



Evaluatie resultaatsturing Wmo

H4 Gemeenten (Delft,
Midden-Delfland, Rijswijk,
Westland)

22 juni 2020

Eindrapport



DATUM	22 juni 2020
TITEL	Evaluatie resultaatsturing Wmo
OPDRACHTGEVER	H4 Gemeenten (Delft, Midden-Delfland, Rijswijk, Westland)
AUTEUR(S)	Roosje van Leer (Companen) Chantal Tiekstra (Companen)
PROJECTNUMMER	7820.100
STATUS	Eindrapport

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Onderzoeksvragen	4
1.2	Methodiek en reikwijdte van de uitkomsten in relatie tot eerdere onderzoeken	5
1.3	Leeswijzer	6
2	Managementsamenvatting met conclusies en aanbevelingen	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Effecten: worden de doelstellingen behaald?	8
2.3	De ingezette koers en verbeterpunten	12
3	Achtergrond: resultaatgericht werken in de H4	15
3.1	Achtergronden en doelstelling	15
3.2	Oude en nieuwe werkwijze	16
4	Effecten: worden de doelstellingen behaald?	19
4.1	Bijdrage aan doelstellingen	19
4.2	Uitvoering binnen financiële kaders, termijnen en procedures	25
4.3	Neveneffecten	27
5	De ingezette koers en verbeterpunten	28
5.1	De ingezette koers	28
5.2	De eerste maanden	28
5.3	Tussentijdse aanpassingen	29
5.4	Herindicatieproces Westland	31
5.5	De nieuwe werkwijze in praktijk	33
	Bijlage 1: Overzicht gevoerde gesprekken	39
	Bijlage 2: Achtergrondgegevens en resultaten CEO's	41

1 Inleiding

De gemeenten Delft, Rijswijk, Westland en Midden-Delfland werken sinds 2014 als 'H4' samen op het gebied van de Wmo. In de gezamenlijke Inkoopvisie Ondersteuning die in 2018 is vastgesteld hebben de gemeenten bepaald bij de inkoop van begeleiding en huishoudelijke hulp te willen sturen op resultaat, kwaliteit, samenwerking, innovatie en kosten. De gemeenten willen 'product-denken' inruilen voor resultaatgericht denken, wat in praktijk betekent dat de inputgestuurde bekostiging (pxq) is ingeruild voor resultaatbekostiging. Gemeenten bepalen daarbij samen met de cliënt het te bereiken resultaat (het wat); de manier waarop dit resultaat wordt bereikt (het hoe: omvang, frequentie en aard van de ondersteuning) is aan de aanbieder en de cliënt. Aanbieders en cliënten hebben dus meer ruimte gekregen om te doen wat nodig is om de gewenste resultaten te realiseren, en cliënten hebben daarmee een centrale en proactieve rol in het opstellen én het uitvoeren van hun zorgplan.

De huidige contracten voor Wmo-diensten op basis van resultaatgericht werken lopen af per 1 januari 2021, met optie tot verlenging voor tweemaal een jaar. Voor de H4-gemeenten is dit aanleiding om de nieuwe werkwijze in 2020 tegen het licht te houden, zodat de gemeenten kunnen bepalen of zij al dan niet door willen gaan op de ingeslagen weg. Voor de gemeente Westland bestaat een extra aanleiding om dit te doen uit de discussies in de gemeenteraad over de nieuwe werkwijze in combinatie met het herindiceren van bestaande cliënten.

De gemeenten hebben Companen daarom opdracht gegeven om een onderzoek uit te voeren dat duidelijk maakt in hoeverre de in de inkoopvisie geformuleerde doelen worden behaald en dat aanbevelingen doet over verbetermogelijkheden in de uitvoering van de resultaatsturing. Het onderzoek richt zich op de onderdelen Ondersteuning en Regie bij het Huishouden (ORH) en begeleiding (resultaatgebieden: sociaal persoonlijk functioneren, financiën, daginvulling, huisvesting en gezondheid).

Het onderzoek is uitgevoerd in de eerste helft van 2020. Het jaar 2019 was een overgangsjaar, waarin alle nieuwe cliënten een indicatie kregen volgens de nieuwe werkwijze, en gedurende het jaar bestaande cliënten een nieuwe (resultaatgerichte) indicatie hebben gekregen. Aanbieders hebben nog beperkt kunnen 'draaien' in de nieuwe werkwijze, en slechts een beperkt aantal cliënten heeft ervaring met het nieuwe systeem. Bij deze evaluatie moet dan ook in het achterhoofd worden gehouden dat de informatie die beschikbaar is voor een evaluatie na één jaar beperkt is. Dit rapport, waarin wij verslag doen van de belangrijkste uitkomsten uit de evaluatie, moet dan ook vooral gezien worden als eerste 'temperatuurmeting'.

1.1 Onderzoeksvragen

De belangrijkste doelstelling voor het onderzoek was te onderzoeken of de gezamenlijke doelen voor resultaatsturing worden gehaald en welke verbeterpunten er zijn voor de uitvoering. Vooraf zijn de onderzoeksvragen als volgt geformuleerd:

1. In hoeverre draagt de huidige wijze van inkopen met resultaatsturing in de ogen van cliënten, zorgaanbieders en het gemeentelijk apparaat bij aan de doelen zoals geformuleerd in de Inkoopvisie? Oftewel: in hoeverre draagt het bij aan...
 - de zelfredzaamheid van inwoners van de H4-gemeenten?
 - de participatie van inwoners van de H4-gemeenten?

- de mate waarin inwoners regie hebben over het eigen leven?
 - de kwaliteit van dienstverlening (van zowel gemeente als zorgaanbieders)?
 - de samenwerking tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en gemeente?
 - innovatie?
 - uitvoering van de Wmo binnen de gestelde financiële kaders?
 - uitvoering (door de gemeenten) binnen de afgesproken termijnen en procedures?
 - uitvoering (door de zorgaanbieders) binnen de afgesproken termijnen en procedures?
2. Welke verbeterpunten voor de uitvoering zijn er, vanuit het perspectief van cliënten, zorgaanbieders en gemeente? In hoeverre zou teruggaan naar het oude systeem (pxq) een oplossing kunnen bieden voor eventueel gesignaleerde problemen?

De onderzoeksvragen worden vanuit verschillende perspectieven belicht: vanuit de gemeentelijke organisatie, zorgaanbieders en uiteraard vanuit het perspectief van cliënten zelf.

1.2 Methodiek en reikwijdte van de uitkomsten in relatie tot eerdere onderzoeken

Om een antwoord te vinden op de genoemde onderzoeksvragen, zijn (groeps-)gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de vier gemeenten (wethouders, beleidsmedewerkers, contractteam, Wmo-consulenten en managers), zorgaanbieders op het gebied van Ondersteuning en Regie bij het Huishouden (ORH) en begeleiding (uitvoerend medewerkers en managers), de adviesraden sociaal domein, cliëntenorganisaties en individuele cliënten. In totaal hebben wij 75 professionals en 32 individuele cliënten gesproken. Daarnaast zijn de rapportages van eerdere evaluaties bestudeerd, zijn de resultaten van de kwantitatieve cliëntervaringsonderzoeken Wmo (over 2018 en 2019¹) meegenomen en is informatie ingewonnen over bezwaarprocedures, indicaties en declaraties in 2019.

Deze evaluatie betreft primair een kwalitatief onderzoek: de doelstelling was niet om te achterhalen *hoeveel* mensen een bepaalde mening zijn toegedaan, maar om een zo breed mogelijk beeld te krijgen van de opvattingen die leven in het veld en de ervaringen die in het eerste jaar zijn opgedaan. We zijn op zoek gegaan naar ervaringen en signalen vanuit de gemeentelijke organisaties, zorgaanbieders en cliënten en hun vertegenwoordigers, om op basis daarvan te komen tot een antwoord op de vraag in hoeverre – in de ogen van betrokkenen – aan de doelstellingen wordt voldaan en om vanuit het perspectief van belanghebbenden in de praktijk gerichte verbeterpunten en aanbevelingen te kunnen formuleren.

Uit de gesprekken is heel veel informatie naar voren gekomen. We verwijzen ter onderbouwing van de conclusies en aanbevelingen regelmatig naar de gesprekken met de verschillende partijen. Daarbij is alle opgehaalde input meegewogen en is een selectie gemaakt van kerninformatie. Dit betekent dat niet alle input één op één terug te lezen is in de rapportage; het heeft echter wel bijgedragen aan de beeldvorming.

Voor de interviews is binnen de groep cliënten een onderscheid gemaakt tussen cliënten die in 2019 voor het eerst een indicatie voor Wmo-ondersteuning hebben aangevraagd en cliënten die al langer ondersteuning ontvangen en in 2019 een herindicatie hebben gehad. In verband met de coronacrisis is

¹ De cliëntervaringsonderzoeken over 2018 zijn in 2019 verschenen, die over 2019 in 2020. Rapportages over 2019 waren ten tijde van dit onderzoek voor Westland en Delft al wel beschikbaar, maar voor Midden-Delfland en Rijswijk nog niet.

het grootste deel van de gesprekken met cliënten telefonisch geweest. In de bijlage is een overzicht opgenomen van de gesprekken die zijn gevoerd.

Voorafgaand aan dit onderzoek hebben er al enkele evaluerende onderzoeken plaatsgevonden. Waar relevant, worden de conclusies in dit rapport aangehaald. Het gaat om twee interne evaluaties en één evaluatie door een extern bureau:

- In het voorjaar van 2019 heeft het Programmteam H4 een interne evaluatie uitgevoerd naar de implementatie van resultaatsturing Wmo in de H4-gemeenten. In deze evaluatie is primair het implementatietraject van de nieuwe werkwijze geëvalueerd (procesevaluatie).
- In september 2019 is vanuit de projectgroep Onderzoek effecten resultaatgericht werken een tussenrapportage opgesteld met betrekking tot de effecten van resultaatgericht werken. Dit interne onderzoek is ongeveer een half jaar na de start van de nieuwe werkwijze uitgevoerd, toen in de praktijk bleek dat zorgaanbieders financieel niet goed uitkwamen met de nieuwe indicaties (primair binnen de resultaatgebieden gerelateerd aan begeleiding). Er is een financiële analyse uitgevoerd om te toetsen of er (significant) minder vergoed werd voor dezelfde ondersteuningsbehoeften. Aanbieders hebben toen middels vragenlijsten kunnen toelichten waar knelpunten ervaren werden.
- Naast deze interne evaluaties is er in de gemeente Westland door Radar Advies een evaluatie uitgevoerd naar het Resultaatgericht (her)indiceren van de Hulp bij het Huishouden (HbH). Aanleiding was de ontstane politieke en maatschappelijke onrust rondom de herindicaties in Westland. Radar Advies heeft onderzocht op welke wijze de gemeente de herindicaties heeft uitgevoerd, en heeft aanbevelingen gedaan rondom de toekomstige werkwijze van het resultaatgericht indiceren van Hulp bij het Huishouden binnen de gemeente Westland. Het onderzoek van Radar gaat nadrukkelijk niet in op de andere gemeenten binnen de H4. Wel zijn de aanbevelingen met de H4 gemeenten gedeeld en waar kon ook gezamenlijk opgepakt, waaronder deze evaluatie.

In voorliggende rapportage nemen we de uitkomsten uit de voorgaande onderzoeken mee daar waar zij relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen uit het huidige onderzoek. Dit betekent dat we niet alle punten die in andere onderzoeken reeds aan de orde zijn geweest de revue laten passeren. Het betekent wel dat we in dit onderzoek zijn doorgegaan op uitkomsten van voorgaande onderzoeken als daar aanleiding toe was in relatie tot de vraagstelling. Belangwekkende elementen zijn in de gesprekken en interviews aangehaald en verduidelijkt waar nodig. De conclusies en aanbevelingen in dit onderzoek zijn dus gebaseerd op de eerder uitgevoerde onderzoeken, de reflecties van gesprekspartners hierop én op nieuwe informatie en ervaringen van betrokkenen.

1.3 Leeswijzer

Dit rapport begint in hoofdstuk 2 met een managementsamenvatting met conclusies en aanbevelingen. Deze worden in de volgende hoofdstukken onderbouwd. In hoofdstuk 3 gaan we in op de achtergrond van het resultaatgericht werken en beschrijven we de oude en nieuwe werkwijze. In hoofdstuk 4 gaan we in op de effecten van het resultaatgericht werken en op de vraag in hoeverre de doelen zoals die vooraf werden gesteld, met de nieuwe werkwijze worden behaald. In hoofdstuk 5 gaan we in op (overige) verbeterpunten die uit het onderzoek naar voren komen. In dat hoofdstuk blikken we vanuit het gezichtspunt van verschillende betrokken partijen terug op de voorbereidende fase en de implementatiefase, en gaan we in op de tevredenheid met de gang van zaken zoals die nu is.

De opgehaalde informatie en aanbevelingen zijn relevant voor alle opdrachtgevende gemeenten. Indien iets betrekking heeft op één of enkele gemeenten, zullen we dit specifiek benoemen.

2 Managementsamenvatting met conclusies en aanbevelingen

2.1 Inleiding

De gemeenten Delft, Rijswijk, Westland en Midden-Delfland, samen de 'H4', werken bij de inkoop van begeleiding en huishoudelijke hulp sinds januari 2019 volgens een systeem van resultaatsturing. Gemeenten bepalen daarbij niet langer het aantal uren of dagdelen aan hulp dat een cliënt krijgt, maar het te bereiken resultaat; de manier waarop dit resultaat wordt bereikt (omvang en aard van de ondersteuning) is aan de aanbieder en de cliënt. Companen heeft in opdracht van de H4-gemeenten in de eerste helft van 2020 onderzoek gedaan om te achterhalen in hoeverre de in de inkoopvisie geformuleerde doelen worden behaald, in de ogen van cliënten, zorgaanbieders en betrokken medewerkers van de 4 betrokken gemeenten. Het onderzoek richt zich op de onderdelen Ondersteuning en Regie bij het Huishouden (ORH) en begeleiding (resultaatgebieden: sociaal persoonlijk functioneren, financiën, daginvulling, huisvesting en gezondheid).

Om een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen, zijn (groeps-)gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de vier gemeenten (wethouders, beleidsmedewerkers, contractteam, Wmo-consulenten en managers), zorgaanbieders op het gebied van Ondersteuning en Regie bij het Huishouden (ORH) en begeleiding (uitvoerend medewerkers en managers), de adviesraden sociaal domein, cliëntenorganisaties en individuele cliënten. In totaal hebben wij 75 professionals en 32 individuele cliënten gesproken. Daarnaast zijn de rapportages van eerdere evaluaties bestudeerd, zijn de resultaten van de cliëntervaringsonderzoeken Wmo meegenomen en is informatie ingewonnen over bezwaarprocedures, indicaties en declaraties in 2019.

Deze evaluatie betreft primair een *kwalitatief* onderzoek: we zijn op zoek gegaan naar ervaringen en signalen vanuit de gemeentelijke organisaties, zorgaanbieders en cliënten en hun vertegenwoordigers, om op basis daarvan te komen tot een antwoord op de vraag in hoeverre – in de ogen van betrokkenen – aan de doelstellingen wordt voldaan en om vanuit het perspectief van belanghebbenden in de praktijk gerichte verbeterpunten en aanbevelingen te kunnen formuleren.

In dit hoofdstuk zetten wij de belangrijkste conclusies uit dit evaluatieonderzoek op een rij en doen wij een aantal aanbevelingen voor de doorontwikkeling van het resultaatgericht werken. Uit de interviews is een grote hoeveelheid informatie naar voren gekomen, onder meer over de ervaringen met het nieuwe systeem gedurende de eerste maanden na invoering. Sommige problemen die in die periode werdenesignaleerd, zijn inmiddels opgelost; voor andere zaken geldt dat hier nog steeds aandachtspunten liggen. Wij beperken ons in dit hoofdstuk tot die zaken, die in de huidige situatie nog altijd relevant zijn.

De onderbouwing voor de conclusies en aanbevelingen is terug te lezen in de navolgende hoofdstukken. In hoofdstuk 4 gaan we in op de effecten van het resultaatgericht werken en op de vraag in hoeverre de doelen zoals die vooraf werden gesteld, met de nieuwe werkwijze worden behaald. In hoofdstuk 5 gaan we in op (overige) verbeterpunten die uit het onderzoek naar voren komen.

De opgehaalde informatie en aanbevelingen zijn relevant voor alle opdrachtgevende gemeenten. Indien iets betrekking heeft op één of enkele gemeenten, zullen we dit specifiek benoemen.

2.2 Effecten: worden de doelstellingen behaald?

De centrale vraag van het onderzoek luidde: in hoeverre draagt de huidige wijze van inkopen met resultaatsturing in de ogen van cliënten, zorgaanbieders en het gemeentelijk apparaat bij aan de doelen zoals geformuleerd in de Inkoopvisie? In deze paragraaf geven we antwoord op deze vraag.

Bijdrage aan doelstellingen

1. Na één (overgangs-)jaar is het nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre alle doelstellingen voor resultaatgericht werken worden behaald. De eerste signalen zijn echter positief.

