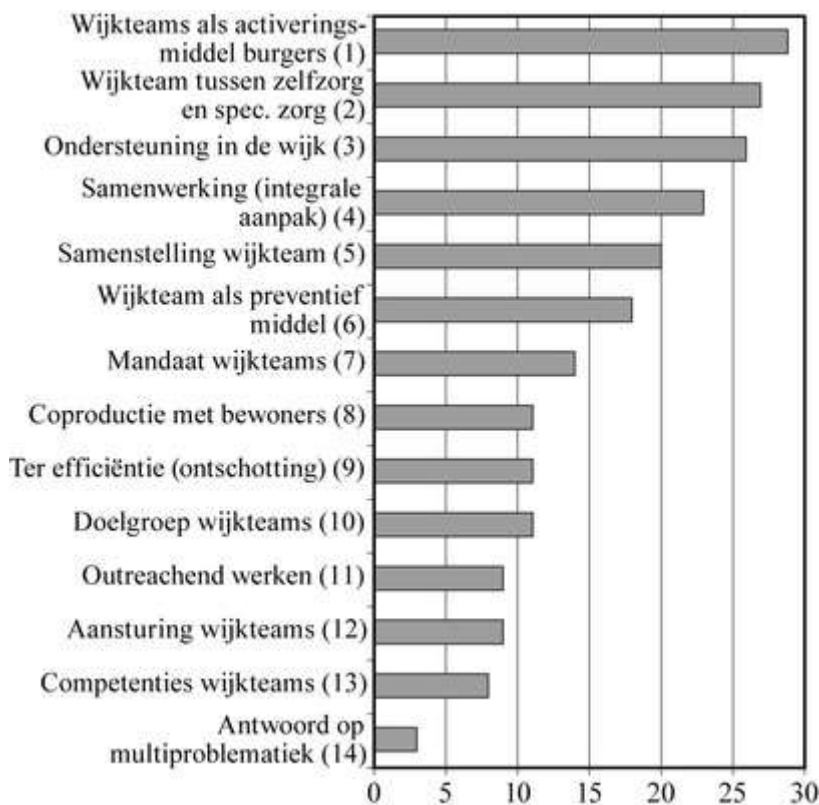
Waaruit bestaat de concrete beoogde meerwaarde? Voor de beantwoording zijn 32 gemeentelijke beleidsnota's over het sociaal domein en over wijkteams geïnventariseerd en geanalyseerd (Van Arum en Lub, 2014). Wat blijkt uit die nota's?

Vraag een: wat blijkt uit die wijkteamnota's?

Ten eerste blijkt uit de gemeentelijke nota's over wijkteams in het sociaal domein dat sprake is van veel tekst over integraliteit en andere concepten en maar dat de informatie beperkt is over hoe wijkteams moeten werken. De nota's zijn **weinig lokaal-specifiek**. Er is geen sprake van rapportages over wijkanalyses (wijkenmerken) en doelgroepen in de gemeente (Van Arum en Lub, 2014).

Ten tweede, het ambitieniveau van het gemeentebestuur is hoog, maar de taken blijven vaag, stellen de beide onderzoekers. Zijn de teams generalistisch of specialistisch? Behandelen ze lichte en/of complexe hulpvragen? Welke rol heeft het team in de uitvoering?

Fig. 25: Wat burgers van wijkteams verwachten (bron: Beleidsonderzoek online, 2014)



Ten derde blijkt uit de analyse van verwachtingen dat wijkteams vrij algemeen worden gezien als een instrument voor sociale activering, voor **bevordering van de zelfredzaamheid van burgers**. Dat wekt de indruk dat wijkteams een nieuwe jas zijn voor wat eerder lokaal welzijnsbeleid werd genoemd. Burgers moeten blijkbaar op zoek naar hun eigen reddingsboei, naar burgerkracht. Zo gezien, lijken wijkteams een nieuw trucje, aldus Van Arum en Lub.

'Het burgerkracht-discours is dominant' zeggen Silke van Arum en Vasco Lub (2014). Het wijkteam als antwoord op de aanpak van 'de multiproblematiek' wordt in 2014 nog nauwelijks genoemd als een verwachting waaraan het succes van een wijkteam (ook) wordt afgemeten. Hoe worden wijkteams in de nota's getypeerd? Als schil, buffer, spil (in de toegang naar ondersteuning), schakel, smeerolie, toegang, vliegwiel. Sommige gemeenten zien wijkteams als generalisten die worden ondersteund door een pool van specialisten. Andere gemeenten zien wijkteams als een geheel van specialisten die door de moederorganisaties in de frontlinie worden opgesteld, tussen de nulde en de tweede lijn. Sommigen zien wijkteams als 'voordeurteams' die de intake doen, rondom de hulpvraag.

Veel van de nota's beschrijven **de systeemwereld** in de zorg. Ze gaan minder over de leefwereld van de hulpvragende burgers. Een indicator hiervoor? De nota's gaan over gemeentelijke sturing en de relatie met de professionals, en over het model van opdrachtgeverschap. Een inhoudelijke analyse van de praktijk van hulpbehoeften in de gemeente ontbreekt en evenzeer een meedogenloze, eerlijke analyse van de schotten, de fragmentatie in hulpverlening, de zwakten (Van Arum en Lub, 2014). De gemeente Leeuwarden vormt een uitzondering. In een nota van die gemeente komt het functioneren van het frontlijnteam aan de orde.

Wat het met de teams zou worden, moest zich na 2014 nog **uitkristalliseren**. Verderop komt de satisfactie met de teams in latere jaren aan bod.

Vraag twee: wat is een goede samenstelling van een wijkteam?

Veel gevraagd is welke disciplines je nodig hebt in het sociale wijkteam. En wat een generalist doet. Movisie gaf het volgende advies: bezie de vraag in de wijk. Maak dus eerst een **wijkanalyse**. Wonen er veel ouderen, veel jonge gezinnen of mensen met een beperking? Welke zorg- en ondersteuningsbehoefte heeft de wijk? Wat spring er uit? In deze teams kunnen generalisten goed werk doen, maar generalist zijn is geen beroep. In de werkelijkheid van alle dag gaat het vaak om professionals met **een brede blik**. Die moeten vanuit die brede blik een beeld krijgen van wat de kern is van het misschien in eerste instantie verwarrende geheel aan hulpvragen per individu of huishouden. Ze moeten integraal kunnen en willen denken.

Vraag drie: hoe kun je kosten besparen én doelmatig werken?

Belangrijk is om de vragen en de behoefte aan ondersteuning in de wijk te signaleren en dit ook te registreren. Dat geeft inzicht in wat nodig is in de wijk. Het is daarbij van belang om buiten de gebaande paden te denken. Bijgevolg: verwijst niet automatisch door naar specialistische zorg. Zijn er algemene voorzieningen zoals een rollator? Of kijk naar een collectief aanbod van eetvoorzieningen dat goed werkt. Voorkom dat de hulpvrager met een kluitje in het riet gestuurd wordt.

Kijk ook direct samen met de hulpvragers hoe de vraag van een burger zo spoedig mogelijk effectief opgelost kan worden. Hulpvragen zijn geen trage processen, waarvoor je de tijd kunt nemen. Hulpvragers zijn doorgaans in nood.

Vraag vier: netwerken benutten, hoe doe je dat?

Het gevaar bestaat dat de professionals denken dat de hulpvragers naar hen komen en hen dus weten te vinden. Dat burgers (dementerenden, etc.) gemakkelijk overzicht krijgen van hulpinstanties is een misvatting. Daarbij komt ook nog dat er zorgmijders bestaan. Die zoeken niet eens hulp. Het kan dus moeilijk zijn om burgers te bereiken, bijvoorbeeld omdat ze zorg mijden. Welzijnswerkers hebben vaak al veel ervaring om deze mensen juist wel te bereiken. Het advies is daarom: wees zichtbaar. Laat je als wijkteam zien in buurthuizen, in scholen, op plekken in de wijk waar buurtbewoners samen komen. Daar leren burgers de hulpverleners kennen, en krijg je als hulpverlener zicht op wat er speelt in de wijk. En je krijgt zicht op welke netwerken er in de wijk of rondom individuele burgers actief zijn.

Vraag vijf: hoe is de regie meer bij de burger leggen?

Tal van burgers, zeker die uit multiprobleemgezinnen, beschikken niet of niet meer over de vermogens om hun eigen hulpvragen te analyseren, ordenen en kanaliseren. Het toepassen en doorzien van een zelfredzaamheidsmatrix is een crime. Denk maar aan burgers met een geestelijke beperking en/of aan multiprobleemgezinnen met schulden en jeugdvragestukken. De vraag is dus wie de burgers met een impliciete of expliciete complexe hulpvraag helpt. Dat kan een regisseur zijn of een lid van een wijkteam.

Professionals zitten vaak in een dilemma over de regie van de burger. Kan die burger de juiste keuzen maken en hoe houd je dan als professional vat op de hulpverlening? Ga in gesprek. Werk micro en macro. Bespreek individuele gevallen in teams. En leer daarvan. Maar werk als wijkteam ook aan een gezamenlijke visie op hulpverlening.

Satisfactie met wijkteams in 2018

Wat valt op aan het feitelijk functioneren van sociale teams die actief zijn op het gemeentelijk sociale domein? Op basis van gesprekken in veertig kleine en middelgrote gemeenten komen Breed e.a. (2017) tot enkele bevindingen waarvan te profiteren is. Hier komen die aan bod, deel geparafraseerd, deels letterlijk.

1. **Waardering voor teams.** In 2014 was de beoordeling van sociale wijkteams nog mager. Beleidsnota's van gemeenten gaven onvoldoende zicht op wat de omslag naar burgerkracht en

ontschotting door de vorming van teams concreet betekent voor de leefwereld van burgers, aldus Van Arum en Lub (2014). De vraag of burgers met een wijkteam in de nabijheid beter af zijn (qua beantwoording van hulpvragen) dan zonder de aanwezigheid van een wijkteam bleef toen onbeantwoord. Met andere woorden, de toegevoegde waarde was in 2014 nog niet zichtbaar. Maar nadien is dat veranderd. Er kwamen in bijna alle gemeenten sociale wijkteams, frontlijnteams of hoe ze ook mogen heten en de beoordeling daarvan door cliënten en professionals zelf is in 2017-2018 over het algemeen positief. Wijkteams hebben hun toegevoegde inmiddels waarde bewezen.

2. **Werkdruk hanteerbaar?** Veel teams in het lokale sociale domein kampen met een hoge 'caseload' (dus veel gevallen of dossiers), waardoor ze in 2017-2018 nog niet toekomen aan onder meer preventief en 'outreaching' werken en aan ondersteuning en facilitering van informele netwerken en collectieve voorzieningen in de wijk. 'Outreaching' werken behelst het hanteren van een werkmethode waarbij actief ingezet wordt op het leggen van contact met de doelgroep, het onderzoeken van de vragen en het motiveren en verwijzen van de doelgroep naar vormen van hulpverlening en/of maatschappelijke opvang of anderszins.
3. **Brede of smallere samenstelling?** De samenstelling van het sociale team blijkt inderdaad van belang om te komen tot ontschotting. Een aantal gemeenten werkt verder aan een brede samenstelling van het sociaal team, met expertise uit schuldhulpverlening, GGZ en jeugdhulp. Daardoor is het mogelijk om ook mensen met een zwaardere problematiek laagdrempelig hulp te bieden, in hun eigen omgeving. En dat voorkomt weer onnodig lange specialistische trajecten waarop het sociaal team geen zicht meer heeft.
4. **Ketenafstemming.** Afstemming in de zorgketen is en blijft van belang. Goede samenwerkingsafspraken met netwerkpartners voorkomen onnodige doorverwijzingen naar specialistische ondersteuning en zorg. Sommige gemeenten proberen de inzet van jeugd-GGZ te verminderen door de teams op locatie te laten werken bij huisartsen en scholen en zo tot een betere afstemming te komen.
5. De **integraliteit in de hulpvraag** blijft aan de kant van aanbieders voor uitdagingen zorgen. In veel gevallen is volgens Breed e.a. (2017) nog sprake van gescheiden teams voor Wmo en jeugdzorg. Ter voorkoming van versnippering van hulpaanbod en toegang voor inwoners tot de aanbieders ontwikkelen sommige gemeenten **gezamenlijke** toegang of teams onder **gezamenlijke** coördinatie. Soms ook met een mandaat of bindende adviesfunctie voor toegang tot ondersteuning vanuit Wmo, schuldhulpdienstverlening, jeugdhulp. Verder blijkt samenwerking aan te treffen op het gebied van de huisvesting en de onderlinge koppeling van registratiesystemen van teams.
6. Teams vinden het niet altijd makkelijk **verbindingen** te leggen **in de buurt**. Het gevaar bestaat dat teams, die zich met name richten op de zwaardere gevallen, slecht zichtbaar zijn omdat ze onvoldoende aansluiten op het netwerk rondom inwoners. Gemeenten waar dit speelt onderzoeken of ze de opdracht aan het team kunnen herformuleren en of er mogelijkheden zijn om een breed of breder georiënteerd en samengesteld team te vormen. Verschillende gemeenten werken aan **verbinding** met de (netwerken in) wijken, een betere **zichtbaarheid** en een goede **informatievoorziening** naar burgers. Een aantal gemeenten is overschotten op Wmo en Jeugdzorg 2015 gaan inzetten voor vernieuwing in het sociaal domein, bijvoorbeeld om de buurtoriëntatie te verbeteren.

7. Het samenspel van individuele zorg en collectieve, algemeen toegankelijke voorzieningen, diensten en netwerken in een bepaald gebied, dicht bij inwoners, is niet eenvoudig. Sommige gemeenten onderzoeken welk individueel aanbod ze kunnen omzetten in collectieve diensten of voorliggende voorzieningen. Als een collectieve dienst schikt (als een rollator of scootmobiel), is die soms sneller beschikbaar dan een professionele hulpverlener.
8. **Over de schutting kijken.** De integratie van Werk & Inkomen en Schuldhulpverlening in de sociaal wijkteams is in veel gemeenten nog niet op orde. Sommige gemeenten willen de schuldhulpverlening integreren in het team door hier capaciteit op in te zetten. Ook zagen we een gemeente die de samenwerking onderzoekt met het werkbedrijf in relatie tot de re-integratie van jongeren.
9. De meeste wijkteams zetten **trainingen** in om hulpverleners vertrouwd te maken met het nieuwe denken en doen. Deze trainingen zijn bestemd voor sociaal werkers, toegangsmedewerkers en soms ook vrijwilligers.
10. De afstemming tussen beleid en uitvoering is voor veel gemeenten een aandachtspunt. **Schotten in de regelgeving** maken het vaak lastig voor de teams om oplossingen bij hulpvragen te vinden. Een sociaal werker moet bijvoorbeeld kunnen ingrijpen als een gezin met schulden en een huurachterstand het huis dreigt te worden uitgezet. Die uitzetting zou de problemen alleen maar vergroten. Dan is medewerking van een woningcorporatie of private verhuurder nodig en speelt de relatie met en opdracht aan deurwaarders. Een aantal gemeenten kantelt de eigen organisatie om domein overstijgend te kunnen werken en zodoende te voorkomen dat meerdere afdelingen zich inefficiënt bezighouden met de wijkteams.
11. Gemeenten zoeken nog naar de juiste **balans** tussen sturing geven, grip houden en ruimte geven aan zorgaanbieders. Ze geloven in de visie, maar kijken ook naar concrete resultaten en maatschappelijke kosten en baten.
12. Gemeentebesturen willen aanbieders prikkelen om **maatwerk** te leveren en **kostenbewust** samen te werken. Sommige gemeenten overwegen populatiebesteding (zie verderop), andere werken met een lumpsum voor een aanbieder of een gebiedsgericht budget met een hoofdaannemer en herinvestering van het geld dat over is. Enkele gemeenten werken met wijkanalyses en betrekken burgers bij programmering en uitvoering, en eentje geeft inwoners zelfs een stem in het inkooptraject van de zorg. De meeste gemeenten zoeken naar vormen van inkoop, ook regionaal, waarbij de ondersteuning zo veel mogelijk op lokaal niveau kan worden georganiseerd.
13. **Onafhankelijkheid?** Soms maakt het sociaal team onderdeel uit van de gemeente, en is het daar ook gehuisvest. Dat is niet altijd even laagdrempelig voor inwoners, zeker niet in de kleinere gemeenten met een hoog *ons-kent-ons* gehalte. Elders gaat de ontwikkeling al verder en is het sociaal team ondergebracht in een aparte BV of onafhankelijke stichting. Die gemeenten ontwikkelen zich van eigenaar naar opdrachtgever.

De verwachtingen ten aanzien van wijkteams zijn in de loop van de tijd wat **getemperd**. Maar tegelijk is de taak niet gering. In **driekwart** van de gemeenten zijn ook taken uit de Jeugdwet bij het wijkteam neergelegd. In circa de helft van de gemeenten kunnen burgers ook met vragen over werk en inkomen bij die wijkteams terecht. Denk aan schuldhulpvragen.

Het cliëntwaarderingsonderzoek laat zien dat twee op elke drie cliënten **snel** geholpen is door hulpverleners. Van de cliënten is 70 procent **tevreden** over het gesprek met een coach of ander. Over de kwaliteit van de ondersteuning is 79 procent positief.

Oordelen (5): vanuit het sociologisch perspectief – gedragsveronderstellingen

Achter de decentralisaties gaan veronderstellingen schuil over menselijk gedrag van hulpvragers en hulptoekenners en over andere aspecten (Gort e.a., 2017). Welke en wat zijn ze deze veronderstellingen waard gebleken?

- Een eerste veronderstelling houdt in dat de **zelfredzaamheid-matrix** een nuttig middel is gebleken om keukentafelgesprekken te voeren.
- De tweede veronderstelling houdt in dat als de professional dichter bij de burger komt, meer nabij is, hij of zij ook beter **maatwerk** als antwoord op de hulpvraag kan leveren.
- Een derde veronderstelling is dat als professionals meer **zicht krijgen** op het netwerk van de hulpvragende burger er ook meer of beter een beroep gedaan kan worden op een deel van dat netwerk.
- Een vierde veronderstelling houdt in dat hulpvragers het waardeerden als een professional of meerdere professionals aanschuiven aan de keukentafel voor een zgn. **keukentafelgesprek**.
- Een vijfde veronderstelling houdt in dat sommige om hulp vragende burgers niet in staat zijn om zelf hun **hulpvraag** te **formuleren**.
- Een zesde veronderstelling houdt in dat er door de zelfredzaamheid en het netwerk te activeren de zorg ook wat **goedkoper** zou kunnen.

De eerste veronderstelling: over zelfredzaamheid

De eerste veronderstelling houdt in dat de zelfredzaamheid-matrix een nuttig middel is gebleken om keukentafelgesprekken te voeren.

Reactie: deze veronderstelling wordt ondersteund hoewel er wel discussie is over de criteria die een rol moeten spelen bij het beoordelen van de hulpvraag. Zelfredzaamheid kan niet het enige criterium zijn waarop alles te herleiden is. Dat wordt toegelicht.

De Zelfredzaamheid-matrix (ZRM) brengt de zelfredzaamheid van de cliënt in kaart door in een (keukentafel)gesprek tussen iemand van de gemeenten en in elk geval de burger en eventueel nog iemand anders dertien domeinen langs te lopen op de stand van zaken en tot een conclusie te komen over de keuze uit een trits van mogelijkheden: geheel zelfredzaam; hulp nodig en mogelijk uit netwerk; een algemene voorziening nodig?; specifieke hulp nodig van een professional of meerdere. De domeinen zijn: financiën (kan de burger rondkomen?), werk en opleiding (heeft iemand nog een betaalde baan?; wat voor soort werk?; etc.), tijdsbesteding, huisvesting, huiselijke relaties (partner?; etc.), geestelijke en lichamelijke gezondheid, middelengebruik, de kwaliteit van de basale algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), de instrumentele gang van zaken qua ADL, omvang en kwaliteit van het sociaal netwerk, maatschappelijke participatie en justitie. Bij de toepassing van de matrix op dertien velden of domeinen wordt de zelfredzaamheid van een hulpvrager gescoord van 1 tot 5. Die toepassing gaat in een concrete 'entreebespreking' (intake) met de burger vergezeld van een nauwkeurige omschrijving per domein van de hulpvragende burger. Het instrument draagt zeker bij aan het spreken van één taal tussen hulpverleners met verschillende achtergronden, professionaliteit en competenties. En het instrument draagt ook bij aan het structureren van de informatie die hulpverleners hebben over hun cliënten.

Hoe is het gebruik van deze ZRM in de praktijk? De ZRM wordt **op grote schaal** toegepast. De zelfredzamen blijken gemiddeld genomen iets minder zelfredzaam dan ze denken als er een ZRM aan

de orde is en ingevuld wordt. Tegen de tijd dat de 'intaker' verschijnt, is de nood immers al aanwezig. Hulp vragen, doe je doorgaans niet als het niet nodig is. Lukt het om als het ware laag in de matrix te blijven zitten en de professionals buiten de deur te houden door te koersen op inzet vanuit de familie of het overige netwerk? Om te beginnen, medewerkers van wijkteams die met de intake te maken hebben, vinden het lastig om naar het netwerk van de mensen te vragen, zo blijkt uit observatie van keukentafelgesprekken (Brederwold, Duyvendak e.a., 2018). De vraag naar het netwerk wordt wel gesteld, dat moet volgens de ZRM, maar als mensen aangeven niet over een netwerk te beschikken of het netwerk niet nog meer te willen opzadelen met hulpverzoeken dan wordt dat heel vaak door de intaker geaccepteerd. Daaraan draagt bij dat iemand vanuit het netwerk vaak bij het keukentafelgesprek aanwezig is: een familielid of hulpverlener uit de buurt of wijk of uit de vrienden- of kennissenkring. Dan wordt als vanzelf wel duidelijk of deze of andere mantelzorgers al veel inzet plegen. Voor wijkteamleden is het dan wel heel lastig gebleken om te vragen of er nog meer inzet gepleegd kan worden, zo bleek uit observatie gedurende vier jaar van een aantal keukentafelgesprekken.

Onderschatten burgers de ernst van hun hulpvraag wel eens? Dat komt nogal eens voor. De persoon die de zelfredzaamheid-matrix gebruikt voor de intake moet dan constateren dat de hulpvraag zwaarder is dan de betrokkene vanuit een overoptimistische houding inzake zelfredzaamheid zelf ziet. Dan moet de burger bevrijd worden uit zijn beeld dat hij het allemaal wel zelf kan. De consulent of het wijkteamlid moet dan **sturen** naar een hogere zorgzwaarte en dat gebeurt ook. Dat kan gepaard gaan met emoties bij de cliënt die de ernst van de zaak vanuit zichzelf niet voldoende onderkent. Keukentafelgesprekken dienen er dus ook voor om de entree van professionele hulp of andere hulp bij een cliënt acceptabel te maken.

Vullen wijkteamleden de ZRM met de hulpvrager waarheidsgetrouw in? Die vraag kan vervangen worden door de vraag: bereiken de hulpverlener en hulpvrager intersubjectief en machtsvrij overeenstemming over de formuleringen in de zelfredzaamheid-matrix? De indruk is dat de wijkteamleden de hulpvraag doorgaans niet onderschatten omdat wat er aan netwerk een rol speelt ook weer kan verdwijnen. De hulp vanuit het netwerk is 'broos'. Het gevolg is dat het niet eenvoudig blijkt om de beleidswens te realiseren om de zorgkosten in een keukentafelgesprek zo laag mogelijk te houden. Het blijkt niet eenvoudig om professionele hulp te weigeren en via de zelfredzaamheidsmatrix mensen meer netwerkhelp aan te praten (Brederwold e.a., 2018).

De tweede: de betekenis van nabijheid

Een tweede veronderstelling houdt in dat als de professional dichterbij de burger komt, meer nabij is, hij of zij ook beter maatwerk als antwoord op de hulpvraag kan leveren.

Reactie: Is maatwerk inderdaad mogelijk? Alle seinen staan op groen. Er is een geheel aan mogelijkheden. Daartoe hoort: de burger redt zichzelf wel. Of de burger kan vooruit met een algemene voorziening, zoals een rolstoel. Of de burger kan met wat hulp van kinderen en burens nog wel even uit de voeten. Of de burger heeft specifieke zorg nodig en kan niet langer in het eigen huis functioneren.

De meeste hulpvragen kunnen niet online worden afgedaan. Het is aangenaam als er een gezicht hoort bij iemand. Onderzoek laat zien dat mensen het prettig vinden om persoonlijk contact te hebben en om een aanspreekpunt te hebben. Dat kan een Wmo-consulent zijn of iemand van een wijkteam. De analyse van de rol van de zelfredzaamheid-matrix bevestigt dat de intake kwaliteit heeft. De laatste vijf jaar hebben dagbladen en tv-programma's ook geen melding gemaakt van debacles op dit front.

De derde: over mogelijkheden tot activering van het netwerk

Een derde veronderstelling is dat als professionals meer zicht krijgen op het netwerk van de hulpvragende burger ook meer of beter een beroep gedaan kan worden op een deel van dat netwerk.

Reactie: Deze veronderstelling is aanvechtbaar. Er is geen bewijs voor. Het is ook niet goed mogelijk dat een gemeenteambtenaar een lid van een netwerk kan aanzetten tot hulp.

Toelichting:

Wijkteammensen blijken het lastig te vinden om naar het netwerk van een burger te vragen (Brederwold e.a., 2018). Onderzoek laat bovendien zien dat wijkteammedewerkers vaker zelf lichte hulp en ondersteuning bieden of professionele hulp adviseren en regelen dan nog meer beroep te doen op de lichtere vorm vanuit het netwerk. Bij de intake is blijkbaar de neiging afwezig aan de kant van intakekers om de hulpvraag te onderschatten. Omgekeerd, overschat wordt wat in de nota's over het sociaal domein zo eenvoudig staat geschreven over zelf doen en over de participatiesamenleving. Burgers zoeken al wel zelf hulp als het kan. Worden aanvragen gedaan dan is er ook wat aan de hand dat vraagt om een algemene voorziening of hulp van anderen.

De auteurs van het boek *'De verhuizing van de verzorgingsstaat'* (2018) noemen dit *'stil verzet'* van de wijkteammensen tegen de filosofie van de almachtige participatiesamenleving, zoals die schuil gaat achter decentralisaties. Elk netwerk kent namelijk *grenzen* en wijkteammensen komen die grenzen tegen. Er is niks tegen hulpvaardigheid van burgers uit een netwerk, maar de kans is groot dat helpende burgers niet goed in staat zijn om hulp van enige substantie te bieden die meer is dan een basisvoorziening ophalen, een kop soep brengen, een praatje maken of iemand meenemen naar een winkel, ziekenhuis of buurtfeestje. Hulpvaardige burgers die ook nog ooit verpleegkundige of maatschappelijk werkster waren, zijn schaars. Hulpvaardige burgers kunnen over het algemeen **Slechts lichte hulp** bieden. Als er al hulp komt uit het netwerk, blijkt het lastig om te vragen naar méér hulp. Medewerkers van teams **accepteren** doorgaans ook als hulpvragers aangaven geen netwerk te hebben of het netwerk niet verder te willen belasten.

De vierde: hulpvragers waarderen het aanschuiven

Een vierde veronderstelling houdt in dat hulpvragers het waardeerden als een professional of meerdere professionals aanschuiven aan de keukentafel voor een zgn. keukentafelgesprek.

Reactie: Deze stelling wordt ondersteund. Een gesprek is nuttig en het opmaken van de stand van zaken onvermijdelijk. Dat een gesprek intimiderend is als er meerdere gesprekspartners aanwezig zijn? Daarvoor zijn geen indicaties verkregen.

De vijfde: over het menselijk tekort tot zelfdiagnose

Een vijfde veronderstelling houdt in dat de om hulp vragende burgers niet altijd in staat zijn om zelf hun hulpvraag te formuleren. Reactie: Deze stelling wordt bevestigd.

De hulp vragende burger zal als hij of zij alles zelf aankan, geen hulp invoeren van derden. Als er dus een aanvraag voor een gesprek is gedaan dan zal er al een grens overschreden zijn, dan zullen mensen uit het netwerk vaak al gezegd hebben dat het zo niet meer kan.

De zesde veronderstelling: over goedkopere zorg

Een zesde veronderstelling houdt in dat er door de zelfredzaamheid en het netwerk te activeren de zorg ook wat goedkoper zou kunnen. Reactie: Het is niet eenvoudig om de beleidswens te realiseren om de zorgkosten in een keukentafelgesprek zo laag mogelijk te houden. Het gaat in het gesprek om de burger. Het blijkt niet eenvoudig om professionele hulp te weigeren en via de zelfredzaamheidsmatrix mensen meer netwerkhelp aan te praten (Brederwold e.a., 2018).

