

# EFFECTIEVE DECENTRALISATIE?

Onderzoek ten behoeve van advies RVZ  
'gemeenten, gezondheid en zorg'



REGIOPLAN  
BELEIDSONDERZOEK



## EFFECTIEVE DECENTRALISATIE?

Onderzoek ten behoeve van advies RVZ  
'gemeenten, gezondheid en zorg'

- eindrapport -

drs. K.B.M. de Vaan  
drs. M.C. Vanoni  
drs. F. Kriek

Regioplan  
Nieuwezijds Voorburgwal 35  
1012 RD Amsterdam  
Tel.: +31 (0)20 – 531 53 15  
Fax : +31 (0)20 – 626 51 99

Amsterdam, december 2013  
Publicatienr. 2423

© 2013 Regioplan, in opdracht van Raad voor de Volksgezondheid en Zorg  
Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.  
Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Regioplan.  
Regioplan aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

## INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>1</b>
1.1	Doel van het onderzoek.....	1
1.2	Onderzoeksvragen.....	1
1.3	Aanpak onderzoek .....	2
<b>2</b>	<b>Gemeentelijke strategieën</b> .....	<b>3</b>
2.1	Resultaten inventarisatie.....	3
2.2	Beschrijving zes geselecteerde casussen .....	5
2.3	Organisatie van zorg en ondersteuning.....	21
2.4	Samenwerking met partners .....	22
<b>3</b>	<b>Succesvolle elementen</b> .....	<b>25</b>
3.1	Populatiekenmerken .....	25
3.2	Organisatie van zorg en ondersteuning.....	25
3.3	Sturing en bekostiging .....	26
3.4	Samenwerking .....	27
<b>Bijlage</b>	<b>Tabellenbijlage</b> .....	<b>29</b>





## 1 INLEIDING

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) beoogt begin 2014 een advies uit te brengen over het onderwerp *Gemeenten, gezondheid en zorg*. Voor een goede fundering van dit advies is op een aantal punten onderzoek nodig. Een van deze punten betreft het zoeken naar gemeentelijke strategieën die maken dat gemeenten meer of minder succesvol uitvoering (kunnen) geven aan de decentralisaties. Regioplan heeft de RVZ geholpen bij haar studie naar dit onderwerp.

### 1.1 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is om vast te stellen wat bevordert of belemmert dat gemeenten het deel van de langdurige zorg waar zij voor verantwoordelijk worden, zo vormgeven dat sprake is van *voldoende* zorg, die *aansluit op de vraag* en die *financieel houdbaar* is.

- **Voldoende zorg:** de decentralisaties veranderen niets aan het recht op zorg van mensen die dat nodig hebben.
- **Vraaggericht:** alvorens zorg wordt verleend, is het belangrijk goed naar de vraag te kijken en daarbij rekening te houden met de eigen mogelijkheden van een persoon (eigen kracht en sociaal netwerk). Niet het recht op zorg, maar de vraag wat iemand daadwerkelijk nodig heeft uit publieke middelen omdat diegene daar zelf niet in kan voorzien, moet centraal staan. Daarbij is van belang dat compensatie niet als een alomvattend begrip wordt gezien: niet elke beperking hoeft, vanuit het perspectief van de cliënt, te worden gecompenseerd; vanuit het perspectief van de overheid is van belang duidelijk vast te leggen welk doel compensatie heeft.
- **Financieel houdbaar:** de decentralisaties gaan gepaard met een bezuiniging op de zorg die overgaat naar gemeenten. De omvang van de groep Nederlanders die gebruikmaakt van de langdurige zorg zal door de vergrijzing naar verwachting stijgen. Dat betekent dat scherp moet worden ingezet op betere benutting en ondersteuning van de eigen mogelijkheden van deze mensen zodat een exponentiële stijging van de kosten kan worden voorkomen. Daarnaast bieden de inkoop en organisatie van de zorg mogelijk manieren om de kosten van de zorg beheersbaar te houden.

### 1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag Het voorgaande heeft geleid tot de volgende hoofdvraag voor het onderzoek:

*Wat maakt dat gemeenten erin slagen om voldoende, op de vraag aansluitende zorg te leveren op een manier die financieel houdbaar is?*

Om deze vraag te beantwoorden, is het nodig te kijken naar wat gemeenten doen om de transities in het sociale domein invulling te geven en naar de ervaringen die zij met die strategieën hebben. De ervaringen kunnen inzicht bieden in succes- en faalfactoren, en die kunnen weer samenhangen met gemeentespecifieke kenmerken en lokale randvoorwaarden. Daarbij is gekeken naar de transities *in het sociale domein* en niet uitsluitend naar de langdurige zorg. Dit hangt samen met het moment van onderzoek. Onze verwachting was dat gemeenten nog niet zo ver zouden zijn met de voorbereidingen op de decentralisatie van de AWBZ dat op basis daarvan al veel gezegd zou kunnen worden over effectieve strategieën. Aan de andere kant wordt er voortvarend gewerkt aan nieuwe organisatievormen in het sociale domein waar de transitie van de AWBZ deel van uitmaakt of waar straks bij kan worden aangehaakt. Deze ontwikkelingen bieden lessen, waar gemeenten (en het Rijk) bij de hervorming van de langdurige zorg hun voordeel mee kunnen doen.

- Deelvragen
- In het onderzoek is gezocht naar een antwoord op de volgende vier deelvragen:
1. Welke soorten strategieën hanteren gemeenten bij de huidige vormgeving van de transities in het sociale domein?
  2. Wat zijn, op grond van de tot nu toe opgedane ervaringen, effectieve strategieën gebleken?
  3. Welke bestuurlijke, organisatorische en financiële randvoorwaarden zijn voor gemeenten noodzakelijk om deze effectieve strategieën te kunnen ontwikkelen en uitvoeren?
  4. Welke lessen kunnen hieruit worden getrokken voor de voorbereidingen van gemeenten op de transitie van de AWBZ?

### 1.3 Aanpak onderzoek

Voor dit onderzoek is een brede inventarisatie uitgevoerd van gemeentelijke strategieën betreffende de transities in het sociale domein. Er is gezocht naar gemeenten die de transities al in enige mate hebben uitgewerkt en ervaring hebben opgedaan met nieuwe vormen van organisatie van zorg en ondersteuning. Er zijn voorbeelden gezocht in het eigen netwerk van de RVZ en Regioplan, door de bestudering van documenten van samenwerkingsverbanden en van de websites van onder andere de transitiebureaus en de VNG. Vervolgens is contact gezocht met contactpersonen bij de gevonden gemeenten en zijn relevante (beleids)stukken en evaluaties opgevraagd. Na bestudering van de stukken en het invullen van het analysekader is een selectie gemaakt van een zestal gemeenten om het verdiepende onderzoek plaats te laten vinden. Dat heeft de vorm gekregen van het voeren van een of twee gesprekken per gemeente met bestuurders en/of betrokken ambtenaren.



## 2 GEMEENTELIJKE STRATEGIEËN

### 2.1 Resultaten inventarisatie

De brede inventarisatie leverde een lijst op van 22 gemeenten. Door middel van documentstudie is het analysekader voor dertien gemeenten ingevuld. Van de overige negen gemeenten was hiervoor te weinig documentatie beschikbaar. Tabel 2.1 bevat het gebruikte analysekader. Onder de tabel beschrijven we de bevindingen op de afzonderlijke elementen van het kader.

**Tabel 2.1 Analysekader**

Focus	Visie	Doelstellingen	Organisatie beleid en proces	Financiering en inkoop	Wijze van sturing op resultaten	Rol aanbieders en cliënten in ontwikkelproces	Rol en betrokkenheid gemeenteraad
<i>Keuze uit AWBZ en sociale domein</i>	<i>Bijv.: transities integraal of apart aanpakken; reactief (ondernemend) of passief (afwachtend)</i>	<i>Onder te verdelen naar strategisch tactisch en operationeel niveau</i>	<i>Ambtelijke reorganisatie? Over naar interdisciplinaire teams? Et cetera.</i>	<i>Inkoop lokaal of regionaal? Specifieke vormen van financiering?</i>	<i>Bijv. periodieke monitoring</i>	<i>Wel/niet betrokken en zo ja, in welke vorm</i>	<i>Actief betrokken via kaderstelling en monitoring?</i>

**Focus:** de focus van de gemeentelijke strategieën ligt vaker op de integrale aanpak van de drie transities in het sociaal domein (9 maal) en minder vaak afzonderlijk op de decentralisatie van de AWBZ naar de Wmo (4 maal).

**Visie:** punten die in de meeste gemeentelijke visies naar voren komen, zijn:

- de eigen kracht of zelfredzaamheid van de burger vergroten;
- een integrale aanpak op dorps-, wijk- of buurniveau;
- veel aandacht voor preventie;
- een actieve, initiërende rol van de gemeenten in het transitieproces.

**Doelstellingen:** de doelstellingen van de strategieën komen in grote lijnen overeen. Het gaat om het verhogen van de participatie en zelfredzaamheid, waardoor minder en/of minder snel een beroep wordt gedaan op (zorg)voorzieningen. Daarnaast legt een aantal gemeenten de nadruk op het vergroten van de eigen regie van burgers en op vraagsturing, middelen waarmee naar hun mening meer zorg op maat kan worden geleverd.

**Organisatie beleid en proces:** de meeste gemeenten willen overgaan tot een vorm van organisatie van (de toegang tot) zorg en ondersteuning op dorps-,

wijk- of buurtniveau. Daarvoor worden diverse termen gebruikt zoals wijkteams, wijkzorgteams, praktijkwerkplaatsen, sociale coöperaties, welzijnsnetwerken, proeftuinen et cetera. Soms gaat dit gepaard met een ambtelijke reorganisatie, maar meestal niet.

**Financiering en inkoop:** gemeenten worstelen met deze kwestie en hebben vaak nog geen keuze gemaakt tussen de verschillende mogelijkheden voor financiering en inkoop. Voor financiering zien we grofweg drie mogelijkheden: een persoonsvolgend budget, populatiebesteding, en het huidige Wmo-model waarin sprake is van resultaatfinanciering. Voor inkoop zien we ook diverse opties langskomen: in- of uitbesteding, gemeenschappelijke inkoop in de regio, gezamenlijke inkoop met de zorgverzekeraar en inkoop via één hoofdaannemer per wijk.

