



Centraal Planbureau



De wijkteam- benadering nader bekeken

*Het effect van de
inzet van wijkteams
op Wmo-zorggebruik*

Remco van Eijkel
Sander Gerritsen
Wouter Vermeulen

Inhoud

Voorwoord	4
Samenvatting	6
1 Inleiding	8
2 De rol van wijkteams in het sociaal domein	14
2.1 Waarom zetten gemeenten wijkteams in?	14
2.2 Hoe werken wijkteams over het algemeen?	15
2.3 De positie van aanbieders ten opzichte van wijkteams	17
2.4 Hoe organiseren gemeenten zonder wijkteams de toegang tot de tweede lijn?	20
3 De enquête: wijkteams en toegang tot maatwerkvoorzieningen	21
3.1 De opzet van de enquête	21
3.2 Representativiteit enquête	22
3.3 Resultaten van de enquête	23
4 Onderzoeksopzet en -gegevens	30
4.1 Onderzoeksopzet	30
4.2 Onderzoeksgegevens	32
4.3 Kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteams	35
5 Relatie tussen wijkteams en Wmo-zorggebruik	37
5.1 Hoofdvraag 1: Leiden wijkteams tot afschaling van het aantal Wmo-cliënten?	37
5.2 Hoofdvraag 2: Speelt de invloed van zorgaanbieders een rol in de mate van afschaling?	43
5.3 Is er een verschil tussen 65-plussers en 65-minners in de mate van afschaling?	45
5.4 Leiden wijkteams tot snellere stopzetting van bestaande maatwerktrajecten?	46
5.5 Leiden wijkteams tot minder doorstroom van de Wmo naar de Wlz of Zvw?	48
5.6 Leiden wijkteams tot afschaling van het aantal Wmo-zorguren per cliënt?	50
6 Beleidsdiscussie	52
Bijlage A: Econometrische analyses voor toetsen op significantie	57
Bijlage B: Aanvullende tabellen en figuren	59
Bijlage C: De enquête	62

Voorwoord

De grote decentralisatieoperatie is een van de gezichtsbepalende acties van het kabinet Rutte-Asscher. De dienstverlening moest dichtter naar de burger en wie kon dat beter (en goedkoper) dan de gemeente? Met de decentralisaties ontstaat logischerwijs een variëteit in de uitvoering en dat is mooi want die variëteit biedt ons de kans meer te leren over wat werkt en wat niet. En dat verantwoord empirisch onderbouwd en al. In dit boek kijken we specifiek naar de Wmo, de wet waarmee mensen met een beperking een beroep kunnen doen op de gemeente voor een maatwerkvoorziening. Bekend van het keukentafelgesprek, waarin wordt gezien wat mensen met naasten en een sociaal netwerk thuis zelf kunnen oplossen en waar hulp geboden is. Binnen de Wmo zoomen we in op het verschijnsel wijkteam.

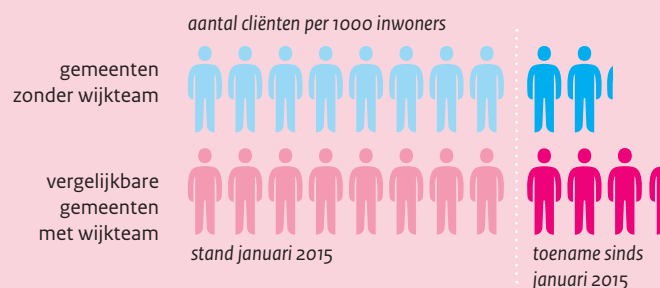
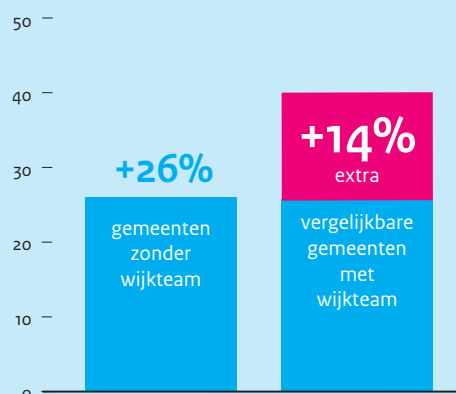
Is het wijkteam het wondermiddel voor zuinige zorg op maat waar sommigen op hoopten bij de introductie van de Wmo, of was dat toch net iets te optimistisch? En maakt het nog wat uit wie deel uitmaakt van het wijkteam? En wat voor activiteiten het team ontplooit? Dit boek laat maar weer eens zien dat beleid soms anders uitpakt dan gedacht: de perfecte illustratie dat geloof alleen onvoldoende basis is voor beleid. Meten is weten, zien is geloven. Evaluaties als noodzakelijke realitychecks. Om te leren en nieuwe vragen te stellen.

Laura van Geest
Directeur Centraal Planbureau

Wijkteams leiden niet tot minder, maar tot meer dure zorg

Gemeenten zetten wijkteams in om het aantal doorverwijzingen naar professionele zorg terug te dringen in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het tegendeel is waar. Het gaat in dit onderzoek om begeleiding betaald door gemeenten.

toename aantal doorverwijzingen sinds 2015, in %



Bij gemeenten met alleen een Wmo-loket steeg het aantal cliënten van 8,0 per duizend inwoners in 2015 naar 10,1 eind 2017 (+26%). In vergelijkbare gemeenten met wijkteams, nam het aantal cliënten toe van 8,0 per duizend inwoners naar 11,2 (+40%).

Driekwart van de ondervraagde gemeenten werkt met wijkteams die Wmo-hulpvragen oppakken



Verschillen tussen gemeenten met en zonder wijkteams



Taken

Inventariseren zorgbehoefte, doorverwijzen naar zwaardere zorg

Lijkt verklaring te zijn voor hoger zorggebruik

Samenstelling

Gemeentelijk medewerkers — Ook welzijnswerkers en zorgprofessionals/specialisten

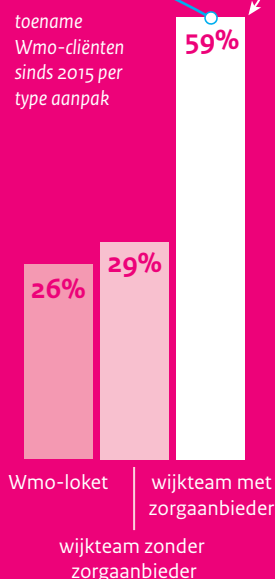
'Outreaching' werking

Nee, heeft minder zicht op verborgen problematiek — Ja, ziet meer verborgen problematiek

Integrale aanpak

Biedt zelden ondersteuning; zorgprofessionals vaak pas na doorverwijzing betrokken — Verschillende disciplines in vroeg stadium betrokken; biedt ondersteuning

We onderscheiden wijkteams waarin zorgaanbieders meedoen, en wijkteams waarin dat niet zo is. Bij die eerste categorie is de stijging het hoogst



Samenvatting

Sociale (wijk)teams leiden niet tot afschaling van Wmo-zorg. Integendeel, uit ons onderzoek blijkt dat de inzet van wijkteams in de periode 2015-2017 gezorgd heeft voor een stijging van het aantal cliënten in een Wmo-maatwerktraject met 14 procent. Dit is opvallend, omdat in veel gemeenten wijkteams erop gericht zijn om de oplossing voor de hulpvraag, indien mogelijk, dicht bij de cliënt te zoeken. Afschaling van dure vormen van ondersteuning is zelfs een formeel doel van de Wmo 2015. Uit onze analyse blijkt verder dat de stijging van 14 procent vooral gedreven wordt door de groep gemeenten waar aanbieders van Wmo-maatwerktrajecten in het team zitten. Uiteraard gaat het hier om een gemiddeld effect: er zijn gemeenten die te maken hadden met een grotere stijging en daarnaast zijn er gemeenten die een kleinere groei laten zien.

Wat is een mogelijke verklaring voor deze uitkomsten? De achtergrond van degene die over de toegang tot de tweede lijn gaat (de 'indicatiesteller') lijkt een belangrijke rol te spelen. Veel gemeenten die wijkteams inzetten, beleggen ook de toegang tot maatwerkvoorzieningen in deze teams. Vaak zijn wijkteamleden afkomstig van een welzijnsorganisatie of zorgaanbieder en hebben dus een zorgachtergrond. In gemeenten zonder wijkteams zijn het doorgaans Wmo-consulenten, werkzaam bij een gemeentelijk Wmo-loket, die over de toegang gaan.

Uit eerder recent onderzoek blijkt dat een indicatiesteller met een ambtelijke achtergrond (in dienst van de gemeente) doorgaans minder snel doorverwijst naar de tweede lijn dan een indicatiesteller met een zorgachtergrond. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een Wmo-consulent naast de belangen van de cliënt ook rekening houdt met de kosten voor de gemeente. Een zorgprofessional zal daarentegen bovenal het beste voor de cliënt willen, ook als dat betekent dat er dure tweedelijnhulp ingezet moet worden. Ook kan het zo zijn dat de zorgprofessional beter bekend is met de ondersteuning in de tweede lijn en dus de oplossing sneller daar zoekt. Verder kan een professional van een aanbieder uit de tweede lijn, naast een intrinsieke motivatie, ook een financieel motief hebben om cliënten door te verwijzen naar een maatwerkvoorziening. Zolang er in de tweede lijn per uur of per cliënt vergoed wordt, heeft de moederorganisatie namelijk baat bij een groot cliëntenbestand.

Overigens zijn de zorgachtergrond van wijkteamleden en de rol van aanbieders niet de enige mogelijke verklaringen voor onze onderzoeksresultaten. Wijkteams die 'outreaching' werken en dus in de wijk op zoek gaan naar verborgen problematiek, zullen naar verwachting meer doorverwijzen dan een Wmo-loket dat alleen binnengekomen hulpvragen beoordeelt. Helaas is het niet mogelijk om met de beschikbare data de rol van het outreachend werken op een systematische manier onder de loep te nemen.

Een andere mogelijke verklaring is dat wijkteams beter in staat zijn om, via een integrale aanpak, eerder op te schalen naar een maatwerkvoorziening om erger te voorkomen. Met het bij elkaar brengen van meerdere zorgdisciplines zijn wijkteams er namelijk voor bedoeld

om op een integrale manier multiproblematiek te bestrijden. Soms kan bij multiprobleemgevallen opschaling vanuit een maatschappelijk oogpunt zeer wenselijk zijn. In veel gevallen is afschaling dan ook niet het enige doel van de wijkteambenadering. Een eerste analyse lijkt erop te wijzen dat de inzet van wijkteams niet samengaat met een reductie van de doorstroom van de Wmo naar (nog) zwaardere zorg (Wlz, Zvw). Een meer systematische aanpak is nodig om uitsluitstel te kunnen geven over de vraag of wijkteams in staat zijn om escalatie van zorggebruik te verminderen. Dit valt echter buiten de scope van dit boek.

Wat is de beleidsrelevantie van dit onderzoek? Meer doorverwijzing naar maatwerkvoorzieningen hoeft niet onwenselijk te zijn. Het is mogelijk dat wijkteams door hun outreachende werking problemen zien die vragen om de inzet van ondersteuning, maar die eerder ongemerkt bleven. Het kan ook zijn dat een ruimere inzet van maatwerkvoorzieningen op de lange termijn besparingen oplevert op andere vormen van zorg of ondersteuning. Als lokale beleidsmakers het gebruik van maatwerkvoorzieningen toch willen beperken – bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van kostenbeheersing – dan levert ons onderzoek een aantal aangrijpingspunten. Zo kan een gemeente ervoor kiezen om alleen de zwaarste (meervoudige) hulpvragen door een wijkteam te laten oppakken; alle andere hulpvragen kunnen door een Wmo-loket afgehandeld worden. Een andere mogelijkheid is om aanbieders geen rol te geven in de indicatiestelling. Ook een goede monitoring van het indicatieproces kan helpen om het aantal doorverwijzingen naar maatwerkvoorzieningen te beperken.

1 Inleiding

Achtergrond

Sinds 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de hulp aan jeugdigen en voor de inkomensondersteuning en maatschappelijke ondersteuning aan volwassenen. Veel gemeenten hebben wijkteams in het leven geroepen om vorm te geven aan deze nieuwe taken. Wijkteams dienen als toegangspoort voor inwoners met een hulpvraag. Hierbij kan het gaan om mensen met een beperking in hun zelfredzaamheid, om gezinnen die kampen met jeugdproblematiek, maar ook om burgers met schuldenproblematiek. In de teams werken mensen met verschillende achtergronden (bijvoorbeeld gemeente, welzijnswerk, zorgveld) samen om deze hulpvragen op een integrale manier te behandelen.

Wijkteams worden gezien als een instrument om via een integrale aanpak passende zorg in te zetten. Waar mogelijk gaat het dan om ondersteuning binnen het eigen netwerk van de cliënt of door middel van voorzieningen in het maatschappelijke veld. Zodoende zouden wijkteams afschaling van professionele zorg in de tweede lijn naar lichtere hulp in de eerste of 'nulde' lijn kunnen realiseren. Afschaling is een formeel doel van de Wmo 2015, zoals ook blijkt uit de bijbehorende Memorie van toelichting. Hierin valt te lezen dat gemeenten "door een groter beroep te doen op de eigen mogelijkheden van mensen en hun sociale netwerk en door gebruikmaking van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen, de ondersteuning met een beperkter budget kunnen uitvoeren dan de Rijksoverheid."¹

Onderzoeksvragen

In dit boek gaan we na of de inzet van wijkteams in de praktijk ook daadwerkelijk tot afschaling leidt van tweedelijnszorg binnen de Wmo. Met tweedelijnszorg bedoelen we hier de Wmo-maatwerkvoorzieningen individuele begeleiding en dagbesteding.² We maken een vergelijking in het gebruik van deze voorzieningen tussen gemeenten met wijkteams en gemeenten met alleen een Wmo-loket. De volgende twee onderzoeksvragen staan centraal:

- Vertoont het gebruik van tweedelijnszorg een sterkere daling (of minder grote stijging) in gemeenten met wijkteams dan in gemeenten zonder wijkteams?
- Maakt het voor het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn uit of zorgaanbieders onderdeel uitmaken van het wijkteam?

Waarom zouden we op voorhand verschillen verwachten tussen gemeenten met wijkteams en gemeenten zonder? We verwachten dat de achtergrond van degene die over de toegang tot de tweede lijn gaat (de 'indicatiesteller'), een rol speelt. Veel gemeenten die wijkteams inzetten, beleggen ook de toegang tot maatwerkvoorzieningen in deze teams. In tegenstelling tot een Wmo-loket, waar Wmo-consulenten werken die in dienst zijn van de gemeente, is de samenstelling van een wijkteam vrij divers. Het gaat meestal om een mix van mensen die in dienst zijn van de gemeente en mensen die afkomstig zijn van externe zorgorganisaties.

¹ Zie Memorie van toelichting bij de Wmo 2015. De wens tot kostenbesparing is gepaard gegaan met een verlaging van de algemene middelen voor de gedecentraliseerde taken.

² Zie verderop in de tekst voor onze motivatie om te focussen op deze voorzieningen.

Het opnemen van ‘externe’ professionals in het wijkteam maakt het mogelijk om expertise, afkomstig uit verschillende zorgterreinen, te benutten. De gedachte is dat een integrale aanpak van meervoudige problematiek hiermee beter uit de verf komt. Zo kan bij een probleemgezin een jeugdhulpverlener op zoek gaan naar een oplossing voor opvoedkundige problemen, terwijl een schuldhulpverlener aan de slag gaat met de schuldenproblematiek binnen het gezin. Dit betekent ook dat deze professionals een grotere invloed krijgen op de toegang tot de tweede lijn, zeker als de indicatiestelling³ binnen het wijkteam is belegd.

Uit eerder onderzoek blijkt dat wijkteamleden met een zorgachtergrond vaker afwijken van beleid dat gericht is op afschaling – en dus sneller doorverwijzen – dan wijkteamleden met een ambtelijke achtergrond.⁴ Intrinsieke motivatie kan een verklaring zijn: de professional wil het beste voor de cliënt en vindt dat de meest geschikte hulp in de tweede lijn wordt aangeboden. In deze afweging zal hij of zij doorgaans minder belang hechten aan de kosten voor de gemeente dan een Wmo-consulent die in dienst is van de gemeente. Ook kan het zo zijn dat de zorgprofessional beter bekend is met de ondersteuning in de tweede lijn en dus de oplossing sneller daar zoekt. Maar naast intrinsieke motivatie kan er ook een financieel motief bestaan om cliënten door te verwijzen naar de tweede lijn. Dit is het geval wanneer de wijkteammedewerker in dienst is van een zorgaanbieder die begeleiding in de tweede lijn levert. Indien hij of zij rekening houdt met de financiële positie van de moederorganisatie, is er een prikkel om vaker door te verwijzen naar een maatwerkvoorziening – mits aanbieders in de tweede lijn per uur of per cliënt vergoed worden.⁵ Dit hoeft niet per se om een aanbieder met een winst oogmerk te gaan. Ook non-profitorganisaties die hun continuïteit willen waarborgen, zullen voldoende omzet moeten genereren.

Naast wijkteamleden met een zorgachtergrond zijn er ook andere kenmerken van wijkteams die het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn kunnen beïnvloeden, zoals de integrale aanpak en de ‘outreaching’ werking. Wijkteams die integraal werken, zien wellicht sneller dat escalatie van een hulpvraag dreigt en schalen eerder op naar zwaardere zorg om erger te voorkomen. Wijkteams die actief in de wijk op zoek gaan naar verborgen problematiek, zullen naar verwachting meer doorverwijzen dan wijkteams die niet zo werken. We houden bij de interpretatie van onze resultaten rekening met deze mogelijk vraagversterkende facetten van wijkteams.

Welke gegevens gebruiken we?

Voor beantwoording van onze onderzoeksvragen relateren we in een empirische analyse de inzet van wijkteams – en de samenstelling ervan – aan ontwikkelingen in het aantal maatwerktrajecten binnen de gemeente. Hiertoe hebben we dus gegevens nodig over:

³ De termen indicatie en beschikking zijn juridisch verschillend, maar worden in dit boek als dezelfde behandeld. Beide termen worden door beleidsmedewerkers van gemeenten gebruikt om daarmee toegang tot Wmo-maatwerkvoorzieningen aan te geven. Uit gesprekken met gemeenten blijkt dat in sommige gevallen het sociale (wijk)team de indicatie doet en de gemeente (bijvoorbeeld een Wmo-consulent) de formele beschikking afgeeft. De beschikking volgt bijna altijd automatisch na het afgeven van de indicatie. Een indicatie geeft daarmee toegang tot tweedelijnszorg.

⁴ Zie Bredewold e.a. (2018).

⁵ Uit data van het Public Procurement Research Centre (PPRC) blijkt dat slechts 4 procent van de gemeenten in onze dataset een alternatieve bekostigingsvorm hanteert. Het betreft in deze gevallen een vast budget per gemeente of wijk voor een aanbieder (‘populatiebekostiging’). Bij populatiebekostiging is het juist financieel aantrekkelijk om zo min mogelijk cliënten te behandelen, de omzet ligt immers vast. In onze empirische analyse houden we rekening met verschillen in bekostigingsmethoden tussen gemeenten.

- Of gemeenten wijkteams inzetten voor Wmo-hulpvragen en zo ja, hoe de samenstelling van de teams eruit ziet – in het bijzonder of aanbieders uit de tweede lijn er deel van uitmaken.
- Ontwikkelingen in het gebruik van tweedelijnszorg binnen de gemeente.

Informatie over het wel dan niet inzetten van wijkteams (eerste onderzoeksvraag) halen we uit een enquête die we onder gemeenten hebben afgenomen. Voor de toetsing van onze tweede onderzoeksvraag maken we, ook met behulp van onze enquêtedata, een verdere uitsplitsing naar drie typen gemeenten:

- Gemeenten zonder sociaal (wijk)team (type A)
- Gemeenten met een wijkteam, zonder dat zorgaanbieders daarvan deel uitmaken (type B)
- Gemeenten met een wijkteam, met aanbieders die onderdeel zijn van het team (type C)

Deze indeling maakt duidelijk of verschillen tussen gemeenten met wijkteams en gemeenten zonder gedreven worden door gemeenten die aanbieders in het wijkteam hebben. Zo ja, dan beschouwen we dat als een aanwijzing dat de achtergrond van wijkteamleden – wel of niet afkomstig van een zorgaanbieder – een rol speelt bij de doorverwijzingen.

Voor wat betreft het aantal maatwerktrajecten maken we hoofdzakelijk gebruik van data van het CBS.⁶ We kiezen ervoor om alleen naar de maatwerkvoorzieningen individuele begeleiding en dagbesteding te kijken. De reden hiervoor is dat deze voorzieningen in de meeste gemeenten een vergelijkbare invulling hebben.⁷ Dit is essentieel voor een betekenisvolle toetsing van onze onderzoeksvragen. Niet alle voorzieningen voldoen hier even goed aan. Denk bijvoorbeeld aan huishoudelijke hulp: in de periode 2015-2017 boden sommige gemeenten dit niet aan als maatwerkvoorziening, maar als algemene voorziening. Merk op dat begeleiding en dagbesteding 85 procent uitmaken van het totale aanbod aan Wmo-voorzieningen waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk zijn geworden.⁸ Qua budget beslaan deze voorzieningen ongeveer de helft van de middelen die gemeenten hebben ontvangen om vorm te geven aan de nieuwe Wmo-taken.⁹

Individuele begeleiding en dagbesteding zijn voorzieningen ter ondersteuning van mensen met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking. Deze voorzieningen zijn gericht op het bevorderen, behouden, of compenseren van de zelfredzaamheid van de cliënt. Individuele begeleiding vindt bij de cliënt thuis plaats met als doel dat de cliënt zelfstandig kan (blijven) wonen. De hulpverlener assisteert de cliënt bijvoorbeeld bij de financiële administratie, bij het boodschappen doen of bij het nemen van belangrijke beslissingen. Dagbesteding wordt op

⁶ Deze zijn afkomstig van De Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD). Daarnaast maken we ook gebruik van gegevens van het CAK, zie paragraaf 4.2.

⁷ Veel gemeenten hebben deze voorzieningen een invulling gegeven die overeenkomt met wat onder de AWBZ gangbaar was. Dit geldt vooral voor de eerste jaren na de decentralisaties, zie Van Eijkel e.a. (2015).

⁸ De Wmo-maatwerkvoorziening huishoudelijke hulp valt hier dus buiten, omdat gemeenten hiervoor al sinds 2007 verantwoordelijk zijn.

⁹ Het grootste deel van het overige budget is bedoeld voor beschermd wonen, een andere Wmo-maatwerkvoorziening. Zie ook Vermeulen e.a., 2014.

locatie verzorgd voor meer mensen tegelijk. Dagbesteding kan arbeidsmatig of niet-arbeidsmatig zijn. Niet-arbeidsmatige dagbesteding is vooral educatief of recreatief (daginvulling) en is meestal niet gericht op het maken van producten voor verkoop of het leveren van diensten. Het kader 'Individuele begeleiding en dagbesteding onder de AWBZ' bespreekt kort hoe de organisatie van deze voorzieningen vóór 2015 eruitzag

Individuele begeleiding en dagbesteding onder de AWBZ

Vóór 2015 vielen individuele begeleiding en dagbesteding onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zorgkantoren – onderdeel van de grootste verzekeraar in de regio – kochten deze voorzieningen in voor cliënten met een zorgbehoefte en een indicatie voor een of meerdere van deze voorzieningen. In alle regio's werden de indicaties afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Dit gebeurde in opdracht van het ministerie van VWS, dat landelijke richtlijnen voor de indicatiestelling hanteerde. De budgetverantwoordelijkheid en indicatiestelling lagen dus niet bij één partij, maar bij verschillende. De decentralisatie van de AWBZ-taken ging gepaard met een bezuiniging van 0,4 miljard euro (zie Vermeulen e.a., 2014). De gedachte hierachter was dat gemeenten beter dan zorgkantoren en het CIZ instrumenten kunnen inzetten om besparingen te realiseren. Zo zou de Wmo 2015 handvatten bieden om een groter beroep te doen op de eigen kracht van burgers en hun sociale netwerk (zie Memorie van toelichting bij de Wmo 2015).

Met een aantal gemeenten zijn wij verder in gesprek gegaan over de inrichting van het sociaal domein binnen de gemeente ná de decentralisaties. Deze gesprekken schetsen het 'verhaal achter de cijfers'. Door het boek heen bespreken we op basis van deze gesprekken in een aantal kaders de wijkteambenadering van individuele gemeenten. Deze kaders vullen hiermee onze meer algemene bevindingen aan.