De algemene indruk is dat het systeem van resultaatgericht werken een positieve bijdrage heeft op het vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie. Er is steeds meer bewustwording onder zorgverleners dat ondersteuning/begeleiding gericht moet zijn op het zo zelfredzaam mogelijk maken van mensen. De invloed van de invoering van een nieuwe werkwijze op de kwaliteit van zorg is op dit moment nog niet duidelijk. Daarvoor is de periode waarin volledig met de nieuwe werkwijze is gewerkt nog te kort om de situatie voorafgaand aan en na de invoering goed te kunnen vergelijken.

Per doelstelling komt het volgende beeld naar voren:

a) Het nieuwe systeem zorgt voor meer focus op het vergroten dan wel behouden van de zelfredzaamheid

Zowel vanuit de gemeenten als door zorgaanbieders wordt aangegeven dat - doordat in het nieuwe systeem explicieter benoemd moet worden aan welk resultaat wordt gewerkt en het vergroten of ten minste behouden van zelfredzaamheid daar vaak onderdeel van uitmaakt - zowel cliënten als zorgverleners hier meer op gespitst zijn dan vroeger. Het systeem geeft dus de juiste prikkel af. Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties geven hierbij wel aan dat het vergroten van zelfredzaamheid niet bij alle cliënten aan de orde is; soms is het behoud van zelfredzaamheid het hoogst haalbare. Of de grotere focus op zelfredzaamheid ook daadwerkelijk leidt tot een grotere zelfredzaamheid bij cliënten is op dit moment nog niet vast te stellen.

b) De systematiek heeft nog weinig aanvullend effect op *participatie* van cliënten

Het systeem geeft een prikkel om te focussen op het gewenste resultaat. Uit de gesprekken die wij in het kader van deze evaluatie hebben gevoerd, komt echter naar voren dat partijen niet de indruk hebben dat er in de praktijk nu meer nadruk ligt op de doelstelling 'participatie' dan voorheen. Algemeen is de reactie dat de ondersteuning vanuit de Wmo voor veel cliënten zeker een bijdrage levert aan de mate waarin zij kunnen 'meedoen'; dat doet het echter niet meer of minder dan toe nog gewerkt werd met een inputgericht systeem met pxq-financiering. Zorgaanbieders zeggen meer dan voorheen mantelzorgers te betrekken bij de invulling van de zorg; zij geven echter ook aan dat hier nog ruimte voor verbetering is.

Aanbeveling:

1.1. Betrek mantelzorgers waar mogelijk bij het keukentafelgesprek en het intakegesprek met de zorgaanbieder, zodat de inzet van de mantelzorger een goede plek kan krijgen in het ondersteunings- en zorgplan.

c) Het systeem bevordert *eigen regie*, maar doet hier ook al een groot beroep op

Cliënten bevestigen in de gesprekken dat zij inbreng hebben kunnen leveren in zorgplan en ondersteuningsplan. Dat blijkt ook uit de cliëntervaringsonderzoeken. Vanuit zowel de Wmo-consulenten als zorgaanbieders komt wel het signaal dat niet alle cliënten in staat zijn om hun hulpvraag goed te formuleren en daarmee ook eigen regie te nemen. Volgens aanbieders is dit bij zeker een kwart van de ORH-cliënten en meer dan de helft van de begeleidingscliënten aan de orde. Een enkel keukentafelgesprek is vooral bij cliënten met complexe problematiek soms onvoldoende.

Aanbevelingen:

1.2 De eerst aangewezenen om cliënten met minder ‘eigen regie’ te ondersteunen in het indicatieproces, zijn mantelzorgers en onafhankelijk cliëntondersteuners. Benadruk in de communicatie richting cliënten de mogelijkheid om hulp te krijgen van een onafhankelijk cliëntondersteuner. Geef de tip mee om een mantelzorger te vragen om aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek en het intakegesprek met de zorgaanbieder.

1.3 Geef in complexe situaties in eerste instantie een kortdurende indicatie af, zodat de zorgverlener meer tijd heeft om de hulpvraag goed in beeld te krijgen en een passend zorgplan op te stellen. Een andere mogelijkheid is om de indicatie met terugwerkende kracht in te laten gaan of de inzet van een zorgverlener voor het verhelderen van de hulpvraag te bekostigen vanuit een ‘algemene voorziening’.

d) De invloed van de systematiek op de *kwaliteit* is nog beperkt meetbaar. Uit de gesprekken blijkt dat het nieuwe systeem ‘het in zich heeft’ om de kwaliteit te verbeteren. Dat heeft vooral te maken met de grotere nadruk op het gewenste resultaat.

Er is op dit moment nog beperkt informatie beschikbaar over de kwaliteit van dienstverlening: de ‘schouw’ voor ORH moet nog worden opgestart, voor begeleiding is nog geen systematische monitoring ingericht om vast te stellen in hoeverre de resultaten zoals die in het zorgplan staan worden behaald en voor twee van de vier gemeenten geldt dat de resultaten van het cliëntervaringsonderzoek 2019 nog niet beschikbaar zijn.. Uit de gegevens die al wel beschikbaar zijn, blijkt dat de gemiddelde tevredenheid van cliënten ongeveer gelijk gebleven is.

Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties uiten wel zorg over de beschikbare tijd voor de ‘sociale component’. Hoewel de signaleringsfunctie onderdeel uitmaakt van de afspraken die zorgaanbieders met de gemeenten hebben gemaakt en uit het traject om te komen tot een onafhankelijk normenkader voor ORH naar voren is gekomen dat hier in principe voldoende tijd voor beschikbaar zou moeten zijn, blijken met name veel uitvoerend medewerkers er moeite mee te hebben dat er minder tijd is voor ‘een praatje’ dan voorheen.

Aanbevelingen:

1.4 Gebruik de uitkomsten uit de cliëntervaringsonderzoeken 2019 en 2020 om te toetsen of de tevredenheid van Wmo-cliënten over de hele linie is verbeterd ten opzichte van de situatie vóór het resultaatgericht werken. Maak hierbij bij voorkeur een onderscheid tussen groepen die in een bepaald jaar voor het eerst een indicatie hebben gekregen en cliënten die al langer ondersteuning ontvangen.

1.5 Ontwikkel (in het kader van kwaliteitsborging) een monitoringsinstrument waarmee - samen met cliënten - gestructureerd de voortgang kan worden gemeten van cliënten die begeleiding ontvangen, en gebruik deze gegevens om de voortgang van de totale groep cliënten te monitoren.

1.6 Ga met zorgaanbieders in gesprek over hoe zij invulling geven aan de 'signaleringsfunctie' bij cliënten ORH. Stuur er op aan dat zij verwijzen naar voorliggende voorzieningen als zij vaststellen dat cliënten behoefte hebben aan meer dan een kort 'praatje'.

- e) De samenwerking tussen gemeente en aanbieders op casusniveau is goed. Zorgaanbieders willen graag op structurele basis met de gemeenten in gesprek blijven om af te stemmen over communicatie en werkwijze.**

Aanbeveling:

1.7 Organiseer met vaste regelmaat afstemmingsoverleggen op gemeentelijk niveau tussen consultants en intakecoördinatoren van zorgaanbieders, om eventuele knelpunten in de uitvoering te bespreken en af te stemmen over de 'kernboodschap' die zorgaanbieders én gemeenten richting cliënten uitzenden over het resultaatgericht werken (zie ook aanbeveling 7.1)

- f) De samenwerking tussen aanbieders is toegenomen.**

Voor een deel gebeurt dit in onderaannemingsconstructies. Voor enkele aanbieders is dit een noodzakelijke constructie om toch in de H4 te kunnen werken.

- g) Innovatie komt nog beperkt tot stand.**

Het onderwerp 'innovatie' is in gesprekken met aanbieders in het eerste jaar nog beperkt aan bod gekomen. Binnen ORH wordt de hulp niet anders ingericht dan voorheen. Bij begeleiding wordt meer gebruik gemaakt van de mogelijkheden die er zijn om de hulp anders dan standaard in te vullen (beeldbellen, groepsgewijze begeleiding, inloopspreekuur et cetera). Sinds de corona-uitbraak is de innovatie op dit punt in een versnelling gekomen. Zorgaanbieders geven aan soms onzeker te zijn over hoe ver zij mogen gaan in het zoeken naar alternatieve vormen: mag individuele begeleiding worden vervangen door een groepsgewijze activiteit zoals samen sporten, of bestaat dan het risico dat er wordt gekort op de financiële bijdrage van de gemeente? Zorgaanbieders gaan hierover nog beperkt het gesprek aan met gemeenten.

Aanbeveling:

1.8 Maak innovatie een vast agendapunt in de contractoverleggen. Stimuleer aanbieders om met innovatieve ideeën naar voren te komen en bespreek ook mogelijke obstakels die innovatie in de weg kunnen staan. Maak gebruik van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in de periode sinds de corona-uitbraak.

Een verdere toelichting op deze punten is te vinden in paragraaf 4.1.

Uitvoering binnen financiële kaders, termijnen en procedures

- 2. Het is nog onduidelijk wat de financiële consequenties van de nieuwe systematiek zijn voor gemeenten en zorgaanbieders. Gemeenten en zorgaanbieders ervaren de wettelijke termijnen als knellend.**

Bezuinigingen waren géén doel van de invoering van resultaatsturing. Wel is er altijd de noodzaak, zo blijkt uit gesprekken met vertegenwoordigers van de vier gemeenten, om de kosten binnen de Wmo ook op langere termijn beheersbaar te houden. Het is op dit moment nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre de gemeenten hier in slagen.

Het jaar 2019 was een overgangsjaar, waarin een deel van de cliënten nog een oude indicatie had, en een ander deel een nieuwe indicatie. Bovendien zijn gedurende het jaar verschillende ‘reparatie-acties’ uitgevoerd, deels met terugwerkende kracht. De effecten hiervan zijn in de financiële cijfers die nu beschikbaar zijn nog beperkt zichtbaar. Volgens de interne Werkgroep Financiën H4 is het daarom pas eind 2020 mogelijk om goede uitspraken te kunnen doen over de kosten van het nieuwe systeem in vergelijking tot het oude systeem.

Zorgaanbieders binnen ORH hebben de stellige indruk dat het gemiddelde budget per cliënt is teruggelopen in Rijswijk, Midden-Delfland en Westland. Daarnaast geven zij aan weinig mogelijkheden te hebben om te ‘middelen’, doordat de verschillen tussen de tredes klein zijn en de ondersteuning bij de meeste cliënten al ‘hoog in de trede’ zit.

In relatie tot termijnen en procedures blijkt dat de wettelijke termijnen voor het uitwerken van het ondersteuningsplan (4 weken) en het zorgplan (2 weken) als knellend worden ervaren. Zowel vanuit de gemeenten als vanuit de zorgaanbieders komt naar voren dat de tijd die zij hebben om het zorg- en ondersteuningsplan uit te werken en te laten ondertekenen te krap is. Doordat 2019 een overgangsjaar was waarin veel herindicaties plaats moesten vinden, is er sprake geweest van een piek in de administratieve afhandeling in relatie tot het afgeven van beschikkingen. Nu de herindicaties zijn afgerond zal dit zich normaliseren. Dit zal een gunstig effect hebben op de administratieve afwikkeling binnen de gestelde termijnen. Ook in het verder optimaliseren van procedures kan nog winst behaald worden.

Aanbevelingen:

- 2.1 Monitor de trend van het gemiddelde toegewezen én gedeclareerde bedrag per cliënt in elk van de gemeenten, om te achterhalen wat het financieel effect is voor de gemeenten én de zorgaanbieders. Speciale aandacht hierbij verdient de vraag of de reparatie-actie rondom het mogelijk maken van meer stapeling wel voldoende effect heeft en voor aanbieders voldoende ruimte biedt om de benodigde ondersteuning duurzaam te kunnen leveren.*
- 2.2 Kijk in hoeverre administratieve procedures verder doorontwikkeld en gestandaardiseerd kunnen worden om tijdswinst te realiseren, bijvoorbeeld door standaard formats en werkwijzen.*
- 2.3 Laat een zorg- en/of ondersteuningsplan zo veel mogelijk direct door de cliënt ondertekenen na afloop van een gesprek.*

Een verdere toelichting op deze punten is te vinden in paragraaf 4.2.

2.3 De ingezette koers en verbeterpunten

De tweede hoofdvraag van het onderzoek luidde: welke verbeterpunten voor de uitvoering zijn er, vanuit het perspectief van cliënten, zorgaanbieders en gemeente? Aanvullend is de vraag gesteld in hoeverre teruggaan naar het inputgerichte systeem (pxq) een oplossing zou kunnen bieden voor eventueel gesignaleerde problemen. In deze paragraaf geven we antwoord op deze vragen.

De ingezette koers

- 3. Deze evaluatie geeft aanleiding om de met de invoering van resultaatgericht werken ingezette koers te vervolgen. Uit het onderzoek komt wel een aantal verbeterpunten naar voren voor de uitvoering, maar die kunnen opgelost worden binnen de gekozen systematiek van resultaatsturing en resultaatgericht indiceren.**

Vrijwel alle betrokkenen die we in het kader van deze evaluatie hebben gesproken, geven aan dat zij de gedachte achter resultaatgericht werken kunnen begrijpen en het ook logisch vinden dat de ondersteuning moet bijdragen aan een vooraf besproken resultaat en aan zo veel mogelijk zelfredzaamheid en eigen regie. Wij hebben dan ook weinig mensen gesproken die terug zouden willen naar de 'pxq-bekostiging'.

Zowel binnen de gemeenten als bij zorgaanbieders is er vooral behoefte aan *stabiliteit*, na een overgangsjaar met herindicaties en tussentijdse aanpassingen. De verwachting is dat een eventuele terugkeer naar het oude systeem juist veel extra werk en onrust met zich meebrengt. Los daarvan geeft deze evaluatie ook geen aanleiding om het systeem radicaal te veranderen of terug te gaan naar de oude systematiek. Wel is in het onderzoek een aantal aandachtspunten voor de uitvoering naar voren gekomen, waar we hierna op in zullen gaan. We houden daarbij een chronologische volgorde aan, startend met de periode van voorbereiding en implementatie van de nieuwe werkwijze.

Het omschakelingsproces en tussentijdse aanpassingen

- 4. De nieuwe werkwijze is in korte tijd ingericht en ingevoerd; dit leidde tot een procesvolgorde die niet optimaal was. Mede daardoor was in het eerste jaar op verschillende momenten tussentijdse bijstelling nodig.**

Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 5.2.

- 5. De problemen in de opstartfase zijn grotendeels opgelost, maar het breder bekend maken van de oplossingen verdient nog aandacht. Rondom stapeling en onderaannemerschap zijn er nog 'open eindjes'.**

In de eerste maanden van 2019 kwam een aantal 'weeffouten' aan het licht, die ertoe leidden dat er soms te lage budgetten beschikbaar kwamen voor zorg en ondersteuning. Met aanpassingen in de handleiding voor consulenten en de tariefstructuur voor dagbesteding zijn deze grotendeels opgelost. Dit is gecommuniceerd met alle aanbieders, maar toch lijken niet alle betrokkenen voldoende op de hoogte van deze aanpassingen.

Een nog openstaand probleem betreft het feit dat niet alle zorgaanbieders op alle resultaatgebieden zijn gecontracteerd, waardoor indicaties niet altijd 'gestapeld' kunnen worden.

Aanbevelingen:

- 5.1 Communiceer als gemeenten nogmaals richting zorgpartijen over de tussentijdse wijzigingen die in het eerste jaar zijn doorgevoerd. Neem dit ook mee in de contractgesprekken: is het duidelijk wat er is gewijzigd, en is de informatie hierover voldoende geland in de organisatie?*
- 5.2 Zorg bij de volgende aanbestedingsronde dat het voor aanbieders volledig duidelijk is waar elk van de resultaatgebieden voor staat, zodat zij zich inschrijven op alle percelen waarop zij zorg willen verlenen. Overweeg een flexibeler aanbestedingsvorm, zodat (ook kleinere) aanbieders ook op een later moment nog kunnen inschrijven.*
- 5.3 Ga in de tussentijd tot de volgende aanbesteding met aanbieders in gesprek over praktische oplossingen voor de 'stapelingsproblematiek'. Specifiek aandachtspunt hierbij zou moeten zijn hoe belemmeringen voor hoofd- en onderaannemerschap weggenomen kunnen worden.*

Een verdere toelichting op deze punten is te vinden in paragraaf 5.3.

De nieuwe werkwijze in praktijk

- 6. Op basis van de gesprekken, de cliëntervaringsonderzoeken en het geringe aantal bezwaren kunnen we stellen dat de Wmo-cliënten over het algemeen tevreden zijn met de hulp die zij krijgen.**

Bij een deel van de cliënten die al jarenlang hulp bij het huishouden krijgen en na een herindicatie in 2019 minder uren ondersteuning ontvangen dan voorheen, zorgt het gevoel van 'achteruitgang' voor een mindere tevredenheid.

Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 5.5.

