

Transitiemodel biedt gemeenten handvatten

In de praktijk is het voor gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgaanbieders zacht gezegd een stevige uitdaging om samen vorm te geven aan regie in het sociaal domein en de eerste lijn. Het “transitiemodel voor het sociaal domein” biedt hiervoor eenvoudige handvatten. Dit model is ontwikkeld op basis van een analyse van de samenwerking tussen tien gemeenten met de regionale welzijns- en zorgaanbieders.

In de dagelijkse praktijk van welzijn en zorg blijken de geformuleerde gemeentelijke ambities veel lastiger door te voeren dan verwacht en de risico's hiervan worden steeds beter zichtbaar. Gemeenten en aanbieders wijzen daarbij naar elkaar. Aanbieders vinden dat gemeenten veel te weinig duidelijkheid geven. Ze voelen zich miskend en buitenspel gezet, omdat ze nauwelijks worden betrokken bij de herinrichting van het sociaal domein. Gemeenten vinden dat aanbieders de eigen organisatie in plaats van de cliënt voorop zetten.

in de praktijk zo lastig is. Daarom hebben we het “transitiemodel voor het sociaal domein” ontwikkeld dat hierbij eenvoudige handvatten biedt. In samenhang met de condities voor veelbelovende samenwerking biedt het een handelingskader voor samenwerking.

Drie problemen bij regie

Overall in Nederland blijkt duurzame vormgeving van de samenwerking tussen gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgaanbieders bijzonder lastig. Dezelfde drie problemen doen zich voor.

en ambtenaren, de juridisch-financiële rationaliteit van zorgverzekeraars en de professionele rationaliteit van zorgprofessionals. Niet alleen begrijpen ze elkaar niet, vanuit hun eigen begrippenkader zijn ze ook nog eens overtuigd van het eigen gelijk.

De botsing van rationaliteiten leidt onvermijdelijk tot spraakverwarring, frustratie en schijnsamenwerking. In de vormgeving van de regie op het sociaal domein en de eerste lijn zie je momenteel het resultaat: rollen en verantwoordelijkheden van aanbieders zijn vaag, zorgverzekeraars hebben moeite om een eenduidige positie in te nemen en de sturingsmiddelen van gemeenten worden nauwelijks uitgewerkt.

Eerstelijns zorgorganisaties kunnen in dit samenspel een sleutelrol vervullen

In dit samenspel spelen de eerstelijns zorgorganisaties een bijzondere rol, want in potentie kunnen zij de sleutelrol vervullen. Dat betekent wel dat er een constructieve samenwerking moet ontstaan tussen gemeenten, zorgverzekeraars, de eerstelijns organisaties en de andere zorg- en welzijnsaanbieders.

Handvatten

De centrale vraag is: hoe geven gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgaanbieders gezamenlijk vorm aan de regie in het sociaal domein en de eerste lijn?

Op basis van een analyse van de samenwerking tussen gemeenten en welzijns- en zorgaanbieders in tien gemeenten, verklaren wij in dit artikel waarom vormgeving van de regie

I Gemeentelijke ambities leiden tot Babylonische spraakverwarring

Gemeenten formuleren vaak zelfstandig de ambities voor het sociaal domein en de eerste lijn. De zorgverzekeraar, welzijns- en zorgaanbieders, het lokale middenveld en cliënten en patiënten zijn hier nauwelijks bij betrokken. Dit leidt er toe dat beleidsnotities vol staan met ambitieuze voornemens over coördinatie, sturing, kwaliteitsverbetering en efficiency, maar dat de aansluiting bij de dagelijkse praktijk beperkt is.

