

Sturen op resultaat



Evaluatie van het inkoopbeleid in de gemeenten Dongen, Goirle, Hilvarenbeek en Oisterwijk

Sturen op resultaat

Evaluatie van het inkoopbeleid in de gemeenten Dongen, Goirle, Hilvarenbeek en Oisterwijk

Barbara de Groen, Nick Zonneveld en Maureen Schonewille
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon: (030) 789 2428, e-mail: b.degroen@vilans.nl
Website: www.vilans.nl

Utrecht, 1 maart 2016

Inhoud

Introductie	3
Methodiek	4
Leeswijzer	5
Hoofdstuk 1	6
Huidige inkoopbeleid vier gemeenten	6
Uitgangspunten voor contractering	6
Aanbesteding	7
Inkopen per resultaatgebied	7
Hoofdstuk 2	8
Samenvatting en advies	8
Visie	8
Gecontracteerde aanbieders	8
Groeiproces	8
Sturing en monitoring	9
Advies	9
Hoofdstuk 3	10
Werken met resultaatsturing	10
Visie	10
Resultaatsturing in de praktijk	10
Worden resultaatgebieden gemist?	11
Het dilemma van het stapelen	12
Tarieven	12
Doelgroepen	13
Losse producten	13
Leefgebieden	13
Werken met de resultatenmatrix	14
Resultaten versus uren	14
Hoofdstuk 4	16
Overgang van toegang naar zorg	16
Inkoop en keuzevrijheid voor de inwoner	16
Plan van aanpak en eigen vertaling in ondersteuningsplan van de zorgaanbieder	16
Hoofdstuk 5	18
Draagt het huidig inkoopbeleid bij aan de hogere doelen van de Wmo?	18
Eigen regie/eigen kracht	18
Een gezin een plan een regisseur	18
Afschalen generalistisch als het kan, specialistisch als het nodig is	19
Vermindering bureaucratie	19
Monitoring van resultaten	20
Verschillen tussen gemeenten	20

Introductie

“Gemeenten Dongen, Goirle, Hilvarenbeek en Oisterwijk staan in het kader van de transitie binnen het sociale domein een integrale aanpak voor. Onder het motto één gezin, één plan, één regisseur en het adagium ‘meer met minder’, spelen urgentie en ambitie als duwende en trekkende kracht om de kwaliteit van zorg en ondersteuning te verhogen en de kosten te verlagen. Om dit te kunnen realiseren worden de transitie in samenhang uitgevoerd.”
(Inkoopplan, 2014)

De samenwerkende gemeenten hebben in 2014 een nieuw inkoopmodel ontwikkeld. Met dit model hebben de gemeenten de nieuwe taken op het gebied van de Wmo en de lokale taken jeugdhulp op een resultaatgerichte wijze ingekocht. De gemeenten hebben contracten afgesloten met aanbieders voor 2015 en 2016, met de mogelijkheid om deze twee keer één jaar te verlengen.

Om te kunnen beoordelen of de gemeenten in 2016 een nieuwe aanbesteding/nieuw model moeten ontwikkelen voor 2017 e.v., is het van belang de nieuwe werkwijze/inkoop te evalueren. Deze evaluatie is door Vilans, landelijk kenniscentrum in de langdurende zorg, ter hand genomen.

De vier samenwerkende gemeenten hebben te maken met drie vormen van inkoop: een (wettelijk verplichte) regionale inkoop, een sub-regionale inkoop, en een lokale inkoop (subsidiering van voorliggend veld).

Deze evaluatie heeft betrekking op de sub-regionale inkoop van de volgende ondersteuningsvormen:

1. Extramurale individuele begeleiding > 18 jaar
2. Extramurale groepsbegeleiding > 18 jaar (dagbesteding)
3. Kortdurend verblijf > 18 jaar
4. Ambulante jeugdhulp
5. Extramurale begeleiding AWBZ < 18 jaar

Methodiek

De samenwerkende gemeenten hebben Vilans gevraagd het evaluatieproces inkoop uit te voeren.

Vilans heeft in dit onderzoek onderstaande stakeholders betrokken, op de volgende manier:

1. Een groepsgesprek met beleidsadviseurs en juristen van de vier gemeenten (circa 14 personen)
2. Vier groepsgesprekken met uitvoerenden van elke gemeente, waaronder medewerkers van de lokale toegang die de keukentafelgesprekken voeren en medewerkers van de gemeente die zorgen dat er een beschikking komt (totaal circa 26 personen)
3. Een groepsgesprek met vertegenwoordigers van de gecontracteerde zorgaanbieders (17 personen)
4. Face-to-face gesprekken met inwoners die zorg of ondersteuning ontvangen via één van de vier gemeenten (32 personen).

Ad. 4. De gemeenten hebben zelf bepaald wie de gesprekken met de inwoners zouden voeren. Soms waren dat leden van de participatieraad, cliëntondersteuners, soms waren dat vrijwilligers, soms medewerkers van de gemeente. Vilans heeft dit proces ondersteund door het maken van de instructies en het opstellen van de gespreksleidraad.

Er is sinds 2015 zoveel veranderd, dat het soms lastig is te beoordelen of de veranderde werkwijze en de consequenties die dat heeft voor inwoners toe te schrijven is aan de gewijzigde inkoop of aan de decentralisaties in het algemeen. De opbrengst uit de gesprekken met inwoners is zo goed als het kon verwerkt in dit eindrapport.

In de groepsgesprekken met beleidsadviseurs, met uitvoerenden en met de zorgaanbieders zijn de volgende thema's besproken:

- Ervaringen met resultaatgerichte inkoop
- De aard van de resultaatgebieden en de werkwijze in de praktijk
- De resultatenmatrix en de werkwijze in de praktijk
- Het plan van aanpak en vertaling naar ondersteuningsplan en zorgverlening
- Tarieven
- Keuzevrijheid voor inwoners
- Bijdrage inkoopbeleid aan de hogere doelen van de Wmo, zoals het bevorderen van eigen regie inwoner, één gezin, één plan, één regisseur, het bereiken van doelen en resultaten en het verminderen van bureaucratie.

We hebben getracht een zo volledig mogelijk beeld weer te geven van de resultaten van het onderzoek op basis van de gesprekken die met de verschillende stakeholders zijn gevoerd. Daarnaast is in hoofdstuk 2 een korte samenvatting in dit rapport opgenomen.

Leeswijzer

Dit eindrapport is ingedeeld aan de hand van de verschillende gespreksonderwerpen. In het eerste hoofdstuk staat de achtergrondinformatie van het inkoopbeleid. U leest hier welke uitgangspunten zijn gehanteerd en in welke resultaatgebieden dit heeft geresulteerd. In hoofdstuk 2 vindt u een samenvatting van de bevindingen uit het onderzoek met het advies van Vilans. Hoofdstuk 3 gaat in op de verschillende gespreksonderwerpen, zoals het werken in de praktijk met de resultaatgebieden en de resultatenmatrix. Hoofdstuk 4 gaat over de overgang van toegang naar zorg, waarbij onder meer het plan van aanpak aan bod komt. Tot slot behandelen we in hoofdstuk 5 de wijze waarop het inkoopbeleid bijdraagt aan Wmo doelen. We besteden hier ook kort aandacht aan monitoring van resultaten en governance.

