

De Wmo in Breda: integrale hulp op maat?



Bestuurlijke nota

De Wmo in Breda: integrale hulp op maat?

‘De Wmo in Breda: integrale hulp op maat?’

Rekenkamer Breda

Contact: Dr. Juliët Wiggers 076-5294686 of e-mail ja.wiggers@breda.nl

Voorzitter: drs. Hans Verdellen

Leden: mr. Angelique van Erp en drs. Han Wieringa

Foto kافت: Wessel Keizer

Febr. 2018

Inhoudsopgave

	Pag.
Voorwoord	1
1. Inleiding	2
2. De conclusies uit het onderzoek	4
3. Samenvattende conclusies	12
4. Aanbevelingen	13
Bijlage 1 Rapport van Bevindingen ‘De Wmo in Breda: integrale hulp op maat?’	16
Bijlage 2 Landelijke gegevens omtrent hulptekort	
Bijlage 3 Gesprekslijst kwalitatieve interviews	
Bijlage 4 Overzicht kenmerken klantervaringsonderzoeksgroep en ZVE Breda-groep	

Literatuurlijst

Voorwoord

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de hulp en zorg voor mensen met beperkingen, die ondersteuning nodig hebben bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen wonen. In Breda gaat het naar schatting om ongeveer 16.000 hulpbehoevenden, waarvan het grootste deel ouder is dan 65 jaar. Door de naoorlogse geboortegolf en de vergrijzing neemt het aantal ouderen nog tot 2040 sterk toe en daarmee het aantal hulpbehoevenden. We worden met z'n allen ouder en gezonder oud, echter met name voor vrouwen neemt het aantal gezonde levensjaren niet erg meer toe. Ernstige chronische lichamelijke en geestelijke aandoeningen, waaronder een toename van dementie, leiden tot een toename van de behoefte aan hulp.

De laatste jaren wordt een groter beroep vanuit de overheid gedaan op de eigen zelfredzaamheid, het sociaal netwerk en de eigen financiële draagkracht van burgers. Dat is op zich prima, waar dat mogelijk is. Daar waar het mensen hieraan ontbreekt, is voldoende hulp en zorg nodig, omdat langer zelfstandig thuis wonen anders niet mogelijk is. Dat is eens te meer belangrijk, omdat de criteria voor zorg in een instelling steeds strenger geworden zijn de laatste jaren. Met name hulpbehoevenden met een laag inkomen hebben daardoor weinig alternatieven voor het thuis wonen.

In de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (Wmo) zijn de gemeenten als eerstverantwoordelijke aangewezen om hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid en het langer thuis wonen te bieden waar nodig. Daarnaast bevat de Wmo 2015 de opdracht om als gemeenten samen met de zorgverzekeraars (thuiszorg) en het zorgkantoor (langdurige zorg) te zorgen dat mensen met beperkingen alle hulp en zorg krijgen, die zij nodig hebben om zo lang mogelijk zelfredzaam te kunnen zijn en zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen. Eén van de doelen van de Wmo is om een beroep op dure specialistische en institutionele zorg te voorkomen. Het is immers vele malen goedkoper om hulpbehoevenden thuis hulp en zorg te bieden dan verzorging in een instelling.

De Rekenkamer Breda richt zich in dit onderzoek naar de Wmo in Breda met name op de maatschappelijke effecten van de Wmo en de beleving van hulpbehoevenden ten aanzien van de zelfredzaamheidshulp. Voor de gemeenteraad is het immers essentieel om te weten hoe de transformatie van de Wmo landt bij de burgers en in hoeverre het doel 'integrale hulp op maat' gehaald wordt volgens de cliënten en hun mantelzorgers. De nieuwe Wmo is nu net twee jaar in werking en de gemeente Breda zit nog middenin een groeiproces, waarin nog voortdurend veranderingen plaatsvinden. De Rekenkamer wil met dit rapport graag bijdragen aan dit groeiproces. Het rapport focust daarom vooral op leerpunten en verbeterpunten. De Rekenkamer denkt dat het onderzoek een waardevolle toevoeging vormt voor de raad/gemeente op de reeds beschikbare informatie o.a. uit het klantervaringsonderzoek Wmo.

De Rekenkamer wil iedereen die aan het onderzoek meegewerkt heeft hartelijk danken, met name de geïnterviewden. Zonder hen was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Ook dankt de Rekenkamer de betrokken ambtenaren en organisaties, met name ook Zorg voor Elkaar Breda, voor hun bereidwillige medewerking. Tot slot bedankt de Rekenkamer de interviewsters Else-Marie Willems en Nancy van Poppel voor al hun werk in het kader van het onderzoek.

1. Inleiding

De Rekenkamer Breda heeft in de periode maart-november 2017 een onderzoek uitgevoerd naar de hulp bij de zelfredzaamheid in Breda en hierbinnen de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Centraal in het onderzoek staat de beleving van de cliënten omtrent de zelfredzaamheidshulp/ondersteuning, die zij nodig hebben en krijgen, en hierbinnen de ervaringen van de cliënten met de Wmo. De beleving van hulpbehoevenden omtrent de hulp kan anders zijn dan die van de professionals/ambtenaren. Het gaat in dit onderzoek echter vooral om de beleving van de burgers zelf of zij voldoende integrale hulp ontvangen om zo lang mogelijk zelfstandig thuis te kunnen wonen en om de maatschappelijke effecten. Voor de gemeenteraad is het heel belangrijk om een verdiepend inzicht te verkrijgen in hoe het gaat met de burgers, die maatschappelijke ondersteuning nodig hebben, en waar eventuele knelpunten door de burgers worden geconstateerd, die kunnen leiden tot leerpunten in de gemeentelijke uitvoering.

Hiertoe heeft de Rekenkamer in het onderzoek, naast een documentanalyse en een bestandsanalyse, 108 Bredase Wmo-cliënten en -aanvragers geïnterviewd, waaronder 29 mantelzorgers. De interviews richtten zich op de vraag of burgers voldoende integrale hulp op maat krijgen, hoe zij de toegang tot hulp beleven, welke hulp zij naast of in plaats van de Wmo-voorzieningen ontvangen en of het doel van de Wmo 'dusdanig integrale hulp op maat bieden dat hulpbehoevenden zo lang mogelijk zelfredzaam zijn, kunnen participeren, zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen wonen, en een beroep op dure specialistische en institutionele hulp wordt voorkomen' bereikt wordt. In het onderzoek is, na overleg met de ambtelijke organisatie en wethouder, de groep in 'beschermde wonen/maatschappelijke opvang' terzijde gelaten.

De centrale onderzoeksvraag is:

'Krijgen de burgers, die dat nodig hebben, momenteel naar hun beleving voldoende hulp/ondersteuning om zolang mogelijk zelfredzaam te zijn en zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen; en hoe beleven de burgers de hulp en ondersteuning die zij via de Wmo van de gemeente Breda krijgen?'

De deelvragen in het onderzoek zijn samengevat:

1. Welke normen zijn in de Wmo 2015 gesteld aan de gemeentelijke uitvoering van de Wmo; Hoe ziet de aanpak en uitvoering van de Wmo in Breda er uit ('Breda Doet'); Wat laat een vergelijking met ander (landelijk/gemeentelijk) onderzoek met betrekking tot de Wmo zien;
2. Om hoeveel (en welke) cliënten gaat het in totaal in Breda (totale doelgroep) en om welke cliënten gaat het in het onderzoek (kenmerken, leefsituatie, beperkingen);
3. Welke hulp ontvangen de cliënten/mantelzorgers, hoe beleven zij die hulp en krijgen zij naar hun beleving voldoende integrale hulp op maat;
4. Is het mogelijk voor de hulpbehoevenden om een groter beroep op mantelzorg te doen en/of meer zelf hulp te betalen; welke andere oplossingen dan Wmo krijgen hulpbehoevenden aangereikt en zijn zij daarmee geholpen;
5. Hoe beleven de geïnterviewde cliënten/mantelzorgers) de toegang, het 'keukentafel'gesprek en de toewijzing van de hulp in Breda;
6. Wordt voldoende aandacht besteed aan preventie c.q. het voorkomen van dure institutionele hulp (c.q. erger) en is er iets te zeggen over zorgmijding in Breda.

Dit bestuurlijk rapport bevat met name conclusies en aanbevelingen. De uitgebreide bevindingen uit het onderzoek vindt u in het Rapport van bevindingen in de bijlage.

Het doel van het onderzoek is om leerpunten en mogelijke verbeterpunten aan te geven en handvatten aan de gemeente Breda te bieden, waar de aanpak en uitvoering van de Wmo mogelijk verder verbeterd kan worden. Het rapport is niet bedoeld als een 'afrekenrapport', in de zin dat de gemeente Breda het 'fout' zou doen. De Rekenkamer hoopt met dit rapport bij te dragen aan het verdere ontwikkelingsproces van de Wmo.

De Wmo 2015

Per 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgeheven en zijn de onderdelen 'begeleiding bij de zelfredzaamheid, dagbesteding en beschermd wonen/opvang' via de Wmo 2015 gedecentraliseerd naar de gemeenten. In de 'oude' Wmo (2007) boden gemeenten al maatschappelijke ondersteuning aan hulpbehoevenden als huishoudelijke hulp, vervoers- en verplaatsingsvoorzieningen en woningaanpassingen. Tezamen vormen de oude en nieuwe taken vanaf 1 januari 2015 de nieuwe Wmo 2015. De oude AWBZ-onderdelen 'persoonlijke verzorging' en 'wijkverpleging' zijn naar de Zorgverzekeringswet en daarmee naar de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars overgegaan. De intensieve langdurige zorg is van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) overgegaan en onder verantwoordelijkheid van het Rijk gebleven.

De gemeenten hebben in de Wmo 2015, naast de uitvoering van deze wet, ook een coördinerende taak ten aanzien van alle (andere benodigde) hulp en zorg voor hulpbehoevenden thuis gekregen. Dit om ervoor te zorgen dat alle hulp zo goed mogelijk op elkaar wordt afgestemd en er geen hiaten vallen in de hulp die burgers nodig hebben. Daartoe is overleg nodig tussen de gemeente (Wmo-hulp) en de medische, sociaal-maatschappelijke, persoonlijke verzorgings-, geestelijke gezondheidszorg- en alle andere hulp/zorgorganisaties. De gedachte is dat gemeenten beter zicht hebben op de situatie van hun burgers dan de landelijke overheid en dat zij daardoor effectiever en efficiënter hulp kunnen bieden waar nodig.

Met de decentralisatie van de Wmo beoogt het Rijk zowel financiële doelen, als inhoudelijke doelen te bereiken. De decentralisatie beoogt enerzijds de hulp/zorg veel dichterbij de burgers te organiseren, zodat beter integraal maatwerk gericht op de persoon gerealiseerd kan worden en anderzijds problemen meer preventief en integraler aan te pakken, zodat met name op langere termijn besparingen gerealiseerd kunnen worden. Daarnaast is een doel om waar mogelijk meer in te zetten op mantelzorg, vrijwilligershulp, vergroting van de zelfredzaamheid en gebruik van algemene voorzieningen, zodat verdere financiële besparingen mogelijk zijn. Het Rijk heeft in de periode 2015-2017 0,7 miljard euro bezuinigd op de Wmo, waaronder zo'n 40% op de huishoudelijke hulp.

De gemeente Breda volgt de uitgangspunten van de wet Wmo 2015. De gemeente heeft vanaf het begin veel ingezet op de transformatie van de hulp en legt veel nadruk op de zelfredzaamheid van cliënten zelf, de hulp vanuit het sociaal netwerk en 'andere oplossingen' dan Wmo. Het uitgangspunt van de gemeente Breda is om zoveel mogelijk samen met de hulpbehoevende eerst andere passende oplossingen voor hun zelfredzaamheidsproblemen te vinden dan Wmo-maatwerk. Het doel is wel om voldoende integrale hulp te bieden waar dat echt nodig is. Maatwerkvoorzieningen zijn daarin echter pas het sluitstuk. De gemeente Breda heeft besloten de door het Rijk voor de Wmo beschikbaar gestelde financiële middelen niet te overschrijden. In 2015 en 2016 heeft de gemeente Breda behoorlijk wat overgehouden op het budget voor de Wmo (respectievelijk 9 mln. en 8,5 mln.), vooral op de extra huishoudelijke hulptoeelage, de begeleiding en de compensatie zorgkosten voor chronisch zieken. Voor 2017 wordt een (klein) tekort verwacht.

De cliënten uit het onderzoek

De gemeente Breda telt bijna 13.000 personen die in 2017 Wmo-hulp/ondersteuning ontvangen. De 108 geïnterviewde Wmo-aanvragers en -cliënten zijn goed representatief voor de gehele groep Wmo-ers in Breda wat betreft persoonlijke kenmerken. Evenals in het gehele Wmo-bestand betreft het voor het overgrote deel 65-plussers, voor tweederde vrouwen, voor tweederde alleenwonenden en voor 70% personen met een laag inkomen. Ruim driekwart van de cliënten heeft een matige (40%), slechte (25%) of zeer slechte (12%) zelfredzaamheid. Meer dan de helft heeft meervoudige (ernstige) chronische lichamelijke én geestelijke aandoeningen/beperkingen. Mobiliteitsproblemen, beperkingen in de dagelijkse activiteiten en het doen van het huishouden (adlh), geheugenproblemen en een algeheel verminderde lichamelijke en psychische zelfredzaamheid komen veel voor. Ruim de helft heeft een klein sociaal netwerk. Veel cliënten zijn veel alleen en gaan weinig meer ergens naartoe. Met het stijgen van de leeftijd is vaak een clustering te zien van meer en ernstiger aandoeningen/beperkingen, vaak

alleenstaand worden, een kleiner wordend sociaal netwerk, minder activiteiten, een laag inkomen gecombineerd met stijgende zorgkosten en een groter wordende afstand tot instanties. Tussen de groep Wmo-aanvragers/cliënten is weinig overlap te zien met de Participatiewet en de Jeugdzorg.

Voor een kwalitatief onderzoek is een groep van 108 geïnterviewden groot genoeg om een goed beeld van de ervaringen van cliënten te kunnen schetsen.

2. De conclusies uit het onderzoek

Conclusie 1: Veel tevredenheid onder cliënten over de kwaliteit van de Wmo-hulp. Daarnaast zegt 60% onvoldoende hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid, de participatie en het zelfstandig wonen te ontvangen. Bij een kwart van de cliënten gaat het om een ernstig tekort op meerdere vlakken, waardoor de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen sterk in het geding is. Er is dus nog verdere verbetering mogelijk in het bieden van voldoende hulp en maatwerk aan cliënten.

De tevredenheid over de kwaliteit van de Wmo-hulp is groot: ongeveer driekwart van de geïnterviewden is tevreden over de kwaliteit van de hulp/voorziening. Dit percentage komt ongeveer overeen met de uitkomsten uit het Bredase klantervaringsonderzoek 2017. Veel cliënten zijn erg dankbaar voor de hulp die zij ontvangen.

Uit de gesprekken komt naar voren dat met name voor cliënten met enkelvoudige en weinig ernstige aandoeningen/beperkingen de hulp via de Wmo voldoende is. Zij kunnen zich hierdoor goed redden. In die zin gaat er veel goed in de Wmo.

Daarnaast komt echter naar voren dat bijna tweederde (60%) van de cliënten/aanvragers een tekort aan hulp ervaart. Zij krijgen te weinig hulp om hun beperkingen in hun zelfredzaamheid goed te kunnen compenseren en (op termijn) goed langer zelfstandig te kunnen blijven wonen. Veel cliënten maken zich zorgen over de toekomst.

Bij ongeveer een kwart van de cliënten gaat het om een dermate groot tekort aan hulp dat de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen echt in het geding is. Het tekort aan hulp bestaat vooral bij mensen met (ernstige) meervoudige aandoeningen/beperkingen, mensen met psychische problematiek, oudere ouderen en mantelzorgers.

Het tekort aan hulp betreft vooral een tekort aan huishoudelijke hulp (47%) en een tekort aan begeleiding bij de zelfredzaamheid (25%). Bijna de helft van de cliënten lukt het niet om het huishouden voldoende uitgevoerd te krijgen en een kwart heeft moeite met het organiseren van het eigen (dagelijkse) leven. In mindere mate gaat het om een tekort aan dagbesteding, woningaanpassingen, vervoers- of verplaatsingsvoorzieningen.

De meeste cliënten ontvangen wel een bepaalde vorm van Wmo-hulp/ondersteuning: bij de meesten gaat het uitsluitend om huishoudelijke hulp (60%) en/of deeltaxi (ca. 60%). Met name ouderen ontvangen meestal alleen huishoudelijke hulp en/of deeltaxi.

Begeleiding bij de zelfredzaamheid (20%), een scootmobiel (20%), een rolstoel (10%), woningaanpassingen (10%) en dagbesteding (7%) worden veel minder ontvangen. 'Begeleiding bij de zelfredzaamheid' wordt vooral verstrekt aan personen onder de 65 jaar en relatief weinig aan ouderen, zo komt ook uit de bestandsanalyse naar voren.

Vergeleken met andere onderzoeken wijken deze uitkomsten niet veel af. Ook uit het Bredase klantervaringsonderzoek 2017 komt naar voren dat een belangrijk deel van de Wmo-cliënten (40%) een tekort aan hulp ervaart. Mogelijk heeft de Rekenkamer deels een wat meer hulpbehoevende, een wat oudere groep cliënten en/of relatief meer mantelzorgers gesproken dan meegedaan hebben aan het schriftelijke klantervaringsonderzoek.

Ook andere onderzoeken naar de Wmo in den lande en in gemeenten laten een tekort aan hulp onder cliënten zien, variërend van zo'n 40% tot zo'n 60%. Verschillen in percentages hulptekort in de diverse onderzoeken komen vooral door verschillen in de ondervraagde groepen en

verschillen in de manier van onderzoek en vraagstelling, naast mogelijk verschillen tussen gemeenten.

Conclusie 2: De meeste cliënten kunnen niet meer hulp vanuit hun sociaal netwerk krijgen of zelf meer hulp inkopen en kunnen het tekort aan hulp daardoor niet compenseren. Zij zijn afhankelijk van hulp van de gemeente/overheid. Van mantelzorgers wordt al veel gevraagd, veel mantelzorgers vinden de zorg zwaar en ondervinden weinig mantelzorgondersteuning, een deel is overbelast geraakt.

Volgens de meeste cliënten is het niet mogelijk om meer hulp vanuit het sociaal netwerk te krijgen of zelf meer hulp in te kopen. Bijna tweederde van de cliënten ontvangt al mantelzorg, al wisselt de omvang van die hulp. Ongeveer eenderde heeft zelf particuliere hulp of een bepaalde voorziening (in)gekocht. Dit zijn vooral cliënten met een wat hoger inkomen. Bijna driekwart van de cliënten heeft echter een laag inkomen, waardoor zij niet in staat zijn om zelf meer hulp te betalen. Een deel komt al moeilijk rond vanwege hoge zorgkosten.

Meer hulp vanuit het sociaal netwerk is vaak niet mogelijk, aldus cliënten en mantelzorgers. Ruim de helft van de cliënten heeft een klein sociaal netwerk, waarvan de meesten ook aandoeningen hebben en/of oud zijn, te ver weg wonen of het te druk hebben. Mantelzorgers doen vaak al wat zij kunnen en een deel is al (wat) meer hulp gaan bieden om het tekort aan hulp te compenseren. Bijna 40% van de mantelzorgers biedt intensieve (veel tot dagelijkse) mantelzorg, in andere gevallen gaat het om meer incidentele en/of minder intensieve hulp. Mantelzorgers voelen vaak een grote druk om die mantelzorg te (blijven) verlenen. Veel mantelzorgers vinden de zorg zwaar, hebben vaak zelf ook aandoeningen/beperkingen en een deel is overbelast geraakt, zo blijkt uit het onderzoek. De mantelzorgers ervaren over het algemeen weinig ondersteuning. De mantelzorgondersteuning die mantelzorgers krijgen, beperkt zich vaak tot om de zoveel tijd een gesprek over hoe het gaat. Mantelzorgers (en de betreffende cliënten) hebben veel behoefte aan meer praktische hulp, ondersteuning bij het organiseren van hulp, respijtzorg, meedenken, regievoering e.d., zo komt naar voren.

Bij zo'n 10% van de cliënten is de mantelzorg gestopt, omdat de mantelzorger uitgevallen of overleden is. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot opname van cliënten in een verzorgingshuis/woonzorgcentrum. In die gevallen is het Wmo-doel om dure institutionele zorg te voorkomen, dus niet gehaald.

Een aantal cliënten/mantelzorgers vertelt dat de huishoudelijke hulp extra hard of onbetaald langer door werkt, of dat de thuiszorg extra taken in het huishouden doet, omdat er niemand anders is om het tekort aan hulp te compenseren. Eenderde van de cliënten ontvangt persoonlijke verzorging/wijkverpleging van de thuiszorg (medische verzorging en helpen met opstaan, aankleden en 's avonds naar bed gaan). Bij veel mensen blijven echter zaken liggen en blijft het hulptekort bestaan. Op termijn kan dit tot grote problemen leiden met betrekking tot het zelfstandig kunnen wonen. Voor de hulpbehoevenden met een klein sociaal netwerk en een laag inkomen, vormen Wmo-maatwerkvoorzieningen geen sluitstuk, maar noodzakelijke voorzieningen om zelfredzaam te blijven en langer thuis te kunnen blijven wonen.

Conclusie 3: Er bestaat een groot gebrek aan informatie onder cliënten, hulpbehoevenden en mantelzorgers over hulp en zorg.

Een veel genoemd obstakel in het krijgen van voldoende hulp, is een gebrek aan informatie. Veel cliënten weten niet waar welke hulp aangevraagd kan worden, wat de procedures zijn, welke voorwaarden gelden, hoe de hulp tegenwoordig georganiseerd is, welke rechten zij hebben en waar zij eventueel in beroep kunnen gaan. De Rekenkamer kreeg veel vragen van cliënten. Het merendeel weet niet dat zij een onafhankelijk cliëntondersteuner kunnen vragen om te helpen bij een hulpaanvraag of dat zij zelf een zorgplan kunnen indienen. Weinig cliënten weten waar en hoe zij eventueel een klacht kunnen indienen en weinig cliënten dienen formeel een klacht in, ondanks een tekort aan hulp. Dit komt overeen met bevindingen in andere onderzoeken in den lande.

Het gaat in deze om kwetsbare mensen, vooral veel ouderen, met veel en merendeels ernstige aandoeningen en beperkingen (vaak zowel lichamelijk als geestelijk), die vaak niet digitaal aangesloten zijn, niet veel activiteiten meer buitenshuis hebben, merendeels alleenwonenden met een klein sociaal netwerk. De wereld van beleidsmakers, overheid en instanties staat vaak erg ver van hen af en er is een groot gat te constateren tussen de wereld van de overheid en de leefwereld van cliënten. Echter ook goed opgeleide en wel digitaal aangesloten mensen blijken het huidige zorglandschap erg ingewikkeld te vinden en hebben moeite om de juiste en voldoende hulp te regelen, met name als veel (verschillende) en complexe hulp/zorg nodig is.

Conclusie 4: *Ongeveer de helft van de hulpbehoevenden ondervindt obstakels bij de hulpmelding en in de toegang tot hulp. Cliënten krijgen niet altijd de mogelijkheid om een maatwerkvoorziening aan te vragen, noch om zelf een zorgplan op te stellen, noch om een onafhankelijke cliëntondersteuner bij hun hulpmelding te betrekken. De zelfredzaamheid wordt met name bij kwetsbare groepen nogal eens overschat. De ervaringen van cliënten roepen vraagtekens op omtrent de effectiviteit van 'andere oplossingen dan Wmo-maatwerk'. Nader onderzoek zou hierop meer licht kunnen werpen.*

Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de hulpbehoevenden obstakels ondervindt in de toegang tot hulp. De gemeente Breda streeft ernaar om alle hulpvragen op sociaal gebied zoveel mogelijk via de netwerkorganisatie Zorg voor elkaar Breda te laten lopen. Daar wordt eerst onderzocht of en welke alternatieve oplossingen mogelijk zijn in plaats van Wmo. De meeste hulpmeldingen vinden plaats via de telefoon. Cliënten/mantelzorgers noemen als knelpunten bij de hulpmelding:

- Dat zij te weinig informatie hebben gekregen over welke hulp waar mogelijk is. Sommige cliënten zeggen van het kastje naar de muur gestuurd te zijn.
- Weinig cliënten/mantelzorgers hebben naar hun beleving bij hun hulpmelding/aanvraag een integraal gesprek gehad over hun gehele situatie/al hun problemen. Een deel van de cliënten vindt dat er te weinig naar hen geluisterd is. Met name personen met psychische aandoeningen, complexe problemen en mantelzorgers voelen zich weinig gehoord. Het kan overigens zijn dat gespreksvoerders wel meer doorgevraagd en informatie gegeven hebben, maar dat dat niet overgekomen is bij de cliënten.
- Er wordt bij de hulpmelding veel gevraagd van de mondigheid van cliënten, de zelfredzaamheid en het sociaal netwerk, zowel in het zelf formuleren van een concrete hulpvraag, als in het zelf organiseren van alle hulp/zorg. Een deel van de cliënten/mantelzorgers zegt dat het gesprek bij hun hulpmelding te veel ging over wat zij zelf kunnen doen of wat het sociaal netwerk moet doen en te weinig over hun problemen.
- Er wordt in het gesprek veel uitgegaan van een concrete hulpvraag van cliënten, zo is de beleving. De hulpvraag hoeft echter niet hetzelfde te zijn als de hulpbehoefte, bijvoorbeeld als iemand zelf geen, een vage, of een andere hulpvraag stelt dan de feitelijke hulpbehoefte. Een belangrijk deel van de cliënten praat niet gemakkelijk over hun hulpbehoefte, zeker niet over de telefoon, is weinig mondig en formuleert niet gemakkelijk een duidelijke hulpvraag, zo blijkt. Met name mensen met psychische aandoeningen, complexe aandoeningen en een geringe zelfredzaamheid (i.c. veel kwetsbare ouderen) formuleren vaak geen heel concrete hulpvraag en hebben juist problemen met het zelf organiseren van hulp. Vooral op het gebied van begeleiding, dagbesteding en mantelzorgondersteuning formuleren hulpbehoevenden minder vaak een duidelijke hulpvraag, ook omdat de gemeente vooral geassocieerd wordt met huishoudelijke hulp en deeltaxi. Een deel van de aanvragers heeft daardoor geen gehoor gevonden voor hun problemen, zo komt naar voren. Een aantal cliënten is daardoor afgehaakt. Veel cliënten zijn bescheiden, vragen zelf niet snel om hulp, raken snel ontmoedigd na één keer bellen en trekken zich dan eerder terug ('laat me maar'), zo is het beeld uit de interviews. Anderen hebben meerdere keren gebeld om gehoor te vinden en voldoende hulp te kunnen krijgen.
- Een deel van de hulpmelders ervaart de beoordeling van hun hulpbehoefte door de persoon aan de telefoon als te subjectief en wisselend qua kennis. Cliënten worden niet standaard gewezen op het feit dat volgens de wet iedere hulpmelder een onafhankelijk

cliëntondersteuner bij de hulpmelding kan betrekken, de mogelijkheid heeft om zelf een hulplan op te stellen en dat iedereen de mogelijkheid moet hebben om een maatwerkvoorziening aan te vragen.

- Een aantal cliënten, die urgent hulp nodig hadden (b.v. na een val of operatie), heeft dat niet gekregen. Zij kregen naar hun beleving te horen dat het altijd minimaal 6 weken duurt, voordat de aanvraag behandeld kan worden. Zij zijn kennelijk onvoldoende op spoedprocedures van de gemeente Breda gewezen en het feit dat een cliënt altijd een direct verzoek om hulp kan richten aan het College van B&W.
- De meeste cliënten in het onderzoek, die in het registratiebestand geregistreerd staan als 'andere oplossing dan Wmo gekregen', zijn van mening dat zij geen concrete hulp hebben ontvangen. Het merendeel heeft uiteindelijk na meerdere keren bellen overigens wel Wmo-hulp/voorzieningen ontvangen. Een aantal andere cliënten heeft hulp/begeleiding van een vrijwilliger gekregen, dus een 'andere oplossing'. Dat bleek niet voor al deze cliënten een goede passende en/of structurele oplossing. Hoe effectief de 'andere oplossingen dan Wmo' precies zijn, is derhalve niet duidelijk. Het kan zijn dat het aantal 'andere oplossingen' en de effectiviteit door de gemeente Breda worden overschat, omdat iedere hulpmelding apart geregistreerd staat in het meldingenbestand en er niet op individuniveau wordt geregistreerd. Nadere bestandsanalyse op individuniveau en nader onderzoek naar de effectiviteit van andere oplossingen zouden meer licht kunnen werpen op in hoeverre 'andere oplossingen dan Wmo-maatwerk' goede passende integrale oplossingen bieden voor hulpbehoevenden.

Conclusie 5: De gemeente Breda heeft de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de hoeveelheid benodigde hulp voor cliënten vooral bij de aanbieders zelf gelegd via het systeem van resultaatfinanciering. Dit leidt voor een belangrijk deel van de cliënten tot te krap toegekende hulp, te weinig integraal maatwerk én tot te weinig beroepsmogelijkheden voor cliënten. Ook leidt dit systeem tot belangenverstrengeling en te weinig sturingsmogelijkheden voor de gemeente om alle benodigde hulp voor cliënten voldoende en integraal op maat af te stemmen.

Als cliënten doorgestuurd worden naar de Wmo, dan stelt een klantmanager van het (algemene sociale) wijkteam in een gesprek (samen) met de cliënt vast wat het na te streven 'resultaat' (bv 'schoon huis') is. Dat resultaat wordt opgenomen in een persoonlijk plan en de beschikking. Ook bij de Wmo-aanvraag ervaren cliënten echter niet altijd dat zij een integraal gesprek hebben gehad over hun situatie en al hun problemen. In de beleving van een deel van de cliënten ging het gesprek al snel over één bepaalde hulpvoorziening en of zij daarvoor in aanmerking komen of niet, en over wat cliënten of hun sociaal netwerk zelf zouden kunnen organiseren of uitvoeren. Weinig cliënten hebben bij het gesprek ondersteuning van een onafhankelijk cliëntondersteuner gekregen. Als veel en complexe hulp nodig is, vraagt dat veel werk van cliënten en/of mantelzorgers zelf. Zij moeten met veel verschillende organisaties en contactpersonen/beoordelaars overleggen en veel verschillende formulieren invullen. Cliënten en mantelzorgers hebben hier (soms te) veel moeite mee. Ook duurt het soms lang, voordat cliënten hulp ontvangen, zo ervaart een deel van de cliënten.

Een deel kan zich de aanvraag overigens niet meer herinneren, deels door geheugenproblemen, deels omdat veel cliënten al lange tijd Wmo-hulp hebben. Zij denken bij de vraag over 'het integrale gesprek' vooral aan de herbeoordeling van de huishoudelijke hulp.

Respondenten die in de afgelopen twee jaar een scootmobiel, rolstoel, woningaanpassingen e.d. hebben aangevraagd, hebben vaak wel een integraal gesprek gehad. Daar bestaat veel waardering voor.

Een belangrijke oorzaak van het geconstateerde hulptekort van cliënten ligt in het systeem van resultaatfinanciering dat de gemeente Breda hanteert. De gemeente stelt alleen vast wat het 'te bereiken resultaat' van de Wmo-hulp is, maar het is aan de aanbieders om invulling te geven welke hulp en hoeveel hulp precies gegeven wordt om dat resultaat te bereiken. Aanbieders beoordelen separaat van elkaar de soort en omvang van de hulp en zetten deze separaat van elkaar in. Dat werkt een integrale afstemming van de hulp tegen.

Bovendien ontvangen de zorgaanbieders een vast bedrag per 4 weken om het resultaat te bereiken en is het niet in het belang van de aanbieder om voor veel cliënten veel hulp in te zetten. Het gaat in deze immers om marktorganisaties, die niet alleen het cliëntbelang dienen, maar ook zakelijke belangen hebben.

Uit het onderzoek blijkt dat met name het resultaat 'schoon huis' en de invulling hiervan door de aanbieders naar het oordeel van cliënten leidt tot hulptekort. De meeste cliënten hebben in de afgelopen twee jaar een (her)beoordeling in het kader van het resultaat 'schoon huis' gehad. Voorheen werd 'huishoudelijke hulp' in de oude Wmo ruimer gedefinieerd dan 'schoon huis', aangezien het voeren van een dagelijks huishouden voor veel kwetsbare mensen geacht werd meer in te houden dan sec 'een schoon huis'. In de urenberekening zaten daarom ook aspecten als 'sociaal contact en in de gaten houden of mensen achteruitgaan', de was/afwas doen, opruimen en b.v. mee helpen organiseren van bepaalde huishoudelijke zaken. Met het resultaat 'schoon huis' is de definitie veel smaller gemaakt en meer uitsluitend gericht op de schoonmaak van het huis.

Over het herbeoordelingsgesprek met de huishoudelijke hulporganisatie en die (her)beoordeling zijn veel cliënten niet (erg) positief. Veel cliënten zeggen dat het eerder een mededeling was dat zij minder uren hulp krijgen, dan dat er goed naar hun situatie en beperkingen gekeken is. Lang niet alle gespreksvoerders hebben volgens de respondenten blijk gegeven de deskundigheid te hebben om een deskundig oordeel te geven over wat bepaalde aandoeningen en beperkingen betekenen voor de zelfredzaamheid van cliënten en wat kwetsbare cliënten en hun sociaal netwerk zelf kunnen. De mogelijkheden van de cliënt worden daardoor gemakkelijk overschat, zeker als de cliënt zichzelf groot houdt en/of geen problemen benoemt, zo blijkt uit het onderzoek. Dat bevordert dat weinig mondige en weinig zelfredzame cliënten minder hulp krijgen dan cliënten die heel mondig zijn en hun hulpbehoefte goed kunnen verwoorden, zo komt uit het onderzoek naar voren. Veel cliënten zeggen minder uren hulp te krijgen, terwijl zij juist verder achteruit gegaan zijn en minder kunnen.

Met name voor hulpbehoevenden met veel beperkingen blijkt dat het resultaat 'schoon huis' nogal eens te smal is (of te smal is opgevat). De meeste cliënten krijgen maximaal 2 uur per week huishoudelijke hulp. Voor veel kwetsbare mensen is dat niet voldoende. De schoonmaak sec is voor hen niet genoeg om goed zelfredzaam te zijn en gemakkelijk langer thuis te kunnen wonen, zo blijkt uit de gesprekken.

Uit het onderzoek blijkt dat slechts een deel van de cliënten naar aanleiding van de urenvermindering contact heeft opgenomen met de huishoudelijke hulporganisatie en/of de gemeente Breda. Hun ervaring is dat de gemeente en de hulporganisaties veelal naar elkaar verwijzen voor de verantwoordelijkheid en dat het onduidelijk is hoe en waar zij in beroep kunnen gaan. Het merendeel van de cliënten is daardoor ontmoedigd geraakt en weinig cliënten zijn formeel in beroep gegaan tegen de urenvermindering. Ook weinig cliënten zijn overigens op de hoogte dat zij zelf meer uren kunnen inkopen en daarvoor (als zij een laag inkomen hebben) een tegemoetkoming kunnen krijgen. Kwetsbare groepen met een laag inkomen die het hulptekort niet kunnen compenseren en zelf weinig aan de bel trekken, blijven daardoor hulp tekort komen, zo blijkt.

Veel gemeenten hanteren dezelfde vorm van resultaatfinanciering en in den lande zijn reeds meerdere procedures aangespannen tegen deze vorm van aanbesteding. In mei 2017 heeft de Voorzieningenrechter Noord-Holland bepaald dat de gemeenten verantwoordelijk zijn en blijven voor de omvang van de Wmo-hulp. In de beschikking moet de omvang van de afgesproken hulp daarom duidelijk omschreven staan, dit om duidelijkheid te geven aan cliënten, om de rechtsbescherming van (en rechtsgelijkheid onder) cliënten te bevorderen en om de cliënten meer beroepsmogelijkheden te geven ten aanzien van de omvang van de hulp. Ook heeft de gemeente zelf te weinig controle of wel voldoende maatwerk geleverd wordt en of de omvang van de hulp voldoende afgestemd is op (eventuele) andere hulp(behoefte), als de verantwoordelijkheid voor de omvang van de hulp met name bij de hulporganisaties ligt, zo is het oordeel.

