

De Driehoek in Balans

Dynamiek van het lokale sociale domein

Katja Crooijmans en Hans Broere

In dit paper gaan wij op zoek naar verbetering van de driehoeksrelatie tussen burger-gemeente- zorgaanbieder in het lokale sociale domein. Onze analyse en verwondering richt zich op de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Met deze wetgeving werd in 2015 een aanzienlijk deel van de toen landelijk en provinciaal georganiseerde zorg en ondersteuning voor kwetsbare burgers overgedragen naar gemeenten.

De noodzaak om deze driehoeksrelatie te herijken is groot en urgent. De toekomstige, brede beschikbaarheid van zorg en ondersteuning voor grote groepen kwetsbare burgers in het lokale sociale domein is niet gewaarborgd. De scherpe groei in vraag naar zorg en ondersteuning tot 2040 (met vergrijzing als groeimotor), de toenemende intensiteit en complexiteit van die zorgvragen en het afnemende arsenaal aan (passendopgeleide) zorgprofessionals, stelt ieder in de driehoek op de proef. Vele ingewijden in de sector geven aan dat het nu al piept en kraakt in dit gedecentraliseerde stelsel van hulp aan volwassenen (Wmo) en jeugdigen (Jeugdwet). Dat ‘piepen en kraken’ wordt de komende jaren meer hoorbaar en voelbaar.

Gemeenten en zorgaanbieders in het lokale sociaal domein zijn er (nog) niet in geslaagd om scherp af te bakenen waar ze van zijn en voor wie, hebben weinig kennis en informatie over de vragen en behoeften van groepen burgers en cliënten, en stellen moeilijke keuzes uit. We constateren dat van helpende systemen van en voor zorgprofessionals nog beperkt sprake is. Anders dan de grote,

landelijke uitvoeringsorganisaties beschreven door In 't Veld cs zien wij in het lokale sociaal domein de dominantie van maatwerk met willekeur als risico; een verstoorde balans tussen professionele autonomie en automatiseren van voorspelbare handelingen en beslissingen. Wij vrezen voor een toenemende ongelijkheid omdat de mondige burger sneller en beter zijn weg weet te vinden tot zorg en ondersteuning, met uitsluiting van de meest kwetsbaren tot gevolg.

Wij schetsen in dit paper wat er op de assen van de driehoek gebeurt en welke bewegingen nodig zijn om het evenwicht te herstellen. Ons verhaal is gebaseerd op meer dan 10 jaar actieve betrokkenheid bij de invulling van (transformerend) beleid en uitvoering in het lokale sociaal domein. In opdracht van (samenwerkende) gemeenten, zorgaanbieders en voor de Rijksoverheid. Wat u leest is de opbrengst van dat werk.

1. Het lokale sociale domein: tien jaar lang ruimte vullen

De opstellers van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning en de Jeugdwet 2015 beloofden toekomstbestendige zorg en ondersteuning, met betere uitkomsten voor mensen die deze

hulp nodig hebben en met een andere verhouding tussen burger, gemeente/overheid en zorgaanbieders.

Jeugdwet

Jeugdhulp is er voor ouders en jongeren met grote of kleine vragen over opvoeden, opgroeien, de gezondheid, beperkingen of mentale problemen. Van lichte opvoedondersteuning, tot hoogintensieve behandelvormen. Jeugdhulp is een brede waaier aan lichte hulp thuis voor jeugdigen en gezinnen (opvoedhulp), tot specialistische behandeling van een psychiatrische aandoening, tot aan residentiele, gesloten residentiele zorg. De inzet van de jeugdhulp is de afgelopen tien jaar fors gestegen. In 2015 kreeg bijna 1 op de 12 jeugdigen een vorm van jeugdhulp. De Jeugdautoriteit geeft aan dat de Jeugdwet niet heeft geleid tot een afname van het gebruik. Sinds 2015 neemt het gebruik verder toe: in 2022 kreeg ruim 1 op de 10 jeugdigen een vorm van jeugdzorg,¹ dat zijn bijna een half miljoen jeugdigen die in 2022 een vorm van jeugdzorg ontvingen.

Door de Wmo en de Jeugdwet krijgen jaarlijks circa 1,5 miljoen Nederlanders¹ een vorm van zorg en ondersteuning thuis of een dienst of product aangereikt. Een kwart van de totale begrote lasten van gemeenten komt in 2024 voor rekening van het beleidsterrein sociaal domein.² De begrote lasten stegen in 2024 van 16,6 naar 18,4 miljard euro; een toename van ruim 11 procent³.

