Wijkteams: werk in uitvoering

De wijkteams zijn in het leven geroepen om het zorgaanbod beter te laten aansluiten op de vraag. Na twee jaar blijkt dat er het nodige te verbeteren valt.

Door Daan Marselis

Nog voor de transitie in het sociale domein goed en wel begint, staan de kranten al bol van de negatieve publiciteit. 'Sociale wijkteams onbekend bij zorgvrager', 'Wijkteam weet te weinig van huiselijk geweld', 'Late doorverwijzing stort jongeren in crisis' en 'Flink meer rechtszaken over hulp ouderen'. Met name de wijkteams, de spil in de transitie, moeten het ontgelden. De medewerkers zouden onvoldoende expertise hebben, ze zouden de weg niet kennen in het zorglandschap en onbekend zijn bij andere hulpverleners en nog erger: de hulpvrager. Die lijkt na bijna twee jaar nog lang niet overal de weg naar het wijkteam te kunnen vinden.

Bij de transitie gaat het eigenlijk om twee processen, te beginnen met de decentralisatie waarbij zorgtaken en de financiering naar de gemeenten zijn overgeheveld. Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) spreekt daarom ook wel van een verschuiving 'van verzorgingsstaat naar verzorgingsstad'. Stap twee is de 'transformatie', een omwenteling in de manier van zorgverlening zelf.

Met de decentralisatie wil het kabinet de zorg beter laten aansluiten op de lokale situatie. Niet alle populaties zijn gelijk en ook de zorgvraag zou over het land verschillen. Door de taken bij de gemeenten te leggen, kunnen die hun eigen afwegingen maken. Het kabinet verwacht bovendien dat gemeenten beter grip krijgen op de kosten, vandaar dat de decentralisatie met een budgetkorting gepaard gaat. In ruil daarvoor moet het kabinet wel accepteren dat ze de greep op de zorg voor een deel kwijtraakt. De gemeenten zijn aan zet.

De meeste gemeenten kiezen voor een wijkteam als toegangspoort tot zorg- en hulpverlening. Aan hen de taak om samen met de burger de zorgvraag vast te stellen. Soms leveren ze laagdrempelige zorg en zo nodig schakelen ze gespecialiseerde hulp in. Slechts twaalf gemeenten hebben geen wijkteam, zo blijkt uit onderzoek van Movisie van maart dit jaar. In die gemeenten moeten bewoners langs bij een Centrum voor Jeugd en Gezin of een Wmo-loket, doet een vriendelijke dorpsondersteuner zijn rondjes of is een dorpsnetwerk aangewezen als 'loket'. Het gaat om kleinere gemeenten, waar het inrichten van een sociaal wijkteam alleen maar bureaucratie zou toevoegen.

Specialisten

Gemeenten met wijkteams werken met verschillende modellen. De gemeente Amersfoort bij-

voorbeeld, heeft de medewerkers van het wijkteam ingehuurd van de zorginstellingen in de omgeving. "Van huis uit zijn het specialisten die we zoveel mogelijk als generalist inzetten. Ze verlenen ambulante hulp en verwijzen door naar een gespecialiseerde zorgaanbieder als er meer hulp nodig is", zegt wethouder Fleur Imming (PvdA).
Ruim 60 procent van de gemeenten werkt met zulke integraal werkende wijkteams, zo blijkt uit het onderzoek van Movisie. Andere gemeenten werken met teams die zich richten op een specifieke doelgroep. In deze gemeenten zijn dus meerdere teams naast elkaar actief (16 procent). En een nog iets kleiner deel van de gemeenten kiest voor een model waarbij het generalistische wijkteam als voorpost functioneert. Voor de burger is er één toegangspunt, dat doorverwijst naar meer gespecialiseerde teams binnen dezelfde gemeente (12 procent).

