

Inleiding

Decentralisaties een bedreiging of kans?

In de komende jaren komen er verschillende taken naar de gemeenten. Deze decentralisaties kunnen gezien worden als bedreiging immers het Rijk stelt minder geld beschikbaar maar de kosten nemen toe als het beleid niet gewijzigd wordt. Dit laatste is mogelijk juist een kans, immers door nu ook de mogelijkheid te hebben om zaken beter op elkaar af te stemmen en meer vanuit de burger en dus een ketenbenadering te denken én werken zijn er kansen.

Dit laatste is een grote kans daar hierdoor ook keuzes gemaakt kunnen worden en partijen gedwongen kunnen worden tot samenwerking dan wel dat gemeenten keuzes kunnen maken wie nu eigenlijk verantwoordelijk is voor het aanbod.

Dit betekent wel dat gemeenten keuzes zullen moeten maken. Zij zullen de burger weer hun verantwoordelijkheid terug moeten geven en dit gaan faciliteren. Waren we in het verleden een verzorgingsstaat waarbij een groot deel van de verantwoordelijkheid overgenomen werd door de overheid moeten we nu weer de burger stimuleren om zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen. Dit is natuurlijk lastig als dit al jaren niet meer of maar zeer beperkt is gebeurd.

Om dit te realiseren moeten we dus de politiek en de burger meenemen in dit proces. Dit vraagt ook een andere benadering van de politiek en de burger immers de politiek is vaak gedreven door incidenten en de burger is 'verwent' als het gaat om wat in het verleden van hem overgenomen wordt of hem werd aangeboden.

Samen met aanbieders moeten we dan ook zoeken naar een nieuwe manier van werken en denken waarbij het uitgangspunt is de eigen verantwoordelijkheid van de burger en het faciliteren als het dreigt fout te gaan. Het is dus veel meer gericht op preventie en bewaking.

Het gaat om het zorgen voor een totale keten waar de burger mee te maken heeft van geboorte tot overlijden, waarbij aandacht is voor alle facetten van o.a. scholing, zorg, arbeid, welzijn, etc.

De wijze waarop deze nieuwe manier van denken en werken vormgegeven moet worden is niet voor iedereen hetzelfde. Het is dan ook belangrijk om te denken vanuit maatwerk waarbij veel meer gekeken wordt naar het resultaat dan het aantal activiteiten dat het geboden wordt. Samen met de burger wordt beschreven wat het doel is en welke stappen daarin genomen moeten worden. Uitgangspunt hierbij is dat de burger zelf verantwoordelijk is hiervoor en ondersteunt wordt als dat nodig is. De ondersteunende partijen kunnen vrijwilligers zijn en/of professionals. De afrekening gebeurt op basis van het resultaat en niet meer op basis van het aantal activiteiten. Dit vraagt een heel andere manier van contractering en resultaatmeting.

Drs. J.L.J. (John) van Hal



Decentralisaties een bedreiging of kans ?

Drs. J.L.J. (John) van Hal



De verbanden tussen de transities

- Gedeeltelijk dezelfde doelgroep:
 - mensen met beperking
 - jongeren
 - link met arbeid
 - meer eigen verantwoordelijkheid
- Bundeling/afstemming geldstromen



De rol van de ambtenaar en de burger

- Dichterbij de burger
- Inzicht in politieke gevolgen
- Grotere betrokkenheid van de burger
- Eigen verantwoordelijkheid van de burger
- De rol van de belangenorganisaties (Anneke)



Het creëren van draagvlak

- Bij de politiek
- Bij de burger
- Meenemen in het totale proces niet alleen bij de besluitvorming



De vormen van aanbesteding

- Wel of niet verplicht aanbesteden
- Wat staat er in de wet ?
- Sturen op outcome
- Meer verantwoordelijkheid bij de burger als het gaat om controle

Brief aan de leden
T.a.v. het college en de raad

informatiecentrum tel.
(070) 373 8393

uw kenmerk

bijlage(n)

betreft
Decentralisatiebrief kabinet

ons kenmerk
BB/U201300274

datum
21-02-2013

Lbr. 13/015

Samenvatting

Minister Plasterk heeft op 19 februari de Tweede Kamer via een decentralisatiebrief geïnformeerd over de visie van het kabinet over de randvoorwaarden van de decentralisaties. Het kabinet zet in de brief uiteen onder welke randvoorwaarden de decentralisaties uitgevoerd kunnen worden. De brief gaat naast het financieel arrangement, informatievoorziening en toezicht met name in op het organiseren van uitvoeringskracht voor de decentralisaties en de opschalingsambities van het kabinet.

In deze ledenbrief informeren we u over deze brief en onze reactie aan de Tweede Kamer. Deze ledenbrief maakt deel uit van de serie ledenbrieven over de contacten met het kabinet inzake de decentralisaties en de financiën van gemeenten.



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

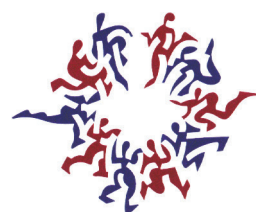
Samen voor re-integratie

EEN PRAKTISCH INSTRUMENT VOOR GEMEENTE EN ZORGVERZEKERAAR

OM SAMEN TE WERKEN AAN RE-INTEGRATIE EN SOCIALE ACTIVERING



Zorgverzekeraars Nederland



Gemeente en zorgverzekeraar aan zet

Bij zes op de tien langdurig uitkeringsgerechtigden spelen gezondheidsbelemmeringen een belangrijke rol bij het niet zoeken of vinden van een maatschappelijk actieve positie of betaald werk. En andersom: het verkrijgen van werk heeft een positieve invloed op de gezondheid. Hiermee is re-integratie niet langer een zaak van de gemeente alleen: ook de zorgverzekeraar komt in beeld. Als het verkrijgen van werk de gezondheid stimuleert en de aanspraak op zorg vermindert, heeft deze partij immers belang bij effectieve re-integratie. Bovendien beschikt zij over interventies die de gezondheid van mensen positief kunnen beïnvloeden: bijvoorbeeld diverse leefstijlprogramma's en snelle toegang tot passend aanbod in de geestelijke gezondheidszorg.

Elementen van dit instrumentarium zijn onderdeel van de (collectieve) basis- dan wel aanvullende verzekering. Als gemeente en zorgverzekeraar samen optrekken bij organisatie én financiering van re-integratie kan een effectief en doelmatig aanbod tot stand komen.

voorbeeld | Een grote gemeente biedt in samenwerking met twee zorgverzekeraars aan uitkeringsgerechtigden een leefstijlinterventie, om zo gezondheidsdrempels naar werk weg te nemen. Afspraken zijn gemaakt over de gehele re-integratieketen. Zo biedt de gemeente een follow-up na het volgen van de interventie en wordt bemiddeld van interventie naar regulier (sport)aanbod. De collectieve zorgverzekering voor minima is ingezet als 'drager' van de interventie en om kosten te verdelen ('ontdubbelen').

Van quick scan naar leidraad

Vereniging Nederlandse Gemeenten en Zorgverzekeraars Nederland onderkennen de samenloop tussen zorg en werk. Om gezamenlijkheid tussen gemeente en zorgverzekeraar bij re-integratie (en sociale activering) te stimuleren en ervaringslessen te delen, hebben VNG en ZN een quick scan laten uitvoeren. Belangrijke informatie is opgehaald in gesprekken met zorgverzekeraars en gemeenten die een relatie met elkaar hebben. De gesprekken zijn gecombineerd met meerjarige ervaring van de onderzoekers bij de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. Zo is een totaalbeeld gevormd over hun 'stand van het denken en doen' bij samenwerken in het algemeen en re-integratie in het bijzonder.

De quick scan bevestigt dat gemeente en zorgverzekeraar elkaar in toenemende mate opzoeken en vinden. Het gaat dan met name om de verbinding tussen zorg en ondersteuning, zoals een gezamenlijke wijkbenadering, een gedeelde inzet op preventie en het samen inrichten van zorgpaden. Ook op het terrein van werk en inkomen hebben gemeente en zorgverzekeraar een stevige brug geslagen, namelijk via de collectieve zorgverzekering voor minima (feitelijk een inkomensvoorziening die goede toegang tot zorg mogelijk maakt voor financieel kwetsbare inwoners). De quick scan heeft onderzocht in hoeverre deze relatie uit te bouwen is naar een bredere samenwerking op het terrein van re-integratie.

De voornaamste conclusie van de quick scan is dat samenwerking bij re-integratie nog niet vanzelfsprekend is. Voor gemeenten is de zorgverzekeraar niet een eerst logische partner qua inhoud ('wat kunnen zij wat wij niet zelf kunnen') en voor zorgverzekeraars is re-integratie geen primaire activiteit ('wij verzekeren zorg, niet werk'). Wel blijkt uit de gevoerde gesprekken dat beide partijen meer en meer elkaars toegevoegde waarde én afhankelijkheid op dit terrein zien. Initiatieven ontstaan, voorzichtig en aftastend maar doelgericht en bewust.

In de gesprekken is hierop ingegaan. Welke ervaringslessen zijn er, wat zijn 'haakjes' voor succes, wat hebben partijen te bieden? De conclusies zijn verwoord in een praktische leidraad in de vorm van een schematic (zie blz 4/5) die gemeente en zorgverzekeraar kan helpen bij het (uit)bouwen van hun samenwerking.

De leidraad bestaat uit twee hoofdelementen: het hart van de samenwerking (zijnde *meerwaarde*, *ambitie* en *inhoud*) en een drietal ondersteunende 'drijvers' bij die samenwerking (te weten procesregie, vertrouwensrelatie en organisatiekracht). In de volgende pagina's wordt de leidraad besproken.

Het hart van de samenwerking

Samenwerken aan re-integratie door gemeente en verzekeraar begint met een goed begrip van nut en noodzaak om samen op te trekken. Oftewel, wat is de meerwaarde van de samenwerking? Deze biedt een vertrekpunt om te komen tot een gedeelde ambitie en deze vervolgens te vertalen in concrete inhoud. Deze drie onderdelen samen vormen zij het 'hart' van de samenwerking en zijn in de leidraad om die reden ook centraal weergegeven (zie blz 4/5).

Meerwaarde

Gemeente en zorgverzekeraar hebben elk iets te brengen en te halen als ze samen optrekken bij re-integratie. Hoewel hun belangen en bijdragen verschillen, vertonen ze ook parallellen met elkaar.

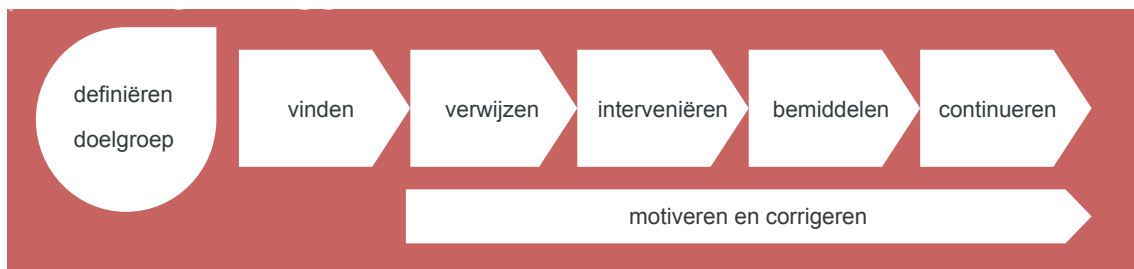
	ZORGVERZEKERAAR	GEMEENTE
BELANGEN	van financier naar partner beheersing van zorgkosten onderscheiden via collectiviteit sturing op effectieve interventies reputatie en marketing	verhogen participatie uitstroom uit de bijstand kennis bij zorgverzekeraar keten werk en zorg organiseren instrumenten zorgverzekeraar
BIJDRAGE	financiering via Zvw (en AV) interventies uit zorgverzekering ervaring met (zorg)inkoop kennis van het vakgebied netwerk bij aanbieders	financiering via Wpg/Wmo/Wwb fungeren als distributiekanaal bieden van een vindplaats kennis van de doelgroep netwerk bij aanbieders

Gedeelde ambitie

Helderheid en openheid over elkaars belangen en bijdrage biedt de opmaat om te werken aan het zo groot mogelijk maken van het gezamenlijk belang. Dit Leitmotiv voor de samenwerking zal per geval anders ingevuld worden, een terugkerend kernbegrip is het realiseren van gezondheidswinst voor burgers (respectievelijk verzekerden). Dit draagt immers bij aan zowel participatie (gemeentelijk belang) als aan het reduceren van zorggebruik (in het belang van met name de zorgverzekeraar). Het formuleren van een gezamenlijke ambitie vraagt natuurlijk aandacht wat men verstaat onder deze begrippen, anders is het slechts een holle frase.

Inhoud

Een samenwerking waar niet met commitment wordt gewerkt aan tastbare inhoud gaat uit als een nachtkaaars. Onderstaand een versimpeld model voor het vormgeven van gezamenlijke (gezondheids)interventies: wat gaan we voor wie, met wie, hoe doen? En welke rol en bijdrage hebben gemeente respectievelijk zorgverzekeraar in elke stap? In elke stap is aandacht gevraagd voor *organisatie* en *financiering*: hoe kunnen capaciteit en infrastructuur van beide partijen zo doelmatig mogelijk worden gecombineerd.



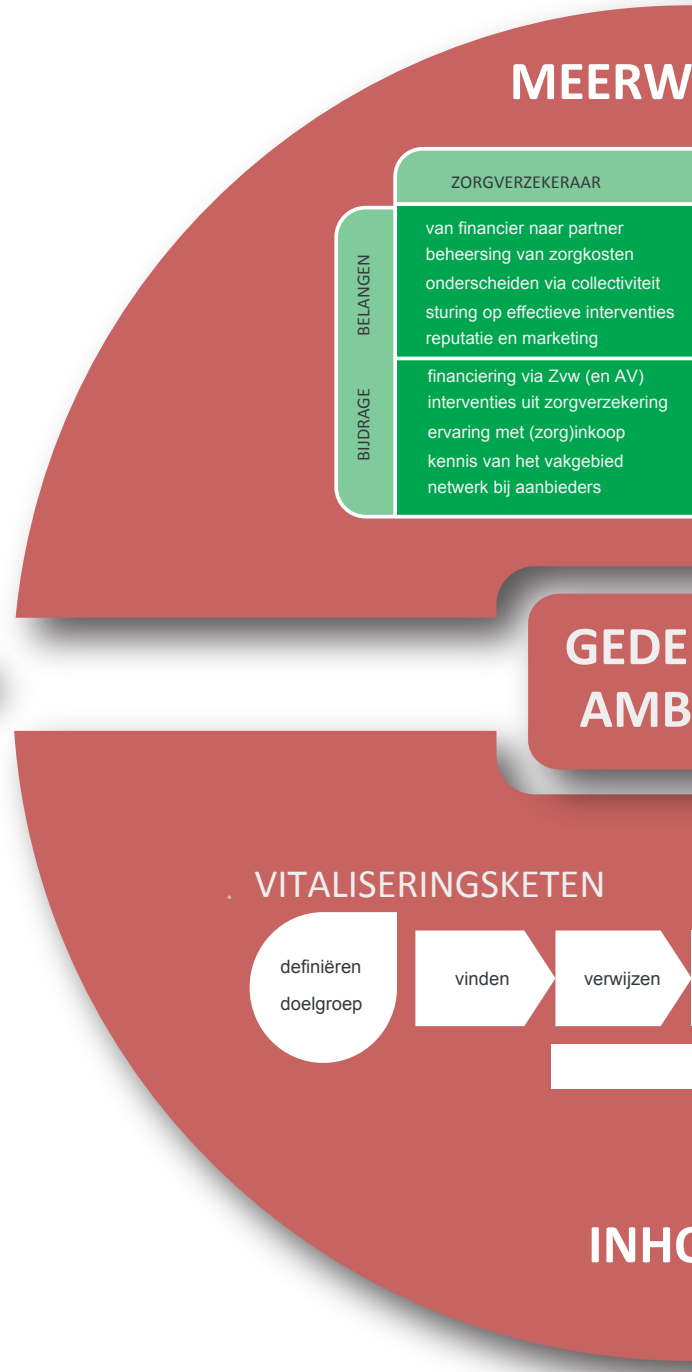
organiseer man
neem b

realiseer com
zowel bestuurlijk als a

manag
1-organisatie-1-plan-1-re

kies een vorm die ond
(convenant, colle

hanteer de re
projectmatig



daat en
 esluiten
 mitment
 ambtelijk
 e intern:
 egisseur
 ersteunt
 ectiviteit)
 gels van
 werken

**ORGANISATIE
KRACHT**

AARDE

GEMEENTE

- verhogen participatie
- uitstroom uit de bijstand
- kennis bij zorgverzekeraar
- keten werk en zorg organiseren
- instrumenten zorgverzekeraar

- financiering via Wpg/Wmo/Wwb
- fungeren als distributiekanaal
- bieden van een vindplaats
- kennis van de doelgroep
- netwerk bij aanbieders

**ELDE
ITIE**

CO-CREATIE BIJ ORGANISATIE EN FINANCIERING

intervenieren

bemiddelen

continueren

motiveren en corrigeren

OD

werk vanuit
 win-win
 wees transparant en
 oprecht geïnteresseerd
 wees geen klant (of leverancier)
 maar een partner
 respecteer de spelregels
 van netwerkglogica
 investeer in ieders samen-
 werkingsvaardigheid

**VERTROUWENS
RELATIE**

Drie drijvers

Een alliantie draait niet op inhoud en ambitie alleen. Wij onderscheiden drie drijvers die onmisbaar zijn voor succes: procesregie, vertrouwensrelatie en organisatiekracht. In de leidraad zijn zij weergegeven als drie kleinere 'bollen' die rond het hart van de samenwerking opgehangen zijn (zie blz 4/5). Hieronder wordt voor elke drijver vijf praktische 'ervaringstips' gegeven.

1. Procesregie

Een eerste belangrijke drijver is om een goed gevoel te ontwikkelen voor procesmanagement bij samenwerken op het terrein van werk en zorg:

Durf te pionieren, gun het tijd, maar verzand niet	Samenwerken tussen gemeente en zorgverzekeraar is, zeker bij sociale activering en re-integratie, relatief onontgonnen terrein. Het kent een andere dynamiek dan daily business. Partijen en mensen moeten elkaar leren kennen, inhoud moet ontstaan, nieuwe inzichten worden geboren. Bovendien vragen besluitvormingsprocessen (bij de gemeente, maar zeker ook bij de zorgverzekeraar) veel tijd. Laat het rijpen, maar voorkom dat nieuw en onbekend een excuus is om geen vooruitgang te boeken.
(H)erken faseverschillen in het proces	Het bouwen van een samenwerking kent verschillende stadia: wat begint met een abstract begrip van een gezamenlijk vraagstuk of oplossing, concretiseert zich tot een inhoudelijk traject dat gemanaged moet worden. En soms een uitstap maakt naar een onderhandelingsituatie of beïnvloed wordt door de omgeving. Betrokkenen moeten kunnen omgaan met faseverschillen.
Maak samen 'taal' en neem onduidelijkheid weg	Spraakverwarring en onzekerheid zijn per definitie aanwezig. Wat is 'gezondheidswinst', wat gaat de ander eigenlijk precies opleveren. Spit dieper en vraag door, kom tot heldere begrippen en afspraken.
Werk in co-creatie en met de eindklant	Uit de gesprekken blijkt dat zowel gemeenten als zorgverzekeraars graag met de ander optrekken bij het ontwerpen en inregelen van (gezondheids-) interventies, mits vanuit een gelijkwaardige positie en met oog voor het belang van de klant (burger respectievelijk verzekerde).
Creëer een onderling level playing field	Gegeven de onbalans in omvang en aantal is de startpositie tussen gemeente en zorgverzekeraar bijna altijd verschillend. Met name kleinere gemeenten komen niet altijd makkelijk aan tafel, bovendien is het voor verzekeraars organisatorisch ondoenlijk om voor alle gemeenten maatwerk te leveren. Gemeenten kunnen overwegen om de positie 'gelijk te trekken' door schaal te maken: onderling optrekken bijvoorbeeld via het starten van een alliantie.



2. Vertrouwensrelatie

Elke zorgverzekeraar en bijna alle gemeenten hebben ervaring met de ander in lichtere dan wel intensievere vormen van samenwerking. Met wisselende resultaten. Succesvolle samenwerkingsverbanden tonen het belang van wederzijds vertrouwen aan. Gemeente en zorgverzekeraar doen er goed aan om te investeren in vertrouwen. Hierbij helpt:

Werk vanuit win-win	'Mutual gains' is een fundamenteel andere benadering van onderhandelen, namelijk op basis van (onderliggende) belangen en normen en waarden in plaats van standpunten. Het is erop gericht de gezamenlijke oplossing zo groot mogelijk te maken zodat partijen beter af zijn dan zonder die oplossing.
Wees transparant en oprecht geïnteresseerd	Gemeenten en zorgverzekeraar hebben een andere achtergrond, en hebben soms ook over en weer minder goede ervaringen (dan wel vooroordelen). Dit voedt achterdocht en de neiging om maar niet al te open te zijn naar de andere partij. Om dit te doorbreken is juist openheid en interesse vereist. Vraag 'waarom'.
Wees geen klant maar een partner	Vanuit de (recente) historie worden zorgverzekeraars gezien als leverancier aan de klant die gemeente heet. Dat is prima mits een dergelijke 'lichte' vorm van samenwerking past bij de gezamenlijke ambitie. Waar het echter gaat om vernieuwende trajecten zoals op het gebied van re-integratie voldoet deze vorm niet. Intensiever partnership wordt dan gevraagd.
Respecteer de spelregels van netwerklogica	Uit de gesprekken en ervaringen zien we dat veel wordt beredeneerd vanuit de eigen positie, en minder vanuit de logica van het netwerk waarbij ook oog is voor de belangen van de andere partij(en) in de samenwerking. Realiseer je dat je wederzijds afhankelijk bent om tot succes te komen.
Investeer in ieders samenwerkingsvaardigheid	Op meer structurele en strategische basis samenwerken tussen gemeenten en zorgverzekeraars is relatief onontgonnen terrein, terwijl het cruciaal is om de stelselwijziging in zorg en ondersteuning waar te kunnen maken. Er is veel voor te zeggen om betrokkenen bij deze samenwerkingsverbanden kennis en kunde over samenwerken bij te brengen.



3. Organisatiekracht

Ten slotte: de succesvolle voorbeelden uit de quick scan bevestigen dat samenwerken ook organiseren betekent. Een samenwerkingsproces laat zich niet van kop tot staart in een 'keurige blauwdruk' stoppen, maar vraagt wel aandacht voor organisatie:

Organiseer mandaat en neem besluiten	Het ontwerpen van nieuwe vormen van (gezondheids)interventies raakt diverse afdelingen bij een zorgverzekeraar: commercie, zorginkoop en innovatie. Ook bij de gemeente zijn vaak collega's van verschillende diensten betrokken, zoals (centrale) inkoop en de beleidsafdelingen Werk & Inkomen en Wmo. Bewaak dat mandaat belegd is en besluitvaardigheid niet stopt vanwege de doorlopende noodzaak tot consultatie van de eigen achterban en organisatie.
Realiseer commitment (bestuurlijk en ambtelijk)	Zowel bestuurlijk als uitvoerend en zowel bij gemeente als zorgverzekeraar is commitment vereist: bestuurlijk draagvlak (bijvoorbeeld in de vorm van een intentieverklaring of convenant) geeft het kader voor richting en betrokkenheid, uitvoerende inzet is vereist om de mooie woorden niet te laten stranden in de lade.
Manage intern: 1-organisatie, 1-plan, 1-regisseur	Gemeente en zorgverzekeraar kennen steeds meer gedeelde dossiers nu zij een gezamenlijke taak bij zorg en ondersteuning krijgen. Daarmee neemt ook het aantal betrokken collega's toe, die elkaar en de andere partij in diverse constellaties tegen komt. Tegenstrijdige signalen en afspraken ontstaan dan snel. Manage de interne organisatie door bijvoorbeeld te werken met zogenaamde alliantie managers en met kruisverbanden binnen de eigen organisatie.
Kies een vorm die ondersteunt	Een convenant tussen gemeente en zorgverzekeraar kan helpen om de brede agenda te zetten; en de collectieve zorgverzekering voor minima biedt een 'drager' voor interventies en 'ontdubbelaar' van kosten.
Hanteer de regels van projectmatig werken	Ook in het vaak ogenschijnlijk warrige proces van samenwerken is aandacht voor structuur en planning gevraagd. Het houdt de druk op de ketel, mits het flexibel genoeg is om mee te bewegen met het momentum. Onderlinge afspraken over wederzijdse capaciteit (mens en kapitaal) is minimaal vereist, een samenwerking draait niet op goede intenties alleen.