De onderliggende beleidstheorie van deze twee wetten gaat uit van het bieden van ruimte aan gemeenten, zorgaanbieders en burgers om samen een nieuwe invulling te geven aan welzijn en welbevinden, aan het vergroten van de kwaliteit van leven voor volwassenen en jeugdigen. Met toen een sterk geloof in nabijheid, de menselijke maat, versterken van de zelfredzaamheid van mensen, het benutten van de kracht van het sociale netwerk (door het 'keukentafelgesprek') en daarmee het normaliseren en demedicaliseren van zorg en ondersteuning.

Een tweede fundamenteel element in de beleidstheorie is de verschuiving van perspectief: van het dominante systeemdenken in de landelijke uitvoeringsorganisaties, naar een perspectief op de leefwereld van de burger. De gemeente – met haar lokale nabijheid – zou zich het beste lenen voor toepassing van dit perspectief en de beweging maken van een verkokerd stelsel naar een meer integrale, samenhangende organisatie van de uitvoering.

Om deze beloftes en doelen te bereiken is vanaf 2015 veel ruimte gelaten aan gemeenten om recht te doen aan de lokale context. Elke gemeente heeft daar sindsdien een weg in gezocht; voor vele gemeenten heeft dat zelfs geleid tot een permanente staat van verandering en beweging in ideeën, structuren en werkprocessen. Met onrust en soms onvoorspelbaarheid in processen en uitkomsten

¹ Zie Ministerie VWS, Monitor Langdurige zorg en de site van de Jeugdautoriteit

² Kosten die te maken hebben met onder meer de WMO, jeugdhulp, maatschappelijk werk, de aanpak van huiselijk geweld en vluchtelingenopvang minus inkomensregelingen en participatie).

³ Zie het verslag Onderzoek gemeenten begrotingen gemeenten 2024, Ministerie BZK 2024

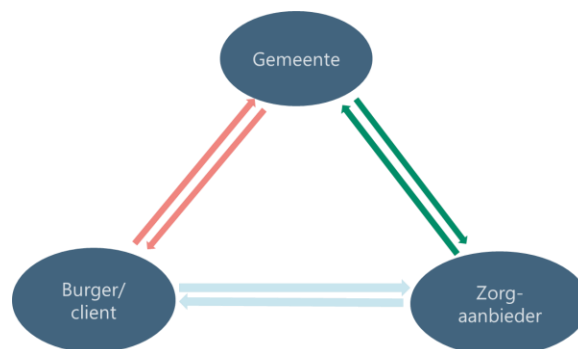
als gevolg.

Over het functioneren van het lokale sociaal domein zijn diverse onderzoeken en evaluaties uitgevoerd, met als rode draad⁴ dat de beloofde uitkomsten van de decentralisatie nog niet zichtbaar zijn.

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Wmo is er voor volwassenen (18+) die beperkt zelfredzaam zijn en daardoor problemen hebben met deelname aan de samenleving of kampen met een (sociaal) isolement. Een groeiende groep kwetsbare ouderen die thuis wonen, mensen met een (licht) verstandelijke beperking, mensen met psychiatrische problematiek of mensen met een chronische lichamelijke aandoening. Door zorgaanbieders worden zorg en ondersteuning thuis (hulp bij huishouden, begeleiding), vormen van dagopvang, vormen van beschermd of beschut wonen, opvang van dak- en thuislozen geboden. Ongeveer 750.000 mensen krijgen een hulpmiddel (bijvoorbeeld scootmobiel) of een dienst (bijvoorbeeld een woningaanpassing). De WMO omvat daarmee vele doelgroepen en vormen van zorg en ondersteuning, waarbij de kosten van deze inzet per client kunnen oplopen tot circa 7.500 euro per maand voor een vorm beschermd wonen.

Het gesleutel aan het lokale sociaal domein vindt plaats in een driehoeksverhouding tussen gemeente- burger-zorgaanbieder⁵. Deze driehoek gebruiken wij als kader voor onze analyse van de dynamiek in het lokale sociaal domein sinds 2015.