Uren versus resultaat

- 7. Met de invoering van resultaatsturing doen gemeenten in de beschikking geen uitspraak meer over het aantal uren hulp. Zorgaanbieders geven aan ook 'niet meer in uren te mogen spreken'. Voor veel cliënten is het aantal uur hulp dat zij krijgen echter wel relevant – met name bij ORH en begeleiding voor mensen met autisme.**

Cliënten willen weten wat zij kunnen verwachten van de zorgaanbieder: hoe vaak en hoe laat komt de ondersteuning, op welke dag(en) en wat komt hij of zij doen? Uitgangspunt bij het resultaatgericht werken is dat gemeenten gaan over het 'wat', en de zorgaanbieders samen met de cliënt over het 'hoe'. Afspraken over de invulling van de hulp dienen dan ook gemaakt te worden tussen de zorgaanbieder en de cliënt, en te worden vastgelegd in het zorgplan. Of hierin al dan niet wordt gesproken in termen van uren, is aan de zorgaanbieder.

Aanbevelingen:

- 7.1 Zorg ervoor dat gemeenten en zorgaanbieders hetzelfde 'verhaal' vertellen aan cliënten: gemeenten spreken niet over uren, zorgaanbieders mogen dat wel.*
- 7.2 Geef als gemeenten zorgaanbieders de ruimte om in die gevallen waar zij dat nuttig achten en wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft, afspraken te maken met cliënten over de frequentie en*

duur van de ondersteuning. Maak hierbij duidelijk dat het om een gemiddelde gaat, waarbij er soms meer of minder ondersteuning zal zijn. Het advies is om met name voor begeleiding deze afspraken steeds voor een korte periode (6 à 8 weken) te maken, daarna te evalueren en dan weer afspraken te maken voor de periode erna.

Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 5.5.

De aanvraagprocedure

- 8. De nieuwe procedure om te komen tot een indicatie en zorgplan is voor cliënten erg ingewikkeld geworden, zo blijkt uit gesprekken met cliënten en cliëntenorganisaties.**

Aanbevelingen:

8.1 Onderzoek in welke gevallen het mogelijk is om processtappen te vereenvoudigen of in elkaar te schuiven. Werk waar mogelijk (en waar het toegevoegde waarde heeft) met een driegesprek (cliënt – consulent – zorgaanbieder) in plaats van volgtijdelijke gesprekken.

8.2 Versimpel waar mogelijk de communicatie richting cliënten (aantal brieven, gebruikte terminologie).

Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 5.5.

- 9. Gemeenten vullen de werkwijze op onderdelen op hun eigen manier in; dat leidt tot verschillende uitgangssituaties voor zorgaanbieders om mee te werken en tot verschillende wijzen van indicatiestelling voor cliënten.**

Er zijn verschillen tussen de gemeenten in de uitvoering. Dat gaat soms om praktische verschillen zoals het gebruik van verschillende formats en de mate waarin informatie over cliënten wordt gedeeld met zorgaanbieders. Daarnaast lijken er cultuurverschillen te bestaan tussen de gemeenten, die leiden tot een andere manier van omgaan met het indicatieproces.

Aanbevelingen:

9.1 Zorg voor standaardisering waar nodig (de wijze waarop consulenten resultaatgebieden toekennen bij een bepaalde ondersteuningsvraag, de manier waarop consulenten zorgplannen beoordelen, vaste formats voor bijvoorbeeld een ondersteuningsplan)

9.2 Houd ruimte voor verschillen waar dat kan, en leer (op uitvoeringsniveau, beleidsniveau en bestuurlijk niveau) van elkaars ervaringen om te zien welke werkwijzen vanuit de andere gemeenten nuttig zijn om mee te nemen in de eigen werkwijzen en systemen.

9.3 Maak inzichtelijk hoe met het indicatieproces wordt omgegaan in de vier gemeenten en welke leerpunten daaruit komen voor verbetering van de eigen praktijk. Een goede mogelijkheid daarvoor zou kunnen zijn om in een gezamenlijke, periodieke intervisie met (in ieder geval) de consulenten vanuit verschillende gemeenten een serie dossiers te beoordelen en op basis daarvan het indiceringsproces en de monitoring op cliëtniveau onder de loep te nemen.

Een verdere toelichting hierop is te vinden in paragraaf 5.5.

3 Achtergrond: resultaatgericht werken in de H4

In dit hoofdstuk wordt toegelicht welke doelstellingen de gemeenten hadden bij de overgang naar het resultaatgericht werken en hoe de nieuwe werkwijze is vormgegeven.

3.1 Achtergronden en doelstelling

In de inkoopvisie is een aantal strategische thema's verwoord die de kern vormen van de doelstellingen die de gemeenten in de H4 wilden bereiken met de overgang naar het resultaatgericht werken in de Wmo:

- *Inwoner centraal*: cliënt en zorgprofessionals meer ruimte geven om de afstand naar zelfredzaamheid zelf te bepalen en te overbruggen;
- *Resultaatsturing*: de te behalen resultaten centraal stellen, dus niet de producten. De gemeenten willen daarom gebruik maken van bekostigingsvorm(en) die het behalen van resultaten stimuleren;
- *Sturen op kwaliteit en innovatie*
- *Samenwerken in partnerschap*: de samenwerking met partners intensiveren en ervoor zorgen dat ketenpartners ook onderling meer samenwerken;
- *Sturen op financiën*: zorgen voor een heldere visie en sturing op financiën.

Bij deze strategische thema's is in de gesprekken met beleidsmedewerkers en wethouders binnen de vier gemeenten nadere toelichting gegeven op de redenen om over te gaan op het nieuwe systeem:

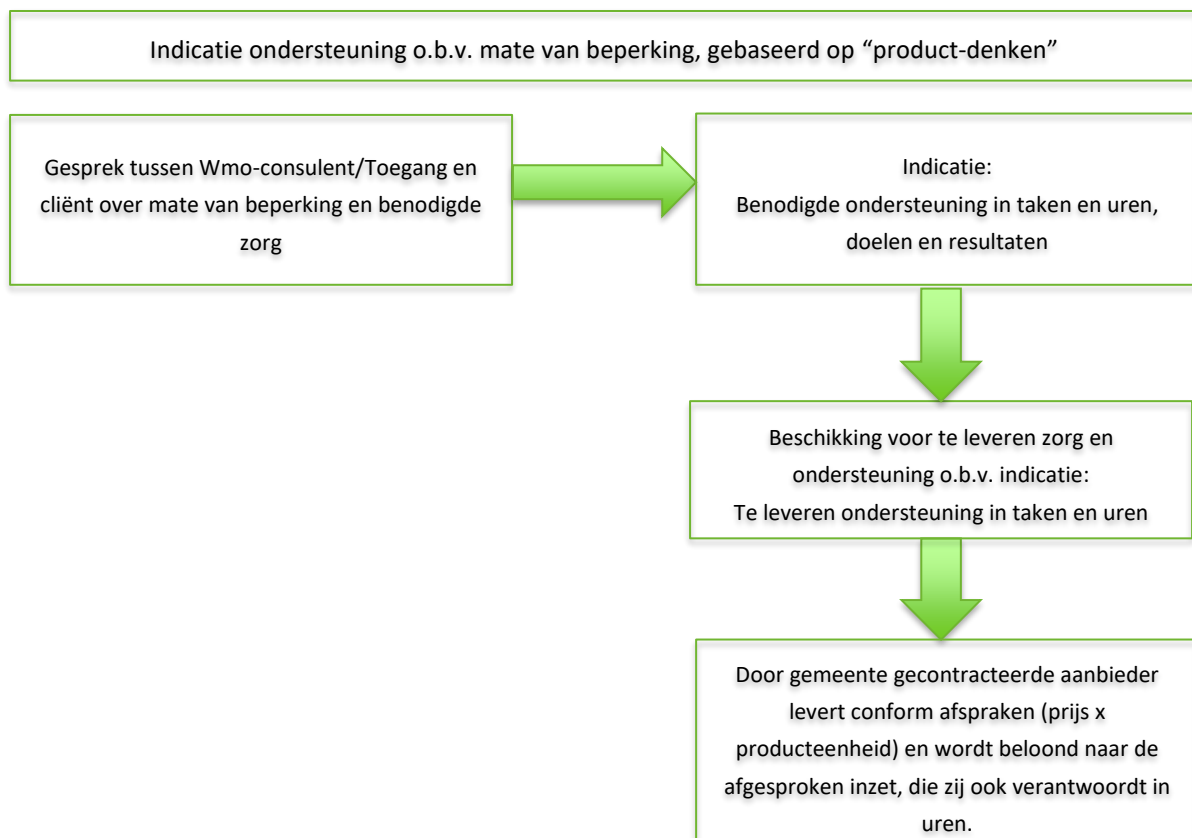
- *Inwoner centraal*: de gemeenten hoopten dat cliënten en zorgaanbieders in het nieuwe systeem meer invloed zouden hebben op de invulling van de ondersteuning, in plaats van dat de gemeente voorschrijft wat er moet gebeuren (het 'hoe' is aan de aanbieder). Uit voorgesprekken die gemeenten hadden met cliënten voor de invoering van het nieuwe systeem bleek dat zij dat ook belangrijk vinden. Gemeenten hoopten dat het nieuwe systeem zou leiden tot meer eigen regie: sturen op de resultaten die de cliënt wil behalen, alleen zorg leveren die echt nodig is. Niet iedereen is hetzelfde, dus de ondersteuning moet ook kunnen verschillen per persoon. Via het systeem wilden de gemeenten zorgaanbieders meer stimuleren om te werken aan zelfredzaamheid: als het lukt om hulp in minder tijd te bieden, dan is dat immers ook gunstig voor de aanbieder.
- *Resultaatsturing*: de gemeenten wilden aanbieders kunnen aanspreken op resultaat in plaats van op inzet aan uren. Als je productiegericht financiert (gericht op uren inzet), kun je alleen maar sturen op prijs, en verleid je niet om de zorg anders in te richten en daarmee innovatie, efficiëntie en samenwerking te ontwikkelen. Door het nieuwe systeem wilden de gemeenten een klimaat creëren waarin deze ontwikkelingen meer op gang zouden komen, waardoor een betere prijs-kwaliteitsverhouding zou ontstaan.
- *Sturen op kwaliteit en innovatie en samenwerken in partnerschap*: de gemeenten hoopten dat zorgaanbieders gestimuleerd zouden worden tot out-of-the-box denken, samenwerking en innovatie.
- *Sturen op financiën*: de mogelijkheid om kosten te beheersen werd beschouwd als een welkome bijvangst, maar was geen hoofddoel bij de overgang naar resultaatgericht werken.

De beschreven doelen zijn vooraf niet specifiek genoeg en voldoende meetbaar geformuleerd. Tijdens het opstellen van de inkoopvisie is nog niet nagedacht over de vraag op welke wijze de te behalen doelstellingen gemeten of gemonitord zouden moeten worden.

3.2 Oude en nieuwe werkwijze

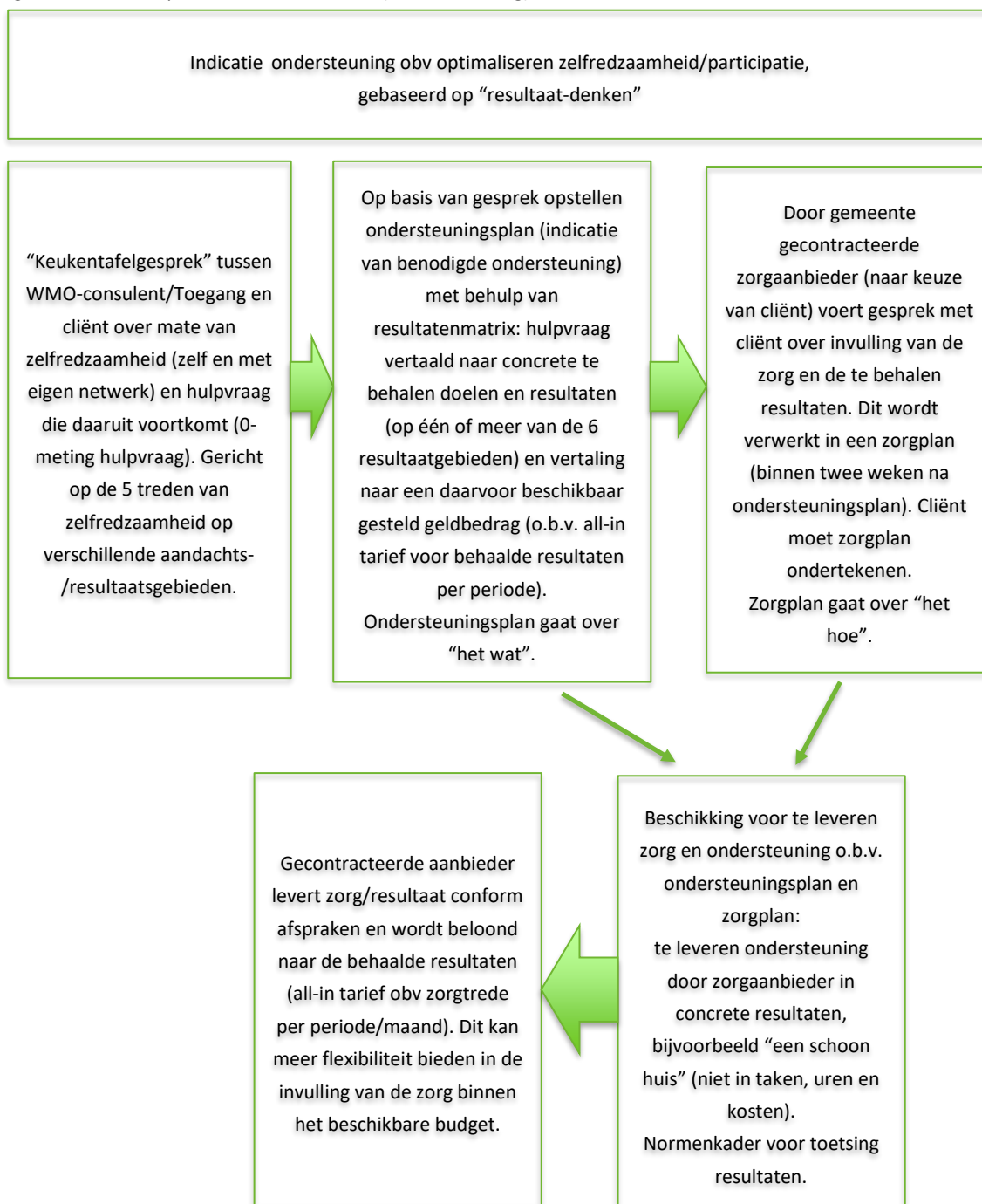
Onderstaande figuur geeft een overzicht van de *voormalige* werkwijze. Deze was gebaseerd op het leveren van ondersteuning op basis van taken en uren als “producten” die worden geleverd. Aan het begin van de ondersteuning vond een (keukentafel)gesprek plaats om de indicatie op te bepalen. Daar volgde een indicatie en een beschikking voor de te leveren zorg op. De door de gemeente gecontracteerde aanbieder levert conform de afspraken uit de beschikking en wordt beloond naar de afgesproken inzet die zij verantwoordt in uren.

Figuur 3.1: Indicatieproces in oude situatie



De figuur op de volgende bladzijde geeft een overzicht van de *huidige* werkwijze op basis van resultaatsturing binnen de Wmo in de H4 gemeenten. Ten opzichte van de oude manier van werken zijn er aanvullende stappen die doorlopen worden. Na het keukentafelgesprek volgt een ondersteuningsplan (indicatie van de benodigde ondersteuning) waarin de hulpvraag vertaald is naar concrete te behalen doelen en resultaten. Hierna volgt een gesprek met de cliënt over de invulling van de zorg en de te behalen resultaten een door de gemeente gecontracteerde zorgaanbieder (naar keuze van de cliënt). Uit dit gesprek volgt een zorgplan dat ondertekend moet worden door de cliënt voordat een beschikking wordt afgegeven. De zorgaanbieder levert conform de beschikking en wordt beloond naar behaalde resultaten (in een all-in tarief per periode van vier weken).

Figuur 3.2: Indicatieproces in nieuwe situatie (resultaatsturing)



De indicatie door de consulent vindt in de nieuwe werkwijze plaats aan de hand van een resultatenmatrix die uitgaat van verschillende niveaus van zelfredzaamheid (van de cliënt met de mogelijke inzet vanuit het eigen netwerk) op basis waarvan de zwaarte van de inzet in “treden” wordt bepaald in verschillende resultaatsgebieden (bijvoorbeeld begeleiding bij sociaal persoonlijk functioneren of hulp en regie bij de huishouding). In de handleiding resultaatgericht indiceren is uitgewerkt hoe de consulenten indiceren aan de hand van de resultatenmatrix. Een essentieel verschil is dat de beschikking dus niet meer wordt afgegeven op basis van een indicatie in een urenbudget ter ondersteuning, maar op basis van resultaten die behaald moeten worden. Doel is om te werken aan een toenemende zelfredzaamheid.