Deze gemeentelijke ambities zijn logisch binnen een politieke context, maar blijken slecht aan te sluiten bij de realiteit van verzekeraar of zorgaanbieder. Hier zien we een botsing tussen de politieke rationaliteit van gemeente

2 Organisatie van regiefunctie staat vaak los van geformuleerde ambities

In de dagelijkse praktijk blijkt het voor de eerstelijns aanbieders zeer lastig om de gemeentelijke ambities te vertalen naar concrete acties, veranderingen en aanpakken. Het resultaat hiervan is dat de uitvoering van de regiefunctie nauwelijks meer een relatie heeft met de ambities van de gemeenten. Hierbij is het opvallend hoe groot de overeenkomsten zijn in het acteren van gemeenten bij de vormgeving van het sociaal domein en het proces van gemeentelijke fusies. In beide gevallen blijkt de praktijk slechts losjes gekoppeld aan de initiële doelen, is er een discrepantie tussen de beoogde doelen en de gerealiseerde doelen en treedt er doelverschuiving op naar uitvoeringszaken in plaats van het toerusten van de betrokken organisaties en medewerkers. Wat nodig is, is dat gemeenten, zorgverzekeraars en aanbieders gezamenlijk de regieorganisatie van

voor regie in het sociaal domein

de nulde en eerste lijn vormgeven op basis van gezamenlijke ambities die passen bij de dagelijkse praktijk.

3 Er is een spaghetti van regie- en coördinatiemiddelen ontstaan

Binnen gemeenten zijn er heel veel verschillende manieren ontstaan waarop er met aanbieders en verzekeraars samengewerkt wordt, dit heeft geleid tot een spaghetti aan regie- en coördinatiemodellen. Niet verwonderlijk wanneer je je realiseert dat gemeenten voor de taak staan om samenhang te brengen tussen domeinen en sectoren die jarenlang naast elkaar hebben gefunctioneerd en los van elkaar zijn gefinancierd. De snelheid die veel gemeenten hierin willen maken, is onrealistisch en zal de welzijns- en zorgdienstverlening op korte termijn niet verbeteren.

Deze spaghetti aan regiomodellen is niet alleen inefficiënt, het leidt ook niet

tot betere welzijn en zorg. Het leidt tot onduidelijkheid en gedoe, schijnsamenwerking op bestuurlijk niveau en frustraties in het primair proces. Wat nodig is, is dat de regiefunctie wordt opgebouwd vanuit de problematiek van de cliënt en zo eenduidig mogelijk wordt georganiseerd voor alle sectoren in het sociaal domein.

Conditie voor samenwerking

Er zijn duidelijke condities benoembaar voor veelbelovende samenwerking, maar invulling hiervan is geen sinecure. Het is belangrijk om te komen tot een gedeelde ambitie, die recht doet aan alle belangen (de cliëntbelangen, maatschappelijke- en organisatiebelangen), met goede persoonlijke relaties, in een passende organisatorische en juridische vorm, waarbij in het proces van realisatie betekenis wordt ontwikkeld en voortgang wordt geboekt.