Oordelen (6): vanuit het interbestuurlijk perspectief

In het voorgaande is ingegaan op de decentralisatie van taken, de nieuwe begrippen en werkwijzen in het sociale domein, de afzonderlijke wetten die gemeentelijke taken formuleren en wat de praktijk van uitvoering in gemeenten aan resultaten en knelpunten laat zien. Nu een slag verder.

Het sociale domein is te zien als **een stelsel** van taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, middelen, informatie-uitwisseling en toezicht. Ministers willen overzicht hebben, eventueel bij kunnen sturen als er zich een voorkeur aandient en er bijzonderheden met 'politieke relevantie' zijn. En ze moeten verantwoording afleggen aan het parlement over hoe het stelsel werkt. Immers, er is zoiets als **systeemverantwoordelijkheid**. Het stelsel kent als elk stelsel in de democratische rechtsstaat die Nederland is **gewichten en evenwichten** en dus krachten en tegenkrachten.

Vraag:

wat is de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid nu in het bijzonder en de informatiepositie van het parlement? Stel dat u als lezer gemeentebestuurder bent met het sociaal domein als taak, dan moet u hier iets van weten. En dan moet u ook na kunnen gaan, waar u zelf informatie kunt halen.

Zeggenschapsverdeling

De Algemene Rekenkamer heeft in 2018 een inventarisatie gemaakt van **de zeggenschapsverdeling** tussen bestuurslagen in de Wmo 2015, de Jeugdwet en Participatiewet om aan de hand daarvan de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) te adviseren over een eventuele verbetering van de informatievoorziening over de uitvoering van deze wetten. Op basis van die inventarisatie en andere relevante wetten zoals de Comptabiliteitswet 2016, de Financiële-verhoudingswet en de Gemeentewet stelt de Algemene Rekenkamer vast dat ministers:

- zich niet hoeven te verantwoorden over de taakuitvoering en bestedingen van individuele gemeenten;
- zich wel moeten verantwoorden over de regels die zij hebben gesteld aan de manier waarop gemeenten hun taken in het sociaal domein uitvoeren, over het toezicht daarop en over de taakuitvoering door zelfstandige bestuursorganen casu quo rechtspersonen met een wettelijke taak;
- informatie behoren te verzamelen over de werking van de Wmo 2015, de Jeugdwet en Participatiewet in de praktijk.

Met de decentralisaties sociaal domein zijn publieke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden overgedragen, maar *niet* de mogelijkheid voor gemeenten om zelf voor de financiering hiervan zorg te dragen. De (toen nog) beoogde inrichting van het sociaal domein zorgt er daarmee voor dat **het innen, verdelen en uitgeven van publieke middelen niet in één bestuurlijke hand ligt**. Dit maakt dat discussies over wenselijkheid, rechtmatigheid, doelmatigheid en doeltreffendheid van overheidsoptreden niet op één bestuurlijk niveau worden gevoerd. Er zit vrij snel ruis op de lijn Rijk-gemeenten als gemeenten niet uitkomen met hun door het Rijk verstrekte budget ten behoeve van taken op het sociale domein. En dan moeten gemeenten rapporteren en komt de Tweede Kamer ook vrij snel in beeld.

Terughoudende stuurrol voor ministers

Sinds in 2015 taken en budgetten op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en (arbeids)participatie naar het gemeentelijke niveau zijn overgebracht, is de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid en provinciebesturen op deze terreinen veranderd. De wetgever bepaalde dat inhoud, omvang, beschikbaarheid en organisatie van de lokale interventies bij hulp vragende of hulp zoekende burgers (voorzieningen, diensten en andere antwoorden op hulpvragen) voortaan **in hoge mate** worden bepaald door gemeentebesturen als eerste overheid, al of niet in een samenwerkingsverband met andere gemeenten opererend. Dit betekent dat de regering *niet* verantwoordelijk is voor de lokale regeltoepassing of het resultaat van het beleid zoals dat **in de afzonderlijke gemeenten** wordt uitgevoerd en dat de Tweede Kamer daarbij ook geen rol heeft. Het oordeel over de uitvoering in het sociale domein is primair voorbehouden aan colleges van burgemeester en wethouders en uiteindelijk de gemeenteraden als bestuurlijk hoofd van de gemeente. Maar dat kan niet voldoende zijn. Er moet ook zoiets zijn als toezicht.

Stysteemverantwoordelijkheid

Ministers komen in beeld: daar waar het hun eigen rolinvulling en het functioneren van **het stelsel als geheel** betreft. De ministers van VWS en SZW zijn systeemverantwoordelijke voor enkele wetten, de minister van Financiën gaat over de toepassing van de Financiële-verhoudingswet (met verdeelsleutels) terwijl de minister van BZK als hoeder van het openbaar bestuur met de Grondwet, Gemeentewet en Provinciewet in de hand optreedt en uiteraard Financiële Verhoudingswet, de Algemene wet bestuursrecht niet vergeet. Pas dan komt ook het parlement als controleur en medewetgever in beeld.

Financiering

De financiering kan niet ongenoemd blijven. De taken van gemeenten in het sociaal domein worden grotendeels **gefinancierd** met een **integratie-uitkering** uit het Gemeentefonds dat middelen omvat die het Rijk verstrekt om gemeentebesturen te financieren. Over de besteding van deze middelen hoeven gemeenten **geen** verantwoording af te leggen aan het Rijk en hierover hoeft de minister ook geen verantwoording af te leggen aan het parlement, aldus de Algemene Rekenkamer in het rapport 'Wegwijs in het sociale domein' uit 2018. Met het kiezen voor deze inrichting van bekostiging en verantwoording beoogt de wetgever gemeenten in staat te stellen om **integraal beleid** te voeren en maatwerk te bieden aan hun inwoners. De financiering loopt niet via een aantal specifieke uitkeringen.

Maar er zit een adder onder het gras. Een uitzondering op de regel van grote terughoudendheid van het Rijk vormt het inkomensdeel van de Participatiewet, dat betrekking heeft op de budgetten die gemeenten krijgen voor het verstrekken van loonkostensubsidies en bijstandsuitkeringen. Dit deel van de Participatiewet wordt **wel** gefinancierd met een **specifieke uitkering** aan gemeenten. De colleges van B&W moeten zich over de besteding van middelen uit de specifieke uitkering voor het inkomensdeel van de Participatiewet via de minister van BZK verantwoorden aan de minister van SZW (artikel 17a Financiële-verhoudingswet en artikel 77 Participatiewet). Zij doen dat in de bijlage hierover in hun begroting en verantwoording. De minister van SZW gebruikt deze informatie voor de verantwoording in zijn jaarverslag. Op deze informatie kan de minister dus worden aangesproken.

Welke bevoegdheden dan wel voor ministers?

Als het dan zo is dat financiële middelen via het Gemeentefonds lopen, kan een minister dan nog wel degelijk aan de stuurknuppel zitten? In de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet worden **verschillende taken en bevoegdheden toegekend aan de ministers**. In alle drie de wetten krijgen ministers de plicht of de mogelijkheid om **nadere regels** te stellen aan de wijze waarop gemeenten hun taken op het gebied van jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning en (arbeids)participatie uitvoeren en aan de verantwoordingsinformatie die zij daarover aan de minister moeten leveren.

De Jeugdwet als voorbeeld

Neem de Jeugdwet en de positie van de minister van VWS bij de wetsuitvoering. Deze minister heeft de wettelijke bevoegdheid tot stellen van **nadere regels** voor **de uitvoering**. Dat blijkt uit het volgende. De minister kan op allerlei onderdelen van de Jeugdwet met een algemene maatregel van bestuur nadere regels aan gemeenten stellen.

Zulke regels kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op

- een toereikend aanbod door gemeenten,
- op de beschikbare deskundigheid,
- op de eisen die moeten worden gesteld aan jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen,
- op de inrichting van het register van aanbieders en instellingen,
- of op de invulling van het klachtrecht bij vrijheid beperkende maatregelen.

Via onder andere het Besluit Jeugdwet en de Regeling normenkader jeugdbescherming en jeugdreclassering heeft de minister dergelijke regels ook gesteld.

De minister van VWS heeft ook de bevoegdheid tot het stellen van nadere regels voor **informatieverplichtingen**. De Jeugdwet voorziet daarin. De minister moet regels stellen aan de inrichting van het **jaarlijkse onderzoek** dat gemeenten moeten verrichten naar hoe cliënten de toegankelijkheid en de kwaliteit van de voorzieningen ervaren en hoe zij de voorzieningen vinden bijdragen aan de doelen van de Jeugdwet (zie artikel 2.10 Jeugdwet; en artikel 3 Regeling Jeugdwet). De minister kan regels stellen aan de gegevens die jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen jaarlijks in het kader van hun maatschappelijke verantwoording openbaar moeten maken over de kwaliteit van de jeugdhulp, de kwaliteit van de uitvoering van de taken, het klachtrecht en de medezeggenschap (artikel 4 in de Jeugdwet). De minister moet voorts regels stellen aan de begroting, de balans, de resultatenrekening en de toelichting die jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen openbaar moeten maken (artikel 8.3.1 Jeugdwet). De minister moet ten slotte regels stellen aan de gegevens die jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen over hun exploitatie moeten verstrekken aan de minister.

De minister van VWS heeft ook nog tot taak om zorg te dragen voor de inrichting en het beheer van de Verwijsindex Risicjongeren. De minister van Justitie en Veiligheid heeft ook nog enkele bevoegdheden die raken aan de Jeugdwet (vanwege de kindbescherming).

De Algemene Rekenkamer geeft ook aan welke bevoegdheden een minister heeft op het vlak van de Participatiewet ten aanzien van de uitvoering en informatieverplichtingen. Dat zelfde zien we ten aanzien van de Wmo 2015. Dat wordt hier verder niet uitgewerkt.

Toezicht

Daarmee is het stelsel uiteraard nog niet volledig aangeduid. In de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet is geregeld wie belast is met het toezicht op de naleving van deze wetten door de zorgaanbieders. Dat heet het **nalevingstoezicht**.

Behalve dit nalevingstoezicht is er ook het toezicht dat de minister houdt **op de taakuitvoering** door de gemeenten: het **'interbestuurlijk toezicht'**. Op grond van de Gemeentewet (vooral de artikelen 124 t/m 124g) kan de minister maatregelen nemen wanneer een gemeente zijn taken in het sociaal domein ernstig verwaarloost of besluiten neemt die in strijd zijn met het recht of het algemeen belang. In bepaalde gevallen kan in een specifieke wet aanvullend interbestuurlijk toezicht worden geregeld. Van deze mogelijkheid is gebruik gemaakt in de Participatiewet. Het interbestuurlijk toezicht op het gemeentelijk sociale domein is in het algemeen beperkt.

In *'Wegwijs in het sociale domein'* beschrijft de Algemene Rekenkamer per wet hoe het nalevingstoezicht en de verantwoording daarover is geregeld.

De relevante ministers moeten verder toezicht houden op **zelfstandige organisaties** die wettelijke taken uitvoeren in het sociaal domein. Onder andere de SVB, het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) en het CAK vervullen taken op grond van de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet. Deze instellingen hebben geen eigen democratisch gekozen verantwoordingsorgaan. De democratische verantwoording over de taakuitvoering door deze instellingen loopt via de minister. Die moet het parlement informeren over de taakuitvoering van deze organisaties.

De colleges van B&W moeten zich aan de gemeenteraad verantwoorden over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de taken die SVB, UWV en CAK voor hen uitvoeren. Hieruit volgt dat het college van B&W toezicht moet houden op de taakuitvoering. Dit betekent dat iedere gemeente hierover

informatie zou moeten verzamelen, hierover een oordeel moet vormen en zo nodig moet kunnen bijsturen. Verantwoording aan en toezicht door de gemeenten op deze uitvoeringsorganisaties is in de drie genoemde wetten echter niet geregeld. In de praktijk komt er dan ook nauwelijks iets van terecht. Een gemeenteraadslid moet er dan ook geen energie aan verspillen.

Informatie verstrekken

Op grond van de Wmo 2015 zijn er de volgende **informatieverplichtingen** voor gemeenten:

Het college van B&W moet jaarlijks onderzoeken hoe de cliënten de kwaliteit van de maatschappelijke ondersteuning ervaren en deze gegevens jaarlijks voor 1 juli verstrekken aan de minister van VWS (artikel 2.5.1 Wmo 2015); De minister van VWS draagt er zorg voor dat op basis van de door de gemeente verstrekte gegevens vóór 1 januari van het volgende jaar een rapportage wordt opgesteld en gepubliceerd waarin de gegevens van de gemeenten met elkaar worden vergeleken (artikel 2.5.1 Wmo 2015);

De colleges van B&W zijn verplicht om desgevraagd kosteloos aan de minister de gegevens te verstrekken die hij nodig heeft om de werking van de wet te kunnen beoordelen (artikel 2.5.2 Wmo 2015).

Op grond van de Jeugdwet zijn er de volgende informatiestromen van gemeenten, jeugd-hulpaanbieders, gecertificeerde instellingen naar de minister van VWS:

- gegevens uit cliënt-ervaringsonderzoek (artikel 3 Regeling Jeugdwet);
- gegevens via het CBS die inzicht bieden in de implementatie van beleid en de uitvoering van de wet (§ 7.4 Jeugdwet);
- maatschappelijke en financiële verantwoordingsinformatie van jeugdhulp aanbieders en gecertificeerde instellingen (artikel 4.3.1, artikel 8.3.1 en artikel 8.3.2 Jeugdwet).

Op grond van de Participatiewet bestaan de volgende informatieverplichtingen voor gemeenten:

- Het college van B&W moet de minister van SZW jaarlijks een beeld geven van hoe uitvoering is gegeven aan de wet (artikel 77 Participatiewet);
- Het college van B&W moet de minister van SZW desgevraagd gegevens en inlichtingen verstrekken die hij nodig heeft voor de statistiek, informatievoorziening en beleidsvorming met betrekking tot de Participatiewet (artikel 78 Participatiewet).

Nagegaan is wat er aan **feitelijke informatiestromen** over het sociaal domein vanuit de regering naar de Tweede Kamer gaat. De manier waarop de verantwoordelijke ministers de Tweede Kamer informeren over dit beleid blijkt in hoge mate te stroken met de regelgeving en toezeggingen aan de Tweede Kamer. De Tweede Kamer ontvangt wat zij mag verwachten op grond van wet en toezegging. Uit onder meer de motie Bergkamp leidt de Algemene Rekenkamer af dat de informatie die de Tweede Kamer van regeringswege bereikt, naar het oordeel van de Tweede Kamer niet optelt tot het overzicht en inzicht in de voortgang en resultaten in het sociaal domein dat zij wenst. De Algemene Rekenkamer meent dat de conclusie moet zijn dat er niet sprake is van optimale bruikbaarheid van informatiestromen. Dat zou zijn terug te voeren op 'de wisselende informatieverplichtingen per wet', 'de grote hoeveelheid verstrekte informatie', 'de uiteenlopende momenten waarop de informatie wordt gepubliceerd' en 'het ontbreken van samenhang tussen de verstrekte informatieproducten' (2018: 7). Daarmee valt al te raden waar het heen gaat met de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer.

Aanbevelingen over informatievoorziening

De Algemene Rekenkamer beveelt de regering en in het bijzonder de minister van BZK vanwege de verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur het volgende aan.

- Bepaal voor de informatievoorziening aan het parlement wat past bij de bestuurlijke en financiële verhoudingen in het algemeen en de zeggenschapsverdeling zoals deze specifiek is vastgelegd in

de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet. Geef bij de informatie van de regering aan het parlement expliciet aan wat het doel is van de informatie en in welke mate de informatie voortvloeit uit de zeggenschap van regering en parlement voor het sociaal domein.

- Bepaal in een gesprek tussen parlement en regering nut en noodzaak van de huidige monitors en onderzoeken die gericht zijn op onderdelen van het sociaal domein en overweeg om bij onvoldoende toegevoegde waarde hiermee te stoppen.
- Stel samen met het parlement, gemeenten, het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en andere onderzoeksinstituten vast welke gegevensverzameling voor de volksvertegenwoordigingen op lokaal en nationaal niveau het beste bijdraagt aan overzicht en inzicht in de voortgang en de resultaten van de decentralisaties in het sociaal domein. Ga daartoe het gesprek aan met het parlement en gemeenten om gezamenlijk een volgende stap te maken in het ontwikkelen van gemeenschappelijke definities en begrippen. Gezamenlijk gedeelde definities scheppen de mogelijkheid om tot betere landelijke inzichten te komen en maakt een gezamenlijk leerproces mogelijk. Bijkomend voordeel is dat gemeenschappelijke definities en begrippen de onderlinge vergelijkbaarheid tussen gemeenten kunnen verhogen ten behoeve van het lokaal bestuur. Betrek bij dit gesprek de leerervaringen en expertise van dataplatform *'Waarstaatjegemeente.nl'* (dat onder andere gericht is op het vergroten van de onderlinge vergelijkbaarheid van gemeenten) en de *'Monitor brede welvaart'*. Gezamenlijk geformuleerde definities doen geen afbreuk aan lokale beleids- en bestedingsvrijheid, maar faciliteren het gesprek tussen bestuurslagen over ontwikkelingen en resultaten.
- Neem bij de heroverweging van het stelsel van financiële verhoudingen mee welke informatie in de toekomst nodig is om te kunnen bepalen welke financiële middelen nodig zijn om de gemeenten in staat te stellen hun taken op het sociaal domein uit te voeren.
- Bezie of initiatieven van gemeenten om de informatiepositie van gemeenteraden te verbeteren, waar het gaat om inzicht in het maatschappelijk effect van beleid voor maatschappelijke ondersteuning, jeugdhulp en (arbeids)participatie, zich lenen voor navolging of een doorvertaling op een hoger aggregatieniveau voor de evaluatie van de werking van nationaal beleid en wetgeving.
- Stel gegevens over het sociaal domein als open data beschikbaar en stimuleer hiermee de transparantie voor en betrokkenheid van burgers.
- Breng meer samenhang aan tussen de monitors en evaluaties over de beleidsuitvoering in het sociaal domein, zowel wat de publicatie-intervallen als wat thematiek betreft. Zorg op die manier voor een betere vindbaarheid. Benut hierbij ook het door ons ontwikkelde instrument *'Wegwijzer sociaal domein'*, dat als voorbeeld kan dienen voor een vorm van informatievoorziening met meer samenhang

Tot zover een letterlijke weergave van de aanbevelingen zoals geformuleerd in de Samenvatting van *'Wegwijs in het sociale domein'*.

Nader bezien: de gemeente als opdrachtgever

Stel u bent gemeenteambtenaar. U werkt op het gebied van het sociaal domein en u hebt het voorgaande gelezen. U kent de concepten en referentiekaders. De essentie van de zelfredzaamheidsmatrix kunt u dromen. U hebt gehoord over **gemeentelijke sturing** in de vorm van **opdrachtgeverschap**, maar dan nog géén kennis genomen van welke modellen op dit vlak bestaan

die iets zeggen over de manier van omgaan met zorgaanbieders. U gaat het gemeentebestuur adviseren over een te kiezen aanpak, over een model. Dat doet u natuurlijk niet alleen, maar u bestudeert de literatuur en overlegt met betrokkenen in het veld en kijkt naar andere gemeenten en naar 'best practices'. Dan bent u nu op de goede plek beland want ik ga het hebben over het gemeentelijk opdrachtgeverschap en de modellen. Eerst maar eens wat het opdrachtgeverschap inhoudt.

Wat houdt het opdrachtgeverschap in?

Een burger heeft een hulpvraag in de vorm van een ondersteuningsbehoefte. Wie die behoefte heeft, komt in een procedure van signalering tot het ontvangen van een maatwerkvoorziening vanuit de Wmo of Jeugdwet. De hulpvrager meldt zich bij de gemeentelijke organisatie of een wijkteam (in de woonwijk van de burger) en daarop volgt er een onderzoek naar zijn ondersteuningsbehoefte ('intake'). Daarbij worden de mogelijkheden in de omgeving van de burger – dus van het sociale netwerk van familie, kennissen en burens – meegenomen. Tenslotte wordt ondersteuning toegewezen, doorgaans in de vorm van een beschikking voor een maatwerkvoorziening (ondersteuning) en volgt een ondersteuningsplan (welke hulp van wie, waarom, hoe?). Dit is het voortraject. Daarop volgt de daadwerkelijke uitvoering van het ondersteuningsplan, waarbij een of meer zorgverleners een rol vervullen. Die zorgverleners zijn meestal niet in dienst van de gemeente. De uitvoering wordt dus uitbesteed.

De gemeentelijke opdrachtgeversrol impliceert dus de eigen invulling van taken door het gemeentebestuur (dat wat men zelf oppakt) als de wijze van uitbesteding van (deel)taken. Gemeentebesturen vatten deze aanpak meestal in een beleidsstuk. Emeritus-hoogleraar Jan Telgen (2018) meent dat het daarbij goed is te onderscheiden naar

- a) de inkoop resp. de aanbestedingsprocedure (welke zorgaanbieders zullen qua Wmo en Jeugdwet in de gemeente actief zijn) en
- b) de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan de Wmo, inclusief afspraken over de rol en verantwoordelijkheden van zorgaanbieders. Bij b gaat het om de modellen van opdrachtgeverschap.

Keuzen

Niels Uenk, die samenwerkte met Telgen in het Public Procurement Research Centre (PPRC), werkt dit wat uit (Uenk, 2016). Hij bekeek alle beleidsdocumenten (inkoopdocumenten) van 380 gemeenten en had veel gesprekken. Hij stelt op basis daarvan dat het in het lokaal sociaal domein bij het opdrachtgeverschap in de kern om vier beslissingen gaat. Die luiden:

- a) Wie regisseert? (keuze 1)
- b) Is sprake van verantwoordelijkheid op inzet of resultaat? (keuze 2)
- c) Hoeveel zorgaanbieders worden rechtstreeks gecontracteerd? (keuze 3)
- d) Wat is de scope van het contract? (keuze 4)

Op basis van de antwoorden op deze vier vragen is elke gemeente te scoren, is van elke gemeente aan te geven hoe de gemeente zich opstelt in het sociale domein naar zorgaanbieders, inwoners en hulpvragers. En dat levert per gemeente een model van opdrachtgeverschap op. Als gemeenten samenwerken kan dat eenzelfde model voor meerdere gemeenten opleveren.

Keuze 1 gaat over de regie. Wat is het palet aan uitersten bij deze keuze? In het voortraject vindt een keukentafelgesprek plaats en een toeleiding naar de zorg. Iemand moet dat coördineren. Wie dat is, verschilt tussen gemeenten. Het kan de gemeente zelf zijn die het gesprek voert en een zorgplan opstelt, waarna een gecontracteerde zorgaanbieder het plan uitvoert. Het is ook mogelijk dit gesprek en de planopstelling bij een onafhankelijke derde te leggen, zoals een onafhankelijk

wijkteam. Ook dan komt daarna een gecontracteerde zorgaanbieder aan de bak. De gemeente zal betrokken zijn en informatie willen hebben over wie allemaal welke zorg geniet. Het kan ook anders. Het eerste gesprek of de gespreksreeks, het plan en de uitvoering daarvan is neer te leggen bij een zorgverlener: één hoofdaannemer die alles doet, van intake tot zorgverlening. In het laatste geval zal de gemeente wel enigszins betrokken zijn maar ligt de regie toch bij een derde, de **gecontracteerde hoofdaannemer** op het vlak van zorgaanbod. De zorgaanbieder doet dan alles: voert het keukentafelgesprek per cliënt of hulpvrager en is verantwoordelijk voor de zorgverlening. De gemeente stuurt op de managementinformatie en gesprekken met de zorgaanbieder

Keuze 2 betreft de vraag naar afspraken over **vergoeding en verantwoording** voor te leveren zorginzet. Aan de ene kant is het mogelijk om tot afspraken te komen met een zorgverlener en cliënt in termen van uren en kwaliteit. Dan gaat het om **inputbeposting**. Aan de andere kant van de schaal is sprake van **sturen op resultaat** in de vorm van populatiebeposting: een zorgaanbieder krijgt een totaalbudget met resultaatafspraken en daarvoor moet die aanbieder een totale populatie verzorgen, bij voorbeeld een wijk. Daartussen bevindt zich de variant van afspraken op resultaat met de individuele hulpvrager. Denk aan een cliëntvolgend budget.

Keuze 3 betreft de vraag naar **hoeveel zorgaanbieders rechtstreeks gecontracteerd worden**. Het is mogelijk om raamovereenkomsten te maken met elke zorgaanbieder die actief wil zijn in de gemeente en voldoet aan bepaalde voorwaarden in termen van **kwalificatie-eisen** op zorgvlak. Deze afspraken zeggen niets over de omzet van zorgaanbieders omdat cliënten zelf hun hulpverlenende zorgaanbieder in het zorglandschap kiezen. Als cliënten mogen overstappen, kan er concurrentie tussen zorgaanbieders plaatsvinden. Aan de andere kant van het spectrum is sprake van één hoofdaannemer of een consortium van partijen die alle Wmo-zorg bieden en daarvoor contracten met individuele cliënten aangaan. De hoofdaannemer kan contracten met onderaannemers hebben afgesloten om massa te maken of bepaalde capaciteiten in 'huis' te krijgen.

Keuze 4 voert ons naar **de scope van een individueel contract tussen gemeente en zorgaanbieder**. Aan de ene kant is er de positie van een zorgaanbieder die een specifiek product of specifieke inzet in termen van ondersteuning levert aan de cliënt. Denk aan een beperkt contract voor het leveren van **smalle** producten. Daar tegenover staat het andere uiterste waarbij een aanbieder verantwoordelijk is voor intake en vraagverheldering, een ondersteuningsplan en het leveren van zorg voor een **grote groep**, bij voorbeeld een hele gemeente, dorp of wijk (populatiebeposting). Dan gaat het om een breed contract.

Uit deze keuzen komen modellen van opdrachtgeverschap voort (zie o.a. Telgen, Unk en Lohmann, 2013; Telgen, 2018). Ik noem er hier een aantal maar er zijn er meer.

Een eerste model voor gemeentelijk opdrachtgeverschap is het **'open huis'-model** (een geheel aan zorgaanbieders). Dat is heel populair (Telgen, 2018). Het tweede model omvat **het veilen** van de (meer of minder) complexe probleemsituatie van een hulpvrager. Het derde model is het **model van één hoofdaannemer** (of een consortium van zorgaanbieders). Het vierde model betreft het **wijkgericht contracteren**. Het vijfde model is het **model van populatiebeposting** (de grote doelgroep). Het zesde model betreft **het regisseursmodel**.

Het zevende model betreft het werken met wijkteams. Telgen (2013) noemt dit expliciet een model van opdrachtgeverschap. Anderen betitelen wijkteams niet expliciet als een afzonderlijke vorm van opdrachtgeverschap (Uenk, 2016).

Wat is een 'open house'-model en wat zijn overwegingen om voor een 'open house'-systeem te kiezen? Het 'open house'-model is wellicht een optie indien meerdere zorgaanbieders interesse hebben om lokaal zorg aan te bieden en daartoe ervaring hebben omdat deze organisaties dat ook al jaren op een bevredigende manier doen. De toetredingskosten voor nieuwe toetreders op de 'zorgmarkt' zijn laag. Nieuwe partijen kunnen zich melden. De gemeente moet dan **voorwaarden** voor toetreding tot de lokale markt formuleren. De gemeente moet in staat zijn om de reële kostprijs van de voorziening zelf te kunnen bepalen waarbij de gemeente ook minimale kwaliteitseisen moet kunnen formuleren richting zorgaanbieders. De gemeente moet dus expertise in huis hebben op dit vlak om aan te kunnen geven wie wel of niet geaccepteerd wordt. Daarnaast moeten de hulpvragers, dus de latere gebruikers van de zorgvoorziening (ook wel cliënten genoemd), in staat zijn de kwaliteit van de verschillende zorgaanbieders in te schatten en te vergelijken. Intermediairs op de zorgmarkt kunnen daarbij wel advies geven, zoals een wijkteam of zorgbemiddelaar. Het is immers **niet** de gemeente die de zorgaanbieder uiteindelijk selecteert en contracten afsluit, maar veelal de inwoner die zorgbehoefte heeft of iemand namens deze, zoals de ouders en/of een voogd. Dit zijn overwegingen die mede bepalen dus of het 'open huis'-model een geschikt toelatingssysteem is of dat de gemeente beter een ander model kan kiezen. Het verdient altijd aanbeveling om voorafgaand aan de keuze een verkenning te doen van modellen en de voor- en nadelen daarvan.