Voor ondersteuning en regie in het huishouden is het kwaliteitskader Schoon en leefbaar huis vastgesteld om het resultaat “een schoon huis” te kunnen toetsen. Het bijbehorende H4 Normenkader Ondersteuning en regie bij huishouden wordt gebruikt bij bezwaar.

Tijdens de gesprekken met mensen binnen de gemeentelijke organisaties en de zorgaanbieders is nadere toelichting gegeven op de werkwijze. Daarin komt vanuit de zorgaanbieders naar voren dat de manier waarop de vier gemeenten, en zelfs individuele consulenten binnen een gemeente, de werkwijze invullen verschillend is. Zo is bijvoorbeeld het keukentafelgesprek soms een “driegesprek” tussen de cliënt, de consulent en de zorgaanbieder. Vooral bij herindicaties komt dat geregeld voor, maar het verschilt per gemeente en/of consulent. Daarnaast sturen sommige gemeenten het hele ondersteuningsplan door naar de geselecteerde zorgaanbieder, terwijl anderen alleen een samenvatting toesturen of alleen relevante delen voor die aanbieder. Ook zijn er verschillende formats voor de ondersteuningsplannen.

Vanuit de gemeentelijke organisatie komt in gesprekken met het contractteam, de consulenten en de beleidsmedewerkers naar voren dat de zorg door de vier gemeenten gezamenlijk wordt ingekocht/aanbesteed. Het zijn echter wel vier verschillende gemeenten met ieder hun eigen werkwijzen en systemen. Binnen het systeem van resultaatgericht werken in de Wmo heeft ook ieder zijn eigen werkwijzen ontwikkeld. Er zijn geen gezamenlijke formats en de manier waarop indicaties worden gedaan (procedure en te doorlopen gesprekken, maar ook inhoudelijke beoordeling voor een indicatie) verschilt per gemeente. In de gemeente Westland worden de regels vanuit de handleiding en de resultatenmatrix bijvoorbeeld strak aangehouden bij het indiceren, terwijl dit in de gemeente Delft niet zo strikt gevolgd wordt maar de indicatie vooral goed onderbouwd moet worden door de consulenten, ook als hij iets afwijkt van de richtlijnen uit de handleiding. Op papier is het systeem binnen de nieuwe werkwijze dus gelijk (conform het plaatje), in de praktijk zijn er wel verschillen in de invulling (zie hiervoor de toelichting bij conclusie 9).

4 Effecten: worden de doelstellingen behaald?

De centrale vraag van het onderzoek luidde: in hoeverre draagt de huidige wijze van inkopen met resultaatsturing in de ogen van cliënten, zorgaanbieders en het gemeentelijk apparaat bij aan de doelen zoals geformuleerd in de Inkoopvisie? In dit hoofdstuk geven we antwoord op deze vraag.

4.1 Bijdrage aan doelstellingen

Conclusie 1: Na één (overgangs-)jaar is het nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre alle doelstellingen voor resultaatgericht werken worden behaald. De eerste signalen zijn echter positief.

In de Inkoopvisie Ondersteuning uit oktober 2017 wordt een aantal 'strategische thema's' benoemd, die in de hierop volgende Inkoopstrategie verder zijn uitgewerkt. Afgaande op beide documenten, willen de H4-gemeenten met resultaatsturing bijdragen aan de volgende doelstellingen:

- de zelfredzaamheid van inwoners van de H4-gemeenten vergroten
- de participatie van inwoners van de H4-gemeenten vergroten
- de mate waarin inwoners regie hebben over het eigen leven vergroten
- de kwaliteit van dienstverlening (van zowel gemeente als zorgaanbieders) vergroten
- de samenwerking tussen aanbieders onderling en tussen aanbieders en gemeente versterken
- innovatie versterken

Uit de gesprekken met wethouders en beleidsmedewerkers die voor deze evaluatie zijn gevoerd, blijkt dat de belangrijkste doelstelling eigenlijk was om de prijs-kwaliteitverhouding te verbeteren. Door te focussen op het te bereiken resultaat hoopten de gemeenten dat de middelen doelmatiger zouden worden besteed. Bezuinigen was geen doelstelling, het bereiken van een situatie waarin de Wmo duurzaam betaalbaar zou zijn wel.

Bij het bepalen of deze en bovenstaande doelstellingen worden behaald, zijn eigenlijk twee deelvragen aan de orde:

- Levert resultaatsturing een bijdrage aan de doelstellingen (eigen regie, zelfredzaamheid, participatie etc.)?
- Draagt resultaatsturing méér bij aan de doelstellingen dan het oude systeem?

Voor cliënten is daarbij ook van belang of de ondersteuning nu in hun ervaring:

- Beter is
- Net zo goed is
- Minder goed is

In deze paragraaf lopen we de doelstellingen één voor één langs, en brengen we in beeld hoe er vanuit verschillende gezichtspunten geoordeeld wordt over de vraag in hoeverre resultaatsturing het gewenste effect heeft. In veel gesprekken is aangegeven dat het nieuwe systeem nog te kort draait om de effecten al goed te kunnen meten. Maar het is hoe dan ook niet eenvoudig om een oordeel te vellen over de vraag in hoeverre de doelstellingen zijn behaald. De doelstellingen zoals die zijn geformuleerd in de inkoopvisie en inkoopstrategie zijn niet 'SMART' geformuleerd en er zijn geen kpi's vastgesteld. Er is geen 'nulmeting' verricht voorafgaande aan de invoering waar de huidige praktijk tegen afgezet kan worden. En cliënten zijn ook niet systematisch gevolgd om te monitoren in hoeverre zij *door* of tenminste *sinds* de invoering

van de nieuwe werkwijze zelfredzamer zijn geworden, meer eigen regie over hun leven hebben gekregen et cetera. Een duidelijk oordeel over de mate waarin doelstellingen worden behaald, is alleen mogelijk als die monitoring op orde is. Wij beperken ons in deze paragraaf dus tot de vraag in hoeverre onze gesprekspartners het gevoel hebben dat de nieuwe werkwijze de *voorwaarden* in zich heeft om te kunnen bijdragen aan de doelstellingen, en wat zij daar tot nu toe in de praktijk van terugzien.

De algemene indruk is dat het systeem van resultaatgericht werken een positieve bijdrage heeft op het vergroten van zelfredzaamheid en eigen regie. Er is steeds meer bewustwording onder zorgverleners dat ondersteuning/begeleiding gericht moet zijn op het zo zelfredzaam mogelijk maken van mensen. De invloed van de invoering van een nieuwe werkwijze op de kwaliteit van zorg is op dit moment nog niet duidelijk. Daarvoor is de periode waarin volledig met de nieuwe werkwijze is gewerkt nog te kort om de situatie voorafgaand aan en na de invoering goed te kunnen vergelijken.

Nieuw systeem zorgt voor meer focus op vergroten dan wel behouden van zelfredzaamheid

Het vergroten van de zelfredzaamheid van inwoners is niet alleen een doelstelling van het resultaatgericht werken, maar een centraal punt in de hele Wmo2015. Het is de *ondersteuning* die mensen ontvangen die hier een bijdrage aan levert, niet zozeer de manier waarop een indicatie wordt gesteld en de inkoop is georganiseerd. Wel wordt, zowel vanuit de gemeenten als door zorgaanbieders, aangegeven dat doordat in het nieuwe systeem explicieter benoemd moet worden aan welk resultaat wordt gewerkt en het vergroten van zelfredzaamheid daar vaak onderdeel van uitmaakt, zowel cliënten als zorgverleners hier meer op gespitst zijn dan vroeger. Dit zou vooral gelden bij cliënten die begeleiding ontvangen. Het systeem geeft dus de juiste prikkel af. Of de grotere focus op zelfredzaamheid ook daadwerkelijk leidt tot een grotere zelfredzaamheid bij cliënten is op dit moment nog niet vast te stellen. De cliënten begeleiding die zowel bekend zijn met de oude als de nieuwe werkwijze gaven in de gesprekken die voor deze evaluatie zijn gevoerd overigens zelf niet aan dat er nu *meer* dan voorheen wordt gewerkt aan zelfredzaamheid.

Zorgaanbieders en cliëntenorganisaties maken wel een belangrijke kanttekening bij het bovenstaande. Zij geven aan dat het vergroten van zelfredzaamheid niet bij alle cliënten aan de orde is; soms is het behoud van zelfredzaamheid het hoogst haalbare. Dat geldt voor een groot deel van de mensen die huishoudelijke ondersteuning ontvangen. Zij krijgen deze hulp om te compenseren dat ze op dit specifieke domein niet zelfredzaam zijn, terwijl in de meeste gevallen niet verwacht kan worden dat ze dit later wel zullen worden. Bij deze groep gaat het dus vooral om het *behoud* van zelfredzaamheid, en het inzetten op eigen kracht waar mogelijk. Cliënten ORH gaven in de gesprekken aan het logisch te vinden dat bij de intake wordt gekeken wat zij zelf (nog) kunnen doen.

Weinig aanvullend effect systematiek op participatie cliënten

Voor de doelstelling ‘participatie vergroten’ geldt min of meer hetzelfde als voor zelfredzaamheid: de *ondersteuning* vanuit de Wmo kan hier zeker een bijdrage aan leveren, maar volgens de mensen die wij in het kader van deze evaluatie hebben gesproken, doet een systeem dat uitgaat van resultaatsturing dit niet meer of beter dan een systeem waarin gewerkt wordt op basis van pxq. De geïnterviewden hebben niet de indruk dat er in de praktijk nu meer nadruk ligt op de doelstelling ‘participatie’ dan voorheen. A

Zorgaanbieders zeggen wel meer dan voorheen mantelzorgers te betrekken bij de invulling van de zorg; zij geven echter ook aan dat hier nog ruimte voor verbetering is.

Aanbeveling:

1.1. Betrek mantelzorgers waar mogelijk bij het keukentafelgesprek en het intakegesprek met de zorgaanbieder, zodat de inzet van de mantelzorger een goede plek kan krijgen in het ondersteunings- en zorgplan.

Systeem bevordert eigen regie ...

De nieuwe werkwijze gaat meer dan voorheen uit van eigen regie van cliënten – immers: het is niet meer de gemeente die bepaalt wat er precies moet gebeuren, maar de cliënt in samenspraak met de zorgaanbieder. Cliënten bevestigen in de gesprekken dat zij inbreng hebben kunnen leveren in het ondersteuningsplan en met name het zorgplan. Dat blijkt ook uit de cliëntervaringsonderzoeken. Het gaat dan om praktische zaken als of men liever wil dat het huis iedere week kort wordt schoongemaakt, of eens per twee weken een uitgebreidere beurt krijgt.

Cliënten hebben (in ieder geval in theorie) zeggenschap over de formulering van de doelen in het ondersteuningsplan. Cliënten ORH die wij spraken, hadden over het algemeen het gevoel dat zij serieus genomen werden in het keukentafelgesprek en voldoende inbreng konden hebben. Dat beeld wordt bevestigd in de cliëntervaringsonderzoeken.

Zorgaanbieders en enkele individuele cliënten begeleiding die wij spraken, vertelden dat zij zich niet helemaal konden herkennen in de formulering van de doelen in het ondersteuningsplan zoals die door de consulent was opgesteld. Zorgaanbieders zeggen dat de doelen soms erg vaag zijn, waardoor het lastig is om hier planmatig aan te werken. Daarnaast geven zij aan dat voor met name cliënten met autisme het formuleren van doelen eerder demotiverend dan motiverend werkt: zij ervaren stress en een gevoel van falen wanneer zij het gevoel hebben niet alle doelen te kunnen behalen.

Wat het zorgplan betreft, zijn met name cliënten die begeleiding krijgen en *nieuwe* cliënten ORH positief over de inbreng die zij hier zelf in kunnen hebben. Cliënten die al jaren hulp in het huishouden krijgen en nu opnieuw een indicatie hebben gekregen waarbij ze minder ondersteuning krijgen dan voorheen, reageren minder positief. Zij zeggen van hun zorgaanbieder te horen hebben gekregen dat allerlei klussen in huis ‘niet meer mogen van de gemeente’: het gaat dan bijvoorbeeld om het lappen van ramen aan de buitenkant of het schoonhouden van de logeerkamer. Zij hebben daarmee voor hun gevoel nu *minder* regie over wat er in huis gebeurt dan vroeger. De adviesraden sociaal domein en cliëntorganisaties bevestigen dit beeld. Vanuit beleidsmedewerkers van de gemeente wordt hier tegenin gebracht dat de gemeente niet voorschrijft welke handelingen wel en niet mogen, maar dat zorgaanbieders dit zo doen omdat zij niet meer voor alles betaald krijgen door de gemeente. Voor cliënten is dit echter een nuance die in praktijk niet veel uitmaakt.

... maar doet hier ook al een groot beroep op

Vanuit zowel de Wmo-consulenten als zorgaanbieders komt wel het signaal dat niet alle cliënten in staat zijn om hun hulpvraag goed te formuleren en daarmee ook eigen regie te nemen. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (die hun zelfredzaamheid vaak overschatten), maar ook mensen die vanwege psychische problemen begeleiding krijgen hebben soms moeite om precies aan te geven op welke punten zij ondersteuning nodig hebben.

Volgens aanbieders geldt voor zeker een kwart van de ORH-clienten en meer dan de helft van de begeleidingscliënten dat zij moeite hebben om de regie te nemen in het indicatieproces. Cliënten begeleiding hebben vaak moeite met de administratie en het lezen van officiële brieven – dat is vaak juist één van de zaken waar zij ondersteuning bij nodig hebben. Dat betekent dat deze cliënten juist in het

proces rondom de indicatiestelling ook extra ondersteuning nodig hebben om ervoor te zorgen dat zij de juiste hulp krijgen. Bij cliënten met complexe problematiek volstaat een enkel keukentafelgesprek bovendien vaak niet om de volledige hulpvraag goed in beeld te krijgen. Het risico bestaat dan dat sommige cliënten verkeerd worden ingeschaald. Als na het opstarten van de zorg blijkt dat mensen meer begeleiding nodig hebben dan tijdens het gesprek naar voren is gekomen, wordt de indicatie meestal zonder veel problemen aangepast, zo geven diezelfde zorgaanbieders aan. Uiteindelijk komt het dus meestal goed, maar zorgaanbieders vragen voor dergelijke gevallen wel om meer tijd: als zij het definitieve zorgplan later zouden mogen aanleveren, zouden zij zich eerst een beter beeld kunnen vormen van wat nodig is en zijn herstelacties niet nodig.

Cliënten kunnen kiezen door welke gecontracteerde aanbieder zij geholpen willen worden. Dat is niet nieuw, maar wordt wel nadrukkelijker benoemd in het keukentafelgesprek dan voorheen. Uit gesprekken met zowel Wmo-consulenten als cliënten blijkt echter dat niet alle cliënten zelf kunnen en/of willen kiezen. 'De gemeente heeft daar meer verstand van dan ik' is een veelgehoorde reactie. Er is geen keuzegids of ander middel op basis waarvan cliënten aanbieders met elkaar kunnen vergelijken; zij varen dus grotendeels op de informatie die de Wmo-consulent hen geeft. De Seniorenraad pleit er in dit verband voor dat de gemeenten beter inzichtelijk moeten maken wat het onderscheid is tussen zorgaanbieders, zodat de cliënt beter kan kiezen.

Aanbevelingen:

- 1.2 De eerst aangewezenen om cliënten met minder 'eigen regie' te ondersteunen in het indicatieproces, zijn mantelzorgers en onafhankelijk cliëntondersteuners. Benadruk in de communicatie richting cliënten de mogelijkheid om hulp te krijgen van een onafhankelijk cliëntondersteuner. Geef de tip mee om een mantelzorger te vragen om aanwezig te zijn bij het keukentafelgesprek en het intakegesprek met de zorgaanbieder.*
- 1.3 Geef in complexe situaties in eerste instantie een kortdurende indicatie af, zodat de zorgverlener meer tijd heeft om de hulpvraag goed in beeld te krijgen en een passend zorgplan op te stellen. Een andere mogelijkheid is om de indicatie met terugwerkende kracht in te laten gaan of de inzet van een zorgverlener voor het verhelderen van de hulpvraag te bekostigen vanuit een 'algemene voorziening'.*

Invloed op kwaliteit nog beperkt meetbaar

De invloed van de systematiek op de *kwaliteit* is nog niet meetbaar, maar uit de gesprekken blijkt dat het nieuwe systeem 'het in zich heeft' om de kwaliteit te verbeteren. Dat heeft vooral te maken met de grotere nadruk op het gewenste resultaat.

Er is op dit moment nog beperkt informatie beschikbaar over de kwaliteit van dienstverlening. Een objectief beeld van de kwaliteit van dienstverlening binnen ORH moet komen uit de 'schouw' die in 2020 voor het eerst uitgevoerd zal worden (op dit moment is, mede vanwege de coronamaatregelen, nog onduidelijk wanneer de huisbezoeken hiervoor kunnen starten). Of de kwaliteit *beter* is dan voorheen, zal uit deze schouw overigens niet duidelijk worden; onder de oude werkwijze is niet de kwaliteit immers niet op dezelfde manier gemonitord.