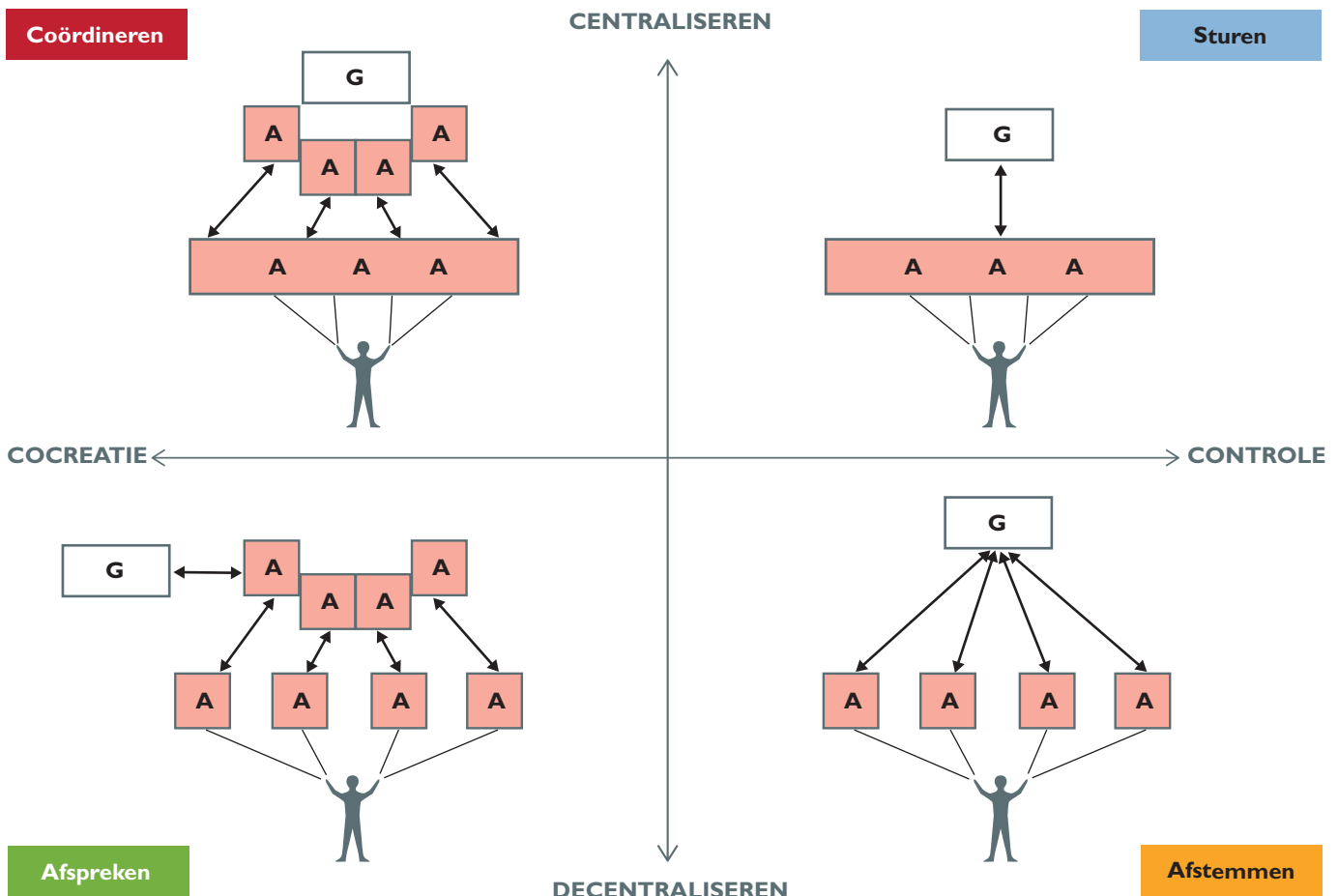
Deze vijf condities voor samenwerking zijn behulpzaam bij de vormgeving van de transitie. In onderstaand model hebben we ze schematisch weergegeven, en ze zijn uitgebreid beschreven in het boek 'Leren samenwerken tussen organisaties' (Kaats en Opheij, 2012).

Het transitie-model

Om in gezamenlijkheid tussen gemeenten, zorgverzekeraar en welzijns- en zorgaanbieders de regie voor de nulde en eerste lijn vorm te geven, is er aandacht nodig voor twee vragen:

- 1 Wordt de regiefunctie van de gemeente binnen de nulde en eerste lijn vormgegeven in *cocreatie* met zorgverzekeraar en welzijns- en zorgaanbieders, *of* geeft de gemeente *zelfstandig* hieraan vorm door middel van *controle* op de uitvoering door deze partijen?

Figuur 1 Het transitie-model: vier vormen van regie in het sociaal domein



2 Wordt de regiefunctie van de gemeente binnen het sociaal domein georganiseerd door welzijns- en zorgaanbieders *decentraal* met elkaar te laten samenwerken, of worden functies van welzijns- en zorgaanbieders *gecentraliseerd* tot een nieuwe (virtuele) aanbieder?

De keuze tussen cocreatie versus controle en decentralisatie versus centralisatie is een *fundamentele keuze* voor de gemeente en de welzijns- en zorgaanbieders. Het is de basis van waaruit het samenwerkingsproces vorm krijgt, voor de manier waarop aan een gedeelde ambitie wordt gewerkt, hoe de persoonlijke relaties op de proef worden gesteld en voor de organisatorische en juridische vorm. Het vormt daarmee de basis voor de inrichting en organisatie van de regiefunctie.

