

**Plenair overleg Beschermd wonen / Wmo
Gemeentehuis Langedijk – Raadzaal
Donderdag, 29 juni 2018**

01. Opening en mededelingen

Marleen Wijnker opent de bijeenkomst.

- Op de site van de Netwerkorganisatie staat sinds kort een Wmo gids. Verzoek aan aanbieders is om via het format dat zij hebben ontvangen informatie over hun aanbod aan te leveren. Eventuele vragen kunnen gesteld worden via contractmanagement@alkmaar.nl
- Transferpunt. De regie van het Transferpunt is overgegaan van de samenwerkende corporaties naar de gemeente Alkmaar. Verzoek aan aanbieders is om als zij vastgoed beschikbaar hebben contact op te nemen met Robin Heuvels via rheuvels@alkmaar.nl
Cliënten voor (begeleid) zelfstandig wonen kunnen aangemeld worden via: transferpunt@alkmaar.nl

02. Stand van zaken doorontwikkeling resultaatsturing

Er wordt momenteel gewerkt aan de doorontwikkeling van Resultaatsturing Wmo begeleiding. De kwantitatieve analyse is inmiddels achter de rug, en de bestuurders van zowel aanbieders als gemeenten zijn akkoord gegaan met het navolgende voorstel (aanbieders zijn hierover reeds geïnformeerd middels de nieuwsbrief):

- Aanpassing van de rekenfactor van verschillende arrangementen binnen de resultatenmatrix;
- Terugbrengen 6 weken termijn naar 4 weken termijn.

Afspraak is dat de tarieven niet lopende het jaar aangepast worden, maar dat er achteraf een verrekening plaats vindt. Aanbieders ontvangen binnenkort een bericht van de Regionale Netwerkorganisatie hoe de verrekening over 2018 gedaan zal worden.

Er zullen ook een aantal kwalitatieve verbeteracties doorgevoerd gaan worden. De presentatie hiervan volgt in juli, bestuurlijke besluitvorming zal in september plaats vinden. Er zijn inmiddels al een aantal punten waarop acties ondernomen moet worden :

- Werkinstructie van de consultants, de wijze van indicatiestelling blijkt niet helemaal aan te sluiten op de praktijk. Dit wordt verder uitgewerkt met consultants en begeleiders van de organisaties.
- De nadrukkelijke wens van aanbieders is om meer contactmomenten tussen aanbieders onderling en gemeenten te organiseren (informatie- en kennisuitwisseling).

03. Pilot beschermd thuis (presentatie)

Landelijke ontwikkelingen :

- Vanaf 1 januari 2021 wordt de Wlz opengesteld voor cliënten met een psychiatrische grondslag. Uit gegevens van HHM blijkt dat dit voor de Regio ongeveer om 12-20% van de cliënten zal gaan. Deze ontwikkelingen houden in dat de gemeenten met een aantal aanbieders geen nieuwe contracten meer zullen afsluiten omdat hun cliënten allemaal overgaan naar de Wlz.
- Het overgangsrecht voor cliënten met een indicatie beschermd wonen is met één jaar verlengd tot 1 januari 2021.
- De verdeling van de financiële middelen tussen centrumgemeenten en lokale gemeenten is ook met een jaar uitgesteld tot 2021. De inhoudelijke transitie gaat door, maar de financieringsvorm is voorsnog niet bekend.

Naar aanleiding van de presentatie is het navolgende besproken:

- Zorgaanbieders dragen cliënten voor aan het RIT (Regionaal Indicatie Team). Cliënten die nog niet volledig zelfstandig kunnen wonen, maar met wat toezicht en extra begeleiding tot maximaal 20 uur hiertoe wel in staat zijn, kunnen voor beschermd thuis aangemeld worden.