Beleidsrelevantie en scope

Veel gemeenten werken nu enkele jaren met wijkteams en zien dit als een geschikt moment om hun wijkteambenadering te evalueren. Van een aantal gemeenten weten we dat men niet tevreden is over de vormgeving van hun wijkteams en deze aan het heroverwegen is. Zo heeft de gemeente Leeuwarden onlangs besloten het budget voor wijkteams te halveren en wijkteams alleen nog in te zetten voor meervoudige hulpvragen.¹⁰ Ook de gemeente Eindhoven wil de wijkgerichte benadering opnieuw bekijken, onder andere als gevolg van de flinke stijging in het gebruik van zowel de tweedelijns Wmo- als jeugdhulp en de daarmee gepaard gaande kostenoverschrijdingen.¹¹ Zo is de gemeente van plan om de indicaties zelf uit te voeren in plaats van door de stichting die verantwoordelijk is voor de wijkteams (WIJindhoven). Op die manier hoopt zij meer controle over het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn te krijgen.

Onze studie draagt bij aan de evaluatie van wijkteams door in kaart te brengen wat deze teams betekenen voor het gebruik van tweedelijnszorg binnen de gemeente. Een verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg lijkt voor gemeenten vaak cruciaal om de uitgaven binnen het sociaal domein beheersbaar te houden. Hierbij is niet gezegd dat afschaling overal en altijd het ultieme doel is. Opschaling naar zwaardere zorg om erger te voorkomen kan vanuit een maatschappelijk oogpunt erg wenselijk zijn. Wijkteams die 'meer

¹⁰ Zie ook [dit artikel](#) van 12 januari 2018 op de website van Zorg+Welzijn.

¹¹ Zie ook [dit artikel](#) van 29 mei 2018 op de website van het *Eindhovens Dagblad*.

zien' zullen naar verwachting dan ook sneller opschalen, omdat zij te maken krijgen met problematiek die anders verborgen zou blijven.

In hoeverre wijkteams in staat zijn om *passende* zorg te leveren, komt – hoewel niet minder interessant – verder niet aan de orde. De reden hiervoor is even praktisch als simpel: gegevens over het gebruik van tweedelijnszorg (en dus de mate van afschaling) zijn eenduidiger en betrouwbaarder dan data over de kwaliteit ervan. Daarmee is niet gezegd dat de effectiviteit van de zorg die gemeenten inzetten, op geen enkele manier getoetst kan worden. We hopen dan ook dat onze studie een aanzet is voor vervolgonderzoek waarbij de effectiviteit van verschillende wijkteambenaderingen centraal staat.

Hoewel wij de effectiviteit van wijkteams niet in kaart brengen, zien wij dit boek als een bijdrage aan het debat over het functioneren van wijkteams. Het bespreekt namelijk hoe wijkteams en de samenstelling ervan het zorggebruik – en daarmee de zorgkosten – binnen de gemeente beïnvloeden. Deze inzichten zijn relevant voor gemeenten die hun wijkteambenadering aan het heroverwegen zijn of voor gemeenten die juist van plan zijn te starten met wijkteams.

De relatie met eerder verschenen studies

Er is recentelijk een rijke serie aan rapportages over wijkteams verschenen. Zo voert Movisie (2015, 2016, 2018) bijna jaarlijks een uitgebreide peiling uit onder Nederlandse gemeenten en rapporteert het over de stand van zaken met betrekking tot de wijkteams in den lande. Zaken die daarbij aan de orde komen zijn bijvoorbeeld de doelstellingen van wijkteams (en het wel of niet halen daarvan), de samenstelling van de teams en de ervaren knelpunten. De meest genoemde doelstellingen zijn allemaal direct of indirect te herleiden naar het inzetten van passende hulp (kwaliteit) dan wel het inzetten van ondersteuning tegen lagere kosten (efficiëntie). Vilans (2015, 2016) bespreekt in een tweetal publicaties verschillende modellen van samenwerking tussen generalisten in lokale teams en specialisten die buiten de teams staan. Het gaat dan vaak om specialisten die in dienst zijn bij een moederorganisatie uit de tweede lijn. De keuze voor een model is daarmee van invloed op hoe nauw zorgaanbieders in contact staan met het wijkteam. Dit raakt vooral aan onze tweede onderzoeksvraag.

Ook het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft in een aantal recente publicaties de rol van wijkteams binnen het sociaal domein behandeld. Het gaat dan bijvoorbeeld over hoe wijkteams mantelzorgers kunnen ondersteunen (Van der Ham e.a., 2018) of over in hoeverre de toegang tot de Wmo via het wijkteam loopt (Schellingerhout en Heering, p. 56-78 in Feijten e.a., 2017). Met name laatstgenoemde publicatie is relevant voor ons, omdat deze ingaat op de achtergrondkenmerken van de 'gespreksvoerder' – de professional die het keukentafelgesprek voert. Een uitvraag onder 276 gespreksvoerders uit 33 verschillende gemeenten leert dat twee derde van de gespreksvoerders meer dan acht jaar actief is in het sociaal domein. De meesten hebben een achtergrond in het maatschappelijk werk of als paramedicus. Verder werken 27 van de 33 deelnemende gemeenten met wijkteams.

Ons boek past in deze lijn van rapportages, omdat het bespreekt hoe de zaken ervoor staan met betrekking tot de behandeling van Wmo-hulpvragen binnen wijkteams, de indicatiestelling voor maatwerkvoorzieningen en de rol van zorgaanbieders binnen wijkteams. In aanvulling daarop kwantificeert dit boek het effect van verschillende wijkteambenaderingen op het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn. Daarmee kent de centrale vraagstelling in ons boek veel raakvlakken met het onlangs gepubliceerde onderzoek van Bredewold e.a. (2018). Op basis van een kwalitatieve analyse van 66 keukentafelgesprekken komen zij tot de conclusie dat het voor het aantal doorverwijzingen uitmaakt bij wie de toegang tot de tweede lijn belegd is. Zoals gezegd blijken Wmo-consulenten, die doorgaans een ambtelijke achtergrond hebben, minder snel door te verwijzen dan wijkteamleden met een zorgachtergrond. Anders dan ons onderzoek is deze studie echter kwalitatief van aard en wordt er niet gekeken naar of het wijkteamlid in dienst is van een tweedelijns aanbieder.

Inhoud van het boek

In het volgende hoofdstuk gaan we dieper in op de rol die wijkteams binnen het sociaal domein toebedeeld zijn. Wat zijn over het algemeen de overwegingen om wijkteams op te richten, hoe werken deze teams en hoe zijn ze doorgaans samengesteld? In hoofdstuk 3 bespreken we de opzet en resultaten van de enquête die wij onder gemeenten hebben afgenomen. Dit hoofdstuk brengt onder andere in kaart hoeveel gemeenten Wmo-hulpvragen laten oppakken door het wijkteam, welk deel van de gemeenten ook de indicatiestelling in het wijkteam belegt en in hoeverre gemeenten zorgaanbieders een plek in het wijkteam geven. Hoofdstuk 4 beschrijft de onderzoeksopzet en onderzoeksgegevens die we voor ons onderzoek gebruiken. Uit dit hoofdstuk blijkt dat het gebruik van Wmo-data voor een vergelijking tussen gemeenten geen sinecure is. Hoofdstuk 5 bevat de effectstudie naar wijkteams. Hierin gebruiken we de enquêteresultaten als input en analyseren we hoe verschillende wijkteambenaderingen van invloed zijn op het aantal doorverwijzingen naar Wmo-maatwerktrajecten per gemeente. Ook kijken we naar het effect op de gemiddelde duur van een maatwerktraject en wat de reden is voor beëindiging. Het laatste hoofdstuk van dit boek (hoofdstuk 6) plaatst de uitkomsten van onze analyse in een breder licht en bespreekt de beleidsimplicaties die uit de resultaten volgen.

2 De rol van wijkteams in het sociaal domein

2.1 Waarom zetten gemeenten wijkteams in?

Veel gemeenten zien wijkteams als een middel om binnen het sociaal domein passende zorg te leveren tegen beheersbare kosten.¹² Zo worden wijkteams ingezet om via een integrale benadering van multiproblematiek het eerste deel van deze maatschappelijke opgave – passende zorg – te realiseren. De decentralisaties beslaan namelijk meerdere domeinen die veelal met elkaar in verbinding staan. Problemen die zich binnen huishoudens manifesteren, komen meestal niet alleen. Ouders die bijvoorbeeld kampen met psychosociale problematiek, hebben vaak niet alleen hulp nodig bij de opvoeding van hun kinderen, maar ook bij het vinden van passend werk.

Een ruim arsenaal aan zorgdisciplines in het wijkteam maakt zo'n integrale aanpak mogelijk. Wijkteamleden komen bijvoorbeeld uit het welzijnswerk, de schulphulpverlening, de jeugdhulp of de thuiszorg. Ook komt het regelmatig voor dat wijkverpleegkundigen deel uitmaken van het wijkteam.¹³ De integrale benadering krijgt doorgaans vorm in de werkwijze 'een gezin, een plan, een regisseur' (1G1P1R), waarbij een wijkteamlid verantwoordelijk is voor een specifieke casus en de passende vorm van ondersteuning zoekt. Als er meer hulpverleners betrokken zijn bij een casus, dan coördineert het wijkteam ook de afstemming tussen deze hulpverleners.

De idee van een integrale aanpak binnen het wijkteam is dat er synergievoordelen behaald worden die specialisten onafhankelijk van elkaar niet kunnen bereiken. Zoals gezegd gaat het nogal eens om multiprobleemhuishoudens, waarvoor het nuttig kan zijn dat één hulpverlener de helicopterview bewaart en tot een oplossing komt die alle problemen aanpakt in plaats van slechts een deelprobleem. Doorgaans gaat dit in overleg met andere wijkteamleden die een andere achtergrond hebben dan de 'regisseur' zelf.

Voor wat betreft het tweede deel van de opgave – zorg leveren tegen beheersbare kosten – is de idee van wijkteams dat zij ervoor zorgen dat cliënten minder vaak hulp in de tweede lijn nodig hebben.¹⁴ De gedachte is dat het wijkteam de oplossing eerst zoekt in het eigen netwerk van de cliënt, of in lichte ondersteuning die binnen dan wel buiten het wijkteam wordt geleverd. Pas als dit ontoereikend blijkt te zijn, kiest men voor duurdere zorg in de tweede lijn. Voor wat betreft het sociaal domein is er nog weinig bekend over de invloed van een integrale benadering op de verschuiving van zwaardere naar lichtere zorg. Met betrekking tot de curatieve zorg zijn er wel meerdere studies die zich richten op de gevolgen

¹² Zie bijvoorbeeld van Arum en Schoorl (2015), p. 22, voor een lijst van beleidsdoelen waarvoor wijkteams worden ingezet. In de top-5 van meest genoemde doelen staan enkel doelen die direct of indirect neerkomen op het inzetten van passende hulp (kwaliteit) dan wel het inzetten van ondersteuning tegen lagere kosten (efficiëntie).

¹³ Zie van Arum en Schoorl (2015).

¹⁴ Zie bijvoorbeeld VNG (2013).

van een integrale aanpak, zie kader Integrale benadering binnen de curatieve zorg. Een voorzichtige conclusie die we uit deze studies halen, is dat een integrale benadering in de curatieve zorg tot minder doorverwijzingen naar de tweede lijn kan leiden, maar het effect lijkt niet heel sterk.

2.2 Hoe werken wijkteams over het algemeen?

Hoe verloopt binnen het (gemeentelijk) sociaal domein het traject van hulpvraag tot aan het moment van hulpverlening en welke rol spelen wijkteams in dit proces? Inzicht hierin vertelt ons hoe wijkteams een eventuele vervanging van zwaardere zorg door lichtere zorg zouden kunnen realiseren. Op basis van de bestaande literatuur, onze enquête en onze gesprekken met gemeenten kunnen wij hier een algemeen beeld van de beleidspraktijk schetsen.

Uiteraard variëren gemeenten onderling flink in de vormgeving van wijkteams en de rol van deze teams in de ondersteuningsketen. Zo zijn er gemeenten die zowel enkelvoudige als meervoudige hulpvragen door het wijkteam laten oppakken. Daartegenover staan gemeenten waar wijkteams er alleen zijn voor multiprobleemgevallen en een Wmo-loket de enkelvoudige vragen behandelt; vaak bepaalt dan het Wmo-loket welke vragen bij het wijkteam terechtkomen. Op deze verschillende wijkteambenaderingen komen we in het volgende hoofdstuk terug.

Hoe komt de cliënt in beeld?

Wijkteams zijn er voor burgers die vanwege een beperkte zelfredzaamheid niet zelfstandig door het leven kunnen. In veel gevallen kunnen deze mensen zelf met hun problemen aankloppen bij het wijkteam. Maar er zijn ook andere manieren om uiteindelijk bij het wijkteam uit te komen: bijvoorbeeld via de huisarts, een sociaal werker, of doordat wijkteamleden zelf de wijk in gaan op zoek naar verborgen problematiek ('outreaching werking').

Het bepalen van de hulpvraag

Per cliënt of gezin ontfermt zich gewoonlijk een wijkteammedewerker over de casus. Deze 'regisseur' voert met de cliënt of het gezin een keukentafelgesprek met als doel de ondersteuningsbehoefte boven water te krijgen. Daarnaast kan de wijkteammedewerker – om de precieze zorgbehoefte helder te krijgen – ruggespraak houden met andere wijkteamleden, of met andere partijen buiten het team, zoals de politie of woningcorporaties. Voor de voorbereiding en het voeren van het keukentafelgesprek heeft de cliënt recht op hulp van een onafhankelijke cliëntondersteuner, betaald door de gemeente.

Basisondersteuning (nulde- en eerstelijns ondersteuning)

De wijkteammedewerker kijkt in eerste instantie naar wat de cliënt zelf nog kan en wat er binnen het eigen netwerk aan hulp voorhanden is. Indien de eigen mogelijkheden of hulp binnen het netwerk niet toereikend zijn, gaat de regisseur na of basisondersteuning voldoet in de zorgbehoefte. Dit kan bijvoorbeeld kortdurende begeleiding door het wijkteamlid zelf zijn, of algemene voorzieningen buiten het wijkteam. Gemeenten zijn vrij in het type algemene voorzieningen die zij ter beschikking stellen. Voorbeelden van algemene voorzieningen zijn sociale en culturele activiteiten in een buurtcentrum, een

maaltijdvoorziening en sociaal vervoer in de directe woonomgeving. Voor het gebruik van een algemene voorziening is geen beschikking nodig.

Integrale benadering binnen de curatieve zorg

Binnen de curatieve zorg is het de huisarts die een vergelijkbare functie vervult als het wijkteam doet binnen het sociaal domein. Zo is de huisarts doorgaans de zorgprofessional die de patiënt diagnosticeert en op zoek gaat naar de best passende behandeling. Indien de benodigde behandeling niet al te complex is, kan de huisarts ervoor kiezen deze zelf uit te voeren; bij complexe behandelingen zal de huisarts doorverwijzen naar specialistische zorg in de tweede lijn, waarbij deze zorg vaak verleend wordt in een ziekenhuis. Sinds 2002 zijn verrichtingen die de huisarts uitvoert en die als substituuat gelden voor tweedelijnszorg, apart declarabel. Dit geeft huisartsen een financieel motief om zorg van de tweede naar de eerste lijn te verschuiven. Wijkteams hebben deze prikkel niet, omdat zij niet per verrichting vergoed worden.

Sinds enige jaren is het beleid – met het oog op de almaar groeiende uitgaven aan zorg – gericht op een verschuiving van zorg van de tweede naar de eerste lijn(a). De idee is dat zorgverlening dichtbij huis een kostenbesparing oplevert zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van de kwaliteit. Om dit beleid handen en voeten te geven stimuleert het Rijk de vorming van integrale huisartsenpraktijken, waarin naast één of meerdere huisartsen vaak ook praktijkondersteuners, fysiotherapeuten, diëtisten en psychologen actief zijn. Deze integrale aanpak moet ertoe leiden dat de eerste lijn beter in staat is de zorgbehoefte van de patiënt op te vangen, waardoor doorverwijzing naar de tweede lijn (soms) voorkomen kan worden.

Onderzoek van Nivel (2013) brengt de effecten van de vormgeving van de eerste lijn binnen de Nederlandse curatieve zorg op het aantal doorverwijzingen in kaart. Deze studie laat zien dat huisartsen die werkzaam zijn in een duopraktijk, significant minder vaak doorverwijzen dan huisartsen die in een solopraktijk actief zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een tweede huisarts overleg over de noodzakelijkheid van een doorverwijzing en benchmarking van het totaal aantal doorverwijzingen mogelijk maakt. Opvallend genoeg verwijzen groepspraktijken (met meer dan twee huisartsen) niet significant minder vaak door dan solopraktijken. Uit dezelfde studie blijkt ook dat praktijken die de richtlijnen over verwijzingen nauwgezet volgen, minder doorverwijzingen kennen dan praktijken die hier minder strikt in zijn. Dit is in lijn met de verwachting, omdat de richtlijnen (NHG-standaarden) voorschrijven dat, zolang dat niet ten koste gaat van de uitkomst, patiënten in de eerste lijn behandeld worden.

Een integrale methode van zorglevering die nog een stap verder gaat, zien we in de VS in de vorm van het Integrated Health Care Financing and Delivery system (IDS); zie bijvoorbeeld Enthoven, 2016. Deze organisatie van het zorgstelsel gaat ervan uit dat alle zorgverleners binnen de zorgketen met elkaar samenwerken om zo goed mogelijke zorg tegen zo laag mogelijke kosten te leveren. Een van de pijlers van dit systeem is dat de zorgverleners niet onafhankelijk van elkaar per behandeling betaald worden (het zogenoemde *fee for service*), maar delen in mogelijke besparingen. Dit prikkelt hen om de behandelingen in de verschillende schakels van de zorgketen beter op elkaar af te stemmen en overbodige zorg te vermijden. Er is enig empirisch bewijs dat IDS in vergelijking met het traditionele zorgstelsel – waarin medici nog wel onafhankelijk van elkaar per behandeling vergoed krijgen – tot betere gezondheidsuitkomsten komt tegen lagere kosten (zie de referenties in Enthoven, 2016).

(a) Zie ook 'Onderhandelaarsakkoord eerste lijn 2014 tot en met 2017'.

Doorverwijzingen naar maatwerkvoorzieningen

Een cliënt komt alleen in aanmerking voor een maatwerkvoorziening indien na grondig onderzoek blijkt dat basisondersteuning niet toereikend is om aan de zorgbehoefte te voldoen. Lang niet altijd wordt deze beslissing binnen het wijkteam genomen. Sommige gemeenten kiezen ervoor om de indicatiestelling voor maatwerkvoorzieningen te beleggen bij een Wmo-loket of toegangsteam in gemeentelijk beheer. Verderop gaan we hier dieper op in.

Op organisatorisch vlak is het belangrijkste verschil tussen algemene en maatwerkvoorzieningen dat voor laatstgenoemde een beschikking nodig is om er gebruik van te kunnen maken. Een ander organisatorisch verschil is dat de meeste gemeenten voor het gebruik van maatwerkvoorzieningen een eigen bijdrage vragen en voor het gebruik van algemene voorzieningen niet. Het grootste inhoudelijke verschil is dat maatwerkvoorzieningen vaker worden ingezet bij zwaardere zorgbehoeften.

Voor complexe problematiek wordt ook vaker de expertise vanuit het zorgveld ingeschakeld. Zoals gezegd kan de complexiteit van de casussen een reden zijn om zorgprofessionals van tweedelijnsorganisaties een rol te geven in het wijkteam. Indien de indicatiestelling in het wijkteam belegd is, kan het dus zo zijn dat de professional bepaalt of een cliënt toegang krijgt tot maatwerkvoorzieningen. Maar ook indien wijkteamleden niet indiceren, kunnen zij hun invloed uitoefenen op de doorverwijzingen. Vaak geeft het wijkteam dan een zwaarwegend advies aan de indicatiesteller, meestal een Wmo-consulent van de gemeente.

Een indicatiestelling waarbij de indicatiesteller zowel indiceert als de behandeling levert, wordt ook wel ‘decentrale indicatiestelling’ genoemd.¹⁵ Een belangrijk voordeel van decentrale indicatiestelling is dat er gebruik wordt gemaakt van de expertise van de zorgprofessional die niet aanwezig is binnen het gemeentelijk apparaat. Zeker in de eerste periode na de decentralisatie is het niet te verwachten dat de gemeente al alle kennis over complexe zorgproblematiek in huis heeft. Een nadeel voor de gemeente is dat de indicatie mogelijk niet objectief wordt vastgesteld. Mogelijk denkt de professional vooral in zorgoplossingen en is hij of zij van mening dat de beste ondersteuning in de tweede lijn te vinden is (intrinsieke motivatie). Maar ook financiële belangen kunnen een rol spelen: meer doorverwijzingen naar de moederorganisatie in de tweede lijn genereert een hogere omzet.

Dit financiële motief geldt echter alleen als gemeenten zorgaanbieders per uur geleverde zorg (‘p*q’) of per cliënt (‘inkoop op resultaatgebieden’) vergoeden. Uit een dataset van het Public Procurement Research Centre (PPRC) blijkt dat verreweg de meeste gemeenten een van deze twee bekostigingsvormen hanteren. Slechts een handjevol gemeenten doet aan populatiebekostiging door een (hoofd-)aanbieder een vast budget te geven voor de zorglevering binnen een wijk of gemeente. Bij populatiebekostiging is er juist een prikkel bij de aanbieder om het zorggebruik in de tweede lijn terug te dringen.¹⁶ Wanneer we het effect van wijkteams op het gebruik van maatwerkvoorzieningen schatten, moeten we dus rekening houden met verschillen in de bekostigingsmethodiek. In paragraaf 4.2 gaan we hier dieper op in.

2.3 De positie van aanbieders ten opzichte van wijkteams

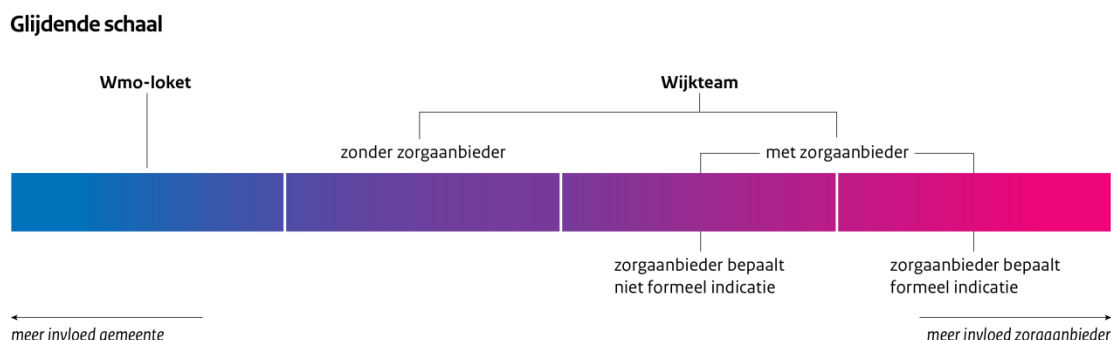
Meestal bestaan wijkteams dus (deels) uit professionals met een zorgachtergrond en in sommige gevallen zijn dit werknemers van zorgaanbieders die in de tweede lijn actief zijn

¹⁵ Zie Lamers e.a., 2014.

¹⁶ In gemeenten die populatiebekostiging hanteren, is het vrijwel altijd de hoofdaanbieder die zowel over de ‘nulde’ en eerste lijn gaat als over de toegang tot de tweede lijn. De gedachte achter populatiebekostiging is dan ook dat het een integraal zorgaanbod binnen gemeente of wijk faciliteert.

(zie kader De wijkteambenadering in Zaanstad). Maar ook wanneer aanbieders geen deel uitmaken van het wijkteam, spelen zij mogelijk een rol bij de indicaties. Vaak werken wijkteams dan samen met aanbieders om de tweede lijn vorm te geven (zie kader Enschede).¹⁷ Ook gebeurt het wel dat cliënten zich bij het keukentafelgesprek voor een herindicatie laten ondersteunen door hun hulpverlener.¹⁸ Dit maakt dat we de invloed van aanbieders op de toegang tot de tweede lijn zien als een glijdende schaal. De invloed is naar verwachting het grootst wanneer wijkteamleden afkomstig van moederorganisaties uit de tweede lijn de indicatiestelling doen en het kleinst wanneer alleen Wmo-consulenten over de toegang gaan, zie figuur 2.1.

