

Sturen op uitkomsten in de Wmo

Investeren in maatschappelijke participatie

November 2013

Inhoud

Kernboodschappen voor sturing op uitkomsten in de Wmo	4	
1	Inhoud en achtergrond van het project	8
1.1	Uitkomststuring in de genen van de organisatie	8
1.2	Toepassing in de Wmo	10
1.3	Afbakening	11
1.4	Totstandkoming van deze website	11
1.5	Verantwoording	12
1.6	Leeswijzer	12
2	Zelfstandig functioneren in de maatschappij	14
2.1	De Wmo stelt zelfredzaamheid en participatie centraal	14
2.2	Zelfredzaamheid en participatie nader bekeken: ICF	14
2.3	De opdracht voor gemeenten	16
2.4	Weinig bekend over zelfredzaamheid en participatie	18
2.5	Conclusie	18
3	De relevante uitkomsten in de Wmo	19
3.1	Doelbereik staat centraal	19
3.2	Nadelen van sturen op productie	20
3.3	Van sturen op productie naar sturen op waarde	21
3.4	Conclusie	22
4	Cliënten zelf zijn de belangrijkste bron van informatie	23
4.1	Het ICF als leidraad	23
4.2	Zelfredzaamheid en participatie zijn subjectieve maten	24
4.3	Het effect van het geheel aan ondersteuning telt	25
4.4	Patient-Reported Outcome Measures	25
4.5	Conclusie	26
5	IPA als uitkomstmeter	27
5.1	Criteria voor een meetinstrument dat past bij de Wmo	27
5.2	IPA als meetinstrument	27
5.3	Verskil met andere vragenlijsten	30
5.4	Pilot met IPA in uitvoering	32
5.5	Conclusie	33
6	Uitkomstmeting in de praktijk	34

6.1	Toepassingsmogelijkheden van uitkomstmeting	34
6.2	Organisatie en uitvoering van uitkomstmeting	35
6.3	Meetbare doelen voor zelfredzaamheid en participatie	36
6.4	Conclusie	37
7	Financiering en organisatie richten op zelfredzaamheid en participatie	39
7.1	Reorganisatie in het sociale domein: nulde, eerste en tweede lijn	39
7.2	Vergezicht: samenhang in ondersteuning	41
7.3	Vernieuwing van de beloningssystematiek	42
7.4	Vergezicht: populatiebesteding	45
7.5	Organisatie en financiering afstemmen op streefbeeld	47
8	Vernieuwingen in het aanbod	48
8.1	Gewenste veranderingen in organisatie	48
8.2	Inkoop op resultaten als tussenstap	49
8.3	Nieuwe samenwerkingsvormen	52
8.4	Samenhang in de piramide	53
9	... en bij gemeenten	56
9.1	Samenhang in het sociale domein	56
9.2	Ook over domeingrenzen heen	58
10	Andere financierings- en beloningssystematiek	59
10.1	Vergoeding voor trajecten of lump sum-bekostiging	59
10.2	<i>Lump sum</i> bekostiging	62
10.3	Belonen op resultaat: 'premie op ontzorgen'	63
10.4	Shared savings	66
10.5	Persoonsvolgend en persoonsgebonden budget	66
10.6	Positieve prikkels voor cliënten	67
10.7	Conclusie	67
11	Interactie met andere maatschappelijke domeinen	69
11.1	Participatie en arbeidsmarkt	69
11.2	Shared savings	70
11.3	Conclusie	71
12	Op weg naar meer waardecreatie	72
Bijlage 1.	Uitkomststuring in de Wmo: toepassing bij de inkoop	76

Kernboodschappen voor sturing op uitkomsten in de Wmo

1 Stel de beoogde uitkomsten centraal bij de inkoop van zorg en ondersteuning

Om zichtbaar te maken of de Wmo tot het beoogde doel leidt, moeten gemeenten in contracten met zorgaanbieders en welzijnsinstellingen van meet af aan vastleggen dat zij de maatschappelijke uitkomsten van ondersteuning gaan meten en evalueren. Behaalde uitkomsten zijn richtinggevend bij vervolgafspraken.

2 Zo zelfstandig mogelijk functioneren in de maatschappij, daar draait het om!

Het centrale doel van de Wmo is dat mensen met een beperking zo zelfstandig mogelijk functioneren in de samenleving. Dat lijkt een open deur, maar op dit moment is amper bekend in hoeverre mensen zelfstandig zijn of dat kunnen worden en welke rol hulp en ondersteuning daarbij spelen. Uitkomstmeting is onontbeerlijk om inzicht te krijgen in resultaten van maatschappelijke ondersteuning en richting te geven aan hervormingen in de Wmo..

3 Wat zijn de relevante uitkomsten?

Zijn inwoners met een beperking door de geboden ondersteuning mobieler, beter in staat om hun huishouden te voeren, mensen te ontmoeten en sociale contacten te onderhouden? Krijgen zij via werk of opleiding uitzicht op een volwaardige positie in de maatschappij? En welke kosten zijn daarmee gemoeid? Dat zijn de uitkomsten die een gemeente nodig heeft om beleid te ontwikkelen en publieke verantwoording af te leggen.

4 De cliënt centraal

Mensen zélf zijn de aangewezen bron van informatie over hun (zelf)redzaamheid en maatschappelijke participatie. Zij weten zelf het best hoe zij zich redden in huis en in de maatschappij. Uitkomstmeting moet daarom bij cliënten gebeuren. Dat sluit aan bij de internationale trend om Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) als uitkomstmaat te hanteren.

5 Impact op Participatie en Autonomie (IPA) als uitkomstmeter

Een bestaande en beproefde PROM die aansluit bij de doelen van de Wmo is de IPA. Dit instrument meet de ervaren (zelf)redzaamheid op individueel niveau en berekent op groepsniveau de (zelf)redzaamheid op vijf leefdoelgebieden: binnenshuis, buitenshuis, familierol, sociale relaties, werk en inkomen.

6 Van uitkomstmeting naar uitkomststuring

Uitkomstmeting geeft gemeenten informatie over de uitgangssituatie en de effecten van beleid. Daarmee kunnen meetbare, maatschappelijke doelen worden geformuleerd in het sociale domein. Naarmate meer informatie en kennis beschikbaar komen, kunnen afspraken en bekostigingswijzen van uitvoerders in het sociale domein daar beter op worden afgestemd.

7 Ook organisatie en financiering richten op zelfredzaamheid en participatie

Het meten van uitkomsten alleen is niet voldoende. Bevordering van zelfredzaamheid en participatie vraagt ook om veranderingen in de organisatie en financiering. Effectief beleid betekent dat het niet alleen 'minder', maar vooral ook 'anders' moet. Meer samenhang in het sociale domein en meer integraliteit in dienstverlening en financiering zijn daarbij sleutelwoorden. Uitkomstmeting is noodzakelijk om na te gaan of ingezette veranderingen het gewenste effect sorteren en of er geen inwoners buiten de boot vallen.

8 Vernieuwingen in het aanbod

Zolang uitkomstmeting nog in de kinderschoenen staat, zullen gemeenten moeten sturen op organisatie. Een verschuiving naar meer integrale en resultaatgerichte ondersteuning is nodig. Om professionals daarvoor ruimte en richting te geven, moeten gemeenten aanbieders vragen om, rekening houdend met het beschikbare budget, een aanpak inclusief meetbare resultaten richting meer zelfredzaamheid en participatie te ontwikkelen. Dat is ook de basis voor hun verantwoording ('experience reporting'). Gemeenten kunnen zo sturen op resultaat en een geleidelijke integratie van het aanbod.

9 ... en bij gemeenten

Ook intern moeten gemeenten zorgen voor meer samenhang in het maatschappelijk beleid. Met name de samenhang tussen Zorg & Welzijn en Werk & Inkomen biedt perspectieven. Werk kan een belangrijke bijdrage aan (zelf)redzaamheid leveren waardoor de behoefte aan ondersteuning afneemt. De Participatiewet vergroot de mogelijkheden en noodzaak voor gemeenten om daarmee synergievoordelen te behalen.

10 Andere financierings- en beloningssystematiek

Voor aanbieders moet het lonen om (zelf)redzaamheid en participatie tegen de laagst mogelijke kosten te realiseren. Aanbieders die erin slagen de eigen mogelijkheden van mensen met een beperking te benutten en vergroten en zo hun ondersteuningsbehoefte te verminderen, moeten daarvoor worden beloond: een premie op ‘ontzorgen’. Dat vraagt om integrale financieringsvormen die op benodigde capaciteit én resultaat zijn gebaseerd. Keuzevrijheid voor de cliënt is het best geborgd met persoonsvolgende of persoonsgebonden budgetten. Uitkomstmeting onder cliënten is nodig om te voorkómen dat ondersteuning onverantwoord wordt afgebouwd.

11 Interactie met andere maatschappelijke domeinen

Bevordering van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie beperkt zich niet tot de Wmo. Er zijn raakvlakken met tal van andere maatschappelijke domeinen, zoals wonen, werk, zorg, onderwijs en openbare orde. Aandacht voor wisselwerkingen en overloop-effecten is nodig om het belang van maatschappelijke ondersteuning op juiste waarde te schatten en afwenteling van kosten te voorkomen. Aantoonbare voordelen op andere beleidsterreinen kunnen helpen om effectieve ondersteuningarrangementen te financieren.

12 Stappenplan naar meer waardecreatie

De ontwikkeling van nieuwe organisatie- en financieringsvormen voor de Wmo is een zoektocht waarin gemeenten, zorgaanbieders en cliënten-(organisaties) gezamenlijk werken aan meer kwaliteit en doelmatigheid. Daarbij is het belangrijk een route uit te stippelen en voortgang te meten. Periodieke uitkomstmeting en -evaluatie stelt gemeenten in staat meer

kennis te ontwikkelen over doelmatige manieren om de zelfredzaamheid van hun inwoners te ondersteunen en daar hun beleid op af te stemmen.

1 Inhoud en achtergrond van het project

Deze website is tot stand gekomen in het kader van het project “Sturing op uitkomsten: kansen voor de Wmo – *value for money* als leidraad voor beleid”. Dit project wordt uitgevoerd door economisch onderzoeksbureau NYFER met financiële steun van de gemeenten Alkmaar, Apeldoorn, Eindhoven, Enschede, Tilburg en Zaanstad en het Transitiebureau Begeleiding in de Wmo van het Ministerie van VWS en de VNG.

Het project heeft tot doel de mogelijkheden voor “sturing op uitkomsten” in de nieuwe Wmo in kaart te brengen. Achterliggende gedachte daarbij is dat de overheveling van (delen van) de AWBZ en de jeugdzorg voor gemeenten hét moment is om uitkomststuring van meet af aan in het lokale beleid rond zorg en ondersteuning te verankeren. Inzicht in uitkomsten maakt beter onderbouwde beslissingen over de inzet van middelen mogelijk en draagt bij aan het maatschappelijk rendement van dienstverlening (*value for money*).

1.1 Uitkomststuring in de genen van de organisatie

De RVZ concludeerde in 2011 dat sturen op gezondheidsdoelen mogelijk en wenselijk is om de uitkomsten van cure en care in Nederland te verbeteren.¹ De Raad geeft aan dat daarvoor aan meerdere randvoorwaarden moet worden voldaan: op alle niveaus, van zorgverlening tot beleid, moet doelgericht worden gewerkt, uitkomstgegevens moeten beschikbaar zijn en als spiegelinformatie worden gebruikt, zorginkoop moet worden benut voor kwaliteitsverbetering en het bekostigingssysteem moet de juiste financiële prikkels geven.

De conclusies van de RVZ maken duidelijk dat uitkomststuring méér is dan het maken van prestatieafspraken en meten of die gehaald worden. Het stelsel waarbinnen die doelen worden gerealiseerd, moet in al zijn facetten doelgericht zijn. In de woorden van de Amerikaanse economen Brickley, Smith en Zimmerman: het stelsel moet doelgerichtheid in zijn *genen* hebben.²

¹ RVZ, 2011: *Sturen op gezondheidsdoelen*.

² Brickley, J.A., C.W. Smith en J.L. Zimmerman, 2004: *Managerial economics and organizational architecture*, McGraw-Hill, Boston.

Brickley et al. ontwikkelden een model vanuit de economische organisatietheorie dat de interne architectuur, het DNA, van een organisatie beschrijft, gezien vanuit de doelen van die organisatie. Aan de hand van het beeld van een **kruk met drie poten** beschrijven zij de belangrijkste componenten van die architectuur:

- de organisatiestructuur, met name de toedeling van beslissingsbevoegdheden en verantwoordelijkheden;
- de financiering: meer specifiek de wijze van beloning;
- het meten en evalueren van relevante uitkomsten.

Deze componenten vormen elk een poot van de kruk en moeten zó zijn ontworpen dat zij de doelstellingen ondersteunen en met elkaar in balans zijn. Als één van de poten ontbreekt of niet matcht met beide andere, wankelt de hele constructie. Met het ontwerp van de kruk wordt de basis gelegd voor succes of falen van de organisatie.

Figuur 1



1.2 Toepassing in de Wmo

Deze organisatieprincipes zijn onverkort van toepassing op de Wmo. De overheveling van Awbz-zorg naar de Wmo in combinatie met beperkte financiële reserves plaatst gemeenten voor de opgave om scherpe keuzes te maken bij de inkoop van maatschappelijke zorg en ondersteuning. Om de kwaliteit te bewaken is inzicht in uitkomsten van zorg onmisbaar en moeten organisatie en financiering van maatschappelijke ondersteuning afgestemd zijn op het doel om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van inwoners te bevorderen met minder collectieve uitgaven. De maatstaven die worden aangelegd om de effecten van de ondersteuning te meten, moeten de gewenste uitkomsten – zelfredzaamheid en participatie – weerspiegelen.

In het onderzoek hebben wij dit model gebruikt om uitkomststuring in de Wmo uit te werken. Naast de uitwerking van maatstaven om de gewenste uitkomsten te meten, wordt ook gekeken naar de randvoorwaarden bij de inrichting van het lokale ondersteuningsdomein en de bekostiging die het behalen van die uitkomsten bevorderen. Voortbouwend op ervaringen in Nederland en daarbuiten is een aanpak uitgewerkt die gemeenten handvatten biedt om de maatschappelijke effecten (uitkomsten) van ondersteuning centraal te stellen in de Wmo en de afspraken met aanbieders daarop af te stemmen.

Op deze manier wordt het voor gemeenten mogelijk om:

- maatschappelijke effecten te volgen: in hoeverre stelt de geboden ondersteuning inwoners met een beperking daadwerkelijk in staat om zelfstandig te blijven wonen en te participeren in de samenleving? Vallen er geen groepen tussen wal en schip?
- systematisch het Wmo-beleid te evalueren en ontwikkelen naar een optimaal samenspel tussen specialistische en algemene voorzieningen en het eigen sociale netwerk van cliënten;
- het inkoopbeleid af te stemmen op innovatie en kosteneffectiviteit van zorg- en ondersteuningsarrangementen in de gemeente of regio;
- onderbouwde afspraken te maken met zorgverzekeraars over co-financiering als preventieve effecten van lokale zorg en ondersteuning aantoonbaar zijn.

1.3 Afbakening

Dit onderzoek spitst zich toe op de (gespecialiseerde) zorg en ondersteuning die nu nog onder de Awbz valt, maar vanaf 2014/2015 onder gemeentelijke verantwoordelijkheid komt te vallen in het kader van de Wmo.

Gemeenten krijgen ook extra verantwoordelijkheden op het gebied van Jeugdzorg en Werk & Inkomen (de Participatiewet). In dit onderzoek komt de samenhang tussen het Wmo-beleid en de Participatiewet expliciet aan de orde. De Jeugdzorg komt niet uitdrukkelijk aan bod omdat de overlap met Awbz-taken beperkt is. Maar de hier uitgewerkte aanpak voor uitkomststuring is, mutatis mutandis, ook relevant voor de decentralisatie van Jeugdzorg.

1.4 Totstandkoming van deze website

Deze website is als volgt tot stand gekomen:

In het voorjaar 2013 heeft een vooronderzoek plaatsgevonden naar:

- de achtergrond en beleidsdoelen van de Wmo en de internationale context waarin die passen;
- de doelgroepen, ontwikkelingen in zorggebruik en perspectieven voor meer doelmatigheid van de te decentraliseren Awbz-taken;
- de ervaringen in binnen- en buitenland met uitkomstmeting en -sturing in de zorg;
- de criteria waaraan een meetinstrument voor uitkomsten in de Wmo moet voldoen en de selectie van een bestaand instrument – de IPA – dat daaraan voldoet;³
- de randvoorwaarden die uitkomststuring stelt aan de architectuur van een organisatie (stelsel), aan de hand van een economisch model ontwikkeld door Brickley, Smith en Zimmerman.

De resultaten van het vooronderzoek zijn gepresenteerd aan de deelnemende gemeenten en het Transitiebureau en gepubliceerd in mei 2013. Zij zijn te vinden op de website van NYFER (www.nyfer.nl).⁴

³ Hogeschool Zuyd, gespecialiseerd in meetinstrumenten in de zorg, heeft hierbij een adviesrol vervuld.

⁴ NYFER, 2013: *Rapportage vooronderzoek en aftrapbijeenkomst – project Sturing op uitkomsten in de Wmo*.

Vervolgens zijn de resultaten van het vooronderzoek besproken met stakeholders in deelnemende gemeenten. Hun feedback is gebruikt voor de verdere uitwerking en aanscherping van het voorstel voor uitkomststuring in de Wmo. Daarnaast is een pilot gestart met de IPA-vragenlijst onder cliënten van enkele thuiszorgorganisaties en één VG zorginstelling.

Het onderzoek is nog niet volledig afgerond: op dit moment wordt nog verder uitgewerkt hoe uitkomststuring kan worden ingebed in het proces van inkoop en opdrachtgeverschap van gemeenten. De eerste uitkomsten daarvan zijn te vinden in Bijlage 1 bij dit rapport. Bovendien zullen de resultaten van de pilot worden verwerkt en geanalyseerd.⁵ Eind 2013 zal de definitieve versie van “Sturing op Uitkomsten in de Wmo” verschijnen.

1.5 Verantwoording

De ideeën die hier worden gepresenteerd zijn ontwikkeld door NYFER en getoetst en aangescherpt met de inbreng en feedback van deelnemende gemeenten en het Transitiebureau. Visie en adviezen in dit rapport zijn van NYFER en hoeven niet noodzakelijkerwijs overeen te stemmen met die van het Transitiebureau of deelnemende gemeenten.

Dit onderzoek “Sturen op uitkomsten in de Wmo” sluit aan bij andere onderzoeken en adviezen die op de website van het Transitiebureau te vinden zijn, met name de rapportage “Bekostigingsmodellen Wmo” van onderzoeksbureau Significant en “Sturing en bekostiging van de tweedelij” van KPMG Plexus. Daarnaast is aangesloten bij de handreiking “Opdrachtgever- en ondernemerschap”, die het Transitiebureau in 2012 publiceerde. Met de opstellers van deze rapportages heeft afstemming plaatsgevonden.

1.6 Leeswijzer

De informatie en adviezen op deze site monden uit in twaalf kernboodschappen die bij het meten van c.q. sturen op uitkomsten aan de orde zijn. Deze boodschappen zijn hiervoor weergegeven met een beknopte toelichting. Wie doorklikt naar de corresponderende hoofdstukken krijgt

⁵ Dit gebeurt in samenwerking met de Utrecht School of Economics van de Universiteit van Utrecht.

meer achtergronden, praktijkvoorbeelden, uitwerking en theoretische onderbouwing.

1.7 Tot slot

Wij zijn allen die met commentaar, advies en suggesties hebben bijgedragen aan dit onderzoek, erkentelijk voor hun inbreng. Wij hopen dat gemeenten baat hebben bij de informatie, adviezen en voorbeelden op deze site en staan open voor aanvullende suggesties, praktijkvoorbeelden, tips en vragen.

2 Zelfstandig functioneren in de maatschappij

Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zijn de centrale begrippen bij de drie Decentralisaties in het sociale domein. Wat wordt daaronder verstaan en waarom zijn die begrippen zo belangrijk? En hoe staat het met de huidige zelfredzaamheid en participatie van mensen met beperkingen?

2.1 De Wmo stelt zelfredzaamheid en participatie centraal

Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie – dat zijn de centrale doelstellingen van de Wmo. Iedereen moet zoveel mogelijk op eigen kracht functioneren en meedoen in de samenleving. Niet de beperkingen, maar de mogelijkheden van mensen staan voorop. Ondersteuning wordt alleen geboden als de eigen kracht tekort schiet en is gericht op het versterken van de eigen mogelijkheden. Daarmee zijn mensen zelf het best geholpen, zo is de gedachte. Een tweede motivatie ligt in het kostenaspect: de directe uitgaven aan ondersteuning zijn hoog, maar de maatschappelijke kosten van non-participatie zijn nog vele malen hoger.

