

Aan het College van Burgemeester en Wethouders
Postbus 9900
1201 GM Hilversum

Hilversum, 8 februari 2021

Betreft: Naar een financieel gezond sociaal domein. Versie 4.1

Geacht College van Burgemeester en Wethouders,

De Adviesraad Sociaal Domein Hilversum zendt u hierbij het gevraagde advies aangaande het regionale programma "Naar een financieel gezond sociaal domein. Versie 4.1".

Het betreft een op 11 januari 2021 gevraagd advies.

Mocht het advies vragen oproepen, dan is de ArSD graag bereid om deze te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,
namens de Adviesraad Sociaal Domein Hilversum,

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'A' followed by a cursive 'W' and a horizontal line.

Mw. A.W.A.M.P. Wijnands-van Daal,
Voorzitter

I. Algemeen

Datum	: 8 februari 2021
Wethouder	: De dames K. Walters en A. Wolthers, de heer F. Voorink
Ambtenaar	: De heren T. Leroi. H. Uneken (RegioGV) en O.van Strien
Naam van het dossier	: “Naar een financieel gezond sociaal domein, versie 4.1”
Bijlage(n)	:
Deadline advies	: 8 februari 2021

II. Status

Ter kennisname	:
Ongevraagd advies	:
Gevraagd advies	: X

III. Besluitvorming door

Ambtelijk/management	:
College	:
Gemeenteraad	: X

IV. Toelichting

Het advies betreft: De op 11 januari 2021 ontvangen nota “Naar een financieel gezond sociaal domein, versie 4.1”.

Per RIB 2020-52 4 september 2020 informeert u de gemeenteraad dat de regio opdracht heeft gekregen van het bestuur van de regiogemeenten om een actieprogramma op te stellen: “Naar een financieel gezond sociaal domein”.

Op 28 december 2020 komt het bericht dat de nota “Naar een financieel gezond sociaal domein” eraan komt met de opmerking dat recent de regio al hard aan het programma heeft gewerkt en dat er tijdsdruk op zit. Desondanks krijgt de ArSD het stuk nog niet, omdat het “eerst aangepast moet worden aan de Hilversumse situatie”.

Zoals telefonisch toegelicht is de ArSD niet gelukkig met deze gang van zaken.

De afgelopen jaren hebben we ons regelmatig versneld ingezet als ArSD. Dit was mogelijk omdat Hilversum op aandringen van de ArSD vaak werkt met ‘beginspraak’ (= vroegtijdige betrokkenheid bij ontwikkelen van beleid). Pogingen daartoe bij de regio lopen tot onze verbazing regelmatig vast. Dat betekent dat wij op het laatste moment om advies gevraagd worden over zaken die dan grotendeels zijn uitgekristalliseerd.

Analoog geredeneerd: De regio werkt in opdracht/als vertegenwoordiger van de gemeente. Ook zij zijn dus gebonden aan de afspraak om de ArSD vanaf het begin te betrekken bij projecten voor de gemeente. Dit kan nota’s en verordeningen ten goede komen. En het maakt de ArSD mogelijk om gevraagd op kortere termijn ons advies aan het college te geven.

Op 11 januari 2021 ontvangt de ArSD dan de nota “Naar een financieel gezond sociaal domein, versie 4.1“, zonder de aangekondigde aanpassingen, maar wel met de vraag nu binnen 4 weken te adviseren.

V. Inleiding

De ArSD heeft in zijn vergadering van 14 januari 2021 gesproken over “Naar een financieel gezond sociaal domein, versie 4.1“.

Hieronder treft u zijn op- en aanmerkingen, aanvullingen en adviezen aan.

VI. Algemene en inhoudelijke opmerkingen

1. Algemene opmerkingen

Leeswijzer:

Het advies behandelt achtereenvolgens de te onderscheiden onderdelen van de verkenning:

1. Jeugd
 - 1.1 Analyse Jeugd
 - 1.2 Jeugdhulp
 - 1.3 Verblijf jeugd
2. Huishoudelijke Hulp
3. Begeleiding en Dagbesteding
 - 3.1 Begeleiding
 - 3.2 Dagbesteding
4. Beschermd Wonen
5. Doelgroepenvervoer-Wmo
6. Kostenbeheersing

Per maatregel zal een advies gegeven worden.

De ArSD heeft zich daarbij waar dat uit de tekst bleek op de Hilversumse situatie gericht. Op andere plaatsen gaat het om een advies over een maatregel waarvan aangenomen wordt dat die gezamenlijk in de regio doorgevoerd gaat worden.

Op pag. 3 geeft u aan dat keuzes gemaakt moeten worden om te borgen dat de zorg toegankelijk blijft voor inwoners die dit het hardst nodig hebben. Dit is door de hele nota heen te merken.

U bereikt met dit voorgenomen beleid dat niet iedereen die zorg nodig heeft, deze zorg ook zal krijgen.

Echter: de gemeente is conform de Wmo 2015 verantwoordelijk voor ondersteuning van inwoners die niet zelfredzaam genoeg zijn om daarvoor zelf of met hulp van zijn netwerk zorg te dragen.

De Wmo 2015 kent geen onderscheid tussen inwoners die hard, harder of het hardst ondersteuning nodig hebben.

- Advies: Maak geen (onwettelijk) onderscheid tussen mensen die zorg nodig hebben of het hardst nodig hebben.

Het abonnementstarief wordt meerdere malen aangevoerd als kostenverhogend door grotere instroom.