Voor begeleiding is nog geen systematische monitoring ingericht om vast te stellen in hoeverre de resultaten zoals die in het zorgplan staan worden behaald. In principe ligt het nu bij de Wmo-consulenten om de voortgang te monitoren, maar dat lukt nu nog matig door de hoge werkdruk waar zij mee te maken hebben. De nieuwe werkwijze loopt natuurlijk ook nog maar kort; bij een deel van de cliënten is in die korte tijd nog geen monitoringsgesprek aan de orde geweest. Er worden wel tussentijdse

evaluatiegesprekken gevoerd door aanbieders (dat was al de standaard werkwijze). Bij verlenging van een indicatie is dit altijd het geval; de uitkomsten van die gesprekken worden vervolgens door de aanbieder gedeeld met de Wmo-consulent. Soms belt een Wmo-consulent op eigen initiatief met een aanbieder om te horen hoe het gaat met een cliënt, maar vooralsnog gebeurt dat (nog) niet structureel met cliënten.

Een andere manier om de kwaliteit te meten, is het jaarlijkse (verplichte) cliëntervaringsonderzoek. Voor twee van de vier gemeenten geldt dat de resultaten van het cliëntervaringsonderzoek 2019 nog niet beschikbaar zijn; hier is dus nog geen vergelijking mogelijk tussen de situatie voor en na invoering van resultaatsturing. Uit de gegevens die al wel beschikbaar zijn, blijkt dat de tevredenheid van cliënten ongeveer gelijk gebleven is. Over de hele linie, zo blijkt uit de beschikbare cliëntervaringsonderzoeken, zijn cliënten tevreden over de hulp die ze krijgen. Dat is ook het beeld dat in de interviews naar voren is gekomen. Het meest recente cliëntervaringsonderzoek in Westland laat zien dat in die gemeente de gemiddelde tevredenheid nu iets hoger is dan vóór de invoering van resultaatsturing; in Delft is de tevredenheid ongeveer gelijk gebleven. Of het beeld in de andere gemeenten hier vanaf wijkt, moet blijken uit de cliëntervaringsonderzoeken die later dit jaar beschikbaar komen.

Hoewel het positieve effect op kwaliteit dus (nog) beperkt meetbaar is, blijkt uit de gesprekken die wij hebben gevoerd wel dat het nieuwe systeem het in zich heeft om de kwaliteit te verbeteren. Of liever gezegd: om de *doelgerichtheid* van de zorg te verbeteren. Een duidelijker focus op het te bereiken doel of resultaat kan helpen om de zorg te verbeteren, aangezien zorgverleners worden gestimuleerd om bewuster om te gaan met de besteding van hun tijd en duidelijker prioriteiten te stellen. Of een grotere doelgerichtheid inderdaad betekent dat de kwaliteit van de ondersteuning is verbeterd, hangt af van welke definitie van kwaliteit men heeft. Vanuit cliënten ORH bijvoorbeeld is ook het geluid te horen dat het jammer is dat de hulp geen tijd meer heeft voor een praatje of kopje koffie. De ‘sociale component’ van de ondersteuning was voor hen onderdeel van kwalitatieve ondersteuning – maar aangezien de gemeenten alleen nog willen betalen voor activiteiten die bijdragen aan een ‘schoon en leefbaar huis’ is hier volgens de aanbieders geen ruimte meer voor. Ook zorgaanbieders uiten zorgen over de beschikbare tijd voor de ‘sociale component’. Hoewel de signaleringsfunctie onderdeel uitmaakt van de afspraken die zorgaanbieders met de gemeenten hebben gemaakt en uit het traject om te komen tot een onafhankelijk normenkader voor ORH naar voren is gekomen dat hier in principe voldoende tijd voor beschikbaar zou moeten zijn, blijken met name veel uitvoerend medewerkers er moeite mee te hebben dat er minder tijd is voor ‘een praatje’ dan voorheen.

Zorgaanbieders maken nog een aantal andere kanttekeningen bij het veronderstelde verband tussen ‘kwaliteit’ en ‘doelgerichtheid’ van de zorg:

- Voor sommige doelen (binnen begeleiding) geldt dat het lastig is om hier planmatig aan te werken.
- Vooruitgang is niet bij alle cliënten mogelijk; soms is ‘stabiel blijven’ het hoogst haalbare. Het is belangrijk dat het gewenste resultaat zo wordt geformuleerd dat dit echt past bij situatie van de cliënt.

Aanbevelingen:

1.4 Gebruik de uitkomsten uit de cliëntervaringsonderzoeken 2019 en 2020 om te toetsen of de tevredenheid van Wmo-cliënten over de hele linie is verbeterd ten opzichte van de situatie vóór het resultaatgericht werken. Maak hierbij bij voorkeur een onderscheid tussen groepen die in een bepaald jaar voor het eerst een indicatie hebben gekregen en cliënten die al langer ondersteuning ontvangen.

1.5 Ontwikkel (in het kader van kwaliteitsborging) een monitoringsinstrument waarmee - samen met cliënten - gestructureerd de voortgang kan worden gemeten van cliënten die begeleiding ontvangen, en gebruik deze gegevens om de voortgang van de totale groep cliënten te monitoren.

1.6 Ga met zorgaanbieders in gesprek over hoe zij invulling geven aan de 'signaleringsfunctie' bij cliënten ORH. Stuur er op aan dat zij verwijzen naar voorliggende voorzieningen als zij vaststellen dat cliënten behoefte hebben aan meer dan een kort 'praatje'.

Samenwerking tussen gemeente en aanbieders op casusniveau is goed

Zowel consultants als zorgaanbieders geven aan dat de samenwerking op casusniveau goed is. Als voorbeeld van de goede samenwerking noemen zorgaanbieders dat als na het opstarten van de ondersteuning blijkt dat de in eerste instantie afgegeven indicatie onvoldoende ruimte biedt, dat in onderling overleg wordt opgelost. De lijnen tussen consultants en zorgaanbieders zijn kort – volgens sommige zorgaanbieders ook korter dan voorheen. Eén aanbieder gaf aan dat een vaste consultant regelmatig aanschuift bij teamoverleggen van zorgverleners; dit werd zeer gewaardeerd.

Op het niveau van inkoop/contractering ervaren zowel de gemeenten als de zorgaanbieders (nog) niet dat er sprake is van 'samenwerking'. De rol van inkoper die controleert of aanbieders hun resultaten behalen, verdraagt zich wellicht ook slecht met het idee van samenwerking. Zorgaanbieders geven aan wel graag naar een echte samenwerkingsrelatie toe te willen. Zij uiten hun waardering voor de manier waarop zij door de gemeenten betrokken worden bij deze evaluatie en geven aan dat zij graag op structurele basis met de gemeenten in gesprek willen blijven om af te stemmen over zaken als communicatie en werkwijze rondom de indicatiestelling.

1.7 Organiseer met vaste regelmaat afstemmingsoverleggen op gemeentelijk niveau tussen consultants en intakecoördinatoren van zorgaanbieders, om eventuele knelpunten in de uitvoering te bespreken en af te stemmen over de 'kernboodschap' die zorgaanbieders én gemeenten richting cliënten uitzenden over het resultaatgericht werken (zie ook aanbeveling 7.1)

Samenwerking tussen aanbieders is toegenomen

Tussen zorgaanbieders onderling is meer samenwerking tot stand gekomen sinds de invoering van het nieuwe systeem. Aanbieders geven aan dat zij elkaar en elkaars dienstverlening steeds beter leren kennen en elkaar beter weten te vinden. Dat is misschien niet direct een gevolg van de nieuwe werkwijze, maar wel tot stand gekomen in dezelfde periode.

Een specifiek soort samenwerking is het onderaannemerschap; die is vaak min of meer 'gedwongen' tot stand gekomen. De laatste aanbestedingsronde had tot gevolg dat de gemeenten minder zorgaanbieders hebben gecontracteerd dan voorheen, en niet alle aanbieders hebben ingeschreven op alle percelen. Als zij toch ondersteuning willen bieden op deze percelen, dan moeten zij met een andere aanbieder afspraken maken over onderaannemerschap. Voordeel hiervan is dat zij onderling moeten afstemmen over de te leveren zorg - en er dus inhoudelijke samenwerking tot stand komt die er niet zou zijn als de aanbieders los van elkaar elk een deel van de ondersteuning zouden regelen. Nadeel is dat het voor de aanbieder veel administratieve rompslomp oplevert.

Innovatie komt nog beperkt tot stand

De nieuwe werkwijze zou moeten bijdragen aan innovatie en out-of-the-box denken bij aanbieders. Immers: de gemeente bepaalt niet langer hoe de zorg moet worden ingevuld, maar de aanbieder (in samenspraak met de cliënt). Als een innovatieve manier van ondersteuning ervoor zorgt dat de zorg in minder uren kan worden geleverd en toch effectief is, dan levert dit aanbieders financieel voordeel op. Op papier is dit een stimulans voor innovatie, maar in de gesprekken hebben we hier nog nauwelijks

voorbeelden van gehoord. Vanuit één van de gemeenten werd aangegeven dat resultaatgericht werken 'op zich al een hele innovatie is'; consultants en beleidsmedewerkers vertellen dat de aandacht in het eerste jaar zozeer is uitgegaan naar het vertrouwd raken met de nieuwe werkwijze, dat er weinig aandacht overbleef voor innovatie. Datzelfde signaal is te beluisteren bij zorgaanbieders. Duidelijk is dat het onderwerp 'innovatie' in gesprekken tussen gemeenten en aanbieders in het eerste jaar nog beperkt aan bod is gekomen.

Binnen ORH wordt de hulp niet anders ingericht dan voorheen. Het lijkt erop dat de mogelijkheden voor innovatie ook beperkt zijn, afgezien van praktische zaken als een stofzuigrobot. Bij begeleiding wordt meer gebruik gemaakt van de mogelijkheden die er zijn om de hulp anders dan standaard in te vullen (beeldbellen, groepsgewijze begeleiding, inloopsprekuren et cetera). Sommige aanbieders geven aan dat sommige cliënten (ook) groepsgewijze begeleiding krijgen in plaats van (alleen) individueel; we spraken ook een aanbieder die een inloopsprekuren in een buurthuis heeft ingericht en op die manier de individuele begeleiding efficiënter kan inrichten. Maar ook bij begeleiding wordt nog niet op grote schaal gewerkt met 'innovatieve' oplossingen. Als verklaring geven managers van zorgaanbieders dat zij niet precies weten hoe ver zij hierin mogen gaan: mag individuele begeleiding worden vervangen door een groepsgewijze activiteit zoals samen sporten, of bestaat dan het risico dat er wordt gekort op de financiële bijdrage van de gemeente? Zorgaanbieders gaan hierover nog beperkt het gesprek aan met gemeenten.

Sinds de corona-uitbraak zijn alle aanbieders begeleiding noodgedwongen meer gebruik gaan maken van beeldbellen en andere vormen van digitaal contact. De innovatie is op dit punt in een versnelling gekomen. Zelf geven zij aan graag te willen leren van en uitwisselen over de ervaringen die in deze periode worden opgedaan, om daarmee de dienstverlening op de lange termijn te kunnen verbeteren.

Aanbeveling:

1.8 Maak innovatie een vast agendapunt in de contractoverleggen. Stimuleer aanbieders om met innovatieve ideeën naar voren te komen en bespreek ook mogelijke obstakels die innovatie in de weg kunnen staan. Maak gebruik van de positieve ervaringen die zijn opgedaan in de periode sinds de corona-uitbraak.

4.2 Uitvoering binnen financiële kaders, termijnen en procedures

Conclusie 2: Het is nog onduidelijk wat de financiële consequenties zijn voor gemeenten en zorgaanbieders. Gemeenten en zorgaanbieders ervaren de wettelijke termijnen als knellend.

Bezuinigingen waren géén doel van de invoering van resultaatsturing. Wel is er altijd de noodzaak, zo blijkt uit gesprekken met vertegenwoordigers van de vier gemeenten, om de kosten binnen de Wmo ook op langere termijn beheersbaar te houden. Het is op dit moment nog te vroeg om vast te stellen in hoeverre de gemeenten hier in slagen.

Financiële gevolgen

Het jaar 2019 was een overgangsjaar, waarin een deel van de cliënten nog een oude indicatie had, en een ander deel een nieuwe indicatie. Bovendien zijn gedurende het keuzesjaar verschillende 'reparatie-acties' uitgevoerd, deels met terugwerkende kracht. De effecten hiervan zijn in de financiële cijfers die nu beschikbaar zijn nog beperkt zichtbaar. Volgens de interne Werkgroep Financiën H4 is het daarom pas eind 2020 mogelijk om goede uitspraken te kunnen doen over de kosten van het nieuwe systeem in vergelijking tot het oude systeem.

Op basis van monitorgegevens over de hele H4 in 2019 kunnen we wel – met de nodige voorzichtigheid – een aantal trends aflezen:

- In de loop van 2019 is het totaal aantal Wmo-cliënten in de H4-gemeenten toegenomen (toename van circa 8% in periode 12 ten opzichte van periode 1). Vooral het aantal cliënten voor ORH/HH is sterk toegenomen. Dit heeft mogelijk te maken met de invoering van het inkomensafhankelijke abonnementstarief voor Wmo-hulp. Ook de vergrijzing kan een rol hebben gespeeld.
- Het totale bedrag dat is toegewezen is over het gehele jaar licht afgenomen (in periode 12 zo'n 10% lager dan in periode 1); voor ORH/HH is het toegenomen, voor begeleiding afgenomen. Het totale bedrag dat is *gedeclareerd* voor alle vormen van hulp samen is redelijk stabiel gebleven; voor ORH/HH zien we een stijging, voor andere vormen van hulp (waaronder begeleiding) een lichte daling. Dat betekent dat, over de hele linie, het gemiddelde bedrag dat per cliënt is toegewezen en ook het gemiddelde bedrag dat per cliënt is gedeclareerd is afgenomen.
- De gemeentelijke werkgroep financiën geeft aan dat er grote verschillen zijn tussen de gemeenten, zowel in de ontwikkeling van het aantal cliënten als in de budgetten. Dat is nog niet inzichtelijk gemaakt in de beschikbare rapportages.

In de loop van 2019 is een aantal 'reparatie-acties' uitgevoerd, waardoor meer stapeling mogelijk werd gemaakt en het budget per cliënt hoger kan uitvallen. Dit is nu nog niet terug te zien in de toegewezen of gedeclareerde bedragen.

Zorgaanbieders binnen ORH hebben de stellige indruk dat het gemiddelde budget per cliënt is teruggelopen in Rijswijk, Midden-Delfland en Westland. Daarnaast geven zij aan weinig mogelijkheden te hebben om te 'middelen', doordat de verschillen tussen de tredes klein zijn en de ondersteuning bij de meeste cliënten al 'hoog in de trede' zit.

Benutting budgetten

De gemeenten verwachten dat het verzilveringspercentage (het deel van het toegekende budget dat ook daadwerkelijk wordt gebruikt) in het nieuwe systeem sterk zal stijgen. In het oude systeem was het zo dat als de huishoudelijke hulp een week niet kwam, er ook geen declaratie werd ingediend. Dat is nu wel het geval, omdat een declaratie wordt ingediend over de periode als geheel om het resultaat te behalen, ook als dat met minder uren wordt ingevuld. Dat kan tot gevolg hebben dat de kosten van het nieuwe systeem hoger uitvallen dan die van het oude systeem. Of dit in praktijk ook zo is, is op basis van de beschikbare gegevens nu nog niet definitief te zeggen. In de cijfers van 2019 is nog geen stijging van het verzilveringspercentage te zien.

Termijnen en procedures

In relatie tot termijnen en procedures blijkt dat de wettelijke termijnen voor het uitwerken van het ondersteuningsplan (4 weken) en het zorgplan (2 weken) als knellend worden ervaren. Zowel vanuit de gemeenten als vanuit de zorgaanbieders komt naar voren dat de tijd die zij hebben om het zorg- en ondersteuningsplan uit te werken en te laten ondertekenen te krap is. Doordat 2019 een overgangsjaar was waarin veel herindicaties plaats moesten vinden, is er sprake geweest van een piek in de administratieve afhandeling in relatie tot het afgeven van beschikkingen. Nu de herindicaties zijn afgerond zal dit zich normaliseren. Dit zal een gunstig effect hebben op de administratieve afwikkeling binnen de gestelde termijnen. Ook in het verder optimaliseren van procedures kan nog winst behaald worden.

Aanbevelingen:

- 2.1 *Monitor de trend van het gemiddelde toegewezen én gedeclareerde bedrag per cliënt in elk van de gemeenten, om te achterhalen wat het financieel effect is voor de gemeenten én de zorgaanbieders. Speciale aandacht hierbij verdient de vraag of de reparatie-actie rondom het mogelijk maken van*

meer stapeling wel voldoende effect heeft en voor aanbieders voldoende ruimte biedt om de benodigde ondersteuning duurzaam te kunnen leveren.