Conclusie 6: *Het onderzoek laat hiaten in de hulp zien door hiaten tussen verschillende hulp/zorgregelingen en nog te weinig onderlinge afstemming tussen hulpverleners/organisaties en de gemeente om tot alle benodigde integrale hulp op maat bij cliënten thuis te komen. Hoe omvangrijker en complexer de benodigde hulp, hoe groter het risico is op hiaten in de hulp. Goede afstemming en regievoering/coördinatie van alle hulp kan nog verder/beter vorm krijgen in de uitvoering van het gemeentelijke Wmo-beleid.*

Bij meerdere cliënten zijn hiaten in de hulp te zien door hiaten tussen de verschillende hulp/zorgregelingen en tussen de taken van verschillende organisaties. Met name hulpbehoevenden die meer zelfredzaamheidshulp en zorg gedurende de week/dag nodig hebben, dan zij ontvangen vanuit hun sociaal netwerk en/of de Wmo, maar die (nog) niet in aanmerking komen voor Wlz, vallen in deze tussen wal en schip. Als meer zelfredzaamheidshulp en begeleiding nodig is, is het vaak onduidelijk wie daarvoor moet zorgen, de gemeente of de thuiszorg (of andere instellingen), als er geen andere hulp beschikbaar is. Nogal wat mantelzorgers lopen tegen dit probleem aan. De huishoudelijke hulp vanuit de Wmo betreft meestal (maximaal) een paar uur per week, evenals de begeleiding bij de zelfredzaamheid vanuit de Wmo (en bestaat meestal uit een gesprek, niet uit praktische hulp). Voor meer zelfredzaamheidshulp (op de dag) wordt nogal eens verwezen naar de thuiszorg, die persoonlijke verzorging biedt, of naar de Wet langdurige zorg, zo blijkt. Maar de thuiszorg en de verzekeraars zijn doorgaans van mening dat hun taak vooral op het vlak van de medische verzorging ligt, naast het 's morgens wassen en aankleden, en 's avonds naar bed brengen. Meer tijd op de dag heeft de thuiszorg niet. De zorg vanuit de Wlz is uitsluitend toegankelijk voor hulpbehoevenden die 24-uurszorg nodig hebben (meestal in een instelling). Mede omdat alle hulp/zorgorganisaties, de verzekeraars en het Rijk, de laatste tijd steeds strakker sturen op beperking van de kosten, vallen hiaten in de hulp voor betreffende cliënten. Marktbelangen van organisaties en onderlinge concurrentie kunnen die hiaten verder vergroten. Bij meerdere cliënten zijn de dergelijke hiaten in de hulp/zorg te zien in het onderzoek.

Conclusie 7: *Er vinden volgens de cliënten nog weinig gemeentelijke follow-up checks plaats onder cliënten of de hulp gaandeweg nog voldoende is voor cliënten om zich goed te kunnen redden. Afspraken met hulporganisaties/zorgprofessionals om een hulptekort te melden aan de gemeente, werken kennelijk nog niet (geheel) goed. Het risico op toename van het gat tussen hulpbehoefte en geboden hulp wordt daardoor groter.*

Het grootste deel van de cliënten heeft meerdere chronische en progressieve aandoeningen. Bij meer dan de helft gaat het om een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen. Gaande de tijd en met het stijgen van de leeftijd gaan de meeste cliënten steeds verder achteruit. Zij kunnen daardoor zelf steeds minder in plaats van meer doen en hebben steeds meer hulp nodig. Volgens cliënten wordt dat weinig beseft en wordt de achteruitgang weinig opgemerkt door de gemeente. Cliënten ervaren dat er weinig tussentijdse gesprekken worden gevoerd over of de hulp bij het stijgen van de leeftijd nog wel adequaat is. Veel cliënten zeggen eerder minder dan meer hulp te ontvangen gaande de tijd, ondanks dat zij achteruit gegaan zijn qua zelfredzaamheid. Ook worden zij nogal eens geconfronteerd met tijdelijkheid van toewijzing van hulp, het stoppen van hulptrajecten of het niet goed lopen van hulptrajecten (met soms uitval van cliënten tot gevolg), zo blijkt uit het onderzoek.

De gemeente Breda heeft afspraken gemaakt met hulporganisaties/zorgprofessionals, zoals de huishoudelijke hulporganisaties, wijkverpleegkundigen, huisartsen e.d., om een zorgtekort te signaleren en te melden aan de gemeente. Dat gebeurt nog niet in alle gevallen, zo laat het onderzoek zien. Mogelijk is het melden van hulptekort deels ook niet in het belang van organisaties zelf (bijvoorbeeld de huishoudelijke hulporganisaties), aangezien zij zelf verantwoordelijk gesteld zijn voor de vaststelling van de benodigde hoeveelheid (huishoudelijke) hulp. Reden temeer voor de gemeente om deze constructie te heroverwegen. Daarnaast blijkt in een aantal gevallen, waarin trajecten misgelopen zijn, door cliënten/mantelzorgers een patstelling geconstateerd te worden. Als door de gemeente bijvoorbeeld aangenomen wordt dat een cliënt zelf de hulp stopt, blijkt een vervolg niet altijd gegeven te worden. Door deze factoren bestaat het

risico dat de omvang van de hulpbehoefte van cliënten en de omvang van de geboden hulp steeds verder uiteen gaan lopen. Bij een aantal cliënten heeft dit geleid tot opname in een instelling.

Conclusie 8: *Aan de hand van het onderzoek zijn geen harde conclusies over de omvang van zorgmijding in Breda te trekken, maar dat zorgmijding voorkomt en dat er factoren zijn die zorgmijding bevorderen, komt wel naar voren. Door deze factoren (nog) meer aan te pakken, als gemeente samen met de organisaties, kan zorgmijding worden verminderd.*

Zorgmijding kan actief (weigeren of ontwijken) of passief (geen hulpvraag melden, zich terugtrekken) plaatsvinden. Voor beide komen aanwijzingen uit het onderzoek. Met name bij ernstige psychische aandoeningen en dementie komt het voor dat cliënten professionele hulp weigeren of actief vermijden. Ook door slechte (eerdere) ervaringen met hulp hebben enkele cliënten zelf de hulp gestopt.

Daarnaast heeft een deel (ca. 8%) van de geïnterviewden afgezien van hulp vanwege de hoogte van de eigen bijdrage. De gemeente Breda hanteert de maximaal wettelijk toegestane eigen bijdrage, die cliënten moeten betalen voor de hulp/ondersteuning. Een aantal cliënten zegt dat niet te kunnen betalen. Informatie over tegemoetkoming van de gemeente hierin via een CZ-verzekering hebben veel cliënten niet. Omdat ook uit landelijk onderzoek blijkt dat de eigen bijdrage leidt tot zorgmijding met name bij mensen met een laag inkomen, heeft het nieuwe kabinet voorgesteld om de eigen bijdrage voor iedereen gelijk te trekken (17,50 euro per 4 weken). Veel andere gemeenten hebben de eigen bijdragen al verlaagd, afgeschaft of voor iedereen gelijk getrokken.

Het risico op passieve zorgmijding wordt vergroot door een (te) groot beroep op de eigen zelfredzaamheid, door ontmoediging van cliënten ten aanzien van professionele zorg, door de bescheidenheid van de doelgroep en weinig willen klagen, door bij het 'loket' (te) veel uit te gaan van een concrete hulpvraag van cliënten (en niet van de hulpbehoefte), door nog (te) weinig (vroegtijdige) signalering van problemen en (te) weinig concrete preventie om 'erger' te voorkomen, en door hiaten tussen regelingen en de hulp van verschillende organisaties. Doordat bij de hulpmelding vaker (eerst) verwezen wordt naar de eigen zelfredzaamheid, het sociaal netwerk, vrijwilligerswerk en het zelf betalen van voorzieningen, bestaat het risico dat de gemeente Breda hulpvragen en hulpbehoefte mist. Indien eerst naar andere vormen van hulp wordt verwezen, raken cliënten (gemakkelijk) uit beeld bij de gemeente. Daardoor mist de gemeente Breda kansen op het vroegtijdiger aanpakken van problemen en preventieve maatregelen om 'erger' (dure, specialistische en/of institutionele hulp) te voorkomen. Vooral cliënten die op meerdere vlakken hulp nodig hebben, vallen nogal eens tussen wal en schip. Doordat personen die weinig zelfredzaam zijn snel ontmoedigd raken en niet weten hoe hulp te organiseren, trekken zij zich eerder terug en denken 'laat mij maar', dan dat zij zelf aan de bel trekken. Het lijkt er op dat het beleid gericht op het vooral benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van burgers en het sociale netwerk, in ieder geval bij een kwetsbaar deel van de Wmo-doelgroep averechts werkt ten aanzien van het doel 'voldoende integrale hulp op maat om zo lang mogelijk thuis te wonen en dure gespecialiseerde en institutionele hulp te voorkomen'.

Bij veel cliënten is de boodschap dat zij geacht worden om minder van professionele hulp van de overheid gebruik te maken, wel aangekomen. Over of dit tot meer zelf inkopen of meer mantelzorg heeft geleid, is aan de hand van dit onderzoek niet zonder meer een uitspraak te doen. Dat de boodschap eerder tot ontmoediging in het aanvragen van hulp heeft geleid, kan deels wel worden vastgesteld aan de hand van de interviews. De uitkomsten met betrekking tot het grote ervaren tekort aan hulp, zoals dat uit de interviews naar voren komt, leidt tot de conclusie dat minder professionele hulp voor kwetsbare groepen eerder leidt tot zorgmijding en het ontbreken van voldoende hulp, dan tot alternatieve hulp. Leemten in de hulp worden kennelijk niet (geheel) opgevuld.

De wijkteams zijn in Breda bezig om meer en vroegtijdiger signalering vorm te geven, maar met name ouderen die weinig contacten meer hebben, en mensen met complexe en psychische problemen worden niet altijd bereikt. Het zijn ook juist die groepen, die een risico op zorgmijding lopen en op het optreden van een crisissituatie, waardoor opname in een instelling noodzakelijk kan worden. Bij een aantal cliënten in het onderzoek is dat laatste ook te constateren.

Harde conclusies over de omvang van zorgmijding in Breda zijn niet te trekken in dit onderzoek. Wel komen er belangrijke aanwijzingen uit, dat de gemeente Breda de uitvoering van de doelen van de Wmo, te weten 'voldoende integrale zelfredzaamheidshulp op maat om hulpbehoevenden langer thuis te laten wonen en dure specialistische en institutionele hulp/zorg te voorkomen', verder kan verbeteren. Het onderzoek biedt duidelijke aanwijzingen waar en op welke vlakken verbeteringen kunnen plaatsvinden om die doelen beter te bereiken door de gemeente Breda in samenwerking met andere organisaties, die hierbij betrokken zijn.

3. Samenvattende conclusies

De uitvoering van de Wmo 2015 is nog volop in ontwikkeling. De gemeente Breda werkt hier hard aan en met veel betrokkenheid, zo constateert de Rekenkamer uit gesprekken met ambtenaren en de wethouder. Ook Zorg voor elkaar Breda werkt met veel betrokkenheid aan het beantwoorden en oppakken van hulpvragen van burgers. Ook uit belangenorganisaties komen geluiden dat veel goed gaat voor een grote groep in de Wmo in Breda. Daarnaast zijn nog verbeterpunten te constateren. Dat geldt niet alleen voor de gemeente Breda, maar voor alle gemeenten, zo blijkt onder meer uit recent uitgebreid onderzoek van het SCP (jan. 2018) onder alle betrokken actoren.

Dit heeft onder meer te maken met het zoeken naar een goede balans tussen enerzijds het meer vragen van de zelfredzaamheid van burgers en andere oplossingen dan Wmo (o.a. via sociaal netwerk) en anderzijds het bieden van voldoende integraal maatwerk aan hulpbehoevenden, die het ontbreekt aan (voldoende) zelfredzaamheid en andere mogelijkheden om hulp te krijgen/organiseren. Het zoeken naar de juiste balans is duidelijk nog in ontwikkeling.

Dat geldt ook voor de samenwerking en afstemming tussen verschillende organisaties en actoren. De nieuwe verhoudingen en taken zijn nog niet geheel uitgekristalliseerd. Daarbij werken krappe financiële middelen, (zakelijke) marktbelangen, concurrentie en eigen belangen van organisaties zelf een goede samenwerking en afstemming nogal eens tegen.

De Rekenkamer wil met dit rapport graag bijdragen aan een verdere ontwikkeling van de Wmo in Breda door het aangeven van leerpunten en verbeterpunten. Daarom focust dit rapport met name op de knelpunten, zoals samengevat in de volgende conclusies:

- Conclusie 1: Veel tevredenheid onder cliënten over de kwaliteit van de Wmo-hulp. Daarnaast zegt 60% onvoldoende hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid, de participatie en het zelfstandig wonen te ontvangen. Bij een kwart van de cliënten gaat het om een ernstig tekort op meerdere vlakken, waardoor de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen sterk in het geding is. Er is dus nog verdere verbetering mogelijk in het bieden van voldoende hulp en maatwerk aan cliënten.
- Conclusie 2: De meeste cliënten kunnen niet meer hulp vanuit hun sociaal netwerk krijgen of zelf meer hulp inkopen en kunnen het tekort aan hulp daardoor niet compenseren. Zij zijn afhankelijk van hulp van de gemeente/overheid. Van mantelzorgers wordt al veel gevraagd, veel mantelzorgers vinden de zorg zwaar en ondervinden weinig mantelzorgondersteuning, een deel is overbelast geraakt.
- Conclusie 3: Er bestaat een groot gebrek aan informatie onder cliënten, hulpbehoevenden en mantelzorgers over hulp en zorg.
- Conclusie 4: Ongeveer de helft van de hulpbehoevenden/mantelzorgers ondervindt obstakels bij de hulpmelding en in de toegang tot hulp. Cliënten krijgen niet altijd de mogelijkheid om een maatwerkvoorziening aan te vragen, noch om zelf een zorgplan op te stellen, noch om een onafhankelijke cliëntondersteuner bij hun hulpmelding te betrekken. De zelfredzaamheid wordt met name bij kwetsbare groepen nogal eens overschat. De ervaringen van cliënten roepen vraagtekens op omtrent de effectiviteit van 'andere oplossingen dan Wmo-maatwerk'. Nader onderzoek zou hierop meer licht kunnen werpen.
- Conclusie 5: De gemeente Breda heeft de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de hoeveelheid benodigde hulp voor cliënten vooral bij de aanbieders zelf gelegd via het systeem van resultaatfinanciering. Dit leidt voor een belangrijk deel van de cliënten tot te krap toegekende hoeveelheid hulp, te weinig integraal maatwerk én tot te weinig beroepsmogelijkheden voor cliënten. Ook leidt dit systeem tot belangenverstrengeling en te weinig sturingsmogelijkheden voor de gemeente om alle benodigde hulp voor cliënten voldoende en integraal op maat af te stemmen.

- Conclusie 6: Het onderzoek laat hiaten in de hulp zien door hiaten tussen verschillende hulp/zorgregelingen en nog te weinig onderlinge afstemming tussen hulpverleners/organisaties en de gemeente om tot alle benodigde integrale hulp op maat bij cliënten thuis te komen. Hoe omvangrijker en complexer de benodigde hulp, hoe groter het risico is op hiaten in de hulp. Goede afstemming en regievoering/coördinatie van alle hulp kan nog verder/beter vorm krijgen in de uitvoering van het gemeentelijke Wmo-beleid.
- Conclusie 7: Er vinden volgens de cliënten nog weinig gemeentelijke follow-up checks plaats onder cliënten of de hulp gaandeweg (nog) voldoende is voor cliënten om zich goed te kunnen redden. Afspraken met hulporganisaties/zorgprofessionals om een hulptekort te melden aan de gemeente, werken kennelijk nog niet (geheel) goed. Het risico op toename van het gat tussen hulpbehoefte en geboden hulp wordt daardoor groter.
- Conclusie 8: Aan de hand van het onderzoek zijn geen harde conclusies te trekken over de omvang van zorgmijding in Breda, maar dat zorgmijding voorkomt en dat er factoren zijn die zorgmijding bevorderen, komt wel naar voren. Door deze factoren (nog) meer aan te pakken, als gemeente samen met de organisaties, kan zorgmijding worden verminderd.

Op basis van het onderzoek formuleert de Rekenkamer aanbevelingen in hoofdstuk 4.

4. De aanbevelingen

Het doel van de Wmo is om voldoende integrale hulp op maat te bieden, zodat hulpbehoevenden zo lang mogelijk zelfredzaam kunnen zijn en zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, en een beroep op dure institutionele zorg wordt voorkomen. Om dit doel nog beter te bereiken, doet de Rekenkamer een aantal aanbevelingen. Omdat het veelal om weinig zelfredzame mensen gaat, stelt de Rekenkamer dat het in deze belangrijk is om nog (pro)actiever te gaan kijken naar wat burgers nodig hebben om zelfredzamer te kunnen zijn. Het gaat enerzijds om het bieden van meer en duidelijker informatie, gericht op deze specifieke cliëntengroep. Anderzijds gaat het om minder obstakels in de toegang, het standaard inzetten van onafhankelijke cliëntondersteuning bij de hulpmelding en het standaard voeren van een integraal gesprek bij de mensen thuis bij de hulpmelding. Aan de hand hiervan kan nog beter worden vastgesteld samen met de cliënten (en hun mantelzorgers) welke integrale hulp op maat cliënten nodig hebben.

De aanbevelingen zijn in principe aan de raad gericht, al dan niet om het college te verzoeken aanbevelingen uit te voeren.

Aanbeveling 1: Raad, verzoek het college om meer, duidelijker en geïntegreerde (papieren) informatie aan burgers te verstrekken over waar welke hulp/zorg op verschillende gebieden, i.c. op het gebied van de zelfredzaamheid en het langer thuis wonen te vinden is voor de burgers, welke hulp/zorg cliënten waar kunnen krijgen, hoe zij dit kunnen aanvragen en wat zij kunnen verwachten.

Een suggestie in deze is om papieren informatie specifiek gericht aan verschillende doelgroepen te versturen (in ieder geval aan alle ouderen, aangezien deze minder digitaal aangesloten zijn).

Aanbeveling 2: Raad, heroverweeg de toegang tot de Wmo-hulp en de verwijzing naar andere hulp. En verzoek het College om actief de obstakels in de toegang tot de hulp te verminderen en alle hulpmelders de mogelijkheid te bieden om zich te laten ondersteunen door een onafhankelijke cliëntondersteuner, om zelf een zorgplan in te dienen en om maatwerkvoorzieningen aan te vragen.

Een suggestie is in deze om te overwegen eventueel een meer specifiek Wmo-loket te creëren vanwege de specifieke problemen van deze doelgroep(en) hulpbehoevenden en mantelzorgers.

Aanbeveling 3: Raad, heroverweeg het systeem van resultaatfinanciering en neem als gemeente meer de verantwoordelijkheid voor de hoeveelheid hulp die hulpbehoevenden krijgen in plaats van die bij de aanbieders te leggen. Verzoek het College om in ieder geval de knelpunten hierin aan te pakken, de rechtspositie en de beroepsmogelijkheden van cliënten te verbeteren, en als gemeente zelf meer sturing te geven aan integraal afgestemd en voldoende maatwerk voor de cliënten.

Aanbeveling 4: Raad, heroverweeg de inzet/omvang van de Wmo-hulp/zorg en verken wat dat mogelijk betekent voor het budget voor de Wmo.

Een suggestie is om in deze met name te kijken naar wat integrale hulp op maat betekent voor personen met (ernstige) meervoudige problemen, personen met psychische problemen, oudere ouderen en mantelzorgers. Een suggestie is ook om in deze eventueel het resultaat 'schoon huis' ten aanzien van de huishoudelijke hulp te heroverwegen i.c. voor weinig zelfredzame personen.

- Aanbeveling 5: Raad, verzoek het College om de effectiviteit van 'de andere oplossingen dan Wmo' te onderzoeken in het bieden van voldoende en passende oplossingen voor de hulpbehoefte van cliënten.
- Aanbeveling 6: Raad, verzoek het College om bij de toeleiding naar hulp en bepaling van welke hulp en hoeveel hulp hulpbehoevenden toegekend krijgen minder te vragen van de eigen zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid van weinig zelfredzamen. Voorkom dat weinig zelfredzamen buiten de boot vallen, doordat zij weinig mondig zijn.
- Aanbeveling 7: Raad, verzoek het College om hiaten tussen hulp/zorgregelingen en tussen de hulp van verschillende organisaties verder te verminderen. Verzoek ook om in deze nog meer werk te maken van concrete afspraken en afstemming met verschillende actoren, zoals zorgverzekeraars, zorgkantoren, hulp/zorgorganisaties, huisartsen, maatschappelijk werk, GGZ, huishoudelijke hulporganisaties, woningbouwcorporaties e.d..
- Aanbeveling 8: Raad, verzoek het College om meer follow-up gesprekken te gaan voeren, i.c. met cliënten met ernstige aandoeningen, ouderen die steeds verder achteruitgaan en mantelzorgers. Verzoek ook om nog duidelijker een meldplicht af te spreken met verschillende hulpverleners en hulporganisaties omtrent eventueel gedetecteerd hulptekort bij burgers.
- Aanbeveling 9: Raad, verzoek het College om nog actiever zorgmijding en de geconstateerde knelpunten, die leiden tot zorgmijding, aan te pakken. Verzoek het College om in deze nog meer concrete activiteiten in te zetten ten aanzien van vroegtijdige signalering van problemen, preventie (voorkomen van erger) en het voorkomen van zorgmijding.
- Aanbeveling 10: Raad, verzoek het College om de raad binnen een half jaar te informeren over de wijze waarop de aanbevelingen worden uitgevoerd. Verzoek het College voorts om de voortgang van de uitvoering van de aanbevelingen te onderzoeken, i.c. de vraag of het hulptekort onder hulpbehoevenden is verminderd, en de raad hierover binnen een jaar te informeren.

Bijlage 1

Rapport van Bevindingen

De Wmo in Breda: integrale hulp op maat?

Inhoudsopgave

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Het onderzoek naar de Wmo in Breda

**Hoofdstuk 2 Normenkader Wmo 2015, Bredase aanpak en uitkomsten
uit landelijk en gemeentelijk onderzoek**

**Hoofdstuk 3: Het kwalitatieve onderzoek in Breda onder Wmo-cliënten:
de interviews**

Bijlage 2 Landelijke gegevens omtrent hulptekort

Bijlage 3 Gesprekslijst kwalitatieve interviews

**Bijlage 4 Overzicht kenmerken klantervaringsonderzoeksgroep
en ZVE Breda-groep**

Literatuurlijst

Samenvatting

De afgelopen jaren is er veel veranderd in de hulp en zorg voor mensen met beperkingen, die ondersteuning nodig hebben bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen blijven wonen. De gemeenten hebben sinds januari 2015 veel extra taken gekregen op het gebied van de zelfredzaamheidshulp. Voor de gemeenteraad is het belangrijk om inzicht te hebben in hoe het gaat met de hulpbehoevenden en hoe zij de zelfredzaamheidshulp ervaren. Daartoe heeft de Rekenkamer in maart 2017- november 2017 onderzoek gedaan naar de zelfredzaamheidshulp voor hulpbehoevenden in Breda en hierbinnen met name naar de uitvoering van de Wmo. In het onderzoek heeft de Rekenkamer een documentanalyse, een analyse van het Bredase bestand van Wmo-aanvragers en Wmo-cliënten, en een kwalitatief onderzoek onder 108 Bredase Wmo-aanvragers, - cliënten en mantelzorgers uitgevoerd.

De centrale onderzoeksvraag in het onderzoek is:

‘Krijgen de burgers, die dat nodig hebben, momenteel naar hun beleving voldoende hulp/ondersteuning om zolang mogelijk zelfredzaam te kunnen zijn en zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen; en hoe beleven de burgers de hulp en ondersteuning die zij via de Wmo van de gemeente Breda krijgen?’

1. Het landelijke en Bredase beleid

De Wmo 2015

Sinds 1 januari 2015 is de AWBZ opgeheven en is een deel van de oude AWBZ-taken gedecentraliseerd naar gemeenten in de nieuwe Wmo 2015. In de afgelopen twee jaar zijn gemeenten hard bezig om de uitvoering van de Wmo 2015 vorm te geven. Het is voor gemeenten momenteel nog een leerproces, waarin nog voortdurend veranderingen plaatsvinden. Dat geldt ook voor de gemeente Breda.

De AWBZ, zoals die door het Rijk op landelijk niveau georganiseerd werd, zou te ver van de burgers af staan om effectief en efficiënt te zijn. De decentralisatie beoogt daarom een transformatie waarbij de hulp/zorg veel dichterbij de burger georganiseerd wordt, zodat beter integraal maatwerk gericht op de behoefte van de burger geleverd kan worden. Ook beoogt de Wmo 2015 een verandering van dure, gespecialiseerde (en institutionele) hulp naar eenvoudiger en minder dure hulp en indien mogelijk meer zelfredzaamheid van de cliënt en meer hulp vanuit het sociaal netwerk en algemene voorzieningen. Voorts kregen gemeenten de opdracht om alle benodigde hulp en zorg op het gebied van de hulp en zorg voor cliënten thuis te coördineren, zodat het doel om mensen langer thuis te laten wonen en minder beroep op dure, gespecialiseerde en institutionele hulp, bereikt kan worden. De inwerkingtreding van de Wmo 2015 ging gepaard met een forse bezuiniging voor gemeenten op de Wmo. Gemeenten ontvingen daardoor veel minder geld vanuit het Rijk voor de Wmo dan voorheen beschikbaar was.

De Wmo 2015 stelt een aantal eisen aan gemeenten:

- wat betreft de toegang tot Wmo-voorzieningen: zo mogen er o.a. geen belemmeringen bestaan voor cliënten om een aanvraag te doen; diegene die de melding aan het loket in ontvangst neemt, kan niet tegelijkertijd ook beoordelaar van de hulpvraag en ‘oplosser’ van de hulpvraag zijn; cliënten mogen zich altijd laten ondersteunen bij de hulpmelding/vraag door een onafhankelijke cliëntondersteuner; cliënten hebben altijd recht om een maatvoorziening aan te vragen en om zelf een zorgplan in te dienen;
- wat betreft het integrale onderzoek: alle problemen en hulpbehoefte dienen in het onderzoek aan de orde te komen en de gemeente is verplicht om voldoende integrale hulp op maat te bieden, als de persoon zelf en het sociaal netwerk de beperkingen niet kunnen compenseren;
- wat betreft de hulp en dienstverlening: de gemeente is verantwoordelijk voor de omvang én de inhoud van de hulp, cliënten dienen keuzemogelijkheden te hebben en mogen zelf een persoonlijk zorgplan indienen, alle hulp en zorg op alle gebieden moeten goed op elkaar afgestemd worden.

Beleid van de gemeente Breda

Naast deze wettelijke eisen zijn gemeenten vrij om de inrichting en uitvoering van de Wmo zelf vorm te geven. Gemeenten hebben de uitvoering inderdaad verschillend ingericht, zo blijkt uit onderzoek. Ook Breda heeft gekozen voor een eigen aanpak van de toegang en de uitvoering ('Breda doet'). Centraal hierin staat dat eerst gekeken wordt wat de persoon zelf kan doen en wat het sociaal netwerk kan doen. Vervolgens wat vanuit vrijwilligerswerk en/of algemene voorzieningen geboden kan worden aan hulp. En tot slot als voorgaande oplossingen niet leiden tot voldoende hulp, wordt pas onderzocht of en welke maatwerkvoorziening Wmo ingezet wordt. De gemeente Breda streeft ernaar om alle hulpvragen op sociaal gebied, dus ook Wmo, zoveel te laten lopen via de netwerkorganisatie 'Zorg voor elkaar Breda', waarin zo'n 12 organisaties vertegenwoordigd zijn. Daar behandelen professionele en vrijwillige generalisten de hulpmelding en beoordelen zij samen met de cliënt welke andere oplossingen dan professionele hulp voor de cliënt in eerste instantie mogelijk zijn, namelijk of cliënten met advies zelf weer verder kunnen, of het sociaal netwerk meer kan doen, of vrijwillige hulp ingezet kan worden of dat cliënten naar een algemene voorziening worden doorverwezen. Pas als deze oplossingen niet voldoende geacht worden, wordt de cliënt doorgestuurd naar het gemeentelijke wijkteam, waarin o.a. Wmo-klantmanagers zitten, voor een onderzoek met betrekking tot maatwerkvoorzieningen Wmo. De gemeente Breda hanteert bij maatwerkvoorzieningen de maximaal wettelijk toegestane eigen bijdrage voor cliënten. Van een compensatieregeling voor hoge kosten wordt weinig gebruik gemaakt door cliënten. Ook kunnen cliënten een tegemoetkoming in de eigen bijdrage ontvangen via een CZ-zorgverzekering.

De gemeente Breda heeft besloten om het budget dat vanuit het Rijk komt voor de Wmo, niet te overschrijden. Bij de Jaarrekening 2015 heeft de gemeente Breda 9 mln. euro overgehouden op het Wmo-budget en bij de Jaarrekening 2016 8,5 mln. o.a. op huishoudelijke hulp, begeleiding en compensatie in de kosten voor minima. Voor 2017 wordt een tekort verwacht.

Om een grote keuzemogelijkheid aan maatwerkvoorzieningen te hebben, heeft de gemeente Breda overeenkomsten gesloten met veel verschillende organisaties. Als bekostigingssystematiek wordt het systeem van resultaatfinanciering gehanteerd. De organisaties worden niet meer afgerekend op aantal uren hulp, maar op basis van 'resultaat', waarbij de gemeente Breda een vast bedrag per 4 weken uitkeert om het 'resultaat' te bereiken, ongeacht het aantal uren hulp dat zij bieden. Hoeveel hulp een cliënt precies krijgt, wordt door de aanbieder bepaald.

Bij de huishoudelijke hulp wordt als resultaat 'schoon huis' aangehouden. Het is aan de huishoudelijke hulporganisaties om te bepalen hoeveel uren hulp burgers krijgen om dat resultaat te bereiken. Sinds begin 2015 hebben veel burgers een herbeoordeling van de omvang van de huishoudelijke hulp gekregen op resultaat 'schoon huis'. Daardoor hebben de meeste cliënten minder uren hulp gekregen. Voorheen werd onder huishoudelijke hulp ook andere taken naast 'schoon huis' verstaan, die onder het voeren van een dagelijks huishouden vallen. Bij de herbeoordeling door de huishoudelijke hulporganisatie wordt eerst beoordeeld wat burgers op eigen kracht kunnen, wat het sociaal netwerk eventueel kan doen en vervolgens hoeveel hulp minimaal nodig is om het resultaat 'schoon huis' te bereiken. Bij de Jaarrekening 2016 is het bedrag voor huishoudelijke hulp dat de gemeente uitgeeft enigszins opgehoogd, aangezien uit steekproeven en meldingen van cliënten bleek dat huishoudelijke hulporganisaties te strak oordeelden, met name daar waar de zelfredzaamheid echt in het geding was. Ook heeft de gemeente gesprekken met de aanbieders gevoerd over de beoordeling van de benodigde uren hulp om de problemen op te lossen.

Ten aanzien van de bekostigingssystematiek in de resultaatfinanciering heeft de Voorzieningenrechter Noord-Holland in mei 2017 uitspraak gedaan over de constructie waarin de aanbieder zelf bepaalt hoeveel uren hulp benodigd zijn en hoeveel hulp cliënten krijgen. De rechter oordeelt dat gemeenten verantwoordelijk zijn en blijven voor de toekenning van de hoeveelheid hulp en dat zij die verantwoordelijkheid niet sec bij de aanbieders mogen neerleggen. In de beschikkingen dienen ook afspraken omtrent de hoeveelheid benodigde hulp opgenomen te worden, zodat cliënten op basis hiervan een beroepsmogelijkheid bij de gemeente

hebben. Dat is nog niet opgenomen in de Bredase beschikkingen, alleen het te bereiken 'resultaat' staat vermeld.

De gemeente Breda is de uitvoering van het Wmo-beleid nog verder aan het ontwikkelen, evenals de andere gemeenten in Nederland. De gemeente Breda wil graag tot zoveel mogelijk integraal maatwerk voor cliënten komen, monitort de kwaliteit van de hulp daarom regelmatig en zet o.a. leertrajecten in voor medewerkers/gespreksvoerders om dit te bereiken. Het is nog een voortgaand groeiproces, aldus de gemeente Breda, dat samen met de organisaties en de cliënten c.q. de belangenorganisaties wordt doorgemaakt.

Aantal cliënten in Breda

Halverwege 2017 ontvangen in totaal 12.836 cliënten een of meer Wmo-maatwerkvoorzieningen. Het totaal aantal cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening blijft redelijk stabiel in Breda. In de periode begin 2015-2017 is een behoorlijke afname te zien van het aantal cliënten in Breda dat huishoudelijke hulp ontvangt. Daarnaast is een afname te zien van het aantal cliënten met een verplaatsingsvoorziening. Daarentegen hebben wat meer cliënten een woningaanpassing ontvangen en wordt meer begeleiding bij de zelfredzaamheid en dagbesteding gegeven.

Uit de bestandsanalyse komt naar voren dat veruit de meeste hulpbehoevenden die een beroep op de Wmo doen, ouderen, vrouwen en alleenwonenden zijn. Ouderen ontvangen met name voorzieningen als deeltaxi en/of huishoudelijke hulp. Evenals landelijk leidt een afname van huishoudelijke hulp vooral tot minder hulp aan ouderen. Begeleiding en dagbesteding wordt in Breda voornamelijk aan personen jonger dan 65 jaar verstrekt (tweederde van diegenen met begeleiding is jonger dan 65 jaar) en relatief weinig aan ouderen en vrouwen. Met name aan 85-plussers wordt relatief weinig begeleiding, dagbesteding en woningaanpassingen verstrekt.

Landelijk/gemeentelijk onderzoek naar de Wmo

Uit reeds verrichte onderzoeken in den lande komen wisselende resultaten met betrekking tot de Wmo. Uit het landelijk verplichte klantervaringsonderzoek blijkt dat de meeste cliënten (in Breda 82%) tevreden zijn over de kwaliteit van de geboden Wmo-hulp/ondersteuning. Daarnaast komt uit de meeste onderzoeken naar de Wmo naar voren dat een belangrijk deel van de cliënten een tekort aan hulp ervaart. Hulpbehoevenden zelf, mantelzorgers, maar ook uitvoerenden in de zorg oordelen dat de hulp niet altijd voldoende is om de beperkingen in de zelfredzaamheid te compenseren en langer zelfstandig thuis te kunnen wonen. Het percentage cliënten dat een tekort aan hulp ervaart wisselt per onderzoek. Zo komt uit het schriftelijke klantervaringsonderzoek (2017) in Breda dat 40% van de Bredase geënquêteerden meldt (deels of geheel) onvoldoende hulp te ontvangen. Uit andere onderzoeken in den lande komt naar voren dat zo'n 50% of zelfs 60% van de cliënten een tekort aan hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid ervaart. De percentages wisselen al naar gelang de vraagstelling, de onderzochte groep, de manier van benaderen (bv digitaal, schriftelijk of via een persoonlijk gesprek) en deels al naar gelang de gemeente (en verschillen in beleid bij gemeenten).

Naast het feit dat cliënten ervaren dat te weinig hulp wordt ingezet komen als belangrijke knelpunten uit b.v. onderzoek van het SCP, de landelijke Transitiecommissie en rekenkameronderzoek in andere gemeenten o.a.:

- hoge werkdruk voor professionals, deel van het werk en zorgtaken blijven liggen;
- zwaardere belasting en risico op overbelasting van mantelzorgers, te weinig mantelzorgondersteuning;
- nog geen echt integraal maatwerk, nog te weinig preventie en te weinig vroegtijdig oppakken van de hulpbehoefte. Dat vergroot het risico op zorgmijding;
- groot informatiegebrek bij hulpbehoevenden/burgers, terwijl veel gevraagd wordt van de mondigheid en zelfredzaamheid van burgers, ook in het organiseren van hulp.
- belangrijke toegangsobstakels, zoals ingewikkelde aanvragen, obstakels in de doorverwijzing naar het wijkteam, (te) veel nadruk op eigen zelfredzaamheid en het sociaal netwerk, risico op het niet signaleren van hulpbehoefte;

- te weinig afstemming van verschillende soorten hulp/zorg (i.c. binnen de Wmo en tussen Wmo, Zorgverzekeraar (thuiszorg) en Wlz), en te weinig overleg tussen organisaties/hulpverleners over alle hulp die burgers thuis krijgen c.q. nodig hebben.

2. De uitkomsten uit het kwalitatieve onderzoek in Breda

De Rekenkamer heeft 108 interviews met Wmo-cliënten en Wmo-aanvragers in Breda gehouden, waaronder (ook) met 29 mantelzorgers.

Hoe ziet de onderzochte groep er uit qua persoonlijke kenmerken?

De verdeling van de geïnterviewde groep is over het geheel genomen goed representatief voor de gehele groep Wmo-ers in het gemeentelijke bestand wat betreft persoonlijke kenmerken. De geïnterviewde groep bestaat voornamelijk uit 65-plussers (80%) of eigenlijk preciezer vooral 75-plussers (ca. 60%). Ongeveer 20% is ouder dan 85 jaar. Het zijn voor tweederde vrouwen en voor tweederde alleenwonenden, 70% heeft een laag inkomen (alleen AOW of AOW plus een zeer klein pensioen) en een belangrijk deel heeft een klein sociaal netwerk. De cliëntengroep van de Wmo vertoont nauwelijks overlap met de cliëntengroepen van de jeugdzorg of Participatiewet. Zo heeft slecht een klein deel schulden en/of een bijstandsuitkering.