Inkoopmodel

"De taken en werkzaamheden van het wijkteam worden in belangrijke mate bepaald door het inkoopmodel waarvoor de gemeente heeft gekozen", zegt onderzoeker Niels Uenk van het Public Procurement Research Centre (PPRC), een instituut van Universiteit Utrecht en Universiteit Twente. In opdracht van de Transitiecommissie Sociaal Domein onderzochten PPRC en I&O Research welke inkoopmodellen gemeenten gebruiken. Dat blijken er vijf te zijn waarvan het regisseursmodel met 65 procent het meest gebruikte is.
In het regisseursmodel voert een regisseur het keukentafelgesprek, waarna hij ook het ondersteuningsplan opstelt. Op basis daarvan kiest hij uit een 'catalogus' de meest geschikte maatwerkvoorziening die de gemeente inkoopt bij een instelling. Een vijfde van de gemeenten kijkt nog even de kat uit de boom en 'speelt AWBZ-je', zegt Uenk. Ze houden dezelfde werkwijze en structuur aan als onder de oude wet bijzondere ziektekosten, inclusief de vroeger gebruikte productcodes.
Het belangrijkste verschil tussen beide modellen is dat gemeenten binnen het regisseursmodel een raamwerkcontract sluiten met de zorginstellingen. Dat contract garandeert geen omzet. Uenk: "Dat is dus een heel andere prikkel dan onder het AWBZ-model, waar gemeenten instellingen een budgetgarantie geven."
Bij het model met wijkgericht contracteren sluit de gemeente per wijk (of dorp) een contract met één zorginstelling die daarna als hoofdaannemer optreedt en de verantwoordelijkheid draagt over het budget. Het wijkteam valt onder deze organisatie. 6 Procent van de gemeenten werkt zo. Nog eens 5 procent werkt met het Groningse model, dat vergelijkbaar is met het AWBZ-model, behalve dan dat alleen zorg wordt ingekocht bij reeds gevestigde zorginstellingen. Een paar gemeenten rondom Gouda werken met een veilingmodel waarbij zorgaanbieders via een online systeem kunnen bieden op de hulpvraag van de cliënt.
Uenk: "Ik heb alle inkoopcontracten voor 2015 onderzocht en in bijna alle gemeenten zijn de beleidsuitgangspunten die op politiek niveau zijn vastgesteld ongeveer hetzelfde. Zeker in gemeenten die kozen voor het AWBZ- en het regisseursmodel spelen continuïteit en overgangsrecht een grote rol. Veel gemeenten willen niet te veel risico nemen door zorginstellingen uit te sluiten van zorginkoop."
Het lijkt er dus niet op dat de lokale zorgbehoefte een grote rol speelt, concludeert het PPRC. Het is de vraag in hoeverre de zorg nu dan beter aansluit op lokale behoeften, zoals een doel was.
Met dat andere doel, grip op de kosten, gaat het wel goed. Begin november maakt het CBS bekend dat de gemeenten samen bijna 1,2 miljard euro overhouden bij maatschappelijke ondersteuning en jeugdzorg. Omdat er tekort is op het budget voor hun taken op het vlak van werk en inkomen, komt de totale besparing uit op 800 miljoen euro.

Transformatie

De operatie die begin 2015 is ingezet, wordt politiek verkocht met de slogan 'Een gezin, een plan, een regisseur'. Het doel van de tweede stap, de transformatie, is dan ook een verschuiving in de

Toegangspoort

Wijkteams vormen de toegangspoort tot de zorg- en hulpverlening van de gemeente. Ze moeten samen met de cliënt en diens naasten de hulpvraag vaststellen. Ze mogen zelf laagdrempelige zorg verlenen en ze verwijzen door naar gespecialiseerde zorgverleners. De meeste wijkteams bestaan uit meerdere zorg- en hulpverleners, bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen, pedagogisch hulpverleners en schuldhulpverleners. Hoe ze werken en hoe ze bereikbaar zijn, verschilt per gemeente. Hoewel ze 'integraal' en generalistisch werken, is soms toch een rolverdeling gemaakt. In Arnhem bijvoorbeeld houden de 'jeugdcoaches' zich voornamelijk met de jeugdhulp bezig, terwijl ze wel in het brede team meedraaien. Ook het dienstverband van de medewerkers verschilt. Amersfoort huurde de medewerkers tot eind 2016 in van zorginstellingen uit de buurt, maar brengt ze vanaf 2017 onder in een aparte stichting. De gemeenten Utrecht en Schiedam hebben de wijkteams uitbesteed aan Incluzio, een bedrijf van facilitair dienstverlener Facilicom.