Hoofdstuk 1

Huidige inkoopbeleid vier gemeenten

Uitgangspunten voor contractering

De gemeenten Dongen, Goirle, Hilvarenbeek en Oisterwijk hebben voor contractering van zorgaanbieders de volgende uitgangspunten geformuleerd (Inkoopplan, 2014):

1. Ondersteuningsvraag inwoner en keuzevrijheid staan centraal

De inwoner wordt betrokken bij het formuleren van zijn ondersteuningsarrangement en heeft ten aanzien van de daadwerkelijke invulling van de ondersteuning de keuze uit meerdere aanbieders.

2. Toegang en regie

Er is een scheiding tussen zorgtoewijzing en de uitvoering van zorg. De regie over de toegang en het plan van aanpak ligt:

- voor Goirle bij 't Loket van de gemeente en de gemeente contracteert aanbieders voor de uitvoering;
- voor Dongen bij het sociaal team van de gemeente en de gemeente contracteert aanbieders voor de uitvoering;
- voor Hilvarenbeek bij het Samenzorgteam en Wmo jeugdteam van de gemeente en de gemeente contracteert aanbieders voor de uitvoering;
- voor Oisterwijk bij het Sociaal Team en het team Wmo/jeugd en de gemeente contracteert aanbieders voor de uitvoering.

3. Lokale focus, werkgelegenheid en zorgcontinuïteit

De continuïteit van zorg is gegarandeerd. Aanbieders die worden gecontracteerd zijn goed bekend met de lokale sociale infrastructuur. Dit heeft een positief effect op de lokale werkgelegenheid.

4. Stimulering van substitutie en ontzorging

De inkoopmethodiek draagt bij aan het maken van afspraken over doorontwikkeling van het aanbod zodat gewerkt wordt aan het 'ontzorgen' en de-medicaliseren: van specialistische zorg, richting algemeen aanbod, sociale- en eigen kracht, versterking van de sociale infrastructuur en uiteindelijk preventie.

5. Samen ontwikkelen (transformatie) sociaal domein met aanbieders

De inkoopmethodiek leidt tot een integrale aanpak van het sociaal domein zowel nu als in de toekomst. Onder integraal wordt niet alleen verstaan tussen aanbieders in een bepaalde sector, maar ook tussen verschillende sectoren in het sociaal domein. Er is sprake van dynamisch opdrachtgeverschap van gemeenten richting aanbieders om invulling te kunnen geven aan deze integrale aanpak.

6. Administratieve lasten

De inkoopmethodiek leidt tot minimale administratieve lasten voor de gemeenten.

7. Stimulering vernieuwing en verbetering

De expertise van aanbieders wordt optimaal benut en aanbieders krijgen de ruimte om hun professionaliteit verder vorm te geven doordat zij voortdurend worden betrokken bij innovatie.

Aanbesteding

Voorafgaand aan de aanbesteding hebben alle zorgaanbieders de gelegenheid gekregen deel te nemen aan de marktconsultatie. Met de partijen die het proces wilden vervolgen is een semi openbare aanbesteding gedaan. Er is een zogenoemd verlicht aanbestedingsregime doorlopen. Dat betekent dat er minder voorschriften zijn ten aanzien van het proces, de wijze waarop de procedure wordt ingericht en het moment waarop informatie met aanbieders wordt gedeeld.

Inkopen per resultaatgebied

In het kader van landelijke wet- en regelgeving zijn per 2015 gemeenten belast met de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat inwoners in staat worden gesteld om zelfredzaam te kunnen participeren in de samenleving. Indien een inwoner niet zelfstandig kan participeren, moet de gemeente hier ondersteuning voor organiseren. Vanaf 2015 zijn de samenwerkende gemeenten dit op een nieuwe manier gaan organiseren. Niet meer het aantal uren dat past binnen de bandbreedte van de gestelde indicatie staat centraal, maar de te leveren resultaten. De gemeenten kopen dus geen capaciteit meer in, maar resultaten als zelfredzaamheid en participatie.

Er wordt gebruik gemaakt van de 'Quick Scan' en 'Integrale Vraag Analyse'. Dit zijn methodieken die op regionaal niveau ontwikkeld zijn om te komen tot een integrale vraagverheldering en plan van aanpak.

De begrippen zelfredzaamheid en participatie zijn verdeeld in de volgende resultaatgebieden:

1. Sociaal netwerk
2. Huisvesting
3. Financiële situatie
4. Thuisituatie (zonder kinderen)
5. Opvoed- en opgroeisituatie vanuit perspectief ouders/verzorgers (in aanvulling op thuisituatie).
6. Opvoed- en opgroeisituatie vanuit perspectief kind (in aanvulling op thuisituatie).
7. Mantelzorgondersteuning (vanuit perspectief mantelzorger)
8. Dagingvulling (de wijze waarop iemand zijn dagen invult zoals (vrijwilligers)werk, school) en participeert in de samenleving.

Het plan van aanpak is opgebouwd uit één of meerdere resultaten voor één of meerdere resultaatgebieden. Deze resultaten zijn opgesplitst in vijf treden, de resultatenmatrix.

Financiering vindt plaats op basis van all-in tarieven die per resultaatgebied en per trede kunnen verschillen.

Hoofdstuk 2

Samenvatting en advies

Visie

De verschillende stakeholders vinden elkaar op de visie achter resultaatsturing. Het principe van het sturen op dat wat je wilt bereiken met zorg en ondersteuning (de resultaten) in plaats van op de productieve variabelen (uren), wordt niet alleen breed door beleidsondersteuners gedragen, maar ook door uitvoerders en zorgaanbieders. Uitvoerders erkennen dat ze hierdoor andere vragen stellen (“Wat wilt u bereiken?” en niet “Wat mankeert u?”) hetgeen als een positief effect van de nieuwe manier van inkopen wordt beschouwd. De zorgaanbieders spreken hun waardering uit voor de vooruitstrevendheid van de vier samenwerkende gemeenten. Zij vinden het goed dat er op inhoud wordt gestuurd en dat het denken in doelgroepen wordt losgelaten. Het getoonde lef van de gemeenten wordt geprezen. De deelnemers hopen en verwachten dat meer gemeenten in de toekomst resultaatgericht gaan inkopen.

Gecontracteerde aanbieders

De samenwerkende gemeenten hebben bij verschillende zorgaanbieders (n=17) divers ingekocht, waarmee er voldoende keuzevrijheid lijkt te zijn voor de inwoner. De zorgaanbieders die we hebben gesproken, schrijven ook volgend jaar weer in op de aanbesteding. De aanbieders die zich dit jaar, vanwege onbekendheid met de methodiek, voor een beperkt aantal resultaatgebieden hebben ingeschreven of die om dezelfde reden slechts voor een beperkt aantal resultaatgebieden zijn gecontracteerd, schrijven volgend jaar breder (en zorgvuldiger) in bij de aanbesteding.