Figuur 2.1 Invloed van gemeente versus invloed van zorgaanbieders



De wijkteambenadering in Zaanstad, anno 2016 (type C)

Zaanstad kent elf wijkteams. Er zijn in totaal vijf hoofdaanbieders gecontracteerd die de wijkteams samenstellen en coördineren. Tussen de hoofdaanbieders zitten zowel zorgaanbieders van Wmo-maatwerktrajecten als welzijnsorganisaties. De gemeente heeft deze hoofdaanbieders gecontracteerd op basis van hun expertise aangaande de wijk-specifieke problematiek.

In de wijkteams werken zowel medewerkers van de hoofdaanbieders als gemeentelijke professionals (die in dienst zijn van de gemeente). De wijkteams werken samen met (overige) zorg- en welzijnsorganisaties. In vier van de elf wijkteams zitten aanbieders van Wmo-maatwerktrajecten, zoals RIBW, Odion, Leger des Heils en Zorgcentrum Pennemes/Mennistenerf. Deze zorgaanbieders behoren tot de hoofdaanbieders die gecontracteerd zijn. Er zijn raam- en uitvoeringsovereenkomsten tussen de gemeente en de hoofdaanbieders. De medewerkers van de wijkteams krijgen hun salaris van de moederorganisatie.

De indicatiestelling voor tweedelijns Wmo-maatwerktrajecten is belegd in het wijkteam. Zowel medewerkers van de hoofdaanbieders als de gemeentelijke professionals doen de indicatie.

Een doel van de wijkteams is om het aantal mensen met een maatwerkvoorziening te verlagen door te kijken of de zorgbehoefte van de cliënt eerst in het eigen netwerk dan wel in algemene voorzieningen kan worden opgepakt. De algemene voorzieningen worden o.a. door het wijkteam georganiseerd.

¹⁷ Waar sommige gemeenten kiezen voor een vaste dan wel flexibele schil van specialisten om het wijkteam heen, proberen andere gemeenten de invloed van moederorganisaties te beperken door een triagemedewerker als intermediair tussen wijkteam en tweede lijn te laten fungeren.

¹⁸ Hoofdstuk 5 (p. 119-121) van Bredewold e.a. (2018) bespreekt een paar voorbeelden van keukentafelgesprekken waarbij de hulpverlener een bepalende invloed heeft op het verloop van het gesprek en daarmee de indicatiestelling in een bepaalde richting stuurt.

De wijkteambenadering in Enschede, anno 2017 (type B)

In Enschede werken in totaal negen integrale wijkteams in vijf stadsdelen. De wijkteams bestaan deels uit medewerkers die in dienst zijn van de gemeente (zoals Wmo-consulenten) en deels uit wijkcoaches die in dienst zijn van de Stichting Maatschappelijke Dienstverlening (SMD). Deze stichting is overigens niet actief in de tweede lijn. De consulenten en de wijkcoaches behandelen zowel enkelvoudige (denk aan een aanvraag voor een scooter), als meervoudige problematiek (zoals gezinsondersteuning). Een verschil tussen de wijkcoach en de consulent is dat de wijkcoach vaak naast de regiefunctie ook een rol als hulpverlener heeft. In principe melden de inwoners met een hulpvraag zich telefonisch bij het front office dat, indien nodig, de inwoner verder naar het wijkteam leidt.

Wijkteammedewerkers leveren lichte vormen van ondersteuning en kunnen een indicatie afgeven voor een maatwerkvoorziening mochten ze dat nodig achten. Bij twijfel vindt er binnen het wijkteam overleg plaats. Hoewel aanbieders van maatwerkvoorzieningen geen onderdeel uitmaken van het wijkteam, sluiten ze regelmatig aan bij de gesprekken met de cliënt en wordt hun inbreng meegenomen in de afweging van de indicatie. Zo hebben wijkteammedewerkers op dagelijkse basis overleg met aanbieders. Dit leidt niet tot hoogoplopende conflicten, hoewel de gesprekken soms "pittig" zijn.

2.4 Hoe organiseren gemeenten zonder wijkteams de toegang tot de tweede lijn?

Gemeenten die geen wijkteams inzetten, beleggen de toegang tot maatwerkvoorzieningen bij een Wmo-loket (of toegangsteam) dat vanuit het gemeentehuis opereert (zie kader Meppel). In de meeste gevallen is dit een voortzetting van de manier waarop indicaties onder de 'oude' Wmo werden afgegeven. Het loket bestaat uit Wmo-consulenten die in dienst zijn van de gemeente. Anders dan bij wijkteams zijn het dus mensen met een ambtelijke achtergrond die over de indicaties gaan. Ook gaat er van het loket geen outreachende werking uit en staat de integrale aanpak niet centraal.

In hoeverre komen deze verschillen – achtergrond van de indicatiesteller, outreachende werking en integrale benadering – tussen gemeenten met wijkteams en gemeenten zonder tot uiting in het aantal doorverwijzingen naar maatwerkvoorzieningen? Deze vraag staat centraal in hoofdstuk 5, waarin we de resultaten van onze analyse bespreken. In dat hoofdstuk gaan we ook na of de achtergrond van het wijkteamlid ertoe doet. Maakt het voor doorverwijzingen naar de tweede lijn uit of professionals van zorgaanbieders deel uitmaken van het wijkteam? Om onderzoek te kunnen doen naar deze vragen, moeten we weten hoe per gemeente de toegang tot de tweede lijn is belegd. Deze informatie halen we uit de enquête die we onder gemeenten hebben uitgezet en waarvan we de resultaten in het volgende hoofdstuk bespreken.

Meppel: een gemeente zonder sociaal wijkteam (type A)

In de gemeente Meppel zijn geen sociale wijkteams actief. De gemeente heeft de toegang tot maatwerkvoorzieningen volledig bij het Wmo-loket op het stadhuis belegd. De reden hiervoor is schaal: de gemeente Meppel is 'compact' en de afstand tot het stadhuis is voor velen niet zo groot.

Meer dan 95% van alle Wmo-hulpvragen wordt direct door het Wmo-loket afgehandeld. Wmo-consulenten van de gemeente voeren het keukentafelgesprek en geven een beschikking voor een maatwerkvoorziening af mocht dat nodig worden geacht.

De consulent kijkt of het probleem eerst in het eigen netwerk kan worden opgelost, dan wel met behulp van algemene voorzieningen. Zo kent Meppel bijvoorbeeld buurtkamers, een tussenvorm van dagbesteding en welzijnsactiviteiten.

In de overige gevallen (minder dan 5%) werken organisaties binnen een sociaal team samen met betrekking tot ondersteuning aan huishoudens met complexe meervoudige problematiek. Het sociaal team bestaat uit een flexibele schil met diverse partijen zoals de welzijnsinstelling MEE, de GGD, de GGZ, woningcoöperaties, de politie, de Gemeentelijke Kredietbank (GKB) en aanbieders. De regie op deze casussen ligt bij de gemeente Meppel.

Echter, ook bij deze zwaardere hulpvragen gaat het team niet over de toegang tot maatwerkvoorzieningen. In het geval een maatwerkvoorziening nodig wordt geacht, neemt het team in het Wmo-loket het besluit op de aanvraag. Om gegevens niet opnieuw uit te vragen levert het sociaal team de reeds opgehaalde informatie aan. Daarna bepaalt het team in het stadhuis welke informatie nog noodzakelijk is voor het afhandelen van de aanvraag.

3 De enquête: wijkteams en toegang tot maatwerkvoorzieningen

Om de hypothesen uit de inleiding te toetsen hebben we informatie nodig over hoe Wmo-hulpvragen worden opgepakt binnen de gemeente. Daartoe hebben we een enquête afgenomen bij 167 gemeenten. De informatie die we via deze enquête ophalen, is grotendeels niet te vinden in eerdere uitvragen over wijkteams – van bijvoorbeeld Movisie.¹⁹ Deze eerdere enquêtes richten zich meer op de wijkteambenadering in algemene zin en niet zozeer over hoe Wmo-hulpvragen binnen de gemeente opgepakt worden. Ook gaat onze uitvraag dieper in op de positie van aanbieders ten opzichte van het wijkteam.

Dit hoofdstuk bespreekt de opzet, representativiteit en resultaten van de enquête. Bij de bespreking van de resultaten maken we ook gebruik van een aantal kaders. Elk kader gaat in op de specifieke wijkteambenadering van een gemeente die wij voor dit onderzoek hebben benaderd. We geven daarbij altijd aan onder welke categorie we de gemeente scharen (type A, B of C, zie inleiding).

3.1 De opzet van de enquête

Uitname enquête

We hebben gemeenten benaderd die in de periode 2015-2017 elk jaar hebben meegedaan aan de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD) van het CBS. Voor deze gemeenten hebben we dus volledige informatie over het gebruik van Wmo-maatwerkvoorzieningen over de onderzoeksperiode. Daarnaast zijn nog gemeenten benaderd die niet in elk jaar meedoen met de GMSD, maar die wel wilden participeren. Er is in alle gevallen contact gezocht met een beleidsmedewerker van de betreffende gemeente of een teamcoördinator van het wijkteam die goed ingevoerd is in het sociaal domein. De enquête is in 134 gemeenten per e-mail afgenomen. In 33 gemeenten is de enquête telefonisch afgenomen. Uiteindelijk hebben dus 167 gemeenten meegedaan. Dat is circa 42 procent van de 393 gemeenten uit 2015. Geen van de 167 gemeenten heeft in de periode 2015-2017 te maken gehad met een gemeentelijke herindeling. Van deze deelnemende gemeenten doen er 125 mee met de GMSD in alle jaren van deze periode. Van de G4-gemeenten hebben Rotterdam en Utrecht meegedaan aan de enquête.

Peilmoment enquête

De enquête is uitgezet tussen oktober 2017 en april 2018. We hebben de gemeenten gevraagd naar de situatie in de gemeente op 1 januari 2016. De reden hiervoor is dat vanaf dat moment de meeste wijkteams volledig operationeel waren. In 2015 waren veel wijkteams nog in ontwikkeling.²⁰ Aan het eind van de enquête hebben we gevraagd of de antwoorden op de vragen nu (anno 2017/2018) nog steeds van toepassing zijn. In het geval

¹⁹ Zie van Arum en Schoorl, 2015 en 2016 en van Arum en Van den Enden, 2018.

²⁰ Zie van Arum en Schoorl, 2015.

van wijzigingen is gemeenten gevraagd deze wijzigingen te noemen. Aan het einde van de dataverzameling hebben we bij onduidelijkheid over de gegeven antwoorden nogmaals contact opgenomen met de betreffende gemeente.

Waar hebben we gemeenten naar gevraagd?

We hebben gemeenten gevraagd naar hoe de toegang tot de Wmo-maatwerkvoorzieningen is geregeld. Worden Wmo-hulpvragen in een wijkteam opgepakt? Waar is de indicatiestelling voor maatwerkvoorzieningen belegd? En welke rol spelen (specialisten van) zorgaanbieders in het wijkteam? De resultaten van de enquête gebruiken we in het volgende hoofdstuk als input om de invloed van (de vormgeving van) wijkteams op het zorggebruik in de tweede lijn bloot te leggen. Met de tweede lijn bedoelen we, zoals besproken in de inleiding, het maatwerkvoorzieningengebruik van individuele begeleiding en dagbesteding. Deze voorzieningen maken het gros (85%) uit van het totale aanbod aan Wmo-voorzieningen waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk zijn geworden.

Daarnaast hebben we gemeenten gevraagd naar het eigenbijdragebeleid voor deze voorzieningen. Gemeenten zijn vrij hoe dit beleid vorm te geven. De vragen gaan over de aanwezigheid van een eigen bijdrage en of specifieke groepen vrijstelling krijgen van deze bijdrage. Deze vragen zijn opgenomen met het oog op een belangrijke databron over Wmo-zorggebruik (de CAK-gegevens) die we in dit boek gebruiken. Deze bron administreert alleen het zorggebruik voor gemeenten die een eigen bijdrage verlangen van hun inwoners. Met de informatie uit de enquête weten we welke gemeenten we voor deze bron kunnen gebruiken.²¹

In bijlage C is de volledige enquête te vinden.

3.2 Representativiteit enquête

Hoe representatief zijn de enquêteerde gemeenten voor de totale verzameling van gemeenten in Nederland? We stellen deze vraag omdat we weten dat de ondervraagde gemeenten al per definitie verschillen van de overige gemeenten in (vrijwillige) deelname aan de GMSD. In hoeverre ze nog meer verschillen - en om een beeld te krijgen - presenteren we tabel 3.1. Hierin staan voor beide groepen kenmerken die relevant zijn voor onze analyse. We kijken naar de bevolkingsomvang, het gemiddelde AWBZ-zorggebruik, inkomen en aandeel 65-plussers voor het jaar 2014. We kiezen deze kenmerken, omdat zij mogelijk voorspellend zijn voor het Wmo-zorggebruik. Het jaar 2014 is gekozen, omdat we dan zeker zijn dat het gemeentelijk beleid ná de decentralisaties de vergelijking niet kan verstoren.

De tabel laat zien dat de enquêteerde gemeenten een iets grotere bevolkingsomvang hebben dan de gemiddelde Nederlandse gemeente.²² Het aandeel mensen met een AWBZ-indicatie voor individuele of groepsbegeleiding en het aandeel 65-plussers verschilt daarentegen

²¹ In principe is dit ook zichtbaar in de CAK-bestanden. Informatie over vrijstellingen van groepen daarentegen niet. Hoofdstuk 4 beschrijft hoeveel gemeenten we voor onze analyse in hoofdstuk 5 verwijderden, omdat ze geen eigen bijdrage hebben.

²² Het verschil is significant op 10% significantieniveau.

nauwelijks. Wel zien we statistisch significante verschillen in het persoonlijk inkomen. De enquêteerde gemeenten zijn dus wat rijker dan de gemiddelde Nederlandse gemeente.

Tabel 3.1 Kenmerken van gemeenten voor enquête-sample en totale sample van gemeenten

Gemeentekkenmerken in 2014	Enquête-sample	Totale sample
Bevolking	49712*	43213
Aandeel 65-plussers	19,7%	19,9%
Aandeel indicatie AWBZ-begeleiding individueel	1,2%*	1,2%
Aandeel indicatie AWBZ-groepsbegeleiding / dagbesteding	0,7%	0,7%
Gemiddeld persoonlijk jaarinkomen	30480**	29939
N	167	403

*** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.

3.3 Resultaten van de enquête

Aanwezigheid wijkteams en Wmo-loket

Driekwart van de gemeenten heeft een sociaal (wijk)team dat Wmo-hulpvragen oppakt met betrekking tot begeleiding en dagbesteding in 2016; zie tabel 3.2. Dit percentage is iets lager dan de cijfers die Movisie rapporteert (87% in 2015 en 83% in 2017).²³ Dit komt zeer waarschijnlijk omdat wij de vraag over de aanwezigheid van sociale (wijk)teams hebben toegespitst op de behandeling van Wmo-hulpvragen. De enquêtevraag van Movisie hierover betreft ook wijkteams die alleen jeugdhulpvragen oppakken, waardoor het percentage gemeenten met een sociaal (wijk)team hoger uitvalt. Vrijwel alle gemeenten (95%) geven aan de toegang tot individuele begeleiding op dezelfde manier geregeld te hebben als de toegang tot dagbesteding (niet in tabel).²⁴

Ook geeft driekwart (75%) aan een Wmo-loket of een Wmo-toegangsteam te hebben. Dit betekent automatisch dat er gemeenten zijn die zowel over een sociaal (wijk)team als een Wmo-loket beschikken. Uit de enquête blijkt dat dit bij de helft (50%) van de gemeenten zo is. Vaak is het dan zo dat de enkelvoudige hulpvragen bij het loket terechtkomen en multiprobleemgevallen door het wijkteam worden opgepakt (zie kaders Westland en Apeldoorn).²⁵ Bij de andere helft is er alleen maar óf een sociaal (wijk)team (25%) óf een Wmo-loket (25%).

²³ Zie van Arum en Schoorl, 2016, en van Arum en Van den Enden, 2018.

²⁴ In de andere 5% van de gevallen hebben we de gemeente gevraagd de enquête verder in te vullen voor de maatwerkvoorziening individuele begeleiding.

²⁵ De indicatiestelling wordt in het merendeel van deze gevallen dan nog wel door het Wmo-loket gedaan (circa 60%), ook als een meervoudige hulpvraag in eerste instantie bij het wijkteam terecht is gekomen (zie ook kader Apeldoorn).

Tabel 3.2 Aanwezigheid wijkteams en Wmo-loket in 2016 (N=167)

Kenmerk	Percentage
Aanwezigheid sociaal (wijk)team/Wmo-loket	
Aanwezigheid van sociaal (wijk)team dat Wmo-hulpvragen oppakt	75
Aanwezigheid van Wmo-loket of Wmo-toegangsteam	75
Verdeling aanwezigheid:	
Alleen Wmo-loket, geen sociaal (wijk)team	25
Alleen sociaal (wijk)team, geen Wmo-loket	25
Zowel sociaal (wijk)team als Wmo-loket	50

De wijkteambenadering in Westland (type B)

De gemeente Westland kiest ervoor om in plaats van brede *wijkteams*, sociale *kernteams* in te zetten. Het begrip kern verwijst daarbij naar de dorpenstructuur van de gemeente. Het sociaal kernteam behandelt alle aanvragen voor jeugdhulp en, voor wat betreft de Wmo, alleen de meervoudige hulpvragen. De aanvragen, het onderzoek en de besluiten voor enkelvoudige Wmo-vragen worden afgegeven door Wmo-consulenten die hiervoor keukentafelgesprekken voeren.

Het sociaal kernteam bestaat uit medewerkers die in dienst zijn van een speciaal voor deze taken door de gemeente opgerichte bv. Deze mensen zijn onder andere afkomstig van maatschappelijke organisaties (bijvoorbeeld voormalig bureau jeugdzorg/jeugdzorgaanbieders en MEE). De banden met deze organisaties zijn doorgeknipt. Aan de lobby van sommige aanbieders om deel te mogen nemen aan het kernteam heeft de gemeente geen gehoor gegeven. Aanbieders proberen via andere wegen alsnog invloed uit te oefenen op de indicaties, bijvoorbeeld door Wmo-consulenten te verzoeken om de hulp op te schalen. Verzoeken om de intensiteit van maatwerkvoorzieningen af te schalen, komen eigenlijk nooit voor.

Kenmerken van wijkteams

Wat kunnen we zeggen over de kenmerken van sociale (wijk)teams indien gemeenten deze inzetten om Wmo-hulpvragen op te pakken? Tabel 3.3 presenteert de enquête-uitkomsten die betrekking hebben op deze vraag. We zien dat in het overgrote merendeel van de gemeenten met een wijkteam inwoners het team zelf kunnen benaderen (87%). Sommige wijkteams bieden ook ondersteuning aan. Vaak gaat het dan om lichte en kortdurende vormen van begeleiding die inhoudelijk niet volledig overeenkomen met de zwaardere hulp in de tweede lijn. In enkele gemeenten wordt echter ook de zwaardere hulp door het wijkteam geleverd (zie kader Utrecht op de volgende bladzijde). Dit maakt het gebruik van maatwerkvoorzieningen binnen dit soort gemeenten minder goed vergelijkbaar met het gebruik in andere gemeenten. In onze analyse verwijderden we deze gemeenten.²⁶

Tabel 3.3 Kenmerken van sociale (wijk)teams in 2016 (N=126)

Kenmerk	Percentage
Mensen kunnen sociaal (wijk)team zelf benaderen met Wmo-hulpvraag	87
Sociaal (wijk)team geeft indicatie voor Wmo-maatwerkvoorzieningen af	56
Zorgaanbieders van Wmo-maatwerkvoorzieningen in sociaal (wijk)team	35
w.v. indicatie door zorgaanbieder	14
w.v. indicatie door gemeente (Wmo-consulent) of iemand anders	21

²⁶ Zie paragraaf 4.2 voor een toelichting.

Het wijkteam geeft in 56% van de gevallen ook een indicatie af voor begeleiding en dagbesteding. Dit kan worden gedaan door een Wmo-consulent, maar ook door een ander type wijkteammedewerker, zoals een wijkcoach (zie kader Enschede) of een specialist die in dienst is van een zorgaanbieder.

Uit de enquête blijkt dat in 35% van de 126 gemeenten met een wijkteam zorgaanbieders van Wmo-maatwerktrajecten in het team zitten. Het gaat hierbij specifiek om aanbieders die in de tweede lijn begeleiding of dagbesteding leveren. Voorbeelden zijn Odion, Kwintes, Stek, Vérian, ZorgSaam, Meander, Pameijer, Vitras, Cello en Alcander. In 40% van deze gemeenten (=14%/35%) doet de zorgaanbieder de indicatie ook zelf. De gemeente Zaanstad is hier een voorbeeld van (zie kader over de wijkteambenadering in Zaanstad in paragraaf 2.4).

De wijkteambenadering in Utrecht (type B)

De gemeente Utrecht kent in totaal achttien buurtteams, die breed en integraal opereren. Elk buurtteam bestaat op zijn beurt weer uit twee aparte teams: één voor volwassenen (buurtteam Sociaal) en één voor jeugd en gezin (buurtteam Jeugd en Gezin). Daarnaast is er een team van sociaaljuridische dienstverleners. Deze teams werken nauwgezet samen en kennen een gezamenlijke ingang in de buurt. De buurtteammedewerkers Sociaal zijn in dienst van de stichting Buurtteam Sociaal, onderdeel van Inclusio B.V. De buurtteammedewerkers Jeugd en Gezin zijn in dienst van stichting Lokalis. De sociaal - juridische dienstverleners zijn in dienst van stichting U Centraal. In de buurtteams zijn hulpverleners actief die afkomstig zijn van verschillende zorgorganisaties. De banden met de moederorganisaties zijn volledig doorgeknipt: buurtteammedewerkers zijn in dienst van de stichting.

80 tot 85 procent van de zorg die voorheen door middel van aanvullende zorg en maatwerkvoorzieningen werd geleverd, vindt nu plaats in de buurtteams (of als sociale basiszorg in de nulde lijn). Om dit te realiseren heeft de gemeente bij de transitie aanbieders een quotum gesteld om van elke 100 cliënten tussen de 80 en 85 over te dragen aan de buurtteams. Deze quota zijn gesteld nadat in de pilotfase (2012-2014) door de pilotbuurtteams en de gespecialiseerde instellingen gezamenlijk is vastgesteld dat dit percentage van de specialistische begeleiding generalistisch geboden kon worden. Deze cliënten vielen onder het Wmo-overgangsrecht en hadden recht op continuering van hun zorg van vóór de decentralisaties. De ondersteuning die het buurtteam levert, komt inhoudelijk dus sterk overeen met de zorg die momenteel in andere gemeenten in Wmo-maatwerkvoorzieningen (begeleiding) wordt geboden.

Aanbieders kunnen ook invloed uitoefenen op de indicatiestelling als de formele indicatiestelling niet bij hen ligt. Zo blijkt uit gesprekken met gemeenten²⁷ dat wijkteams met zorgaanbieders ook vaak zwaarwegende adviezen of belangrijke input geven aan diegenen die feitelijk verantwoordelijk zijn voor de indicatie of beschikking (zoals consulenten van een Wmo-loket). Voorbeelden hiervan zijn de gemeenten Apeldoorn en Vlaardingen, zie kaders hieronder. Maar ook als de aanbieders niet in het wijkteam zitten, hebben zij waarschijnlijk invloed op de indicatiestelling, omdat de lijntjes tussen zorgaanbieders en leden van het wijkteam kort kunnen zijn (zie kaders Enschede en Westland). Dit is de glijdende schaal van invloed die aanbieders kunnen uitoefenen die in het vorige hoofdstuk ook al de revue gepasseerd is (zie figuur 2.1).

²⁷ Op basis van een nabelronde met gemeenten met aanbieders in het team en gesprekken met de gemeenten die opgenomen zijn in de kaders.