Het merendeel van de cliënten heeft meerdere ernstige chronische aandoeningen en beperkingen in de dagelijkse handelingen. Bij meer dan de helft van de cliënten (54%) gaat het om een combinatie van lichamelijke aandoeningen/beperkingen én geestelijke aandoeningen/beperkingen. Veel cliënten hebben mobiliteitsproblemen en meerdere ADL(H)-beperkingen, waardoor het functioneren in het dagelijkse leven en het voeren van een huishouden worden beperkt. In een aantal gevallen leiden lichamelijke beperkingen tot volledige afhankelijkheid van hulp van anderen.

Over het geheel genomen zijn psychische/psychiatrische problemen echter het meest beperkend voor de zelfredzaamheid: door dementie, psychiatrische problematiek, gebrekkig (geworden) bevattingvermogen en daardoor een geringe psychische zelfredzaamheid. In meerdere gevallen leidt dat (op termijn) tot volledige afhankelijkheid.

De zelfredzaamheid van ruim driekwart van de cliënten is matig (43%), slecht (26%) tot zeer slecht (12% heeft een zeer geringe zelfredzaamheid). Met ongeveer 20% gaat het wel en zij kunnen zich momenteel (weer) redelijk tot goed zelf redden. Het aantal en de ernst van de aandoeningen en beperkingen nemen over het geheel genomen toe in de tijd met het stijgen van de leeftijd.

Ook de meeste mantelzorgers die gesproken zijn, hebben overigens aandoeningen en beperkingen. In een 12-tal gevallen is de mantelzorger overbelast geraakt of dusdanig ziek (of overleden) dat de mantelzorg gestopt is.

Uit de gesprekken komt een beeld naar voren dat cliënten met enkelvoudige en weinig ernstige aandoeningen zich nog wel redelijk kunnen redden. Cliënten met ernstige beperkingen en vooral de cliënten met meervoudige (zowel lichamelijke als psychische) beperkingen hebben veel hulp nodig om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen.

Hoe beleven de cliënten de toegang tot de Wmo en de toewijzing van de Wmo-hulp?

Veel cliënten en mantelzorgers ontbreekt het aan informatie over waar en hoe verschillende vormen van hulp en zorg aangevraagd kunnen worden. De Wmo wordt voornamelijk met de gemeente en met huishoudelijke hulp en deeltaxi geassocieerd. Zorg voor elkaar Breda is nog relatief onbekend. En onderdelen van de Wmo als begeleiding, dagbesteding en mantelzorgondersteuning zijn relatief onbekend. Cliënten vinden het al snel (te) ingewikkeld. Er heerst veel onzekerheid over hoe het zit met verschillende vormen van hulp en zorg. Relatief weinig cliënten zijn digitaal aangesloten. De wereld van beleidsmakers en de overheid staat erg ver van cliënten af.

Bijna de helft van de Wmo-aanvragers, die zich de aanvraag kunnen herinneren¹, meldt dat één of meer Wmo-aanvragen niet (geheel) soepel verliepen. Zij ondervonden obstakels en knelpunten bij hun hulpvraag.

Knelpunten die cliënten noemen zijn:

- Het is onduidelijk waar en hoe de aanvraag ingediend kan worden en wat de procedure vervolgens is. Advies en uitleg over hoe het gehele zorglandschap in elkaar steekt en welke hulp cliënten waar en hoe kunnen krijgen, wordt door nogal wat cliënten gemist. Respondenten zeggen dat veel van de mondigheid van cliënten gevraagd wordt in het formuleren van een duidelijke hulpvraag en het verkrijgen van hulp. Met name mensen met psychische aandoeningen, complexe aandoeningen en weinig zelfredzaamheid (i.c. veel kwetsbare ouderen) formuleren echter vaak geen duidelijke hulpvraag en kunnen niet gemakkelijk over hun gehele situatie praten. Dergelijke beperkingen en situaties zijn ook erg moeilijk in te schatten aan de telefoon. De meeste cliënten hebben telefonisch een hulpmelding gedaan.
- Weinig cliënten hebben naar hun beleving² een integraal gesprek gehad bij hun hulpmelding. Een deel zegt dat er weinig geluisterd en weinig doorgevraagd werd naar hun gehele situatie, soms dat er afstandelijk of zelfs onaardig gereageerd werd. Een ander deel zegt dat het gesprek zich voornamelijk concentreerde op voorzieningen en of iemand daarvoor in aanmerking komt of niet (en het gesprek daardoor weinig over hun problemen en hulpbehoeften ging). Ook zegt een deel dat al snel in het gesprek gefocust werd op één voorziening en het daardoor niet mogelijk leek om meerdere voorzieningen en meerdere vormen van hulp tegelijk aan te vragen.
- Nogal wat respondenten zeggen dat bij hun hulpmelding naar hun mening te snel en te veel geconcentreerd wordt op wat zij zelf moeten organiseren, op wat het sociaal netwerk moet doen en te weinig op het concreet bieden van hulp en ondersteuning. Van de 15 cliënten die in het Zorg voor elkaar bestand te boek stonden als 'andere oplossing dan Wmo', is de meerderheid van mening dat zij geen concrete hulp hebben gekregen bij hun hulpmelding. Ruim de helft heeft overigens na meerdere keren bellen toch Wmo-hulp gekregen. Drie personen (van de 15) hebben wel een alternatieve oplossing gekregen in de vorm van hulp door een vrijwilliger.
- Een aantal cliënten zegt van het kastje naar de muur gestuurd te zijn en onvolledige of onjuiste informatie gehad te hebben.
- De aanvraag en toekenning duren lang en urgente hulp blijkt vaak niet mogelijk. Cliënten die urgent hulp nodig hebben en naar Zorg voor elkaar Breda gebeld hebben, zeggen merendeels geen hulp te hebben ontvangen. Een aantal cliënten is daardoor genoodzaakt geweest om tijdelijk naar een zorghotel of verzorgingshuis te gaan.

Ook ten aanzien van de Wmo **beoordelingen/(her)beoordelingen** zegt een meerderheid van de cliënten niet echt een integraal gesprek gehad te hebben. De meeste cliënten hebben bij de vraag naar het integrale gesprek met name het herbeoordelingsgesprek over de huishoudelijke hulp voor ogen. De meeste cliënten met huishoudelijke hulp hebben inmiddels een herbeoordeling door de huishoudelijke hulporganisaties gekregen en minder uren hulp gekregen. Over dat herbeoordelingsgesprek en de herbeoordelingen bestaan veel onbegrip, frustraties en zorgen onder de cliënten. Het verminderen van de uren huishoudelijke hulp leidt tot een tekort aan hulp, zo stellen veel cliënten. Lang niet alle cliënten hebben hierover contact opgenomen met de gemeente en slechts weinigen hebben formeel bezwaar aangetekend. De cliënten die wel contact hebben opgenomen, hebben merendeels het gevoel dat zij van het kastje naar de muur gestuurd worden, omdat de gemeente zegt dat de huishoudelijke hulporganisaties

¹ Ongeveer eenderde weet niet (goed) meer hoe de aanvraag verliep. Veel cliënten hebben al lange tijd een Wmo-voorziening en een deel van de cliënten is geestelijk achteruitgegaan en vergeetachtig geworden, waardoor zij zich de aanvraag niet of moeilijk meer kunnen herinneren.

² Het gaat om de beleving van cliënten. Het kan zijn dat in het gesprek meer aan de orde is geweest en dat gespreksvoerders van mening zijn dat het wel zoveel mogelijk een integraal gesprek was. Dat is dan cliënten in ieder geval niet bijgebleven en is niet beklift in de beleving van cliënten.

verantwoordelijk is voor de vaststelling van de hoeveelheid hulp en de organisaties zeggen dat de gemeente hierover gaat.

De meeste cliënten die een woningaanpassing, scootmobiel, of begeleiding/dagbesteding hebben aangevraagd, zeggen wel een integraal gesprek gehad te hebben met iemand van de Wmo. Voor dit integrale gesprek bestaat veel waardering onder cliënten.

Welke hulp ontvangen cliënten bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig thuis wonen

Veel cliënten hebben combinaties van hulp, het meest een combinatie van mantelzorg en Wmo. Ongeveer 15% van de cliënten ontvangt geen andere hulp dan Wmo.

Particuliere hulp: Ruim eenderde van de thuis-geïnterviewden heeft zelf **particuliere hulp** c.q. voorzieningen ingekocht. Dit gaat met name om mensen met een iets hoger inkomen. Het meeste worden woningaanpassingen, een scootmobiel en huishoudelijke hulp ingekocht.

Mantelzorg: Tweederde van de cliënten ontvangt **mantelzorg**. De mate waarin varieert. Bij 37% van hen betreft dit intensieve dagelijkse mantelzorg, vaak door een partner, dochter/zoon of ouders. De meeste mantelzorgers die intensieve mantelzorg verlenen, vinden de mantelzorg erg zwaar. Weinig mantelzorgers ontvangen mantelzorgondersteuning.

Thuiszorg: Bijna eenderde van de cliënten ontvangt persoonlijke verzorging/wijkverpleging van de thuiszorg. Daar wordt vol lof over gesproken. Bij een aantal cliënten doet de thuiszorg meer dan wat eigenlijk tot hun werkzaamheden behoort, omdat er niemand anders is. De thuiszorg vormt een belangrijk steunpunt voor cliënten.

De ontvangen Wmo-hulp

Tweederde van de cliënten ontvangt huishoudelijke hulp via de Wmo. Bijna 60% heeft een deeltaxipas. Ongeveer 20% van de cliënten heeft begeleiding ontvangen en 6% dagbesteding. Zo'n 20% heeft een scootmobiel en 10% een rolstoel ontvangen. En zo'n 10% van de cliënten heeft een woningaanpassing ontvangen via de WMO.

Bij 16% van de cliënten is de aanvraag voor huishoudelijke hulp afgewezen en 8% van de cliënten heeft zelf van de huishoudelijke hulp afgezien vanwege de hoge eigen bijdrage. De meeste aanvragen voor andere voorzieningen zijn toegekend, behalve een aantal aanvragen voor woningaanpassingen (zelf betalen of advies: verhuizen).

Begeleiding en dagbesteding zijn de minst bekende Wmo-voorzieningen. Relatief weinig cliënten hebben dit zelf aangevraagd (vaak via anderen, zoals een mantelzorger, huisarts of psycholoog). Cliënten zelf formuleren hun hulpbehoefte vaak vager als 'hulp nodig bij organiseren/dingen regelen' of 'meer hulp op de dag nodig'. Deze vragen worden lang niet altijd herkend door het 'loket' als hulpvraag om begeleiding, zo komt naar voren.

Van de 20% die begeleiding heeft gekregen, is voor 10% van de cliënten een maatwerkvoorziening 'begeleiding' ingezet en voor zo'n 10% is begeleiding door een vrijwilliger ingezet. De begeleiding door een vrijwilliger ging niet in alle gevallen goed of bleek een passende, structurele oplossing te zijn, volgens de cliënten. Bij de helft van de cliënten is die begeleiding gestopt, omdat de vrijwilliger stopte of omdat de vrijwilliger niet passend bleek, of omdat de vrijwilliger misbruik maakte van de situatie (2x), zo vertellen cliënten. Ook de helft van de maatwerkvoorzieningen 'begeleiding' is inmiddels gestopt. Dit volgens cliënten ofwel omdat de GGZ of het bureau dat begeleiding gaf vanwege bezuinigingen de begeleiding stopte, ofwel omdat het traject fout liep (met name omdat de begeleiding niet toegesneden bleek op de ernst van de dementie of meervoudige complexe problemen en aandoeningen).

Ook de meeste dagbesteding is overigens inmiddels gestopt, dit volgens cliënten/mantelzorgers ofwel vanwege bezuinigingen bij de organisatie, ofwel omdat de dagbesteding niet passend bleek voor de cliënt. Volgens cliënten zijn geen (passende) alternatieven aan cliënten aangereikt, als de begeleiding of dagbesteding stopte.

Hoe beleven de cliënten de hulp en zijn cliënten tevredenheid over de hulp?

Het merendeel (ca. driekwart) van de respondenten is (geheel of grotendeels) tevreden over de WMO en de hulp/voorziening vanuit de WMO, die zij krijgen. Dat komt ongeveer overeen met de

uitkomsten uit het schriftelijke klantervaringsonderzoek Wmo, dat de gemeente Breda in 2016 en 2017 heeft verricht.

Zo'n 80% van de cliënten is tevreden over de huishoudelijke hulp, waarbij zij veelal de persoon van de hulp zelf voor ogen hebben. Ook over de andere voorzieningen zijn de meeste cliënten tevreden.

Het minst tevreden zijn cliënten over de begeleiding en de dagbesteding. Over de begeleiding door een vrijwilliger is ongeveer de helft tevreden en de helft niet (erg).

Ontvangen cliënten voldoende hulp, welke hulp komen zij eventueel tekort en hoe staat het met zorgmijdig?

Zo'n 60% van de respondenten zegt dat zij onvoldoende hulp hebben bij de zelfredzaamheid, de participatie en het langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Dat varieert van het ontbreken van een goedkope deeltaxipas, ontbreken van een rolstoel, scootmobiel of aangepaste fiets, woningaanpassingen tot het ontbreken van veel hulp gedurende de dag bij het organiseren en uitvoeren van de activiteiten van het dagelijkse leven.

Bij bijna een kwart van de geïnterviewden trof de Rekenkamer een situatie aan waarin veel te weinig hulp op meerdere fronten beschikbaar was en waar de zelfredzaamheid en het langer thuis kunnen wonen echt in het geding was. Het gaat hierbij vooral om personen die erg achteruit gaan, dementerend zijn of een ernstige psychiatrische aandoening hebben en mantelzorgers die veel te weinig ondersteuning hebben.

Overall bestaat de meeste behoefte aan meer huishoudelijke hulp: Bijna de helft van de cliënten zegt onvoldoende huishoudelijke hulp te hebben.

Daarnaast heeft een kwart van de cliënten een tekort aan 'begeleiding bij de zelfredzaamheid'.

Zo'n 6% van de cliënten heeft een tekort aan dagbesteding. En bij zo'n 10% gaat het om een tekort aan woningaanpassingen, vervoers- of verplaatsingsvoorzieningen.

Kunnen cliënten meer zelf doen of meer mantelzorg of particuliere hulp regelen en in hoeverre wordt het doel bereikt om dure specialistische en institutionele hulp voorkomen?

Kunnen cliënten meer zelf doen? Het grootste deel van de cliënten heeft meerdere chronische en progressieve aandoeningen. Bij meer dan de helft gaat het om een combinatie van lichamelijke en psychische aandoeningen. Gaande de tijd en met het stijgen van de leeftijd gaan de meeste cliënten steeds verder achteruit. Zij kunnen daardoor zelf steeds minder in plaats van meer doen en hebben steeds meer hulp nodig. Volgens cliënten wordt dat weinig beseft en wordt de achteruitgang weinig opgemerkt door de gemeente. Volgens de cliënten worden er weinig tussentijdse gesprekken gevoerd over of de hulp bij het stijgen van de leeftijd nog wel adequaat is. Daarentegen zeggen veel cliënten eerder minder professionele hulp gaande de tijd te ontvangen dan meer hulp en worden zij geconfronteerd met tijdelijkheid van toewijzing van hulp. Het risico bestaat dat de omvang van de hulpbehoefte van cliënten en de omvang van de geboden hulp steeds verder uiteen gaan lopen.

Kunnen de cliënten meer hulp inkopen en meer mantelzorg vragen? De meeste cliënten hebben een laag inkomen en kunnen zelf niet meer hulp of voorzieningen inkopen. Ook zien de meeste cliënten geen of weinig mogelijkheden om meer hulp van hun sociaal netwerk te vragen. In enkele gevallen doen mantelzorgers i.c. dochters wel daadwerkelijk meer. Veel mantelzorgers voelen ook een grote druk om intensief mantelzorg te verlenen. De meeste cliënten hebben echter een klein sociaal netwerk, waarvan een belangrijk deel ook gebrekkig/oud is, en/of wonen de kinderen of vrienden ver weg. Veel cliënten zeggen dat mantelzorgers al veel doen (tweederde ontvangt immers mantelzorg) en dat zij niet meer kunnen vragen. In een aantal gevallen is de mantelzorg al (te) zeer zwaar belast c.q. overbelast en in zo'n 10% van de gevallen gestopt, omdat de mantelzorger zelf ziek werd en/of overleed. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot een opname van cliënten in een verzorgingshuis.

Bij de meeste cliënten is de boodschap dat zij geacht worden om minder van professionele hulp van de overheid en verzekeraars gebruik te maken, wel aangekomen. Over of dit tot meer zelf inkopen of meer mantelzorg heeft geleid, is aan de hand van dit onderzoek niet zonder meer een uitspraak te doen. Dat de boodschap eerder tot ontmoediging in het aanvragen van hulp heeft

geleid, kan deels wel worden vastgesteld aan de hand van de interviews. De uitkomsten met betrekking tot het grote ervaren tekort aan hulp, zoals dat uit de interviews naar voren komt, leidt tot de conclusie dat minder professionele hulp eerder leidt tot zorgmijding en het ontbreken van voldoende hulp, dan tot alternatieve hulp. Leemten in de hulp worden kennelijk niet (geheel) opgevuld.

Voor cliënten die enkelvoudige voorzieningen nodig hebben en verder weinig mankeren, blijkt de Wmo wel goed te gaan, zo komt uit het onderzoek naar voren. Voor hen is het Wmo-beleid voldoende en adequaat. Voor cliënten die meer mankeren/meer beperkingen hebben (en hun ev. mantelzorgers), is de huidige (Wmo)aanpak echter vaak niet voldoende. Juist bij mensen die meer en complexere hulp nodig hebben, loopt de hulp en zorg veelal moeizaam. Vooral cliënten die op meerdere vlakken hulp nodig hebben, vallen nogal eens tussen wal en schip. Bij een belangrijk deel van de cliënten met een geringe/verminderde zelfredzaamheid, waaronder veel ouderen, bestaat een grote behoefte aan praktische ondersteuning bij de dagelijkse huishoudelijke handelingen en bij het organiseren van het dagelijkse leven. Dit is ook vaak een bescheiden groep, die weinig klaagt en zelf weinig vraagt. Het is niet een hele mondige groep, een groep die niet erg voor zichzelf opkomt en zelf heel snel, duidelijk en goed onder woorden brengt of kan brengen wat hun situatie precies is en wat zij nodig hebben. Eerder trekken zij zich meer terug en denken 'laat mij maar', dan dat zij zelf aan de bel trekken. In die gevallen werkt het beleid gericht op het vooral benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van burgers en het sociale netwerk, met name bij een deel van de Wmo-doelgroep averechts ten aanzien van het krijgen van voldoende hulp op maat.

Doordat bij de hulpmelding vaker (eerst) verwezen wordt naar de eigen zelfredzaamheid, het sociaal netwerk, vrijwilligerswerk en het zelf betalen van voorzieningen, bestaat het risico dat de gemeente Breda hulpvragen en hulpbehoefte mist. Daardoor hulpbehoevenden vaak pas in een later stadium gemeentelijke hulp krijgen, mist de gemeente Breda kansen op vroegtijdig signaleren en oppakken van problemen en preventieve maatregelen om 'erger' (dure, specialistische en/of institutionele hulp) te voorkomen.

Een belangrijk probleem dat cliënten verder ervaren, is dat iedere hulp op zich lijkt te staan en dat voor iedere vorm van Wmo-hulp apart een aanvraag en toekenningstraject voor de hoeveelheid hulp doorlopen moet worden. Iedere aanbieder stelt immers voor zijn/haar onderdeel vast hoeveel hulp cliënten krijgen. Er wordt nog te weinig integraal (van tijd tot tijd onderzocht en) afgestemd binnen de Wmo welke en hoeveel hulp cliënten allemaal nodig hebben om goed langer zelfstandig thuis te kunnen wonen, zo blijkt uit de ervaringen van cliënten. En hoewel de huishoudelijke hulporganisaties de opdracht hebben om een tekort aan hulp te melden (op welk gebied dat tekort dan ook bestaat), lijkt daar nog weinig van terecht te komen, aldus de ervaringen van cliënten. Aangezien de organisaties zelf de hoeveelheid hulp vaststellen die cliënten krijgen, is het (mogelijk) ook niet direct in hun belang om een hulptekort (op hun gebied) aan de gemeente te melden.

Ook is nog te weinig integrale afstemming, overleg en aansluiting tussen de Wmo, huisartsen, de thuiszorg en bijvoorbeeld de Wet langdurige zorg, maar ook ten aanzien van maatschappelijk werk, psychologen e.d., over de hulp en zorg op verschillende vlakken, aldus cliënten. Met name als cliënten complexe problemen hebben en steeds meer achteruitgaan, vallen volgens geïnterviewde cliënten en mantelzorgers hiaten in de hulp. Dat vergroot het risico op zorgmijding en op het plotseling optreden van een crisissituatie, waardoor opname in een instelling noodzakelijk kan worden.

Zo betreft de huishoudelijke hulp vanuit de Wmo vaak maar (maximaal) een paar uur per week en betreft de begeleiding bij de zelfredzaamheid vanuit de Wmo eveneens vaak maar maximaal één of twee uur per week (en bestaat meestal uit een gesprek, niet uit praktische hulp). Voor meer zelfredzaamheidshulp wordt vaak verwezen naar de thuiszorg, die persoonlijke verzorging biedt. Maar de thuiszorg en de verzekeraars zijn doorgaans van mening dat hun taak vooral op de medische verzorging ligt, naast het 's morgens wassen en aankleden, en 's avonds naar bed brengen. Meer tijd op de dag heeft de thuiszorg niet. De Wet langdurige zorg is verder bijna uitsluitend toegankelijk voor cliënten die 24-uurszorg nodig hebben (meestal in een instelling). Bij meerdere cliënten kwamen deze hiaten in de beschikbare hulp en zorg naar voren.

Tot slot kunnen aan de hand van dit onderzoek geen harde conclusies getrokken worden over de omvang van zorgmijding in Breda. Wel komen er belangrijke aanwijzingen uit, dat de gemeente Breda de uitvoering van de doelen van de Wmo, te weten 'voldoende integrale zelfredzaamheidshulp op maat om dure specialistische en institutionele hulp/zorg te voorkomen en hulpbehoevenden langer thuis te laten wonen', verder kan verbeteren. Het onderzoek biedt duidelijke aanwijzingen waar en op welke vlakken verbeteringen kunnen plaatsvinden om die doelen beter te bereiken door de gemeente Breda in samenwerking met andere organisaties, die hierbij betrokken zijn.

Hoofdstuk 1. Het onderzoek naar de Wmo in Breda

1.1 Inleiding

De Rekenkamer Breda voert in de periode maart 2017- nov. 2017 een onderzoek uit naar de hulp/ondersteuning bij de zelfredzaamheid in Breda en hierbinnen de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Per 1 januari 2015 is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgeheven en zijn de onderdelen 'begeleiding bij de zelfredzaamheid, dagbesteding en beschermd wonen/opvang' toegevoegd aan de 'oude' Wmo en gedecentraliseerd naar de gemeenten. In de 'oude' Wmo (2007) boden gemeenten al maatschappelijke ondersteuning aan hulpbehoevenden als huishoudelijke hulp, vervoers- en verplaatsingsvoorzieningen en woningaanpassingen. Tezamen vormen de oude en nieuwe taken vanaf 1 januari 2015 de nieuwe Wmo 2015. De oude AWBZ-onderdelen 'persoonlijke verzorging' en 'wijkverpleging' zijn naar de Zorgverzekeringswet en daarmee naar de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars overgegaan. De intensieve langdurige zorg is van de AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) overgegaan en onder verantwoordelijkheid van het Rijk gebleven. Tegelijkertijd met de toevoeging van de nieuwe Wmo-taken zijn per 1 jan. 2015 ook de jeugdzorg en de nieuwe Participatiewet gedecentraliseerd naar de gemeenten.

De decentralisaties betekenen een omvangrijk nieuw takenpakket voor gemeenten en betekenen veel voor burgers die afhankelijk zijn van deze regelingen. De media besteden in de afgelopen twee jaar veel aandacht aan (aanloop)problemen en discussiepunten in de gedecentraliseerde Wmo, onder meer aan het wel of niet bieden van huishoudelijke hulp, of cliënten de eigen bijdragen wel kunnen betalen, of gemeenten mogelijk voor te lage bedragen aanbesteden, of daardoor mogelijk faillissementen van instellingen optreden, problemen bij de uitbetaling van pgb's, het optreden van mogelijke zorgfraude, financiële overschotten op de Wmo bij gemeenten en bijvoorbeeld de vraag of burgers wel voldoende hulp krijgen om langer thuis te kunnen wonen.

Inmiddels is al veel onderzoek in den lande gedaan naar verschillende aspecten van het sociaal domein c.q. de drie decentralisaties. De meeste onderzoeken richten zich op doelen, processen en uitvoeringsaspecten van de Wmo, Participatiewet en Jeugdzorg. De algehele indruk landelijk en bij gemeenten is dat de uitvoering van de Wmo-hulp en zorg in principe goed georganiseerd is en relatief goed loopt.

Relatief weinig onderzoek richt zich vooralsnog op de vraag hoe de decentralisaties en in dit geval de hulp/ondersteuning bij de zelfredzaamheid uitpakt voor de burgers. Krijgen burgers, die dat nodig hebben, voldoende hulp en ondersteuning thuis om zo lang mogelijk zelfredzaamheid te zijn, zelfstandig te kunnen wonen en te participeren, zodanig dat een beroep op dure institutionele zorg voorkomen wordt?

Onderzoeken die wel onder burgers gedaan zijn, laten een wisselend beeld zien. Uit het landelijke klantervaringsonderzoek Wmo, dat gemeenten verplicht uitvoeren in 2016 en 2017, komt naar voren dat 70% à 80% van de respondenten tevreden is over de kwaliteit van de Wmo hulp. Ook in Breda is ruim driekwart tevreden over de kwaliteit van de hulp die zij ontvangen (Wmo klantervaringsonderzoek Breda, raadsbrief 19 juni 2017). Daarnaast blijkt echter uit onderzoek dat behoorlijk wat burgers hulp tekort komen om goed zelfredzaam te zijn en zelfstandig te kunnen blijven wonen. Zowel landelijk onderzoek (bv van het SCP), als gemeentelijke onderzoeken constateren dat zo'n 40% tot 60%³ van de hulpbehoevenden onvoldoende hulp krijgen om zelfredzaam te zijn, het huis goed op orde te houden en goed zelfstandig te kunnen blijven wonen. Hulpbehoevenden krijgen niet altijd de hulp en/of hulpmiddelen die het best bij hen past en zij krijgen niet altijd voldoende (uren) hulp die zij nodig hebben. Het SCP (2017) en bijvoorbeeld de Rekenkamer Den Haag (2017) constateren dat cliënten vooral veel obstakels tegenkomen in de toegang tot de hulp en bij de bepaling welke en hoeveel hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid hulpbehoevenden krijgen.

³ Afhankelijk van de onderzochte groep(en) en de vraagstelling wisselt dit percentage.

Ook bij de gemeenteraad van Breda leven vragen over hoe de Wmo nu precies uitpakt voor de burgers in Breda en welke verbeteringen eventueel aangebracht kunnen worden. Voor de gemeenteraad is het belangrijk om goed zicht te hebben op de maatschappelijke effecten van de Wmo voor de burgers en de cliëntbeleving omtrent hoe de Wmo en de eventuele andere zelfredzaamheidshulp uitpakt. Het gaat immers in de Wmo ultimo om of de hulpbehoevende burgers zelf (samen met hun mantelzorgers) langer zelfredzaam kunnen blijven en langer zelfstandig thuis kunnen wonen. Daarom verricht de Rekenkamer Breda in 2017 een kwalitatief onderzoek naar de beleving van Bredase burgers zelf ten aanzien van de hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid en zelfstandig wonen. Hiertoe heeft de Rekenkamer 108 Bredase Wmo-aanvragers en Wmo-cliënten in het onderzoek gesproken.

1.2 De onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag is:

‘Krijgen de burgers, die dat nodig hebben, momenteel naar hun beleving voldoende hulp/ondersteuning om zolang mogelijk zelfredzaam te kunnen zijn en zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen; en hoe beleven de burgers de hulp en ondersteuning die zij via de Wmo van de gemeente Breda krijgen?’

De deelvragen zijn in deze:

7. Welke visie heeft het Rijk op de Wmo en welke eisen zijn in de Wmo 2015 door het Rijk gesteld aan de gemeentelijke uitvoering;
8. Hoe ziet de aanpak en uitvoering van de Wmo in Breda er uit (‘Breda Doet’);
9. Welk beeld komt uit ander (landelijk/gemeentelijk) onderzoek met betrekking tot de Wmo en wat laat een vergelijking met het beeld in Breda zien;
10. Om hoeveel (en welke) cliënten gaat het in totaal in Breda (totale doelgroep) en om welke cliënten gaat het in het onderzoek (kenmerken, leefsituatie, beperkingen);
11. Welke hulp (Wmo en andere zelfredzaamheidshulp) ontvangen de cliënten/mantelzorgers, hoe beleven⁴ zij die hulp en krijgen zij voldoende integrale hulp op maat om zo lang mogelijk zelfredzaam te kunnen zijn en zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven wonen, volgens cliënten; welke knelpunten zitten hierin;
12. Krijgen hulpbehoevenden de laatste jaren meer hulp van mantelzorgers en/of kopen zij zelf meer hulp in; is het mogelijk voor de hulpbehoevenden om een groter beroep op mantelzorg te doen en/of meer zelf hulp te betalen;
13. Hoe beleven de geïnterviewde burgers/cliënten (en de ev. mantelzorgers) de toegang⁵, het ‘keukentafel’gesprek en de toewijzing van de Wmo-hulp in Breda; welke knelpunten zitten hierin; krijgen hulpvragers meer andere oplossingen dan Wmo aangereikt door de gemeente en hoe beleven zij die andere oplossingen;
14. Wordt in de uitvoering van de Wmo(-hulp) voldoende aandacht besteed aan preventie c.q. het voorkomen van dure institutionele hulp (c.q. erger) en aan een integrale aanpak van alle hulpvragen van burgers op alle sociaal-maatschappelijke vlakken, volgens de cliënten; en is er iets te zeggen over zorgmijding in Breda.
15. Wordt in de uitvoering van de Wmo(-hulp) voldoende aandacht besteed aan preventie c.q. het voorkomen van dure institutionele hulp (c.q. erger) en aan een integrale aanpak van alle hulpvragen van burgers op alle sociaal-maatschappelijke vlakken, volgens de cliënten;

⁴ Hierbij worden ook vragen gesteld over de inrichting van de hulp/zorg (welke zorg, pgb, wie regelt, wie levert de hulp/zorg), de omvang en kwaliteit van de hulp, maatwerk, het vertrouwen in de hulp/hulpverleners, de coördinatie van de zorg, aantallen hulpverleners, de flexibiliteit van de zorg (en mogelijkheden tot snelle tijdelijke aanpassingen), eventuele veranderingen die hebben plaatsgevonden e.d.

⁵ Hierbij wordt ook ingegaan op de vindbaarheid van de zorg, de keuzemogelijkheden, het traject hoe tot afspraken over de benodigde zorg is gekomen, de eigen bijdragen en of de hoogte ev. een belemmering is, of het vooraf duidelijk was wat de cliënten konden verwachten, of een onafhankelijke cliëntondersteuner aanwezig was, hoe de benadering was, wie het zorgplan opstelt, hoe snel de zorg geregeld werd e.d.,

Het onderzoek is voornamelijk bedoeld om leerpunten en verbeterpunten aan te geven en handvatten te kunnen bieden om verdere verbeteringen aan te kunnen brengen. Het transitie- en transformatieproces van de Wmo loopt nu net twee jaar en alle gemeenten, ook Breda, zijn nog volop bezig met het verder vormgeven en verbeteren van deze omvangrijke en ingewikkelde opgave. Het is een langdurig groeiproces, waarin nog voortdurend veranderingen plaatsvinden. De Rekenkamer hoopt met dit rapport bij te dragen aan dit groeiproces en focust daarom in dit rapport op knelpunten en verbeterpunten. Het rapport is niet bedoeld als een 'afrekenrapport', in de zin dat de gemeente Breda het 'fout' zou doen.

1.3 De opzet van het onderzoek, de steekproeven en respons

De opzet van het onderzoek is afgestemd met de gemeenteraad, de verantwoordelijk wethouder en de ambtelijke organisatie van de gemeente Breda. In het onderzoek wordt allereerst een beschrijving gegeven van het Wmo-beleid, zowel landelijk als van de gemeente Breda. Daarna volgt een kort overzicht van uitkomsten uit landelijk en gemeentelijk onderzoek naar de uitvoering van de Wmo 2015. De hoofdmoot van het onderzoek bestaat uit een kwalitatief onderzoek onder Bredase Wmo-cliënten en -aanvragers.

Steekproef - respons

In eerste instantie wilde de Rekenkamer in het kader van het kwalitatieve onderzoek zelf een aselecte steekproef trekken uit het Bredase Wmo-bestand. Na een aanvraag hiertoe bij de privacyfunctionaris en de wethouder bleek dat de gemeente Breda geen steekproef wenste⁶ te verstrekken aan de Rekenkamer in verband met privacykwesties⁷ en de kwetsbare doelgroep. Daarom is de opzet van het onderzoek aangepast. De opzet van het onderzoek bestaat vervolgens uit:

1. Ten eerste: als Rekenkamer een separate brief meesturen met het landelijk verplichte klantervaringsonderzoek Wmo, dat de gemeente Breda in april-mei 2017 onder Bredase Wmo-ers houdt. Via een separaat antwoordformulier bij de klantervaringsenquête konden respondenten zich aanmelden voor een gesprek met de Rekenkamer. Het was de bedoeling om als Rekenkamer ongeveer 30 à 40 thuisinterviews te voeren met respondenten⁸ uit deze groep. Uiteindelijk hebben ca. 100 personen gereageerd en heeft de Rekenkamer via deze route 42 respondenten thuis gesproken en 46 telefonische⁹ gesprekken gevoerd met Wmo-cliënten. Daarnaast heeft de Rekenkamer een aantal vragen toegevoegd aan het klantervaringsonderzoek, o.a. de vraag of cliënten van mening zijn dat zij voldoende hulp ontvangen.

⁶ De redenen waren: a. dat de wethouder geen namen en adressen wilde verstrekken aan de Rekenkamer in verband met de privacy van burgers; en b. dat het verwarrend zou zijn voor burgers om 2 verschillende uitnodigingen voor 2 verschillende onderzoeken te krijgen, wat onwenselijk geacht werd door de wethouder gezien de kwetsbaarheid van de betreffende WMO-groepen en de onrust die toch al bestaat onder deze groepen door de herindicaties en de onzekerheid over hun hulp en zorg.

⁷ Uit navraag bij de Autoriteit Persoonsgegevens blijkt dat Rekenkamers in principe altijd mogen beschikken over persoonsgegevens ten behoeve van onderzoek, mits er integer en vertrouwelijk mee omgegaan wordt. Gemeenten kunnen verwijzen naar bijzondere omstandigheden en op grond hiervan het verstrekken van gegevens afwijzen, maar zij moeten dat goed onderbouwen. Alleen naar het aspect 'privacy' verwijzen, is geen reden om de benodigde onderzoeksgegevens niet aan de Rekenkamer te verstrekken.

⁸ De doelgroepen 'beschermd wonen en maatschappelijk opvang' zijn in overleg met de wethouder en de WMO-ambtenaren terzijde gelaten in dit onderzoek o.a. vanwege de regionale functie van 'beschermd wonen/opvang', vanwege de kwetsbaarheid van deze groepen (vaak ernstige psychiatrische problematiek) en het feit dat zij niet zelfstandig wonen.

⁹ Omdat veel meer personen zich aangemeld hadden voor een gesprek met de Rekenkamer, is de Rekenkamer op een gegeven moment overgegaan op telefonische gesprekken. Daarbij is telefonisch eerst zoveel mogelijk beoordeeld of respondenten wel mondig genoeg zijn voor een telefonisch gesprek of dat toch een thuisinterview gehouden zou worden.