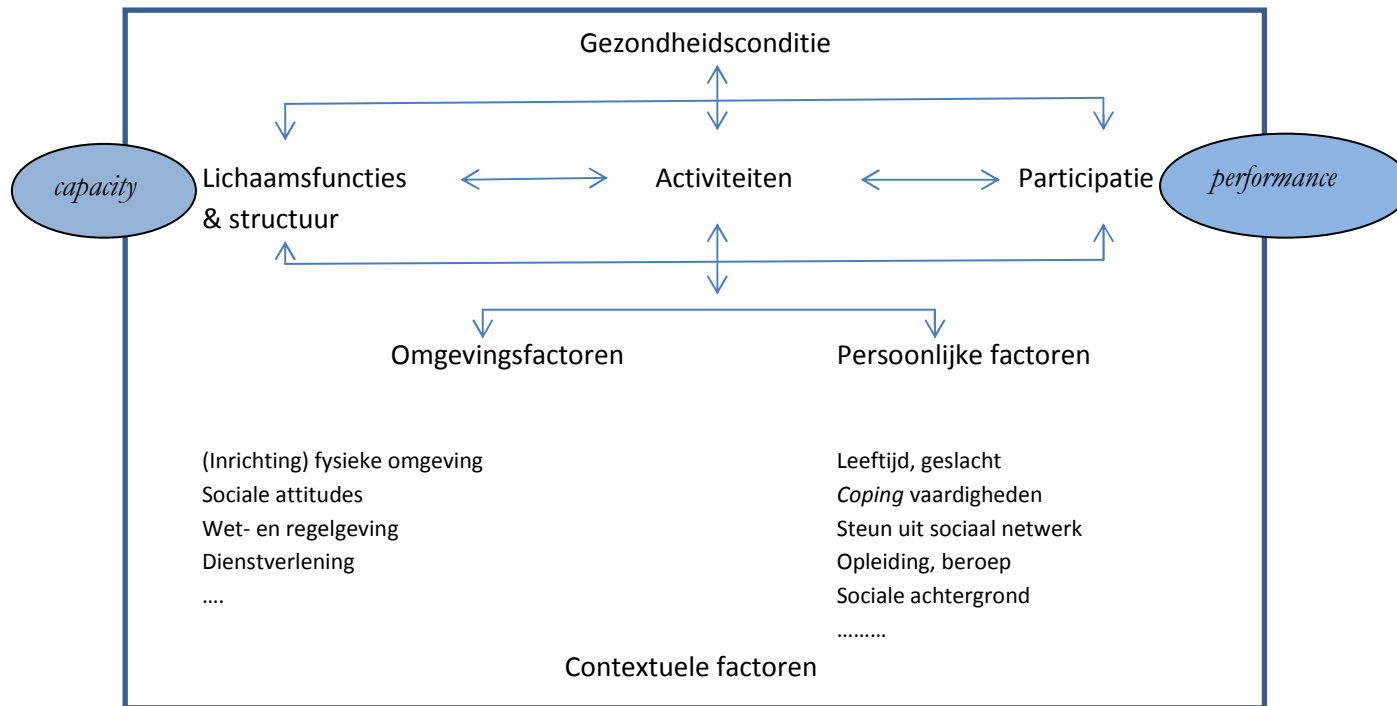
2.2 Zelfredzaamheid en participatie nader bekeken: ICF

Deze kentering in denkwijze past in een internationale trend. In 2001 ratificeerde de Wereldgezondheidsorganisatie de International Classification of Functioning, Disability and Health, kortweg ICF. Dit markeerde een verschuiving van focus naar het **functioneren** van mensen met een beperking in plaats van de beperking centraal te stellen. Achterliggende reden is het feit dat wereldwijd steeds meer mensen met een langdurige aandoening te maken krijgen en samenlevingen het zich simpelweg niet kunnen permitteren deze grote groepen aan de kant te laten staan.⁶ Ook was er aanhoudende druk vanuit de georganiseerde gehandicapten zelf, die de nadruk op hun beperkingen (de medische benadering) als stigmatiserend ervoeren en er op wezen dat het kunnen functioneren in de maatschappij (de sociale invalshoek) voor hen minstens zo belangrijk is.⁷

⁶ WHO, 2002: *Towards a common language for functioning, disability and health: ICF – the International Classification of Functioning, Disability and Health*, Geneve

⁷ Dahl, Tóra H., 2002: *International Classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research*.

Figuur 2 Het ICF model



Bron: WHO, 2002

Het ICF model (zie figuur 2) integreert de medische en sociale benadering van gezondheid. Het schetst het verschil tussen iemands objectieve fysieke kenmerken (*capacity*) en zijn functioneren in de maatschappij (*performance*). De stap van *capacity* naar *performance* wordt beïnvloed door individuele kenmerken (veerkracht, sociaal netwerk, opleidingsniveau enz.) en de maatschappelijke context (attitudes, dienstverlening, fysieke omgeving, wet- en regelgeving, enz.): de mate van inclusiviteit van de samenleving.

Het functioneren van mensen is dus geen strikt persoonlijke aangelegenheid, ook de brede maatschappelijke omgeving speelt een belangrijke rol.

2.3 De opdracht voor gemeenten

In de nieuwe (concept) Wmo wordt de gemeente verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning van haar burgers op een breed terrein.⁸ Eén van de wettelijke verantwoordelijkheden is het “bieden van maatwerkvoorzieningen ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie aan ingezetenen die daartoe op eigen kracht of met hulp van personen uit hun sociale netwerk niet of onvoldoende in staat zijn”.⁹ De aanspraken op extramurale zorg in de Awbz komen te vervallen en de bijbehorende budgetten worden, met een aanzienlijke korting, overgeheveld naar gemeenten.

De inhoudelijke omslag in de ondersteuning (van “zorgen voor” naar “zorgen dat”) wordt zo met financiële druk in een versnelling gebracht. Omdat er veel minder middelen zijn, móeten gemeenten de maatschappelijke ondersteuning wel hervormen. Daarbij krijgen zij aanzienlijke beleidsvrijheid om maatwerk te leveren. Zo kan tegen lagere kosten toch kwalitatief goede ondersteuning worden geboden, verwacht de wetgever: “ieder mens is verschillend in zijn voorkeuren, mogelijkheden, sociale netwerk en leefsituatie. Mensen zijn dan ook beter geholpen met ondersteuning op maat dan met een ‘one size fits all’ benadering.” Voor de betrokken mensen betekent dit een omslag van uniforme rechten op een vaststaand zorgaanbod naar ondersteuning op maat.

⁸ Memorie van Toelichting Wmo 2015. Conceptversie dd 18-7-2013.

⁹ Wetsvoorstel nieuwe Wmo 2015. Conceptversie dd 18-7-2013.

Box 1. Geen uitzicht op genezing, wel meer zelfredzaamheid

Marjan¹⁰ (44 jaar) hield enkele jaren geleden een dwarslaesie over aan een noodlottige val tijdens haar werk. Ze woont nog altijd zelfstandig maar heeft bij vrijwel alles - behalve slapen - hulp nodig. Een aantal dingen in haar huis, zoals het openen van de voordeur of de waterkraan opendraaien, kon zij zelf aansturen door codes te puffen in een pijpje. Daarbij moest zij haar hoofd optillen en kracht zetten. Met een gebroken nek en codes tot 999 was dat een vermoeiende bezigheid. Bediening van telefoon, computer, radio en tv zaten niet in dit systeem. Daarvoor was Marjan aangewezen op een verzorgende.

Sinds een klein jaar heeft Marjan ondersteuning van een spraakgestuurde virtuele assistente: Anne. Daarmee kan zij voor het eerst sinds lange tijd weer zelf telefoneren en e-mailen. Anne beheert ook haar agenda en herinnert haar aan belangrijke zaken als het innemen van medicijnen. Marjan kan zelf afspraken inplannen en afhandelen via beeldbellen, boodschappenlijstjes maken, haar lievelingsmuziek opzetten op moeilijke momenten of een website openen met leuke filmpjes zodat ze moet lachen. Als mantelzorgers alles klaarzetten, kan Marjan koffie zetten voor haar gasten of het eten klaarmaken in de magnetron. Natuurlijk moet er nog wel iemand komen om Marjan te helpen met opeten.

Marjans hoofd en nek krijgen aanzienlijk meer rust sinds de komst van Anne. Maar belangrijker nog is dat de 'gewone wereld' voor Marjan weer bereikbaar is. Haar sociale contacten zijn enorm verbeterd. Ze is actief geworden in de vereniging voor dwarslaesie patiënten en helpt anderen op grond van haar eigen ervaringen. Het gevoel iets te kunnen betekenen voor de buitenwereld, weer mee te tellen in de maatschappij is voor haar de belangrijkste plus die Anne heeft gebracht. Ook hebben haar mantelzorgers meer rust en vrijheid nu Marjan meer dingen zelf kan. De wetenschap dat Marjan hen via Anne kan bellen als dat nodig is, geeft hun ruimte als ze 'dienst' hebben.

De zorgbehoefte van Marjan is afgenomen van 17 naar 15,5 uur per etmaal. Kostentechnisch gezien betekent dit dat de investering van een virtuele assistente in tien weken is terugverdiend.¹¹ Daarin zijn de immateriële baten voor Marjan, haar directe omgeving en de maatschappij niet meegenomen: zij vertegenwoordigen een onschatbare waarde.

Bron: interview met Marjan, oktober 2013.

De maatstaven waaraan de ondersteuning nieuwe stijl moet voldoen, zijn:

- bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van betrokkenen,
- tegen lagere collectieve uitgaven.

¹⁰ Deze casus is op werkelijkheid gebaseerd. De naam Marjan is gefingeerd op verzoek van de hoofdpersoon.

¹¹ Uitgaande van een uurtarief van € 26 voor persoonlijke verzorging en een kostprijs van € 2750 (ex btw) van de virtuele assistente.

2.4 Weinig bekend over zelfredzaamheid en participatie

Ondanks alle retoriek is er maar weinig bekend over zelfredzaamheid en participatie van de inwoners aan wie gemeenten een maatwerkvoorziening moeten gaan bieden. Hoewel ook in de Awbz de ondersteuning formeel tot doel heeft de zelfredzaamheid te bevorderen, is er weinig aandacht besteed aan de gerealiseerde zelfredzaamheid. Dat heeft alles te maken met het feit dat de zorgverlening tot nu toe vooral wordt ingekocht en afgerekend op de verleende hoeveelheid zorg ('productie') en niet op resultaten ('uitkomsten').

Wethouders van gemeenten staan nu voor de opgave om de ondersteuning van kwetsbare inwoners op een nieuwe leest te schoeien. Het welbevinden, de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van deze inwoners staan daarbij voorop. Zolang onduidelijk blijft wat die zelfredzaamheid en participatie zijn, of die voor iedereen in dezelfde mate haalbaar zijn en welke rol ondersteuning daarbij speelt, is het moeilijk, zo niet ondoenlijk, om te sturen op het gewenste maatschappelijke resultaat.

Het is dus zaak om meer inzicht te ontwikkelen in de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking en de rol die ondersteuning daarbij speelt. De op handen zijnde stelselwijziging is hét moment om daarmee een begin te maken. Door de uitkomsten van ondersteuning van meet af aan in de nieuwe afspraken te betrekken, komt de focus te liggen waar die hoort: op het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van inwoners met een beperking.

2.5 Conclusie

Bij de decentralisatie van Awbz-taken krijgen gemeenten als doel de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een beperking te bevorderen. Dat is een fundamentele verschuiving van een medische naar een meer sociale benadering. Er is echter nauwelijks informatie beschikbaar over zelfredzaamheid en participatie van mensen. Daar moet verandering in komen, willen gemeenten daadwerkelijk kunnen sturen op maatschappelijke effecten.

3 De relevante uitkomsten in de Wmo

De doelen van de Wmo zijn helder omschreven in de (concept) wettekst: het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van inwoners met een beperking en terugbrengen van de (collectieve) uitgaven die daarmee zijn gemoeid. De relevante uitkomsten voor een gemeente zijn daaruit direct af te leiden.

3.1 Doelbereik staat centraal

De centrale uitkomsten waar het bij de aansturing en verantwoording van maatschappelijke ondersteuning om draait, zijn:

- worden mensen met een beperking zelfredzamer en kunnen zij beter participeren in de samenleving dankzij de geboden ondersteuning?
- welke kosten zijn daarmee gemoeid?

Om groeiende aantallen mensen kwalitatief hoogwaardige en effectieve ondersteuning te kunnen blijven bieden met minder budget, is zicht op het uiteindelijke resultaat noodzakelijk. Internationaal is er steeds meer erkenning dat het eindresultaat van zorg of ondersteuning een doorslaggevende maatstaf is voor kwaliteit. Dat inzicht komt voort uit jarenlange inspanningen rond kwaliteitsbevordering in de zorg, die zich vooral richtten op structuur-, proces- en inputmaten van de uitvoering. Hoewel niet onbelangrijk, zijn deze kwaliteitsmaten geen garantie voor goede uitkomsten. En dat is wel wat telt: niet 'wat wordt gedaan' maar 'wat wordt bereikt' is bepalend voor de vraag of middelen doelmatig worden ingezet.

De focus op maatschappelijke uitkomsten is nieuw in de uitvoeringsorganisatie van zorg en ondersteuning. Tot nu toe heeft steeds de hoeveelheid verleende zorg of ondersteuning centraal gestaan, los van het resultaat. Sturing op uitkomsten betekent een grote omslag ten opzichte van de huidige praktijk. Er is echter groeiende consensus dat sturen op uitkomsten, ook in de medische en sociale wereld, de voorkeur verdient boven sturen op productie.

3.2 Nadelen van sturen op productie

Niet alleen in Nederland, in vrijwel de hele westerse wereld is het besef doorgedrongen dat belonen voor de hoeveelheid geleverde zorg of ondersteuning nadelen met zich meebrengt. De twee belangrijkste nadelen van deze financieringssystematiek zijn:

- het leidt gemakkelijk tot te veel of te weinig zorg of ondersteuning. Aanbieders hebben prikkels om hun dienstverlening af te stemmen op de beloning die zij daarvoor ontvangen. Lucratieve diensten worden gemaximaliseerd, ongeacht of dat nodig is voor een goed resultaat. In de care komt 'ontzorgen' zo niet van de grond. Minder lucratieve diensten worden niet of te weinig geleverd, ook als zij wel van belang zijn om het beoogde resultaat te behalen. Dat leidt bijvoorbeeld tot onderinvestering in preventie;
- productiesturing remt innovatie. Contracteren op producten vergt een beschrijving en prijsstelling vooraf van de te verlenen diensten. Zo gaat de opdrachtgever feitelijk op de stoel van de professional zitten. Zorgaanbieders zijn gedwongen om hun zorg en ondersteuning tot bestaande producten te beperken. Voor andere diensten, hoe effectief en efficiënt ook, krijgen zij immers geen vergoeding. Toelating van nieuwe producten is, zeker in een gecentraliseerd stelsel, een langdurig proces omdat meer producten al snel meer kosten betekenen: substitutie is immers niet centraal af te dwingen. Het verklaart waarom de mogelijkheden van bijvoorbeeld beeldschermzorg en domotica tot nu toe amper zijn benut in de langdurige ondersteuning. Juist nu is die innovatie hard nodig om nieuwe en (kosten)effectieve vormen van ondersteuning te ontwikkelen.

Daarnaast gaat er van de financiering van enkelvoudige producten geen enkele prikkel uit om de samenwerking en integratie van het aanbod te stimuleren. Dat is wel wenselijk omdat de meeste mensen die zorg of ondersteuning ontvangen, van meerdere diensten gebruik maken. Zolang aanbieders alleen doelmatigheid voor hun eigen product nastreven en niet voor het integrale dienstenpakket omdat dit buiten hun (financiële) verantwoordelijkheid valt, kan de afstemming tot problemen en suboptimale uitkomsten leiden. Iemand die werkt bij een sociale werkplaats, kan dat bijvoorbeeld moeilijk combineren met hulp in de huishouding als zijn

aanwezigheid thuis daarbij een vereiste is. Zo kan meer zelfredzaamheid buitenshuis ten koste gaan van het voeren van zijn huishouding. Door aanbieders verantwoordelijk te maken voor een breder dienstenpakket kan de doelmatigheid toenemen. Zo heeft het combineren van de vergoeding voor dagbesteding en vervoer in de Awbz geleid tot grote besparingen.

3.3 Van sturen op productie naar sturen op waarde

Onder druk van de financiële krapte moeten gemeenten keuzes maken rond maatschappelijke ondersteuning. Daarbij is het essentieel dat de schaarse middelen zo doelmatig mogelijk worden ingezet om zoveel mogelijk resultaat te boeken. Het draait om de optimale allocatie van middelen, zodat de ondersteuning zoveel mogelijk **waarde** creëert.

In het model van de organisatie-architectuur, de kruk met drie poten, is de gecreëerde waarde de relatie tussen de gemeten (maatschappelijke) uitkomsten en de financiële middelen die daarvoor zijn ingezet.

Figuur 3 Waarde van maatschappelijke ondersteuning



3.4 Conclusie

De relevante uitkomsten in de Wmo zijn de gerealiseerde zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een beperking, en de daaraan verbonden uitgaven aan maatschappelijke ondersteuning. Samen geven deze de waarde van ondersteuning aan. Gemeenten moeten deze uitkomsten meten om te kunnen sturen op en verantwoording af te leggen over maatschappelijke resultaten. De omslag van een productiegericht naar een waardegericht stelsel is cruciaal om kwalitatief goede ondersteuning te bieden aan groeiende groepen mensen, ook nu er minder middelen beschikbaar zijn.

4 Cliënten zelf zijn de belangrijkste bron van informatie

Uitkomstmeting is nodig om te sturen op maatschappelijke resultaten. Het meten van uitgaven is relatief eenvoudig. Maar hoe zijn zelfredzaamheid en participatie te meten?

4.1 Het ICF als leidraad

Zelfredzaamheid en participatie zijn abstracte begrippen die geoperationaliseerd moeten worden om ze te kunnen meten. Het ICF onderscheidt negen domeinen van activiteiten en participatie, die daarvoor handvatten bieden:

1. leren en toepassen van kennis
2. algemene taken en eisen
3. communicatie
4. mobiliteit
5. persoonlijke verzorging
6. thuis leven (*domestic life*)
7. interpersoonlijke interacties en relaties
8. belangrijke levensgebieden (bv werk)
9. sociale en burgerrollen

Een aantal van deze domeinen is in de huidige Wmo overgenomen als zogenaamde prestatievelden: mobiliteit, het voeren van een huishouden, mensen kunnen ontmoeten en sociale relaties aangaan. Ook in de nieuwe (concept) wettekst worden deze genoemd (zij het niet als prestatieveld). Bovendien wordt daaraan toegevoegd: 'regie kunnen voeren over het eigen leven'.

Bij het meten van uitkomsten in termen van zelfredzaamheid en participatie staat het functioneren op de ICF domeinen centraal.

4.2 Zelfredzaamheid en participatie zijn subjectieve maten

“De ultieme maat om de kwaliteit van zorg te beoordelen, is of het de patiënten (en hun families) naar hun oordeel helpt. Alles wat de patiënt of diens familie niet helpt, is per definitie verspilling, ongeacht of professionals en hun organisaties die hulp belangrijk vinden en in ere houden” (Berwick, 1997).¹²

Bovenstaande uitspraak van Berwick gaat over de curatieve zorg. Maar de redenering geldt evenzeer voor de langdurige zorg en ondersteuning.

Met de verschuiving van de focus van ziektes en beperkingen naar gezondheid en functioneren, komt de cliënt zelf meer centraal te staan. Dat betekent ook dat subjectieve maten als ervaren gezondheid, zelfredzaamheid en welbevinden aan belang winnen. Niet de objectieve, medisch-technische maten bepalen hoe mensen functioneren, maar persoonsgebonden en omgevingsfactoren spelen daarin een doorslaggevende rol.¹³

Het RIVM stelt dat bij het bevorderen van zelfredzaamheid, maatschappelijke participatie en kwaliteit van leven vooral het voorkómen of terugdringen van beperkingen in het functioneren van belang zijn.¹⁴ Anders dan de objectieve gezondheid (het hebben van een ziekte of aandoening), zijn deze beperkingen mede bepaald door de subjectieve ervaring, samenhangend met de verwachtingen en behoeften van het individu.¹⁵ Mensen kunnen zich bijvoorbeeld eenzaam voelen met veel mensen om zich heen, of helemaal niet eenzaam zijn met een klein sociaal netwerk. Dit hangt af van hun eigen beoordeling van de kwaliteit van de contacten.¹⁶

Zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zijn dus geen objectief vast te stellen grootheden. Iedere persoon hanteert daarvoor tot op zekere hoogte eigen, subjectieve maatstaven. Om te meten in hoeverre

¹² Berwick, D.M., 1997: 'Medical associations: guilds or leaders', in: *British Medical Journal*, vol. 314, no 7094, p. 1564.

¹³ Devlin, Nancy J. en John Appleby, 2010: Getting the most out of PROMs. Putting health outcomes at the heart of NHS decision making, The King's Fund, London.

¹⁴ RIVM, 2011: *Gezond ouder worden in Nederland*, Bilthoven.

¹⁵ Sprangers, M.A.G., 2009: 'Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?', in: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven.

¹⁶ De Jong Gierveld, J., en T. van Tilburg, 2007: 'Uitwerking en definitie van het begrip eenzaamheid', in: Van Tilburg, T en J. de Jong Gierveld (redactie), *Zicht op eenzaamheid: achtergronden, oorzaken en aanpak*, Van Gorcum, Assen.

maatschappelijke ondersteuning leidt tot de beoogde zelfredzaamheid en participatie, zijn het dus de cliënten zelf die dat moeten beoordelen.

Er kan een spanningsveld bestaan tussen maatschappelijke normen en persoonlijke normen. Zo kan iemand die langdurig afhankelijk is van een uitkering zich met die situatie hebben verzoend en zijn zelfredzaamheid en participatie als goed ervaren, terwijl de maatschappij het hebben van een uitkering als een gebrek aan zelfredzaamheid ziet. Door de subjectieve informatie aan objectieve data te koppelen, komen dergelijke verschillen aan de oppervlakte. Dat doet echter niets af aan de waarde van de subjectieve beoordeling van zelfredzaamheid en participatie door de betrokken personen zelf.

4.3 Het effect van het geheel aan ondersteuning telt

Naast normatieve redenen om zelfredzaamheid en participatie door de betrokken personen zelf te laten beoordelen, is er ook een objectieve reden waarom dat niet anders kán. De ondersteuning die mensen met een beperking ontvangen, bestaat doorgaans uit verschillende hulpmiddelen en diensten. Het geheel aan ondersteuning, plus de rol van het eigen sociale netwerk én de mate van inclusiviteit van de bredere maatschappelijke context is van belang voor de zelfredzaamheid en participatie van cliënten. De betrokken persoon zelf is de enige die dat totaalresultaat kent. Professionele ondersteuners die verantwoordelijk zijn voor één component, hebben geen overzicht over het totaal. Als een cliënt zelf dat niet kan, om redenen van cognitieve beperkingen bijvoorbeeld, is iemand uit het eigen netwerk die dagelijks contact heeft met betrokkene (een partner of mantelzorger bijvoorbeeld) de ‘second best’-optie om de mate van zelfredzaamheid en participatie te bepalen.

4.4 Patient-Reported Outcome Measures

De groeiende erkenning dat de ervaren effecten van zorg en ondersteuning door cliënten een belangrijke maat zijn voor kwaliteit, heeft geleid tot de ontwikkeling van nieuwe instrumenten om die effecten te kunnen meten onder grote groepen cliënten. Dit zijn de zogenaamde *Patient-Reported Outcome Measures* (PROMs). Een PROM is een gestructureerde vragenlijst

waarin de cliënt wordt gevraagd naar zijn gezondheid en functioneren vanuit zijn eigen gezichtspunt.¹⁷

Inmiddels zijn er vele PROM vragenlijsten ontwikkeld, zowel specifiek (gericht op een bepaalde aandoening of medische interventie) als generiek (gericht op kwaliteit van leven, welbevinden en functioneren). In de VS en het Verenigd Koninkrijk wordt het gebruik van PROMs gezien als een belangrijk middel om het cliëntperspectief in de aansturing en besluitvorming van gezondheidszorg centraal te stellen.