‘De problemen van de toekomst zijn nu al aan te wijzen’

Afstemming

De wijkteams zijn een nieuwe speler in het zorglandschap. In het nieuwe stelsel is samenwerking tussen de verschillende zorg- en hulpverleners belangrijk om een integrale aanpak te realiseren. Volgens het Nederlands Jeugdinstituut heeft het bijvoorbeeld niet veel zin om alleen de gedragsproblemen van een kind aan te pakken, als blijkt dat de alleenstaande ouder vanwege een verslaving niet in staat is het kind te ondersteunen. Zonder afstemming tussen de hulpverleners bestaat het risico dat alle aandacht naar het kind gaat, terwijl het probleem bij de ouder ligt. Opvallend genoeg krijgt juist die samenwerking nog niet veel aandacht. De meeste focus ligt bij de stelselwijziging en de bezuinigingen.

zorg- en hulpverlening. Die moet daardoor beter aansluiten op de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. Door het eigen netwerk van mensen er beter bij te betrekken en meer preventie moet de zorg goedkoper worden. Voor de wijkteams is het pionieren geweest, de afgelopen twee jaar. Zo weten medewerkers van wijkteams nog niet altijd welk zorgaanbod ze kunnen inzetten. Ook is de visie van de gemeente ze soms een raadsel en zijn ze niet op de hoogte van de kosten van de zorg of wegen ze dat niet mee in hun besluiten, blijkt uit een steekproef van onder meer de Erasmus Universiteit in vierentwintig wijkteams in zeven gemeenten.

Rechtsgelijkheid

Dat de medewerkers van hun wijkteams zoekende zijn, is ook de wethouders van Eindhoven, Enschede, Leeuwarden, Utrecht en Zaanstad niet ontgaan. Het loslaten van rechtsgelijkheid is één van de dingen die medewerkers van het wijkteam moeilijk vinden. “We moeten nog te vaak discussies voeren over precedentwerking”, schrijven de wethouders in een actieplan. Terwijl maatwerk juist van de wijkteams vraagt dat ze ieder het zijne geven en niet zozeer streven naar gelijkheid.

De medewerkers van wijkteams moeten dus nog loskomen van het oude. Soms letterlijk, merkt Imming: “Toen wij in 2014 als proeftuin begonnen met wijkteams hebben we met de zorginstellingen afgesproken dat we de benodigde medewerkers van hen zouden inhuren. Nu blijkt dat die constructie voor onze 160 wijkteammedewerkers lastig is, omdat ze het gevoel hebben twee broodheren te dienen.”

Dat wijkteams soms te kort schieten, is niet verwonderlijk, aangezien de meeste wijkteams onvoldoende tijd en capaciteit hebben om al hun taken werkelijk op te pakken, geven de gemeenten zelf toe. Slechts 8 procent van de gemeenten geeft in het onderzoek van Movisie aan dat hun wijkteams voldoende capaciteit hebben.

Maar ook in de multidisciplinaire opzet zitten risico’s. De focus op samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen binnen het team en met hulpverleners daar omheen tast de privacy van cliënten aan, stelt het CEG. “Soms bestaat een sociaal wijkteam uit maatschappelijk werkers, jeugdzorgwerkers, wijkverpleegkundigen, pedagogen, soms schuiven ook wijkagenten, schuldhulpverleners of huisartsen aan.” Bovendien zoeken de teams meer dan vroeger contact met vrijwilligers en mantelzorgers. Het probleem: die hebben lang niet allemaal een beroepsgeheim. Hoe daarmee omgegaan moet worden, is nog niet duidelijk.

Ambitie

De ambitie is er niet minder om. Wethouder Imming: “Het doel is dat inwoners vinden dat de veranderingen tot een verbetering hebben geleid.” En precies op dat vlak blijkt in de meeste gemeente nog een forse inspanning nodig.

Over de gehele linie daalt de tevredenheid van cliënten en hun naasten in 2015 licht, zo blijkt uit het onderzoek van PPRC en I&O Research. Opvallend dat de daling van de tevredenheid in de eerste helft van 2015, in de tweede helft van dat jaar weer enigs zins is goedgemaakt, vermoedelijk omdat bewoner aan het nieuwe stelsel wennen.