Bij combinatie van beide vragen ontstaat onderstaand model, dat gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgaanbieders de handvatten geeft om gezamenlijk te komen tot een ambitie voor de regie.

Vier vormen van regie

We lichten de vier vormen van regie toe:

1 Afspreken

Gemeente kiest voor cocreatie en decentrale uitvoering. Gemeente en aanbieders bepalen samen strategische, inhoudelijke en financiële kaders. Aanbieders maken onderling goede afspraken over samenwerking, kwaliteit en coördinatie van zorg voor de cliënt.

- **Gemeente:** financier, contractering en toezicht op behaalde resultaten
- **Aanbieders:** leveren individueel eerste- en tweedelijns diensten
- **Inhoudelijke visie:** inhoudelijke afspraken voor betere samenwerking rondom de cliënt
- **Voorbeelden:** welzijns- en zorgnetwerken, wijkshakelteam, wijkservice, meldpunt dementie

2 Afstemmen

Gemeente trekt de controle naar zicht toe, en vanuit die controle contracteert ze aanbieders, een voor een, waarbij samenwerking geëist wordt. Gemeente bepaalt strategische en financiële ka-

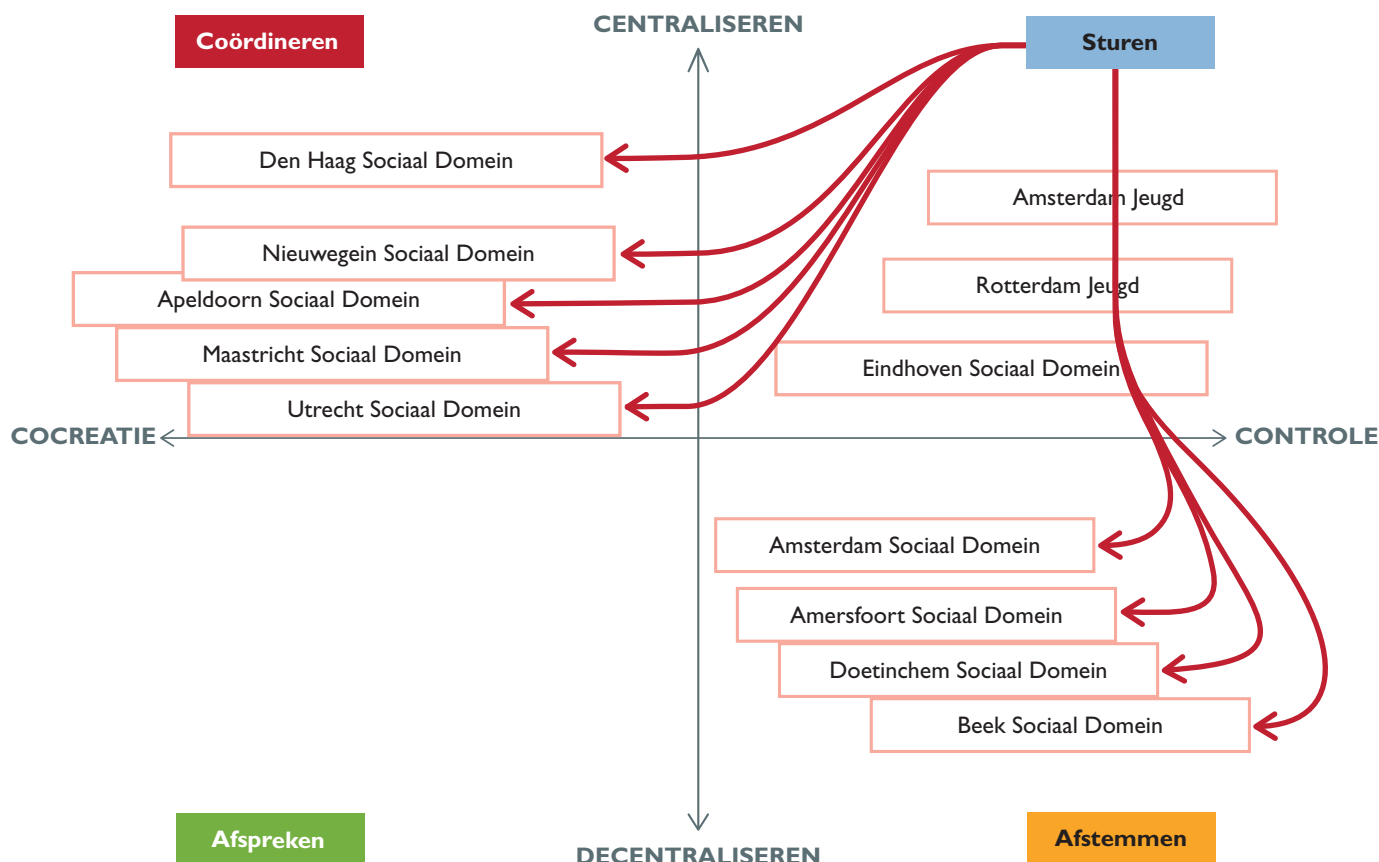
ders. Aanbieders stemmen samen met de gemeente dienstverlening aan cliënt op elkaar af. Aanbieders en gemeente bepalen samen inhoudelijke kaders.