Public Procurement Research Centre (PPRC) is een research centrum van de Universiteit Utrecht en Twente. PPRC met in de geleerden bekende onderzoekers als Niels Uenk en Jan Telgen, onderzocht meer dan **4000 Wmo- en jeugdzorgcontracten**. Dit geheel aan contracten was goed voor 90 procent van alle contracten in Nederland.

Welke model springt er dan uit? Bij een op elke vijf werd daarbij de 'open house'-methode, ook wel **het 'open huis'-model** genoemd, gebruikt. Dat is een op het eerste gezicht helder en eenvoudig model.

Het overgrote deel van de contracten die onder de vlag van aanbestedingen, een ander model, werden afgesloten, resulteren in dezelfde contracten als het 'open huis'-model, zegt onderzoeker Jan Telgen, emeritus-hoogleraar inkoopmanagement in Enschede. Telgen (2018) concludeert bij zijn afscheid als hoogleraar, in zijn afscheidsrede aan de Universiteit Twente, dat 90 procent van de Wmo- en jeugdzorgcontracten **niet via aanbestedingsprocedures** gesloten hoeft te worden. Er is geen enkele noodzaak om complexe Europese aanbestedingsregels te volgen omdat het uiteindelijk de cliënten zijn die kiezen, aldus Telgen. De gemeente bekijkt slechts of aanbieders aan voorwaarden voldoen voor het leveren van goede zorg (zie ook Uenk, Wind, Telgen e.a., 2018). Dat is duidelijke taal.

De 'Monitor Gemeentelijke zorginkoop 2018' stelt hetzelfde als Telgen. Logisch want Telgen kende het conceptrapport en was er als mede-auteur bij betrokken. Het rapport:

'Bijna 90 procent van de uitbestedingen voor Wmo-ondersteuning en jeugdhulp is op 1-01-2018 vormgegeven als Open House. Hierbij sluit de gemeente overeenkomsten met standaard voorwaarden en tarieven met elke zorgaanbieder die aan standaard kwaliteitseisen voldoet'.

Citaat: 'Het beeld is consistent over bijna alle individuele zorgvormen heen: alleen beschermd wonen (Wmo 2015) en het gedwongen kader (Jeugdwet) wijken af. Omdat ook nog een (beperkt) aantal subsidies voorkomen, wordt een zeer groot deel van de maatwerkvoorzieningen (Wmo 2015) en

individuele voorzieningen (Jeugdwet) ingekocht **buiten** de werkingssfeer van de Aanbestedingswet 2012 en de Europese richtlijn voor overheidsopdrachten’.

Vervolgcitaat: ‘Opvallend is echter dat het grootste deel van de gemeenten in de uitbesteding niet expliciet van het instrument Open House spreekt. Gemeenten hanteren dan – naar eigen zeggen – een overheidsopdracht die binnen het verlichte regime in de Aanbestedingswet wordt ‘aanbesteed’ – terwijl er impliciet van **aanbesteden dus geen sprake is**. Deze uitkomst raakt rechtstreeks aan de actuele discussie over de ‘verplichte aanbesteding’ van de gemeentelijke zorgtaken. Nu blijkt dat meer dan 90% van de ondersteuning buiten de werking van de aanbestedingsregels wordt gecontracteerd kan men zich afvragen hoe relevant deze discussie nog is.’ Einde citaat

Minister Hugo de Jonge reageert op dit rapport en gaat toch weer spreken over aanbesteding. Dat komt mede omdat het ‘open huis’-model ook wel aangeduid is als **‘bestuurlijk aanbesteden’** (Telgen, 2018). Ik doe dat hier **niet** omdat het verwarrend is.

De Jonge benadrukt in de brief aan de Tweede Kamer van 4 juli 2018 een aantal nette zaken: het belang van het stellen van eisen aan zorgaanbieders door gemeenten, eerlijke toegang tot overheidsopdrachten en open toetreding, lange termijn-denken en partnerschap tussen organisaties in en rondom de zorg, continuïteit van goede relaties tussen hulpvragers en zorgaanbieders. Hij erkent dat van een Europese markt van zorgverleners in de praktijk ‘vrijwel geen’ sprake is. Hij vindt te snel terugkerende ‘aanbestedingen’ een probleem. Iets dat ook bepleit wordt door Jos van der Lans (2018) in een column in het Tijdschrift Sociale Vraagstukken.

De voormalige GroenLinks-senator Van der Lans stelt: aandacht voor afspraken op de langere termijn, wijk- en dorpsgericht kennis opbouwen en vertrouwen in zorgverleners moet in de plaats treden van gemeentelijke hijgerigheid en onzekerheid voor personeel van zorgaanbieders, lage baanvastheid en flexbanen die mede het gevolg kunnen zijn van kortlopende contracten met zorgaanbieders. Dus: **blijf weg bij een frequente aanbestedingstombola**. Ik ben het daarmee eens.

Fig.26: De gemeente als opdrachtgever op het sociaal domein

Model 1: open huismodel	
<p>Hulpvragers/cliënten: Veel keuzevrijheid aan cliënt Onoverzichtelijke markt: cliënt moet overzicht krijgen van zorgaanbieders en hun kwaliteiten Ontstaan bewegwijzeringsorganisaties Cliënt kan niet goed afwegen wie te kiezen</p>	<p>Gemeenten: Alle aanbieders die voldoen aan voorwaarden kunnen zorg aanbieden Gemeente laat keuze concrete zorg aan afspraken tussen aanbieder en hulpvrager Gemeente kan geen aanbieder uitsluiten Tussentijdse toetreding mogelijk Lage administratieve lasten</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Zorgaanbieder moet hopen dat gemeente geschikte voorwaarden stelt Zorgaanbieder moet transparant zijn over aanbod Concurrentie tussen aanbieders Gemeente zal contact willen blijven houden Teveel aanbieders</p>	<p>Kleinere zorgaanbieders: Zorgaanbieder moet hopen dat gemeente geschikte voorwaarden stelt Zorgaanbieder moet transparant zijn over aanbod Concurrentie tussen aanbieders Teveel aanbieders</p>
Model 2: één hoofdaannemer	
<p>Hulpvragers/cliënten: De cliënt kan profiteren van veel specialismen bij hoofdaannemer Overzichtelijke partij voor hulpvrager Maatwerk mogelijk Zal hulpvrager op kunnen tegen machtige organisatie</p>	<p>Gemeenten: Gemeente maakt het zich makkelijk Contract hoofdaannemer met onderaannemer Toegang zorg ligt bij hoofdaannemer Macht bij hoofdaannemer</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Heeft schaalvoordelen Heeft machtige positie</p>	<p>Kleinere zorgaanbieders: Kansloos bij aanbesteding tenzij kans op onderaannemerschap</p>

Model 3: wijkgericht contracteren	
<p>Hulpvragers/cliënten: De cliënt kan profiteren van schaalvoordelen van hoofdaannemer in grote wijk (aanwezigheid van specialismen) Aanbieder is nabij Maatwerk mogelijk Keuzevrijheid onder druk als hoofdaannemer per wijk inzet beperkt</p>	<p>Gemeenten: De gemeente is snel klaar met het regelen van dit model Weinig invloed van gemeente en controle op de uitvoering Risico op afwenteelgedrag Hoofdaannemer heeft machtige positie</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Kunnen aanbieders toch in meer wijken bieden en leveren? Veel invloed van hoofdaanbieder op uitvoering Max. ruimte voor professional Gemeente zal contact willen onderhouden en verantwoording eisen</p>	<p>Kleinere zorgaanbieders: Als kleine zorgaanbieder niet kansrijk om bieding te winnen Als onderaannemer afhankelijk van keuzen van hoofdaannemer Risico dat deze aanbieders onevenredig gekort worden door hoofdaannemer Als onderaanneming niet mogelijk is, is kleine aanbieder afhankelijk van persoonsgebonden budget of moet die verhuizen naar andere wijk</p>
Model 4: populatiebesteding	
<p>Hulpvragers/cliënten: Prikkel voor hoofdaannemer om inzet te beperken Keuzevrijheid onder druk</p>	<p>Gemeenten: De gemeente is snel klaar Hoe hard is het budget? Weinig invloed en controle op uitvoering</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Als hoofdaannemer veel invloed op uitvoering en geldstroom Maximale ruimte voor professional</p>	<p>Kleinere zorgaanbieders: Als onderaannemer afhankelijk van keuzen van hoofdaannemer Risico om onevenredig gekort te worden</p>
Model 5: veilen van de probleemsituatie op een digitale marktplaats (= concurreren per cliënt)	
<p>Hulpvragers/cliënten: Hulpvrager moet met gemeente complexe probleemsituatie weten te beschrijven Cliënt krijgt zorgplan op maat Cliënt betrokken bij keuze en selecteert mee de aanbieder Cliënt niet betrokken bij zorgplan van aanbieder</p>	<p>Gemeenten: Concurrentie per cliënt Gemeente biedt op website probleemsituatie per cliënt aan als handreiking voor deelnemers aan de veiling Bijdrage aan goede prijs-kwaliteitsverhouding Administratief in orde Wat als aanbieders tijdens uitvoering veranderingen voorstellen? Naargeestige terminologie</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Ruimte voor professional Per cliënt een veiling geeft veel werk Aanbieder maakt plan zonder cliënt gezien of gesproken te hebben Wat als er veel te veilen is: veilingbureaucratie?</p>	<p>Kleinere zorgaanbieders: Ruimte voor professional Per cliënt een veiling geeft veel werk Mogelijkheid tot 'cherry-picking': bieden op klanten waar de aanbieder zich op specialiseert Aanbieder maakt plan zonder cliënt gezien of gesproken te hebben Wat als er veel te veilen is: veilingbureaucratie?</p>
Model 6: regisseursmodel	
<p>Cliënt: Regisseur trekt op met de hulpvrager en is betrokken Hulpvrager is betrokken bij plan Regisseur probeert vroeg de probleemsituatie bij hulpvrager in kaart te krijgen Keuzevrijheid bij selectie van zorgaanbieder is voordeel Kent de regisseur de verschillende zorgaanbieders in de gemeente als het een grote gemeente betreft?</p>	<p>Gemeente: Gemeente heeft via regisseurs veel invloed op bewaking van kwaliteit, prijs en overconsumptie Veel werk voor gemeente als sprake is van veel klanten onder regisseursmodel Inhuur van deskundige regisseurs nodig? Integrale aanpak met andere zorgdomeinen? Wie controleert de regisseurs?</p>
<p>Grote zorgaanbieders: Wie een raamovereenkomst met de gemeente als toegelaten instelling heeft, heeft nog geen zekerheid om via regisseurs en hulpvragers ook klanten te krijgen Zorgaanbieders zijn afhankelijk van het vertrouwen dat ze bij regisseurs genieten. Heeft de regisseur kennis om te onderhandelen over prijs en kwaliteit die de zorgaanbieder in huis heeft</p>	<p>Kleine zorgaanbieders: De kans om zich als kleine zorgaanbieder te onderscheiden is afhankelijk van de regisseur (zijn kennis etc.)</p>
Model 7: wijkteams	
<p>Cliënt: Herkenbaar aanspreekpunt voor cliënt</p>	<p>Gemeente: Kunnen wijkteams een juiste diagnose stellen?</p>

	Via de wijkteams is er veel invloed op de ondersteuning Wie controleert de wijkteams?
<i>Grote zorgaanbieders:</i> Afhankelijk van expertise van het wijkteam	<i>Kleine zorgaanbieders:</i> Afhankelijk van expertise van het wijkteam
Bronnen: Telgen, Uenk en Lohmann, 2013; Uenk, 2016; Telgen, 2018; Wmo transitiebureau, 2014	

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (1): het 'open huis'-model

Ik herhaal, er bestaan diverse modellen van gemeentelijk opdrachtgeverschap (Telgen e.a., 2013; Telgen, 2018). Een van die modellen is het 'open huis'-model (open house), dat hier aan de orde komt. Jan Telgen, emeritus hoogleraar inkoopmanagement aan de Universiteit Twente, noemt dit ook wel het **Zeeuws model**.

Dit is een **terughoudend model** vanuit het gemeentelijk perspectief gezien omdat het model ruimte laat aan cliënten om te kiezen uit zorgaanbieders die aan de eisen voldoen die de gemeente gesteld heeft. De gemeente gedraagt zich niet paternalistisch door een keuze op te dringen, mits er wel binnen gemeentelijke voorwaarden en het gemeentelijk budget gewerkt wordt. De gemeente heeft een zorgplicht en kijkt daarom goed naar wie in de gemeente wel of niet **toegelaten** moet worden als zorgaanbieder. De gemeente **toetst** elke aanbieder aan voorwaarden (o.a. certificatie, prijs, kwaliteiten), maar de hulpvragers of cliënten mogen zelf kiezen van wie ze de zorg ontvangen.

Wanneer is het wijs om als gemeente te kiezen voor 'open house' als **inkoopmethode in de zorg**? En waarmee moet je dan rekening houden?

Het is goed om onder de volgende condities voor dit model te kiezen.

- a) **Voorwaarden en procedure.** Het model is geschikt als de gemeente de voorwaarden voor toelating van zorgaanbieders geformuleerd heeft en hanteerbaar gemaakt heeft in een procedure. Uiteraard is er een zichtbaar aanspreekpunt. Dat kan ook een sociaal team zijn.
- b) **Openheid.** De keuze pro 'open huis' is aanwezig als een gemeente bekend maakt wat die voorwaarden zijn en welke procedure zorgaanbieders moeten volgen om voor een contract met de gemeente in aanmerking te komen.
- c) **Zichtbaarheid van wie aanbieder is.** Er geldt een grote kans op keuze van dit 'open huis'-model als de cliënt inzicht kan krijgen in wie er allemaal als aanbieders zorg aanbieden, duidelijk is welke kwaliteiten een zorgaanbieder in huis heeft, en de zorgaanbieder behulpzaam is en vertrouwenwekkend opereert naar inwoners.
- d) **De reputatie vertrouwenwekkend is.** Er is een grote kans op keuze van dit 'open huis'-model als een zorgaanbieder zich een goede reputatie verwerft door de hulp die geboden wordt, door het attente en zorgvuldige optreden van de hulpverleners en al die andere kwaliteiten waarover burgers met elkaar praten.

In werkelijkheid zijn meer variabelen van belang, zoals wie in de frontlinie het werk moet doen en dus de goede zorg goed moet leveren. Die variabelen blijken verderop.

Zoveel is duidelijk, de kandidaat-zorgaanbieders moeten eerst bij de gemeente langs om beoordeeld te worden of ze voldoen aan **de voorwaarden** voor zorgaanbieding in de betreffende gemeente. Wordt een zorgaanbieder toegelaten dan voegt die zich in het bestaande landschap met lokale zorgaanbieders en

kunnen cliënten kiezen. Dat is de betekenis van 'open huis'. 'Open huis' lijkt op aanbesteden, maar werkt net even anders. Ik noem het daarom in navolging van Jan Telgen **geen aanbesteden**.

Gemeenten passen het 'open huis'-model veel toe voor bijvoorbeeld het inkopen van Wmo-zorg, dus voor onder meer thuiszorg. Het kernidee is dat niet de gemeente, maar de cliënt of hulpvrager de uiteindelijke keuze voor een bepaalde zorgaanbieder maakt. De gemeente stelt slechts de **randvoorwaarden** of **eisen** waaraan die aanbieders moeten voldoen. Dat lijkt heel voor de hand liggend. Immers, er moet een directe link komen tussen leverancier en cliënt, tussen zorgaanbieder en hulpvrager.

Ergo, het is dus juist om te stellen dat de hulpvrager of cliënt kiest uit door de gemeente geaccepteerde aanbieders kiezen. Telgen spreekt van 'gecontracteerde aanbieders' maar bedoelt hetzelfde.

'Open huis' of 'open house' is een **contractueel systeem** waarvan het Europese Hof van Justitie EU aangeeft dat het **geen** overheidsopdracht is. Daarmee valt deze aanpak **buiten** de reikwijdte van het aanbestedingsrecht. Kort gesteld, houdt 'open huis'-contracteren in dat het gemeentebestuur voorwaarden (inclusief tarieven) vaststelt en dat alle erkende zorgondernemers die willen leveren en mogen leveren als zij voldoen aan de voorwaarden. Wat voor soort eisen? Gemeenten stellen eisen op het gebied van bijvoorbeeld certificering ('bewezen "past performance" in de zorg'), prijs, opleidingseisen ten aanzien van dienstverleners en eventuele andere competentie-kwalificaties.

Het is **niet** de gemeente zelf die uiteindelijk een keuze maakt voor een aanbieder, maar de hulpvrager of cliënt (of in de Jeugdwet een andere derde) die kiest uit de toegelaten organisaties. De contracten die binnen deze aanpak tot stand komen, zijn altijd 'open huis'-contracten.

Veronderstelde voordelen van het 'open huis'-model

- 1) Het scheelt **administratie**, **inschrijfprocedures** en **vormfouten** die nogal eens optreden bij aanbestedingen. Door de 'open huis'-model te kiezen wordt het contracteren in het sociaal domein **vereenvoudigd**, meent Telgen. Procedures worden simpeler en toegankelijker voor grote en kleine zorgaanbieders. Maar daarmee is de kous niet af. Gemeenten moeten immers al die zorgaanbieders in beeld houden en een werkwijze van contact, resultaten en verantwoording uitwerken. Een gemeentebestuur wil immers weten of de cliënten tevreden zijn. Een indicator daarvoor is of en zo ja, om welke redenen cliënten van zorgaanbieder switchen.
- 2) 'Open house' kan het beste toegepast worden indien er **veel zorgaanbieders op de markt** zijn en er ook veel hulpvragers zijn. Door de gebruikers/cliënten zelfstandig de keuze te laten maken, stimuleert de gemeente de aanbieders om zich **kwalitatief te ontwikkelen** en **te onderscheiden**. Hierbij is wel van belang dat de doelgroep in staat moet zijn om een weloverwogen keuze te kunnen maken. Dat is lang niet altijd het geval bij complexe hulpvragen, bij voorbeeld in geval drie jongeren uit een gezin een fysieke en/of geestelijke beperking hebben. Hier ligt dus een taak voor het gemeentebestuur om te zorgen voor openbaarheid en overzicht en voor zorgaanbieders om ook als organisatie open, zichtbaar en benaderbaar te zijn en ook werkelijk inzicht te verschaffen.
- 3) **Het differentiatie-argument**. Het model erkent het veelkleurig landschap met veel aanbieders van zorg en vernietigt dit niet wat bij de keuze voor één hoofdaannemer wel het geval is.
- 4) Het model is **cliëntgericht**. De mens staat centraal, niet het systeem. Het model faciliteert keuzevrijheid en ondernemerschap. Cliënten kunnen kiezen voor elke erkende ondernemer

die (kwaliteitsrijke) zorg wenst te leveren tegen vastgestelde voorwaarden en tarieven. De veronderstelling is natuurlijk dat hulpvragers willen en kunnen kiezen.

- 5) Het **flexibiliteitsargument**. Zorgondernemers kunnen tijdens de looptijd van de overeenkomsten toe- en uitreden (lees: starten of stoppen). Het is mogelijk tussentijds diensten en tarieven aan te passen. Daarbij moeten gemeenten wel regels in acht nemen, maar het is mogelijk. Dat maken we op uit de literatuur.
- 6) Zorgaanbieders hoeven **niet bevreesd** te zijn voor impulspolitiek. Een 'continue dialoog' tussen gemeenten en zorgaanbieders over de voorwaarden is 'niet mogelijk'. Contract is contract. In een contract is op te nemen hoe lang een zorgaanbieder erkend is.

Veronderstelde nadelen van het 'open huis'-model

- 1) Het 'open huis'-model is gebaseerd op de aanwezigheid van **voldoende zorgondernemers die zich melden**. Er moet genoeg aanbod zijn om de hulpvragen te kunnen beantwoorden. Het model is zinloos als er bij wijze van spreken 1000 hulpvragen zijn voor x- en y-zorg en slechts een zorgaanbieder meldt zich en wordt toegelaten maar deze kan maar 100 hulpvragen op het terrein van x- en y-zorg leveren. Dan schiet het zorgaanbod geweldig tekort. In dat geval moet een gemeentebestuur op pad om zorgaanbieders te interesseren om diensten te leveren.
- 2) **Teveel aanbieders**. Dit contractuele systeem levert doorgaans veel aanbieders op. Volgens sommige gemeenten zijn er al gauw te veel aanbieders met als gevolg onoverzichtelijkheid en wellicht illegale praktijken. Een groot aantal ook nog eens kleine aanbieders is lastig te managen, kost veel tijd en samenwerking komt niet of moeizaam tot stand. Een gemeentebestuur kan op grond daarvan besluiten te komen tot een aanbesteding waar één hoofdaannemer uitrolt, wellicht een consortium van zorgaanbieders, die alle zorg in de gemeente levert. De gemeente Heerlen en Alphen a.d. Rijn zijn voorbeelden die kozen voor dit laatste.
- 3) **Het versleten argument**. Een ander nadeel dat het argument van de cliëntgerichtheid is overtrokken is. Sommige gemeenten stellen dat cliënten helemaal geen gebruik maken van de keuzevrijheid of keuzen niet goed kunnen overzien. Bepaalde cliënten weten zelfs helemaal niet wat zij nodig hebben. Die moeten geholpen worden omdat ze er qua zorgpositie ernstig 'aan toe zijn'.
- 4) Tegen tussenorganisaties bestaat geen bezwaar. Het risico bestaat dat zich meerdere dubieuze **tussenorganisaties** nestelen in het zorglandschap. Deze zorgaanbieders leveren zelf helemaal geen zorg, maar bemiddelen. Het zijn makelaars in zorg. Ze proberen voor hulpvragers hulp te zoeken. Dat is nobel maar we weten uit het verleden dat rond het persoonsgebonden budget wel eens duistere krachten verschenen. De gemeente moet echter met deze aanbieders ook omgaan.
- 5) In de praktijk wordt **geworsteld** met de wet- en regelgeving rondom deze constructie. Uit recent onderzoek bleek dat vaak toch aanbestedingen plaatsvinden voor zorgaanbieders, terwijl dat onnodig is. Een check op het voldoen aan voorwaarden is uiteraard zeer gewenst. Maar dit argument is eigenlijk niet actueel voor wie de recente literatuur overziet (zie Uenk, Wind, Telgen e.a. 2018).

Hoewel het niet om aanbestedingen gaat, gelden wel enkele beginselen van het aanbestedingsrecht bij 'open house', in het bijzonder die van **non-discriminatie** en **gelijke behandeling** van ondernemers, en de daaruit voortvloeiende transparantieplichting. Er behoort geen sprake te zijn van willekeur of favoritisme. Daarnaast zijn uiteraard de **algemene beginselen van behoorlijk bestuur** onverkort van toepassing op overheidshandelen in relatie tot aanbieders.

Verder heeft de wetgever voor de inkoop van Wmo-voorzieningen regels opgesteld voor een goede prijs-kwaliteitverhouding en continuïteit van de zorg. 'Deze regels gelden niet alleen bij aanbestedingen, maar ook in open house-situaties.'

Daarmee weet de gemeenteambtenaar al veel. Voor de fijnproever is het volgende zeker van belang.

Overwegingen bij de modelkeuze en een voorbeeld

Dit beeld van de 'open huis'-formule en de voor- en nadelen daarvan voert naar bezinning op de keuze van het opdrachtgeversmodel. Wat is hier wijsheid? Ik maak hier gebruik van een artikel in Gemeente.nu en uiteraard van de *'Monitor gemeentelijke zorginkoop 2018'*.

Voordat gemeenten het opdrachtgeverschapsmodel kiezen, moeten zij eerst vaststellen hoe en waarop zij als opdrachtgever willen sturen in het sociaal domein. Omdat verschillende voorzieningen ook verschillende doelstellingen kunnen hebben, is het óók van belang te diversifiëren naar voorziening. Voor de ene voorziening kan het 'open huis'-model handig zijn. Voor een andere voorziening kan dat juist weer helemaal niet zo zijn.

Om het 'open huis'-model te **evalueren** zijn vooral van belang (per voorziening of cluster van voorzieningen):

- 1) De gewenste keuzevrijheid.
- 2) De gewenste flexibiliteit (op proces en inhoud).
- 3) De gewenste interactie met aanbieders.
- 4) De gewenste transformatiesnelheid.
- 5) De gewenste samenwerking tussen aanbieder en cliënt.
- 6) De gewenste administratieve lasten (aan de kant van de gemeente en de aanbieders).

Gemeenten dienen op basis van hun beleidsplannen (algemene doelen over maatschappelijk resultaat) te formuleren welke doelen zij per voorziening of cluster van voorzieningen willen bereiken. Deze doelen dienen bij te dragen aan het bereiken van het gewenste maatschappelijk resultaat. Vervolgens dienen zij op basis van deze subdoelen meetbare indicatoren te formuleren, waarbij bij opdrachtgeverschap bovenstaande aandachtspunten in ieder geval van belang zijn. Voor een voorbeeld hoe dit aan te pakken, zie hier de gemeente Lansingerland.

De criteria worden kort toegelicht.

criterium keuzevrijheid

Voor wat betreft de keuzevrijheid kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) volledige keuzevrijheid,
- 2) beperkte keuzevrijheid, en
- 3) geen keuzevrijheid.

Bij volledige keuzevrijheid kan de inwoner voor elke aanbieder kiezen die wil leveren tegen gemeentelijke voorwaarden.

Bij beperkte keuzevrijheid kan de cliënt alleen kiezen uit aanbieders die de gemeente heeft gecontracteerd.

Als er geen keuzevrijheid is, dan bepaalt de gemeente bijvoorbeeld door maar één aanbieder of één consortium te contracteren waar de cliënt naar toe moet voor zorg (dat is bij voorbeeld zo in: Alphen aan den Rijn; Heerlen; Hollandse Kroon). Dan zal er mogelijk in de eigenbuurt of wijk overigens nog wel een sociaal team zijn, dat aanspreekbaar is.

Criterion flexibiliteit

Voor wat betreft de gewenste flexibiliteit kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) volledige flexibiliteit,
- 2) beperkte flexibiliteit, of
- 3) geen flexibiliteit.

Bij volledige flexibiliteit kunnen gemeenten gedurende de looptijd van de overeenkomst wijzigingen doorvoeren in de voorwaarden.

Bij beperkte flexibiliteit kunnen gemeenten alleen wijzigingen doorvoeren op vooraf overeengekomen onderdelen en binnen vooraf overeengekomen bandbreedtes.

Bij geen flexibiliteit kunnen gemeenten geen wijzigingen doorvoeren gedurende de looptijd van de overeenkomst.

Criterion interactie

Voor wat betreft de gewenste interactie kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) volledige interactie,
- 2) beperkte interactie, of
- 3) geen interactie.

Bij volledige interactie zorgt de gemeente voor een structurele, voortdurende dialoog met het hele zorgveld, zowel voor, tijdens en na de zorginkoop.

Bij beperkte interactie kiest de gemeente ervoor alleen op bepaalde momenten met aanbieders de dialoog te voeren, bijvoorbeeld voor de inkoop (consultaties), tijdens de inkoop (afhankelijk van de procedure) of daarna (uitvoering/accountmanagement).

Bij geen interactie bestaat de inkoop alleen uit procedures om te komen tot afspraken en monitoring daarop.

Criterion transformatiesnelheid

Voor wat betreft transformatiesnelheid kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) revolutie, of
- 2) evolutie.

Kiezen gemeenten voor revolutie, dan leggen zij nieuwe voorwaarden (producten, tarieven, vormen van samenwerking) op en moeten deze op korte termijn ingaan na de zorginkoop. Er is weinig oog voor de lokale en regionale zorginfrastructuur zoals deze is en het maken van transitiekosten bij het wegvallen van aanbieders is ondergeschikt aan het bereiken van de gewenste doelen (voorbeeld: klassieke aanbestedingen).

Bij evolutie speelt de rol die huidige aanbieders hebben in de lokale en regionale infrastructuur wel een rol. Gemeenten geven deze aanbieders gedurende langere tijd de mogelijkheid zich aan te passen aan de nieuwe voorwaarden. Het behoud van de infrastructuur is ondergeschikt aan het op zo kort mogelijke termijn behalen van doelen (voorbeeld: bestuurlijk aanbesteden).