2. Ten tweede is een aparte steekproef van 50 personen getrokken uit het bestand van Zorg-voor-elkaar Breda (toegangslot) onder burgers die in 2016 een vraag om hulp en ondersteuning op het gebied van de WMO hebben gesteld. Zorg-voor-elkaar Breda heeft als doel om in eerste instantie zoveel mogelijk naar andere oplossingen (dan WMO-voorzieningen) te zoeken samen met de burgers. Om die 'andere oplossingen' te onderzoeken, zijn in dit deel van het onderzoek vooral WMO-aanvragers benaderd die 'andere oplossingen dan WMO' aangeboden hebben gekregen. Daarnaast is een aantal WMO-aanvragers met een hoge leeftijd (85+) benaderd om zeker te zijn dat voldoende 85-plussers aan het onderzoek meedoen. Dit is immers een zeer kwetsbare groep, die vaak ondervetegenwoordigd is in onderzoek. Uiteindelijk zijn 21 respondenten (van de 50 benaderden) via Zorg-voor-elkaar Breda gesproken, 15 personen met 'andere oplossingen' en 6 85-plussers.
3. Ten derde heeft de Rekenkamer een kort vragenlijstje naar een tiental huisartsenpraktijken gestuurd en een korte ronde¹⁰ onder enkele andere organisaties gehouden om als Rekenkamer enigszins zicht te krijgen op de mate van (actieve of passieve¹¹) zorgmijding in Breda. In hoeverre bereikt de gemeente (actieve of passieve) zorgmijders en is er iets te zeggen over de redenen waarom deze mensen te weinig zorg ontvangen?

1.4 Hoofdstukindeling

Het rapport bestaat uit de volgende delen:

- Hoofdstuk 1 Inleiding, onderzoeksvragen en onderzoeksopzet
- Hoofdstuk 2: Doelen, uitgangspunten en eisen van de Wmo 2015, de Bredase aanpak ('Breda Doet') van de Wmo, de inrichting in Breda en een overzicht van uitkomsten uit (landelijk en gemeentelijk) onderzoek;
- Hoofdstuk 3: Een weergave van het kwalitatieve onderzoek onder 108 aanvragers/cliënten Wmo in Breda: de zelfredzaamheid van aanvragers/cliënten, de beleving van de toegang tot hulp, de hulpbehoefte, de ontvangen hulp, de mogelijkheden om zelfredzaam te zijn en langer zelfstandig thuis te kunnen wonen, en suggesties voor verbeteringen.

¹⁰ In 2016 heeft een stagiair van de Rekenkamer Breda in het kader van zijn master Bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit deels in kaart gebracht op welke wijze de Wmo in Breda georganiseerd is en hoe een aantal organisaties oordeelt over de uitvoering.

¹¹ Zorgmijding kan actief of passief plaatsvinden. Actieve zorgmijders wijzen hulp af, bijvoorbeeld vanuit eerdere slechte ervaringen. Passieve zorgmijders trekken zich vaak terug, zijn vaak niet zichtbaar, sluiten zich vaak af bijvoorbeeld vanuit de angst om de controle te verliezen en/of ondervinden te veel obstakels (bijvoorbeeld financieel) om hulp te vragen.

Hoofdstuk 2 Normenkader Wmo 2015, de Bredase aanpak en uitkomsten uit verricht onderzoek

2.1 Inleiding

Per 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van de nieuwe Wmo 2015. Het doel van de Wmo is 'het zodanig bieden van hulp/ondersteuning bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen wonen, dat een beroep op dure specialistische en institutionele hulp/zorg voorkomen wordt'. De gemeenten voeren hun taken uit volgens de regels van de Wmo 2015. De eisen die de wet stelt, worden in dit hoofdstuk op hoofdlijnen beschreven. Vervolgens komt de Bredase aanpak en inrichting van de Wmo in Breda aan de orde en volgt een beschrijving van om hoeveel en welke cliënten het gaat in Breda. Daarna worden uitkomsten uit een aantal reeds verrichte onderzoeken in den lande en in (andere) gemeenten beschreven. Dit geeft een beeld omtrent hoe het staat met de uitvoering van de Wmo en welke knelpunten eventueel naar voren komen. Dit vormt een opmaat naar het hoofdstuk over de beleving van cliënten in Breda en de mogelijkheid om op een aantal punten uitkomsten in andere gemeenten en in Breda te kunnen vergelijken.

Met het opheffen van de AWBZ en de inwerkingtreding van de nieuwe Wmo 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de uitvoering van zelfredzaamheidsondersteuning, zoals omschreven in de Wmo 2015 en zijn zorgverzekeraars verantwoordelijk geworden voor de persoonlijke verzorging en wijkverpleging (Zorgverzekeringswet). Het Rijk is verantwoordelijk gebleven voor de langdurige intensieve (24-uurs)zorg voor mensen met een zware zorgbehoefte, vaak intramurale zorg, via de Wet langdurige zorg (Wlz). Voorts is de rijksoverheid 'stelselverantwoordelijk' voor de ingezette wijzigingen, hetgeen globaal betekent dat het Rijk evaluaties verricht en bijstuurt waar de uitwerking van de nieuwe wetten sterk in gebreke blijft c.q. waar de uitvoering sterk afwijkt van de bedoeling van de wetten. Door de wetswijzigingen is een scheiding aangebracht tussen zelfredzaamheidshulp thuis (naar gemeenten), persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, verpleegkundige hulp thuis naar verzekeraars) en de langdurige intensieve zorg (bij het Rijk). Gemeenten hebben naast de uitvoering van de Wmo een coördinerende taak ten aanzien van alle (andere benodigde) hulp en zorg voor burgers thuis, zodat het doel om langer zelfredzaam te blijven, langer zelfstandig thuis te kunnen wonen en maatschappelijk te blijven participeren, wordt behaald. De gedachte is dat gemeenten beter zicht hebben op de situatie van hun burgers dan de landelijke overheid en dat zij daardoor effectiever en efficiënter hulp kunnen bieden waar nodig.

2.2 De uitgangspunten en normen in de wet Wmo 2015

Per 1 januari 2015 hebben gemeenten met de nieuwe Wmo, en de decentralisaties van de jeugdzorg en de Participatiewet omvangrijke taken erbij gekregen. Concreet gaat het in de praktijk om de uitvoering van de volgende taken in de Wmo¹²:

1. Huishoudelijke hulp (voor mensen die beperkingen hebben en verminderd zelfredzaam zijn, waardoor zij niet alle huishoudelijke taken kunnen uitvoeren);
2. Begeleiding en ondersteuning in het dagelijkse leven (voor mensen met een verminderde zelfredzaamheid in het organiseren van hun (dagelijkse) leven);
3. Dagbesteding voor mensen met een beperking, i.c. zinvolle bezigheden/tijdsbesteding en dagopvang (o.a. ter ontlasting van mantelzorgers);
4. Bevorderen sociale participatie, begeleiding naar en bij sociale activiteiten;
5. Bevorderen mobiliteit door aanbieden van (vergoedingen voor) rolstoelen, scootmobielen, taxivervoer, aangepast buurt/stadsvervoer en regiovervoer (verplaatsings- en vervoersvoorzieningen);

¹² Deze taken staan niet allemaal als zodanig beschreven in de Wmo2015, echter in de praktijk, ook in de uitvoering van de gemeente Breda en in het Wmo-bestand van de gemeente Breda, gaat het concreet om deze (oude en nieuwe) taken in de Wmo 2015.

6. Bevorderen langer thuis wonen door woningaanpassingen, zoals aanbrengen trapliften, aanpassingen van de badkamer en andere aanpassingen, zoals verwijderen van drempels e.d..
7. Al dan niet tijdelijke opvang in beschermd wonen c.q. een opvangcentrum voor mensen met psychische problemen, verslaafden, dak- en thuislozen en slachtoffers van huiselijk geweld.

Het gaat dus om uiteenlopende werkzaamheden en activiteiten en om uiteenlopende cliënten. Van cliënten die tijdelijk uitgeschakeld zijn en hulp nodig hebben, maar geestelijk goed zelfredzaam zijn; tot cliënten die ernstige lichamelijke aandoeningen en/of ernstige psychische aandoeningen hebben, en oudere ouderen die met het stijgen van de leeftijd steeds meer gaan mankeren en steeds minder zelfredzaam worden, zowel lichamelijk, psychisch als sociaal.

Cliënten kunnen vanuit de Wmo onder voorwaarden eventueel zelf hulp/zorg inkopen via een Persoonsgebonden budget (PGB) of hulp/zorg van de gemeente aangeboden krijgen. Met betrekking tot het laatste kunnen gemeenten hulp door vrijwilligers, via algemene voorzieningen of via zogeheten maatwerkvoorzieningen bieden, naast pogingen om het sociaal netwerk van cliënten meer hulp te laten bieden.

Het staat gemeenten vrij om zelf de Wmo, de inrichting, de communicatie over de WMO, de toegang, sturing en toetsing op eigen wijze te organiseren, mits voldaan wordt aan de doelen, uitgangspunten en eisen van de wet Wmo 2015.

Doelen en uitgangspunten

Bij de Wmo 2015 beoogt het Rijk, naast sec de overgang van de nieuwe taken van de Wmo van het Rijk naar gemeenten, ook een aantal financiële doelen (bezuinigingen) en een aantal inhoudelijke doelen (transformatie van de zorg/hulp) te bereiken.

De AWBZ, zoals die door het Rijk op landelijk niveau georganiseerd werd, was te duur¹³ en zou te ver van de burgers af staan om effectief en efficiënt te zijn. De decentralisatie beoogt daarom een verandering waarbij de hulp/zorg veel dichterbij de burger georganiseerd wordt, zodat beter maatwerk gericht op de behoefte van de burger geleverd kan worden. In de nieuwe aanpak dient de burger, zijn/haar behoeften, mogelijkheden en directe leefomgeving centraal te staan. Bovendien zou meer en betere preventie, een meer integrale aanpak, meer eigen regie van de burger zelf en een efficiëntere organisatie op lokaal niveau kunnen leiden tot besparingen in de hulp/zorg en tot minder benodigde specialistische, dure en institutionele hulp/zorg, zo was de redenering bij de decentralisatie. Doel van de Wmo is en blijft 'kwetsbare burgers voldoende hulp, ondersteuning en mogelijkheden bieden, zodanig dat zij zo lang mogelijk zelfredzaam kunnen blijven, zolang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen, maatschappelijk kunnen blijven participeren en er minder toestroom plaatsvindt naar dure, gespecialiseerde en institutionele zorg'. Vooruitlopend op de te behalen besparingen voerde het Rijk bij de overgang van de Wmo naar gemeenten per 1 jan. 2015 al forse bezuinigingen door in het budget dat gemeenten ontvangen voor de uitvoering van de Wmo. Deze bezuinigingen lopen ieder jaar verder op, zodat gemeenten ieder jaar minder geld van het Rijk ontvangen voor de uitvoering van het sociaal beleid. In de periode 2015-2017 heeft het Rijk 0,7 miljard euro bezuinigd op de Wmo, waaronder zo'n 40% op huishoudelijke hulp.

Het Ministerie van BZK heeft bij de decentralisatie van de Wmo vastgesteld dat de inhoudelijke transformatieopgave zich vertaalt in de volgende concrete opgaven voor gemeenten en de organisatie van de zorg in gemeenten¹⁴:

1. Meer maatwerk voor burgers
2. Minder escalatie naar eerstelijns- en tweedelijnszorg en dure institutionele hulp/ondersteuning
3. Meer en betere preventie (eerder, zo vroeg mogelijk oppakken van problematiek)
4. Minder zorgen, meer stimuleren (minder zorgen voor en meer zorgen dat...)
5. Meer sturen op effectiviteit en efficiëntie
6. Meer integraliteit van de hulp en zorg.

¹³ Zie VNG-brief: 'Voortgang Wmo 2015: VNG-brief aan Tweede Kamer', VNG, jan. 2017

¹⁴ Brief 'Transformatie in het sociaal domein', Ministerie van BZK, 2 april 2015

De bedoeling van de hervorming is dus dat gemeenten een effectievere ondersteuning bieden door meer maatwerk op de persoon gericht te bieden, meer op preventie te richten en meer integraal te werken; daarnaast is het ook de bedoeling om de ondersteuning doelmatiger uit gaan voeren, bijvoorbeeld door meer in te zetten op mantelzorg, door zelfstandigheid aan te leren bij de burger, door in te zetten op een algemene voorziening en/of door de burger zelf meer te laten betalen. Hoewel het niet als doel staat geformuleerd dat minder professionele hulp geboden wordt, zijn gemeenten wettelijk gezien pas verplicht om een maatwerkvoorziening te verstrekken, als de hulp via 'voorliggende voorzieningen' niet voldoende is of de burgers het zelf niet kunnen betalen. De gemeenten zijn wel verplicht om eerst zorgvuldig een persoonlijk en integraal onderzoek te doen na een melding van een hulpvraag. Het integrale onderzoek is in de plaats gekomen van de gestandaardiseerde indicatiestelling die in de AWBZ werd gehanteerd op basis van de lichamelijke en psychische beperkingen van cliënten.

De wettelijke normen in de Wmo 2015

In de Wmo 2015 zijn eisen¹⁵ voor gemeenten opgenomen met betrekking tot het omgaan met meldingen van hulpvragen, de toegang tot maatschappelijke ondersteuning en de verstrekking van zelfredzaamheidshulp.

De wettelijke eisen wat betreft de melding en de toegang zijn globaal:

- Iedere burger kan een melding van een hulpvraag doen, het doen van een melding dient laagdrempelig en vormvrij te zijn (telefonisch, schriftelijk, fysiek, digitaal); ieder signaal dient onderzocht te worden (om zo vroegtijdig mogelijk hulp te bieden en zorgmijding tegen te gaan). Er mogen geen belemmeringen bestaan om een aanvraag voor een maatwerkvoorziening te doen. De cliënt dient bij de melding gewezen te worden op de mogelijkheid om een onafhankelijke cliëntondersteuner erbij te betrekken.
- Het toegangsproces dient transparant te zijn en de melder dient een verslag te krijgen wat er met de melding is gedaan. En ook al krijgen cliënten bij een melding te horen dat zij niet in aanmerking komen voor een voorziening of doorverwezen worden naar andere hulp, dan nog dient de gemeente hen er op te wijzen dat zij wel altijd een aanvraag voor de Wmo kunnen indienen. Diegene die de melding aan het loket ontvangt, kan niet tegelijk onafhankelijk cliëntondersteuner en beoordelaar zijn.
- Elke melder dient gewezen te worden op de mogelijkheid dat cliënten zelf een persoonlijk hulplan kunnen indienen bij de melding en de aanvraag.

De eisen ten aanzien van het integrale onderzoek zijn:

- Na iedere melding dient een zorgvuldig onderzoek naar de hulpbehoefte in samenspraak met de cliënt en in principe thuis bij de cliënt plaats te vinden. In het onderzoek dient integraal naar alle problemen en ondersteuningsbehoeften van de cliënt op alle sociaal-maatschappelijke gebieden gekeken te worden. De wet spreekt uitdrukkelijk over 'hulpbehoefte', aangezien de hulpvraag en de hulpbehoefte niet hetzelfde hoeven te zijn. Enerzijds vraagt niet iedereen die behoefte heeft aan (meer) hulp/zorg, die hulp/zorg ook daadwerkelijk aan (wel behoefte, geen hulpvraag); anderzijds kan het zijn dat een hulpvraag mogelijk objectief gezien niet reëel is of anders gesteld wordt dan daar waar de hulpbehoefte ligt (wel hulpvraag, maar geen of andere behoefte).
- Het onderzoek dient binnen maximaal 6 weken na de melding plaats te vinden. Op basis van het integrale onderzoek volgt een beoordeling omtrent het wel of niet toekennen van een voorziening. De afhandeling en de daarop volgende beschikking (omtrekt toekenning of afwijzing) dient binnen 2 weken na het onderzoek verstrekt te worden. Het moet mogelijk zijn om alle benodigde voorzieningen via één aanvraag aan te vragen.
- In spoedeisende gevallen dient de gemeente (het College) onverwijld tot een verstrekking van tijdelijke voorzieningen te beslissen.
- Indien beperkingen in de zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen wonen niet door de persoon zelf en het sociaal netwerk gecompenseerd kunnen worden, zijn gemeenten verplicht om de benodigde hulp/ondersteuning te bieden.

¹⁵ Memorie van Toelichting Wmo, juni 2014

De eisen ten aanzien van de hulp/ondersteuning zijn in grote lijnen:

- Bij toekenning van een maatwerkvoorziening dient in de beschikking een omschrijving te staan van de maatwerkvoorziening voor de individuele cliënt. Het kan geen globale omschrijving zijn, die verder ingevuld wordt door de aanbieder, aangezien de gemeente dan geen zicht heeft of er daadwerkelijk individueel maatwerk geleverd wordt¹⁶. De gemeente (het College) is daar wel verantwoordelijk voor. Iedere cliënt dient een mogelijkheid tot beroep bij de gemeente te hebben, ook ten aanzien van de omvang en de inhoud van de maatwerkvoorziening.
- Gemeenten dienen keuzemogelijkheden aan cliënten te bieden qua aanbieders.
- Gemeenten dienen zo integraal mogelijke dienstverlening aan cliënten te bieden op alle sociaal-maatschappelijke terreinen en alle hulp/zorg voor personen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen (maatschappelijke ondersteuning, persoonlijke verzorging/zorg, medische zorg, welzijn, wonen/woonzorgcentra, jeugdhulp, participatie, inkomen). Overleg en afstemming met thuiszorg/wijkverpleging, huisartsen, woonzorgcentra, CJG's/jeugdartsen/jeugdzorg, buurtcentra, de participatiewet e.d. is nodig.
- De continuïteit van de hulp/ondersteuning moet gegarandeerd worden.
- Cliënten dienen adequaat geïnformeerd te worden, enerzijds over de hulp/zorg en voorzieningen die beschikbaar zijn, anderzijds over de eigen bijdragen, de mogelijkheden om klachten in te dienen (en de afhandeling hiervan), om in beroep te gaan tegen beslissingen en over de medezeggenschap van cliënten.
- Gemeenten dienen ieder jaar te onderzoeken hoe de cliënten de hulp/ondersteuning ervaren (klantervaringsonderzoek).
- Gemeenten en organisaties zijn gebonden aan strikte privacyregels bij het omgaan met persoonlijke gegevens en de uitwisseling hiervan.

2.3 De invulling van de Wmo door gemeenten

Gemeenten hebben de vrijheid om de inrichting en uitvoering van de Wmo zelf vorm te geven, mits deze aan de gestelde eisen voldoet. Daardoor kunnen de toegang, de indicatiestelling, de omvang en soort hulp, de toetsing van de resultaten en bijvoorbeeld de bekostigingssystematiek (bv urenbekostiging of resultaatbekostiging) per gemeente verschillen. Daardoor kunnen verschillen in het voorzieningenniveau van de Wmo tussen gemeenten groter worden dan in het verleden. Veel kleinere gemeenten werken met meerdere gemeenten samen in de uitvoering van de Wmo. De meeste gemeenten hebben besloten dat de uitgaven aan de Wmo het rijksbedrag niet mogen overschrijden.

Gemeenten dienen te beschikken over een up-to-date beleidsplan Wmo en een Verordening Wmo. De gemeenteraad stelt het beleidsplan met uitgangspunten en de inrichting van de Wmo vast. Het College is verplicht om de gemeenteraad ieder jaar te informeren over hoe de uitvoering van de Wmo gaat.

Uit onderzoek blijkt dat gemeenten de uitvoering van de Wmo verschillend ingericht hebben. Veel gemeenten hebben sociale wijkteams in het leven geroepen. De taken van de wijkteams lopen uiteen per gemeente: variërend van meer signalerend en gericht op één terrein tot het integraal signaleren en oppakken van alle sociale problemen en hulpvragen. Sommige gemeenten hebben speciale Wmo-loketten, andere hebben algemene hulploketten voor alle mogelijke hulpvragen. In sommige gemeenten beoordelen de wijkteams zelf de hulpvraag en pogen zij meteen een oplossing in te zetten. In andere gemeenten is een speciaal Wmo-team ingesteld waar aanvragen beoordeeld worden. Verder zijn er enerzijds gemeenten die meer vastgehouden hebben aan de 'oude' manier van aanvragen en toekennen. Anderzijds zijn er gemeenten die veel meer op mantelzorg, het sociaal netwerk, vrijwilligerswerk e.d. hebben ingezet. Ook verschillen gemeenten in het aanbod van maatwerkvoorzieningen; zo zijn er gemeenten die bepaalde Wmo-voorzieningen (zoals huishoudelijke hulp) niet als maatwerkvoorziening

¹⁶ De Voorzieningenrechter Noord-Holland heeft in mei 2017 uitspraak gedaan dat gemeenten verantwoordelijk zijn en blijven voor de omvang van de geboden hulp. De gemeente heeft er anders geen controle op of integraal maatwerk geleverd wordt en of de omvang van de hulp goed afgestemd is op andere (benodigde) hulp.

verstrekken, maar als algemene voorziening (met een standaard aantal uren); of bepaalde voorzieningen, zoals huishoudelijke hulp, aanvankelijk in het geheel niet wilden verstrekken. In mei 2016 oordeelde de hoogste rechter echter dat gemeenten verplicht zijn om huishoudelijke hulp te bieden aan burgers die dat nodig hebben en dat zelf niet kunnen betalen.

Voor maatwerkvoorzieningen kunnen gemeenten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage vragen van burgers. Gemeenten mogen zelf bepalen hoe hoog de eigen bijdrage is tot aan een wettelijk maximum (was maximaal de kostprijs). Per 1 januari 2017 heeft het Rijk bepaald dat het maximum van de eigen bijdragen verlaagd dient te worden, aangezien uit onderzoek blijkt dat hoge eigen bijdragen tot een bepaalde mate van zorgmijding leiden. Veel gemeenten hebben daarop zelf de eigen bijdragen nog verder verlaagd of afgeschaft, andere gemeenten hanteren daarentegen nog de maximaal wettelijk mogelijke eigen bijdrage (waaronder Breda). Onlangs heeft het nieuwe kabinet in 2017 het voornemen geuit om de eigen bijdrage niet meer inkomensafhankelijk te laten zijn, maar voor iedereen gelijk te trekken. De VNG heeft namens gemeenten bezwaar aangetekend bij het Rijk, omdat dit voornemen enerzijds de vrijheid van gemeenten aantast, anderzijds tot minder inkomsten voor de gemeenten leidt. De VNG verwacht dat het beroep op de Wmo zal toenemen door de vergrijzing in Nederland en dat het gelijktrekken van de eigen bijdrage voor iedereen, dat beroep verder de pan uit zal laten rijzen.

Eerder (half 2015) had het Rijk al bepaald dat het voor cliënten mogelijk moet zijn om tegen een gereduceerde prijs zelf extra hulp in te kopen, als de hulp i.c. huishoudelijke hulp van de gemeente te weinig is voor cliënten. Het Rijk heeft daar extra geld voor uitgetrokken. Het is onduidelijk in hoeverre burgers op de hoogte zijn van de mogelijkheden en voorwaarden van de Wmo en de mogelijkheid om tegen gereduceerde prijs zelf extra zorg in te kopen.

2.4 De Bredase aanpak 'Breda Doet'

De gemeente Breda heeft een eigen aanpak van het sociaal domein ontwikkeld, waarbij de ondersteuning en bevordering van de zelfredzaamheid van burgers en het 'samen met de cliënt' zoeken naar 'de beste oplossing voor de cliënt' voor de ondersteuning centraal staat. De aanpak van 'Breda doet' gaat uit van:

1. Eerst onderzoeken wat de eigen kracht van cliënten is en wat zij zelf kunnen,
2. Vervolgens onderzoeken wat aan ondersteuning vanuit de sociale omgeving van de cliënt gegeven wordt en mogelijk is,
3. Vervolgens onderzoeken wat aan vrijwillige ondersteuning ingezet kan worden; en
4. Als voorgaande oplossingen niet leiden tot voldoende hulp, dan wordt onderzocht of en welke professionele ondersteuning nodig is voor een cliënt.

Gemeente Breda heeft in het beleidsplan 'Goede zorg doen wij samen' (Gemeente Breda, 2014) al in 2014 ambitieus ingezet op de transformatie van de hulp/zorg. Als uitgangspunten voor de transformatie zijn hierin geformuleerd:

- Vrijwillig waar het kan, professioneel waar nodig;
- Dichtbij huis, herkenbare aanspreekpunten
- Eén plan is leidend
- Zorgen voor elkaar doen we samen. Vrijwillig en professioneel in een hand
- Van systeemdenken naar mensgericht werken: niet zorgaanbod of product staat centraal maar de vraag van de cliënt.

Deze uitgangspunten onderschrijven de ambitie van de gemeente om meer samen met de burgers zelf hun ondersteuningsvraag op te lossen. De gemeente heeft wel als belangrijkste doel dat 'alle benodigde hulp en zorg wordt gegeven aan burgers die dat nodig hebben en zelf niet kunnen betalen'. In eerste instantie wordt echter meer ingezet om mensen zelfredzamer te maken, of zoals gemeente Breda het noemt in haar beleidskader, mensen 'mee te [laten] doen in de samenleving'.

In de verdere ontwikkeling van de transformatie legt de gemeente Breda steeds meer de nadruk op het bevorderen van de zelfredzaamheid van inwoners, het gezamenlijk zorgen van inwoners

voor elkaar (samenredzaamheid) en het waar mogelijk terugdringen van professionele zorg en individuele voorzieningen (Beleidsplan 'Breda doet verder', gemeente Breda, 2015'). De Verordening Wmo (2015, 2017) van de gemeente Breda volgt overigens wel op alle punten de Wet Wmo 2015.

Als kader voor de transformatie van het sociaal domein hanteert de gemeente de 'piramide van eigen kracht'. Deze ziet er als volgt uit.



Hierin is te zien dat eerst naar de eigen kracht gekeken wordt en wat de sociale omgeving kan betekenen, voordat naar professionele ondersteuning wordt gekeken. Het doel is om zoveel mogelijk de basis van de piramide te verstevigen. Om deze aanpak vorm te geven, heeft de gemeente Breda ervoor gekozen om de toegang tot de Wmo zoveel mogelijk te laten verlopen via een netwerkorganisatie 'Zorg voor elkaar Breda'. Zorg voor Elkaar Breda is een netwerkplatform van twaalf Bredase hulp/zorgorganisaties, dat hulpmeldingen op alle sociale gebieden ontvangt, advies geeft en indien nodig doorstuurt naar het wijkteam voor eventueel Wmo. In die zin fungeert Zorg voor elkaar Breda als toegang tot de Wmo hulp/zorg. ZVE Breda wordt bemenst door generalisten vanuit verschillende gebieden van het sociaal domein, zowel professionals, als vrijwilligers. Burgers die hulp nodig hebben, kunnen naar de gemeente bellen, mailen, direct bij het College van B&W een verzoek om Wmo-hulp indienen of naar Zorg voor elkaar Breda bellen of mailen (kan via de gemeentelijke site) of bij ZVE Breda binnenlopen met een vraag om hulp en ondersteuning bij de zelfredzaamheid, het langer thuis kunnen wonen en participatie. Daarnaast is het doel dat Zorg voor elkaar Breda op verschillende plaatsen in de wijk aanwezig is c.q. bezoeken aflegt om op de hoogte te zijn van de eventuele problemen van burgers in de wijken. Daartoe bezoeken zij scholen, zzp-café's, wijkcentra/buurthuizen en andere organisaties in de wijk. Ook zijn er overlegtafels in de wijken met wijkverpleging, (een aantal) huisartsen, CGJ's e.d..

Zorg voor elkaar Breda was in 2015 en 2016 nog weinig bekend onder burgers en daar kwamen relatief weinig aanvragen binnen. De meeste aanvragen voor hulp/ondersteuning bij de zelfredzaamheid kwamen bij het algemene telefoonnummer van de gemeente (14076) binnen en daarnaast voor een deel via professionals (huisartsen, wijkverpleegkundigen en andere zorginstanties kunnen direct bij het algemene wijkteam (met o.a. Wmo-klantmanagers) aangeven dat iemand problemen heeft op het gebied van de zelfredzaamheid). Om te bevorderen dat zoveel mogelijk eerst naar andere oplossingen dan Wmo wordt gezocht, wil de gemeente Breda in 2017 gaan bevorderen dat alle aanvragen voor de Wmo zoveel mogelijk via Zorg voor elkaar Breda gaan lopen. Als cliënten naar de gemeente bellen, worden zij nu door de gemeente doorverwezen naar Zorg voor elkaar Breda. Zowel in de eerste helft, als in de tweede helft van 2016 kwamen ongeveer 870 (dus totaal in 2016 ca. 1.750) hulpvragen bij ZVE Breda binnen. In de eerste helft van 2017 zijn 1.053 meldingen/hulpvragen binnengekomen bij ZVE Breda (daar kunnen verdubbelingen inzitten, namelijk mensen die meerdere keren gebeld hebben).

In de Bredase voortgangsrapportage 'De staat van vitaal en sociaal Breda' (2017) staan als doelen van Zorg voor elkaar Breda beschreven:

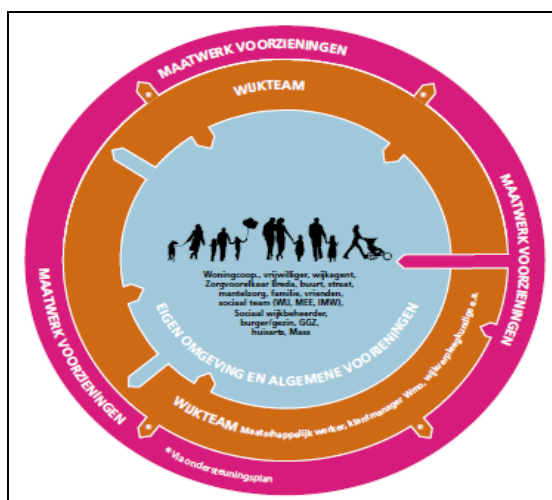
1. Meer burgers worden duurzaam geholpen (af te meten aan of mensen minder vaak een beroep doen op hulp, een afname van de frequentie van hulpvragen per individu);
2. Met kwetsbare burgers contact houden. (Streefwaarde is: 70% van de (ca. 12.000) kwetsbare burgers in de Bredase wijken worden bereikt);
3. Afname hulpvragen omtrent 'begeleiding' bij belemmeringen;
4. Minder mensen met geëscaleerde multiproblematiek.

Of deze doelen door Zorg voor elkaar Breda gehaald worden, is nog niet goed te toetsen, aldus 'De staat van vitaal en sociaal Breda'. Nader onderzoek dient hier in de tijd meer licht op te werpen.

Als hulpvragers zich bij Zorg voor elkaar Breda melden voor zelfredzaamheidshulp en ondersteuning wordt de melding geregistreerd en is het de bedoeling dat samen met de cliënt (of de aanvrager) besproken wordt wat precies de problemen zijn en waar ondersteuning bij nodig is. Vervolgens kan de cliënt/aanvrager advies en informatie krijgen waar verschillende vormen van hulp te krijgen zijn en kan geadviseerd worden om eerst gebruik te maken van een algemene relevante voorziening. Daarna wordt bekeken of de hulpvraag door de persoon zelf, het sociaal netwerk of via de hulp van een vrijwilliger opgelost kan worden. Meestal vindt dit gesprek via de telefoon plaats, aangezien de meeste meldingen via de telefoon worden gedaan.

Pas als een maatwerkvoorziening Wmo nodig geacht wordt door Zorg voor elkaar Breda, wordt de cliënt naar het wijkteam doorgestuurd. Iemand van het algemene wijkteam, bv een Wmo-klantmanager, maakt vervolgens een afspraak voor een keukentafelgesprek met de cliënt (plus een eventuele mantelzorger en/of een eventuele onafhankelijke cliëntondersteuner) om onderzoek naar de situatie en de beste oplossing te doen. Op basis hiervan wordt een persoonlijk (hulp)plan opgesteld en (indien van toepassing) een beschikking opgesteld voor een maatwerkvoorziening, pgb of andere oplossing. In die beschikking staat het te bereiken 'resultaat' (b.v. 'schoon huis'). Vervolgens is het aan de (hulp/zorg)aanbieder om invulling aan dat resultaat te geven door (samen met de cliënt, zo is de bedoeling) te beoordelen welke hulp gegeven wordt en wat de benodigde omvang van de hulp is.

Onderstaande figuur geeft weer dat (van binnen naar buiten) eerst vanuit de persoon, eigen omgeving en algemene organisaties gekeken wordt welke hulp mogelijk is, vervolgens door het wijkteam beoordeeld wordt of en welke voorzieningen nodig zijn en of maatwerkvoorzieningen ingezet worden. Maatwerkvoorzieningen worden in principe tijdelijk verstrekt. Als na verloop van tijd een 'lagere' vorm van voorzieningen oplossing kan bieden (door een verandering in de zorgvraag of in bijvoorbeeld het sociale netwerk van de cliënt), wordt de geleverde ondersteuning daarop aangepast.



Om een grote keuzevrijheid in het aanbod van maatwerkvoorzieningen te bieden, heeft de gemeente Breda raamovereenkomsten afgesloten met een groot aantal organisaties. Hierdoor bestaat voldoende keuzemogelijkheid om op de cliënt toegesneden voorzieningen te kiezen. De organisaties worden afgerekend op basis van een vast bedrag per 4 weken om het 'resultaat' te bereiken (resultaatbekostiging). Over de tarieven heeft de gemeente Breda overleg gehad met de aanbieders. Deze tarieven waren bij de aanbestedingen al duidelijk, zodat iedere organisatie kon bepalen of zij met de aanbesteding mee wilden doen of niet. Per resultaatgebied heeft de gemeente Breda financiële plafonds vastgesteld, omdat de gemeente Breda zich heeft voorgenomen om het Wmo-bedrag dat van het Rijk komt, niet te overschrijden.

De gemeente Breda stelt dat de uitvoering van de Wmo en het sociaal domein nog steeds erg in beweging is in Breda en nog voortdurend aan verandering onderhevig. De gemeente heeft leertrajecten voor medewerkers ingezet om de uitvoering overeenkomstig de doelen uit te voeren. De gemeente Breda monitort op verschillende manieren hoe de uitvoering van de Wmo verloopt. Aan een zogeheten 'Wmo-overlegtafel' overleggen alle betrokken maatschappelijke organisaties en belangenorganisaties (ook de Wmo-klankbordgroep, de ouderenorganisaties e.d.) en de gemeente overlegt hiermee om de zoveel tijd over de uitvoering van de Wmo en eventuele knelpunten hierin. Al snel na de decentralisatie heeft de gemeente Breda ook een 'Verbeterpunt' ingesteld, waar iedereen knelpunten en zaken die niet geheel goed gaan kan melden. Het Verbeterpunt speelt een belangrijke rol in het oppakken van zaken die niet geheel goed gaan. Daarnaast bespreekt het College van B&W ook om de zoveel tijd een aantal representatieve cases met de raad, met de betreffende cliënten en o.a. met de Wmo-klankbordgroep om van te leren. Verder voert de gemeente Breda in 2015 en 2016 het landelijke verplichte klantervaringsonderzoek onder ca. 1.000 cliënten uit, waarbij de gemeente Breda zelf nog een set aan vragen¹⁷ heeft toegevoegd naast de 10 landelijk verplichte vragen. Ook toetst de gemeente Breda periodiek door middel van steekproeven en gesprekken de kwaliteit van de geboden Wmo-hulp.

In 2017 stelt de gemeente Breda dat zij echt werk wil gaan maken van een integrale aanpak op alle drie decentralisatiegebieden Wmo, Participatiewet en Jeugdzorg en wil daartoe de aanpak en organisatie van het sociale domein waar mogelijk zoveel mogelijk in elkaar schuiven. Dat geldt deels ook voor de budgetten, in ieder geval wat betreft de reserve. Vanaf het begin heeft de gemeente Breda vastgesteld dat het door het Rijk beschikbaar gestelde bedrag voor het sociaal domein niet overschreden mag worden. Reeds in 2014 is de gemeente al begonnen met herbeoordelingen van de huishoudelijke hulp om de transformatie naar eigen kracht en het sociaal netwerk vorm te geven en de kosten omlaag te brengen. In 2015 en 2016 heeft de gemeente Breda een omvangrijk budget overgehouden op de Wmo (9 mln. in 2015 en 8,5 mln. in 2016), vooral op de huishoudelijke hulptoelage, begeleiding en de compensatie zorgkosten chronisch zieken. Voor 2017 wordt een tekort verwacht. Op de uitvoering van de Participatiewet heeft de gemeente Breda al een paar jaar een groot tekort (tekort in 2015 3,4 mln. en in 2016 4,8 mln.). Dat tekort is gedekt uit de reserves van het sociaal domein. Op de uitvoering van de Jeugdwet hield de gemeente Breda in 2015 en 2016 nog geld over, echter wordt voor 2017 nu een tekort voorspeld.