4.5 Conclusie

Het ICF biedt praktische aanknopingspunten om zelfredzaamheid te meten in de vorm van domeinen van activiteiten en participatie. Uitkomsten in termen van zelfredzaamheid en participatie kunnen het best door cliënten zelf worden gerapporteerd. Om dat op een betrouwbare en gestructureerde manier te doen, zijn zogenaamde *Patient-Reported Outcome Measures* een goed instrument. In het kader van de Wmo zou de term *Person-Reported Outcome Measure* overigens passender zijn.

¹⁷ Devlin, Nancy J. en John Appleby, 2010: Getting the most out of PROMs. Putting health outcomes at the heart of NHS decision making, The King's Fund, London.

5 IPA als uitkomstmeter

Een potentieel kansrijk instrument om de maatschappelijke uitkomsten in de Wmo te meten, is de vragenlijst Impact op Participatie en Autonomie. Dit instrument is in 1998 ontwikkeld vanuit de revalidatiegeneeskunde en wordt in binnen- en buitenland gebruikt. In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we tot de keuze van deze vragenlijst zijn gekomen en welke uitkomsten de IPA oplevert.

5.1 Criteria voor een meetinstrument dat past bij de Wmo

Wereldwijd gezien bestaan er letterlijk duizenden PROM's.¹⁸ In de Nederlandse taal zijn er aanzienlijk minder, maar het gaat nog altijd om honderden. Hogeschool Zuyd heeft de meeste daarvan verzameld en informatie over achtergrond, doel en betrouwbaarheid gsystematiseerd op de website www.meetinstrumentenzorg.nl. Deze instrumenten hebben we gescreend op toepasbaarheid voor de Wmo.

Uitgangspunten daarbij waren dat de vragenlijst voldeed aan de volgende selectiecriteria:

- *performance* als relevante uitkomst: de effecten van Wmo-ondersteuning zijn af te lezen aan iemands functioneren mét de geboden ondersteuning. Alle instrumenten met een diagnostisch doel (vaststellen van iemands (on)gezondheid of mate van beperking) vallen daarmee af;
- aansluiting bij de participatiedomeinen van het ICF/Wmo;
- gericht op het perspectief en de ervaring van de cliënt zelf;
- generiek, geschikt voor iedereen (los van specifieke beperkingen)
- methodologische eisen: een gevalideerd instrument dat betrouwbaar en responsief is.

5.2 IPA als meetinstrument

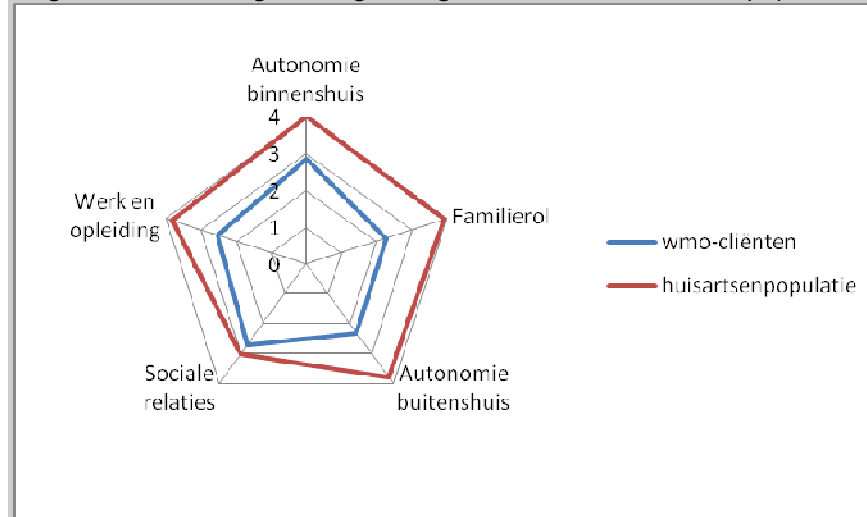
¹⁸ Devlin, Nancy J. en John Appleby, 2010: Getting the most out of PROMs. Putting health outcomes at the heart of NHS decision making, The King's Fund, London.

De vragenlijst die het beste voldoet aan de hierboven geformuleerde eisen is de IPA: Impact op Participatie en Autonomie. Deze vragenlijst is in 1998 vanuit de revalidatiegeneeskunde ontwikkeld door Nivel en wordt sindsdien in binnen- en buitenland toegepast. De IPA neemt het cliëntenperspectief als uitgangspunt, is eenvoudig in te vullen (het taalgebruik is afgestemd op een breed publiek) en bestrijkt de leefdomeinen van het ICF. De vragenlijst voldoet aan wetenschappelijke vereisten van betrouwbaarheid, validiteit en responsiviteit. [Klik hier om de vragenlijst IPA in te zien](#). Een uitgebreide toelichting op de vragenlijst is te vinden op de website over meetinstrumenten in de zorg van Hogeschool Zuyd:

http://www.meetinstrumentenzorg.nl/Portals/0/bestanden/15_1_N.pdf

Daarnaast is een sterk punt van het instrument dat de gemeten resultaten op populatieniveau in één oogopslag de (zelf)redzaamheid en participatie weergeven op vijf leefdomeinen die voor iedereen herkenbaar zijn. Een meting onder de bevolking als geheel geeft referentiewaarden waaruit blijkt in hoeverre mensen met een beperking een 'gewoon' leven kunnen leiden. Dat doet recht aan de geest van de Wmo (inclusiviteit) en biedt gemeenten ook de mogelijkheid om doelen te stellen op basis van lokale beleidsprioriteiten en te monitoren welke effecten dit heeft onder de doelgroep. Voor de ene gemeente kan dat het verhogen van de arbeidsparticipatie zijn, voor een andere het verbeteren van de toegankelijkheid van de openbare ruimte om de autonomie buitenshuis te vergroten.

Figuur 4. Mate van (zelf)redzaamheid en participatie van mensen die Wmo-zorg en ondersteuning ontvangen vergeleken met een huisartsenpopulatie

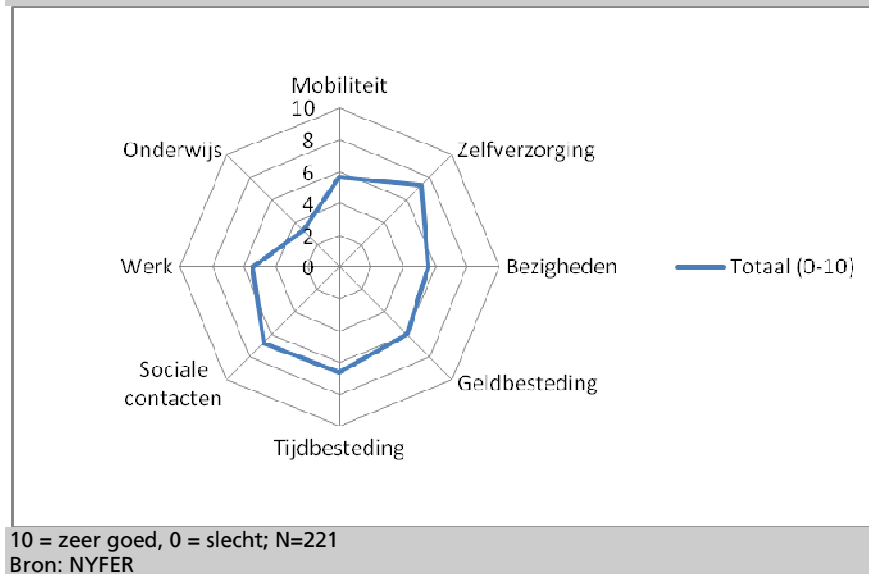


4 = zeer goed, 0 = slecht

Bron: Hogeschool Zuyd, bewerkt door NYFER. Voor een uitgebreide toelichting op het meetinstrument, zie www.meetinstrumentenindezorg.nl

De score op de IPA is een samenstel van scores op afzonderlijke gebieden, zoals mobiliteit, zelfverzorging en tijdsbesteding en ontspanning. De uitkomsten op deze gebieden kunnen uiteraard ook afzonderlijk in beeld worden gebracht. Omdat NYFER aan de IPA vragenlijst extra vragen heeft toegevoegd over de bijdrage die ondersteuning en hulpmiddelen leveren aan bijvoorbeeld mobiliteit en zelfverzorging, kan een verband worden gelegd tussen de ontvangen ondersteuning en de mate van autonomie op het betreffende gebied. Dat is belangrijke beleidsinformatie voor gemeenten die de ondersteuning en hulpmiddelen bekostigen. Figuur 5 toont de scores op afzonderlijke componenten van de vragenlijst op een schaal van 1-10. Het gaat in deze figuur voornamelijk om oudere cliënten, waardoor de scores op de gebieden ‘werk’ en ‘onderwijs’ op een beperkt aantal waarnemingen gebaseerd zijn en dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Figuur 5. Score op afzonderlijke componenten van de vragenlijst (schaal 0-10)



5.3 Verschil met andere vragenlijsten

Veel bestaande en beproefde vragenlijsten zijn in het selectieproces afgevallen. Daartoe behoren ook internationaal veel gebruikte vragenlijsten als de SF-36 en EuroQol-5, ontwikkeld om kwaliteit van leven te meten. In onze selectie zijn deze instrumenten afgevallen omdat zij zwaar op gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven leunen en minder zijn afgestemd op functioneren.¹⁹

Voor Wmo-doeleinden zijn naast de IPA ook andere meetinstrumenten in gebruik, zoals de CQ-index en de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM).

De *Consumer Quality Index* (CQ index) is in 2006 in Nederland geïntroduceerd als gestandaardiseerde systematiek voor het meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. Patiëntervaringen met het zorgproces staan daarbij centraal. De CQ index heeft het belang van het patiëntenperspectief nadrukkelijk geagendeerd in Nederland. In de loop

¹⁹ Voor een uitgebreidere bespreking: zie de rapportage *Resultaten vooronderzoek en aftrapbijeenkoms – project Uitkomststuring in de Wmo*, www.nyfer.nl

der jaren is echter veel kritiek ontstaan op de methode vanwege de administratieve belasting op de werkvloer en de beperkte waarde voor zorginkoop, toezicht en keuzesturing. Ook het feit dat zorgaanbieders in een concurrerende context zelf verantwoordelijk waren voor het aanleveren van scores die onvoldoende waren gestandaardiseerd, was een punt van kritiek.

Het ministerie van VWS en de VNG zijn bezig met de (door)ontwikkeling van een CQI vragenlijst die kan voorzien in de wettelijke informatieverplichting van gemeenten over de kwaliteit en de resultaten van de Wmo. Het ligt in de bedoeling een compacte generieke vragenlijst te ontwikkelen, aangevuld met CQI modules voor specifieke onderdelen van de Wmo.²⁰ Omdat de vragenlijsten nog in ontwikkeling zijn, is nog onduidelijk welke uitkomstmaten voor de effecten van ondersteuning gehanteerd gaan worden en hoe de verdeling tussen ervaringsvariabelen (gericht op processen) en uitkomstmaten (gerelateerd aan de effecten van ondersteuning) zal zijn.

De *Zelfredzaamheidsmatrix* (ZRM) is ontwikkeld om de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen te meten.²¹ De ZRM onderscheidt elf domeinen van het dagelijks leven (zoals inkomen en dagbesteding) waaraan een waarde voor zelfredzaamheid wordt toegekend, variërend van minimale zelfredzaamheid (acuut probleem) tot volledige zelfredzaamheid (stabiliteit). De gemiddelde score leidt via een tweedimensionale matrix tot een zogenaamd 'zelfredzaamheidsprofiel'. De ZRM wordt gebruikt als generiek instrument en toegepast op de gehele Wmo-cliëntengroep.

De charme van het instrument is dat het een 'all-in' indicator voor zelfredzaamheid op populatieniveau geeft. Zo kan een gemeentebestuur een indruk krijgen van verschillen tussen wijken. Die 'all-in' indicator is een optelsom van mensen met uiteenlopende beperkingen en (tekorten aan) zelfredzaamheid op verschillende leefdomeinen. Voor de ontwikkeling van beleid om zelfredzaamheid te bevorderen, is vaak weer differentiatie naar doelgroepen en leefdomeinen nodig waarop zelfredzaamheid verbeterd kan worden.

²⁰ Nivel, 2013: *Advies landelijke implementatie CQI meetinstrument 'Cliëntervaringen met de Wmo'*, Utrecht.

²¹ Lauriks, S. et al., 2010: *ZRM Handledning*, GGD Amsterdam.

Een meer fundamenteel bezwaar tegen de ZRM is dat de zorgverlener het (zelf)redzaamheidsniveau van de cliënt beoordeelt. Dat is een principieel andere invalshoek dan de cliënt zelf centraal stellen. Bovendien beoordelen zorgverleners die de zelfredzaamheid en potentie tot verbetering inschatten voor hun cliënten, daarmee mede hun eigen werk en de resultaten die daarvan verwacht kunnen worden. Zeker wanneer hieraan financiële afspraken worden verbonden, zullen perverse prikkels optreden. Zorgverleners zullen, begrijpelijkerwijs, de doelen aan de veilige kant stellen als zij daarop worden afgerekend.

Een instrument dat metingen bij cliënten en zorgaanbieders tracht te combineren, is de *Menselijke Maat*, ontwikkeld door onderzoeks- en adviesbureau Arcon.²² Aan cliënten worden vragen gesteld over hun welbevinden (autonomie, eigen kracht en verbondenheid), en bij zorginstellingen vinden audits plaats over de mate waarin medewerkers en management op deze doelen inzetten. De Menselijke Maat stelt wel het patiënten/cliëntenperspectief centraal, maar legt geen verband tussen de inzet van ondersteuning en resultaten in termen van zelfredzaamheid en participatie.

5.4 Pilot met IPA in uitvoering

Op dit moment voert NYFER een pilot met de IPA vragenlijst uit onder Wmo-clieënten. Daarbij gaat het om twee groepen:

- cliënten van thuiszorgorganisaties. Het betreft een grote groep respondenten (500 of meer). Doel is om inzicht te krijgen in de zelfredzaamheid en participatie van thuiszorgcliënten in de huidige situatie (nulmeting) en om de randvoorwaarden voor statistische betrouwbaarheid te toetsen (vereiste steekproefomvang);
- cliënten met een lichte verstandelijke beperking. Het gaat om een kleine groep (ca 30 respondenten). Doel is vooral om vast te stellen of de IPA een bruikbaar instrument is voor deze doelgroep.

De pilot wordt uitgevoerd in de maanden september en oktober. De eerste resultaten worden in november verwacht.

Box 2: eerste uitkomsten van de IPA (volgt nog)

²² Geluksacademie, 2013: *Vragenlijst Cliënten Menselijke Maat*, Arcon.

5.5 Conclusie

De vragenlijst Impact op Participatie en Autonomie (IPA) is een bestaande en beproefde PROM die goed aansluit bij de eisen voor uitkomstmeting in de Wmo. Het belangrijkste verschil met de CQ index is de focus op ervaren functioneren als einduitkomst. Een fundamenteel verschil met de Zelfredzaamheidsmatrix is dat met de IPA de cliënt zelf aan het woord komt. Een pilot met de IPA vragenlijst onder Wmo cliënten is van start gegaan om meer inzicht in bruikbaarheid van het instrument en uitkomsten te krijgen.

6 Uitkomstmeting in de praktijk

De kennis over zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking is nog beperkt. Door een start te maken met het meten van uitkomsten van Wmo-beleid kunnen gemeenten hierin verandering brengen. Dat levert belangrijke sturingsinformatie op voor het nieuwe beleid in de Wmo en aanpalende beleidsterreinen. Naarmate kennis en inzicht in (determinanten van) zelfredzaamheid en participatie toenemen, kunnen gemeenten gericht sturen op meer waardecreatie in de maatschappelijke ondersteuning en een meer inclusief beleid in het algemeen.

6.1 Toepassingsmogelijkheden van uitkomstmeting

Uitkomstmeting levert waardevolle informatie op die een gemeente op meerdere manieren kan gebruiken.

Baseline informatie

Uitkomstmeting genereert informatie over de mate waarin mensen met uiteenlopende beperkingen – of dat nu een zintuiglijke handicap of een psychisch probleem is – zelfredzaam zijn en deelnemen aan het maatschappelijk leven. Dat levert waardevolle informatie op: welke beperkingen hebben de grootste impact op autonomie en kwaliteit van leven; op welke specifieke participatiedomeinen kan met ondersteuning winst worden behaald; in hoeverre zijn mensen nu zelfredzaam en actief in het maatschappelijk leven, arbeidsproces enz.? De informatie uit deze nulmeting is een belangrijk ijkpunt om beleidsprioriteiten te bepalen en de effecten van het nieuwe beleid te kunnen afmeten aan de situatie vóór de decentralisatie van de Awbz.

Maatschappelijke effecten van beleid

Uitkomstmeting is onmisbaar om kwaliteit hoog in het vaandel te houden bij de ontwikkeling van het nieuwe Wmo-beleid. Er zal veel gaan veranderen. Door de maatschappelijke effecten van beleidsmaatregelen te volgen wordt duidelijk wat daarvan de consequenties zijn voor zelfredzaamheid en participatie. Biedt het eigen netwerk inderdaad afdoende ondersteuning? Vormen algemene welzijnsvoorzieningen een passend alternatief voor individuele ondersteuning? Hoe reageren inwoners op een beleid dat meer van henzelf en hun sociale omgeving vraagt?

Publieke verantwoording

Uitkomstmeting maakt het mogelijk om antwoord te geven op de vraag “wat hebben we bereikt”, die bij verantwoording aan gemeenteraad en bevolking voorop staat. Inzicht in de mate waarin ouderen zich in staat voelen zelfstandig hun huishouding te voeren met de ondersteuning die zij krijgen, of de kansen op maatschappelijke deelname die mensen met een psychische of verstandelijke beperking ervaren, zijn vele malen interessanter en relevanter voor een gemeenteraad dan hoeveel uren ondersteuning zijn verleend. Bovendien worden zo zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie in een breder perspectief dan alleen dat van de (individuele) ondersteuning geplaatst en komt ook de relatie met andere beleidsterreinen in beeld.

6.2 Organisatie en uitvoering van uitkomstmeting

De gemeente als opdrachtgever en regisseur in het sociale domein is verantwoordelijk voor de organisatie en uitvoering van uitkomstmeting. Zo wordt voorkomen dat inwoners via diverse aanbieders meerdere malen worden benaderd over het effect van ondersteuning, en kan de opzet van uitkomstmeting worden afgestemd op het integrale gemeentelijke Wmo-beleid.

Organisatie en opzet

De opzet van de survey waarmee zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie wordt gemeten, moet een verantwoorde afspiegeling waarborgen van de effecten van beleid. Dat betekent dat de cliënten die ondersteuning ontvangen tot de doelgroep behoren, maar ook mensen wier aanvraag voor ondersteuning is afgewezen. Zo worden ook de effecten van het indicatiebeleid gevolgd.

Daarnaast is het in het kader van preventie zinvol om ook groepen met een verhoogd risico op verlies aan zelfredzaamheid en participatie te betrekken bij de uitkomstmeting. Denk bijvoorbeeld aan 75-plussers of inwoners die langdurig uitkeringsafhankelijk zijn. Tenslotte is een steekproef uit de gehele bevolking zinvol als referentiegroep. Zo ontstaat een beeld over de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie in de gehele piramide van het sociaal domein.

Uitvoering door onafhankelijke organisatie

Het is zaak op voorhand een serieuze en verantwoorde verzameling en verwerking van uitkomstgegevens te borgen. Methodologische onvolkomenheden in de opzet of verwerking van informatie kan tot overhaaste conclusies en misinterpretaties leiden. Het ondermijnt bovendien het vertrouwen dat alle betrokken partijen in de uitkomstmeting moeten hebben. Een gedegen en wetenschappelijk verantwoorde analyse en verslaglegging van de resultaten van uitkomstmeting is daarom een belangrijke randvoorwaarde. Uitkomstmeting moet daarom door een onafhankelijke organisatie met de vereiste deskundigheid worden uitgevoerd.

Kwantitatief en kwalitatief

Naast kwantitatieve informatie die representatief is voor grote groepen inwoners, is kwalitatieve informatie een waardevolle aanvulling om 'het verhaal achter de cijfers' en de menselijke maat in beeld te brengen. Dat kan door, aanvullend op de survey, enkele case studies te doen. Dat hoeft geen wetenschappelijk onderzoek te zijn, een journalistieke benadering aan de hand van semi-gestructureerde interviews onder *at random* geselecteerde cliënten kan ook volstaan.

Innovatie in enquêtering

Het gebruik van innovatieve methoden om de vragenlijst af te nemen kan veel voordelen met zich brengen. Schriftelijke vragenlijsten zijn nog altijd courant, maar er is inmiddels veel meer mogelijk dankzij informatietechnologie. Zo kan de respons worden vergroot (bv mensen die niet kunnen lezen of schrijven, of het Nederlands niet goed beheersen), de uitvoering worden gestandaardiseerd (toelichting op nut en noodzaak van de meting), de verwerkingskosten worden verlaagd en het imago van uitkomstmeting verbeteren (een hippe *app* spreekt meer aan dan een pak papier). In het kader van dit project wordt een spraakgestuurde virtuele assistente ontwikkeld om de IPA vragenlijst af te nemen.

6.3 Meetbare doelen voor zelfredzaamheid en participatie

Gemeentebesturen kunnen uitkomst informatie gebruiken om concrete, meetbare doelen te formuleren voor hun Wmo-beleid. Daar kan een krachtige impuls van uitgaan om, ook in financieel krappe tijden, de kwaliteit

hoog op de agenda te houden. Door periodieke uitkomstmeting kan het doelbereik worden gemonitord.

Door concrete, meetbare doelen van het gemeentelijk Wmo-beleid in contracten en subsidieafspraken op te nemen, evenals de afspraak dat de gemeente de uitkomsten ten aanzien van zelfredzaamheid en participatie periodiek gaat meten en gebruiken bij doorontwikkeling van beleid, wordt de focus van alle partijen nadrukkelijk gelegd bij de gewenste uitkomsten.