- Advies: Start een lobby om de wettelijke maatregel af te schaffen.

Bij de beoordeling van alle voorgenomen maatregelen is het uitgangspunt van de ArSD of een financieel gezond sociaal domein ook resulteert in een gezond klimaat voor kwetsbare inwoners. Resulteert een algemene oproep om gebruik te maken van eigen kracht en benutting van een al overbelast netwerk niet in nog meer kwetsbare inwoners?

2. Inhoudelijke opmerkingen

1. Jeugd

1.1 Analyse jeugd

De ArSD mist wat aandachtspunten in de analyse voor de jeugdzorg/jeugdhulp.

- Zijn de inhoud van de zorg en de verwijzing naar de zorg voor jeugdigen veranderd?
- Waarom is in zijn algemeenheid de zorgbehoefte toegenomen en de zorgzwaarte niet afgenomen? (Zie p.6.) Uitzoeken waar dat een gevolg van is. Bijvoorbeeld:
 - Verandering van de maatschappij, waarbij veel meer met medisch model gewerkt wordt in combinatie met minder acceptatie van 'gevarieerd' gedrag.
 - Is het eenieder wel duidelijk dat niet alle leed kan worden voorkomen en geheeld worden (maakbare maatschappij bestaat niet)? Een humane behandeling van ouders/jeugdigen moet daarbij het uitgangspunt zijn.
 - Verandering van de maatschappij lijkt ertoe te leiden dat het thuis 'regulerend' optreden door bijvoorbeeld tijdgebrek en stresslevels steeds meer wordt verplaatst en overgedragen naar school en deskundige hulp.
- Een inhoudelijke verantwoording van effect besparingen wordt niet gegeven: er is geen inhoudelijke verklaring voor waarom zorg wel of niet effect heeft en daarom ook geen zicht op of een andere aanpak wel garantie voor succes is. (P 10, punt 7 en 8).
- Is het niet mogelijk lokaal de afbakening Jeugdwet en Wet passend onderwijs zelf scherper aan te geven?
- Niet duidelijk wordt gemaakt wat een basisvoorziening is. Waarschijnlijk is dit een foutieve benaming van algemene voorziening.
- Geregeld wordt de noodzaak tot meer samenwerking genoemd tussen gemeenten en tussen professionele hulporganisaties.
 - Ten eerste is dit een ook door het Rijk gewenste en gestimuleerde manier die tot een mogelijke besparing en toch betere zorg zou moeten leiden, maar die verder eigenlijk niet gefaciliteerd wordt.
 - Ten tweede is samenwerking tussen hulporganisaties misschien nodig om tot betere zorg te komen, maar het is niet altijd aantrekkelijk voor bedrijven/instellingen die met elkaar concurreren. Zie bijvoorbeeld pagina 40 waar benchmarking genoemd wordt van organisaties om te achterhalen welke instelling kwalitatief beter presteert. Benchmarking leidt eerder tot concurreren dan tot samenwerken.

1.2 Kostenbesparing (jeugdhulp)

Maatregel 1: Van vindplaats naar werkplaats

P 12.

- Het inbedden van jeugdhulp in de basisvoorziening (algemene voorziening) kan vergroting stimuleren van de zorgbehoefte.
- De ArSD ondersteunt de gedachte dat door vindplaatsen om te zetten in werkplaatsen het eerder inzetten van mogelijk minder zware zorg ter plaatse mogelijk wordt. Overigens is in de laatste plannen in Hilversum m.b.t. jeugdhulp hier al een voorschot op genomen.

Maar:

- De ArSD meent wel dat het niet zo moet worden dat elke werkplaats tot een zelfstandig opererende mini-instelling wordt. Controle door en contact met Sociaal Plein blijft nodig. Mogelijk met vanwege de efficiëntie één vaste consulent per werkplaats?
- Kunnen ervaringsdeskundigen hierbij van waarde zijn?

- Het selecteren van vindplaatsen op 'voldoende jeugdzorg geleverd' voor het omzetten in een werkplaats beperkt de mogelijkheden wat betreft de beschikbaarheid.
 - In Amsterdam zijn de voorbeelden hiervan (brede school, middenschool) intussen weer verdwenen.
 - Betreft dit overigens alleen de zorg voor kinderen met GGZ-problematiek?
 - Vermeld wordt ook dat preventie niet het gewenste resultaat heeft gebracht. Wat kan hiervan geleerd worden ter verbetering?
- Als niet elke werkplaats financieel rendabel kan zijn, betekent dit dan dat niet elke vindplaats wordt veranderd in een werkplaats? Waar moet de jongere inwoner dan heen om aan de benodigde zorg te komen? Of blijft het systeem van verwijzing door huisarts en/of basisvoorziening (algemene voorziening) dan gehandhaafd?
 - Met betrekking tot de maatschappelijke effecten van deze maatregel (p 14/p 15) wordt de verplaatsing van een deel van de cliënten van specialistische zorg naar lichtere zorg op de werkplaats genoemd, evenals van ambulante jeugdhulp naar jeugdhulp op de werkplaats.
 - Beide zijn verwachtingen, waarvoor geen bewijs is. Dat geldt dus ook voor financiële gevolgen. Evaluatie is daarom in een vroeg stadium nodig in combinatie met wat uit het verleden te leren is.
 - De zichtbaarheid voor andere kinderen van hulp op de werkplaats, zoals een school, kan stigmatiserend werken. Dit moet goed gemonitord worden.
 - Het afbouwen van ambulante zorg (dus thuis) is tegengesteld aan de vergroting van de inzet op meer zorg thuis, zoals die voor volwassenen geldt. De voordelige effecten zijn nu niet direct duidelijk, ook omdat de situatie thuis niet meegenomen kan worden.
- Advies maatregel 1: ontwikkelen en uitvoeren van gezamenlijke aanpak 'van vindplaats naar werkplaats'.
- De ArSD staat in principe positief tegenover het voorstel 'vindplaats omvormen naar werkplaats', maar adviseert met nadruk:
- Om naast alle genoemde partijen, ook ervaringsdeskundige ouders te betrekken.
 - Om naast alle genoemde partijen ook ervaringsdeskundige jongeren te betrekken.
 - Om ook andere zorgaanbieders naast de hoofdaanbieder(s) te betrekken. Dit in verband met andere maatwerkoplossingen.
 - De maatschappelijke effecten zoals hierboven genoemd goed te volgen om bij negatieve effecten meteen in te kunnen grijpen.