**Wijze van sturing op resultaten:** over de sturing op resultaten noemt een aantal gemeenten de daling of stijging op de participatieladder. Als meetinstrument wordt ook een aantal maal de zelfredzaamheidsmatrix genoemd. Ook op dit punt is de strategie van gemeenten echter nog niet uitontwikkeld en zijn nog geen (definitieve) keuzes gemaakt.

**Rol aanbieders en cliënten in ontwikkelproces:** in het merendeel van de gemeenten zijn de aanbieders betrokken; door bijvoorbeeld deelname aan overlegstructuren, deelname in pilots en als gesprekpartners over onder andere het inkoopmodel. In één gemeente is sprake van een brede aanpak door middel van een convenant tussen gemeenten, de grootste zorgverzekeraar, het zorgkantoor en lokale teams waarin ook cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers zijn vertegenwoordigd. De meeste andere gemeenten werken ook wel met deze partijen samen, maar in een losser verband.

**Rol en betrokkenheid gemeenteraad:** bij een derde van de gemeenten wordt de gemeenteraad actief betrokken. Bij een derde heeft de gemeenteraad de kaders vastgesteld en wordt de raad op de hoogte gehouden. Bij de overige gemeenten is niet bekend op welke wijze de raad betrokken wordt in het proces van de decentralisaties.

Resultaat      Uit de inventarisatie blijkt dat gemeenten over het algemeen vergelijkbare uitgangspunten en doelstellingen hanteren bij de transitie. Verschillen zijn er wel als het gaat om de manier waarop zij die in de praktijk uitwerken en hoe zij daarbij samenwerken met de diverse betrokken partijen. Om hier meer zicht op te krijgen, zijn zes gemeenten geselecteerd voor nader onderzoek. Het betreft gemeenten die relatief ver zijn met de voorbereidingen op de decentralisaties en van daaruit al een beeld hebben van mogelijk effectieve onderdelen van hun strategie; maar ook gemeenten die sterk verschillen: in de keuzes die ze maken voor de inrichting van zorg en ondersteuning, in de manier waarop zij met hun partners samenwerken, en op een aantal

structuurkenmerken zoals de mate van verstedelijking, bevolkingssamenstelling en omvang.

## 2.2 Beschrijving zes geselecteerde casussen

In deze paragraaf worden de zes geselecteerde casussen beschreven. Vervolgens gaan we nader in op de verschillende keuzes die gemeenten maken ten aanzien van de punten 'organisatie van zorg en ondersteuning' en 'samenwerking met partners', als opmaat naar hoofdstuk 3, waarin we een blik werpen op de (mogelijke) effectiviteit van deze keuzes en op de factoren die deze effectiviteit kunnen beïnvloeden.

### 2.2.1 Gemeente 1

**Kenmerken** Het betreft een grote gemeente. In tabel 1 staan de kenmerken. De data is gebaseerd op cijfers van 2012.

**Tabel 2.1 Kenmerken inwoners gemeente 1**

<b>Gemeente 1</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	Groot (>200.000 inwoners)
Inwonertal/km <sup>2</sup>	3353
Gemiddeld inkomen per inwoner*	23.600 euro
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=163,100; laag=18,8 (11,2%); middelbaar=43,2 (26,5%); hoog=99,3 (60,9%); onbekend=1,8 (1,1%)
Percentage 65-plussers	10%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 1
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	4

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

**Visie** Het model voor de inrichting van zorg en ondersteuning gaat uit van drie sporen:

- ondersteuning van het zelforganiserend vermogen: collectieve basisvoorzieningen, versterken (wijk)netwerken en burgerinitiatieven, +stimuleren van collectieve buurtvoorzieningen, toerusten van mantelzorgers en vrijwilligers;
- basiszorg: informatie & advies, begeleiding & activering, persoonlijke verzorging, hulp bij het huishouden en overige individuele verstrekkingen;
- aanvullende zorg: kern-AWBZ, Zvw en door gemeente op basis van de Wmo gefinancierde zorg.

Er wordt gekozen voor een integrale aanpak op wijkniveau, met de gemeente in een faciliterende rol op afstand.

- Doelstellingen** De doelstellingen van het beleid liggen in het verlengde van deze drie sporen en richten zich op het versterken van de civil society, het opheffen van beperkingen bij participatie in het dagelijks leven, en op het bieden van adequate zorg en ondersteuning.
- Organisatie** Centraal in de organisatie van de toekomstige zorg en ondersteuning staan de buurtteams die gericht zijn op gezinnen, en buurtteams die gericht zijn op andere systemen en gezinnen waarin het zwaartepunt van de problematiek bij de volwassenen ligt.
- De buurtteams zijn inmiddels geëvalueerd. Daarbij is ook gekeken naar de kosteneffectiviteit van de teams. Ze lijken voor minder geld minstens zo goede zorg en ondersteuning te leveren als in het huidige systeem gebeurt. Hoewel die bevinding gebaseerd is op een beperkt onderzoek, verwacht de gemeente dat kostenbesparingen inderdaad gerealiseerd kunnen worden omdat de teams op dit moment nog niet optimaal functioneren en wel veelbelovende resultaten boeken. De besparing wordt met name gerealiseerd bij de aanpak van multiproblemegezinnen. Maar de gemeente verwacht ook bij enkelvoudige problematiek een besparing van 25 procent te kunnen realiseren.
- De gemeente wil deze systematiek nu over de hele stad uitrollen tot een gemeentedeckend net van buurtteams in 2015. In de betere wijken zal het team een grotere populatie in een groter gebied bestrijken. De teams zullen uit 8-15 medewerkers bestaan, afgestemd op de behoefte en het inwoneraantal van de wijk. Het takenpakket bestaat uit ambulante (woon) begeleiding, cliëntondersteuning, budgetbegeleiding en sociale activering. Ook MEE gaat hierin op; de teams werken samen met de GGD bij de uitvoering van de oggz. De hoofdtaak van de teams is begeleiding, om te beginnen de initiële cliëntondersteuning. Het is essentieel dat de cliënt al in die fase vanuit de gekantelde benadering wordt aangesproken. De voorlopige schatting is dat het buurtteam 85 procent van de individuele begeleiding voor zijn rekening zal nemen; voor de overige (zwaardere) begeleiding zal worden doorverwezen naar de aanvullende zorg. Cliënten die relatief hoog scoren in de zelfredzaamheidsmatrix worden doorverwezen naar W&I. Onderzocht wordt nog hoe W&I een plek kan krijgen in de teams. Individuele voorzieningen worden (grotendeels) niet vanuit de teams verstrekt, maar vanuit het gemeentelijk loket. De uitvoering van de teams wordt aanbesteed aan een zorgaanbieder. De gemeente staat op afstand.
- Financiering** De gemeente streeft naar populatiebekostiging voor de buurtteams. De indicatoren waar het bekostigingsmodel op wordt gebaseerd, zijn nog niet vastgesteld. De teams zijn vervolgens vrij in de besteding van het budget en mogen bijvoorbeeld ook investeren in informele zorg/vrijwilligers en mantelzorgers. De prestaties worden gemeten naar throughput (aantal cliënten, de instroom, en de doorstroom naar aanvullende zorg). In latere jaren zal – op basis van de ervaringen – de bekostiging kunnen worden verfijnd en zal ook worden afgerekend op resultaat (outcome).
- De cliënten melden zich spontaan bij het buurtteam of worden opgezocht naar aanleiding van signalen van de woningbouwvereniging, wijkagent,

meteropnemer, huisarts enzovoort. De eventuele aanzuigende werking van deze systematiek moet nog blijken. Vooral nog lijken aanbieders met name de zwaardere cliënten voor begeleiding niet te willen overdragen aan de gemeente.

**Verzekeraar** De gemeente bereidt een convenant met de grootste verzekeraar voor over de volgende onderwerpen:

- preventie en gezondheid;
- mantelzorg en de relatie met de formele zorg;
- transitievraagstukken zoals data en inkoop;
- de samenwerking tussen het medische en het maatschappelijke domein (de sociale buurtteams).

De gemeente worstelt echter met het vraagstuk van het maken van goede afspraken met de verzekeraar. De vraag is hoeveel belang die nog heeft bij samenwerking nu verzorging grotendeels bij de verzekeraars blijft. De gemeente vindt het belangrijk goede afspraken te maken over de tweede lijn (waar zo min mogelijk naar zou moeten worden doorverwezen) en het verknopen van persoonlijke verzorging, Hulp bij het Huishouden (HbH) en verpleging voor de groep ouderen. Gezamenlijke inkoop is niet in beeld.

**Monitoring** De gemeente zoekt naar instrumenten die een horizontalere vorm van sturing mogelijk maken en gericht zijn op leren en doorontwikkelen. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn leercirkels, kwaliteitssystemen, klanttevredenheidsonderzoeken en visitatie, maar ook benchmarking. Er zal worden gestuurd op effecten en resultaten, maar ook op de leidende principes, de werkwijze en de vernieuwing. Ook sturing op interactie met ondersteuning en zorg vanuit aanpalende wettelijke kaders (Zvw, kern-AWBZ) staat op het netvlies. Daadwerkelijke monitoring moet echter nog ontwikkeld worden.