Zolang *evidence-based* informatie over de uitkomsten van ondersteuningsarrangementen ontbreekt, is het niet raadzaam om op voorhand (financiële) afspraken te maken over te realiseren maatschappelijke uitkomsten. Dat kan zelfs contraproductieve effecten opleveren. Er is sprake van een groeimodel: naarmate door uitkomstmeting meer *evidence-based* informatie beschikbaar komt over haalbare uitkomsten, nemen de mogelijkheden om de beloning hierop af te stemmen toe (zie ook hoofdstuk 10).

Box 3. Evidence-based informatie over zelfredzaamheid en participatie

Voor welk deel van de mensen met een psychiatrische achtergrond is arbeidsparticipatie mogelijk? Wat betekent dat voor hun ervaren zelfredzaamheid en welbevinden? En welke ondersteuning is daarbij nodig?

In hoeverre kunnen mensen met een lichamelijke beperking zich buitenshuis verplaatsen en sociale contacten leggen? Welke hulpmiddelen zijn daarbij nodig? En welke dienstverlening is daarbij het meest kosteneffectief: voor iedereen toegankelijk OV of de regiotaxi?

Dat zijn vragen waarop nu nog geen antwoord is te geven, maar die wél van belang zijn om zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking zo doelmatig mogelijk te bevorderen. Door uitkomsten te meten ontstaat de kennis die nodig is om investeringen in maatschappelijke ondersteuning zo doelmatig mogelijk in te zetten.

6.4 Conclusie

Uitkomstmeting geeft gemeenten informatie over de uitgangssituatie en de effecten van beleid. Daarmee kunnen meetbare, maatschappelijke doelen worden geformuleerd in het sociale domein.

Sturen op uitkomsten in de Wmo

Door maatschappelijke uitkomsten centraal te stellen en die ook te meten, komt de focus in beleid en uitvoering te liggen waar die hoort: bij de inwoners met beperkingen, hun zelfredzaamheid en participatie. Naarmate meer informatie en kennis beschikbaar komen, kunnen afspraken en bekostigingswijzen van uitvoerders in het sociale domein daarop worden afgestemd.

7 Financiering en organisatie richten op zelfredzaamheid en participatie

Uitkomstmeting is een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om de transformatie in de maatschappelijke ondersteuning gestalte te geven. Ook de andere twee poten van de kruk – organisatie en financiering – moeten zo worden ontworpen dat zij de gewenste uitkomsten van de Wmo ondersteunen. De omslag van ‘ondersteuning verlenen’ naar ‘zelfredzaamheid bevorderen’ vraagt om ingrijpende veranderingen. Daarbij is het van belang dat gemeenten helder voor ogen hebben hoe zij de transformatie-opgave waar willen maken en wat dat betekent voor de inrichting van het sociale domein. Als afgeleide daarvan kunnen verantwoordelijkheden worden toegeëld en passende beloningsvormen worden ontworpen die actoren motiveren om de gewenste resultaten te leveren.

In dit hoofdstuk gaan we in op organisatiemodellen voor het sociale domein en de voor- en nadelen van bekostigingsvormen die de huidige productfinanciering kunnen vervangen.²³ In de navolgende hoofdstukken komen de consequenties op uitvoeringsniveau aan de orde.

7.1 Reorganisatie in het sociale domein: nulde, eerste en tweede lijn

De maatschappelijke ondersteuning is niet uitsluitend een zaak van professionals. Het grootste deel van de bevolking redt zich op eigen kracht en met de ondersteuning van het eigen sociale netwerk. In de piramide van het maatschappelijk domein²⁴ wordt dit wel aangeduid met de nulde lijn.

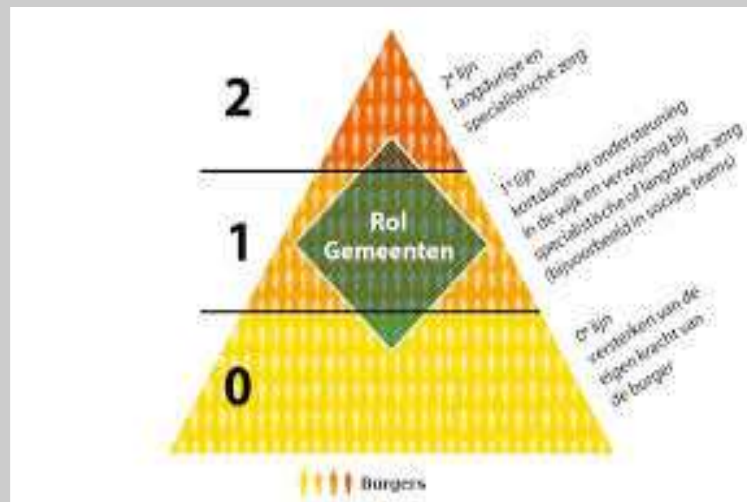
In de nulde lijn vervult de gemeente een bescheiden rol door algemene collectieve voorzieningen te bieden, zoals buurthuizen, brede scholen en andere welzijnsvoorzieningen. De beperkte groep inwoners aan wie op grond van hun beperkingen individuele ondersteuning wordt geboden, bevindt zich in de top van de piramide, de zogenaamde tweede lijn. Tussen de basis en de top van de piramide functioneert een eerste lijn van bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, ouderenadviseurs, ggd-medewerkers

²³ Zie ook de rapportages “Sturing en bekostiging van de tweedelij” van KPMG Plexus en “Bekostigingsmodellen Wmo” van onderzoeksbureau Significant.

²⁴ Radar Advies: *De piramide; een kijk op de uitvoering in het sociale domein.*

en Wmo-consulenten die kortdurende ondersteuning verlenen en inwoners kunnen doorverwijzen naar voorzieningen in de nulde of tweede lijn.

Figuur 6 De piramide van het sociaal domein



Bron: Radar Advies

De financiële middelen die worden besteed in de nulde, eerste en tweede lijn worden wel vergeleken met een omgekeerde piramide: voor ondersteuning van de kleine groep mensen in de top wordt vele malen meer geld uitgegeven dan beschikbaar is voor algemene voorzieningen in de eerste en nulde lijn.

Nu de financiële middelen schaarser zijn, is de zoektocht gestart naar efficiëntere manieren om de maatschappelijke ondersteuning te organiseren. Daarbij wordt ingezet op een herverdeling van taken en verantwoordelijkheden over de verschillende lagen van de piramide: onder de noemer 'kanteling' en 'meer eigen kracht' wordt gezocht naar een betere benutting van de mogelijkheden in de nulde lijn om de financiële lasten van de tweede lijn te beperken.

Veel gemeenten zien daarbij een grote rol weggelegd voor de eerste lijn, die in versterkte vorm (sociale teams) voor meer preventie en sociale samenhang ('samenredzaamheid') moet zorgen. Daarbij wordt meestal voor het schaalniveau van de wijk gekozen.

7.2 Vergezicht: samenhang in ondersteuning

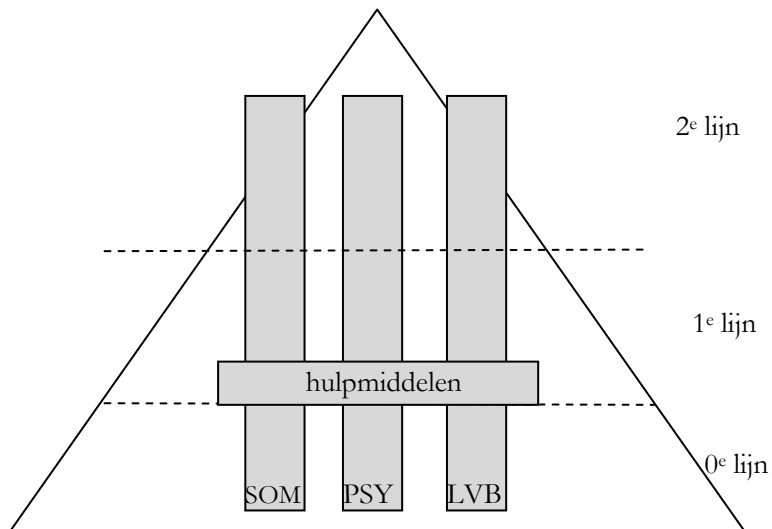
Specialistische ondersteuning (het overgrote deel van het budget) moet worden gezien in samenhang met de gehele piramide. Daarbij blijft het uitgangspunt: kwalitatief goede en betaalbare ondersteuning voor de mensen die dat nodig hebben. Naast de doelen op cliëntniveau: *zelfredzaamheid en participatie* tegen zo laag mogelijke *kosten*, is voor het stelsel als geheel het veilig stellen van *toegankelijkheid* een belangrijk derde doel. Zeker omdat de maatschappelijke vraag naar verwachting zal blijven groeien²⁵, is het van belang dat de opgebouwde kennis en expertise beschikbaar blijven voor grote groepen mensen.

Een te strikte scheiding tussen de lijnen in de piramide kan contraproductief werken. De opdracht aan de eerste lijn om meer werk te maken van preventie wordt al snel geïnterpreteerd als: minder doorverwijzen naar specialistische ondersteuning. Daarmee wordt de toegankelijkheid van ondersteuning beperkt, ook als die mogelijk wel meerwaarde biedt. Een scherpe scheiding tussen eerste en tweede lijn creëert bovendien schotten die een goede samenwerking en afstemming belemmeren, zoals de ervaring in de curatieve zorg laat zien. Dat kan tot kwaliteitsverlies en onnodige kosten leiden.

Een alternatief is dat specialistische kennis en expertise meer ‘over de lijnen heen’ gaat functioneren. Door meer samenwerking binnen de hele piramide (ketenzorg) en substitutie ontstaan perspectieven om de kosten van ondersteuning te verlagen. Daarbij valt te denken aan het versterken van het zelfmanagement en het sociale netwerk van mensen met een beperking, de inzet van vrijwilligers voor ondersteuning, toeleiding van cliënten naar arbeidsmatige participatie in de maatschappij enz. Tegelijkertijd kan zo de toegankelijkheid van waardevolle specialistische kennis en expertise die in de afgelopen decennia is opgebouwd, worden gehandhaafd en misschien zelfs vergroot. Het draait dan immers niet meer om de vraag ‘wel of geen ondersteuning’, maar om ‘hoeveel specialistische inzet’ binnen een breder ondersteuningsarrangement nodig is. In die situatie ontstaan verticale verbanden binnen de piramide (zie figuur 7), die tot meer ‘waardecreatie’ kunnen leiden. De gemeente Tilburg bijvoorbeeld, zet hier expliciet op in.

²⁵ zie NYFER, 2013: *Rapportage vooronderzoek en aftrapbijeenkomst – project Sturing op uitkomsten in de Wmo*. www.nyfer.nl

Figuur 7 Ketenondersteuning in de piramide van het sociaal domein



SOM = somatisch, PSY = psychiatrisch, LVB = licht verstandelijk beperkt.
Bron: AEF/Tilburg, bewerkt door Nyfer.

In veel gevallen zullen de verticale verbindingen langs de lijnen van cliëntgroepen met een identieke grondslag (somatisch, psychisch, lichamelijk en/of verstandelijk beperkt) lopen, maar het is ook mogelijk dat horizontale verbindingen tot stand komen, bijvoorbeeld op het gebied van dagbesteding of de gezamenlijke inkoop van hulpmiddelen.

7.3 Vernieuwing van de beloningssystematiek

Ook in de beloningssystematiek zijn vernieuwingen nodig die meer doelmatigheid stimuleren en de ontwikkeling van nieuwe, resultaatgerichte samenwerkingsvormen en ondersteuningsarrangementen aanmoedigen, binnen de context van een krimpende budgettaire ruimte.

Bij de beoordeling van de beloningssystematiek in de Wmo spelen zes criteria een rol, die te maken hebben met de kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid van de ondersteuning:

1. Stimuleert de beloningssystematiek zorgaanbieders om zich maximaal te (blijven) inspannen voor kwalitatief hoogwaardige dienstverlening (kwaliteit)?
2. Bevordert de beloningssystematiek samenhang in de dienstverlening, d.w.z. coördinatie tussen de verschillende aanbieders die bij de dienstverlening aan een cliënt betrokken zijn (kwaliteit en doelmatigheid)?
3. Moedigt de beloningssystematiek aan om onnodige zorg te vermijden en duurdere door goedkopere vormen van ondersteuning te vervangen (doelmatigheid)?
4. Prikkelde de beloningssystematiek tot 'ontzorgen', d.w.z. het bevorderen van zelfredzaamheid en verminderen van de ondersteuningsbehoefte (doelmatigheid)?
5. Levert de beloningssystematiek geen risico's op voor de toegang tot noodzakelijke ondersteuning (toegankelijkheid)?
6. Waarborgt de beloningssystematiek voldoende keuzevrijheid voor cliënten?

De huidige bekostigingssystematiek (in de AWBZ), waarin wordt betaald voor nauw omschreven producten en diensten, brengt met zich mee dat zorgaanbieders zich vooral focussen op de producten en diensten die zij zelf leveren en niet op de cliëntondersteuning in zijn geheel. Coördinatie tussen de verschillende ondersteuningsvormen in de nulde, eerste en tweede lijn komt niet of moeizaam tot stand. Ook zijn er geen prikkels voor substitutie: het vervangen van duurdere vormen van zorg door goedkopere alternatieven waar dat kan. Sterker nog, zorginstellingen die daarop inzetten, snijden in eigen vlees: zij verliezen omzet en marktaandeel. In de derde plaats is er geen prikkel tot preventie: het voorkómen of reduceren van de ondersteuningsvraag. Het Awbz-stelsel beloont aanbieders voor het continueren van afhankelijkheid. Preventie behoort weliswaar tot de gemeentelijke taken (Openbare Gezondheidszorg), maar omdat de baten van investeringen die tot minder curatieve zorg en intramurale opnames zouden leiden, doorgaans bij een andere partij, zoals het Rijk of de zorgverzekeraar, terechtkomen, blijven veel mogelijkheden onbenut.

De opgave voor gemeenten is een bekostigingsstelsel voor de Wmo te ontwerpen dat deze bezwaren wegneemt.²⁶ Dat vergt prikkels die belonen voor een doelmatige ondersteuning naar zoveel mogelijk zelfredzaamheid

²⁶ Zie ook de rapportage "Bekostigingsmodellen Wmo" van Significant.

van de cliënt. De bekostiging moet samenwerking en integratie tussen aanbieders en over de lijnen heen bevorderen waar dat meerwaarde biedt.

Integrale bekostiging

In het algemeen geldt dat naarmate de bekostiging meer integraal wordt vormgegeven, er ook meer integraliteit in de uitvoering ontstaat. Bovendien worden kostenreducties mogelijk. Bij integrale bekostiging hebben aanbieders de vrijheid en ook een belang om de betreffende dienstverlening tegen zo laag mogelijke kosten te organiseren: de vergoeding staat immers vast. Het *risico* daarbij is dat besparingen ten koste van de kwaliteit van dienstverlening gaan. Daarom moeten vooraf duidelijke uitkomsten of andere kwaliteitsmaatstaven worden vastgelegd waar de integraal bekostigde dienstverlening aan moet voldoen en die ook periodiek worden gemeten en gecontroleerd. Hoofdstuk 10 gaat dieper in op beloningsvormen die de inzet op zelfredzaamheid en participatie in de Wmo kunnen ondersteunen.

Box 4. Voorbeelden van integrale inkoop in de curatieve zorg

Een duidelijk afgebakende ingreep als heupvervanging kan opgedeeld worden in producten als 'intake, operatie, opnamedagen, nazorg' maar ook in zijn geheel worden ingekocht als informatie beschikbaar is over uitkomsten op patiëntniveau (kunnen mensen weer goed en pijnloos lopen na de ingreep?). Bijkomend voordeel voor de verzekeraar kan zijn dat het risico van eventuele complicaties (langere ligduur, heroperatie) bij de aanbieder gelegd kan worden (al gebeurt dat laatste nog nauwelijks in Nederland).

Voor de meest voorkomende chronische aandoeningen worden alle basiszorg en ondersteuning in de vorm van ketenzorg gefinancierd. Huisartsen krijgen één bedrag per patiënt om die zorg te coördineren met alle betrokken zorgverleners (zoals diëtisten, fysiotherapeuten, podologen, oogartsen etc.). In een zogenaamde 'zorgstandaard' is omschreven wat goede zorg bij diabetes, COPD e.d. inhoudt. De hoogte van de vergoeding is daarop gebaseerd. Huisartsen zijn verplicht uitkomst informatie te verstrekken op basis van kritische gezondheidswaarden voor elke patiënt (bv bloedwaarden bij diabetes).

Resultaatfinanciering

Resultaatfinanciering is een vorm van integrale bekostiging, die rechtstreeks gekoppeld is aan behaalde resultaten. Naast de voordelen die gelden voor integrale bekostiging (prijkkels voor kostenreductie) beoogt resultaatfinanciering tegelijkertijd de kwaliteit veilig te stellen door te belonen voor gerealiseerde resultaten.

Omdat integrale, geaccepteerde uitkomstmaten voor gezondheidswinst nog ontbreken, wordt resultaatfinanciering in de curatieve zorg vrijwel altijd gebaseerd op procesmaten die als ‘proxy’ voor goede zorgprestaties worden gebruikt. In het Verenigd Koninkrijk heeft resultaatfinanciering een hoge vlucht genomen met de introductie van het Quality Outcome Framework in de huisartsenzorg. Daarbij werd de tot dan toe volledig vaste vergoeding voor huisartsen met 30% verlaagd. Huisartsen konden dat terugverdienen door aan verschillende zorgvereisten voor hun chronische patiënten te voldoen, ontleend aan de zorgstandaarden voor de betreffende chronische aandoeningen. Die vereisten moeten huisartsen per cliënt registreren.

In Nederland is resultaatfinanciering nog veel minder courant. De keuze van voorkeursaanbieders onder ziekenhuizen voor bepaalde ingrepen, op basis van bovengemiddeld goede uitkomsten, is als een vorm van resultaatfinanciering op te vatten.

Resultaatfinanciering is niet eenvoudig vorm te geven. De indicatoren waarop de vergoeding is gebaseerd, moeten een zorgvuldige afspiegeling zijn van daadwerkelijke zelfredzaamheidresultaten en de informatie daarover moet betrouwbaar zijn. Anders ligt het gevaar op de loer dat aanbieders proberen de uitkomsten gunstiger voor te stellen dan zij in werkelijkheid zijn (*gaming*), zeker wanneer daar ook financiële consequenties aan verbonden zijn. Bovendien is er een risico dat zij zich minder inspannen voor vormen van ondersteuning die minder goed in de beloonde resultaten tot uitdrukking komen.

7.4 Vergezicht: populatiebekostiging

Meer integraliteit in dienstverlening vraagt om meer integrale bekostiging. Dat geeft vrijheid aan professionals om werkprocessen efficiënt in te richten en vernieuwingen door te voeren. De financier heeft meer zekerheid over de uitgaven, maar heeft minder inzicht in wát hij precies koopt en is vooral aangewezen op de **uitkomsten** als houvast voor de geleverde kwaliteit.

Populatiebekostiging is de meest ver doorgevoerde vorm van integrale bekostiging.²⁷ Populatiebekostiging houdt in dat zorgaanbieders een bedrag krijgen per inwoner (of persoon in de doelgroep) ongeacht of die nu

²⁷ KPMG Plexus, 2013: *Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?*

ondersteuning gebruikt of niet. De populatie kan bestaan uit een geografisch afgebakende doelgroep (inwoners van een buurt, wijk of regio) of een functionele doelgroep (bijvoorbeeld ouderen boven de 75 jaar in een bepaald gebied). Bij populatiebeposting neemt de aanbieder de verantwoordelijkheid op zich voor een breed pakket aan ondersteuning aan alle hem toevertrouwde mensen (de populatie). De aanbieder draagt daarmee ook het risico van eventuele toename in ondersteuningsbehoefte. Populatiebeposting is vooral toepasbaar wanneer duidelijk is wat goede zorg of ondersteuning inhoudt en welke uitkomsten daarvan verwacht kunnen worden.

Een belangrijk voordeel van populatiebeposting is dat zorgaanbieders geprikkeld worden tot samenwerking, substitutie en innovatie als dat bijdraagt tot doelmatigheid en preventie. Het risico ligt aan de andere kant van het spectrum: dat er te weinig of kwalitatief ondermaatse ondersteuning wordt geboden. Om dit te voorkomen, is het meten van uitkomsten op het niveau van de populatie essentieel. Als dat niet gebeurt, ontstaat het gevaar dat de aanbieder cliënten die wel degelijk ondersteuning nodig hebben, niet of onvoldoende bedient.

Een ander voordeel van populatiebeposting is dat centrale indicatiestelling niet nodig is. Omdat de aanbieder geen extra inkomsten krijgt als hij meer zorg verleent, is de prikkel om te veel of overbodige zorg te leveren afwezig. De vraag welke zorg precies nodig is, kan worden beantwoord in een gesprek tussen de professional en cliënt – het inmiddels befaamde ‘keukentafelgesprek’.²⁸ Daar kunnen alle relevante factoren in ogenschouw worden genomen en kan het ondersteuningsarrangement ‘op maat’ worden samengesteld. Bureaucratie en inschattingsfouten die onvermijdelijk verbonden zijn met centrale indicatiestelling, kunnen zo worden vermeden. Daar kunnen weer andere inschattingsfouten tegenover staan. Het nadeel voor de cliënt is dat er in de Wmo geen objectieve normen en standaarden zijn waarop hij kan terugvallen. De instelling van een instantie waar mensen terecht kunnen die niet met de zorgaanbieder tot een bevredigende regeling komen, is dan ook een noodzakelijke randvoorwaarde.

Tenslotte houdt populatiebeposting risico’s in voor de keuzevrijheid van inwoners. Als de gemeente een contract sluit met één aanbieder (of een consortium van aanbieders) om de ondersteuning voor een populatie te

²⁸ Idem, p. 10.

verzorgen, zijn cliënten daarop aangewezen. Ook vanuit mededingingsoogpunt kan het sluiten van exclusieve contracten met één aanbieder onwenselijk zijn.