De wijkteambenadering in Apeldoorn (type C)

In Apeldoorn zijn vier sociale wijkteams actief. De sociale wijkteams richten zich alleen op de meervoudige hulpvragen ('multiprobleem'gezinnen). Na onderzoek naar de hulpbehoefte wordt een ondersteuningsplan gemaakt. Enkelvoudige hulpvragen worden door de gemeente afgehandeld (het Klant Contact Center). In het sociale wijkteam werken meerdere zorg- en welzijnsorganisaties samen. Ook specialisten van zorgaanbieders van Wmo-maatwerktrajecten zoals IrisZorg en Riwis nemen deel aan het team. Zij zijn in dienst van hun moederorganisatie. Daarmee zijn de banden met hun organisatie niet doorgesneden. Op die manier wil de gemeente een link houden met de expertise vanuit de organisatie. De gemeente Apeldoorn subsidieert de moederorganisatie voor hun diensten.

De indicatiestelling voor de Wmo-maatwerktrajecten wordt door Wmo-consulenten van de gemeente gedaan. Indien een tweedelijnsvoorziening nodig wordt geacht, verwijzen leden van het wijkteam door naar het Wmo-loket. Bij de beoordeling van de tweedelijns aanvraag, wordt gebruik gemaakt van de informatie vanuit het wijkteam (in het geval van een meervoudige hulpvraag). Het gaat dan vaak om een zwaarwegend advies over de noodzaak van een tweedelijns Wmo-maatwerkvoorziening. Dit advies wordt bijna altijd door de Wmo-consulent overgenomen. Vaak is er alleen discussie over de intensiteit (duur) van de noodzakelijke zorg.

De wijkteambenadering in Vlaardingen (type C)

In Vlaardingen werken vier wijkteams. De onafhankelijke stichting Minters, die gesubsidieerd wordt door de gemeente, coördineert de teams. Minters zelf levert een deel van de leden (de Sociaal Professionals) van de wijkteams. De rest van de wijkteams (circa 75%) bestaat uit medewerkers van andere moederorganisaties. In de wijkteams zitten ook zorgaanbieders van Wmo-maatwerkvoorzieningen, zoals Pameijer en de ArgosZorggroep. Het initiatief om zorgaanbieders in het team te zetten komt vanuit de gemeente. Hiermee beoogt de gemeente kennis en expertise over daadwerkelijke noodzaak van tweedelijns Wmo-zorg in het wijkteam te borgen. De medewerkers van de zorgaanbieders in het wijkteam zijn in dienst bij hun moederorganisatie. De organisatie ontvangt subsidie van de gemeente voor hun deelname in het wijkteam.

De indicatiestelling, inkoop en het contractmanagement van maatwerktrajecten is door de gemeente uitbesteed aan ROGplus. ROGplus is een gemeenschappelijke regeling waarin Vlaardingen, Maassluis en Schiedam deelnemen. Daarmee is ROG-plus het uitvoeringsorgaan van de Wmo in deze gemeenten.

Momenteel zitten ROG-consulenten in het wijkteam. Voorheen was dat niet het geval en verwees het wijkteam door naar ROG-plus. Als een maatwerkvoorziening door het wijkteam nodig wordt geacht, doet de ROG-consulent een onafhankelijke controle op de noodzaak van een tweedelijns Wmo-maatwerkvoorziening. Indien nodig, geven ze de indicatie af. Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de informatie die vanuit het wijkteam afkomstig is, zoals van de medewerkers van de zorgaanbieders. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een ondersteuningsplan.

De te onderscheiden gemeenten voor onze analyse

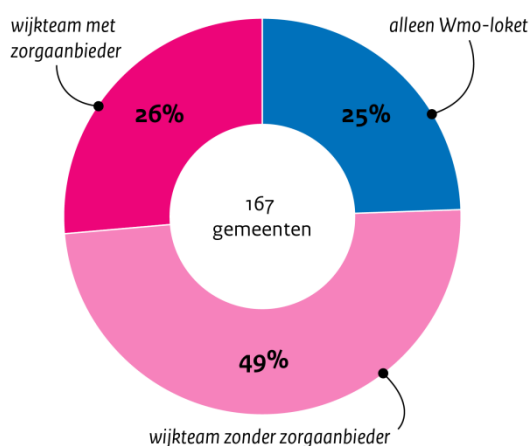
Op basis van deze glijdende schaal kunnen we de gemeenten indelen. Links van de schaal zitten de gemeenten zonder wijkteam, in het midden de wijkteams zonder aanbieders en rechts de wijkteams met aanbieders. Deze laatste categorie splitsen we nog op in gemeenten waar aanbieders zelf de indicatie doen en waar dat niet het geval is. Dit doen we omdat naar verwachting de invloed van aanbieders het grootst is als de indicatiestelling ook formeel bij hen is belegd. Echter, omdat uit gesprekken met gemeenten naar voren komt dat aanbieders ook invloed hebben op de indicatiestelling als dat niet het geval is, kiezen we ervoor om in onze statistische analyse in het volgende hoofdstuk de laatste twee categorieën samen te nemen. Bijkomend voordeel is dat we dan meer statistische 'power' hebben. We komen dan tot de drie groepen gemeenten die we, zoals besproken in de inleiding, voor onze doeleinden

gaan gebruiken: ²⁸

- Gemeenten met alleen een Wmo-loket, dus geen wijkteam (type A).
- Gemeenten met een wijkteam zonder aanbieders (type B).
- Gemeenten met een wijkteam waarin aanbieders zitten (type C).

In onze enquête hebben we 41 gemeenten van het type A (25%), 82 gemeenten van het type B (49%), en 44 gemeenten van het type C (26%). Hieronder laten we ze zien in een cirkeldiagram.

Figuur 3.1 Meerderheid gemeenten zet wijkteams in



Eigen bijdragebeleid & bekostigingsstructuur

Verder blijkt uit de enquête dat 79% van de gemeenten een eigen bijdrage verlangt van iedere gebruiker van de maatwerkvoorzieningen begeleiding en dagbesteding (zie tabel 3.4). Ongeveer 17% van de gemeenten heeft wel een eigen bijdrage, maar niet voor iedereen. Veelgenoemde groepen waarvoor de eigen bijdrage is kwijtgescholden, zijn minima-inkomens (mensen in de bijstand of met een inkomen onder 110, 120 of 130% van het minimumloon) en mensen in de schuldhulpverlening. Enkele gemeenten (4%) kiezen ervoor helemaal geen eigen bijdrage te vragen. Verder blijkt na koppeling van onze enquête aan informatie over de bekostigingsstructuur, dat 64% van de gemeenten de maatwerkvoorzieningen via p*q bekostigt.²⁹

²⁸ Bovenstaande categorisering van de wijkteambenadering vertoont gelijkenis met de vragen over de positionering van wijkteams die Movisie in haar enquête opneemt (zie van Arum en Van den Enden, 2018). Movisie onderscheidt vier positioneringsmodellen: wijkteams die volledig in gemeentelijk beheer zijn, wijkteams die worden uitbesteed aan meerdere aanbieders, wijkteams die worden uitbesteed aan één hoofdaanbieder en wijkteams die in het beheer zijn van een speciaal opgericht rechtspersoon (bijvoorbeeld een stichting).

²⁹ Zie hoofdstuk 4. De data zijn afkomstig van het Public Procurement Research Center (PPRC).

De overige gemeenten doen aan per-cliënt-bekostiging (resultaatgebieden). Dat betekent dat geen van de geënquêteerde gemeenten populatiebekostiging toepast.³⁰ Dat is belangrijk voor onze analyse in hoofdstuk 5 omdat alleen bij p*q en per-cliënt-bekostiging aanbieders een prikkel hebben om een zo groot mogelijk cliëntenbestand te willen.

Tabel 3.4 Eigen bijdrage beleid en bekostigingsstructuur in de gemeenten (N=167)

Kenmerk	Percentage
Eigen bijdrage Wmo-maatwerkvoorzieningen: iedereen	79
Eigen bijdrage Wmo-maatwerkvoorzieningen: groepen vrijgesteld	17
Geen eigen bijdrage Wmo-maatwerkvoorzieningen	4
Input (p*q) bekostiging Wmo-maatwerkvoorzieningen	64

Veranderingen over de tijd

Aan het eind van de enquête hebben we gevraagd of de situatie in de gemeente nu dezelfde is als die in januari 2016. Voor 83% van de geënquêteerde gemeenten is dit het geval.³¹ De veranderingen in de overige gemeenten hebben meestal betrekking op de eigen bijdrage en zijn slechts in een enkel geval van organisatorische aard. In een paar gemeenten zijn wijkteams opgericht en in enkele andere gemeenten zijn deze opgeheven. Enkele gemeenten geven aan dat in 2017 de wijkteamleden niet langer in dienst zijn van zorgaanbieders (maar in dienst van de gemeente), of dat aanbieders überhaupt niet meer in het team zitten. Eén gemeente kende een tegengestelde ontwikkeling: hier zijn Wmo-zorgaanbieders onderdeel geworden van het wijkteam. Een andere wijziging – die ook maar weinig voorkomt – is dat begeleiding en/of dagbesteding niet meer als maatwerkvoorziening worden aangeboden, maar als algemene voorziening. Tabel 3.5 vat alle wijzigingen samen.³² In een robuustheidsanalyse verwijderen we deze gemeenten.³³ Dit doen we omdat we over de periode 2015-2017 het Wmo-zorggebruik gaan vergelijken tussen gemeenten met en zonder wijkteams, en we niet willen dat dergelijke wijzigingen het zorggebruik mogelijk beïnvloeden.

Een aantal gemeenten is geënquêteerd in 2018. Zij hebben dus ook de veranderingen doorgegeven die per 1 januari 2018 van kracht zijn geworden. Deze zijn voor onze analyse niet relevant, omdat onze data over zorggebruik tot en met 2017 lopen, maar ze komen redelijk overeen met de veranderingen in tabel 3.5. Hieruit blijkt dat in sommige gemeenten de keuzes over de vormgeving van het sociaal domein nog niet zijn uitgekristalliseerd. Dit wordt bevestigd door gesprekken die wij met diverse gemeenten hebben gevoerd en door de rapportages van Movisie over wijkteams.

³⁰ In de totale dataset van het PPRC doet slechts 4% van de gemeenten aan populatiebekostiging in 2015. In 2017 is het 2%. Utrecht is geclassificeerd als een gemeente met populatiebekostiging, maar uit het gesprek met deze gemeente bleek dat zij een tussenvorm hanteert van populatiebekostiging en per-cliënt-bekostiging. Utrecht wordt overigens verwijderd voor de analyse in hoofdstuk 5.

³¹ Het percentage van 83 heeft betrekking op de veranderingen ten opzichte van 2017. Omdat een deel van de enquête in 2018 is afgenomen, heeft een deel van de respondenten de veranderingen aangegeven die per 1 januari 2018 van kracht zijn geworden. Die zijn in dit percentage niet meegenomen. Als we deze veranderingen ook meenemen, komen we op 75%. Voor het onderzoek naar Wmo-zorggebruik zijn we primair geïnteresseerd in 2016 en 2017. Dus alleen de veranderingen die in 2017 zijn doorgevoerd, zijn in principe relevant voor ons onderzoek.

³² Onder het kopje 'overig' worden veranderingen geschaard zoals wijkteams die nu ook lichte vormen van ondersteuning bieden, of activiteiten van het wijkteam die worden ondergebracht in een stichting.

³³ Dit is in principe niet nodig zolang wijkteams niet worden opgestart dan wel opgegeven. De waarde van de variabele die aangeeft of een gemeente een wijkteam heeft (0=geen wijkteam; 1=wel wijkteam), verandert immers niet.

Tabel 3.5 Veranderingen in 2017 t.o.v. 1 januari 2016

Verandering	Aantal	Percentage
Eigen bijdrage beleid is veranderd	8	28
Teamleden niet meer in dienst van Wmo-zorgaanbieders/geen aanbieders meer in wijkteam	4	14
Maatwerkvoorzieningen begeleiding of dagbesteding zijn algemene voorziening geworden	2	7
Start sociaal (wijk)team	2	7
Sociaal (wijk)team opgegeven	1	3
Wmo-zorgaanbieders voorheen niet in sociaal (wijk)team, nu wel	1	3
Overig	11	38
Totaal	29	100

4 Onderzoeksopzet en -gegevens

Dit hoofdstuk bespreekt de onderzoeksopzet en de databronnen die we in hoofdstuk 5 voor onze analyse zullen gebruiken. De volgende paragraaf start met een uitleg over de methode die we gebruiken om het effect van de wijkteams op het Wmo-zorggebruik te schatten. Paragraaf 4.2 beschrijft vervolgens welk Wmo-zorggebruik we meten en welke databronnen we hiervoor benutten. Het blijkt dat het gebruik van Wmo-data voor een vergelijking tussen gemeenten geen sinecure is. We vinden het daarom belangrijk om niet met één, maar met twee (onafhankelijke) bronnen van Wmo-zorggebruik te werken en onze analyses in hoofdstuk 5 met beide bronnen te doen. Gemeenten verschillen bijvoorbeeld in de productdefinities die zij voor hun Wmo-maatwerkvoorzieningen hanteren, evenals in de manier waarop zij die voorzieningen financieren. Ook verschillen gemeenten in hun eigenbijdragebeleid en de mate waarin een algemene voorziening een maatwerkvoorziening zijn geworden. Met al deze factoren dient rekening te worden gehouden in onze analyse. Het hoofdstuk sluit vervolgens af met paragraaf 4.3, waar we een eerste verkennende analyse doen naar de verschillen tussen gemeenten met en zonder wijkteams.

4.1 Onderzoeksopzet

Voor het onderzoek vergelijken we het Wmo-zorggebruik van gemeenten met en zonder wijkteams over de periode 2015-2017.³⁴ We gebruiken hiervoor een zogeheten ‘verschil-in-verschil’-analyse.³⁵ De methode focust op de ontwikkeling in het Wmo-zorggebruik over de tijd in gemeenten met en zonder wijkteams. Een voordeel hiervan is dat eventuele meetfouten in de niveaus van Wmo-zorggebruik minder gewicht krijgen. Met deze methode kan het causale effect van de sociale (wijk)teams onder een bepaalde voorwaarde worden geschat. In het kader hieronder beschrijven we hoe dat in zijn werk gaat. We toetsen het geschatte effect op significantie door middel van econometrische verschil-in-verschilmodellen. Voor de leesbaarheid geven we bij de bespreking van de resultaten alleen aan of het geschatte effect significant van nul is, niet de resultaten van de toets zelf. Die geven we in bijlage A.

Verder zullen we ook een techniek toepassen die gemeenten met een wijkteam selecteert die vergelijkbaar zijn met gemeenten zonder wijkteam. Deze techniek die in het Engels doorgaat voor *propensity score matching* wordt eveneens in het kader hieronder beschreven. Ook met deze gemaatchte groep gemeenten kan weer een verschil-in-verschilanalyse gedaan worden. Dit doen we in paragraaf 5.1.

³⁴ En verderop in de tekst vergelijken we gemeenten met aanbieders in het wijkteam met gemeenten zonder aanbieders in het wijkteam.

³⁵ Het begrip verschil-in-verschil relateert aan het feit dat we naar verschillen tussen gemeenten kijken en naar verschillen over de tijd.

Onderzoekstechnieken

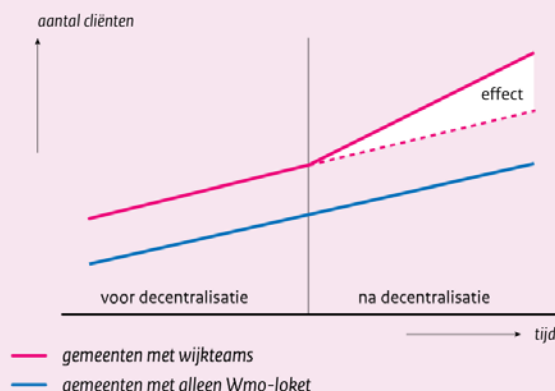
De verschil-in-verschilmethode

Bij de verschil-in-verschilmethode wordt de verandering in de ontwikkeling van de doelvariabele – het Wmo-zorggebruik – tussen behandel- en controlegroep beschouwd (gemeenten met versus zonder wijkteams). Deze controle- en behandelgroep hoeven niet op elkaar te lijken. Wat wel belangrijk is, is dat zij voor aanvang van de decentralisaties/invoering van het wijkteam dezelfde tijdtrend in de doelvariabele hebben. Onder de aanname dat de ontwikkeling van de behandelgroep in afwezigheid van de wijkteams dezelfde trend zou hebben gevolgd als de ontwikkeling van de controlegroep, kan het causaal effect van de wijkteams geschat worden. Deze aanname heet ook wel de 'parallele trend' - aanname.

Onderstaande figuur illustreert de verschil-in-verschilmethode. Het verschil tussen de doorgetrokken en de gestippelde rode lijn geeft het causale effect van de wijkteams weer. Het kan geschat worden door het verschil tussen de ontwikkeling van de rode lijn en de ontwikkeling van de blauwe lijn te nemen. Dus stel dat de behandelgroep met 4 groeit (van 6 naar 10) en de controlegroep met 2 (van 4 naar 6), dan is het geschatte effect $4-2=2$. Belangrijk voor deze methode is dus dat er voor zowel behandel- als controlegroep voor- en nametingen van de doelvariabele plaatsvinden. De metingen voorafgaand aan de invoering van de wijkteams (lees: voor de decentralisaties) moeten immers de veronderstelling dat behandel- en controlegroep in die periode gelijk op gingen, bevestigen. Concreet betekent dit dat voor alle gemeenten gegevens voor het Wmo-zorggebruik beschikbaar moeten zijn van vóór 2015. Aangezien er geen Wmo-gegevens voorhanden zijn van voor de decentralisaties, omdat Wmo-begeleiding en dagbesteding toen nog onder de AWBZ vielen, is hier het alternatief om te kijken naar het zorggebruik van AWBZ-begeleiding en dagbesteding in de jaren voorafgaand aan de decentralisatie (over de periode 2009-2014). Deze analyse presenteren we in paragraaf 5.1.

Voor het schatten van het effect met de Wmo-gegevens beschouwen we de eerste maand na de decentralisatie (januari 2015) als de voormeting ($t=0$). Feitelijk is dat niet zo, omdat de decentralisatie dan net al van start is gegaan. We doen dit omdat we dan wel binnen dezelfde datareeks meten (namelijk binnen de Wmo-datareeks van na de decentralisatie).

Vershil-in-verschilanalyse



Propensity score matching

Bij propensity-score-matching worden behandel- en controlegroep (gemeenten met en zonder wijkteams) 'vergelijkbaar' gemaakt door ze aan elkaar te koppelen op basis van observeerbare kenmerken, zoals bevolkingssamenstelling en aandeel lage inkomens. Aan de hand van deze kenmerken wordt de kans geschat dat een gemeente een wijkteam heeft. De voorspelde kans (de propensity score) die uit deze schatting komt, kan vervolgens worden benut om gemeenten zonder wijkteam te matchen aan gemeenten met een wijkteam. De propensity score geeft dus ook aan een gemeente zonder wijkteam de kans dat zij een wijkteam ingevoerd zou hebben.

Dat matchen kan op allerlei manieren. Wij gebruiken de methode waarbij gemeenten gekoppeld worden als de voorspelde kansen om een wijkteam te hebben het dichtst bij elkaar liggen. Dus stel dat een gemeente zonder wijkteam een kans heeft van 69% om een wijkteam in te voeren en de eerstvolgende gemeente met wijkteam een kans van 70%, dan worden deze gemeenten aan elkaar gekoppeld.

4.2 Onderzoeksgegevens

Voor het meten van het Wmo-zorggebruik gebruiken we twee databronnen: Wmo-bestanden van de Gemeentelijke Monitor Sociaal Domein (GMSD)³⁶ en bestanden van het CAK. De gegevens uit deze bronnen zijn beschikbaar op individueel niveau, maar voor de meeste analyses zijn de data geaggregeerd naar gemeenteniveau.³⁷

Informatie over de bekostigingsstructuur hebben we verkregen via een dataset van het PPRC. De dataset bevat voor bijna alle Nederlandse gemeenten gegevens over de manier waarop de maatwerkvoorzieningen begeleiding, dagbesteding en kortdurend verblijf zijn bekostigd over de periode 2015-2017. Hierin wordt aangegeven of gemeenten de tweedelijns Wmo-maatwerkvoorzieningen via inputfinanciering bekostigen (p*q), per cliënt, of via populatiebekostiging (aanbieder krijgt vast bedrag voor een populatie in de wijk). Veranderingen in bekostigingsstructuur in de periode 2015-2017 zijn hierin ook aangegeven.

Onze enquête en het databestand met informatie over de bekostigingsstructuur van de gemeenten zijn op gemeenteniveau gekoppeld aan de (geaggregeerde) GMSD- en CAK-bestanden.

Verschillen tussen de GMSD- en CAK-bestanden

De GMSD- en CAK-bestanden verschillen op een aantal belangrijke punten:

- De gemeenten die in de bestanden zijn opgenomen.
- De tijdsperiode waarin het zorggebruik geregistreerd wordt.
- Het geregistreerde zorggebruik.
- De productdefinities van Wmo-maatwerkvoorzieningen.

We spreken ze hieronder en geven daarbij ook aan wat deze verschillen betekenen voor onze analyse.

Bij de GMSD geldt dat gemeenten op vrijwillige basis gegevens aanleveren. Omdat we voor ons onderzoek de periode 2015-2017 hanteren, kunnen we alleen de gemeenten gebruiken die in elk jaar van de onderzoeksperiode data aanleveren bij deze bron. Het CAK int de eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen en administreert alleen het Wmo-zorggebruik voor gemeenten die een eigen bijdrage kennen. Voor deze bron kunnen we dus alleen de gemeenten gebruiken die een dergelijk bijdrage van hun inwoners vragen over de periode 2015-2017.

De tijdsperiode waarin het zorggebruik geregistreerd wordt, verschilt ook tussen de bestanden. Het zorggebruik bij het CAK wordt per zorgperiode (vier weken) geregistreerd,

³⁶ De GMSD wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) bijgehouden.

³⁷ We gebruiken de informatie uit de Wmo-monitor (www.wmomonitor.nl) voor de informatie op gemeenteniveau. Dit zijn geaggregeerde gegevens die vanuit de microbestanden zijn opgebouwd.

terwijl dat bij de GMSD per maand gebeurt.³⁸

Wat betreft het zorggebruik bevatten de GMSD en het CAK beide informatie over de aantallen cliënten met een tweedelijns Wmo-maatwerktraject, zowel cliënten met persoonsgebonden budgetten als zorg in natura. Een groot verschil is dat de CAK-gegevens het daadwerkelijk afgenomen (gefactureerde) zorggebruik in een zorgperiode meten, terwijl de GMSD-gegevens de afgegeven beschikking voor de Wmo-voorzieningen weergeven. Daarnaast bevat de GMSD aanvullende informatie over de reden van beëindiging van een maatwerktraject en bevat alleen het CAK aanvullende informatie over het aantal zorguren per cliënt (voor zorg in natura). We zullen beide databronnen benutten voor onze analyses. Echter, in de hoofdanalyse richten we ons vooral op de gegevens uit de GMSD. Dit komt omdat het aantal afgegeven beschikkingen in plaats van afgenomen (gefactureerde) zorg, beter aansluit bij de informatie over indicaties van voor de decentralisaties toen de tweedelijns Wmo-zorg nog onder de AWBZ viel (en welke data we ook zullen gebruiken). De CAK-data gebruiken we altijd voor een robuustheidsanalyse. De resultaten daarvan geven we in bijlage B. Alleen als we naar zorguren per cliënt willen kijken, hanteren we uitsluitend de gegevens van het CAK. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat deze zorguurgegevens alleen volledig zijn voor maatwerkvoorzieningen die p*q-bekostigd zijn in gemeenten. Met behulp van de informatie over bekostigingsstructuur kunnen we deze gemeenten selecteren voor de analyse naar het aantal zorguren per cliënt.

Een ander verschil zijn de gehanteerde productdefinities van de Wmo-maatwerkvoorzieningen. Omdat dit een belangrijk verschil is, bespreken we die hieronder wat uitvoeriger.

Welk Wmo-zorggebruik meten we precies in beide bronnen?

We meten het Wmo-zorggebruik in de GMSD af aan de productcategorie *ondersteuning thuis* en bij het CAK aan de productcategorie *begeleiding totaal*. Tabel 4.1 hieronder laat zien welke producten onder deze categorieën vallen, en welke overeenkomsten en verschillen er tussen deze categorieën zijn. Een belangrijke overeenkomst is dat individuele begeleiding en dagbesteding het grootste deel uitmaken van elk van deze categorieën (circa 85%).