## 2.2.2 Gemeente 2

Kenmerken

<b>Gemeente 2</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	Groot (>200.000 inwoners)
Inwonertal/km <sup>2</sup>	4851
Gemiddeld inkomen per inwoner*	23.000
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=410,7 laag=57,3 (14,0%); middelbaar=116,3 (28,3%); hoog=232,3 (56,6%); onbekend=4,8 (1,7%)
Percentage 65-plussers	11%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 1
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	5

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

- Visie** Centraal in de visie van deze gemeente staat de organisatie van het aanbod rond de nulde, eerste en tweede lijn:
- nulde lijn: basisaanbod in de wijk (sociaal netwerk, verenigingen, vrijwilligers et cetera). Hier ligt de focus op preventie en vindt de koppeling tussen zorg- en welzijnsbeleid plaats;
  - eerste lijn: wijkzorgteams, ouder- en kindteams, aanpak huiselijk geweld; aanbod van MEE en teams die zich richten op multiproblematiek.<sup>1</sup> Vanuit de eerste lijn worden zorg en ondersteuning geboden, en daarnaast ligt hier de toegang tot de tweede lijn.
  - tweede lijn: flexibel aanbod (o.a. Hulp bij het Huishouden), specialistisch aanbod (dagbesteding, RIBW) en individuele voorzieningen (woonvoorzieningen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen). Er verandert niet veel in de organisatie van deze lijn ten opzichte van de huidige situatie. Het streven is echter dat wanneer een cliënt in de tweede lijn wordt behandeld de verbinding met zowel formele als informele zorgnetwerken in de wijk blijft bestaan. Ook zorgaanbieders in de tweede lijn moeten kantelen. Bij individuele voorzieningen zal meer naar 'eigen kracht' gekeken worden.
- Doelstellingen** Uit het bovenstaande vloeit voort dat de doelstellingen van de gemeente met name betrekking hebben op de nulde en eerste lijn en de koppeling tussen het voorveld, de eerste en de tweede lijn:
- Op strategisch niveau streeft de gemeente naar een nieuw stelsel van langdurige ondersteuning en zorg voor volwassenen; een stelsel dat gebiedsgericht is, waarin zorg op maat wordt verleend en de noodzaak van zorg en ondersteuning voorop staat (in plaats van de aanspraak op zorg en ondersteuning). Daarnaast zet de gemeente in op preventie en gezond gedrag.
  - Op tactisch niveau streeft de gemeente naar een basisaanbod dat de eigen kracht van inwoners ondersteunt.
  - Op operationeel niveau richten de doelstellingen zich op het leveren van een bijdrage aan het zelfregelend vermogen van burgers door het organiseren van loketten, mantelzorgondersteuning et cetera. Wijkteams moeten betere ondersteuning tegen minder kosten gaan realiseren.
- Organisatie** Vanaf 2015 wordt in deze gemeente zorg en ondersteuning via wijkzorgteams aangeboden in gebieden van ongeveer 40.000 inwoners. Het gaat niet om het oprichten van een nieuwe structuur, maar het samenbrengen van relevante partijen in een netwerk. De doelgroepen in de wijk en hun ondersteuningsvragen of behoeften vormen het uitgangspunt voor de samenstelling van de wijkzorgteams. Deze kunnen in omvang en op onderdelen per wijk verschillen. In 2014 wordt in pilots met deze nieuwe organisatievorm geëxperimenteerd. De teams komen er anders uit te zien dan de buurtteams in gemeente 1. Ze

---

<sup>1</sup> Begeleiden 'kwetsbare huishoudens' (waaronder risicogezinnen met ggz-problematiek en licht verstandelijke beperkingen (LVB)) naar meer zelfstandigheid. Kunnen bij grote veiligheidsdreiging of complexe geweldsproblematiek meteen opschakelen naar de 2<sup>e</sup> lijn. Werken volgens het principe 'één gezin, één plan, één regisseur'.



bestaan uit wijkverpleegkundigen, medewerkers van huisartsenpraktijken, verzorgenden in de thuiszorg, medewerkers van de maatschappelijke dienstverlening, eventueel aangevuld met woonbegeleiders voor verstandelijk gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening. Allen hebben een signaleringsfunctie, vormen een belangrijke toegangspoort en zijn bevoegd om door te verwijzen. Hierin wordt samenhang en afstemming tussen het sociale netwerk en de algemene voorzieningen (nulde lijn) met wijkzorgteams (eerste lijn) en zorgaanbieders (tweede lijn) belangrijk geacht. De wijkzorgteams richten zich niet op het hele sociale domein, zoals in gemeente 1 de insteek is, maar primair op de zorg, te beginnen met ouderen en verstandelijk gehandicapten.

De gemeente wil op drie manieren inzetten op een betere benutting van informele structuren:

- inzet vanuit de eerste lijn (wijkzorgteams gaan hierover met bewoners in gesprek);
- van aanbieders vragen dat zij vrijwilligers inzetten;
- streven naar stadsbrede afspraken over het basisaanbod in de wijken, waarbij gedacht moet worden aan onder andere ontmoetingsplekken, een makelaarsfunctie, informatie en advies. Een uniform aanbod is niet vanzelfsprekend aangezien de stadsdelen – straks bestuurscommissies – verantwoordelijk zijn voor dit aanbod.

Financiering De wijze van bekostiging verschilt per lijn.

- Nulde lijn: er wordt gestuurd op kwaliteit van algemene voorzieningen door bijvoorbeeld onderzoek naar cliënttevredenheid. Er is sprake van een functiegerichte bekostiging: er wordt bekostigd op de beschikbaarheid van het aanbod en niet op het gebruik of resultaat. In de toekomst kunnen delen van het basisaanbod onderdeel zijn van een wijkbudget.
- Eerste lijn: inzet van professionals met een generalistisch profiel in wijkzorgteams waarbij de gemeente via opdrachtgeverschap stuurt op:
  - resultaatgerichte aanpak;
  - probleemoplossend vermogen professionals;
  - maken van integrale afwegingen;
  - verbinding leggen tussen nulde, eerste en tweede lijn;
  - stimuleren van eigen kracht.

Er zal gewerkt worden met wijk- of gebiedsbudgetten op basis van resultaatgerichte bekostiging ter voorkoming van een productieprikkel. De teams bepalen zelf welke inzet ze vanuit het team plegen op basis van dit budget, en krijgen gedeeltelijk een mandaat om andere zorg in te zetten.

- Tweede lijn: er wordt gestuurd via opdrachtgeverschap van de gemeente. Door de gestelde toegangscriteria aan zorgaanbieders en door middel van contractmanagement worden afspraken gemaakt in de contractering over prestaties, volume en kwaliteit. Het betreft prestatiegerichte bekostiging: bekostiging op basis van uitgevoerde activiteiten of prestaties. Dit impliceert een openeinde financiering, wel kunnen er afspraken worden gemaakt over volumebeheersing.

Uit een uitgevoerde Maatschappelijke Kosten-Batenanalyse (MKBA) blijkt dat investeren op werk helpt om een positieve businesscase te krijgen. Daar ligt de ruimte om meer in te zetten op de eigen kracht van mensen. Daarnaast zijn de teams die zich richten op multiproblematiek bewezen effectief.

- Verzekeraar** De gemeente trekt samen met de grootste verzekeraar op bij de ontwikkeling van de wijkzorgteams. Er wordt gestreefd naar gezamenlijke inkoop. Voor het realiseren van bovengenoemde populatiebepaling is samenwerking met de verzekeraar noodzakelijk.
- Aanbieders** Voor de transitiefase is afgesproken dat er per gebied een alliantie wordt gevormd van de aanbieders die meer dan 5 procent van het aanbod in dat gebied verzorgen. Deze alliantie verzorgt in 2015 de zorg op wijkniveau. Kleinere aanbieders kunnen daarbij aansluiten. Na de transitiefase zal de gemeente waarschijnlijk met minder aanbieders een contract afsluiten dan nu actief zijn in de gemeente.
- Monitoring** De monitoring hangt samen met de wijze van financiering. De gemeente wil sturen op resultaten en een kostenbesparing van 25 procent realiseren door vereenvoudigingen van en innovaties in de zorg. Er zullen prestatie-indicatoren worden benoemd om zicht te krijgen op de resultaten in het nieuwe zorgstelsel. De resultaten van de wijkteams hebben daarbij de specifieke aandacht. Daarnaast wil de gemeente sturen op inhoud:
- Zijn cliënten tevreden met de zorg- en ondersteuning/is de zorg- en ondersteuning effectief?
  - Is de score op de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) hoger geworden?
  - Wordt er minder doorverwezen naar de tweede lijn?
  - Is de participatie verhoogd?
  - andere, nog nader te bepalen parameters.

### 2.2.3 Gemeente 3

#### Kenmerken

<b>Gemeente 3</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	Klein (<50.000 inwoners)
Inwonertal/km <sup>2</sup>	271
Gemiddeld inkomen per inwoner*	43.300 euro
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=20,4; laag=4,4 (21,6%); middelbaar=11,0 (53,9%); hoog=4,8 (23,5%); onbekend=0 (0%)
Percentage 65-plussers	17%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 5
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	0

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

## Visie

De visie in deze gemeente is geënt op het uitgangspunt dat de dorpen die samen de gemeente vormen op zichzelf leefbaar en 'zelfregisserend' moeten zijn. De gemeente werkt deze visie uit in dialoog met de dorpen, in wat de gemeente de 'gouden driehoek' noemt: inwoners van dorpen, regisseurs (gemeenten, financiers) en maatschappelijke partners (professionals, informele zorgorganisaties, vrijwilligers) toetsen vierjaarlijks de leefbaarheidsbeleving. Aan de hand hiervan stemmen ze beleid en uitvoeringsafspraken af en monitoren deze. Dit is een manier om alle partijen met elkaar in dialoog een rol te geven bij de (door)ontwikkeling van de aanpak.

De strategie die uit deze visie voortvloeit, kan als volgt worden samengevat:

- Eerst werken aan de kanteling van het systeem (van binnenuit, experimenten met dagvoorzieningen en persoonlijke arrangementen), pas daarna kanteling van de toegang.
- Cocreatie: netwerken vormen die bestaan uit (kwetsbare) burgers, hun informele netwerk, belangenorganisaties, (zorg)vrijwilligers, beroepskrachten, financieel deskundigen, beleidsmakers, managers en bestuurders.
- Gezamenlijke inkoop door de gemeente, het zorgkantoor en de zorgverzekeraar voor de functiebegeleiding. Daarbij nadenken over hoe (groepen) burgers (in een kwetsbare positie) daarbij (mede)eigenaar en (mede)producent kunnen zijn.
- Zelfsturing: eigenaarschap van vraagstukken wordt teruggegeven aan burgers.
- Van individuele voorzieningen, naar collectieve voorzieningen, naar sociale coöperaties (zo streeft de gemeente naar dorpsdagvoorzieningen die worden gerund door dorpsbewoners, los van aanbieders, waarbij de stichting van bewoners tevens opdrachtgever voor aanbieders is).
- Integrale aanpak: samenhang tussen de 3 D's, samenhang met welzijn, maatschappelijk verantwoord ondernemen, HbH, hulpmiddelencentrum, scheiden wonen en zorg, vitaliteit en gezondheid, kunst et cetera.
- 'Kanteling van de financiering': investeren in de sociale infrastructuur, eigen kracht van mensen en hun sociale omgeving en in de algemene, collectieve en preventieve voorzieningen. Het voordeel is dat met een procentueel kleine bezuiniging op de grote budgetten voor individuele voorzieningen een investeringsbudget vrij wordt gemaakt waarmee de kleinere budgetten voor collectieve, algemene en informele welzijnsdiensten aanzienlijk vergroot kunnen worden.