De maatwerkvoorzieningen

De gemeente Breda heeft ervoor gekozen om de huishoudelijke hulp als maatwerkvoorziening voor cliënten te handhaven, naast de maatwerkvoorzieningen 'begeleiding', 'dagbesteding', 'verplaatsingsvoorzieningen' en 'woningaanpassingen'. In veel andere gemeenten is huishoudelijke hulp een algemene voorziening geworden, waarin standaarduren verstrekt worden. De gemeente Breda hanteert bij de uiteindelijke afrekening met de organisaties voor geleverde diensten een resultaatbekostigingssysteem. Dat houdt onder meer in dat niet meer op het aantal uren hulp wordt afgerekend, maar op 'resultaat'. Dat kan per voorziening verschillen. Bij de huishoudelijke hulp is bijvoorbeeld met de huishoudelijke hulporganisaties afgesproken dat

¹⁷ Deze vragen gaan overigens voornamelijk over de situatie van de cliënten en niet over de Wmo-hulp/ondersteuning. In 2017 heeft de Rekenkamer ook een aantal aanvullende vragen mee laten lopen met het klantervaringsonderzoek, o.a. de vraag of cliënten voldoende hulp ontvangen om zelfredzaam te kunnen zijn en langer zelfstandig te kunnen blijven wonen.

het 'resultaat' is 'een schoon huis'. Het is aan de huishoudelijke hulporganisatie om te beoordelen (in principe samen met de cliënt) welke inzet daar per cliënt voor nodig is. In Breda verricht dus de professionele organisatie, die ingehuurd is door de gemeente, zelf de beoordeling van de hoeveelheid hulp die burgers krijgen. Burgers die al huishoudelijke hulp vanuit de Wmo hadden, kregen een herbeoordeling van het aantal uren hulp. Bij de (her)beoordeling wordt niet meer uitgegaan van de beperkingen die iemand heeft, maar meer van 'wat iemand zelf of samen met iemand anders in het sociaal netwerk kan, en hoeveel hulp is minimaal nodig om het huis schoon te maken'. Wel kunnen cliënten zelf extra hulp bijkopen en kunnen zij voor de eigen bijdrage een tegemoetkoming via een CZ-verzekering krijgen via de gemeente.

Breda heeft met meerdere organisaties een contract om huishoudelijke hulp te bieden, zoals met Surplus, Actief-zorg, T-Zorg, ThuiszorgInHolland en via de Alphacheque. Dat laatste is een dienstencheque die cliënten (kunnen) krijgen, waarmee zij huishoudelijke hulp kunnen inkopen. In Breda zijn via ATEA uitkeringsgerechtigden en SW-ers als huishoudelijke hulpen ingezet voor de uitvoering van de Alphacheque. Daarmee sneed het mes aan twee kanten. Het Rijk heeft inmiddels de Alphacheque verboden, aangezien de alphahulpen geen volwaardig arbeidscontract hebben. Breda is nu alle alphacheque-hulpen aan het overzetten naar andere organisaties.

Voor begeleiding en dagbesteding heeft de gemeente Breda gekozen voor de methode van bestuurlijke aanbesteding om diversiteit in aanbieders en keuzevrijheid van cliënten mogelijk te maken. Er is daardoor een keuze uit allerlei organisaties: van GGZ, zorgboerderijen, Buro Maks, organisaties als Careijn en Thebe, een Theaterwerkplaats, Surplus, Novadic Kentron, woonzorgcentra, ondersteunende belangenorganisaties voor specifieke groepen, de Safegroup etc.. Deze organisaties bieden uiteenlopende vormen van begeleiding en dagbesteding: van psychiatrische begeleiding, dementie-coaches, mantelzorgondersteuning tot dagopvang en meer arbeidsgerichte dagbesteding. De keuze is daardoor groot, al wordt het besteedbare bedrag ook uitgesmeerd over veel verschillende organisaties. Voor de toekenning van begeleiding en dagbesteding moeten cliënten een beschikking van de gemeente hebben.

De deeltaxi was eerst in Breda betiteld als algemene voorziening, aangezien iedereen van 80 jaar en ouder automatisch de deeltaxipas ontvangt. Alleen personen jonger dan 80 jaar moeten een indicatie hebben om een (goedkope) deeltaxipas te krijgen. Inmiddels wordt de deeltaxipas ook als maatwerkvoorziening meegeteld.

Bij de woningaanpassingen en verplaatsingsvoorzieningen gaat de gemeente Breda uit van de 'goedkoopste, adequate optie'. Het kan daardoor zijn dat cliënten eerder het advies krijgen om te verhuizen (indien nodig met een verhuisvergoeding) dan dat de woning wordt aangepast.

Tot slot omvat de Wmo 2015 ook beschermd wonen en (tijdelijke) opvang. Deze voorzieningen zijn in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten.

Bij maatwerkvoorzieningen hanteert de gemeente Breda de maximaal wettelijk toegestane eigen bijdrage voor cliënten. Wel kunnen chronisch zieken en gehandicapten een compensatie krijgen voor hoge kosten. Bij de Jaarrekening 2016 van de gemeente Breda bleek dat hier nog weinig gebruik van wordt gemaakt (1,3 mln. aan budget over). Mogelijk weten cliënten niet van het bestaan van deze regeling of bestaan in ieder geval obstakels in het gebruik hiervan. Overigens bleef ook een deel van het Bredase budget voor mantelzorgcomplimenten over (0,3 mln. over), evenals een deel van het budget voor begeleiding (1,4 mln. over).

2.5 De Wmo-cliënten in Breda

In Breda ontvangen halverwege 2017 in totaal 12.836 (unieke) cliënten een of meer Wmo-maatwerkvoorziening ('De staat van sociaal en vitaal', gemeente Breda 2017). Dat is ongeveer 7% van de Bredase bevolking. Volgens 'De staat van sociaal en vitaal' (2017) blijft het aantal cliënten met een Wmo-maatwerkvoorziening redelijk stabiel. Een deel van de cliënten ontvangt

meerdere voorzieningen, waardoor in tabel 1 de aantallen cliënten per voorziening niet opgeteld kunnen worden tot een totaal aantal cliënten (dat zou leiden tot verdubbelingen).

In de verstrekte maatwerkvoorzieningen is in de tijd een verschuiving te zien (zie tabel 1): momenteel wordt behoorlijk wat minder huishoudelijke hulp verstrekt dan begin 2015 (afname van 746 cliënten) en worden minder verplaatsingsvoorzieningen (rolstoelen e.d.: afname van 178 cliënten) verstrekt. Daarentegen hebben meer cliënten een woningaanpassing (toename van 143 cliënten) ontvangen en wordt meer begeleiding bij de zelfredzaamheid en dagbesteding gegeven (toename van 131 cliënten).

De grootste verschuiving is te zien in de vervoersvoorzieningen (i.c. Deeltaxi). Sinds begin 2017 worden cliënten die een deeltaxipas ontvangen, meegenomen als maatwerkvoorziening in het Wmo-bestand. Voorheen werden deze in een apart bestand geregistreerd. Het aantal deeltaxi-cliënten is daardoor sterk gestegen in het bestand 'maatwerkvoorzieningen Wmo': van 3.833 cliënten naar 9.937 cliënten (een toename van ruim 6.104 cliënten). Dit is echter voornamelijk een administratieve wijziging.

Tabel 1 Het aantal verstrekte maatwerkvoorzieningen in Breda in 2015-half 2017

Aantal verstrekte Wmo-voorzieningen in Breda	Begin 2015	Medio 2017	Vershil
Huishoudelijke hulp	4.656 cliënten	3.910 cliënten	Afname van 746
Verplaatsingsvoorziening	1.439 cliënten	1.261 cliënten	Afname van 178
Begeleiding/dagbesteding	1.546 cliënten	1.677 cliënten	Toename van 131
Woningaanpassingen	483 cliënten	626 cliënten	Toename van 143
Vervoersvoorziening	3.833 cliënten	9.937 cliënten	Toename van 6.104
Beschermd wonen/opvang	665 cliënten	742 cliënten	Toename van 77
Aantal cliënten	 cliënten	12.836 (unieke) cliënten	

Bron: 'Staat van sociaal en vitaal', gemeente Breda, sept. 2017

Beschermd wonen/tijdelijke opvang zijn overigens naast Bredase, mede regionale voorzieningen. De gemeente is belast met de uitvoering, ook voor de regiogemeenten. Hier gaat overigens relatief veel geld naartoe. Deze cliënten zijn volgens afspraak niet meegenomen in het onderzoek van de Rekenkamer, dit mede vanwege de complexe en andere problematiek van deze cliënten. De Rekenkamer raadt aan om apart onderzoek te doen naar deze specifieke groepen.

Wie zijn de cliënten in het Wmo-bestand van Breda?

Een bestandsanalyse¹⁸ van de Rekenkamer in 2017 laat zien dat veruit de meeste Wmo-ers **ouder dan 65 jaar (75%)** zijn en ruim de helft ouder is dan 75 jaar (een kwart is ouder dan 85 jaar). Ruim **tweederde is vrouw** en **meer dan 70% woont alleen**.

Veruit de meeste cliënten (ca. 70%) ontvangen één of twee voorzieningen, vaak een vervoersvoorziening (bv deeltaxi) en/of huishoudelijke hulp. Met name ouderen ontvangen vaak

¹⁸ In maart 2017 heeft de Rekenkamer een bestandsanalyse verricht op het bestand Wmo-maatwerkvoorzieningen, echter zonder 'beschermd wonen/opvang'. Er zaten toen 9.052 unieke cliënten in het WMO-bestand (nog niet alle cliënten met 'deeltaxi' waren toen in het bestand opgenomen). Daarnaast heeft de Rekenkamer apart een bestandsanalyse verricht naar cliënten 'Beschermd wonen/opvang'. Daaruit blijkt dat dit een totaal andere groep is dan de grote groep cliënten met andere Wmo-voorzieningen. Bij 'beschermd wonen' gaat het met name om mannen, jonger dan 65 jaar, die nooit getrouwd geweest zijn, vaak met ernstige psychiatrische problematiek e.d.. 'Beschermd wonen/opvang' betreffen bovendien een regionale voorziening, dus inwoners uit de hele regio, de cliënten wonen meestal niet zelfstandig en het betreft een specifieke categorieën met hele specifieke problemen. Cliënten in de opvang, die met huiselijk geweld kampen, betreft b.v. voornamelijk vrouwen jonger dan 65 jaar, die vaak wel gehuwd zijn/waren, vaak met (jonge) kinderen.

maar één of twee voorzieningen¹⁹ en hierbinnen met name uitsluitend deeltaxi en/of huishoudelijke hulp. Evenals landelijk leidt een afname van huishoudelijke hulp vooral tot minder hulp aan ouderen. Begeleiding en dagbesteding wordt in Breda voornamelijk aan personen jonger dan 65 jaar verstrekt (tweederde van diegenen met begeleiding is jonger dan 65 jaar) en relatief weinig aan ouderen en vrouwen. Met name aan 85-plussers worden relatief weinig begeleiding, dagbesteding en woningaanpassingen verstrekt.

Van alle ongeveer 4.000 inwoners van Breda van 85 jaar en ouder (Bevolkingsgegevens van Breda, 2017) blijkt dat:

- iets meer dan een kwart van de 85-plussers huishoudelijke hulp ontvangt,
- slechts 3% van alle Bredase 85-plussers begeleiding/dagbesteding krijgt,
- zo'n 7% van de 85-plussers een verplaatsingsvoorziening ontvangt en
- ca. 3% van de 85-plussers een woningaanpassing (of verhuiskosten) ontvangt.

Daarnaast heeft de Rekenkamer een analyse gedaan op een bestand 'Wmo-hulpmeldingen/aanvragen-toekenningen'. Een analyse van Wmo-hulpvragen in 2016 in Breda laat zien dat van de 7.186 Wmo-hulpvragen (voor 5.285 personen) in 2016 ongeveer 70% van de hulpaanvragen leidt tot een Wmo-voorziening (of het opnieuw toekennen van een Wmo-voorziening). Aan ongeveer 30% van de hulpaanvragen is geen vervolg gegeven qua Wmo-maatwerkvoorziening. De belangrijkste redenen waren (in volgorde van belangrijkheid): 'klant lost probleem zelf of met behulp van sociaal netwerk op' (22%), 'de klant heeft een ander advies gekregen' (21%), 'aanvraag administratief of door klant teruggetrokken' (17%), 'de klant is naar elders/andere professionals doorverwezen' (16%), 'aanvraag is afgewezen' (9%), 'aanvraag heeft wegens gewijzigde situatie geen vervolg gekregen' (7%) en 'overig' (waaronder 'klant werkt niet mee aan onderzoek' of 'klant is buiten behandeling gesteld').

2.6 De stand van zaken van de Wmo, een landelijk en gemeentelijk beeld

Inmiddels zijn meerdere onderzoeken gedaan naar de uitvoering van de Wmo. Landelijk en bij veel gemeenten bestaat de indruk dat het over het geheel genomen wel goed gaat met de uitvoering van de Wmo, al komen uit verschillende onderzoeken belangrijke knelpunten naar voren.

De Transitiecommissie Sociaal Domein (TSD) ingesteld in 2014 door de Rijksoverheid om te toetsen hoe de decentralisaties landen en vorm krijgen in gemeenten constateert in haar derde Rapportage in 2015 dat gemeenten vooral veel bezuinigd hebben en minder hulp verstrekken, maar nog niet erg toegekomen zijn aan een transformatie naar integrale hulp op maat (TSD, 2015). Eind 2016 constateert de TSD in haar vijfde en laatste rapportage²⁰ dat gemeenten over het algemeen van mening zijn dat zij het goed doen en dat het goed gaat in de Wmo. De gemeenten werken hard om de Wmo zo goed mogelijk vorm te geven en er zijn relatief weinig officiële klachten over de uitvoering van de Wmo. Ook de geïnterviewde managers van hulp/zorgorganisaties zijn hoofdzakelijk van mening dat het goed gaat en dat de Wmo goed georganiseerd is.

De uitvoerenden in de zorg en de burgers zelf zijn echter over het algemeen veel minder positief over de uitvoering van de Wmo. De uitvoerenden in de hulp/zorg ervaren een veel grotere werkdruk en constateren dat werkzaamheden bij de mensen thuis blijven liggen. Zij betwijfelen of mensen daardoor wel goed langer thuis kunnen wonen. Ook een deel van de onderzochte burgers constateert dat de hulp onvoldoende is om zelfstandig te kunnen blijven wonen. Veel mantelzorgers constateren een toegenomen zwaarte van het werk en een deel constateert dat de ondersteuning onvoldoende is om het vol te kunnen blijven houden, aldus de TSD (sept. 2016). De TSD constateert op basis van deze knelpunten dat echt maatwerk, integraliteit en voldoende

¹⁹ Globaal kan gesteld na analyse van het Breda WMO-bestand dat hoe meer WMO-voorzieningen cliënten ontvangen, hoe jonger de cliënten zijn (personen die 4 of meer voorzieningen ontvangen zijn voor tweederde jonger dan 65 jaar).

²⁰ Vijfde Rapportage Transitiecommissie Sociaal domein 'De praktijk aan de macht', sept. 2016

hulp nog niet geheel gerealiseerd zijn. De TSD pleit om die reden voor een landelijk, meerjarig programma om de lokale verzorgingsstaat verder vorm te geven. Dat zou meer houvast bieden voor gemeenten en meer eenduidigheid geven naar de burgers toe over wat zij kunnen verwachten. Het Rijk is immers voornemens om nog meer bezuinigingen door te voeren op het sociaal domein.

Uit andere onderzoeken komen wisselende beelden naar voren over hoe de uitvoering van de Wmo gaat. Zo komt uit het landelijk verplichte klantervaringsonderzoek onder Wmo-cliënten²¹, dat de meeste gemeenten in 2016 en 2017 hebben uitgevoerd, dat de meeste Wmo-cliënten (ca. 70%) in den lande tevreden zijn over de kwaliteit van de geboden hulp/ondersteuning vanuit de Wmo. De tevredenheid is groter in kleinere gemeenten (boven de 80 à 90% tevreden), dan in grote gemeenten (ca. 60%-70% tevreden).

In Breda ligt de tevredenheid van Wmo-cliënten met de kwaliteit van de hulp in 2016 op 77% en in 2017 op 82%, zo komt uit het Bredase klantervaringsonderzoek naar voren. Daarmee steekt Breda gunstig af bij de meeste andere grote gemeenten. Ook op een aantal andere punten is het oordeel van Bredase Wmo-cliënten iets gunstiger dan in andere grote gemeenten. Zo zegt 86% van de Bredase cliënten dat zij zich serieus genomen voelen door de medewerker, tegenover 80% van de cliënten in andere grote gemeenten. De gemeente Breda heeft vanaf het begin veel geïnvesteerd in het samen met alle betrokken (belangen -en professionele) organisaties vormgeven van de transformatie van de nieuwe Wmo, zo blijkt uit interviews.

Andere onderzoeken in den lande en bij gemeenten laten belangrijke knelpunten in de uitvoering en beleving van de Wmo zien. Uit een onderzoek van de Patiëntenfederatie Nederland onder zorgprofessionals komt bijvoorbeeld naar voren dat 95% van professionals (huisartsen, wijkverpleegkundigen, thuiszorgmedewerkers e.d.) knelpunten ziet in met name de zorg voor ouderen. Gebrek aan afstemming tussen zorgverleners, gebrek aan tijd voor de zorg, gebrek aan opvangplaatsen in crisissituaties en veel moeite moeten doen voor de juiste indicaties, zijn de meest genoemde knelpunten (Patiëntenfederatie Nederland, 2017).

Voorts komen als belangrijke knelpunten uit landelijke en gemeentelijke onderzoeken naar voren:

1. Informatiegebrek

Een belangrijk knelpunt dat uit onderzoek naar voren komt, is informatiegebrek onder hulpbehoevenden. Hulpbehoevenden weten dikwijls niet waar welke hulp aan te vragen en welke voorwaarden gelden, zo blijkt uit verschillende onderzoeken (Nationale Ombudsman, 2017; SCP, 2017, Rekenkamer Utrecht, 2017). Ook weet het merendeel niet waar, hoe en wanneer ze een eventuele klacht kenbaar moeten maken, zo constateert de Nationale Ombudsman (2017). Daardoor dient deze groep weinig klachten in en gaat weinig in beroep na een besluit c.q. afwijzing. Uit het klantervaringsonderzoek Wmo in Breda (2017) komt naar voren dat 70% van de Bredase Wmo-cliënten antwoordt 'dat zij wisten waar ze moesten zijn met hun hulpvraag'. Verder blijkt dat slechts een kwart van de Bredase cliënten weet dat zij een onafhankelijke cliëntondersteuner kunnen inschakelen. De bekendheid onder niet-Wmo-ers met de Wmo ligt veel lager.

De Nationale Ombudsman en het SCP constateren dat vooral kwetsbare groepen, i.c. oudere ouderen en personen met veel beperkingen, over weinig informatie beschikken en bovendien zelf lang niet altijd hulp aanvragen, ondanks een behoefte aan ondersteuning en hulp. Eén van de oorzaken zou kunnen zijn dat sinds de decentralisatie veel meer gevergd wordt van de zelfredzaamheid en mondigheid van burgers, zowel bij het zoeken naar/aanvragen van hulp, bij het formuleren van een duidelijke hulpvraag, als bij het zelf organiseren van voldoende hulp. De WRR (2017) constateert in een onderzoek naar zelfredzaamheid dat hoe meer van de zelfredzaamheid en mondigheid gevraagd wordt in de samenleving, hoe groter het gat tussen de systeemwereld van beleidsmakers en instanties en de mogelijkheden en leefwereld van weinig zelfredzamen wordt. Een toename van passieve of actieve zorgmijding kan daarvan gemakkelijk het gevolg zijn. Volgens de WRR (2017) wordt de zelfredzaamheid van burgers tegenwoordig

²¹ In de enquête staan ca. 10 verplichte vragen over de ervaringen van Wmo-cliënten met de Wmo. Alle gemeenten zijn verplicht deze enquête jaarlijks af te nemen.

vaak overschat en zijn lang niet alle Nederlanders zo zelfredzaam als gedacht. De WRR constateert aan de hand van onderzoek dat bijna de helft van alle Nederlanders moeite heeft de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg.

2. Toegangsobstakels

Naast informatiegebrek, komen verschillende andere knelpunten en obstakels met betrekking tot de toegang tot de Wmo naar voren uit onderzoek. Zo signaleert Mee West-Brabant (2017) dat bij de toegangsloketten en organisaties over het geheel genomen een gebrek aan kennis over en vaardigheden ten aanzien van specifieke doelgroepen bestaat, vooral ten aanzien van mensen met psychische beperkingen, psychiatrische problematiek, dementie maar ook ten aanzien van andere aandoeningen i.c. wat meervoudige aandoeningen betekenen voor het dagelijkse leven en de problemen van mantelzorgers. Beperkingen worden daardoor gemakkelijk onderschat of niet erkend en de zelfredzaamheid en wat het sociale netwerk kan doen worden daardoor gemakkelijk overschat.

De Rekenkamer Den Haag (2016) constateert dat hulpbehoevenden veel obstakels tegenkomen: o.a. dat de aanvraag te ingewikkeld is voor veel cliënten, dat bij de hulpmelding vaak geen integraal gesprek volgde, dat in het gesprek te veel uitsluitend op lichamelijke beperkingen gefocust werd en te weinig op psychische problemen (waardoor de hulpbehoefte gemakkelijk onderschat wordt), dat als cliënten niet doorgestuurd werden voor een maatwerkvoorziening, cliënten niet gewezen werden op de wettelijke mogelijkheid dat zij toch altijd (samen met een onafhankelijke cliëntondersteuner) een maatwerkvoorziening kunnen aanvragen, en dat het een ongewenste rolvermenging is, als diegene die de hulpmelding aan het loket in ontvangst neemt tegelijk ook onafhankelijk cliëntondersteuner én beoordelaar van de hulpvraag is. Die rolvermenging vergroot het risico op het missen van (de ernst van) een hulpbehoefte. Onderzoek van het SCP onder hulpmelders bevestigt globaal dit beeld (SCP, 2017). Mantelzorgers waren overigens nog kritischer over de aandacht voor alle problemen dan de hulpbehoevenden zelf.

3. Hoge eigen financiële bijdragen

Voor een bepaald deel van de hulpbehoevenden zou de eigen bijdrage een belangrijk obstakel vormen bij het krijgen van hulp en tot een bepaalde mate van zorgmijding leiden, zo komt uit onderzoek naar voren. Een onderzoek van Binnenlands Bestuur en Ieder(in) stelde in 2016 dat ongeveer een kwart van de ouderen en langdurig zieken af zou zien van Wmo-hulp/ondersteuning vanwege de hoge eigen bijdragen (Binnenlands Bestuur, 2016). Recent onderzoek van het Centraal Planbureau laat zien dat er inderdaad een effect van de eigen bijdrage op zorgmijding is, hoewel kleiner dan eerder gedacht: bij een verhoging van de eigen bijdrage met 10% treedt een gemiddelde vermindering van de zorgvraag met 2,5% op (CPB, 2017).

Zoals gezegd heeft het nieuwe kabinet in sept. 2017 het voornemen geuit om de eigen bijdrage te verlagen tot een vast tarief van maximaal 17,50 euro per 4 weken voor iedereen. Gemeenten zullen daardoor minder inkomsten uit de eigen bijdragen hebben en kunnen de eigen bijdragen niet meer als sturingsinstrument gebruiken om het beroep op de Wmo-maatwerkvoorzieningen naar beneden te brengen.

4. Onvoldoende hulp/zorg op maat

Uit de onderzoeken in den lande en bij gemeenten komt naar voren dat niet alle cliënten voldoende hulp bij de zelfredzaamheid krijgen en langer zelfstandig kunnen wonen. De percentages hulptekort wisselen per onderzoek²². Zo constateert het ene onderzoek dat één op de drie respondenten niet de hulp/hulpmiddelen krijgt die zij nodig hebben (Patiëntenfederatie Nederland); een ander onderzoek constateert dat 40% van de hulpbehoevenden zegt onvoldoende hulp te krijgen bij de dingen die zij niet kunnen doen (SCP, 2017). Een rekenkameronderzoek in Utrecht constateert een tekort aan (huishoudelijke) hulp onder 54% van de geïnterviewden (Rekenkamer Utrecht²³, sept. 2016). De Rekenkamer Lelystad constateert dat ca. 60% een tekort aan huishoudelijke hulp ervaart. En een onderzoek onder kwetsbare ouderen van de Patiëntenfederatie Nederland (mei 2017) concludeert dat 48% van de ouderen

²² De percentages wisselen al naar gelang de onderzochte doelgroep en al naar gelang de vraagstelling.

²³ Rekenkamer Utrecht, 'Hulp bij maatwerk', sept. 2016.

knelpunten²⁴ ervaart in hun hulp en ondersteuning en 40% van de ouderen aangeeft veel meer hulp nodig te hebben dan wat zij nu krijgen en dan wat mantelzorgende familie, burens en vrienden kunnen bieden.

Uit het Bredase klantervaringsonderzoek²⁵ onder Wmo-ers (2017) komt naar voren dat ongeveer 40% van de Bredase cliënten van mening is dat zij deels of geheel te weinig Wmo-hulp krijgen. Het gaat vooral (tweederde) om een tekort aan hulp bij het huishouden (dagelijkse handelingen in het huishouden). Daarnaast gaat het ook voor een deel (27%) om begeleiding en voor een deel (37%) om een vervoersvoorziening.

Uit al deze onderzoeken blijkt dat met name (oudere) ouderen, mensen met psychische aandoeningen, mensen met complexe problemen en mantelzorgers oververtegenwoordigd zijn onder diegenen die te weinig hulp te krijgen. Het gaat hierbij vooral om een gebrek aan (dagelijkse) ondersteuning bij het huishouden, begeleiding bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig kunnen wonen, woningaanpassingen/geschikte (zorg)woningen en passende dagbesteding/dagopvang voor hulpbehoevenden onder meer om mantelzorgers te ontlasten.

Het SCP (2017) constateert aan de hand van grootschalig onderzoek dat het aantal personen, dat eind 2016 een WMO-maatwerkvoorziening heeft, met ongeveer 200.000 personen is afgenomen ten opzichte van enkele jaren daarvoor. Hierin is met name een afname van huishoudelijke hulp te zien en hierbinnen met name hulp aan ouderen (i.c. aan 80-plussers). De afname van de inzet van beroepskrachten heeft echter niet geleid tot een grotere inzet van het sociaal netwerk, aldus het SCP (2017). Ook blijkt dat de inzet van vrijwilligers achterblijft bij de verwachtingen. Het is niet duidelijk of en hoe de hulpbehoevenden dit opgelost hebben, aldus het SCP (2017). In ieder geval blijkt dat melders met een hulpbehoefte die geen maatwerkvoorziening hebben gekregen, zich minder geholpen voelen, een geringere kwaliteit van leven rapporteren en minder zelfredzaam zijn dan mensen die wel een maatwerkvoorziening ontvangen.

5. Gebrek aan afstemming verschillende soorten hulp/zorg

Een belangrijk knelpunt dat veelvuldig genoemd wordt, is de afstemming tussen verschillende soorten hulp en zorg. Het zorglandschap is sinds de opheffing van de AWBZ en de scheiding tussen zelfredzaamheidshulp, persoonlijke verzorging en langdurige zorg, erg ingewikkeld geworden. Voor veel burgers is het onduidelijk wie waarvan is en wat waar aangevraagd moet worden. Met name mantelzorgers en personen met een meervoudige hulpbehoefte melden vaak dat zij moeite hebben om de juiste hulp te vinden en de hulp goed op elkaar af te stemmen.

Daarbij gaat het slechts voor een klein deel over afstemming tussen Participatiewet, Jeugdzorg en Wmo. De overlap tussen deze drie gebieden is gering: het SCP en de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB) constateren aan de hand van onderzoek dat slechts 7% van de gebruikers (en ca. 10% van de huishoudens) van meer dan één van deze wetten gebruik maakt. Het gaat bijvoorbeeld om jongeren die 18 jaar worden (overstap van jeugdzorg naar Wmo), om personen jonger dan 65 jaar met een beperking en (deels) een arbeidsvermogen, en om hulpbehoevenden die in de schulden zijn terecht gekomen. De doelgroepen van de Jeugdzorg, Participatiewet en Wmo lopen verder erg uiteen en hebben ieder hun eigen specifieke problematiek en een specifieke aanpak nodig.

Daarentegen is een grote overlap te zien tussen de Wmo, de persoonlijke verzorging/wijkverpleging en de Wet langdurige zorg. Personen met medische problemen en een gebrek aan zelfredzaamheid, hebben voor een belangrijk deel ook persoonlijke verzorging en/of wijkverpleging nodig om langer thuis te kunnen wonen. Gaande de tijd en met het stijgen van de

²⁴ Overigens ervaart 95% van de uitvoerenden van organisaties knelpunten bij de hulp en zorg voor ouderen met gezondheidsproblemen, zo komt uit het onderzoek naar voren (Patiëntenfederatie Nederland 'Rapport kwetsbare ouderen', mei 2017).

²⁵ De Rekenkamer Breda heeft de vragen 'of cliënten vinden dat zij voldoende hulp krijgen' en 'aan welke hulp men behoefte heeft, als een tekort aan hulp ervaren wordt', laten toevoegen aan het Bredase klantervaringsonderzoek 2017. Deze vragen waren niet gesteld in de landelijk verplichte vragen, noch in de toevoegingen van de gemeente Breda zelf.

leeftijd neemt de hulpbehoefte vaak toe, waardoor steeds meer zelfredzaamheidshulp op de dag nodig is en met name ouderen steeds meer een behoefte aan langdurige en intensievere zorg krijgen, o.a. door dementie (komt voor onder zo'n 6% van alle 65-plussers).

De verschillende regelingen en voorzieningen sluiten echter niet naadloos op elkaar aan door de uiteenlopende toegangsloketten, de uiteenlopende regels en een (tegenwoordig) stringente toepassing van iedere wet, zo blijkt uit onderzoek. Eén van de problemen hierin is dat de terreinen van de zelfredzaamheidsondersteuning, hulp gedurende de dag en persoonlijke verzorging niet heel scherp afgebakend zijn tussen de Wmo, de Zorgverzekeringswet en de Wlz. Dit laat ruimte voor eventuele (overigens wederzijdse) verwijzing naar elkaar c.q. afschuifmogelijkheden, aldus de Raad voor het Openbaar Bestuur (ROB, 2017) en het SCP (SCP, 'Langdurige zorg', 2016; Monitor Sociaal domein, 2017). De investeringen die gemeenten en verzekeraars moeten plegen om cliënten met een oplopende zorgvraag meer en langer thuis te laten wonen, zijn financieel niet erg aantrekkelijk voor gemeenten en verzekeraars. De baten van hun investeringen komen immers vooral terecht bij de Wlz, waar de rijksoverheid verantwoordelijk voor is. Een gemeente die meer geld uitgeeft aan de Wmo, dan zij van het rijk ontvangt, moet het verschil zelf bijleggen. Dit geeft een prikkel aan gemeenten om dure hulp en zorg meer over te dragen aan andere regelingen (zoals de Wlz), instellingen (bv thuiszorg) en andere hulpbieders (bv aan mantelzorg of vrijwilligers). De zorgverzekeraars en de rijksoverheid hanteren echter (steeds) stringente(re) toegangsregels voor de thuiszorg en de Wet langdurige zorg om de kostenstijging tegen te gaan en verwijzen voor zelfredzaamheidshulp naar de Wmo. Met name hulpbehoevenden die meer zelfredzaamheidshulp en zorg gedurende de dag nodig hebben, vallen daardoor gemakkelijk tussen wal en schip. Personen met uitsluitend een psychische aandoening komen overigens tot op heden in het geheel niet in aanmerking voor de Wlz. Het nieuwe kabinet wil hierin een wetswijziging gaan voorstellen.

De verantwoordelijkheid van gemeenten om alle benodigde hulp en zorg thuis goed op elkaar af te stemmen, zodat hierin geen hiaten vallen en burgers toch afhankelijk worden van dure specialistische en institutionele hulp/zorg, is nog niet geheel uit de verf gekomen, zo blijkt uit de onderzoeken.

6. Preventie en bereik zorgmijders

Vroegtijdige signalering van problemen en preventie (voorkomen van erger) is in veel gemeenten nog niet erg van de grond gekomen, zo blijkt uit onderzoek. Wmo-beroepskrachten en beleidsmedewerkers geven in een onderzoek van het SCP (2017) aan dat dit vanwege tijdgebrek nog niet zo ver ontwikkeld is, als zij zouden willen. De professionals constateren dat hulpbehoevenden veelal juist later dan voorheen een melding van een hulpbehoefte doen, waardoor de hulpbehoefte zwaarder is als eenmaal professionele hulp wordt gevraagd. Gemeenten hebben ook over het algemeen weinig zicht op zorgmijding en zorgmijders in hun gemeente, zo constateren de TSD en het SCP. Hoeveel en welke hulpbehoevenden niet de benodigde hulp/zorg krijgen, is vaak onduidelijk. Dat geldt ook voor de gemeente Breda. De gemeente Breda neemt zich in 2017 voor om de wijkteams te vragen extra alert te zijn op mensen die in de problemen komen en te weinig hulp krijgen.

In een ronde van de Rekenkamer Breda onder Bredase organisaties en een tiental huisartsenpraktijken blijkt een wisselend beeld te bestaan over zorgmijding. Sommige organisaties, waaronder Zorg voor elkaar Breda hebben het beeld dat de meeste hulpbehoevenden bereikt worden door de gemeente. Andere organisaties hebben bedenkingen bij het bereik van zorgmijders, o.a. het bereik van ouderen in de wijken die zelf niet snel om hulp vragen en personen die begeleiding en complexe hulp nodig hebben, maar daar zelf niet actief om vragen of die hulp afwijzen. Zo zegt een praktijkondersteuner van een huisartsenpraktijk: 'Wij zijn over het algemeen tevreden over de Wmo, een grote groep mensen met weinig of enkelvoudige problemen wordt goed geholpen. Maar als de zorg complexer wordt, bijvoorbeeld door een verstandelijke handicap, psychische en verslavingsproblemen of een combinatie van geestelijke en lichamelijke achteruitgang, dan worden we vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Meestal is het dan de wijkverpleging die met de problemen blijft zitten en het op moet lossen, zo is onze ervaring. Of mensen blijven zonder hulp, bijvoorbeeld omdat de zorgverzekeraar zegt dat de Wmo voor alle zelfredzaamheidshulp moet zorgen en de gemeente

zegt dat meer zelfredzaamheidshulp op de dag onder persoonlijke verzorging valt en de verzekeraar daarvoor moet zorgen’.

Dat het nog weinig ontwikkeld zijn van concrete preventie tot een grotere kans op zorgmijding leidt, is ook één van de conclusies van de Transformatiecommissie Sociaal Domein (2016). Zo concludeert de TSD: ‘Er zijn veel kwetsbare mensen in de wijken en de structuren van onderwijs, verenigingen, buurthuizen e.d. functioneren nog niet zodanig dat de preventiekant in de wijken goed uit de verf komt’. In veel gevallen wordt daardoor pas aan de bel getrokken door een naaste, huisarts, politie e.d. als het al min of meer uit de hand gelopen is. Het doel om vroegtijdiger, dichtbij, integraal en op maat hulp te bieden, is daardoor nog te weinig van de grond gekomen’.

Acties om problemen eerder te ontdekken, lopen overigens nogal eens tegen de huidige strenge privacyregels aan. Zo lopen vrijwilligersorganisaties, die huisbezoeken bij ouderen af willen leggen, aan tegen het probleem dat zij geen adressen krijgen vanwege de strenge privacywetgeving.

Hoofdstuk 3. Het kwalitatieve onderzoek onder Wmo-cliënten: de interviews

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de ervaringen van 108 Wmo-aanvragers en Wmo-cliënten in Breda centraal omtrent hun zelfredzaamheid en hun maatschappelijke ondersteuning. Daartoe heeft de Rekenkamer 108 interviews gehouden, waaronder (ook) met 29 mantelzorgers²⁶. De interviews met de Wmo-cliënten, Wmo-aanvragers en mantelzorgers gingen over de persoonlijke situatie, de beperkingen, de hulpbehoefte en welke hulp cliënten en mantelzorgers ontvangen (Wmo, mantelzorg, thuiszorg, overige ondersteuning). Verder over de toegang tot de Wmo, hoe de cliënten en mantelzorgers de toekenning van de Wmo-hulp en de Wmo-hulp zelf ervaren en welke knelpunten cliënten (en hun mantelzorgers) eventueel ervaren bij het zo lang mogelijk zelfredzaam zijn en zelfstandig thuis kunnen wonen (zie vragenlijst in bijlage 2).

Het doel van het kwalitatieve onderzoek is om meer inzicht te geven in de beleving van cliënten omtrent de hulp en de gemeente Breda handvatten te bieden om de WMO-hulp en ondersteuning verder te kunnen verbeteren en de hulp (nog) integraler en beter op maat op de burgers af te kunnen stemmen. Het onderzoek richt zich vooral op leerpunten en verbeterpunten.

Steekproef - respons

De 108 respondenten zijn via verschillende kanalen benaderd: enerzijds via het landelijk verplichte klantervaringsonderzoek dat de gemeente Breda in mei-juni 2017 uitvoert, anderzijds via een separate steekproef uit het bestand van Zorg Voor Elkaar Breda (toegangslot in Breda). Laatstgenoemde steekproef richtte zich vooral op cliënten die in het ZVE-bestand geregistreerd zijn onder het kopje: 'andere oplossing dan Wmo' gekregen. Hieronder wordt verstaan: 'cliënt kan zelf verder', 'cliënt lost het via eigen sociaal netwerk op', of 'cliënt doorverwezen naar vrijwilligerswerk of algemene voorziening'. Daarnaast is een klein deel geselecteerd op hoge leeftijd (85+) om een ondervertegenwoordiging van oudere ouderen in het onderzoek tegen te gaan.

