
Visie op de organisatie van het Sociaal Domein

Gemeente Overbetuwe
Juli 2018

1. Aanleiding

In 2015 hebben we de basis gelegd die de transitie in Overbetuwe op een goede manier heeft opgevangen. Uit cliënt-ervaringsonderzoeken van de afgelopen jaren blijkt dat wij, afgezien van enkele aandachtspunten, goed scoren op klanttevredenheid en de uitvoering van het Sociaal Domein. Dit komt ook naar voren uit de Monitor Sociaal Domein 2017, die wij op 12 juni jl. met u hebben besproken.

De transformatie van het Sociaal Domein is onze volgende uitdaging. De komende vier jaar blijft onze inzet in het Sociaal Domein erop gericht om zorg, ondersteuning en participatie dichtbij, betaalbaar, bereikbaar en kwalitatief goed te organiseren. Hiermee trekken we de lijn door die we in de Sociaal-maatschappelijke Visie, Kaderstellende nota en het Beleidsplan Sociaal Domein 2017-2021 hebben vastgelegd. De manier waarop we bovenstaande doelen willen bereiken, verschilt wel van de wijze waarop we dat tot nog toe hebben gedaan. In het coalitieprogramma 2018-2022 hebben we daartoe al de eerste contouren geschetst.

‘Het bestaande beleid zullen wij verder verbeteren door de uitvoering daarvan (“de systemen”) te hervormen. Zo zullen wij de “één loket gedachte” ook in het sociale domein realiseren (respectievelijk door ontwikkelen) op basis van onderzoek naar de meest bij ons passende uitwerking daarvan’.

Hieruit spreekt de ambitie om de wijze waarop we het Sociaal Domein hebben georganiseerd, verder te verbeteren en om de transformatie verder vorm en inhoud te geven. We hebben u beloofd, om rond de zomervakantie met een eerste aanzet te komen voor een toekomstschets. Met deze notitie hebben we die eerste schets ingekleurd. Allereerst staan we in hoofdstuk 2 stil bij de uitgangssituatie: de leidende principiële keuzes (2.1), het huidige organisatiemodel (2.2) en de actiepunten die we vanuit het Beleidsplan Sociaal Domein hebben uitgevoerd/uitvoeren (2.3). Daarna laten we u een toekomstschets van het Sociaal Domein zien. Tenslotte geven we in hoofdstuk 4 een beoordeling van de toekomstschets en in hoofdstuk 5 een resume van de verschillen tussen de huidige en de beoogde organisatievorm.

2. Uitgangssituatie

Op dit moment voeren we het Beleidsplan Sociaal Domein 2017-2021 uit, waarin vier overkoepelende effecten zijn benoemd. Zorg, ondersteuning en participatie moeten kwalitatief goed, bereikbaar, betaalbaar en dichtbij worden georganiseerd. Daarnaast hebben we het belang van een sterke lokale basisstructuur in de kernen, met aandacht voor laagdrempeligheid, preventie, algemene voorzieningen en vrijwilligers onderstreept. We hebben hiertoe 45 actiepunten benoemd om die effecten te behalen. Enkele grote actiepunten gaan over de kernteams (nr. 9), de samenwerking met subsidiepartners (nr.8), algemene voorzieningen (nr. 14) en vrijwilligers- en mantelzorgbeleid (nr. 6 en 18), alsook een hoofdstuk over participatie. In het Beleidsplan is het ideaalbeeld, waar onze actiepunten op gericht zijn, als volgt geformuleerd (pag. 13):

“Overbetuwe ontwikkelt zich naar een (nog) zorgzame(re) gemeente, waarin inwoners, zo lang als mogelijk, zelfredzaam blijven of (weer) worden en waarin de inwoners elkaar helpen waar dat nodig is. Inwoners en organisaties, georganiseerd in allerlei maatschappelijke initiatieven, dragen hier een steentje aan bij. De gemeente weet zich tegelijkertijd verantwoordelijk voor de inwoners die hulp en ondersteuning nodig hebben. Die zorg is adequaat georganiseerd – we hebben voldoende middelen beschikbaar en werken intensief samen met onze maatschappelijke partners, zoals zorginstellingen. Zorgaanbieders zijn toekomstbestendig en innovatief: ze kunnen trots zijn op hun vraaggerichte werkwijze. En inwoners zijn op hun beurt weer tevreden met het maatwerk en hebben keuzevrijheid.

2.1 Huidige leidende principes

De uitvoeringsorganisatie die wij nu hebben, is het resultaat van een aantal inhoudelijke uitgangspunten waartoe college en raad hebben besloten in verschillende documenten. We noemen nu een aantal belangrijke.

1. Wij gaan altijd uit van de mogelijkheden van de inwoner.
2. Wij werken altijd vanuit het principe van ‘maatwerk’.

3. Eén inwoner, één plan, één regisseur.
4. Inwoners doen bij voorkeur één keer hun verhaal. De vraag gaat rond, niet de inwoner.
5. We bieden altijd onafhankelijke cliëntondersteuning aan.
6. Ruimte (voor de professional).

Daarnaast is het belangrijk om op te merken, dat wij ons organisatie-model hebben gefundeerd op het principe dat wij een uitvoerende gemeente zijn. Op basis daarvan zijn het loket Samenleven (voor maatwerkvoorzieningen) en de kernteams (voor de 0^{de} en 1^e lijn) ingericht en ontwikkeld. Een ander belangrijk uitgangspunt is, in aanvulling op principe 3, dat wij de uitvoering van de Participatiewet sterker wilden laten aansluiten op die van WMO en Jeugd (dus: meer sectorale integraliteit). Vandaar dat er sinds 2017 gewerkt is aan de totstandkoming van één team op één locatie. Voor de inkoop van gespecialiseerde zorg maakt Overbetuwe gebruik van het regionale inkoopstelsel waarbij iedere aanbieder die aan de eisen voldoet, in de regio zorg kan leveren.

2.2 Huidige organisatie van het Sociaal Domein

Sinds 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor de uitvoering van nieuwe WMO-taken, de Jeugdwet en de Participatiewet. Uitgangspunt was en is om de ondersteuning zoveel mogelijk integraal aan te bieden, omdat hulpvragen niet zelden op verschillende domeinen spelen. Integraliteit komt echter niet vanzelf tot stand. De samenwerking in de uitvoering van WMO en Jeugdwet kwam als eerste op gang. Met het aanstellen van één teammanager voor de teams Werk en Inkomen en Zorg en Inkomen en het onderbrengen van de uitvoering van de Participatiewet in Elst (Ambtshuis) is de uitvoering van de drie decentralisaties in 2017 onder één dak gebracht. Het is daardoor eenvoudiger geworden om ondersteuningsvragen in de volle breedte te bekijken. Daarmee is echter niet gezegd dat de sectorale integraliteit 'af' is.