Tabel 4.1 Overeenkomsten en verschillen tussen CAK en GMSD

GMSD: ondersteuning thuis	CAK: begeleiding totaal
Begeleiding (individueel)	Begeleiding (individueel)
Dagbesteding	Dagbesteding
Persoonlijke verzorging	Persoonlijke verzorging
Kortdurend verblijf	
Overige ondersteuning gericht op het individu en/of gezin	
Overige groepsgerichte ondersteuning	
Overige maatwerkvoorzieningen	
	Arrangementen Wmo
	Vervoersdiensten
	Beschermd Wonen extramuraal

³⁸ Feitelijk registreert de GMSD de periode van de afgegeven beschikking. Wij vertalen deze gegevens naar maand.

Ondersteuning thuis (GMSD) bevat begeleiding, dagbesteding, persoonlijke verzorging, kortdurend verblijf en overige maatwerkvoorzieningen en ondersteuning.

Begeleiding totaal (CAK) bevat individuele begeleiding, dagbesteding, persoonlijke verzorging, arrangementen Wmo, vervoersdiensten en beschermd wonen extramuraal.

We kiezen ervoor om in onze hoofdanalyses deze productcategorieën niet verder op te splitsen in individuele begeleiding en dagbesteding.³⁹ De reden hiervoor is dat deze maatwerkvoorzieningen op verschillende manieren geadministreerd worden. Het gaat dan om verschillen tussen gemeenten, maar ook binnen een gemeente over de tijd. Zo kan het zijn dat een gemeente individuele begeleiding onder een Wmo-arrangement (CAK) of overige maatwerkvoorzieningen (GMSD) schaart en niet langer onder individuele begeleiding zelf.⁴⁰ Uit gesprekken met beleidsmakers van verschillende gemeenten blijkt dat in zulke gevallen de inhoud van de voorziening niet wezenlijk verandert. Door de bredere productcategorieën te gebruiken, voorkomen we dat veranderingen in het gebruik verstoord worden door een andere manier van de gebruiksadministratie. Ook zorgt dit ervoor dat *Begeleiding totaal* en *Ondersteuning thuis* beter met elkaar te vergelijken zijn.

Welke gemeenten nemen we op in onze data?

Per bron (GMSD of CAK) nemen we alleen de gemeenten op die in elk jaar van onze onderzoeksperiode (2015-2017) data aanleveren bij deze bron. Vervolgens verwijderen we een aantal gemeenten. In ieder geval wordt de gemeente Utrecht buiten de analyse gelaten, omdat daar het sociale (wijk)team de tweedelijnszorg in meer dan 80% van de gevallen zelf levert (zie kader Utrecht). In dat geval wordt het grootste deel van de tweedelijnszorg in Utrecht niet meer geïndiceerd en daardoor ook niet meer aangeleverd bij de GMSD of het CAK. Daarnaast verwijderen we gemeenten die in 2016 of 2017 de maatwerkvoorzieningen begeleiding of dagbesteding (volledig) hebben getransformeerd naar een algemene voorziening. In dat geval wordt het Wmo-zorggebruik niet meer (als maatwerkvoorziening) geregistreerd.

In de GMSD houden we na deze verwijderacties dan nog 122 gemeenten over.⁴¹ Voor de analyse met de CAK-data verwijderen we de gemeenten die in onze enquête hebben aangegeven de eigen bijdrage te hebben afgeschaft in onze onderzoeksperiode. Voor deze gemeenten hebben we immers geen informatie over het zorggebruik bij het CAK over deze periode. We houden dan nog 155 gemeenten over.⁴²

³⁹ De maatwerkvoorzieningen waarop de vragen in onze enquête expliciet betrekking hadden.

⁴⁰ Zo treffen we voor een paar gemeenten een 'leegloop' aan in het aantal cliënten voor individuele begeleiding. De reden hiervoor is duidelijk: deze cliënten krijgen niet langer een indicatie voor individuele begeleiding, maar bijvoorbeeld voor een Wmo-arrangement.

⁴¹ Onze enquête was gericht op die gemeenten die in elk jaar in onze onderzoeksperiode data aanleveren bij de Gemeentelijk Monitor Sociaal Domein. Dat wil dus zeggen in 2015, 2016 en 2017. In de enquête waren 42 gemeenten opgenomen waarbij dat niet het geval was. Deze 42 zijn dus verwijderd, samen met Utrecht en twee andere gemeenten waarbij de maatwerkvoorziening een algemene voorziening is geworden. Hierdoor houden we 122 (=167-42-3) gemeenten over.

⁴² Het CAK administreert voor alle Nederlandse gemeenten het Wmo-zorggebruik zolang ze een eigen bijdrage voor maatwerkvoorzieningen hebben. We verwijderen 9 gemeenten die geen eigenbijdrage kennen, de gemeente Utrecht en de twee gemeenten waarbij de maatwerkvoorziening een algemene voorziening is geworden. Hierdoor houden we 155 (=167-9-3) gemeenten over.

Dit zijn de twee datasets die we zullen gebruiken.

Verder is het van belang hier te melden dat alle geënquêteerde gemeenten hun tweedelijns Wmo-maatwerkvoorzieningen financieren met p*q of per-cliënt-bekostiging. Gemeenten die populatiebekostiging toepassen, maken dus geen onderdeel uit van onze dataset. Dit betekent dat in alle gemeenten in onze dataset de financiële prikkel voor aanbieders min of meer gelijk is: het is financieel aantrekkelijker om meer cliënten te behandelen dan minder.

Samenvattend kunnen we zeggen dat we kijken naar twee uitkomstmaten van Wmo-zorggebruik, namelijk *ondersteuning thuis* en *begeleiding totaal* en dat we rekening houden met a) het eigenbijdragebeleid, b) de mate waarin een maatwerkvoorziening een algemene voorziening is geworden, c) productdefinities van Wmo-maatwerkvoorzieningen en d) de bekostigingsstructuur van die maatwerkvoorzieningen (p*q, per cliënt of populatiebekostiging).

4.3 Kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteams

Voordat we in het volgende hoofdstuk onze hoofdvragen gaan beantwoorden, kijken we in deze paragraaf alvast naar een paar kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteams. In hoeverre verschillen deze gemeenten? Deze verschillen spelen later een rol in onze analyse naar de relatie tussen de inzet van wijkteams en het aantal doorverwijzingen.

Tabel 4.2 Kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteam. GMSD-dataset 2015-2017

Variabelen	Alleen Wmo-loket	Wijkteam	Totaal
Hoofduitkomsten			
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: januari 2015	8,0	9,2	8,8
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: december 2017	10,1	12,7**	11,9
Achtergrondkenmerken gemeenten vóór decentralisaties			
Bevolking (2014)	32479	53131**	47206
Aandeel 65-plussers (2014)	20,1%	19,7%	19,8%
Aandeel indicatie AWBZ-begeleiding individueel 18+ (2014)	1,1%	1,1%	1,1%
Aandeel indicatie AWBZ-groepsbegeleiding 18+ (2014)	0,6%	0,6%	0,6%
Gemiddeld persoonlijk jaarinkomen (2014)	31503	30276	30628
Wmo'15-budget per inwoner in euro's(a)	134	171***	161
N	35	87	122
(a) Het gaat hier om het Wmo 2015-deel van de integratie-uitkering Sociaal Domein. De uitkering is voor het jaar 2016. De gegevens die echter nodig zijn voor de berekening van deze uitkering komen uit 2015 en 2014. De uitkering is gebaseerd op een objectief verdeelmodel waarin 10 factoren zitten (zie hoofdstuk 2). *** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.			

Tabel 4.2 presenteert kenmerken voor gemeenten met en zonder wijkteams voor de GMSD-dataset. Gegeven zijn de hoofduitkomsten, het aantal klanten ondersteuning thuis per 1000 inwoners in januari 2015 en december 2017, die we later grondiger gaan analyseren, en achtergrondkarakteristieken van de gemeenten, vóór de decentralisaties. De sterren in de kolom wijkteam geven aan of het verschil significant is ten opzichte van gemeenten zonder wijkteam (die alleen een Wmo-loket hebben). De statistieken zijn ongewogen. Dat wil zeggen

dat elke gemeente hetzelfde gewicht krijgt, ongeacht de bevolkingsomvang.⁴³

Vóór de decentralisaties

Wat opvalt, is dat gemeenten zonder wijkteams duidelijk verschillen van gemeenten met wijkteams. Ze zijn gemiddeld genomen kleiner in bevolkingsomvang en krijgen een lager Wmo-budget per inwoner.⁴⁴ Dat laatste is relevant omdat het laat zien dat gemeenten met wijkteams een kwetsbaardere doelgroep dienen dan gemeenten met alleen een Wmo-loket. Het Wmo-budget is namelijk gebaseerd op een zogeheten 'objectief verdeelmodel' waarin tien factoren zitten die bepalend zijn voor het (geraamde) zorggebruik en kosten van de Wmo.⁴⁵ De uitkering houdt rekening met de bevolkingsomvang en het aandeel 65-plussers (die apart zijn vermeld in de tabel), en met het aantal eenpersoonshuishoudens, uitkeringsontvangers,⁴⁶ Wajonguitkeringen, huishoudens met lage inkomens, het medicijngebruik, het lokale klantenpotentieel, het aantal (stads-)kernen, en de stedelijkheid van de gemeenten. In het algemeen geldt: hoe hoger een gemeente scoort op een van deze factoren, hoe hoger de uitkering.⁴⁷

Te zien valt dat gemeenten met wijkteams ongeveer 27% meer Wmo-middelen krijgen dan gemeenten zonder wijkteams (171 euro versus 134 euro per inwoner). Dit verschil is statistisch significant op 1%-significantieniveau en daarmee het meest opvallende verschil tussen de groepen gemeenten. Deze verschillen worden (nog) groter als de gewogen resultaten worden gebruikt, zie tabel B.1 in bijlage B. We concluderen hier dat gemeenten met alleen een Wmo-loket een ander type gemeenten zijn dan gemeenten met wijkteams; het voornaamste verschil is dat gemeenten met wijkteams groter zijn qua bevolkingsomvang en een kwetsbaardere doelgroep dienen. In de analyse in hoofdstuk 5 houden we rekening met deze verschillen. Dit doen we door de gemeenten zonder wijkteam te koppelen aan gemeenten met een wijkteam die een vergelijkbaar Wmo-budget per inwoner kennen.

Na de decentralisaties

Na de decentralisaties observeren we twee belangrijke zaken. Ten eerste stijgt het aantal cliënten met een maatwerkvoorziening *ondersteuning thuis* in beide groepen gemeenten. De stijging is circa 35% over de periode januari 2015 - december 2017 (van 8,8 naar 11,9 cliënten per 1000 inwoners). Ten tweede stijgt het aantal cliënten sterker in gemeenten met wijkteams. Waar in gemeenten met alleen een Wmo-loket het aantal klanten toenam met 26% (van 8,0 naar 10,1), nam dit aantal toe met 38% in gemeenten met wijkteams (van 9,2 naar 12,7). Deze cijfers suggereren dat de inzet van wijkteams leidt tot meer doorverwijzingen. In het volgende hoofdstuk gaan we na of dit ook daadwerkelijk het geval is. We gebruiken daarbij de onderzoeksopzet zoals besproken in paragraaf 4.1.

⁴³ In bijlage B geven we ook de tabel met de resultaten gewogen naar bevolkingsomvang.

⁴⁴ Het Rijk compenseert gemeenten voor de in 2015 gedecentraliseerde taken met een vrij besteedbare uitkering, genaamd de integratie-uitkering Sociaal Domein. Deze uitkering is samengesteld uit verschillende onderdelen, waaronder een bedrag voor uitgaven voor de Wmo, hier het Wmo-budget genoemd.

⁴⁵ Voor het jaar 2016. Hiervoor zijn echter de gegevens gebruikt uit 2014 en 2015.

⁴⁶ Zonder bijstandsonvangers.

⁴⁷ Dit geldt niet voor de stedelijkheid. Daar geldt: hoe hoger de stedelijkheid, hoe lager het budget (*ceteris paribus*). Voor de precieze uitwerking van het model verwijzen we naar https://aefbucket.s3.amazonaws.com/uploads/Rapport_def_verdeelmodel_Wmo_2015.pdf.

5 Relatie tussen wijkteams en Wmo-zorggebruik

Dit hoofdstuk bevat onze kernbevindingen. We gebruiken de input van de enquête uit hoofdstuk 3 om de relatie tussen de inzet van wijkteams en het maatwerkvoorzieningen-gebruik te onderzoeken. Centraal staan de onderzoeksvragen uit de inleiding

- Vertoont het gebruik van tweedelijnszorg een sterkere daling (of minder grote stijging) in gemeenten met wijkteams dan in gemeenten zonder wijkteams?
- Maakt het voor het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn uit of zorgaanbieders onderdeel uitmaken van het wijkteam?

Deze vragen zullen allereerst in paragrafen 5.1 en 5.2 worden behandeld. Het onderzoek richt zich daar op de aantallen cliënten met een (indicatie voor een) maatwerkvoorziening. In de daaropvolgende paragrafen doen we een aantal verdiepende analyses waarbij we kijken naar verschillen tussen 65-plussers en 65-minners, de duur en intensiteit van bestaande maatwerktrajecten en de doorstroom van de Wmo naar zwaardere vormen van zorg (Wlz of Zvw). Belangrijk om hier op te merken is dat we in alle figuren en tabellen die we in dit hoofdstuk laten zien, de ongewogen resultaten geven om te voorkomen dat onze resultaten door enkele grote gemeenten worden gedomineerd. In bijlagen A en B presenteren we ook gewogen uitkomsten.⁴⁸ Die geven over het algemeen grotere verschillen tussen gemeenten met en zonder wijkteams aan.

5.1 Hoofdvraag 1: Leiden wijkteams tot afschaling van het aantal Wmo-cliënten?

De inzet van wijkteams leidt niet tot afschaling van het aantal Wmo-cliënten, maar juist tot een stijging van 13 procent. Deze stijging is statistisch significant van nul.⁴⁹ Hoe komen we op die 13 procent?

Figuur 5.1 presenteert informatie over de ontwikkeling van het zorggebruik over de tijd. Gegevens zijn op maandbasis. In de figuur observeren we dat in de eerste maanden na de decentralisaties het aantal cliënten met een maatwerkvoorzieningsondersteuning al sterker begint te stijgen in gemeenten met wijkteams (rode lijn). Vervolgens zet deze (sterkere) stijging door in daaropvolgende maanden. Dit zien we ook als we de gewogen resultaten gebruiken (zie figuur B.1 in bijlage B).

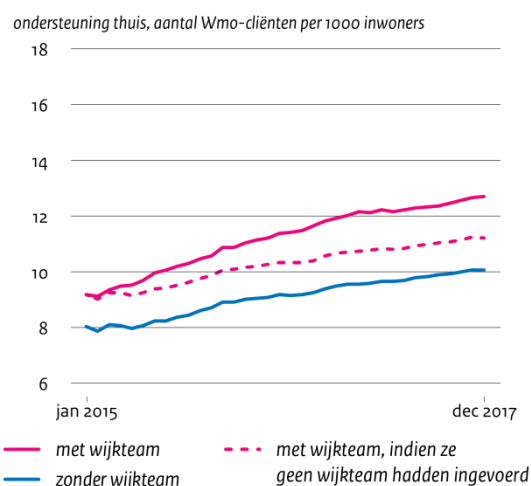
⁴⁸ Gewogen naar bevolkingsomvang. Dit doen we alleen voor de kernuitkomsten in paragrafen 5.1 en 5.2.

⁴⁹ Gebaseerd op een tweezijdige toets. Afschaling impliceert een eenzijdige toets, waardoor men nog sneller deze hypothese verwerpt.

Over de periode januari 2015 – december 2017 is in gemeenten met wijkteams de stijging 3,5 cliënten ondersteuning thuis⁵⁰ per 1000 inwoners (=12,7-9,2; zie ook tabel 4.2). In gemeenten zonder wijkteams is de stijging ongeveer 2 cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners. Als we volgens de verschil-in-verschilmethode het verschil nemen tussen deze twee ontwikkelingen, komen we op 1,5 (=3,5-2) extra cliënten ondersteuning thuis door invoering van de wijkteams.⁵¹ De statistische significantie wordt bepaald door een verschil-in-verschilmethode te schatten. Dat doen we in bijlage A. De toename van 1,5 cliënten kan vertaald worden naar een percentuele stijging van ongeveer 13%. Als de wijkteams niet waren ingevoerd, zouden er in die gemeenten 11,2 cliënten ondersteuning thuis zijn geweest in december 2017 (zie de gestippelde lijn in figuur 5.1). In werkelijkheid – met wijkteams – zijn het er 12,7. De percentuele stijging is dan gelijk aan $100 \cdot (12,7 - 11,2) / 11,2$.

Een analyse met de CAK-data, waarbij we meer gemeenten hebben (155), levert een zelfde beeld op, zie bijlage A.⁵² En ook als we de gemeenten verwijderen die een verandering in de organisatie van hun wijkteams en/of de Wmo hebben doorgevoerd - de veranderingen zoals weergegeven in tabel 3.5 - dan komen we tot deze conclusie (zie ook bijlage A).

Figuur 5.1 Het aantal Wmo-cliënten stijgt harder in gemeenten met wijkteams



Causaliteit?

De gegeven schatting van 13% kan, onder de parallele-trendaanname, worden geïnterpreteerd als het causale effect van het hebben van wijkteams op Wmo-zorggebruik (zie kader verschil-in-verschilmethode in paragraaf 4.1). De vraag is nu of deze voorwaarde opgaat: komt de hardere stijging nu door de wijkteams, of zijn er andere factoren die het verschil in trends in zorggebruik kunnen verklaren. Tabel 4.2 toonde immers aan dat gemeenten met en zonder dergelijke teams niet echt vergelijkbaar zijn. Een kritiek kan dan ook zijn dat we appels met peren vergelijken. Zo kan schaal een rol spelen: in grotere gemeenten met meer wijken zou een andere dynamiek in het zorggebruik kunnen zitten dan in kleinere gemeenten. Daarnaast kunnen met de invoering van wijkteams ook andere

⁵⁰ Zie hoofdstuk 4 waarom we niet apart naar begeleiding of dagbesteding kunnen kijken. De categorie ondersteuning thuis bestaat voor het grootste gedeelte uit begeleidings- en dagbestedingstrajecten.

⁵¹ Op twee decimalen nauwkeurig: 1,48 (zie bijlage A).

⁵² Zie ook tabel B.2 en figuur B.2 in bijlage B.

beleidsparameters gewijzigd zijn die mogelijk een rol spelen in het Wmo-zorggebruik. We zullen deze kritieken dan ook op drie manieren adresseren.

Ten eerste kijken we naar het AWBZ-zorggebruik (begeleiding en dagbesteding) van vóór de decentralisaties, toen de sociale (wijk)teams nog niet waren ingevoerd. Was er al een harder stijgende trend waarneembaar in gemeenten die later voor wijkteams kozen? Als dat zo is, dan kan dat mogelijk het verschil in trends in Wmo-zorggebruik tussen de gemeenten verklaren.

Ten tweede zullen we proberen een ‘eerlijker’ vergelijking maken. We doen dan weer een verschil-in-verschilanalyse maar dan voor vergelijkbare gemeenten. Een statistische techniek, genaamd *propensity score matching* biedt daarvoor de mogelijkheid. Uit de groep gemeenten met een wijkteam worden dan 35 gemeenten gezocht (‘gematcht’) die vergelijkbaar zijn met de 35 gemeenten zonder wijkteam (zie paragraaf 4.1 voor een uitleg). Voor de ‘matching’ gebruiken we het Wmo-budget per inwoner uit tabel 4.2, omdat de groepen voornamelijk in deze variabele verschillen.⁵³

Ten derde zullen we in deze paragraaf stilstaan bij mogelijke andere factoren die gepaard zijn gegaan met de invoering van het wijkteam en die mogelijk een rol kunnen spelen in het Wmo-zorggebruik, zoals de eigen bijdrage en veranderingen in de Rijksbijdrage die gemeenten voor de uitvoering van de Wmo ontvangen.

Trends in AWBZ-zorggebruik

Figuur 5.2 laat zien dat de hardere stijging in het Wmo-zorggebruik in gemeenten met wijkteams niet vooraf is gegaan door een al hardere stijging in het AWBZ-zorggebruik van vóór de decentralisaties. De figuur toont het aantal personen (18-jaar en ouder) per 1000 inwoners met een AWBZ-indicatie individuele begeleiding of groepsbegeleiding voor de periode 2009-2014. Gegevens zijn op jaarbasis. Te zien valt dat de trend in het AWBZ-zorggebruik voor de decentralisaties gelijk opgaat in beide typen gemeenten tot aan de decentralisatie.⁵⁴ De trends zijn niet statistisch significant verschillend van elkaar.⁵⁵

Figuur 5.2 bevat een belangrijke conclusie. Als we mogen aannemen dat de trend van het Wmo-zorggebruik in gemeenten met wijkteams *in afwezigheid van die teams* dezelfde zou zijn geweest als die in gemeenten met een Wmo-loket⁵⁶ – wat ondersteund wordt door de (pre-)trends in AWBZ-zorggebruik - dan is er een causaal verband tussen het hebben van wijkteams en tweedelijns Wmo-zorg. In andere woorden: de 13% krijgt een causale interpretatie (zie kader verschil-in-verschilmethode in paragraaf 4.1).

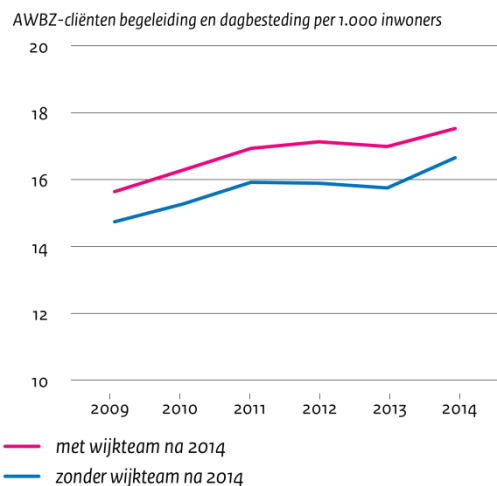
⁵³ Het verschil in dit budget tussen gemeenten met en zonder wijkteam is significant op 1%-significantieniveau. Na de matching zijn er geen significante verschillen meer in alle kenmerken in tabel 4.2.

⁵⁴ Het aantal cliënten per 1000 inwoners ligt hoger bij de AWBZ dan bij de Wmo, vermoedelijk omdat delen van de AWBZ-begeleiding en dagbesteding naar overige regelingen als de Wlz en de Zvw zijn gegaan na de decentralisatie.

⁵⁵ Gebaseerd op een F-test op de geschatte coëfficiënten voor interacties van wijkteam*jaar. Resultaten op verzoek beschikbaar.

⁵⁶ De gestippelde lijn in figuur 5.1.

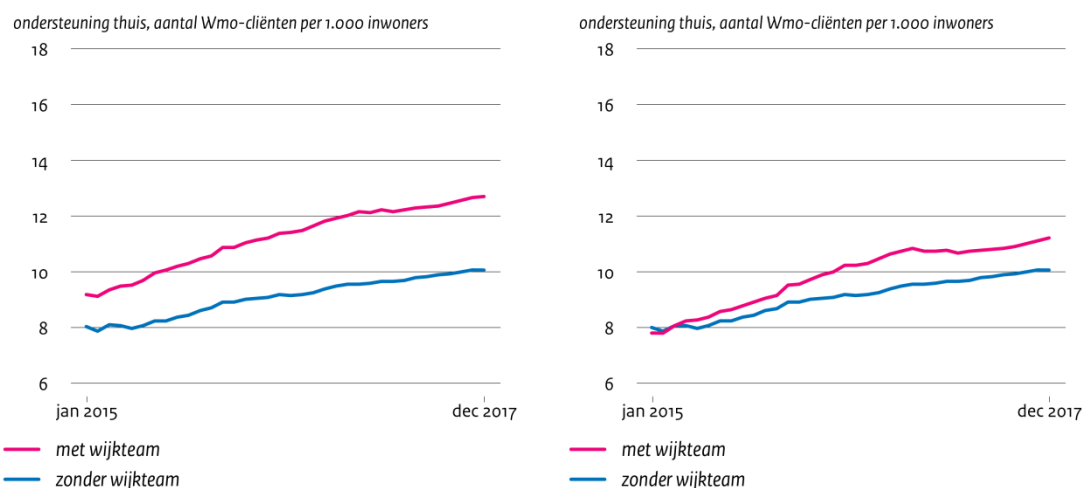
Figuur 5.2 Trends in AWBZ-zorggebruik vóór 2015



Een eerlijker vergelijking

Figuur 5.3 laat zien dat de inzet van wijkteams ook leidt tot meer zorggebruik als we een eerlijker vergelijking doen. Het rechterpaneel van de figuur laat de resultaten van de matchinganalyse zien. We gebruiken hiervoor weer de data op maandbasis zoals in figuur 5.1. We vergelijken de 35 gemeenten met alleen een Wmo-loket met 35 vergelijkbare gemeenten met een wijkteam. Ter vergelijking geeft het linkerpaneel nogmaals de resultaten weer voor de volledige sample van 122 gemeenten (hetzelfde plaatje als in figuur 5.1).