Praktijkvoorbeelden

casus | De zorgverzekeraar die aan minima in de betreffende gemeente een collectieve zorgverzekering biedt, stopt per deelnemer een euro in een fonds voor gezondheidsinterventies. De gemeente heeft uit dit fonds onder andere een initiatief bekostigd dat erop gericht is om de gezondheid van uitkeringsgerechtigden te bevorderen. Door middel van een enquête en metingen van de GGD wordt door de gemeente met de zorgverzekeraar een zorgtraject op maat ontworpen. Op deze manier worden uitkeringsgerechtigden met een gezondheidsrisico geholpen om hun gezondheid weer op peil te krijgen om op deze manier weer aan het werk te gaan.

Ervaringslessen

- Blijf goed communiceren en wees duidelijk in je boodschap
- Leg de bal ook bij de ander neer zodat ook die zijn verantwoordelijkheid neemt
- Vindt een oplossing voor de paradox: een leefstijlinterventie werkt alleen bij deelname uit vrije keuze, terwijl re-integratie ook een inzetverplichting in zich heeft.

casus | Een regionale zorgverzekeraar en een middelgrote gemeente maakten ambitieuze plannen om samen te werken bij re-integratie. De onderlinge verhoudingen waren (en zijn) uitstekend, en het vertrouwen groot. Toch zijn ambities niet tot wasdom gekomen: de doelstellingen bleken te ambitieus en andere (re-integratie) partners zagen de zorgverzekeraar als concurrent op hun markt. Het initiatief heeft het niet gered, wel wordt een herstart gemaakt: met een meer realistische ambitie en met openheid naar alle betrokkenen toe.

Ervaringslessen

- Wees transparant over belangen en behoeften: zwijgen leidt snel tot (mis)interpretatie
- Geef niet direct de andere partij de schuld, maar doe aan kritische zelfreflectie
- Soms is 'gewoon beginnen' zo gek nog niet, zonder grote ambities of business case.

casus | Een grote zorgverzekeraar heeft in haar collectieve zorgverzekeringen een aantal gericht gecontracteerde re-integratiebedrijven opgenomen. Oorspronkelijk voor het bedrijfsleven, maar sinds enige jaren ook geschikt gemaakt voor het WWB-bestand van gemeenten. Een aanzienlijk deel van de kosten van een re-integratietraject worden via de basis- en aanvullende verzekering gedekt, de gemeente is (financieel en organisatorisch) verantwoordelijk voor de module 'werkbegeleiding'.

Ervaringslessen

- Kijk naar mogelijkheden om kosten te ontdebelen via (collectieve) zorgverzekeringen
- Laat elke partij doen waar hij goed in is (zorg bij de verzekeraar, werk bij de gemeente)
- Maak werkafspraken over selectie en begeleiding van deelnemers.

Deze brochure is een productie van bureau BS&F en Rebel Group, in opdracht van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Mavis Leter (mavis.leter@vng.nl) dan wel Mirjam Maasdam (m.maasdam@zn.nl).

ZZP-VG 3

**Zelfstandigheid en gezondheid van 50-plussers,
geïndiceerd voor ZZP-VG 3:
een analyse op basis van de studie Gezond Ouder
met een verstandelijke beperking (GOUD)**

**Heleen Evenhuis & Heidi Hermans
Februari 2013**

Het consortium Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD) is een academische werkplaats bestaande uit de zorgorganisaties Ipse de Bruggen, Abrona en Amarant in samenwerking met de leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten (Prof Dr HM Evenhuis) van het Erasmus MC. Een eerste gezamenlijke studie werd verricht in een samenwerking met de afdeling Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (Dr R van Wijck), en werd meegefinancierd vanuit twee ZonMw-programma's (projectnrs 57000003 en 314030302)

Prof Dr Heleen Evenhuis
Dr Heidi Hermans
Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten
Erasmus MC afdeling Huisartsgeneeskunde
Rotterdam
h.evenhuis@erasmusmc.nl
h.hermans.1@erasmusmc.nl

Inhoud

	blz
Samenvatting	3
Achtergrond	4
Studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)	4
ZZP-VG en zelfredzaamheidsscores in de hele studiebevolking	5
Gebruikte maten voor de analyse	6
Kenmerken van de ZZP-VG 3 deelnemers	7
Vergelijking van ZZP3 met andere ZZPs	10
Bespreking	11
Aanbevelingen	13
Literatuurreferenties	13
Appendix	14

Samenvatting

Achtergrond

Als gevolg van de in het regeerakkoord voorgestelde AWBZ stelselwijziging zullen verstandelijk gehandicapten in ZZP-VG 3 overgaan naar de WMO. Omdat zij geacht worden dan, met ondersteuning, een zelfstandige huishouding te voeren en (aangepast) werk te verrichten, hebben wij een analyse verricht van specifieke zelfredzaamheidsmaten (ADL en i-ADL) bij 50-plussers in deze ZZP-groepen, gebaseerd op gegevens verzameld in de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD). Omdat zij afhankelijk worden van de eerstelijnsgezondheidszorg, hebben wij tevens gezondheidsmaten in de analyse opgenomen.

Uitkomsten

Mensen met een indicatie voor ZZP-VG 3 hebben een lichte of matige verstandelijke beperking. Het merendeel woont in groepshuizen in de wijk en de meesten hebben ondersteuning nodig bij relevante basisvaardigheden die nodig zijn om een huishouding te voeren (i-ADL). Een deel heeft ook ondersteuning nodig bij de basale dagelijkse zelfverzorging (ADL). Dit geldt eveneens voor een deel van de cliënten in ZZP-VG 1 en 2. Chronische multimorbiditeit en polyfarmacie dragen in deze groep bij aan een mate van kwetsbaarheid (*frailty*) die vergelijkbaar is met die van 70-80-plussers in de algemene bevolking. Binnen de ZZP3 groep is met de variabelen ADL, i-ADL en frailty index een omschreven cluster te onderscheiden waarin een hogere ondersteuningsbehoefte en hoog gezondheidsrisico zich concentreren.

Conclusies en aanbeveling

Een deel van de ZZP-VG 3 subgroep heeft zoveel ondersteuning nodig dat scheiding van wonen en zorg niet doelmatig is.

Ongeveer een kwart heeft tevens een hoog gezondheidsrisico, waarvoor naar verwachting al vanaf jongere leeftijd een basis is gelegd.

Wij adviseren om individuen die nu geïndiceerd zijn voor ZZP-VG 1-3 op objectieve inhoudelijke criteria voor ondersteuningsbehoefte en gezondheid toegang tot de AWBZ te blijven verschaffen. Naar verwachting is dit evenzeer van toepassing op jongere leeftijdsgroepen. Gespecialiseerde ondersteuning van de eerste lijn door artsen voor verstandelijk gehandicapten (AVG) en waar nodig andere gespecialiseerde disciplines moet voor deze mensen beschikbaar blijven.

Achtergrond

Volgens het regeerakkoord van 2012 zullen in de komende jaren groepen met een chronische zorgbehoefte (ouderen, verstandelijk gehandicapten, chronische psychiatrische patiënten) vanuit de AWBZ overgaan naar de WMO. Voor de groepen geïndiceerd voor Zorgzwaartepakket 1-3 (ZZP1-3) lijkt geen twijfel te bestaan over de uitvoerbaarheid van dat voornemen. Dat betekent dat deze mensen geacht zullen worden, met ondersteuning door een netwerk van mantelzorgers, huishoudelijke hulp en thuiszorg, een zelfstandige huishouding te voeren en (aangepast) werk te verrichten. Omdat wij ons afvroegen of verstandelijk gehandicapten in deze ZZP-groepen daartoe inderdaad in staat zullen zijn, hebben wij een analyse uitgevoerd van de zelfstandigheid en de gezondheidstoestand van 50-plussers in de verschillende ZZP-groepen, zoals gemeten in de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD).

In dit rapport focussen wij op de uitkomsten van de subgroep in ZZP3 en vergelijken die met de andere ZZPs.

Studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD)

In deze grootschalige epidemiologische studie is de gezondheidstoestand van 1050 50-plussers met verstandelijke beperkingen breed onderzocht, gerangschikt naar drie thema's: fysieke activiteit & fitheid, voeding & voedingstoestand (inclusief risicofactoren voor hart- en vaatziekte), en depressie & angst. De studiepopulatie is nagenoeg representatief voor alle 50+ cliënten van de gespecialiseerde zorg, zoals die op dit moment nog is. Aanvullende financiering werd verkregen vanuit het ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg om op basis van de verkregen data ook geriatrische kwetsbaarheid en multimorbiditeit te bestuderen, en een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid in deze doelgroep te ontwikkelen (dat laatste is nog niet gebeurd).

ZZP-VG en zelfredzaamheidsscores in de hele studiepopulatie

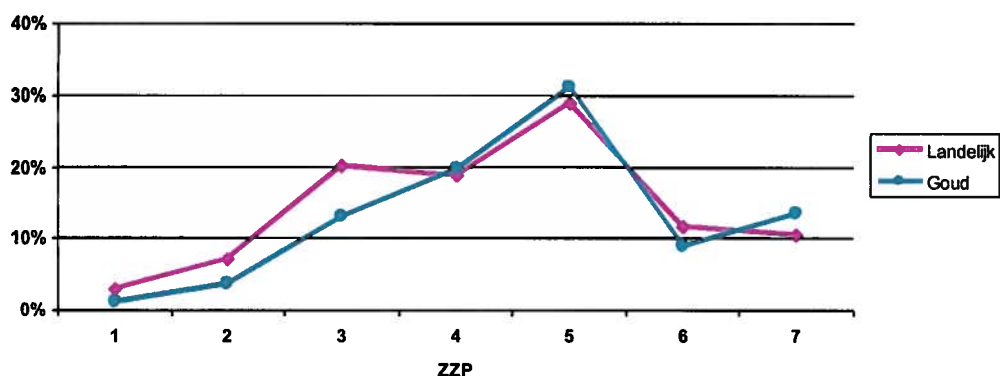
In de tabel wordt een overzicht gegeven van de ZZP-verdeling in de GOUD studiepopulatie bij de start van de studie (2008).

Verdeling van ZZPs in de GOUD studiepopulatie (2008)

ZZP	N	%
ZZP VG 1	12	1,1
ZZP VG 2	39	3,7
ZZP VG 3	138	13,1
ZZP VG 4	207	19,7
ZZP VG 5	325	31,0
ZZP VG 6	93	8,9
ZZP VG 7	142	13,5
Functionele indicatie (ambulant)	37	3,5
Functionele indicatie (dagbesteding)	6	0,6
Overig	2	0,2
Onbekend (alleen dagbesteding; woonachtig bij andere zorg- aanbieder)	49	4,7
TOTAAL	1050	100

Deze verdeling komt globaal overeen met de landelijke verdeling (gegevens CIZ). Alleen ZZP 3 lijkt iets minder vaak voor te komen binnen de GOUD populatie (zie de figuur).

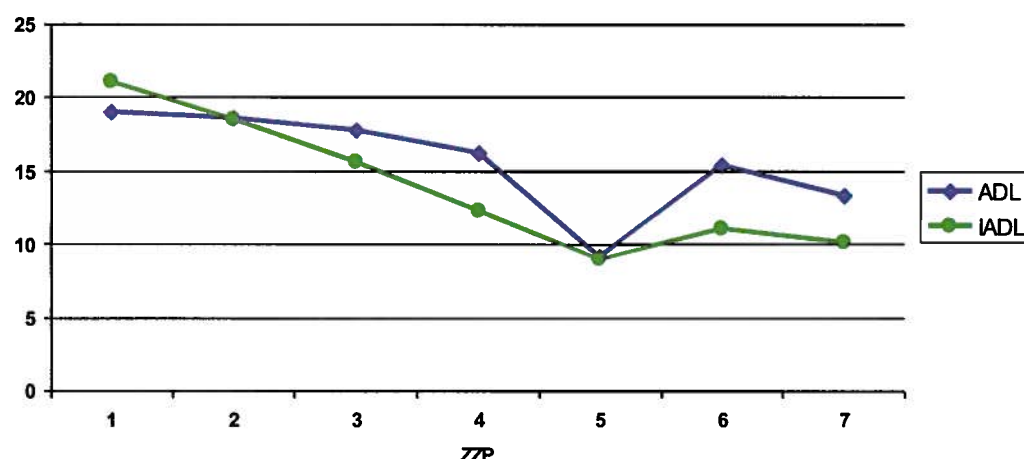
Verdeling ZZP 50 jaar en ouder



De ZZP indicaties zijn primair gebaseerd op zorgbehoefte, dus zelfredzaamheid. Zelfredzaamheid is door ons gemeten in de vorm van scores op ADL en i-ADL vaardigheden. ADL-vaardigheden betreffen de basale zelfverzorging: continentie, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, eten, transfer van bed naar stoel, mobiliteit, aan-en uitkleden,

trappen lopen en baden/douchen. Instrumentele ADL (i-ADL) betreft vaardigheden om een eigen huishouding te voeren: telefoneren, boodschappen doen, eten klaarmaken, huishouden, de was doen, buitenshuis ergens heen gaan, medicijnen innemen en met geld omgaan. De grafiek hieronder geeft de gemiddelde ADL en i-ADL scores in de verschillende ZZP-groepen in de GOUD-populatie weer.

Gemiddelde ADL en i-ADL in 50+ ZZP-VG groepen



Hierbij moeten wij ons realiseren, dat de indicatie voor ZZP-VG 6 en 7 mensen betreft die primair specialistische ondersteuning nodig hebben wegens ernstige psychiatrische of gedragsproblemen. Vandaar dat in die groepen de zelfredzaamheid gemiddeld wat beter is dan in ZZP5.

Gebruikte maten voor de analyse

We hebben de deelnemers in ZZP3 vergeleken met deelnemers in andere ZZPs op een groot aantal kenmerken: geslacht, leeftijd, ernst van de verstandelijke beperking, woonsetting, Down syndroom, autisme spectrum stoornis, ADL en instrumentele ADL vaardigheden, hoeveelheid life events in de voorgaande 12 maanden.

De lichamelijke gezondheidstoestand werd geanalyseerd op basis van de volgende parameters: overgewicht (BMI), rolstoelafhankelijkheid, epilepsie en te lage spiermassa (sarcopenie), en de geestelijke gezondheidstoestand met de parameters: autisme-spectrumstoornis, gedragsproblemen, depressieve en angstige symptomen, en dementie. Verder werden de volgende overkoepelende gezondheidsmaten gebruikt: chronische multimorbiditeit (4 of meer chronische aandoeningen), polyfarmacie (5 of meer medicijnen),

en geriatrische kwetsbaarheid (frailty index). Kwetsbaarheid is een in de geriatrie veel toegepaste maat voor een verhoogd risico op achteruitgang van de gezondheid en zelfstandigheid binnen afzienbare tijd. De frailty index is een maat voor opeenstapeling van gezondheids- en leeftijdsgerelateerde ongunstige factoren (lichamelijk, geestelijk en sociaal). Alle diagnoses zijn gesteld m.b.v. valide meetmethoden (deels door onszelf vertaald of ontworpen en gevalideerd) en op basis van internationaal geaccepteerde definities (Hilgenkamp et al, 2011).

Kenmerken van de ZZP-VG 3 deelnemers

Van de GOUD populatie had 13,1% een indicatie voor ZZP3 (N=138). In de onderstaande tabel staan de persoonskenmerken van deze groep cliënten. Helaas beschikken wij niet over nadere informatie omtrent de aard van de dagbesteding in de studiepopulatie.

Persoonskenmerken van ZZP3 deelnemers

ZZP 3	N = 138
Man/vrouw	66 / 72
Gemiddelde leeftijd (sd)	61,9 (8,2)
Down syndroom	13 (11%)
Autisme	15 (12%)
Mate verstandelijke beperking	
Zwakbegaafd / licht	57 (42%)
Matig	78 (57%)
(Zeer) ernstig	2 (1,5%)
Woonsetting	
Centrale lokatie	29 (21%)
Groepswoning in de wijk	100 (72,5%)
Zelfstandig /bij familie	9 (6,5%)

Ondersteuningsbehoefte in de ZP3 groep

Om een beeld te geven van het vermogen van de ZP3-groep om, met ondersteuning, een eigen huishouding te voeren, toont de tabel hieronder voor afzonderlijke ADL en i-ADL items de percentages van cliënten die daarbij ondersteuning nodig hebben.

N=133	
ADL	
Incontinent voor faeces	13,5%
Incontinent voor urine	25,6%
Uiterlijke verzorging	37,6%
Toiletgebruik	17,3%
Eten	7,5%
Transfer (van bed naar stoel)	4,5%
Mobiliteit	4,5%
Aan- en uitkleden	12,8%
Trappen lopen	24,1%
Baden / douchen	30,8%
i-ADL	
Telefoneren	47,4%
Boodschappen doen	44,4%
Eten klaarmaken	72,9%
Huishouding	78,9%
De was doen	70,7%
Ergens buitenshuis heengaan	69,9%
Medicijnen innemen	63,2%
Met geld omgaan	50,4%

Hieruit blijkt dat een meerderheid ondersteuning nodig heeft met instrumentele ADL-vaardigheden, terwijl een deel ook bij de basale ADL ondersteuning nodig heeft.

Gezondheid in de ZZP3 groep

In de tabel hieronder worden de uitkomsten in de ZZP3-groep op een aantal gezondheidsmaten getoond.

Lichamelijke gezondheid	
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)
Epilepsie	14 (12,2%)
Sarcopenie	6 (4,7%)
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)
Geestelijke gezondheid	
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)
Gedragsproblemen	19 (14,6%)
Dementie (consensus)	4 (3,4%)
Depressieve symptomen	14 (10,5%)
Angstsymptomen	24 (18,0%)
Gemiddeld aantal life events in 1 jaar (sd)	6 (3,23)
Samengestelde gezondheidsmaten	
Chronische multimorbiditeit (≥4)	37 (26,8%)
Polyfarmacie (≥5)	30 (28,3%)
Gemiddelde frailty index (sd)	0,19 (0,09)

De overkoepelende maten multimorbiditeit, polyfarmacie en frailty tonen, dat ongeveer een kwart van deze groep een slechte of ernstig bedreigde gezondheidstoestand heeft. Een deel van de gemeten chronische aandoeningen hangt specifiek samen met genetische afwijkingen, syndromen of cerebrale verlammingen, en bestaat dan al sinds jongere leeftijd, terwijl andere leeftijdsgebonden aandoeningen zijn. Wij wijzen erop dat de gevonden gemiddelde frailty index van 0.19 vergelijkbaar is met die van 70+ vrouwen en 80+ mannen in de algemene Europese bevolking (Romero-Ortuno & Kenny, 2012), terwijl wij het hier over 50-plussers hebben.

Vergelijking van ZZP3 met andere ZZPs

Zie tabellen 1-6 in de Appendix

Ondersteuningsbehoefte

Uit Tabel 1 en 2 (Appendix) blijkt dat cliënten met ZZP3, overeenkomstig de indicatiestelling, tussen ZZP1&2 en ZZP4 in zitten qua ernst van de verstandelijke beperking, zelfredzaamheid en woonsetting. Vrijwel alle cliënten in ZZP1&2 wonen op deze leeftijd in een groepshuis in de wijk, terwijl van de cliënten in ZZP3 21% op een centrale locatie woont, waar de focus op zorg ligt. In vergelijking met ZZP1&2 heeft een significant groter percentage van ZZP3 ondersteuning nodig bij instrumentele ADL-vaardigheden.

In onze eerdere analyse waarin ZZP4 centraal stond (Evenhuis & Hermans, 2012), bleek dat binnen ZZP4 drie clusters te onderscheiden waren naar ondersteuningsbehoefte en gezondheid. Vergelijking van de ZZP3-groep met deze ZZP4-clusters (Tabel 3) toont, dat cliënten in ZZP3 vergelijkbaar zijn met de beste subgroep (cluster 1) van ZZP4. Van cluster 2 en 3 verschillen zij door minder ernstige verstandelijke beperkingen en betere i-ADL scores.

In Tabel 4 en 5 (Appendix) tonen wij de verschillen met de andere ZZP-groepen in ondersteuningsbehoefte op afzonderlijke (i)ADL vaardigheden. Ook op itemniveau scoort de ZZP3-groep gemiddeld tussen ZZP1&2 en ZZP4 in. Het wordt duidelijk, dat behalve in ZZP3 ook in ZZP1&2 een deel van de cliënten ondersteuning nodig heeft op ADL en met name i-ADL vaardigheden.

Gezondheid

Uit Tabel 1 en 2 (Appendix) blijkt dat het gezondheidsrisico (geriatrische kwetsbaarheid) in de ZZP3-groep iets hoger is dan dat in de groepen ZZP1&2, en significant minder hoog dan dat in de ZZP4-groep.

Vergelijking van de ZZP3 groep met de drie afzonderlijke ZZP4-clusters (Tabel 3, Appendix) toont, dat de gezondheid van cliënten in ZZP3 niet verschilt van die in de twee beste subgroepen van ZZP4 (clusters 1 en 2). Alleen ten opzichte van de slechtste ZZP4-subgroep (cluster 3) hebben zij een lager gezondheidsrisico (minder multimorbiditeit, lagere gemiddelde frailty index).

Wij vroegen ons af of er ook binnen de ZZP3 groep een subgroep te onderscheiden valt met grotere behoeften op het gebied van ondersteuning en gezondheidszorg. Daarom hebben wij een clusteranalyse uitgevoerd op basis van een, vanwege de beperkte groepsgrootte, beperkt aantal parameters, namelijk die waarop ZZP3 significant verschilt ($p < 0,0025$) van ZZP1&2 en ZZP4: ernst van de verstandelijke beperking, geriatrische kwetsbaarheid en (i)ADL. Voor 131 van de 133 cliënten waren complete gegevens beschikbaar voor deze

analyse. De uitkomsten worden getoond in Tabel 6 (Appendix). Het blijkt dat er een significant slechtere subgroep (cluster 2) te onderscheiden valt op de criteria ADL, i-ADL en de frailty index.

Bespreking

Wij verrichtten een analyse in een groep 50-plussers met een AWBZ-indicatie voor ZZP-VG 3, gericht op enerzijds de specifieke ondersteuningsbehoefte en anderzijds gezondheidsmaten, omdat deze mensen bij de voorgenomen overheveling naar de WMO in staat moeten zijn om, met ondersteuning, een zelfstandige huishouding te voeren en gebruik te maken van de reguliere gezondheidszorg. De uitkomsten hebben wij vergeleken met die in de andere ZZP-VG groepen.