Na tien jaar sleutelen, oefenen en aanpassen stellen we vast dat de driehoek niet op orde is. Het vullen van de ruimte die de wetgever heeft geboden is wisselvallig uitgevoerd en geeft daarmee weinig houvast aan burgers en zorgaanbieders. Het stelsel is daarmee op lokaal niveau onvoldoende in samenhang en volledig uitgewerkt. Met te weinig rust en reflectie om te leren en op basis daarvan de kaders verder te verbeteren. Wij zien veel (bestuurlijke) tijd en aandacht voor het ‘ad hoc’ oplossen van vraagstukken op het niveau van specifieke (kleine groepen) cliënten of het bestaan van een enkele zorgaanbieder. Waarbij de urgentie soms zo hoog wordt opgespeeld

⁴ Zie onder meer SCP, 'Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid, 2020';

⁵ Wij beperken ons hier tot dit samenspel en laten alles wat op regionaal/bovenregionaal/landelijk niveau gebeurt (beschermd wonen voor de WMO, hervormingsagenda jeugd, toekomstscenario Jeugdbescherming etc.) buiten beschouwing in dit stuk

dat het instrumentarium van crisismanagement wordt ingezet. Met vervolgens veel onrust onder alle partijen in de driehoek door rolverwarring, overhaaste besluiten en interventies, en het doorlopend aanpassen van afspraken, organisatiestructuren en werkprocessen.

De problemen in het lokale sociale domein zijn voor veel gemeenten urgent en worden de komende jaren nijpender. Nu is vooral de jeugdzorg, een (financieel) blok aan het been en een toenemende bron van politieke en bestuurlijke onrust in gemeenteraden en colleges. Door deze urgente financiële druk zijn gemeenten vooral gefocust op strategieën van (financiële) beheersing. Dat beperkt de denk- en werkruimte van gemeenten en zorgaanbieders voor ontwikkeling, vernieuwing en transformatie.

In 2040 is de vergrijzing op het hoogtepunt, is de verwachting dat de mentale problemen onder jongeren verder is toegenomen en dat er te weinig professionals zijn om aan deze vraag een antwoord te geven. Het verdelingsvraagstuk wordt elk jaar groter.

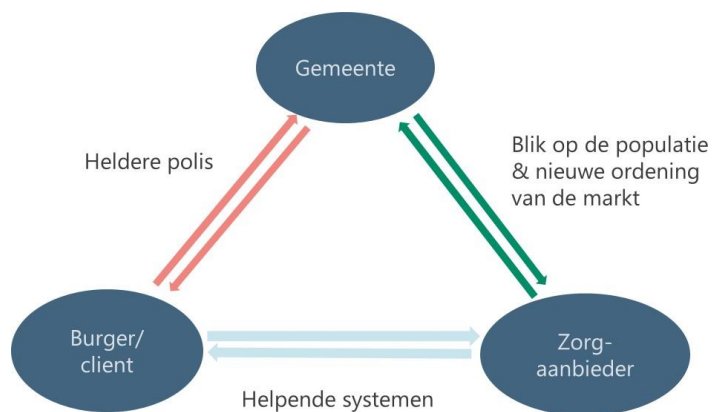
Kortom, tijd om de rug te rechten en de driehoek in balans te brengen. Niet door te werken met de ‘blanco-vel-benadering’ uit 2015, maar door een veranderstrategie toe te passen met een gezonde, bewezen middenweg op een aantal kritieke elementen in de driehoek.

2. Balans in de driehoek

Gemeenten moeten en kunnen de regie nemen in het op orde brengen van het lokale sociaal domein. Dat gaat wat ons betreft over het in balans brengen van de driehoek. De driehoek is in balans als er sprake is van een realistische verhouding tussen:

- De misse het verbeteren of behouden van de gezondheid, het welbevinden en de zelfredzaamheid van de meest kwetsbare burgers in een gemeente.
- En de invulling van de relaties tussen de drie partijen, die rekening houdt met de beschikbare financiële middelen en personele zorgcapaciteit, de ontwikkeling van de zorgvraag en de uitvoeringskracht van gemeenten en zorgaanbieders.

Wij zien drie opgaven voor gemeenten – samen met burgers en zorgaanbieders – om de driehoek in balans te krijgen. Opgaven die we kunnen ‘plotten’ op de relaties in de driehoek.



2.1. De polis: een heldere, volwaardige relatie tussen gemeente en burger

Er is geen polis⁶ van het lokale sociaal domein en dat maakt de relatie tussen gemeente en burgers onduidelijk en ongemakkelijk. De reikwijdte van de Wmo en van de Jeugdwet is open geformuleerd met veel ruimte aan gemeenten om dat zelf in te vullen. In lijn met de bedoeling van deze wetten. Gemeenten hebben deze ruimte veelal niet ingevuld en in lokale verordeningen zijn de brede formuleringen uit de landelijke wetgeving beperkt geoperationaliseerd. Voor burgers is het niet altijd even duidelijk wat zij kunnen verwachten. De abstract gedefinieerde zorgplicht van gemeenten leidt vaak tot hoge verwachtingen bij burgers en naasten over wat zij aan zorg en ondersteuning mogen verwachten.