**Doelstellingen** Een belangrijk doel van de aanpak in deze gemeente is om de kleine kernen leefbaar te houden. De ontwikkelingen predateren dan ook de Wmo; de eerste gezamenlijke visie op een andere inrichting van WWZ dateert van 2001. De eerste stap die de gemeente zette, was de decentralisatie van de verpleeghuisfunctie (geconcentreerd in één kern) naar zorgwoningen in de wijken en dorpen.

- Organisatie De organisatie van de zorg en ondersteuning is onder te verdelen naar de functie 'toegang', collectieve en individuele voorzieningen.
- Toegang: de gemeente wil komen tot een laagdrempelige, informele toegang die ook de meldplaats is voor signalen vanuit de eerste lijn. De toegang bouwt voort op reeds bestaande dorpsinfoketens die bemenst worden door vrijwilligers. In de toegang zullen professionals naast deze vrijwilligers werkzaam zijn. Vanuit de toegang worden arrangementsgesprekken gevoerd. De bereikbaarheid is fysiek, telefonisch, digitaal en outreachend. De werkwijze leidt tot persoonlijke arrangementen, waar dan wel centraal de regie op wordt gevoerd in de zin van casemanagement (dat kan een beroepskracht zijn, maar dat hoeft niet, afhankelijk van wat mensen zelf willen en kunnen). Er zijn ervaringen opgedaan in pilotvorm en deze wordt in 2014 uitgebreid naar 360 mensen.
  - Individuele pijler: kwetsbare burgers (bijvoorbeeld met verstandelijke beperking) stellen zelf hun persoonlijke arrangement samen, in samspraak met hun mantelzorgers, vrijwilligers en beroepskrachten (hun persoonlijke steunsysteem). Het persoonlijke arrangement vervangt de (AWBZ-)indicatie. Er is een (narratieve) methodiek ontwikkeld om te komen tot persoonlijke arrangementen die niet alleen voorzien in de hulpvraag, maar vooral ook insteken op het 'in de eigen kracht zetten' van mensen en hun zelf de regie geven, voor zover mogelijk. Een evaluatie heeft laten zien dat op deze manier kostenbesparingen gerealiseerd worden. Dat is op basis van de nu doorgerkende cases 15-25 procent, maar men ziet nog mogelijkheden voor verbetering in de aanpak.
  - Collectieve pijler: dagvoorzieningen en vervoer. Dagvoorzieningen worden vormgegeven als niet-geïndiceerde welzijns- en ontmoetingsvoorzieningen. Uitbreiding dorpsvervoer: vrijwillige inzet maar financieel en anderszins gesteund door gemeente.
- Vrijwilligers en mantelzorgers zijn volwaardige partners in de aanpak, zowel in de visievorming en inrichting als in de uitvoering.
- Zorgkantoor De gemeente werkt al sinds 2003 nauw samen met het Zorgkantoor. Dit maakt het mogelijk om de implementatiestrategie voor de functie begeleiding te richten op de gehele functie, niet alleen op het extramurale deel. De belangen liggen niet ver uiteen: het Zorgkantoor wilde meer invloed op de inrichting van de zorg (op de beleidsmatige kant, iets wat zorginstellingen steeds meer zelf gingen doen) en de gemeente begeeft zich ook op dat vlak. Ze hebben elkaar nodig: de gemeente heeft bijvoorbeeld van het Zorgkantoor een akkoord nodig op de verpleeghuislocaties, die men wilde decentraliseren. Het zorgkantoor en gemeente hebben ieder een eigen visie, maar die sluiten goed op elkaar aan.
- Verzekeraar Sinds 2008 werkt de gemeente ook samen met de grootste verzekeraar. Deze samenwerking krijgt met name op wijkniveau vorm, waar in deze gemeente ook gewerkt wordt aan een soort wijkteams rondom de wijkverpleegkundige. Dat is wel nadat de gemeente ingreep toen de verzekeraar ouderenmodules liet invullen door huisartsen en andere aanbieders, primair vanuit een medische invalshoek. De gemeente heeft aangedrongen op het overnemen

van de welzijnsinvalshoek door deze partijen en de partijen uitgenodigd om dit samen met de gemeente op te pakken, en dat lijkt gelukt te zijn: er is vertrouwen in de gekozen werkwijze.

**Sturing** De gemeente speelt een zeer actieve, maar niet sturende rol en noemt dit 'stuwende regie', waarbij nadrukkelijk wordt geïnvesteerd in een sterke gemeenschapsontwikkeling. Want ook in dorpen is sociaal kapitaal niet vanzelfsprekend en moet gewerkt worden aan de sociale ondersteuningsstructuur. Werken op het sociaal-emotionele vlak is een belangrijke basis voor het succes van de aanpak in deze gemeente. Er is een sturingsconcept dat drie vormen van sturing onderscheidt, die alle drie worden ingezet afhankelijk van het te bereiken doel: communicatieve zelfsturing (co-creatie, gelijkwaardigheid en solidariteit); regelsturing (stuwende regie = ruimte bieden met duidelijke toetsingskaders); en autoritaire sturing.

## 2.2.4 Gemeente 4

**Kenmerken**

<b>Gemeente 4</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	Middelgroot
Inwonertal/km <sup>2</sup>	1121
Gemiddeld inkomen per inwoner*	18.400 euro
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=67,4; laag=16,1(23,9%); middelbaar=28,7(42,6%); hoog=21,8 (32,3%); onbekend=0 (0%)
Percentage 65-plussers	15%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 3
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	1

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

Er zijn in deze gemeente op enig moment ongeveer 1000 probleemgezinnen. Het betreft een 'oude industriegemeente': een gemeente waar vroeger veel werkgelegenheid in de industrie was, maar waar deze inmiddels is verdwenen. De gemeente geeft aan dat er mede hierdoor sprake is van een relatief kansarme bevolking, wat zich vertaalt in het relatief lage gemiddelde inkomen per inwoner. Verdeelmodellen voor het gemeentefonds vallen voor de gemeente altijd nadelig uit. Of het wegvallen van industrie/grote werkgevers ook een gat slaat in de lokale sociale structuur kan op basis van bovenstaande indicatoren niet worden vastgesteld; de score op sociale cohesie is gemiddeld.

**Visie** Deze gemeente richt zich op een integrale aanpak van werk, ondersteuning, zorg en opvoeden. Lichte ondersteuning wil de gemeente organiseren op wijkniveau. Voor zwaardere ondersteuning wordt een integrale toegang georganiseerd. De nulde lijn moet worden versterkt door het aangaan van allianties met werkgevers, verenigingen, scholen en burgers, gericht op het

‘versterken van burgerkracht’. Hier ligt ook een rol voor de eerste lijn, waar de wijkteams gepositioneerd worden, die een verbinding moeten leggen met de nulde lijn. De uitgangspunten zijn:

- uitgaan van burgerkracht;
- werk preventief, versterk zelfredzaamheid;
- ruimte en verantwoordelijkheid voor breed kijkende professionals (wijkgericht, integraal);
- één huishouden, één plan, één regisseur, zo veel mogelijk één hulpverlener, één informatiesysteem;
- versterken burgerkracht via onderwijs, sport, vrijwilligerswerk, mantelzorg, huisarts et cetera.
- innoveren, regelingen en budgetten maximaal ontschotten.

De gemeente heeft na de invoering van de Wmo, mede doordat het verdeelmodel hiervoor nadelig uitviel, de afgelopen jaren al nadrukkelijk gewerkt aan het ‘kantelen’ van zorg en ondersteuning. Dit heeft ertoe geleid dat de gemeente op dit moment een overschot heeft op het budget voor de maatschappelijke zorg.

Doelstellingen	<p>De doelen van de decentralisaties in deze gemeente in algemene zin zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• meer werk, iedereen doet mee;</li> <li>• meer talentontwikkeling;</li> <li>• minder afhankelijkheid van zorg en ondersteuning.</li> </ul>
Organisatie	<p>De gemeente wil de zorg en ondersteuning organiseren in twee clusters:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ondersteuning die met name gericht is op interventie, lichte ondersteuning en regie op multiproblematiek: wijkteams;</li> <li>• ondersteuning die langduriger, chronischer en uitvoerender van aard is, met vaak een groot volume, zoals HbH, vervoer, persoonlijke verzorging, dagbesteding en een deel van de individuele begeleiding: wijkdiensten.</li> </ul>
Wijkteams	<p>De wijkteams kennen een voorgeschiedenis sinds 2003/2004, en hebben zich ontwikkeld tot zorgteams op wijkniveau. Sinds 2012 is er een structuur met vijf wijkteams in vijf stadsdelen. De teams moeten worden gezien als een verlengde eerste lijn. Binnenkort gaat de gemeente de stap maken van vijf naar negen wijkteams. In alle stadsdelen is er veelal één woonservicegebied waar relatief veel problematiek is (dat krijgt een eigen wijkteam) en zijn er twee andere woonservicegebieden waar minder problematiek speelt en die een wijkteam combineren. De wijkteams zullen elk 14.000 tot 20.000 inwoners als doelgroep hebben. Ze krijgen de volgende taken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aanpak voor groep met langere afstand tot de arbeidsmarkt;</li> <li>• vroegtijdige ondersteuning kinderen (0-23 jaar) en hun ouders ten behoeve van talentontwikkeling en opvoedvaardigheden;</li> <li>• toegang tot de tweede lijn jeugdzorg;</li> <li>• ambulante jeugdhulpverlening en een deel van het jongerenwerk;</li> <li>• een deel van de JGZ;</li> <li>• ambulante begeleiding van mensen met psychische problematiek (RIBW);</li> <li>• maatschappelijk werk, welzijnswerk en cliëntondersteuning (MEE).</li> </ul>