Maatregel 2: In dialoog verwijzen naar effectieve jeugdhulp

P 14.

- Het monitoren van de effectiviteit van interventies lijkt zinvol.
 - Maar er is geen garantie, dat een wetenschappelijk vastgestelde effectiviteit van een interventie in de praktijk ook in alle gevallen effectief is. Dit is afhankelijk van een aantal variabelen. Bijvoorbeeld: Achtergrond, karakterstructuur, interactie tussen behandelaar en cliënt kunnen de effectiviteit van een interventie negatief beïnvloeden.
 - De effectiviteit van een interventie kan ook pas later meetbaar zijn. Hoe wordt dit ingecalculiseerd?
 - Voorzichtigheid is geboden bij een rigide toepassing van een 'lijst met effectieve interventies'. Maatwerk blijft geboden, waarbij de regisseur (1g1p1r) toezicht kan houden op de effectiviteit en efficiëntie van de geboden hulp.
- Met betrekking tot de maatschappelijke effecten van deze maatregel (p 15) lijkt dat deze vraag tijdens de brede maatschappelijke discussie aan alle stakeholders kan worden gesteld. Dus ook aan ouders: wat kunnen zij missen in de zorg gezien de beperkte financiële middelen die

beschikbaar zijn; wat heeft voor hen prioriteit. Dit maakt ouders medeverantwoordelijk en meer betrokken bij de hulpverlening (= eigen kracht!).

➤ Advies maatregel 2: Het vormen van een verwijsnetwerk en een -richtlijn.

De ArSD staat positief tegenover het vormen van een verwijsnetwerk en een -richtlijn, maar adviseert met nadruk:

- Dat maatwerk mogelijk blijft. Dat wil zeggen, dat indien nodig een interventie kan worden uitgevoerd die niet op de lijst effectieve interventies staat.
- Maak ouders medeverantwoordelijk; betrek ze.

1.3 Kostenbesparing (verblijf jeugd)

Maatregel 3: Uitvoeringsagenda structureel borgen.

P 16.

- Oplossingsrichting 'versterken ambulante jeugdhulp in de thuissituatie' is tegengesteld aan afbouwen ambulante ondersteuning zoals die op p 15 is genoemd. Wordt hiermee ambulante ondersteuning in pleegzorg en gezinshuizen bedoeld? En waarom daar wel en 'gewoon thuis' niet?
- De ArSD zet vraagtekens bij het succes van structureel versterken van pleegzorg en gezinshuizen. Tot nu toe lijkt er geen blijvende toename in bijvoorbeeld het aantal pleeggezinnen te zijn ondanks alle gevoerde campagnes. Het is de vraag of de ingezette maatregelen door meer geld daarvoor te reserveren zullen helpen. In ieder geval wordt niet duidelijk hoe dan.
- Overigens is de ArSD overtuigd van nut en noodzaak van pleeggezinnen en gezinshuizen.
- De ArSD ziet nog een andere mogelijkheid namelijk het opnemen van het hele gezin totdat het weer zelfstandig kan functioneren. Op de lange termijn is dit mogelijk goedkoper.

➤ Advies maatregel 3: Uitvoeringsagenda structureel borgen

Met in inachtneming van het bovengenoemde adviseert de ArSD over deze maatregel positief.

Maatregel 4: Gezamenlijke bekostiging van en toegang tot verblijf.

P 17.

- Wat wordt precies bedoeld met het regionaal onderbrengen van toegang en bekostiging als de doorbraaktafel niet werkt? Immers de doorbraaktafel is bedoeld als een overleg waarin in gezamenlijkheid diverse deskundigen met betrekking tot de zorg voor een jeugdige geprobeerd wordt uithuisplaatsing te voorkomen.

NB: de naam doorbraaktafel vinden wij niet helder en niet motiverend.

- Er wordt nu een termijn van een half jaar gesteld waarbinnen positief resultaat van de doorbraaktafel moet blijken. Is dat genoeg tijd?