Figuur 5.3 Het aantal Wmo-cliënten stijgt harder in gemeenten met wijkteams. Links: totale GMSD-dataset (122 gemeenten). Rechts: gematchte dataset (70 gemeenten)



In het rechterplaatje is te zien dat door de matching het zorggebruik begin 2015 'gelijk' is getrokken; er zijn nauwelijks meer verschillen in de zorgniveaus tussen de twee typen gemeenten. Dat is ook logisch, want ze zijn gematcht op belangrijke karakteristieken als bevolkingsomvang en het Wmo-budget per inwoner. Daarna observeren we ook hier dat het aantal Wmo-cliënten in gemeenten met wijkteams harder stijgt dan in gemeenten met alleen een Wmo-loket. Als we weer een verschil-in-verschilanalyse doen, komen we op een effect

dat in dezelfde orde van grootte ligt als in het linkerplaatje, ongeveer 14%.⁵⁷

Andere factoren?

De keuze voor de inzet van een wijkteam kan worden ingegeven door of samengaan met de keuze voor andere beleidsparameters binnen het sociaal domein. Zoals gezegd houden we, door de opzet van onze analyse, al rekening met verschillen tussen gemeenten in a) de aanwezigheid van een eigen bijdrage, b) de mate waarin een maatwerkvoorziening een algemene voorziening is geworden, c) de productdefinities van Wmo-maatwerkvoorzieningen en d) de bekostigingsstructuur voor die voorzieningen.⁵⁸

Echter, als er naast de inzet van wijkteams ook nog andere factoren zijn die mogelijk van invloed zijn op het Wmo-zorggebruik, dan is het niet zeker of de relatie tussen het hebben van wijkteams en de stijging van het aantal Wmo-cliënten causaal kan worden opgevat. Twee mogelijke factoren die in gesprekken met gemeenten en beleidsmakers werden genoemd, zijn de *hoogte* van de eigen bijdrage en veranderingen in de Rijksbijdrage. Deze lijken niet van invloed te zijn, zie onder.

Hoogte van eigen bijdrage

Gemeenten bepalen – binnen landelijke kaders – de hoogte van de eigen bijdrage die hun inwoners betalen voor het gebruik van maatwerkvoorzieningen. De hoogte van deze bijdrage kan invloed hebben op de instroom in die voorzieningen. De verwachte invloed is op voorhand lastig te voorspellen.⁵⁹ Enerzijds kan een hoge eigen bijdrage ertoe leiden dat minder mensen een maatwerkvoorziening willen hebben, omdat ze in dat geval relatief veel moeten bijdragen. Anderzijds kan het juist een prikkel zijn voor gemeenten om meer mensen een maatwerkvoorziening te geven, omdat de gemeente minder de kosten van de voorziening draagt.

In tabel 5.1 hieronder kijken we naar de verschillen in de gemiddelde eigen bijdrage per uur (voor begeleiding) tussen gemeenten met en zonder wijkteam. We gebruiken hiervoor de gemeenten die hun maatwerkvoorzieningen p*q bekostigen omdat het CAK alleen voor deze gemeenten de (gefactureerde) zorguren registreert.⁶⁰

De tabel laat zien dat het verschil in de gemiddelde eigen bijdrage per uur over de periode 2015-2017 ongeveer 4 euro is (28,5 versus 24,1 euro); dit verschil is niet statistisch significant.⁶¹ Dit suggereert dat het verschil in zorggebruik tussen gemeenten met en zonder

⁵⁷ Deze schatting is niet significant meer van 0, maar dat komt omdat we nu veel minder observaties (dat wil zeggen, gemeenten) hebben, namelijk 70 in plaats van 122. Deze schatting van 14% staat in de infographic die bij dit boek hoort.

⁵⁸ We gebruiken twee databronnen voor Wmo-zorggebruik, de GMSD en het CAK. Per bron verwijderen we een aantal gemeenten in verband met genoemde factoren, zie paragraaf 4.2

⁵⁹ Uit eerder CPB-onderzoek blijkt dat de eigen bijdrage geen sterk remmend effect heeft op de zorgvraag (Non, 2017). Dit onderzoek betrof de eigenbijdrage bij AWBZ-voorzieningen.

⁶⁰ Dit betreft 86 gemeenten met een wijkteam en 21 gemeenten met alleen een Wmo-loket. Deze gemeenten worden ook gebruikt in paragraaf 5.6 waar we naar de zorguren begeleiding per cliënt kijken. De door de cliënt betaalde eigen bijdrage per uur in een gemeente is gelijk aan het totaal bedrag van eigen bijdragen gedeeld door het totaal aantal zorguren binnen een gemeente (bron: Wmo-monitor van het CAK).

⁶¹ We hebben ook naar het eigenbijdragetarief per uur gekeken. Dit is het bedrag dat een cliënt voor elk uur geleverde zorg zelf moet betalen. Dit is anders dan de door de cliënt betaalde eigen bijdrage zoals vermeld in de tabel, omdat de totale eigen bijdrage die een cliënt per jaar betaalt, gemaximeerd is. Als we naar deze eigenbijdragetarieven per uur kijken, komen we uit op het volgende: gemiddeld 38 euro voor gemeenten met alleen een Wmo-loket en 37 euro voor gemeenten met een wijkteam. Dit verschil is niet statistisch significant.

wijkteam niet door de hoogte van de eigen bijdrage wordt gedreven.

Tabel 5.1 Verschillen in eigen bijdrage en Rijksbijdrage over 2015-2017

	Alleen Wmo-loket	Wijkteam	Verschil
Betaalde eigen bijdrage per uur in euro's over 2015-2017	28,5	24,1	4,4
Verschil tussen nieuw en oud Wmo-budget per inwoner in euro's	1,38	-0,84	2,22

Veranderingen in de Rijksbijdrage

Verder kan een verandering in de Rijksbijdrage van invloed zijn op het Wmo-zorggebruik en de inzet van een wijkteam/inrichting van het sociaal domein. Het Rijk compenseert gemeenten voor de in 2015 gedecentraliseerde taken door middel van een vrij besteedbare uitkering (de integratie-uitkering Sociaal Domein). Deze uitkering is samengesteld uit verschillende onderdelen, waaronder een bedrag voor uitgaven voor de Wmo (zie ook tabel 4.2). In de praktijk blijkt dit soort uitkeringen, ondanks hun vrij besteedbare karakter, sturend voor gemeentelijke uitgaven.⁶²

De verdeling van de uitkering voor Wmo-uitgaven wordt geleidelijk aangepast van het historische uitgavenniveau (van vóór de decentralisaties) naar de nieuwe verdeling op basis van objectieve kenmerken. Deze nieuwe verdeling zorgt ervoor dat sommige gemeenten structureel meer middelen krijgen ten opzichte van het verleden, terwijl andere gemeenten juist minder krijgen. Gemeenten die op den duur geld moeten inleveren, ervaren mogelijk een grotere prikkel om het Wmo-zorggebruik in te dammen dan gemeenten die geld erbij krijgen. In dat geval heeft de nieuwe verdeling invloed op het zorggebruik.

We gaan na of de nieuwe verdeling een verklaring kan zijn voor de gevonden verschillen in het zorggebruik tussen gemeenten met en zonder wijkteams. Dit doen we door te kijken naar het verschil tussen het nieuwe en oude Wmo-budget voor beide groepen. Tabel 5.1 presenteert deze verschillen. De tabel laat zien dat gemeenten zonder wijkteam er gemiddeld ongeveer 1,5 euro per inwoner bij krijgen, terwijl gemeenten met een wijkteam ongeveer 80 cent per inwoner moeten inleveren. Dit verschil is echter niet significant, waardoor de veranderingen in de Rijksbijdrage geen verklaring lijken te zijn in het verschil in zorggebruik tussen beide groepen gemeenten. Sterker: ondanks het gebrek aan significantie, betekent het mogelijk dat we een onderschatting hebben voor het effect van wijkteams. Gemeenten zonder wijkteams gaan er gemiddeld op vooruit ten opzichte van gemeenten met wijkteams. De (financiële) noodzaak om minder mensen naar de tweede lijn door te verwijzen is voor eerstgenoemde groep gemeenten dus kleiner. Zonder extra geld zouden gemeenten zonder wijkteam mogelijk nog minder mensen naar de tweede lijn hebben doorverwezen.

⁶² Zie Kattenberg en Vermeulen (2015).

5.2 Hoofdvraag 2: Speelt de invloed van zorgaanbieders een rol in de mate van afschaling?

Deze paragraaf onderzoekt of het voor afschaling van Wmo-zorg uitmaakt of zorgaanbieders zitting hebben in het wijkteam. In de voorgaande hoofdstukken beargumenteren we dat de positie van de aanbieders ten opzichte van het wijkteam een rol speelt in de invloed die zij hebben op de toegang tot de Wmo-maatwerkvoorzieningen. De invloed is naar verwachting het grootst wanneer medewerkers van aanbieders deel uitmaken van het wijkteam (zie figuur 2.1).⁶³

Om deze hypothese te toetsen, vergelijken we gemeenten met en zonder zorgaanbieders in het team. Bij laatste genoemde groep betrekken we dus ook gemeenten met aanbieders in het team die niet formeel over de indicatiestelling gaan. Uit gesprekken met gemeenten is immers gebleken dat ook wanneer zij daar niet over gaan, zij daar wel veel invloed op hebben (zie hoofdstuk 3). In onze analyse heeft een gemeente zorgaanbieders in het team als (sommige) wijkteammedewerkers in dienst zijn van een aanbieder die actief is in de tweede lijn.⁶⁴ In het geval de banden met de moederorganisatie zijn doorgesneden – dus wanneer de medewerkers in dienst zijn gekomen van het wijkteam of de gemeente – beschouwen we de gemeente als één zonder zorgaanbieders in het team.

Tabel 5.2 Kenmerken gemeenten met en zonder zorgaanbieders in het wijkteam. GMSD-dataset, 2015-2017

Variabelen	Wijkteam zonder zorgaanbieders	Wijkteam met zorgaanbieders
Hoofduitkomsten		
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: januari 2015	9,1	9,3
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: december 2017	11,7	14,8
Achtergrondkenmerken gemeenten vóór decentralisaties		
Bevolking (2014)	52981	53431
Aandeel 65-plussers (2014)	19,7%	19,7%
aandeel indicatie AWBZ-begeleiding individueel 18+ (2014)	1,1%	1,1%
Aandeel indicatie AWBZ-groepsbegeleiding 18+ (2014)	0,6%	0,6%
Gemiddeld persoonlijk jaarinkomen (2014)	30133	30369
Wmo'15-budget per inwoner in euro's(a)	174	165
N	58	29
(a) Het gaat hier om het Wmo 2015-deel van de integratie-uitkering Sociaal Domein. De uitkering is voor het jaar 2016. De gegevens die echter nodig zijn voor de berekening van deze uitkering komen uit 2015 en 2014. De uitkering is gebaseerd op een objectief verdeelmodel waarin 10 factoren zitten (zie hoofdstuk 3). *** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.		

Tabel 5.2 toont kenmerken voor beide groepen gemeenten, analoog aan tabel 4.2. We vinden geen significante verschillen in achtergrondkarakteristieken tussen de gemeenten. Wel vinden we een groot verschil in de stijging van het aantal Wmo-cliënten. Waar in gemeenten zonder aanbieders dit aantal stijgt met 29% over onze onderzoeksperiode (van 9,1 naar 11,7 cliënten per 1000 inwoners), stijgt dit in gemeenten met aanbieders met 59% (van 9,3 naar

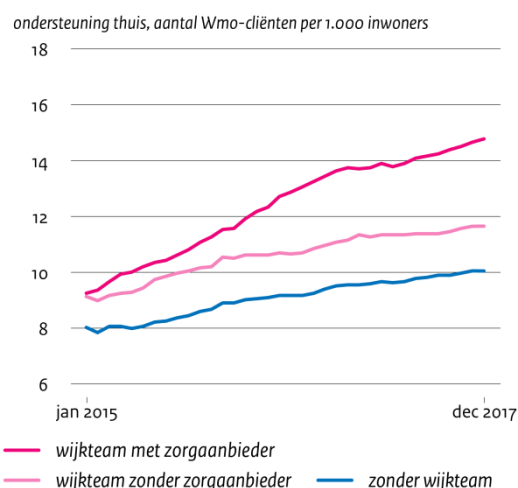
⁶³ En het grootst wanneer aanbieders ook zelf indiceren. Echter, ook als de formele indicatiestelling niet bij hen is belegd, hebben ze er nog steeds veel invloed op (zie hoofdstuk 3).

⁶⁴ Dat kan dus ook op een detacheerbasis zijn.

14,8).

Figuur 5.4 presenteert meer informatie over de ontwikkeling van het aantal Wmo-cliënten over de tijd voor beide typen gemeenten. Ter vergelijking is ook de eerder getoonde ontwikkeling van de gemeenten zonder wijkteam erbij gezet.⁶⁵ Het plaatje is helder: in gemeenten met aanbieders in het wijkteam is het aantal Wmo-cliënten veel harder gestegen dan in gemeenten zonder aanbieders in het team.⁶⁶ Hieruit blijkt dat het eerder gevonden significante verschil tussen gemeenten met en zonder wijkteams grotendeels wordt gedreven door gemeenten met aanbieders in het team. Echter, in gemeenten waar aanbieders niet in het team zitten, is ook nog steeds geen sprake van afschaling: het aantal Wmo-cliënten is in deze gemeenten harder gestegen dan in gemeenten zonder wijkteams.⁶⁷ Een soortgelijke analyse met de CAK-gegevens levert een zelfde beeld op (zie figuur B.4 in bijlage B).

Figuur 5.4 Het aantal Wmo-cliënten stijgt harder in gemeenten waar zorgaanbieders in het wijkteam zitten.



Een kanttekening hierbij is dat de stijging voor de groep gemeenten met aanbieders in het team grotendeels gedreven wordt door vijf relatief grote gemeenten in onze dataset.⁶⁸ Daarnaast blijken de verschillen in stijging tussen de gemeenten met aanbieders in het team aanzienlijk te zijn, variërend van 2% tot 300% (gelijk aan een verdrievoudiging).⁶⁹ Daartegenover staat dan weer wel dat we voor *elke* gemeente met aanbieders in het team een stijging in het aantal Wmo-cliënten zien.

⁶⁵ We kijken hier weer naar de volledige set van 122 GMSD-gemeenten. Uitkomsten zijn ongewogen.

⁶⁶ Dit observeren we ook als we wegen naar bevolkingsomvang, zie het rechterpaneel in figuur B.3 in bijlage B.

⁶⁷ De stijging in gemeenten zonder wijkteams is 26% (zie tabel 4.2). Deze stijging is nog altijd minder groot dan in gemeenten met wijkteams waar geen aanbieders inzitten, die dus 29% is. De gewogen resultaten geven grotere verschillen aan, zie figuren B.3 en B.4 in de bijlage.

⁶⁸ Voor de schatting maakt het niet uit of ze groot zijn, omdat we hier de ongewogen resultaten laten zien.

⁶⁹ In een gesprek met de gemeente waar we een dergelijke hoge stijging hebben waargenomen, wordt een zeer grote stijging bevestigd, maar niet een stijging van 300% over 2015-2017. Dit komt vermoedelijk om twee redenen. Ten eerste werken wij hier met maanddata die percentuele veranderingen over drie jaar weergeven, in plaats van over twee jaar als we met jaardata zouden werken die bijvoorbeeld op Statline te vinden zijn. Een ander verschil tussen maanddata en jaardata is dat eerstgenoemde het aantal mensen met een maatwerkvoorziening in een specifieke maand telt, terwijl laatstgenoemde het aantal mensen weergeeft dat ooit in het jaar zo'n voorziening heeft gehad.

Dit geldt niet voor de overige twee groepen (gemeenten met alleen Wmo-loket en gemeenten met wijkteams zonder aanbieders). In deze groepen zitten wel een paar gemeenten die een (lichte) daling laten zien. We beschouwen deze resultaten daarom als een bevestiging van onze verwachting dat – vanwege meerdere factoren – professionals van aanbieders sneller doorverwijzen.

5.3 Is er een verschil tussen 65-plussers en 65-minners in de mate van afschaling?

In de analyses tot nu toe hebben we, omwille van de betrouwbaarheid van de data, gekozen voor de brede productcategorie voor begeleiding. Dit betekent wel dat onze dataset cliënten met uiteenlopende soorten zorgbehoefte bevat. Dit gaat van ouderen die vanwege somatische klachten begeleiding aan huis nodig hebben tot jongvolwassenen met een (licht-) verstandelijke beperking die in groepsverband dagbesteding krijgen.

Omdat we meer inzicht willen krijgen in de invloed van (de vormgeving van) wijkteams op het aantal doorverwijzingen binnen verschillende subpopulaties, maken we in de volgende analyse onderscheid tussen cliënten die jonger zijn dan 65 jaar en cliënten die ouder zijn dan 65 jaar. Hierbij hebben we in het achterhoofd dat ouderen over het algemeen kampen met enkelvoudige problematiek (van somatische aard), terwijl het overige deel van de populatie relatief vaker te maken heeft met een meervoudige hulpvraag. Deze opsplitsing is dus ook interessant in het licht van de enquêteresultaten, die laten zien dat in sommige gemeenten enkelvoudige hulpvragen niet, en meervoudige vragen wel door het wijkteam worden opgepakt.

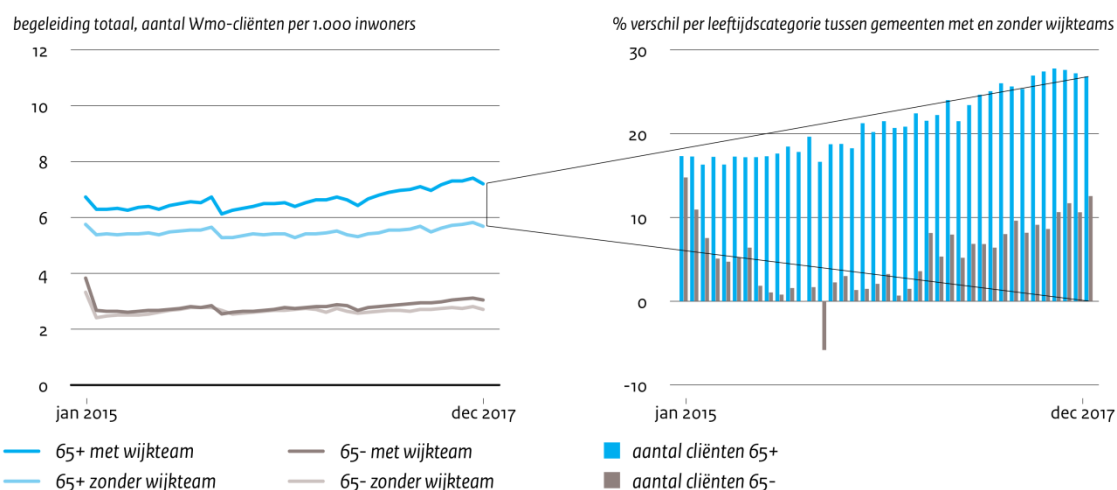
Net als bij de hoofdanalyses kijken we naar het verschil tussen gemeenten die geen wijkteam hebben en gemeenten die wel een of meerdere teams hebben. We maken hiervoor geen gebruik van de GMSD-data, maar van de gegevens die afkomstig zijn van het CAK.⁷⁰ De reden hiervoor is dat in de CAK-data ook de leeftijd van de cliënt bekend is. Figuur 5.5 geeft de ontwikkeling in het gebruik van *begeleiding totaal* voor respectievelijk cliënten 65+ en 65-.

De figuur laat zien dat het gebruik voor 65-plussers veel hoger ligt dan dat voor 65-minners: tussen de 5 en 7,5 cliënten per 1000 inwoners voor 65-plussers en tussen de 2 en 3,5 per 1000 inwoners voor 65-minners. Verder valt op dat de patronen voor beide subgroepen vergelijkbaar zijn met wat we voor de totale populatie gezien hebben: het aantal cliënten ligt hoger in gemeenten met wijkteams dan in gemeenten zonder wijkteams en dit verschil neemt over de tijd toe.⁷¹

⁷⁰ Voor deze dataset hebben we 155 gemeenten, zie paragraaf 4.2.

⁷¹ We observeren dat bij de 65-plussers het verschil eerst afneemt. We vermoeden dat dit te maken heeft met ruis in onze data. In de eerste maanden van 2015 daalt het aantal Wmo-cliënten sterk. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het Wmo-overgangsrecht. Dit overgangsrecht hield in dat iedereen die op 31 december 2014 nog AWBZ-zorg ontving, recht kreeg op dezelfde zorg na de decentralisaties. Dit overgangsrecht gold tot 1 januari 2016. Gegevens van de Wmo-monitor, die gebaseerd is op dezelfde microdata, laten ook een daling in de eerste maanden van 2015 zien, maar minder sterk. Deze gegevens benutten we voor de figuren B.2 en B.4 in de bijlage. Ook daar is het patroon dat het zorggebruik in gemeenten met wijkteams harder stijgt. De plaatjes hier zijn gemaakt op basis van onze eigen bewerking van de microdata van het CAK.

Figuur 5.5 Het verschil in het aantal Wmo-cliënten tussen gemeenten met en zonder wijkteams neemt over tijd toe, ongeacht de uitsplitsing naar 65+/65-



5.4 Leiden wijkteams tot snellere stopzetting van bestaande maatwerktrajecten?

In paragraaf 5.1 laten we zien dat de inzet van wijkteams tot 13% meer Wmo-cliënten leidt. Dit effect kan tot stand komen doordat wijkteams meer potentiële nieuwe cliënten doorverwijzen naar zorgaanbieders of doordat zij bestaande cliënten – klanten die al in een maatwerktraject zitten – langer aanhouden in een maatwerktraject. We kunnen inzicht krijgen in dat laatste door naar de groep mensen te kijken die al een indicatie hebben lopen (en dus al doorverwezen zijn). Een voordeel van deze analyse is dat we hiermee de ‘outreaching’ werking van wijkteams uitsluiten. Deze cliënten zijn immers al bekend bij het wijkteam of de gemeente.

Figuren 5.6 en 5.7 laten zien dat de inzet van wijkteams er niet toe leidt dat klanten langer worden aangehouden in een maatwerktraject ondersteuning thuis. Er zijn nauwelijks verschillen tussen gemeenten met en zonder wijkteams in de kans dat een bestaand traject wordt stopgezet. De verschillen zijn ook niet statistisch significant. Dit betekent dat de gevonden stijging in het aantal Wmo-cliënten door de inzet van wijkteams voornamelijk wordt gedreven door nieuwe doorverwijzingen.