Groeiproces

Het sturen op resultaat en het werken met resultaatgebieden is een groeiproces. Het kost tijd om te wennen aan de nieuwe manier van werken. Ook dat horen we in alle gevoerde gesprekken terug. De instrumenten (resultaatgebieden, de resultatenmatrix en het plan van aanpak) voldoen in grote mate, maar vragen om een nadere uitwerking en verfijning. Hiervoor worden in dit rapport in de hoofdstukken 3 tot 5 concrete voorstellen gedaan. Resultaatgebieden én de treden in de resultatenmatrix zijn op dit moment multi-interpretabel. Door verschillende stakeholders worden voorstellen gedaan om één of enkele resultaatgebieden toe te voegen. Uitvoerders geven aan hierbij graag betrokken te worden.

Ook uit de gesprekken met de inwoners blijkt dat er nog onbegrip is. Inwoners vragen om een goede ondersteuning door de gemeente in de overgang van toegang tot zorgverlening. Dat kan vertaald worden in een warme overdracht, betere afstemming en communicatie tussen toegangsmedewerker en zorgaanbieder en in meer ondersteuning bij het nemen van eigen regie om samen met de zorgverlener passend (en effectief) inhoud te geven aan de zorg die nodig is. Het vraagt ook aandacht om het plan van aanpak zodanig te omschrijven dat het, niet alleen voor de professional, maar ook begrijpelijk voor de inwoner is.

De verandering die wordt beoogd met resultaatsturing, is een ingrijpende voor alle partijen. Het is een gezamenlijke transformatieopgave, waarvan je niet kunt verwachten dat deze in een jaar tijd al perfect loopt. Niet iedereen komt mee in het tempo van de voorloper en het is nodig elkaar daarbij te ondersteunen.

Zorgaanbieders vragen om meer ondersteuning tijdens het inkoopproces, uitvoerders vragen zich af welke instrumenten zij in handen hebben om de zorgaanbieders te verleiden tot meer creativiteit en ook inwoners vragen om extra ondersteuning bij het oppakken van de eigen regie.

Het is een groeiproces waarbij gemeenten, zorgaanbieders en inwoners elkaar nodig hebben.

Sturing en monitoring

Zowel beleidsadviseurs als uitvoerders erkennen dat het belangrijk is de toegekende zorg en ondersteuning goed te monitoren. Het evalueren en monitoren is op dit moment nog onvoldoende geborgd in het proces.

Advies

Op grond van de gevoerde gesprekken met de verschillende stakeholders concluderen we dat er voldoende draagvlak is om deze vorm van resultaatgerichte inkoop te continueren in de vier samenwerkende gemeenten. We adviseren wel om een aantal zaken te verfijnen en zo nodig juridisch te toetsen.

Voor wat betreft het werken met resultaatgebieden adviseren we om tenminste één resultaatgebied toe te voegen (financiële situatie jeugd) en goed met elkaar te bespreken op welke wijze omgegaan wordt met de aspecten structuur, psychische stabiliteit en gezondheid.

We adviseren de gemeenten meer afstemming te vinden tussen de verschillende manieren zoals de medewerkers van de toegang van de vier gemeenten de resultaatgebieden en resultatenmatrix hanteren. Hiermee kan voor inwoners en zorgaanbieders meer uniformiteit bereikt worden. Ook adviseren we het plan van aanpak in begrijpelijke taal op te stellen, en altijd bij de inwoner na te gaan of hij goed begrijpt wat is afgesproken.

Over de tarieven worden er door zorgaanbieders en medewerkers van de toegang suggesties gegeven om die op onderdelen aan te passen. Hier valt vooral op de categorie mensen met een chronische aandoening (bijv. dementie of autisme) die weinig tot geen vooruitgang laat zien en blijvend ondersteuning nodig heeft.

Het evalueren en monitoren van resultaten is nog niet structureel ingebed in het systeem. Medewerkers in de toegang hebben de taak op casusniveau de zorg te evalueren. Betekent dat ook dat je zorgaanbieders aanspreekt op resultaten die wel zijn afgesproken maar niet gehaald zijn? Uit gesprekken met medewerkers van de toegang blijkt dat zij zich onvoldoende capabel voelen om het evalueren van geleverde zorg goed uit te voeren. Een uitvoerder formuleert het als volgt: "Als blijkt bij de evaluatie dat doelen niet zijn gehaald: moet de aanbieder dan efficiënter of anders gaan werken óf moet ik ruimer beschikken?" Deze vraag puzzelt de uitvoerder. Het is belangrijk om hierover met elkaar in gesprek te gaan en eventuele instrumenten samen te ontwikkelen en implementeren.

We zien dat ook op beleidsniveau het monitoren van resultaten nog in ontwikkeling is. Het op de rit krijgen van resultaatsturing was de eerste focus. Nu kan gekeken worden naar de wijze van monitoring en sturing. Het heeft ook te maken met het inhoud geven aan de rol als opdrachtgever. Op welke manier willen de gemeenten dat doen? Het gaat hier om het vinden van het juiste evenwicht tussen vertrouwen geven enerzijds en regie nemen anderzijds, het balanceren in sturing en governance. We adviseren om hierover als gemeenten met elkaar in gesprek te gaan en van elkaar te leren.

Tot slot adviseren we de vier gemeenten om afstemming te vinden met de gemeente Tilburg en samen met hen te overwegen of er meer overeenstemming mogelijk is in het gevoerde inkoopbeleid.

Hoofdstuk 3

Werken met resultaatsturing

Visie

Verschillende stakeholders vinden elkaar op de visie achter resultaatsturing. Beleidsadviseurs van de vier gemeenten, uitvoerders, als ook zorgaanbieders vinden het idee achter resultaatsturing sterk. “Het gaat om de resultaten die je bereikt samen met inwoners. Je wilt hen immers zo goed mogelijk ondersteunen”. Het startpunt is niet de interventie of het aanbod, maar het resultaat waar je naar toe wilt. Dit bevordert het integraal werken. Bovendien worden met resultaatsturing andere vragen gesteld: niet meer ‘Wat mankeert u?’, maar ‘Waar wilt u naartoe, wat wilt u bereiken?’

Door deze visie worden de uitvoerders in staat gesteld om beter te luisteren en te kijken naar wat mensen nodig hebben. En dat is volgens de beleidsadviseurs ook in lijn met de doelstelling van de Wmo: het organiseren van ondersteuning en niet het bekostigen van diensten.

Een ander voordeel dat door beleidsadviseurs wordt genoemd is dat het werken met resultaatgebieden innovatiever en creatiever is en meer handelingsruimte biedt voor aanbieders. Dat is althans de gedachte achter resultaatsturing.

De zorgaanbieders spreken hun waardering uit voor de vooruitstrevendheid van de vier samenwerkende gemeenten. Men vindt het goed dat er op inhoud wordt gestuurd en het merendeel vindt het ook goed dat het denken in doelgroepen is losgelaten. Het getoonde lef van de gemeenten wordt geprezen. De zorgaanbieders hopen en verwachten dat meer gemeenten in de toekomst resultaatgericht zullen gaan inkopen. Een zorgaanbieder geeft bijvoorbeeld aan dat “de pijlers van onze visie samen vallen met resultaatgebieden.”

Door de nieuwe wijze van inkoop zijn er zorgaanbieders “buiten de boot gevallen”, maar de deelnemers geven aan dat deze aanbieders vaak toch weer in beeld komen doordat ze als onderaannemer worden gecontracteerd. Dit gebeurt volgens de deelnemers doordat dit in het belang is van de inwoner: “de kwaliteit van zorg voor de inwoner staat voorop.”