Deze onduidelijkheid heeft gevolgen voor de relatie gemeente-burger. Het leidt tot spanningen tussen de medewerkers in de gemeentelijke wijkteams (de ‘street level bureaucrats’ verantwoordelijk voor de toegangsfunctie) en burgers die op zoek zijn naar een vorm van zorg en ondersteuning. In de wijkteams werken hulpverleners die naast hun hulpverleningstaak ook de opdracht van poortwachter hebben. Die twee functies laten zich slecht verenigen. De toegangsfunctionarissen van de wijkteams maken een eigen, vaak persoonsgebonden afweging. Op papier mooi en passend bij de gedachte van maatwerk, maar in de praktijk geeft dit (te) veel keuzestress, onnodig lange beslisperiodes en de keuze voor de veilige weg van het ruimhartig toekennen van zorg en ondersteunen.

Die onhelderheid en vage afbakening bedreigt de legitimiteit en geloofwaardigheid van het lokale sociaal domein. We hebben sterke aanwijzingen dat deze vaagheid kansen biedt voor mondige burgers, die met veel ‘bureaucratische vaardigheden’, social media-skills en sociale netwerken hun zaak voor de (politieke) Bühne weten te brengen. De ‘polis’ wordt via het politieke beïnvloedingsproces opgerekt en op

⁶ De term polis wordt gebruikt voor (zorg-)verzekeringen (Zorgverzekeringswet) en aanspraken in de collectieve sociale verzekeringen (Wet Langdurige zorg); daar wordt nauwkeurig beschreven wat de burger als verzekerde kan verwachten en waar scheidslijn ligt tussen verantwoordelijkheid ‘verzekeraar’ en ‘verzekerde’. Voor de WMO en Jeugdwet gaat die vergelijking deels op, maar de term polis is herkenbaar en maakt scherp wat nodig is in de verbinding tussen burger en gemeente.

individueel ingevuld. De toegang tot het sociaal domein verwordt tot een platform voor onderhandeling tussen de mondige, vaardige burger en overheid.

Aan de andere kant zien we dat de vage afbakening van beide wetten en het onvermogen van gemeenten om dat lokaal in te vullen, ernstige gevolgen kan hebben voor de teruggetrokken burger. De groepen burgers die onvoldoende de weg weten te vinden naar de benodigde zorg en ondersteuning, die de ‘taal’ van het systeem niet kennen en niet de toegang hebben tot helpende (sociale) netwerken en structuren. Neem bijvoorbeeld de groeiende groep kwetsbare ouderen met een migratieachtergrond in wijken en buurten met een lage sociaal economische status. Voor hen is het ontbreken van een duidelijke polis en de drempels van de gemeentelijke toegangsfunctie een grote barrière om zorg te krijgen. Dat werkt kansengelijkheid in de hand.

Het ontbreken van de heldere polis stuwt het gebruik van schaarse professionele zorg op en daarmee de kosten van het lokale sociale domein, en vergroot het de kansengelijkheid onder burgers. Om de zorg beheersbaar te houden gegeven de stijgende zorgvraag en krimpende capaciteit en euro’s zijn scherpere keuzes nodig en een andere polis dan 10 jaar geleden is bedacht.

Het vraagstuk over de reikwijdte van de Jeugdwet is in 2023 met de **landelijke Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028** neergelegd bij de individuele gemeenten. Zij moeten daar mee aan de slag. In een aantal gemeenten is de draad opgepakt – mede ingegeven door de gevoelde onbeheersbaarheid van de uitgaven voor jeugdhulp- door gemeenteraden. In Almere heeft de raad een Almeerse aanpak gestart dat voorziet in een dialoog met burgers en zorgprofessionals om de reikwijdte van de jeugdwet in Almere te markeren.

Die verduidelijking is een pittige opgave voor bestuurders en politici. De verantwoordelijkheid voor het voeren van dat gesprek en daarover knopen doorhakken ligt bij colleges B&W en gemeenteraden de komende jaren. Wij zien dat men nu om de ‘hete brij’ heen loopt en terughoudend is om het debat met elkaar te voeren over wat de reikwijdte van het lokale sociale domein moet en kan zijn over 10-15 jaar.