Uit informatie van de regio bij een voorstel voor invoeren van een doorbraaktafel jeugd over relatie doorbraaktafel - expertteam:

"De doelen van de doorbraaktafel sluiten naadloos aan bij de doelen van het Expertteam. Enige verschil is dat het Expertteam zich primair richt op vastgelopen casussen waar geen directe oplossingen voorhanden zijn. De doorbraaktafel van het Expertteam jeugd bespreekt alle casussen waar een uithuisplaatsing dreigt of waar de jeugdige is geplaatst in de tussenvoorziening voor maximaal 28 dagen. Het Expertteam krijgt straks 2 werkstromen:

- Eén team dat tweewekelijks bij elkaar komt om mogelijke uithuisplaatsingen te bespreken ofwel jeugdigen die in de tussenvoorziening zijn geplaatst;
- Eén team dat op afroep bij elkaar komt om vastgelopen casussen te bespreken.
- Onduidelijk is of het bestaan van doorbraaktafel en expertteam in het verlengde van elkaar kostenbesparend kan werken. Dit wordt weinig onderbouwd.

- Met dit voorstel trekt de regio de toegang tot verblijf naar zich toe. Dit past bij het beleid van VWS om bij dergelijke oplossingen voor het verlenen van complexe zorg meer regionaal samen te werken. Niet duidelijk is of de lokale consultants gedetacheerd gaan worden en dus in dienst van de eigen gemeente blijven of geheel onder verantwoordelijkheid van de regio komen. In dat geval is een nieuwe regionale (toegangs)organisatie in ontwikkeling een feit.
- Advies maatregel 4: gezamenlijke bekostiging van en toegang tot verblijf.
 - De ArSD meent dat de doorbraaktafel genoeg tijd moet krijgen om zich te bewijzen.
 - Betrek bij de doorbraaktafel ook de ouders en/of ervaringsdeskundigen.
 - De ArSD meent dat volstrekt duidelijk moet zijn wat de verhouding is tussen de regio en de gemeenten bij het vormen van de voorgestelde gezamenlijke toegangsorganisatie. Dit strekt zich ook uit tot de betrokkenheid van de gemeenteraden en de adviesraden.

2. Huishoudelijke Hulp

Maatregel 5: Het versoberen van de levering en aanscherpen van de toegang tot huishoudelijke hulp.

Het abonnementstarief heeft de toegang tot huishoudelijke hulp aantrekkelijker gemaakt. Om tot bezuiniging te komen vindt u het noodzakelijk maatregelen te treffen om de toegang te bemoeilijken door indicatiecriteria aan te scherpen. Ook het versoberen van de zorg wordt bekeken. Allemaal maatregelen waarbij voorbijgegaan wordt aan de noodzaak van zorgverlening. Door versoering zal ook het positieve effect van de controle en het doorbreken van veel voorkomende eenzaamheid bij de cliënten afnemen.

P 20: Overwegingen.

- Is bij de mogelijkheid om de huishoudelijke hulp eens in de twee weken langs te laten komen rekening gehouden met hygiëne en het sociale contact/controle.
- Wordt met een keuze uit twee vaste tijdstippen de vrije keuze van de cliënt niet te veel beperkt? Of is er de mogelijkheid om indien nodig het tijdstip aan te passen. Cliënt heeft namelijk niet altijd een vrije keuze voor arts/ziekenhuis bezoek enz. Daarom is overleg met de cliënt nodig.
- Verder is overleg met de cliënt over geschikte tijden voor het verlenen van de hulp bij uitstek een manier tot behoud en stimulering van de cliënt met betrekking tot zelfredzaamheid en regie over zijn leven. Eén van de doelen van de Wmo2015. Sommige cliënten werken; overleg is daar zeker nodig.
- Het is redelijk om de financieel draagkrachtige inwoner aan te moedigen waar mogelijk zelf naar zorg te laten omkijken.
- U heeft al het voornemen om de huishoudelijke hulp in zijn algemeenheid verder te beperken. U wilt die beperking nog verder doorvoeren tijdens de vakantie. Waar komt uw aanname vandaan dat cliënt tijdens de vakantie van de vaste hulp minder huishoudelijke hulp nodig heeft?
- Leeftijd c.q. ouderdom alleen hoeft niet de reden te zijn voor huishoudelijke hulp, tijdens de indicatie moeten ook overige redenen worden meegenomen.
- Bij de indicatie wordt met alle omstandigheden rekening gehouden. Zoals o.a. eigen kracht en netwerk. Kunt u uitleggen waarom u dan later ondanks de toch al scherpere indicatie toch wilt afbouwen.
- U begroot 10.000 Euro om consultants in feite te trainen minder zorg te indiceren. Een beter doel zou zijn, zodanig te leren adviseren dat in overleg de juiste hulp en middelen worden ingezet. Dat versterkt de eigen kracht en regie van de inwoner.

- Advies maatregel 5: Het versoberen van de levering en aanscherpen van de toegang tot huishoudelijke hulp.

De ArSD adviseert negatief:

- Wanneer u rekening houdt met eigen kracht en financiële mogelijkheden van de cliënt meent de ArSD dat het beperken van de toegang en levering van huishoudelijke hulp beter onderbouwd moet worden:
- Het mag en moet niet ten koste gaan van de kwetsbare inwoner. Zie ook de overwegingen hierboven.

Maatregel 6: Normenkader HHM toepassen

P 22.

De voorgestelde maatregelen kunnen leiden tot een versoering van de voorziening door de duidelijk verwoorde aanpassingen. Zolang de indicatie maatwerk is kan dit geen bezwaar zijn.

- Advies maatregel 6: Normenkader HHM toepassen:

De ArSD adviseert hier positief over mits:

- het om maatwerk gaat en
- het toepassen van het normenkader in overeenstemming is met de jurisprudentie van de CRvB.

Maatregel 7: Algemene voorziening huishoudelijke hulp.

P 23.