- **Gemeente:** bepaalt strategische en financiële kaders en contractering, financier en controle op naleving en afspraken
- **Aanbieders:** leveren afgestemde eerste- en tweedelijns diensten, meebepalen kaders
- **Inhoudelijke visie:** beter afgestemde zorg tussen aanbieders door centrale positie van gemeente
- **Voorbeelden:** loket zorg en samenleving, keukentafelgesprekken, meldpunt kindermishandeling

3 Coördineren

Gemeente en aanbieders bepalen in cocreatie de financiële en strategische kaders. Gemeente organiseert het proces en stelt de kaders waarbinnen samenwerking kan plaatsvinden. Aanbieders bouwen vaak één frontoffice voor coördinatie van welzijns- en zorgvraag van de cliënt. Inclusief toeleiding, diagnose en casemanagement.

Figuur 2 Het gat tussen de ambities van gemeenten en de dagelijkse praktijk



- **Gemeente:** bepaalt financiële kaders, financier en toezicht op geleverde resultaten
- **Aanbieders:** bepalen mede strategische en inhoudelijke kaders, leveren gecoördineerd gespecialiseerde eerste- en tweedelijns diensten
- **Inhoudelijke visie:** intensieve operationele samenwerking aanbieders met coördinatie op aanbod aan cliënt van nulde-, eerste- en tweedelijns diensten
- **Voorbeelden:** steunpunt OKC en de geïntegreerde eerste lijn in Amsterdam IJburg en Utrecht Overvecht

4 Sturen

Gemeente centraliseert én acteert vanuit controle en het lijkt er vaak op of ze het liever zelf zou doen. Gemeente bepaalt strategische, financiële en inhoudelijke kaders. Aanbieders leveren medewerkers voor generalistische teams en leveren zelfstandig tweedelijns diensten.

- **Gemeente:** financier, beleidsbepaler voor inhoudelijke, strategische en operationele kaders en contractering, geeft sturing aan generalistische teams
- **Aanbieders:** detacheren medewerkers aan generalistische teams en bieden gespecialiseerde tweedelijns diensten voor complexe problematiek
- **Inhoudelijke visie:** gemeente heeft met generalistische teams directe sturing op het nulde- en eerstelijns aanbod, aanbieders leveren zelfstandig gespecialiseerde tweedelijns diensten
- **Voorbeelden:** CJG, coördinatie risicogezinnen, meldpunt zorg- en overlast en veel sociale wijkteams

Teleurstelling door keuzes

Als er onduidelijkheid is over het gekozen model, is voortdurende spraakverwarring het resultaat. In de huidige constellatie zien we dat gemeenten voor de verschillende transitieverschillende kwadranten kiezen. Dat leidt voor aanbieders tot moeilijk werkbare situaties. Tegelijkertijd zien we dat ook buurgemeentes voor dezelfde transitieverschillende posities kiezen. Ook

dat is voor aanbieders zeer moeilijk werkbaar. Naarmate gemeenten meer uitgaan van controle en centralisatie wordt de samenwerking moeizamer en leidt dit tot veel onduidelijkheid, gedoe en bureaucratie.