Een mooi bijeffect vindt men dat door de nieuwe manier van inkopen de samenwerking tussen de zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en gemeenten beter op gang is gekomen. Men geeft aan dat de organisaties elkaar nodig hebben om resultaten te boeken en daarom beter met elkaar gaan samenwerken.

Resultaatsturing in de praktijk

Vooraf uitvoerders geven aan dat bij de praktische uitvoering van de resultaatsturing nog wel problemen ontstaan. Aan de ene kant zijn uitvoerders positief. Het maakt hen bewust wat de kaders zijn en dat je moet doorvragen, “Wat heeft iemand nu echt nodig?” De nieuwe werkwijze dwingt hen te kijken naar de vraag in plaats van het product. Er is vertrouwen in de ordening van resultaatgebieden en de instrumenten, maar één en ander vraagt nog wel om een nadere uitwerking.

Dat het nog niet gelijk goed lukt blijkt uit de volgende quote: “Je hebt een mooie analyse van de vraag gedaan, inzet op de resultatenmatrix, netwerkondersteuning en dan moet je het in die resultaatgebieden verwerken, dan ben je het kwijt. De instrumenten die we hebben, de integrale vraaganalyse laat je breed kijken. Maar vervolgens het beschikken..”

Ook blijkt het werken met resultaatgebieden in de praktijk nog voor meerdere uitleg vatbaar. Thuisituatie, daginvulling, mantelzorgondersteuning kun je op verschillende manieren interpreteren en iedereen lijkt er voor zichzelf een weg in te vinden. Hoe past de vraag van de inwoner in een resultaatgebied? En gebruik je dan 1 of meerdere resultaatgebieden? De prijs ligt hoger als je meer resultaatgebieden gebruikt. Is dat nodig? Medewerkers van de toegang lossen dit verschillend op.

Hele praktische vraagstukken komen in de gesprekken met de toegang naar boven, zoals:

- Resultaatgebied daginvulling is zo groot, daar vallen veel verschillende zorgtypen onder. Bijvoorbeeld begeleiding na een NAH revalidatie van iemand met een niet aangeboren hersenletsel, maar ook dagbesteding voor mensen met dementie. Hoe kun je op dagbesteding goed beschikken?
- Er is onduidelijkheid over mantelzorgondersteuning. Hier wordt verschillend mee omgegaan. Ook in combinatie met daginvulling. Vaak een stapeling van daginvulling en mantelzorgondersteuning om voldoende in te kunnen kopen, soms is er overlap.
- Bij huisvesting is de laagste categorie dakloos en geeft trede 3 een hoger tarief dan trede 2. De indeling werkt verwarrend voor een enkele zorgaanbieder. En is er bij 1 wel sprake van hulp bij huishouding?
- Resultaatgebied thuisituatie wordt vaak gebruikt als een restcategorie. Is dat de bedoeling?
- Arbeidsmatige dagbesteding past nu niet in het format. Het wordt geschaard onder daginvulling, maar past niet goed. Vanuit de participatiewet bezien wil je bereiken dat er weer betaalde arbeid komt. Waar breng je de ondersteuning die daarvoor nodig is onder?

Worden resultaatgebieden gemist?

Uitvoerders geven aan dat zij soms moeite hebben alles goed onder te brengen onder de huidige resultaatgebieden. Op de vraag welke resultaatgebieden gemist worden, volgt het volgende rijtje:

1. Financiële situatie jeugd
2. Zelfstandigheid/zelfredzaamheid (Begeleiding individueel)
3. Gezondheid
4. Dagbesteding (losgekoppeld van daginvulling, eventueel aangevuld met arbeidsmatige dagbesteding)

Deze vier gebieden worden, met name door verschillende uitvoerders, meerdere keren genoemd. Daarnaast wordt door een enkeling genoemd: ADL, welbevinden, dementie en NAH, mobiliteit en de klassieke Wmo voorzieningen.

Ad 1. Voor jeugd zijn er maar 4 resultaatgebieden. Vooral het onderwerp financiën wordt gemist. “Je kunt dit resultaatgebied niet inzetten voor jeugd. Daar moet je creatieve oplossingen voor zoeken. Je kiest dan een ander resultaatgebied, bijv. opvoed- en opgroei-problematiek. Maar de middelen zijn dan te weinig.” Ook zorgaanbieders geven aan dat zij dan niet alle knelpunten kunnen aanpakken binnen het beschikbare budget.

Ad 2. Ontwikkelen van zelfstandigheid zou een resultaatgebied kunnen zijn, vooral voor mensen met een verstandelijke beperking en een groep mensen met autisme. In de beschikking willen uitvoerders aangeven dat begeleiding nodig is bij het aanbrengen van structuur. Bijvoorbeeld jongeren die begeleid zelfstandig wonen. In de praktijk wordt resultaatgebied daginvulling hiervoor gebruikt. Maar aantal aanbieders hebben hier niet op ingeschreven, terwijl ze het wel bieden. Het doel is dan om iemand zo zelfredzaam mogelijk te maken.

Ad 3. Vanuit de uitvoering mist men in elk geval ‘iets op gezondheid’. Er is geen zorg ingekocht op het doel gezondheid. Het gaat dan zowel fysieke gezondheid als ook geestelijke gezondheid (psychische stabiliteit en verslaving).

Beleidsadviseurs geven in dit verband aan dat vanuit bezwaar kwesties een paar keer naar voren is gekomen dat er voor een groep ‘verwarde personen’ behoefte is aan ondersteuning in de zin van het aan de hand nemen in het dagelijks leven. Het resultaat is dan wellicht psychische stabiliteit. Zorg die vanuit de aanbieders hierop wordt ingezet: telefoontje, wekelijks gesprek etc. Enkele beleidsadviseurs verwachten dat deze groep groeit. Als iemand alleen woont, is voor dit type ondersteuning moeilijk een resultaatgebied te vinden.

Ad 4. Dagbesteding is de setting waar iemand naar toe gaat bij daginvulling, maar dit vinden veel uitvoerders een lastige categorie om in te passen in resultaatgebieden. Enkele uitvoerders en ook zorgaanbieders zouden dat het liefst nog steeds in dagdelen willen kunnen aanbieden. “Je kunt met de resultaatgebieden met moeite tot hooguit 1 dag dagbesteding komen. Dan gebruik je ook nog het resultaatgebied sociaal netwerk, dan kom je net tot 2 dagen. Maar bij sommige mensen zijn echt 5 dagen nodig. Wat dan? Dan word je bijna genoodzaakt tot PGB. Maar een inwoner moet dan wel aan de voorwaarden voldoen om een PGB te ontvangen. Soms vallen inwoners dan tussen wal en het schip.” Dit citaat van een medewerker van de toegang illustreert dat uitvoerders hiermee worstelen. Met de reikwijdte van dit resultaatgebied bestaat blijkbaar het risico dat passende zorg niet wordt ingezet, terwijl dat nodig is. Aan de andere kant mag je ook de vraag stellen of er voldoende gezocht is met inwoner, zorgbieder en uitvoerder welke oplossingen nog meer passend kunnen zijn.