Voor gemeenten is populatiebekostiging aantrekkelijk omdat er zekerheid is over het budget, de administratieve lasten worden beperkt en de risico's bij de zorgaanbieder(s) liggen. Daar staat tegenover dat er weinig garanties zijn dat ook goede ondersteuning wordt geboden: uitkomstmaten om het resultaat te controleren ontbreken vooralsnog. Gemeenten blijven verantwoordelijk voor en aanspreekbaar op het resultaat. Populatiebekostiging opent perspectieven, maar een geleidelijke ontwikkeling in die richting verdient aanbeveling boven een rigoureuze sprong in het diepe (zie verder hoofdstuk 10).

7.5 Organisatie en financiering afstemmen op streefbeeld

Het streefbeeld van samenhangende, op elkaar afgestemde ondersteuningsfaciliteiten binnen de piramide staat nog ver af van de huidige situatie, waarin specialistische kennis en expertise zijn georganiseerd in een versnipperd en verkokerd aanbod dat nog weinig gebruik maakt van sociale netwerken en algemene voorzieningen. Dat geldt overigens ook andersom: de samenleving, sociale netwerken en algemene collectieve voorzieningen zijn vaak niet ingericht op het ondersteunen van mensen met een beperking.

Een meer integrale en resultaatgerichte financieringswijze is noodzakelijk om te stimuleren tot doelmatigheid en het bevorderen van zelfredzaamheid. Daarbij moeten gemeenten wel waarborgen stellen voor kwaliteit. De eisen die zij bij de inkoop stellen en de bekostigingsvormen die zij hanteren, spelen daarbij een cruciale rol. In de volgende hoofdstukken gaan wij hier verder op in.

Uitkomstmeting is noodzakelijk om te controleren in hoeverre de beoogde doelstellingen: meer zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, worden gerealiseerd.

8 Vernieuwingen in het aanbod

Veel gemeenten willen budgettering gebruiken om te sturen op de noodzakelijke kostenverlaging. Daarmee vervalt de prikkel tot omzetverhoging en dat is een goede stap in de richting van waardecreatie. Budgettering alléén houdt echter het risico van verschraling in: de ondersteuning wordt minder, maar niet wezenlijk anders.

Zolang er nog onvoldoende informatie beschikbaar is om rechtstreeks op uitkomsten te contracteren, is sturing nodig op (verandering in) dienstverlening als noodzakelijke tussenstap om meer zelfredzaamheid en participatie te bereiken.

8.1 Gewenste veranderingen in organisatie

De omslag van volume- naar waardegerichte stelsels voor zorg en ondersteuning houdt veel gezondheidseconomen bezig.²⁹ Informatie over integrale gezondheidsuitkomsten wordt alom als eerste vereiste genoemd.

Op het niveau van de organisatie van dienstverlening noemt Porter als belangrijke bouwstenen voor een verandering van productie- naar waardegerichte stelsels o.a.:

- een radicale herziening van de manier waarop preventie en gezondheid-c.q. zelfredzaamheid-ondersteunende diensten zijn georganiseerd. Hij pleit daarbij voor nieuwe vormen van dienstverlening in de nulde lijn met gebruikmaking van onconventionele kanalen;
- nieuwe, geïntegreerde dienstverleningsstructuren die alle zorg en ondersteuning bij een aandoening voor hun rekening nemen en daarvoor ook één, integrale vergoeding ontvangen. Bij langdurige beperkingen zou de cyclus van zorg (of ondersteuning) én bijbehorende

²⁹ Voor de geïnteresseerde lezer, zie o.a. Michael E. Porter, 2009: 'A Strategy for Health Care Reform – Toward a Value-Based System', in: *New England Journal of Medicine*, vol. 361, pp. 109-112; Rick Mayes, 2011: 'Moving (realistically) from volume-based tot value-based health care payment in the USA; starting with Medicare payment policy', in: *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 16, no 4, pp. 249-251; Stuart Guterman et al., 2009: 'Value in Health Care - Using Medicare Payment Policy to Transform the Health System: a Framework for Improving Performance', in: *Health Affairs*, vol. 28, no 2, w238-w250; en Harold D Miller, 2009: 'How to create Accountable Care Organizations', Center for Health Care Quality and Payment Reform. www.chqpr.org

- vergoeding meerdere jaren moeten beslaan, waarbij de aanbieder ook verantwoordelijk is voor eventuele terugval of complicaties;
- veel meer betrokkenheid van mensen zelf bij hun gezondheid en zorg c.q. zelfredzaamheid en ondersteuning. Zolang mensen zelf geen verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid, zullen zelfs de beste professionals niet succesvol zijn. Dat vraagt om werkwijzen die de cliënt activeren en betrekken evenals de beschikbaarheid van goede uitkomstgegevens.

Al deze elementen zijn ook terug te vinden in de ambities van de nieuwe Wmo: versterking van de nulde lijn, minder versnippering en verkokering in het aanbod van dienstverlening, meer samenwerking met maatschappelijke initiatieven, buurtvoorzieningen en vrijwilligersorganisaties, beter benutten en versterken van de mogelijkheden van mensen zelf (eigen kracht) en hun omgeving ('samenkracht').

De grote vraag is hoe deze veranderingen tot stand moeten komen. Een stapsgewijze benadering ligt meer voor de hand dan alles tegelijk veranderen. Wél is het zaak om van meet af aan een wezenlijk andere focus te introduceren dan tot nu toe gebruikelijk. En om aanbieders de ruimte te geven om hun professionele kennis en expertise maximaal te kunnen benutten bij het ontwikkelen van *waarde*-volle ondersteuning.

8.2 Inkoop op resultaten als tussenstap

Zolang uitkomst informatie in termen van zelfredzaamheid en participatie onvoldoende is om contractafspraken op te baseren, zal een gemeente zich bij de inkoop moeten baseren op uitvoeringsresultaten van aanbieders.³⁰

Bij het formuleren van die resultaten moet de omslag van volume- naar waardegerichtheid – de 'veranderopdracht' – centraal staan.

- van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat': de ondersteuning moet cliënten zoveel mogelijk in staat stellen om zelfredzaam te worden en deel te nemen aan de maatschappij (let wel: niet voor iedereen zal volledige zelfredzaamheid mogelijk zijn);

³⁰ KPMG Plexus, 2013: *Populatiebekostiging: waarom, wat en hoe?*

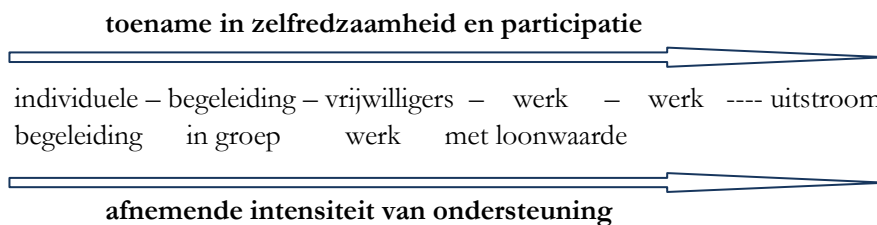
- kostenbesparing: de ondersteuningsvormen moeten tegen zo laag mogelijke kosten de beoogde resultaten genereren.

Gemeenten moeten die gewenste veranderingen in hun aanbesteding centraal stellen. De wijze waarop zij aanbieders gaan aansturen (en belonen), moet hiervan een rechtstreekse afgeleide zijn.

Porter stelt voor om aanbieders om ‘experience reporting’ te vragen. Daarin beschrijven aanbieders het ondersteuningstraject dat zij bieden voor specifieke cliëntgroepen (naar grondslag): om hoeveel cliënten het gaat en welke meetbare (tussen)resultaten daarin te onderscheiden zijn. Het ondersteuningstraject vormt de basis voor de kostprijs; de (tussen)resultaten geven inzicht in de prestaties in termen van zelfredzaamheid- en participatiebevordering. Zo wordt aanbieders optimale vrijheid geboden om hun eigen ervaring en inzichten in te brengen, en transparantie gecreëerd voor cliënten en de professionals die hen doorverwijzen.

Een voorbeeld hiervan is het begeleidingstraject dat in het project Talent in Apeldoorn is uitgestippeld voor cliënten met een psychiatrische en verstandelijke beperking. Dit traject bestaat uit:

Figuur 8 Begeleidingstraject naar meer zelfredzaamheid en participatie



De rapportage van aanbieders moet aansluiten bij deze zelfde indicatoren (‘experience reporting’). Dat creëert transparantie voor cliënten en de professionals die hen doorverwijzen.

Box 5. Het project Talent in Apeldoorn: verbinding tussen Wmo en Werk & Inkomen

Project Talent startte in augustus 2011 als voorloper op de decentralisaties Awbz en Participatiewet, juist voor de groep die zowel een uitkering krijgt als zorg en ondersteuning. Omdat beide wetten (deels) een gemeentelijke verantwoordelijkheid worden en er overlap bestaat in doelgroepen, lag een integrale aanpak voor de hand. Uitgangspunt daarbij is het talent van de cliënt, datgene waar hij goed in is.

Er is actief gezocht naar een ontwikkeltraject in de begeleiding om de zelfredzaamheid en participatie van cliënten stapsgewijs te vergroten. Het ontwikkeltraject koppelt een afnemende intensiteit van begeleiding aan meer beroep op de eigen capaciteiten van cliënten. Individuele begeleiding wordt waar en wanneer mogelijk omgezet in collectieve begeleiding. Een vervolgstap is dat cliënten aan het werk gaan op een participatieplaats. Daarbij krijgen zij ondersteuning waar nodig.

De gemeente heeft 475 participatieplaatsen gecreëerd bij maatschappelijke partners, zorginstellingen en woningcorporaties. In eerste instantie waren de participatieplaatsen bedoeld voor mensen met een WWB-uitkering. Vanaf eind 2012 zijn de participatieplaatsen ook opengesteld voor mensen met een beperking. Aan de persoonlijk begeleiders is gevraagd hun expertise in te zetten om cliënten toe te leiden naar participatieplaatsen. Per 1 april 2013 waren 20 cliënten met een individuele begeleidingsindicatie Awbz aan de slag op een participatieplaats.

Met deze pilot hebben gemeente en aanbieders de eerste stappen gezet in de transitie van begeleiding. Uitgavenreductie wordt gekoppeld aan meer zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van cliënten. Dat vergt een andere manier van professioneel handelen: zoeken waar de kracht van mensen zit, vervolgens op die kracht vertrouwen en mensen durven loslaten. De gemeente is enthousiast over de perspectieven die zich uitkristalliseren in de pilot: het zelfvertrouwen van kwetsbare inwoners groeit door het gevoel weer mee te tellen in de maatschappij. Ook zorgaanbieders zien de maatschappelijke meerwaarde, aldus de gemeente.

Tot nu toe is de deelname van zorgaanbieders in de pilot zonder financiële consequenties geweest: de Awbz-vergoeding voor hun cliënten bleef ongewijzigd. Om de nieuwe werkwijze te bestendigen in de Wmo beraadt de gemeente zich over een bekostigingsvorm die aansluit bij het gewenste ontwikkelingstraject. De besparingen door de verschuiving van individuele naar collectieve begeleiding worden daarin verwerkt. Daarnaast wordt gedacht aan een beloning voor het succesvol toeleiden van cliënten naar een participatieplaats. Ook wordt de mogelijkheid overwogen om cliënten bij goed functioneren op een participatieplaats een (geringe) vergoeding te geven naast hun uitkering: een originele vorm van 'shared savings'!

Met de pilot lijkt een veelbelovende start gemaakt met begeleiding nieuwe stijl. De toekomst moet uitwijzen of deze aanpak tot blijvend meer zelfredzaamheid en participatie bij lagere uitgaven aan ondersteuning leidt.

Bronnen: Interview met Marike Nijland, Gemeente Apeldoorn, juni 2013. Project Talent. Frank van Wijck, 2013: 'Apeldoorn zet structureel in op participatie', in: In voor zorg! www.invoorzorg.nl.

Gemeenten hebben de keuze om, aansluitend bij de doelen van het lokale beleid, zelf specifieke, meetbare resultaten aan te geven die zij terug willen zien in de ondersteuningstrajecten die aanbieders ontwikkelen (bv het begeleiden naar werk van mensen met een psychische grondslag of verstandelijke beperking, substitutie van dagbesteding naar welzijnsvoorzieningen door ouderen, uitstroom, etc).

Naarmate in de aanloopfase naar de decentralisatie meer sprake is geweest van ‘co-makership’ tussen gemeenten en aanbieders, wordt het beter mogelijk om vooraf resultaten te omschrijven waarin beide partijen zich kunnen vinden.

8.3 Nieuwe samenwerkingsvormen

De roep om meer samenwerking tussen aanbieders klinkt alom. Waar dat functioneel is en tot meer kwaliteit of doelmatigheid leidt, heeft samenwerking zeker een meerwaarde. Daar staat tegenover dat er coördinatie- en organisatiekosten aan samenwerking of integratie verbonden zijn, zeker in de beginfase. De verwachting is dat aanbieders elkaar zelf zullen opzoeken als zij nut en noodzaak inzien van samenwerking onder de nieuwe condities van de Wmo.

In veel gemeenten wordt ook overwogen om consortia van aanbieders te contracteren. Het voordeel daarvan voor gemeenten is dat het administratief eenvoudiger is en zij zelf minder capaciteit hoeven op te bouwen om aanbieders aan te sturen. Meestal wordt bij een consortium gedacht aan enkele grote aanbieders die samen de meerderheid van de markt bedienen. Aan het contracteren van consortia zijn echter ook belangrijke nadelen verbonden. Kleine aanbieders, die vaak voor vernieuwing zorgen en een toegevoegde waarde bieden in het aanbod (denk bijvoorbeeld aan zorgboerderijen of specifieke vormen van creatieve dagbesteding) worden in een nadelige positie gemanoeuvreerd omdat zij afhankelijk worden van grote aanbieders die tegelijkertijd concurrent zijn. Voor cliënten bestaat het risico dat hun keuzevrijheid wordt ingeperkt. Gemeenten zelf creëren op deze wijze een aanzienlijke concentratie van marktmacht onder de partijen met wie zij zaken moeten doen. Tenslotte zal de samenwerking van enkele grote aanbieders de nodige coördinatiekosten met zich meebrengen. Het kost tijd om een goede samenwerking op te bouwen: er is vertrouwen voor nodig, er

moet een gemeenschappelijke visie worden ontwikkeld en het vergt leiderschap om gebaande paden te verlaten en organisaties mee te krijgen in de nieuwe werkwijze. Zeker in een krimpende markt moet dat niet worden onderschat. Een grootschalige samenwerking forceren kan in de beginjaren de aandacht en energie afleiden van inhoudelijke vernieuwing van het ondersteuningsaanbod en ten koste gaan van de kwaliteit.

Ook hier verdient de weg der geleidelijkheid de voorkeur. Daarbij ligt het voor de hand om met de meest kansrijke allianties te beginnen, bijvoorbeeld wanneer doelgroepen overlappen of er functionele samenhang is tussen de geboden diensten. Veel zorginstellingen werken ook al samen met vrijwilligersorganisaties die zich voor dezelfde doelgroep inzetten. Gemeenten kunnen samenwerking niet forceren. Wel kunnen zij er op aansturen aanbieders te contracteren die een completer ondersteuningsaanbod aanbieden. Het is dan aan aanbieders zelf om samenwerkingsvormen te zoeken die 'meerwaarde' bieden en gemeenten daarvan te overtuigen in de trajecten en prestaties die zij aanbieden.

8.4 Samenhang in de piramide

Het perspectief in de Wmo is een verschuiving van ondersteuning uit de tweede lijn naar de eerste en nulde lijn. Ook daar ligt een sturingsvraagstuk voor gemeenten. In veel gemeenten wordt gewerkt aan een versterking van de eerste lijn (sociale wijkteams, frontlijnteams). Hoewel zich nog moet uitkristalliseren welke taken deze teams krijgen, wordt nogal eens gesuggereerd dat zij als een soort 'scheidslijn' tussen de tweede en nulde lijn opereren (zie ook hoofdstuk 7).

Frontlijnmedewerkers verwijzen door naar tweede- of nuldelijns voorzieningen of stellen een arrangement samen uit het aanbod uit beide lijnen. Bij enkelvoudige vragen (een hulpmiddel, hulp in de huishouding of vormen van vrijetijdsbesteding) kan dit een goede werkwijze zijn: inwoners vinden dichtbij huis iemand die hen de weg kan wijzen. Bij complexere, meervoudige vragen ligt dat ingewikkelder: als de frontlijnmedewerker een samengesteld arrangement opstelt, kan dit al snel leiden tot wederom een gefragmenteerde dienstverlening vanuit verschillende (tweede en nuldelijns) aanbieders. Wie is in dat geval verantwoordelijk voor afstemming en samenhang? De cliënt zelf, de aanbieder of de frontlijnmedewerker? Welke

caseload kan een frontlijnmedewerker dan dragen? En wordt hiermee de directe samenwerking tussen instellingen niet eerder belemmerd dan bevorderd?

Een alternatieve mogelijkheid is dat de grenzen tussen tweede en nulde lijn vervagen door een rechtstreekse samenwerking tussen tweede en nuldelijnsvoorzieningen. Dat gebeurt her en der al, maar kan nog verder worden versterkt. Onder druk van de slinkende middelen hebben tweedelijns aanbieders daar ook belang bij als zij verantwoorde en betaalbare ondersteuningstrajecten met goede uitkomsten willen kunnen blijven bieden.

Gemeenten kunnen hierop sturen door bij tweedelijnsaanbieders het belang van meer integratie met de nulde lijn te benadrukken. Tegelijkertijd kan de gemeente in de subsidievoorwaarden aan algemene, collectieve voorzieningen in de nulde lijn het belang van dienstverlening ten behoeve van mensen met een beperking meer gewicht geven.

Box 6. Van 'speciaal' naar 'gewoon, in de wijk'

Stichting De Waerden ondersteunt ruim 750 mensen met een (niet-fysieke) beperking in Noord-Holland, ten noorden van Amsterdam. De organisatie heeft een kleine 300 intramurale cliënten en biedt ondersteuning aan ruim 450 zelfstandig wonende cliënten. Sinds twee jaar is De Waerden bezig om de extramurale ondersteuning en de dagactiviteiten vorm te geven vanuit een nieuwe visie die aansluit bij de geest van de Wmo.

Nieuwe aanpak in de geest van de Wmo

In de nieuwe werkwijze zet De Waerden in op een actieve rol in de buurt, met de focus op de buitenwereld en samenwerking. Zo wil De Waerden de emancipatie en integratie van haar cliënten stimuleren en ondersteunen. De aanpak zet in op het ontwikkelen van dagbesteding in de reguliere maatschappij en het ondersteunen van cliënten bij het opbouwen van een sociaal netwerk in de buurt of wijk waar zij wonen. De werkwijze van de begeleider is veranderd van uitvoerend naar organiserend: hij of zij gaat niet langer zelf met de cliënt boodschappen doen of naar de kapper, maar zet een sociaal netwerk op rond de cliënt waarop een beroep kan worden gedaan voor deze zaken. De Waerden heeft werkgevers in de regio benaderd voor passende arbeidsplaatsen van diverse aard voor hun cliënten. Bij veel werkgevers blijkt er bereidheid te zijn. Voorwaarde is wel dat ook de toekomstige collega's van de cliënten positief tegenover de samenwerking staan. Er is een verscheidenheid aan werkplekken gecreëerd in buurthuizen, tuincentra, bij de regionale voetbalclub en in winkels. Vaak betalen deze reguliere werkgevers ook de vervoerskosten voor de cliënten.

Succesvol na aanvangsinvestering

De nieuwe aanpak wordt als succesvol ervaren door De Waerden. De omslag naar een andere manier van denken vergde bij aanvang een forse investering van het personeel om cliënten te durven 'loslaten'. De wetenschap dat daarmee hun eigen werk werd gereduceerd, maakte die opgave niet makkelijker. De aankomende korting op uitgaven aan begeleiding maakte de noodzaak voor verandering echter duidelijk.

Volgens De Waerden gedijen cliënten in de nieuwe aanpak: in hun woonomgeving blijkt bekend ook bemind te maken, op de werkvloer hebben zij een nuttige functie en daarvoor ontvangen zij ook waardering. Ze staan zo veel meer in de maatschappij dan voorheen het geval was.

Op grond van de ervaringen tot nu toe, heeft De Waerden de ambitie om veel van haar cliënten (op basis van vraag) te voorzien van een arbeidsmatige dagbesteding. Het gaat om mensen met een ZPZ 1/2 indicatie. Voor mensen met een ZPZ 3/4 wil de organisatie recreatieve dagbesteding bieden, waarbij het contact met de reguliere maatschappij een nadrukkelijk punt van aandacht is.

Verticale en horizontale samenwerking

Aansluitend bij de nieuwe werkwijze en onder druk van budgetkortingen, verandert ook de structuur van de organisatie. In 2014 wordt de begeleidingscapaciteit teruggebracht en ook anders ingezet. De organisatie wil haar eigen steunpunten voor lichte ondersteuning aan cliënten die redelijk zelfstandig functioneren, opheffen en de professionals onderbrengen in bestaande nulde- of eerstelijnsvoorzieningen als een wijkcentrum, CJG of buurthuis. Ook dat levert immers besparingen en integratie op. Zo wordt specialistische kennis en expertise ingezet 'over de lijnen heen', en kan de tweede lijn op doelmatige wijze de 0- en 1- lijn versterken.

Daarnaast bekijken De Waerden en vijf andere aanbieders van extramurale dagbesteding de mogelijkheden voor horizontale samenwerking om zo een dekkend regionaal aanbod van dagbesteding te realiseren dat past in het Wmo-beleid. De plannen gaan uit van indicatiestelling door gemeenten. Door rechten in de vorm van vouchers toe te kennen aan inwoners met een beperking, krijgen die op hun beurt volledige keuzevrijheid voor de dagbesteding die het beste bij hun interesses en mogelijkheden past. Of en wanneer deze plannen worden gerealiseerd, zal de komende tijd duidelijk worden.

Bronnen: De Waerden, Mei 2013: *Jaarverslag 2012*. De Waerden, Landzijde, Philadelphia, Raphaëlstichting, Esdégé Reigersdaal, GGZ, 2013: *Vouchersysteem voor dagbesteding (concept)*. Interview Asisa Boujahma, Projectleider WMO De Waerden, oktober 2013.

9 ... en bij gemeenten

Niet alleen aanbieders van zorg en ondersteuning, ook gemeenten kennen de nodige versnippering en verkokering van beleid en financiering. Meer samenhang in het sociale domein vergt afstemming van beleidsdoelen, regelgeving en incentives en ontschotting van budgetten.