Het blijkt hier te gaan om een groep met lichte of matige verstandelijke beperkingen, waarvan 80% in de wijk woont, merendeels in groepshuizen, en 20% in settings waar de nadruk ligt op intensievere zorg. Het merendeel heeft ondersteuning nodig op vaardigheden die nodig zijn voor het voeren van een huishouding, terwijl ook basale ADL-taken niet in alle gevallen zelfstandig kunnen worden uitgevoerd. Overigens geldt dit ook voor een deel van de cliënten in ZZP 1 en 2.

In vergelijking met de algemene bevolking is de ZZP3 groep van 50 jaar en ouder gemiddeld even kwetsbaar als 70-80-plussers. Relevante oorzaken van ongezondheid als multimorbiditeit (27%) en polyfarmacie (28%), die deels specifiek samenhangen met de oorzaak van de verstandelijke beperking, dragen al vanaf jongere leeftijd bij aan deze kwetsbaarheid. Binnen de ZZP3 groep is een omschreven cluster te onderscheiden waarin de hogere ondersteuningsbehoefte en geriatrische kwetsbaarheid zich concentreren.

De ondersteuningsbehoefte op afzonderlijke ADL- en i-ADL taken en de deels specifieke gezondheidsproblemen laten zien dat een deel van deze mensen zoveel en zo specifieke ondersteuning nodig heeft, dat het niet doelmatig is om dit over te laten aan mantelzorgers, huishoudelijke hulp en thuiszorg. Hoewel huisartsen toenemend ervaring hebben met de behandeling en begeleiding van kwetsbare ouderen met multimorbiditeit en polyfarmacie, gaat het hier om gemiddeld jongere mensen met verminderde communicatiemogelijkheden, specifieke clusters van multimorbiditeit en wegens polyfarmacie de noodzaak van regelmatige multidisciplinaire medicatiereviews. Huisartsen missen hiervoor de expertise en tijd, en hetzelfde geldt vermoedelijk voor ouderengeneeskundigen.

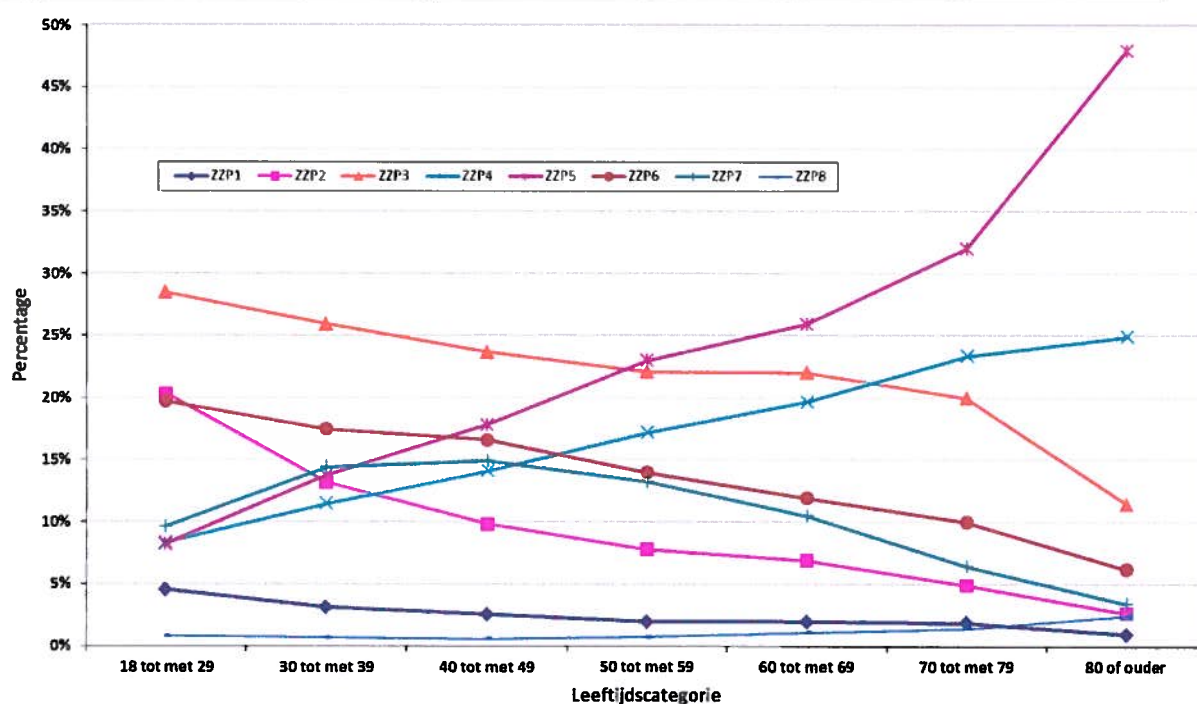
Er is nu nog geen informatie beschikbaar over de kwetsbaarheid van jongere groepen met verstandelijke beperkingen. Echter, omdat wij in de GOUD-studie bij 50-59-jarigen al een sterk verhoogde kwetsbaarheid hebben aangetroffen (Schoufour et al, ter perse), kunnen wij

er vanuit gaan dat het risico op kwetsbaarheid, en daarmee achteruitgang van de gezondheid en toename van de zorgbehoefte, in deze populatie al vanaf jongere leeftijd toeneemt.

Deze aanname wordt ondersteund door onze eerder in Markant (maart 2012) gepubliceerde analyse van ZP-VG indicaties in de verschillende leeftijdsgroepen, gebaseerd op CIZ-gegevens van de Nederlandse volwassen cliëntenpopulatie (zie onderstaande grafiek).

Percentages van ZP-VG in de Nederlandse populatie per leeftijdscategorie

(CIZ peildatum 1 juli 2011)



Hieruit blijkt dat het percentage indicaties voor ZP3 al vanaf de leeftijd van 18 jaar geleidelijk daalt, terwijl ZP 4 en 5 vanaf die leeftijd geleidelijk stijgen.

Aanbevelingen

Op grond van bovenstaande bevindingen adviseren wij, individuele personen die nu nog een indicatie hebben voor ZZP-VG 1-3, op inhoudelijke criteria toegang tot de AWBZ te blijven verschaffen. Onze analyse toont dat ADL en i-ADL scores en kwetsbaarheid significant onderscheid kunnen maken en dus geschikte criteria zouden zijn, en mogelijk daarnaast multimorbiditeit en polyfarmacie. Deze aanbeveling geldt ook voor mensen jonger dan 50 jaar, omdat wij verwachten dat onder hen ook kwetsbare personen voorkomen bij wie de zelfredzaamheid en gezondheid slecht of bedreigd zijn.

Verder adviseren wij, met zorgverzekeraars afspraken te maken voor structurele extramurale ondersteuning van de eerste lijn door gespecialiseerde artsen (AVG), paramedici en gedragsdeskundigen.

Referenties

- Evenhuis H & Hermans H. Gezondheid en zelfstandigheid van 50-plussers, geïndiceerd voor ZZP-VG 4: gegevens op basis van de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD), Erasmus MC Rotterdam, Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten, december 2012
- Hilgenkamp TAM et al. Study healthy ageing and intellectual disabilities: Recruitment and design. Research in Developmental Disabilities 2011;32:1097-1106.
- Romero-Ortuno R, & Kenny RA. The frailty index in Europeans: association with age and mortality. Age Ageing 2012.
- Schoufour JD et al. Development of a Frailty Index for older people with intellectual disabilities: results of the HA-ID study. Research in Developmental Disabilities, ter perse.
- Actueel. Zorggebruik stijgt met de leeftijd. Markant maart 2012, blz 4.

APPENDIX

Tabel 1 Vergelijking van ZZP 3 met ZZP 1&2

	ZZP 3	ZZP 1 en 2	Toetsing van het verschil
n	138	51	
Man	66 (47,8%)	26 (51,0%)	$\chi^2 = 0,15$
Leeftijd dichotoom			$\chi^2 = 0,27$
< 65 jaar	100 (72,5%)	35 (68,6%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	16 (31,4%)	
Mate VB			$\chi^2 = 8,30^*$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	33 (64,7%)	
Matig	78 (56,9%)	18 (35,3%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	0 (0%)	
Down syndroom	13 (10,9%)	0 (0%)	$\chi^2 = 4,99^*$
Woonsetting			$\chi^2 = 12,97^{***}$
Centrale locatie	29 (21,0%)	0 (0%)	
Woning in de wijk	100 (72,5%)	48 (94,1%)	
Zelfstandig	9 (6,5%)	3 (5,9%)	
Zelfredzaamheid			
gemiddelde ADL score (sd)	17,77 (2,96)	18,72 (3,04)	t= -1,91
gemiddelde i-ADL score (sd)	15,60 (5,17)	19,08 (3,56)	t= -5,16^{***}
Lichamelijke gezondheid			
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	0 (0%)	$\chi^2 = 0,76$
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)	36 (80,0%)	$\chi^2 = 1,20$
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)	4 (8,7%)	$\chi^2 = 0,98$
Epilepsie	14 (12,2%)	5 (12,2%)	$\chi^2 = 0,00$
Geestelijke gezondheid			
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)	5 (10,6%)	$\chi^2 = 0,03$
Gedragsproblemen	19 (14,6%)	3 (6,4%)	$\chi^2 = 2,15$
Dementie (consensus)	4 (3,4%)	0 (0%)	$\chi^2 = 1,45$
Aantal life events (sd)	6,04 (3,23)	6,34 (3,64)	t= -0,55
Depressieve symptomen	14 (10,5%)	4 (8,0%)	$\chi^2 = 0,26$
Angstsymptomen	24 (18,0%)	10 (20,0%)	$\chi^2 = 0,09$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	5 (9,8%)	$\chi^2 = 6,23^*$
Polyfarmacie (≥ 5)	30 (28,3%)	11 (34,4%)	$\chi^2 = 0,43$
Frailty index (sd)	0,19 (0,09)	0,15 (0,08)	t= 2,41^*

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.0025 (Bonferroni correctie)

Tabel 2 Vergelijking van ZZP3 met ZZP 4

	ZZP 3	ZZP 4	Toetsing van het verschil
n	138	207	
Man	66 (47,8%)	93 (44,9%)	$X^2 = 0,28$
Leeftijd dichotoom			$X^2 = 3,15$
< 65 jaar	100 (72,5%)	131 (63,3%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	76 (36,7%)	
Mate VB			$X^2 = 18,90^{***}$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	50 (24,8%)	
Matig	78 (56,9%)	129 (63,9%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	23 (11,4%)	
Down syndroom	13 (10,9%)	27 (16,3%)	$X^2 = 1,64$
Woonsetting	29 (21,0%)	69 (33,3%)	$X^2 = 15,32^{***}$
Centrale locatie	100 (72,5%)	137 (66,2%)	
Woning in de wijk	9 (6,5%)	1 (0,5%)	
Zelfstandig	37 (26,8%)	62 (30,0%)	$X^2 = 0,40$
Zelfredzaamheid			
gemiddelde ADL score (sd)	17,77 (2,96)	16,23 (3,36)	$t = 4,31^{***}$
gemiddelde i-ADL score (sd)	15,60 (5,17)	12,25 (4,00)	$t = 6,32^{***}$
Lichamelijke gezondheid			
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	4 (2,0%)	$X^2 = 0,12$
Overgewicht (BMI>25)	91 (71,7%)	112 (62,6%)	$X^2 = 2,75$
Sarcopenie (spiermassaverlies)	6 (4,7%)	23 (12,2%)	$X^2 = 5,11^*$
Epilepsie	14 (12,2%)	24 (14,8%)	$X^2 = 0,40$
Geestelijke gezondheid			
Autismespectrumstoornis	15 (11,6%)	28 (14,4%)	$X^2 = 0,53$
Gedragsproblemen	19 (14,6%)	28 (14,1%)	$X^2 = 0,01$
Dementie (consensus)	4 (3,4%)	9 (5,5%)	$X^2 = 0,71$
Gemiddeld aantal life events 1 jaar (sd)	6,04 (3,23)	5,86 (3,19)	$t = 0,50$
Depressieve symptomen	14 (12,2%)	20 (10,2%)	$X^2 = 0,01$
Angstsymptomen	24 (18,0%)	29 (14,8%)	$X^2 = 0,62$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	62 (30,0%)	$X^2 = 0,40$
Polyfarmacie (≥ 5)	30 (28,3%)	39 (27,3%)	$X^2 = 0,03$
Frailty index (sd)	0,19 (0,09)	0,24 (0,10)	$t = -4,71^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0025$ (Bonferroni correctie)

Tabel 3 Vergelijking van ZP3 met clusters van ZP4

	ZP 3	ZP 4 Cluster 1	Toetsing van het verschil (3 vs 4.1)	ZP 4 Cluster 2	Toetsing van het verschil (3 vs 4.2)	ZP 4 Cluster 3	Toetsing van het verschil (3 vs 4.3)
n	138	25		59		37	
Man	66 (47,8%)	16 (64,0%)	$\chi^2 = 2,22$	22 (37,3%)	$\chi^2 = 1,86$	13 (35,1%)	$\chi^2 = 1,90$
Leeftijd dichotoom			$\chi^2 = 0,13$		$\chi^2 = 1,86$		$\chi^2 = 4,59^*$
< 65 jaar	100 (72,5%)	19 (76,0%)		37 (62,7%)		20 (54,1%)	
≥ 65 jaar	38 (27,5%)	6 (24,0%)		22 (37,3%)		17 (45,9%)	
Mate VB			$\chi^2 = 0,66$		$\chi^2 = 14,73^{***}$		$\chi^2 = 21,38^{***}$
Zwakbegaafd/licht	57 (41,6%)	12 (48,0%)		13 (22,0%)		7 (18,9%)	
Matig	78 (56,9%)	13 (52,0%)		39 (66,1%)		23 (62,2%)	
(Zeer) Ernstig	2 (1,5%)	0 (0,0%)		7 (11,9%)		7 (18,9%)	
Woonsetting			$\chi^2 = 1,48$		$\chi^2 = 8,64^*$		$\chi^2 = 21,74^{***}$
Centrale locatie	29 (21,0%)	3 (12,0%)		22 (37,3%)		22 (59,5%)	
Woning in de wijk	100 (72,5%)	21 (84,0%)		37 (62,7%)		15 (40,5%)	
Zelfstandig	9 (6,5%)	1 (4,0%)		0 (0,0%)		0 (0,0%)	
Zelfredzaamheid							
ADL score (sd)	17,77 (2,96)	18,56 (1,45)	$t = 2,03^*$	17,36 (1,77)	$t = -1,01$	12,11 (2,17)	$t = -10,85^{***}$
IADL score (sd)	15,60 (5,17)	19,32 (2,38)	$t = 5,69^{***}$	11,53 (2,05)	$t = -7,80^{***}$	9,08 (1,19)	$t = -13,33^{***}$
Gezondheidsmaten (selectie)							
Rolstoel afhankelijkheid	2 (1,5%)	0 (0,0%)	$\chi^2 = 0,38$	0 (0,0%)	$\chi^2 = 0,90$	2 (5,4%)	$\chi^2 = 1,92$
Epilepsie	14 (12,2%)	7 (28,0%)	$\chi^2 = 4,03^*$	8 (13,6%)	$\chi^2 = 0,07$	6 (16,2%)	$\chi^2 = 0,40$
Multimorbiditeit (≥ 4)	37 (26,8%)	5 (20,0%)	$\chi^2 = 0,51$	27 (45,8%)	$\chi^2 = 6,77^{**}$	21 (56,8%)	$\chi^2 = 11,81^{***}$
Polyfarmacie	30 (28,3%)	6 (24,0%)	$\chi^2 = 0,19$	13 (22,0%)	$\chi^2 = 0,77$	13 (35,1%)	$\chi^2 = 0,61$
Frailty index (sd)	0,19 (0,09)	0,15 (0,07)	$t = -1,64$	0,22 (0,07)	$t = 2,66^{**}$	0,32 (0,09)	$t = 8,04^{***}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0025$ (Bonferroni correctie)

Tabel 4 Vergelijking van percentages cliënten die afhankelijk zijn van ondersteuning in ZZP3 en ZZP1&2

	ZZP 1 en 2	ZZP 3	
n	50	133	
ADL			
Incontinent voor faeces	6,0%	13,5%	$X^2 = 2,03^a$
Incontinent voor urine	14,0%	25,6%	$X^2 = 2,80$
Uiterlijke verzorging	10,0%	37,6%	$X^2 = 13,16^{***}$
Toiletgebruik	8,0%	17,3%	$X^2 = 2,50^a$
Eten	4,0%	7,5%	$X^2 = 0,73^a$
Transfer (van bed naar stoel en terug)	6,0%	4,5%	$X^2 = 0,17^a$
Mobiliteit	4,0%	4,5%	$X^2 = 0,02^a$
Aan- en uitkleden	6,0%	12,8%	$X^2 = 1,72^a$
Trappen lopen	14,0%	24,1%	$X^2 = 2,19$
Baden / douchen	18,0%	30,8%	$X^2 = 3,01$
i-ADL			
Telefoneren	16,0%	47,4%	$X^2 = 15,06^{***}$
Boodschappen doen	16,0%	44,4%	$X^2 = 12,59^{***}$
Eten klaarmaken	58,0%	72,9%	$X^2 = 3,78$
Huishouding	64,0%	78,9%	$X^2 = 4,31^*$
De was doen	66,0%	70,7%	$X^2 = 0,37$
Buitenshuis ergens heen gaan	44,0%	69,9%	$X^2 = 10,46^{***}$
Medicijnen innemen	42,0%	63,2%	$X^2 = 6,65^*$
Met geld omgaan	32,0%	50,4%	$X^2 = 4,95^*$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0028$ (Bonferroni correctie)

^a geen zuivere vergelijking mogelijk omdat ZZP 1 en 2 minder dan 5 mensen bevatten die ondersteuning nodig hebben voor deze handeling.

Tabel 5 Vergelijking van percentages cliënten die afhankelijk zijn van ondersteuning in ZZP3 en ZZP4

	ZZP 3	ZZP 4	
N	133	198	
ADL			
Incontinent voor faeces	13,5%	26,3%	$X^2 = 7,73^{**}$
Incontinent voor urine	25,6%	31,3%	$X^2 = 1,28$
Uiterlijke verzorging	37,6%	66,2%	$X^2 = 26,20^{***}$
Toiletgebruik	17,3%	26,8%	$X^2 = 4,04^*$
Eten	7,5%	22,7%	$X^2 = 13,28^{***}$
Transfer (van bed naar stoel en terug)	4,5%	9,6%	$X^2 = 2,95$
Mobiliteit	4,5%	12,6%	$X^2 = 6,17^*$
Aan- en uitkleden	12,8%	25,8%	$X^2 = 8,21^{**}$
Trappen lopen	24,1%	39,9%	$X^2 = 8,96^{**}$
Baden / douchen	30,8%	58,1%	$X^2 = 23,72^{***}$
i-ADL			
Telefoneren	47,4%	71,7%	$X^2 = 20,01^{***}$
Boodschappen doen	44,4%	69,7%	$X^2 = 21,20^{***}$
Eten klaarmaken	72,9%	86,4%	$X^2 = 9,31^{***}$
Huishouding	78,9%	91,4%	$X^2 = 10,53^{***}$
De was doen	70,7%	92,9%	$X^2 = 29,29^{***}$
Buitenshuis ergens heengaan	69,9%	91,9%	$X^2 = 27,38^{***}$
Medicijnen innemen	63,2%	85,9%	$X^2 = 22,97^{***}$
Met geld omgaan	50,4%	79,3%	$X^2 = 30,41^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0028$ (Bonferroni correctie)

Tabel 6. Vergelijking van twee clusters binnen ZZP 3

	Cluster 1	Cluster 2	Vershil
n	80	51	
Man (%)	40 (50,0%)	24 (47,1%)	$\chi^2 = 0,11$
Leeftijd (sd)	60,86 (6,81)	60,87 (8,68)	$t = 0,01$
Mate VB			$\chi^2 = 19,00^{***a}$
LVG	45 (56,2%)	10 (19,6%)	
MVG	35 (43,8%)	39 (76,5%)	
(Z)EVG	0 (0,0%)	2 (3,9%)	
Woonvorm			$\chi^2 = 19,12^{***a}$
Centrale locatie	8 (10,0%)	20 (39,2%)	
Woning in de wijk	64 (80,0%)	31 (60,8%)	
Zelfstandig	8 (10,0%)	0 (0,0%)	
Zelfredzaamheid			
ADL (sd)	19,11 (1,33)	15,61 (3,54)	$t = -6,76^{***}$
IADL (sd)	19,06 (3,37)	10,22 (1,67)	$t = -19,99^{***}$
Lichamelijke gezondheid			
Epilepsie	5 (7,7%)	8 (17,0%)	$\chi^2 = 2,31$
Rolstoelafhankelijkheid	0 (0,0%)	2 (3,9%)	$\chi^2 = 3,19^a$
Sarcopenie	3 (3,9%)	3 (6,5%)	$\chi^2 = 0,41^a$
Overkoepelende gezondheidsmaten			
Multimorbiditeit (≥ 4)	21 (26,2%)	16 (31,4%)	$\chi^2 = 0,40$
Polyfarmacie (≥ 5)	18 (29,0%)	12 (29,3%)	$\chi^2 = 0,00$
Frailty index (sd)	0,16 (0,07)	0,23 (0,11)	$t = 4,50^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0042$ (Bonferroni correctie)

^a geen zuivere vergelijking mogelijk omdat één of meerdere subgroepen uit minder dan 5 mensen bestonden.

NB: data voor epilepsie, multimorbiditeit, sarcopenie, polyfarmacie zijn niet voor de gehele studiepopulatie aanwezig.

Gezondheid en zelfstandigheid van 50-plussers,
geïndiceerd voor ZZP-VG 4:
gegevens op basis van de studie Gezond Ouder
met een verstandelijke beperking (GOUD)

Heleen Evenhuis & Heidi Hermans
december 2012

Het consortium Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD) is een academische werkplaats bestaande uit de zorgorganisaties Ipse de Bruggen, Abrona en Amarant in samenwerking met de leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten (Prof Dr HM Evenhuis) van het Erasmus MC. De studie werd verricht in een alliantie met de afdeling Bewegingswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen (Dr R van Wijck), en werd meegefinancierd vanuit twee ZonMw-programma's (projectnr's 57000003 en 314030302)

Prof Dr Heleen Evenhuis
Dr Heidi Hermans
Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten
Erasmus MC afdeling Huisartsgeneeskunde
Rotterdam
h.evenhuis@erasmusmc.nl
h.hermans.1@erasmusmc.nl

Inhoud

	blz
Samenvatting	3
Achtergrond	4
ZZP-VG verdeling in de populatie	5
Algemene kenmerken van de ZZP4 subgroep	6
Vergelijking van ZZP4 met andere ZZPs	6
Bespreking	8
Appendix	9

Samenvatting

Achtergrond

Als gevolg van de voorgestelde AWBZ stelselwijziging zouden verstandelijk gehandicapten in ZZP-VG 1-4 overgaan naar de WMO. Omdat zij daarmee allen afhankelijk worden van de eerstelijnsgezondheidszorg, hebben wij een analyse verricht van zelfredzaamheids- en gezondheidsmaten bij 50-plussers in deze ZZP-groepen, gebaseerd op gegevens verzameld in de studie Gezond Ouder met een verstandelijke beperking (GOUD).

Uitkomsten

Mensen in **ZZP5-7** zijn qua gezondheid (chronische multimorbiditeit, polyfarmacie, motorische stoornissen, sarcopenie, depressieve symptomen, geriatrische kwetsbaarheid) vergelijkbaar met de verpleeghuispopulatie, maar dan anders: deze groep bestaat voornamelijk uit mensen met ernstige verstandelijke beperkingen en mensen met ernstige psychiatrische en gedragsproblemen.