Wij adviseren om dat gesprek te voeren vanuit het perspectief van groepen burgers. Niet alleen in termen van leeftijd, opleiding of inkomen/vermogen. Maar vooral een benadering met aandacht voor sociaal culturele en persoonlijke kenmerken van groepen burgers en de kansengelijkheid onder deze groepen burgers. De WRR⁷ heeft duidelijk gemaakt dat het versterken van zelfredzaamheid niet voor iedereen is weggelegd en dat beleidsmakers alternatieve handelingsperspectieven moeten verkennen om deze groepen burgers te bereiken. Het SCP⁸ heeft enorm geholpen met het aanreiken van een eerste verkenning voor een typologie van groepen burgers op

⁷ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Weten is nog geen doen, een realistisch perspectief op redzaamheid, 2017

⁸ Sociaal en Cultureel Planbureau, Eigentijdse ongelijkheid, 2023.

mate waarin zij toegang hebben tot verschillende vormen van kapitaal (sociaal, cultureel, persoonlijk en economisch). Door op deze wijze naar groepen burgers te kijken wordt het mogelijk om het debat te voeren over verdeling van schaarste en de toegankelijkheid van de zorg en ondersteuning; en vooral de extra inzet die nodig is om bepaalde groepen te bereiken en de zorg en ondersteuning te bieden waarop zij recht hebben.

Dat perspectief op groepen burgers willen wij terug zien in de verhouding tussen gemeente en zorgaanbieders.

Vervolgens is het mogelijk om dat perspectief te verbinden aan vormen van dienstverlening. Dat kan door de verkenning te ordenen op twee eenvoudige assen:

1. Individuele dienstverlening versus collectieve voorzieningen

Voor welke groepen burgers is een vorm van individuele zorg en ondersteuning echt nodig, en voor wie en onder welke omstandigheden zijn collectieve voorzieningen in de buurt of op school een prima oplossing voor de vragen die men heeft.

2. Zelf doen versus professionele ondersteuning.

De mate waarin mensen zelf of in hun omgeving de benodigde zorg en ondersteuning kunnen organiseren. Dan gaat het niet alleen over mantelzorg, maar ook over de kracht van de sociale basis in buurten en wijken; het geheel van mensen en collectieve voorzieningen (buurthuizen) die laagdrempelig beschikbaar zijn. Wanneer is dan professionele ondersteuning nodig, wat is dat en met welke intensiteit.

2.2. Blik op de populatie en strakker partnerschap gemeente en zorgaanbieders

Gemeenten en zorgaanbieders zijn de afgelopen jaren van elkaar verwijderd, met een toenemende juridisering van de relatie. De periodieke inkoopprocedures bepalen het gesprek tussen gemeenten en de – vaak honderden - gecontracteerde aanbieders. De ‘wittebroodsweken’ van 2015, met blijde wederzijdse verwachtingen over een nieuwe invulling van het sociaal domein, lijkt nu meer op een slepende vechtscheiding. Waarbij het vaker gaat over tarieven dan over kwaliteit van zorg of de aandacht voor kwetsbare burgers. Gemeenten zijn naarstig op zoek naar grip op de ‘productie’ van zorgaanbieders, door de inzet van strikte financiële en juridische beheers- en controlemaatregelen.

Zorgaanbieders zijn daarmee nog verder in een overlevingsstand geraakt, met zorgen over (financiële) continuïteit en over de beschikbaarheid van voldoende, gekwalificeerd personeel. Dat heeft geleid tot vervreemding en juridisering in de relatie tussen gemeente en zorgaanbieder. Waarbij de gang naar de rechter (steeds) vaker wordt gezocht en gemeente en aanbieders wantrouwend tegenover elkaar zijn komen te staan. Een goed gesprek over en samen werken aan de beoogde verandering van het sociaal domein is daarmee steeds lastiger geworden

Zorgaanbieders zijn sterk gericht op financiële continuïteit en hebben daarmee geen (mentale en financiële) ruimte voor vernieuwing en nieuwe (technische, digitale) toepassingen.

Dat moet radicaal anders. Dat kan langs twee lijnen:

1. De blik volledig richten naar groepen inwoners: de populatie centraal.
2. De ordening van de regionale en lokale aanbiedersmarkt aanpassen.