Uitgangssituatie per onderdeel van de organisatie

Aan de hand van vier onderdelen c.q. vragen, die ook wel 'de klantreis' worden genoemd, beschrijven we de huidige situatie.

Figuur 1: De klantreis in Overbetuwe (deze weergave is de huidige situatie, aangevuld met een mogelijke verbetering)



In- en toegang tot zorg en ondersteuning

Wij hebben er, uit oogpunt van klantvriendelijkheid en keuzevrijheid van de inwoner, bewust voor gekozen om drie ingangen te creëren.

1. Waar meldt de inwoner zich met een ondersteuningsvraag?

Inwoners kunnen zich voor de ingang (het eerste contact) melden bij de balie van het Ambtshuis (fysiek), of per e-mail of telefonisch. Dit geldt voor de WMO, de Jeugdwet en de Participatiewet. Ook kunnen inwoners dichtbij terecht bij de kernteams.

Kan een vraag direct worden beantwoord, dan is de inwoner snel geholpen en kan de vraag worden afgehandeld. Zo niet, dan komt de vraag in de toegangspoort WMO terecht, bij een jeugdconsulent of bij een klantmanager van Werk en Inkomen. De kernteams en de consulenten van Team Sociaal Domein werken samen in de poort WMO en beoordelen wie het beste de ondersteuningsvraag kan oppakken. Het is belangrijk om in herinnering te roepen dat er destijds bewust voor is gekozen om een onderscheid te maken tussen ondersteuningsvragen die een maatwerkvoorziening behoeven

(uiteindelijke route via Team Sociaal Domein), en vragen die met een oplossing in de 0^{de} of 1^e lijn kunnen worden opgelost (uiteindelijke route via Kernteams).

Doorgang

Mocht de vraag niet in de poort kunnen worden afgehandeld, dan gaat de vraag naar de consulent WMO door (als een situatie lijkt te vragen om een maatwerkvoorziening) of naar het kernteam (als een laagdrempelige voorziening nodig lijkt). De vraag op het gebied van Jeugd wordt na de melding door de jeugdconsulent behandeld. Aan de hand van een (keukentafel)gesprek met een inwoner wordt in beide gevallen een volledig beeld van de situatie gemaakt. Het keukentafelgesprek resulteert in een persoonlijk arrangement, dat een maatwerkvoorziening kan bevatten, een algemene voorziening of een combinatie van beide. De klantmanagers van Werk en Inkomen werken integraal. Dat betekent dat doelmatigheid en rechtmatigheid in één hand is en de klant één aanspreekpunt heeft voor alle vragen rondom werk en uitkering. De tweesporige aanpak bestaat uit enerzijds het verstrekken van een inkomensvoorziening (rechtmatigheid) en anderzijds het vergroten van kansen tot uitstroom richting arbeid (doelmatigheid).

2. Wie is bevoegd om zorg toe te kennen?

De bevoegdheid om een maatwerkvoorziening af te geven, ligt bij de consulenten (en de klantmanager in geval van een uitkering). Zij zorgen voor een beschikking die een recht geeft op een maatwerkvoorziening. Algemene voorzieningen zijn toegankelijk zonder beschikking. Vaak worden inwoners op advies van een kernteamlid of consulent daarnaar verwezen, al kunnen veel algemene voorzieningen ook rechtstreeks worden bezocht. Huis- en jeugdartsen en medisch specialisten mogen ook verwijzen naar jeugdzorg, ook kan via het gedwongen kader naar jeugdzorg worden verwezen.

Is eenmaal vastgesteld dat een inwoner behoefte heeft aan een maatwerkvoorziening, dan kan hij naar een zorgaanbieder toe. In het geval van ernstige/meervoudige problematiek zijn multidisciplinaire overlegvormen gecreëerd voor jongeren (LEJO) en volwassenen (LEVO). De gemeentelijke coördinatoren kunnen cases aanmelden als daar uit het keukentafelgesprek noodzaak toe blijkt (natuurlijk kunnen er ook zorgelijke meldingen van andere partijen binnenkomen).

3. Wie geeft hulp of ondersteuning aan de inwoner?

Dat is afhankelijk van de vraag van de inwoner. Algemene (eerstelijns) voorzieningen worden veelal lokaal aangeboden door instellingen zoals Forte, MEE en Santé (AMW, Algemeen Maatschappelijk Werk). Maatwerkvoorzieningen kopen wij regionaal in. Inwoners zijn vrij om zelf een zorgaanbieder te kiezen. Kernteamleden mogen daarnaast kortdurende ondersteuning bieden, om zo een maatwerkvoorziening te voorkomen.

Consultatie en POH GGZ-jeugd functie

Consulenten en huisartsen kunnen in de gemeente Overbetuwe verwijzen naar de deelnemers van onze 'poule A'. Deze is samengesteld uit WO-afgestudeerde ambassadeurs die, naast de vertrouwde professionaliteit, ook bekend zijn met systeemgericht werken. Het gaat om lokaal werkende, vrijgevestigde praktijken en instellingen. Als nog niet precies duidelijk is waar het kind of gezin het best geholpen kan worden, is de A-poule een goede ingang. Wij zien in de praktijk het voordeel van snel starten met de hulpverlening, zonder dat vooraf een precieze diagnose is gesteld. In de Monitor Sociaal Domein 2017 staan we uitgebreid stil bij de positieve ervaringen.

Uitgang

De consulent monitort en sluit de casus af als de beschikking afloopt en geen verdere inzet meer nodig is (uitgang). Voor de beëindiging van de uitkering kunnen verschillende redenen worden aangevoerd: het vinden van betaald werk, verandering van de familiesituatie, verhuizing e.d.

Bekostigingssystematiek

In het voorgaande hebben we op hoofdlijnen de klantreis beschreven. Een randvoorwaarde hiervoor is dat er voldoende zorg en ondersteuning aanwezig is en dat de organisatie deugdelijk is. De gemeente is hiervoor (financieel en organisatorisch) verantwoordelijk.

4. Op welke wijze bekostigen wij de verschillende vormen van zorg en ondersteuning, die door externe partijen worden uitgevoerd?