- U gebruikt het begrip basis- en collectieve voorziening, bedoelt u hier niet algemene voorziening. We zoeken eenheid in gebruikte termen.
- Uw voornemen om ook langdurige huishoudelijke hulp aan te bieden als een algemene voorziening is voor de ArSD onwenselijk. Immers huishoudelijke hulp wordt persoonlijk bij iemand thuis gegeven.
- Onpersoonlijke taken zoals was- en strijkservice en maaltijdvoorziening zien we wel als een algemene voorziening die inkomensafhankelijk kan zijn.
- In het financiële gedeelte worden allerlei aannames gedaan zonder onderbouwing. Er wordt wel verwezen naar gemeenten met een andere sociale samenstelling. En als laatste wordt weer de Eigen Kracht aangevoerd. Maar die is inmiddels volledig uitgeput na de vorige aanscherping van de beleidsregels.

- Advies maatregel 7: Algemene voorziening huishoudelijke hulp.

De ArSD adviseert negatief over het aanbieden van Langdurige huishoudelijke hulp als algemene voorziening. Huishoudelijke hulp is een maatwerkvoorziening.

- Maar acht een inkomensafhankelijke algemene voorziening zoals was- en strijkservice en/of maaltijdvoorziening in aanvulling op een maatwerkvoorziening als redelijk.

3. Begeleiding en Dagbesteding

Maatregel 8: Experiment uitvoeren door:

- De begeleiding van kwetsbare gezinnen met meervoudige problematiek lijkt niet goed georganiseerd. De oplossing moet zijn dat de regie voor zorg en ondersteuning bij een partij komt te liggen.
- Maar ligt de regie per gezin niet nu ook al in overeenstemming met vorig beleid bij één regisseur voor één gezin bij het Sociaal Plein? Zie ook 4 beschermd wonen.

- Onduidelijk is of in de pilotgroep en in de controlegroep vergelijkbare zorg benodigd is. Dit beïnvloedt namelijk de uitkomst van het vergelijkende onderzoek.
- Advies maatregel 8: Experiment uitvoeren door.
De ArSD kan zich geen oordeel vormen over uw voornemen om over te gaan tot een experiment met kwetsbare gezinnen: nader onderzoek, selectie en contracteren ten behoeve van aangezien voor deze maatregelen geen criteria worden genoemd.
Maar de ArSD raadt u voor de 'bewijskracht' van het onderzoek aan:
 - Leg criteria per maatregel vast en geef daarvoor een kloppende onderbouwing.
 - Zorg voor vergelijkbare zorgbehoeften in de pilotgroep en de controlegroep.
 - Evalueer ten minste per half jaar, omdat u hier de begeleiding van kwetsbare gezinnen wilt wijzigen en de pilot bij negatieve resultaten meteen te beëindigen.

Maatregel 9: Aanscherpen toegang.

- Hulp en ondersteuning blijkt vaak niet op de juiste manier geregeld met als oorzaak: onbekendheid met regelingen, financiën en onvoldoende inzicht in de persoonlijke situatie. Zaken die toch ter sprake moeten komen bij "het Gesprek" en het toewijzen van één regisseur per gezin.
- U indiceert toch al langer de toegang tot begeleiding en dagbesteding? Hoe kunnen consulenten dan niet weten wat de criteria zijn voor doorverwijzing naar de Wlz?
- Ook hier geldt dat u er in zijn algemeenheid van uit kunt gaan dat de mogelijkheden voor de inzet van meer eigen kracht en meer hulp vanuit sociaal netwerk al zijn uitgeput, voordat iemand een beroep op hulp van de gemeente doet. Nadrukkelijk vragen klinkt zeer bevoogdend.
- Advies maatregel 9: aanscherpen toegang begeleiding en dagbesteding.
De ArSD adviseert om de consulenten maar vooral de gezinsregisseurs te trainen in het toepassen van de juiste criteria voor het verwijzen naar andere wettelijke opties.

Maatregel 10: Algemene voorziening lichte begeleiding en dagbesteding vormen.

Met betrekking tot dagbesteding:

- Hier wordt weer ten onrechte een basisvoorziening genoemd, waar een algemene voorziening bedoeld wordt.
- Uit de context valt op te maken dat het een algemene voorziening uit te voeren door welzijnswerk bedoeld wordt. (dit is in feite een verplaatsing van kosten, want welzijnswerk wordt gesubsidieerd.)
- Dagbesteding bevat ook alle lichte vormen van persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding individueel die tijdens de dagbesteding moet worden gegeven aan een cliënt. Dat is geen zorg die door welzijnswerkers wordt verleend.
- Het is dus ook persoonlijk en daardoor een maatwerkvoorziening. Het kan als ondersteuning niet 'gedegradieerd' worden tot algemene voorziening.
- Vervoerskosten kunnen geen argument zijn: alleen als iemand bij de indicatie dagbesteding ook vervoer geïndiceerd krijgt, moet dat door de gemeente betaald worden.

Ten aanzien van begeleiding: Binnen de aanbesteding van de regio wordt geen 'begeleiding licht' genoemd, wel 'begeleiding individueel regulier' en 'specialistisch'. Aannemend dat bedoeld wordt dat het idee is, dat 'begeleiding individueel regulier' omgezet moet worden in een algemene voorziening, ontbreekt elke uitleg hoe dat vormgegeven kan worden.

- Advies maatregel 10: Algemene voorziening dagbesteding en lichte begeleiding vormen:
De ArSD geeft hierover een negatief advies.

Maatregel 11: Arbeid in plaats van zorg.