De groep in **ZZP4** bestaat daarentegen grotendeels uit mensen met lichte en matige verstandelijke beperkingen. Tweederde woont in groepshuizen in de wijk, terwijl in deze leeftijdsgroep nog slechts één van de 207 deelnemers zelfstandig woonde. Met een bovengemiddelde kwetsbaarheid en veel ernstige multimorbiditeit en polyfarmacie zijn zij een hoog-risicogroep voor achteruitgang van gezondheid en zelfstandigheid. Er zijn drie clusters te onderscheiden, waarvan het slechtste vergelijkbaar is met ZZP5.

Conclusie

Reeds nu is een grote groep verstandelijk gehandicapte 50-plussers met een hoog gezondheidsrisico afhankelijk van de reguliere eerste lijn. Omdat het hier gaat om mensen met een bemoeilijkte communicatie en andere comorbiditeit dan andere ouderen, is een expertise vereist waarover de eerste lijn niet beschikt. Als gevolg van de stelselwijziging zal hier een nog slechtere groep bijkomen. Wij adviseren dan ook, ZZP4 binnen de AWBZ te houden en voor diegenen die in de wijk wonen, met zorgverzekeraars afspraken te maken voor extramurale ondersteuning van de eerste lijn door gespecialiseerde artsen (AVG), paramedici en gedragsdeskundigen. Wetenschappelijk vervolgonderzoek is nodig om die specialistische expertise meer evidence-based te maken.

Achtergrond

In de GOUD studie is de gezondheidstoestand van 1050 50-plussers met verstandelijke beperkingen breed onderzocht, gerangschikt naar drie thema's: fysieke activiteit & fitheid, voeding & voedingstoestand (inclusief risicofactoren voor hart- en vaatziekte), en depressie & angst. De studiepopulatie is representatief voor alle 50+ cliënten van de gespecialiseerde zorg, zoals die op dit moment nog is. Aanvullende financiering werd verkregen vanuit het ZonMw Nationaal Programma Ouderenzorg om op basis van de verkregen data ook kwetsbaarheid en multimorbiditeit te bestuderen, en een screeningsinstrument voor kwetsbaarheid in deze doelgroep te ontwikkelen (dat laatste is nog niet gebeurd).

Onlangs werd bekend dat de nieuwe regering voornemens is, uiteindelijk alle groepen met een lagere zorgbehoefte dan ZZP 5 van de AWBZ over te hevelen naar de WMO. In de Tweede Kamer werd een motie aangenomen om advies te vragen aan de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) over het 'extramuraliseren' van ZZP4. Wij besloten daarom een analyse uit te voeren van de gezondheidstoestand en zelfstandigheid, zoals gemeten in de GOUD-studie, van de studiedeelnemers in ZZP4, en deze te vergelijken met de deelnemers in ZZP1-3 en ZZP5-7. Achterliggende vraagstelling was: in hoeverre is de eerste lijn in staat om de gezondheidszorg voor deze groep ouderen adequaat over te nemen en in hoeverre is die zorg specialistisch?

ZZP verdeling in de populatie

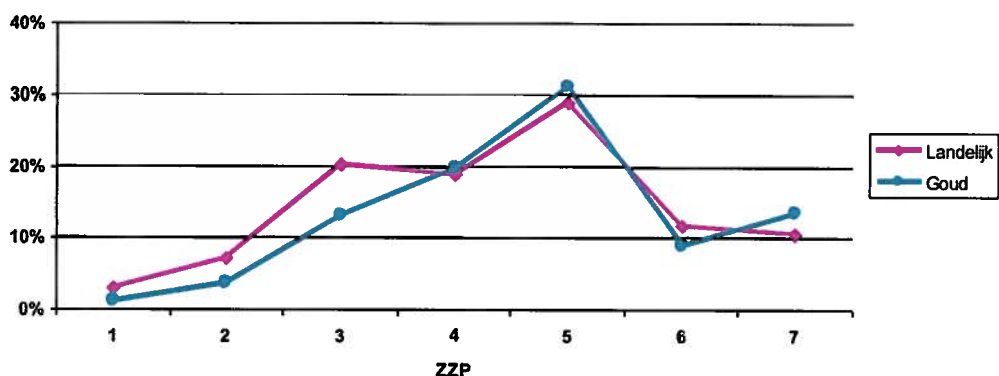
In deze tabel wordt een overzicht gegeven van de ZZP verdeling in de GOUD studiepopulatie bij de start van de studie (2008).

Verdeling van ZZPs in de GOUD studiepopulatie (2008)

ZZP	N	%
ZZP VG 1	12	1,1
ZZP VG 2	39	3,7
ZZP VG 3	138	13,1
ZZP VG 4	207	19,7
ZZP VG 5	325	31,0
ZZP VG 6	93	8,9
ZZP VG 7	142	13,5
Functionele indicatie (ambulant)	37	3,5
Functionele indicatie (dagbesteding)	6	0,6
Overig	2	0,2
Onbekend (alleen dagbesteding; woonachtig bij andere zorg- aanbieder)	49	4,7
TOTAAL	1050	100

Deze verdeling komt globaal overeen met de landelijke verdeling (gegevens CIZ). Alleen ZZP 3 lijkt iets minder vaak voor te komen binnen de GOUD populatie (zie de Figuur).

Verdeling ZZP 50 jaar en ouder



Algemene kenmerken van de ZZP4 subgroep

Van de GOUD populatie had 19,7% een indicatie voor ZZP 4 (n=207). In deze tabel staan de persoonskenmerken van deze groep cliënten.

Persoonskenmerken van ZZP4 deelnemers

ZZP 4	N = 207
Man/vrouw	93 / 114
Gemiddelde leeftijd (sd)	61,9 (8,2)
Down syndroom	27 (16%)
Autisme	28 (14%)
Mate verstandelijke beperking	
Zwakbegaafd / licht	50 (25%)
Matig	129 (64%)
(Zeer) ernstig	23 (11%)

Vergelijking van ZZP4 met andere ZZP's

(zie Tabellen 1-6 in de Appendix)

We hebben de deelnemers in ZZP4 vergeleken met deelnemers in andere ZZPs op een groot aantal kenmerken: geslacht, leeftijd, ernst verstandelijke beperking, woonsetting, Down syndroom, autisme spectrum stoornis, ADL en instrumentele ADL vaardigheden, hoeveelheid life events in de voorgaande 12 maanden.

De gezondheidstoestand werd geanalyseerd op basis van de volgende parameters: overgewicht (BMI), rolstoelafhankelijkheid, te lage spiermassa (sarcopenie), depressieve en angstige symptomen, epilepsie, hoeveelheid medicatiegebruik, chronische multimorbiditeit, kwetsbaarheid en gedragsproblemen. Alle diagnoses waren gesteld m.b.v. valide meetmethoden (deels door onszelf vertaald of ontworpen en gevalideerd) en op basis van internationaal geaccepteerde definities.

De vergelijking op al deze parameters van ZZP4 met ZZP1-3 wordt getoond in Tabel 1, de vergelijking met ZZP5 in Tabel 2, en die met ZZP5-7 in Tabel 3. Deze tabellen zijn opgenomen in de appendix.

Tabel 1 toont dat 50-plussers in ZZP4 een slechtere zelfstandigheid hebben dan 50-plussers in ZZP1-3 (zoals te verwachten is op grond van de indicatiecriteria) en een slechtere

gezondheid op de punten lage spiermassa (en als gevolg daarvan een lagere BMI) en kwetsbaarheid, wat typische geriatrische problemen zijn. Zij wonen dan ook vaker op een centrale locatie, waar zorg geleverd wordt vergelijkbaar met die in een verzorgings- of verpleeghuis. Dat er in deze groep nog weinig rolstoelgebruikers zijn, is logisch, omdat rolstoelgebruik een indicatie vormt voor ZZP5.

De mensen in ZZP5-7 zijn er significant slechter aan toe (Tabel 2), met hoge prevalenties van multimorbiditeit, hoog medicijngebruik, kwetsbaarheid, epilepsie, autisme, depressieve symptomen. Ruim 40% heeft gedragsproblemen en 23% autisme, wat logisch is omdat ZZP6 en 7 speciaal voor mensen met ernstige psychiatrische en gedragsproblemen zijn bedoeld. Het blijkt dat de meeste ernstig verstandelijk gehandicapten boven de 50 jaar zijn geïndiceerd voor ZZP5: 48% van de ZZP5 populatie is ernstig of zeer ernstig verstandelijk beperkt (Tabel 3). Alleen al om die reden is het geen wonder dat in ZZP5 veel epilepsie, polyfarmacie en kwetsbaarheid worden gevonden.

Het is dus overduidelijk dat ZZP5 binnen de AWBZ zorg hoort. Hetzelfde geldt voor de 'gedragsgroepen' in ZZP 6 en 7: het is opvallend dat deze mensen daarnaast op oudere leeftijd tevens veel algemene gezondheidsproblemen hebben.

Ook binnen ZZP4 komen echter veel gezondheidsproblemen en verzorgingsbehoefte voor. Wij vroegen ons af of er binnen deze groep een cluster te onderscheiden valt van specifieke problemen, en hebben om die reden een clusteranalyse uitgevoerd op basis van de volgende parameters: ernst van de verstandelijke beperking, (instrumentele) ADL, sarcopenie, multimorbiditeit (4 of meer chronische aandoeningen), epilepsie, polyfarmacie (5 of meer medicijnen), rolstoelafhankelijkheid en kwetsbaarheid (frailty index).

Bij 121 deelnemers in ZZP 4 waren voor al deze parameters gegevens beschikbaar. Het ontbreken van zulke gegevens berustte meestal op het feit, dat niet alle huisartsen van in de wijk wonende deelnemers bereid waren dossiergegevens te leveren. Tabel 4 (Appendix) toont dan ook dat de geanalyseerde subgroep van 121 op relevante persoonskenmerken niet significant verschilde van de overige deelnemers in ZZP4.

Op basis van die analyse bleken drie clusters te onderscheiden te zijn (Tabel 4, Appendix). Het blijkt dat er binnen ZZP4 een ongezonde subgroep is (cluster 3) met voornamelijk matige verstandelijke beperkingen, een lage zelfredzaamheid (ADL zowel als iADL) en een hoge geriatrische kwetsbaarheid. In Tabel 5 in de Appendix wordt getoond dat deze subgroep bovendien op deze punten niet verschilt van cliënten in ZZP5.

Ook cluster 2 vormt een hoog-risicogroep met een hoge multimorbiditeit en een bovengemiddelde kwetsbaarheid. Cluster 2 en 3 samen zijn 79% van de 121 ZZP4 cliënten in deze analyse (95% betrouwbaarheidsinterval 71-86%).

Bespreking

Wij verrichtten een analyse in een groep 50-plussers met een AWBZ-indicatie voor ZZP-VG 4, speciaal gericht op parameters voor de gezondheid, omdat deze mensen bij de voorgenomen overheveling naar de WMO gebruik zullen moeten maken van de reguliere gezondheidszorg en reguliere verzorging. De uitkomsten hebben wij vergeleken met die in de andere ZZP-VG groepen.

Hieruit is gebleken dat in deze leeftijdsgroep degenen in ZZP 5-7 een uitermate slechte gezondheid hebben, wat zich uit in ernstige chronische multimorbiditeit en polyfarmacie, motorische stoornissen en sarcopenie (te lage spiermassa), depressieve symptomen en (geriatrie) kwetsbaarheid. De meeste cliënten met (zeer) ernstige verstandelijke beperkingen, die pas sinds enkele decennia ouder worden dan 50 jaar, bevinden zich in deze groep, evenals ouderen met ernstige psychiatrische en gedragsproblemen en autisme, die daarnaast een zeer slechte gezondheid hebben. In feite zijn verstandelijk gehandicapten in ZZP5-7 te vergelijken met een verpleeghuispopulatie, maar dan wel een speciale. De doelgroep in ZZP4 vormt een tussengroep met een duidelijk slechtere gezondheid dan degenen in ZZP1-3, maar (nog) minder slecht dan de hierboven genoemde groep. Niettemin is deze groep, die grotendeels bestaat uit ouderen met lichte en matige verstandelijke beperkingen, met zijn bovengemiddelde geriatrie kwetsbaarheid, ernstige multimorbiditeit en polyfarmacie, een hoog-risicogroep voor verslechterende gezondheid, ziekenhuis- en verpleeghuisopname, achteruitgang van de zelfredzaamheid, hogere zorgbehoefte en zorgkosten.

De komst van een nieuwe kwetsbare hoog-risicogroep zal niet alleen een grote extra belasting vormen voor de eerstelijnsgezondheidszorg, maar vergt door de communicatieproblemen, de specifieke comorbiditeit en causaliteit, en de noodzaak van specifieke multidisciplinaire medicatiereviews een gespecialiseerde expertise en mankracht waarover de eerste lijn niet beschikt.

Vermoedelijk geldt dit niet alleen voor de 50-plussers. In de GOUD-studie werd in de groep van 50-59 jaar al evenveel kwetsbaarheid gevonden als in de 80+ algemene populatie. Dit betekent dat het verhoogde gezondheidsrisico al op (veel) jongere leeftijd moet beginnen. Het GOUD consortium richt zich in het vervolgonderzoek dan ook op het ontwikkelen en implementeren van evidence-based 'tools' voor multidisciplinaire preventie en anticiperende diagnostiek en interventies door specialisten in de AWBZ-geïndiceerde zorg, zowel op medisch als paramedisch en gedragswetenschappelijk gebied, met als doel preventie en uitstel van kwetsbaarheid, hogere zorgbehoefte en stijging van zorgkosten.

Op grond van bovenstaande bevindingen adviseren wij, de doelgroep met een ZZP4 indicatie binnen de AWBZ te houden.

APPENDIX

Tabel 3 Vergelijking van ZZP4 met ZZP1-3

	ZZP 4	ZZP 1 t/m 3	Toetsing van het verschil
n	207	189	
Man	93 (44,9%)	92 (48,7%)	$X^2 = 0,56$
Leeftijd dichotoom			$X^2 = 2,97$
< 65 jaar	131 (63,3%)	135 (71,4%)	
≥ 65 jaar	76 (36,7%)	54 (28,6%)	
Mate VB			$X^2 = 33,45^{***}$
Zwakbegaafd/licht	50 (24,8%)	90 (47,9%)	
Matig	129 (63,9%)	96 (51,1%)	
(Zeer) Ernstig	23 (11,4%)	2 (1,1%)	
Woonsetting			$X^2 = 25,29^{***}$
Centrale locatie	69 (33,3%)	29 (15,3%)	
Woning in de wijk	137 (66,2%)	148 (78,3%)	
Zelfstandig	1 (0,5%)	12 (6,3%)	
Multimorbiditeit (≥ 4)	62 (30,0%)	42 (22,2%)	$X^2 = 3,05$
Kwetsbaarheid (frailty index)	0,24 (0,10)	0,18 (0,09)	t = 6,23^{***}
Depressieve symptomen	20 (10,2%)	18 (9,8%)	$X^2 = 0,01$
Angst symptomen	29 (14,8%)	34 (18,6%)	$X^2 = 0,98$
Roistoel afhankelijkheid	4 (2,0%)	2 (1,1%)	$X^2 = 0,53$
ADL score	16,23 (3,36)	18,03 (3,01)	t = -5,51^{***}
IADL score	12,25 (4,00)	16,55 (5,02)	t = -9,20^{***}
Aantal life events	5,86 (3,19)	6,12 (3,34)	t = -0,78
Overgewicht (BMI>25)	112 (62,6%)	127 (73,8%)	$X^2 = 5,13^*$
Sarcopenie	23 (12,2%)	10 (5,8%)	$X^2 = 4,52^*$
Down syndroom	27 (16,3%)	13 (8,1%)	$X^2 = 5,11^*$
Autisme	28 (14,4%)	20 (11,4%)	$X^2 = 0,77$
Epilepsie	24 (14,8%)	19 (12,2%)	$X^2 = 0,47$
Polyfarmacie (≥ 5)	39 (27,3%)	41 (29,7%)	$X^2 = 0,21$
Dementie (consensus)	9 (5,5%)	4 (2,5%)	$X^2 = 1,91$
Gedragsproblemen	28 (14,1%)	22 (12,4%)	$X^2 = 0,24$

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.005

Tabel 4 Vergelijking van ZZP4 met ZZP5-7

	ZZP 4	ZZP 5 t/m 7	Toetsing van het verschil
n	207	559	
Man	93 (44,9%)	313 (56,0%)	$X^2 = 7,43^{**}$
Leeftijd dichotoom			$X^2 = 5,08^*$
< 65 jaar	131 (63,3%)	401 (71,7%)	
≥ 65 jaar	76 (36,7%)	158 (28,3%)	
Mate VB			$X^2 = 63,32^{***}$
Zwakbegaafd/licht	50 (24,8%)	77 (14,1%)	
Matig	129 (63,9%)	240 (43,8%)	
(Zeer) Ernstig	23 (11,4%)	231 (42,2%)	
Woonsetting			$X^2 = 156,13^{***}$
Centrale locatie	69 (33,3%)	451 (80,7%)	
Woning in de wijk	137 (66,2%)	106 (19,0%)	
Zelfstandig	1 (0,5%)	2 (0,4%)	
Multimorbiditeit (≥ 4)	62 (30,0%)	367 (65,8%)	$X^2 = 78,65^{***}$
Kwetsbaarheid (frailty index)	0,24 (0,10)	0,33 (0,12)	$t = -10,75^{***}$
Depressieve symptomen	20 (10,2%)	124 (23,2%)	$X^2 = 15,34^{***}$
Angst symptomen	29 (14,8%)	83 (15,5%)	$X^2 = 0,06$
Rolstoel afhankelijkheid	4 (2,0%)	99 (18,6%)	$X^2 = 32,68^{***}$
ADL score	16,23 (3,36)	11,23 (5,98)	$t = 14,18^{***}$
IADL score	12,25 (4,00)	9,64 (2,80)	$t = 8,45^{***}$
Aantal life events	5,86 (3,19)	5,82 (3,01)	$t = 0,16$
Overgewicht (BMI>25)	112 (62,6%)	266 (58,3%)	$X^2 = 0,96$
Sarcopenie	23 (12,2%)	90 (20,2%)	$X^2 = 5,70^*$
Down syndroom	27 (16,3%)	97 (18,6%)	$X^2 = 0,46$
Autisme	28 (14,4%)	120 (22,6%)	$X^2 = 5,78^*$
Epilepsie	24 (14,8%)	134 (27,7%)	$X^2 = 10,96^{***}$
Polyfarmacie (≥ 5)	39 (27,3%)	261 (53,4%)	$X^2 = 30,23^{***}$
Dementie (consensus)	9 (5,5%)	61 (11,8%)	$X^2 = 5,32^*$
Gedragsproblemen	28 (14,1%)	213 (41,8%)	$X^2 = 48,70^{***}$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0056$

Tabel 5. 50-plussers in ZZP4 vergeleken met ZZP5

	ZZP 4	ZZP 5	Toetsing van het verschil
n	207	324	
Man	93 (44,9%)	163 (50,3%)	$X^2 = 1,47$
Leeftijd dichotoom			$X^2 = 0,42$
< 65 jaar	131 (63,3%)	214 (66,0%)	
≥ 65 jaar	76 (36,7%)	110 (34,0%)	
Mate VB			$X^2 = 78,41^{***}$
Zwakbegaafd/licht	50 (24,8%)	33 (10,3%)	
Matig	129 (63,9%)	133 (41,4%)	
(Zeer) Ernstig	23 (11,4%)	155 (48,3%)	
Woonsetting			$X^2 = 88,68^{***}$
Centrale locatie	69 (33,3%)	241 (74,4%)	
Woning in de wijk	137 (66,2%)	81 (25,0%)	
Zelfstandig	1 (0,5%)	2 (0,6%)	
Multimorbiditeit (≥4)	62 (30,0%)	219 (67,6%)	$X^2 = 71,83^{***}$
Kwetsbaarheid (frailty index)	0,24 (0,10)	0,37 (0,12)	$t = -13,56^{***}$
Depressieve symptomen	20 (10,2%)	62 (19,9%)	$X^2 = 8,31^{**}$
Angst symptomen	29 (14,8%)	32 (10,3%)	$X^2 = 2,35$
Rolstoel afhankelijkheid	4 (2,0%)	84 (26,9%)	$X^2 = 52,61^{***}$
ADL score	16,23 (3,36)	9,20 (5,78)	$t = 17,36^{***}$
IADL score	12,25 (4,00)	9,01 (2,19)	$t = 10,44^{***}$
Aantal life events	5,86 (3,19)	5,60 (3,01)	$t = 0,92$
Overgewicht (BMI>25)	112 (62,6%)	152 (56,5%)	$X^2 = 1,63$
Sarcopenie	23 (12,2%)	70 (26,9%)	$X^2 = 14,31^{***}$
Down syndroom	27 (16,3%)	72 (24,0%)	$X^2 = 3,82$
Autisme	28 (14,4%)	46 (14,7%)	$X^2 = 0,01$
Epilepsie	24 (14,8%)	90 (33,0%)	$X^2 = 17,32^{***}$
Polyfarmacie (≥5)	39 (27,3%)	154 (54,8%)	$X^2 = 28,97^{***}$
Dementie (consensus)	9 (5,5%)	46 (15,4%)	$X^2 = 9,91^{**}$
Gedragsproblemen	28 (14,1%)	65 (21,7%)	$X^2 = 4,45^*$

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.0056$

Tabel 6 Vergelijking van ZZP4 deelnemers met complete gegevens voor de clusteranalyse met overige deelnemers

	Geïnccludeerd in de cluster- analyse	Geëxcludeerd wegens incomplete gegevens	Vershil
n	121	86	
Geslacht	51 (42,1%)	42 (48,8%)	$X^2 = 0,91$
Leeftijd	62,2 (8,4)	61,7 (8,1)	$t = -0,44$
Mate VB			$X^2 = 0,53$
Zwakbegaafd/licht	32 (26,4%)	18 (22,2%)	
Matig	75 (62,0%)	54 (66,7%)	
(Zeer) ernstig	14 (22,6%)	9 (11,1%)	
Woonsetting			$X^2 = 4,87$
Centrale locatie	47 (38,8%)	22 (25,6%)	
Woning in de wijk	73 (60,3%)	64 (74,4%)	
Zelfstandig	1 (0,8%)	0 (0,0%)	
ADL	16,0 (3,2)	16,58 ^a (3,6)	$t = 1,20$
IADL	12,4 (4,2)	12,03 ^a (3,7)	$t = -0,62$

^avoor 9 deelnemers is geen (I)ADL vragenlijst ingevuld

Tabel 7. Clusteranalyse binnen ZZP4

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Vershil
n	25	59	37	
Mate VB				X²= 10,81*
LVG	12 (48,0%)	13 (22,0%)	7 (18,9%)	
MVG	13 (52,0%)	39 (66,1%)	23 (62,2%)	
(Z)EVG	0 (0%)	7 (11,9%)	7 (18,9%)	
Epilepsie	7 (28,0%)	8 (13,6%)	6 (16,2%)	X ² = 2,60
Rolstoelafhankelijkheid	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,4%)	X ² = 4,62
Multimorbiditeit (≥ 4)	5 (20,0%)	27 (45,8%)	21 (56,8%)	X²= 8,37*
Sarcopenie	1 (4,0%)	10 (16,9%)	5 (13,5%)	X ² = 2,57
Polyfarmacie (≥ 5)	6 (24,0%)	13 (22,0%)	13 (25,1%)	X ² = 2,10
Frailty index (sd)	0,15 (0,07)	0,22 (0,07)	0,32 (0,88)	F=37,25*** (alle 3 onderling sig verschillend)
ADL (sd)	18,56 (1,45)	17,36 (1,77)	12,11 (2,17)	F=122,45*** (alle 3 onderling sig verschillend)
IADL (sd)	19,32 (2,38)	11,53 (2,05)	9,08 (1,19)	F=225,90*** (alle 3 onderling sig verschillend)

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.0056 (Bonferroni correctie)

Tabel 8 Vergelijking van ZP4-cluster 3 met ZP5

	Cluster 3 van ZP4	ZP5	Vershil
n	37	321	
Mate VB			X²= 11,81***
LVG	7 (18,9%)	33 (10,3%)	
MVG	23 (62,2%)	133 (41,4%)	
(Z)EVG	7 (18,9%)	155 (48,3%)	
Epilepsie	6 (16,2%)	90 (33,0%)	X ² = 4,28*
Rolstoelafhankelijkheid	2 (5,4%)	84 (26,9%)	X ² = 8,25***#
Multimorbiditeit (≥ 4)	21 (56,8%)	219 (67,6%)	X ² = 1,75
Sarcopenie	5 (13,5%)	70 (26,9%)	X ² = 3,09
Polyfarmacie (≥ 5)	13 (25,1%)	154 (54,8%)	X ² = 5,07*
Kwetsbaarheid (frailty index) (sd)	0,32 (0,88)	0,37 (0,12)	t= -2,29*
ADL (sd)	12,11 (2,17)	9,20 (5,78)	t= 6,01***
IADL (sd)	9,08 (1,19)	9,01 (2,19)	t= 0,20

* p<0.05; ** p<0.01; ***p<0.0056 (Bonferroni correctie)

geen zuivere vergelijking mogelijk omdat cluster 3 minder dan 5 rolstoelafhankelijke mensen bevat.