Laten we beginnen met de eerste verandering in deze relatie: de blik richten op de inwoners en de verschillende groepen die daarin kunnen worden onderscheiden. Het gaat om de ontwikkeling van gezondheid, welbevinden en participatie van groepen burgers. Dat betekent dat gemeente en

zorgaanbieders vaker moeten ‘uitzoomen’ en kijken naar de ontwikkeling van de populatie op deze factoren. Dat vergt tijd en geduld, en het besef dat effecten van interventies soms pas na jaren optreden. Nu heeft men een blikvernauwing op individuele cases, het 1-voor-1 afhandelen van de zorgvraag van cliënten, zonder enige vorm van reflectie en feedback op uitkomsten op het niveau van groepen mensen of gebieden. De ‘feedback-loops’ zijn niet volledig. Door het ontbreken van ‘harde’ en ‘zachte’ data over de ontwikkeling van bijvoorbeeld welzijn en kwaliteit van leven, de zorgbehoefte in een wijk of buurt, is er geen coherent beeld van de mate waarin de ondersteuning effectief is. Uit ongeduld worden veelbelovende interventies en vernieuwingen stop gezet, omdat deze geen instant- effect opleveren.

De beweging die wij voorstaan kan langs twee lijnen:

1. Verzamel, bewerk en analyseer **data en kennis over groepen mensen**. Wie zijn de bewoners, wat willen ze, wat kunnen ze en wat zijn hun sociaal-culturele en persoonlijke kenmerken. Kennis over de populatie maakt duidelijk dat de inzet van zorg en ondersteuning kan verschillen tussen groepen mensen en gebieden. Investeer in kennis over de kenmerken van groepen burgers, wat zij nodig hebben en wat zij (elkaar) kunnen bieden. Veel gemeenten en zorgaanbieders hebben geen of nauwelijks een beeld van kwetsbare inwoners in een wijk of buurt. Investeer systematisch in het verzamelen en benutten van informatie over de kenmerken van groepen in de samenleving. De kennis over de populatie op wijkniveau is nu beperkt of wordt niet of nauwelijks ingezet voor het afstemmen van de zorg en ondersteuning op de wensen, behoeften en kenmerken van de bewoners in een wijk of buurt. Gemeenten kunnen zicht krijgen op de inwoners en patronen van gezondheid en welzijn door de bundeling van bestaande data, benutten van de kracht van AI-toepassingen en het actief deelnemen aan wijk- en buurtnetwerken. Dat vergt geen enorme financiële investeringen, maar de bereidheid om weg te bewegen van productie-data naar data en kennis over mensen.

2. **Verbinding maken met sociale netwerken en andere zorgstructuren** in wijken en

buurten. In de beleidsstrategie van veel gemeenten wordt meer en meer ingezet op het activeren van de zogenoemde sociale basis in een buurt of wijk en het versterken van sociale netwerken rondom kwetsbare inwoners. Een dergelijke strategie veronderstelt voor de uitvoering dat de gemeente en de betrokken zorgaanbieders geworteld zijn in de wijken en goed zicht hebben op de kenmerken van inwoners. Daarmee wordt het mogelijk krachtige allianties te smeden tussen inwoners, vrijwilligers en professionals. Die netwerken en structuren zijn er. Huisartsenpraktijken zijn de 'hub' van dergelijke netwerken en hebben veel zicht op patronen in buurten. Dat geldt ook voor wijkvoorzieningen als buurthuizen. Neem bijvoorbeeld de kracht van het Rotterdamse Wijkpaleis of de wijdvertakte buurtbibliotheken in Eindhoven. Zorgaanbieders moeten daarop aansluiten en op die manier actief werken aan 'community building' en het activeren van de sociale basis. Dat vereist aanwezigheid in een buurt.

Mooie verhalen

Een bekend 'narratief' of anekdote is de inzet van mensen in het sociaal systeem (familie, sportvereniging, burens of vrienden) die de inzet van professionele ondersteuning overbodig hebben gemaakt. Anekdotisch is het verhaal over de aankoop van een fiets voor een vader van een gezin, zodat deze weer naar het werk kan en daarmee een patroon van armoede en inkomensonzekerheid wordt doorbroken. Stuk voor stuk prachtige verhalen, maar het geeft geen beeld van de werkelijke patronen van kwetsbaarheid en bestaansonzekerheid in een buurt of wijk.