- Niet duidelijk is welke cliëntengroep hier bedoeld wordt: cliënten met een beperking op enig vlak, waardoor arbeid verrichten een probleem zal zijn?
 - Cliënten die op jonge leeftijd een indicatie (voor dagbesteding) hebben ontvangen of voor speciaal onderwijs, hebben dat meestal niet voor niets gekregen. Als ze van het VSO afkomen met een uitstroomprofiel dagbesteding of arbeidsmarkt zal er weinig keuze zijn voor wat zij verder kunnen doen:
 - Beschut werk, wat vaak gewenst is, is onvoldoende aanwezig
 - Vrijwilligerswerk is onbetaald en er zal meestal begeleiding bij nodig zijn. Bovendien is hier mogelijk sprake van arbeidsverdringing.
 - Arbeidsproductiviteit die toeneemt: dat moet dan wel betaalde arbeidsproductiviteit zijn. Mensen met een beperking worden ook graag gewaardeerd voor het werk dat zij doen. In dit geval net als ieder ander in uitbetaling in loon.
 - Regelmatig gesprekken met cliënten voeren zal de mogelijkheid om te werken voor de cliënt niet vergroten. Het creëren van geschikte werkplekken wel.
 - Er wordt meer werkgelegenheid in begeleiding van werk verwacht, maar onduidelijk is waarom dat een besparing zal zijn. Jobcoaches e.d. moeten ook betaald worden.
 - Er zou ook gezocht moeten worden naar nuttige invulling van tijd voor cliënten. Voor wie nuttig:
 - Voor de cliënt? En is dat dan ook passend voor de cliënt?
 - Voor de samenleving?
- Advies over maatregel 11:
De ArSD adviseert negatief.

4. Beschermd Wonen

Maatregel 12: Heronderzoek wachtlijst en bestaande cliënten

- Onderzoek wie wel en niet onder gemeentelijke verantwoordelijkheid valt is nuttig, maar
 - Geen effect van overgang deel groep naar Wlz (want bijdrage van Rijk aangepast)
 - Bij alle onderzoeken zal de privacy van cliënten gewaarborgd moeten worden. Het gaat veelal om medische gegevens die niet openbaar zijn en slechts voor een beperkt aantal betrokkenen toegankelijk zijn.
 - Er verdwijnen naar verwachting 100 personen van de wachtlijst, dat zou de nodige begeleiding schelen. Maar wat gebeurt er dan met die personen?
 - Daaraan gekoppeld: waar gaan deze mensen wonen? Immers Wlz biedt ook mogelijkheid tot thuisondersteuning en/of instellingen middenin de samenleving.
 - Effect op woningbehoefte lijkt afwezig: In Wlz wordt ook gestreefd naar scheiden wonen/zorg. En streven blijft wonen op huidige plek.
 - Zijn er als alternatief op instellingsterreinen nog woonplekken beschikbaar of kunnen daar woningen gebouwd worden?
 - Grote terughoudendheid is gewenst m.b.t. het doen van onderzoek. Mensen in BW hebben de afgelopen jaren met grote regelmaat te maken gehad met onderzoek en (her)keuringen inzake indicatiestelling en ook werk & inkomen. Dat is vaak uitermate belastend voor deze kwetsbare groep.
- Er worden nog een aantal onderzoeken genoemd, maar daarvoor moet eerst het eerste onderzoek naar welke groepen Beschermd wonen als doorstroommogelijkheid kunnen krijgen en hun zorgbehoeften (t.b.v. ambulantisering) zijn afgerond.

- De genoemde oplossingsrichtingen worden nog niet nader uitgewerkt, omdat eerst duidelijk moet zijn hoeveel mensen naar de Wlz gaan (dat moet inmiddels al aardig duidelijk zijn), ambulant ondersteund kunnen gaan worden en/of kunnen werken.
 - De afgelopen jaren is gebleken dat overal weinig terecht is gekomen van de ambities om mensen aan (beschut) werk te helpen. Waarom zou dat nu wel gaan lukken en dan ook nog eens in tijden dat de arbeidsmarkt als gevolg van Corona nog zwaarder onder druk komt te staan. Dit lijkt een theoretische oplossing.
- Advies maatregel 12: heronderzoek van de wachtlijst en bestaande cliënten.
De ArSD adviseert voor een prudent, onafhankelijk onderzoek, opdat er snel duidelijkheid komt voor de cliënten.

Maatregel 13: Gezamenlijke bekostiging gemeenten van beschermd wonen en toegang tot beschermd wonen.

- Per 2022 krijgt een gemeente voor financiering beschermd wonen een vast bedrag. Binnen de regio wordt aan een gezamenlijke organisatie beschermd wonen gewerkt.
 - Er wordt gewerkt aan een gezamenlijk beleidsplan, waarin ook versnelling ambulantisering opgenomen is. En oude afspraken herbevestigd. Zie HHM regionale stand van het land van 29 oktober 2020 in Regiovisie.
 - Kennelijk is de gezamenlijke toegang nog niet geregeld, maar vanwege solidariteit binnen regio en om verschillen in toewijzing criteria lijkt dat nodig. Het is ook niet verkeerd. Het gaat immers om financiering per gemeente, maar met de mogelijkheid tot overheveling naar gemeenten die relatief meer BW-cliënten hebben. Een soort van onderling solidariteitssysteem.
- Advies maatregel 13: Gezamenlijke bekostiging enzovoort.
De ArSD steunt deze maatregel (positief), maar geeft aan dat deze in feite tegengesteld is aan het principe van de Wmo, dat elke gemeente zijn eigen beleid kan voeren en criteria kan opstellen. Het vereist ook beleid ten aanzien van de rechten en plichten van de gemeenteraad en de advisering van de adviesraden in de regio.