Wij hebben tien gemeenten geplaatst in het transitie-model op basis van hun ambities, zoals verwoord in beleidsdocumenten en meerjarenvisies. Dan valt op dat zij met hun ambities allemaal in het kwadrant “Sturen” hun plaats vinden. Alle tien de gemeenten willen “hun verantwoordelijkheid nemen”, ze willen sturen en regisseren. Ze “stellen de cliënt centraal” en gaan zelf “het aanbod rondom hen organiseren”, waarbij “kwaliteit en efficiency uitgangspunt zijn”. Hierbij nemen ze nadrukkelijk afstand van hoe welzijn en zorg de afgelopen decennia in de gemeente is uitgevoerd.

Wanneer we kijken naar de wijze waarop gemeenten hun regiefunctie in de praktijk organiseren, ontstaat een heel ander beeld. Veel gemeenten blijken veel meer in cocreatie met aanbieders te organiseren of te kiezen voor een gedecentraliseerde aanpak. Onderstaand model geeft de basis weer van de spraakverwarring, vertraging, teleurstelling en frustratie die in vrijwel alle gemeenten opdoemt. Overigens lijkt geen enkele gemeente het aan te durven om in cocreatie zorg en welzijn decentraal te organiseren.

Regiefunctie uitwerken

Met de drie transitie ligt de verantwoordelijkheid voor regie in de nulde en eerste lijn bij gemeente en zorgverzekeraars. We zien daarin veel spraakverwarring, inconsistentie en beperkt vertrouwen in aanbieders. Aan de condities voor professionele samenwerking wordt maar heel beperkt voldaan. Op dit moment vindt er slechts in een aantal gemeenten echt duidelijke invulling en vormgeving aan die regiefunctie plaats. Daar is sprake van een gezamenlijke ambitie en vindt een vertaling plaats naar de dagelijkse praktijk in samenwerking met de welzijns- en zorgaanbieders.

In veel gemeenten staan de geformuleerde gemeentelijke ambities echter

los van de dagelijkse praktijk van de professionals. Dit leidt tot een Babylonische spraakverwarring en een spaghetti van coördinatiemechanismen. Het zorgt voor stilstand en frustratie en slechtere zorg voor de cliënt.

De echt ingewikkelde vraagstukken van deze tijd kan geen enkele organisatie alleen oplossen. En dat geldt zeker voor de huidige transitie! Voor een goed functionerende regiefunctie op het sociaal domein is het noodzakelijk dat gemeente, zorgverzekeraar en welzijns- en zorgaanbieders in samenwerking tot oplossingen komen.

Regie nemen betekent...

In essentie gaat het bij de vormgeving van regie om verantwoordelijkheid nemen voor inhoud geven aan de condities voor kansrijk samenwerken: komen tot een gedeelde ambitie, die recht doet aan alle belangen (cliënt-, maatschappelijke en organisatiebelangen), met goede persoonlijke relaties, in een passende organisatorische en juridische, waarbij in het proces van realisatie betekenis wordt ontwikkeld en voortgang wordt geboekt.

Regie nemen betekent:

- kiezen voor een heldere positie in het transitie-model.
- vanuit die positie gezamenlijk (gemeente, zorgverzekeraar en de nulde en eerstelijns aanbieders) werken aan de condities voor kansrijke samenwerking.
- met en voor de mensen waar het echt over gaat komen tot resultaten: meer gezondheid en geluk voor de beschikbare middelen.

Het transitie-model biedt handvatten om op eenvoudige manier de regie op het sociaal domein aan te laten sluiten op de van condities samenwerken. Hierbij maakt het in principe niet uit welke positie gemeenten, zorgverzekeraars en welzijns- en zorgaanbieders kiezen in het transitie-model, zolang het aansluit op de context, het de spraakverwarring vermindert, en de spelers er samen mee uit de voeten kunnen.

*Robin Bremekamp, partner Common Eye
Wilfrid Opeij, partner Common Eye
Janneke Steijns, sr. adviseur Twynstra Gudde*