Criterion samenwerking

Voor wat betreft de gewenste samenwerking tussen aanbieders kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) alle aanbieders moeten samenwerken,
- 2) aanbieders moeten samenwerken als dat zinvol is, of
- 3) aanbieders hoeven niet samen te werken (maar mogen dat wel).

In het eerste geval maakt de gemeente van het middel 'samenwerking' een doel (voorbeeld: Alphen aan den Rijn). De gemeente schrijft dit dan voor in de inkoopprocedure. In het tweede geval schrijft de gemeente voor in de inkoopprocedure wanneer aanbieders verplicht zijn samen te werken en hoe (voorbeeld: Wmo Súdwest-Fryslân/De Fryske Marren). In het derde geval laat de gemeente het aan de aanbieders over of zij samenwerken of niet.

criterium administratieve lasten

Voor wat betreft administratieve lasten kunnen gemeenten als uitgangspunt nemen:

- 1) moeten omlaag,
- 2) moeten gelijk blijven, of
- 3) mogen omhoog.

Het startpunt is steeds het huidige niveau van administratieve lasten aan de zijde van de gemeente en de zijde van de aanbieder(s). Voor deze partij of partijen stelt de gemeente vast of deze lasten omlaag moeten ten opzichte van dit (nul)niveau, gelijk moeten blijven of ook zelfs hoger mogen zijn. Gemeenten kunnen besluiten dat, gezien andere doelstellingen die zij prioriteren, administratieve lasten mogen stijgen. Soms is het niet mogelijk om een belangrijker doel te behalen en administratieve lasten te laten dalen of gelijk te houden. Punt is: gemeenten moeten hier een bewuste keuze maken.

Beoordeling van de 'open huis'-constructie

Gemeenten die hun doelstellingen helder hebben geformuleerd voor de komende jaren, kunnen aan de hand van vorenstaande criteria de toepassing van het 'open huis'-model gaan evalueren. Overigens, ook gemeenten die andere inkoopmethodieken gebruikten, kunnen concluderen dat zij juist **moeten** gaan kiezen voor het 'open huis'-model.

De volgende uitgangspunten passen bij het 'open huis'-model:

- Volledige keuzevrijheid;
- Volledige flexibiliteit;
- Volledige interactie;
- Evolutie;
- Samenwerking voorgeschreven wanneer deze verplicht of vrij is;
- Administratieve lasten moeten gelijk blijven of mogen omhoog aan gemeentezijde.

Als op één of meer uitgangspunten niet positief gescoord wordt, dan moet de gemeente zich afvragen of het 'open huis'-model wel de meest passende inkoopmethodiek is, zo lezen we in de literatuur.

Het 'open huis'-model is in ieder geval niet mogelijk als cliënten geen volledige keuzevrijheid kennen. Bij het 'open huis'-model mag de flexibiliteit verder beperkt zijn, maar er moet in ieder geval sprake blijven van vrije toe- en uittreding van aanbieders. 'Open huis' kan daarentegen wel zonder volledige interactie. 'Open huis' kan ook helpen bij een gewenste revolutie.

Bij het 'open huis'-model past overigens niet het verplicht voorschrijven van samenwerking. Wel kan de gemeente voorschrijven in welke gevallen samenwerking verplicht is of dit vrij laten aan de ondernemers.

Het open huis-model geeft aan gemeentezijde wel hogere administratieve lasten dan bijvoorbeeld bij een klassieke aanbesteding die leidt tot een beperkte set van aanbieders of maar één hoofdaanbieder. Voor aanbieders is de open huis de inkoopprocedure met de minste administratieve lasten.

De gemeente dient zich wel het volgende af te vragen: op welke wijze wil ik mijn aanbieders managen en is dat zinvol? Ook als 100 aanbieders actief zijn, zullen gemeenten merken dat 80

procent van het volume bij 20 procent van aanbidders aanwezig is (er zijn dus grotere, sterke krachten in het veld van zorgaanbidders). Vooral deze aanbidders dient de gemeente dus expliciet te managen.

Voor het overige heeft de gemeente voldoende aan een piepsysteem en controles met behulp van steekproeven. Het is dus niet nodig 100 aanbidders op dezelfde manier te managen...

Het wordt tijd om te kijken naar het model van het werken met één hoofdaannemer.

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (2): het veilingmodel

Welke andere modellen van gemeentelijk opdrachtgeverschap zijn er nog meer? In de literatuur kom ik nog **het veilingmodel** tegen (Telgen, Uenk en Lohmann, 2013; Telgen, 2018). Dit wordt wel een beetje wrang het model genoemd van '**het veilen van de probleemsituatie**' (Telgen, 2018). Bij het veilen gaat het om plaatsing van de probleemsituatie op een **digitale marktplaats**. En ook wel **het Stipter-model**. Het Transitiebureau Wmo noemde dit model '**concurrentie per cliënt**'.

In dit 'veilingmodel van de probleemsituatie' voert de gemeente een keukentafelgesprek met de hulpvrager over een ondersteuningsvraag. In dat gesprek komt de probleemsituatie van de hulpvrager aan bod. De geanonimiseerde probleemsituatie wordt **op een besloten website**, een digitale marktplaats, geplaatst waar gekwalificeerde zorgaanbidders mogen 'bieden' met een zorgplan en een prijs. De gemeente kiest samen met de hulpvragers welk zorgplan van welke zorgaanbieder en welke prijs het beste aansluiten op de wensen. Zo wordt duidelijk **wie de veiling wint**.

Wat zijn de implicaties van het veilingmodel voor **de gemeente**?

- Het veilingmodel lijkt vooral iets voor complexe situaties van multiprobleemgezinnen. Het is vermoedelijk niet geschikt voor de kleinere zorg.
- De gemeente moet het gesprek voeren met de hulpvragers om, eventueel ook op basis van voorliggende adviezen, de probleemsituatie in kaart te brengen. Die probleemsituatie moet immers op een besloten website geveild worden. Is de gemeente hiertoe in staat?
- Het veilingmodel leidt tot een duidelijke administratie van de gunning.
- Het veilingmechanisme zorgt voor een goede prijs-kwaliteitsverhouding.
- De uitkomst is wellicht statisch. Wat als de aanbieder of hulpvrager toch wat anders wil in de uitvoeringsfase, bij voorbeeld omdat er een verandering in de gezondheidssituatie of in de complexiteit optreedt?
- Er wordt ethisch besef gevraagd van de gemeente. De gemeente moet niet zijn voordeel doen met de offertes, de veiling afblazen en dan een nieuwe veiling starten op basis van de nieuwe informatie.

Wat zijn de implicaties van het veilingmodel van gemeentelijk opdrachtgeverschap voor **de hulpvrager**?

- De gemeente gaat met de hulpvrager na wat de probleemsituatie is. Dat is niet eenvoudig als een gemeente geen gesprek voert tussen hulpverlener en een arts, psycholoog en/of psychiater.
- De hulpvrager kan zich laten bijstaan door een ondersteuner, zoals een familielid. Het komt voor dat iemand namens de hulpvrager in gesprek gaat omdat de hulpvrager (dement?; met een beperking?) zijn situatie niet kan verwoorden.
- De hulpvrager krijgt een zorgplan op maat.
- De hulpvrager wordt betrokken bij de keuze van de zorgaanbieder en selecteert mee.
- Het gevaar is dat de invulling van het zorgplan toch buiten de cliënt om geschiedt want er is geen gesprek geweest met de aanbieder. Het zorgplan past misschien niet goed. Alsof je schoenen besteld via internet. Dan heb je ook geen zekerheid.

Wat zijn de implicaties van het veilingmodel voor de **grote zorgaanbieders**?

- Er is ruimte voor de professional om de professionaliteit te tonen, maar dat kan slechts op basis van informatie in de setting van een website.
- De grotere zorgaanbieder is in het voordeel ten opzichte van de kleine(re) omdat de grotere meer uiteenlopende professionaliteit of voorzieningen (woonplekken, etc.) in huis heeft en kan inzetten.
- Het geeft voor zorgaanbieders veel werk als ze moeten inschrijven per hulpvraag, zeker als de vraag complex is of er veel 'situaties' afzonderlijk geveild worden.
- De zorgaanbieders moeten een zorgplan maken zonder de situatie ter plaatse bekeken te hebben en de hulpvrager gesproken te hebben.

Wat zijn de implicaties van het veilingmodel voor **kleine zorgaanbieders**?

- Er is ruimte voor de professional om expertise in te zetten.
- Er is de mogelijkheid dat een zorgaanbieder aan 'cherry-picking' gaat doen en zich gaat specialiseren op bepaalde zorg.
- De zorgaanbieders moeten een zorgplan maken zonder de hulpvrager gesproken te hebben.

Het veilingmodel lijkt een optie voor bepaalde complexe gevallen, maar dat er geen overleg ter plaatse is geweest met de hulpvrager behoeft mogelijk correctie. Het veilingmodel heeft door de terminologie en het gevraagde handelingsrepertoire iets naargeestigs.

Is het veilingmodel te combineren met het 'open huis'-model?

Zeker. Via het 'open huis'-model wordt bereikt dat een aantal zorgaanbieders dat aan voorwaarden voldoet op het gemeentelijk sociaal domein worden toegelaten. Maar dan is er nog geen hulpvrager in beeld, dan is er nog geen zorgaanbod gedaan. De hulpvrager kan het initiatief nemen, samen met de gemeente om tot een probleemschets te komen en een koers, een plan van aanpak. Dan dient zich het regisseursmodel aan. Daar hebben we het dan over. De regisseur zoekt uit toegelaten instellingen een partij. Het is ook mogelijk dat gemeente en hulpvrager de probleemsituatie en hulpvraag in kaart brengen en plaatsen op een gemeentelijke website waar zorgaanbieders toegang toe hebben. Die aanbieders kunnen bieden. De veronderstelling is dat er ook bieders komen en niet dat geen enkele aanbieder zich meldt. Hoe snel of traag gaat dat? Verergert de hulpvraag intussen? Wat als er geen bieders komen binnen de gestelde termijn? Het is denkbaar dat bieders zeggen dat ze in gesprek willen met de hulpvrager, mogelijk met inschakeling van een regisseur (uit een wijkteam?). Dan komen we uit bij de trits: 'open huis'-model, veilingmodel, regisseursmodel.

Het regisseursmodel komt verderop aan bod.

Gemeentelijk opdrachtgeverschap(3): de keuze van één hoofdaannemer in het lokaal sociaal domein

Gemeenten hebben in 2016 het eerste jaar als opdrachtgever in het sociaal domein voor de 'nieuwe taken' (Wmo-begeleiding, jeugdzorg en participatie) er op zitten. Voor veel gemeenten was 2015 een overgangsjaar. Bestendigheid in de zorg en overgangsrecht centraal stonden. Vernieuwing kwam op de tweede plaats. Er werd wel zwaar ingezet op wijkteams en keukentafelgesprekken, maar tegelijkertijd werd vaak nog behoudend omgegaan met de wijze van inkoop van zorg en ondersteuning. De verschillende keuzes rondom inkoop en opdrachtgeverschap zijn van grote invloed op de kwaliteit van de zorg in het sociaal domein. Hoe vatten gemeenten hun rol als opdrachtgever op. Niels Uenk (2016) heeft alternatieve modellen met hun voor- en nadelen op een rij gezet.



Fig. 27

Het model van een hoofdaannemer

Hier wordt een model er uitgelicht. Uitvoering van wetten is bij één opdrachtgever te beleggen. Hoe die vorm te beoordelen?

Het is mogelijk dat het gemeentebestuur kiest voor één hoofdaannemer voor de toegang, de uitvoering van zorg en ondersteuning. De verantwoordelijkheid voor alle zorgtaken op het vlak van de Wmo, Jeugdwet en Participatiewet ligt dan bij één organisatie. De gemeenten Alphen, Heerlen en Hollandse Kroon kozen hiervoor. Hoe moet ik me die organisatie voorstellen? Ik krijg hulp van een rapport van I&O research (2016) en van artikelen van Uenk (2016) en Robbe en Uenk (2018) die dit model beschreven.

Kenmerken van het model van een hoofdaannemer

De volgende kenmerken zijn te noemen.

1. De organisatie is bij één aannemer op het sociaal domein vaak **een consortium** van zorgaanbieders.
2. Deze hoofdaannemer ontvangt **één budget** voor het uitvoeren van **alle** zorgtaken uit het sociale domein (de drie wetten).
3. De hoofdaannemer heeft doorgaans 'in den beginne' niet genoeg personeel en niet genoeg van alle gewenste soorten en maten. De hoofdaannemer contracteert daarom doorgaans **onderaannemers** en neemt wellicht personeel over van andere aanbieders.
4. De **toegang** tot de zorg wordt door gemeenten bij de hoofdaannemer belegd.
5. Bij een model van de keuze van een hoofdaannemer voor de zorg is sprake van een **dienstentriade**. De driehoeksverhouding kent als partijen de gemeente als opdrachtgever, de zorgaanbieder als leverancier en de cliënt als klant of hulpvrager. Bij dienstentriades is het zo dat een opdrachtgever niet zelf de kwaliteit van de diensten ervaart. Daardoor ontstaat er nogal ruimte voor de leverancier, de zorgaanbieder, voor afwijkende en mogelijk ongewenste praktijken. Daartoe behoort het achterhouden van informatie voor de opdrachtgever of de cliënt. De leverancier kan bovendien klanten weigeren, te weinig diensten leveren of teveel, al naar gelang de financiële prikkels in het contract met de opdrachtgevende gemeente.

Een variant van dit model is hoofdaannemerschap per wijk.

Het hoofdaannemerschap in een hand heeft voordelen en nadelen. Van belang is te bezien voor wie een voordeel geldt of een nadeel. Voor de gemeente als opdrachtgever, voor de hoofdaannemer, voor de werkers in de frontlinie of voor de hulpvragende burger of het huishouden.

Veronderstelde voordelen van het model van een hoofdaannemer

1. Het model is van afstand gezien **eenvoudig** en **overzichtelijk** voor derden. Een gemeenteraad weet 'dit is de club die het doet'. De sturing van het gemeentebestuur kan zo helder zijn. Marktwerking wordt voorkomen. Begrijpelijk dat Heerlen met een sterke Socialistische Partij in het gemeentebestuur voor dit concept kiest. De SP is tegen marktwerking in de zorg.
2. **Maatwerk-argument**. Gemeentebesturen zijn van mening dat de hoofdaannemer op deze manier veel vrijheid heeft om optimale zorg te leveren. De aannemer heeft immers tal van specialismen en zorgvarianten in huis (Robbe en Uenk, 2018: 46).
3. **Beperking van lasten**. In complexe gevallen waarbij sprake is van meerdere hulpvragers uit een gezin met een verschillende hulpvraag, is het een 'crime' om te komen tot een keuze van de hulpaanbieder en de aard van het hulpaanbod. Dan zijn al gauw helpers (meedenkers) nodig om de keuzemogelijkheden te ontwarren. Gewone burgers komen daar niet of nauwelijks uit. De verwachting is dat door het hoofdaannemerschap in één hand te leggen de administratieve lasten van toewijzing van ondersteuning voor de hulpvrager beperkt worden. Wie een persoonsgebonden budget (pgb) heeft, kan de aanvraag en toewijzing via de hoofdaannemer laten lopen. De hoofdaannemer moet de zorg dan uit een en hetzelfde budget vergoeden.
4. Eén organisatie heeft het voordeel van de **grotere schaal**. De grotere zorgaanbieder beschikt over meer personeel en uiteenlopende professionaliteiten. De aannemer kan met variërende wensen in werktijden van personeel rekening houden en de zorgaanbieder beschikt over meerdere locaties. Gevolg: de grotere aannemer kan meer maatwerk leveren voor hulpvragers en meer zorgvarianten en oplossingen aanbieden.

Veronderstelde nadelen van het model van een hoofdaannemer

1. **De personele factor**. Als de hoofdaannemer ontvangt één budget ontvangt voor het uitvoeren van alle zorgtaken uit het sociale domein (de drie wetten) ontstaat de neiging om waar mogelijk laaggeschoold, goedkoop personeel in te zetten. Dat kan ten koste gaan van de professionaliteit. En het is vervelend of lastig als de complexiteit van de hulpvraag verschuift richting meer complexiteit en minder zelfredzaamheid.
2. Scherp gesteld: de bestaande **zorginfrastructuur met netwerkarakter** wordt **vernietigd** (Robbe en Uenk, 2018: 47). Dat zit zo. Door het hoofdaannemerschap bij een organisatie te leggen ontstaat mogelijk één kolossale organisatie. Dat is nog niet zozeer het punt. Immers, een grote schaal heeft ook als voordeel dat er veel specialismen in huis zijn (via onderaannemers weliswaar) en er mogelijkheden zijn voor bijzondere oplossingen, maar door een consortium te vormen wordt de bestaande zorgstructuur in een gemeenschap wezenlijk veranderd. Grotere en kleinere zorgaanbieders zijn voor hulpvragers niet goed te zien. Ze zijn er wellicht ook niet omdat ze via onderaanneming contractueel door het consortium opgeslokt zijn.
3. **Het consortium egaliseert**. Nieuwe, kleine zorgaanbieders bieden nogal eens een nieuwe aanpak. Die verdwijnt nagenoeg bij de vorming van een consortium of raakt ondergesneeuwd. Door te werken met één hoofdaannemer wordt er flink geëgaliseerd in aanpak en werkwijzen. Wellicht dat verpleegkundigen tegen hun klant ook moeten zeggen: 'zo deden we dat vroeger maar dat kan nu niet meer'; 'of, ik zou het graag zo doen maar ik krijg er de ruimte niet voor'.
4. **De opdrachtgever kan niet meer terug**. Door het vernietigen van het netwerk van zorgaanbieders en de komst van één hoofdaannemer is de dominante situatie niet eenvoudig omkeerbaar als de omstandigheden daarom vragen. Gaat het niet goed met het consortium, dus met de

hoofdaannemer, dan is een terugval naar de oude situatie van een veelkleurig netwerk niet goed meer mogelijk door hoge transactiekosten, ook niet geleidelijk.

5. **Anonimisering.** Het kiezen voor een consortium kan ertoe leiden dat hulpvragende burgers om de haverklap met nieuwe 'gezichten' (verpleegkundigen, etc.) te maken krijgen in plaats van met één persoon waarmee men een band krijgt. Bij een nieuw gezicht moet de klant regelmatig opnieuw uitleggen wat er met hem of haar aan de hand is en hoe men graag verzorgd wil worden. Kortom, de systeemwereld (van de grote kolos met veel personeel die elkaar kunnen vervangen) en leefwereld (met een verlangen naar vastigheid, patroon en een bekend gezicht) kunnen gaan botsen.
6. **Regionaal effect.** Het is mogelijk dat als een grotere gemeente werkt met een groot consortium de regionale verhoudingen in het zorglandschap ineens veranderen. Het consortium is machtig en springt regionaal pas bij als het de eigen voorwaarden kan dicteren. Bij een grote organisatie zijn de machtsfactor en inflexibiliteit (starheid) nooit ver weg.
7. **Afhankelijkheid.** De gemeente wordt door de gunning van de zorg aan een consortium sterk afhankelijk van die ene machtige hoofdaannemer. Zo lang de zorgaanbieder levert, is er weinig aan de hand. Maar er bestaat het risico dat de hoofdaannemer de positie misbruikt richting gemeente om na enige tijd onderhandelingen te heropenen en meer budget te eisen. De kans daarop wordt groter als het gemeentebestuur met additionele prestatie-eisen komt zonder hiervoor een gepaste vergoeding te geven. Ook een verschuiving in de omvang van de zorgvraag kan tot nieuwe eisen leiden. Er bestaat nog een ander risico. Door de omvang van de hoofdaannemer, die wellicht ook regionaal werkt, heeft een faillissement grote gevolgen. Is de hoofdaannemer *'too big to fail'* en gaat de gemeente bijspringen zoals ze bijspringt bij een dreigend faillissement van een club uit het betaald voetbal?
8. **Het onzichtbare black box-argument.** De aard van de hulpverlening blijft in een model met een hoofdaannemer een black box. De hulpverlening aan kwetsbare inwoners blijft voor de opdrachtgever onduidelijk. Daar staat tegenover dat de opdrachtgever ook geen kennis heeft van de professionaliteit van hulpverleners.
9. Het model **oversimplificeert** de werkelijkheid in het sociaal domein. Er ligt de veronderstelling aan ten grondslag dat de werkelijkheid vooraf te voorspellen is tijdens de inkoopfase met een Europese aanbestedingsprocedure. In werkelijkheid kan de positie van de gemeente, van de hoofdaannemer en van cliënten in de tijd die staat voor de contractperiode veranderen. Lang niet is alles voorspelbaar (Robbe en Uenk, 2018: 47). Het model van een hoofdaannemer kan contractueel niet goed meebewegen met allerlei onvoorspelbaarheden in de toekomst omdat wezenlijke wijzigingen als gevolg van de Europese aanbesteding niet zijn toegestaan (Robbe en Uenk, 2018: 49).
10. **De zelfregie raakt zoek.** Dat zit zo. Zelfregie impliceert het zelf kunnen kiezen hoe je je leven vorm wilt geven. Zelfregie is een woord dat wethouders en ambtenaren vaak in de mond nemen. Het werken met het model van een hoofdaannemer is maar beperkt verenigbaar met het concept zelfregie bij de hulpverleners. Dit kunnen in de betreffende gemeente niet voor zichzelf beginnen of switchen van hulpaanbieder. Dit is evenwel geen hoofdpunt. Belangrijker is de positie van de hulpvragers. Hebben zij de mogelijkheden die Hirschman noemde: voice, exit, loyalty. Zij hebben geen exit-optie. Zij kunnen niet vertrekken bij de hoofdaannemer en voor een alternatief kiezen. Robbe en Uenk (2018: 49) menen dat het zelfregie-argument een belangrijke kritiek is op het model van een hoofdaannemer. '

11. **Inflexibiliteit.** De gemeente kan niet innovaties die zich elders bewezen hebben en gelden als verbeteringen in de zorg of als *'best practices'* implementeren in de uitvoering gedurende de looptijd van het contract. Ook hier is weer sprake van een vorm van inflexibiliteit.

Is het model acceptabel?

Niet alle voor- en nadelen zijn even sterk. Ter verdediging van het model kan het volgende worden toegevoegd.

Wie in Nederland wil reizen per spoor is veroordeeld tot een en dezelfde firma die de concessie heeft verworven. Wie in nood is en met spoed naar de eerste hulp moet, heeft ook niet de vrije keuze van een ziekenhuis. Het dichtstbijzijnde zal vaak het beste zijn. Wie water uit de kraan wil drinken, heeft de keuze uit een waterleidingmaatschappij en niet uit meerdere firma's. Dus hoe erg is het als een gemeentebestuur kiest voor 'een hoofdaannemerschap van een zorgaanbieder? Bovendien is er altijd de mogelijkheid om intern binnen de hoofdaannemer te kijken naar alternatieven.

Robbe en Uenk (2018: 49) vinden dit hoofdaannemermodel een **'ondoordachte keuze'**:

- a. het model vernietigt de bestaande infrastructuur, dus van het bestaande netwerk van zorgverleners;
- b. het model zorgt voor een 'vendor lock-in', wat zoveel wil zeggen als dat de opdrachtgever afhankelijk wordt van de ene zorgaanbieder tenzij men de omschakelingskosten na contractbeëindiging voor lief neemt;
- c. in het model blijft het sociaal domein een 'black box' en daarmee blijft de geleverde kwaliteit van de zorgverlening nagenoeg onzichtbaar;
- d. het model is een oversimplificatie van de werkelijkheid want er zal wel wat veranderen terwijl het contract inflexibel is;
- e. en het model staat haaks op het verlangen naar zelfregie voor inwoners via een exit-optie.

Ondoordacht of niet? Stel dat een gemeentebestuur uit een oogpunt van politieke rationaliteit toch gaat voor het een hoofdaannemerschap op het sociale domein, wat is dan te overwegen? Hoe de voor- en nadelen constructief om te zetten in een perspectief? Het gemeentebestuur moet als opdrachtgever proberen

- a) een contract te maken dat kan omgaan met onvoorspelbaarheden,
- b) zicht te houden op hoe het contract door de hoofdaannemer gelezen wordt,
- c) zicht te houden op de geleverde resultaten op zorggebied, en
- d) op het gedrag van de leverancier (ontstaan perverse prikkels?),
- e) en goed in contact staan met de hulpvragers, de inwoners (Robbe en Uenk, 2018: 47).

Er moeten **'checks and balances'** zijn omdat 'monopolisten' vaak uit de bocht vliegen als er geen tegenwicht is. De gemeente moet investeren in het tot stand komen van contacten met cliënten en deze contacten onderhouden. 'Dichtbij' is het devies. De gemeente moet dicht bij haar inwoners staan en nauwe contacten hebben en onderhouden met de inwoners.

Er is ook een advies te geven aan inwoners die hulp vragen. Laat je als hulpvrager bijstaan door een **zaakwaarnemer** die de meedenkt met het oplossen van de zorgpuzzle.

Een zorgplafond

Is het kiezen van een zorgplafond een dwaze daad als overschrijdingen dreigen? Nee want een gemeentebegroting moet sluitend zijn. De gemeente Eindhoven heeft uit een oogpunt van beheersing besloten om te komen tot een zorgplafond (Sjoerd Willen, 9 nov 2018 BB Online). De invoering van een budgetplafond voor zorgaanbieders in de gemeente Eindhoven per 2019 leidt wel tot discussie in de

regio. Het budgetplafond, dat tot kostenbeheersing moet leiden, is ook van toepassing op de zorg aan cliënten beschermd wonen uit de veertien omliggende gemeenten. De Veldhovense wethouder Mariëtte van Dongen (Wmo, jeugd en welzijn, Gemeentebelangen) is daarom gekant tegen het budgetplafond. Citaat: 'Volgens haar gaat de maatregel recht tegen de gemeentelijke zorgplicht in als het gevolg is dat benodigde zorg niet meer kan worden geleverd. 'Ook schaadt het de keuzevrijheid van cliënten in het geval zij voor een zorgaanbieder willen kiezen die al aan z'n plafond zit.' (9 nov. 2018 BB Online)

Citaat: 'Van Dongen maakte in november 2018 bekend dat Veldhoven de intake terug in de handen van de gemeente Eindhoven legt. 'Die taak hebben wij in 2015 in eigen handen genomen omdat Eindhoven als centrumgemeente dit voor de regio niet ingeregeld kreeg', aldus Van Dongen. 'Het risico is nu bovendien dat onze klantmanagers geen beschikking kunnen afgeven terwijl er wel een indicatie voor beschermd wonen is afgegeven. Daarvoor wil ik me niet moeten verantwoorden.'

In november 2018 ligt de kwestie ook op het bordje van minister Hugo de Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport, CDA) nu Tweede Kamerlid John Kerstens van de Partij van de Arbeid vragen over de zaak heeft gesteld. Kerstens wil dat minister De Jonge gemeenten die budgetplafonds voor Wmo- en jeugdzorg overwegen een aanwijzing geeft dat niet te doen'. Aldus BB Online.

Modellen van gemeentelijk opdrachtgeverschap(4): wijkgericht contracteren

Het model dat de gemeente een hoofdaannemer die in de hele gemeente zorg aanbiedt of een consortium met onderaannemers kan kiezen, is al besproken. Er bestaat een variatie op dit model en dat is het 'wijkgericht contracteren' (Uenk, 2016; Telgen, Uenk en Lohmann, 2013; Telgen, 2018). Dan is er niet slechts een hoofdaannemer voor het gehele gemeentelijk territorium, maar een hoofdaannemer per wijk. Dan kan het in een grote stad gaan om een aantal hoofdaannemers al naar gelang het aantal wijken en dorpen en niet slechts om enkele.

De eerste stap in dit model is om de gemeente te verdelen in een aantal wijken en dorpen. De gemeente moet ook beschikken over een lijst met aanbieders die al actief zijn in de gemeente en mogelijk interesse hebben om een hoofdaannemerschap te verwerven in een wijk of meerdere wijken. De gemeente heeft mogelijk zo'n lijst al, maar kan een overleg of conferentie starten om met zorgaanbieders te overleggen over de aanpak en de wijkindeling. Waarbij zorgaanbieders die ook elders actief zijn kansrijk zijn. De bedoeling achter dit model is dat zorgaanbieders een bepaald budget krijgen om alle zorg in een wijk te organiseren. Let wel 'alle zorg'.

De zorgaanbieder die veel vrijheid heeft om die zorg te organiseren, wordt in dit model dus afgerekend op resultaat (output) of uitkomstindicatoren (outcome).