5. Doelgroepen-vervoer Wmo

Het vervoer per Wmo-taxi kent als nadeel dat de pashouder een beperking (dus een indicatie) moet hebben en dat men door het samen reizen met anderen vaak omwegen maakt om op de plaats van bestemming te komen.

Maar ten opzichte van andere vormen van openbaar vervoer zijn er ook veel voordelen:

- Het maximale km-tarief van een taxi is 2,42 (per km) + starttarief van 3,29 + een tijdtarief 0,40 ct per minuut.
Het km-tarief van de bus is 0,159 eurocent. 5 zones à 5 km kost dan 3,98 Euro.
De Wmo-taxi is van deur tot deur. Het km-tarief is vergelijkbaar, maar per 5 zones berekend: $6 \times 0,65 = 3,90$
De Wmo-taxi is dus enerzijds veel goedkoper en anderzijds comfortabeler, want van deur tot deur.
- Een begeleider kan voor 2 keer de ritprijs van pashouder heel voordelig meereizen.

U geeft aan, dat de kosten van het Wmo-vervoer omhooggaan door krimp van het OV in de landelijke gebieden. Dit wordt verder niet onderbouwd. Maar: omdat het OV krimpt hebben meer mensen recht op doelgroepenvervoer, omdat zij aan het criterium 'kan niet zelfstandig 100 m naar een halte lopen' voldoen. Hier ligt een taak bij de regio/gemeenten m.b.t. de onderhandelingen over uitvoering OV met de provincie!

Onduidelijk blijft daarnaast wat de kostenderving is van meereizen tegen een zeer gereduceerd tarief door medereizigers van een pashouder.

Kortom de cijfermatige onderbouwing van de maatregel en de keuze voor de maatregel is onvoldoende.

Maatregel 14: Verhogen eigen bijdrage Wmo-vervoer

Overwegingen:

- De berekening van de ArSD van de kosten voor een pashouder van het Wmo-taxi-vervoer in vergelijking tot die van ander OV komt iets anders uit dan in de 'Verkenning'.
 - De kosten van het Wmo-vervoer zijn vergeleken met de bus ongeveer gelijk, dat wil zeggen als men uitgaat van het maximale aantal kilometers dat in een zone gereden kan worden. Iemand die net 'over de rand van een zone woont' betaalt ook voor niet gebruikte kilometers.
 - Alleen als een km-tarief wordt ingevoerd in plaats van een zonetarief lijkt aanpassing van de prijs naar OV-tarief redelijk.
 - Daarbij moet dan ook de mogelijkheid, het km-budget niet te maximeren, onderzocht worden. Mede in verband met de krimp van het OV.
 - De mensen die het echt nodig hebben en waarvoor juiste criteria moeten gaan gelden zijn:
 - Zij die niet zelfstandig naar de bushalte kunnen komen en/of moeilijk in bus kunnen meereizen. Dat laatste moet gaan verbeteren in de toekomst door aanpassingen in bus en aangepaste perrons. Maar een pas wordt pas verstrekt als men daadwerkelijk de bushalte niet 'haalt'.
 - En zij die door andere speciale omstandigheden niet van het OV gebruik kunnen maken (gedragsproblemen, fysieke problemen).
 - Het is redelijk dat in ieder geval de medereizigers het echte OV-tarief moeten betalen.
 - Dan nog hebben ze het voordeel van vervoer van huis – huis zonder echte taxikosten te betalen.
 - Of dit daadwerkelijk het gebruik van het OV stimuleert zou onderzocht moeten worden.
 - NB. Begeleiders op medische indicatie blijven gratis vervoerd worden.
 - Dat geldt ook voor een ouder die een kind begeleidt.
 - Piek- en daltarief is geen goede maatregel: vervoer tijdens piekuren kan noodzakelijk zijn (afspraak ziekenhuis, begrafenis, huwelijk).
 - De ArSD heeft via andere wegen vernomen dat het College van B&W voorstander is van het terugdringen van 'ritjes' naar en van het ziekenhuis.
 - Daar is om nog steeds vigerende redenen jurisprudentie over die deze maatregel tegengaat.
 - Beelddellen is voor velen zeker niet de oplossing waarbij ook weer wordt uitgegaan van de eigen kracht en het overbelaste netwerk van de inwoner.
 - Bij beelddellen gebruik maken van vrijwilligers is onwenselijk (en onmogelijk vanwege APW?) omdat er zeer privacygevoelige en intieme zaken besproken worden met een arts. Mensen die naar het ziekenhuis gaan doen dat niet voor niets. Als zij daarbij voldoen aan de criteria voor een taxi-pas is het logisch dat dit onder de Wmo valt (ondersteuning deelname maatschappij)
 - Als vervoer niet vergoed wordt uit de Zvw en als gebruik van ander OV ook niet mogelijk is hebben zij recht op vervoer uit de Wmo. Wat is het verschil met ander vervoer dat mogelijk is met de Wmo-taxi? Uitgangspunt hoort te zijn: de vervoersbehoefte van de inwoner.
 - Het lijkt erop dat Hilversum bang is aan de kosten van het vervoer van inwoners in andere regiogemeenten naar het ziekenhuis te moeten gaan mee betalen. Dat werpt een schril licht op de samenwerking binnen de regio.
- Advies maatregel 14: Verhoging Eigen Bijdrage.
- De ArSD adviseert negatief inzake deze maatregel, maar heeft in bovenstaande enige alternatieven aangereikt.