Samen sterk

Stroomlijning medezeggenschap in het sociale domein

Landelijke handreiking voor WWB-raden en Wmo-raden

Colofon

© Landelijke Cliëntenraad en Koepel Wmo-raden
Januari 2013

Redactie

Maarten de Gouw (Koepel Wmo-raden)
Branko Hagen (Landelijke Cliëntenraad)
Else Roetering (Landelijke Cliëntenraad)

Eindredactie

Rietje Krijnen

Vormgeving

Wil Scholten

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Hoofdstuk 1	5
Inleiding	5
1.1 Deze handreiking	5
1.2 Hoe ziet het er in de praktijk uit	6
1.3 Ontwikkelingen bij de Wmo en de Wmo-raden	6
1.4 Ontwikkelingen bij WWB en de WWB-raden	7
Hoofdstuk 2.	8
Afwegingen vooraf	8
2.1 Hoe verhouden cliëntenparticipatie en burgerparticipatie zich tot elkaar?	8
2.2 Hoe is het wettelijk geregeld?	9
2.3 Welke rol speelt de regio?	9
2.4 Welke lokale overlap van werkvelden en cliënten is er?	10
2.5 Welke gemeenschappelijke punten hebben de raden?	10
2.6 Welke verschillen zijn er tussen de raden?	11
Hoofdstuk 3	13
Samenwerken of samengaan?	13
3.1 Samenwerken	13
3.2 Samenvoegen	13
Hoofdstuk 4	15
Modellen	15
Hoofdstuk 5	20
Het proces van samenwerken of samengaan	20
Epiloog	22
Bijlage 1.	24
Korte achtergrondinformatie over WWB-raden	24
Bijlage 2.	26
Korte achtergrondinformatie over Wmo-raden	26
Bijlage 3.	28
Wettekst WWB-raad	28
Bijlage 4.	29
Wettekst Wmo-raad	29
Bijlage 5.	30
Geraadpleegde bronnen	30
Gegevens Koepelorganisaties	31

Voorwoord

Voor u ligt de eerste landelijke – digitale – handreiking over samenwerking of samengaan van gemeentelijke Wmo-raden en cliëntenraden WWB. Deze handreiking is voortgekomen uit de samenwerking tussen de Landelijke Cliëntenraad en de Koepel Wmo-raden.

Beide organisaties zijn dan ook zeer verheugd u deze gezamenlijke handreiking aan te kunnen bieden. Wij hopen dat deze uitgave bijdraagt aan de lokale (gemeentelijke) discussie over cliëntenparticipatie, burgerparticipatie, WWB-raden en Wmo-raden, en mogelijke besluitvorming over samenwerken of samengaan. Want dit thema is in beweging bij veel gemeenten.

Uiteraard speelt dit vooral lokaal, maar vanuit het landelijk perspectief is het goed mogelijk om argumenten en afwegingen te delen. Dat is dan ook in deze handreiking terug te vinden.

Deze handreiking is tot stand gekomen dankzij de hulp van velen. Tijdens twee expertmeetings, tijdens een aantal regionale bijeenkomsten maar ook door toezending van informatie is het gelukt om deze handreiking begin 2013 het licht te doen zien.

Aan eenieder die heeft bijgedragen: hartelijk dank. Een bijzonder woord van dank aan de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) voor het onder de aandacht brengen van de expertmeetings bij de gemeenten en voor de gastvrijheid bij de tweede expertmeeting.

De beide koepelorganisaties volgen de landelijke ontwikkelingen en het landelijk beleid dat voort gaat komen uit het huidige regeerakkoord op de voet. Indien nodig zal deze handreiking in 2013 worden aangepast aan de actualiteit. Ook bent u van harte uitgenodigd te reageren op deze handreiking en aanvullingen te geven. De contactgegevens vindt u aan de achterzijde van deze handreiking.

Den Haag/Waalre, januari 2013

Gerrit van der Meer, voorzitter Landelijke Cliëntenraad (LCR)
Hans-Martin Don, voorzitter Koepel Wmo-raden

Hoofdstuk 1

Inleiding

1.1 Deze handreiking

In het gemeentelijk sociaal domein is veel in beweging. Er zijn drie grote decentralisaties in gang gezet waardoor de taken en bevoegdheden van gemeenten fors toenemen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) wordt uitgebreid met taken uit de AWBZ. De gehele jeugdzorg wordt overgeheveld naar de gemeenten en er komt een Participatiewet (voorheen Wet werken naar vermogen). Hierbij worden beleidsterreinen steeds vaker samengevoegd en is er sprake van een breed en integraal beleid in het sociale domein. Bijvoorbeeld rondom dagbesteding en de aansluiting met beschutte arbeid.

Deze integraliteit in beleid - het afstemmen, in elkaar schuiven en samenvoegen van beleid - wordt de komende jaren richtinggevend voor de inrichting en uitvoering van het gehele gemeentelijk beleid in veel gemeenten. Daarmee is ook de vraag naar de (mate van) integraliteit van belangenbehartiging en cliënten- en burgerparticipatie actueel.

Mede in dit licht zijn veel gemeenten zich aan het heroriënteren op hoe zij de burger betrekken bij het sociaal beleid en hoe zij de medezeggenschap van burgers organiseren. Daarbij speelt vaak ook de vraag of het wenselijk én mogelijk is om tot samenwerking of samenvoeging van de huidige WWB-raden en Wmo-raden te komen, danwel te kiezen voor twee aparte raden.

Die vraag kan lokaal worden ingegeven door visie, visieontwikkeling over burgers en lokale overheid, cliëntenparticipatie en burgerparticipatie. Of doordat duidelijk is dat er sprake is van een overlap in thema's of in de cliënten die het betreft. Maar soms komt de vraag ook voort uit platte bezuinigingsoverwegingen.

Er zijn gemeenten die zelf de keuze maken voor samenwerken of samenvoegen en dit mededelen aan de raden. We hopen echter van harte dat de burgers ook een stem hebben in hun eigen instrumenten van medezeggenschap, de raden en hun toekomst. Daar waar de wethouders voor Wmo- en WWB-raden toch hebben beslist over samenvoeging, rest nog de gemeenteraad die beslist over de verordening cliëntenparticipatie WWB.

Voor Wmo-raden en WWB-raden in die gemeenten waar de lokale heroriëntering rondom de huidige Wmo-raden en WWB-raden speelt, is deze handreiking bedoeld. De handreiking is er vooral op gericht om deze raden verder te helpen in het maken van keuzes en afwegingen in deze ontwikkeling. De handreiking beschrijft vanuit de praktijk het proces, de inhoudelijke afwegingen, modellen en keuzes en geeft tips over hoe te handelen. De uiteindelijke keuze voor samenwerking of samenvoeging of apart houden wordt lokaal gemaakt, de handreiking is daarbij slechts ondersteunend. Er wordt in de handreiking geen expliciet oordeel geveld over samenwerking of samenvoeging.

De handreiking kent de volgende opbouw.

In hoofdstuk 1 vindt de beschrijving van de huidige situatie.

In hoofdstuk 2 wordt gekeken naar de overwegingen die vooraf kunnen gaan aan een mogelijk proces van apart blijven, samenwerken of samengaan.

In hoofdstuk 3 worden de voor- en nadelen van samenwerking, samenvoeging én apart blijven, beschreven.

Hoofdstuk 4 gaat nog verder in op de modellen van samenwerking en samenvoeging: als dat een feit is, welke keuzes zijn er dan nog mogelijk.

Afgesloten wordt met een beschrijving van het proces van samenwerking of samenvoeging.

1.2 Hoe ziet het er in de praktijk uit

De medezeggenschap van burgers is in gemeenten divers geregeld. Gemeenten hebben een grote mate van vrijheid om dit zelf in te vullen. De meeste gemeenten hebben medezeggenschap georganiseerd in burgerraden: een Wmo-raad, een WWB-cliëntenraad, een WSW-cliëntenraad, een seniorenraad, jongerenraad en een gehandicaptenraad (er bestaan ook verschillende benamingen voor deze raden). Sommige gemeenten hebben alle soorten raden, sommige een paar, sommige hebben geen raden maar raadplegen zelf hun burgers rondom thema's in een meer los verband. In enkele gemeenten zijn de diverse raden samengevoegd tot een brede participatieraad voor het complete sociale domein. In andere gemeenten zijn de WWB- en WSW-raden samengevoegd. En zijn jongerenraad, seniorenraad, gehandicaptenraad bijvoorbeeld opgegaan in een Wmo-raad. Maar ook dit is niet overal het geval.

Zelden tot nooit is er sprake van een verbreding van de WWB-cliëntenraad tot een WWB/Wmo-cliëntenraad. Omgekeerd worden WWB-raden wel opgeheven en worden Wmo-raden uitgebreid met enkele vertegenwoordigers van WWB-cliënten. Raden onderling verschillen vaak in werkwijze, taken en doelstellingen. De Wmo-raad in de ene gemeente kan heel anders werken en zijn samengesteld dan de Wmo-raad in de buurgemeente. En dit geldt ook voor de WWB-raden. Hierover meer in hoofdstuk 2.

Aandachtspunt

Het is van belang om eerst goed zicht te hebben op de manier waarop momenteel de zeggenschap van burgers en cliënten lokaal is georganiseerd. Kortom: breng in kaart hoe in uw gemeente de medezeggenschap is georganiseerd.

1.3 Ontwikkelingen bij de Wmo en de Wmo-raden

Een Wmo-raad is een adviesraad van burgers die gevraagd en ongevraagd adviseert aan het college van burgemeester en wethouders over het ontwikkelen van het gemeentelijk Wmo-beleid. Door de drie komende decentralisaties wordt het sociaal domein van de gemeente steeds groter en neemt de adviestaak van de Wmo-raad toe. Niet alleen in het aantal vragen, maar ook qua inhoud: over meer domeinen en beleidsvelden.

Dit betekent dat Wmo-raden met meer en andere 'Wmo-burgers' te maken krijgen, van wie zij ook signalen moeten ontvangen ter ondersteuning van hun advieswerk. Cliëntenvertegenwoordigers AWBZ, kwetsbare burgers die begeleiding vanuit de gemeente moeten gaan krijgen, jeugdigen en hun ouders: zij moeten allemaal een positie krijgen ten opzichte van de Wmo-raad.

Ook het veld ontwikkelt zichzelf verder door. Er ontstaan nieuwe verbanden van burgers die met elkaar initiatieven nemen, zoals bijvoorbeeld ouders van kinderen met een beperking die zelf een dagopvang starten. Of bewoners van een wijk die het wijkcentrum overnemen. Ook dergelijke initiatieven moeten een verbinding krijgen met de Wmo-raad.

Tegelijkertijd wordt de advisering meer en meer integraal, dus niet meer volgens de prestatievelden van de Wmo of gericht op specifieke doelgroepen. Advisering gaat meer aansluiten bij de compensatieplicht van de Wmo die geldt voor alle burgers met beperkingen: de gemeente is verplicht burgers te compenseren op tekorten die hen beletten een 'normaal leven te leiden'. Die cliënt wordt namelijk geacht meer uit eigen kracht te kunnen organiseren in de leefgebieden van zijn of haar leven en wordt geacht een groter beroep te doen op zijn of haar omgeving en netwerk, voor ondersteuning, begeleiding en activering. Als het noodzakelijk is, biedt de gemeente aanvullende ondersteuning. Dit alles leidt tot een zware adviestaak voor Wmo-raadsleden. Hun belasting is vaak hoog en de eisen die aan hen worden gesteld, zijn fors. Zowel de samenstelling als de werkstructuur van de Wmo-raden is hiermee aan het veranderen. Er zijn Wmo-raden die nog vooral uit vertegenwoordigers van doelgroepen en ervaringsdeskundigen bestaan. Dat is een opgave, gelet op de geschette toename van het aantal betrokken burgers en groepen burgers. Er komen steeds meer

‘Wmo-raden nieuwe stijl’, met een mix van ongebonden deskundigen, met een beleidsmatige achtergrond, met een brede blik en visie en met kennis van gemeenten, aangevuld met een enkele ervaringsdeskundige of belangenbehartiger.

Er spelen twee discussies over de Wmo-raad. Enerzijds over een verdere verbreding van de Wmo-raad: vaak richting een brede participatieraad die adviseert over het gehele sociale domein. Anderzijds de discussie over het feit of het instellen van instituten voor en door burgers wel de juiste wijze is om burgers te laten meedenken bij beleid. Er wordt in gemeenten ook gekeken naar nieuwe vormen van burgerraadpleging, zoals via referenda, fora of via het ‘los’ bij elkaar brengen van burgers rondom specifieke vragen of in wijken.

Aandachtspunt

Ga na hoe de Wmo-raad in uw gemeenten eruit ziet. Doe zorgvuldig navraag over de werkwijze, samenstelling, visie en doel van de Wmo-raad. Kijk ook waarover de Wmo-raad het afgelopen jaar heeft geadviseerd. Lokaal kunnen de accenten sterk verschillen. Kijk ook naar regionale samenwerking van Wmo-raden.

1.4 Ontwikkelingen bij WWB en de WWB-raden

WWB-raden bestaan uit cliënten van de WWB en personen die vallen onder het armoedebeleid van de gemeente. Zij adviseren het college van burgemeester en wethouders over het beleid en uitvoering van de WWB, waaronder armoedebeleid, schuldhelpverlening en handhaving. Het is noodzakelijk dat de WWB-cliëntenraad zich ook gaat bezighouden met het arbeidsmarktbeleid. Sommige raden doen dit al. In het kader van arbeidsmarktbeleid moeten gemeenten samenwerken met het UWV. Er zijn 35 arbeidsmarktregio's. Adviseren over arbeidsmarktbeleid vraagt dus om samenwerking met de cliëntenraden van andere gemeenten (in dezelfde arbeidsmarktregio) en de regionale UWV-cliëntenraad.

Met de komst van de Participatiewet wordt de doelgroep uitgebreid met jonggehandicapten. Ook wordt het beleid rondom beschutte arbeid onder de Participatiewet gebracht. Bij de uitvoering van de WWB zijn al veel gemeenten gaan samenwerken in intergemeentelijke sociale diensten (ISD). In WSW-verband werken gemeenten al veel langer samen via gemeenschappelijke regelingen. De komst van de Participatiewet is opnieuw een reden voor gemeenten om samenwerking te zoeken. Zo zijn er gemeenten die ISD en Sociale Werkvoorziening laten fuseren. Dit alles heeft ook consequenties voor de cliëntenraden. Rond ISD's is er vaak al sprake van regionale cliëntenraden. Al naar gelang gemeenten gezamenlijk beleid maken, zijn er aan de regionale cliëntenraden rond de ISD ook lokale cliëntenplatforms, minimanetwerken, enzovoorts gekoppeld. Immers als gemeenten nog ieder voor zich beleid maken, dan is het vaak wenselijk dat daarover met iedere wethouder afzonderlijk kan worden gesproken.

In diverse plaatsen zijn WWB en WSW-raden samengevoegd of heeft de gemeenten de taak van cliëntenparticipatie rond de WSW bij de WWB-raad neergelegd. Daarnaast zet de verbreding zich door: met het oog op de twee andere grote decentralisaties wordt de overlap van de doelgroepen van Wmo en de Participatiewet groter.

Aandachtspunt

Ga na hoe de WWB-raad in uw gemeente eruit ziet. Ga ook na of er nog een aparte WSW-raad is. Is er sprake een regionale raad rond een ISD? Zo ja met welke gemeenten wordt er samengewerkt in ISD-verband? En hoe zit de structuur van de cliëntenparticipatie rond de WWB eruit? Ook hier geldt: doe zorgvuldig navraag over de werkwijze, samenstelling, visie en doel van de WWB-raad. Kijk ook waarover de WWB-raad het afgelopen jaar heeft geadviseerd. Lokaal kunnen de accenten sterk verschillen.

Hoofdstuk 2

Afwegingen vooraf

2.1 Hoe verhouden cliëntenparticipatie en burgerparticipatie zich tot elkaar?

De discussies over Wmo-raden en WWB-raden gaan in feite maar ten dele over die raden zelf. Het gaat veel meer om het onderliggende principe: hoe op de best mogelijke manier de lokale zeggenschap van burgers in het sociale domein kan worden geregeld. De raden zijn slechts het middel om dat doel te bereiken. Het verschil is dat WWB-raden zijn gebaseerd op cliëntenparticipatie en Wmo-raden zijn meestal een vorm van burgerparticipatie.

Definitie cliëntenparticipatie

De beïnvloeding van gemeentelijk beleid en de uitvoering van gemeentelijk beleid, vanuit het perspectief en de ervaringsdeskundigheid van de 'cliënt'. Daarmee worden de elementen cliëntenperspectief en ervaringsdeskundigheid expliciet benoemd. Het gaat erom dat gebruikers ofwel cliënten van een voorziening inspraak en medezeggenschap hebben over het beleid en over de kwaliteit en kwantiteit van het gebodene.

Definitie burgerparticipatie

De formele inspraak en betrokkenheid van burgers bij gemeentelijke beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering (binnen de Wmo). Het gaat om deelname van en samenwerking met alle burgers bij de voorbereiding en uitvoering van beleid en om betrokkenheid van burgers zelf bij een bredere visie op maatschappelijke ondersteuning in de gemeente. Alle burgers moet de gelegenheid worden geboden om mee te denken over de ontwikkeling en uitvoering van beleid.

In de praktijk zijn Wmo-raden meer gericht op de abstractie en de grote beleidslijnen. Ze houden zich bezig met het adviseren over nieuw gemeentelijk beleid, aan de voorkant van de beleidscyclus. Ze doen dat vanuit een weging van belangen en signalen, maar vooral vanuit eigen denkkraft. WWB-raden zijn belangenbehartigers. Vanuit de ervaringen van cliënten worden de effecten van beleid zichtbaar gemaakt en wordt over het beleid en over de uitvoering van dat beleid geadviseerd. Ervaringsdeskundigheid is het uitgangspunt. Hierin kunnen cliëntenparticipatie en burgerparticipatie elkaar prima aanvullen. Bijvoorbeeld een advies over een project om werklozen te betrekken bij de bestrijding van eenzaamheid onder ouderen en de wijk, kan vanuit beide medezeggenschapsvormen worden gegeven.

Maar er zijn wel verschillen. Wmo-raden werken nauw samen met de gemeente en zijn een bondgenoot (en als het goed is een 'critical friend') van die gemeente. WWB-raden hebben vaker een veel kritischer relatie met die gemeente. Ze zijn overlegpartij maar ook echt een luis in de pels van de gemeente. Zij komen direct op voor de belangen van cliënten. En zij kunnen direct terugkoppeling geven vanuit ervaringen uit de praktijk van de gevolgen van gemeentelijk beleid. WWB-raden organiseren soms ook nog heel praktische vormen van dienstverlening voor cliënten, zoals hulp bij het invullen van formulieren of een klachtenmeldpunt. Wmo-raden doen dit niet, op een enkele uitzondering na.

Lokaal zijn er nog meer verschillen. Het onderscheid tussen Wmo-raden en WWB-clieñtenraden is vaak niet zo 'zwart-wit' als hier geschetst. Er zijn Wmo-raden die ook aan belangenbehartiging doen.

Samenwerken en samenvoegen vraagt dus altijd ook om een goed uitgewerkt idee over cliëntenparticipatie en burgerparticipatie en hoe ze zich tot elkaar verhouden. Cliëntenparticipatie en burgerparticipatie kunnen elkaar namelijk ook heel goed aanvullen en op elkaar aansluiten.

Aandachtspunten

- *Bij het oriënteren op samenwerking of samenvoeging van Wmo-raden en WWB-raden is het zeer wenselijk dat van beide werelden het goede behouden blijft. Er moet voldoende ruimte blijven voor het eigene van cliëntenparticipatie en voor het eigene van burgerparticipatie. Zodanig, dat niet één van de vormen van participatie het onderspit delft.*
- *Wezenlijk is de vraag wat de burger of cliënt eraan heeft. Dat zou altijd het uitgangspunt moeten zijn. Al te snel richt de discussie zich op de vorm van de raden en dat is niet waar het om gaat of zou moeten gaan.*
- *Vraag de gemeente om haar visie op burgerparticipatie en cliëntenparticipatie.*
- *Ontwikkel vooral een eigen visie op wat wenselijk is vanuit het perspectief van de burger en cliënt.*

2.2 Hoe is het wettelijk geregeld?

In de bijlagen 3 en 4 zijn de wetteksten te vinden die de wettelijke basis vormen voor cliëntenparticipatie (WWB-raden) en burgerparticipatie (Wmo-raden). Er is geen dwingende wetgeving als basis voor beide raden, al is de wettekst voor de WWB-raden wel concreter dan die voor Wmo-raden. Opvallend is dat beide raden zelf niet voorkomen in de wet. Gemeenten zijn niet verplicht om deze raden in te stellen, als ze maar op enigerlei wijze gehoor geven aan de eisen die wet aan ze stelt. Dat betekent ook dat - hoewel binnen de WWB de cliëntenparticipatie centraal staat en binnen de Wmo de burgerparticipatie - er geen wettelijke belemmeringen zijn voor samenwerking, samenvoeging of het apart houden van WWB-raden en Wmo-raden. Er zijn ook geen wettelijke obstakels om te komen tot één grote participatieraad.

2.3 Welke rol speelt de regio?

De mate van regionale samenwerking van de gemeente op de beleidsterreinen Wmo en WWB kan bepalend zijn voor de mogelijkheden om lokaal samen te werken of samen te gaan als adviesraden. Dat vraagt dus om een zorgvuldige analyse van deze regionale samenwerking. Is er een intergemeentelijke sociale dienst (ISD)? Is die alleen uitvoerend, of maken de gemeenten ook gezamenlijk beleid op het terrein van de sociale zekerheid? Welke gemeenten werken samen in ISD-verband? Is er een regionale cliëntenraad gekoppeld aan die ISD? Welke andere vormen van overleg bestaan er? Welke status hebben die?

Diezelfde vragen zijn er aan de andere kant. Er zijn alleen lokale Wmo-raden. Maar de Wmo-raden werken wel vaak met elkaar samen in de regio. Zij proberen ervoor te zorgen dat een afvaardiging van die Wmo-raden ook mee mag denken en adviseren in de ontwikkeling van regionaal beleid. En om hiermee te voorkomen dat regionaal beleid de inspraak van de lokale burgers helemaal buitenspel zet. En om te voorkomen dat in de regio afgetimmerde beleidsstukken alleen nog maar op punten en komma's door de lokale Wmo-raad kunnen worden bekeken.