Uiteindelijk zijn 87 personen gesproken, die zich via het klantervaringsonderzoek hadden aangemeld, en 21 personen (waarvan 15 met 'een andere oplossing') die zich via Zorg voor elkaar Breda hadden aangemeld, in totaal 108 personen²⁷. Daarvan zijn 62 personen bij hen thuis gesproken en 46 telefonische interviews gehouden.

Niet alle respondenten die zich via een brief bij het klantervaringsonderzoek hadden aangemeld, zeiden meegedaan te hebben aan de schriftelijke enquête van het verplichte landelijke klantervaringsonderzoek. Een deel van de geïnterviewden vond de schriftelijke enquête te lang en te ingewikkeld en heeft zich uitsluitend aangemeld voor een gesprek met de Rekenkamer in het kader van dit kwalitatieve onderzoek, zo bleek uit de gesprekken. De Rekenkamer heeft dus deels een andere (deels oudere en meer hulpbehoevende) groep gesproken dan aan de schriftelijke klantervaringsenquête meegedaan hebben.

Omdat veel meer mensen zich aangemeld hadden voor een interview bij hen thuis dan realiseerbaar was voor de Rekenkamer, heeft de Rekenkamer deels telefonische interviews verricht²⁸. De Rekenkamer heeft zoveel mogelijk alleen telefonische interviews gehouden met

²⁶ De Rekenkamer heeft aan iedere cliënt gevraagd of zij een mantelzorger aanwezig wilden laten zijn bij het gesprek.

²⁷ In totaal hadden ruim 100 personen zich via het klantervaringsonderzoek aangemeld en 28 personen via ZVE, echter ca. 20 personen bleken uiteindelijk toch niet te bereiken, wilden bij nader inzien toch niet meewerken, wilden uitsluitend informatie over waar zij hulp/zorg kunnen krijgen of hoopten via deze route extra hulp te kunnen krijgen.

²⁸ De Rekenkamer acht het van belang om alle personen, die zich hebben aangemeld voor een gesprek, de gelegenheid te geven hun verhaal te doen over hun hulpbehoefte en -ervaringen. Het gaat immers om een kwetsbare groep mensen die snel ontmoedigd is in het contact met instanties. Iedere negatieve ervaring kan bijdragen aan het verminderen van het vertrouwen in instanties en de overheid.

respondenten die mondig genoeg zijn en hun verhaal over de telefoon kwijt wilden. Als bleek dat een telefonisch interview niet goed lukte, is vervolgens zoveel mogelijk toch een thuisinterview gehouden. Daardoor zijn relatief weinig 85-plussers telefonisch geïnterviewd, ligt de gemiddelde leeftijd van de groep telefonisch geïnterviewden iets lager dan bij de respondenten met een thuisgesprek en hebben de telefonisch geïnterviewde respondenten iets minder ernstige problemen (zo lijkt). De telefonische vragenlijst is korter dan die van de thuisinterviews en er komt globaal minder informatie uit de telefonische gesprekken dan uit de thuisgesprekken. In de telefonische gesprekken is vooral gefocust op vragen over hoe het met de cliënt gaat, het hulpgebruik en de hulpbehoefte van cliënten. Bepaalde aspecten (inkomen, omvang sociaal netwerk, mantelzorg, particuliere hulp e.d.) zijn niet (consequent) aan de orde geweest in de telefonische gesprekken.

Algehele indruk gesprekken

Over het geheel genomen wilden respondenten heel graag hun verhaal kwijt en waren blij dat er iemand langskwam c.q. aandacht voor hen had. Veel respondenten zijn alleen, gaan weinig meer ergens naartoe en hebben nogal eens weinig aanspraak. Het waren voor een deel ook heel indringende gesprekken, waarin veel zorgen, verdriet en niet zelden machteloosheid en een (groot) tekort²⁹ aan hulp en ondersteuning naar voren kwamen. Daarnaast trof de Rekenkamer ook veel doorzettingsvermogen ('zelf willen volhouden') aan, het idee 'ervan maken, wat ervan te maken valt' en dankbaarheid voor de hulp die mensen krijgen. Ook constateert de Rekenkamer met name onder ouderen veel berusting, dankbaarheid voor wat men nog wel heeft en het idee van 'laat me maar'. Naast een groep die al alle loketten voor hulp gepoogd heeft te bereiken (vooral mantelzorgers en wat jongere cliënten), bestaat onder veel ouderen in mindere of meerdere mate weerstand en blokkades tegen het vragen om hulp. Een belangrijk deel van de geïnterviewde groep vraagt zelf niet of niet snel om hulp en is snel ontmoedigd als zij nul op het rekest krijgen of het (te) ingewikkeld wordt. Veel Wmo-ers praten ook niet gemakkelijk heel uitgebreid over hun hulpbehoefte, zeker niet over de telefoon. Veel respondenten maken zich wel (grote) zorgen om de toekomst en ervaren een (groot) tekort aan informatie over welke hulp zij kunnen krijgen of waar zij naartoe kunnen, als zij nog minder zelfredzaam worden.

3.2 De cliënten: kenmerken, gezondheid, zelfredzaamheid en situatie

De 108 cliënten in het onderzoek zijn voornamelijk 65-plussers (80%) of eigenlijk preciezer vooral 75-plussers (ca. 60%). Ongeveer 20% is ouder dan 85 jaar (zie tabel 2). Dit laatste is iets minder dan het totale Wmo-bestand, waarin ongeveer een kwart tot eenderde ouder dan 85 jaar is.

De onderzochte cliëntengroep bestaat voor tweederde uit vrouwen en ca. tweederde uit alleenwonenden, 70% heeft een laag inkomen (alleen AOW of AOW plus een zeer klein pensioen) en een belangrijk deel heeft een klein sociaal netwerk.

De verdeling van de onderzochte groep is wat betreft deze kenmerken goed representatief voor de gehele groep Wmo-ers in het gemeentelijke bestand.

Kenmerkend is dat het vooral om personen met een matige tot slechte gezondheid en een matige tot slechte zelfredzaamheid gaat, waarbij bovendien het aantal en de ernst van de aandoeningen en beperkingen toenemen in de tijd met het stijgen van de leeftijd. Bijna alle cliënten hebben daardoor langdurig hulp nodig en in de tijd in toenemende mate hulp nodig bij de zelfredzaamheid. In de meeste gevallen gaat het om (ernstige) chronische aandoeningen, die niet meer beter worden. Slechts bij een kleine minderheid was tijdelijk (extra) hulp nodig, bijvoorbeeld na een operatie, na een val of andere tijdelijke aandoening.

Tabel 2 geeft een overzicht weer van de kenmerken van de cliënten. Daarin is onder meer te zien dat de telefonisch gesproken relatief wat jonger zijn en een wat betere zelfredzaamheid hebben, dan de cliënten die thuis geïnterviewd zijn.

²⁹ Met de Wmo-ambtenaren van de gemeente Breda heeft de Rekenkamer vooraf afgesproken dat als de Rekenkamer een nijpend tekort aan hulp c.q. een crisissituatie bij cliënten aantreft, aan de betreffende cliënt gevraagd wordt of naam en adres doorgegeven zal worden aan de Wmo om te bezien wat op korte termijn aan de nijpende/crisis situatie gedaan kan worden. Dit is ook in zo'n 6-tal gevallen gebeurd.

Wat tabel 2 niet laat zien is, dat met het stijgen van de leeftijd van cliënten vaak een aantal zaken gaan clusteren: meer en ernstiger aandoeningen, vaker zowel lichamelijke als geestelijke beperkingen, een afnemende zelfredzaamheid, vaak alleenstaand worden en een kleiner wordend sociaal netwerk, minder activiteiten buitenshuis, een laag inkomen gecombineerd met hoger wordende zorgkosten, en een groter wordende afstand tot instanties, nieuwe ontwikkelingen en bv informatie van de overheid. Daarmee neemt enerzijds de hulpbehoefte toe, terwijl tegelijkertijd de kans op hulp uit de omgeving afneemt.

Tabel 2 Kenmerken van de 108 onderzochte Wmo-cliënten en Wmo-aanvragers

Kenmerken van cliënten	Thuisinterviews N= 62 p.	Telefonische interviews N= 46 p.	Totaal N=108 p.
Leeftijd			
< 65 jaar	24%	15%	20%
65-75 jaar	14%	26%	19%
75-85 jaar	37%	43%	40%
>85 jaar	24%	12%	18%
Onbekend	-----	4%	2%
	Totaal 62 p.	Totaal 46 p.	Totaal 108 p.
Geslacht			
Vrouwen	65%	61%	63%
Mannen	35%	39%	37%
Huishouden			
Alleenwonend	65%	70%	66%
Samenwonend	35%	30%	33%
Inkomen			Thuisinterviews
Uitkering	19%	Niet	19%
Alleen AOW	15%	Gevraagd	15%
AOW+klein pensioen	35%		35%
AOW++pensioen	27%		27%
Inkomsten baan	3%		3%
Onbekend	2%		2%
			Totaal 62 p.
Sociaal netwerk			Thuisinterviews
Klein	53%	Niet gevraagd	53%
Matig/redelijk	29%		29%
Groot	18%		17%
			Totaal 62 p.
Zelfredzaamheid			
Zeer slecht	16%	9%	13%
Slecht-zeer matig	32%	17%	26%
Matig	45%	33%	40%
Gaat/redelijk goed	7%	41%	21%
			Totaal 108 p.

In bijlage 3 is in tabel 3.1 een vergelijking te zien tussen de cliënten uit het klantervaringsonderzoek en de cliënten uit het bestand van Zorg voor elkaar Breda. Daarin is te zien dat deze twee groepen in grote lijnen goed met elkaar overeenkomen. Zij verschillen niet veel van elkaar, behalve dat onder de Zorg voor elkaar Bredagroep zich relatief veel mantelzorgers (10 personen) bevonden, die intensieve mantelzorg aan een zeer hulpbehoevende naaste verlenen.

Inkomen

Ongeveer 70% van de thuis geïnterviewde cliënten heeft een laag inkomen. Zij hebben alleen AOW of AOW plus een heel klein pensioen (50%), een uitkering op het minimum (19%) of een laag betaalde baan (2x). De meeste cliënten die jonger dan 65 jaar zijn, hebben een arbeidsongeschiktheidsuitkering (7 personen hebben Wajong, IVA of WIA-uitkering). Zij zijn al langere tijd volledig arbeidsongeschikt verklaard. Slechts een gering aantal cliënten (5 personen) heeft een bijstandsuitkering of IOAW. In totaal zeggen twee personen schulden te hebben, i.c. door hoge eigen bijdragen en hoge zorgkosten. De overlap tussen WMO en de Participatiewet is gering onder de respondenten. In de telefonische interviews is niet naar de hoogte van het inkomen gevraagd.

Sociaal netwerk:

Meer dan de helft van de thuis gesproken cliënten (53%) heeft een klein tot zeer klein sociaal netwerk (niemand, of 1 of 2 personen). Bijna 30% heeft een redelijk sociaal netwerk en 17% heeft een groot sociaal netwerk.

Oorzaken van een klein netwerk of het ontbreken van een sociaal netwerk zijn: geen kinderen hebben, kinderen wonen ver weg of zijn zelf ziek of al overleden, contact burens kwijtgeraakt, (vroegere) vrienden zijn ook oud en/of hebben veel beperkingen, de vele lichamelijke en geestelijke beperkingen waardoor cliënten al langere tijd (bijna) niet meer de deur uitkomen, weinig tot geen sociale activiteiten, door een scheiding of verhuizing geïsoleerd geraakt, de Nederlandse taal niet (meer) spreken/geen familie in Nederland.

Slechts 17% heeft wel een uitgebreid netwerk. Vaak komt dat door uitgebreide familie dichtbij, actief in verenigingsleven en met activiteiten, en/of omdat ze veel mensen kennen in de buurt/ het dorp.

Gezondheid, aandoeningen, zelfredzaamheid

Het merendeel van de cliënten heeft meerdere ernstige chronische aandoeningen en beperkingen in de dagelijkse handelingen. Bij meer dan de helft van de cliënten (54%) gaat het om een combinatie van lichamelijke aandoeningen/beperkingen én geestelijke aandoeningen/beperkingen. Veel cliënten hebben mobiliteitsproblemen: Een groot deel van de cliënten loopt slecht en heeft meerdere ADL(H)-beperkingen³⁰, waardoor het functioneren in het dagelijkse leven en het voeren van een huishouden worden beperkt. In een aantal gevallen leiden lichamelijke beperkingen tot volledige afhankelijkheid van hulp van anderen.

Over het geheel genomen zijn psychische/psychiatrische problemen echter het meest beperkend voor de zelfredzaamheid: door dementie, psychiatrische problematiek, gebrekkig (geworden) bevvattingsvermogen en daardoor een geringe psychische zelfredzaamheid. In behoorlijk wat gevallen leidt dat (op termijn) tot volledige afhankelijkheid. Tegelijkertijd leidt dit overigens ook vaak tot het ontbreken van een concrete hulpvraag vanuit de hulpbehoevende zelf. Zonder mantelzorgers leidt dit gemakkelijk tot zorgmijding.

Zoals een echtgenoot die dagelijks intensieve mantelzorg verleent aan zijn ernstig dementerende echtgenote zegt: *'Als je het aan haar vraagt, dan gaat altijd alles goed'*.

De zelfredzaamheid van ruim driekwart van de cliënten is matig (43%), slecht (26%) tot zeer slecht (12% heeft een zeer geringe zelfredzaamheid). Met ongeveer 20% gaat het wel en zij kunnen zich momenteel (weer) redelijk tot goed zelf redden.

De meeste cliënten hebben chronische lichamelijke en psychische aandoeningen door ziekten zoals COPD, astma, reuma, spierziekten (MS, dystonie), dementie, ernstige artrose of osteoporose, diabetes, Parkinson, auto-immuun/ontstekingsziekten (Aids, Menière, Crohn) of beperkingen ten gevolge van hartaandoeningen, herseninfarct, hersenvliesontsteking, hersenbloeding, hersenletsel door ongeval, dwarslaesie etc.. Daarnaast zijn een aantal personen erg depressief, triest, lijden aan angsten, gaan gebukt onder psychische trauma's of psychiatrische aandoeningen. Daarnaast komt doofheid en blindheid/slechtziendheid voor. Ook

³⁰ Beperkingen in het algemene dagelijkse leven en de algemeen dagelijkse handelingen van het huishouden (ADL en ADLH).

lijdt een behoorlijk aantal cliënten veel pijn, waardoor hun (lichamelijke en geestelijke) functioneren beperkt wordt. In een aantal gevallen leiden psychiatrische problemen en dementie ook tot gedragsproblemen, zoals onrustigheid, achterdocht, agressie, isolement (opsluiten in zichzelf) en het afwijzen van hulp. In een tweetal gevallen hebben problemen ook tot huiselijk geweld geleid (overigens tegen de hulpbehoevende zelf).

Als we naar verschillende leeftijdscategorieën kijken, dan kampen personen jonger dan 65 jaar meer met spierziekten, hersenaandoeningen en dwarslaesies ten gevolge van een ongeluk, kanker, diabetes, Aids, drugsverslaving en ernstige psychiatrische aandoeningen (niet zijnde dementie). Ouderen kampen vooral veel met gewrichtsaandoeningen, COPD, dementie, hartproblemen, herseninfarcten, doofheid, slechthoorden, evenwichtsproblemen, Parkinson, aandoeningen na een val, en algehele lichamelijke en geestelijke achteruitgang. Met het stijgen van de leeftijd verergeren chronische aandoeningen en neemt het aantal beperkingen toe. De meeste cliënten vertellen dat ze steeds verder achteruit gaan. De zelfredzaamheid van cliënten neemt over het geheel genomen af gaande de tijd.

Daarover merkt een aantal cliënten op, dat deze achteruitgang niet goed opgemerkt wordt door de gemeente en dat de hulp niet overeenkomstig de achteruitgang toeneemt. Eerder worden cliënten geconfronteerd met minder hulp (bij de herbeoordelingen) en met tijdelijkheid van toewijzing van de hulp. Dat ontlokt bij cliënten uitspraken als:

'Het lijkt wel of ze de aandoeningen niet goed begrijpen. Die COPD gaat echt niet meer over, hoor. Als je dan een brief krijgt dat de hulp stopt, dan is dat niet te begrijpen.'

Slechts een klein deel van de cliënten had een tijdelijke aandoening en was tijdelijk beperkt in hun functioneren. Zij vroegen tijdelijk hulp aan bij de Wmo. Het gaat nu weer goed met hen en zij hebben geen hulp meer van de Wmo nodig.

Overigens hebben ook de mantelzorgers, die gesproken zijn, vaak aandoeningen/beperkingen (zoals hersenletsel, longaandoeningen, kanker, slechthoorden, hoge leeftijd, veel zorgen/slaapt slecht). In een aantal gevallen zijn cliënten hun mantelzorgers kwijt geraakt, omdat zij dermate ziek geworden en/of overbelast geraakt zijn, dat zij zijn ingestort en/of overleden.

Uit de gesprekken komt een beeld naar voren dat cliënten met enkelvoudige en weinig ernstige aandoeningen zich nog wel redelijk kunnen redden. Cliënten met ernstige beperkingen en vooral de cliënten met meervoudige (zowel lichamelijke als psychische) beperkingen hebben veel hulp nodig om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen.

Zoals een oudere zegt: *'Het is meer overleven. Het gaat steeds moeilijker. Ik weet niet hoe lang het nog gaat'*.

4.2 Hoe beleven de respondenten de toegang tot hulp, de aanvraag voor Wmo-ondersteuning, de indicaties en (her)beoordelingen van de omvang van de hulp?

Veruit de meeste cliënten zeggen naar de gemeente gebeld te hebben voor hulp en ondersteuning, ook veel van de geïnterviewden uit het Zorg voor elkaar Breda bestand. Veel cliënten kunnen de verschillende instanties niet goed uit elkaar houden en associëren de Wmo vooral met de gemeente. De meeste cliënten zeggen Zorg voor elkaar Breda niet te kennen en weten niet wat ZVE is en doet (ook 60% van de ZVE-respondenten). Als ze er wel van gehoord hebben, denken respondenten ofwel dat Zorg voor elkaar Breda onderdeel van de gemeente is ofwel hebben ze het idee dat het een bedrijf of andere instantie is. De meesten begrijpen niet goed hoe de relatie is tussen gemeente en Zorg voor elkaar Breda en wat zij kunnen verwachten. Het ontbreekt veel mensen aan informatie over hoe de hulp/zorg en de Wmo in elkaar steekt en wie waarvan is.

Het meest wordt de Wmo geassocieerd met huishoudelijke hulp en zaken als de deeltaxi scootmobielen en rolstoelen. Met name begeleiding, dagbesteding en mantelzorgondersteuning zijn relatief onbekend.

Een cliënte zegt: *'Ik had die naam Zorg voor elkaar Breda wel eens gezien, maar ik dacht dat dat een bedrijf was waar je zorg kunt kopen. Mijn dochter kwam er achter dat je niet naar de gemeente, maar naar Zorg voor Elkaar moet bellen voor een traplift. Waar ze verder allemaal van zijn, weet ik niet. Als er iets is, dan bel ik naar mijn dochter of naar Careijn.'*

Er heerst veel onzekerheid onder de respondenten over hoe het nu zit met de verschillende vormen van hulp. In de interviews worden veel vragen gesteld om nadere uitleg te geven, niet alleen over de Wmo, maar ook over andere persoonlijke ondersteuning en hulp en over langdurige zorg. De veranderingen in de zorg en het gemeentelijke beleid staan erg ver van de meeste respondenten af. Veel respondenten zeggen het niet te begrijpen en vinden het erg ingewikkeld. Een groot deel is niet digitaal aangesloten en beschikt mede daardoor niet over (voldoende) informatie. Er is een groot gat te constateren tussen de leefwereld van de cliënten en de systeemwereld van de overheid.

Echter ook als mensen weldenkend zijn, goed opgeleid zijn en globaal weten hoe het hulp/zorglandschap in elkaar steekt, wordt het erg ingewikkeld gevonden en blijkt het moeilijk te zijn om de juiste loketten te vinden. Met name mensen die veel zorg nodig hebben en mantelzorgers zeggen dat het heel veel tijd, moeite en energie kost om alles aan te vragen en te regelen om voldoende hulp thuis te organiseren.

Zoals een cliënte met een HBO-diploma zegt: *'Er is te weinig integrale afstemming van alle hulp. Je moet alles apart aanvragen en zelf regelen. Het is zo vermoeiend en je moet zo mondig zijn. En iedere keer weer je verhaal doen. Mijn ouders en partner doen ook heel veel, maar zijn nu overbelast. Het is zo zwaar voor ze.'* (vrouw, 31 jaar, ernstige spierziekte, dystonie en skoliose, volledig afhankelijk en rolstoelgebonden).

De melding - aanvraag van Wmo-hulp

Ruim eenderde van de thuis-geïnterviewden, vooral ouderen, kan zich de aanvraag niet meer herinneren of er heeft iemand anders de aanvraag ingediend (mantelzorger of huisarts/psycholoog). Zo zegt een oude dame: *'Ik kan heel slecht onthouden en ik kan me niet meer herinneren dat ik gebeld heb. Ik kan ook al die dingen niet met internet enzo. Ik vind het erg lastig om dingen te regelen met instanties. Ik denk al snel 'laat maar zitten'.*

Ook eenderde van de ZVE-geïnterviewden kan zich het telefoongesprek met ZVE niet precies meer herinneren. Zoals iemand zegt: *'Ik heb verschillende keren gebeld naar instanties. Ik zou het na moeten kijken wanneer ik wie gesproken heb.'*

Veel cliënten hebben overigens al lang een Wmo-voorziening, waardoor zij de aanvraag zich moeilijk precies kunnen herinneren. Voor veel cliënten is het ook moeilijk om het aanmeldingsgesprek met betrekking tot hun hulpbehoefte en het beoordelingsgesprek dat in het verlengde is gevoerd, van elkaar te scheiden.

In ieder geval zegt, naast diegenen die zich de aanvraag niet meer kunnen herinneren, ongeveer een kwart van de cliënten dat de aanvraag voor Wmo-hulp geheel soepel liep. Bij bijna een kwart van de cliënten verliep de aanvraag wisselend. Bij hen liep de aanvraag van sommige voorzieningen soepel, zoals bv deeltaxi of scootmobiel, maar de aanvraag voor andere voorzieningen/hulp minder soepel. Tot slot zegt bijna 30% van de cliënten dat de aanvragen voor een Wmo-voorziening geheel moeizaam verliepen en dat zij obstakels ondervonden.

In totaal zegt dus bijna de helft van de aanvragers (die het zich kunnen herinneren) dat het bij één of meer aanvragen niet (geheel) soepel verliep. Obstakels ondervonden cliënten met name bij de aanvraag van huishoudelijke hulp en woningaanpassingen (ongeveer eenderde van de cliënten). Daarnaast ondervonden cliënten obstakels bij het aanvragen van begeleiding (vaak meerdere keren bellen, eerst een vrijwilliger, vaak tijdelijk een stagiair....), dagbesteding en speciale aangepaste verplaatsingsvoorzieningen (op maat gemaakte rolstoelen, aangepaste wielen, aangepaste fiets e.d.). Begeleiding en dagbesteding zijn het meest onbekend bij de cliënten van de Wmo-voorzieningen. Ook mantelzorgondersteuning is vaak niet bekend. Er zijn daardoor cliënten/mantelzorgers die bij de hulpmelding wel aangeven te weinig hulp te hebben en problemen te hebben, maar zelf niet concreet om begeleiding, dagbesteding of

mantelzorgondersteuning vragen. Cliënten ervaren dat de hulpbehoefte gemakkelijk te weinig begrepen wordt.

Ten aanzien van de toegang noemen respondenten als obstakels:

- Het is onduidelijk waar en hoe de aanvraag precies ingediend kan worden en wat het vervolg is. Als respondenten gebeld hebben naar de gemeente/Zorg voor elkaar Breda is het nogal eens onduidelijk wat zij kunnen verwachten en hoe zij geholpen kunnen worden. Er wordt veel van de mondigheid en zelfredzaamheid van de aanvragers verwacht en er wordt over het geheel genomen verwacht dat mensen zelf een duidelijke hulpvraag formuleren. Daar gaat het nogal eens fout, zo blijkt uit de verhalen. Veel cliënten praten moeilijk over hun hulpbehoefte, zeker over de telefoon. Als mensen zelf geen duidelijke hulpvraag/vragen formuleren, volgt vaak geen of te weinig hulp. Ook hoe het vervolg is en hoe de beoordeling van de benodigde (hoeveelheid) hulp verloopt, is vaak niet duidelijk voor de respondenten.
- Weinig cliënten/mantelzorgers hebben bij hun hulpmelding/vraag naar hun beleving³¹ een integraal gesprek gehad, waarbij hun gehele situatie uitgebreid aan de orde kwam. Ook een belangrijk deel (ca. 60%) van diegenen die meer recent een hulpvraag aan Zorg voor elkaar Breda hebben gesteld, zegt dat er niet echt een integraal gesprek is gevoerd bij hun melding.

Een deel van de cliënten is in deze van mening dat er onvoldoende geluisterd is, te kort door de bocht, afstandelijk of zelfs onaardig gereageerd werd en te weinig geluisterd is naar hun problemen en belemmeringen. Met name personen met psychische/psychiatrische problemen, complexe problemen en mantelzorgers voelen zich te weinig gehoord en zijn van mening dat zij te weinig geholpen zijn met hun problemen. In zulke complexe omstandigheden is het overigens ook heel moeilijk om telefonisch goed uit te leggen wat er allemaal aan de hand is en is een beoordeling van de situatie ook erg lastig via de telefoon.

Een ander deel van de cliënten zegt dat er bij hun hulpmelding te veel alleen op productniveau (over voorzieningen) gesproken is door diegene waarbij de hulpvraag ingediend werd. Het gesprek ging vooral over voorzieningen en of iemand daarvoor in aanmerking komt of niet en te weinig over de persoonlijke situatie en welke hulpbehoeften iemand heeft, aldus de cliënten. Ook zeiden cliënten/mantelzorgers dat veelal al snel in het gesprek gefocust werd op één voorziening en weinig informatie gegeven werd over andere voorzieningen c.q. andere vormen van hulp. Bij het vervolg op de aanvraag wordt dan alleen nog over die ene voorziening, waarover gesproken is, geoordeeld in de indicatie. Daardoor is het vaak niet mogelijk om meerdere voorzieningen tegelijk aan te vragen. Met name de eventuele behoefte aan begeleiding bij de zelfredzaamheid, concrete mantelzorgondersteuning en hulp bij de participatie komen hierdoor onvoldoende aan de orde. Ook zeggen een aantal respondenten dat het gesprek vooral over hun inkomen ging en niet over de hulp die zij nodig hebben en hoe zij aan die hulp kunnen komen.

Een cliënte die naar Zorg voor elkaar Breda gebeld had om hulp te krijgen bij de mantelzorg voor haar man met Alzheimer en COPD, zegt:

‘Alles is zo versnipperd. Als je belt, dan vragen ze naar bepaalde voorzieningen, zoals deeltaxi of huishoudelijke hulp. Dan gaat het gesprek alleen over die voorziening en niet over wat je verder nodig hebt. Er is geen afstemming. De thuiszorg is apart, de huishoudelijke hulp is apart... daar komt dan weer iemand anders voor praten. Wat je nog verder aan hulp kunt krijgen, is niet duidelijk. En het duurt allemaal zo lang en ze overleggen niet met elkaar. Dat kan veel efficiënter.’ (vrouw, 86 jaar, was fulltime mantelzorger voor haar man met Alzheimer en COPD. Had veel te weinig hulp. Heeft uiteindelijk zelf Wlz geregeld, echter voordat een plaats in een verzorgingshuis beschikbaar was, is haar man overleden.)

³¹ Het gaat hier om de beleving van de hulpvragers zelf. Het kan zijn dat er wel veel meer verteld is en/of doorgevraagd is door de gespreksvoerder, die de hulpvraag aan de telefoon heeft behandeld, maar dat cliënten dat niet opgepikt hebben of in ieder geval niet zo ervaren hebben.

- Nogal wat respondenten zijn van mening dat bij de hulpmelding te veel geconcentreerd wordt op dat zij zelf zaken moeten organiseren, op wat het sociaal netwerk doet of moet doen en te weinig op het bieden van concrete hulp en ondersteuning. Meerdere respondenten zeggen dat zij meerdere keren gebeld hebben, voordat zij daadwerkelijk concrete hulp kregen. Van de 15 respondenten die te boek stonden in het bestand van Zorg voor elkaar Breda als 'cliënt kan zelf verder/andere oplossing dan Wmo-maatwerk', is een meerderheid van mening dat zij geen concrete hulp hebben gekregen bij hun hulpvragen, toen zij belden naar Zorg voor elkaar Breda. Iets meer dan helft heeft overigens na meerdere keren bellen uiteindelijk toch Wmo-hulp gekregen, de overigen zijn veelal zonder hulp gebleven. Een enkeling heeft zelf hulp ingekocht. Slechts 3 personen van genoemde 15 respondenten hebben inderdaad een andere oplossing dan een Wmo-maatwerkvoorziening aangeboden gekregen en wel in de vorm van (ondersteuning/begeleiding door) een vrijwilliger. Dat bleek overigens niet altijd een structurele (goede) oplossing. Nader onderzoek zou meer licht kunnen werpen op in hoeverre 'andere oplossingen/klant kan zelf verder' echt goede andere oplossingen bieden voor hulpvragers.
- Een deel van de cliënten voelde zich met hun hulpvraag van het kastje naar de muur gestuurd, kregen geen antwoord op hun vraag, kregen onjuiste of onvolledige informatie of er werd gezegd dat zij elders moesten zijn met hun hulpvraag. Zo zegt een cliënt: *'Ik heb huishoudelijke hulp nodig en belde daarvoor naar de gemeente. Er werd gezegd dat ik naar CZ moest bellen. Bij CZ zeiden ze dat ik naar Careijn moest bellen, maar daar zeiden ze dat de gemeente hierover gaat. Dus heb ik weer naar de gemeente gebeld.'*
- De aanvraag en de toekenning duren lang en urgente hulp blijkt vaak niet (gemakkelijk) te regelen. Het komt nogal eens voor dat urgent hulp nodig is, bijvoorbeeld als cliënten gevallen of geopereerd zijn en thuis extra hulp nodig hebben. Cliënten die urgent hulp nodig hadden, kregen naar hun beleving te horen dat een aanvraag altijd minimaal 6 weken duurt. Verschillende cliënten bleven daardoor verstoken van urgente hulp, zo zeggen zij. Enkele cliënten zijn daardoor genooddaakt geweest om tijdelijk naar een zorghotel of verzorgingshuis te gaan. Anderen hebben zelf hulp ingehuurd, ondanks dat zij dat eigenlijk niet kunnen betalen. Zoals een cliënt zegt: *'Ik mocht 7 weken niets doen en belde naar de gemeente. Ze zeiden dat ze een afspraak voor over 6 weken konden maken en dat was het. Ik voelde me hulpeloos en boos. Ze hebben ook nooit meer teruggebeld. Als ze toch weten dat ouderen hulp nodig hebben, dan neem je toch contact op? Wat mij zo verbaasde was dat ze ook niets zeiden over andere mogelijkheden voor hulp. Ik heb toen via Raffy huishoudelijke hulp en maaltijden gekregen, maar dat moest ik zelf betalen. Er is nu iemand aan het kijken of ik dat terugkrijg van de gemeente, want ik heb alleen AOW.'*

In een enkel geval heeft iemand na lang aandringen wel snel hulp gekregen. Een respondent vertelt: *'We hadden urgent huishoudelijke hulp nodig, maar er werd gezegd dat het 6 weken zou duren. Toen heb ik net zo lang aangedrongen dat het wel snel geregeld werd. Maar hoe moet dat met mensen die niet zo mondig en vasthoudend zijn als ik?'*

Het oordeel over de beoordelingen en de herbeoordelingen

Als cliënten na de melding/hulpaanvraag doorgestuurd worden voor een maatwerkvoorziening, volgt een beoordelingsgesprek en een vaststelling van het 'te bereiken resultaat' door iemand van het gemeentelijke wijkteam. De wet stelt dat bij die beoordeling een integraal onderzoek dient plaats te vinden, waarbij integraal de situatie en de hulpbehoefte van cliënten aan de orde dient te komen.

Weinig respondenten zeggen echter een dergelijk integraal gesprek thuis met iemand van de Wmo gehad te hebben. De meeste cliënten ervaren niet dat hun gehele situatie en algehele hulpbehoefte goed in kaart gebracht is tijdens het beoordelingsgesprek. Dat komt deels omdat veel cliënten al langere tijd een Wmo-voorziening hebben, vooral huishoudelijke hulp en/of

deeltaxi, en zich (mogelijk) het beoordelingsgesprek niet helemaal meer herinneren of geen gesprek gehad hebben, omdat 80-plussers automatisch een deeltaxipas ontvangen. Cliënten die al lang Wmo hebben, zeggen overigens wel in meerderheid dat de aanvraag toen soepel verliep. Deels komt het beeld dat weinig respondenten zeggen niet echt een integraal gesprek gehad te hebben, omdat zij daarbij vooral denken aan de herbeoordelingen en de herbeoordelingsgesprekken met betrekking tot de huishoudelijke hulp, die zij met de huishoudelijke hulporganisatie hebben gehad.

Met name respondenten die voorzieningen hadden aangevraagd als woningaanpassingen (bv een traplift), scootmobiel, dagbesteding of begeleiding, zeggen wel een integraal gesprek met iemand van de Wmo gehad te hebben. Als iemand thuis is komen praten en echt naar de gehele situatie van de cliënt en van eventuele mantelzorger gevraagd heeft, dan bestaat daar grote waardering voor.

Een aantal cliënten ondervindt obstakels doordat de goedkoopste beste oplossing wordt aangedragen door de gemeente. Verschillende cliënten hoorden bij het beoordelingsgesprek voor een traplift of aanpassing van de badkamer, dat zij beter kunnen verhuizen. In enkele gevallen hebben cliënten dat gedaan, echter zeggen nu hun oude buurt, hun sociale netwerk, hun buurtactiviteiten te missen. Anderen zeggen: *'Ik denk er niet over om te verhuizen. Ik woon hier zo fijn en ik ken allemaal mensen in de buurt. Ik wil hier niet weg'*. In sommige gevallen betekent dat dat cliënten zonder aanpassingen in de woning blijven wonen, hetgeen een risico vormt op bv mogelijk een val van cliënten (hetgeen in één geval ook gebeurd is).

De **beoordeling en herbeoordelingen van de hoeveelheid huishoudelijke hulp** zijn in Breda gedelegeerd aan de huishoudelijke hulporganisaties. Als burgers huishoudelijke hulp aanvragen of een herbeoordeling krijgen, verricht de huishoudelijke hulporganisatie de (her)beoordeling om de hoeveelheid hulp (in principe samen met de cliënt) vast te stellen aan de hand van het criterium 'schoon huis'. Een consulent van de huishoudelijke hulporganisatie komt bij de cliënt thuis om te beoordelen hoeveel uur hulp nodig is om het resultaat 'schoon huis' te bereiken.

Bij het merendeel (38x) van de cliënten die al lange tijd huishoudelijke hulp hebben, is in de afgelopen 2 jaar een herbeoordeling uitgevoerd. Alle cliënten met een herbeoordeling hebben minder uren hulp gekregen. Daar bestaan veel onbegrip, frustratie en zorgen over. De redenen voor het verminderen van hulp zijn onduidelijk voor veel cliënten en het verminderen van hulp leidt tot een tekort aan hulp, volgens respondenten.

In de meeste gevallen hebben cliënten naar hun beleving geen integraal gesprek bij de herbeoordeling van de huishoudelijke hulp gehad. Het gesprek ging bijna altijd uitsluitend over de huishoudelijke hulp. Veel cliënten oordelen niet heel positief over dat gesprek en/of zijn achteraf negatief over het feit dat zij minder hulp krijgen. Het is hen meestal niet duidelijk op basis waarvan geoordeeld wordt. Zij hebben niet het idee dat er samen met hen is gekeken hoeveel hulp zij nodig hebben.