De tweede grote verandering in deze relatie gaat over de **ordering van de (regionale en lokale) aanbiedermarkt en de aard van het contract**. Gemeenten moeten fors gaan indikken op het aantal zorgaanbieders die zij contracteren. De bovenstaande opgaven en drieslag in de uitvoering is alleen mogelijk in een intensieve samenwerking tussen inwoners/sociale basis, gemeente en een handvol zorgaanbieders. In het lokaal sociale domein onderhoudt bijvoorbeeld een gemeente van circa 150.000 inwoners contracten met honderden zorgaanbieders, zonder een duidelijke ordening of rolverdeling. We zien beperkt 'eigenaarschap' bij zorgaanbieders voor groepen cliënten of voor het voorzieningenniveau in buurten of wijken. Gemeenten moeten in hun inkoop en relatie met zorgaanbieders streven naar vaste partners die 'systeem- en populatie-eigenaarschap' willen en kunnen vervullen; die zich verantwoordelijk durven te maken voor de ontwikkeling van gezondheid, welbevinden en participatie en daarvoor beloofd willen worden. Een scherper onderscheid maken naar de systeempartijen met wie gemeenten de transformatie vormgeven en kleinere productiepartijen die daar volgend in zijn.

Verander het contract. Ons pleidooi: ga weg van de dominantie van productiegedreven bekostiging- (pxq/inspanningsgericht, resultaatgericht) en inkoopmodellen, die de afgelopen jaren door een 'industrie' van inkoopadviseurs en aanbestedingsjuristen tot norm is verheven en door de landelijke overheid in standaardcontractvormen is gegoten. Met de inkoopmodellen is een enorme toestroom ontstaan van nieuwe zorgaanbieders en dat heeft geleid tot een lappendeken van zorgaanbieders die slechts voldeden aan minimale kwaliteitseisen. De VNG heeft becijferd dat sinds 2015 1.500 nieuwe jeugdhulpaanbieders zijn toegetreden. Het bleek voor gemeenten – door gebrek aan

kennis over kwaliteit van zorg – onmogelijk om onderscheid te maken naar goede en ondermaats presterende aanbieders. Door deze contract- en bekostigingsmodellen was er geen enkele transformatieprikkels en werden gemeenten – vooral in de jeugdhulp – geconfronteerd met een adembenemende toename van geboden zorg (in aantal cliënten en duur), die niet altijd verklaarbaar was op demografische of maatschappelijke gronden. Terwijl het logisch is – gezien de transformatiedoelen – om te kiezen voor inkoop- en bekostigingsmodellen die inzetten op waardecreatie en ruimte en tijd voor innovatie en vernieuwing. Wij pleiten daarom voor – de reeds ontwikkelde - contracten die prikkelen op beschikbaarheid, verbinding met de buurt en scholen, en het bereiken van effecten op gezondheid, participatie en kwaliteit van leven.

2.3. Helpende systemen

Anders dan de grote, landelijke uitvoeringsorganisaties beschreven door In 't Veld cs zien wij in het lokale sociaal domein de dominantie van maatwerk en een persoonsgebonden benadering bij de toegang tot de zorg en ondersteuning. Vooral in de uitvoering van de jeugdwet wordt elke casus beschouwd als uniek en is de maatwerkbenadering de regel. Onze stelling is dat deze maatwerkbenadering leidt tot willekeur in de toegang en tot gebrekkige kwaliteit van de dienstverlening. Er moet een gezonde verhouding ontstaan tussen enerzijds maatwerk & professionele autonomie en anderzijds automatisering & helpende systemen.

Zoals eerder betoogd maken wij ons zorgen over de persoonsgebonden benadering van zorgprofessionals actief in de toegang. Niet alle burgers worden in gelijke mate bereikt en in de toedeling van zorg zijn er verschillen in de duur, de intensiteit en de kwaliteit van de ondersteuning bij min of meer gelijke hulpvragen.

Het vak van toegangsmedewerker tot het sociale domein, met daarnaast een rol in de regievoering over de geboden (specialistische) zorg en ondersteuning door gecontracteerde zorgaanbieder, is essentieel voor het functioneren van het lokale sociale domein. Het is een mooi, uitdagend vak dat meer aandacht en professionele ondersteuning verdient. De professionals die deze taken en rollen vervullen, worden veelal niet ondersteund door een professionele organisatie met helpende systemen die de analyse en besluitvorming van deze professionals beter maakt. De systemen die men gebruikt hebben tot doel om de juridische beschikking voor de client op te stellen, die vervolgens de basis vormt voor het ketenproces van zorgtoewijzing, levering van de zorg en de betaling van de zorgaanbieder. Ook hier zijn het systemen die gemaakt zijn voor het faciliteren van de productie en niet voor het ondersteunen van de professionals in de wijkteams in het nemen van goede besluiten.