Met name de samenhang tussen Zorg & Welzijn en Werk & Inkomen is een belangrijk punt van aandacht omdat daar veel meerwaarde is te boeken: werk is een vorm van maatschappelijke participatie die de zelfredzaamheid aanzienlijk kan vergroten. Daarmee zijn mensen zelf geholpen en vermindert de ondersteuningsbehoefte, met lagere zorguitgaven als gevolg. Naarmate meer mensen een kans krijgen op de reguliere arbeidsmarkt, liggen besparingen op uitkeringen in het verschiet. Ook buiten de reguliere arbeidsmarkt kan het werk van mensen met een beperking maatschappelijke meerwaarde creëren.

9.1 Samenhang in het sociale domein

Er bestaat aanzienlijke overlap (25-30%) tussen de cliënten die maatschappelijke ondersteuning ontvangen op basis van een psychische beperking en de bijstandsccliënten van een gemeente. Meestal bevinden deze mensen zich op de onderste treden van de participatieladder (grote afstand tot de arbeidsmarkt). Als de Wajong onder gemeentelijke verantwoordelijkheid gaat vallen, zal de overlap in groepen voor wie de gemeente ondersteuning op het gebied van inkomen, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie moet regelen, verder toenemen.

Hier vallen aanzienlijke synergievoordelen te behalen. Maar naast het feit dat het voor mensen met een beperking al verre van eenvoudig is om op de huidige arbeidsmarkt een baan te bemachtigen, zijn er binnen de huidige, gescheiden domeinen van Werk & Inkomen en Zorg & Welzijn nog extra obstakels die mogelijkheden belemmeren.

Gescheiden financieringskaders met ieder een eigen doelstelling en regelgeving maken onderlinge samenwerking van professionals, ook binnen één en dezelfde gemeente, verre van vanzelfsprekend. Inwoners die op meerdere vormen van ondersteuning zijn aangewezen, hebben te maken

met verschillende regels die elkaar niet versterken en soms zelfs tegenwerken.

Om er enkele te noemen: de WWB stuurt op controle en negatieve prikkels (strafkorting), heeft een complexe regelgeving, is gericht op een maximale uitstroom en beperking van de instroom. Voor mensen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt maakt dat de stap om weer aan het werk gaan, al dan niet betaald, risicovol. Er is onduidelijkheid wat de gevolgen zijn voor de uitkering en, bij een betaalde baan, onzekerheid of men kan terugvallen op een bijstandsuitkering als die baan weer ophoudt.

Voor Wajongers geldt dat zij er bij het aanvaarden van een parttime baan financieel op achteruitgaan. Uit onderzoek is gebleken dat onzekerheid voor Wajongers een van de grootste knelpunten voor maatschappelijke participatie is.³¹

Zolang dergelijke knelpunten blijven voortbestaan, is er weinig kans dat versterking van zelfredzaamheid via werk benut zal worden, ook al is het een potentieel krachtig middel.

Gemeenten zijn nu nog gebonden aan gescheiden wettelijke kaders vanuit het Rijk. Met de komst van de Participatiewet wil het kabinet gemeenten vrijheid geven om zelf te bepalen welke ondersteuning bij het vinden van werk het meest geschikt is voor inwoners die een beroep doen op ondersteuning. Om ook mensen die onvoldoende productief zijn om het minimumloon te verdienen een kans op werk te bieden, krijgen gemeenten nieuwe instrumenten ter beschikking in de vorm van loondispensatie en loonaanvulling en de mogelijkheid om zelf beschut werk te creëren. Het kabinet beziet of een ongedeeld budget voor het sociale domein daaraan kan bijdragen.

Het is aan gemeenten zelf om hun organisatie rond werk, inkomen en maatschappelijke ondersteuning *in sync* te brengen en een samenhangende dienstverlening te organiseren waarbij regelgeving, prikkels en financiële schotten elkaar niet langer in de weg staan maar versterken. Zo kunnen gemeenten door beschutte arbeidsplaatsen te creëren of werkgevers te bewegen om mensen met een beperking in dienst te nemen met loondispensatie of -aanvulling door de gemeente, de mogelijkheden (en

³¹ Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2009: *Beperkt maar niet begrensd*.

eisen) vergroten voor zorgaanbieders om hun cliënten naar werk toe te leiden en zo de doelen van de Participatiewet en de Wmo verenigen.

9.2 Ook over domeingrenzen heen

Oog voor samenhang is ook over de grenzen van het sociale domein en het gemeentelijke apparaat heen, mogelijk en nuttig.

Bij het creëren van arbeidsplaatsen voor mensen met een beperking is het zinnig te zoeken naar maatschappelijke meerwaarde die op andere beleidsvelden kan worden gecreëerd. Op tal van terreinen blijven zaken liggen die zo aangepakt kunnen worden. Zo kan het draaiende houden van een buurtsuper de leefbaarheid van oude wijken of plattelandskernen versterken (zie de ervaring in Friesland). In andere gemeenten spelen plannen om duurzaam waterbeheer een impuls te geven door arbeidsplaatsen te creëren voor de afkoppeling van regenwater. Waar werk van mensen met een beperking meerwaarde oplevert, hoeft de bekostiging niet uitsluitend vanuit het sociale domein afkomstig te zijn maar is ook een bijdrage vanuit budgetten voor de betreffende beleidsvelden op zijn plaats.

In de bedrijfsvoering kan de gemeente stappen zetten door ‘sociaal rendement’ als standaardvoorwaarde op te nemen in contracten met (grote) leveranciers. Een mogelijke invulling daarvan is dat werkgevers zich verplichten een aantal mensen met een beperking in dienst te nemen.

Tenslotte zijn er natuurlijk ook over de grenzen van het gemeentelijk domein heen wisselwerkingen met andere maatschappelijke domeinen als de curatieve zorg en veiligheid. Dat valt buiten de verantwoordelijkheid van de gemeente zelf, maar een goede afstemming is ook hier van belang. In hoofdstuk 11 gaan we hier verder op in.

10 Andere financierings- en beloningssystematiek

Door plafonds te stellen aan de middelen die beschikbaar zijn voor ondersteuning van kwetsbare inwoners, kunnen gemeenten de kosten in de hand houden. Maar daarmee bestaat nog geen garantie voor een goed resultaat. De beloningssystematiek moet ook stimuleren tot vernieuwing en ‘ontzorgen’. Zorgaanbieders die er in slagen de zelfredzaamheid van kwetsbare mensen te bevorderen en zo de ondersteuningsbehoefte te verminderen, moeten daarvoor niet worden gestraft door verlies aan inkomsten en marktaandeel.

Omdat bij het ontwikkelen van nieuwe samenwerkingsvormen, ondersteuningsarrangementen en werkmethoden de kosten vaak voor de baat uitgaan, is het van belang dat zorgaanbieders en gemeenten zich committeren aan de nieuwe werkwijze waarin uitkomsten centraal staan. Het wederzijds commitment kan tot uitdrukking komen in ‘ontwikkelingscontracten’ die voor meerdere jaren worden afgesloten. Ook moet het duidelijk zijn dat het bekostigingsmodel niet jaarlijks verandert, maar voor langere tijd blijft gelden.

10.1 Vergoeding voor trajecten of lump sum-bekostiging

Bij de inkoop van ondersteuning kunnen gemeenten ervoor kiezen ‘trajecten’ voor specifieke doelgroepen in te kopen of ‘lump sum’ contracten met één of meerdere aanbieders (of een consortium van aanbieders) af te sluiten. Het voordeel van ‘trajecten’ is dat gemeenten én cliënten meer zicht hebben op welke ondersteuning instellingen bieden en welke resultaten ze kunnen verwachten. Daar staat tegenover dat het inkopen van trajecten moeilijker en administratief bewerklijker is dan bekostiging door middel van een lump sum. Zorgaanbieders moeten voor hun doelgroepen aangeven welke trajecten ze inzetten en welke resultaten ze daarmee verwachten te behalen in termen van zelfredzaamheid en/of minder dure ondersteuning.

Daarbij kan onderscheid worden gemaakt naar type cliënten voor wie de ondersteuningsbehoefte en perspectief op zelfredzaamheid uiteenlopen. Bij mensen met een psychische stoornis bijvoorbeeld, wordt vaak verondersteld dat x% kan worden begeleid naar een situatie waarin geen of minimale

professionele ondersteuning nodig is, y% kan functioneren met lichte ondersteuning en z% behoefte blijft houden aan matige of intensieve begeleiding en ondersteuning. Vergoedingen kunnen daarop worden gebaseerd. Door periodieke metingen en rapportage moeten aanbieders over hun tussenresultaten – bv aantallen mensen die doorstromen naar een volgende fase in het traject – rapporteren aan de gemeente. Gaandeweg wordt zo meer kennis opgebouwd over effectieve trajecten en de resultaten die daarmee worden bereikt. Door uitkomstmeting onder cliënten kan de gemeente controle houden of de resultaten een goede afspiegeling van een toename in zelfredzaamheid zijn.

Box 8. Rekenvoorbeeld transitie van Awbz naar Wmo

Zorgaanbieder Het Nieuwe Welzijn (HNW) heeft 1000 extramurale cliënten met lichtere en zwaardere verstandelijke beperkingen. HNW biedt binnen het kader van de Awbz zorg en ondersteuning aan:

- 250 cliënten met zzp 2 en 3 (licht) voor € 1000 per jaar;
- 500 cliënten met zzp 3 en 4 (middel) voor € 5000 per jaar;
- 250 cliënten met zzp 4 en 5 (zwaar) voor € 20.000 per jaar.

De omzet van HNW is € 7.750.000.

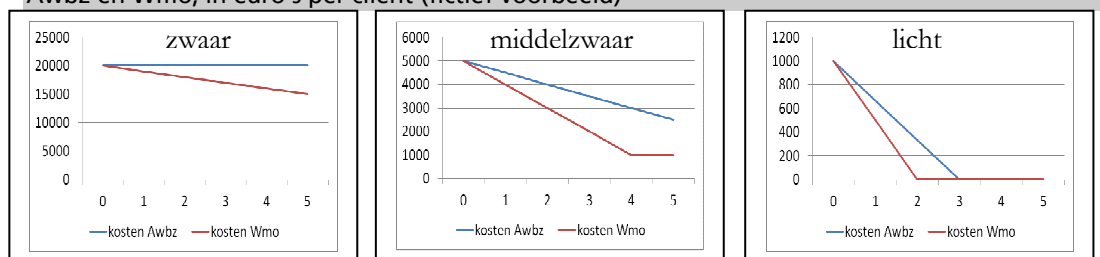
HNW is met de gemeente in gesprek over het leveren van zorg aan haar 1000 cliënten die vanuit de Awbz overkomen naar de Wmo. De gemeente heeft laten weten dat de ondersteuning meer gericht moet zijn op het versterken van het sociale netwerk en maatschappelijke participatie van cliënten, waar mogelijk via werkplekken in de reguliere maatschappij. De gemeente zal de kwaliteit bewaken door jaarlijks cliënten te vragen naar hun dagelijks functioneren en welbevinden. Daarnaast zal het beschikbare budget met minstens 25% dalen. De gemeente vraagt aan HNW welke mogelijkheden zij ziet om de gestelde doelen te bereiken bij haar cliënten en tegen lagere kosten van ondersteuning.

HNW ziet mogelijkheden om cliënten zelfstandiger te laten functioneren in de maatschappij door een sociaal netwerk te organiseren rond elke cliënt. HNW beschikt over goede contacten met vrijwilligersorganisaties die bereid zijn een deel van de noodzakelijke ondersteuning voor hun rekening te nemen. Professionele hulpverleners houden daarbij een functie als 'achtervang' om eventuele knelpunten snel en adequaat op te lossen. HNW heeft daar al goede ervaringen mee opgedaan. Daarnaast zal zoveel mogelijk van individuele naar collectieve begeleiding worden overgeschakeld en voor een deel van de cliënten een vaste werkring (zonder betaling) worden gezocht.

HNW weet uit ervaring dat niet bij elke cliënt kostenbesparingen mogelijk zijn. Bij een deel van de cliënten zal intensieve, professionele begeleiding nodig blijven. Maar er zijn ook cliënten die kunnen leren zich zelf te redden, waardoor op termijn minder begeleiding nodig is. Ook zijn kostenbesparingen mogelijk door slimmere inzet van voorzieningen en ict.

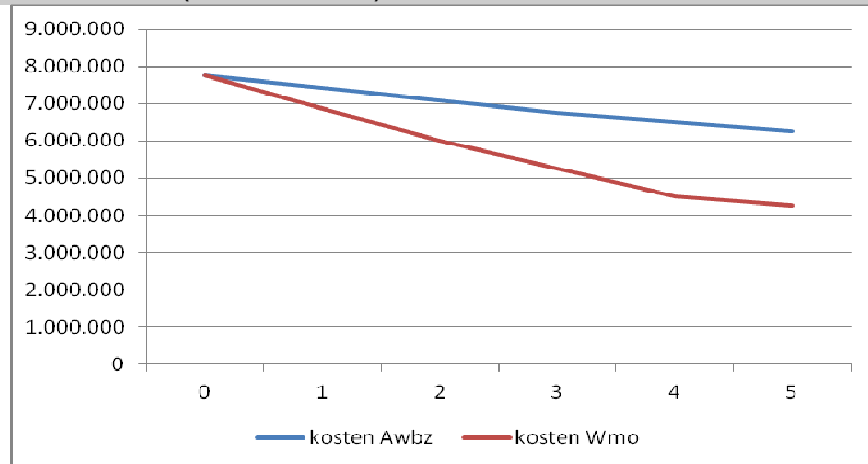
Op basis van deze kennis stelt HNW een offerte op, waarbij de ondersteuningskosten voor 'zware' cliënten over een periode van 5 jaar met gemiddeld 25% worden teruggebracht. 'Middelzware' cliënten worden aan een sociaal netwerk en een werkplek in hun woonomgeving gekoppeld waardoor minder individuele begeleiding nodig is en 'lichte' cliënten stromen via een vergelijkbare route binnen 2 jaar uit de ondersteuning in plaats van de nu gebruikelijke drie jaar. Figuur 9 geeft dit weer.

Figuur 9. Ondersteuningskosten voor 'zware', 'middelzware' en 'lichte' LVG cliënten onder de Awbz en Wmo, in euro's per cliënt (fictief voorbeeld)



Door de nieuwe werkwijze is HNW in staat de zelfredzaamheid van haar huidige 1000 cliënten aanzienlijk te verhogen en de ondersteuningskosten over een periode van vijf jaar terug te brengen van €7.750.000 naar €4.250.000. Met de gemeente worden afspraken gemaakt om de tussentijdse resultaten te rapporteren, waarbij niet alleen zal worden gekeken naar de kostenontwikkeling, maar ook naar de resultaten die met cliënten worden bereikt in termen van zelfredzaamheid en uitstroom. Ook onder de Awbz zouden kosten voor bestaande cliënten afnemen omdat sommige cliënten uitstromen uit de zorg en andere na verloop van tijd minder ondersteuning nodig hebben, maar de kostenreductie zou aanzienlijk minder zijn (€ 6.250.000 versus € 4.250.000). De nieuwe aanpak van HNW levert per saldo een besparing van € 2 miljoen op. Figuur 10 laat dit zien.

Figuur 10. Totale ondersteuningskosten voor 1000 LVG cliënten onder de Awbz en Wmo (fictief voorbeeld)



HNW heeft er vertrouwen in dat het verlies aan omzet voor een deel wordt goedge maakt doordat zich nieuwe cliënten aandienen en de gemeente bereid zal zijn een belangrijk deel van de benodigde ondersteuning in te kopen bij HNW, op basis van de goede resultaten die zowel zorginhoudelijk als financieel met het huidige cliëntenbestand zijn geboekt.

10.2 Lump sum bekostiging

Bij *lump sum* bekostiging besteedt de gemeente de ondersteuning voor een complete cliëntengroep (naar grondslag) aan voor een vast bedrag. Aanbieders krijgen veel vrijheid om de ondersteuning naar eigen inzicht in te richten. Een nadeel is dat gemeenten en cliënten vooraf weinig zicht hebben op welke ondersteuning wordt geboden en er geen zicht is op resultaten in termen van een stijging in zelfredzaamheid. De gemeente heeft alleen achteraf zicht op de kwaliteit van ondersteuning door het meten van uitkomsten onder cliënten.

Dat kan worden ondervangen als gemeenten ook bij *lump sum* bekostiging aanbieders om *experience reporting* vragen: welke ondersteuning bieden zij aan cliënten(groepen), om hoeveel mensen gaat het en in welke meetbare (tussen)resultaten komt de bevordering van zelfredzaamheid tot uitdrukking. Zo ontstaat meer transparantie voor gemeente en cliënten over werkwijze en het bevorderen van zelfredzaamheid. In feite is *lump sum* bekostiging in deze variant een doorontwikkeling van trajectbekostiging, waarbij op basis van de omvang van de onderscheiden groepen cliënten (de percentages x , y

en ζ in de vorige paragraaf) een totaalbedrag wordt vergoed voor de gehele populatie die de instellingen bedienen.

Lump sum bekostiging is administratief eenvoudiger dan inkoop van trajecten en kosten worden bewaakt door simpelweg een plafond te stellen aan het beschikbare budget. Het risico is dat aanbieders vooral op prijs gaan concurreren en dat niet alle cliënten adequaat worden ondersteund of dat er wachtlijsten ontstaan. In de praktijk moet nog blijken of uitkomstmeting voldoende en tijdige informatie oplevert om deze risico's te beheersen en tijdig bij te sturen wanneer nodig.

10.3 Belonen op resultaat: 'premie op ontzorgen'

De beloningssystematiek in de Wmo moet de beschikbaarheid van adequate en doelmatige ondersteuning vergoeden en tegelijkertijd stimuleren tot het afschalen of beëindigen van de ondersteuning als het zelfredzaamheidsniveau van een cliënt dat toelaat. Het gebrek aan een prikkel tot afschalen is precies het probleem van de huidige beloningssystematiek (in de Awbz) die zorgt voor de focus op het continueren van ondersteuning in plaats van het vergroten van zelfredzaamheid.

Wil de Wmo de focus op zelfredzaamheid gestand doen, dan is een premie op 'ontzorgen' onontbeerlijk: anders prijzen aanbieders die het beste de zelfredzaamheid en participatie bevorderen, zichzelf uit de markt. Tijdige afschaling of beëindiging van ondersteuning betekent immers potentieel een verlies aan inkomsten voor aanbieders bij inkoop op trajecten. Bij *lump sum* financiering ontbreekt de prikkel voor aanbieders om door tijdige afschaling van ondersteuning aan de bestaande cliënten, ondersteuning te kunnen bieden aan nieuwe cliënten en zo wachtlijsten te voorkómen.

De basis voor resultaatbeloning in de Wmo kunnen de resultaten zijn die gemeente en aanbieders overeen zijn gekomen als onderdeel van de 'experience reporting' van de aanbieder. In het voorbeeld van de Talent aanpak uit Apeldoorn (zie paragraaf 8.2) zijn het aantal cliënten die van individuele naar groepsbegeleiding zijn doorgestroomd, van groepsbegeleiding naar arbeidsparticipatie, en de uitstroom voorbeelden van 'resultaten'.

Voor een cliënt betekent elk 'resultaat' meer zelfredzaamheid, voor de aanbieder minder dienstverlening (de ondersteuningsbehoefte neemt immers af). Daar zou een premie tegenover kunnen staan voor de aanbieder als beloning voor geleverde kwaliteit. Deze 'premie' kan financieel van aard zijn, maar een verantwoorde vormgeving daarvan is ingewikkeld. Hij moet niet zo hoog zijn dat mensen onverantwoord 'ontzorgd' worden. Als hij te laag is, kunnen aanbieders er alsnog voor kiezen om de doorstroming in het traject te rekken en zo inkomsten (en arbeidsplaatsen voor hun personeel) te genereren.

Een alternatief is om de resultaatbeloning te vertalen in perspectieven op marktaandeel. Betere resultaten (meer zelfredzaamheid, meer doorstroom) leiden tot een lagere prijs voor het hele traject en creëren meer waarde per geïnvesteerde euro. Als een gemeente dat als inkoopcriterium hanteert, kan een instelling beloond worden in de vorm van marktaandeel.

Als er eenmaal 'bewezen resultaten' bestaan, ontstaat ook de mogelijkheid om betere dienstverlening (meer kwaliteit) met een hogere prijs te belonen. Dat kan bijvoorbeeld als het gaat om relatief korte, intensieve trajecten die hebben aangetoond zichzelf terug te betalen door besparingen op ondersteuningskosten in de daarop volgende periode omdat aantoonbaar duurzame winst in zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie is geboekt. Er bestaan nog maar weinig 'evidence based' ondersteuningsvormen die daaraan voldoen. De Academie Spelderholt in Beekbergen is daar een voorbeeld van.

Box 9. Academie Spelderholt: investeren in vaardigheden voor meer zelfredzaamheid

Op Landgoed Spelderholt in Beekbergen is de afgelopen 15 jaar een vernieuwend concept in de praktijk gebracht om de zelfredzaamheid van jongeren met een functiebeperking te vergroten. In een driejarig traject worden jongeren van 18 tot 25 jaar met verstandelijke en andere beperkingen (IQ 40-70) opgeleid voor een vak en getraind in zelfstandig wonen en omgaan met vrije tijd. Bij de toelating worden strenge selectie-eisen gehanteerd. De Academie biedt leergangen in de horeca, administratie, tuin/techniek en zorg/dienstverlening die opleiden tot maximaal assistent-niveau ROC-1. Wonen, werken en leren zijn op één plek en in één organisatie samengebracht. In een (zorg)hotel met restaurant en conferentieruimtes, gevestigd op dezelfde locatie, en de buitenruimte van het landgoed kunnen de jongeren praktijkervaring opdoen.

De doelgroep van Spelderholt is afkomstig van het Voortgezet Speciaal Onderwijs. Zij hebben een indicatie VG ZP 3 of 4, wat gelijk staat aan de

inschatting 'dagbesteding met weinig perspectief op werk c.q. zelfstandigheid'. Voor hen bestaan in het reguliere onderwijs geen mogelijkheden om door te leren. Spelderholt wil hiervoor een oplossing bieden. De Academie biedt plaats aan 75 jongeren in opleiding.