Goed nieuws is er ook. De zelfredzaamheid gaat op

een schaal van één tot tien omhoog van 6,9 eind 2014 naar 7,3 eind 2015. De zelfredzaamheid stijgt het hardst, met bijna één punt, in gemeenten met die wijkgericht contracteren en dat is volgens Uenk logisch te verklaren. "De hoofdaannemer krijgt een vast budget voor de populatie. Dat levert een sterke prikkel om zelfredzaamheid te stimuleren, want wie minder zorg levert, houdt geld over. Ik heb bijna geen *shared savings*-afspraken gezien, dus dat geld blijft bij de instelling." Het risico van die prikkel is dat instellingen zorg gaan weigeren, maar dan zou de cliënttevredenheid dalen. "En dat lijkt niet te gebeuren", zegt Uenk.

Daar staat tegenover dat het gebruik van mantelzorg in diezelfde gemeenten ook het hardst is toegenomen (met 5 procent). Over alle gemeenten gezien, blijft het gebruik van mantelzorg ongeveer gelijk. Wel neemt het gebruik van intensieve mantelzorg toe, waarmee bedoeld wordt dat de dagelijkse begeleiding door naasten is toegenomen. Het is nog maar de vraag of die naasten dat altijd aankunnen. Het CEG stelt in zijn rapport dat mensen soms worden 'ge(re)activeerd' zonder dat ze zo zelfredzaam kunnen zijn als de hulpverleners en de gemeenten zouden willen." Zo worden mensen dus tot zelfredzaamheid veroordeeld.

Experiment

De vijf wethouders starten met een experiment om de gemeentelijke systeemwereld beter te laten aansluiten bij de leefwereld van mensen. Het experiment is er onder meer op gericht de financiering te ontkokeren door invoering van populatiebekostiging mét *shared savings*. Ook willen de wethouders de autonomie van sociaal werkers vergroten, door ze meer ruimte te geven bij indicatie en het inzetten van hulp. De nieuwe aanpak moet leiden tot een kwalitatieve verbetering in de levens van inwoners, zegt woordvoerder Emily Worthington van de gemeente Eindhoven. Het is duidelijk dat gemeenten de ervaringen van de afgelopen twee jaar gebruiken om hun taken in het sociaal domein beter te organiseren. Gemeenten kiezen hun eigen aanpak. Amersfoort bijvoorbeeld, brengt de wijkteammedewerkers in 2017 onder in een aparte stichting om zo het loyaliteitsprobleem op te lossen en de samenwerking met andere hulpverleners te verbeteren.

Toekomst

De problemen van de toekomst zijn nu soms al aan te wijzen. Uenk: "Uit ons onderzoek komt het wijkgerichte model qua tevredenheid en zelfredzaamheid goed naar voren. Maar gemeenten moeten zich wel realiseren dat je met die aanpak een monopolist in het zadel helpt, waarmee je de positie van onderaannemers verzwakt. Of neem Utrecht dat voor de zorg in alle wijken een contract heeft met InCluzio. De vraag is hoe dat uitpakt als ze over een paar jaar opnieuw gaan aanbesteden."

En dan is er nog het kostenaspect. Zijn gemeenten niet te voorzichtig geweest met het toekennen van zorg, zoals het overschot van 800 miljoen euro doet vermoeden? Vast staat dat gemeenten, zorginstellingen en wijkteams begonnen zijn aan een fundamentele verandering. "Begonnen zijn aan", want zoals de Transitiecommissie Sociaal Domein zegt: "Het moeilijkste moet nog komen, met verschuivingen in macht, zeggenschap en geld."

Spoedzorg

Het nieuwe stelsel moet leiden tot minder zorg en tot minder intensieve zorg. Voor het wijkteam betekent het dat ze werken met kleine stapjes van opschaling. Waar vroeger aan het begin van een traject nog wel eens stevig werd ingezet, wordt nu vaker begonnen met lichte ambulante zorg. Als dat niet genoeg blijkt, doet het wijkteam er een stapje bovenop. Volgens Zorgcoördinator Karina Jackson van Pactum kan dat tot problemen leiden. "Als het allemaal niet werkt, moet je op het gegeven moment toch een crisisbed hebben." Om zorg te verminderen, hebben wijkteams de taak om het zelforganiserend vermogen van de cliënt en diens netwerk aan te spreken. Niet alle cliënten en hun netwerk kunnen die verantwoordelijkheid pakken. Het gaat om opa's, oma's, ooms en tantes. "Die mensen zijn sneller uitgeput, wat ook weer tot spoedzorg kan leiden", aldus Jackson.