- *De kernteams worden bekostigd door een subsidie te verstrekken aan Santé (AMW), Forte en MEE, specifiek voor deelname aan de kernteams. RIBW doet mee op basis van facturering. De overige organisatiekosten betaalt de gemeente rechtstreeks.*
- *Eerstelijnsorganisaties ontvangen jaarlijks een subsidie van de gemeente voor het uitvoeren van hun taken. Belangrijke eerstelijnsvoorzieningen zijn het Algemeen Maatschappelijk Werk, praktische gezinsondersteuning, preventieve activiteiten en Home start/Forte Thuis.*
- *Zorg geleverd door tweedelijnszorgaanbieders/specialistische zorg kopen wij regionaal in via een dynamisch contracteringssysteem. Dat wil zeggen dat iedere aanbieder die aan de eisen voldoet, in kan schrijven. De inschrijving geldt voor meerdere jaren. In 2019 zal deze manier van inkopen worden geëvalueerd.*
- *Inwoners kunnen kiezen voor een Persoonsgebonden Budget (PGB) in plaats van Zorg in Natura (ZiN).*

2.3 Actiepunten Beleidsplan Sociaal Domein

In 2015 is, zoals gezegd, een solide basis gelegd voor de organisatie van het Sociaal Domein. Toch zien wij zeker ruimte voor verbetering. De verbetering zit vooral in meer én echte transformatie en innovatie. Wij hebben in het Beleidsplan Sociaal Domein 2017-2021 twee actiepunten opgenomen om hieraan te werken. We hebben het dan over nummer 8 (Gezamenlijke subsidieopdracht/Samenspel) en nummer 9 (Kernteams, waaronder de samenwerking tussen kernteams en gemeentelijk Loket).

In de nu volgende tekstblokken zetten we onze bevindingen op deze actiepunten kort uiteen.

1. Evaluatie en doorontwikkeling kernteams in 2019 en verder (actiepunt 9 Beleidsplan, zie ook bijlage 18bij07060)

Bevindingen uit de praktijk

De kernteams hebben behoefte aan verdere afbakening van hun taken. Minder 'uitvoerende WMO-taken', en meer inzet op de 0^{de} en 1^e lijn, juist om tweedelijnszorg te voorkomen. Op dit moment werken de kernteamleden veelal met kleine aanstellingen. Daardoor is de tijd die zij aan overhead kwijt zijn, relatief groot. De competenties van de medewerkers moeten meer gaan aansluiten op de radicale focus op 0^{de} en 1^e lijn: kernteammedewerkers moeten meer (**kunnen**) gaan doen om de basisstructuur te versterken.

Doel

Professionaliseren en herpositioneren kernteams, afbakenen werkzaamheden t.o.v. loket/Team Uitvoering Sociaal Domein, verbeteren samenwerking met consultants in de poort.

Mogelijke maatregelen

- Terug naar de basis: kernteam inzetten als werkwijze om duurdere maatwerkvoorzieningen te voorkomen, onder andere door verruimen mogelijkheden kortdurende begeleiding.
- Afstoten uitvoerende 'WMO-taken' naar Team Uitvoering Sociaal Domein/Loket Samenleven, zodat er meer tijd voor inwonercontacten en opbouw 0^{de}/1^e lijn komt.
- Verdere professionalisering van de kernteams door inhoudelijke (subsidie)afspraken te maken met Forte, Santé en MEE. Onder andere: beperken van kleine aanstellingen, competenties medewerkers op nieuwe focus laten aansluiten. Benutten van de ruimte om medewerkers van andere organisaties aan te trekken.
- Een extra impuls voor de samenwerking in het voorliggend veld van 0^{de} en 1^e lijns voorzieningen zou het samenvoegen van kernteams en de medewerkers van het AMW, het jongeren- en opbouwwerk en de schuldhulpverlening (zie ook traject 2, Samenspel) kunnen zijn. Er ontstaat dan één lokale basisstructuur met daarin een groot aantal algemene voorzieningen.

2. Gezamenlijke opdracht subsidiepartners/Samenspel (actiepunt 8 Beleidsplan)

Bevindingen uit de praktijk

We hebben, voorafgaand aan de vaststelling van het Beleidsplan Sociaal domein 2017 - 2019, geconstateerd dat het lokale aanbod op het gebied van zorg en welzijn (0^{de} en 1^e lijn) nog steeds te aanbodgericht en versnipperd is. Dit leidt tot een 'veelkoppig' opdrachtgeverschap vanuit de gemeente. Ook resulteert het vooralsnog niet in het 'anders doen' dan voor de decentralisaties. Door de wijze van inkopen is er nog onvoldoende sprake van een prikkel tot innovatie of echte samenwerking tussen onze partners.

Met onze maatschappelijke partners (MEE, Santé/STMR, Forte en RIBW) hebben wij al een proces opgestart om te komen tot één opdracht en financiering van het zogenaamde 'voorliggende' veld in Overbetuwe.

Doel

Vraaggerichter, doeltreffender en doelmatiger contracteren in het Sociaal Domein, waarbij wij ons als gemeente meer expliciet bezinnen op onze rol daarin.

Mogelijke maatregelen

- Via de visienota Samenspel heeft de gemeenteraad op 14 februari 2014 de opdracht gegeven om vanaf 2015 vraaggerichter, doeltreffender en doelmatiger te contracteren binnen het Sociaal Domein. Om de transitiefase in goede banen te leiden, is er destijds nog geen invulling aan gegeven. Via het Beleidsplan Sociaal Domein is dezelfde ambitie weer geagendeerd onder de titel 'gezamenlijke opdracht met subsidiepartners'.
- De vier lokaal werkende maatschappelijke partijen (MEE, Santé, Forte en RIBW) hebben reeds de uitdaging gekregen om te komen met één integraal plan om de 0^e en 1^e lijnsvoorzieningen in onze gemeente verder op te bouwen. De 0^{de} en 1^e lijn worden hierdoor in elkaar geschoven.
- Wij bepalen vooraf de te behalen resultaten. De uitvoering laten wij over aan deze professionals.
- We verstrekken één subsidie aan dit samenwerkingsverband, in plaats van de huidige vier subsidies.
- Bij bewezen succes kan dit een groeimodel worden, dat wil zeggen dat meerdere maatschappelijke partners (bijvoorbeeld de VGGM en tweedelijnsorganisatie Lindenhout) hierbij kunnen aansluiten.
- Oorspronkelijke planning: per 1 januari 2020.

Hiernaast is er onlangs een verbetertraject in het Team Uitvoering Sociaal Domein afgerond om de uitvoering en kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren en de samenwerking met de kernteams te optimaliseren.