In figuur 5.6 volgen we de groep zorggebruikers die in januari 2015 een Wmo-maatwerktraject ondersteuning thuis had. De meesten van hen zaten toen in het Wmo-overgangsrecht.⁷² De figuur toont het percentage dat naar verloop van tijd nog in het maatwerktraject zit. Gegevens zijn op maandbasis over de periode januari 2015 – december 2017. In januari 2015 heeft iedereen per definitie een maatwerktraject. Vervolgens wordt gekeken hoeveel procent van hen nog een maatwerktraject heeft in februari 2015, maart 2015, april 2015, enzovoort, tot en met december 2017. Personen die in deze periode zijn

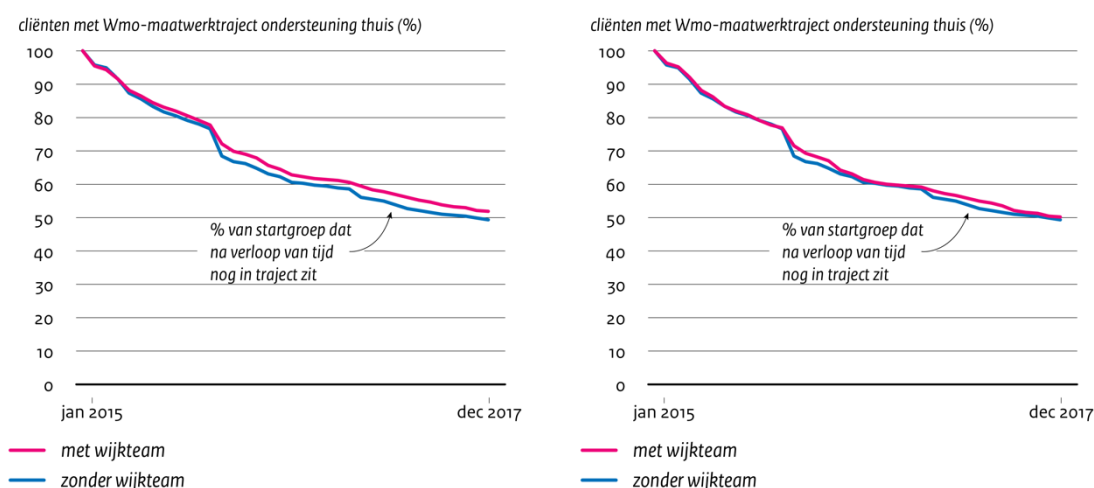
⁷² Dit overgangsrecht hield in dat iedereen die op 31 december 2014 nog AWBZ-zorg ontving, recht kreeg op dezelfde zorg na de decentralisaties. Dit overgangsrecht gold tot 1 januari 2016.

overleden of verhuisd, zijn verwijderd.⁷³ Het linkerpaneel toont de resultaten voor de volledige groep van 122 gemeenten, het rechterpaneel voor de ‘gematchte’ groep van 70 gemeenten.⁷⁴ Onze conclusie baseren we op het rechterpaneel omdat dat een eerlijker vergelijking geeft.

De figuur laat zien dat het percentage dalend is omdat, naarmate de tijd verstrijkt, steeds meer mensen die in januari 2015 een maatwerktraject hadden lopen, stoppen met dit traject. Dit kan komen omdat professionele Wmo-zorg (tijdelijk) niet meer nodig is, of omdat zwaardere vormen van zorg nodig zijn waardoor men doorstroomt vanuit de Wmo naar regelingen als de Wlz of Zvw. Doorgaans lopen in de eerste maand van het nieuwe jaar de oude indicaties af en gaan mogelijk nieuwe (her-)indicaties van start, vandaar dat in de figuren knikjes te zien zijn in januari 2016 en januari 2017.

Na bijna drie jaar – in december 2017 – is er nauwelijks verschil in het percentage dat nog in een maatwerktraject zit tussen de groepen gemeenten: waar dit in gemeenten met alleen een Wmo-loket 49% is, is dat in gemeenten met een sociaal wijkteam 50%. Het verschil is dus slechts 1 procentpunt, maar zoals gezegd is het niet significant.

Figuur 5.6 Geen verschil tussen gemeenten met en zonder wijkteams in percentage van startgroep dat na verloop van tijd nog in maatwerktraject zit. Links: totale GMSD-dataset (122 gemeenten). Rechts: gematchte dataset (70 gemeenten)

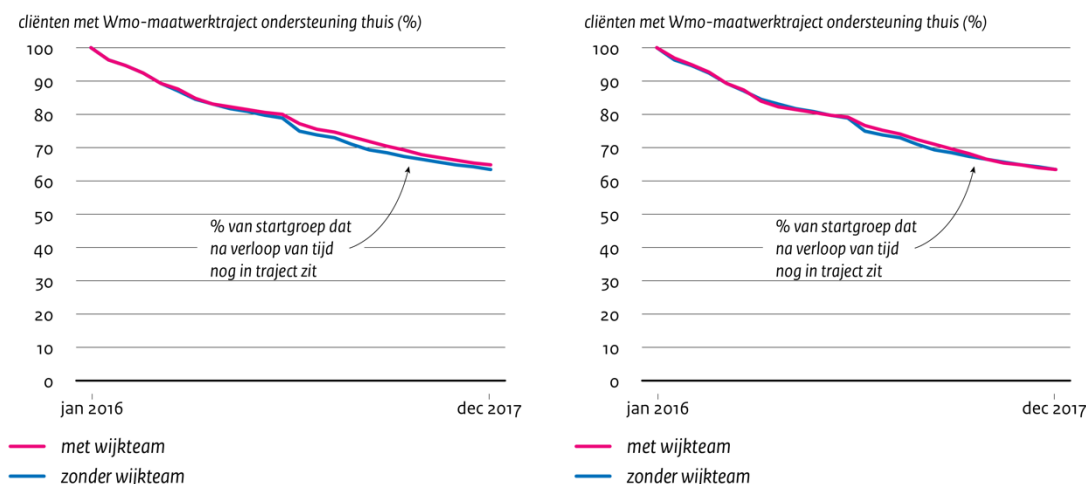


Figuur 5.7 vertelt eenzelfde verhaal. We doen hier opnieuw de analyse, maar dan voor de groep zorggebruikers die in januari 2016 een Wmo-maatwerktraject ondersteuning thuis had. Dit moment is gekozen omdat dan niemand meer in het Wmo-overgangsrecht valt. Het betreft dus de groep die onder de ‘nieuwe’ Wmo`15 valt. De trend van afschaling gaat voor beide groepen gelijk op, maar vlak voor januari 2017 worden er in gemeenten met een wijkteam iets meer mensen in een maatwerktraject ondersteuning thuis aangehouden. Echter, in december 2017 is het verschil weer verdwenen (in het rechterpaneel): op dat moment zit in beide type gemeenten circa 64% nog in een maatwerktraject.

⁷³ We vinden geen statistisch significant verschil in kans op overlijden of verhuizen tussen beide typen gemeenten.

⁷⁴ 35 gemeenten met alleen een Wmo-loket en 35 vergelijkbare gemeenten met een wijkteam.

Figuur 5.7 Geen verschil tussen gemeenten met en zonder wijkteams in percentage van startgroep dat na verloop van tijd nog in maatwerktraject zit. Links: totale GMSD-dataset (122 gemeenten). Rechts: gematchte dataset (70 gemeenten)



Een kritiek op bovenstaande analyse kan zijn dat het niet de bedoeling is van wijkteams om mensen – eenmaal in de tweede lijn – sneller te laten afschalen naar de nulde of eerste lijn, maar juist om te voorkomen dat ze zwaardere, duurdere, zorg krijgen, bijvoorbeeld in de Wlz of in de Zvw. We kijken hier in de volgende paragraaf naar.

5.5 Leiden wijkteams tot minder doorstroom van de Wmo naar de Wlz of Zvw?

In deze paragraaf kijken we naar afschaling van zorg in bredere zin. De GMSD-gegevens geven niet alleen inzicht in wanneer een maatwerktraject stopt, maar ook in de reden van beëindiging van het traject. Hierbij kunnen gemeenten als reden opgeven dat de zorg wordt voortgezet in duurdere regelingen als de Wlz of de Zvw. In het andere geval geven zij als reden op dat het Wmo-maatwerktraject (tijdelijk) niet meer nodig is.⁷⁵ Daarmee kunnen we bestuderen of doorstroom van de Wmo naar zwaardere vormen van zorg (Wlz of Zvw) vaker voorkomt in gemeenten met wijkteams dan in gemeenten met alleen een Wmo-loket. Belangrijk om hier op merken is dat de analyse met enige voorzichtigheid moet worden geïnterpreteerd omdat het aantal observaties voor de variabele reden beëindiging slechts voor zo'n 50% gevuld is in het geval van een stopzetting. Hierdoor missen we informatie over een aanzienlijk deel van de stopzettingen.

Tabel 5.3 presenteert de reden van beëindiging van het Wmo-maatwerktraject voor de personen die vóór december 2017 gestopt zijn met hun traject. We vinden geen significante verschillen tussen gemeenten met en zonder wijkteams in het percentage dat doorstroomt

⁷⁵ De GMSD maakt nog onderscheid tussen voortzetting in de Wlz en Zvw en tussen tijdelijke en permanente stopzetting van het Wmo-maatwerktraject. Wij poolen hier de Wlz en Zvw tot één categorie en de tijdelijke en permanente stopzetting tot één categorie. Belangrijk daarbij is dat de figuren 5.6 en 5.7 rekening houden met tijdelijke stopzettingen. Personen kunnen na stopzetting van een traject weer terugkeren. We observeren in sommige gevallen een pauze van enkele maanden (of dagen) tussen twee trajecten die gestart en geëindigd zijn in de periode 2015-2017.

vanuit de Wmo naar zwaardere vormen van zorg (de Wlz of Zvw). We gebruiken voor deze analyse de personen in de 70 gematchte gemeenten om een zo eerlijk mogelijk vergelijking tussen beide groepen te maken. Voor de eerste twee panels nemen we dezelfde mensen als in figuren 5.6 en 5.7 (de groep die in januari 2015 in een maatwerktraject zat, en de groep die in januari 2016 in een dergelijk traject zat). In panel C presenteren we ook de reden voor beëindiging voor de totale groep van mensen die ooit een maatwerktraject ondersteuning thuis hadden lopen in ons databestand en voor wie het traject (tijdelijk) beëindigd is.⁷⁶ Dit doen we omdat we ook mensen in de analyse willen meenemen die in andere perioden dan januari 2015 of januari 2016 met een Wmo-maatwerktraject begonnen zijn.

Tabel 5.3 Reden stopzetting Wmo-maatwerktraject ondersteuning thuis, voor gematchte groep gemeenten (70)

	Alleen Wmo-loket	Wijkteam
Panel A: januari 2015 - sample		
Reden stopzetting: voortzetting in Wlz/Zvw	10%	15%
Reden stopzetting: Wmo-zorg (tijdelijk) niet meer nodig	90%	85%
N	1974	2031
Panel B: januari 2016 - sample		
Reden stopzetting: voortzetting in Wlz/Zvw	15%	12%
Reden stopzetting: Wmo-zorg (tijdelijk) niet meer nodig	85%	88%
N	2121	2028
Panel C: totale sample		
Reden stopzetting: voortzetting in Wlz/Zvw	8%	7%
Reden stopzetting: Wmo-zorg (tijdelijk) niet meer nodig	92%	93%
N	10142	11131

Afhankelijk van de gebruikte sample observeren we dat de reden voor stopzetting tussen de 7 en 15% van de gevallen een voortzetting in de Wlz of Zvw betreft. Voor het overgrote deel worden maatwerktrajecten dus stopgezet omdat zij (tijdelijk) niet meer nodig worden geacht, en dus niet omdat zwaardere vormen van zorg nodig zijn. Daarnaast observeren we verschillen tussen de gebruikte samples: waar in panel A meer mensen in gemeenten met wijkteams overgaan naar de Wlz of de Zvw als hun Wmo-maatwerktraject wordt stopgezet dan in gemeenten zonder wijkteams (vergelijk 10% en 15%), is dat omgekeerd in panel B (15% versus 12%). In de totale sample zijn de verschillen kleiner (7% versus 8%). Echter, zoals gezegd zijn in alle gebruikte samples de verschillen niet statistisch significant tussen de groepen. Zelfs het relatief grote verschil in panel A blijkt niet significant omdat de standaardfouten groot zijn.⁷⁷

Deze analyse lijkt erop te wijzen dat de inzet van wijkteams niet samengaat met een reductie van de doorstroom van de Wmo naar de Wlz en Zvw. Een meer systematische aanpak is echter nodig om uitsluitstel te kunnen geven over de vraag of wijkteams in staat zijn om escalatie van zorggebruik te verminderen. Een analyse waarbij een relatie wordt gelegd tussen de inzet van wijkteams en het zorggebruik in de Wlz en Zvw zou daarbij behulpzaam zijn. Dat valt echter buiten de scope van dit boek.

⁷⁶ Ook na verwijdering van mensen die verhuisd zijn of overleden.

⁷⁷ Dit komt omdat we de standaardfouten moeten clusteren op gemeenteniveau, waardoor standaardfouten groter worden.

5.6 Leiden wijkteams tot afschaling van het aantal Wmo-zorguren per cliënt?

In de voorgaande analyses laten we zien dat wijkteams niet leiden tot afschaling van het aantal Wmo-cliënten, en ook niet tot snellere afschaling of stopzetting van bestaande maatwerktrajecten. Maar wellicht dat de wijkteams wel zorgen voor minder zorguren per cliënt als de cliënt eenmaal in een maatwerktraject zit. Dit kan het geval zijn als bijvoorbeeld wijkteammedewerkers niet zozeer sturen op stopzetting van trajecten maar eerder op afschaling van de zorgintensiteit. Deze paragraaf probeert daar inzicht in te geven.

Figuur 5.8 toont de ontwikkeling van deze uitkomst voor beide groepen gemeenten voor de maatwerkvoorziening begeleiding.⁷⁸ In de figuur maken we gebruik van de CAK-gegevens en selecteren we alleen de gemeenten die deze voorziening via p*q (inputfinanciering) bekostigen over de periode 2015-2017.⁷⁹ Alleen voor deze gemeenten is het zorggebruik in uren volledig geregistreerd.⁸⁰ Verder zijn de gemeenten verwijderd die geen eigen bijdrage kennen voor deze voorziening omdat informatie over het Wmo-zorggebruik voor deze gemeenten niet bij het CAK wordt geadministreerd. De analyse is dan gebaseerd op 86 gemeenten waarvan 21 met alleen een Wmo-loket en 65 met een wijkteam. Gegevens zijn op maandbasis over 2015-2017.⁸¹

De figuur laat nauwelijks verschillen zien tussen gemeenten met en zonder wijkteams in de ontwikkeling van zorguren per cliënt voor de maatwerkvoorziening begeleiding.⁸² De verschillen zijn niet statistisch significant. De trend is nagenoeg dezelfde in beide groepen. Gemiddeld is de stijging 30% (van 5 naar 6,5 uur per cliënt per maand).⁸³ Dit duidt erop dat de inzet van wijkteams niet leidt tot afschaling van zorguren per cliënt.

⁷⁸ We kunnen niet naar dagbesteding kijken, omdat voor deze voorziening dagdelen worden geadministreerd en geen uren.

⁷⁹ Gemeenten die hun bekostigingsstructuur veranderd hebben, zijn dus niet meegenomen.

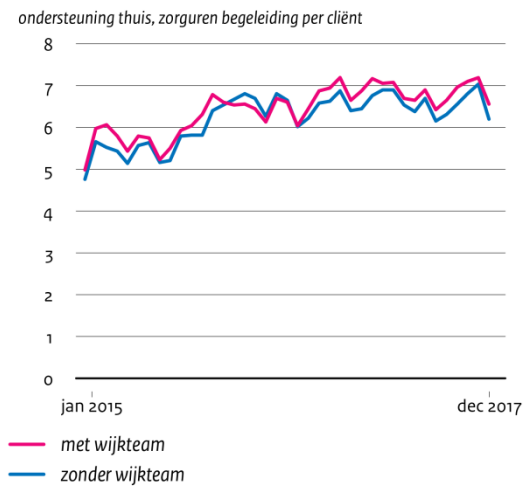
⁸⁰ We observeren dat het aantal uren per cliënt in de gemeenten met per-cliënt-bekostiging fors daalt ten opzichte van gemeenten met p*q-financiering. Dit komt omdat voor deze gemeenten de uren niet volledig worden geregistreerd. Neem bijvoorbeeld het resultaatgebied 'een schoon huis'. Een zorgaanbieder wordt afgerekend op het behalen van een schoon huis, ongeacht het aantal zorguren dat daarin wordt gestopt. Zodoende worden die uren ook niet geadministreerd.

⁸¹ Feitelijk op basis van zorgperiode, die ongeveer vier weken beslaat. In de CAK-data bestaat elk jaar uit 13 zorgperiodes. Omdat we over de periode 2015-2017 kijken, zijn er dus in totaal 39 zorgperiodes (waarbij zorgperiode 1= januari 2015 en zorgperiode 39 = december 2017).

⁸² Alleen voor deze maatwerkvoorziening hebben we informatie over zorguren bij het CAK.

⁸³ De stijging in het zorggebruik over januari 2015 – december 2017 is bijna volledig toe te schrijven aan de stijging in het jaar 2015, toen nog het Wmo-overgangsrecht een rol speelde. We hebben hier geen verklaring voor. De focus in deze analyse ligt echter op het verschil in trends tussen gemeenten met en zonder wijkteam, niet op de algemene (stijgende) trend zelf in beide groepen.

Figuur 5.8 Ontwikkeling in zorguren per cliënt voor maatwerkvoorziening begeleiding



6 Beleidsdiscussie

Dit boek laat zien dat de inzet van wijkteams doorgaans niet leidt tot minder doorverwijzingen naar Wmo-maatwerktrajecten, ook al was dat een belangrijk doel van de decentralisaties. Integendeel, de inzet van wijkteams betekent voor gemeenten een stijging in het aantal doorverwijzingen van gemiddeld 14 procent. De toename is het grootst in gemeenten waar aanbieders van maatwerkvoorzieningen deel uitmaken van de teams. Hoe de toeleiding tot deze voorzieningen georganiseerd is, lijkt dus een verklaring te zijn voor de stijgende zorguitgaven van gemeenten.

In hoeverre speelt dit thema breder dan alleen bij de Wmo? Veel gemeenten beleggen ook de toegang tot tweedelijns jeugdzorg in wijkteams, waarbij jeugdzorgaanbieders soms deel uitmaken van de teams.⁸⁴ En nog meer dan bij de Wmo hebben gemeenten bij de jeugdzorg te maken met stijgende kosten en budgetoverschrijdingen (zie bijvoorbeeld Bruno Steiner, 2018). Of jeugdzorgaanbieders veel invloed hebben op de toegang en daarmee een verklaring vormen voor de toenemende uitgaven aan jeugdzorg, weten we niet. Dat is voer voor nieuw onderzoek. Onze verwachting is dat de invloed van aanbieders op de doorverwijzingen sterker is binnen de jeugdzorg dan bij de Wmo. Jeugdproblematiek betreft vaker complexe gevallen waarbij het kennisverschil tussen de zorgprofessional (bijvoorbeeld jeugdpsychiater) en de gemeentelijke medewerker groter is. Het oordeel van de zorgprofessional zal naar verwachting vaker doorslaggevend zijn, ook wanneer de formele indicatiestelling niet bij de professional ligt.

Veel gemeenten werken nu enkele jaren met wijkteams en zien dit als een geschikt moment om hun wijkteambenadering te evalueren. Van een aantal gemeenten weten we dat men niet tevreden is over de vormgeving van hun wijkteams en deze aan het heroverwegen is. Wat kunnen onze bevindingen hieraan bijdragen? Als lokale beleidsmakers grip willen houden op het gebruik van maatwerkvoorzieningen, dan levert ons onderzoek een aantal aangrijpingspunten op; deze bespreken we hieronder. Een kanttekening hierbij is dat deze punten zich richten op de kostenkant en losstaan van mogelijke baten van wijkteams en baten van doorverwijzingen naar de tweede lijn. Onderzoeksrapporten in opdracht van gemeenten maken wel claims over de bredere baten van wijkteams, maar voor zover wij weten is er nog weinig empirisch bewijs dat die claims ondersteunt.⁸⁵ Ook op dit vlak is verder onderzoek nodig. Pas dan is een volledige kosten-batenanalyse van wijkteams mogelijk.

Een eerste mogelijkheid om het aantal doorverwijzingen te beperken is om de toeleiding voor relatief simpele hulpvragen via Wmo-loketten te laten lopen, in plaats van via wijkteams. Alleen voor complexere casussen worden wijkteams dan ingezet, om via een integrale aanpak tot een oplossing te komen. In onze enquête zijn we een aantal gemeenten

⁸⁴ Zie bijvoorbeeld van Arum en van den Enden, 2018. Een verschil met begeleiding is dat een aanzienlijk deel van de verwijzingen van andere partijen, zoals huisartsen en aanbieders in de tweede lijn, komt.

⁸⁵ Zie bijvoorbeeld [de rapporten](#) van LPBL.

tegengekomen die de toegang tot de tweede lijn op deze manier georganiseerd hebben. Een voorbeeld van een gemeente die deze beweging recentelijk gemaakt heeft, is de gemeente Leeuwarden. Omdat wijkteams over een kleiner deel van de toegang gaan, zal deze vormgeving volgens onze bevindingen een dempend effect hebben op het totale aantal doorverwijzingen.

Een tweede mogelijkheid is het terugschroeven van de invloed van aanbieders in het wijkteam. Uit ons onderzoek volgt dat een team zonder aanbieders minder vaak doorverwijst naar maatwerkvoorzieningen. Deze optie is niet zonder nadelen, want aanbieders brengen veel kennis met zich mee. Een aantal van de door ons geënquêteerde gemeenten hebben besloten om wijkteamleden die eerst gedetacheerd waren vanuit hun moederorganisatie, nu in eigen dienst te nemen. Hiermee halen deze gemeenten kennis in huis, terwijl de banden tussen de zorgprofessional en moederorganisatie zijn doorgeknipt.

Een belangrijke factor in de genoemde opties is het kennisniveau van Wmo-consulenten en andere gemeentelijke medewerkers in wijkteams. Hoe beter deze medewerkers opgeleid zijn, hoe beter ze in staat zullen zijn om zelfstandig de juiste keuzes te maken. Omgekeerd vergroot een laag kennisniveau bij gemeentelijke medewerkers de afhankelijkheid van de kennis van aanbieders. Naast ontwikkeling van zorginhoudelijke kennis kunnen kostenbewustzijn en het omgaan met druk vanuit cliënten of aanbieders ook onderwerp van training zijn. Een recent SCP-rapport (en de daarin opgenomen verwijzingen) geeft aan dat gemeenten doorlopend bezig zijn met het verder trainen en opleiden van wijkteammedewerkers, om zodoende het keukentafelgesprek verder te verbeteren.⁸⁶

Gemeenten kiezen er soms voor om het wijkteam een adviserende rol te geven, maar om de uiteindelijke beslissing over doorverwijzingen zelf te maken. Om dit op een betekenisvolle manier te doen, is een hoog kennisniveau van gemeentelijke medewerkers ook een vereiste. Gemeenten met deze constructie, zoals Apeldoorn, geven aan dat nu nog vaak het advies van het wijkteam doorslaggevend is. De controle door de gemeente is daarmee vooral een formaliteit. Deze controle zou aan betekenis winnen als een beter geïnformeerde gemeentelijke medewerker, op basis van zo'n advies, naar eigen inzicht een keuze maakt. Dit betekent wel dat een deel van het werk dubbel gedaan wordt. Deze notie is belangrijk voor gemeenten die met zo'n constructie werken of plannen in die richting hebben. Zo belegt de gemeente Eindhoven de toegang niet meer bij wijkteams, maar gaat hier sinds kort zelf over. De stichting die verantwoordelijk is voor de wijkteams (WIJ Eindhoven), vervult nu een adviserende rol.

Daarnaast kunnen gemeenten hun grip op de inzet van maatwerkvoorzieningen versterken door wijkteams, aanbieders, of consulenten met elkaar te vergelijken. Veel gemeenten werken al met een vorm van benchmarking in het sociaal domein. Een groot verschil in het aantal doorverwijzingen dat niet te verklaren is door de samenstelling van de doelgroep, kan reden zijn om hier met elkaar over in gesprek te gaan. Dit vergroot het kostenbewustzijn. In uiterste gevallen kan de gemeente besluiten bepaalde aanbieders geen plek meer te geven in

⁸⁶ Zie Feijten e.a., 2017, p.58.

het wijkteam of niet meer te contracteren voor tweedelijnszorg. De gemeente Den Haag ontwikkelt bijvoorbeeld een benchmarkingsinstrument waarbij wijkteams op maandelijkse basis teruggekoppeld krijgen wat zij aan verschillende voorzieningen toekennen (zowel aantallen cliënten als kosten per cliënt) en hoe dit zich verhoudt tot andere wijken. Ook gebruikt deze gemeente informatie over verschillen in kosten tussen aanbieders voor het contractmanagement.