Enkele zorgaanbieders vinden dat de structuur en systematiek met de 8 resultaatgebieden (te) weinig flexibiliteit biedt. Men ziet hierdoor soms weinig ruimte voor maatwerk. “Er wordt geen onderscheid gemaakt in intensiteit.” Enkele zorgaanbieders missen bijvoorbeeld intensiteit ‘chronisch’: “Bij iemand met intensiteit ‘chronisch’ stel je andere doelen. Stabilisering is dan bijvoorbeeld het hoogst haalbare. Bij senioren die structureel hulp bij huishouding nodig hebben, verwacht je geen vooruitgang. Is gros van de mensen in perceel huisvesting. Tarief is laag. In treden gaat men uit van dakloos tot volledig zelfstandig. Het is chronisch, maar dat kunnen we niet invullen; en dan haal je je doelen niet.”

Het dilemma van het stapelen

De resultaatgebieden zijn op verschillende wijzen te interpreteren door de uitvoerders. Hierdoor kunnen er verschillen ontstaan in hoe de hulpvraag van de inwoner is verdeeld over de resultaatgebieden. Hoe meer resultaatgebieden in de beschikking staan, hoe meer zorg een zorgaanbieder kan verlenen. Volgens de zorgaanbieders zijn de tarieven daarnaast vaak te scherp. Bij beschikking op een bepaald resultaatgebied of -gebieden, kan daardoor blijken dat de zorgaanbieder op basis van de beschikking minder zorg kan bieden dan de inwoner voorheen kreeg. Of dat er, in de ogen van de toegangsmedewerker, zelfs te weinig zorg geboden kan worden door de zorgaanbieder. Om dat tegen te gaan beschikken toegangsmedewerkers soms ruimer. Dat wil zeggen: de hulpvraag van de inwoner wordt over meerdere resultaatgebieden verspreid, zodat er meer ruimte ontstaat voor de zorgaanbieder. Dit wordt door de toegangsmedewerkers ‘stapelen’ van resultaatgebieden genoemd.

Uit de interviews komt ook naar voren dat de samenwerkende gemeenten verschillend omgaan met ‘stapelen’. Dat leidt af en toe tot verwarring bij de zorgaanbieders. Dezelfde hulpvraag wordt in de ene gemeente ruimer beschikt dan in de andere gemeente.

Tarieven

Een aantal uitvoerders geeft aan dat er strak is ingekocht, dat wil zeggen tegen lage tarieven. Vooral in de resultaatgebieden huisvesting en daginvulling bestaat de wens naar meer differentiatie op inhoud binnen de resultaatgebieden wat mogelijk kan leiden tot differentiatie in tarieven.

Beleidsadviseurs verwachten dat de ‘lichte doelgroep’ in de praktijk niet meer (zo snel) in zorg komt. Dat zou kunnen betekenen dat aanbieders niet meer kunnen middelen tussen de lichte en zwaardere zorgvragen. Toch wordt dit punt niet expliciet door zorgaanbieders aangegeven.

Zoals we hierboven hebben aangegeven merken we dat de toegang in de toewijzing gaat stapelen in resultaatgebieden, dit om genoeg budget ‘los te krijgen’ en daarmee de benodigde ondersteuning te kunnen bieden. Dit is een belangrijk aandachtspunt voor de vier samenwerkende gemeenten. Aan de andere kant komt het ook voor dat inwoners op meerdere resultaatgebieden wellicht teveel zorg krijgen. Als er slechts een korte periode behandeling nodig is voor bijvoorbeeld jeugd, vinden uitvoerders dit lastig beschikken (bijvoorbeeld kortdurende behandeling (8 sessies) of een bepaalde kortdurende training). In dat geval zou minder geld nodig zijn dan het tarief aangeeft. We kregen soms de indruk dat medewerkers van de toegang zich niet altijd bewust zijn van de mogelijkheid voor zorgaanbieders om te middelen.

In het gesprek met de zorgaanbieders gaf slechts één zorgaanbieder expliciet aan het tarief te laag te vinden. De anderen hebben er geen moeite mee of gaven dat op andere momenten in het gesprek wel impliciet aan.

Doelgroepen

Inkoop is nu losgekoppeld van de doelgroepen. Zorgaanbieders zijn nog ingericht op doelgroepen, daar ligt hun expertise. We merken in gesprekken dat het loskoppelen van doelgroepen voor enkele uitvoerders als ook voor enkele zorgaanbieders (nog) lastig is. Vooral aanbieders die werkzaam voor mensen met autisme of NAH geven dit aan. Uitvoerders geven aan dat sommige zorgaanbieders wel hebben ingeschreven op een resultaatgebied en dan zorg en ondersteuning moeten bieden voor in principe elke doelgroep. “Dat kunnen ze dan soms in de praktijk niet waarmaken.” Dit punt vraagt aandacht voor de zorgaanbieders die zich op een specifieke doelgroep richten.

Losse producten

We zien dat er momenteel nog sprake is van een aantal losse producten. Deze zijn nog niet meegenomen in de resultaatgebieden. Dat geldt voor kortdurend verblijf en persoonlijke verzorging. In het gesprek met de beleidsadviseurs wordt daarover het volgende gezegd:

- Persoonlijke verzorging. Geen opmerkingen.
- Kortdurend verblijf is landelijk bepaald en overgenomen door gemeenten. Het is te overwegen om kortdurend verblijf samen te voegen met resultaatgebied mantelzorgondersteuning.
- Vervoer moet per keer betaald worden hetgeen niet past bij de resultaatinkoop, want bij resultaatinkoop weet je immers niet precies hoe vaak iemand gaat. Mogelijke oplossing zou zijn om te gaan werken met een gemiddelde en dit als apart tarief toe te kennen.

Leefgebieden

Een vraag die we meerdere keren hebben gehoord, van uitvoerders en aanbieders, is waarom er niet is gekozen voor de leefgebieden als resultaatgebieden. Veel zorgaanbieders werken met 11 leefgebieden. Men geeft aan dat dat gemakkelijker zou werken, ook in de communicatie, om dat gelijk te trekken.

Werken met de resultatenmatrix

Voor de uitvoerders is de resultatenmatrix wel een hulpmiddel. Een hulpmiddel dat een duidelijk overzicht geeft van de leefgebieden die uitgevraagd dienen te worden, maar ook een hulpmiddel omdat de financiering eraan hangt. De matrix is voor henzelf in principe voldoende inzichtelijk. Uitvoerders zeggen dat de matrix niet echt helpt in het gesprek met de inwoner: “Inwoners snappen het niet goed.” “Het is een technisch verhaal... het vraagt om reflectief vermogen”. “Het zal de inwoner worst zijn, als hij z’n hulp maar krijgt.”

Ook wordt gezegd dat er te weinig diversiteit in prijs is tussen de treden. Ben je minder zelfredzaam dan hangt er toch hetzelfde prijskaartje aan. Bovendien is er een groep die niet verder ontwikkelt. Bijvoorbeeld bij dementie, een ernstige vorm van autisme en soms ook NAH. Je streeft dan naar behoud van zelfredzaamheid, groei is soms niet mogelijk.