In dit model zal de zorgaanbieder of een consortium per wijk of dorp geen kleintje zijn. Want er is enige schaalgrootte nodig om een breed aanbod aan zorg te kunnen bieden en om de zaak te organiseren en administreren. De wijkgebonden hoofdaannemer zal veelal met onderaannemers werken om zowel te kunnen beschikken over voldoende schaalgrootte als over een variatie aan professionaliteit.

Veronderstelde voordelen van wijkgebonden contracteren.

Ik kijk naar voordelen voor de gemeente, de zorgaanbieder en hulpvrager.

1. **Het combinatie-argument.** Door dit model van 'wijkgebonden contracteren' komen voordelen samen. De zorg dicht bij de burgers, een beperkt aantal aanbieders en dus overzicht, de mogelijkheid om in de wijk enkele collectieve voorzieningen te scheppen in de vorm van locaties en sturing op beheersing van budgetten door de gemeente. De gemeente kan de resultaten tussen wijken en zorgaanbieders vergelijken.

2. **Het machtsargument.** Het model is gunstig voor wijkgebonden zorgaanbieders. Die komen in een machtige positie. Ze hebben niet te maken met concurrentie van andere zorgaanbieders.
3. **Op afstand gezet.** De gemeente hoeft niet veel expertise op zorggebied ambtelijk in huis te halen omdat de gemeente profiteert van de wijkgebonden hoofdaannemer met al de bij deze aanwezige professionaliteit.
4. **Overzichtelijk geheel aan aanbieders.** De gemeente heeft te maken met een overzienbaar geheel aan zorgaanbieders. Dat is gunstig voor eventueel overleg over politiek-bestuurlijke prioriteiten.
5. **Overzichtelijk voor hulpvragers.** De zorgaanbieder werkt per wijk en is dus nabij en gemakkelijk vindbaar voor een hulpvrager.
6. **Het individuele en het collectieve.** De wijkgebonden hoofdaannemer kan uiteraard maatwerk bieden maar ook collectieve voorzieningen in de wijk organiseren waarin een hulpvrager zich moet voegen. Die inzet van collectieve voorzieningen kan ertoe bijdragen dat er een tempering zit op zorguitgaven van de gemeente.
7. **Schaalvoordelen.** De cliënt kan profiteren van schaalvoordelen van hoofdaannemer in een grote wijk (aanwezigheid van specialismen, collectieve voorzieningen). Er is maximale ruimte voor professionaliteit.
8. **Wijkteams.** Het model laat het toe om de intake eventueel onafhankelijk te organiseren via onafhankelijke wijkteams.

Veronderstelde nadelen van wijkgebonden contracteren

Er kunnen de volgende veronderstelde nadelen geformuleerd worden (Uenk, 2016).

1. **Keuzevrijheid** voor hulpvragers staat onder druk als de hoofdaannemer per wijk de inzet beperkt. De hulpvrager staat sterker als hij of zij een regisseur aan de zijde heeft.
2. **Verbod op shoppen.** Het is niet toegestaan voor hulpvragers om bij het maken van afspraken concurrerende offertes op te vragen voor zelfde hulpvragen bij zorgaanbieders uit andere wijken ('shoppen') maar de gemeente zou wel in het oog moeten houden dat tussen wijken geen grote of opvallende verschillen in prijs en kwaliteit ontstaan. Overigens zou een gemeente rekening moeten houden met pogingen tot kartelvorming tussen zorgaanbieders uit verschillende wijken.
3. De gemeente moet er goed op letten dat de zorgaanbieder **niet aan winstvergroting** gaat doen door de inzet te beperken of door 'trage intake'. De zorgaanbieder zal niet graag inkijk geven in gedrag dat duidt op beperking van inzet.
4. Het **netwerk** van zorgaanbieders gaat verloren. Voor kleinere zorgaanbieders zijn er alleen mogelijkheden via het onderaannemerschap.
5. De gemeente heeft niet **veel invloed** meer als de keuze van de wijkgebonden hoofdaannemer eenmaal gemaakt is. Sanctiemogelijkheden? De gemeente zal invloed willen 'terughalen' door sturing op resultaat en tussentijdse rapportages.
6. **Het afhankelijkheidsargument.** De gemeente wordt door de gunning van de zorg aan een consortium sterk afhankelijk van die ene machtige hoofdaannemer.

7. Kan het voorkomen dat de gemeente toch verdeeld wordt onder zeg eens drie of vier zorgaanbieders die zeg eens 16 wijken in handen hebben. Waarbij ook nog eens bepaalde hoofdaannemers bij andere wijkgericht werkende consortia onderaannemer zijn?
8. Als onderaanneming in een bepaalde wijk niet mogelijk is, is een kleine zorgaanbieder afhankelijk van persoonsgebonden budget of moet die verhuizen naar een andere wijk.

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (5): populatiebekostiging

Wat is populatiebekostiging?

Bij populatiebekostiging geeft de gemeente alle betrokken aanbieders die in een gebied werkzaam zijn samen één budget om een maatschappelijke opdracht voor een bepaalde groep inwoners te realiseren.

Bij populatiebekostiging betaalt de gemeente de betreffende aanbieder(s) casu quo leverancier(s) een **vast budget**, bijvoorbeeld in de vorm van subsidie, om per wijk of gemeente of regio een maatschappelijke taak of opdracht te realiseren. Door het vaste budget en eventuele prikkels wordt de aanbieder aangespoord om de inzet van middelen zo laag mogelijk te houden. Door bovendien de juiste resultaatafspraken te maken, heeft de aanbieder niet de prikkel om de toegang te ver af te schermen of te besparen op inzet van middelen. Het geeft een grote doelmatigheids- en effectiviteitsprikkel aangezien de aanbieder verantwoordelijk is voor het realiseren van de beoogde resultaten binnen een overeengekomen budget.

Achtergrond

In een nota van de Rekenkamer Lelystad uit 2016 komt een rapportage van het NZA over populatiebekostiging aan de orde. Citaat: 'Er is geen eenduidige definitie van populatiebekostiging. Engelse termen die het dichtst in de buurt komen zijn *capitation* en *shared savings*.

Bij *capitation* ontvangt de zorgverlener een vast bedrag per verzekerde per maand of per jaar. Hiervoor moet alle zorg binnen de betreffende tijdsperiode geleverd worden.

Bij *shared savings* spreken één of meer zorgaanbieders met één of meer zorgverzekeraars af dat zij een deel van de besparingen ten opzichte van een benchmark mogen behouden. Als benchmark kan fungeren de historische uitgaventrend of de uitgaven bij een controlegroep.

Bij *shared savings* lopen zorgaanbieders geen financieel risico over eventuele budgetoverschrijdingen, bij *capitation* is dat wel het geval'.

In de recente Nederlandse initiatieven op het terrein van populatiebekostiging is geen sprake van *capitation*, maar **wel** van *shared savings*, aldus de NZA (2016). De NZA: 'Populatiebekostiging bevat een sterke prikkel tot kostenbeheersing. Immers, als zorgaanbieders erin slagen minder uit te geven dan het budget, mogen zij het verschil geheel of gedeeltelijk behouden. Bij *capitation*, maar niet bij *shared savings*, geldt het tegenovergestelde ook: budgetoverschrijdingen komen geheel of gedeeltelijk voor rekening van de zorgaanbieder'.

De voordelen van populatiebekostiging.

Een voordeel van populatiebekostiging is dat je één vast bedrag reserveert en dat organisaties gestimuleerd worden om samen te werken en resultaten te halen. Hoe ze het doen, bepalen ze zelf. Het **resultaat** is wat telt voor het gemeentebestuur. 'Dit biedt de grootste kans op kosteneffectiviteit, ook omdat de verdeling over alle voorzieningen in één hand is', aldus Anne-Marie van Bergen van Movisie (zie Movisies, 14 april 2014).

David Ikkersheim (KPMG Plexus, 2013) stelt: 'Populatiebekostiging betekent dat de zorgaanbieder een bedrag krijgt per inwoner of verzekerde in zijn populatie, ongeacht of deze inwoner of verzekerde nu zorg gebruikt. Het klassieke voorbeeld hiervan in Nederland is het **abonnementstarief** voor de huisarts: voor iedere ingeschreven patiënt ontvangt de huisarts een vast bedrag, hoe vaak een patiënt ook bij de dokter komt. Voor dit bedrag dient de integrale huisartsenzorg te worden geleverd. Dit stimuleert doelmatig werken, en met name preventiegericht werken: hoe gezonder de burger/patiënt, immers, hoe minder beroep er op de arts zal worden gedaan'.

De protagonisten van populatiebekostiging denken dat populatiebekostiging het best toepasbaar is wanneer het gaat om zorg met een duidelijk preventief of wijk- of regiogebonden karakter en/of zorg waarbij heldere, afgrensbare 'diagnoses' niet op de voorgrond staan. Dit is het geval bij veel eerstelijnszorg (huisartsenzorg, basisspoedzorg, wijkverpleging/verpleegkundige thuiszorg) en ook aan de 'voorkant' in het sociale domein (begeleiding, welzijn, arbeidsparticipatie).

Het invoeren van populatiebekostiging in deze domeinen van zorg zou een verbetering betekenen, omdat we hier nu nog vaak (deels) betalen via fee-for-service of productbekostiging, hetgeen niet goed past bij die typen zorg, omdat juist **ontzorgen** in plaats van productie op de voorgrond moet staan'.

Komt die populatiebekostiging veel voor?

Niet veel gemeenten durven daartoe over te gaan. Dat komt omdat er natuurlijk risico's zijn bij introductie van deze bekostiging.

Populatiebekostiging in Lelystad: de inkoop van dagbesteding voor ouderen

De dagbesteding voor ouderen is begin 2015 overgegaan van Rijk (AWBZ) naar de gemeenten (Wmo). De Kademota Transitie AWBZ – Wmo van de gemeente Lelystad regelt hoe de gemeente wil omgaan met deze overgang. Hierin staan voor de dagbesteding ouderen de volgende kaders:

- De sociale wijkteams bepalen of cliënten gebruik mogen maken van deze voorziening. Deze sociale wijkteams bestaan uit diverse partijen: o.a. MEE-Veluwe Ijsseloevers, Welzijn Lelystad, MDF, Icare, Wijkverpleegkundigen Woonzorg Flevoland en een GGZ deskundige.
- Het sociale wijkteam stelt samen met de cliënt een ondersteuningsplan op. In het ondersteuningsplan wordt onder meer bepaald of de cliënt in aanmerking komt voor een maatwerkvoorziening, zoals dagbesteding ouderen. De beschikking die de gemeente afgeeft, geeft het gewenste resultaat aan. De zorgaanbieder vult de zorgvraag verder in.
- Cliënten met een lopende indicatiestelling hebben recht op een overgangsregeling: dagbesteding ouderen voor één jaar (tenzij deze eerder afloopt), en krijgen daarvoor een beschikking. De beschikking geeft de zorgbehoefte aan; de zorgaanbieder vult de zorgvraag in. Na het overgangsjaar moeten ze opnieuw geïndiceerd worden, om te bezien of ze toegang tot de dagbesteding ouderenhouden.
- De gemeente stuurt op hoofdlijnen door middel van het maximale budget, het basisaanbod voorzieningen en de voorwaarden waar zorgaanbieders aan moeten voldoen.
- Het budget voor dagbesteding ouderen is gebonden aan een maximum. De gemeente Lelystad maakt gebruik van **populatiebekostiging**. Zorgaanbieders worden gestimuleerd creatief mee te denken om binnen het budget te blijven.

Welke risico's kent populatiebekostiging?

Populatiebekostiging, mits goed ingevoerd, biedt grote kansen. Halve invoering lijkt ongewenst. De volgende risico's zijn volgens de literatuur aan te wijzen.

1. Gemeenten hebben kennis van de doelgroep nodig om het juiste maatschappelijke resultaat te kunnen benoemen.

2. Gemeenten lopen financieel een groot risico als zij niet tijdig weten of de organisaties waarmaken wat met ze afgesproken wordt. De gemeente is dan haar geld kwijt en heeft niet de resultaten behaald die zij haar burgers heeft beloofd.
3. Gemeenten zijn afhankelijk van de samenwerkende organisaties. Dat vergt veel vertrouwen.
4. Het risico bestaat dat de zorgorganisaties voor de makkelijkste weg kiezen. Ze laten dan groepen waar moeilijk resultaat mee te behalen valt, in de kou staan.

De kennis is in veel gemeentelijke organisaties of regionale samenwerkingsverband te gering om de durf op te brengen op basis hiervan over te stappen op populatiebekostiging.

De valkuilen van populatiebekostiging

Bij het invoeren van populatiebekostiging is een aantal valkuilen aanwijsbaar. Ik noem de volgende.

De valkuil van de complexiteit. Allereerst is er de valkuil dat we zaken te complex maken met allerlei losse parameters bovenop populatiebekostiging, bijvoorbeeld een inschrijftarief plus allerlei losse betalingen voor bijvoorbeeld consulten, aldus Ikkersheim, een expert op het gebied van populatiebekostiging. Dit leidt ertoe dat de positieve effecten van een populatiebekostiging (een focus op ontzorgen) verdwijnen doordat het gemixt wordt met 'fee for service'- prikkels.

De valkuil van het niet maken van afspraken. Een tweede grote valkuil is volgens Ikkersheim dat we vergeten goede afspraken te maken over de toegankelijkheid van zorg met aanbieders die werken via populatiebekostiging. Zoals gezegd, geen systeem is perfect, en populatiebekostiging kent het risico van **onderbehandeling** en **wachtlijsten**. Door afspraken te maken over de toegankelijkheid van zorg (bijvoorbeeld geen wachttijd en/of een aantal consulten) wordt gepoogd dit nadeel te beperken.

De valkuil van het niet meten van uitkomsten. Bij ieder bekostigingssysteem is het meten en rapporteren van uitkomsten cruciaal, stelt Ikkersheim. 'Ouderwetse' vormen van populatiebekostiging (zoals het huidige abonnementsysteem van de huisarts) kijken niet naar de uitkomsten van de zorg. Dat is risicovol: dat kan bijvoorbeeld leiden tot onderbehandeling en het 'doorschuiven' van patiënten naar de tweede lijn. Het meten van uitkomsten van de zorgaanbieders die werken met populatiebekostiging is cruciaal, waarbij naast cliënttevredenheid en gezondheidsstatus ook het aantal verwijzingen naar de tweede lijn een cruciale uitkomstmaat is.

De valkuil van de te brede aanpak. Een volgende valkuil is volgens Ikkersheim het te breed inzetten van populatiebekostiging. Populatiebekostiging is namelijk niet of veel minder geschikt voor bekostiging van specialistische zorg in de tweede lijn, omdat de kostenhomogeniteit in de tweede lijn veel minder is dan in de eerste lijn. Hierdoor kunnen aanbieders eenvoudig hun resultaat verhogen door het afzien van dure vormen van zorg, met als groot risico onderbehandeling.

De valkuil van de spraakverwarring. 'De laatste valkuil die Ikkersheim ziet, is een Babylonische spraakverwarring rondom populatiebekostiging, met name rond de termen regio- en wijkbudget. Met 'regiobudget' of 'wijkbudget' wordt budget bedoeld dat de overheid en/of een verzekeraar toekent aan een regio of wijk. Dat budget staat dan voor de **maximale zorgkosten** van die regio of wijk, waarbij dan al dan niet gepleit wordt voor het beheeren van dit budget door een (groep van) aanbieders. Dit is dus heel iets anders dan populatiebekostiging, wat uitgaat van een vast bedrag per ingeschrevene gekoppeld aan uitkomsten, onder andere een gepast aantal verwijzingen naar de tweede lijn'.

Populatiebekostiging onder voorwaarden toepasbaar?

Populatiebesteding lijkt onder de juiste voorwaarden een effectieve manier voor gemeenten om te sturen op de maatschappelijke resultaten die ze met de transitie Jeugd en Wmo willen realiseren. Gemeenten krijgen uiteindelijk meer waar voor hun geld. Dus? 'Het is de moeite om ervoor te gaan', vindt Lou Repetur van Movisie (Movisies, 14 april 2014).

De gemeente moet weten welke problemen er spelen en wat er voor welke groep bereikt moet worden, is het advies aan gemeentebesturen die populatiebesteding overwegen en bij Movisie aankloppen voor advies. Tips van Anne-Marie van Bergen: 'Wacht niet op de afrekening maar volg tussendoor of het resultaat in zicht komt. Blijf steeds in gesprek met aanbieders en cliënten. Je kunt op zowel wijkniveau als stadsniveau monitoren of een aanpak het gewenste effect heeft.' Advies van Lou Repetur: 'Zie het als een procesbesteding. Het kost tijd om resultaten te halen, misschien wel tien jaar. Investeer in het proces. Het is misschien wel de belangrijkste succesfactor voor populatiebesteding dat de partijen elkaar leren kennen en vertrouwen. Neem de tijd, leer van je fouten. Stap niet meteen op iets anders over als er dingen fout gaan.'

Populatiebesteding is een aanpak die past bij het eerder aangeduide **partnermodel** van sturing in de zorg.

Als gemeenten de stap toch te groot vinden?

Anne-Marie van Bergen: 'Je kunt er ook voor kiezen om eerst alleen preventie en lichte hulp via de populatiebesteding te laten lopen. De specialistische voorzieningen lopen dan via de productiebesteding met resultaatverplichting. Vervolgens kun je het team dat de populatiebesteding regelt langzaam meer budget geven voor het zelf inkopen van specialistische voorzieningen.'

Kans voor de Nederlandse zorg

Alles afwegende kan populatiebesteding helpen het tij van stijgende kosten te keren door bij te dragen aan een verschuiving van 'ziekte' en 'zorg' naar 'gedrag', 'gezondheid' en 'ontzorging'. Hierbij hoort het verschuiven van de focus op zorg naar 'voren' in de zorgketen: meer op het voorkomen van aandoeningen en het beheersen van risico's, en minder op het behandelen van complicaties als het feitelijk te laat is. De Nederlandse zorg is in de wereld één van de voorbeelden van een stelsel met een sterke eerste lijn, dus de basis voor deze nieuwe manier van werken is aanwezig. Minor detail: nu alleen nog (goed) invoeren!

Maar zoals gesteld, heel veel gemeentebesturen aarzelen om over te gaan op populatiebesteding.

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (6): het regisseursmodel

In het regisseursmodel voert een regisseur namens de gemeente het keukentafelgesprek met de hulpvrager/ cliënt om de zorgbehoefte en situatie van de hulpvrager in beeld te brengen (zie Telgen, Uenk en Lohmann, 2013; Uenk, 2016; Telgen, 2018). De regisseur komt met de hulpvrager niet alleen tot een bepaling van zijn of haar probleemsituatie maar ook tot een ondersteuningsplan. Daarin kan gebruik gemaakt worden van de eigen kracht van de hulpvrager of het hulpvragend gezin, het sociale netwerk en algemene zorgvoorzieningen. Voor inzet van professionele ondersteuning beschikt de regisseur over een catalogus met een repertoire aan zorgvoorzieningen of standaardinterventies. Dat zijn als het ware bouwblokken om antwoorden te geven die aansluiten op het ondersteuningsplan. De gemeente heeft per interventie raamcontracten met zorgaanbieders en kan dus ook een of meer aanbieders verbinden met de hulpvrager. De hulpvrager kan met de regisseur kiezen uit de beschikbare zorgaanbieders. Niet onbepaald, want prijs en kwaliteit van de dienstverlening zijn aan de orde. De regisseur behoudt tijdens de uitvoering van het zorgplan betrokken, houdt overzicht en is aanspreekpunt voor de hulpvrager.

Een regisseursmodel is geen alternatief voor het 'open huis'-model want dit 'open huis'-model levert alleen maar een lijst van zorgaanbieders op die toegelaten worden. Het 'open huis'-model leidt niet tot een koppeling van aanbieder en hulpvrager. Het regisseursmodel kan wel op het 'open huis'-model aansluiten doordat de regisseur met de cliënt komt tot een selectie uit toegelaten instellingen. Het regisseursmodel is een alternatief voor het veilingmodel, dat ook wel getypeerd wordt als 'concurrentie per cliënt'.

Veronderstelde voordelen van het regisseursmodel

1. De hulpvrager is direct betrokken bij het opstellen van een zorgplan.
2. Het model is aantrekkelijk voor de hulpvrager omdat deze iemand aan zijn of haar kant heeft, die mee stuurt en zoekt om de meer of minder complexe hulpvraag te beantwoorden. De regisseur verdiept zich in de probleemsituatie waarin de hulpvrager zich bevindt. Er is sprake van betrokkenheid.
3. Er bestaat keuzevrijheid van aanbieder bij de hulpvrager zij het dat de regisseur meedenkt.
4. De regisseur moet onafhankelijk zijn en niet in dienst zijn van een zorgaanbieder die in de betreffende gemeente actief is.
5. Er is een integrale aanpak met andere zorgdomeinen dan vanuit de drie decentralisaties mogelijk.
6. Het regisseursmodel sluit goed aan op het werken met resultaatgerichte contracten (Uenk, 2016). De regisseur kan immers een monitorende rol spelen.

Veronderstelde nadelen

1. Gemeente heeft via regisseurs veel invloed op bewaking van kwaliteit, prijs en eventuele beperking van de overconsumptie van zorg.
2. Het is een discussiepunt of aan gemeentezijde een regisseur te vinden is die capabel is om de hulpvraag te kanaliseren en de hulpvrager, de cliënt dus, te begeleiden. Eventueel zijn voor dit regisseurswerk wel professionals aan te trekken. Zijn ze te vinden in een wijkteam? Waar is de regisseur dan in dienst?
3. De regisseur heeft invloed. De balans in de relatie met de hulpvrager gaat richting meer mogelijkheden tot sturing bij de regisseur dan bij de hulpvrager. Maar als er vertrouwen bestaat, is de kans dat dit knelt geringer.
4. Wie controleert de regisseurs?
5. Wat als in een grote gemeente 400 regisseurs aan het werk zijn? Wie heeft overzicht? Leren ze van elkaar?

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (7): wijkteams

Het gemeentelijke opdrachtgeverschap door middel van de organisatie van sociale wijkteams moet worden onderscheiden van het model van wijkgericht contracteren. Bij wijkgericht contracteren wordt één hoofdaannemer op het sociaal domein geselecteerd per wijk. Bij het werken met wijkteams, zoals hier aan de orde, ontbreekt die ene hoofdaannemer. Er kunnen tal van zorgaanbieders in een wijk worden ingezet die de gemeente bekwaam en betrouwbaar acht.

Volgens Telgen, Uenk en Lohmann (2013) impliceert dit model van werken met wijkteams dat multidisciplinaire teams opgericht worden met medewerkers van de gemeente en van aanbieders van algemene voorzieningen (welzijnswerk; sociaal en maatschappelijk werk; enz.). Elk wijkteam voert keukentafelgesprekken en stelt een ondersteuningsplan op, waarin een rol kan zijn weggelegd voor mensen uit de sfeer van familie of kennissen, van thuiszorg en eventueel andere specialismen. Het team vervult een soort regisseursfunctie. Maar daar blijft het niet bij. Het gemeentebestuur stelt de wijkteams aan. En via de wijkteams worden contracten afgesloten met zorgaanbieders.

Belangrijk is vast te stellen dat in dit model het wijkteam **zelf ook uitvoert**. Indien professionele hulp nodig is, verwijst het team naar professionele zorgaanbieders.

In de praktijk van alle dag is sprake van variatie in de uitwerking van het werken met wijkteams. Zijn de wijkteams onafhankelijk van de gemeente? Zitten medewerkers van zorgaanbieders in de wijkteams? Hoe worden hulpvragers contractueel toe geleid naar zorgaanbieders? Gaat een regisseur aan de kant van de hulpvrager dit regelen?

Veronderstelde voordelen

1. De burgers hebben dichtbij een herkenbaar aanspreekpunt.
2. Kunnen wijkteams een juiste diagnose stellen?
3. Via de wijkteams is er veel invloed op de inhoud en kwaliteit van de ondersteuning.
4. Wie controleert de wijkteams? Een evaluatie is mogelijk.

Veronderstelde nadelen

1. De keuze van de zorgaanbieders is afhankelijk van expertise van het wijkteam.
2. Dit model is moeilijk uitvoerbaar als sprake is van grote aantallen hulpvragers, denk aan meer dan 3000 hulpvragers. Wil je als gemeente dan alles in eigen hand nemen?

Afweging

Dit model is slechts kort behandeld. Discussabel is of dit wijkteammodel een afzonderlijk model te noemen is. Wijkteams komen immers in diverse andere modellen ook voor. Er zijn overigens wel gemeenten die dit wijkteammodel hebben uitgewerkt. Dan zijn de wijkteams de scharnierpunten waar bijna alles om draait.

Een gemeente die wijkteams al langer centraal stelt, is de gemeente Zaanstad. Wijkteams bestaan uit professionals die werken vanuit verschillende disciplines maar met een **generalistische werkwijze**. Ze kunnen Zaanstaders op diverse gebieden ondersteuning bieden. De teams gaan er vanuit dat burgers in eerste instantie **zelf** verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid, arbeid, inkomen en samenlevingsverband. Ze worden geacht eigen kracht te ontwikkelen en zelfredzaam te zijn, eventueel samen redzaam want participanten in een gezin of familie kunnen proberen elkaar te helpen, waar nodig. Lukt dat niet of niet voldoende, dan is er een probleem op het vlak van zelfredzaamheid en is een ondersteuningsplan gewenst. Die ondersteuning neemt bij voorkeur zorg niet uit handen maar is juist gericht om de eigen kracht weer te versterken of herstellen en/of het sociaal netwerk. Waar nodig wordt de eigen kracht of netwerkkracht gecombineerd met professionele ondersteuning. Voor sommigen is het een brug te ver om te denken aan het herstel van zelfredzaamheid, omdat die zelfredzaamheid afneemt of door externe oorzaken ernstig is aangetast.

Thema's voor wijkteams volgens de gemeente Zaanstad

Aan de nota 'Programma van eisen 'Hoofdaannemers vijf sociale wijkteams' uit 2013 zijn thema's en opdrachten ontleend. Ik geef ze bij wijze van voorbeeld.

■ Thema 1: Het versterken van zelfredzaamheid van burgers

Wat wordt dan de opdracht van een wijkteam op het gebied van eigen kracht en zelfredzaamheid?

- 1) Het sociaal wijkteam biedt hulp en ondersteuning om hulpvragers op weg te helpen. 'Het sociaal wijkteam ontwikkelt samen met de Aanbestedende dienst effectieve algemene voorzieningen voor kwetsbare burgers in de wijk op het terrein van ontmoeting, informatie en advies, praktische ondersteuning en vrijwillige dienstverlening'.

- 2) Het team ontwikkelt samen met de Aanbestedende dienst effectieve algemene voorzieningen voor kwetsbare burgers in de wijk op het terrein van ontmoeting, informatie en advies, praktische ondersteuning en vrijwillige dienstverlening'.
- 3) Andere opdrachten die het wijkteam voor zichzelf ziet weggelegd.

■ Thema 2: Het versterken en benutten van buurtkracht

De opdracht voor het wijkteam op dit vlak is als volgt.

- 1) Het versterken en benutten van de buurtkracht en het ondersteunen van burger- en bewonersinitiatieven die bijdragen aan zelfredzaamheid van de buurt en de behoeften van haar bewoners.
- 2) Het team maakt gebruik van vrijwilligers en hun organisaties in de ondersteuning en begeleiding, en werft, stimuleert en faciliteert die vrijwilligers.
- 3) Het team betreft mantelzorgers vroegtijdig bij verheldering van zorgbehoeften (vraagverheldering) en oplossingen. Het team werkt aan de vitaliteit van sociale netwerken.
- 4) Andere opdrachten die het wijkteam voor zichzelf op dit themagebied ziet weggelegd.

■ Thema 3: Werk en activering.

- 1) Het wijkteam biedt ondersteuning aan Zaankanters met een (grote) afstand tot de arbeidsmarkt. Het gaat erom mensen zo ver te krijgen dat ze door werk in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien.
- 2) Het wijkteam stimuleert burgers die niet of beperkt in staat om deel te nemen aan de arbeidsmarkt om hun kwaliteiten in te zetten in de wijk of daarbuiten.
- 3) Andere opdrachten die het wijkteam voor zichzelf op dit vlak ziet weggelegd.

■ Thema 4: Schuldenproblematiek en inkomensvraagstukken.