Zo zegt een vrouw van 87 jaar: *'Er kwam iemand voor een keukentafelgesprek. Dat was een lachertje. Die zei meteen dat het minder uren huishoudelijke hulp ging worden. Ik zei: 'daar red ik het niet mee'. Maar diegene zei dat iedereen minder uren krijgt vanwege bezuinigingen. Ik heb nog naar de gemeente gebeld of dat wel zomaar kon, maar de gemeente zei: 'daar gaan wij niet over. De huishoudelijke hulp wordt bepaald door de organisatie die huishoudelijke hulp geeft. U moet daarheen bellen'. Maar de huishoudelijke hulporganisatie zei dat ik niet meer kon krijgen, omdat dat door de gemeente bepaald was en dat dit dus alles was wat ik kon krijgen. Ze verwijzen allebei naar elkaar. Maar het lukt me nu niet om alles op orde te hebben (cliënt heeft zwaar artrose, hartproblemen, bewegingsbeperkingen en veel pijn).'*

En een mantelzorger zegt: *'Het is niet professioneel. Er komt iemand kijken met een lijstje wat aangekruist wordt. Dan volgt kennelijk een soort handje klap wat mensen zelf moeten doen en wat het sociaal netwerk moet doen en dan rolt er anderhalf uur per week uit. Maar of iemand zelfredzaam genoeg is of dat het sociaal netwerk dat wel kan of doet, wordt niet beoordeeld. Dat werkt in de hand dat iemand die zich groot houdt of zelf niet goed aangeeft wat er aan de hand is, veel minder uren krijgt dan iemand die zielig doet of heel mondig is.'*

En een 85-jarige vrouw, die slecht ziet, bijna niet kan lopen en door aandoeningen zeer beperkt is in het functioneren, zegt: *‘Er kwam iemand praten en die vroeg aan mij: ‘wat wilt u zelf doen?’ Ja, dat moet je aan mij niet vragen, want ik wil alles zelf doen. Ik kan het alleen niet. Was de huishoudelijke hulp ineens gehalveerd. Na lang bellen is er weer drie kwartier bijgekomen, maar dat is nog veel te weinig.’*

Lang niet alle cliënten hebben hierover contact opgenomen met de gemeente en/of de huishoudelijke hulporganisatie. Respondenten die dat wel gedaan hebben, ervaren veelal dat zij van het kastje naar de muur gestuurd worden: de gemeente zegt dat de huishoudelijke hulporganisatie verantwoordelijk is voor de toekenning en de huishoudelijke hulporganisatie zegt dat het door de gemeente bepaald is c.q. dat het door bezuinigingen van de gemeente komt. Voor de meeste cliënten is het onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de beoordeling van de huishoudelijke hulp en bij wie zij in beroep kunnen gaan. Een hulpbehoevende cliënte zegt daarover:

‘Ik begrijp niet dat de gemeente alle verantwoordelijkheid voor de huishoudelijke hulp afschuift op de huishoudelijke hulporganisaties zelf. Ik mag nu een maand niets doen (heeft voor de 3^{de} keer achter elkaar wondbreuk), maar de hulp is van 7 uur per week naar 2 uur gegaan. Ik heb daarom een paar keer naar de gemeente gebeld, maar die schuift het af. Ik vind dat de gemeente zelf de controle op de hulp en de instellingen zou moeten houden.’

Ook heeft een aantal cliënten te horen gekregen dat het sociaal netwerk meer moet helpen. In enkele gevallen doen inderdaad met name dochters nu ook meer. In een aantal andere gevallen werkt de huishoudelijke hulp onbetaald langer door of doet de thuiszorg, die persoonlijke verzorging verleent, een aantal dingen in het huishouden (douche schoonmaken, eten klaar zetten), ondanks dat dat niet hun taak is. Slechts een deel van de cliënten is gewezen op de mogelijkheid dat zij zelf extra uren in kunnen kopen tegen een gereduceerd tarief. In de meeste gevallen blijkt het niet mogelijk voor cliënten om zelf meer hulp in te kopen vanwege hun lage inkomen en hoge kosten. Slechts een paar respondenten heeft wel zelf extra hulp ingekocht of doen dat af en toe.

Slechts een paar respondenten hebben formeel bezwaar ingediend bij de gemeente tegen het oordeel van de huishoudelijke hulporganisatie om hun uren huishoudelijke hulp te verminderen. Veel respondenten zijn echter ontmoedigd geraakt en laten het erbij zitten, dat zij veel minder hulp krijgen.

Een oude vrouw met veel beperkingen zegt:

‘Wij zijn van 2x3 uur, naar 1x3 uur, naar 2 uur huishoudelijke hulp per week gegaan. De gemeente zei: ‘de hulp moet blijven totdat het huis schoon is’. De hulp werkt hard, maar er blijft veel liggen. Ik heb nog eens gebeld naar die huishoudelijke hulporganisatie, maar die zei: ‘we kunnen niets voor u betekenen, daar gaat de gemeente over’. Maar de gemeente zegt dat de organisatie daar zelf over gaat. Ik laat het nu maar vervuilen, want ik kan het niet.’

Een (slechtziende) zoon die samen met 24-uurszorg fulltime mantelzorger is van zijn terminaal zieke moeder van 95 jaar zegt: *‘Er kwam iemand praten en toen kregen we in plaats van 5 uur nog maar 2,5 uur huishoudelijke hulp. Dat kan gewoon niet. De gemeente en de huishoudelijke hulporganisatie verwijzen naar elkaar en er wordt gezegd dat anderen uit de familie maar meer moeten doen. Die doen dat niet en ik zie het niet. Het verslonst nu. De zorg is al zo zwaar.’*

Ook cliënten die recenter huishoudelijke hulp hebben aangevraagd, oordelen in meerderheid dat zij niet echt een integraal gesprek hebben gehad. De aanvraag liep lang niet altijd soepel en ook de recente beoordelingsgesprekken met de huishoudelijke hulporganisatie gingen uitsluitend over de huishoudelijke hulp. Er werd bij de meesten niet gevraagd of er meer hulp en/of andere hulp nodig is. Wat opvalt, is dat de meeste cliënten die recent huishoudelijke hulp toegewezen hebben gekregen maximaal 2 uur per week huishoudelijke hulp krijgen, ongeacht wat en hoeveel zij mankeren.

Overigens wordt kennelijk door gespreksvoerders/beoordelaars niet altijd voorafgaand aan het beoordelingsgesprek gecheckt (en afgestemd met andere behandelaars) of de cliënt mogelijk andere ernstige problemen heeft en/of de cliënt mogelijk een aantekening van een specialist heeft dat speciale omstandigheden voorkomen bij een cliënt. In sommige gevallen leidt dit tot het mislopen van de afspraak en hulp (als iemand bv niet opendoet of niet aanwezig is) of erger (in één geval was doorgegeven dat het gesprek niet zonder de begeleider gevoerd moest worden vanwege huiselijk geweld. De gespreksvoerder had zich kennelijk niet goed voorbereid en heeft het gesprek toch alleen gevoerd. De cliënte is na het gesprek mishandeld door haar echtgenoot, de dochter van 12 heeft de politie gebeld. De beoordelaar had in het gesprek gezegd dat de echtgenoot het huishouden moet doen).

Voorts valt het op dat slechts enkele geïnterviewden weten dat zij een onafhankelijke cliëntondersteuner bij de gesprekken aanwezig kunnen laten zijn. Ook zegt bijna niemand op de hoogte te zijn van het feit dat zij zelf een persoonlijk (zorg)plan kunnen opstellen en indienen bij de gemeente. Overigens weet maar een minderheid of zij een persoonlijk (zorg)plan hebben en waar dat persoonlijke plan uit bestaat. Dat staat in contrast met het gemeentelijke uitgangspunt dat het persoonlijke plan samen met de cliënt wordt opgesteld.

3.3 Welke hulp hebben cliënten bij de zelfredzaamheid en het zelfstandig wonen?

Veel cliënten ontvangen combinaties van hulp, het meest een combinatie van mantelzorg en Wmo. In de telefonische interviews is overigens niet (consequent) naar ingehuurd particuliere hulp en mantelzorg gevraagd. Daarom wordt hieronder alleen weergegeven ten aanzien van de thuis geïnterviewde respondenten hoeveel hulp zij op deze vlakken hebben. In de telefonische interviews zijn overigens wel 6 mantelzorgers die intensief mantelzorg verlenen en/of cliënten gesproken, die vertelden intensieve mantelzorg te hebben.

Overall blijkt dat 15% (9p.) van de 62 thuis geïnterviewden geen andere hulp hebben dan Wmo, noch particuliere hulp, noch mantelzorg of thuiszorg. Vaak ontbreekt het deze mensen aan een sociaal netwerk c.q. mensen die hulp kunnen bieden uit hun eigen omgeving en ontbreekt het hen aan geld om hulp in te kopen. Een drietal personen ontvangt in het geheel geen hulp noch van de Wmo, noch particuliere hulp, noch mantelzorg of thuiszorg.

Particuliere hulp

Ruim eenderde (35%) van de 62 thuis-geïnterviewden heeft zelf particuliere hulp ingekocht c.q. bepaalde aanpassingen zelf betaald, met name woningaanpassingen (14 p.), een rollator (8p.) en huishoudelijke hulp (6 p.). Een drietal personen heeft zelf een scootmobiel of aangepaste auto gekocht. De woningaanpassingen betreffen vooral: aanpassing van de badkamer naar douche, aanschaffen van een douchestoel, steunen aanbrengen in huis, drempels verwijderen en in 2 gevallen aanschaffen van een traplift.

Bij de personen die zelf bepaalde hulp/voorzieningen betalen, gaat het met name om mensen met een (iets) hoger inkomen, die zelf beter/goed bepaalde zaken kunnen betalen. Aangezien ongeveer 70% van de thuisgeïnterviewden een laag inkomen heeft, betekent dit dat als mensen hulp/voorzieningen kunnen kopen, zij dat vaak ook doen. Daarnaast heeft ook een klein deel sommige hulp/voorzieningen zelf betaald, ondanks een laag inkomen.

Een aantal respondenten zegt ook dat het in principe niet echt een probleem voor hen is om zelf hulp te betalen, echter dat zij de hulp zelf niet kunnen regelen (niet weten waar en hoe zij aan de hulp kunnen komen). Daarom doen zij toch een beroep op de Wmo.

Mantelzorg

Bijna tweederde van de thuis-geïnterviewde cliënten (39p.) ontvangt mantelzorg. De mate waarin varieert. Bij 37% (23p.) betreft dat veel en intensieve hulp van mantelzorgers: bij 9 hiervan is de partner de belangrijkste mantelzorgers voor hun echtgenoot/note c.q. vriend(in). Bij 9 personen doen dochters veel aan mantelzorg, in 2 gevallen een zoon en bij 3 respondenten de ouders. Ook

andere zoons/dochteren (8x) bieden wel hulp. Verder geven ook kleindochters (2x), zussen (2x), nichten (2x), ouders (1x) en een pleegdochter (1x) bepaalde mantelzorg.

Buren blijken veel minder mantelzorg te geven: een aantal personen krijgt (wat) hulp van buren, vooral van een buurvrouw. Dat beperkt zich vaak tot (af en toe) boodschappen doen, af en toe wandelen of af en toe naar een activiteit gaan. Daarnaast houden buren soms een oogje in het zeil.

Er zijn echter ook cliënten die helemaal geen contact met buren of iemand in de buurt hebben. Soms door verhuizing, soms door veranderingen in de buurt, soms doordat de buren nu zelf allemaal ook oud, gebrekkig of overleden zijn.

Met name de mantelzorgers, die intensieve mantelzorg verlenen, vinden de mantelzorg merendeels erg zwaar. Over het geheel genomen voelen de mantelzorgers zelf zich weinig ondersteund.

Dochter (belangrijkste mantelzorger van moeder (90) en vader (86)) zegt:

'Ze hebben zoveel zorg nodig, het is gewoon niet meer te doen. Ik kom twee keer per dag bij ze, doe het huishouden, kook de maaltijden.. maar mijn vader doet niets en mijn moeder is geestelijk zo achteruit gegaan, dat het heel zwaar is. Ze wijst alle andere hulp af, is heel boos, achterdochtig en depressief. Dan zegt ze: 'er komt nooit iemand bij me langs', maar ik kom twee keer per dag. Ik tel gewoon niet mee. De gemeente adviseerde me om afstand te nemen en minder te zorgen, maar als ik zie hoe ze eraan toe zijn, kan ik toch niet niet zorgen?'

Man 93 jaar (fulltime mantelzorger van dementerende vrouw van 90 jaar):

'Het is wel zwaar. En er vraagt nooit iemand aan mij hoe het met mij gaat. Nu is de huishoudelijke hulp verminderd van 5 uur naar 2 uur en drie kwartier, maar dat is veel te weinig. Ik begrijp niet hoe dat kan.'

Daarnaast is in nog eens 12 gevallen de (intensieve) mantelzorg gestopt, omdat de mantelzorger zelf ziek is geworden, overspannen is geraakt, is overleden en/of de hulpbehoevende inmiddels naar een verzorgings/verpleeghuis is gegaan (3x) of overleden.

'Ik heb mijn man, die Alzheimer heeft en bijna niet meer kan lopen, zo lang mogelijk verzorgd, maar het ging niet meer. Ik was zwaar overspannen. We hadden veel te weinig hulp. Ik heb overal naartoe gebeld voor extra hulp, ook naar Zorg voor elkaar Breda. Maar daar konden ze niets voor me betekenen, zeiden ze. Ze hebben me ook niet doorverwezen. De huisarts heeft op een gegeven moment geconstateerd dat het zo niet meer ging en een plaats in een verzorgingshuis voor mijn man geregeld. Hij heeft mij een tijdje naar een zorghotel gestuurd' (vrouw, 82 jaar, staat in het ZVE-bestand te boek als 'klant kan zelf verder/andere oplossing'. Ze had overigens al eerder (half 2016) Wmo-hulp gevraagd, o.a. concreet een rolstoel voor haar man. Het gesprek ging toen uitsluitend over een rolstoel. Naar de eventuele behoefte aan andere hulp is toen niet gevraagd).

'Mijn man heeft in oktober 2016 een hersenbloeding gehad en heeft een half jaar in Elisabeth gerevalideerd. Hij heeft links restschade en kan niet veel meer. Ik doe alles voor hem. Nu is hij 2 weken geleden over een wielje van de rollator gestruikeld en heeft zijn heup gebroken. Hij is nu weer in Elisabeth. We weten niet voor hoe lang. We willen wel graag dat hij weer thuiskomt. Maar ik heb blaaskanker en moet geopereerd worden. Ik heb het nu steeds uitgesteld vanwege de mantelzorg. Als hij naar huis komt, dan hebben we wel veel meer hulp nodig. Ik ga iedere dag naar hem toe, maar dat vind ik al zwaar. De kinderen wonen allebei ver weg, hebben het druk en mijn dochter heeft een gehandicapte zoon.' (vrouw, 78 jaar, heel snel moe, erg afgevallen laatste tijd, de mantelzorg viel zwaar tegen, hebben zelf particuliere hulp ingehuurd en woningaanpassingen betaald, hadden 2 keer per dag thuiszorg voor man. Via Wmo alleen een rolstoel en deeltaxi. Zij rijdt geen auto.)

Ik geef mantelzorg aan mijn moeder van 101 jaar. Zij woont nog zelfstandig, maar vergeet alles. Ze vergeet te eten, te drinken en ze heeft eigenlijk veel meer hulp op de dag nodig. De thuiszorg

doet vaak extra dingen, zoals ontbijt klaarmaken en de was, ook al is dat hun taak niet. En ik doe ook veel, maar ik heb ook de zorg voor mijn vrouw die MS heeft. Het is heel zwaar. Maar niemand vraagt ooit aan mij hoe het gaat (zoon verleent intensieve mantelzorg).

Thuiszorg - wijkverpleging

Bijna eenderde van alle cliënten (34 p. van de 108) ontvangt hulp (persoonlijke verzorging/wijkverpleging) van de thuiszorg/wijkverpleging. Die hulp valt onder de Zorgverzekeringswet en onder de verantwoordelijkheid van de verzekeraars, maar vormt voor betreffende cliënten een essentieel onderdeel van de zelfredzaamheidshulp. Bij de meesten komt de thuiszorg de cliënt 's morgens wassen en aankleden, soms ook 's avonds naar bed brengen. Ook verzorgt de thuiszorg wonden, geeft medicijnen/injecties, verschoont stoma's, zwachtelt benen e.d.. De cliënten zijn allemaal heel erg tevreden over de thuiszorg. Vooral over Careijn wordt met lof gesproken.

Een aantal cliënten/respondenten zegt dat de thuiszorg in hun geval eigenlijk meer doet dan alleen persoonlijke en medische verzorging. Bij de één zet de thuiszorg ook eten klaar voor de cliënt, bij anderen maken ze de douche schoon, of draaien ze een was of helpen de cliënt met een praktisch iets. Dit behoort niet tot hun takenpakket, maar zij doen dit omdat er bij die cliënten niemand anders is die deze werkzaamheden doet of kan doen. Daarnaast fungeert de thuiszorg als een belangrijk aanspreekpunt voor cliënten. Er zijn nogal wat cliënten die als eerste naar hun thuiszorgorganisatie zouden bellen als er iets is en zij extra hulp nodig hebben. De thuiszorgsters/wijkverpleegkundigen vormen vaak een betrouwbaar steunpunt voor cliënten. De gemeente Breda heeft afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars en de thuiszorgorganisaties om de benodigde hulp zoveel mogelijk af te stemmen. Volgens de cliënten vindt er weinig tot geen afstemming tussen bv de huishoudelijke hulp en de thuiszorg plaats over hun individuele hulp.

3.4 Welke Wmo-hulp is aangevraagd en welke Wmo-hulp is ontvangen?

Veruit de meeste cliënten in het onderzoek ontvangen huishoudelijke hulp (63%) en/of een deeltaxipas (59%) via de Wmo (zie tabel 3). 20% heeft een scootmobiel aangevraagd en (te leen) ontvangen en 10% heeft een rolstoel (te leen) via de Wmo ontvangen. Woningaanpassingen zijn door ca. 10% van de cliënten ontvangen (deels vergoed door de gemeente). Zo'n 20% van de cliënten heeft begeleiding ontvangen, waarvan ongeveer de helft een maatwerkvoorziening 'begeleiding' en ongeveer de helft begeleiding/ondersteuning door een vrijwilliger (9p.) heeft gekregen. 7% (8p.) van alle cliënten heeft of had dagbesteding/dagopvang ontvangen via de Wmo.

Huishoudelijke hulp en deeltaxi

Veruit de meeste respondenten hebben huishoudelijke hulp (driekwart) en/of een vervoersvoorziening zoals deeltaxi, Valys, Vervoer op Maat (tweederde van de cliënten) aangevraagd bij de Wmo. Dit zijn ook de meest bekende Wmo-voorzieningen. Ongeveer een kwart van de aanvragen voor huishoudelijke hulp is niet toegekend (16%) of hebben de cliënten (8%) hier zelf vanaf gezien. De redenen voor het niet toekennen waren: cliënt heeft te veel vermogen, urgente hulp is niet mogelijk of de partner/zoon/het sociaal netwerk moet het huishouden doen. De redenen dat cliënten zelf afzagen van huishoudelijke hulp: ongeveer 5% zag van de huishoudelijke hulp af, omdat zij de eigen bijdrage niet kunnen betalen. Een paar cliënten hebben afgezien van huishoudelijke hulp via de Wmo, omdat zij niet tevreden waren over de hulp zelf.

De aanvraag voor een deeltaxipas is in bijna alle gevallen toegekend, al heeft niet iedereen een laag-tarief-pas ontvangen. Enkele personen jonger dan 80 jaar hebben de deeltaxipas niet gekregen. Één iemand heeft al 2 keer de deeltaxi aangevraagd, maar is 2 keer afgewezen. Een cliënte zegt: *'Ik wil zo graag vaak naar mijn dochter toe kunnen, omdat zij terminaal kanker heeft. Ik rijd geen auto. Toen werd er gezegd: 'de bus stopt bijna voor je deur'. Maar ik loop zo moeilijk en het is allemaal al zo vermoeiend. Ze zeiden: 'we kunnen niet naar persoonlijke situaties kijken'. Dat vind ik erg jammer.'* (vrouw, 79 jaar, enige dochter woont elders in de stad).

Uiteindelijk heeft ruim 60% van de respondenten wel huishoudelijke hulp gekregen via de Wmo en zo'n 60% van de respondenten heeft (naar eigen zeggen³²) een deeltaxipas gekregen.

Woningaanpassing

Iets meer dan 20% van de respondenten heeft een woningaanpassing aangevraagd, vooral aanpassing van de badkamer (naar douche) en/of een traplift. Een minderheid heeft de woningaanpassing niet gekregen, ofwel met het argument dat de cliënt beter kan verhuizen ofwel dat de cliënt het zelf moet betalen. In een aantal gevallen leidt dat ertoe dat de respondent heeft afgezien van de woningaanpassing.

Zoals een oudere cliënte zegt: *'Ik kan bijna de trap niet meer op en ik ben vaak duizelig, dus mijn huisarts zei ook dat ik een traplift moet aanvragen. Toen was er iemand komen praten, maar die zei 'je kunt beter verhuizen'. Maar dat ga ik echt niet doen. Ik woon hier zo fijn. Nu ben ik pas van de trap gevallen en is mijn knie kapot.'*

In een aantal gevallen werden cliënten van het kastje naar de muur gestuurd, omdat de gemeente zei dat de woningbouwvereniging de woningaanpassing moet doen en de woningbouwvereniging vervolgens zei dat zij geen woningaanpassingen meer uitvoeren (aldus cliënten). Door volhardende inspanningen van met name zoons/dochteren is het bij het merendeel van de cliënten uiteindelijk toch gelukt om de woningaanpassing verricht te krijgen, ook al betekende dat in sommige gevallen dat de cliënten zelf het grootste gedeelte moesten betalen. Een cliënt vertelt: *'Die meneer van de Wmo zei eerst: 'gebruik maar een badplank'. Maar ik heb een verklaring van mijn chirurg dat ik niet meer in bad mag. Te gevaarlijk. Toen heb ik naar de woningbouwvereniging gebeld, maar die zei: 'daar gaat de Wmo over'. Na lang aandringen heeft de Wmo een arts langs gestuurd en die heeft de aanpassing van bad naar douche goedgekeurd. Het is dat ik zo mondig ben, maar hoe moet dat met mensen die niet zo mondig zijn? Ze moeten veel meer meedenken met de cliënten.'*

Soms lukte het echter niet, ook niet na vele malen bellen. Zo zegt iemand: *'Ik heb naar Zorg voor elkaar Breda gebeld om te vragen of mijn drempel bij de voordeur weggehaald kan worden. Ik moet nu mijn rollator er iedere keer overheen tillen. Er kwam iemand van de gemeente kijken, maar die zei toen dat de woningbouwvereniging dat moet doen. Daar belde ik heen en kwam ook weer iemand kijken, maar de woningbouwvereniging doet het niet. Heb ik weer naar de gemeente gebeld, maar het lukte niet. Nu til ik de rollator er toch maar steeds overheen. Ik vind het wel erg inefficiënt wat ze bij de Wmo doen. Wat kost dat allemaal niet, al die mensen die komen kijken.'*

Begeleiding en dagbesteding

De begeleiding en dagbesteding zijn de bij de cliënten minst bekende WMO-voorzieningen. Relatief weinig cliënten hebben zelf rechtstreeks gevraagd om begeleiding of dagbesteding. In veel gevallen is dit door de mantelzorger, huisarts of GGZ aangevraagd. Daar waar dit door de huisarts of GGZ is aangevraagd, is dit over het algemeen toegekend. Cliënten zelf en mantelzorgers formuleren de ondersteuningsvraag bij de zelfredzaamheid en het organiseren/structureren van aspecten van het (dagelijkse) leven over het algemeen vager en meer in termen van 'dat ze iemand nodig hebben om mee te denken, om te helpen om dingen te regelen/organiseren, meer hulp nodig hebben bij de dagelijkse dingen of dat de mantelzorger meer ondersteuning nodig heeft'. Deze vragen worden lang niet altijd door 'het loket' vertaald als aanvraag voor begeleiding.

Overall is voor zo'n 10% van de cliënten een maatwerkvoorziening 'begeleiding' toegekend en ingezet. Dat ging in de meeste gevallen om begeleiding van (wat jongere) personen met een psychiatrische aandoening. Daarnaast is voor zo'n 10% van de cliënten begeleiding of ondersteuning door een vrijwilliger geregeld. De begeleiding door een vrijwilliger bestaat uit: ieder week of af en toe een uurtje praten, met de cliënt naar buiten gaan en/of boodschappen doen, mee naar het ziekenhuis/arts e.d.

³² Het kan zijn dat zij boven de 80 jaar zijn en wel gratis een deeltaxipas kunnen krijgen, maar daar geen gebruik van maken.

De begeleiding door een vrijwilliger ging overigens in lang niet alle gevallen goed of bleek een passende (structurele) oplossing, zo vertellen cliënten. In ongeveer de helft van de gevallen is de begeleiding door een vrijwilliger inmiddels gestopt, ofwel omdat de vrijwilliger stopte ofwel omdat het voor de cliënt geen passende (goede) oplossing bleek te zijn. De redenen dat deze begeleiding stopte, waren volgens cliënten: de vrijwilliger (3x) was een jonge stagiaire en zij stopte als vrijwilliger toen de school/opleiding stopte, de begeleiding door een vrijwilliger was niet passend (stagiaire kon de ernst van de psychiatrische problematiek niet aan of het klikte niet tussen cliënt en vrijwilliger), de vrijwilliger maakte misbruik van de situatie (2x), of de hulpbehoevende overleed of verhuisde naar een verzorgings/verpleeghuis, waardoor de mantelzorgondersteuning niet meer nodig was.

Het misbruik bestond volgens cliënten uit: de vrijwilliger bestelde van alles te eten op kosten van de cliënt (zonder dat te overleggen en zonder iets voor de cliënte te bestellen), de vrijwilliger ging er met het geld van cliënte vandoor. Ook als de begeleiding van een vrijwilliger nog wel loopt, is niet alles altijd geheel goed geregeld. Zoals een alleenstaande 84-jarige hulpbehoevende en zeer vergeetachtige cliënte vertelt:

‘Ze (Zorg voor elkaar Breda) hebben een vrijwilliger (via WIJ) voor mij geregeld, die meegaat naar het ziekenhuis. Daar ben ik heel blij mee. Ik vergeet zelf alles wat de artsen zeggen en ik mag niet meer alleen van de huisarts. Die man (de vrijwilliger) laat mij alleen iedere keer 19 euro betalen voor het meegaan. Dat vind ik naar, maar ik weet niet wat ik moet doen. Ik wil niet klagen.’ (Later bleek dat Zorg voor elkaar Breda/WIJ vergeten was te regelen dat mevrouw samen met de begeleider goedkoop met de deeltaxi naar het ziekenhuis/de arts kon reizen. De kosten waren voor een gewone taxi heen en weer. Mogelijk is wel tegen deze mevrouw gezegd dat ze zelf een goedkope deeltaxi kan aanvragen, maar is het niet goed ingeschat wat deze mevrouw zelf nog kan regelen of zich na het gesprek kan herinneren. De rekenkamerinterviewster heeft naar aanleiding hiervan contact met WIJ opgenomen en het is vervolgens wel goed geregeld.)

Ook de maatwerkvoorziening ‘begeleiding’ is bij ruim de helft van de cliënten inmiddels gestopt of is nooit (echt) van de grond gekomen, aldus cliënten. Een aantal cliënten die een maatwerkvoorziening ‘begeleiding’ heeft, zegt dat de GGZ of het bureau dat begeleiding gaf moest bezuinigen en/of geen uren meer heeft voor dit jaar, waardoor de begeleiding noodgedwongen is gestopt. In een paar andere gevallen is de begeleiding nooit echt van de grond gekomen, omdat cliënten (met vergaande dementie) zelf niet wilden of omdat het hele traject van aanvragen en regelen veel te lang duurde (cliënt met ernstige psychiatrische problemen, drugsverslaving en aids gleed in de tussentijd weer af). Eén cliënte stopte zelf met de begeleiding van een psycholoog, omdat zij de eigen bijdrage niet kan betalen.

Wat opvalt is dat als de begeleiding stopte, er geen andere begeleiding of andere oplossing/alternatief is aangereikt aan of geregeld voor cliënten, zo is de ervaring van cliënten. Het merendeel van de cliënten, die begeleiding ontvingen, krijgt daardoor momenteel geen begeleiding meer.

Ook de meeste dagbesteding, die toegekend is, is al gestopt. Voor een paar cliënten bleek de dagbesteding niet passend en is het gestopt zonder dat de gemeente alternatieven bood, aldus de ervaring van cliënten. In een paar andere gevallen stopte de organisatie, die de dagbesteding organiseert, met de dagbesteding vanwege bezuinigingen. Vervolgens is volgens cliënten geen goed alternatief door de gemeente aangereikt.

Zo zegt een 43-jarige vrouw met ernstige angst- en dwangstoornissen, psychiatrische trauma's en suïcidale gedachten: *‘Ik ging 2 dagen in de week naar een zorgboerderij en had het daar erg naar mijn zin. Ik was lekker met dieren bezig en kon naar buiten op een veilige plek. De GGZ stopt helaas nu met die zorgboerderij en dat vind ik heel erg. In de plaats hiervan heb ik nu lopende band werk of dagbesteding in een kwekerij aangeboden gekregen, maar dat kan ik niet. Dat is geen veilige plek voor mij met zoveel vreemde mensen. Er is nog geen goed alternatief gevonden. Ik zit nu veel thuis en dan gaat het niet goed met mij. Het is onduidelijk hoe het nu verder gaat’.*

En een mantelzorger vertelt: *'Ik ben mantelzorger van een cliënt van 35 jaar met veel psychische beperkingen, psychoses, gedragsproblemen en aids, omdat de familie erg overbelast is geraakt door de dagelijkse zorg. Tot aan zijn opname in een psychiatrisch ziekenhuis in 2016 deed de familie alle zorg zelf. Zij wisten niet waar zij hulp konden krijgen. Na de opname in het psychiatrisch ziekenhuis had hij dagbesteding vanuit de GGZ gekregen, maar dat is nu gestopt. Waarom weet ik eigenlijk niet. Ook had ik na veel bellen begeleiding vanuit een bureau geregeld en ben ik bezig om andere dagbesteding te regelen. Samen met MEE heb ik ook een aanvraag voor een Wajong-uitkering geregeld. Het is alleen een groot probleem dat niet alleen de dagbesteding gestopt is, maar nu ook de begeleiding gestopt is, omdat het bureau vanaf juli 2017 geen uren meer kan declareren. Alles ligt nu stil wat dat betreft en de cliënt doet niets. Dan gaat het zo weer fout.'*

Tabel 3 Wmo-hulp aangevraagd/gekregen en percentage cliënten, dat zegt hulp tekort te komen. N=108

Wmo voorzieningen	Thuis-geïnterviewden N= 62 p.		Telefonisch geïnterview- den N= 46 p.	Totaal N= 108 p.
Wmo-aanvraag	Vraag	Gekregen	Gekregen	WMO gekregen
Huishoudelijkehulp	73%	55%	74%	63%
Deeltaxi	65%	61%	54%	59%
Valys	18%	18%	20%	19%
Scootmobiel	21%	19%	17%	20%
Rolstoel	11%	11%	22%	16%
Traplift	16%	13%	9%	11%
Aanpassingdouche	8%	6%	2%	10%
Begeleiding	34%	29%	7%	19%
Dagbesteding	13%	12%	2%	7%
Ondersteuning mantelzorg	15%	6%	onbekend	6%
Hulp tekort				
Totaal	71%		43%	59%
Huishoudelijkehulp	55%		37%	47%
Begeleiding	34%		13%	25%
Dagbesteding	10%		2%	6%
Anders	11%		6%	9%

3.5 Zijn de cliënten tevreden over de geboden WMO-hulp/ondersteuning?

Het merendeel (ca. driekwart) van de respondenten is wel (geheel of grotendeels) tevreden over de Wmo en de hulp/voorziening vanuit de Wmo, die zij krijgen. Dat komt ongeveer overeen met de uitkomsten uit het schriftelijke klantervaringsonderzoek Wmo (gemeente Breda, 2017). Over het geheel genomen overheerst dankbaarheid onder respondenten voor de hulp die men krijgt. De meeste cliënten denken bij de vraag over of men tevreden is over de hulp aan de hulp/voorziening en aan de persoon die hulp biedt zelf. Over het algemeen zijn cliënten erg blij met de persoon, die hulp biedt, en de voorziening op zich. Een minderheid is niet tevreden over de hulp c.q. de voorziening.

Zo zegt ongeveer 80% van alle 108 respondenten tevreden te zijn over de huishoudelijke hulp zelf. Vaak is dit een vertrouwde persoon geworden, zeggen ze 'die is goud waard' en 'ik zou niet weten wat ik zonder haar moet'. De cliënten die niet tevreden zijn, noemen redenen als 'ze loopt er de kantjes vanaf', 'ze is niet zo aardig', 'ze mogen tegenwoordig niets meer, geen ramen zemen, niet op een trap staan, geen zwaar werk'. Enkele cliënten hebben de huishoudelijke hulp afgezegd vanwege 'ze schreef steeds te veel tijd' of 'ze kon niet veel, ik moest alles zeggen en het schoot niet op'.

Er is niet echt een verschil in oordeel te zien over de verschillende huishoudelijke hulporganisaties.

Ook over de deeltaxi en ander aangepast vervoer overheerst tevredenheid. De meeste respondenten zeggen (erg) tevreden te zijn over de deeltaxi. Veel voorkomende bestemmingen zijn: het ziekenhuis, artsen, de fysiotherapeut. Sommige noemen knelpunten van de deeltaxi als: dat het lastig is om goed op tijd te komen met de deeltaxi als je een afspraak hebt of dat de deeltaxibus erg schudt en hobbelt. Dat laatste is moeilijk voor cliënten die veel pijn hebben, bijvoorbeeld door gewrichtsaandoeningen. Het blijkt dan lastig te zijn om een gewone taxi (dus geen busje) te regelen. Een tweetal mantelzorgers maakt geen gebruik meer van de deeltaxi omdat de chauffeurs naar hun mening niet goed met de personenlift kunnen omgaan. Een enkeling is hierdoor gevallen. Ook wordt in enkele gevallen gezegd dat de chauffeurs soms erg gehaast en onaardig zijn.

Ook over de rolstoelen en scootmobielen e.d. zijn cliënten over het geheel genomen tevreden. Een aantal cliënten geeft aan dat zij wel bepaalde voorzieningen hebben gekregen, zoals een rolstoel of een scootmobiel, maar dat het een goedkopere, andere versie is van wat zij eigenlijk nodig hebben. Zo zegt een meervoudig gehandicapte rolstoelgebonden vrouw met veel pijn en krampen: *‘De rolstoel is prima, maar de banden zijn te hard. Ik heb aangepaste wielen nodig, omdat ik anders veel te veel pijn heb. Waarom kon die 400 euro extra niet, als mij dat zoveel helpt. Het zijn wel mijn benen’.*

Over de begeleiding en dagbesteding bestaat voor een deel minder tevredenheid. Als cliënten begeleiding hebben van de GGZ, maatschappelijk werk of buddyorganisatie, dan bestaat daar tevredenheid over.

Zo zegt een alleenstaande man van 57 jaar met autisme: *‘Ik heb lang gesprekken gehad met lotgenoten en dat heeft mij heel erg geholpen om mijn ziekte te begrijpen en te leren ermee om te gaan. Nu heb ik begeleiding van Impegno en dat helpt mij ook heel erg. Ik heb moeite met het structureren van mijn dag en het organiseren van zaken. Ik heb wel een deeltijdbaan en dat gaat heel goed, maar als ik thuis ben, dan heb ik moeite om niet de hele dag in bed te blijven liggen.’*

Over de begeleiding van vrijwilligers bestaat minder tevredenheid: ongeveer de helft van diegenen met een vrijwilliger als begeleider is hier wel (erg) tevreden over en blij met de vrijwilliger. In iets meer dan de helft van de gevallen liep het echter niet goed of was de begeleiding van korte duur, zo vertellen cliënten.

Ook over de dagbesteding wordt wisselend geoordeeld. In een aantal gevallen sloot de dagbesteding niet goed aan op de behoefte van de hulpbehoevende. Zo vertelt een vrouw van 72 jaar die fulltime mantelzorger is voor haar ernstig dementerende man van 75 jaar: *‘We gingen eerst bij een dagbesteding van de Wmo kijken, maar dat beviel niet. Daar had hij het niet naar zijn zin. Toen heb ik zelf met Raffy contact opgenomen en betalen we zelf daar 1 dag in de week dagopvang. Mijn man is Indisch, dus dat past veel beter. Het maakt mij niet uit of we het zelf moeten betalen. De Wmo heeft gezegd dat als meer dagopvang nodig is, dat de Wmo dan wel een vergoeding geeft. Ik vind het belangrijker dat ik 1 dag vrij heb om bij te komen, dat heb ik wel nodig ook, en dat hij het naar zijn zin heeft.’*

Een andere mantelzorgster vertelt dat de dagbesteding vanuit de Wmo niet paste, omdat haar man zeer hulpbehoevend is, maar niet dement. Bij de dagbesteding die aangeboden werd, was het merendeel van de mensen dement. In aantal gevallen sloot de dagbesteding in eerste instantie wel aan, maar gaandeweg niet meer vanwege de achteruitgang van cliënten. Over de mogelijkheid van dagbesteding op zich zijn cliënten over het geheel genomen wel tevreden, al blijkt dat de dagbesteding in de meeste gevallen na verloop van tijd gestopt is, hetzij door bezuinigingen, hetzij door het mislopen van het hulptraject, hetzij door de achteruitgang of overlijden van cliënten. Waar cliënten niet tevreden over zijn, is dat er volgens hen geen passend alternatief geboden wordt of vervolg gegeven is door de WMO, als de dagbesteding niet goed aansluit of stopt door bezuinigingen van de organisatie die het uitvoert.