- De centrumgemeente Alkmaar betaalt de begeleidingskosten, lokale kosten zoals Huishoudelijke Hulp wordt door de lokale gemeenten betaald. Bij terugval kan een cliënt altijd weer opgenomen worden in een intramurale setting.
- Vanaf 1 januari 2020 kunnen alleen aanbieders beschermd wonen deel nemen aan beschermd thuis. Opgemerkt wordt dat dit betekent dat aanbieders die geen beschermd wonen bieden, de cliënt niet zelf kunnen blijven begeleiden als zij extra begeleiding nodig hebben. Dit zou wel mogelijk moeten zijn, een aanbieder heeft goed contact met de cliënt en het zou mogelijk moeten zijn dat de begeleiding uitgebreid wordt om te voorkomen dat de cliënt overgaat naar intramurale zorg.
Actie Jan Holman -> continuïteit van zorg moet inderdaad mogelijk zijn, dit zal verder uitgewerkt worden.
- Het RIT werkt maximaal samen met de zorgaanbieder, samen wordt bepaald of een cliënt de stap naar beschermd thuis kan zetten. De zorgaanbieder moet duidelijk zijn in zijn communicatie richting de cliënt zodat de verwachtingen van een cliënt (ook i.v.m. de woning) duidelijk zijn. Terecht wordt opgemerkt dat in de Factsheet te strak staat omschreven dat het RIT bepaalt of een cliënt voor beschermd thuis in aanmerking komt.
- Er zijn momenteel nog weinig cliënten die deelnemen aan de pilot, het is een ingewikkelde situatie en er moesten al veel vraagstukken opgelost worden. Er is een extra budget beschikbaar gesteld voor deze pilot, dat houdt in dat als een cliënt overgaat deze niet meer ten laste komt van het budgetplafond van de aanbieder, er komen dus plekken vrij voor cliënten die nu op de wachtlijst staan. De pilot wordt afgesloten met een evaluatie inzake de ervaringen van aanbieders en cliënten.
- Bestuurlijk is de wens om ook voor beschermd wonen over te gaan op resultaatsturing en niet verder te gaan met ZZP's. Dit is met aanbieders tijdens accountgesprekken en een plenaire bijeenkomst besproken en daarin is onder andere aangegeven dat resultaatsturing mogelijk is als er een aantal elementen aan de resultatenmatrix worden toegevoegd (veiligheid van cliënten en begeleiders, verpleging en verschillende woonvormen). Het idee is om de financiering in de vorm van cliëntbudgetten te gaan doen en hier trajecten aan te hangen.
- In een later stadium zal in samenwerking met de financiële werkgroep besproken worden hoe de aanbesteding gedaan zal worden. In de vorm van klankbordgroepen zal dit nieuwe model vorm gegeven worden, HHM is gevraagd om hierin te ondersteunen. De planning is om in maart 2019 met het inkooptraject te gaan starten.
- Er wordt naar gewerkt om de tarieven 2019 in oktober van dit jaar vast te stellen.
- Er is specifieke aandacht voor cliënten met een Lvb. Met name de jongeren in deze doelgroep komen nu niet in aanmerking voor Wlz, deze krijgen nu ondersteuning via de Wmo (zowel beschermd wonen als ambulante ondersteuning). Hierover worden gesprekken met aanbieders gevoerd.

Nico Dam van HHM organiseert tussen nu en september 3 à 4 sessies met zorgaanbieders (klankbordgroep), na deze bijeenkomst kunnen aanbieders zich hiervoor aanmelden. Alvorens deze sessies starten zal het nieuwe model doorgemaild worden naar alle aanbieders.

04. Presentatie Tim Robbe

De gemeenten van de regio Alkmaar hebben tijdens de transitie van 2015 de nodige steun gehad van Bureau HHM en Tim Robbe. Zorgaanbieders hadden veel kennis over de doelgroep en de situatie van de oude AWBZ en gemeenten stonden destijds op achterstand. Er is dan ook gekozen om het bestuurlijk aanbestedingsmodel in te voeren omdat dat de mogelijkheid bood om met elkaar in te gesprek te gaan en kennis te delen.

De heer Tim Robbe is vandaag uitgenodigd om een lezing te geven waarin hij terugblik op de afgelopen 4 jaar waarin landelijk veel ervaring met bestuurlijk aanbesteden is opgedaan; ook geeft hij een doorkijk hoe de komende jaren verder samen gewerkt kan worden.

Hij constateert ook dat bestuurlijk aanbesteden niet meer zo werkt als een aantal jaren geleden.

- De meest aanbieders delen de mening dat de werkgroepenstructuur en de besluitvormingstructuur een zekere traagheid hebben, m.n. rond de toetsing van de achterban. Het kost veel tijd en moeite om iedereen bij elkaar te krijgen.
- Positief is dat het onderlinge contact tussen gemeenten en aanbieders heel goed is in deze regio.

Tim Robbe ziet dat er in het Sociaal Domein veel gedialogiseerd wordt en dat aanbieders en gemeenten hierdoor ook gefrustreerd en teleurgesteld kunnen raken. De doelstelling van de transitie was dat de hulpverlening zou verbeteren, efficiënter zou worden en dat er meer maatwerk geboden kon worden. In de praktijk heerst het gevoel dat echter cliënten helemaal vastlopen in hetgeen wat is afgesproken tussen gemeenten en aanbieders.

Robbe licht in dit verband twee thema's toe:

- Negatieve effecten van resultaatfinanciering
- Te weinig heldere doelstellingen

Resultaatfinanciering

Tim Robbe neemt als voorbeeld het doel "een schoon en leefbaar huis". Aanbieder moet samen met de cliënt een plan opstellen om dit te bereiken binnen het gestelde financiële kader.