- De ArSD is voorstander van de volgende maatregelen die in de notitie soms zijn genoemd, maar vaak zonder enige onderbouwing niet zijn opgenomen en aanvullende maatregelen:
 - Tarief per kilometer.
 - Geen maximum aan te rijden aantal kilometers.
 - Geen afbraak van de voorziening voor de mensen die het echt nodig hebben.
 - Gebruik Wmo-vervoer naar ziekenhuis niet onmogelijk maken.

6. Kostenbeheersing

Zonder al te diep in te gaan op het financiële gedeelte willen we hier toch enkele op- en aanmerkingen over maken.

Opvallend is dat als oorzaak van het gebrek aan te weinig inzicht in de kosten wordt genoemd, dat er eerst genoeg geld was, zodat de gemeente niet genoodzaakt was de tering naar de nering te zetten. Dat was misschien zo voor de gemeente, maar beslist niet voor het gros van de kwetsbare burger die om hulp en ondersteuning kwam vragen en zich vaak aan onwaardige ondervragingen moest onderwerpen over zijn verspillend gedrag.

Maatregel 15: Grip op uitgaven

P 38.

Hilversum heeft een benchmark. De ArSD gaat er dan ook vanuit dat inzicht in de cijfers reeds aanwezig is op basis waarvan het werk en de ontwikkelingen daarin worden uitgevoerd.

De regio verzamelt namens/in opdracht van de gemeenten regionale data. Deze data geven geen feitelijke kostenbesparing maar kunnen wel inzicht geven in de cijfers en het verloop hiervan.

➤ Advies maatregel 15: Grip op uitgaven

De ArSD adviseert: De regio geeft de omgezette lokale data en niet de ruwe data door aan de gemeenten zodat de gemeenten aangevuld met eigen data tot sturingsinformatie komen.

Maatregel 16: Versterken kostenbewustzijn.

P 40.

- Dat de meeste cliënten weinig tot geen inzicht hebben in de kosten van zorgvoorzieningen is duidelijk. De cliënt zoekt zorg en hulp en is blij wanneer dit beschikbaar is. Het verstrekken van basisinformatie hierover kan begrip oproepen voor wel of niet toegekende zorg. Maar mag niet als drukmiddel richting cliënt gebruikt worden om de hulpvraag in te trekken.
- De gemeente Hilversum heeft bewust ervan afgezien om cliënten inzicht te geven in de kosten van een toegekende of toe te kennen voorziening en de eventuele korting die de gemeente (in dit geval dus nu de regio/contractbeheer) daarop kreeg. Dit geldt zeker voor rolstoelen en dergelijke. Daarover heeft de Wmo-raad indertijd al opgemerkt dat in de beschikking aangeven hoeveel een voorziening daadwerkelijk kost een bijdrage zou leveren aan het kostenbewustzijn van de individuele cliënt.
- In het verleden waren er voor het leveren van zorg zoals HH en begeleiding uitvoerige, zeer ingewikkelde tabellen waar cliënten dat in hadden kunnen nazoeken, maar deze moesten ook geheim blijven.
- Het gebruik en het zeker bij de gemeente niet zonder slag of stoot invoeren van een PGB leidde noodgedwongen tot meer openheid van de kant van de gemeente. De Rijksoverheid vertoonde meer transparantie hierin.
- Als een consultant, dat wil zeggen een professional in de zorg en toekenning daarvan geen kennis heeft van de kosten voor toegekende trajecten is dat een grove fout van de consultant en de organisatie waar hij voor werkt. Opleiding!

- Zorgprofessionals die op basis van “uurtje factuurtje” kunnen declareren hebben een te ruim contract aangeboden gekregen of krijgen te weinig toezicht.
- De gemeente gaat op zoek naar prikkels om alle betrokkene meer kostenbewust te maken. O.a. door:
 - Een bonus te stellen op afschalen van zorg met resultaat voor de inwoner. Wie bepaalt dit resultaat? De behandelaar of de inwoner?
 - Een automatische stand still termijn na afloop van de indicatieperiode.
 - Dit zal in geval dat duidelijk is dat iemand levenslang van zorg afhankelijk is onmenselijk zijn.
 - Wordt er dan wel automatisch tevoren gezien of de zorgvoorziening gecontinueerd moet worden, zodat de cliënt daar niet de dupe van wordt?

➤ Advies maatregel 16: Versterken kostenbewustzijn.

De ArSD adviseert negatief:

- Er wordt veel geschreven over en gevraagd voor een maatregel die wel kosten en zorgen meebrengt maar geen opbrengsten geeft.
- En dat alles ondanks gegevens die bij de gemeente bekend moeten zijn.

VII. Advies

De ArSD Hilversum heeft in bovenstaande tekst zijn overwegingen, standpunten en suggesties over de genoemde maatregelen gegeven. Waar dat nodig en/of mogelijk was is per voorgestelde maatregel een advies gegeven.

VIII. Stemming en oordeelsvorming

Stemming	:
Oordeelsvorming	: per mail, telefoon en in vergadering

IX. Handtekening voorzitter

Namens de Adviesraad Sociaal Domein Hilversum,



A.W.A.M.P. Wijnands-van Daal