Ten slotte is ook de bekostigingsstructuur een instrument om de toestroom naar maatwerkvoorzieningen te beperken. Bij p*q-bekostiging hebben aanbieders een financieel voordeel bij meer doorverwijzingen – mits de prijs voldoende hoog is. Hetzelfde geldt voor inkoop op resultaatgebieden (bekostiging per cliënt). Het tegenovergestelde is het geval bij populatiebekostiging. Er is dan namelijk maar één aanbieder gecontracteerd en deze aanbieder krijgt een vast budget om integrale zorg te leveren binnen de wijk of gehele gemeente. Dit betekent dat de aanbieder over de toegang tot de tweede lijn gaat. Het vaste budget maakt het voor de aanbieder financieel aantrekkelijk om de instroom in de tweede lijn te beperken. Dit model wordt bijvoorbeeld toegepast in Alphen aan de Rijn. Het model kent echter ook nadelen. Om een paar belangrijke te noemen: inwoners kunnen niet meer kiezen, aanbieders voelen niet meer de prikkel om de cliënt voor zich te winnen door het bieden van een hoge kwaliteit en gemeenten lopen het risico afhankelijk te worden van de aanbieder (zie Van Eijkel, 2018).

Hoe sterk deze beleidsopties bijdragen aan het beperken van het beroep op maatwerkvoorzieningen is een empirische vraag, die we op basis van dit onderzoek niet kunnen beantwoorden. De precieze vormgeving van het beleid en de lokale context zullen hierbij zeker een rol spelen. Ook dit pleit voor meer onderzoek naar effecten van wijkteambeleid, om tot een breder beeld te komen van effecten van verschillende benaderingen op uitkomsten. Dit boek kan gezien worden als een eerste stap, waarin het effect van drie hoofdvarianten op een belangrijke uitkomstmaatstaf – het aantal doorverwijzingen naar Wmo-maatwerkvoorzieningen – is blootgelegd.

REFERENTIES

Arum, S. van en R. Schoorl, 2015, Sociale (wijk)teams in vogelvlucht, Utrecht: Movisie.

Arum, S. van en R. Schoorl, 2016, Sociale (wijk)teams in beeld. Stand van zaken na de decentralisaties, Utrecht: Movisie.

Arum, S. van en T. van den Enden, 2018, Sociale (wijk)teams opnieuw uitgelicht, Utrecht: Movisie.

Bredewold, F., J.W. Duyvendak, Kampen T., Tonkens, E. en L. Verplanke, 2018, *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*, Amsterdam: Van Gennep.

Dijk, C.E. van, J.C. Korevaar, J.D. de Jong, B. Koopmans en M. van Dijk, 2013, Ruimte voor substitutie? Verschuivingen van tweedelijns- naar eerstelijnszorg, Utrecht: NIVEL.

Eijkel, R. van, W. van Ommen en N. Uenk, 2015, Taken uitbesteed, maar dan? De gemeente als inkoper binnen het sociaal domein, Den Haag: Centraal Planbureau.

Eijkel, R. van, 2018, Naar een effectieve inkoop binnen het sociaal domein, Den Haag: Centraal Planbureau.

Enthoven, A.C., 2016, What is an integrated health care financing and delivery system (IDS)? and What must would-be IDS accomplish to become competitive with them, *Health Econ Outcome Res Open Access*, vol. 2(115): 2.

Feijten, P., R. Schellingerhout, M. de Klerk, A. Steenbekkers, P. Schyns, F. Vonk, A.M. Marangos, A. de Boer en L. Heering, 2017, Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Groen, B. de, 2016, De juiste professional op het juiste moment- Deel 2, Utrecht: Vilans.

Ham L. van der, M. den Draak, W. Mensink, P. Schyns en E. van de Berg, 2018, De Wmo 2015 in praktijk. De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Kattenberg, M. en W. Vermeulen, 2015, Financiering decentralisaties, Policy Brief 2015/08, Den Haag: Centraal Planbureau.

Lamers, L., I. Mosca en P. Besseling, 2014, Indicatiestelling binnen de collectieve zorgverzekering, Den Haag: Centraal Planbureau.

Memorie van toelichting bij de Wmo 2015, 2015, Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Non, M., 2017, Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? Discussion Paper 363, Den Haag: Centraal Planbureau.

Steiner B. (in opdracht van Divosa), 2018, Sociaal domein kostte in 2017 4,4% meer dan begroot. Rekening 2017 past in meerjarige stijging uitgaven sociaal domein, Almere: Bruno Steiner Advies.

Vat, L. en B. de Groen, 2015, De juiste professional op het juiste moment, Utrecht: Vilans.

Vermeulen, W., R. van Eijkel, K. Martens, M. Non en R. Okker, 2014, Vervolgrapportage decentralisaties in het sociaal domein, CPB Notitie, 11 juli 2014.

VNG, 2013, Sociale wijkteams in ontwikkeling: inrichting, aansturing en bekostiging, Den Haag: VNG.

Bijlage A: Econometrische analyses voor toetsen op significantie

Tabel A.1 hieronder toont de effectschattingen. We geven ongewogen en gewogen resultaten, zowel voor onze totale dataset (122 GMSD-gemeenten en 155 CAK-gemeenten) als voor een dataset waarin gemeenten verwijderd zijn die veranderingen in de organisatie van de Wmo of het wijkteam hebben doorgevoerd. Onze hoofdschatting (1,48) staat links bovenin.⁸⁷ Sterren geven significantie aan. Bijna alle effectschattingen zijn significant verschillend van 0. De effectschattingen zijn op basis van de verschil-in-verschilmethode. Het econometrisch model dat geschat is, is als volgt:

$$(A.1) \quad Y = \beta_0 + \beta_1 wijkteam * tijd + \beta_2 wijkteam + \beta_3 tijd + \varepsilon$$

Hierin is Y de Wmo-zorguitkomst van de gemeente en $wijkteam$ een dummyvariabele die aangeeft of de gemeente een wijkteam heeft (0=gemeente heeft geen wijkteam; 1=gemeente heeft wel een wijkteam). De variabele $tijd$ geeft de tijd aan. De variabele $wijkteam * tijd$ is de interactieterm van tijd met de wijkteamvariabele. Het effect van de wijkteams wordt gerepresenteerd door de coëfficiënt β_1 van deze interactieterm. We schatten twee modellen met de tijd:

- Model 1, waarbij de tijd een dummyvariabele is (0=januari 2015; 1=december 2017).
- Model 2, waarbij de tijd lineair loopt van januari 2015 tot en december 2017.

Bij model 1 gebruiken we dus twee tijdsobservaties. Het voordeel van dit model is dat de geschatte coëfficiënten eenvoudig kunnen worden vertaald naar percentuele stijgingen over de onderzoeksperiode. Het nadeel is dat niet alle informatie uit de data wordt gehaald. Bij model 2 hebben we dat nadeel niet. Daar gebruiken we 36 tijdsobservaties bij de GMSD (=3*12 maanden) en 39 tijdsobservaties bij het CAK (=3*13 zorgperiodes). Bij dit model benutten we dus alle informatie in onze dataset. Bij model 2 testen we letterlijk of de (lineaire) trend tussen gemeenten met en zonder wijkteam verschillend is.

⁸⁷ Dit is 1,5 in de hoofdtekst.

Tabel A.1 Verschil-in-verschilschattingen op basis van formule (A.1)

	Totale dataset		Alleen gemeenten zonder veranderingen in organisatie Wmo of wijkteams over 2015-2017	
	Ongewogen	Gewogen	Ongewogen	Gewogen
Model 1				
<i>GMSD</i>				
Effect van wijkteams	1,48*	2,07**	1,63**	1,61***
(sd)	(0,84)	(0,95)	(0,69)	(0,60)
N	244	244	180	180
<i>CAK</i>				
Effect van wijkteams	0,35	1,67**	0,50	1,57**
(sd)	(0,42)	(0,65)	(0,49)	(0,71)
N	310	310	240	240
Model 2				
<i>GMSD</i>				
Effect van wijkteams	0,04	0,06**	0,05**	0,05***
(sd)	(0,02)	(0,03)	(0,02)	(0,02)
N	4392	4392	3240	3240
<i>CAK</i>				
Effect van wijkteams	0,02*	0,07***	0,02*	0,07***
(sd)	(0,01)	(0,02)	(0,01)	(0,02)
N	6045	6045	4680	4680
Standaardfouten (sd) zijn geclusterd op gemeenteniveau. *** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.				

Bijlage B: Aanvullende tabellen en figuren

Tabel B.1 Kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteam. GMSD-dataset, 2015-2017

Variabelen	Ongewogen		Gewogen	
	Alleen Wmo-loket	Wijkteam	Alleen Wmo-loket	Wijkteam
Hoofduitkomsten				
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: januari 2015	8,0	9,2	8,6	12,9
Aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis per 1000 inwoners: december 2017	10,0	12,7**	10,5	16,9**
Achtergrondkenmerken gemeenten voor decentralisaties				
Bevolking (2014)	32479	53131**	32479	53131**
Aandeel 65-plussers (2014)	20,1%	19,7%	19,2%	18,1%
Aandeel indicatie AWBZ-begeleiding individueel 18+ (2014)	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%*
Aandeel indicatie AWBZ-groepsbegeleiding 18+ (2014)	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Gemiddeld persoonlijk jaarinkomen (2014)	31503	30276	31473	29417**
Wmo'15-budget per inwoner in euro's(a)	134	171***	141	234***
N	35	87	35	87

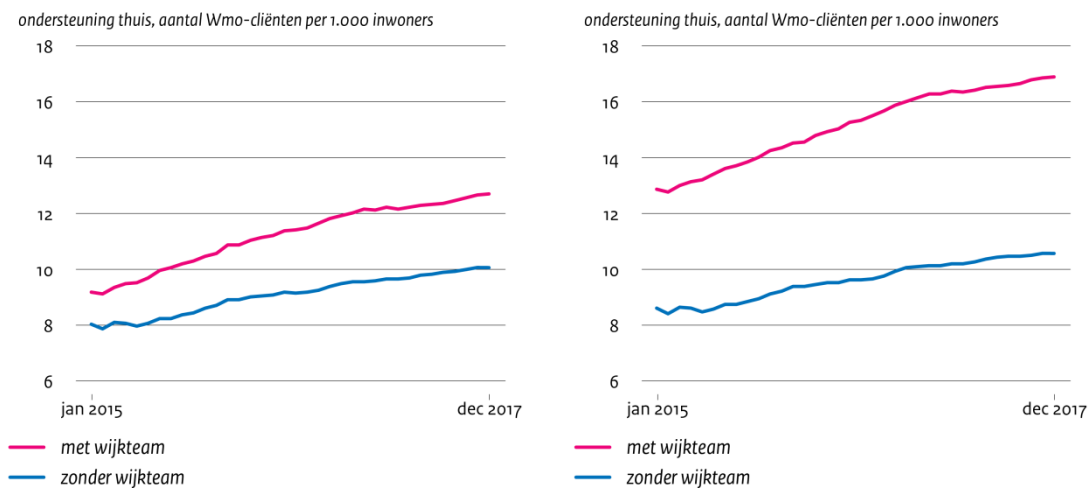
(a) Het gaat hier om het Wmo 2015-deel van de integratie-uitkering Sociaal Domein. De uitkering is voor het jaar 2016. De gegevens die echter nodig zijn voor de berekening van deze uitkering komen uit 2015 en 2014. De uitkering is gebaseerd op een objectief verdeelmodel waarin 10 factoren zitten (zie hoofdstekst). *** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.

Tabel B.2 Kenmerken van gemeenten met en zonder wijkteam. CAK-dataset, 2015-2017

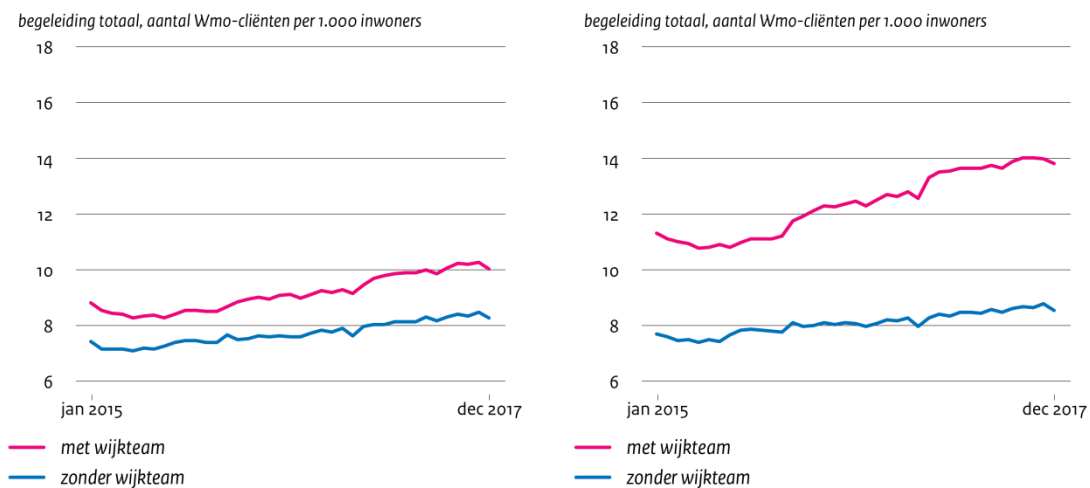
Variabelen	Ongewogen		Gewogen	
	Alleen Wmo-loket	Wijkteam	Alleen Wmo-loket	Wijkteam
Hoofduitkomsten				
Aantal cliënten begeleiding totaal per 1000 inwoners: januari 2015	7,4	8,8**	7,7	11,3*
Aantal cliënten begeleiding totaal per 1000 inwoners: december 2017	8,3	10,0***	8,5	13,8**
Achtergrondkenmerken gemeenten voor decentralisaties				
Bevolking (2014)	31817	53745***	31817	53745***
Aandeel 65-plussers (2014)	19,7%	19,9%	19,0%	17,9%
Aandeel indicatie AWBZ-begeleiding individueel 18+ (2014)	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%**
Aandeel indicatie AWBZ-groepsbegeleiding 18+ (2014)	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Gemiddeld persoonlijk jaarinkomen (2014)	31342	30216	31065	29440*
Wmo'15-budget per inwoner in euro's(a)	133	177***	141	249***
N	38	117	38	117

(a) Het gaat hier om het Wmo 2015-deel van de integratie-uitkering Sociaal Domein. De uitkering is voor het jaar 2016. De gegevens die echter nodig zijn voor de berekening van deze uitkering komen uit 2015 en 2014. De uitkering is gebaseerd op een objectief verdeelmodel waarin 10 factoren zitten (zie hoofdstekst). *** 1% significantieniveau, ** 5% significantieniveau, * 10% significantieniveau.

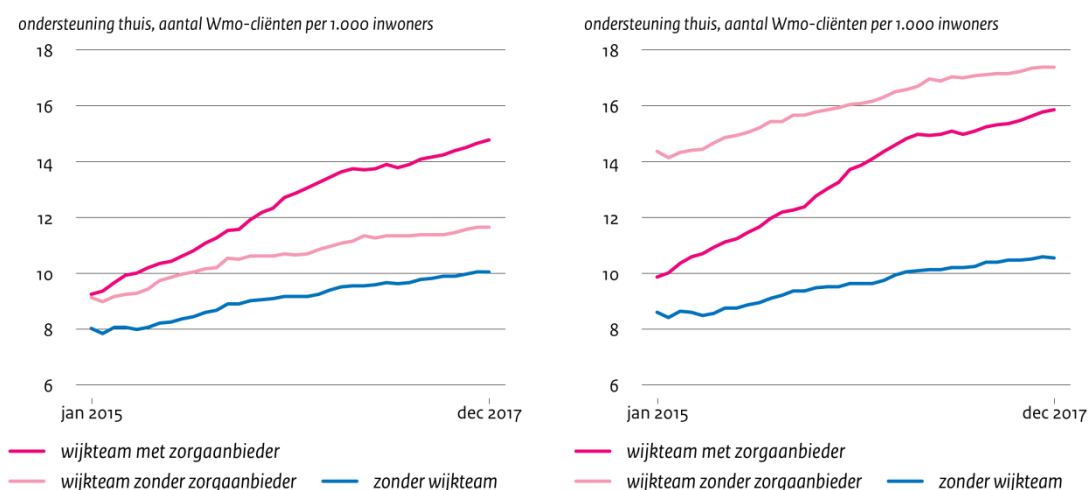
Figuur B.1 Ontwikkeling in aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis voor gemeenten met en zonder wijkteams op basis van GMSD-data. Ongewogen (links) versus gewogen (rechts).



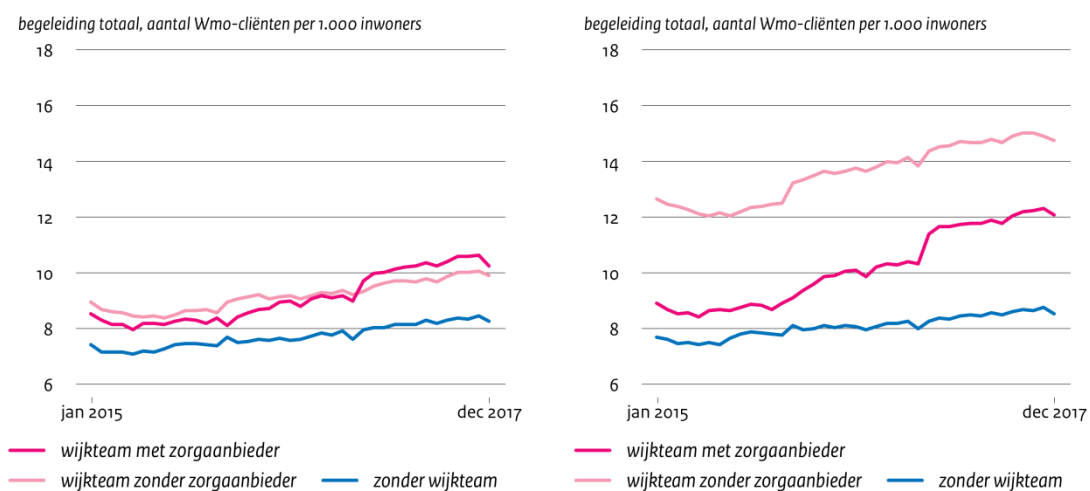
Figuur B.2 Ontwikkeling in aantal Wmo-cliënten begeleiding totaal voor gemeenten met en zonder wijkteams op basis van CAK-data. Ongewogen (links) versus gewogen (rechts).



Figuur B.3 Ontwikkeling in aantal Wmo-cliënten ondersteuning thuis voor drie groepen gemeenten op basis van GMSD-data. Ongewogen (links) versus gewogen (rechts).



Figuur B.4 Ontwikkeling in aantal Wmo-cliënten begeleiding totaal voor drie groepen gemeenten op basis van CAK-data. Ongewogen (links) versus gewogen (rechts).



Bijlage C: De enquête

CPB-enquête over sociale (wijk)teambenadering

Het Centraal Planbureau (CPB) onderzoekt het gebruik van de Wmo-maatwerkvoorzieningen begeleiding en dagbesteding en de rol die sociale (wijk)teams daarbij spelen. Wij zouden u voor dit onderzoek graag een aantal vragen willen stellen. Het betreft een korte enquête. De gegevens zullen anoniem verwerkt worden. De vragen over de Wmo gaan over **maatwerkvoorzieningen begeleiding en dagbesteding**, niet over algemene voorzieningen. De vragen hebben betrekking op de situatie in uw gemeente op **1 januari 2016**. Aan het einde zullen we u vragen of de antwoorden op de vragen nu nog steeds van toepassing zijn.

Met de gedeelde informatie helpt u ons met het inzichtelijk maken van de verschillende sociale (wijk)teambenaderingen die er zijn en hoe deze kunnen helpen bij de verschuiving van ondersteuning van de tweede naar de eerste en nulde lijn voor wat betreft Wmo-ondersteuning. Omdat deze verschuiving expliciet als doel benoemd wordt in de Wmo '15 en kan bijdragen aan de beheersbaarheid van de gemeentelijke uitgaven binnen het sociaal domein, denken wij dat de inzichten vanuit ons onderzoek relevant zijn voor de gemeentelijke beleidswereld. Daarnaast bieden wij gemeenten die deze vragen beantwoorden, een korte rapportage aan die inzicht geeft in hoe hun aanpak verschilt ten opzichte van andere gemeenten.

Vragen

1) Zijn er in uw gemeente één of meerdere sociale (wijk)teams actief die hulpvragen met betrekking tot Wmo-begeleiding en dagbesteding behandelen (dan wel: buurtteams, gebiedsteams, dorpensteams, etc.)?

- a) Ja
- b) Nee

2) Is er (daarnaast ook) een Wmo-toegangsteam/loket?

- a) Ja
- b) Nee

3) Is de toegang tot de maatwerkvoorziening begeleiding in uw gemeente anders geregeld dan de toegang tot de maatwerkvoorziening dagbesteding?

- a) Ja
- b) Nee

Indien er alleen maar een Wmo-loket/toegangsteam is voor Wmo-hulpvragen, d.w.z. er is geen wijkteam dat Wmo-hulpvragen behandelt, dan kunt u doorgaan naar vraag 9. Als het sociale wijkteam wel Wmo-hulpvragen oppakt gaat u door met vraag 4. De vragen 4 t/m 7 gaan over **het sociale (wijk)team**. Verder: als er verschil is in toegang tussen de maatwerkvoorzieningen begeleiding en dagbesteding, beantwoord onderstaande vragen dan alleen voor begeleiding.

4) Worden indicaties voor de Wmo-maatwerkvoorziening begeleiding/dagbesteding afgegeven door het sociale (wijk)team?

- a) Ja, zowel enkelvoudig als meervoudige hulpvragen door het sociale (wijk)team
- b) Ja, maar alleen meervoudige hulpvragen door het sociale (wijk)team; enkelvoudige hulpvragen worden door de gemeente behandeld
- c) Nee, zowel bij enkelvoudige als meervoudige hulpvragen geeft enkel de gemeente indicaties af

5) Zitten er aanbieders van Wmo-maatwerkvoorzieningen begeleiding/dagbesteding in het sociale (wijk)team

- a) Ja, namelijk ... (2 grootste spelers noemen)
- b) Nee

6) Geven sociale (wijk)team leden die in dienst zijn van zorgaanbieders van Wmo-maatwerkvoorzieningen begeleiding/dagbesteding ook indicaties af voor deze voorzieningen?

- a) Ja
- b) Nee

7) Kunnen mensen het sociale (wijk)team zelf benaderen met een hulpvraag ten aanzien van de Wmo-maatwerkvoorziening begeleiding/dagbesteding?

- a) Ja
- b) Nee

8) In sommige gemeenten, zoals in Utrecht, leveren sociale (wijk)teamleden precies dezelfde Wmo-zorg die voorheen door zorgaanbieders in de tweede lijn werd geboden. Speelt dit ook in uw gemeente?

- a) Ja, voor meer dan 60% van de cliënten
- b) Ja, tussen de 30 en 60% van de cliënten
- c) Ja, voor minder dan 30% van de cliënten
- d) Nee

9) Geldt er in uw gemeente een eigen bijdrage voor Wmo-maatwerkvoorzieningen begeleiding/dagbesteding?

- a) Ja, voor alle groepen
- b) Ja, maar sommige groepen zijn vrijgesteld, te weten ...
- c) Nee

10) Worden Wmo-maatwerkvoorzieningen begeleiding/dagbesteding ook in een Wmo-arrangement-vorm aangeboden, bijvoorbeeld samen met andere zorgvoorzieningen?

- a) Ja, voor meer dan 10% van de cliënten
- b) Ja, maar voor minder dan 10% van de cliënten
- c) Nee

11) Is het eigenbijdragetarief dat uw gemeente doorgeeft aan het CAK gelijk aan de prijs die aanbieders ontvangen voor de maatwerkvoorzieningen begeleiding/dagbesteding?

- a) Ja.
- b) Nee.

12) Gaan de antwoorden op bovenstaande vragen ook op voor de huidige situatie?

- a) Ja
- b) Nee, namelijk... (wijzigingen noemen)

13) Geeft u toestemming aan ons om uw data te delen met andere publieke kennisinstellingen (het Sociaal en Cultureel Planbureau, Divosa, Movisie), onder de voorwaarde dat zij deze ook anoniem verwerken?

- a) Ja
- b) Nee



Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (088) 984 60 00

Januari 2019