Ons pleidooi voor de verdere toepassing van automatisering en helpende systemen is op drie niveaus:

- *Opbouw van ervaringskennis.* Toegangsmedewerkers maken doorlopend afwegingen en keuzes over de hulpvraag van een cliënt en vervolgens een daarbij passend geheel van zorg en ondersteuning. Dat afwegingsproces kan en moet gevoed worden met data over eerder gemaakte keuzes en de effectiviteit daarvan.

Heeft de keuze voor een bepaalde vorm, duur en intensiteit van zorg en ondersteuning geleid tot de gewenste uitkomsten voor de groep cliënten met bepaalde kenmerken. Wat zijn effectieve methoden of interventies? Het gestructureerd verzamelen, aanvullen en bewerken van deze data leidt tot ervaringskennis die de toegangsmedewerkers kunnen combineren met hun professionele inschatting. Het geeft hen kader en houvast in vaak complexe afwegingen. In de beoordeling van de kwaliteit en effectiviteit van de inzet door zorgaanbieders. Met data over een beperkt aantal (uitkomst) indicatoren, wordt het mogelijk om de inzet van zorgaanbieders te verbinden aan groepen cliënten en ontstaat een beeld van kwaliteit en effectiviteit. Daarmee kunnen de professionals in de wijkteams gerichter cliënten toewijzen naar een passende zorgaanbieder.

- *Verbeteren van de klantreis.* In het volgen van cliënten tijdens de periode dat zij zorg en ondersteuning krijgen. Clientvolgende systemen, die inzicht geven in het op- en afschalen van zorg en ondersteuning door de zorgaanbieders. Door het opbouwen van deze kennis wordt het mogelijk het beeld van de cliëntenpopulatie te verbeteren en wordt de onvoorspelbaarheid van veel zorg en ondersteuning minder.
- *Wegwijzer door het woud van regelingen en procedures* in het gehele sociale domein. Veel ondersteuningsvragen van cliënten komen voort uit bijvoorbeeld financiële problematiek, geen toegang tot passende huisvesting of huiselijk geweld. Vooral de cliënten waarbij sprake is van problematiek op meerdere levensgebieden, zijn niet alleen gebaat bij de inzet van zorg of ondersteuning. Het aanpakken van de ‘root causes’ kan veel voorkomen. De regelgeving ten aanzien van schuldhulpverlening, bijstand of woningtoewijzing zijn complex voor de professionals in de wijkteams (die veelal zijn opgeleid als hulpverlener en niet als specialist sociale zekerheid). Maak helpende systemen die de weg wijzen naar beschikbare oplossingen op het vlak van bijvoorbeeld werk & inkomen.

Een overmatige inzet van maatwerk en een persoonsgebonden aanpak van de professionals in de wijkteams maakt de toegang en de wijkteams ondoelmatig, met te weinig tijd en ruimte voor de meest complexe, meervoudige ondersteuningsvragen. De verbeterde informatiepositie die wij hierboven schetsen kan er voor zorgen dat de professionals in de wijkteams meer tijd en aandacht kunnen besteden aan de complexe cases – zoals bijvoorbeeld cliënten beschermd wonen of jeugdigen met een licht-verstandelijke beperking in combinatie met een psychiatrische stoornis.

Het verdergaand automatiseren van de zorgtoedeling en het gebruik van beslisondersteunende en daarmee helpende systemen bij de toegang maakt de wijkteams slimmer, reflectiever en maakt de kans op willekeur en behoud van verborgen problematiek kleiner.

3. Tot slot

Wij moedigen gemeenten aan om de hiervoor genoemde opgaven, op elk van de onderscheiden relaties in de driehoek, in samenwerking met zorgaanbieders en burgers op te pakken. Dat betekent dat gemeenten aan de slag gaan met de door ons

geschetste agenda in een meerjarig traject, in samenhang en in samenspraak met de andere partijen in de driehoek. Voorliggend is het vraagstuk over de polis, maar tegelijk kan gewerkt worden aan de uitvoering van de opgaven op de twee andere relaties in de driehoek: helpende systemen in de toedeling van zorg en ondersteuning en een populatiebenadering en herordening van de volledig ‘overspannen’ aanbiedersmarkt.

Om deze regierol te pakken moeten gemeenten investeren in het werven en behouden van denk- en ontwikkelkracht; *‘the best and the brightest’* binnen de gemeentelijke, ambtelijke organisatie moeten worden ingezet op deze opgaven. Dat laatste is de erkenning dat de toekomst van het lokale sociale domein voor gemeenten en inwoners een van de grootste opgaven is die voor hen ligt.