Ook over de woningaanpassingen zijn nagenoeg alle cliënten tevreden, als die dan eenmaal is aangebracht na vaak een lang traject. Zoals een alleenwonende hulpbehoevende dame van 87 jaar zegt: *'Ik ben zo blij dat de gemeente dat voor mij doet. Dan kan ik langer zelfstandig blijven wonen. Er kwam iemand praten van de Wmo en die zei meteen 'u heeft een traplift nodig' en toen duurde het nog wel even, maar het is geregeld. Hij vroeg ook of ik niet een scootmobiel nodig heb, omdat ik bijna niet meer buiten kom. Maar dat durf ik niet. Ik heb wel eens zo'n ding geprobeerd, maar daar kan ik niet mee overweg. Ik zou er een ongeluk mee krijgen, denk ik. Maar ik vond het zo aardig dat hij dat vroeg'.*

Een paar cliënten zijn van mening dat de woningaanpassing via de Wmo en de woningbouwvereniging veel duurder uitviel, dan als cliënten het zelf aangeschaft zouden hebben. Hierdoor moeten zij relatief ook veel betalen (eigen bijdrage). Daarnaast zeggen sommige cliënten dat niet goed is afgestemd tussen de Wmo (gemeente) en de woningbouwvereniging wie de woningaanpassingen moet organiseren en uitvoeren. Daardoor worden sommige aanpassingen niet uitgevoerd. Zo zegt een alleenstaande moeder (dochtertje van 3 jaar) van 35 jaar met meerdere lichamelijke beperkingen en een bijstandsuitkering: *'De woningbouwvereniging heeft mij zelf die woning aangeraden omdat die aangepast zou zijn. Dat bleek niet het geval. Daarna hebben ze vanuit de Wmo wel het toilet en de traplift enzo aangepast, maar de keuken moet nog. Die is voor mijn rekening, zegt de woningbouwvereniging, maar het is wel hun woning en niet mijn eigendom. Het is behelpen nu, maar ik heb nu zo vaak gebeld en gevraagd..... Ik laat het maar zo'.* Van haar bijstandsuitkering kan ze het niet betalen.

3.6 Krijgen de cliënten naar hun mening voldoende hulp op maat en worden de doelen 'langer thuis wonen' en 'voorkomen van dure zorg' gehaald?

Hoewel veel cliënten tevreden zijn over de hulp en de voorziening zelf die zij krijgen, blijkt er onder de geïnterviewden een grote behoefte te bestaan aan meer hulp. Veel cliënten zeggen dat zij te weinig hulp krijgen om hun beperkingen in hun zelfredzaamheid goed te kunnen compenseren en langer zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Zo blijkt uit de gesprekken dat bijna 60% van alle 108 cliënten/respondenten hulp tekort komt, volgens hen. Dat varieert van het ontbreken van een goedkope deeltaxipas, te weinig uren voor de Valys, eigenlijk een rolstoel of scootmobiel nodig, aanpassingen in huis nodig (zoals drempels weghalen of verhoogd toilet) en andere voorzieningen (aangepaste fiets, aangepaste tandem e.d.) nodig; tot het echt urgent ontbreken van heel veel hulp. Bijna de helft van de respondenten/cliënten zegt te weinig huishoudelijk hulp te ontvangen, ongeveer een kwart van de respondenten/cliënten te weinig begeleiding bij de zelfredzaamheid en hulp/ondersteuning bij het organiseren van het (dagelijkse) leven; in ongeveer 6% is behoefte aan dagbesteding en 9% van de cliënten heeft hulp/voorzieningen tekort op andere gebieden (zoals woningaanpassingen of verplaatsingsvoorzieningen), aldus de cliënten/mantelzorgers.

Bij ongeveer een kwart van de geïnterviewden trof de onderzoekster een situatie aan waarin echt veel te weinig hulp op meerdere fronten beschikbaar was en de zelfredzaamheid en het langer thuis wonen echt in het geding zijn. In een zestal gevallen werd een dermate schrijnende situatie aangetroffen dat (in overleg met de geïnterviewde) de gegevens van de cliënt doorgegeven zijn aan ZVE/Wmo-anbtenaren voor nadere beschouwing van de situatie en het bezien van de mogelijkheden voor meer hulp. Vooraf was afgesproken³³ dat als rekenkamerinterviewers een nijpende c.q. crisissituatie aan zouden treffen, aan de cliënt/mantelzorger gevraagd zou worden of contact gelegd zou worden met ambtelijke Wmo-verantwoordelijken voor nader onderzoek. Aldus is dus gebeurd. Het gaat hierbij vooral om personen met ernstige psychiatrische problemen/aandoeningen, om dementerende cliënten die erg achteruit gaan en om mantelzorgers die zelf veel te weinig ondersteuning krijgen. Veel mantelzorgers hebben behoefte aan psychosociale ondersteuning, maar vooral ook aan praktische hulp en ondersteuning bij het

³³ Het is immers ethisch niet verantwoord om een gesprek met iemand te hebben en vervolgens de deur dicht te trekken, als het overduidelijk is dat iemand er zelf niet uitkomt.

regelen van alle hulp/zorg, aan praktische ondersteuning gedurende de dag en om respijtzorg, zodat de mantelzorger eens weg kan of andere dingen kan doen.

Overall bestaat onder de respondenten het meeste tekort aan huishoudelijke hulp c.q. hulp bij het huishouden³⁴. Bijna de helft van alle cliënten heeft onvoldoende huishoudelijke hulp, zo komt uit de gesprekken naar voren. De meeste cliënten ontvangen zo'n 1,5 à 2,5 uur huishoudelijke hulp per week, bijna ongeacht het aantal beperkingen. Veel cliënten kunnen hun huishouden niet goed redden met die hoeveelheid hulp en zeggen dat hun zelfredzaamheid achteruit gaat, maar dat zij juist minder hulp in plaats van meer hulp krijgen.

Een man van 90 jaar, die fulltime mantelzorger is van zijn vrouw met dementie, vertelt: *'We zijn van 6 uur per week naar 2 uur en drie kwartier huishoudelijke hulp gegaan. Ik begrijp er niets van, want het is de enige hulp die we hebben. Zij heeft zoveel zorg nodig. Het gaat helemaal niet zo.'*

En iemand anders zegt: *'Er kwam iemand praten en toen kregen we in plaats van 5 uur huishoudelijke hulp nog maar 2,5 uur per week. Maar 5 uur per week is voor iemand van 101 jaar al veel te weinig. Er zou eigenlijk iedere dag iemand bij mijn moeder moeten komen die haar helpt met ontbijt, lunch, de afwas en andere dagelijkse dingen. Als ze willen dat mensen zelfstandig thuis blijven, moeten ze dan niet naar alles kijken wat iemand van 101 jaar nodig heeft? En misschien eens bellen hoe het gaat? Of eens overleggen met Careijn? Want die zien hoe het gaat en doen vaak meer als er niemand anders is, zoals ontbijt en lunch klaarmaken (man is mantelzorger van moeder van 101 jaar).*

'Ik heb eigenlijk veel meer hulp nodig, maar ik weet niet hoe ik dat kan krijgen. Ik vind het zo raar dat de gemeente enerzijds wil dat mensen zo lang mogelijk thuis wonen en aan de andere kant veel te weinig hulp biedt. Ik ben bang dat ik niet lang meer zelfstandig kan wonen en naar een verzorgingshuis toe moet, want ik zie zo slecht' (vrouw, 84 jaar, alleenwonend, klein sociaal netwerk, ziet en loopt heel slecht, 1 hand werkt bijna niet).

Daarnaast heeft ongeveer een kwart van de onderzochte cliënten begeleiding bij de zelfredzaamheid nodig, maar krijgt die nu niet. Het gaat hierbij vooral om ouderen die geestelijk (erg) achteruit gaan en minder zelfredzaam zijn geworden in het organiseren van hun dagelijkse leven. Daarnaast gaat het om personen met complexe problemen en personen met zowel lichamelijke als psychische problemen, die moeite hebben om hun leven te organiseren. Daarnaast gaat het om mantelzorgers, die zonder extra ondersteuning de mantelzorg moeilijk vol kunnen houden.

Een man van 54 jaar met COPD en rugwervelletsel, waardoor hij beperkt is in zijn bewegingen, zegt: *'Ik kan voorlopig niet veel, want ik ben net weer aan mijn rug geopereerd. Ik woon samen met mijn zoon van 21 jaar met autisme. Mijn vrouw en mijn andere zoon zijn overleden. Ik probeer nu mijn zoon aan te sturen om iets in het huishouden te doen en te koken. Maar hij zit alleen maar hele dagen spelletjes te doen achter de computer. Hij heeft geen werk, geen opleiding, niks. Het lukt me niet om iets bij hem gedaan te krijgen. Ik heb dringend veel meer hulp voor mijn zoon nodig, want ik kan het niet. Ik weet niet hoe met hem om te gaan. En het huishouden blijft liggen. Daarbij hebben we ook hulp nodig.'*

Complexe hulp, afstemming meerdere vormen van hulp, voorkomen van zorgmijding

Volgens de cliënten is op individuniveau heel weinig overleg over de afstemming van verschillende soorten hulp en de hiaten die hierin eventueel vallen. In het takenpakket van de huishoudelijke hulporganisaties staat, dat de huishoudelijke hulp een meldingsplicht heeft en aangeeft bij de gemeente als mensen hulp tekort komen en het niet goed gaat. Dit komt echter volgens de respondenten bij geen enkele cliënt voor, ondanks hulptekort. Ook zeggen cliënten dat er naar hun mening op individuniveau te weinig overleg is tussen de gemeente/Wmo en de wijkverpleging, de thuiszorg voor persoonlijke verzorging, andere hulpverleners en bijvoorbeeld

³⁴ Hierbij dient opgemerkt te worden dat cliënten onder alle dagelijkse huishoudelijke handelingen meer verstaan dan alleen een 'schoon huis'. Het gaat dan ook om bed opmaken, afwassen, de was en andere dagelijkse handelingen.

de mantelzorgers. Met name als cliënten complexe problemen hebben en steeds meer achteruitgaan, vallen volgens cliënten daardoor hiaten in de hulp. Dan is veel meer hulp nodig dan wat de huishoudelijke hulp en/of de begeleiding bij de zelfredzaamheid biedt, zo vertellen mantelzorgers/cliënten. Het wordt echter vooral aan de eigen verantwoordelijkheid gelaten om meer hulp te organiseren, hoewel het voor de betreffende mantelzorgers/cliënten onduidelijk is waar zij die hulp kunnen vinden. De huishoudelijke hulp vanuit de Wmo betreft immers vaak maar maximaal een paar uur per week, evenals de begeleiding bij de zelfredzaamheid vanuit de Wmo (en bestaat meestal uit een gesprek, niet uit praktische hulp). De thuiszorg is alleen van de medische en persoonlijke verzorging en de Wet langdurige zorg is uitsluitend bedoeld voor mensen die 24-uurszorg nodig hebben. Waar cliënten meer hulp/zorg op de dag kunnen krijgen, is vaak onduidelijk voor cliënten en mantelzorgers. Juist als cliënten achteruit gaan en meer en complexe zorg nodig is, blijkt het voor betreffende cliënten en mantelzorgers heel moeilijk om hiaten tussen de verschillende hulp/zorgregelingen op te vullen. Meer afstemming tussen organisaties, soorten hulp/zorg en verschillende zorgregelingen zou die hiaten moeten aan kunnen pakken, volgens respondenten die te maken hebben met complexe problemen.

Zoals een respondent vertelt:

'Mijn moeder is ernstig ziek en ligt alleen maar in bed, slaapt veel. We hadden al huishoudelijke hulp en thuiszorg (wassen en aankleden). De huishoudelijke hulp is de afgelopen 2 jaar van 5 uur per week naar 3 uur en nu naar 2,5 uur per week gegaan. Dat is echt veel te weinig. Ik zie heel slecht. Er wordt gezegd dat we het zelf moeten doen of zelf bij moeten kopen. Maar ik deed eerst alle mantelzorg voor mijn moeder, naast 's morgens en s' avonds de thuiszorg. Dat werd me te veel. Toen heb ik met Zorg voor elkaar Breda en de Wmo gebeld voor meer hulp. Maar niemand kon ons helpen, Zorg voor elkaar Breda zei dat ze ons niet konden helpen en de thuiszorg kon ook niet meer doen dan ze deden. Maar niemand heeft ons doorverwezen. Het is puur toeval dat we hoorden dat 24-uurszorg via de Wlz mogelijk is en dat je dat met een indicatie grotendeels vergoed krijgt. Uiteindelijk heeft de huisarts de indicatie geregeld en nu hebben we 24-uurszorg van een particuliere organisatie. Er komen afwisselend 3 verpleegkundigen, die ook blijven slapen. Alleen vervuult het huis steeds meer, omdat we te weinig huishoudelijke hulp krijgen (zoon woont om de hoek bij ernstige zieke moeder van 94 jaar, doet nu de zorg voor moeder samen met 24 uurszorg, is zelf visueel beperkt, broers en zussen komen af en toe).'

Ook komt het voor dat wel meerdere vormen van hulp ingezet zijn, maar dat de hulp misloopt doordat eigenlijk niemand de regie voert over alle trajecten en niemand zich probleemeigenaar voelt. Zo vertelt een moeder die mantelzorger is van haar 31 jarige zoon, die drugsverslaafd is, psychiatrische problematiek, wanen en AIDS heeft, dat haar zoon in 2016 ingestort was en in het ziekenhuis belandde. Daarop gaf hij aan heel graag hulp te willen. Moeder heeft samen met maatschappelijk werk en de Wmo verschillende soorten hulp georganiseerd, toen hij uit het ziekenhuis kwam. Al snel bleek dat de hulp toch op zich liet wachten en dat er meerdere gesprekken gevoerd moesten worden, voordat iets opgestart kon worden. Vervolgens werd de maatschappelijk werkster, die de regie voerde, ziek en duurde het veel te lang voordat de hulp echt van start ging. Er kwamen alleen een paar maal twee jonge dames die weer een gesprek met haar zoon voerden en kreeg hij een buddy toegewezen, waar haar zoon geen klik mee had. Daar stopte hij mee. Daarop werd aan de Wmo doorgegeven dat hij afgehaakt was en werd de Wmo geheel stopgezet. Vervolgens gaat het snel bergafwaarts met haar zoon. In het voorjaar van 2017 is nog eens gepoogd om contact te leggen door de Wmo, maar haar zoon deed de deur niet open. Sindsdien gaat het heel slecht. De moeder zegt: *'het duurt allemaal zo lang en er wordt zoveel gepraat, maar zo weinig gedaan. Alles werkt langs elkaar heen of ze schuiven het van zich af naar anderen toe'*. Inmiddels is de zoon aangemeld voor het 'zorgmijdersoverleg'.

Bij verschillende andere respondenten heeft het tekort aan hulp inmiddels geleid tot (tijdelijke) opname in een verzorgingshuis.

Een respondent (zoon van 54 jaar) vertelt dat zowel hij als zijn moeder (83 jaar), met wie hij samenwoont, hersenletsel, zelfredzaamheids- en mobiliteitsproblemen hebben na een verkeersongeluk. Zijn moeder is tijdelijk in een verzorgingshuis opgenomen. Hij zegt: *'er kwam iemand praten en die zei dat wij naar een aangepaste woning moeten verhuizen, anders kan mijn moeder niet meer naar huis. Toen kregen we een appartement voor ons samen in Elisabeth*

aangeboden, maar dan mag de hulphond die ik heb, niet mee. Wat moet ik zonder die hond? Ik kan niet zonder hem. Toen werd gezegd dat wij die woning niet wilden accepteren en dat dat het was. Wij willen allebei heel graag dat mijn moeder weer naar huis kan, maar zo kan dat niet. Zo dreigen we het schip in te raken en te stranden, zeg maar. Ik weet niet waar ik hulp moet zoeken.'

Tot slot maken veel respondenten zich zorgen over hoe het in de toekomst moet en hoe zij in de toekomst voldoende hulp en zorg kunnen krijgen om zelfstandig thuis te kunnen wonen. Weinig respondenten hebben het idee dat vanuit de gemeente en de Wmo echt met hen meegedacht wordt hoe preventief ingezet kan worden op het voorkomen van een beroep op dure specialistische en institutionele voorzieningen in de toekomst en het langer thuis kunnen wonen van cliënten.

Aan de hand van dit onderzoek kunnen geen harde conclusies getrokken worden over de omvang van zorgmijding. Wel komen er belangrijke aanwijzingen uit dat de gemeente Breda de uitvoering van de doelen van de Wmo, te weten 'voldoende integrale zelfredzaamheidshulp op maat om dure specialistische en institutionele hulp/zorg te voorkomen en om hulpbehoevenden langer thuis te laten wonen', verder kan verbeteren. Het onderzoek biedt duidelijke aanwijzingen c.q. handvatten waar en op welke vlakken verbeteringen kunnen plaatsvinden om die doelen beter te bereiken door de gemeente Breda in samenwerking met andere organisaties, die hierbij betrokken zijn.

Bijlage 2 Landelijke gegevens omtrent hulptekort

Overall constateert het SCP dat landelijk gezien ongeveer 8% van alle Nederlanders niet de hulp bij de zelfredzaamheid krijgt die zij nodig hebben (SCP, 2017). Diegenen die geen voorzieningen gebruiken (maar dat wel nodig hebben), rapporteren een lagere kwaliteit van leven. Sinds 2015 is het aantal verstrekte maatwerkvoorzieningen Wmo afgenomen. Volgens het CAK maken ongeveer 200.000 minder mensen gebruik van de Wmo dan enkele jaren ervoor. Er wordt met name minder huishoudelijke hulp verstrekt door gemeenten en het zijn met name ouderen, die veel gebruik maken van huishoudelijke hulp, die daardoor minder hulp ontvangen.

Het merendeel van de hulpbehoevenden die hulp vanuit de Wmo nodig hebben, bestaat uit ouderen met vaak meervoudige gezondheidsproblemen, een klein sociaal netwerk, een laag inkomen (maar geen schulden), een laag opleidingsniveau en een beperkte zelfredzaamheid. Met het stijgen van de leeftijd neemt hun zelfredzaamheid af.

Naast een tekort aan met name huishoudelijke hulp en begeleiding bij de zelfredzaamheid, vormt ook de woning voor een deel van de ouderen een probleem.

De Patiëntenfederatie (2017) constateert bijvoorbeeld dat een kwart van de ouderen hun woning niet aan vindt sluiten bij wat zij nodig hebben. Hoewel steeds meer ouderen langer thuis wonen, constateert de ANBO in een onderzoek dat de meeste gemeenten heel terughoudend geworden zijn met betrekking tot woningaanpassingen (ANBO, 'Blijverslening en huisaanpassing uit Wmo noodzakelijk', 2016). Het is meestal of zelf regelen en zelf betalen, of verhuizen. In veel gemeenten bestaat echter een tekort aan geschikte ouderenwoningen en een tekort aan zorgwoningen c.q. woonzorgcentra. Vooral oudere ouderen (80-plus) met relatief veel beperkingen, geen of klein sociaal netwerk, en een laag inkomen, waardoor zij geen extra hulp of geschikte zorgwoning kunnen betalen, dreigen hierdoor tussen wal en schip te vallen. Echter ook ernstig hulpbehoevenden die wat jonger zijn, kunnen moeilijk ergens terecht.

Verder constateert het SCP (2017) dat mantelzorgers een belangrijke risicogroep vormen voor overbelasting en hulptekort. Veel mantelzorgers blijven lang zorgen voor hun naaste, ervaren weinig ondersteuning en raken daardoor soms overbelast. Voor mantelzorgondersteuning zetten gemeenten steeds vaker vrijwilligers in. Volgens het SCP blijkt echter dat de inzet van vrijwilligers in veel gemeenten sterk achterblijft bij de verwachting. Er zijn veel vrijwilligers actief en zij doen veel, maar vooral in de sfeer van boodschappen doen, begeleiden naar huisarts/ziekenhuis of elders heen, hand en spandiensten, sociale activiteiten e.d.. De zwaardere hulp en zorg wordt nauwelijks door vrijwilligers gedaan. Deze komt daardoor vooral voor rekening van de mantelzorgers en de professionals. Veel gemeenten blijken (te) lichtvaardig gedacht te hebben over de zelfredzaamheid van mensen, datgene wat mantelzorgers en vrijwilligers kunnen doen en de hoeveelheid hulp/zorg die hulpbehoevenden nodig hebben, zo constateert (onder meer) het SCP.

Het SCP waarschuwt ook dat de inzet van vrijwilligers heel zorgvuldig dient te gebeuren, dat deze vrijwilligers goed opgeleid en begeleid moeten worden en dat zorgvuldige matching moet plaatsvinden. Dat kost veel tijd en inspanningen van beroepskrachten; tijd die beroepskrachten juist vaak te weinig hebben, zo blijkt uit onderzoek van het SCP.

Bijlage 3 Gesprekslijst kwalitatieve interviews

1. Algemene gegevens geïnterviewde:

- Leeftijd, geslacht, huishoudsamenstelling, woonsituatie, opleiding/beroep, soort inkomen³⁵ (en indicatie of zij hier goed mee rond kunnen komen?)
- Omvang sociaal netwerk (zijn er mensen waar ze terecht kunnen voor hulp?)
- Activiteiten buitenshuis?

4 Gezondheid, beperkingen, zelfredzaamheid, participatie:

- Hoe gezond (lichamelijk, psychisch, sociaal emotioneel)? Beperkingen bij dagelijkse handelingen, huishouden en participatie? Welke?
- Kwetsbaar? Veel zorgen, geheugenproblemen?
- Contact huisarts?
- Hoe zelfredzaam? Redt de cliënt het goed thuis? (adl en gestructureerd huishouden)
- Hoe zelfstandig is/kan en wil u zijn? Binnenshuis en daarbuiten, activiteitsniveau?
- Inschatting toekomstige zelfredzaamheid, participatie, behoefte aan hulp?

5 Welke hulp, ondersteuning WMO (in 2016) ontvangen (ofwel geschiedenis) en nu?

- Welke hulp/ondersteuning aangevraagd, wat gekregen? (doorvragen omvang hulp, van wie hulp, welke organisatie en wat precies) (ook persoonsgebonden budget)
- Veranderingen in WMO-hulp/ondersteuning in de tijd?
- Hulp in goed overleg afgestemd? En tijdig?
- Ontvangt voldoende hulp/ondersteuning? Als hulp tekort, wat mist eventueel of wat hebben mensen nodig voor om zelfredzaam te zijn en zelfstandig te kunnen wonen? (adl, gestructureerd huishouden, zelfstandig wonen en participatie)
- Welke behoefte hebben mensen aan aanvullende hulp?

6 Goed op maat afgestemd, hulp/ondersteuning Wmo, tevredenheid, oordeel over hulpverleners en Wmo

- Oordeel/Beleving kwaliteit/kwantiteit van de hulp/ondersteuning/voorziening en kwaliteit hulpverleners (goed opgeleid, ervaren?) Indien men meerdere soorten hulp/ondersteuning heeft: doorvragen per soort
- Omgang met hulpverlening (gaan ze goed om met, aardig, te vertrouwen, wisselen zij vaak, hoeveel mensen over de vloer, contact en onderlinge afstemming)
- Afstemming met ev. mantelzorg/wijkverpleging/andere hulp?
- Hoe ervaart u de hulp/ondersteuning vanuit de WMO? Oordeel/beleving.
- Is de hulp/ondersteuning goed op maat? en integraal afgestemd op de behoefte?
- Leidt de hulp/ondersteuning tot een verbeterde zelfredzaamheid, meer zelfstandigheid en meer participatie? Hoe draagt de hulp/voorziening daar precies aan bij?
- Als plotseling meer hulp nodig, weet men waar te vragen?
- Inschatting toekomst hulp?
- Eigen bijdrage, kosten hulp (te betalen, belemmering?), administratie in geval van pgb
- Knelpunten, problemen m.b.t. de hulp/ondersteuning, wat kan beter/anders?

7 Welke ondersteuning/hulp/zorg ontvangen mensen verder (naast Wmo)?

- Mantelzorg: wie, hoe vaak, wat doen zij precies, belasting, vol te houden? Krijgen de mantelzorgers ondersteuning?
- Medische zorg, persoonlijke verzorging, wijkverpleging, maatschappelijk werk, psychiatrisch of wat?
- Particuliere zorg/hulp?

³⁵ Een inschatting van de hoogte van het inkomen is belangrijk, omdat de Wmo met name gericht is op het bieden van publiek gefinancierde zorg aan diegenen die het zelf niet (goed) kunnen betalen. Een laag inkomen, een laag opleidingsniveau en oud zijn, gaan bovendien vaak samen met hulpbehoefte, een klein sociaal netwerk en een laag activiteitsniveau.

- Welke hulp/zorg/ondersteuning verder nodig op alle levensgebieden? Dus bv financieel, sociaal-maatschappelijk, participatie, werk, organisatie leven en structuur dag, persoonlijke verzorging, vervoer e.d.
- Afstemming verschillende hulp/zorg: zijn de verschillende soorten hulp goed op elkaar afgestemd?
- Afstemming hulp en woonsituatie?
- Afstemming Participatiewet (of Jeugdwet)?
- Is het duidelijk wie aanspreekpunt is voor de afstemming van en vragen over de geboden ondersteuning?

8 Toegang WMO, aanvraag, contact gemeente

- Toegang WMO gemakkelijk te vinden? Aanvraag gemakkelijk in te dienen? Hoe gedaan? Zorg voor elkaar Breda of gemeente/wijkteam? Oordeel contact en proces?
- Informatie over WMO en wat men kon verwachten gemakkelijk te vinden, duidelijk en goed te begrijpen?
- Snel geholpen?
- Thuis of telefonisch een gesprek gehad en oordeel over gesprek? (Beleving, tevreden?, wordt er goed geluisterd, is een integraal gesprek gevoerd, goed doorgevraagd welke hulp verder ev nodig? Was er iemand bij het gesprek?
- Onafhankelijke cliëntondersteuner bekend? En aanwezig?
- Zijn verschillende soorten oplossingen besproken in het gesprek?
- Zorgplan (of persoonlijk plan) opgesteld? Wie? Door cliënt zelf? Invloed gehad? Wist cliënt welke keuzes (aan soorten hulp en welke organisaties) er zijn? Keuzes gehad?
- Oordeel persoonlijke (zorg)plan? Afstemming andere hulp/zorg/ondersteuning?
- Was daarna duidelijk wat cliënt precies kon verwachten aan hulp/ondersteuning en is het snel geregeld?
- Heeft u het idee/gevoel dat u zelf de regie kunt bepalen over hun situatie en de hulp? Wordt u geholpen/bijgestaan om zelf de regie te voeren?
- Heeft u de hulp tijdig ontvangen? Is vergroten van problemen voorkomen?
- Heeft u informatie over persoonsgebonden budget gekregen?
- Informatie financiële eigen bijdragen gekregen en oordeel eigen bijdragen?
- Informatie over extra hulp tegen laag tarief en dat ook ingekocht? En/of over aanvullende vrijwillige hulp?
- Contactpersoon WMO toegewezen? Houdt deze persoon contact?
- Informatie ev herbeoordeling?
- Weet cliënt waar ev. extra hulp te krijgen? Vrijwilligers? Particulier? Sociaal netwerk?

9 Tot slot

- Toekomstverwachtingen cliënt: heeft de cliënt er vertrouwen in dat zij voldoende hulp en zorg ontvangen in de toekomst? Maakt de respondent zich zorgen om de toekomst?
- Algeheel oordeel Wmo, oordeel Zorg voor elkaar Breda, oordeel gemeente en hoe de gemeente omgaat met de Wmo, de zorgbehoefte van burgers en zorgbehoevenden?
- Wil cliënt nog verbeteringen aanduiden, tips geven?
- Wil cliënt verder nog iets vertellen?

Bijlage 4 Overzicht kenmerken klantervaringsonderzoeksgroep en ZVE Breda-groep

Tabel 3.1 Kenmerken van de 108 onderzochte Wmo-cliënten en Wmo-aanvragers

Kenmerken van cliënten	KEO-thuisinterviews N= 41 p.	ZVE-interviews N= 21 p.	Telefonische interviews N= 46 p.	Totaal N= 108 p.
Leeftijd				
< 65 jaar	28%	19%	15%	20%
65-75 jaar	15%	14%	26%	19%
75-85 jaar	36%	38%	44%	40%
>85 jaar	22%	29%	11%	18%
Onbekend			4%	
	Totaal 41 p.	Totaal 21 p.	Totaal 46 p.	Totaal 106 p.
Geslacht				
Vrouwen	66%	62%	61%	63%
Mannen	34%	38%	39%	37%
Huishouden				
Alleenwonend	63%	66%	70%	66%
Samenwonend	37%	33%	30%	33%
Inkomen				
Uitkering	20%	19%	Niet	
Alleen AOW	17%	9%	Gevraagd	
AOW+klein pensi	37%	33%		
AOW++pensioen	22%	38%		
Inkomsten baan	5%	---		
Onbekend	2%	---		
Sociaal netwerk				
Klein	51% (21 p.)	57% (12 p.)	Niet gevraagd	53% (33 p.)
Matig/redelijk	29% (12 p.)	29% (6 p.)		29% (18 p.)
Groot	20% (8 p.)	14% (3 p.)		17% (11 p.)
Zelfredzaamheid				
Zeer slecht	2% (1 p.)	43% (9 p.)	9% (4 p.)	13%
Slecht-zeer matig	39% (16 p.)	19% (4 p.)	17% (8 p.)	26%
Matig	49% (20 p.)	38% (8 p.)	33% (15 p.)	40%
Gaat/redelijk goed	10% (4 p.)	-----	41% (19 p.)	21%
WMO-aanvraag	Gekregen	gekregen	Gekregen	WMO
Huishoudelijkehulp	59% (24 p)	48% (10 p.)	74% (34 p.)	63% (68 p.)
Deeltaxi	59% (24 p)	66% (14 p.)	54% (25 p.)	59% (64 p.)
Valys	20% (8 p.)	14% (3 p.)	20% (9 p.)	19% (20 p.)
Scootmobiel	24% (10 p)	10% (2 p.)	17% (8 p.)	20% (22 p.)
Rolstoel	12% (5 p)	10% (2 p.)	22% (10 p.)	16% (17 p.)
Traplift	15% (6 p.)	10% (2 p.)	9% (4 p.)	11% (12 p.)
Aanpassingdouche	7% (3 p.)	5% (1 p.)	2% (1 p.)	10% (11 p.)
Begeleiding	27% (11 p)	33% (7 p.)	7% (3 p.)	19% (21 p.)
Dagbesteding	2% (1 p)	29% (6 p.)	2% (1 p.)	7% (8 p.)
Ondersteuning mantelzorg	5% (2 p)	10% (2 p.)	-----	6% (4 p.)
Hulp tekort				
Totaal	73% (30 p.)	66% (14 p.)	43% (20 p.)	59% (64 p.)
Huishoudelijke hulp	56% (23 p.)	52% (11 p.)	37% (17 p.)	47% (51 p.)

Begeleiding	29% (12 p.)	42% (9 p.)	13% (6 p.)	25% (27 p.)
Dagbesteding	5% (2 p.)	19% (4 p.)	2% (1 p.)	6% (7 p.)
Anders	19% (5p.)	10% (2 p.)	6% (3 p.)	9% (10 p.)

Literatuurlijst

- Binnenlands Bestuur, *'Burger verdient betere bescherming'*, sept. 2017
- Binnenlands Bestuur, *'Cijfers? Het gaat om mensen'*, febr. 2017
- Binnenlands Bestuur, *'Gemeenten hebben slecht zicht op zorgmijders Wmo'*, nov. 2016
- Binnenlands Bestuur, *'Gemeenten te positief over Wmo'*, febr. 2017
- Binnenlands Bestuur, *'Meer behoefte aan 'poetshulp' en begeleiding'*, jan. 2017
- Binnenlands bestuur, *'Kwart zorggebruikers mijdt dure zorg'*, febr. 2016
- Binnenlands Bestuur, *'Sleutelen aan huishoudelijke hulp noodzakelijk'*, sept. 2017
- Boer F. de en C. Smits, *'Verwaarlozing bij ouderen. Een brochure voor signaleerders'*. Utrecht 2002
- CBS, *'Beperkingen in dagelijkse handelingen bij ouderen'*, gegevens via www.cbs.nl okt. 2017
- Gemeente Breda, *'Breda doet'*, 2015
- Gemeente Breda, *'Goede zorg doen wij samen'*, sept. 2014
- Gemeente Breda, *'Jaarverslag 2015 gemeente Breda'*, 2016
- Gemeente Breda, *'Jaarverslag 2016 gemeente Breda'*, 2017
- Gemeente Breda, *'Raadsbrief Wmo-klantervaringsonderzoek 2017'*, sept. 2017
- Gemeente Breda, *'Staat van vitaal en sociaal Breda'*, sept. 2017
- Gemeente Breda, *'Verordening Wmo 2015'*, 2015
- Gemeente Breda, *'Verordening Wmo 2017'*, 2017
- GGD, GGZ, KNMP, *'Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg'*, sept. 2014
- Ieder(in), *'Mensen zijn op zichzelf aangewezen. Dwalen tussen wetten en loketten. Signaleringsrapport veranderingen in de zorg'*, Utrecht 2016
- MEE West-Brabant, *'Trend- en signaleringsrapportage 2017'*, 2017
- Nationale Ombudsman, *'Terug aan tafel: samen de klacht oplossen'*, maart 2017
- NIVEL, *'Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijk voor wonen, welzijn en zorg'*, Utrecht, 2014
- Patiëntenfederatie Nederland, *'Meldactie 'Ouderen met een kwetsbare gezondheid'*, mei 2017
- Patiëntenfederatie Nederland, *'Mijn kwaliteit van leven. Kunt u leven zoals bij u past? Beleidsrapportage 3'*, 2017
- Raad voor het openbaar bestuur (Rob), *'Zorg voor samenhangende zorg'*, juni 2017
- Rekenkamer Den Haag, *'Over de drempel. Onderzoek naar de toegang tot maatschappelijke ondersteuning'*, 2017
- Rekenkamer Lelystad, *'Schoon genoeg? Het effect van huishoudelijke ondersteuning in het dagelijkse leven van Lelystadse burgers'*, 2017
- Rekenkamer Utrecht, *'Hulp bij maatwerk: een onderzoek naar de hulp in de huishouding in het kader van de Wmo 2015'*, 2016
- Rekenkamer Utrecht, *'Langer zelfstandig thuis wonen met ernstige beperkingen. Een rekenkameronderzoek in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015'*, 2017
- Rekenkamercommissie Zundert, *'Van goed naar beter? Onderzoek naar de ervaringen van zorgbehoevenden in de gemeente Zundert met betrekking tot de Wet Maatschappelijke ondersteuning'*, 2016
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *'Factsheet De gezondheid van ouderen in Nederland'*, via www.rivm.nl okt. 2016
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg'*, febr. 2017
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Overall rapportage sociaal domein 2015'*, mei 2016
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Overall rapportage sociaal domein 2016'*, dec. 2017
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Voor elkaar. Stand van de informele hulp in 2016'*, dec. 2017
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Wel thuis?. Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden'*, nov. 2016
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Zicht op de Wmo 2015. Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders'*, okt. 2017
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015'*, 2017
- Sociaal en Cultureel Planbureau, *'Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2016'*, 2017
- Transitiecommissie Sociaal domein, *'Vierde voortgangsrapportage 'Eén sociaal domein'*, maart 2016
- Transitiecommissie Sociaal domein, *'Derde voortgangsrapportage 'Mogelijk maken wat onmogelijk is'*, sept. 2015
- Transitiecommissie Sociaal domein, *'Toekomstvisie Thuisondersteuning'*, febr. 2016
- Transitiecommissie Sociaal domein, *'Vijfde rapportage: De praktijk aan de macht'*, sept. 2016
- VNG, *'Voortgangsbrief Wmo 2015: VNG-brief aan de Tweede Kamer'*, 2017

www.wetten.Rijksoverheid.nl, *Memorie van toelichting van Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*, 2014

www.wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2016-08-01. *Wettekst Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*, 2016.

WRR, *'Weten is nog geen doen'*, 2017

ZorgmarktAdvies, *'Zorgmijding, eigen bijdragen en financieel maatwerk Wmo 2015'*, 2017