Sowieso is er kritiek op de niet-democratische besluitvorming in de regio. De democratisch gekozen lokale gemeenteraad krijgt de uitkomst van dit regionale beleid als het ware opgedrongen.

Aandachtspunt

Het is belangrijk om vooraf helder te hebben hoe de samenwerking van de gemeente in de regio is binnen de verschillende beleidsterreinen. Wie met wie samenwerkt op de verschillende beleidsterreinen. En welke ontwikkelingen er bijvoorbeeld zijn richting een verdergaande regionale samenwerking. Het betekent bijvoorbeeld dat het samenvoegen van een regionale cliëntenraad en een lokale Wmo-raad niet mogelijk is. Samenwerken kan dan wel.

2.4 Welke lokale overlap van werkelden en cliënten is er?

Voor de beleidsterreinen waarop WWB-raden en Wmo-raden actief zijn, geldt overlap. Ten eerste is er een overlap van cliënten WWB en Wmo. De gemeente kan hier een analyse van maken. Er zijn bijvoorbeeld al gemeentelijke projecten voor dubbelcliënten en dagbesteding. Het gaat dan om multiprobleem-gezinnen, de zorg voor kwetsbare burgers in wijken, mensen vanuit de GGZ en opvang die vaak ook bekend zijn bij de WWB. Dit geldt eveneens voor opvoedingsondersteuning, preventie, hulp bij formulieren invullen, het bevorderen van participatie aan de samenleving. Ten tweede zijn er in algemene zin raakvlakken tussen WWB en Wmo te benoemen. Het WWB-beleid met betrekking tot re-integratie, participatie en het armoedebelief raakt en overlapt het beleid in de Wmo bij het verlenen van voorzieningen voor gehandicapten, het bieden van maatschappelijke opvang, het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg en het bevorderen van verslavingsbeleid (prestatievelden 6, 7, 8, 9).

Het feit dat er raakvlakken zijn en overlap is, hoeft nog niet te leiden tot samenvoeging van de raden. Het geeft wel aan dat er, op zijn minst, noodzaak is tot afstemming. Is het bijvoorbeeld wenselijk dat de Wmo-raad ook actief gaat adviseren over armoedebelief? Is het mogelijk om samen te adviseren over schuldhulpverlening, wetende dat schuldsanering onderdeel is van het WWB-domein en schuldsanering binnen de GGZ valt onder de Wmo?

Als er sprake is van een breed integraal gemeentelijk sociaal beleid, is een zekere samenwerking tussen Wmo-raden en WWB-raden noodzakelijk en onvermijdelijk. Waar integraal gemeentelijk beleid ontbreekt, is het zo mogelijk nog belangrijker dat Wmo- en WWB-raden samenwerken om integraal beleid af te dwingen. Het is niet de vraag óf samenwerken nodig is, maar vooral de vraag hóe dit vorm te geven.

Aandachtspunt

Ga na of en hoe de gemeente toewerkt of bezig is met een breed geïntegreerd beleid. Zoek daarbij ook uit of de verdeling van onderwerpen tussen de Wmo-raad en de WWB-raad optimaal is georganiseerd en of het mogelijk is onderlinge afstemming te bereiken. Op zich kunnen de raden prima elk afzonderlijk een advies geven dat het advies van de ander aanvult. Het geven van adviezen die strijdig met elkaar zijn, is onwenselijk. Het maakt het de gemeente gemakkelijk beide adviezen naast zich neer te leggen.

2.5 Welke gemeenschappelijke punten hebben de raden?

Een omschrijving van beide raden is te vinden in de bijlagen. Niet in elke gemeente is er een Wmo-raad en/of een WWB-raad. Er zijn verschillen tussen Wmo-raden onderling en WWB-raden onderling. Hiermee variëren ook de verschillen tussen Wmo-raad en WBB-raad.

1. Overeenkomsten in positie van de raden

- Ze hebben een erkende positie bij de gemeente, vaak vastgelegd in een overeenkomst, convenant of verordening. De cliëntenparticipatie rond de WWB/WSW moet sowieso in een verordening worden vastgelegd.
- Ze hebben inhoudelijke invloed op lokaal gemeentelijk beleid.
- Ze kunnen door het geven van goede adviezen de kwaliteit van beleid verbeteren.
- Ze kunnen ervoor zorgen dat beleid beter aansluit bij de praktijk en bij de behoefte van cliënten/burgers.

2. Overeenkomsten in werkwijze

- Beide raden hebben ruimte voor creatieve oplossingen en verrassende suggesties. Ze kunnen

de gemeente inspireren en uitdagen.

- Ze zijn elk het aanspreekpunt voor de gemeente, met betrokken achterban, kennis van en overzicht over hun domein en een integrale benadering van het eigen domein.
- Ze werken vanuit een breed denken en een betrokken denken.
- Ze zorgen voor goede weging van vele aspecten in gemeentelijk beleid.
- Beide raden kunnen flexibel inspelen op adviesvragen.
- Ze zijn op de hoogte van de effecten van beleid op doelgroepen en kunnen dat vertalen naar adviezen.
- De raden geven beide aan wat ze terug willen zien in gemeentelijk beleid.
- Beide raden geven gevraagd en ongevraagd advies.

3. Overlap en raakvlakken in beleidsdomeinen en doelgroepen

De doelgroep van de Wmo is voor een deel ook de doelgroep van het armoedebeleid of de WWB. Met de uitbreiding van de Wmo met AWBZ-taken en de komst van de Participatiewet wordt de overlap in doelgroepen nog groter. Denk aan jonggehandicapten die voor uitkering en re-integratie zijn aangewezen op de Participatiewet. De gemeente voert deze wet uit. Diezelfde jonggehandicapten zijn voor andere voorzieningen aangewezen op de Wmo.

Een voorbeeld: bij een jonggehandicapte die zich niet zelfstandig kan wassen en aankleden, is dringend afstemming noodzakelijk tussen Wmo-beleid en beleid rond arbeidsparticipatie. Immers als de hulp voor wassen en aankleden niet goed is geregeld, kan betrokkene niet naar zijn werk. Delen van Wmo-beleid en het beleid in kader van WWB en armoedebeleid hebben raakvlakken of overlap (zie ook 2.4). Zo moet bijvoorbeeld worden voorkomen dat de eigen bijdrage in de Wmo via de bijzondere bijstand moet worden teruggevraagd. Dit zou betekenen dat mensen op en rond het sociaal minimum geen eigen bijdrage moeten betalen. Ook geldt dat arbeidsmatige dagbesteding moet aansluiten bij beschutte arbeid.

2.6 Welke verschillen zijn er tussen de raden?

We zijn het vorige hoofdstuk begonnen met een onderscheid te maken tussen burgerparticipatie en cliëntenparticipatie. In deze paragraaf worden de meest voorkomende verschillen tussen de raden nader benoemd.

1. Verschillen in functie en doel

- Wmo-raden zijn gericht op een weging van de belangen van alle burgers, WWB-raden zijn gericht op de belangen van specifieke groepen, uitkeringsgerechtigden, werkzoekenden en de gebruikers van het armoedebeleid.
- WWB-raden doen aan belangenbehartiging.

2. Verschil in structuur

- Wmo-raden kennen vaak een meerlagen-structuur: van werkgroepen, commissies, adviseurs, klankbodgroepen, enzovoorts, waarin betrokken burgers en belanghebbenden worden betrokken bij het werk van de Wmo-raad.
- Er zijn WWB-raden die ook een opdracht hebben met betrekking tot de cliëntenparticipatie op het terrein van de WSW.
- WWB-raden zijn vaker regionaal georganiseerd.
- Er zijn WWB-raden die ook nog ondersteunende diensten aan de doelgroep bieden (spreekuur, formulieren invullen). Wmo-raden doen dit meestal niet.

4. Verschil in positie ten opzichte van de gemeente

Een wezenlijk verschil is dat de WWB-raad ook toetst op uitvoering en effecten van beleid, Wmo-raden niet (nog niet). Wmo-raden zitten meer aan de voorkant van de beleidscyclus: zij

adviseren over de totstandkoming van nieuw beleid. Wel worden zij zich meer en meer bewust van het feit dat het voor een goede advisering belangrijk is om ook de effecten van beleid terug te horen en dus ook te spreken met de mensen die het betreft.

In de gemeentelijke beleidscyclus adviseren WWB-raden vooral op basis van ervaringsdeskundigheid en de ervaren effecten van beleid: wat betekent beleid voor de cliënt. Daarmee behartigen WWB-raden directer de belangen van cliënten. Wmo-raden wegen alle belangen van burgers. Wmo-raden zijn vaak breder georiënteerd. Ze adviseren over de breedte van de Wmo, en zelfs in meerderheid over het gehele (gemeentelijke) sociale domein (onderzoek Koepel Wmo-raden 2012). WWB-raden adviseren met name over het terrein van de sociale zekerheid (inclusief armoedebeleid, schuldhulpverlening, handhaving en arbeidsmarktbeleid). WWB-cliëntenraden onderhouden actief contact met de gemeenteraad.

5. Verschil in relatie met de achterban

Kwetsbare mensen laten zich niet allemaal op dezelfde wijze benaderen, aanspreken of horen. Wmo-raden zoeken veelvuldig en actief contact met hun achterban: meestal met alle burgers. Dat is geen doel op zich, maar is nodig om goed te kunnen adviseren. In een advies moeten immers hun signalen zijn meegenomen en alle belangen zijn gewogen.

Ze hanteren vaker meer formele nieuwe vormen zoals inloopspreekuren, bijeenkomsten en nieuwe media. Daarnaast zijn de leden van de Wmo-raad vaak informeel in contact met een heel breed netwerk.

WWB-raden bestaan uit mensen van de doelgroep en zijn er voor hen: ze zijn directer verbonden met de mensen waarover zij adviseren. Met behulp van spreekuren en bijeenkomsten onderhouden ze vaak goede contacten met hun achterban. Zij zijn laagdrempelig voor hun achterban, die vaak bevreesd is om problemen met de sociale dienst naar voren te brengen of uit schaamte dat niet snel aan anderen zal vertellen. Ze bereiken beter de mensen waar het om gaat dan de Wmo-raden. Aan de andere kant: Wmo-raden bereiken meestal een bredere achterban dan de WWB-raden. WWB-raden hebben vaak een dieper en beter contact met de mensen die het beleid betreft.

6. Verschil in bemensing

WWB-raden zijn vaak samengesteld uit mensen uit de doelgroep. Daaraan ontleen zij hun kracht. Zij kunnen vanuit ervaringsdeskundigheid het cliëntenperspectief goed verwoorden: een meerwaarde voor de gemeente.

Wmo-raden verschillen sterker in samenstelling. Ze bestaan meestal slechts gedeeltelijk uit vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, belangenbehartigers of ervaringsdeskundigen en meer uit experts, deskundigen. Ze functioneren dan als een hoogwaardige gemeentelijke adviesraad. Dat maakt de Wmo-raden redelijk succesvol in het daadwerkelijk beïnvloeden van beleid. De samenstelling vormt voor Wmo-raden tegelijkertijd een risico: door de afstand tot cliënten en ervaringsdeskundigen kan de Wmo-raad het contact met de doelgroep(en) verliezen.

Bij het in kaart brengen van de verschillen tussen Wmo-raden en WWB-raden geldt dat de werkelijkheid niet zo zwart-wit is, als hier geschetst.

Aandachtspunt

Breng in uw gemeente de verschillen tussen de Wmo en WWB-raad in kaart. Kijk ook over welke onderwerpen Wmo- en WWB-raad in het afgelopen jaar allebei hebben geadviseerd. Wist u dit al? Zo ja, hebt u uw adviezen onderling afgestemd?

Hoofdstuk 3

Samenwerken of samengaan?

Lokale Wmo-raden en WWB-raden hebben in feite een keuze uit twee mogelijkheden. Ze kunnen:

1. samenwerken
2. samengaan

Apart blijven (en niet samenwerken) is geen optie, omdat de huidige en toekomstige ontwikkelingen dwingen om óf samen te werken óf samen te gaan (zie voorgaande hoofdstukken). Vanuit de huidige raden zijn er veel voorkeuren (met argumenten) bekend voor de ene of de andere optie. Aan elke optie zitten voordelen en nadelen. Het overzicht hieronder geeft een duidelijke, maar ongetwijfeld niet volledige opsomming van die voordelen en nadelen. De geschetste voor- en nadelen zijn dan ook niet absoluut.

Zowel samenwerken als samenvoegen kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Deze vormen kunnen een oplossing bieden voor verschillende nadelen (zie hoofdstuk 4).

Samenwerken of samenvoegen heeft bovendien ook een relatie met de werkwijze van de betreffende gemeente. Bij samenwerken en samenvoegen moet worden voorkomen dat de kracht van de verschillende raden ondersneeuwt. Gezamenlijk adviseren (al of niet door samenwerken of samenvoegen) mag niet leiden tot adviezen die vlees noch vis zijn.

3.1 Samenwerken

Voordelen

- Er is veel expertise beschikbaar.
- Ervaring en kennis delen, is goed mogelijk: er is een brede blik beschikbaar.
- De mogelijkheid om op te komen voor de belangen van de 'eigen' achterban blijft bestaan.
- Goede mogelijkheden tot het geven van integrale adviezen.
- Samenwerking waar nodig (en daardoor praktisch, efficiënt en kostenbesparend).
- Behoud van eigen identiteit en eigen specialisten (herkenbaarheid voor de achterban).
- Gezamenlijke belangen worden vanuit twee raden beter zichtbaar.
- Samenwerken maakt aansluiten bij regionale ontwikkelingen mogelijk.

Nadelen

- Tijdsinvestering, meer overleg.
- Tegengestelde belangen kunnen samenwerking bemoeilijken of in de weg staan.
- Risico dat raden tegen elkaar worden uitgespeeld.

3.2 Samenvoegen

Voordelen

- Eén aanspreekpunt voor gemeente.
- Korte lijnen voor gemeente.
- Brede deskundigheid in één raad beschikbaar.
- Bewuster van en meer inzicht in gemeenschappelijke belangen.
- Overlap in doelgroep en beleid wordt binnen één raad gemakkelijker zichtbaar.
- Sterke positie en goede gesprekspartner.
- Bundeling van krachten zonder dat extra overleg (tussen raden) nodig is (efficiënt en kostenbesparend).
- Beschikbaarheid van groot netwerk.

Nadelen

- Te diverse problematiek en vragen, te breed terrein om over te adviseren.
- Grote logge raad.
- Veel en brede kennis nodig: risico dat specifieke kennis verdwijnt of het onderspit delft.
- Ervaringsdeskundigheid verdwijnt.
- Verlies aan identiteit en herkenbaarheid.
- Risico dat belangenbehartiging verdwijnt.
- Te weinig contacten met cliënten.
- Veel inhoud risico van oppervlakkigheid.
- Naast overlap ook grote verschillen in beleidsterreinen: het is de vraag of alle beleidsvelden voldoende aandacht krijgen.
- Verschillen in belevingswereld tussen ervaringsdeskundigen en niet ervaringsdeskundigen in de raad.
- Hoe krijgt de raad signalen van cliënten als de afstand tot hen groot is of zij zich niet in de raad herkennen?
- Samengaan geeft interne machtsstrijd en belangenstrijd: wie krijgt de leiding?

Hoofdstuk 4

Modellen

In de voorafgaande hoofdstukken is al helder geworden dat:

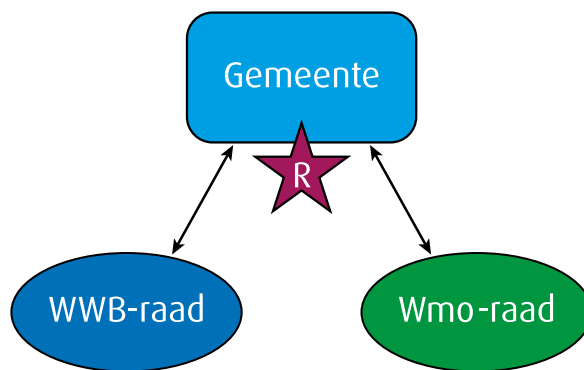
1. Het belang van integraal beleid groot is, ook voor de wijze waarop burgers en gebruikers betrokken worden en zeggenschap hebben.
 2. Het belangrijk is dat via burgerparticipatie het algemene belang van burgers centraal staat.
 3. Het belangrijk is dat via cliëntenparticipatie de belangenbehartiging van cliënten centraal staat.
- Op welke wijze kunnen deze uitgangspunten worden verenigd in organisatiemodellen? Hoe kan de stroomlijning worden georganiseerd en wat zijn de belangrijkste voor- en nadelen?

Model 1

Dit gaat uit van apart georganiseerde raden, waarbij de regie op de stroomlijning op verschillende wijzen is belegd.

Model 1a

Apart georganiseerde raden, samenwerken door regie op stroomlijning door de gemeente



In dit model is er beperkte stroomlijning vanuit raden zelf. De regie (R) verloopt primair via de gemeente. Adviezen worden apart uitgezet en ontvangen. De gemeente zorgt voor de inhoudelijke stroomlijning van de adviezen.

Voordelen

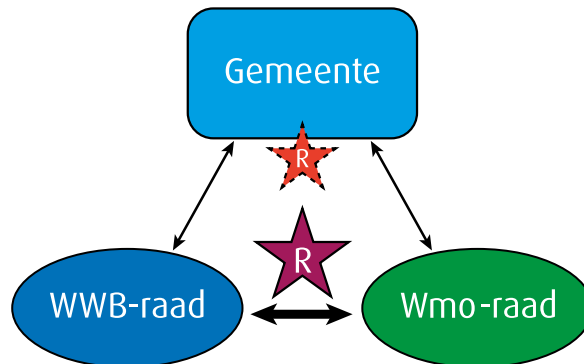
- Helderheid waar de regie van de stroomlijning ligt.
- Er is inbreng vanuit zowel burger- als cliëntenperspectief (belangenbehartiging).
- Er is een herkenbare basis waar welke specifieke (ervarings-)kennis ligt en van waaruit achterbanraadpleging kan worden georganiseerd.
- Werkdruk is verspreid over verschillende raden.
- WWB-raden kunnen zich op WWB, armoedebelief en arbeidsmarktvaartstukken richten (werkpleinen, werkgeversbenadering), Wmo-raden op de Wmo.

Nadelen

- Burgers en cliënten hebben zelf geen eigen regie over welke onderwerpen bij welke raad advies wordt gevraagd.
- De afstemming van hun adviezen geschiedt buiten het gezichtsveld van de raden.
- Sluit niet goed aan bij de toenemende integraliteit van beleid.

Model 1b

Apart georganiseerde raden, samenwerking door regie op stroomlijning via coördinatiepunt tussen raden



In dit model wordt uitgegaan van aparte raden, maar ligt een belangrijk deel van de regie tot stroomlijning bij de raden zelf, bijvoorbeeld via overleg van voorzitters. Dat kan ad hoc, rondom thema's die beide raden raken. Een andere mogelijkheid is dat enkele leden van de ene raad deelnemen in de andere en visa versa. De gemeente houdt een regierol: welke raad krijgt welk advies voorgelegd? En wat doe je met verschillend luidende adviezen?

Voordelen

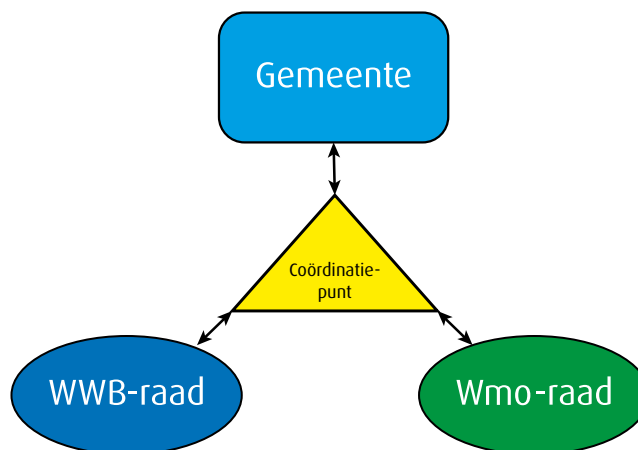
- Burgers en cliënten hebben zelf regie om integrale adviezen af te geven.
- Inbreng vanuit zowel burger- als cliëntperspectief (belangenbehartiging).
- Herkenbare basis om specifieke kennis en achterbanraadpleging te organiseren.
- Veelheid werk door meer mensen uit verschillende raden.
- WWB-raden kunnen zich op WWB, armoedebeleid en arbeidsmarkt vraagstukken blijven richten (werkpleinen, werkgeversbenadering), Wmo-raden op de Wmo.

Nadelen

- Regie is geen garantie dat twee raden afgestemd advies geven, de beslis macht ligt bij de afzonderlijke raden.
- Regie op stroomlijning bij gemeente en raden vraagt intensieve afstemming.

Model 1c

Apart georganiseerde raden, invoering coördinatiepunt

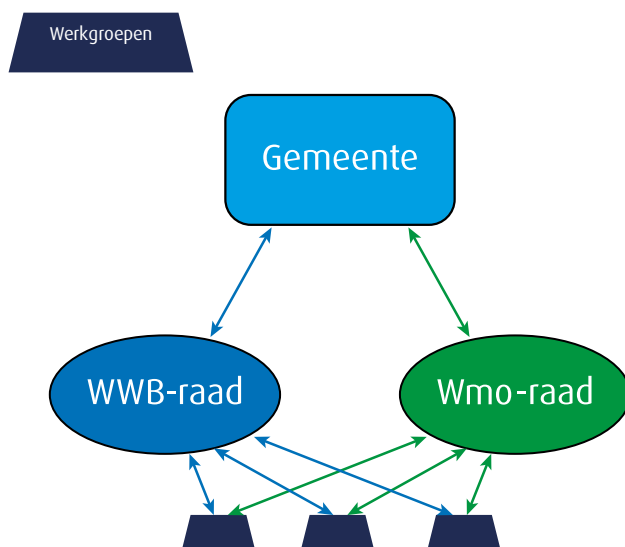


Boven de raden wordt een coördinatiepunt gecreëerd waarin voorzitters van raden samen,

eventueel met de gemeente, afstemmen welke raad of raden advies uitbrengen. Voordeel hiervan is de afstemming vooraf over wie adviseert (een van de twee of allebei). Ook kunnen de pre-adviezen naast elkaar worden gelegd voordat ze aan de gemeente worden afgegeven. Dit maakt de kansen op een integraal advies groter.

Model 2

Instelling van gezamenlijke werkgroepen



Leden van meerdere raden vormen werkgroepen, wanneer er sprake is van meervoudige adviesvragen. De werkgroepen bereiden adviezen voor ter bespreking in de raden.

Voordelen

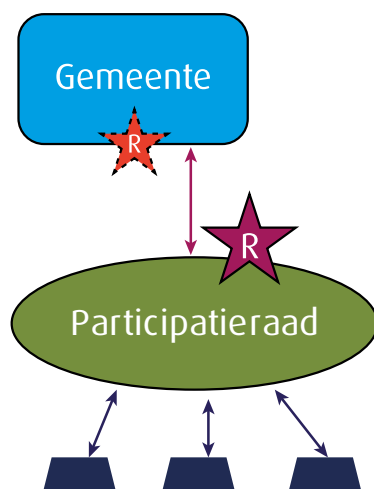
- Inhoudelijk kan de integrale advisering goed worden geborgd.

Nadelen

- Elke beslissing staat ter discussie in de afzonderlijke raden.
- Er is geen regie vastgesteld voor het nemen van gezamenlijke besluiten.