2.2 Kijk in hoeverre administratieve procedures verder doorontwikkeld en gestandaardiseerd kunnen worden om tijdswinst te realiseren, bijvoorbeeld door standaard formats en werkwijzen.

2.3 Laat een zorg- en/of ondersteuningsplan zo veel mogelijk direct door de cliënt ondertekenen na afloop van een gesprek

4.3 Neveneffecten

Naast de beoogde effecten heeft de nieuwe werkwijze ook een aantal neveneffecten, die vooraf niet altijd voorzien waren. Op basis van de gesprekken die zijn gevoerd, vallen de volgende zaken in dit verband op:

- *Onduidelijkheid over rolverdeling gemeente – zorgaanbieder in monitoring resultaten.*

Zoals eerder aangegeven, vergt de nieuwe werkwijze veel regie van de cliënt. In gevallen waar cliënten dit niet volledig aan kunnen, nemen consulents soms de rol op zich van ‘casemanager’ (zo vertellen zowel consulents als beleidsmedewerkers). Zorgaanbieders geven echter aan dat de rol van casemanagement bij hen hoort. Het lijkt erop dat niet iedereen hetzelfde verstaat onder de term ‘casemanager’. Daarnaast leven er verschillende opvattingen over de vraag of het aan de gemeente (consulent) is om de voortgang op de resultaten te monitoren, of aan de zorgaanbieder. Dit speelt met name bij begeleiding. In praktijk levert dit overigens niet veel problemen op; zorgaanbieders geven aan dat het gesprek dat zij met consulents voeren over de voortgang van cliënten over het algemeen plezierig verloopt en waardevol is. Maar op het moment dat er discussie is over de hoogte van een indicatie, kan het wel behulpzaam zijn als de rollen scherper zijn afgebakend.

- *De invoering van het nieuwe systeem heeft gemeenten en zorgaanbieders veel tijd en energie gekost. Ook nu nog brengt het op een aantal punten hoge (administratieve) lasten met zich mee.*

Voor gemeenten vergt het nieuwe systeem extra inzet om de voortgang op cliëtniveau te monitoren (extra taak voor consulents). Daarnaast is het indicatieproces tijdrovender geworden, doordat er extra stappen zijn ingebouwd. De geldende termijnen voor ondersteuningsplan (4 weken) en zorgplan (2 weken) blijken vaak een bottleneck; gemeenten moeten vervolgens een rappel sturen, uitstel verlenen etc.

In het eerste jaar zijn bij begeleiding verschillende ‘reparatie-acties’ uitgevoerd; dit vroeg extra ambtelijke inzet voor analyse, planvorming, overleg etc. De uitspraken van de Centrale Raad van Beroep zorgden ervoor dat een normenkader moest worden opgesteld; ook dat heeft veel ambtelijke inzet gevergd. De vele tussentijdse aanpassingen zorgden voor een hogere werkdruk bij consulents. Dat gold ook voor de negatieve publiciteit rondom de herindicaties in Westland; in die gemeente is het verloop onder consulents in het eerste jaar van resultaatgericht werken opvallend hoog geweest.

Aan de kant van zorgaanbieders valt te beluisteren dat de constructies rond onderaannemerschap zorgen voor een extra administratieve belasting en daarmee ook kosten.

5 De ingezette koers en verbeterpunten

De tweede hoofdvraag van het onderzoek luidde: welke verbeterpunten voor de uitvoering zijn er, vanuit het perspectief van cliënten, zorgaanbieders en gemeente? Aanvullend is de vraag gesteld in hoeverre teruggaan naar het inputgerichte systeem (pxq) een oplossing zou kunnen bieden voor eventueel gesignaleerde problemen. In dit hoofdstuk geven we antwoord op deze vragen.

5.1 De ingezette koers

Conclusie 3: Deze evaluatie geeft aanleiding om de met de invoering van resultaatgericht werken ingezette koers te vervolgen. Uit het onderzoek komt wel een aantal verbeterpunten naar voren voor de uitvoering, maar die kunnen opgelost worden binnen de gekozen systematiek van resultaatsturing en resultaatgericht indiceren.

Vrijwel alle betrokkenen die we in het kader van deze evaluatie hebben gesproken, geven aan dat zij de gedachte achter resultaatgericht werken kunnen begrijpen en het ook logisch vinden dat de ondersteuning moet bijdragen aan een vooraf besproken resultaat en aan zo veel mogelijk zelfredzaamheid en eigen regie. Wij hebben dan ook weinig mensen gesproken die terug zouden willen naar de 'pxq-bekostiging'.

Zowel binnen de gemeenten als bij zorgaanbieders is er vooral behoefte aan *stabiliteit*, na een overgangsjaar met herindicaties en veel tussentijdse aanpassingen. De verwachting is dat een eventuele terugkeer naar het oude systeem juist veel extra werk en onrust met zich meebrengt. Los daarvan geeft deze evaluatie ook geen aanleiding om het systeem radicaal te veranderen of terug te gaan naar de oude systematiek. Wel is in het onderzoek een aantal aandachtspunten voor de uitvoering naar voren gekomen, waar we hierna op in zullen gaan. We houden daarbij een chronologische volgorde aan, startend met de periode van voorbereiding en implementatie van de nieuwe werkwijze.

5.2 De eerste maanden

Conclusie 4: De nieuwe werkwijze is in korte tijd ingericht en ingevoerd; dit leidde tot een procesvolgorde die niet optimaal was. Mede daardoor was in het eerste jaar op verschillende momenten tussentijdse bijstelling nodig.

Vanuit de evaluatie implementatie resultaatsturing Wmo (procesevaluatie interne projectgroep voorjaar 2019) komt een aantal aandachtspunten naar voren die in onze gesprekken voor deze evaluatie opnieuw veelvuldig de revue hebben gepasseerd. Er is hard gewerkt om het visietraject en de aanbesteding op tijd uit te werken om in 2019 te kunnen starten met het resultaatgericht werken. Het krappe tijdspad heeft echter wel tot enkele knelpunten geleid die de gemoederen nog bezighouden.

- *De nieuwe tarieven zijn berekend terwijl de werkwijze nog niet volledig was uitgewerkt (aan de hand van de eerste versie van de resultatenmatrix).* Uit veel van de gesprekken komt naar voren (zowel vanuit de gemeentelijke organisatie, o.a. contractteam, beleidsmedewerkers en consultants als vanuit de managers van de zorgaanbieders) dat dit ertoe heeft geleid dat de zorgaanbieders binnen begeleiding niet uitkwamen met de tarieven. Wat hierbij tevens meespeelde was dat de omschrijvingen in de handleiding voor consultants in eerste instantie te strak waren. Consultants werkten conform deze strakke handleiding, waardoor er te weinig stapeling van resultaatgebieden

plaatsvond. De consultants geven aan dat het bij de start nog niet helemaal duidelijk was hoe ze mensen moesten indiceren/inschalen op basis van de matrix. Alle resultaatgebieden hebben bij aanvang een tarief gekregen, maar de kaders waren daarvoor eigenlijk nog niet helder genoeg. Na de *Tussenrapportage Onderzoek effecten resultaatgericht werken* zijn de tarieven aangepast (daginvulling) omdat de aanbieders er niet mee uitkwamen. Tevens is na de invoering van resultaatgericht werken de matrix doorontwikkeld en is de handleiding aangepast.

- *Door het strakke tijdpad was er voor de gemeenten niet voldoende tijd om een gedegen implementatieplan inclusief randvoorwaarden uit te werken.* Zonder afgerond implementatieplan starten maakt het lastig om te sturen op de planning, randvoorwaarden en resultaten die nog niet voldoende concreet zijn. Van tevoren het implementatieproces en de stappen die daarbij te doorlopen zijn goed doordenken helpt om structuur te kunnen geven aan de implementatie en daar ook gericht op bij te kunnen stellen indien nodig.
- *Aanbieders hadden tijdens de aanbesteding onvoldoende beeld van de invulling van de resultaatgebieden.* Het inkooptraject kende een korte doorlooptijd, met maar enkele consultatiemomenten met de aanbieders. Mede daardoor heeft niet iedere aanbieder zich voldoende gerealiseerd welke impact het nieuwe stelsel zou hebben op de eigen organisatie en werkwijze. Uit de gesprekken met de aanbieders (managers), het contractteam en de consultants komt bijvoorbeeld naar voren dat aanbieders na de aanbesteding tot de conclusie zijn gekomen dat zij op een verkeerd perceel hebben ingeschreven of niet op een perceel hebben ingeschreven waar zij wel diensten (willen) leveren. De beschrijving van de percelen was dus niet eenduidig genoeg voor aanbieders om een juiste beoordeling te kunnen maken.

5.3 Tussentijdse aanpassingen

Conclusie 5: De problemen in de opstartfase zijn grotendeels opgelost, maar het breder bekend maken van de oplossingen verdient nog aandacht. Rondom stapeling en onderaannemerschap zijn er nog 'open eindjes'.

Zoals in de vorige paragraaf is beschreven, ging aan de implementatie van de nieuwe werkwijze een betrekkelijk korte voorbereidingstijd vooraf. Dat heeft ervoor gezorgd dat niet alle details waren uitgewerkt op het moment dat de nieuwe werkwijze van start ging. Een aantal van de problemen die hierdoor werden veroorzaakt, is inmiddels opgelost. Dat betreft de volgende zaken:

- In 2019 bleek dat er zo weinig werd 'gestapeld' bij begeleiding bij sociaal persoonlijk functioneren (SPF), dat de beschikbare budgetten te laag waren om goede ondersteuning te kunnen bieden op het gebied van financiën, huisvesting en daginvulling. Op basis van de eerste versie van de handleiding voor consultants kregen cliënten vaak alleen een indicatie voor SPF, terwijl zij daar bovenop een indicatie hadden moeten krijgen voor ondersteuning bij financiën. Dat 'stapelen' bleef echter vaak achterwege, waardoor het beschikbare budget ontoereikend was. In de nieuwe versie van de handleiding (november 2019) is duidelijker aangegeven dat in deze gevallen gestapeld mag worden.
- Het beschikbare budget is afhankelijk van de 'trede' waarin een cliënt door de Wmo-consulent wordt geplaatst. Op basis van de eerste versie van de handleiding kenden zij de hoge trede 2, waarbij sprake is van 'regieverlies', niet toe aan mensen die door fysieke problemen niet in staat waren om regie te voeren (bijvoorbeeld door slechthoofdpijn of niet kunnen communiceren). Dat is in de nieuwste

versie van de handleiding verduidelijkt. Toch geven zorgaanbieders soms aan dat somatische klachten onvoldoende worden meegewogen bij het bepalen van de zwaarte van de ondersteuningsbehoefte.

- Enkele zorgaanbieders hebben in de gesprekken aangegeven dat de handleiding en de resultatenmatrix te veel uitgaan van de huidige situatie van cliënten die begeleiding ontvangen - zonder oog te hebben voor de situatie van de cliënt als er geen ondersteuning geboden zou worden. Volgens hen pakken de indicaties hierdoor soms lager uit dan wenselijk. De gemeenten geven aan dat dit in de laatste versie van de handleiding is opgelost; meer dan voorheen wordt nu benadrukt dat het uitgangspunt is hoe de cliënt functioneert *zonder* Wmo-hulp.
- De tarieven voor daginvulling bleken in de loop van 2019 te laag. Toen uit een interne check door de gemeenten bleek dat de budgetten die hieraan besteed werden opvallend lager waren dan vóór de invoering van resultaatsturing, zijn de tarieven opgehoogd en zijn de in 2019 afgegeven indicaties in het najaar van 2019 met terugwerkende kracht opgehoogd. Onder aanbieders is veel waardering te beluisteren voor deze aanpassing. Desondanks hebben wij in de gesprekken met zorgaanbieders ook gehoord dat voor de specifieke groep lichtverstandelijk beperkten die een groot aantal uren dagbesteding krijgen, de budgetten nog altijd ontoereikend zijn. In het oude systeem bestonden er drie tarieven voor 'begeleiding groep', nu nog één. Dat betekent dat aanbieders nu een hoger tarief dan voorheen krijgen voor cliënten met een lichte ondersteuningsvraag, en een lager tarief voor cliënten met een zwaardere ondersteuningsvraag. De bedoeling van de gemeenten is dat de aanbieders onderaan de streep voor de totale groep cliënten ongeveer gelijk uitkomen. Het is op dit moment nog niet duidelijk of dat in alle gevallen ook zo uitpakt.

Het is opvallend dat enkele zaken die volgens de gemeenten inmiddels zijn opgelost, toch in de gesprekken met zorgaanbieders naar voren zijn gekomen als knelpunt. Het lijkt erop dat niet alle tussentijdse aanpassingen bekend zijn bij de zorgaanbieders. Het verdient dan ook aanbeveling om extra aandacht te besteden aan de communicatie met zorgaanbieders over deze punten.

Een nog openstaand probleem betreft het feit dat niet alle zorgaanbieders op alle resultaatgebieden zijn gecontracteerd, waardoor indicaties niet altijd 'gestapeld' kunnen worden. De gekozen aanbestedingsprocedure (een Europese openbare aanbesteding) brengt met zich mee dat tussentijds geen nieuwe aanbieders mogen toetreden. In 2019 bleek dat niet alle aanbieders zich hadden ingeschreven voor alle percelen waarbinnen zij diensten wilden leveren. Om toch diensten in alle resultaatgebieden te kunnen leveren (en dus ook: waar nodig te kunnen 'stapelen'), moeten zij nu werken in onderaannemerschap. Dat leidt tot extra administratieve lasten voor zowel hoofd- als onderaannemers. Bovendien legt het een grote verantwoordelijkheid bij de hoofdaannemer, terwijl die zelf beperkt invloed heeft op de invulling van de zorg. Dit zorgt ervoor dat zorgaanbieders niet staan te springen om te kiezen voor deze constructie.

In 2020 heeft het Contractteam van de H4 een memo opgesteld waarin aangegeven wordt dat er in totaal 1.200 cliënten in zorg zijn bij aanbieders die niet op alle resultaatgebieden gecontracteerd zijn. Navraag leert echter dat de groep die hier daadwerkelijk problemen van ondervindt veel kleiner is – zo zijn er in de gemeente Delft 14 cliënten waarvoor de gemeente niet de benodigde zorg kan indiceren als gevolg van het niet kunnen stapelen, in Westland zijn het er vooralsnog 17; de andere gemeente hebben het nu wel opgelost, maar vinden wel dat ze zich daarvoor in allerlei bochten moeten wringen om passende oplossingen te bieden. Kennelijk weten zorgaanbieders en de gemeenten in verreweg de meeste gevallen wegen te vinden om tot een oplossing te komen. Ideaal is de situatie echter niet. Ook wordt de vraag

gesteld of je in een situatie met onderaannemerschap de kwaliteit van de zorg wel voldoende kunt borgen (bijvoorbeeld in het kader van tussenschakels in het afstemmen van zorgplannen) en of de keuzevrijheid van cliënten niet negatief beïnvloed wordt. In de gemeenteraad van Westland is in april 2020 een motie aangenomen die oproept om nadrukkelijk rekening te houden met de proportionaliteit en de aard, omvang en aanbod van kleine zorgaanbieders en tussentijdse contractering van deze aanbieders mogelijk te maken.

Aanbevelingen:

5.1 Communiceer als gemeenten nogmaals richting zorgpartijen over de tussentijdse wijzigingen die in het eerste jaar zijn doorgevoerd. Neem dit ook mee in de contractgesprekken: is het duidelijk wat er is gewijzigd, en is de informatie hierover voldoende geland in de organisatie?

5.2 Zorg bij de volgende aanbestedingsronde dat het voor aanbieders volledig duidelijk is waar elk van de resultaatgebieden voor staat, zodat zij zich inschrijven op alle percelen waarop zij zorg willen verlenen. Overweeg een flexibeler aanbestedingsvorm, zodat (ook kleinere) aanbieders ook op een later moment nog kunnen inschrijven.

5.3 Ga in de tussentijd tot de volgende aanbesteding met aanbieders in gesprek over praktische oplossingen voor de 'stapelingsproblematiek'. Specifiek aandachtspunt hierbij zou moeten zijn hoe belemmeringen voor hoofd- en onderaannemerschap weggenomen kunnen worden.

5.4 Herindicatieproces Westland

Specifiek voor de gemeente Westland geldt dat de onvrede over het herindicatieproces in de gemeente Westland wellicht voorkomen had kunnen worden met betere communicatie. Communicatie blijft onverminderd een aandachtspunt.

In de gemeente Westland verliep de invoering van resultaatgericht werken parallel aan de eerste feitelijke herindiceringsronde voor huishoudelijke hulp na de invoering van de Wmo2015. Dit heeft het beeld ten aanzien van de nieuwe werkwijze vertroebeld: de teruggang in ondersteuning was immers niet zozeer het gevolg van resultaatgericht werken, maar veel meer van de invoering van de nieuwe Wmo. In het rapport *Resultaatgericht (her)indiceren Hulp bij het huishouden* (RadarAdvies, 27 augustus 2019) is hier uitgebreid op ingegaan.