- De gemeente trekt nu de wijkteams, maar ze zullen uiteindelijk niet in de gemeentelijke organisatie belanden.
- Wijkdiensten** In 2014 wordt in drie wijken gestart met wijkdiensten, als alternatief voor een model waarin de gemeente de toegang tot (een deel van) de Wmo regelt. Het gaat om de toegang tot begeleiding, dagbesteding, HbH, vervoer en eventueel persoonlijke verzorging. Het wijkdienstenmodel is gebaseerd op het idee dat een zorgaanbieder de toegang regelt binnen een vastgesteld (populatiegebonden) budget. Op dit moment wordt gewerkt aan het vormen van een consortium per wijk met de belangrijkste uitvoerende partijen. Buiten de drie pilotwijken blijft de gemeente het toegangsmodel uitvoeren.
- Verzekeraar** De gemeente ziet samenwerking met de belangrijkste verzekeraar als de sleutel tot een succesvolle transitie en wil komen tot een gezamenlijke inkoop. De gemeente streeft daarbij naar populatiefinanciering. Nu persoonlijke verzorging grotendeels bij de verzekeraars blijft, is een wettelijke verplichting van verzekeraars tot samenwerking met gemeenten wenselijk, om de beoogde besparingen in de zorg te kunnen realiseren. Het directe belang van verzekeraars om deze samenwerking uit zichzelf te zoeken is kleiner geworden, terwijl een belangrijke vraag blijft hoe gaat worden voorkomen dat er vanuit de eerste lijn afwenteling op de tweede lijn plaats gaat vinden. De gemeente heeft al een bestaande, goede samenwerking met de verzekeraar (onder andere met betrekking tot het tegengaan van overgewicht) en bouwt daarop voort. De verzekeraar heeft de gemeente ook alle benodigde informatie gegeven om inzicht te krijgen in de verdeling van de zorgconsumptie over de stad. Met deze verzekeraar wil de gemeente graag afspraken maken, en de verzekeraar heeft ook een belang om dat te doen. Het wijkdienstenmodel wordt samen met de verzekeraar ingericht.

### 2.2.5 Gemeente 5

#### Kenmerken

<b>Gemeente 5</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	Middelgroot
Inwonertal/km <sup>2</sup>	218
Gemiddeld inkomen per inwoner*	21.200 euro
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=24,5; laag=7,3 (29,8%); middelbaar=11,7 (47,8%); hoog=5,3 (21,6%); onbekend=0 (0%)
Percentage 65-plussers	21%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 3
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	0

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

**Visie** De gemeente hanteert de volgende uitgangspunten:

- preventie en eigen verantwoordelijkheid als uitgangspunt;

- ontmedicaliseren, ontzorgen en normaliseren;
- eerder de juiste hulp op maat, vraaggestuurd;
- integrale hulp: één gezin, één plan, één regisseur;
- ruimte voor professionals;
- kwaliteit van zorg en ondersteuning;
- zorg dichtbij/wijkgericht.

Samen met de andere gemeenten in de regio zijn speerpunten opgesteld voor toekomstig beleid:

- zorg op maat (via één aanspreekpunt, coach);
- arbeidparticipatie als dagbesteding;
- pgb als sluitstuk;
- wonen: aandacht voor verschillen;
- vervoer: voorwaarde of verworvenheid?

Deze speerpunten zijn tot stand gekomen op grond van bijeenkomsten met cliëntenvertegenwoordigers, belangenorganisaties en eerste- en tweedelijns zorgaanbieders.

De gemeente kijkt integraal naar de drie decentralisaties en gebruikt daarbij kennis over goede voorbeelden van over de grens. Op die manier kan de Wmo aan de Participatiewet gekoppeld worden (inzet van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt voor bepaalde vormen van zorg en ondersteuning) en kunnen mensen binnen de zorg van werk naar werk begeleid worden (bijvoorbeeld door eis aan aanbieders van 5 procent social return on investment, omscholing voor andere vormen van zorg). Dienstencheques zijn ook een idee uit het buitenland: twee mensen inzetten voor één uur werk, in te kopen door iedereen die dat wil.

Organisatie	<p>Er zijn vooralsnog meerdere loketten die toegang verschaffen tot zorg en ondersteuning. Ze zijn momenteel op verschillende schaalniveaus georganiseerd:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het CJG, dat toegang verschaft tot jeugdzorg, regionaal;</li> <li>• Een nader vorm te geven organisatie, die toegang verschaft tot Wmo- en welzijnsvoorzieningen, vooralsnog lokaal;</li> <li>• een werk- en inkomenloket dat inkomensondersteuning en schulphulpverlening regelt en mensen toeleidt naar werk; straks regionaal, met de onderzochte gemeente als gastheer.</li> </ul> <p>Deze loketten helpen mensen individueel met vraagverheldering, cliëntondersteuning, kortdurende begeleiding en toeleiding naar voorzieningen. Collectief voeren ze preventief beleid van de gemeente uit op het gebied van publieke gezondheid, Wmo en jeugd. Werken aan leefbaarheid en opbouwwerk hebben hierin ook een plaats. Op korte termijn zijn het verschillende loketten, die nauw met elkaar samenwerken. Op den duur kunnen ze aan elkaar vastgroeien. De loketten zijn, met uitzondering van het werk- en inkomenloket, buiten de gemeentelijke organisatie geplaatst.</p>
Lokale uitvoerings-	<p>De gemeente richt per 1-1-2015 een lokale uitvoeringsorganisatie in voor de toegang tot zorg en ondersteuning. Deze uitvoeringsorganisatie wordt</p>

organisatie	<p>ondergebracht bij een reeds bestaand Openbaar Lichaam. Het voordeel van deze constructie is dat de democratische controle over het samenwerkingsverband goed is geregeld, en zo dus ook de democratische controle op de uitvoeringsorganisatie.</p> <p>De opdracht aan deze organisatie wordt: inwoners ondersteunen bij participatie aan de samenleving, behoud van zelfredzaamheid en gezond leven, en het helpen tot stand brengen van samenredzaamheid. Het aanbod van maatschappelijk werk, welzijn, jeugd en MEE moet hierin samenkomen (ontschot). De organisatie voert de volgende functies uit:</p> <p><i>Collectief (vraaggestuurd):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bevordering participatie en gezondheid;</li> <li>• (welzijns)voorzieningen voor jong en oud (beweegaanbod doelgroepen, organiseren van ontmoetingen);</li> <li>• opbouwwerk/ondersteuning burgerinitiatieven;</li> <li>• ondersteuning mantelzorgers en stimuleren vrijwilligerswerk;</li> <li>• bewegwijzering;</li> <li>• mensen aan het 'werk' (alternatieven voor huidige dagbesteding).</li> </ul> <p><i>Individueel/gezinssysteem</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vraagverheldering/cliëntondersteuning;</li> <li>• kortdurende begeleiding;</li> <li>• indicering huishoudelijke hulp, hulpmiddelen en collectief vervoer;</li> <li>• bewegwijzering;</li> <li>• ondersteuning mantelzorgers;</li> <li>• mensen aan het 'werk' (alternatieven voor huidige dagbesteding).</li> </ul> <p>Specialismen blijven behouden, maar worden wel wat verbreed. Bijvoorbeeld jeugdverpleegkundige blijft doelgroep jeugd doen, maar wordt voor die doelgroep generalist.</p>
Simpel oplossingen	<p>De gemeente zoekt naar manieren om de sociale samenhang te ondersteunen en tegelijkertijd voorzieningen te creëren. Voorbeelden zijn het realiseren van een 24 uursbeschikbaarheidsdienst in een kleine kern, die uiteindelijk is opgepakt door vrijwilligers van het Rode Kruis, met wat financiële ondersteuning van de gemeente en een zorgaanbieder; of het financieel ondersteunen van een voorziening voor de carnavalsvereniging, in combinatie met het tegengaan van leegstand.</p>
Aanbieders	<p>De gemeente laat veel ruimte aan aanbieders. De gemeente stelt de kaders (en moet daarvoor dus goed de zorgvraag in beeld hebben), welzijn doet de toegang, en binnen de kaders bepalen de aanbieders de inhoud. Ze mogen het aanbod in de kleine kernen anders inrichten dan in de stad, zodat het overal goed aansluit op de vraag. Veel concurrentie is er niet in de regio. De gemeente moet kleintjes dus de ruimte geven, inzetten op ontwikkeling vanuit de vraag en de impuls van zorgaanbieders om groter te worden tegengaan.</p>
Verzekeraar	<p>Samenwerking met de grootste verzekeraar gaat niet vanzelf goed, de belangen lopen soms duidelijk uiteen. De uitdaging van de decentralisaties (en</p>

dus voor de gemeente) is om echt te ontzorgen en demedicaliseren. In dat kader kan het zinvol zijn om de functie indiceren bij de toegang te leggen. De verzekeraar staat daar niet per se achter: waar de gemeente het heeft over gezondheid en preventie, heeft de verzekeraar het over ziekte. De verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars moeten duidelijk en geaccepteerd zijn om te komen tot een goede samenwerking. Daarnaast speelt dat de verzekeraar zelf al een zorgwelzijnsmodel heeft ontwikkeld waarin ze feitelijk wijkteams vormgeven vanuit de opdracht rond de wijkverpleegkundige. Dit dreigt de ontwikkeling vanuit de gemeente te bijten, maar maakt aan de andere kant goede afstemming des te noodzakelijker.