Een deel van de Zaankanters heeft een laag inkomen als gevolg van lage arbeidsparticipatie en/of arbeidsongeschiktheid en/of leeftijd. Deze groep heeft soms moeite om mogelijkheden te zien om schulden te voorkomen en inkomen te vergroten. En erger, steeds meer mensen komen in problemen met het omgaan met geld. Dat leidt tot problematische schulden. De financiële vaardigheden blijven achter. Er ligt een taak voor de overheid om hier te helpen. Er ligt een opdracht voor het sociale wijkteam.

- 1) In keukentafelgesprekken besteedt het wijkteam aandacht aan de financiële situatie van een hulpvrager en/of de schuldenproblematiek.
- 2) Het wijkteam ondersteunt zo nodig het op orde brengen van de financiën en administratie en het versterken van de vaardigheden op dit gebied.
- 3) Het wijkteam begeleidt Zaankanters met een zware problematiek in het kader van schuldhulpverlening, eventueel met inschakeling van vrijwilligers.
- 4) Andere opdrachten die het wijkteam voor zichzelf op dit vlak ziet weggelegd.

■ Thema 5: Gezondheid.

Vanuit het gezondheidsbeleid zet de Aanbestedende dienst in op preventie. Denk aan overgewicht als onderwerp en aan schadelijk alcoholgebruik bij jongeren. Ingezet wordt op de doelgroep jeugd en hun ouders/opvoeders, omdat hier veel gezondheidswinst te behalen is.

De invulling van deze opdracht ligt open voor het wijkteam.

■ Thema 6: Maatschappelijke ondersteuning.

- 1) Het wijkteam past de werkwijze toe dat eerst ingezet wordt op vrijwillige dienstverlening, eerst daarna op algemene voorzieningen en professionele dienstverlening en als laatste op individuele ondersteuning.

- 2) Om de kans op aanvragen voor individuele professionele voorzieningen te verminderen wordt door teams eerst ingezet op algemene collectieve voorzieningen.
- 3) De grote meerderheid van hulpvragen van burgers of gezinnen kunnen via keukentafelgesprekken door het team opgelost worden in de vorm van collectieve voorzieningen. Het aantal doorverwijzingen en individuele zorg en dienstverlening wordt zo beperkt.
- 4) Een wijkteam kan andere opdrachten formuleren die het voor zichzelf op dit vlak ziet weggelegd.

Gemeentelijk opdrachtgeverschap (8): discussie

Rond het opdrachtgeverschap zijn wel enkele discussies te traceren. Ik noem er enkele?

Discussie 1: Wat is nou wel of geen model voor gemeentelijk opdrachtgeverschap?

Discussie 2: Is het 'open huis'-model wel een model van opdrachtgeverschap?

Discussie 3: Moet er worden aanbesteed door gemeenten op het sociale domein?

Discussie 4: Welk van de genoemde modellen is een 'exotisch' model?

Discussie 5: Wat wordt nu eigenlijk gecontracteerd in de modellen?

Discussie 6: Het denken in termen van maatschappelijke opgaven

Discussie 7: Is zoiets als een dialoog uitgesloten?

Discussie 8: Is het zinnig om resultaatgericht te werken op het sociale domein of niet?

Discussie 9: Is er beweging in de keuze van modellen van opdrachtgeverschap?

Discussie 1: Wat is nou wel of geen model voor gemeentelijk opdrachtgeverschap?

Bij opdrachtgeverschap gaat het allereerst om de vraag wie als zorgaanbieder toegelaten of geselecteerd wordt. Dan gaat het om de aanbesteding om te komen tot een zorgaanbieder voor de gehele gemeente (een hoofdaannemer op zorggebied) of een zorgaanbieder per wijk (wijkgericht contracteren als model) of een zorgaanbieder per cliënt (veilingmodel, concurrentie per cliënt) of een zorgaanbieder voor een populatie. Of om de selectie door een regisseur met de hulpvrager(s).

Het werken met sociale wijkteams geldt ook als een model voor opdrachtgeverschap? Het antwoord is 'nee' (Uenk, 2016). Wijkteams kunnen een rol vervullen in **meerdere** modellen van gemeentelijk opdrachtgeverschap. Sociale wijkteams zijn nuttig. Ze komen in actie bij de uitvoering van gemeentelijk beleid door te signaleren, indiceren, beschikken, regisseren of monitoren. Vaak zijn wijkteamleden ook in dienst van de gemeente of van een zorgaanbieder.

Discussie 2: Is het 'open huis'-model wel een model van opdrachtgeverschap?

Je kunt zeggen dat het 'open huis'-model strikt genomen geen model voor opdrachtgeverschap is maar meer een selectie-instrument voor toe te laten instellingen (Uenk, 2016). Eerst nadat deze toelating van een aantal zorgaanbieders een feit is en raamcontracten met de gemeentegesloten zijn, kan een specifiek arrangement tussen een bepaalde zorgaanbieder en een cliënt uitgewerkt worden. Bij voorbeeld vanuit een regisseursmodel.

Discussie 3: Moet er worden aanbesteed door gemeenten op het sociale domein?

Er is veel gedoe rondom aanbestedingen in het sociale domein. Sinds gemeenten verantwoordelijk zijn voor de Wmo en jeugdzorg regent het klachten van betrokkenen. De aanbestedingen roepen veel weerstand op. De Twentse hoogleraar op het gebied van inkoopmanagement prof.dr. Jan Telgen betoogt op 25 mei 2018, in zijn afscheidscollege, dat het helemaal niet nodig is om inkoop van zorgaanbieders en zorgverlening te regelen via aanbestedingen. Hij stelt:

'Uit een uitspraak van het Europees Hof blijkt duidelijk dat je dit niet hoeft aan te besteden, zolang de cliënt in plaats van de gemeente voor een aanbieder kiest. De gemeente betaalt dan wel, maar zolang de gemeente niet zelf de zorgaanbieder kiest, is er geen sprake van een aanbesteding.'

De hoogleraar verbaast zich er over dat dit bij veel landelijke politici in Den Haag en bij gemeentebesturen onbekend is. Gemeenten hoeven alleen maar voorwaarden op te stellen waar aanbieders aan moeten voldoen: eisen aan aanbieders en te leveren diensten en de tarieven daarvoor. Cliënten kunnen vervolgens zelf kiezen uit alle aanbieders die aan de voorwaarden voldoen. Dat heet een 'open huis'-model. De cliënt kan dan kiezen uit toegelaten zorgaanbieders. Wmo en Jeugdzorg aanbesteden is dus helemaal niet nodig.

Wat wellicht op een verkeerd been zet is dat het 'open huis'-model ook wel 'bestuurlijk aanbesteden' is genoemd. Ik heb dat woord daarom eerder vermeden.

Discussie 4: Welk van de genoemde modellen is een 'exotisch' model?

Niels Uenk (2016) wierp deze vraag op. Zijn antwoord luidt dat het **veilingmodel exotisch** is. Het veilingmodel kwam in 2016 maar weinig voor. Dit model heet ook wel 'concurrentie per cliënt'. Hierin moeten aanbieders bieden op een probleemsituatie van een cliënt of gezin, die anoniem gepubliceerd is. Dat kan een curieuze situatie tot gevolg hebben. Stel eens dat zeven zorgaanbieders een bod uitbrengen op één hulpvraag van een cliënt of gezin. Hoe wordt er dan gekozen? Op basis van budget/prijs? Wat zijn de transactiekosten als 200 veilingen in een gemeente voor 200 multiprobleemgezinnen georganiseerd worden? Kan hulp hier effectief zijn.

Discussie 5: Wat wordt nu eigenlijk gecontracteerd in de modellen?

Telgen, Uenk en Lohmann (2013: 63) menen dat het onderwerp van het contract in de modellen verschilt. Zie het volgende.

Een open huis-model: impliceert een raamcontract met toegelaten zorgaanbieders.

Het model met een hoofdaannemer: impliceert een all-in contract.

Het veilingmodel: contract op basis van biedingen op ondersteuningsplan.

Het populatiemodel: impliceert sturing met alle zorgaanbieders per populatie.

Het regisseursmodel: dialoog tussen regisseur en hulpvrager gericht op selectie op basis van een zorgplan per cliënt.

Discussie 6: Het denken in termen van maatschappelijke opgaven

Kunnen met aanbieders van zorg en partijen als die van het onderwijs en de politie gemeenschappelijke afspraken door de gemeente gemaakt worden over maatschappelijke opgaven?

Het antwoord is dat dit kan in het kader van tal van modellen van opdrachtgeverschap, zoals 'open huis'-model, het een hoofdaannemerschap en het wijkgericht contracteren. Het is zaak dat er overlegd wordt. De zorgaanbieders kunnen ook gezamenlijk met de gemeente overleggen om te signaleren wat er speelt zonder dat dit in contracten past of om de administratieve lasten beperkt te houden. Als zorgaanbieders 'verwarde mensen' waarnemen is het niet zaak weg te kijken maar het netwerk van aanbieders te activeren.

Discussie 7: Is zoiets als een dialoog uitgesloten?

Wie een 'Informatiekaart inkoopmodellen' van de VNG raadpleegt, komt inderdaad het woord 'daloogmodel' tegen. Het is denkbaar dat zorgaanbieders en gemeente samen overleggen over voorwaarden waaronder zorgaanbieders toegelaten worden in ene gemeente of wijk en voorwaarden die bij elk contact tussen een zorgaanbieder en een hulpvrager in acht genomen moeten worden. Dat overleg kan gaan over hoe om te gaan met complexe hulpvragen, over zorgkwaliteit, over de wenselijke contractduur met de gemeente over de status van toegelaten instelling, over een jaarrapportage

('control') of over hoe te voorkomen dat concurrerende zorgaanbieders bij elkaar onderaannemers of individuele medewerkers weggopen.

Discussie 8: Is het zinnig om resultaatgericht te werken op het sociale domein of niet?

Het resultaat is veel belangrijker dan denken in termen van uren. Het gaat altijd om resultaat in de leefwereld, minder om werkuren uit de systeemwereld van de zorg. De niet helemaal zelfredzame hulpvrager wil geholpen worden met bij voorbeeld huishoudelijke of persoonlijke verzorging, pijnbestrijding, maatregelen tegen verslaving of stoornissen, eten, mobiliteit, gezelschap. Bij resultaatbekostiging kan de vergoeding minstens voor een deel afhankelijk zijn van de mate waarin het resultaat is bereikt via een bonus-malusregeling. In de strikte vorm komt een bonus-malus in het sociaal domein overigens **niet** voor (Robbe, Telgen en Uenk, 2016: 12). Het nastreven van resultaat kan tot innovatie leiden. Immers, een professional neigt ertoe datgene te doen wat werkt. Als iets beter 'kan en werkt' met bellen dan met bezoeken, zal men bellen; dus uit een oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid. Maar er is toch moeilijke een causale relatie te leggen tussen dienstverlening en resultaat in het sociale domein? Dat is wel zo.

Sturen op resultaat is overigens lastig omdat het tot veel onvrede kan leiden aan de kant van de hulpvrager. Het uitblijven van resultaat kan de zorg biedende professional in de schoenen geschoven worden.

Discussie 9: Beweging in de keuze van modellen?

Is er beweging in gemeenteland in de keuze van de modellen waarneembaar of niet? Zo ja, welke kant gaat die op? Er is een aantal gemeenten die meer resultaatgericht wil gaan contracteren (Uenk, 2016: 17). Er is tevens een beweging bij een aantal gemeenten om de regie meer in eigen handen te nemen. Andere gemeenten overwegen juist om meer taken en verantwoordelijkheden bij een beperkt aantal zorgaanbieders te leggen (Uenk, 2016: 17). De beweging is dus niet eenduidig.

Vergelijken: Benchmark Sociaal Domein

De aanleiding voor dit verhaal was benchmarking. Benchmarking betekent het vergelijken van organisaties op producten, processen en diensten, om te komen tot een rangordering van goed naar minder goed of slecht, om de beste praktijk te kunnen selecteren die dan overgenomen kan worden.

Benchmarking is een onderzoeksmethode om te komen tot verbetering. Vond benchmarking op het sociaal domein plaats? Je zou op het eerste gezicht kunnen denken dat benchmarking niet echt meer mogelijk is als gevolg van de maatwerk-aanpak die uit keukentafelgesprekken volgt. De dialoog wint het van de kengetallen. Elke individu wordt apart geholpen en wat is dan 'best practice'? Dat is echter fout gedacht. Het is wel degelijk mogelijk op een andere schaal dan die van een individu te meten en vergelijken. Nog steeds zijn gemeenten van een zelfde grootte en sociale samenstelling met elkaar te vergelijken. Ik ga na of dat ook gebeurt.

De *Benchmark Sociaal Domein* van Berenschot geeft antwoord op vragen als de volgende.

Wat is de omvang van de formatie en wat kost de uitvoering van gemeentelijke taken in het sociaal domein? Hoe is deze uitvoering verdeeld over de verschillende werkprocessen? En hoe verhoudt zich dit gegeven tot de gemeentelijke werklust? Welke lessen levert een vergelijking met vergelijkbare gemeenten op? De *Benchmark Sociaal Domein* biedt gedetailleerde, betrouwbare informatie over de formatie in een gemeente bij de uitvoering van wettelijke taken in het sociaal domein. De benchmark bestaat uit drie onderdelen:

- a) Participatiewet gericht op re-integratie naar werk;
- b) de Wet maatschappelijke ondersteuning die onder meer betrekking heeft op thuiszorg, en
- c) de Jeugdwet gericht op omgaan met jongeren.

Een gemeentebestuur kan aan één of meer benchmarkonderdelen deelnemen. Bij elk benchmarkonderdeel zijn diverse uitsplitsingen van kengetallen te maken. De uitkomsten worden vergeleken met die van andere gemeenten: per hoofdtaak, per werkproces - zowel primaire processen als ondersteunende processen-, en per kostensoort (fte's, salarislasteren en inhuur). Daarnaast geeft de benchmark inzicht in de belangrijkste werklasterbepalende factoren per wettelijke taak. Ten slotte is te zien in hoeverre taken op eenzelfde wijze belegd zijn bij gemeenten, zoals de inzet van sociale wijkteams en derden. De toepassing in gemeenten leidt tot bevindingen. Welke zoal?

Gemeentebesturen proberen volgens de benchmark van Berenschot *meer grip* te krijgen op het sociaal domein door te investeren in preventie en toegankelijke voorzieningen. Dit moet ervoor zorgen dat inwoners sneller worden geholpen, met als doel problemen vroegtijdig op te lossen en op termijn kosten te besparen. Dat zijn de voornaamste uitkomsten van de jaarlijkse Benchmark Sociaal Domein, zo rapporteert Berenschot in augustus 2018.

Ter toelichting nog het volgende. Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de Jeugdhulp en de Wmo 2015. Daar waar gemeenten zich in eerste instantie richtten op het overnemen en voortzetten van deze taken, gebruiken ze nu in toenemende mate hun *beleidsvrijheid* om te investeren in *toegankelijke* voorzieningen. Daarbij is bij voorbeeld te denken aan het opzetten van samenwerkingen met netwerkpartners, zoals onderwijsorganisaties en huisartsen, zodat eventuele problemen vroegtijdig gesignaleerd worden. Een belangrijke andere ontwikkeling in het sociaal domein is *preventie*. Uit interviews blijkt volgens Berenschot dat verschillende deelnemende gemeenten projecten en/of structurele programma's zijn gestart om preventie te bevorderen. Dit is terug te zien in de omvang van de formatie van deze gemeenten. Waarom? Omdat preventie leidt tot een *grotere* instroom van cliënten. De verwachting is dat preventie op middellange tot lange termijn juist zorgt voor daling van het aantal cliënten.

Uit de Benchmark Sociaal Domein blijkt verder dat gemeenten in toenemende mate een deel van de *lichte hulpverlening* in eigen beheer uitvoeren en niet langer uitbesteden aan zorgaanbieders. Hiermee beogen gemeenten cliënten laagdrempeliger te helpen, veelal via wijkteams, en te voorkomen dat intensievere hulp nodig is. Tot deze lichtere hulpverlening behoort ook het aansporen van burgers om hun eigen netwerk van kennissen, vrienden en familie te activeren tot vormen van mantelzorg. Zo bespaart een gemeente op kosten.

Een aantal gemeenten is bezig om maatwerkvoorzieningen om te vormen tot *algemene voorzieningen*, bijvoorbeeld bij lichte vormen van dagbesteding. Hiermee beogen gemeenten ook weer tijd en middelen te besparen voor wat betreft de kosten voor maatwerkvoorzieningen en voor wat betreft het toegangsproces. Daarnaast worden de voorzieningen in veel gevallen beter toegankelijk worden voor inwoners. Een aandachtspunt hierbij is om de omgevormde voorzieningen te blijven inzetten voor de doelgroepen die deze het hardst nodig hebben.

Sinds 2016 voert Berenschot *jaarlijks* de genoemde Benchmark Sociaal Domein uit bij een groot aantal gemeenten en gemeentelijke uitvoeringsorganisaties. Hierin worden de uitvoeringskosten van de Wmo, Jeugdwet, Participatiewet en Wet Schuldhulpverlening vergeleken bij deelnemende gemeenten. Daarnaast worden in gesprekken met gemeenten de cijfers gevalideerd en wordt gezocht naar het verhaal achter de cijfers voor duiding van de kosten. Zo worden onderliggende trends in de uitvoering zichtbaar.

De Wmo benchmark uitgelicht

Zijn er ook andere benchmarks? Zeker en die zijn ook al ver voor 2015 ontstaan. Een voorbeeld. SGBO is een benchmarkspecialist voor gemeenten en is samen met BMC, PublicSpirit en BMC Interlink onderdeel van de BMC Groep. SGBO bracht in 2011 de jaarpublicatie *Benchmark Wmo 2010* uit. Om

gevoel te krijgen voor deze benchmark geven we enkele bevindingen. Daarbij moet men beseffen dat de maatschappelijke ondersteuning al medio jaren nul op het bordje van gemeenten was gekomen en niet eerst in 2015.

In de benchmark Wmo van onderzoeksbureau SGB0 vergelijken gemeenten zich jaarlijks met elkaar. De meest opmerkelijke uitkomsten zijn de kostendaling, de gestegen bekendheid van mantelzorgers en het uitstel van beroep op de ABWZ. Samengevat, de uitvoeringskosten zijn afgenomen. In 2009 bedragen de uitvoeringskosten voor het verlenen van individuele voorzieningen € 17,- per inwoner; een daling van 10 procent ten opzichte van 2008. Deze daling is te verklaren door het vervallen van invoerings- en herindicatiekosten. De benchmarkgemeenten indiceren in 2009 gemiddeld 67 procent van de aanvragen voor hulp bij het huishouden zelf. Dat geldt voor 63 procent van de overige voorzieningen. Hoe meer gemeenten zelf indiceren, des te lager de uitvoeringskosten. Het aanvraagproces verloopt steeds efficiënter, wat blijkt uit een gestage daling van de doorlooptijden van alle voorzieningen.

Uit het onderzoek bleek verder dat meer mensen zichzelf herkennen als mantelzorger. In de benchmarkgemeenten doet 32 procent van de inwoners aan vrijwilligerswerk; en 16 procent is mantelzorger. Bijna een kwart van de gemeenten heeft overigens geen zicht op het aantal mantelzorgers. De mantelzorgers zelf herkennen zich niet altijd in de term mantelzorger. Tevredenheidsonderzoek van SGB0 laat zien dat in 2008 59 procent van de mantelzorgers zichzelf als mantelzorger ziet; in 2009 is dit gestegen naar 72 procent. De inspanningen van gemeenten en steunpunten op het gebied van mantelzorg om meer bekendheid te geven aan mantelzorg hebben daarmee het beoogde effect. De bekendheid van het ondersteuningsaanbod is gegroeid van 34 procent in 2008 naar 72 procent in 2009.

Respijtzorg, één van de ondersteuningsvormen, is daarop een uitzondering. Respijtzorg is tijdelijke professionele hulp via de AWBZ wanneer mantelzorgers de gebruikelijke zorg gedurende een korte periode niet kunnen verlenen, bijvoorbeeld doordat zij overbelast zijn. De mantelzorger kan zodoende even 'op adem komen', om daarna de zorg weer op zich te nemen. Bij veel gemeenten is het aanbod aan respijtzorg onbekend. Ongeveer de helft van de gemeenten heeft geen zicht op het aantal beschikbare plaatsen voor respijtzorg. De onderzoekers van SGB0 merken dit feit aan als een verbeterpunt, omdat juist respijtzorg overbelasting bij mantelzorgers kan voorkomen.

Uit het tevredenheidsonderzoek onder cliënten van individuele voorzieningen blijkt dat bij 81 procent van de cliënten de ondersteuning er 'zeer veel' of 'redelijk' aan bijdraagt dat men zelfstandig kan blijven wonen. De Wmo helpt zo mee aan het uitstellen van intensievere en duurdere (AWBZ-) zorg. Wmo en AWBZ zijn communicerende vaten; maar gemeenten lijken dit niet zo te ervaren.

Uit de benchmark blijkt verder dat 65 procent van de gemeenten *geen* zicht heeft op wachtlijsten voor de intramurale zorg. De onderzoekers tekenen hierbij aan dat de bedoeling van de wetgever is dat langer thuis wonen een keuze moet zijn en niet een noodzaak vanwege een lange wachtlijst bij zorginstellingen. Deze relaties tussen Wmo en AWBZ-zorg verdienen daarom nadere aandacht van zowel gemeente als Rijk.

Wat blijkt als één gemeente bekeken wordt? De gemeente Twenterand neemt jaarlijks deel aan de Benchmark Wmo. Dit is een landelijk onderzoek door SGB0 naar beleid en uitvoering op de *verschillende prestatievelden* van de Wmo. De prestaties van de gemeente Twenterand worden vergeleken met die van andere gemeenten, wat een goed overzicht geeft van hoe de gemeente Twenterand presteert op het gebied van de Wmo ten opzichte van andere gemeenten. Daarnaast is de

benchmark een signaleringsinstrument naar aanleiding waarvan onderdelen van het huidige beleid of de uitvoering van de Wmo indien nodig onderzocht of zelfs aangepast kunnen worden. Aan een drietal benchmarks op het gebied van de Wmo is door de gemeente Twenterand deelgenomen. Dit zijn a) de benchmark basis (algemeen onderzoek naar beleid en uitvoering op grond van de Wmo), b) de verdiepingsmodule individuele voorzieningen (onderzoek naar de verschillende individuele voorzieningen, zoals hulp in het huishouden en voorzieningen zoals rolstoelen), en c) het tevredenheidsonderzoek Wmo onder cliënten. De onderzoeken van SGBO worden tevens gebruikt om te voldoen aan de wettelijke verplichte horizontale verantwoording.

Is benchmarking in beeld

Andere gemeenten zijn ook bekeken, mede vanuit het perspectief van de opmerking van de voorzitter van het transitieteam dat oordelen geven over de betekenis van de decentralisaties moeilijk is. Neem Hilversum. Inhoudelijk geeft het college van burgemeester en wethouders op 10 april 2018 met de monitor, de rapportage en de benchmark een uitgebreid beeld aan de gemeenteraad van de uitvoering van de opgaven in het sociaal domein in 2017 in verhouding tot vergelijkbare gemeenten. De conclusie is dat in 2017 belangrijke resultaten zijn behaald voor de inwoners in zowel de dienstverlening als in de ondersteuning op het gebied van jeugd, langdurige zorg en de begeleiding naar werk. De benchmark Participatie toont dat Hilversum er in de loop van 2017 beter in geslaagd is om grip op de werk gerelateerde instroom en de uitstroom te krijgen en zo steeds meer de resultaten behaalt die vergelijkbare gemeenten halen. Zie hier dat benchmarking in beeld is.

Het Hilversumse college is vanwege dit beeld voorzichtig optimistisch over het bereikte resultaat. Het gemeentebestuur geeft aan dat het in de samenwerking in het sociaal domein met inwoners, partners en professionals wil bereiken dat steeds meer op preventie wordt ingezet om 'erger' te kunnen voorkomen. Die beweging noemt men een transformatie, aldus het college. Om te kunnen laten zien wat deze beweging oplevert, gaat Hilversum in 2018 door met het verder ontwikkelen van de monitor Sociaal Domein.

Enkele conclusies en reflectie

De Wmo was weliswaar al in de jaren nul van deze eeuw vastgesteld en ingevoerd, maar het oppakken van de taken op het brede veld van hulpverlening – de drie wetten - bleek voor tal van gemeentebesturen geen eenvoudige zaak. Gemeentelijke nota's die gaan over de evaluatie van wat gedaan is op het sociale domein in 2015-2018 laten dat zien.

De Nederlandse gemeenten waren er rond 2014 ook nog niet voor toegerust; in ambtelijk opzicht niet kwalitatief en evenmin kwantitatief. In elke gemeente waren weliswaar allerlei ijverige personen en non-profitinstellingen actief, zoals op het gebied van de gezondheidszorg, thuiszorg en werkvoorziening, maar het aantal competente gemeenteambtenaren met specialisatie op wat algemeen 'het sociaal domein' werd genoemd, was nog beperkt, zeker in kleinere gemeenten. Toch konden gemeenten niet stilzitten. Wat volgde, was een onvermijdelijke **kanteling** in denken en doen. Burgers zouden primair in hun eigen omgeving opgevangen moeten worden. Dat zou goedkoper zijn en meer aansluiten op wensen van de burgers. **'Nabijheid'** en **zelfredzaamheid** werden kernbegrippen in de nieuwe decentralisatietaal. Burgers moesten voor de steunverlening, bij voorbeeld door thuiszorgmedewerk(st)ers 'dicht bij huis' - in de eigen gemeente - geholpen worden. Dat was altijd al zo, maar nu werd het gemeentebestuur verantwoordelijk. Het aantal ambtenaren op dit terrein nam toe. De gemeente had in het nabijheidsdenken meerdere keuzen voor hulp vragende burgers, zoals

- de hulp vragende burger lost de hulpvraag uiteindelijk zelf wel op (maximale zelfredzaamheid),
- en/of de burger roept hulp in van mensen uit het eigen netwerk om de hulpvragen op te lossen,
- en/of de burger krijgt hulp in de vorm van een algemene basisvoorziening,
- en/of de burger krijgt ondersteuning van een of meer professionals, zoals een wijkverpleegkundige.

Er zou **maatwerk** geleverd worden bij **een integrale beoordeling** van een hulpvraag en dus niet langer door middel van een 'versnipperde' beoordeling door elke organisatie afzonderlijk. Die aanpak zou naar verwachting het meest overeenkomen met de wensen van de hulpvragers en doelmatig zijn omdat de specialisten moesten afstemmen en samenwerken.

Dat waren enkele elementen uit de filosofie, uit het nieuwe jargon. Er kwam een landelijk transitieteam om de decentralisaties te begeleiden. De voorzitter daarvan, het voormalig lid van de Eerste Kamer en burgemeester van Dalfsen Han Noten, zei enkele jaren terug nog dat het veel te vroeg was om te oordelen of de decentralisaties wel of geen succes waren geworden. Maar intussen zijn we verder. **Hoe is de stand van zaken op gemeentelijk vlak** inmiddels, in het derde en vierde kwartaal van 2018? Hebben gemeentebesturen zich de nieuwe taal eigen gemaakt van participatie, re-integratie en zorg voor jeugdigen, werkzoekende mensen met een beperking, multiprobleem-huishoudens en ouderen? Welke opdrachtgeversrol kozen ze? Waren de financiële middelen voldoende? Ik dook in de wereld van de participatiesamenleving, keukentafelgesprekken, wijkcoaches en multidisciplinaire wijkteams, opdrachtgeversmodellen. En constateerde dat er inderdaad een **'reframing'** in termen, concepten en werkwijzen plaatsvond, dus een **hertaling**. Bijna elk gemeentebestuur formuleerde een plan van aanpak, met doelstellingen en werkwijzen. Zo gezien, is er veel veranderd conform de bedoelingen van de rijksoverheid. De richting was duidelijk: één hulpvraag, één huishouden, één plan, één regisseur; weg met de kokers van (te) apart en soms langs elkaar heen werkende zorginstellingen. Er was en is juist samenwerking en samenhang gevraagd rondom de hulpvraag. De decentralisatieoperaties waren een **hertalingsproces** waaraan geen gemeentebestuur zich kon onttrekken.

Het algemene beeld is dat hoewel deze decentralisaties wat voeten in aarde hadden, ze over het algemeen **voldoende tot positief** zijn verlopen. Wijkteams bleken in allerlei opzichten nuttig en de hulpvraag centraal stellen en integraal bekijken, bleek een betrekkelijk onomstreden verbetering. Er heeft feitelijk innovatie plaatsgevonden. Verdedigbaar is dat de decentralisaties in het teken daarvan stonden. Denk aan steekwoorden als integraliteit, samenhang, regie, keukentafelgesprekken, samenwerking. De keukentafelgesprekken en de wijkteams werden en worden positief gewaardeerd. Er ontstonden vanuit particulier initiatief ook zorgcoöperaties.