Net als de resultaatgebieden is ook de resultatenmatrix als instrument nog niet uitontwikkeld, zo zeggen uitvoerders en beleidsadviseur. Definities en omschrijvingen zijn niet altijd passend. Omschrijving van de treden is te globaal. Er is nog veel verschil in interpretatie mogelijk.

Op grond van de gesprekken vragen de omschrijving van de resultaatgebieden en de treden binnen de matrix om een aanpassing en verfijning. Een nieuwe beschrijving die in gezamenlijkheid met de vier gemeenten wordt uitgevoerd, beleid én uitvoering. Daarbij is ook het gesprek van belang over hoe de resultatenmatrix wordt ingezet. Gebruikt de toegangsmedewerker het voor zich zelf als hulpmiddel of betreft hij de inwoner daarbij?

In het gesprek met de uitvoerders van Hilvarenbeek kwam ter sprake dat er een boekje werd gebruikt met daarin een overzicht van gecontracteerde aanbieders en de resultaatgebieden waarvoor ze gecontracteerd zijn. Onder elkaar noemt men dit ook wel het ‘Bijbeltje’. In het boekje staat een uitgebreide uitleg van werkwijze. De medewerkers vinden het boekje heel handig. “Dit boekje zou mogelijk uitgewerkt kunnen worden en voor de vier gemeenten bruikbaar gemaakt.”

De zelfredzaamheidsmatrix van de GGD Amsterdam wordt door een team coördinator genoemd als voorbeeld voor een eenduidige en heldere omschrijving. In deze matrix worden ook meer en andere resultaatgebieden gehanteerd. Ook wordt aangegeven dat de resultaatgebieden en verschillende treden in de beleidsregel duidelijker staan uitgelegd. Voor het aanpassen van resultaatgebieden en matrix is het raadzaam daar goed naar te kijken.

Voor bezwaar, beroeps-, en klachtenprocedures is de resultatenmatrix als inhoudelijk instrument het enige dat er is, dus moet het kloppen. Vanuit juridisch perspectief is de huidige vorm onwerkbaar. Een kloppende matrix is van belang voor het juridisch systeem. In de verordening zou dan opgenomen moeten worden wat de normen zijn, wat de gemeente voldoende vindt (dan concreet omschrijven). Over dit punt merkten we dat de meningen tussen beleidsadviseurs en juristen verschillen. Het lijkt ons belangrijk om de status van de resultatenmatrix met elkaar vast te stellen: is het een hulpmiddel of ontleen je er een juridische status aan?

Resultaten versus uren

Het kenmerk van resultaatsturing is dat er niet meer gerekend wordt in producten en uren, maar dat de focus ligt bij de resultaten van de inzet. Uitvoerders (met name in Goirle en Dongen) geven echter aan dat de zorgaanbieders nog niet mee gekanteld zijn. De uitvoerders bepalen bijvoorbeeld dat budget 100 euro is. De zorgaanbieder neemt mensen aan op basis van uren en vertaalt het resultaat alsnog naar aantal uren. Dat dilemma komt soms op de keukentafel te liggen, geeft een uitvoerder aan en dat zou volgens haar niet moeten. “Hoe kunnen we hen toch sturen op resultaat en hen stimuleren om creatief te zijn?”

Sommige uitvoerders geven aan dat zij nog steeds werken met de oude situatie (uren) in het achterhoofd bij het formuleren van resultaten. Dit omdat ze weten welke budgetten daar waarschijnlijk uit gaan komen. Hier zien we dat ook uitvoerders nog moeite hebben om goed richting resultaatsturing te kantelen en nog meer kunnen toegroeien naar de nieuwe situatie.

Ook voor inwoners is het nieuw dat ze de resultaten zien en niet de uren. Dat is voor hen een concrete consequentie van een ander inkoopbeleid en een andere wijze van beschikken. Dat dat ook voor hen wennen is lezen we ook terug in de gespreksverslagen met inwoners.

Voor een specifieke groep inwoners kan het extra verwarrend zijn. Bij jeugdzorg wordt namelijk op twee wijzen ingekocht en daardoor kan deze groep te maken krijgen met resultaatsturing én p x q (uren) in één gezin. Regionale jeugdhulp is met negen gemeenten ingekocht. Er is op dit moment een pilot gaande om deze zorg resultaatgericht en aansluitend op de lokale jeugdhulp in te kopen. De uitkomst volgt later dit jaar.

Opgemerkt moet worden dat resultaatgericht inkopen niet hetzelfde is als resultaatgericht beschikken. Een jurist van één van de gemeenten geeft aan dat de rechter het resultaatgericht beschikken niet accepteert. Het plan van aanpak (zoals opgezet door de gemeente) wordt als bijlage opgenomen bij de beschikking. Hier staan niet de uren, maar de taken in. Een oplossing kan liggen in het naar voren halen van het ondersteuningsplan (zoals opgezet door zorgaanbieder) en deze bij de beschikking te doen. Daar staat de inzet van de aanbieder in. Een nieuwe werkwijze vraagt om aanpassingen van het proces. Belangrijk is dat de inwoner moet weten waar hij aan toe is. Nu blijkt uit gesprekken met uitvoerders en uit de gespreksverslagen van inwoners dat dat niet altijd het geval is.

Hoofdstuk 4

Overgang van toegang naar zorg

Inkoop en keuzevrijheid voor de inwoner

De samenwerkende gemeenten hebben behoorlijk divers ingekocht, waarmee er voldoende keuzevrijheid lijkt te zijn voor de inwoner. Ook zijn er meerdere opties per resultaatgebied. Toch wordt door verschillende betrokkenen aangegeven dat enkele aanbieders de aanbesteding niet goed hebben ingevuld, en daarmee niet in de contractering zijn meegenomen of niet voor alle resultaatgebieden zijn gecontracteerd. Zo kunnen kwalitatief goede aanbieders zijn afgevallen. Voor inwoners kan dat betekenen dat zij dienen over te stappen naar een andere aanbieder omdat niet met hun huidige aanbieder is gecontracteerd. Sommige aanbieders geven aan dat ze op dit punt van de gemeente meer ondersteuning en bijsturing tijdens het proces hadden verwacht.

In de praktijk wordt dat opgelost met een PGB of met hoofd- en onderaannemerschap. Een gecontracteerde zorgaanbieder kan er voor kiezen zorg bij een niet gecontracteerde aanbieder in te kopen om in de vraag van de inwoner te kunnen voorzien. Onderaannemerschap kan voor inwoners onzekerheid met zich meebrengen, omdat niet altijd zeker is dat een onderaannemer kan blijven leveren. Ook geven uitvoerders aan dat er bij onderaannemerschap relatief veel aan de strijkstok blijft hangen. Onderaannemers krijgen te weinig budget voor de zorg die zij willen leveren en kloppen dan bij uitvoerders aan. En dat zorgt ook voor de inwoners voor onrust. Uitvoerders bestempelen het onderaannemerschap als “een hoop gedoe”.

Zorgaanbieders proberen met onderaannemers een goed aanbod te leveren, maar erkennen dat er meer administratie en meer bureaucratie komt kijken.