Om de uitvoering van de Participatiewet te verbeteren, zijn in 2017 stappen gezet. Een recente wijziging is het werken met een kwartiermaker en een nieuw type (integrale) klantmanagers, de verplaatsing van Arnhem naar het Ambtshuis, en het vaststellen van het Uitvoeringsplan Participatiewet, met daarin de groepsgerichte aanpak voor uitkeringsgerechtigden. Wat nog gedaan moet worden is het invulling geven aan meer kaders voor de klantmanagers, zodat zij eenduidiger kunnen werken aan het versterken van de participatie van hun klanten. Een voorbeeld: voor welke groepen gaan wij de meest intensieve aanpak inzetten? Zetten we in op klanten met de minste afstand tot de arbeidsmarkt, op de groep met het meeste leervermogen, of juist op degenen die het verst afstaan? Tevens moet er nagedacht worden over de doorontwikkeling van de ketenaanpak tussen werk en inkomen, werkgevers en het WSP. Hiertoe maken wij een beleidsplan Participatie, dat naar verwachting eind dit jaar gereed is.

3. Toekomstschets

Door de decentralisaties in 2015 hebben gemeenten de mogelijkheid gekregen om de zorg lokaal op maat te organiseren, uiteraard met inachtneming van de wettelijke kaders. Deze beleidsvrijheid heeft erin geresulteerd, dat in het land verschillende modellen naast elkaar bestaan.

Wij hebben in het voorjaar van 2018, in het kader van actiepunten 8 van het Beleidsplan Sociaal Domein, een casestudy laten uitvoeren naar een aantal aansprekende voorbeelden in het land. Een algemene conclusie is dat iedere organisatievorm zijn voor- en nadelen heeft. Geen enkel model is zonder 'perverse prikkels'. Belangrijk is in ieder geval dat het organisatievorm aansluit bij de lokale omstandigheden. Dit was immers ook één van de argumenten om tot de decentralisaties over te gaan. Meer interessants over de uitkomsten van de casestudy is in Bijlage I te lezen.

3.1 Uitgangspunten

In het coalitieprogramma hebben we, zoals gezegd, aangegeven dat we de organisatievorm van het Sociaal Domein willen wijzigen. Een belangrijke vraag is uiteraard: waarom is een systeemwijziging wenselijk/nodig volgens ons?

Wij zien in het achterliggende gedachtegoed van de decentralisaties van 2015 een belangrijke motivatie. Een opdracht vanuit de decentralisaties is, om de ondersteuning dicht bij de samenleving te organiseren en zorg/ondersteuning te voorkomen daar waar mogelijk. Dit kunnen we onder andere

doen door de samenleving zelf sterker en vitaler te maken. Zorg en ondersteuning moeten daartoe meer georganiseerd worden in de wijken en kernen én zogezegd 'naar voren' worden gehaald.

Door deze beweging te maken, trachten we te voorkomen dat inwoners (onnodig) een beroep op gespecialiseerde zorg /maatwerkvoorzieningen moeten doen. In hoeverre we hierin slagen hangt onder andere af van de manier waarop we het Sociaal Domein organiseren.

Uit de bevindingen van de actiepunten en overige trajecten, die we in hoofdstuk 2.3 hebben benoemd, blijkt dat deze beweging nog niet voldoende is gemaakt. Onder andere de bekostigingssystematiek en het gebrek aan partnerschap met betrokken organisaties staat transformatie in de weg. De voorgestelde systeemwijziging is nodig om te blijven voldoen aan onze doelen: kwalitatief goede, betaalbare, bereikbare zorg en ondersteuning dichtbij onze inwoners.

Volgens ons zijn de volgende uitgangspunten belangrijk voor een toekomstige inrichting van het Sociaal Domein.

- De organisatievorm moet partnerschap met zorgaanbieders mogelijk maken.
- De toegang voor inwoners is zo laagdrempelig, nabij en eenvoudig mogelijk.
- Inwoners zijn niet de cliënt van een voorziening, maar de eigenaar.
- Administratieve lastenverlichting voor gemeente en zorgpartijen.
- Een nieuwe organisatievorm moet meer transformatie mogelijk maken: integraal en oplossingsgericht. De oplossing voor de inwoner, en niet de regels, staat centraal.
- De deskundigheid van professionals (van zorgaanbieders) benutten.
- Een meer faciliterende rol van de gemeente.

3.2 Doorontwikkeling organisatie Sociaal Domein

In hoofdstuk 2.3 staan de bevindingen van de actiepunten uit het Beleidsplan. Deze bevindingen bieden bouwstenen om de uitvoering van het Sociaal Domein te verbeteren. Wij willen echter niet alleen een verbetering van het bestaande systeem, maar fundamenteeler naar de uitvoeringssystematiek kijken vanuit de uitgangspunten die in hoofdstuk 3.1 zijn genoemd. Daarbij zijn de opbrengsten vanuit beide actiepunten echter wel buitengewoon nuttig en leerzaam.

Hieronder voegen we de verschillende uitgangspunten samen in een toekomstschets, waarmee we aangeven hoe de doorontwikkeling van de organisatie van het Sociaal Domein in Overbetuwe eruit zou kunnen zien. Deze schets bouwen wij op aan de hand van de vier onderdelen die wij ook in hoofdstuk 2.2 hebben gebruikt.

Doorontwikkeling organisatie Sociaal Domein

Met de doorontwikkeling van de organisatie van het Sociaal Domein streven wij naar een samenvoeging van de onderdelen 1 (In- en toegang) en 2 (toekenning van zorg) in één professionele organisatie *buiten* de gemeentelijke organisatie. Toegang tot en uitvoering van zorg en ondersteuning komen daardoor bij elkaar, inclusief de kernteams. Hiermee geven we een verdere invulling aan het één-loket-principe. Verder leggen wij de verantwoordelijkheid voor de aansturing bij een professionele organisatie (corporatie, consortium of verenging) buiten de gemeente. In hoeverre het onderdeel 3 (hulpverlening) hier onderdeel van zal uitmaken, is onder andere afhankelijk van de organisaties die zich aan het samenwerkingsverband willen verbinden en in welke vorm zij dat wensen.

De tweede belangrijke wijziging is dat wij de gespecialiseerde zorg mogelijk op een andere manier gaan contracteren dan nu het geval is (via de regio). Dat betekent niet dat we uit de regionale samenwerking stappen, maar het dus op onderdelen anders willen organiseren.