Bekostiging

Een traject op Spelderholt wordt bekostigd met Awbz-vergoedingen voor woonbegeleiding en dagbesteding. Spelderholt hanteert een kostprijs van € 55.000 per (driejarig) traject gebaseerd op 24 uur woonbegeleiding en 9 dagdelen leren/praktijkervaring op basis van de criteria dagbesteding. Dat is hoger dan de tarieven die gelden voor zorg in natura. Ouders/studenten bekostigen het traject vanuit een persoonsgebonden budget. Als gevolg van de bezuinigingen is het budget voor (nieuwe) pgb-houders sinds 2013 niet meer toereikend.

Uitkomsten

Bij aanvang van de opleiding was het niveau van de jongeren 'dagbesteding met weinig perspectief op werk'. Met de opleiding op Spelderholt behaalt 30 % van de jongeren het ROC niveau 1 diploma. Uit eigen onderzoek van de instelling blijkt dat eveneens 30 % van de jongeren die de opleiding hebben afgerond, erin is geslaagd om betaald werk te vinden. Anderen hebben een stageplek. In het algemeen geldt dat de zelfstandigheid van deze jongeren groter is na de opleiding en het beroep op zorg en begeleiding lager. Om dit ervaringsfeit te kunnen staven, pleit Spelderholt voor een herindicatie van de jongeren na afronding van de opleiding. Dat gebeurt nu niet, omdat indicaties voor de duur van 15 jaar worden afgegeven.

Maatschappelijke waarde en rendement van Spelderholt

Spelderholt biedt een bijzondere vorm van ondersteuning voor jongeren met een verstandelijke beperking. De kosten daarvan zijn hoger dan die van een regulier zorg-in-natura traject. Daar staat tegenover dat de uitkomsten in termen van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie ook hoger lijken te zijn. Naast de immateriële baten voor betrokken jongeren, hun familie en de maatschappij, kan dat ook een forse besparing op kosten van ondersteuning betekenen in de rest van het leven van deze jongeren. De maatschappelijke waarde die Spelderholt creëert, vertaalt zich daarmee ook in maatschappelijk rendement. Onafhankelijk onderzoek over langere tijd is nodig om de uitkomsten van Academie Spelderholt te volgen en een *evidence-based* kosten-batenanalyse te maken.

Centraal of decentraal?

Spelderholt is een aardig voorbeeld om te illustreren dat decentralisatie, naast voordelen, ook complicaties met zich meebrengt. Zo is de voor de Academie belangrijke vraag of pgb's worden gehandhaafd, afhankelijk van besluitvorming in ruim 400 gemeenten. Daarnaast speelt de vraag of gemeenten besteding van een pgb buiten de grenzen van de eigen gemeente of regio toestaan. Inschrijving voor de duur van de opleiding in de gemeente Apeldoorn, waaronder Spelderholt valt, is geen oplossing omdat die gemeente dan de investeringskosten voor zijn rekening moet nemen waar de gemeente van herkomst vervolgens van profiteert in de vorm van lagere uitgaven aan ondersteuning. Als mogelijke oplossing voor deze dilemma's is een bijdrage vanuit een centraal fonds (privaat, publiek of beide) te overwegen waarmee de kostprijs van een opleiding voor de jongeren en hun ouders kan worden teruggebracht tot een vergelijkbaar

niveau als gangbare vormen van ondersteuning. Ook de vergoeding van meerkosten vanuit de onderwijsbegroting is het overwegen waard. Daarbij blijft onverkort gelden dat de meerwaarde van Spelderholt steeds aangetoond moet worden.

Bronnen: Post, D en J. Heun, 1999: *Spelderholt als proeftuin*, St J J Dondorp Educatie; Spelderholt, 30 mei 2013: Brief aan het ministerie van VWS, kenmerk AF/vdw 2013-032; Idem, 20 juni 2013: Brief aan het ministerie van VWS, kenmerk AF/vdw 2013-041

10.4 Shared savings

Afspraken over *shared savings* bieden op dit moment vooral mogelijkheden buiten de Wmo. Binnen de Wmo zijn de besparingen immers al eenzijdig ingeboekt door het Rijk.

Als mensen zelfredzamer zijn, kan dat besparingen opleveren in bijvoorbeeld de Zvw (minder beroep op de huisarts, minder medicijngebruik) of de Awbz (langer thuis wonen, minder intramurale zorg). Door betere afstemming tussen *care* en *cure* en binnen de ggz zijn vaak kostenbesparingen mogelijk. Gemeenten kunnen daarover afspraken maken met zorgverzekeraars op basis van *shared savings*. In diverse grotere gemeenten lopen daarover gesprekken met verzekeraars.

Ook buiten de zorg zijn win-win situaties mogelijk op basis van goede afspraken die ondersteund worden met financiële prikkels. Denk aan vermindering van schooluitval, beperking van overlast, bevordering van de leefbaarheid van dorpen en stadswijken enz.

10.5 Persoonsvolgend en persoonsgebonden budget

Een belangrijke vraag is wie beslist over de aard van de ondersteuning en de keuze van de aanbieder. Waar mogelijk kan die verantwoordelijkheid bij de cliënt zelf worden neergelegd. Dat strookt met de gedachte van zelfredzaamheid. Om minimale kwaliteitseisen te waarborgen kan de keuze worden beperkt tot gecontracteerde instellingen. Het persoonsvolgend budget biedt mensen de mogelijkheid om zelf te bepalen op welke vorm van ondersteuning door welke aanbieder een beroep wordt gedaan. Doordat mensen het budget niet zelf in handen krijgen, worden zij niet administratief belast en zijn risico's van fraude en oneigenlijk gebruik laag.

Als een gemeente ervoor kiest een consortium van enkele grote aanbieders te contracteren, betekent een persoonsvolgend budget wel een aanzienlijke beperking van de keuzevrijheid voor de cliënt. Ook mogelijkheden voor familieleden om tegen een vergoeding ondersteuning te verlenen, vervallen hiermee. Dat kan, zeker wanneer het om intensieve ondersteuning gaat, een negatief effect op de inbreng vanuit het eigen netwerk betekenen. Tenslotte moet ervoor worden gewaakt dat gespecialiseerde instellingen buiten de gemeentegrenzen, die een vorm van ondersteuning bieden die lokaal niet beschikbaar is, niet op voorhand worden buitengesloten (bijvoorbeeld instellingen voor zintuiglijk gehandicapten).

Een persoonsgebonden budget biedt veel meer keuzevrijheid en mogelijkheden voor maatwerk aan cliënten dan een persoonsvolgend budget. Naast eventuele risico's op misbruik is het vooral de vraag hoe bij een persoonsgebonden budget op bevordering van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie kan worden gestuurd die zich ook waar mogelijk vertaalt in een vermindering van ondersteuningsbehoefte. De trendmatige aanpassing van de hoogte van het persoonsgebonden budget aan de ontwikkeling van de kosten van ondersteuning in natura voor mensen met vergelijkbare beperkingen is daarbij als oplossing te overwegen.

10.6 Positieve prikkels voor cliënten

Als cliënten zich door eigen inspanning beter weten te redden en minder ondersteuning nodig hebben, bijvoorbeeld door (vrijwilligers)werk te verrichten, kan daar een (bescheiden) beloning aan worden gekoppeld. Dat is een blijk van waardering en appelleert aan het rechtvaardigheidsgevoel (loon naar werken). Bovendien kan het de stap naar (betaald) werk vergemakkelijken.

10.7 Conclusie

De bekostiging van ondersteuning zal ook in de Wmo gebaseerd moeten blijven op de benodigde inzet van menskracht en hulpmiddelen om mensen met een beperking de mogelijkheid te bieden zelfstandig te wonen en deel te nemen aan het maatschappelijk leven. Tegelijkertijd zijn er prikkels nodig om aanbieders en cliënten te motiveren om de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zoveel mogelijk te bevorderen en de

Sturen op uitkomsten in de Wmo

ondersteuning terug te schroeven of beëindigen waar dat kan. Deze ‘premie op ontzorgen’ kan invulling krijgen door ‘waardecreatie’ (*value for money*) als leidend principe bij de inkoop te gebruiken.

Uitkomstmeting op cliëntniveau is noodzakelijk om de prestaties van aanbieders in termen van waardecreatie te valideren.

11 Interactie met andere maatschappelijke domeinen

Door de drie decentralisaties die door het huidige en vorige kabinet zijn ingezet, krijgen gemeenten zeggenschap over praktisch het hele sociale domein. Dit maakt het mogelijk dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo/Awbz, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Ook buiten het sociale domein liggen kansen om meerwaarde te creëren voor hun inwoners.

11.1 Participatie en arbeidsmarkt

Door achtereenvolgende decentralisaties – Wwb (2004), Wmo (2007) en nu de 3D-operatie – zijn gemeenten regisseur in het sociale domein geworden. Daarbij staan ‘meedoen’ (participatie) en ‘eigen kracht’ (zelfredzaamheid) centraal. Door beleidsprogramma’s met elkaar te verbinden en financiële middelen te bundelen (Participatiewet) moet meer samenhang ontstaan tussen de verschillende beleidsonderdelen die op zelfredzaamheid en participatie gericht zijn. Dat is niet alleen wenselijk vanuit het oogpunt van efficiënte inzet van middelen, maar draagt ook bij aan betere dienstverlening aan burgers.³²

Er zijn talrijke voorbeelden te noemen waar participatiebevordering en het creëren van kansen op de arbeidsmarkt elkaar kunnen versterken. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld mensen met een uitkering als vrijwilliger inzetten in het bieden van ondersteuning aan Wmo-cliënten. Zo betekenen ze iets voor anderen en leveren een tegenprestatie voor hun uitkering. Gemeenten kunnen aanbieders van zorg- en welzijnsactiviteiten vragen om leerwerkplekken of banen voor mensen met een uitkering te creëren (*social return on investment*). Ook kunnen mensen met een beperking worden ingezet in projecten om de leefbaarheid van een wijk of dorp verbeteren. In vrijwel elke gemeente lopen wel projecten in deze sfeer. Bij het creëren van arbeidsplaatsen voor mensen met een beperking is het zinnig te zoeken naar maatschappelijke meerwaarde die op andere beleidsvelden kan worden gecreëerd (zie ook paragraaf 8.2). Op tal van terreinen blijven zaken liggen die zo aangepakt kunnen worden. In dergelijke gevallen is ook een bijdrage vanuit budgetten voor de betreffende beleidsvelden op zijn plaats.

³² Stavenuiter, M., F. Dekker en M. van der Klein, 2011: *Kansen voor het kruispunt Wmo-Wwb*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht.

Box 10. De buurtsuper: zorg en leefbaarheid hand in hand

In de Friese dorpen Oldeberkoop en Wirdum heeft de lokale buurtsuper kunnen overleven dankzij de inzet van medewerkers met een verstandelijke beperking. Zorgaanbieder Talant nam de winkels over toen die uit het dorp dreigden te verdwijnen en maakte afspraken met leveranciers Spar en Prisma Food Retail om de winkels draaiend te houden. De winkels worden nu gerund door enkele voormalige personeelsleden, aangevuld met medewerkers met een verstandelijke beperking en enkele ondersteunende begeleiders. In Oldeberkoop werken in totaal 13 mensen met een beperking en 4 supermarktmedewerkers, in Wirdum werken zes personeelsleden met een beperking. In Oldeberkoop is er naast de winkel ook een bezorgservice. De winkels verschillen qua assortiment en service niet van andere buurtsupers. Wat ze bijzonder maakt, is de personeelssamenstelling en het feit dat ze op een gezonde financiële basis functioneren in kleine kernen waar anders geen winkel meer zou zijn.

De winkels in Oldeberkoop en Wirdum kennen een verschillende financiële structuur. In Oldeberkoop is de winkel gefinancierd met Awbz-middelen voor dagbestedingsplekken, terwijl de winkel in Wirdum volledig op commerciële basis van start is gegaan. Daarbij geldt wel dat in Oldeberkoop medewerkers met een ernstiger verstandelijke beperking werken dan in Wirdum. De medewerkers in Oldeberkoop ontvangen voor hun werkzaamheden geen salaris. Voor hen is het werk een vorm van dagbesteding. Een aantal van hen wil op termijn doorstromen naar een betaalde baan in het reguliere bedrijfsleven. In Wirdum ontvangen de medewerkers ook geen salaris, maar een Wajong-uitkering. De lonen van de begeleiders worden voor een deel betaald uit het zorgbudget van de cliëntmedewerkers en voor het overige uit de gerealiseerde omzet. Talant wil op termijn bekijken welke vorm het best voldoet. Het beleid is erop gericht om de supermarkten blijvend te exploiteren zonder dat er Talantgeld bij hoeft. Dat doel is bijna bereikt: de gerealiseerde omzetten liggen in de buurt van wat nodig is voor een kostendekkende exploitatie.

Het enthousiasme in de dorpen is groot. De buurtsuper levert een belangrijke bijdrage aan de leefbaarheid. Waar elders supermarkten verdwijnen, blijven ze hier open. Het feit dat er mensen met een beperking werken, lijkt het draagvlak (klandizie en omzet) onder de bewoners te vergroten. Ook de werknemers zijn blij: ze hebben een volwaardige werkplek en een kans om door te groeien naar betaald werk.

Bron: Buurtsuper speciaal

11.2 Shared savings

In sommige gevallen kunnen gemeenten en zorgaanbieders door effectieve ondersteuning aan te bieden, kosten besparen op andere terreinen. Als die besparingen terechtkomen bij derden, hebben gemeenten en zorgaanbieders

er weinig (financieel) belang bij om zich maximaal in te spannen voor kostenbesparende ondersteuning. Door afspraken te maken over de verdeling van gerealiseerde kostenbesparingen ('shared savings') kunnen de belangen van betrokken partijen meer met elkaar in lijn worden gebracht.

Een voorbeeld zijn de besparingen die ondersteuning op basis van de Wmo kan opleveren in bijvoorbeeld de Zvw (minder beroep op de huisarts, minder medicijngebruik) of de AWBZ (langer thuis wonen, minder intramurale zorg). De voordelen vallen in dat geval toe aan het Rijk en/of zorgverzekeraars. Gemeenten kunnen hierover afspraken maken op basis van shared savings. Dit vereist wel dat de kostenbesparingen hard kunnen worden gemaakt. In diverse grotere gemeenten lopen daarover al gesprekken met verzekeraars.

Ook buiten de zorg zijn win-win situaties mogelijk op basis van goede afspraken die ondersteund worden met financiële prikkels. Denk aan vermindering van schooluitval, beperking van overlast, bevordering van de leefbaarheid van dorpen en stadswijken enz. Het maken van heldere afspraken en het benoemen van prestatie-indicatoren dragen bijna altijd bij aan betere kwaliteit van de aanpak.

11.3 Conclusie

Er zijn tal van raakvlakken tussen de Wmo en andere maatschappelijke domeinen, zoals wonen, zorg, onderwijs, werk en openbare orde. Door in gesprek te gaan met partijen die op die terreinen verantwoordelijkheid dragen, kunnen gemeenten kansen creëren voor effectiever beleid. Wanneer een gezamenlijke aanpak kostenbesparingen mogelijk maakt, kan 'shared savings' een interessante optie zijn om de gezamenlijke aanpak te financieren.

12 Op weg naar meer waardecreatie

De transformatie van de Wmo en het sociale domein, stelt gemeenten, aanbieders en cliënten voor nieuwe opgaven. Het roer moet óm in beperkte tijd en onder grote financiële druk. Dat vraagt om nieuwe werkwijzen en andere financieringsvormen, gericht op meer zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie voor mensen met een beperking.

De omslag van ‘beperkingen en zorg’ naar ‘functioneren en ondersteuning’ vergt een verandertraject waarin nieuwe werkwijzen moeten worden beproefd en nieuwe vormen van samenwerking nodig zijn. Daarbij moet ruimte zijn voor veranderingen maar ook zorgvuldigheid worden betracht om die veranderingen in goede banen te leiden.

Die zorgvuldigheid vraagt om een geleidelijke ontwikkeling: naarmate er meer bekend is over de effecten van nieuwe werkwijzen (‘uitkomsten’) en de functionaliteit van nieuwe organisatievormen (‘prestaties’) kan meer vrijheid worden geboden aan aanbieders. Meer integrale verantwoordelijkheid voor aanbieders gaat daarbij hand in hand met het bieden van garanties voor de gewenste uitkomsten: het creëren van ‘waarde’.

Het vergezicht is populatiebeposting waarbij de gezamenlijke aanbieders bij een gegeven budget de verantwoordelijkheid dragen voor integrale en effectieve maatschappelijke ondersteuning. Figuur 11 geeft weer hoe stapsgewijs de omslag van een volume- naar een waardegericht stelsel kan worden gemaakt en aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan. Inzicht in uitkomsten speelt daarbij een cruciale rol, evenals de functionele integratie van het aanbod en – in het verlengde daarvan – de capaciteit en bereidheid van aanbieders om financieel risicodragend te opereren.

Gemeenten hebben, als regisseur van het sociale domein, de verantwoordelijkheid om de omslag naar een waardegericht stelsel in goede banen te begeleiden. Zij hebben daarbij veel te winnen: inwoners die meetellen in de maatschappij en niet langer aan de kant staan, de maatschappelijke opbrengsten van hun inzet, lagere uitgaven aan ondersteuning en een besparing op uitkeringen. Een eenzijdige nadruk op beheersing van de kosten van ondersteuning, zonder oog voor de waarde die daar tegenover staat, zou weleens *‘penny wise and pound foolish’* kunnen blijken.

Sturen op uitkomsten in de Wmo

Figuur 11 Stappenplan naar waarde-gebaseerde bekostiging

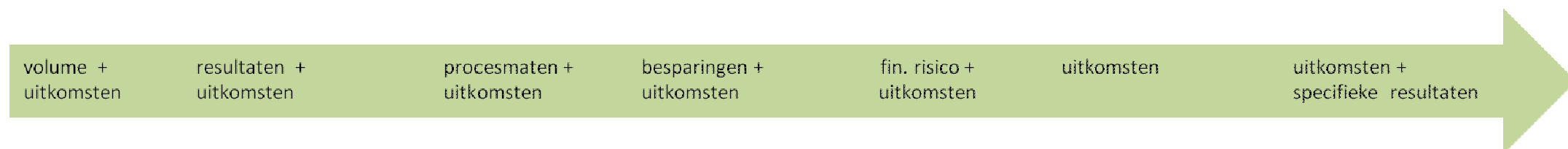
Bekostigingsvorm



Organisatievereisten aanbieders



Verantwoording op:



Bron: United Healthcare, VS. Bewerkt en aangepast door Nyfer

Bijlage 1. Uitkomststuring in de Wmo: toepassing bij de inkoop

Hoe kan een gemeente de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek naar Uitkomststuring in de Wmo gebruiken bij de inkoop van ondersteuning? Wij lichten dit toe aan de hand van de Handreiking “Opdrachtgever- en Ondernemerschap Wmo” die het Transitiebureau in 2012 publiceerde. Daarin worden de stappen onderscheiden die een gemeente doorloopt bij het formuleren en implementeren van een opdrachtgeversbeleid met betrekking tot de ondersteuning die wordt overgeheveld vanuit de Awbz naar de Wmo (zie figuur B1 op de volgende bladzijde).

B1 Algemeen Wmo beleid en kaderstelling

Uitgangspunten

[Handreiking opdrachtgeverschap]³³ Het gemeentelijk beleidsproces begint bij de politieke keuzes: de uitgangspunten die het gemeentebestuur formuleert voor het Wmo-beleid en daarbinnen de positie van mensen met een matige tot zware beperking. In de relatie tussen gemeente en opdrachtnemer moet niet het contract of de subsidierelatie centraal staan maar de gemeente moet als opdrachtgever in de eerste plaats een visie formuleren ten aanzien van het maatschappelijk doel dat zij wil bereiken, welk vraagstuk moet worden aangepakt en wat bereikt moet worden. Een gemeente kan hier kiezen voor een continuering van het Awbz beleid (beleidsarm) dan wel een wezenlijk andere insteek van ondersteuning in de Wmo (beleidsrijk).]

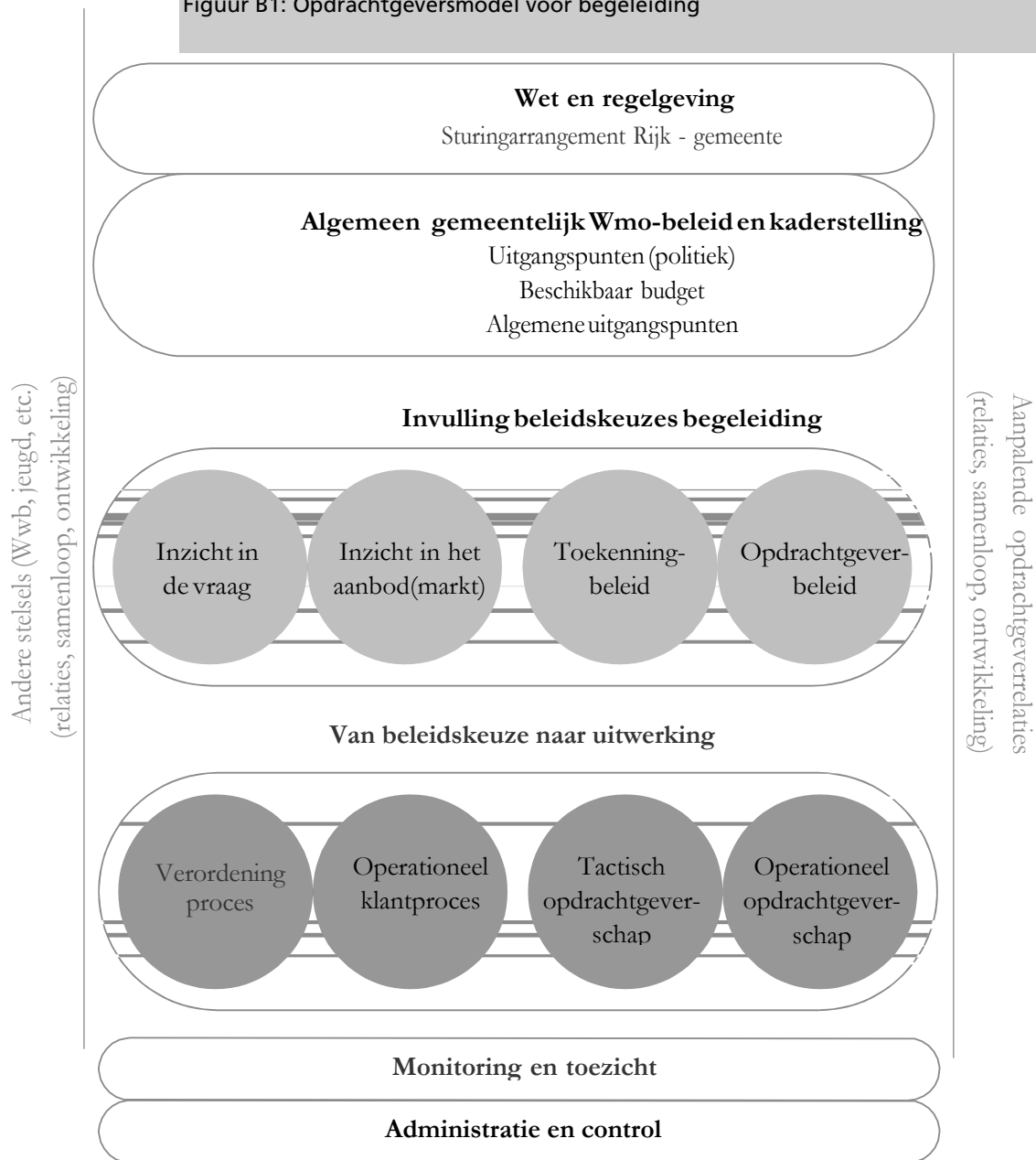
Uitkomststuring is alleen kansrijk en zinvol als voor een beleidsrijke insteek wordt gekozen waarbij:

- a. de maatschappelijke doelen – “zelfredzaamheid” en “participatie” – expliciet voorop worden gesteld, en
- b. worden geoperationaliseerd: wat is dat en hoe gaat de gemeente dat meten?, en
- c. tot leidraad voor (door)ontwikkeling van beleid worden gekozen.