Plan van aanpak en eigen vertaling in ondersteuningsplan van de zorgaanbieder

De zorgaanbieders ontvangen in principe via de inwoner het plan van aanpak. Het merendeel van de zorgaanbieders geeft aan dat het plan voldoende uitvoerig is om aan de slag te kunnen gaan als zorgverlener. De informatie over de historie van de inwoner ervaren de zorgaanbieders als positief en behulpzaam om passende zorg in zetten. “Je weet wat er aan vooraf is gegaan en je krijgt een goede analyse.” Ook de integraliteit van het plan van aanpak wordt gewaardeerd: “Breed denken is niet iets wat zorgaanbieders zo zeer eigen zijn. Dat brengt het integraal plan van aanpak wel.” De meeste zorgaanbieders ervaren vrijheid om de zorg zo in te vullen zoals zij (samen met de inwoner) denken dat het nodig is. “Wij doen bijvoorbeeld veel aan bewegen, sport, voeding. Dat vinden wij belangrijk. Die ruimte hebben we nu.”

Ook de bereikbaarheid van de toegang en van de beleidsmedewerkers waarderen de zorgaanbieders als goed. “Je kunt makkelijk contact opnemen”. Hiermee lijkt er in veel gevallen sprake te zijn van een warme overdracht.

Enkele zorgaanbieders (jeugdzorg) laten zich over het plan van aanpak negatiever uit: “De uitwerking van het plan van aanpak is inhoudelijk zeer minimaal. En dat baart mij zorgen. Vooral omdat dit ten koste van de efficiëntie, kwaliteit en veiligheid gaat.”. Volgens hen kan de inzet van generalisten een reden zijn van deze minimale uitwerking: “Generalisten missen vaak de deskundigheid”. Hierdoor mist regelmatig cruciale informatie.

De zorgaanbieders geven aan dat dit voornamelijk komt doordat ze niet weten welke vragen te stellen: “Als je niet weet waarop je moet letten, zie je het ook niet” (voorbeeld huiselijk geweld). Dit gaat volgens deze deelnemers ten koste van de efficiëntie (“Doordat informatie mist gebeuren dingen dubbel”) en ten koste van de kwaliteit van de zorg voor de inwoner (“Als er informatie mist kunnen we kwalitatief niet de beste zorg bieden”).

Niet in alle gevallen nemen inwoners hun plan van aanpak mee naar de zorgaanbieder, bijvoorbeeld als sprake is van een psychiatrische aandoening. Deze personen zouden wellicht meer ondersteuning nodig hebben in het gesprek met de zorgaanbieder. Uitvoerders vragen zich soms af of het maken van een ondersteuningsplan wel op gelijkwaardige basis gebeurt, omdat niet alle inwoners even goed voor zicht zelf op kunnen komen.

Hoofdstuk 5

Draagt het huidig inkoopbeleid bij aan de hogere doelen van de Wmo?

Eigen regie/eigen kracht

Uitvoerders geven aan dat het huidige inkoopbeleid niet bepaald stimulerend geeft aan de eigen kracht van inwoners. “Inkoop is niet zo van belang voor het versterken van eigen kracht. Dat doen we als team!”

Over dit onderwerp worden interessante dingen gezegd die we wel willen vermelden in dit rapport. Het onderwerp lijkt niet direct gelinkt met de inkoop, maar biedt wel aanknopingspunten voor verbetering.

Uitvoerders van alle vier gemeenten geven aan dat meer eigen kracht van inwoners vraagt om veel inzet van toegangsmedewerkers. “Er is meer tijd nodig aan de voorkant. Er is nu veel reactief optreden om die transitie vorm te geven.”

Een en ander is ook afhankelijk van de kwaliteit van de gespreksvaardigheid van de toegangsmedewerker om de inwoner goed uit te leggen hoe te kantelen. “Als ik aanbodgericht blijf denken, verandert er niet veel.” Een andere uitvoerder formuleert het zo: “Er zal nog veel moeten gebeuren. De zorgaanbieder moet veel meer aanspraak maken op creativiteit. Zorgaanbieder is nu leidend, terwijl op termijn de inwoner meer regie zou moeten krijgen/nemen.” In gesprek met de uitvoerders van Goirle is dit onderwerp uitgebreid ter sprake gekomen. Zij geven aan dat zorgaanbieders meer gecoacht kunnen worden om te kantelen en bijvoorbeeld vrijwilligers in te zetten. En ook de inwoner kan meer de regie nemen. “Als inwoner kun je overstappen naar een andere zorgaanbieder. Zo zou meer marktwerking kunnen ontstaan, maar dat is momenteel nog niet het geval.”

Dit thema komt op iets andere manier ook terug in de gesprekken met inwoners. Een aantal van hen zou graag beter ondersteund willen worden door de gemeente in zijn relatie tot de zorgverlener. Dat geldt evenzeer bij het nemen van eigen regie om samen met de zorgverlener beter inhoud te geven aan de zorg die nodig is. Onderdeel daarvan is de omschrijving van het plan van aanpak. Een zorgaanbieder geeft aan dat deze is geschreven voor de professional, maar “... het zou vooral begrijpelijk voor de inwoner moeten zijn”. Ook dit komt in gesprekken met inwoners nadrukkelijk naar voren. Veel mensen begrijpen het niet goed.

Een gezin een plan een regisseur

Uitvoerders geven aan dat één gezin, één plan, één regisseur zeker het doel is, maar dat dat in de praktijk nog niet optimaal lukt. Dat heeft met meerdere zaken te maken. Enerzijds met de contractering van het aantal zorgaanbieders, anderzijds met de verschillende systemen, zoals KEDO en GWS.

Niet alle aanbieders kunnen op meerdere (samenhangende) resultaatgebieden leveren en dan is inzet van meerdere zorgaanbieders nodig. Dit kan afstemmingsproblemen opleveren. Een oplossing zit in de goede afspraken tussen aanbieders onderling. Zij gaan ook relaties met elkaar aan en maken afspraken. Beleidsadviseurs zien dat er nu al slagen worden gemaakt bij de aanbieders, maar dit vraagt ook aandacht.

In de praktijk komt het regelmatig voor dat binnen een gezin er meerdere personen hulpvragen hebben. In de nieuwe situatie wordt niet alleen naar het kind gekeken, maar vooral naar de gezinssituatie, het systeem. Uitvoerders zien dat als een groot voordeel, maar

vinden dat in de praktische uitvoering ook lastig. Een uitvoerder geeft aan dat het in het systeem nu niet mogelijk is om een integraal plan van aanpak voor een heel gezin te maken. Soms moeten meerdere casussen aangemaakt worden in het systeem. “Ondanks het systeem proberen we integraal te werken”.

Soms is het nodig dat er één plan van aanpak met meerdere beschikkingen komt. Juridisch blijken hier haken en ogen aan te zitten, zo vernemen we tijdens het gesprek met de beleidsadviseurs. Een relativering die één van hen doet is dat het doel ook niet hoeft te zijn om één plan te maken, maar om samenhangende en passende ondersteuning te leveren.

Wat betreft het regisseurschap wordt in complexe gezinnen wel een coördinator/regisseur aangewezen, maar in de praktijk kan het zo zijn dat er nog steeds meerdere aanbieders in een gezin actief zijn en er onduidelijkheid is over de regierol. Er zijn nog geen duidelijke afspraken over ketencoördinatie. Het komt voor dat aanbieders een extra resultaatgebied vragen om hun coördinatiekosten uit te kunnen betalen.