En derde belangrijke wijziging is dat wij de financiering van de zorg (Jeugdwet en WMO) anders vorm willen geven, namelijk op basis van een vast bedrag (lump sum of populatiebekostiging) en niet langer op basis van PxQ en afzonderlijke subsidies. Dit geeft een andere prikkel om de transformatie vorm te geven, en moet resulteren in een administratieve verlichting.

De vierde belangrijke wijziging betreft de monitoring. De hervorming van de uitvoering van het Sociaal Domein heeft consequenties voor de inrichting van monitoring en sturing: niet eenzijdig meer sturen op productie en kosten, maar sturen op resultaat voor inwoners.

Voor de gehele nu volgende beschrijving geldt dat dit een 'interne' vertaling is van het coalitieakkoord waarbij nog geen externe partijen betrokken zijn. De precieze en definitieve invulling gaan we met de betrokken partijen en in afstemming met de raad vormgeven.

1. In- en toegang: Waar meldt de inwoner zich met een ondersteuningsvraag?

De inwoner krijgt in de toekomst te maken met een toegangspunt (de precieze benaming moet nog worden bepaald), waar alle relevante professionals uit de verschillende disciplines samenwerken. Dat zijn consulenten WMO en Jeugd en zorgprofessionals. De zorgprofessionals zijn werkzaam in disciplines zoals het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), schuldhulpverlening, jeugdzorg en preventie. Ook oude WMO-taken vallen hieronder.

Dit betekent dat in het toegangspunt inwoners met allerlei vragen snel geholpen kunnen worden (door middel van benutten eigen kracht/netwerk, 1^e lijn). 'Ontzorgen' zal het devies zijn. Directe ondersteuning én toewijzing als dat nodig is, zijn daarmee op één locatie te vinden. De toegangspunten in de kern zijn dus tevens werklocaties voor de professionals. Hiermee geven we nadere invulling aan het één-loket-principe, waardoor inwoners voor veel vragen op 1 plaats terecht kunnen.

Momenteel werken we met één centraal fysiek loket (Ambtshuis), maar het is wenselijk dat er twee of drie toegangspunten komen, verdeeld over de gemeente Overbetuwe. De verder te professionaliseren kernteams blijven daarnaast op kernniveau werken.

De toegangsfunctie wordt vormgegeven door één organisatie (hierna te noemen het consortium). Dit is een gebiedsgerichte, integrale, ontkokerde en gecoördineerde uitvoering van de activiteiten van de aanbieders van welzijn en zorg.

Voor inwoners met een vraag op het gebied van werk en inkomen geldt dat het loket op het Ambtshuis de in- en toegang blijft. Voor het zogenaamde 'rechtmatigheidsdeel' is specifieke juridische en vakkennis benodigd. Die is in ruime mate aanwezig bij onze klantmanagers. Wij willen daarnaast de huidige integrale inzet van de klantmanagers voor het rechtmatigheids- én het doelmatigheidsdeel behouden. De beoordeling of een inwoner ondersteuning bij participatie nodig heeft (activerend werken, dagbesteding e.d.), blijft dus eveneens bij de klantmanagers, al kan de uitvoering bij het consortium worden ondergebracht. Dit zal dan een meer ambulante inzet vergen van klantmanagers en medewerkers van het consortium.

Het stellen van de vraag kan telefonisch, per e-mail of tijdens de inloop bij het toegangspunt. Kiest een inwoner ervoor om de inloop van het punt te bezoeken, dan is het eerste contact met de vrijwilliger die de eerste uitvraag doet om te bepalen of de vrijwilliger de inwoner kan ondersteunen. Zo niet, dan vindt verwijzing naar een toekenner (zorgprofessional) plaats.

2. Toekenning: Wie is bevoegd om zorg toe te kennen?

De medewerker van het toegangspunt is verantwoordelijk voor een Integrale Deskundige Toeleiding (IDT). In de praktijk zal dat een gemeentelijke consulent WMO of Jeugd zijn die in het toegangspunt werkt, óf een medewerker van een deelnemende organisatie. Deze professional beoordeelt welke soort ondersteuning een inwoner nodig heeft. De insteek is om de inwoner te helpen met vormen van zorg en ondersteuning die snel ingezet kunnen worden (eigen kracht/netwerk, 1^e lijn). Een medewerker kan echter verwijzen naar een maatwerkvoorziening/gespecialiseerde zorg als blijkt dat dit nodig is. Voor de participatiewet blijft de rechtmatigheidstoets de verantwoordelijkheid van de klantmanager.

3. Hulpverlening: Wie geeft hulp of ondersteuning aan de inwoner?

Het consortium zorgt voor een aansluitende, toereikende en dekkende welzijns- en zorgstructuur. Het kan voorkomen dat een medewerker die beslist over de ondersteuning ook degene is die de daadwerkelijke ondersteuning geeft, of dat de medewerker van het toegangspunt verwijst naar de 'eigen' organisatie. In ieder geval dekken de organisaties die het consortium vormen een aanzienlijk deel van de daadwerkelijke levering van zorg en ondersteuning af in de eerste lijn. Ze werken dus als (mede)bepaler én (mede)leverancier.

Wanneer een bepaalde expertise niet beschikbaar is, voorziet het consortium in een leverancier die de betreffende expertise wel kan leveren, veelal tweedelijns organisaties. Het consortium is dus verantwoordelijk

voor het afsluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders.

4. Bekostigingssystematiek

Het consortium krijgt één budget, samengesteld uit voorheen afzonderlijke budgetten. Middelen die aan eerstelijnsvoorzieningen worden uitgegeven en zorgbudgetten voor maatwerkvoorzieningen worden samengevoegd. Het consortium krijgt dus te maken met een vorm van lumpsum bekostiging, bepaald op basis van een realistische inschatting van de zorgbehoefte van de inwoners van Overbetuwe voor bijna alle vormen van zorg en ondersteuning, van 0^{de} lijn tot de gespecialiseerde zorg (met uitzondering van hele specifieke zorg zoals forensische zorg, crisiszorg en dwang). Daaruit moeten de zorgkosten worden gedekt. Een overschrijding van het budget is echter niet uitgesloten. Hierover moeten aanvullende afspraken worden gemaakt. De WMO, Jeugdwet en Participatiewet blijven openeinderegelingen.

Zowel aanbesteding als subsidiëring is mogelijk. Subsidiëring biedt meer mogelijkheden om de opdracht aan de professionele organisatie tussentijds aan te passen zonder dat er opnieuw aanbesteed moet worden.