Model 3

Stroomlijnen via één raad: de geïntegreerde (Participatie-)raad



In dit model wordt een raad in het leven geroepen om het gehele sociale domein te omvatten. De leden van deze raad moeten achterbanraadplegingen organiseren met burgers of cliënten. Het

model kan worden 'uitgebreid' met tijdelijke werkgroepen waar achterbanvertegenwoordigers in plaatsnemen. Of 'kamers' waar meer permanent beleidsvelden zijn vertegenwoordigd voor specifieke onderwerpen (als WWB). De adviesfunctie ligt bij de Participatieraad.

Voordelen

- De gemeente heeft een raad die zelf verantwoordelijk is voor eenduidige advisering.
- Goedkoper (zonder werkgroepen en zeker zonder 'kamers').
- Door samenstelling zal advisering gemiddeld professioneler zijn.
- Een brede participatieraad dwingt integraal denken bij haar leden en de gemeente daadwerkelijk af.

Nadelen

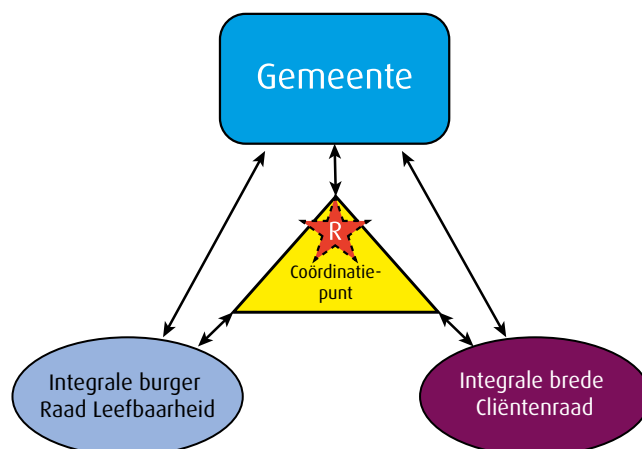
- Burgerparticipatie en/of belangenbehartiging kunnen ondersneeuwen.
- Over veel onderwerpen zal geen advies meer worden gegeven door veelheid werk.
- Grotere afstand tot cliëntenachterban in vergelijking met cliëntenraad.
- Geen ervaringskennis in overleg met uitvoering WWB en weinig representativiteit.
- Belangenbehartiging van specifieke groepen gaat verloren.
- Is arbeidsmarktbeleid een onderwerp voor de participatieraad? Afstemming met UWV cliëntenraad werkplein?
- Als ervaringsdeskundigheid en specifieke deskundigheid in werkgroepen of aparte kamers georganiseerd moet worden dan is het de vraag of dit goedkoper is.
- Cliëntengroepen zullen zich buiten raden om melden bij wethouder en gemeenteraad om de belangen van hun groep onder de aandacht te brengen.

Aandachtspunt

In ieder geval is het zaak om de samenstelling, structuur en werkwijze van een brede participatieraad goed te doordenken, om te voorkomen dat er te veel bureaucratie ontstaat. Ook moet worden voorkomen dat burgerparticipatie cliëntenparticipatie verdringt of omgekeerd. Een model van een klein onafhankelijk bestuur met een voorzitter, secretaris en penningmeester met daaronder een deelraad WWB en een deelraad Wmo, komt steeds vaker voor. Een krachtige en onafhankelijke voorzitter zou ervoor moeten kunnen zorgen dat eenieder wordt erkend op zijn positie en dat de verschillende inbrengen tot hun recht komen.

Model 4

Stroomlijning op basis van burgerparticipatie en belangenbehartiging



In dit model wordt onderscheid gemaakt tussen burgerparticipatie en belangenbehartiging. De burgerparticipatie richt zich op beleidsbrede algemene onderwerpen. De belangenbehartiging richt zich op beleid en uitvoering waarbij de afhankelijkheid van cliënten in het geding is. Coördinatie

op stroomlijning vindt plaats door gemeente en de voorzitters van raden. De stroomlijning kan ook plaatsvinden door de belangenbehartiging een aantal zetels te geven bij de burgerparticipatie. In dit model wordt er een cliëntenraad voor de belangenbehartiging binnen het sociale domein ingericht, dus voor zowel WWB als Wmo-onderwerpen (te denken aan Wmo beleidsveld 5 en 6). Daarnaast is er een raad die meer algemene adviezen geeft over beleid dat alle burgers aangaat (denk aan bijvoorbeeld Wmo-beleidsveld 1). Beide raden staan uiteraard in goed contact met elkaar.

Voordelen

- Helder onderscheid tussen vraagstukken rond algemeen belang en specifiek belang, afstemming is duidelijker.
- Helder onderscheid tussen beleidsadvisering en het opkomen voor cliëntbelangen, maar wel met een goede afstemming.
- Ervaringsdeskundigheid komt tot zijn recht.

Nadelen

- Onderscheid tussen vraagstukken van algemeen belang en specifiek belang is niet altijd even helder te maken. Als hier sprake van is, is het zaak dat beide raden er naar kijken en hun advies afstemmen.
- De burgerraad kan teveel gaan functioneren als een tweede beleidsafdeling van de gemeente.
- Te volle agenda voor beide raden, waardoor onderwerpen niet aan bod komen.

Hoofdstuk 5

Het proces van samenwerken of samengaan

5.1. Voorwaarden bij burger- en cliëntenparticipatie

Vanuit het perspectief van diegenen die het betreft moet altijd worden voldaan aan bepaalde voorwaarden om zowel cliëntenparticipatie als burgerparticipatie te behouden. En het is belangrijk om elkaar te kunnen versterken. Meest belangrijk is dat, ongeacht het model, er altijd voldoende lokale borging is voor zowel de functie van cliëntparticipatie als die van burgerparticipatie.

Dat kan, afhankelijk van de lokale context, op allerlei manieren gebeuren. Anno 2013 wordt bijvoorbeeld ook gesproken over allerlei 'losse' vormen van burgerraadpleging.

Vanuit de praktijk van de huidige raden wordt echter duidelijk dat gemeentelijke overleggraden wel degelijk een goede vorm zijn waarin cliëntparticipatie en burgerparticipatie lokaal gestalte krijgen. Die raadsvorm is aan te vullen door allerlei losse burgerraadpleging, maar is er niet door te vervangen. De voordelen van het werken met adviesraden, zoals geschetst in deze handreiking, zijn legio.

Een goede gemeentelijke adviesraad, of het een Wmo-raad of WWB-raad is, dan wel een brede participatieraad, heeft zelf zowel cliëntparticipatie als burgerparticipatie hoog in het vaandel staan. Hij zorgt zelf voor voldoende ervaringsdeskundigen in zijn raad, en voor een structuur en werkwijze waarin ook cliënten voldoende gehoord worden. En voor een directe lijn tussen gemeenten en cliënten. Cliëntenparticipatie is te belangrijk om alleen maar in te zetten als voedingsbodem voor bijvoorbeeld een overkoepelende adviesraad. Het moet een wezenlijk onderdeel zijn van de raad, een simpele afvaardiging volstaat niet. Cliënten, zowel vanuit de zorg als vanuit de sociale zekerheid, dienen altijd zelf en rechtstreeks te mogen communiceren met de gemeente, ambtelijk en bestuurlijk. Aan de andere kant is de opdracht aan de raden zelf om voldoende verbinding te hebben tussen cliëntenparticipatie en burgerparticipatie. Het model van één brede adviesraad en één brede cliëntenraad sluit daar bijvoorbeeld wel goed bij aan.

In de contacten met de gemeente is het van belang daarop te wijzen, en zelf met voorstellen te komen hoe dit te borgen. Tegelijkertijd is het van belang dat de gemeente zelf de stem van de burger en cliënt waardeert en staat voor een goede kwaliteit van haar eigen adviesraden, doordat:

- De raden door de gemeente afdoende worden betrokken via adviesvragen en de mogelijkheid ongevraagd advies te geven.
- Adviezen vaak worden overgenomen. Bij niet-overnemen: dat tekst en uitleg wordt gegeven over de keuzes die zijn gemaakt.
- De raden in de gelegenheid worden gesteld om ook de gemeenteraad te informeren over hun werkzaamheden.
- Raden afdoende ondersteuning krijgen om hun werk goed te doen, en afspraken hierover zijn vastgelegd.
- Er ruime vertegenwoordiging van cliënten in de raden is, die via hun representativiteit en raadpleging van gebruikers in staat zijn het perspectief van cliënten over te brengen.
- Dat leden van de raden ervaringskennis kunnen vertalen naar collectieve belangenbehartiging.
- Er structureel overleg is met de gemeente: ambtelijk en bestuurlijk.
- De raden een eigen agenda mogen voeren.
- De raden voldoende vroegtijdig bij beleidsvragen en ontwikkelingen worden betrokken.
- De raden ook bij regionale beleidsontwikkeling vroegtijdig worden betrokken.
- Het mogelijk is om externe deskundigen in te schakelen.
- Het mogelijk is om zelf onderzoek te kunnen (laten) uitvoeren.
- Er in de raden ook experts zitten, leden aanwezig zijn die goede beleidadviezen kunnen geven.
- De raden voldoende mogelijkheden hebben voor scholing.

5.2. Voorwaarden voor het proces van samenwerking

Als het tot goed samenwerken of een goed samengaan van raden moet komen, dan is het van belang dat er voldoende ruimte en tijd is voor het proces er naartoe. Het is belangrijk voldoende tijd en ruimte te nemen om te bouwen aan wederzijds vertrouwen.

Daarbij zijn er wel punten van aandacht voor de huidige raden.

1. Ga zelf met de gemeente de discussie voeren over samenwerken of samengaan: laat u niet overvallen.
2. Ontwikkel zelf een visie: steek in op een brede visie op cliëntenparticipatie en burgerparticipatie.
3. Heb uw argumenten helder en ga uit van visie en doelstelling van de beide lokale raden: welke functies moeten er sowieso behouden blijven.
4. Kijk naar de regionale samenwerking van de gemeente op de diverse domeinen.
5. Stuur aan op inspraak van de leden van de raden bij hun eigen doorontwikkeling.

Een proces van samenwerken of samenvoegen zal niet werken als de gemeente een model van samenwerking oplegt. Beter is om te kijken naar wat de leden van de raden zelf wenselijk achten en vervolgens hierbij aan te sluiten.

Zo kunnen goede mensen (met kennis en kunde) voor het werk in de raden worden behouden. Mensen hebben een eigen afweging om in een raad te gaan zitten. Het plezier om in een raad zitting te hebben, is belangrijk. Het plezier wordt maar al te vaak bedorven door het opleggen van een structuur of door een structuurverandering. Slechte ondersteuning kan ook leiden tot frustraties. Goede facilitering bij het proces, om elkaar te leren vinden en te leren kennen (ook informeel) is van groot belang. Dan komt samenwerking vanzelf. En wordt helder of samenvoeging echt gewenst is of juist contraproductief werkt.

Aandachtspunt

Zorg zelf ook voor duidelijkheid. Raden, (Wmo-raden, WWB-raden of participatieraden) functioneren slecht en hebben niet genoeg raadsleden als er onvoldoende duidelijkheid is over de rol, positie, taken, werkzaamheden, verwachtingen van die raad. Intern moet dit goed duidelijk zijn. Kijk zo mogelijk ook bij anderen, hoe zij het doen. Vanuit een heldere eigen positie en voldoende menskracht is het pas echt goed mogelijk om tot samenwerking te komen. Dit betekent: vanuit sterkte opereren.

Epiloog

Deze handreiking is beperkt tot de WWB- en de Wmo-raden. Uiteraard bestaan er meer adviesraden die ook betrokken worden in de huidige discussie over de stroomlijning van de lokale medezeggenschap. Om de handreiking overzichtelijk en begrijpelijk te houden, zijn deze raden hierbuiten gehouden.

Bijvoorbeeld de WSW-cliëntenraden. Die zijn nu nog onafhankelijk, maar zullen zich moeten bezinnen op hun toekomst. Met de komst van de Participatiewet - waarbij de WSW alleen voor de zittende werknemers blijft bestaan - wordt het domein waar de WSW-raad over gaat wel erg beperkt. Immers het wachtlijstbeheer verdwijnt, wat overblijft is het gemeentelijk beleid met betrekking tot begeleid werken.

Met de WSW-raden moet worden overlegd om bij de invoering van de Participatiewet WWB-raden en WSW-raden samen te voegen. Of om op zijn minst nu al een aantal zetels in die raad toe te kennen aan mensen die onder de personenkring van de WSW vallen.

Er zijn voor gemeenten en hun lokale medezeggenschap zeker nog wel vraagtekens over de schaal van beleid en uitvoering waaraan die medezeggenschap is gekoppeld. Normaal gesproken volgt de medezeggenschap het beleid en de uitvoering, maar hierin vinden in toenemende mate verschuivingen plaats. Gemeenten en UWV moeten het arbeidsmarktbeleid op regionaal niveau in circa 30 à 35 arbeidsmarktregio's vormgeven en uitvoeren. Beleid en uitvoering in werk en inkomen, WSW, diverse zorgvraagstukken kunnen ertoe leiden dat de schaal in die domeinen uiteen zal lopen. Dat is een punt van (toekomstige) aandacht.

Ook de cliëntenraden van UWV zullen moeten nadenken over samenwerking. Voor de hand ligt samenwerking op het terrein van arbeidsmarktbeleid met de gemeentelijke WWB-cliëntenraden, straks de cliëntenraden bij de uitvoering van de Participatiewet.

Maar ook voor UWV-cliëntenraden geldt dat er overlap is met de doelgroep van de Wmo-raden. De decentralisatie van de AWBZ betekent voor mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering dat zij voortaan bij de gemeente een aanvraag moeten doen om hun traject naar werk mogelijk te maken (ambulante zorg) of ondersteunend aan werk te zijn (bijvoorbeeld persoonlijke verzorging om op tijd op het werk te komen). Samenwerken en samenspel met deze raden is dus ook aan de orde.

Er is nog meer medezeggenschap van cliënten bijvoorbeeld op terrein van onderwijs en (blijvende) AWBZ-zorg. Dit betreft ook burgers van een gemeente. Ook hier geldt overlap van doelgroepen en belangen. Bijvoorbeeld: Hoe werkt het speciaal onderwijs en gemeente samen voor een goede transitie van school naar werk? Dat betekent niet dat alle raden kunnen en moeten worden samengevoegd. Wel de notie dat samenwerking op onderdelen noodzakelijk is om het gehele sociale domein te kunnen bestrijken. De advisering wordt beter door inzicht in samenhang en samenspel.

Ook binnen de Wmo, tenslotte, is veel gaande rondom de betrokkenheid van burgers, Wmo-raden en ook rondom de komende transities. Er wordt gesproken over brede participatieraden voor het gehele sociale domein, waarin zowel burger- en cliëntenparticipatie een plaats moeten krijgen. Maar ook over het maken van verbinding tussen de gemeente zelf en haar burgers, zonder raden. Door de transitie van AWBZ-onderdelen naar de Wmo, zullen cliënten van zorginstellingen mogelijk hun zorginstelling kwijtraken. Zij kunnen voortaan wel meepraten over het beleid, bijvoorbeeld in de Wmo- en WWB-raad.

Mogelijkerwijs wordt het beleid rond jeugdzorg ook een zaak voor een Wmo-raad.

Tegelijkertijd is de vraag waarover Wmo-raden in de toekomst nog kunnen adviseren. Beleid wordt enerzijds meer en meer in de regio ontwikkeld, waar Wmo-raden nog onvoldoende grip op hebben. Anderzijds wordt wijkgericht werken meer en meer vormgegeven door een financieel kader van de gemeente en een uitvoeringsopdracht aan welzijns- en zorgorganisaties. Zij moeten met elkaar komen tot afspraken. Ook daar zijn Wmo-raden, en daarmee burgers, vaak nog onvoldoende bij betrokken. Al deze veranderingen kunnen een rol spelen bij de uiteindelijke inrichting van de medezeggenschap bij gemeenten.

Afhankelijk van de reacties op deze handreiking zullen we dan ook overwegen een vervolg op deze handreiking te schrijven met betrekking tot de hierboven genoemde aandachtspunten.

Bijlage 1.

Korte achtergrondinformatie over WWB-raden

De Wet werk en bijstand is in 2004 ingevoerd als opvolger van de Algemene Bijstandswet. De kern van de WWB komt tot uitdrukking in de titel van de wet, Wet inzake ondersteuning bij arbeidsinschakeling en verlening van bijstand door gemeenten. Eerst werk, dan pas bijstand.

Algemeen kader Wet werk en bijstand

1. Iedere Nederlander wordt geacht zelfstandig in zijn bestaan te voorzien door middel van arbeid. Als dit niet mogelijk is en er geen andere voorzieningen beschikbaar zijn, heeft de overheid de taak hem te helpen met het zoeken naar werk en, zo lang met werk nog geen zelfstandig bestaan mogelijk is, met inkomensondersteuning.
2. Deze verantwoordelijkheid vormt het sluitstuk van een activerend stelsel van sociale zekerheid. Werk boven inkomen dus.

Uitgangspunten Wet werk en bijstand

1. Centraal staat de eigen verantwoordelijkheid van de burger om al datgene te doen wat nodig en mogelijk is om in het eigen bestaan te voorzien. Pas als mensen niet in staat blijken te zijn in het eigen bestaan te voorzien, hebben zij een aanspraak op de overheid hen daarbij te ondersteunen. Die ondersteunende verantwoordelijkheid ligt bij de gemeente.
2. De gemeente dient zo goed mogelijk te zijn toegerust om de burger te helpen op weg naar werk en hem indien nodig daarbij een inkomenswaarborg te bieden.
3. De regelgeving behoort zo te zijn ingericht dat de gemeenten een zo groot mogelijke beleidsruimte en beleidsverantwoordelijkheid hebben om het doel van de wet te realiseren. De regelgeving moet dus de verantwoordelijkheden en mogelijkheden van burgers en gemeenten zo goed mogelijk activeren.

Inmiddels is de Participatiewet in voorbereiding. Deze wet gaat in 2014 de WWB vervangen. Met de komst van de Participatiewet wordt de doelgroep uitgebreid. De gemeente wordt dan ook verantwoordelijk voor jonggehandicapten. De al bij de invoering van de WWB ingezette nadruk op eerst werk en dan pas bijstand wordt verder versterkt.

Clëntenparticipatie

Clëntenparticipatie bij de uitvoering van de WWB was niet nieuw. In het kader van de uitvoering van de Algemene Bijstandswet was al cliëntenparticipatie ontstaan in de tweede helft van de jaren 80 van de vorige eeuw. Bij de behandeling van de WWB in de Tweede Kamer is de wettelijk basis voor cliëntenparticipatie bij de uitvoering van de WWB bij amendement van Noorman den Uyl en Bakker aangescherpt (2003).

De praktijk van cliëntenparticipatie

Recent onderzoek van de inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid laat zien dat nagenoeg alle gemeenten cliëntenparticipatie bij de WWB hebben vormgegeven. Een deel via een cliëntenraad en een ander deel via een andere vorm van cliëntenparticipatie, zoals een participatieraad of een platform sociale zekerheid. De adviesbevoegdheid van deze raden is vaak ruimer: zij adviseren veelal ook over de Wmo.

WWB-raden zijn gemeentelijke adviesraden die gevraagd en ongevraagd adviseren over het gehele beleid van de WWB, de Inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsgeschikte werkloze werknemers (IOAW), Inkomensvoorziening oudere en/of gedeeltelijk arbeidsongeschikte zelfstandige (IOAZ). Ook schuldhelpverlening is in veel gemeentelijke cliëntenraden een onderwerp.

De adviezen hebben betrekking op beleid en uitvoering. Onderwerpen die daarbij aan de orde komen zijn participatie, re-integratie, informatieverstrekking, regelgeving, uitkering, handhaving en klantbejegening.

De raden overleggen vrijwel allemaal periodiek met de wethouder en met ambtenaren (ambtelijk niveau). Daarnaast onderhoudt een deel van de cliëntenraden contact met de gemeenteraad. Sommige raden hebben een spreekuur voor cliënten.

De faciliteiten van cliëntenraden verschillen, van goed gefaciliteerd tot nauwelijks faciliteiten (zoals ondersteuning, scholing, mogelijkheden tot het bezoeken van bijeenkomsten).

Relatie met de gemeente

Recent onderzoek van de FNV¹ schetst het volgende beeld:

1% van de gemeenten maakt zelf de agenda voor de besluitvorming en stelt de WWB-raad ervan op de hoogte. De WWB-raad krijgt geen gelegenheid een rol te spelen in de besluitvorming.

22% van de gemeenten bepaalt de agenda voor de besluitvorming grotendeels zelf, maar ziet de WWB-raad wel als gesprekspartner. De gemeente verplicht zich echter geheel niet om iets met de mening of advies van de WWB-raad te doen.

47% van de gemeenten maakt samen met de WWB-raad de agenda en die mag ook problemen en oplossingen aandragen. De gemeente committeert zich om iets met de mening/het advies van de WWB-raad te doen c.q. slechts goed beargumenteerd daarvan af te wijken.

3% van de gemeenten en de WWB-raden stelt samen de agenda op en zoekt samen naar oplossingen. De gemeente verplicht zich te houden aan de gezamenlijk gevonden oplossingen.

1% van de gemeente laat beleidsvorming over aan de WWB-raad en neemt de resultaten daarvan over. Ze toetst slechts achteraf op voorafgestelde voorwaarden. 25% is onbekend.

¹ Landelijke monitor Werk, Inkomen en Zorg, 2-jarig onderzoek onder gemeenten naar beleid op gebied uitkering, werk en zorg van FNV.

Bijlage 2.

Korte achtergrondinformatie over Wmo-raden

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning bestaat sinds 1 januari 2007. Het maatschappelijke doel van de Wmo is 'meedoen', participeren in de samenleving. De wet moet ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en mee kunnen doen in de samenleving, al dan niet geholpen door vrienden, familie of bekenden. Dat is de onderlinge betrokkenheid tussen mensen. En als dat niet kan, is er ondersteuning vanuit de gemeente. De gemeente ondersteunt bijvoorbeeld vrijwilligers en mantelzorgers. De Wmo regelt ook de hulp bij het huishouden en zorgt voor goede informatie over de hulp en informatie die mensen kunnen krijgen. De Wmo is een brede wet over het lokale sociale domein en kent 9 prestatievelden:

1. Het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen, wijken en buurten.
2. Op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met problemen, en ouders.
3. Het geven van informatie, advies en cliëntenondersteuning.
4. Het ondersteunen van vrijwilligers en mantelzorgers.
5. Het bevorderen van deelname aan het maatschappelijke verkeer en het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking.
7. Het bieden van maatschappelijk opvang.
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg.
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

In 2012 en de jaren erna wordt het domein van de Wmo verder uitgebreid door de overheveling van taken van de rijksoverheid naar gemeenten.

Wmo-raden zijn gemeentelijke adviesraden (burgerraden) voor het gehele gemeentelijk Wmo-beleid. Ze adviseren meestal aan het college van burgemeester en wethouders. Het gaat er dus om dat gemeenten hun burgers betrekken bij het beleid, de Wmo-raad is slechts de vorm waarin dat gebeurt. En een succesvolle vorm: er zijn ongeveer 400 Wmo-raden in Nederland.

Hoe ziet een gemiddelde Wmo-raad eruit?

- 11 leden, 4 vrouwen en 7 mannen, gemiddeld 55.
- Gemiddeld 10-12 adviezen per jaar.
- Vaak met structuur van werkgroepen of commissies.
- 2/3 is een gemeentelijke commissie en krijgt ondersteuning van de gemeente, vastgelegd in verordening of convenant.
- Gemiddeld budget 9.000 euro.
- Geven vrijwel allemaal gevraagd en ongevraagd advies; ervaren in meerderheid een voldoende mate van vrijheid van handelen.