Het rapport beschrijft dat het college van de gemeente Westland in juli 2014 besloot tot een zachte landing voor cliënten met hulp bij het huishouden met een oude beschikking. Dit was bedoeld om continuïteit van zorg te bieden en tijd te creëren om nieuwe taken op een zorgvuldige wijze in te voeren. In november 2014 besloot de gemeenteraad van Westland om de maatregelen in het kader van de zachte landing waar nodig in 2016 te continueren. Toen al werd benoemd dat dit op de lange termijn financieel gezien geen haalbare situatie zou zijn, en dat geleidelijke herziening van beleid daarom noodzakelijk is. In de jaren na 2016 werden de cliënten die binnen de zachte landingsregeling vielen echter ongemoeid gelaten, ook al was de afgesproken periode voor de zachte landing ten einde. Hierdoor behielden zij de ondersteuning die zij al vele jaren hadden, zonder dat zij eigenlijk de overgang naar de Wmo 2015 situatie hebben gemaakt. Zij zijn al van ruim voor 2015 tot aan 2019 vaak niet meer door de gemeente gezien, en genoten dus nog ondersteuning gebaseerd op (ruimere) normen van jaren daarvoor.

Pas op het moment dat in de gemeente Westland de overgang gemaakt werd naar resultaatgericht werken, is gestart met herindicieren van cliënten die al jaren geen herindicatie hadden gehad. Daardoor leek het alsof de teruggang in ondersteuning het gevolg was van de overgang naar resultaatgericht werken, terwijl de herindicering feitelijk nog (uitgesteld) moest worden uitgevoerd in het kader van de invoering van de Wmo 2015. In de andere gemeenten is dit proces van herindicieren wel eerder op gang gekomen, en heeft de overgang naar het resultaatgericht werken (en het herindicieren op basis van de nieuwe systematiek) lang niet zo veel stof doen opwaaien in de vorm van bezwaren van cliënten, premature bezwaren en politieke en media-aandacht.

De gesprekken die we hebben gevoerd (zowel binnen de gemeentelijke organisatie, met zorgaanbieders als met cliënten en cliëntorganisaties) bevestigen het beeld dat in de Radar-rapportage is geschetst. De ontstane commotie in de gemeente Westland rondom het invoeren van het resultaatgericht werken in de Wmo heeft niet zozeer te maken met de overgang naar een andere systematiek, maar met het uitgestelde herindiceringsproces in de overgang naar de Wmo 2015 en onvoldoende heldere communicatie hierover.

In de gemeente Westland is de overgang naar het resultaatgericht werken door het dubbele herindicatieproces (zowel in het kader van de Wmo 2015 als in het kader van de nieuwe systematiek) *ervaren* als een verkapte bezuinigingsmaatregel in een mooi jasje. Men kan het dubbele herindicatieproces niet 'los' van elkaar zien omdat ze op hetzelfde moment zijn doorgevoerd, waardoor vooral de teruggang in ondersteuning bij lopende contracten prevaleerde in de discussies. Dat de ervaren 'bezuiniging' vooral te maken had met de overgang naar de Wmo 2015 – en dus feitelijk een uitgestelde opgave is die geen verband houdt met de keuze om resultaatgericht te gaan werken - is niet voor ieder inzichtelijk.

Vanuit het gesprek met cliëntorganisaties en de Adviesraad Sociaal Domein (ASD) is naar voren gekomen dat men best begrijpt dat er in het kader van de enorme vergrijzing iets moet gebeuren om de zorg op de lange termijn voor iedereen toegankelijk en betaalbaar te houden. Niet zozeer dát er op persoonsniveau bezuinigd moet worden in de uitgaven voor zorg en ondersteuning is een bron van ergernis en onvrede, maar het gebrek aan communicatie hierover zodat mensen niet begrijpen waaróm zij nu minder ondersteuning krijgen en waar ze aan toe zijn.

Naast de directe communicatie naar inwoners over de veranderingen in het stelsel en het herindicieren op basis daarvan én op basis van de overgang naar de Wmo 2015 is ook de communicatie vanuit de ketenpartners naar cliënten een punt van aandacht. Het is van belang dat aanbieders de werkwijze en de achtergrond en betekenis daarvan goed en eenduidig uit kunnen dragen richting cliënten.

Om onvrede en zorgen weg te nemen, is een overgangstermijn ingesteld voor cliënten die ervaren dat ze er na herindicatie op achteruit gaan. Gemeenten kunnen hen een overgangstermijn van drie maanden aanbieden, die is bedoeld om aan de nieuwe situatie te wennen. In deze overgangstermijn moet door de aanbieder dezelfde omvang aan zorg worden geboden, en moet de cliënt inhoudelijk worden voorbereid op de verandering na de overgangstermijn. Uit het onderzoek blijkt dat tot nu toe beperkt gebruik gemaakt wordt van deze mogelijkheid en de tijd niet (voldoende) wordt gebruikt voor het voeren van het gesprek over de invulling van de zorg binnen de nieuwe kaders.

Aanbevelingen specifiek voor de gemeente Westland:

- *Maak in alle communicatie-uitingen richting cliënten, ketenpartners, media en politiek duidelijk dat in Westland een aantal jaar geleden bewust de keuze is gemaakt om de mensen die al voor 2014 ondersteuning bij het huishouden ontvingen, voorlopig niet opnieuw te indiceren ondanks de invoering van de Wmo2015 (zachte landing) – en dat de soms lagere indicatie die zij in 2019 kregen dus niet het gevolg is van de invoering van resultaatgericht werken, maar een ‘verlaat effect’ van die zachte landing.*
- *Doe de communicatie richting cliënten over het herindicatieproces zo veel mogelijk samen met de zorgaanbieder. Denk hierbij aan gezamenlijke gesprekken met de cliënt.*
- *Overweeg om bij herindicaties een langere ‘gewenningsperiode’ in te stellen voor bestaande ORH-clieënten in Westland, waarin geleidelijk wordt toegewerkt naar een ondersteuningsniveau zoals past binnen de nieuwe richtlijnen en werkwijze. Gebruik deze gewenningsperiode om actief met cliënten in gesprek te gaan (eigen regie!) over hoe de hulp zo ingericht kan worden, dat die zaken die voor de cliënt het belangrijkste zijn nog wel gedaan kunnen worden.*

5.5 De nieuwe werkwijze in praktijk

Tevredenheid cliënten

Conclusie 6: Op basis van de gesprekken, de cliëntervaringsonderzoeken en het geringe aantal bezwaren kunnen we stellen dat de Wmo-clieënten over het algemeen tevreden zijn met de hulp die zij krijgen.

De meeste mensen die Wmo-ondersteuning krijgen in de H4-gemeenten, zijn tevreden met de hulp die ze krijgen en ook met de manier waarop het indicatieproces door de gemeente is vormgegeven. Dat blijkt uit het cliëntervaringsonderzoek (CEO) 2018 (zie hiervoor ook de bijlage), en in Westland en Delft ook uit het CEO 2019. Let wel: voor twee van de vier gemeenten zijn er dus alleen cijfers beschikbaar over cliënten die in 2018 contact hadden met de gemeente over Wmo-ondersteuning; voor die gemeenten is er dus nog geen inzicht in het oordeel van cliënten sinds de invoering van resultaatsturing.

Voor Westland geldt dat de algemene tevredenheid in 2019 hoger ligt dan in 2018. Dat is dus positief. In Delft zijn de cijfers over de hele linie vergelijkbaar met voorgaande jaren. Het is interessant om te zien of de scores van het CEO 2019 in de andere twee gemeenten een afwijkend beeld laten zien. Vooral nog kunnen we stellen dat de tevredenheid in ieder geval niet achteruit gegaan is sinds de invoering van de nieuwe werkwijze, en op een aantal punten licht vooruit is gegaan. Ook uit de interviews met cliënten die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden, blijkt dat zij in meerderheid tevreden zijn met de hulp die zij krijgen.

Een ander teken dat de tevredenheid over het algemeen hoog is, is het feit dat er in 2019 slechts weinig bezwaarschriften zijn ingediend door cliënten (in de vier gemeenten samen werden er 63 bezwaren ingediend naar aanleiding van ORH-indicaties (op een totaal van 3.915 indicaties), bij begeleiding 18 (op een totaal van ruim 2.100 indicaties)). Ook hier is wel te zien dat in gemeenten waar relatief meer mensen zijn ‘teruggezet’ in de hoeveelheid hulp die zij krijgen (dat geldt voor Westland en Rijswijk), meer bezwaarschriften zijn ingediend dan in gemeenten die ook vóór de invoering van resultaatsturing al tamelijk ‘sober’ indiceerden (Delft en Midden-Delfland).

Aantallen bezwaren ORH per gemeente (geïncventariseerd per gemeente) per april 2020

	Totaal H4	Delft	Westland	Rijswijk	Midden Delfland
2019 opgelost	63	4	24	34	1
2020 lopend	8	3	3	2	0

Aantallen bezwaren begeleiding per april 2020

	Totaal H4	Delft	Westland	Rijswijk	Midden Delfland
2019 opgelost	18	13	2	3	0
2020 lopend	4	0	4	0	0

Verskil nieuwe en bestaande cliënten

Uit het cliëntervaringsonderzoek van Westland blijkt wel dat er een verschil is tussen mensen die in 2019 of 2020 voor het eerst een indicatie kregen voor Wmo-hulp (en dus alleen de nieuwe werkwijze kennen) en mensen die al langer ondersteuning kregen en in 2019 opnieuw werden gezien door de gemeente. In het onderzoek is een onderscheid gemaakt tussen drie groepen: een groep die in 2019 voor het eerst een indicatie kreeg (nw), een groep die in 2019 een herindicatie kreeg ('oud/nw') en een groep die een oude indicatie heeft en nog geen herindicatie heeft gekregen ('oud/oud'). Een vergelijking tussen die drie groepen geeft een wat diffuus beeld:

- De groep die in 2019 voor het eerst een indicatie kreeg (nw), is het meest positief op de stelling 'De medewerker en ik hebben in het gesprek samen naar oplossingen gezocht'
- De groep die nog geen herindicatie heeft gehad in 2019 (oud/oud), scoort het hoogste op de stelling 'Ik vind de kwaliteit van de ondersteuning die ik krijg goed' en de stelling 'De ondersteuning die ik krijg past bij mijn hulpvraag'.
- De herindicatiegroep (oud/nw) is het minst positief op de vragen of de zorgaanbieder samen met hen naar oplossingen heeft gezocht en of ze genoeg zelf hebben kunnen zeggen over welke hulp ze willen voor hun problemen; die laatste vraag wordt het meest positief beantwoord door de groep die in 2019 voor het eerst een indicatie kreeg.
- De herindicatiegroep scoort juist het meest positief op de vragen 'door de ondersteuning die ik krijg kan ik mij beter redden' en 'door de ondersteuning die ik krijg heb ik een betere kwaliteit van leven'.

De verschillen tussen de drie groepen zijn relatief klein, en alle drie de groepen zijn in overgrote meerderheid positief over de ondersteuning die zij krijgen en het indicatieproces. In de interviews die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden, valt op dat bestaande cliënten ORH regelmatig aangeven dat zij nu minder hulp krijgen dan voorheen, en dat hun hulp bepaalde taken 'niet meer mag uitvoeren' (zoals het schoonmaken van kamers die niet dagelijks worden gebruikt of het lappen van ramen aan de buitenkant). Het lijkt er op dat de wat lagere tevredenheid van deze groep niet zozeer te maken heeft met het *proces* van indiceren, maar met de uitkomst van het indicatieproces: het beschikbare budget voor hulp en daarmee de hoeveelheid hulp die een zorgaanbieder hen kan bieden en de keuzes die als gevolg daarvan worden gemaakt voor de taken die wel of niet worden uitgevoerd.

Ook in Delft is bij het meest recente cliëntervaringsonderzoek een onderscheid gemaakt tussen nieuwe cliënten, bestaande cliënten van wie de indicatie in 2019 gewijzigd is en bestaande cliënten zonder gewijzigde ondersteuning. De drie groepen blijken niet significant van elkaar te verschillen in hun waardering voor het indicatieproces en de ontvangen ondersteuning.

De groep die zowel bekend is met de oude als de nieuwe werkwijze, kreeg in Delft ook een aantal specifieke vragen over de veranderingen. Uit de reacties blijkt dat de groep die vindt dat de nieuwe situatie beter is dan de oude, iets groter is dan de groep die dat niet vindt (39% tegenover 32%). Ruim de helft van de cliënten die zowel de oude als de nieuwe situatie kennen, geeft aan goed geïnformeerd te zijn door gemeente en zorgaanbieder over de veranderingen, circa 15% vindt van niet (de rest is neutraal).

Uren versus resultaat

Conclusie 7: Met de invoering van resultaatsturing doen gemeenten in de beschikking geen uitspraak meer over het aantal uren hulp. Zorgaanbieders geven aan ook ‘niet meer in uren te mogen spreken’. Voor veel cliënten is het aantal uur hulp dat zij krijgen echter wel relevant – met name bij ORH en begeleiding voor mensen met autisme.

Vanaf de fase waarin de H4-gemeenten hun visie op resultaatsturing vormgaven, was het adagium om niet langer te spreken in termen van ‘uren’ maar uitsluitend van ‘resultaten’. Verschillende uitspraken van de Centrale Raad van Beroep maakten echter duidelijk dat gemeenten aan het resultaat dat zij benoemen (bij huishoudelijke hulp) ook een aantal uren moeten koppelen. Inmiddels is in de H4-gemeenten daarom een kwaliteitskader en een bijbehorend ‘normenkader’ ontwikkeld. In het normenkader staat beschreven hoeveel tijd er staat voor bepaalde handelingen in het huishouden bij een gemiddelde cliënt (in uren per jaar). Het normenkader wordt in principe pas geraadpleegd op het moment dat een cliënt bezwaar maakt tegen de beschikking; in andere gevallen behoudt de zorgaanbieder de vrijheid om naar eigen inzicht invulling te geven aan het resultaat van een ‘schoon en leefbaar huis’.

In het gesprek met de cliëntbelangenorganisaties en adviesraden sociaal domein kwam naar voren dat zij wél verwachten dat het normenkader meer houvast gaat bieden om te kunnen bespreken wat er allemaal gedaan moet worden om het resultaat ‘een schoon huis’ te bereiken. In dat geval zou het normenkader niet enkel een rol spelen bij bezwaren, maar ook een hulpmiddel zijn om actief het gesprek mee te kunnen voeren over wat er moet gebeuren en wat er verwacht mag worden. Vooral in de gemeente Westland is de inzet van het normenkader op deze wijze een aandachtspunt omdat er hier zoveel commotie is ontstaan over de herindicering van bestaande cliënten bij Ondersteuning en Regie bij het Huishouden.

In de praktijk blijkt het voor alle betrokken partijen lastig om het denken in uren los te laten. Zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en ook individuele cliënten geven aan dat zij het prettig vinden om te weten wat zij van een zorgaanbieder kunnen verwachten: hoe vaak komt die, op welke dag(en) en wat komt hij of zij doen? Hoewel niet iedereen het noodzakelijk zegt te vinden om precies te weten *hoe lang* de zorgverlener zal komen, lijkt het wel een reflex om in termen van uren te spreken. Dit geldt met name voor huishoudelijke hulp (ORH), maar ook voor begeleiding bij mensen met autisme.

Zorgaanbieders die ORH bieden, rekenen het beschikbare budget per cliënt om naar een gemiddeld aantal uren hulp per week. Op basis daarvan worden zorgverleners ingeroosterd. Uit de gesprekken blijkt dat zij hierbij een min of meer vaste verdeelsleutel hanteren; dit staat dus haaks op het idee dat de zorgverlener per keer of in ieder geval per cliënt kan kijken wat er nodig is, en of daarvoor dit keer meer of minder tijd nodig is. In praktijk wordt dan ook weinig afgeweken van de vooraf bepaalde tijd per cliënt.

Volgens zorgaanbieders én cliënten spreken Wmo-consulenten soms ook nog in termen van uren. Wij hoorden verschillende voorbeelden waarin weliswaar in het ondersteuningsplan niet gesproken werd over uren, maar in het keukentafelgesprek wel de toezegging werd gedaan dat na de nieuwe indicatie voor ORH ‘de hulp niet minder zal worden’. Dit wekt verwachtingen bij de cliënt, die de zorgaanbieder vervolgens moet waarmaken. Dit is strijdig met het uitgangspunt van resultaatsturing dat gemeenten gaan over het ‘wat’, en de zorgaanbieders samen met de cliënt over het ‘hoe’. Afspraken over de invulling van de hulp dienen dan ook gemaakt te worden tussen de zorgaanbieder en de cliënt, en te worden vastgelegd in het zorgplan. Of hierin al dan niet wordt gesproken in termen van uren, is aan de zorgaanbieder.

Aanbevelingen:

7.1 Zorg ervoor dat gemeenten en zorgaanbieders hetzelfde ‘verhaal’ vertellen aan cliënten: gemeenten spreken niet over uren, zorgaanbieders mogen dat wel.