5. Planning

De wens is om alle genoemde veranderingen voor 1 januari 2020 gerealiseerd te hebben. Dat betekent dat met het verlenen van de subsidie voor 2019 de subsidies voor de huidige partners per 1 januari 2020 opgezegd dienen te worden.

6. Monitoring en sturing*

Een herziening van de organisatie en uitvoering van het Sociaal Domein moet leiden tot een aanpassing in monitoring en sturing. Bij een integrale opdrachtverlening voor de uitvoering aan een externe **consortium** past een faciliterende gemeente die stuurt op resultaat. De verantwoordelijkheid van de uitvoering ligt bij het consortium. De gemeente monitort en stuurt de uitvoering op kernelementen (effectindicatoren/outcome). Door sturing op hoofdlijnen krijgt het consortium ruimte om samen met de inwoner tot een integrale maatwerkondersteuning te komen.

Kernelementen monitoring (per kern en gemeentebreed)

1. Kwaliteit ondersteuning
 - a. Scores uit cliëntervaringsonderzoek
 - b. Percentage 'Ondersteuning volgens plan beëindigd'
 - c. Recidive
 - d. Aantal en oorzaak van klachten
2. Beschikbaarheid ondersteuning
 - a. Duur tussen melding en start hulp
3. Stand- en stroominformatie ondersteuning
 - a. Doorlooptijd: periode tussen start en beëindiging hulp
 - b. Inzet minder intensieve trajecten
 - c. Inzet voorliggend veld
4. Benutting van (subsidie)budget
5. Samenwerking met domein Participatie o.b.v. 1 gezin (inwoner), 1 plan, 1 regisseur

Het consortium levert de monitoringsinformatie aan en deze is input voor periodieke gesprekken tussen gemeenten en consortium over de resultaten en bedrijfsvoering. Sturing door de gemeente vindt op 3 niveaus plaats: strategisch, tactisch en uitvoerend.

**) Wij hebben ons bij de invulling van dit onderdeel laten inspireren door voorbeelden elders in het land.*

4. Beoordeling van de doorontwikkeling

Wij hebben in het vorige hoofdstuk een toekomstbeeld geschetst voor de inrichting van het Sociaal Domein. Hieruit blijkt dat een aantal dingen zal gaan veranderen. De veranderingen behelzen praktische, maar ook meer inhoudelijke en 'princiële' zaken.

De herziening van de organisatie van het Sociaal Domein betekent dat we van een aantal principiële keuzes afstappen en nieuwe uitgangspunten omarmen. Die lichten we eerst toe. Daarna benoemen we ook een aantal praktische en technische aandachtspunten, die we nu al zien. Het is belangrijk dat wij daar bij de verdere implementatie zorgvuldig mee omgaan. Een aantal van deze aandachtspunten

betreft meer uitvoerende zaken. Om u echter een volledig beeld te schetsen van alle veranderingen die de systeemhervorming met zich meebrengt, hebben we deze ook in deze notitie meegenomen.

| | Huidige uitgangspunten | Nieuwe uitgangspunten |
|---|--|---|
| 1 | De gemeente Overbetuwe als uitvoerende gemeente | De gemeente Overbetuwe als faciliterende gemeente |
| 2 | Sectorale integraliteit | Integraliteit toegang en uitvoering |
| 3 | Subsidiëring en P*Q-bekostiging, prikkel primair bij gemeente | Lumpsum bekostiging, prikkel primair bij externe uitvoeringsorganisatie |
| 4 | Kernteamliden 'indiceren' niet, onderscheid in type ondersteuningsvragen | Medewerkers toegangspunt indiceren, geen onderscheid in type ondersteuningsvragen |

Toelichting op de verandering

1. Uitvoering versus facilitering

De huidige inrichting van de uitvoering van het Sociaal Domein is gebaseerd op de keuze om een uitvoerende gemeente te zijn, die zelf de organisatievorm bepaalt. Om die reden heeft de gemeente onder andere een eigen 'loketfunctie' waar verwijzing naar maatwerkvoorzieningen plaatsvindt.

In de toekomstschets wordt de gemeente, afhankelijk van de precieze invulling van de nieuwe organisatievorm, een faciliterende gemeente, die de uitvoering onderbrengt bij een consortium. Dit heeft als consequentie dat wij, als gemeente:

- gaan sturen op het 'wat' vanuit de gekozen koers en kaders;
- minder (of geen) grip willen hebben op de manier waarop de toegang tot zorg en ondersteuning wordt georganiseerd (de 'hoe'-vraag);
- minder (of geen) grip willen hebben op de toekenning van en de instroom naar maatwerkvoorzieningen.

De gemeente zal zich echter niet geheel terugtrekken uit de organisatie van het Sociaal Domein. In de eerste plaats omdat (een deel van) de huidige consultants aan de uitvoeringsorganisatie van het consortium zal worden toegevoegd. Ten tweede omdat we de Participatiewet in huis blijven uitvoeren door onze klantmanagers. Ten derde, en die is kenmerkend voor een faciliterende gemeente, willen wij voor bepaalde activiteiten en 'witte plekken' expliciet de rol (kunnen) pakken om deze mogelijk te maken, te ondersteunen of te stimuleren, hoewel wij niet de leiding hebben. Daarbij zij wel aangetekend, dat wij ons dan ook intensiever met het 'hoe' gaan bezighouden, waardoor onze rol van enkel opdrachtgever en controleur breder wordt, maar daarmee ook diffuser.

2. Sectorale integraliteit versus integraliteit toegang/voorliggend veld

Wij hebben in 2017 bewust de keuze gemaakt om de uitvoering van de drie gedecentraliseerde wetten WMO, Jeugdwet en Participatiewet onder één dak te brengen, namelijk in het Ambtshuis waar het zwaartepunt van de toegang is gelegd. Hiermee wilden wij de sectorale integraliteit van de uitvoering een impuls geven.

In het toekomstscenario wordt de toegang georganiseerd rond twee of drie nog nader te ontwikkelen toegangspunten, waar een fysieke inloop voor inwoners is en tevens professionals werken. De toegang tot WMO en Jeugdzorg wordt daar ondergebracht. De toegang naar de Participatiewet (het rechtmatigheidsdeel) blijft bij het gemeentelijke loket in het Ambtshuis. Het doelmatigheids- (participatie)deel zou door het consortium kunnen worden uitgevoerd. Dit maakt het bijzonder belangrijk dat klantmanagers en medewerkers van de toegangspunten ambulante gaan werken, zodat niet de inwoner maar de vraag rond gaat. In ieder geval in de startfase zorgt de toekomstschets voor een (fysieke) knip tussen de in- en toegang WMO en Jeugdwet enerzijds en de Participatiewet anderzijds.