## 2.2.6 Gemeente 6

### Kenmerken

<b>Gemeente 6</b>	
Omvang gemeente (groot/middelgroot/klein)	middelgroot
Inwonertal/km <sup>2</sup>	2007
Gemiddeld inkomen per inwoner*	21.400 euro
Gemiddeld opleidingsniveau	Beroepsbevolking=69,6; laag=17,5 (25,1%); middelbaar=32,9(47,3%); hoog=18,4 (26,4%); onbekend=0 (0%)
Percentage 65-plussers	16%
Score sociale cohesie: 1-5 (1-laag 5-hoog)**	Score 3
Aantal zwakke wijken (prachtwijken)	1

\* Data uit 2011.

\*\* [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl) resultaten WoON: mate waarin bewoners zich verbonden voelen met hun buurt (contacten tussen de bewoners) en zich identificeren met de buurt.

### Visie

De gemeente heeft een gezamenlijke visie opgesteld rond de drie decentralisaties. De uitgangspunten in de visie zijn:

- Preventie, opzetten van een sterke organisatie van de eerstelijnszorg om te voorkomen dat er later complexere ondersteuning, zorg of een inkomensvoorziening ingezet moet worden. De preventie is niet alleen gericht op gezondheid, maar ook op welzijn, welvaart en veiligheid en zal samen met de maatschappelijke partners en de burgers zelf georganiseerd worden.
- Eigen verantwoordelijkheid op weg naar het einddoel zelfredzaamheid. Streven naar een sociale inclusieve samenleving, waarbij het recht op voorzieningen geen automatisme meer is, maar er wel een goed vangnet is voor wie dat echt nodig heeft.
- Integrale benadering effectieve voorzieningen; vanuit het motto: één gezin, één plan, één coördinator. Er wordt gestreefd naar minder schotten tussen financiële stromen, beleidsvoornemens en interventies.
- Een goed georganiseerd vangnet. De gemeente differentieert in zijn benadering van en dienstverlening aan burgers. Daarbij is de

ondersteuning vooral gericht op het zelfoplossend vermogen van iemand en/of op het versterken van het informele netwerk.

De gemeente wil de transitie oppakken als een transformatie; van een maatschappij waarin de rol van de overheid in de afgelopen decennia steeds groter is geworden en het beroep op zorg en ondersteuning is toegenomen, naar een maatschappij waarin mensen zelf en met hulp van anderen uit de samenleving hun problemen oplossen, waardoor zij geen of minder een beroep hoeven te doen op de overheid. Voor mensen met een ernstige fysieke, verstandelijke of geestelijke beperking en anderen die het niet zelf redden, moet er een vangnet zijn gericht op maatwerk.

**Doelstellingen** De centrale opgave heeft de gemeente als volgt geformuleerd: “hoe kunnen we de maatschappij samen zo vorm geven dat mensen zelf en met hulp van anderen hun problemen oplossen, waardoor zij zo min mogelijk afhankelijk zijn van de overheid of daar een beroep op te hoeven doen?”

**Organisatie** Vanaf 1 januari 2013 zijn twee sociale wijkteams (SWT's) gestart. Voor 2014 is het streven om met meer SWT's te starten, zodat er in 2015 sprake is van een geslaagde transformatie naar circa tien gebiedsgerichte en integrale teams over de hele stad (gemiddeld één team per 15.000 inwoners). De SWT's geven een uitwerking aan de eerste drie uitgangspunten: preventie, zelfredzaamheid en integrale benadering,

De volgende doelen worden daarbij nagestreefd:

1. Versterken van de eigen kracht van inwoners en daarmee het verminderen van overheidsafhankelijkheid. Vraaggericht, normaliseren en ontzorgen zijn daarbij sleutelwoorden.
2. Versterken van de buurtkracht; door inwoners(groepen) met elkaar te verbinden, (bestaande en nieuwe) netwerken beter te benutten en inwoners zo veel mogelijk te faciliteren in hun initiatieven ontstaan krachtige wijken die individuele inwoners in staat stellen langer zelfstandig te blijven wonen en op hun beurt zelf ook iets bij te dragen. Soms vanuit het principe van wederkerigheid; soms omdat wijkbewoners gewoon graag iets willen doen voor anderen.
3. Integraal; het ontwikkelen van een lokale samenhangende aanpak, die alle leefgebieden van de burger omvat. Een goede afstemming leidt tot minder bureaucratie, minder transactiekosten (overdrachten en afstemming) tussen organisaties en een organisatievorm die rekening houdt met de belevingswereld en vragen van de burger/het gezin.

In het SWT opereren de professionals als generalist die ondersteuning bieden op alle leefgebieden bij bewoners. Ieder wijkteam bestaat in ieder geval uit de volgende expertises, waarbij er een verschil kan zijn in de mate van inzet in fte per wijkteam:

- wijkverpleegkundige;
- maatschappelijk werk;

- Dienstverlening Licht Verstandelijk Beperkten;
- opbouwwerk;
- Wmo;
- schuldpreventie, budgetbegeleiding;
- re-integratie en participatie;
- woonbegeleiding.

De SWT moeten kostenbesparend werken:

- vroegtijdig ingrijpen moet duurdere zorg voorkomen;
- problemen worden in samenhang opgelost;
- door inzet eigen kracht en eigen netwerken vermindert de behoefte aan betaalde inzet;
- een collectief Wmo-aanbod zal goedkoper zijn dan een individueel aanbod;
- verbetering in de sociale positie van huishoudens zorgt voor minder maatschappelijke kosten;
- door monitoring daalt het aantal huishoudens dat terugvalt;
- minder coördinatiekosten;
- nivelleren kostprijs aanbieders.

Naast de SWT's is gestart met de proeftuin jeugdteams, waarbij de nadruk wordt gelegd op preventie. Ook zijn er nog andere ontwikkelingen in het kader van de decentralisatie jeugdzorg: de JGGZ-factteams, de proeftuin jeugdzorg 2.0 (inzet social media en 'social brokers' om lichte vragen van jongeren op te lossen) en afspraken over passend onderwijs (met onderwijs, gemeente en jeugdzorg).

**Financiering** Populatiebesteding gaat uit van één budget voor de gehele populatie en kent daarmee geen volumeopdrijvende prikkels. De aanbieder heeft met het geven van een vast budget een aansporing om inzet van zorg zo laag mogelijk te houden. De gemeente kiest voor resultaatgerichte populatiebesteding:

1. sturing op kwaliteit; prestatie-indicatoren, metingen op individueel niveau;
2. sturing op kwantiteit en kosten, prestatieafspraken op wijkniveau;
3. sturing op een gezonde spanning door de verschillende SWT's te vergelijken met een benchmark.

**Aanbieders** De gemeente geeft met de populatiebesteding veel ruimte aan de aanbieders en spoort deze aan met het geven van een vast budget de inzet van zorg zo laag mogelijk te houden. Doordat de gemeente tegelijkertijd een resultaat voor de gehele populatie afsprekt, heeft de aanbieder aan de andere kant de prikkel om de toegang niet te ver af te schermen. Met deze bestedingsvorm krijgt de gemeente de mogelijkheid om de afweging tussen 'minder ondersteuning om hoge kosten te vermijden' en 'meer ondersteuning om escalaties te voorkomen' direct neer te leggen bij de aanbieders en dus de professionals in de wijk. Deze vorm laat veel vrijheid voor maatwerk en let tegelijkertijd goed op de daarmee behaalde resultaten. Het is wel van belang om via monitoring te voorkomen dat bijvoorbeeld duurdere trajecten worden



doorgesluisd naar andere aanbieders (zoals naar de specialistische aanbieders in tweede lijn).

**Verzekeraars** De gemeente zet in op stevige relaties met de zorgverzekeraars om vanuit het gezamenlijke belang te bekijken naar de bekostiging van preventie. De gesprekken met de grootste verzekeraar worden door de gemeente gevoerd vanuit de visie dat de verzekeraar gebaat is bij een stevige nulde en eerste lijnszorg die zo veel mogelijk 'afvangt' voor de tweede lijn. De aanwezigheid van de wijkverpleegkundige in de SWT's maakt het belang van de verzekeraar bij een goed functionerende eerstelijnszorg en een soepele schakeling met de nulde en tweede lijn zichtbaar. De nieuwe plannen van de staatssecretaris om de persoonlijke verzorging onder te brengen bij de verzekeraars compliceren de gesprekken.

### 2.3 Organisatie van zorg en ondersteuning

Een belangrijk verschil tussen de onderzochte gemeenten is de manier waarop zij zorg en ondersteuning in de toekomst willen gaan organiseren. De verschillen hebben met name betrekking op:

- de werkvorm zelf;
- de populatie en het gebied waarop de diverse werkvormen betrekking hebben;
- de samenstelling van deze werkvormen (wat betreft de betrokken disciplines) en daarmee de vormen van zorg en ondersteuning die erin zijn ondergebracht;
- de wijze waarop ze bekostigd zullen gaan worden;
- de wijze waarop ze zullen worden aangestuurd.

In de bijlage is een overzichtstabel met deze elementen opgenomen. De verschillen laten zien dat gemeenten ieder op hun eigen manier de zorg en ondersteuning vormgeven. Het is aannemelijk dat ze daarmee aansluiten bij de eigen cultuur en structuur.

**Wijk- en gebiedsgericht** Alle gemeenten organiseren (de toegang tot) zorg en ondersteuning op buurt-, wijk- of dorpsniveau. De aard van deze 'teams' verschilt echter. Soms zijn ze exclusief op het zorgdomein gericht, soms op zorg en participatie. Meestal wordt jeugd als een aparte discipline gezien, maar niet altijd (gemeente, 4, gemeente 5).

**Populatie** De doelgroep van de teams varieert in aard en omvang, afhankelijk van het takenpakket van de teams. Waar men zich in gemeente 1 in eerste instantie heeft geconcentreerd op multiproblematiek en gezinnen, richten de pilots in gemeente 2 zich in eerste instantie op ouderen. In gemeente 4 wordt een onderscheid gemaakt tussen kortdurende, intensieve interventies en langdurende ondersteuning. Gemeente 3 wil de nieuwe vorm van werken op alle doelgroepen gaan toepassen, maar is men begonnen met complexe

problematiek. De omvang van de populatie die een team moet bedienen, varieert van een dorp met een paar duizend inwoners tot een stadsdeel met 40.000 inwoners.