Afschalen generalistisch als het kan, specialistisch als het nodig is

Beleidsadviseurs zien dat zorgaanbieders nu vaker het voorliggend veld inschakelen. Zoals al is beschreven, geven uitvoerders aan dat er door zorgaanbieders nog weinig creatief naar nieuwe oplossingen wordt gezocht.

Vermindering bureaucratie

Er moeten door de uitvoerder verschillende stappen worden gezet in het proces van aanmelding tot beschikking. Toegangsmedewerker maakt met inwoner een plan. Als een beschikking nodig is dan volgt er in aantal gemeenten vaak een check door de coördinator. Vervolgens gaat de vraag naar backoffice en vaak moet ook een juridisch medewerker nog meekijken. Voordat zorg werkelijk geleverd wordt, duurt het soms erg lang. Uitvoerders geven aan dat de 8 weken termijn van aanvraag tot beschikking vaak niet gehaald wordt. Een zorgaanbieder uit Dongen zegt hierover: “Van casemanagers krijg ik wel terug dat er tussen het plan van aanpak en het afgeven van de beschikking lange tijd ligt. Het traject van front office naar back office is traag. Wij krijgen facturen laat betaald, en krijgen soms minder dan waarvoor we zorg verlenen.”

De zorgaanbieders vinden het aanbestedingsproces complex en tijdrovend. Een deelnemer noemt het aanbestedingsproces “het moeilijkste dat ik ooit heb doorlopen”. Men denkt dat er diverse zorgaanbieders “buiten de boot zijn gevallen” omdat ze het aanbestedingsproces niet goed genoeg begrepen. Ook zijn er deelnemers die aangeven het aanbestedingsproces “leuk” te vinden, “net als een moeilijke puzzel”. Ter nuancering geven de zorgaanbieders aan dat ze denken dat het aanbestedingsproces niet minder complex kan worden ingericht door de aanbestedingswet. Daarnaast geven ze aan te beseffen dat een nieuw aanbestedingsproces wettelijk is. “Door te leren gaat het wellicht een volgende keer gemakkelijker.”

Aanbieders zien niet een vermindering van bureaucratie ontstaan. Dat heeft enerzijds te maken met het feit dat veel gemeenten op verschillende wijze hun inkoopbeleid voeren, anderzijds zijn er ook tussen de vier samenwerkende gemeenten verschillen. En daarnaast heeft ook Tilburg weer een andere methodiek. Deze verschillen gaan ten koste van de efficiëntie en kosten veel extra werk, volgens de zorgaanbieders. Hierover in de paragraaf ‘*Verschillen tussen gemeenten*’ meer.

Monitoring van resultaten

De resultaten die worden geformuleerd in de beschikkingen moeten op enigerlei wijze gemonitord worden. Is het resultaat helder omschreven, waar bestaat het resultaat uit en waaruit blijkt dat dit resultaat is behaald? En bovendien wie heeft dan de verantwoordelijkheid om de resultaten te monitoren?

We zien in de praktijk dat de uitvoerders moeite hebben om deze taak naar behoren uit te voeren, als het ook werkelijk hun taak is. Evalueren is nog niet structureel ingebed in het systeem. Er is bij uitvoerders behoefte aan handvatten om resultaten in de praktijk goed te kunnen monitoren. Het vraagt van teamleden een kritische houding naar zorgaanbieder: “als ik naar mezelf kijk heb ik hierin nog wel wat te leren”, aldus een uitvoerder. Bovendien, als blijkt bij de evaluatie dat doelen niet zijn gehaald: “... moet de aanbieder dan efficiënter of anders gaan werken óf moet ik ruimer beschikken?”

Daarnaast ligt de verantwoordelijkheid voor monitoring ook bij de beleidsadviseurs. Zoals door één van hen gezegd wordt: “Resultaatsturing op inkoop is één, heel belangrijk is daarna het contractmanagement. Daar kun je meer op inhoud en innovatie gaan sturen. Daar moet je ook aanbieders gaan aanspreken op kwalitatief onvoldoende dienstverlening.” Van belang is om met regelmaat de aanbieders te spreken hierover. Beleidsadviseurs geven aan dat dit onderdeel nog niet voldoende aandacht heeft gekregen. Dit proces is wel in ontwikkeling.

Zorgaanbieders bevestigen dat de geboden zorg noch door de toegang noch door de gemeente op beleidsniveau expliciet wordt gemonitord. Een zorgaanbieder zegt: “Er mogen best consequenties aanhangen als je niet het resultaat behaalt. Controle vanuit gemeenten mag best strenger zijn.” Ook een medewerker van de toegang geeft aan dat er bij slecht presteren van een zorgaanbieder een tussentijdse uitstroom mogelijk moet kunnen zijn.

Verschillen tussen gemeenten

De samenwerkende gemeenten hebben ieder de toegang anders ingericht. De zorgaanbieders melden dat dit extra werk oplevert. In de praktijk komt het volgens hen voor dat er met dezelfde soort hulpvragen verschillend wordt omgegaan en dat er andere informatie moet worden aangeleverd door de zorgaanbieders. Volgens de zorgaanbieders zou het efficiënter zijn als de samenwerkende gemeenten meer uniformiteit hanteren.

Ook is al eerder aan de orde gekomen dat de ene gemeente zuinig is met stapelen, terwijl de andere gemeente dat sneller doet. Een enkele keer probeert een zorgaanbieder de uitvoerders van de gemeenten tegen elkaar uit te spelen: “In gemeente X krijgen we 3 resultaatgebieden en bij jullie maar 1”. Als een zorgaanbieder het tarief niet toereikend vindt en vervolgens bezwaar maakt, wordt er besloten een extra resultaatgebied af te geven. We merken dat die werkwijze de uitvoerders frustrateert. Ook gaan de verschillende gemeenten verschillend om met de treden uit de aanbesteding. De inconsequente hantering van de treden leidt tot verwarring en extra werk, geven de zorgaanbieders aan.

De beleidsadviseur van de Goirle zegt hierover: “We zijn al in 2007 gestart met de Kanteling. Dat geeft deze gemeente een voorsprong. In Oisterwijk bijvoorbeeld zat de uitvoering nog minder in de mindset. In Goirle is veel geïnvesteerd in het meenemen van de uitvoering, het werken vanuit het goede gedachtegoed en vanuit het vastgestelde beleid.”

Daarnaast wordt door de zorgaanbieders genoemd dat de cultuur binnen de samenwerkende gemeenten erg verschilt. Hierbij wordt onder andere genoemd dat er in de ene gemeente een ‘open cultuur’ is, terwijl een andere gemeente veel meer ‘gesloten’ is.

Met inachtneming van de couleur locale en het feit dat in elke gemeente individuele mensen aan het werk zijn, is ook duidelijk dat er behoefte is aan meer afstemming en eenduidigheid in werkwijze tussen de vier gemeenten.

Enkele uitvoerders en zorgaanbieders geven in de gesprekken daarbij ook aan goed te kijken naar Tilburg als centrumgemeente. “Waarom doen wij het als gemeenten anders dan Tilburg?” vraagt een uitvoerder. Afstemming op regionaal niveau kan voordelen opleveren voor zowel zorgaanbieders als uitvoerders in de toegang.