Doelstellingen winnen aan effect als het niet bij mooie woorden alleen blijft. Abstracte begrippen als zelfredzaamheid en participatie moeten worden vertaald in herkenbare zaken. Voor uiteenlopende doelgroepen zal de nadruk daarbij op andere aspecten liggen: bijvoorbeeld het hebben van werk voor mensen met een psychiatrische of verstandelijke beperking, het versterken van contacten en bezigheden in de directe woonomgeving voor ouderen, enz)..

³³ De cursief gedrukte tekst tussen haken is steeds afkomstig uit de Handreiking “Opdrachtgever- en ondernemerschap”, die te vinden is op de website van het Transitiebureau.

Figuur B1: Opdrachtgeversmodel voor begeleiding



Bron: Handreiking Opdrachtgever- en ondernemerschap

Door bovendien aan te geven dat zij de uitkomsten van beleid gaat meten en die informatie gaat gebruiken bij de doorontwikkeling van beleid, maakt de gemeente duidelijk dat het haar ernst is met de gestelde doelen.

De IPA vragenlijst is een instrument dat (zelf)redzaamheid en participatie operationaliseert en meetbaar maakt vanuit het perspectief van cliënten zelf. De uitgangspunten: focus op het functioneren van mensen in plaats van op hun beperkingen, en henzelf daarover laten oordelen (autonomie), zijn wezenlijk bij de keuze van het meetinstrument.

B2 Beschikbaar budget

[HR Opdrachtgeverschap: Geen nadere toelichting]

Budget voor begeleiding alleen, dan wel mogelijkheden benutten om ook middelen uit andere budgetten aan te spreken en voorwaarden creëren om dat mogelijk te maken (ontschotting).

B3 Invulling beleidskeuzes begeleiding

Hier onderscheidt de Handreiking Opdrachtgeverschap vier stappen.

Inzicht in de vraag

[Hoe ziet de huidige en toekomstige ondersteuningsvraag eruit? Welke (sub)doelgroepen zijn er te onderscheiden, om welke aantallen cliënten en soort behoefte gaat het?]

Belangrijk hier is om de gewenste omslag van ondersteuningsbehoefte naar zelfredzaamheid voorop te stellen. Een valkuil bij de inventarisatie is te blijven hangen in bestaande kaders, nl. de ondersteuning die wordt verstrekt. Vertrekpunt moet zijn de vraag in hoeverre mensen met een beperking hun leven kunnen leiden zoals zij willen. De ervaring leert dat de betrokken mensen zelf daarvoor een betere bron van informatie zijn dan hun verzorgenden.

Andere valkuilen:

- gelijkstellen van ‘meer zelfredzaamheid’ aan ‘beter worden’ (het gaat om meer zelfredzaamheid mét de beperkingen die men heeft);
- onderscheid naar veel (sub)doelgroepen, meestal gebaseerd op medische perspectieven;
- te veel naar binnen gericht blijven (ook elders zijn inspirerende vernieuwingen).

Omdat het belangrijk is aanbieders mee te krijgen in de omslag in denken, kan het waardevol zijn deze exercitie naar nieuwe mogelijkheden en perspectieven samen met hen te doen.

Inzicht in het aanbod

[Hoe ziet het huidige en alternatieve aanbod van voorzieningen, ondersteuningsarrangementen, substituten en alternatieven eruit?]

Naast de ‘productie’capaciteit (aantallen cliënten die worden bediend) is de ‘verandercapaciteit’ een punt van aandacht: in hoeverre hebben aanbieders een visie ontwikkeld op ondersteuning nieuwe stijl en proberen zij die al uit in pilots etc?

Kijk over de grenzen van de domeinen zorg en welzijn heen welke mogelijkheden er zijn om verbindingen met de ‘gewone’ samenleving te leggen. Waar kan participatie van mensen met een beperking een toegevoegde waarde opleveren? Waar is algemeen beleid een kosteneffectievere weg dan maatschappelijke ondersteuning om participatie te bevorderen (bv. welzijnsector, fysieke toegankelijkheid omgeving, vervoer). Hoe kan het gemeentelijk beleid dat faciliteren: met aanpassing van regelgeving of budgettair. De samenhang met de Participatiewet ligt voor de hand (maar is niet vanzelfsprekend!); ook op andere beleidsterreinen kunnen mogelijkheden liggen.

Toekenningsbeleid

[Wie krijgt welke ondersteuning toegekend? Dat is belangrijk omdat dit de sturing op de (omvang van de) vraag bepaalt.]

Bij de toekenning van ondersteuning staat idealiter de vraag of ondersteuning nodig is om meer (zelf)redzaamheid en participatie te bereiken, centraal. Als je daarbij tegen grenzen van het budget aanloopt, zijn wachtlijsten een optie. Zo ontstaat namelijk wel een reëel beeld van de bestaande vraag. Dat is nodig voor een goede allocatie van middelen en kan de druk om te vernieuwen vergroten.

Wanneer er vooraf wordt gestuurd op aantallen doorverwijzingen, is de kans groot dat een deel van de vraag latent blijft, omdat die niet wordt gehonoreerd. Met negatieve maatschappelijke effecten en potentieel hogere kosten in de toekomst als gevolg.

Opdrachtgeverbeleid

[De beleidskeuzes die bepalend zijn voor het organiseren van het opdrachtgeverschap. Het gaat daarbij met name om keuzes op het gebied van:

- de voorziening*
- de rolopvatting van de gemeente*
- de relatie gemeente en aanbieder*
- de geografische ordening opdrachtgeverschap*
- samenwerking tussen gemeenten]*

De voorziening en de rolopvatting van de gemeente zijn erg belangrijk. Voor uitkomststuring is het zaak om resultaatgerichte ondersteuning in te kopen; voorzieningen worden nog vaak als ‘activiteiten’ opgevat zoals we die nu kennen: dagbesteding, hulp in de huishouding, enz. Bij enkelvoudige voorzieningen die door de gemeente worden toegewezen, is dat niet zo’n probleem. Die zijn in het algemeen goed aan een doel/uitkomst te koppelen.

Bij een complexere vraag ligt dat anders: als de gemeente daar zelf het arrangement samenstelt en diverse aanbieders voor een onderdeel daarvan contracteert, is het de vraag of een *resultaat* (versterken sociaal netwerk) of een *activiteit* (bv dagbesteding) van een aanbieder wordt gevraagd. In het laatste geval is de prikkel tot een andere, meer resultaatgerichte aanpak bij de aanbieder waarschijnlijk gering en ontbreekt misschien ook de ruimte daarvoor.

Oplossingen om meer uitkomstgericht te kunnen inkopen liggen in een zorgvuldige, resultaatgerichte omschrijving van ‘voorzieningen’. Zo kan ook worden aangestuurd op een geleidelijke integratie van bestaande producten tot een functioneel meer samenhangend aanbod. De scheiding tussen eerste en tweede lijn vervaagt daarbij. De fameuze ‘stip aan de horizon’ daarbij is populatiebesteding (zie het stappenplan naar geïntegreerd aanbod).

De relatie tussen gemeente en aanbieder is er idealiter één van ‘co-makership’ tijdens de transformatiefase: gezamenlijk op zoek gaan naar de mogelijkheden en grenzen daaraan, zowel maatschappelijk als financieel (in de Handreiking Ondernemerschap wordt dit aangeduid met strategisch partnership of een hefboomrelatie als die relatie met meerdere partijen bestaat). Veelal wordt dat co-makership ingezet tijdens de pilotfase. Als nieuwe werkwijzen zich eenmaal hebben uitgekristalliseerd, kunnen die in het routineproces worden opgenomen. Co-makership veronderstelt wel dat er bij beide partijen bereidheid is om veranderingen door te voeren.

Een laatste belangrijk punt in het opdrachtgeverschap is de vrijheid die een gemeente geeft aan mensen met een beperking om zelf hun ondersteuning in te richten. Een pgb of een pvb biedt daarvoor de beste mogelijkheden. Ook in een pgb zullen doelen van meer zelfredzaamheid en participatie en de financiële taakstelling tot uitdrukking moeten komen. Daarnaast is er de mate waarin een gemeente de keuzevrijheid beperkt (bv tot alleen gecontracteerde instellingen, tot uitsluitend lokaal/regionaal aanbod, wel/geen informele ondersteuning e.d.). Pgb’s met maximale vrijheid kunnen een interessante proeftuin zijn voor innovatieve vormen van zelfredzaamheidsbevordering en de effecten daarvan. Bovendien zijn zij interessant voor kleine aanbieders die daardoor niet alleen als onderaannemer afhankelijk zijn van grotere aanbieders. Door uitkomstmeting kunnen de resultaten van pgb-arrangementen worden vergeleken met die van institutionele ondersteuning.

B4 Van beleidskeuze naar uitwerking

[Het gaat hier om de uitwerking van beleidskeuzes naar tactisch en operationeel opdrachtgeverschap. Daarbij komen de volgende punten aan de orde:

- *inkoop of subsidiemodellen*
- *opdrachtschrijving*
- *bekostiging*
- *samenwerken met de zorgverzekeraar*
- *goed werkgeverschap en social return*
- *inhoud en duur overeenkomst*
- *organiseren van vervoer van cliënten*
- *omgaan met vastgoed*]

Voor uitkomststuring zijn met name de keuze inkoop- of subsidie, opdrachtschrijving, bekostiging, inhoud en duur van de overeenkomst relevant.

In deze fase, waarin een fundamentele transformatie moet beginnen en nog zo weinig bekend is over uitkomsten in termen van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van mensen met een beperking, past een inkoopmodel beter bij uitkomststuring dan een subsidiemodel. Om kennis op te bouwen en te gebruiken bij het zorgvuldig tot stand brengen van die transformatie, is een gemeente aangewezen op meerdere aanbieders die nieuwe werkwijzen ontwikkelen en de uitkomsten die daarmee bereikt worden op cliëntniveau, om inzicht te ontwikkelen in wat werkt en wat niet. Een subsidiemodel kent een veel diffusere relatie tussen input en uitkomsten.

De opdrachtschrijving is een cruciaal element bij het vormgeven van uitkomststuring. De gemeente wil sturen op maatschappelijke doelen: het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking op een zo kosteneffectief mogelijke wijze, maar de kennis ontbreekt om dat te kwantificeren of te weten welke ondersteuning daarvoor nodig is. Aanbieders moeten vrijheid krijgen bij de wijze waarop zij die doelen willen bereiken, en tegelijkertijd moet de gemeente wel inzicht hebben in de werkwijze die zij gaan toepassen en de resultaten die daarmee worden behaald.

In navolging van Michael Porter stellen wij voor om aanbieders uit te nodigen hun visie te presenteren en aan te geven welke werkwijze zij willen toepassen om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen bij specifieke cliëntgroepen, alsook wat de gemiddelde kostprijs per cliënt is. Een vereiste bij de werkwijze is dat er meetbare (tussen)doelen en -resultaten zijn die weergeven welke vooruitgang in termen van zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie met de ondersteuning wordt geboekt. Dat kunnen resultaten zijn in de zin van het aantal cliënten dat van individuele naar groepsbegeleiding is gegaan, het aantal cliënten

dat een werkplek (al dan niet betaald) heeft, het aantal cliënten dat in plaats van dagbesteding naar een algemene activiteit in zijn buurt is overgestapt enz.

Deze wijze van opdrachtschrijving vergt een grote omslag van aanbieders. Maar het is wel de omslag in denken die nodig is om de doelen van de Wmo te verwezenlijken. En het is te doen: de voorlopers onder de aanbieders hebben dergelijke visies ontwikkeld en vaak ook al uitgetest in de praktijk.

Concreet vraagt de gemeente in de opdrachtschrijving om:

- ondersteuning van specifieke cliëntgroepen (mensen met een beperking van psychiatrische of verstandelijke aard, ouderen met dementie, mensen met lichamelijke beperkingen), die leidt tot meer zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie – plus eventueel aspecten van zelfredzaamheid of participatie die de gemeente zwaar laat meewegen per doelgroep;
- die leidt tot een reductie van ondersteuningskosten van x%;
- welke huidige ondersteuningsvormen in de nieuwe ondersteuning zouden kunnen opgaan (bv. individuele begeleiding, groepsbegeleiding, vervoer, maaltijdvoorziening, re-integratie, enz.).

De gemeente geeft aan welke mogelijkheden zij ziet en zal faciliteren voor samenwerking met gemeentelijke beleidsvelden (zorg, welzijn, werk & inkomen, arbeids- of participatieplaatsen bij gemeentelijke partners en toeleveranciers, e.d.).

De gemeente geeft aan dat zij de (zelf)redzaamheid en participatie van haar cliënten zal volgen middels een jaarlijkse kwantitatieve meting (IPA) en kwalitatieve case studies.

De gemeente nodigt aanbieders uit om hun visie en werkwijze inclusief meetbare tussendoelen te presenteren en onderbouwen, aan te geven voor welke cliëntgroepen die bedoeld is, om welke capaciteit het gaat, en welke kosten daaraan zijn verbonden.

Voor de gemeente biedt deze wijze van offreren de mogelijkheid om aanbieders te contracteren (of niet) op basis van een afweging op kwaliteit (in termen van maatschappelijke resultaten) en kosten, en diversiteit in het aanbod te realiseren. Daarnaast heeft de gemeente het instrument van uitkomstmeting (met de IPA en via case studies) om een vinger aan de pols te houden en na te gaan of cliënten inderdaad goed (blijven) functioneren met de nieuwe ondersteuningsvormen.

Voor doorverwijzers en cliënten zelf geeft beschrijving van de werkwijze, tussendoelen en (op termijn) behaalde resultaten transparantie en keuze-informatie. Het opdrachtgeversmodel dat hier goed bij past is het 'catalogusmodel', dat wordt beschreven in de Handreiking Opdrachtgeverschap: *[De gemeente contracteert alle (eventueel een beperkt aantal) aanbieders die voldoen aan bepaalde criteria. De cliënt krijgt vervolgens keuzeinformatie (catalogus) en een ranking van aanbieders die volgt uit bepaalde prestatie-indicatoren voorgelegd op basis waarvan*

bij een keuze voor een aanbieder maakt. Kiest de cliënt niet, dan kiest de gemeente aan de hand van de prestatie-indicatoren.]

De bekostigingswijze gaat per cliënt en is afhankelijk van de werkwijze van de aanbieder. Die kan verschillen in looptijd en hoogte van de kostprijs. Zo is het denkbaar dat een aanbieder in het eerste jaar meer kosten maakt omdat geïnvesteerd wordt in de vaardigheden en het sociale netwerk van de cliënt en vervolgens slechts een lichte ondersteuning hoeft te bieden.

Bij cliënten voor wie er weinig perspectief wordt gezien in termen van meer zelfredzaamheid en participatie en ‘ontzorgen’ dus geen optie is, zal de ondersteuning en dus ook de bekostiging vrij constant zijn.

Prestatieprikkels of een ‘premie op ontzorgen’ zitten op deze manier op diverse manieren verwerkt in de bekostiging:

- er is een concurrentieprikkel omdat aanbieders weten dat de gemeente naar kwaliteit (resultaten) én prijs kijkt. Zeker als de prijs over een langere periode wordt afgesproken, is er zelfs sprake van een ‘shared risk’: de aanbieder draagt het risico voor de extra ondersteuning die nodig is als de resultaten niet worden gehaald. Dit is overigens ook een risico: het kan ertoe leiden dat de cliënt te weinig ondersteuning krijgt. Uitkomstmeting door de gemeente is daarom geen overbodige luxe;
- behaalde resultaten worden gepubliceerd in de catalogus en zijn daarmee beschikbaar voor cliënten en doorverwijzers om hun keuze te bepalen. Ook dat beïnvloedt de concurrentiepositie van de aanbieder;
- in de verlengingsafspraken van de gemeente worden behaalde resultaten en kostprijs meegenomen als afwegingscriterium. Goede prestaties worden zo beloond met continuïteit en eventueel een vergroting van het marktaandeel.

Bij uitkomststuring is een bonus/malus regeling (op dit moment) niet raadzaam. Een gemeente kan ervoor kiezen om een bedrag te reserveren om aanbieders voor hun presteren een positieve (bonus) of negatieve (malus) financiële beloning te geven. Dat vergt echter dat vooraf wordt vastgelegd waarop de beoordeling wordt gebaseerd en dat is moeilijk in de huidige situatie met veel onbekendheden. Bovendien zal er de eerste tijd een vertekening van resultaten zijn door ‘laaghangend fruit’: mensen die eigenlijk niet in de Awbz ondersteuning thuishoren, zijn makkelijker zelfredzaam te maken dan de mensen die echt een matige/zware beperking hebben.

De looptijd van het contract dat de gemeente sluit met de aanbieder, hangt samen met de kwaliteit en inhoud van de voorgestelde werkwijze. Een vernieuwende aanbieder die het vertrouwen van de gemeente heeft, verdient het om voor een langere periode gecontracteerd te worden (bijvoorbeeld 3-5 jaar) om zo de investeringen terug te kunnen verdienen. Een aanbieder die van weinig ambitie blijk geeft en een kostenreductie wil realiseren door uitsluitend versobering van

bestaande voorzieningen maar toch gecontracteerd moet worden om de nodige capaciteit veilig te stellen, kan voor een kortere looptijd (bijvoorbeeld 1 jaar) worden gecontracteerd.

B5 Monitoring en toezicht, administratie en control

Monitoring en toezicht

[Op grond van de Wmo moet de gemeenteraad toezicht houden op de uitvoering van de Wmo en de kwaliteit van de uitvoering monitoren. Het gaat daarbij de volgende kwaliteitsaspecten:

- nakomen van de afspraken (bv tijdigheid van levering, klachten)*
- effectkwaliteit (niveau – stijging – van participatie)*
- uitvoeringskwaliteit (bejegening, tevredenheid hulpverlening, mate van integraal werken)*
- verantwoording en administratieve hygiëne (tijdigheid en juistheid van facturen en verantwoording)*

De gemeente en aanbieder maken met elkaar afspraken hoe zij de uitvoering gaan monitoren. Veelal maken zij daarbij gebruik van een periodieke voortgangsrapportage om te zien hoe het in de uitvoering gaat. Een goede voortgangsrapportage volgt de belangrijkste stappen in het traject in termen van resultaat: van loket tot en met de uitvoering van de begeleiding. Het is bovendien van belang de gerapporteerde gegevens aan te laten sluiten bij de in het contract geformuleerde prestaties (de ‘kritieke prestatie indicatoren’).]

Bij uitkomststuring volgt de rapportage van de aanbieder de overeengekomen werkwijze in de contractering (‘experience reporting’). Daarin vormen de behaalde resultaten op de (tussen)doelen de kritische prestatie-indicatoren. Die kunnen dus verschillen per aanbieder.

Daarnaast organiseert de gemeente jaarlijks een kwantitatieve en kwalitatieve uitkomstmeting die de mate van (zelf)redzaamheid en participatie van de cliënten in beeld brengt. Dat is de effectkwaliteit.

Een punt van overweging is in hoeverre de gemeente naast de uitkomst- en resultaatinformatie nog aanvullende monitoringsinstrumenten wil inzetten om toe te zien op een goede uitvoering. Een periodieke check op tijdigheid van ondersteuning (worden cliënten na doorverwijzing snel geholpen?) en de instelling van een klachtenpunt lijkt zinvol. Een discussiepunt is in hoeverre de traditionele klanttevredenheidsonderzoeken voortgezet moeten worden. Enerzijds bieden die houvast omdat ze ingeburgerd zijn en vergelijkingswaarden geven. Tegelijkertijd vraagt de Wmo ook een omslag bij cliënten, die zij niet altijd positief zullen waarderen. Dat kan leiden tot een minder goed oordeel over het professioneel handelen als de professional bijvoorbeeld een groter beroep op het eigen sociale netwerk doet. Daarnaast zijn er vragen in het klanttevredenheidsonderzoek

(bijvoorbeeld over bereikbaarheid, nakomen van afspraken enz.) die ook in de nieuwe Wmo relevant blijven.

Een zinvolle optie kan zijn om klanttevredenheidsonderzoeken en uitkomstmetingen jaarlijks af te wisselen. Het combineren van beide in één vragenlijst is geen goed idee, omdat de twee onderwerpen die centraal staan: de ondersteuningsorganisatie c.q. de cliënt zelf, wezenlijk verschillen.

Houd, ten slotte, verdere kwaliteitscontroles beperkt om administratieve lasten laag te houden. De stelregel 'high trust – high penalty' zoals die in de VGZ sector al wordt toegepast, is het overwegen waard.

Administratie en control

p.m.