Generalisten of specialisten	Een ander verschil betreft de keuze tussen bemensing van de teams met generalisten (bijvoorbeeld gemeente 1) of specialisten (bijvoorbeeld gemeente 5), hoewel het hier altijd gaat om relatieve verschillen: generalisten hebben altijd een achtergrond in één van de disciplines binnen het huidige aanbod van zorg en ondersteuning (hoewel er inmiddels wel wordt gewerkt aan nieuwe opleidingen voor generalistischer ingestelde professionals), specialisten zullen in de multidisciplinaire teams binnen hun eigen discipline generalistischer werken.
Bekostiging	Een deel van de gemeenten streeft naar populatiegebonden bekostiging voor de teams. De verwachting is dat dit de juiste prikkels geeft om voldoende en juiste, maar niet te veel zorg in te zetten, maar men verwacht niet dat deze wijze van bekostiging voor het hele terrein van zorg en ondersteuning kan worden gebruikt. De financiering van individuele voorzieningen zal prestatiegebonden (en daarmee open einde) blijven. Wel ziet men daar allerlei mogelijkheden voor besparing, met name door de nieuwe manier waarop binnen de teams of gemeentebreed (zoals in gemeente 3) tot persoonlijke arrangementen gekomen zal worden.
Aansturing	Alle gemeenten willen de uitvoerende partijen veel ruimte geven bij het halen van de beoogde doelstellingen. Aansturing vindt dan ook veelal plaats op afstand, via de financieringsrelatie. Alleen gemeente 3 ziet (deels) een grotere rol voor zichzelf; niet zozeer om de ruimte van professionals te beperken, maar om de verschillende partijen bij elkaar te brengen en initiatieven te laten ontplooiën.

## 2.4 Samenwerking met partners

Een ander punt waarop we verschillen zien tussen gemeenten, is de wijze waarop zij samenwerken met hun partners. De belangrijkste partners zijn de zorgverzekeraars, zorgaanbieders, cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers. Gemeente 3 werkt daarnaast nauw samen met het zorgkantoor.

Verzekeraars	De relatie tussen gemeenten en zorgverzekeraars is ingewikkeld. Ze dragen beide verantwoordelijkheid voor een deel van het zorgdomein: gemeenten voor ondersteuning, begeleiding, dagbesteding en extramurale zorg, de zorgverzekeraars voor de zorg die onder de Zvw en de Wet LIZ valt (waaronder het grootste deel van persoonlijke verzorging en verpleging). Er is een maatschappelijk belang dat gemeenten en zorgverzekeraars samen investeren in preventie, de nulde en de eerste lijn, zodat er zo min mogelijk een beroep gedaan wordt op de duurdere zorg die onder de Zvw en Wet LIZ valt.
--------------	--

Aanbieders	Gemeenten werken over het algemeen nauw samen met zorgaanbieders bij de invulling van de decentralisaties. Alleen gemeente 3 lijkt de aanbieders wat meer op afstand te houden: ze zijn opgenomen in de 'gouden driehoek', maar de gemeente wil het primaat bij cliënten en andere inwoners leggen, en niet bij de aanbieders.
Overige partners	Cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers worden veelal in de ontwikkelingen betrokken door middel van breed opgezette bijeenkomsten waarbij hun input wordt gevraagd. Op die manier kunnen zij invloed uitoefenen op de ontwikkelingen. In gemeente 3 is deze invloed het grootst. Dorpsbewoners worden daar aangespoord om initiatief te nemen, vrijwilligers en mantelzorgers krijgen een rol in de uitvoering toebedeeld die gelijk is aan die van professionals.



### 3 SUCCESVOLLE ELEMENTEN

In dit hoofdstuk werpen we een blik op de (te verwachten) effectiviteit van de verschillende vormen van organisatie van zorg en ondersteuning en van samenwerking in de onderzochte gemeenten. Ook gaan we in op de manier waarop structuurkenmerken van gemeenten deze effectiviteit (kunnen) beïnvloeden en de randvoorwaarden die maken dat bepaalde keuzes ook tot effectieve strategieën kunnen leiden.

#### 3.1 Populatiekenmerken

Sociale  
samenhang

Over de rol van populatiekenmerken in de effectiviteit van de aanpak kunnen we op basis van het onderzoek weinig uitspraken doen. Sociale samenhang lijkt belangrijk te zijn voor het slagen van de decentralisaties, omdat gemeenten zwaar leunen op het concept van eigen kracht en een sociaal netwerk. Gemeenten beogen dan ook te investeren in de sociale samenhang. Zelfs in gemeente 3, die op dit punt de hoogst mogelijke score heeft, ervaart de gemeente dat inwoners niet vanuit zichzelf in actie komen, maar dat de gemeente daar sterk op moet sturen. Dit laat zien dat hier een belangrijke opgave ligt voor alle gemeenten, en nog wel het meest voor de grote steden.

Kansarm en  
oud

Daarnaast mag verwacht worden dat in gemeenten met relatief arme, laag opgeleide en oude inwoners een groter beroep gedaan zal worden op zorg en ondersteuning dan in andere gemeenten. De ervaring van gemeente 4, een oude industriegemeente, is dat verdeelmodellen voor deze gemeente altijd nadelig uitvallen, juist omdat de bevolking relatief kansarm is.

#### 3.2 Organisatie van zorg en ondersteuning

Onderzoek in onder andere gemeente 3, gemeente 1 en gemeente 2 laat zien dat financiële winst te verwachten valt van:

- een integrale aanpak van multiprobleemgezinnen;
- investeren in participatie in de vorm van werk;
- het betrekken van de cliënt zelf en diens netwerk (mantelzorgers, professionals en vrijwilligers) bij het zoeken naar oplossingen.

Over de buurtteams in gemeente 1 schrijven de onderzoekers dat deze succesvol lijken op alle drie de lijnen die voor dit onderzoek zijn uitgezet, het zoeken naar manieren om te komen tot *voldoende, vraaggerichte en financieel houdbare zorg*. Buurtteams kunnen op allerlei manieren worden vormgegeven. Wat ze succesvol maakt, is de integrale aanpak. "Effectiviteit ontstaat door de combinatie met het gebruik van eigen kracht en het eigen netwerk, en door snel en proactief te werken zonder indicatie. De elementen tezamen leiden tot

eerder en meer vertrouwen van cliënten, méér kwaliteit voor cliënten, minder en goedkopere hulpverlening en lagere transactiekosten.”

De effectief gebleken aanpakken stellen eisen aan de professionals die ze moeten uitvoeren. Integraal werken betekent niet per se dat iemand generalist moet zijn, maar wel dat iemand in staat is tot een brede vraagverheldering (in gemeente 3 wordt hiervoor de narratieve methode gebruikt), het hele sociale domein kan overzien, durft te zoeken naar creatieve oplossingen en in staat is om de mogelijkheden van de cliënt in plaats van de mogelijkheden van het zorgaanbod centraal te stellen. Dit vereist niet alleen bepaalde vaardigheden en expertise, maar, zo is ook wel gesteld, een bepaalde persoonlijkheid.

Het belangrijke risico voor de effectiviteit van zorg en ondersteuning op lokaal niveau betreft de nulde lijn en basisvoorzieningen. Gemeenten erkennen dat zij hierin moeten investeren. Toch investeren zij op dit moment nog voornamelijk in de toegang en in de organisatie op wijk-, buurt- en dorpsniveau. Specifiek in gemeente 2 speelt het knelpunt dat de centrale stad niet over de basisvoorzieningen gaat; het welzijnsbeleid valt onder de stadsdelen, wat het extra moeilijk maakt om op de kwaliteit daarvan te sturen.

Simpel

Twee gemeenten benadrukken het belang van eenvoud: sluit aan bij wat er al is, zoek oplossingen in het klein want daar zit de beleidsruimte, gooi niet alle bestaande structuren overhoop. Dat werkt niet alleen zo in kleine gemeenten; ook gemeente 2 kiest ervoor netwerken te vormen van bestaande partijen. Dat is van belang voor de continuïteit, maar ook voor draagvlak bij zowel aanbieders als bewoners.

### **3.3 Sturing en bekostiging**

De ervaringen met sturing en bekostiging zijn op dit moment nog te beperkt om uitspraken te kunnen doen over (mogelijke) effectiviteit. Er wordt veel verwacht van populatiebekostiging, maar het slagen daarvan staat of valt met de criteria die worden gehanteerd en de erkenning van de grenzen aan de mogelijkheden ervan. Voor sturing zijn enkele interessante concepten ontwikkeld. Een belangrijke aanname die gemeenten doen, is dat professionals efficiënter werken als zij meer ruimte krijgen om zelf beslissingen te nemen. Het is onduidelijk in hoeverre deze aanname kan worden onderbouwd. Gemeenten zullen de uitvoering eerst helemaal moeten loslaten om daar zicht op te krijgen, en dat gebeurt juist niet in de pilots die zijn en worden uitgevoerd.



### 3.4 Samenwerking

- Verzekeraars** Gemeenten en zorgverzekeraars vinden elkaar nog niet overal in een gemeenschappelijk belang. Gemeenten kunnen niet goed duidelijk maken waar de belangen uiteenlopen en waar de (financiële) prikkels voor gemeenten en verzekeraars verschillen. Ze merken echter dat samenwerking veel expertise en het zoeken naar een gemeenschappelijke taak en belang vraagt. De ene gemeente slaagt hier beter in dan de andere. Gemeenten hopen veelal te komen tot gezamenlijke inkoop met de verzekeraars, maar nu persoonlijke verzorging grotendeels onder de Zvw blijft vallen, vragen ze zich af of zij voor de verzekeraars hier nu nog een interessante partij voor zijn.
- Samenleving** Men lijkt er in gemeente 3 in te slagen om de decentralisatie een project voor en door de bevolking te laten zijn. Dat vergt een bepaalde houding en een forse investering. In andere gemeenten wordt weliswaar goed naar cliënten, vrijwilligers en mantelzorgers geluisterd, maar wordt hun in de ontwikkeling zelf een minder actieve rol toebedeeld.
- Harmonie** In verschillende gemeenten is genoemd dat een harmonieuze cultuur van groot belang is voor het slagen van dit soort ontwikkelingen; een cultuur waarin partijen elkaar vinden, niet bang zijn om anderen in de keuken te laten kijken, open communiceren en elkaar aan durven te spreken.