7.2 Geef als gemeenten zorgaanbieders de ruimte om in die gevallen waar zij dat nuttig achten en wanneer de cliënt daar behoefte aan heeft, afspraken te maken met cliënten over de frequentie en duur van de ondersteuning. Om te voorkomen dat cliënten dit voor langere tijd als een ‘recht’ gaan beschouwen, moet hierbij duidelijk worden gemaakt dat het om een gemiddelde gaat en dat er afhankelijk van wat er gedaan moet worden soms meer of minder ondersteuning zal zijn. Ook is het advies om met name voor begeleiding deze afspraken steeds voor een korte periode (6 à 8 weken) te maken, daarna te evalueren en dan weer afspraken te maken voor de periode erna.

De aanvraagprocedure

Conclusie 8: De nieuwe procedure om te komen tot een indicatie en zorgplan is voor cliënten erg ingewikkeld geworden, zo blijkt uit gesprekken met cliënten en cliëntenorganisaties.

Cliëntenorganisaties en ook individuele cliënten geven aan dat de procedure om Wmo-hulp te krijgen met het nieuwe systeem ingewikkeld is geworden. Iemand die voor het eerst een indicatie aanvraagt, krijgt een keukentafelgesprek met een Wmo-consulent. Die maakt op basis daarvan een ondersteuningsplan, waarin beschreven staat op welke gebieden ondersteuning nodig is en wat hiervan het resultaat moet zijn (het ‘wat’). Vervolgens komt er de zorgaanbieder op bezoek bij de cliënt, om te bespreken ‘hoe’ aan dit resultaat gewerkt zal worden. Dit vindt zijn weerslag in een zorgplan. Dit zorgplan moet worden ondertekend door de cliënt en worden ingediend bij de gemeente; pas dan geeft de gemeente de beschikking af en kan de zorg worden opgestart.

Cliëntenorganisaties geven aan dat de procedure té ingewikkeld is (geworden), met name vanwege de hoeveelheid gesprekken die nodig is voordat de hulp wordt gestart. De cliënten die wij in het kader van dit onderzoek spraken, konden vaak nauwelijks reproduceren wat in het gesprek met de gemeente aan de orde was geweest, en wat in het gesprek met de zorgaanbieder. *Beide* gesprekken gingen in hun beleving over wat zij (nog) wel zelfstandig konden doen en wat niet, en welke mogelijkheden de cliënt had om zaken in het eigen netwerk op te lossen. Het wekt dan ook geen verbazing dat zij vaak ook niet kunnen aangeven wat er in het ‘ondersteuningsplan’ stond, en wat in het ‘zorgplan’. In de beleving van veel cliënten zijn het beide ‘brieven van de gemeente’ – en ook het gegeven dat in het ondersteuningsplan (als het goed is) niet wordt beschreven *hoeveel* hulp men krijgt en in het plan van de zorgaanbieder wél preciezere afspraken staan, is veel cliënten niet opgevallen.

Opvallend is ook dat cliënten zich vaak niet meteen kunnen herinneren dat in het keukentafelgesprek of het intakegesprek met de zorgaanbieder is gesproken in termen als ‘resultaat’ of ‘doelen’. Dat wil niet zeggen dat dit niet aan de orde is geweest, maar de termen als zodanig resoneren niet. Cliënten geven aan de brieven die zij van de gemeente krijgen ingewikkeld te vinden, vanwege gebruikte termen als ‘resultaten’ en ‘tredes’. Dat het doel bij ORH wordt beschreven als ‘een schoon en leefbaar huis’ zegt hen niet veel; ‘Ik krijg gewoon hulp bij het huishouden, want ik kan niet meer zelf’, is een veelgehoorde reactie. Dit ligt iets anders voor cliënten die begeleiding krijgen: zij geven vaker aan dat het gesprek is gegaan over ‘doelen’ en ‘resultaten’.

Bij bestaande cliënten waar een verlenging of herindicatie aan de orde is, ziet de procedure er vaak anders uit; dan is de zorgaanbieder aanwezig bij het gesprek met de Wmo-consulent (driegesprek). Zowel vanuit cliënten als vanuit zorgaanbieders wordt daar positief over gedacht; op deze manier is alle benodigde kennis direct aanwezig. Dat maakt een goed gesprek en een efficiënte afwikkeling mogelijk.

Vanuit cliënten komt de suggestie om ook bij cliënten die verhuizen vanuit een andere gemeente (en waarbij de hulpvraag dus in grote lijnen duidelijk is) direct een zorgaanbieder uit te nodigen bij het eerste gesprek, om het proces om hulp te krijgen te versnellen.

Aanbevelingen:

8.1 Onderzoek in welke gevallen het mogelijk is om processtappen te vereenvoudigen of in elkaar te schuiven. Werk waar mogelijk (en waar het toegevoegde waarde heeft) met een driegesprek (cliënt – consulent – zorgaanbieder) in plaats van volgtijdelijke gesprekken.

8.2 Versimpel waar mogelijk de communicatie richting cliënten (aantal brieven, gebruikte terminologie).

Conclusie 9: Gemeenten vullen de werkwijze op onderdelen op hun eigen manier in; dat leidt tot verschillende uitgangssituaties voor zorgaanbieders om mee te werken en tot verschillende wijzen van indicatiestelling voor cliënten.

Er zijn verschillen tussen de gemeenten in de uitvoering. Dat gaat soms om praktische verschillen zoals het gebruik van verschillende formats van het ondersteuningsplan voor zorgaanbieders en de mate waarin informatie wordt gedeeld in het ondersteuningsplan (een samenvatting of het geheel).

Een belangrijk verschil in de invulling van de werkwijze in de verschillende gemeenten zit echter niet zozeer in dit soort praktische punten, als wel in ‘cultuurverschillen’ die leiden tot een andere manier van omgaan met het indicatieproces. Het beeld bij de zorgaanbieders (op uitvoerend niveau) is dat er grote verschillen zijn in de beoordeling door consulenten van de trede waarin iemand valt. Ook in de gesprekken met de consulenten en het contractteam komen deze verschillen naar voren.

In de gemeente Westland wordt de resultatenmatrix en de handleiding strikt gevolgd bij het indiceren. In de andere gemeenten durven de consulenten meer ruimte te nemen om te indiceren wat zij denken dat goed is en om oplossingen te vinden die misschien niet direct zijn beschreven in de procedures, maar wel goed te onderbouwen zijn. Dit maakt het ook makkelijker om om te gaan met cliënten die niet precies passen in de matrix (diversiteit, uitzonderingsgevallen). In de gemeente Delft wordt dan bijvoorbeeld gewerkt met een kortdurende beschikking in het geval van een begeleidingsvraag waarin de hulpvraag niet vlot duidelijk wordt. Daarmee ondervang je dat een foutieve indicatie en beschikking later weer veel herstelacties vragen; volgens betrokkenen werkt het prettig en bevordert het samenwerking en afstemming tussen consulenten en aanbieder. Werken met een indicatie voor kortere tijd ondervangt tevens het probleem dat aanbieders soms al veel tijd moeten steken in het verhelderen van de zorgvraag voordat ze echt met een cliënt aan de slag gaan en daarvoor vergoed worden. Alhoewel vanuit de gemeentelijke organisatie wordt aangegeven (vanuit de beleidsmedewerkers en het contractteam) dat de tijd voor het schrijven van een zorgplan is verdisconteerd in het tarief, geven zorgaanbieders aan hier in complexe gevallen niet mee uit te komen.

De consulenten geven in gesprek aan dat ze meer inzicht zouden willen hebben in hoe om te gaan met het op- en afschalen van de behoefte aan ondersteuning. Is het goed om te werken met een doorkijk naar de toekomst op basis waarvan je getrapte treden kan afgeven voor de zorgzwaarte in de beschikking? Consulenten hebben niet per definitie de expertise om indicaties te kunnen stellen naar de toekomst in het verloop van de behoefte aan ondersteuning (als dat überhaupt al mogelijk is). In de gemeente Westland wordt hiervoor regelmatig de expertise van een arts gevraagd. Met een kortdurende

beschikking zou hier ook nadere invulling aan gegeven kunnen worden om bij te kunnen stellen in de behoefte. Ook hier verschilt de wijze waarop dat in de verschillende gemeenten wordt vormgegeven.

Overigens geven de zorgaanbieders aan dat hoewel het stellen van doelen en resultaten complex is in de indicatiestelling omdat de eventuele vooruitgang van een cliënt niet goed in te schatten is, zij nog niet hebben meegemaakt dat een indicatie werd gestopt of gekort omdat doelen niet werden behaald. Als doelen te ambitieus bleken, dan gaat de zorgverlener in gesprek met de consultant. Deze afstemming op casusniveau loopt goed.

Aanbevelingen:

- 9.1 Zorg voor standaardisering waar nodig (de wijze waarop consultants resultaatgebieden toekennen bij een bepaalde ondersteuningsvraag, de manier waarop consultants zorgplannen beoordelen, vaste formats voor bijvoorbeeld een ondersteuningsplan)*
- 9.2 Houd ruimte voor verschillen waar dat kan, en leer (op uitvoeringsniveau, beleidsniveau en bestuurlijk niveau) van elkaars ervaringen om te zien welke werkwijzen vanuit de andere gemeenten nuttig zijn om mee te nemen in de eigen werkwijzen en systemen.*
- 9.3 Maak inzichtelijk hoe met het indicatieproces wordt omgegaan in de vier gemeenten en welke leerpunten daaruit komen voor verbetering van de eigen praktijk. Een goede mogelijkheid daarvoor zou kunnen zijn om in een gezamenlijke, periodieke intervisie met (in ieder geval) de consultants vanuit verschillende gemeenten een serie dossiers te beoordelen en op basis daarvan het indiceringsproces en de monitoring op cliëntniveau onder de loep te nemen.*

Bijlage 1: Overzicht gevoerde gesprekken

In het kader van deze evaluatie zijn (groeps-)gesprekken gevoerd met de volgende groepen en personen:

Wethouders en beleidsmedewerkers gemeenten:

- Karin Schrederhof, José van Dijk (Delft) (21 februari 2020)
- Hans Horlings (†), Roel Winkels (Midden-Delfland) (11 februari 2020)
- Larissa Bentvelzen, Wouter van de Berg (Rijswijk) (12 februari 2020)
- Piet Vreugdenhil, Lianne Cino (Westland) (19 februari 2020)

Wmo-consulenten (18 februari 2020):

- Danielle Kobus (Delft)
- Jeroen van der Bijl (Delft)
- Marco Mout (Rijswijk)
- Mirjam Somsen (Rijswijk)
- Miranda Wijsman (Westland)
- Nick van Rijk (Westland)

Gemeentelijk managers (18 februari 2020):

- Jasper Hartelust (Delft)
- Ria van der Gaag (Wmo-consulent Midden-Delfland; verving tijdelijk teamleider Gerard Kroes)
- Lucia van de Brande (Westland)

Contractteam H4 (24 februari 2020):

- Roel Winkels – (Midden Delfland)
- David van Maaren – (Rijswijk)
- Siham Groenendijk – (Rijswijk)
- Jori van der Lugt – (Westland)

Beleidsmedewerkers H4 (25 februari 2020):

- Jose van Dijk – (Delft)
- Suzanne Berg – (H4)
- Roel Winkels – (Midden-Delfland)
- Lianne Cino – (Westland)

Zorgaanbieders, uitvoerend medewerkers (3 maart 2020):

- Ronald Huizer en Miriam Post-Vlemmings (Axxicom)
- Sophie Janssen (Boba autisme groep)
- Merel Meijer en Marjolein Kok (Directzorg)
- Laura Dijkstra (Doel GGZ Delfland)
- Hanneke Brinkboer en Karin Beckerman (Florein)
- Cindy Duyvestijn (Florence)
- Katja van den Hoek (Fonteynenburg)
- Silvia vd. Pauw Kraan en Ilma Dekker (Gemiva-SVG)
- Marja Reuver en Marten Damen (IDB maatwerk)
- Jimmy Voogd (Impegno)

- Marjon Vegter (Jados / Stumass)
- Henrike Spoelman (Stichting Klimkoord)
- Kim van Weelden (Limor)
- Joke Orta (Middin)
- Janelee Pique (Stichting Perspektief)
- Annemieke de Peinder (Stichting Philadelphia Werk en begeleiding)
- Monica Vissee en Leny Hooiveld (Pieter van Foreest)
- Jet van Riel en Marja Mudde (Reakt)
- Astrid Gort en Yvonne Botterhuis (T Zorg)

Zorgaanbieders, management (10 maart 2020):

- Estrella van Ruijven en Martijn Mesker (Stichting Anton Constandse)
- Jeroen van Anrooij (Boba)
- Corrie Pichel (Directzorg)
- Anja van Driel (GGZ Delfland)
- Cindy Lunes (Florein)
- Rienke Labeur (Florence)
- Karin van de Pouwkraan (Florein)
- Barry Kristians (Fonteynenburg)
- Elisabeth Krijtenberg (Humanitas / Homerun)
- Gerdine Maaskant (IDB Maatwerk)
- Jeanette van der Zwan en Amber Blokdijk (Impegno)
- Dave Gasper (Jados)
- Paula Zandstra (Stichting Klimkoord)
- Stephanie van Pruissen (Pieter van Foreest)
- Jaap van Gemmert en Sanne Meeuwssen (T Zorg)
- Piet van Mil (Zorgkwekerij Maasdijk)

Adviesraden Sociaal Domein en cliënten-/belangenorganisaties (10 maart 2020):

- Babak Mousavi Gourabi (ASD Delft)
- Miranda van Velden (ASD Westland / kerngroep jeugd)
- Lia Perrenet (ASD Westland / jeugd)
- Annemiek Korenmans (Cliënt en adviseur Platform Gehandicapten Westland)
- Diana Rang (seniorenraad en commissie zorg en welzijn)
- Tonny Vijverberg (commissie zorg en welzijn / seniorenraad)
- Ineke Bezemeer – ASD Midden-Delfland

Daarnaast zijn voor dit onderzoek 32 individuele gesprekken gevoerd met Wmo-clënten. Deze gesprekken waren als volgt verdeeld:

	Delft	Midden-Delfland	Rijswijk	Westland
ORH, nieuwe cliënt	2	2	1	2
ORH, bestaande cliënt	1	2	2	2
Begeleiding, nieuwe cliënt	1	1	1	2
Begeleiding, bestaande cliënt	2	2	2	2
ORH + Begeleiding, nieuw		1	2	
ORH + Begeleiding, bestaand	2			
Totaal	8	8	8	8

Bijlage 2: Achtergrondgegevens en resultaten CEO's

Aantal Wmo-cliënten per gemeente (situatie 1-1-2020)

	Delft	Midden-Delfland	Rijswijk	Westland
Begeleiding 'nieuw'	1.320	90	440	258
Begeleiding 'oud'	76	15	4	359
Hulp bij huishouding / ORH 'nieuw'	2.010	300	1.099	506
Hulp bij huishouding / ORH 'oud'	88	71	31	1.256

Resultaten Cliëntervaringsonderzoek

% (helemaal) eens met stelling	Delft 2018	<i>Delft</i> <i>2019</i>	Midden- Delfland 2018	Rijswijk 2018	Westland 2018	<i>Westland</i> <i>2019</i>
De medewerker en ik hebben in het gesprek samen naar oplossingen gezocht	74%	75%	76%	75%	77%	83%
Ik vind de kwaliteit van de ondersteuning die ik krijg goed	78%	77%	86%	79%	84%	89%
De ondersteuning die ik krijg past bij mijn hulpvraag	80%	80%	87%	79%	85%	87%
Door de ondersteuning die ik krijg, kan ik beter de dingen doen die ik wil	74%	73%	80%	79%	80%	82%
Door de ondersteuning die ik krijg, kan ik mij beter redden	78%	77%	80%	82%	86%	87%
Door de ondersteuning die ik krijg, heb ik een betere kwaliteit van leven	70%	72%	80%	73%	78%	84%

Bron: Waarstaatjegemeente.nl, Rapportage CEO 2019 Westland en Rapportage CEO Delft 2019. Cliëntervaringsonderzoeken over 2018 zijn uitgevoerd in 2019, onderzoek over 2019 is uitgevoerd in 2020

Gemeente Delft, CEO 2019: vragen gesteld aan groep die bekend is met zowel oude als nieuwe situatie (bestaande cliënten die in 2019 een nieuwe indicatie hebben gekregen) (N=130)	Ja	Deels / Neutraal	Nee
Vindt u dat de situatie voor u is verbeterd, als u het vergelijkt met de oude situatie?	39%	29%	32%
Is er in de nieuwe situatie beter gekeken naar uw persoonlijke situatie dan daarvoor?	35%	33%	32%
Kunt u in de nieuwe situatie meer zelf bepalen hoe u de zorg wilt ontvangen dan in de oude situatie?	36%	36%	28%
Was u tevreden over de informatie over de verandering in ondersteuning die u vanuit de gemeente heeft gekregen?	54%	31%	14%
Was u tevreden over de informatie over de verandering in ondersteuning die u vanuit de zorgaanbieder heeft gekregen?	56%	29%	15%