Voor de sectorale integraliteit komt een andere vorm van integraliteit terug. Er komt meer integraliteit in de in- en toegang en toekenning van zorg plus voorliggend veld WMO en Jeugd, waarbij consultants en medewerkers van lokaal werkende 0^{de} en 1^e lijns organisaties gaan samenwerken in een toegangspunt. Door één opdracht neer te leggen bij de organisaties die nu het lokale voorliggende veld vormen, geven we een impuls aan de transformatie.

3. Lump sum/populatiegebonden bekostiging versus P*Q bekostiging en losse subsidies

Op dit moment subsidiëren we jaarlijks eerstelijns organisaties en kopen wij zorg, geleverd door tweedelijnszorgaanbieders, regionaal in via een dynamisch contracteringssysteem. Dat wil zeggen dat iedere aanbieder die aan de eisen voldoet, in kan schrijven. Zorgaanbieders factureren achteraf de kosten bij de gemeente, indien er een beschikking is afgegeven of er een verwijzing is. Dit is in het kort het P*Q systeem. De prikkel om tot transformatie en/of afschalen van zorg te komen, ligt primair bij de gemeente.

Met de beoogde lump sum bekostiging, voorgesteld in het toekomstmodel, wordt beoogd om het op te richten consortium met één integraal zorgbudget (voor 1^e en 2^e lijn) te laten werken. De gemeente hevelt een budget over naar het consortium, dat vervolgens alle vormen van zorg moet bekostigen, die wij neerleggen bij het consortium. Dit met behoud van kwaliteit, goede zorg en dienstverlening voor onze inwoners. De financiële prikkel tot transformatie, inhoudelijke innovatie en/of afschaling van zorg komt bij het consortium te liggen – wel blijft de controle hierop bij de gemeente liggen.

4. Kernteam als voorliggende voorziening versus 'toekenner' zorg

De kernteams, zoals we die nu kennen, zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat het zinvol is om een onderscheid te maken naar type ondersteuningsvraag en daar de organisatie op af te stemmen. Vragen die met een algemene/eerstelijns voorziening kunnen worden beantwoord, komen bij het sociaal kernteam (SKT). De gedachte hierachter is dat de oplossing voor veel vragen dichtbij en laagdrempelig gevonden kan worden zodat een maatwerkvoorziening niet nodig is. Doordat kernteamleden niet mogen beschikken, worden zij als het ware 'gedwongen' om een laagdrempelige oplossing te vinden (uiteraard geldt: als dat verantwoord is). Overigens hebben twee peilingen aangetoond dat kernteamleden niet wilden beschikken omdat zij waarde hechtten aan een onafhankelijke positie ten opzichte van gemeente.

In de nieuwe opzet worden de toegang tot de maatwerkvoorzieningen en het voorliggende veld, inclusief de kernteams, in elkaar geschoven. Er wordt dan geen onderscheid meer gemaakt naar type ondersteuningsvraag. Alle vragen, eenvoudige en complexe, komen samen en worden in het nieuwe toegangspunt behandeld. Medewerkers van het toegangspunt (van het consortium) beslissen dan over de toekenning van maatwerkvoorzieningen. Het onderscheid tussen toekenner van zorg en uitvoerende organisatie valt daarmee weg.

Technische aandachtspunten

5. Standplaats toegangspunten

De standplaats van de toegang kan van het Ambtshuis naar de kernen worden verlegd. Op de schaal van Overbetuwe zijn 2 of 3 toegangspunten, die tevens als werklocatie voor de professionals dienen, wenselijk. Dit omdat er een bepaald aantal inwoners (en daarmee zorgvragers) nodig is om een locatie zinvol te kunnen laten functioneren. Deze punten moeten ondersteunend zijn aan de bestaande kernteamstructuur. Hiermee komt de uitvoering voor een groot deel van de Overbetuwenaren dichterbij. De precieze locatie en het aantal is een punt voor verdere uitwerking. Wij houden daarbij in het achterhoofd dat vragen vooral telefonisch en per e-mail worden gesteld (bron: Monitor Sociaal Domein 2017).

6. Overcapaciteit aan consulenten/medewerkers backoffice

Als we voor de zorgtoekenning gaan werken met consulenten van het gemeentelijke loket WMO en Jeugd, plus medewerkers van de organisaties die deel uit maken van het consortium, zullen we naar verwachting teveel medewerkers hebben die zorg toewijzen. Een denkbare consequentie is een gemeentelijke reorganisatie met bijbehorende kosten. Overigens is het in dit verband ook denkbaar dat er consequenties zullen zijn voor de rol en de omvang van de gemeentelijke backoffice (administratieve afwikkeling).

7. Afspraken over mogelijke overschrijdingen zorgbudget

Met lump sum bekostiging wordt beoogd de beschikbare middelen vraaggericht, doeltreffend en doelmatig in te zetten om ondersteuning te bieden aan onze inwoners. De Jeugdwet, WMO en Participatiewet zijn echter wettelijk gezien 'openeinderegelingen'. Het is dus van belang om met de organisaties die onderdeel gaan vormen van het consortium goede afspraken te maken over de benutting van het budget en deze goed te monitoren. Ook moet van te voren worden afgesproken onder welke voorwaarde overschrijding mogelijk is. Het uitgangspunt blijft dat de zorg aan onze inwoners geleverd moeten worden binnen het beschikbare budget.

8. Keuzevrijheid voor de inwoner

Wij hebben keuzevrijheid onder andere vormgegeven door een breed aanbod van zorgaanbieders te contracteren en ruimte te geven aan PGB's. Op basis van opgedane ervaring hebben wij de wens om het aantal zorgaanbieders te verminderen. Het grote aantal aanbieders dat wij nu hebben, werkt onoverzichtelijkheid en bewerkelijkheid in de hand. Afhankelijk van de mate waarin het aantal aanbieders afneemt, neemt echter ook de keuzevrijheid af. In ieder geval willen wij er rekening mee houden dat voor een deel van onze inwoners identiteitsgebonden zorg en ondersteuning belangrijk is.