Op het moment dat de kosten van de aanbieders stijgen, en de gemeente vasthoudt aan de resultaatfinanciering, ontstaat het risico dat de aanbieder minder uren zorg levert. Een aanbieder moet de continuïteit van de organisatie te waarborgen. Uit rekenkameronderzoeken is ook gebleken dat cliënten aangeven dat zij als gevolg van de invoering van resultaatsturing minder zorg krijgen, maar dit niet altijd aan durven te geven. In die gevallen is het wenselijk(er) om de feitelijke ureninzet van de professional te vergoeden.

Reacties zorgaanbieders :

- Alle systemen geven perverse prikkels.
- Jan Holman concludeert dat Tim Robbe een waarschuwing geeft dat bij resultaatsturing het risico aanwezig is dat dit ten koste gaat van de cliënt en dat het in bepaalde situaties beter kan zijn om over te stappen op P*Q-achtige modellen in combinatie met resultaatsturing. In deze regio speelt het probleem niet zoals de heer Robbe dit schetst.

Te weinig heldere doelstellingen

In de contracten die na de transitie met zorgaanbieders voor 2015 en verder zijn gesloten, wordt niet altijd duidelijk omschreven wat nou precies de doelen zijn, wat moet er bereikt worden en op welk niveau? Er staan mooie ambities in zoals "zorg dichtbij". Maar wat betekent dat nou voor een cliënt? Moet de zorg altijd in hun eigen gemeenten of buurt zijn? En wat als de zorg 100 kilometer beter bij de cliënt past?

Zorgaanbieders lopen in de praktijk (soms) ook vast door de doelen die in de contracten zijn geformuleerd. Er is bijvoorbeeld niet altijd goed vastgelegd welke zorg voor bepaalde profielen nodig is met als gevolg dat consultants dan niet weten welke dienstverlening een cliënt nodig heeft en welk profiel hierbij past. Als de zorg te laag wordt ingeschat gaat een cliënt naar een jurist, maar wordt de zorg te hoog ingeschat ontstaat er vaak een conflict tussen aanbieders en gemeenten. Afspraken moeten duidelijker en smart geformuleerd worden om deze discussies te verminderen.

Reacties zorgaanbieders :

- Het begin in 2015 was ingewikkeld maar door alle gesprekken zijn gemeenten en aanbieders elkaar beter gaan begrijpen. Door de transitie van de zorg naar gemeenten is het voor aanbieders mogelijk geworden om meer maatwerk te leveren. Dit komt omdat er nu meer op casusniveau gesproken kan worden, maar dat kan juist weer moeilijker worden als er rigide contracten opgesteld worden. De samenwerking in deze regio gaat heel erg goed.
- Het zou wel veel beter zijn om de professionals meer in hun kracht te zetten. Er wordt nu veel overlegd over de tarieven, administratieve problemen. Als dat niet meer nodig is gaat het echt over de zorg en de cliënt en staat de hulpverlener samen met de cliënt centraal.
- Er is nu een andere beweging in de samenleving, de burger komt meer centraal te staan en pakt zijn eigen regie. Dan is het lastig als er (te) strakke doelen in de contracten worden opgenomen.

Een belangrijke stap om minder langs elkaar heen te werken is om een woordenlijst te maken met concrete definities voor zowel aanbieders als gemeenten en vervolgens heldere doelen te stellen.

Er zijn 3 soorten doelen en gemeenten en zorgaanbieders maken over het algemeen gebruik van de verkeerde doelstellingen :

- Prestatiedoelen, per wanneer moet iets bereikt zijn. Dit werkt eigenlijk alleen bij makkelijk op te lossen problemen en bij organisaties die competitief ingesteld zijn en graag laten zien hoe goed ze zijn.
- Preventiedoelen, voorkomen dat een bepaalde situatie plaats vindt. Daarvan zegt het onderzoek dat het werkt bij complexere doelen en bij organisaties die aversie tegen risico's hebben. De focus ligt meer op hetgeen voorkomen moet worden, dat is het doel. Verbeteren mag natuurlijk ook.
- Leerdoelen. Wat wil je concreet aan kennis en vaardigheden opdoen en binnen welke termijn.

Advies van Tim Robbe is om de komende tijd meer doelgericht aan de slag te gaan, eerst veel leerdoelen vast te stellen, een aantal preventiedoelen en weinig prestatiedoelen. Er kunnen afspraken in het contract gemaakt worden en in kaart gebracht worden wat bijdraagt in de toename van kennis en of het voorkomen van situaties. Meer overgaan naar een leercultuur in plaats van een afrekencultuur. (als voorbeeld wordt besproken dat bij inzet van domotica niet direct bepaald moet worden of hierdoor minder personeel ingezet kan worden).

Reacties zorgaanbieders:

- Dit is een heel interessant verhaal. Preventie bij complexere doelen werkt, maar het kan wel resulteren dat instellingen risicomijdend gaan worden.

05. Afsluiting

Conclusie is dat gemeenten en aanbieders veel van elkaar kunnen leren en de komende periode moeten samenwerken voor de nieuwe aanbesteding, middels het uitwerken van definities en het stellen van concrete leerdoelen.