Zijn burgers (cliënten) met de decentralisaties en hertaling opgeschoten? Volgens mantelzorgers en andere specialisten op hulpverleningsgebied zijn goede stappen voorwaarts gezet waarmee cliënten gediend zijn. Er zijn weinig signalen dat het niet goed gegaan is, ook al zijn er verschillen tussen gemeenten gebleken en wordt door behoeftige ouderen en andere hulpvragers niet altijd alles uitgesproken. Integraal werken en het werken met wijkteams zijn concepten die intussen niet meer weg te denken zijn. Er is geen bewijs voor de stelling dat door de maatwerkaanpak het voorzieningenpakket op het sociaal domein schraler is geworden, hoewel in **meer inzet van basisvoorzieningen** wel een middel wordt gezien om te bezuinigen op professionele inzet. Tal van gemeenten die in financiële problemen kwamen op het sociale domein hebben wel geprobeerd de wijkteams bewust te maken toch vooral niet makkelijk dure professionals in te schakelen. Maar de mantelzorg kent grenzen. Het gevolg is dat een deel van de hulpbehoevenden tussen de wal en het schip dreig(d)en te vallen: niet goed thuis te handhaven, de mantelzorgers kunnen de zorg niet meer leveren, maar een plek in een verpleeghuis is er niet. De **tussenstructuur van 'verzorgingshuis'** komt maar beperkt meer voor terwijl daar wel behoefte aan is. Zoals zo vaak op ander gebied al is waargenomen: **de verandering is doorschoten**. Tot zover de kern van de analyse.

Wordt het gemeentebestuur centraal gesteld dan komt een iets ander beeld naar voren. Gemeenten hadden het moeilijk met de nieuwe taken. Er is wel gesuggereerd dat de omvang en het tempo van de **verandering** te hoog heeft gelegen. Daar staat tegenover dat er voorlopers zijn geweest die al in de

jaren nul in de gaten hadden dat het roer om moest op het sociale domein en die ook stappen gezet hebben.

Gemeenteraadsleden en gemeenteraden hebben ook geworsteld met de decentralisaties. En er zijn forse financiële tekorten gebleken. Gemeenteraden bleken niet in staat die tekorten te voorkomen. Dat komt mede omdat het moeilijk gebleken is om bestuurlijke en maatschappelijke debatten te houden over de stand van zaken op het sociaal domein.

Is het nu zo dat de drie decentralisaties aansluiten op de ervaringen die met eerdere decentralisaties zijn opgedaan (Boogers e.a., 2008; Raijmakers, 2014)? Inderdaad. De decentralisaties voegden zich in een patroon dat al vanaf 1990 bekend is. Bijna elke decentralisatie gaat gepaard met kortingen, maar vanwege de transitiekosten en innovatienoodzaak, zoals het streven naar het centraal stellen van een integrale hulpvraag, blijkt het vaak maar moeilijk om het voorzieningenniveau voor een bepaalde cliëntengroep te handhaven.

Recentraliseren?

Is er nu reden om te recentraliseren, dus om de decentralisatie gedeeltelijk ongedaan te maken? De gemeente Meerssen zocht in 2018 steun bij andere gemeenten in Limburg om zich uit te spreken over de problematiek van een deel van het sociale domein, de de jeugdzorg. De gemeente stelde op basis van een raadsbreed aangenomen motie voor om de verantwoordelijkheid daarvoor weer terug te leggen bij het provinciebestuur. Het gemeentebestuur meent dat de doelen niet gehaald zijn om verbindingen te leggen tussen zorgorganisaties en om maatwerk te leveren. Het ambtelijk apparaat dat al het werk dat bij de jeugdzorg komt kijken, moet afhandelen krijgt de zaak niet (goed) gebolwerkt. Er is een toename van administratieve taken ontstaan. Er zijn financiële tekorten ontstaan en er zou sprake zijn van rechtsongelijkheid. Daarnaast is de vraag naar jeugdzorg toegenomen. De verantwoordelijke wethouder stelt in eind november 2018 dat er niemand tussen de wal en het schip terecht is gekomen, maar er is wel een reden voor herbezinning. Wat hiervan te vinden?

Het is uitgesloten dat de jeugdzorg terug gaat naar het provinciebestuur. Waarom? Uit mijn analyse blijkt daarvoor geen grond.

- 1) De gemeente staat landelijk betrekkelijk alleen in de wens om de jeugdzorg terug te leggen bij een provinciebestuur. Het draagvlak is beperkt.
- 2) Het afknippen van de jeugdzorg van het gemeentelijk takenpakket verdraagt zich niet met het integraliteitsprincipe in het tegemoet treden van een hulpvraag of complex van hulpvragen van burgers of gezinnen. Evaluatienota's accentueren steeds opnieuw de wenselijkheid van die beweging naar (meer) integraliteit ('die ene hulpvraag die gezamenlijk tegemoet getreden moet worden').
- 3) Jeugdzorg hoorde voordien al niet bij het provinciaal takenpakket. Jeugdzorg was altijd al een vreemde eend op de provinciale boerderij (met uitzondering van de grote steden, die de jeugdzorg eerder al zelf 'regelden'). Er was dus reden die taak bij de provincie weg te halen. De zinvolheid van het weghalen bleek onder meer bij het werk van provinciale visitatiecommissies. Ik maakte deel uit van de commissie die de bestuurskracht van Limburg (commissie-Hendriks, Van Kemenade, Korsten) doorlichtte en die van Zeeland (commissie-Calon, Korsten, Leers, May-Weggen). De commissies constateerden dat de provincie veel te ver afstand van de lokale problematieken op het terrein van jeugd, jeugdbeleid en gezondheidszorg van jongeren. Provinciale Staten wisten er eigenlijk ook geen raad mee als de kosten weer eens meer waren dan groot.

- 4) Het provinciebestuur is niet in staat zijn via flankerend beleid op het vlak van onder meer schuldenproblematiek, verslavingszorg of schooluitval oorzaken voor misstanden bij jeugdigen weg te nemen. Het alternatief om de gemeentelijke jeugdzorg terug te brengen naar het provinciebestuur is dus ook zo gezien onverstandig.
- 5) De gemeenten kregen de jeugdtaak in 2015 en ze behoorden daar werk van te maken. Daartoe konden ze regionaal gaan samenwerken en het opdrachtgeverschap bij een of meer hoofdaannemers leggen. Ze konden lichtvoetige constructies op het vlak van opdrachtgeverschap kiezen. Nu stellen dat het allemaal wat moeilijk is, is te laat. Dan heeft de gemeente zaken te veel op zijn beloop gelaten en de jeugdzorgtaak niet de bestuurlijke prioriteit gegeven die het verdient.

Enkele stellingen ter discussie

1. Decentralisaties van het Rijk naar gemeenten gaan altijd gepaard met een verlangen naar 'beter met minder'. In werkelijkheid lukt bezuinigen in het sociale domein maar heel moeilijk of niet door stijging in het aantal hulpvragen, het ontbreken van hulpnetwerken, transformatiekosten, de opdracht om te innoveren.
2. De kanteling naar integraal denken en doen als gevolg van de decentralisaties op het sociale domein past in een nieuwe talige aanpak: nieuwe termen, nieuwe begrippen, nieuwe werkwijzen.
3. Om na de decentralisatie van 2015 maatwerk in de hulpverlening op het sociale domein mogelijk te maken moesten de oude routines van hulpverlenende organisaties veranderen. De integrale hulpvraag kwam centraal te staan en niet slechts wat een organisatie zelf kon bieden.
4. De nadruk op zelfredzaamheid van burgers is een politieke wensdroom ter rechtvaardiging van bezuiniging.
5. De noodzaak van schuldhulp is vaak een voorspeller van de aanwezigheid van een bredere problematiek op het vlak van hulpvragen en zorgbehoefte in een huishouden. Vrij vertaald: wie het niet lukt met een budget om te gaan, heeft meestal meer problemen op ander vlak. Dus moet schuldenproblematiek altijd betrokken worden bij de beantwoording van hulpvragen.
6. Het zelfredzaamheidsdenken verhindert niet dat het de wettelijke verantwoordelijkheid van gemeenten is om vast te stellen wat de hulpvrager aan zorg nodig heeft. Daarom heeft de gemeente ook deskundigheid in huis nodig.
7. Wees voorzichtig met sturen op resultaat want inzake gezondheidszorg is het causaal verband tussen zorginterventies en het boeken van veel resultaat bij hulpvragers per definitie onzeker.
8. Met de proclamatie van maatwerk werd het gewone contact tussen burger en hulpverleners rond de centrale zorghulpvraag hersteld. Maatwerk is probleemgericht, integraal en bevrijdend.
9. Curieus is dat in het sociaal domein niet gesproken wordt van de maatwerker. Blijkbaar bestaat die niet.
10. Maatwerk kan niet zonder ervaringsregels. Ervaringsregels zijn van belang als bondgenoot van de professional. Ze helpen niet alleen bij keuzen maar ook om budgettaire grenzen en andere grenzen niet te overschrijden.

11. Gemeentebesturen die te maken hebben met begrotingsoverschrijdingen op het sociale domein roepen nooit expliciet op tot niveauverlaging van de zorgkwaliteit, maar indirect wel door een pleidooi te houden voor algemene voorzieningen en een herziening van afspraken.
12. Als wijkteams structureel inzetten op eigen kracht van hulpvragers (zelfredzaamheid), sociale netwerken van hulpvragers en basisvoorzieningen, wordt de toegang tot inzet van professionals minder ruim gemaakt. Een manier van besparen die ook gezien wordt door gemeenten.
13. Veel gemeentebesturen kiezen voor een opdrachtgeversrol die inhoudt dat alle zorgaanbieders toegelaten worden die voldoen aan voorwaarden op het vlak van prijs en kwaliteit. Waarbij de hulpvrager hieruit kan kiezen.
14. Zorgaanbieders zullen uren blijven registreren, onder meer om goed te kunnen werken met een eigen bijdrage-regeling.
15. De grote meerderheid van gemeenteraden heeft geen zicht op de kwaliteit van de beantwoording van hulpvragen van burgers door zorgaanbieders.



Fig. 28: Foto van Hofvijver en het parlementair centrum in Den Haag

Samenvatting

Vijfentwintig jaar terug waren weinig waarnemers echt opgewekt over de relatie tussen het gemeentebestuur en instellingen voor thuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en verzorgingshuizen. De relatie was niet zo'n best huwelijk. De gemeentebesturen zaten bovenop de centen. Daar was niks op tegen. Maar het voeren van een gemeentelijk beleid op het vlak van de gezondheidszorg was matig ontwikkeld. Aandacht voor zo iets als thuiszorg en crisisopvang was gering. Dat beeld schetste destijds de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Velen schrokken daarvan, minister Els Borst niet als laatste. Het was de tijd dat een portefeuille openbare gezondheidszorg steevast werd afgeschoven naar de beginnende wethouder in het college, ook in grote steden. En een deel van de preventieve gezondheidszorg was weggelegd bij de regionale GGD, die grotendeels taken uitvoerde die in een wet waren opgedragen. De GGD kon zijn gang gaan. 'Zorg' scoorde politiek niet en de betrokken organisaties stonden op afstand. Welke wethouder kon zich laten voorstaan op deelname van gehandicapten aan het arbeidsproces, crisisopvang van verslaafde daklozen, goede kinderopvang, het leveren van scootmobiels aan mensen met een fysieke beperking of het tijdig signaleren van gehoorstoornissen, om eens iets te noemen? Bestrijding van huiselijk geweld was geen issue.

Hoe anders is de situatie in 2018-2019. Het sociaal domein is inmiddels een hoofdtaakgebied van gemeentebesturen. Hulpverlening aan jongeren met een hulpvraag, aan ouderen, aan mensen met een geestelijke beperking, aan verslaafden en daklozen en aan huishoudens met een reeks problemen (zeg maar het sociale domein) zijn samen een groot onderdeel van het gemeentelijke takenpakket geworden.

De betekenis van het sociaal domein voor het gezicht van de moderne, sociale gemeente is niet alleen heel groot geworden omdat het veel burgers raakt, zelfs in veel gemeenten een toenemend aantal burgers (jongeren én ouderen), maar ook omdat een groot deel van het budget uit de gemeentebegroting ingezet wordt op het sociale domein.

Volgens de gemeenterekeningen is **het aandeel** van het **sociaal domein** in het **uitgavetotaal** in 2015 zelfs 56 procent en in 2017 61 procent.

Het is al lang niet meer zo dat wat de gemeente doet op het vlak van ruimtelijke ordening; woningbouw en volkshuisvesting; verkeer en vervoer; economische zaken; evenementen, cultuur, sport en recreatie; musea; of openbare orde en veiligheid het meest gezichtsbepalend is. De gemeente is juist **een 'sociale' gemeente** geworden, maar de genoemde taken op het vlak van ruimtelijke ordening, infrastructuur, openbare veiligheid en andere gebieden blijven natuurlijk van belang.

De 'sociale' gemeenten hebben door middel van decentralisatie een groot aantal verantwoordelijkheden in het sociale domein verkregen en er gaat veel budget in de sector om. Dat het een grote opgave is, werd en wordt breed erkend. **De opgave wordt alleen maar groter**. Hoe gemeenten daarmee omgaan? Het Sociaal en Cultureel Planbureau typeert de inspanningen en resultaten van Nederlandse gemeenten in de overall-rapportage over 2017 als **'wisselend bewolkt'**.

Waarom de opgave van gemeenten groter werd? Ik noem enkele factoren uit een groter geheel.

1. **Meer zorgvragen bij ouderen**. Zorgvragen nemen toe als gevolg van de vergrijzing die nog jaren doorzet, met als gevolg meer ouderdomskwalen en meer dementie en dus meer hulpvragen.
2. **Meer zorgvragen bij jongeren**. Daarnaast is er de toename aan risico's bij jongeren door onder meer verslaving in allerlei soorten en maten.
3. **De zorgvragen komen bij gemeenten te liggen**. Omdat het kabinet-Rutte II en III (bewindslieden Edith Schippers, Martin van Rijn en Bruno Bruins) de ziekenhuizen klein wilden houden en meer specialistische zorg naar gemeenten wilde schuiven, wordt het lokale sociale domein met thuiszorg en jeugdzorg ook belangrijker.
4. **De zorgvragen van gemeenten weer naar zelfredzame burgers**. Een factor is ook dat de gemeente die zorg weer deels verder wil **doorschuiven** naar zelfredzame burgers die in eerste instantie familie en (andere) vrijwilligers om hulp vragen. Zo ontstaat vanuit het **'nabijheidsdenken'** een beweging naar **'ontzorgen'**. Dat is wel geduid als: **'nabij is beter'**. Dit alles ook vanuit een streven naar **beheersbare groei** van de zorguitgaven.
5. De decentralisatie naar gemeenten krijgt een financiële groei-impuls, zeg maar een staart, als de zelfregie tegenvalt en juist gesprekken met burgers tot meer professionele hulp leiden om die gebrekkige zelfregie te compenseren. Dat bleek het geval. Daar blijft het niet bij. Die zorggroei kan een **verdere impuls** krijgen als veel burgers steeds meer last krijgen van welvaartsongemak, zoals bij voorbeeld in de vorm van veel **obesitas** al het geval is. Heel veel burgers hebben overgewicht. Obesitas is een van de ernstigste problemen in de volksgezondheid in de 21^{ste} eeuw van westerse landen. Jongeren op hun beurt krijgen last van **'social media'-stress** en andere verslaving. Deze ontwikkelingen bij alle bevolkingscategorieën kunnen aanleiding geven tot een hele beweging richting een gewenste verandering van **leefstijl**. Als de gewenste leefstijl verandering nog geen feit is, kan er druk ontstaan op het gemeentelijk budget voor onder meer jeugdzorg.
6. De lokale zorgverlening heeft nog aan betekenis gewonnen door decentralisaties. **Decentralisatie** betekent overheveling van rijkstaken, bevoegdheden en middelen aan gemeentebesturen. Een dergelijke overheveling gaat bijna altijd gepaard met de mantra *'dat het er eindelijk van gaat komen'*. De taken komen dicht bij de gemeente als *'eerste overheid'* en daarmee *bij de burgers*. Zo zal het allemaal goed komen. Alsof iedereen daar direct blij van wordt. Decentralisatie als

tranquillizer. Dat bezuinigen volgens 'Haags' politiek jargon 'ingeboekt worden', is onderdeel van de politieke 'appeal' rond decentralisatie. 'Haagse' politieke fracties gaan vaak door de knieën bij de mogelijkheid om te bezuinigen. Die zijn doorgaans al aangekondigd in de 'Haagse bijbel', het regeerakkoord. Maar zoals aangegeven, er zijn krachten die opstuwende druk op het gemeentelijk budget voor het sociaal domein veroorzaken waardoor de kans groot is dat tal van gemeentebesturen niet uitkomen met 'het beschikbaar budget na bezuiniging'. Zoals deze beschouwing bleek, zijn er ook veel gemeenten die daadwerkelijk meer moesten uitgeven dan ze konden volgens het budget dat ze van de rijksoverheid ontvingen. Daar werken ook krachten op in die nog niet genoemd zijn, zoals gedrag van wijkteams bij de zorgverlening.

Het zijn deze en andere **lokroepen** die iedereen ontvankelijk moet maken voor de nieuwe weldaden die uitgaan van taakdecentralisatie. Zo is het ook gegaan met de decentralisatie van het sociale domein in 2015. Dat is het gebied van de maatschappelijke ondersteuning in de vorm van huishulp en andere zorg voor ouderen, de jeugdhulp en betaald werk voor mensen met een beperking. Ook hier het verhaal van bewindslieden, die in de Tweede Kamer stellen dat keuzes maken in de zorg gewenst is op het niveau waar het hoort. En dat is niet langer in de eerste plaats in 'Den Haag'.

Naar het lokale speelveld

Decentralisatie verlegt het spel van de spelers uit de zorgwereld dus naar het lokale speelveld. Daar bevinden zich niet alleen de zorgbehoeftigen (hulpvragers), maar ook de zorgaanbieders die door het gemeentebestuur zijn **toegelaten** ('open huis'-model) of '**ingekocht zijn**'. Zorgaanbieders, die vaak regionaal opereren, hopen met de decentralisatie op één zorgplan, op minder bureaucratie, op minder regels en papierwerk.

Een vraag dient zich nu aan: kennen de lokroepen alleen de welluidende klanken van 'dicht bij de burger', dicht bij bestuurders en professionals die kunnen afwegen waaraan burgers met een hulpvraag behoefte hebben? Er komt twijfel naar voren.

Elke decentralisatie na 1945 ging vergezeld van de zorg dat de kwaliteit van diensten en producten **niet** op het zelfde kwaliteitsniveau konden blijven als het meegeleverde budget afneemt. Bij de decentralisatie van het sociale domein is deze vrees door Haagse bestuurders van tafel geveegd met het gebaar dat het expliciet **de bedoeling** was om **minder** versnipperde professionele zorg te bieden en dat dit zelfs goed is. De dure intramurale en ambulante zorg moe(s)t teruggedrongen worden in het voordeel van de **goedkopere opvang** in de thuishouding van de om hulp vragende burgers. Kan dat?

Mantelzorg vanuit netwerken van een burger is vertrouwde hulp en die hulp kost bovendien niet zoveel. Thuiszorg is goedkoper dan de dure specialistische zorg. En van die specialistische zorg is bovendien niet altijd zeker dat die effectief kan zijn of worden.



Fig. 29: Ondersteuning

Nieuwe taal, nieuw paradigma

Deze beweging om **meer nabijheid in de zorg te realiseren** voor burgers werd **in een nieuwe talige** conceptualisatie gevangen (nieuwspraak). Het is een *paradigmashift* geweest. Er moet worden **'ontzorgd'**: mensen moeten meer zelf doen of de hulp inroepen van vrijwilligers. Daarvan is gezegd dat burgers er eigenlijk zelf om vroegen ('u wilde zelf die zorg aan huis'). Dus samengevat: **decentralisatie is verkocht als beter, goedkoper en gewenst**.

Die nieuwe taal - zeg het nieuwe frame, paradigma of discours - beschouw ik **niet** als een complot tegen de hulp vragende burgers. Nee, het is wel degelijk verdedigbaar dat burgers, als het kan, thuis de passende zorg krijgen. De meeste burgers willen immers zo lang mogelijk in hun eigen vertrouwde omgeving blijven wonen.

Om daarbij uit te komen, is in *de systeemwereld* van de zorg - met zijn eigen woorden, referenties en daden -, het etiket **'zelfredzaamheid'** bedacht. Hulp vragende burgers worden in **'keukentafelgesprekken'**, een woord uit *de leefwereld* van mensen, gescoord op een heuse **zelfredzaamheidsmatrix**.

De toepassing van zo een tabel (officieel matrix) levert per hulpvrager of hulp vragend huishouden een score op een aantal punten op en een daarmee sporend verhaal. Zoals bij voorbeeld dat de financiën waarover de hulpvrager privé beschikt getuigen van 'zeer goede zelfredzaamheid' (voor de burger die gespaard heeft) of van 'niet zelfredzaamheid' (voor de burger die niet kon of wilde sparen of in de puree is geraakt). En zo verder. Van elke hulpvrager ontstaat zo een plaatje, een soort **zorgpaspoort met stempels voor aanlegplaatsen van zelfredzaamheid en zorg**.

Schiet die zelfredzaamheid niet door?

Er is veel te zeggen pro zelfredzaamheid. Ik begin met positieve argumenten te noemen. Onderzoek wijst uit dat de grote meerderheid van burgers, die tot oordelen in staat is, zich deze zelfredzaamheidsmatrixen in een entreegesprek wel laat 'aanleunen'. Mensen die in de rats zitten, accepteren de invuloefeningen van consultants en sociale wijkteams in de 'intake' en zelfs bij voortgangsgesprekken en zetten zelfs samen een handtekening onder de ingevulde matrix.

In de wijkteams zijn uiteenlopende specialismen verenigd om per hulpvrager te komen tot 'één integrale vraag, één hulpaanbod, één regie in de uitvoering'. Ook nuttig.

De nieuwe toverwoorden die lokaal de hulpvragende burgers verleiden zijn: *thuis; zelfredzaam; een hulplan; keukentafel; nabijheid; maatwerk*. Dat zijn de prikkelende woorden ('sensitizing concepts') van het nieuwe lokale sociale domein. Dat zijn de **verleidelijke (sleep)woorden** en **rechtvaardigingsgronden**

Het antwoord is genuanceerd. Veel gemeentebesturen kwamen na de decentralisatie met nieuwe afspraken met cliënten uit met het zorgbudget (met minder middelen dan het Rijk eerst kwijt was). Het bereikte kwaliteitsniveau rond zorgvragen en feitelijke hulp **leidde niet tot veel gemor bij cliënten**. Evaluatienota's van gemeenten als Hengelo laten dat zien. Een eventueel dalend kwaliteitsniveau is in 2015-2018 geen issue geworden in de arena's van de gemeenten, zoals gemeenteraden, maar kan dat in 2019 en daarna wel worden als de vraag in de jeugdzorg en ouderenzorg blijft stijgen.

Financiële bevingen: gemeenten geven meer uit dan begroot

Er is in 2017-2018 al volop druk op de ketel. Tientallen gemeenten zijn in 2018 in financiële nood geraakt op het sociale domein: **meer uitgaven dan begroot**.

Reden? Doorgaans is in die gemeenten **de monitoring van uitgaven** gaande de rit matig tot slecht geweest. Dat zeggen gemeentelijke evaluatienota's. Dit wordt erkend. Daardoor is de begrotingsoverschrijding de gemeenten in feite overkomen. De veronderstelling is dat als 'je er eerder bij was geweest' de sturing zo had kunnen uitpakken dat de zorgverlening binnen het budget zou zijn gebleven. Dat is natuurlijk de vraag, hoewel er tal van gemeenten zijn geweest die de weg wezen door binnen de begroting te blijven.

Verklaring van begrotingsoverschrijdingen

Niet in alle gemeenten zijn dezelfde redenen aan te wijzen voor de begrotingsoverschrijding op het sociale domein, maar er blijken wel gemeenschappelijkheden. Ik noem er enkele.

- 1) **Stijgende zorgvraag**. De zorgvraag op het sociale domein is niet gedaald, eerder toegenomen, onder meer door vergrijzing. Hoe ouder de bevolking, hoe meer aanspraken op zorg, hoe meer uitgaven.
- 2) **Vraag bij jongeren**. Ook toenemende diagnostisering bij jongeren is een reden voor een stijgende zorgvraag. Hier en daar zijn gemeenten wel in gesprek gegaan met huisartsen met het verzoek minder te verwijzen naar professionele hulp. Daar houden huisartsen overigens niet van.
- 3) **Complexere zorgvraag**. Verwijzen is onvermijdelijk als de complexiteit van hulpvragen toeneemt en het aantal multiprobleemgezinnen stijgt. De complexer wordende hulpvragen nopen tot inzet van professionals en dat proces stuwt het gemeentelijke budget omhoog. Een begrotingsoverschrijding is dan ook terug te voeren op een toename in de complexiteit van de hulpvraag van huishoudens, jongeren, ouderen en mensen met een beperking. Hoe meer complexe vragen, hoe meer dure professionele zorg het gevolg is. Als het aantal professionals in de jeugdzorg en andere sectoren groeit, leidt dat zelden tot een terugloop in feitelijke zorg: aanbod schept vraag.
- 4) **Netwerkhulp beperkt**. Er is **geen netwerk** om te helpen en dus **is professionele hulp onvermijdelijk**. Een reden voor druk op meer uitgaven dan begroot, luidt als volgt. Sociale teams zien dat burgers soms niet voldoende beschikken over netwerken om hen heen die dagelijks mantelzorg leveren en wijzen daarom Wmo-zorg of Jeugdwet-zorg toe. De zelfredzaamheid kent grenzen. De zelfredzaamheid vanuit de participatiesamenleving blijkt overschat omdat er tegelijk een trend is naar betaalde arbeid van alle burgers ('werk voor iedereen'). De kostwinner is nagenoeg verdwenen. Gevolg: stijgende zorguitgaven voor professionele hulp op lokaal niveau.
- 5) **Goedwillend paternalisme**. Een vierde reden voor meer uitgaven dan gemeentelijk begroot, luidt: sommige vrijwilligers in het 'nabije' netwerk zijn niet geschikt om zorg te leveren die professionaliteit vereist. Dus komt de noodzaak van specialistische zorg om de hoek kijken. Sociale wijkteams doorbreken soms de situatie als een burger niet tot oordelen over de eigen

situatie in staat is door deze te 'overrulen' en professionele hulp te arrangeren. De sociale teams gaan **hoger** in de zelfredzaamheidsmatrix zitten, dan waar de cliënt zelf in een **overoptimistische** houding aan toe is. De teams kunnen dus niet altijd meegaan met de zonnige zelfredzaamheid die een hulpvrager op zijn beste momenten zelf verwoordt. Anders gesteld, ingrijpen tegen de zin van de hulpvrager kan nodig zijn.

Zo zijn er meer redenen die veroorzaken dat de begroting op het deel sociaal domein uit de rails loopt.



Fig. 31: Decentralisaties leiden tot piekeren over budget

Gemeenten gaan zelf onderzoek laten doen naar hoe te komen tot meer beheersbaarheid van de eigen uitgaven en gemeentebesturen kloppen gezamenlijk aan bij de 'Haagse' bewindslieden (van volksgezondheid, welzijn en van sociale zaken en werkgelegenheid), die niet direct de beurs trekken en ook weer tijd proberen te winnen door onderzoek te laten doen naar wat zij echt moeten doen. Zo werkt de **stroomwereld** van het overheidsbeleid nu eenmaal.

Wat gemeenten zelf proberen te doen om binnen de begroting te blijven?

Nog meer ontzorgen? Met meer inzet op de filosofie van de zelfredzaamheid redden de sociale teams het niet. Meer gokken op inzet van vrijwilligers levert niet veel op ('de kinderen wonen te ver weg' en 'de burens werken allemaal overdag'). De teams zijn daarmee bekend. Toch maar meer verwijzen naar professionele instellingen en specialisten? Dat gebeurt.

De Amsterdamse socioloog Jan-Willem Duyvendak onderzocht het. Hij noemt dat **het stil verzet** van de teammedewerkers tegen de decentralisatiefilosofie van het nabijheidsdenken en ontzorgen. De medewerkers van de sociale wijkteams zullen wel moeten. Maar de gemeentebestuurders zijn daar ongelukkig mee. Die zoeken **naar andere** oplossingen. Waar komen ze mee? Ik leer van Venlo en andere gemeenten.