**BIJLAGE**
**Tabellenbijlage**
**Tabel B1 Organisatie van Zorg en Ondersteuning**

Gemeente	Gekozen organisatievorm	Populatie	Takenpakket werkvorm	Expertise in werkvorm	Aansluiting op basisstructuur en Zvw	Bekostiging	Aansturing
1	Buurtteams gericht op gezinnen en buurtteams op andere 'systemen' of gezinnen waarin problematiek volwassenen overheerst	Nog onbekend.	Ambulante (woon-) begeleiding, cliëntondersteuning, budgetbegeleiding en sociale activering. Niet: verstrekken individuele voorzieningen.	Op gebied van specifieke problematiek: verstandelijke beperking, psychiatrie, zware multiproblematiek, dementie, psychosociale problematiek. Op gebied van specifieke leefgebieden: (vrijwilligers-)werk en activering, financiën, welzijnswerk.	Gebruikmaken van basisstructuur voor signalering en als vangnet/oplossing, afstemming op zorg die onder Zvw valt.	Populatiebekostiging.	Op afstand: uitvoering door zorgaanbieder.
2	Wijkzorgteams naast teams voor gezinnen en teams voor multiproblematiek	40.000 inwoners.	Signalering, toegang, doorverwijzing. Richtten zich primair op de zorg, te beginnen met ouderen en verstandelijk gehandicapten.	Afhankelijk van problematiek in de wijk, iig wijkverpleegkundigen, medewerkers van huisartsenpraktijken, verzorgenden in de thuiszorg, medewerkers van de maatschappelijke dienstverlening, eventueel aangevuld met woonbegeleiders voor verstandelijk gehandicapten en mensen met een psychiatrische aandoening.	Verbinden formele en informele zorgnetwerken in de wijk aan eerste- en tweedelijnszorg.	Wijk- of gebieds-budgetten o.b.v. resultaatgerichte bekostiging. Teams bepalen zelf hun inzet op basis van dit budget, hebben gedeeltelijk mandaat om andere zorg in te zetten.	Gemeente stuurt via opdrachtgeverschap op resultaatgerichte aanpak; probleemoplossend vermogen; integrale afwegingen; verbinding tussen nulde, eerste en tweede lijn; stimuleren van eigen kracht.

**Tabel B1 Organisatie van Zorg en Ondersteuning**

Gemeente	Gekozen organisatievorm	Populatie	Takenpakket werkvorm	Expertise in werkvorm	Aansluiting op basisstructuur en Zvw	Bekostiging	Aansturing
3	Individuele arrangementen, collectieve voorzieningen voor en door bewoners, sociale coöperaties in de dorpen, wijkteams voor zorg.	Dorpskern.	Het gehele pakket dat onder huidige Wmo, transitie AWBZ en Participatiewet valt.	Afhankelijk van de vraag van cliënten; geen vooraf vastgestelde vorm of samenstelling, met uitzondering van wijkteams voor zorg, die rondom wijkverpleegkundige worden georganiseerd. Rol mantelzorgers en vrijwilligers gelijkwaardig aan professionals.	Basisstructuur, Wmo-taken en Zvw-taken worden zo veel mogelijk aan elkaar gekoppeld op individueel en dorpsniveau.	Gezamenlijke inkoop begeleiding door gemeente, zorgkantoor en zorgverzekeraar. 'Kanteling van de financiering': procentueel kleine bezuiniging op grote budgetten individuele voorzieningen maakt investeringsbudget vrij voor aanzienlijke verruiming van veel kleinere budgetten voor collectieve, algemene en informele welzijnsdiensten.	Drie vormen van sturing, ingezet afhankelijk van te bereiken doel: communicatieve zelfsturing (co-creatie, gelijkwaardigheid en solidariteit); regelsturing (stuwende regie = ruimte bieden met duidelijke toetsingskaders); en autoritaire sturing.

**Tabel B1 Organisatie van Zorg en Ondersteuning**

Gemeente	Gekozen organisatievorm	Populatie	Takenpakket werkvorm	Expertise in werkvorm	Aansluiting op basisstructuur en Zvw	Bekostiging	Aansturing
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Wijkteams</li> <li>•Wijkdiensten</li> </ul>	14.000-20.000 inwoners.	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Wijkteams: gericht op interventie, lichte ondersteuning en regie op multiproblematiek.</li> <li>•Wijkdiensten: gericht op meer langduriger ondersteuning die uitvoerend van aard is, zoals HbH, vervoer, PV, dagbesteding en een deel van de individuele begeleiding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Wijkteams: op gebied van participatie, opvoedondersteuning, jeugdhulpverlening, jongerenwerk, maatschappelijk werk, welzijn, RIBW- en MEE-taken.</li> <li>•Wijkdiensten: nog nader te bepalen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Wijkteams: ondersteunen en versterken van de 'normale omgeving': gezondheidscentra, sportverenigingen, scholen. Ook: bieden van algemeen toegankelijke ondersteuning vanuit de vindplaatsen.</li> <li>•Wijkdiensten: nog niet bekend.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Wijkteams: niet bekend.</li> <li>•Wijkdiensten: populatiebekostiging Gemeente streeft naar gezamenlijke inkoop met grootste zorgverzekeraar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wijkteams: sturen op strategische resultaten en kostenbeheersing.</li> <li>Wijkdiensten: door gemeente via populatiegebonden budget.</li> </ul>
5	Lokale uitvoeringsorganisatie, naast loketten voor jeugd en werk & inkomen. Toegang, zorg en ondersteuning op wijk-/dorpsniveau.	Wijk/dorp.	Vraagverheldering, cliëntondersteuning, kortdurende begeleiding, indicering individuele voorzieningen, preventie op gebied van gezondheid, Wmo en jeugd. Werken aan leefbaarheid, opbouwwerk.	Aanbod van maatschappelijk werk, welzijn, jeugd en MEE. Specialismen blijven behouden, maar worden wel wat verbreed.	Afstemming met partners op beide vlakken. Nog niet nader beschreven.	Nog niet bepaald.	Via aparte uitvoeringsorganisatie. Veel ruimte voor aanbieders (gemeente stelt kaders).

**Tabel B1      Organisatie van Zorg en Ondersteuning**

<b>Gemeente</b>	<b>Gekozen organisatievorm</b>	<b>Populatie</b>	<b>Takenpakket werkvorm</b>	<b>Expertise in werkvorm</b>	<b>Aansluiting op basisstructuur en Zvw</b>	<b>Bekostiging</b>	<b>Aansturing</b>
6	Sociale wijkteams, jeugdteams.	Gemiddeld 1 team per 15.000 inwoners.	Sociale wijkteams gericht op: versterken eigen kracht, versterken buurtkracht, ontwikkelen van lokale samenhangende aanpak.	Generalist biedt ondersteuning op allerlei leefgebieden, per wijkteam iig: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wijkverpleegkundige;</li> <li>• maatschappelijk werk</li> <li>• Dienstverlening Licht Verstandelijk Beperkten;</li> <li>• Opbouwwerk;</li> <li>• Wmo;</li> <li>• schuldpreventie, budgetbegeleiding;</li> <li>• re-integratie en participatie;</li> <li>• woonbegeleiding.</li> </ul>	Sterke organisatie eerstelijns zorg: preventie. Goede koppeling eerste- en tweedelijnszorg.	Populatiebekostiging vanuit een budget per wijk.	Resultaatgerichte sturing op kwaliteit, kwantiteit en benchmark SWT's.

**Tabel B2 Samenwerking met partners bij ontwikkeling aanpak**

Gemeente	Zorgkantoor	Zorgverzekeraars	Zorgaanbieders	Cliënten	Mantelzorgers	Vrijwilligers
1	-	Convenant; waarschijnlijk geen gezamenlijke inkoop.	Betrokken bij ontwikkeling buurtteams.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in brede conferenties en bijeenkomsten.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in brede conferenties en bijeenkomsten.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in brede conferenties en bijeenkomsten.
2	-	Gemeente trekt samen met de verzekeraar op bij ontwikkeling wijkzorgteams. Er wordt gestreefd naar gezamenlijke inkoop.	(met name de grotere) aanbieders zijn betrokken bij ontwikkeling zorg en ondersteuning op wijkniveau.	Betrokken bij de beleidsvoorbereiding, specifiek met het oog op de wijze waarop cliënten in de toekomst invloed kunnen hebben.	Vooralsnog geen rol.	Vooralsnog geen rol.
3	Nauwe samenwerking met alle partijen in de 'gouden driehoek': inwoners van dorpen, regisseurs (gemeenten, financiers) en maatschappelijke partners (professioneel, informele zorgorganisaties, vrijwilligers) toetsen vierjaarlijks de leefbaarheidsbeleving. Aan de hand hiervan stemmen ze beleid en uitvoeringsafspraken af en monitoren deze. Dit is een manier om alle partijen met elkaar in dialoog een rol te geven bij de (door)ontwikkeling van de aanpak.					
4	-	Goede verstandhouding en samenwerking bij invullen transitie.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in themabijeenkomsten.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in themabijeenkomsten.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in themabijeenkomsten.	Betrokken bij beleidsontwikkeling in themabijeenkomsten.
5	-	Er is overleg, maar nog geen concrete samenwerking. Verzekeraar opereert deels solistisch.	Regionale speerpunten zijn tot stand gekomen op grond van bijeenkomsten met cliëntenvertegenwoordigers, belangenorganisaties en eerste- en tweedelijns zorgaanbieders. Met zorgaanbieders wordt samen nagedacht over manieren om mensen binnen de zorg van werk naar werk te begeleiden.			
6	-	??	??	Actieve en positief ingestoken betrokkenheid van cliëntenraad Wmo.	??	??







**Regioplan Beleidsonderzoek**

**Nieuwezijds Voorburgwal 35**

**1012 RD Amsterdam**

**T 020 531 531 5**

**F 020 626 519 9**

**E [info@regioplan.nl](mailto:info@regioplan.nl)**

**I [www.regioplan.nl](http://www.regioplan.nl)**