9. Positie en taakinvulling van vrijwilligers in de kernteams

De positie van vrijwilligers in de kernteams is al langere tijd onderwerp van gesprek. Duidelijk is in ieder geval dat de kennis van het dorp een meerwaarde biedt voor de kernteams. Vanuit die kennis kunnen vrijwilligers gemakkelijker naast inwoners met een ondersteuningsbehoefte gaan staan, bijvoorbeeld bij het vinden van een participatiemogelijkheid. De keuze om het 'hoe' bij onze maatschappelijke partners neer te leggen, betekent dat de positionering en taakinvulling van de vrijwilligers in de eerste plaats door de vrijwilligers zelf en de partners in het consortium bepaald zal worden. Indien er geen aansluiting is tussen de wensen van vrijwilligers enerzijds en de organisatiewensen van partners anderzijds, bestaat het risico dat vrijwilligers afhaken. Bij het laten doen van de eerste uitvraag door vrijwilligers plaatsen we een kanttekening: de (jeugd)problematiek waarmee vrijwilligers te maken krijgen, overstijgt in veel gevallen de deskundigheid van de vrijwilliger.

5. Résumé : Verschillen met huidig organisatie-model

Ter afsluiting van deze notitie zetten we de belangrijkste verschillen tussen het huidige organisatie-model en het geschetste toekomstbeeld op een rijtje.

| | Huidig model | Toekomstschets |
|---|---|---|
| In- en toegang | | |
| Eerste aanspreekpunt inwoner | 1 centraal gemeentelijk loket (fysiek, telefonisch en per e-mail bereikbaar) en kernteam | 2 of 3 toegangspunten, verspreid over de 11 kernen (circa 15.000 inwoners per toegangspunt). Daarnaast in de kern werkende kernteams. |
| Toegang | Via de toegangspoort Ambtshuis | Via het toegangspunt, voor uitkering het Ambtshuis (rechtmatigheid) |
| Aansturing | Toegang wordt door gemeente aangestuurd | Toegang wordt door consortium aangestuurd |
| Toekenning | | |
| Toekenning maatwerkvoorziening | Door consultants (gemeentelijk loket)/klantmanagers | Door medewerkers consortium (consultanten en medewerkers externe partijen)/klantmanagers |
| Hulpverlening/doorgang | | |
| Scheiding in rol en verantwoordelijkheid | Scheiding toekenner hulp - hulpverlener/zorgaanbieder | Toekenner en zorgaanbieder kunnen samenvallen |
| Bekostigingssystematiek | | |
| Maatwerkvoorzieningen | Zogenaamd P * Q: O.b.v. regionale contractering – facturering – bekostiging uit decentralisatiegelden | Lump sum o.b.v. populatie Contractering van leveranciers van zorg loopt via consortium |
| Algemene voorzieningen | Subsidie per organisatie | Eén gezamenlijke opdracht met bijbehorende (lump sum)financiering |
| Integraliteit bekostiging | Maatwerk- en algemene voorzieningen worden gescheiden bekostigd. | Eén bedrag voor maatwerk en algemene voorzieningen gezamenlijk. |
| Monitoring en sturing | | |
| Invulling monitoring | Vooraf monitoring op input en throughput (gebruik/productniveau) | Monitoring op resultaat, uitnutting budget, recidive (met name outcome criteria) |
| Verantwoordelijkheid | Grote rol voor gemeente (Monitor Sociaal Domein) | Grote rol voor consortium, i.s.m. gemeente |
| Algemeen | | |
| Wie bepaalt | De gemeente bepaalt het 'wat' en het 'hoe' | De gemeente bepaalt het 'wat', het consortium het 'hoe' |

| | | |
|----------------------|---|--|
| Integraliteit | Toegang WMO, Jeugd en Participatie vallen onder één gemeentelijke toegang (team TUSD), 0 ^{de} en 1 ^e lijn niet. | Toegang, 0 ^{de} en 1 ^e lijn (WMO en Jeugd) vallen onder één (externe) organisatie, Participatiewet niet. |
|----------------------|---|--|

Bijlage 1 Opbrengsten en uitkomsten Casestudy

Tijdens de al eerder genoemde casestudy hebben we gesproken met een aantal van onze *maatschappelijke partners* (die deels ook in meerdere gemeenten werken). Dit heeft tot een aantal adviezen geleid:

1. Investeer in beleidsmatige en uitvoerende samenwerking tussen de gezondheidssector en het gemeentelijke Sociaal Domein;
2. Aanbodgerichte aanpak in de kernen voor moeilijk bereikbare inwoners (bemoeizorg);
3. Goed leiderschap op alle niveaus is van cruciaal belang;
4. Jeugdgezondheidszorg integraal onderdeel maken van opdracht jeugd i.s.m. POH-GGZ-jeugd;
5. Eigenaarschap in de wijk via sociaal makelaarschap;
6. Verbinden 1e lijns gezondheidszorg, thuiszorg en ouderenzorg;
7. Organiseer jeugd, volwassenen en ouderen apart (met thematische verbinding) vanwege verschil in spel en speelveld (cure/ ontwikkeling versus care /chronisch);
8. Ontdubbelen SKT en welzijn;
9. Sturen op transformatieopdracht met gesprek over resultaat i.p.v. uren;
10. Overzicht houden over het hele uitvoeringsproces.

Verder hebben wij uit de werkwijze van *15 gemeenten* een aantal ingrediënten gedestilleerd, die naar onze mening van invloed zijn op de wijze waarop de transformatie vorm kan krijgen. De (combinatie van) vier nu te noemen ingrediënten hebben de grootste impact op de transformatie. Binnen deze ingrediënten zijn er keuzes te maken (vandaar dat er meerdere mogelijkheden, van a tot en met d, zijn genoemd).

1. Opdrachtverlening door de gemeente

Clusteren van taken en verantwoordelijkheid via één opdracht aan één partij:

- a) **Samenvoegen van algemene voorzieningen, toegang en maatwerkvoorzieningen**
- b) **Ketensamenwerking als expliciete opdracht**
- c) **Jeugd, WMO en Participatie apart houden, vanwege verschillende speelvelden**
- d) **SKT samenvoegen met toegang / TUSD (zoals in 60% van de gemeenten)**

2. Werkwijze

- a) **Alle professionals ontwikkelen samen één werkwijze van het matchen van de vraag van de inwoner naar de interventie en regie houden, met veel ruimte voor echt "out of the box" maatwerk**
- b) **Eén professionele werk- en ontmoetingsplaats als randvoorwaarde en uitvalbasis voor zelforganiserende teams rondom inwoners, huishoudens en gezinnen**

3. Bekostiging

Langere termijn bekostiging voor onomkeerbare transformatie, via:

- a) **Subsidie**
- b) **Aanbesteding**

4. Schaalgrootte

- a) **Uitvoering gemeentebreed**
- b) **Uitvoering per logische clustering van kernen**

c) Per kern