Alleen **acute** hulpaanvragen beantwoorden, is een manier die in het hele land voorkomt. Daardoor kan het weken duren alvorens hulpvragers een reactie krijgen.

Je kunt het ook anders doen: het is traag indiceren. **Traag indiceren** door bij een hulpvraag niet al te snel de keukentafelgesprekken aan te gaan, is een middel dat wethouders wel herkennen. Dan laat je de zorgbehoefte hulpvrager even in het sop gaar koken. Die moet dan zelf, al zoekend, steunend en kreunend, kijken wat er thuis met vrijwilligers nog mogelijk is. Dat is een manier waarover in een beschaafd land niet officieel wordt gesproken, maar die wel voorkomt.

Is er nog een ander middel om binnen de begroting te blijven? De **zorgzwaarte** proberen te verminderen, is een middel dat wordt toegepast door te proberen huisartsen aan te zetten minder makkelijk **door te verwijzen** naar specialisten. Dat werkt niet heel goed want als de wijkteams zich geen raad weten met een burger gaan ze toch weer de weg van de specialist op.

Er is een volgende manier. Het blijkt dat **algemene voorzieningen** lokaal hier en daar meer in de etalage worden gezet om binnen de begroting te blijven en dure specialistische zorg te temperen. E-health, domotica en alarmsystemen worden gesuggereerd. Een robot het werk laten doen (denk aan een automatische stofzuiger bij voorbeeld) of een rollator verstrekken, is goedkoper dan hulp van mensen inschakelen.

Meer algemene voorzieningen bieden

Als sociale teams nou eens proberen om de algemene voorzieningen meer te pushen, lees je in gemeentelijke evaluatienota's? Maar officieel zijn sociale teams onafhankelijk. Ze worden zelfs hier en daar op afstand gezet en buiten het gemeentehuis gehouden ter wille van de legitimiteit van de lokale zorg op het sociale domein. Een gemeentebestuur heeft de sociale teams niet aan een touwtje.

Wat is er nog meer te doen voor gemeentebestuurders om uitgaven te beperken? Meerdere pleidooien komen links en rechts in gemeentelijke nota's naar voren.

Andere opdrachtgeverschap

De eerste suggestie is om nog eens kritisch kijken naar de manier van **zorgverwerving** door **bekostiging** van de zorg. Die discussie voert ons naar een nieuwe vorm van bekostiging, populatiebekostiging. Maar de keuze daarvoor wordt vaak nog als een sprong in het duister gezien. Die sprong durven niet veel gemeentebesturen aan. Bovendien is die keuze alleen toepasbaar voor een deel van de zorg.

Tweede manier: misschien **de bureaucratie** van het invullen van de vele formulieren voor declaratie en andere doelen terug dringen? Dat blijkt een permanent streven sinds 1970, welke systeem van zorg ook bestaat. *'Gaat hem niet worden'*, wordt dan gezegd.

Gemeenteraden

De **gemeenteraad** meer in positie brengen, zou dat helpen? Dat is een pleidooi dat in elke gemeentelijke evaluatienota of elk rekenkameradvies voor komt, maar ook het panacee niet is in de ogen van raadsgriffiers. De hele zorgbusiness is zo een systeemwereld van regels, zorgaanbod en van maatwerkbehoefte dat het niet goed kan lukken om daar door middel van kaderstelling van een gemeenteraad voor bezuiniging te zorgen. Er zijn in de literatuur op dit punt door mij geen *'best practices'* aangetroffen. Plat gesteld: de meeste raadsleden zijn niet in staat om bezuinigen zelf te bedenken.

Hulp waarvan gunstig effect niet bewezen is, niet toepassen

Een suggestie moet nog langs komen. Die houdt in dat nagestreefd wordt dat professionals met nog meer kracht gaan of blijven streven naar **samenwerking** rond de aanpak van die ene integrale hulpvraag. Dat hoor je veel. Dan wordt de grote kaars uit de kerk van O.L.V. van 'nabijheid en maatwerk' in feite opnieuw aangestoken. Een wethouder ging dat niet ver genoeg. Die was van mening dat **evidence-based care** nodig is. Alleen wat bewezen werkt, moet worden toegepast volgens die wethouder.

In geval van een aantal probleemgezinnen acht deze wethouder de gespecialiseerde zorg niet altijd effectief genoeg. Dan is de stapeling van specialismen die **uitmondt in softe aanpakken** niet langer gewenst en moet bij probleemgezinnen terug gegaan worden naar de harde kern van arbeid als zingeving, een gezondere leefstijl en meer 'orde, rust, reinheid en regelmaat'.

Doelgroepbeleid

Er is ook nog te kijken naar specifieke groepen. Neem **de jongeren**. Het aantal jongeren dat hulp krijgt stijgt al jaren. Gemeenten geven vaak als verklaring hiervoor dat vanaf 2015 wijkteams zijn gaan

werken en die zitten dicht op de jongeren en zien ook meer problemen. Daardoor stijgen de aantallen in de jeugdzorg, meent twee derde van de gemeenten in een onderzoek uit 2018. Zijn er ook daadwerkelijk meer problemen bij jongeren? Ruim de helft van de gemeenten is die mening toegedaan. Een derde van de gemeenten denkt dat jongeren ook sneller in behandeling genomen worden dan vroeger.

Er is op het vlak van het sociaal domein dus nog volop werk aan de winkel.

Literatuur

Abma, T., De tragiek van de transitie - Een filosofische overdenking op de transitie in het sociaal domein, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 25-45.

Adelmeijer, M. e.a., *Het schaakbord van de Participatiewet*, Berenschot, Utrecht, 2014.

Adviesbureau BMC, *Gemeente Twenterand- Klantonderzoek over 2013, Wmo-voorzieningen*, BMC, 2014.

Adviesbureau BMC, *Gemeente Twenterand. Benchmark Wmo - Resultaten over 2013, Monitor Wmo-voorzieningen*, Leusden, 2014.

Adviesbureau K+V, *Rapport QuickScan formatie- Sociaal domein*, Arnhem, 2016.

Algemene Rekenkamer, *Wegwijs in het sociale domein*, Den Haag, 2018.

Allers, M.A. en B. Steiner, *Gemeenten in perspectief 2014-2018*, RUG/ Coelo, Groningen, 2015.

Arum, S. van, en V. Lub, Wat gemeenten van sociale wijkteams verwachten, in: *Beleidsonderzoek online*, febr. 2014.

Bekkers, H., Gemeente wil minder doorverwijzingen huisarts, in: *Binnenlands Bestuur online*, 5 nov. 2018b.

Bekkers, H., Gemeenten: jeugdzorg opnieuw duurder, in: *Binnenlands Bestuur online*, 5 nov. 2018a.

Berg, M., D. Ikkersheim e.a., *Populatiebesteding: waarom, wat en hoe?*, KPMG Plexus, 2013.

BMC, *Monitor sociaal domein: meting 7- januari 2017*, Amersfoort, 2017.

Bokhorst, M., De koers van zorgcoöperaties, in: *Bestuurskunde*, jrg. 24, 2015, nr. 2, pp. 27-40.

Boogers, M., L. Schaap, E. van den Munckhof en N. Karsten, *Decentralisatie als opgave – Een evaluatie van het decentralisatiebeleid van de rijksoverheid, 1993-2008*, Tilburg University, Tilburg, 2008.

Boot, J.M.D., *Organisatie van de gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen, 2018.

Bouman, H., GGD en gemeente: gesprek tussen doven, in: *Binnenlands Bestuur*, 28 juni 1996, p. 20 e.v..

Bredewold, F., *Lof der oppervlakkigheid. Contact tussen mensen met een verstandelijke of psychiatrische achtergrond en buurtbewoners*, UvA, Van Gennep, Amsterdam, 2014.

Bredewold, F., J.W. Duyvendak e.a. (red.), *De verhuizing van de verzorgingsstaat – Hoe de overheid nabij komt*, Uitgeverij Van Gennep, Amsterdam, 2018.

Breed, M. e.a., Sociale teams, de uitdaging voor 2017, Radar, *Binnenlands Bestuur Online*, 16 jan. 2017.

Bureau Bartels, *Onderzoek naar alternatieven voor beschermingsbewind*, Amersfoort, 2016.

Bureau Bartels, *Provinciale rapportage gemeentelijk armoede- en schuldenbeleid*, Amersfoort, 2015.

CBS, *Jeugdhulp 2017*, Den Haag, 2018.

Cebeon, *Sociaal domein 2015 – Een bijzonder jaar in cijfers. Eindrapport*, Amsterdam, 7 febr. 2017.

Cebeon, *Sociaal domein tussen transitie en vernieuwing – Ontwikkeling gemeentelijke bestedingen 2015-2016*, Amsterdam, 1 dec. 2017.

Centraal Planbureau, *Decentralisaties in het sociaal domein*, Den Haag, dec. 2013.

Centraal Planbureau, *Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein*, CPB Notitie, Den Haag, 2015.

Commissie-Van Geel, *Betrokken, dichtbij en niet alleen*, provincie Limburg, Maastricht, 20 maart 2014.

Cuelenaere, B. e.a., *Eerste ervaringen met de Participatiewet*, Centerdata, 2015.

Curfs, E., *Regierol zorgverzekeraars een fictie? – Afscheidscollege*, Open Universiteit, Heerlen, 2018.

Denters, S.A.H., P.J. Klok en M. Oude Vrielink, *De wijkcoach in Velve-Lindenhof gezien door de ogen van betrokken organisaties en wijkcoaches zelf*, UT Enschede, 2012.

Dijken, K. van, en A. Schilder, *Handreiking regionale samenwerking sociaal domein*, Platform 31, 25 febr. 2013.

Dijkstra, S. e.a., *De inzet van familienetwerkberaden in de preventieve jeugdbescherming - Eindrapport*, Universiteit van Amsterdam, Forensische Orthopedagogiek, Amsterdam, 2016.

Dongen, M. van, D. Oudenampsen en R. Gilsing, *Evaluatie Wmo-beleid gemeente Dantumadiel*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, 2014.

Draak, M. den, e.a., *De weg naar maatschappelijke ondersteuning*, SCP, Den Haag, 2013.

Eiffel, *Anders kijken naar het sociaal domein met big data*, ongedateerd.

Eijkel, R. van, A. van der Torre, M. Kattenberg en E. Eggink, *De markt van huishoudelijke hulp: gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo 2007*, CPB, Den Haag, 2017.

Eijkel, R. van, *Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein*, CPB, Den Haag, 2018 (policy brief).

Fleurke, F. (Commissie autonomie voor de gemeente), *Rapport- Brief van de gemeente aan het Rijk- Over de bestuurlijke verhouding tussen het Rijk en de gemeente*, VNG, Den Haag, 22 mei 2004.

Francke, A.L., P. Rijken e.a., *Evaluatie van de wijkverpleging- Ervaringen van cliënten, mantelzorgers en zorgprofessionals*, NIVEL, 2017.

Gemeente Almere, *Beleidsplan sociaal domein – Almere aan zet*, Almere, 2015.

Gemeente Almere, *Kadernota sociaal domein- Doen wat nodig is*, Almere, 2014.

Gemeente Amsterdam, *Evaluatie wijkteams en wijkzorgnetwerken*, OIS: Bureau Onderzoek, Informatie en Statistiek, Amsterdam, 2016.

Gemeente Bergen op Zoom, *Programmabegroting 2017 en Meerjarenbegroting 2018-2020*, Bergen op Zoom, 2016.

Gemeente Cranendonck, *Benchmark Wmo 2012, Resultaten over 2011- Basisbenchmark*, Cranendonck, 2013.

Gemeente Dongen, *Evaluatie sociaal domein gemeente Dongen*, Dongen, 2018.

Gemeente Dordrecht – Onderzoekscentrum Drechtsteden, *Monitor 3D Dordrecht – Feiten, cijfers en duiding*, Dordrecht, 2014.

Gemeente Elburg, *Beleidsplan sociaal domein 2016-2019*, Elburg, 2015.

Gemeente Enschede, *Terug naar de eenvoud. Innovatie van maatschappelijke ondersteuning*, Dienst maatschappelijke ondersteuning, Enschede, 2010.

Gemeente Enschede, *Zomernota 2018*, Enschede, 2018.

Gemeente Haarlem, *Regionale en lokale verwervingsstrategie sociaal domein 2018*, BBV nr. 2016/604342 (concept).

Gemeente Heerde, *Kaderdocument sociaal domein 2017-2020*, Heerde, 2017.

Gemeente Hengelo, *Aanbieding interventieprogramma sociaal domein*, Hengelo, 6 juli 2018.

Gemeente Hengelo, *Evaluatie en doorontwikkeling sociaal domein in Hengelo*, Hengelo, maart 2018.

Gemeente Hilversum, *Divosa Benchmark Werk en inkomen 2017*, Hilversum, 2017.

Gemeente Hilversum, *Erbij horen en ertoe doen – Monitor sociaal domein 2017*, Hilversum, 2017.

Gemeente Houten, *Rapportage Wmo 2014*, Houten, 2014.

Gemeente Lelystad-Rekenkamer, *De praktijk zal het leren – De noodzaak van resultaatsturing voor beheerste transformatie in de inkoop, aanbesteding en subsidiëring binnen het sociale domein*, Lelystad, 2016.

Gemeente Meerssen, *Programmabegroting 2017*, Meerssen, 2016.

Gemeente Papendrecht, *Onderzoek naar de sturing in het sociale domein – Rapport Rekenkamercommissie gemeente Papendrecht*, 31 aug. 2016.

Gemeente Rotterdam, *Verordening maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp Rotterdam*, 2018.

Gemeente Sittard-Geleen, *Concept-beleidsplannen 2017-2019 sociaal domein - Wmo, Jeugdwet en Participatiewet*, Sittard, 2017.

Gemeente Venlo, *Programmabegroting 2019-2022*, Venlo, 2018.

Gemeente Waalre, *Programmabegroting 2018*, Waalre, 2017.

Gemeente Weert, *Raadsinformatiebrief, Jaarrapportage sociaal domein 2017*, Weert, juni 2018.

Gemeente Woerden, *Evaluatie sociaal domein 2017*, Woerden, 2017.

Gemeente Zaanstad, *Programma van eisen – Europese aanbesteding 2b diensten Hoofdaannemers sociale wijkteams*, Zaandam, 12 juli 2013.

Gemeente Zaanstad, *Dynamisch aankoopstelsel (DAS) gemeente Zaanstad*, Zaandam, 2017.

Gemeente Zaanstad, *Samen naar buiten- Met inkoop meer bereiken*, Zaandam, 2017.

Gemeente Zaanstad, *Tien spelregels helpen Zaanstad aan goede zorg*, Zaandam, 2017 (Piano)

Gemeente Zeewolde, *Meetlat sociaal domein 2016*, Zeewolde, sept. 2017.

Gemeente Zoetermeer, *Rapportage sociaal domein*, Zoetermeer, jan. 2018.

Gort, A., H. Felten e.a., *Elf aannames voor transformatie van het sociale domein*, Movisie, jan. 2017.

Gunsteren, H. van, Diversiteit benutten, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 15-25.

Heekelaar, M. e.a., *Landkaart van de Participatiewet*, Berenschot, Utrecht, 2018.

- Heffen, O. van, en A.H.M. Kerkhoff, *Beleidvoering in de algemene gezondheidszorg*, Van Gorcum, Assen, 1997.
- Hermans, M. (eindredactie), *Organisatievormen en positionering van (wijk)teams*, IWW, 2017.
- Hilhorst, P. en J. van der Lans, Eigen kracht ontkracht, in: *De Groene Amsterdammer*, 9 okt. 2014, pp. 36-39.
- Hilhorst, P. en J. van der Lans, *Nabij is beter II – Over het inlossen van de beloften van de decentralisaties*, KING/VNG, Den Haag, 2016.
- Hoendercamp, J., De kanteling van de Wmo: transformatie van de verzorgingsstaat in de stad?, in: *Bestuurskunde*, jrg. 21, 2012, nr. 1, pp. 5-11.
- Huis voor de Zorg Limburg, *De kanteling en het keukentafelgesprek – Visiedocument met tips voor burgers en Wmo-raden*, Sittard, 2014.
- I & O Research, *Gemeentelijk opdrachtgeverschap in de zorg: een jaar verder*, Transitiecommissie sociaal domein, Den Haag, 2016.
- Kampen, Th., F. Bredewold en E. Tonkens, De beloften van nabijheid – Hoe de transitiepretenties in de praktijk uitpakken, in: Kruijter, A.J. en F. Bredewold (red.), *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. Kroniek van een verandering*, Van Genneep, Amsterdam, 2016, pp. 15-31.
- Kerkhoff, A.H.M., *Honderd jaar gemeentelijke geneeskundige en gezondheidszorg*, Dick Coutinho, Bussum, 1994.
- Klok, P.J., S.A.H. Denters en M. Oude Vrielink, *Wijkcoaches in Velve-Lindenhof: overkoepelende eindrapportage*, UT Enschede, 2012.
- Kooiman, J., Van kwetsbare mensen wordt heel veel gevraagd, in: *NRC Handelsblad*, 20 oktober 2018, pp. E10-E11.
- Korsten, A. en G. Leers, *Inspirerend leiderschap in de risicomaatschappij*, Lemma, Utrecht, 2005.
- Korsten, A. en M. Schoenmaker, *Sterke colleges*, Reed Elsevier, Den Haag, 2008.
- Korsten, A.F.A. e.a., *Samen en toch apart*, Open Universiteit, Heerlen, 2002.
- Korsten, A.F.A. en P. Tops (red.), *Lokaal bestuur in Nederland*, Samsom, Alphen, 1998.
- Korsten, A.F.A., *Bestuurskunde als avontuur*, Kluwer, Deventer, 1988.
- Korsten, A.F.A., *Lokaal bestuur in verandering - Vijf decennia belicht*, Open Universiteit, Heerlen, maart 2009.
- Kruijter, A.J. en F. Bredewold (red.), *Hoe de verzorgingsstaat verbouwd wordt. Kroniek van een verandering*, Van Genneep, Amsterdam, 2016.
- Laar, S. van de, *Samen sterker. Samenwerking tussen gemeenten geanalyseerd*, Eburon, Delft, 2010.
- Landelijke Huisartsenvereniging en Vereniging van Nederlandse Gemeenten, *Leidraad samenwerking huisartsen en gemeenten rond jeugd*, Den Haag, 2018.
- Lans, J. van der, Aanbestedingstombola, in: *Tijdschrift Sociale Vraagstukken*, juni/juli 2018.
- Lans, J. van der, *Erop afl*, Augustus, Amsterdam, 2010.
- LPBL Lubbe, M. en V. Larsen, *Indicatieve MKBA Wijkteams Zaanstad*, Zaanstad, 2014.
- Maarse, J.A.M. en A.F.A. Korsten, Gezondheidszorg: tussen continuïteit en verandering, in: *Bestuurskunde*, jrg. 10, augustus 2001, nr. 5, pp. 182-186.
- Maarse, J.A.M., *Marktwerking in de zorg*, Maastricht University, 2011.
- M&I Partners, *ICT-Benchmark gemeenten 2017*, oktober 2017.

Meurs, P., Maatwerk en willekeur: een pleidooi voor situationele gelijkheid, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 97-115.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Kamerbrief: aanpak decentralisaties op het terrein van ondersteuning, participatie en jeugd*, Den Haag, 2013.

Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Kamerbrief: verantwoording van gemeenten over het verslagjaar 2017*, TK, Den Haag, 2018.

Minister van VWS, *Brief over Sociaal domein*, 2018, Tweede Kamer, vergaderjaar 2017–2018, 34 477, nr. 38.

Movisie, *Ervaringen gemeenten met de Participatiewet*, 2015.

NDSO, *De rol van populatiebesteding in het sociaal domein – Verder komen met ‘de bedoeling centraal’*, NDSO/ Bureau HHM/ KPMG Plexus, 2016.

Nederlandse Zorgautoriteit, *Populatiebesteding: Panacee, hype of verkapt kartel?*, Utrecht, Research paper 2013-1.

Netwerk directeuren sociaal domein (NDSO), *De rol van populatiebesteding in het sociaal domein: verder komen met ‘de bedoeling centraal’*, februari 2016.

Nijendaal, G.A. van, Drie decentralisaties in het sociale domein, in: Donders, J. en C.A. de Kam (red.), *Jaarboek overheidsfinanciën*, Sdu, Den Haag, 2014, pp. 85-99.

Noten, H., De decentralisaties in het sociaal domein: misschien goed om eens over na te denken, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 5-15.

Oude Vrielink, M., H. Koper en L. Sterrenburg, Een gezin, een plan, een regisseur: de gemeente aan zet, in: *Bestuurskunde*, jrg. 22, 2013, nr. 3, pp. 18-27.

Piano, *Handreiking aanbesteden Wmo 2015 en Jeugdwet*, Den Haag, 2018.

Platform 31, *Handreiking regionale samenwerking sociaal domein*, Den Haag, 2013.

Poerstamper, R.J.C., A. van Mourik-Van Herk en A. Veltman, *Benchmarking in de zorg*, Elsevier, Maarssen, 2007.

Pollemans, G. en A. Stapelkamp, *Beleidsterreinen van de lagere overheden*, Lemma, Utrecht, 2002.

Pommer, E. en J. Boelhouwer, *Overall rapportage sociaal domein 2016 – Burgers (de)centraal*, SCP, Den Haag, 2017.

Pommer, E., J. Boelhouwer e.a., *Overall rapportage sociaal domein 2017– Wisselend bewolkt*, SCP, Den Haag, december 2018.

Putters, K., E.J.Th. van Hout en T. Cardoso Ribeiro, *De zorg van het lokaal bestuur*, Van Gorcum, Assen, 2007.

Raad voor het openbaar bestuur, *Zorg voor samenhangende zorg*, Den Haag, 22 juni 201 .

RMO, *Burgerkracht*, Den Haag, 2013 (advies)

Raijmakers, L.M., *Leidende motieven bij decentralisatie*, Leiden, 2014 (diss.).

Rekenkamer Amersfoort, *Doelstellingen, kansen en risico's in het sociale domein – Domeinbrede verkenning: doelstellingen en SWOT-analyses met stakeholders*, Amersfoort, 2016.

Rekenkamer Venlo, *Onderzoek evaluatie 3D Venlo - Analyse, financiële situatie, achtergronden en verbetermaatregelen*, Venlo, 24 sept. 2018.

Robbe, B., J. Telgen en N. Uenk, Wel of niet resultaatgericht inkopen; twee visies, in: *Sociaal Bestek*, juni/juli 2016, pp. 12-14.

- Robbe, T. en N. Uenk, Ondoordacht inkopen, in: *Binnenlands Bestuur*, week 45, 2018, nr. 21, pp. 46-49.
- Rodenburg, P., Prestatiemetingen en de 'wet van Goodhart', in: *Beleid en Maatschappij*, 2017, nr. 3.
- Schutgens, J., Local governance voor burgerkracht: het Participatiekompas sociaal domein, in: *Bestuurswetenschappen*, jrg. 71, dec. 2017, nr. 4, pp. 76-89.
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *De sociale staat van Nederland 2018*, Den Haag, 2018.
- Sociale wijkteams in ontwikkeling – Inrichting, aansturing en bekostiging*, juli 2013.
- Steen, M. van der, Van A naar B volgens de regels van B, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 115-133.
- Steiner, B., *Sociaal domein kostte in 2017 4,4% meer dan begroot - Rekening 2017 past in meerjarige stijging uitgaven sociaal domein*, B. Steiner, 23 sept. 2018.
- Telgen, J., *Afscheidscollege*, UTwente, Enschede, 25 mei 2018.
- Telgen, J., *Inkoop in het sociale domein*, PPRC, lezing 17 september 2018.
- Telgen, J., N. Uenk en W. Lohmann, Gemeenten als opdrachtgever, in: *Lucide*, 2013, nr. 3, pp. 60-63.
- Tjalma-Den Oudsten, H. e.a., *Verkregen en verdwenen taken van gemeenten, 1980-2006*, SGBO, Den Haag, 2006.
- Tonkens, E., Het democratisch tekort van de decentralisaties, in: Transitiecommissie sociaal domein, *De decentralisaties in het sociaal domein: wie houdt er niet van kakelbont?*, Utrecht, 2016, pp. 61-77.
- Transitiebureau, *Overzicht meetinstrumenten en monitoren sociaal domein*, Den Haag, mei 2014.
- Transitiecommissie sociaal domein, *Mogelijk maken wat nodig is*, Min. van BZK, Den Haag, sept. 2015.
- Uenk, N., De gemeente als opdrachtgever in het sociaal domein – Voor- en nadelen van veel voorkomende modellen, in: *Sociaal bestek*, febr./ maart 2016, pp. 14-18.
- Uenk, N., M. Wind, J. Telgen, I. Bastiaansen, *Monitor gemeentelijke zorginkoop 2018 – Eindrapportage*, PPRC/ Ned. Jeugdinstituut, Enschede, 12 juni 2018.
- Uenk, N., Opdrachtgeverschap in het sociale domein – Strategische keuzes – Modellen van opdrachtgeverschap, Divosa voorjaarscongres, UTwente, 2 juni 2016.
- Veldhuisen, A. van, I. Niessen e.a., *Blijvend vernieuwen in het sociale domein*, AEF/VNG, Utrecht, 2017.
- Verwervingsnota sociaal domein 2018 regio Kennemerland, 2016.
- VNG, *Factsheet bekostigingsmodellen in de Wmo en Jeugdwet*, Den Haag, 2014.
- VNG, *Handreiking Sturing en bekostiging sociaal domein – Sturing en bekostiging en de invloed daarvan op de gemeenten*, Den Haag, 14 juli 2014.
- VNG, *De staat van gemeenten 2017*, Den Haag, juni 2017.
- VNG, *Informatiekaart inkoopmodellen*, Den Haag, april 2014.
- Wallen, E.M. van de, en L. Jonkers-Kuiper, GGD, dienstverlener in de openbare gezondheidszorg, in: *Handboek Lokaal bestuur*, juni 2011, D4.2.
- Weijers, I., Een ons minder eigen kracht en zelfredzaamheid mag wel, in: *Sociale Vraagstukken Online*, 6 oktober 2018.
- Willen, S., Steeds meer jongeren opgesloten, in: *Binnenlands Bestuur*, 14 sept. 2018, pp. 16-18.

Wise up Consultancy, *Gemeenten en de Participatiewet – Een onderzoek naar de implementatie bij gemeenten*, Mill, 2015.

Wmo Transitiebureau, *Informatie over Concurrentie per cliënt*, juli 2014.

Yperen, T. van, B. Wijnen en R. Hageraats, *Evaluatie Jeugdwet*, Nederland Jeugdinstituut, Utrecht, 2016.

De auteur

Prof.dr. A. (Arno) F.A. Korsten is emeritus hoogleraar bedrijfs- en bestuurswetenschappen aan de Open Universiteit en was laatstelijk honorair hoogleraar bestuurskunde aan de Universiteit Maastricht, faculteit rechtsgeleerdheid.

Wat heeft hij met zorg? Hij was in de jaren tachtig van de vorige eeuw lid van een Regionaal bestuur op het gebied van thuiszorg (toen regionale organisatie van het Groene Kruis geheten) en in de jaren negentig lid van de Raad van bestuur van een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (Riagg OZL). Gaf een jaar leiding aan een studiegroep die zich bezig hield met verbeteringen in de samenwerking tussen instellingen en professionals op het gebied van de zorg voor ouderen in de gemeente Maastricht.

Later, in de jaren nul, lid van de Raad van Toezicht van een ROC.

Publiceerde een themanummer van Bestuurskunde over 'sturing van gezondheidszorg'. Adviseerde het bestuur van de GGD OZL incidenteel over 'omgaan met gemeenten' en voerde een opdracht uit voor de Koninklijke Nederlands Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (de artsenfederatie KNMG).

Was informateur in drie gemeenten. Deed veel onderzoek naar de positie van gemeenten als lid van visitatiecommissies in Nederland en Vlaanderen.

Lid van Verdienste van de Vereniging voor Bestuurskunde.

Officier in de Orde van Oranje-Nassau.

Veel teksten staan op de eigen website: www.arnokorsten.nl

Dankwoord

Ik dank Klaas Geers, ambtenaar van de gemeente Hardenberg en voormalig doctoraalstudent aan de Open Universiteit voor commentaar 'op persoonlijke titel' op een eerdere versie.