(bron: onderzoek Koepel Wmo-raden 2012)

Thema's die spelen zijn: de relatie met de gemeente (partner en luis in de pels), de relatie met achterban, het intern functioneren van de Wmo-raad en het geven van goede adviezen. Rondom deze thema's is ook goed te zien dat de Wmo-raden allemaal verschillend zijn:

- Relatie met de gemeente: van geen tot voldoende ondersteuning, van geen tot voldoende tijd voor advisering, van geen tot voldoende samenwerking, van een duidelijke tot onduidelijke positie, van tegenwerking tot samenwerking, en verschillen in rol: adviseur, co-producent of samenwerkingspartner.
- Relatie met achterban: het wel of niet goed horen van signalen, staan voldoende of onvoldoende midden in de samenleving, bereiken van moeilijke doelgroepen, werken aan structuur van de Wmo-raad, duidelijke of onduidelijke relatie met belangenbehartiging.

- Intern functioneren: Wmo-raad nieuwe stijl: van een Wmo-raad bestaande uit belangenbehartigers tot aan een Wmo-raad van technische experts.
- Het geven van goede adviezen: met welke toetsingskaders, met welke weging van belangen.

Bijlage 3.

Wettekst WWB-raad

Artikel 47. Verordening cliëntenparticipatie

De gemeenteraad stelt bij verordening regels over de wijze waarop de personen, bedoeld in artikel 7, eerste lid, of hun vertegenwoordigers worden betrokken bij de uitvoering van deze wet, waarbij in ieder geval wordt geregeld de wijze waarop:

- a. periodiek overleg wordt gevoerd met deze personen of hun vertegenwoordigers;
- b. deze personen of vertegenwoordigers onderwerpen voor de agenda van dit overleg kunnen aanmelden;
- c. zij worden voorzien van de voor een adequate deelname aan het overleg benodigde informatie.

De volledige wettekst is te vinden op:

http://wetten.overheid.nl/BWBR0015703/Opschrift/geldigheidsdatum_15-06-2011

Bijlage 4.

Wettekst Wmo-raad

Art. 11. [Betrekking ingezetenen en belanghebbenden bij beleidsvoorbereiding]

1. Het college van burgemeester en wethouders betreft de ingezetenen van de gemeente en in de gemeente een belang hebbende natuurlijke en rechtspersonen bij de voorbereiding van het beleid betreffende maatschappelijke ondersteuning, op de wijze voorzien in de krachtens artikel 150 van de Gemeentewet vastgestelde verordening.
2. Het college van burgemeester en wethouders stelt ingezetenen van de gemeente en in de gemeente belang hebbende natuurlijke en rechtspersonen vroegtijdig in de gelegenheid zelfstandig voorstellen voor het beleid inzake maatschappelijke ondersteuning te doen.
3. Het college van burgemeester en wethouders verschaft informatie die nodig is ter uitvoering van het bepaalde in het eerste en tweede lid.
4. Onverminderd het eerste lid vergewist het college van burgemeester en wethouders zich bij de voorbereiding van het beleid tevens van de belangen en behoeften van ingezetenen die hun belangen en behoeften niet goed kenbaar kunnen maken.

Art. 12. [Verplichte beleidsadvisering door vertegenwoordigers van vragers]

1. Alvorens een voordracht tot vaststelling door de gemeenteraad te doen, vraagt het college van burgemeester en wethouders over het ontwerpplan advies aan de gezamenlijke vertegenwoordigers van representatieve organisaties van de kant van vragers op het gebied van maatschappelijke ondersteuning.
2. Het college van burgemeester en wethouders voegt bij de voordracht tot vaststelling door de gemeenteraad tevens een motivering hoe het de belangen en behoeften van personen als bedoeld in artikel 11, vierde lid, heeft gewogen.

De volledige wettekst is te vinden op <http://www.st-ab.nl/wetWmo.htm>

Bijlage 5.

Geraadpleegde bronnen

<i>Egas, C.</i>	Clëntenparticipatie in een complex werkveld van gemeenten. 2012
<i>Gehandicaptenplatform 's-Hertogenbosch</i>	Notitie cliëntenparticipatie. 2012
<i>Gemeente Haarlem</i>	Vormgeving participatieraad Haarlem i.o. 2012
<i>Gemeente Leidschendam-Voorburg</i>	Verordening participatieraad. 2010
<i>Gemeente Venlo</i>	Notitie adviesstructuur sociaal domein. 2012
<i>Goris, A.</i>	Burgerparticipatie over de gemeentegrenzen heen. 2012. <i>Universiteit Utrecht</i> .
<i>Koepel Wmo-raden</i>	Handboek Wmo-raden. 2012
<i>LCR</i>	Verslagen diverse workshops Alliantiedagen. 2012
<i>Movisie</i>	Transitie en transformatie in medezeggenschap. 2012
<i>Movisie</i>	Naar een Wmo-raad nieuwe stijl? 2011
<i>Stichting Clip</i>	Clipper no.8 2010: Gemengd Zwemmen

Gegevens Koepelorganisaties

Landelijke Cliëntenraad

Postbus 95966

2509 CZ Den Haag

070-3499790

www.landelijkeclientenraad.nl

Koepel Wmo-raden

Postbus 169

3500 AD Utrecht

06-23414048

www.koepelwморaden.nl

Landelijke handreiking voor WWB-raden en Wmo-raden

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

DMO/SVP-3154193

Uw Kenmerk:

2013Z01786

Bijlage(n)

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 31 januari 2013
Betreft Beleidsvoornemens Wet maatschappelijke ondersteuning

Geachte voorzitter,

In antwoord op uw brief van 31 januari 2013 met het kenmerk 2013Z01786 meld ik u het volgende.

Vrijdag 25 januari jl. heeft u van de Minister van Veiligheid en Justitie een brief ontvangen over het 'Rijksbreed Wetgevingsprogramma met een bezuinigingsdoelstelling'. In dit overzicht is het oorspronkelijke tijdpad met betrekking tot het wetsvoorstel 'Wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning in verband met de uitbreiding van gemeentelijke taken op het terrein van de begeleiding en een gewijzigde verdeling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid (nr. 33 127)', zoals dat door het vorige kabinet werd voorgestaan, opgenomen. Dit tijdpad is inmiddels niet meer correct. Dinsdag 29 januari jl. heb ik u een brief gestuurd over de Wmo en de herziening van de langdurige zorg (mijn brief met kenmerk WJZ-3149649). Naar ik heb begrepen, is er echter onduidelijkheid over de beleidsvoorstellen en het wetgevingsproces op het gebied van de Wmo.

Uw Kamer heeft het wetsvoorstel tot wijziging van de Wmo¹ afgevoerd van de lijst van controversiële onderwerpen en inmiddels ook geagendeerd voor de voortgezette behandeling.

Zoals ik u heb laten weten, hechten de minister en ik bij de herziening van de langdurige zorg aan het creëren van draagvlak in de samenleving. Ik ben daarom in gesprek met verschillende betrokken partijen over de vormgeving hiervan. Dit leidt ertoe, dat ik uw Kamer naar verwachting in maart zal kunnen informeren over de beleidsvoornemens en de consequenties voor het wetgevingstraject rond de Wmo. Ik zal u dan kunnen mededelen of het wetsvoorstel wordt ingetrokken of gewijzigd.

Aan uw Kamer doe ik derhalve het verzoek om de voortgezette behandeling nog aan te houden.

¹ Wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning in verband met de uitbreiding van gemeentelijke taken op het terrein van de begeleiding en een gewijzigde verdeling van de bestuurlijke verantwoordelijkheid (nr. 33 127)

Ik merk op dat van het decentraliseren van taken in het kader van de overheveling van begeleiding naar de Wmo per 1 januari 2014 geen sprake is.

Hoogachtend,
de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

drs. M.J. van Rijn

Aan de leden

informatiecentrum tel.
(070) 373 8393

uw kenmerk

bijlage(n)

betreft
Decentralisatiebrief kabinet

ons kenmerk
BB/U201300274
Lbr. 13/015

datum
21-02-2013

Geacht college en gemeenteraad,

Minister Plasterk heeft op 19 februari de Tweede Kamer via een decentralisatiebrief geïnformeerd over de visie van het kabinet over de randvoorwaarden van de decentralisaties. In deze ledenbrief informeren we u over deze brief en de reactie die we aan de Tweede Kamer hebben verstuurd. Deze ledenbrief maakt deel uit van de serie ledenbrieven over de contacten met het kabinet inzake de decentralisaties en de financiën van gemeenten. In de vorige brief informeerden we u over de uitkomsten van het Overhedenoverleg en het Financieel Onderhandelaarsakkoord. Volgende week informeren we u over de concept jeugdwet.

Decentralisatiebrief kabinet

Het kabinet zet in de brief uiteen onder welke randvoorwaarden de decentralisaties uitgevoerd kunnen worden. De brief gaat met name in op het organiseren van uitvoeringskracht voor de decentralisaties en de opschalingsambities voor gemeenten. Daarnaast gaat de brief in op andere randvoorwaarden:

- één integraal budget om maatwerk mogelijk te maken;
- integrale aanpak van problemen op het terrein van zorg, ondersteuning, werk en inkomen, belangrijk voor mensen die een beroep moeten doen op meerdere voorzieningen;
- stroomlijnen van het toezicht;
- stevige monitoring over het geheel van het brede sociaal domein;
- verminderen van administratieve lasten voor gemeenten;
- terugdringen van regeldruk voor burgers, bedrijven en professionals;
- het standaardiseren van informatiestromen en ICT-systemen.

Onze reactie

Een integrale aanpak in het sociale domein is van groot belang om deze omvangrijke decentralisatieopgave succesvol te kunnen uitvoeren. In de decentralisatiebrief gaat het kabinet in op de randvoorwaarden voor die decentralisaties. Het is positief om te lezen dat het kabinet met gemeenten werk wil maken van een integrale agenda voor de decentralisaties waarbij randvoorwaarden voor de decentralisaties niet afzonderlijk worden gezien maar voor het geheel van de decentralisaties. In de notitie 'Bouwen op de kracht van burgers' hebben we daar een voorzet gedaan. In de decentralisatiebrief komen noties uit deze notitie terug, bijvoorbeeld over de rol van het Rijk, het financieringsarrangement en informatieuitwisseling. Voor wat betreft het organiseren van de uitvoeringskracht kiest het kabinet een ander spoor, sterk gekoppeld aan de opschalingsambities van het kabinet. Die lijn steunen wij niet.

Gezamenlijke opgave onder de juiste voorwaarden uitvoerbaar

Met de decentralisatievoornemens van het kabinet staan ingrijpende veranderingen in het sociale domein op stapel. Een dergelijke omvangrijke verschuiving van taken kan alleen een succes worden als daadwerkelijk alle partijen zich verantwoordelijk voelen. Gemeenten staan klaar om de taken over te nemen en willen dit ook waarmaken. Gemeenten kunnen dat echter alleen als er sprake is van een échte overdracht van taken die het de gemeenten mogelijk maakt om zelf op lokaal niveau, dicht bij de burgers arrangementen op maat te creëren.

In de notitie 'Bouwen op de kracht van burgers' hebben we die randvoorwaarden verder uitgewerkt:

Rechtszekerheid voor burgers, met ruimte voor verschil

- Stroomlijning van de rechten en plichten in het sociale domein, dus geen één-op-één-overdracht van verworven rechten die het gemeenten onmogelijk maakt keuzes te maken
- Bij het wettelijk vormgeven van de nieuwe taken krijgen gemeenten een grote vrijheid om lokaal keuzes te maken. Een keuze voor meer landelijke sturing dient nadrukkelijk beargumenteerd te worden, en betekent ook dat gemeenten minder financieel risico moeten lopen.

Voldoende financiële regelruimte om dwarsverbanden tussen de verschillende taken te leggen, via een ontschot budget voor het sociale domein.

Horizontale verantwoording als uitgangspunt. Alleen bij taken waar een landelijk kwaliteitsniveau moet

worden gegarandeerd, verschillen tussen gemeenten niet wenselijk zijn, ingegrepen wordt in de rechtspositie van de burger of rechten een stevige borging vereisen kan een uitgebreider toezichtkader vanuit het Rijk worden opgesteld.

Een samenhangende informatievoorziening. Voor een integrale uitvoering in het sociaal domein is het nodig dat gemeenten en andere uitvoerders over de juiste informatie en gegevens kunnen en mogen beschikken.

Een gezamenlijke transitie en transformatieondersteuning waarin Rijk en gemeenten gezamenlijk optrekken voor het gehele sociale domein.

Gemeenten staat net als het kabinet een samenhangend beleid op het hele sociale domein voor ogen. Daarbij zijn de bovenstaande randvoorwaarden van groot belang. Wij dringen al langer aan op decentralisatie; het dichterbij de burger organiseren van taken en de mogelijkheden om taken integraal te bezien biedt maatschappelijke voordelen. In de decentralisatiebrief geeft het kabinet aan hoe zij de randvoorwaarden zien voor de decentralisaties. Hoewel het in opzichten een verbetering is ten opzichte van de verkokering van de decentralisaties in de vorige kabinetsperiode is er nog veel werk te verzetten om de decentralisaties tot een succes te maken.

Organiseren van uitvoeringskracht belangrijker dan structuurdiscussie

Het kabinet zet in op gemeentelijke herindeling naar 100.000+ gemeenten, maar als tijdelijke tussenoplossing (vanwege het langdurige traject) wordt gemeenten gevraagd, onder een aantal voorwaarden, congruente samenwerkingsverbanden rond de decentralisaties te vormen. Daarbij wordt een nadrukkelijke rol toebedeeld aan de provincies. Bij de decentralisaties worden in de kabinetsbrief drie verschillende schaalniveaus (gemeenten, subregionaal, bovenregionaal) geschetst waarop taken worden uitgevoerd. Waar nodig zal deze taaktoedeling in de decentralisatiewetgeving worden vastgelegd.

In plaats van een structuurdiscussie over de schaalgrootte van gemeenten, steken gemeenten liever energie in het zorgen voor voldoende uitvoeringskracht voor de decentralisaties. Gemeenten zien samenwerking niet als een tussenoplossing tot schaalvergroting en delen daarom het eindbeeld van het Rijk niet. Daarbij zien we een groot risico aan een sterke koppeling tussen uitvoeringskracht voor de decentralisaties en de brede opschalingsdiscussie. De nadrukkelijke koppeling van samenwerking aan herindeling kan verlamkend werken om de gewenste en noodzakelijke samenwerking van de grond te krijgen. Die opgave ligt er nu acuut en moet dit jaar gerealiseerd worden, terwijl de opschalingsambitie een veel langere termijn kent in het regeerakkoord. De aandacht moet gaan naar het inzetten op voldoende uitvoeringskracht en die energie moet niet in een structuurdiscussie gaan zitten.

Gemeenten organiseren zelf al hun samenwerking

Gemeenten hebben zelf ideeën over hoe de uitvoeringskracht voor de decentralisaties te organiseren. Hierover zijn in de strategienotie 'Bouwen op de kracht van gemeenten' uitgangspunten geformuleerd. In de weken tot 31 mei zal de VNG het proces tot samenwerking in kaart brengen en waar gewenst ondersteunen via het programma Slim Samenwerken. Om als gemeenten een goed verhaal te hebben richting het kabinet is het van groot belang dat we daadwerkelijk in staat zijn te laten zien hoe we de uitvoeringskracht voor de decentralisaties kunnen organiseren. Daarom is het belangrijk dat gemeenten voor 31 mei inderdaad in kaart hebben met welke gemeenten zij gaan samenwerken.

In de kabinetsbrief zien we overeenkomsten met de gekozen strategie, maar ook belangrijke verschillen met name over congruentie, 100.000+ en de juridische vorm van samenwerking. Het kabinet wil dat de grenzen van de samenwerkingsverbanden samenvallen met de toekomstige 100.000+ gemeenten. Gemeenten organiseren de samenwerking liever met een logische

inhoudelijke benadering. Sturen op congruentie op dit niveau kan leiden tot het moeten openbreken van allerlei reeds bestaande samenwerkingsverbanden. Dit kan ten koste gaan van de energie die beter gebruikt kan worden voor het realiseren van de decentralisaties. Daarnaast wil het kabinet dat samenwerking alleen op publiekrechtelijke basis wordt vormgegeven. Wij vinden dat de deur naar privaatrechtelijke samenwerking niet per definitie moet worden dichtgegooid. Zeker zolang de voorgenomen aanpassingen in de WGR nog niet van kracht zijn, kan publiekrechtelijke samenwerking juist compliceren bij bijvoorbeeld uitvoeringstaken. De VNG ziet in het vormgeven van deze samenwerkingsverbanden geen nadrukkelijke rol voor de provincie weggelegd, zoals het Rijk beoogt. Hiermee wordt in onze ogen het spoor rondom herindeling te nadrukkelijk gekoppeld aan het spoor rond samenwerking.

Opschaling van gemeenten geen doel op zich

Hierboven gingen we in op het eerste spoor van het kabinet om de uitvoeringskracht voor de decentralisaties te organiseren. Via een tweede spoor wil het kabinet de opschaling in het algemeen bevorderen, onder andere door provincies meer mogelijkheden te geven om herindelingen te initiëren. Hiertoe wordt een nieuw Beleidskader gemeentelijke herindeling opgesteld en wordt gezocht naar (financiële) prikkels gericht op opschaling. Het kabinet werkt op deze wijze toe naar het eindbeeld van 100.000+ gemeenten, waarbij er ruimte is voor maatwerk. Hierover stuurt het kabinet nog een brief aan gemeenten en provincies waarbij wordt ingegaan op de procesaanpak en de criteria om dit te bereiken.

De VNG ondersteunt de herindelingsambities van het kabinet niet. Voor gemeenten is het inwoneraantal 100.000+ geen criterium. Wij zijn geen voorstander van een dergelijke herindelingsoperatie. Een beleid waarin de twee sporen aan elkaar worden verbonden richting decentrale overheden heeft het risico in zich dat dit verlammend gaat werken in het land om de gewenste en noodzakelijke samenwerking van de grond te krijgen, terwijl die opgave dit jaar nog gerealiseerd moet worden. Bovendien zal het kabinet op basis van de huidige brief aan de Kamer ook andere eisen stellen ten aanzien van het samenwerkingsspoor, dan gemeenten zelf bepleiten in de VNG notitie 'Bouwen op de kracht van gemeenten'.

Op 6 maart is er een bestuurlijk overleg met de minister van BZK over het organiseren van samenwerking. We zullen in dat overleg onze punten naar voren brengen en informeren u over de uitkomsten.

Ontschot budget biedt kansen voor integrale aanpak

In de kabinetsbrief wordt een uitwerking gegeven van het (in stappen) samenbrengen van de financiën van de decentralisaties voor het mogelijk maken van een integrale aanpak. Het kabinet kiest voor een bundeling van de budgetten voor de decentralisaties binnen het Gemeentefonds met een afzonderlijk deel voor het inkomensdeel van de WWB. Daarmee komt er een ontschot budget voor de decentralisaties in het Gemeentefonds voor het sociale domein.

Ook wij hebben gepleit voor een ontschot budget met als bestedingsgrens het sociale domein. Van belang is wel dat de mate waarin gemeenten budgettaire risico's lopen op het beleid, aansluit

bij de mate waarin gemeenten beleidsvrijheid krijgen om deze risico's te ondervangen. De gedachte van het apart plaatsen van het Inkomensdeel van de WWB kunnen we volgen. Op termijn kan onderzocht worden hoe dit structureel te organiseren.

Als structuurschets voor de financiering ondersteunen we de lijn van het kabinet. Uiteindelijk staat of valt de werkbaarheid van de structuur met de verdere uitwerking en de daadwerkelijke financiële ruimte voor de uitvoering van de decentralisaties. Tegelijkertijd is het belangrijk dat de geldstromen een duidelijke 'eigenaar' krijgen binnen het Rijk. Welke bewindsperso(n)en zijn bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de verdeling en toereikendheid van het budget?

Verantwoording aan gemeenteraad als uitgangspunt

Voor het kabinet is de Wet revitalisering generiek toezicht het uitgangspunt voor het interbestuurlijk toezicht op de taakuitvoering van gemeenten. Daarnaast zal het kabinet bezien of er in zeer specifieke situaties een aanwijzingsbevoegdheid verdere ruimte moet geven aan betrokken ministers om in noodzakelijke gevallen in te grijpen. Het kabinet zet daarnaast in op het meer in samenhang organiseren van de activiteiten van de betrokken inspecties.

Ook de VNG ziet de Wet revitalisering generiek toezicht als uitgangspunt. Daarnaast zien we een grote rol voor de spelregels rondom interbestuurlijke informatie, zoals onlangs vastgesteld in de Code interbestuurlijke verhoudingen. Wij vinden dan ook dat specifieke aanwijzingsbevoegdheden van betrokken ministers hier niet in thuishoren.

In de brief wordt de gemeenteraad wel genoemd bij de financiële verantwoording, maar niet bij de delen over toezicht en informatie. De VNG ziet hiervoor een grote rol van de gemeenteraad. Over de breedte van het sociale domein moet het uitgangspunt zijn dat gemeenten verantwoording aan de burgers afleggen via de gemeenteraad.

Het kabinet verwijst naar de verkenning van VNG en KING naar de informatievoorziening in het sociale domein als basis voor nadere afspraken. Voor de samenhang in het sociale domein en voor het eenvoudiger maken van de uitvoering van een integrale aanpak is het beschikken over de juiste informatie en gegevens van groot belang. Het biedt perspectief dat het kabinet de gezamenlijke verkenning van KING en VNG hierbij betreft.

Gezamenlijk werken aan de transities

Met het Rijk wordt gezamenlijk gewerkt aan het voorbereiden en implementeren van de decentralisaties. Hiervoor zijn gezamenlijke transitiebureaus opgezet. Het kabinet geeft aan dat zij meer in samenhang gaan opereren. We ondersteunen integrale aanpak ook bij de transitiebureaus en willen daarbij een stevige inbreng vanuit gemeenten. We gaan hierover met de departementen in overleg.

Tot slot

In de vorige kabinetsperiode is door gemeenten al veel werk verzet om de overgang mogelijk te maken. De voornemens van het kabinet om door te gaan op het pad van de decentralisaties kan daarom op steun van de gemeenten rekenen, maar gemeenten willen het wel kunnen uitvoeren. In het Overhedenoverleg hebben we gepleit voor een onderzoek naar de uitvoerbaarheid. Dit

ondersteunt het kabinet niet, omdat het op dit moment niet mogelijk is om voor de drie decentralisaties een totaalbeeld te geven van de verschillende stadia van besluitvorming. Om gemeenten inzicht te bieden heeft het VNG-bestuur op 15 februari besloten zelf een onderzoek te starten. De VNG zal het CPB vragen dit onderzoek uit te voeren. Het onderzoek wordt een voortschrijdend proces, waarin het decentralisatieproces wordt ondersteund met objectief feitenmateriaal. Daartoe moeten in de verschillende besluitvormingsstadia feiten en cijfers op tafel komen over de kaders en welke taken binnen die kaders uitgevoerd moeten worden. Daarnaast moet de vraag beantwoord worden of met name de financiële kaders toereikend zijn voor de uitvoerbaarheid van de te decentraliseren taken zowel afzonderlijk als gecombineerd. Om de decentralisaties niet te vertragen wordt er gekozen voor deelonderzoeken.

Dit alles met een gezamenlijk einddoel voor ogen. Een samenleving waarin zoveel mogelijk mensen actief participeren, waar zij werken om in hun eigen levensonderhoud te voorzien, waarin zij de eigen regie over hun leven voeren en bijdragen aan het welbevinden van hun sociale omgeving.

Hoogachtend,
Vereniging van Nederlandse Gemeenten

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.

mr. J.W. Weck
Waarnemend lid directieraad

Deze ledenbrief staat ook op www.vng.nl onder brieven.