

Wat heeft de decentralisatie van de zorg voor Ridderkerk betekend?

Nota van bevindingen

Bob de Levita
Johan Kruij

RadarAdvies
Veemarkt 83, 1019 DB Amsterdam
T (020) 463 50 50 | www.radaradvies.nl

April 2018



Inhoudsopgave

Inleiding	3
1.1 Vraagstelling.....	3
1.2 Normenkader	6
1.3 Leeswijzer.....	7
2. Onderzoeksaanpak.....	8
3. Zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen	13
4. Betekenis voor de cliënt, toegangsprofessionals en zorgaanbieders	16
4.1 Perspectief cliënt.....	16
4.2 Perspectief toegangsprofessionals	26
4.3 Perspectief zorgaanbieders	32
5. Informatievoorziening.....	38
6. Financiën betekenis van de decentralisatie	39
6.1 Financiële veranderingen, zorggebruik en kwaliteit van zorg	39
6.2 Ontwikkeling inkomsten en uitgaven van de Wmo begeleiding	40
6.3 Zorggebruik	42
6.4 Onderbenutting van het Wmo-budget begeleiding	44
6.5 Maatregelen n.a.v. het overschot op Wmo-begeleiding.....	45
Bijlagen	46



Inleiding

In januari 2015 zijn drie decentralisaties in werking getreden: een uitbreiding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de invoering van de Jeugdwet en de Participatiewet. Hiermee zijn gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk geworden voor het overgrote deel van de maatschappelijke ondersteuning aan burgers. Het idee achter de decentralisaties is dat zorg beter en goedkoper uitgevoerd kan worden door de gemeenten. Dit vergt een transformatie, een nieuwe werkwijze: niet werken vanuit het recht op zorg of uitkering, maar vanuit de eigen mogelijkheden van inwoners, de inzet van de sociale omgeving en vanuit preventief en integraal denken. Dit houdt ook een nieuwe manier van denken en doen in met daarbij veel ruimte voor de professional.

Ruim twee en een half jaar na de decentralisaties is het tijd om de balans op te maken. De Rekenkamercommissie van Ridderkerk brengt de resultaten van de drie decentralisaties middels drie onderzoeken in beeld. Dit onderzoek richt zich op de nieuwe gedecentraliseerde (voormalige Awbz) taken die de gemeente uitvoert binnen de Wmo.

1.1 Vraagstelling

Het doel van dit onderzoek is het verkrijgen van inzicht in:

- Hoe zorg bij hulpbehoevenden terechtkomt
- Hoe hulpbehoevenden de zorg ervaren
- Wat de decentralisatie van de zorg financieel betekent voor de gemeente.



De voorgaande doelstellingen zijn vertaald naar de volgende **centrale onderzoeksvraag**:

Wat heeft de decentralisatie van de zorgverlening betekend voor de zorgbehoevenden in Ridderkerk en voor de financiën van de gemeente Ridderkerk?

De hoofdvraag is onder te verdelen in de volgende twee deelvragen en subvragen:

Deelvraag 1: Wat heeft de decentralisatie van de zorgverlening betekend voor de zorgbehoevenden in Ridderkerk?

- a. Hoe hebben zorgontvangers en zorgbehoevenden de informatievoorziening van de gemeente Ridderkerk met de veranderingen binnen de Wmo ervaren?
- b. Welke zorginhoudelijke- en procesmatige veranderingen ervaren zorgontvangers en zorgbehoevenden, die toe te schrijven zijn aan de decentralisatie van de zorg en wat betekenen deze veranderingen voor hun welbevinden?
- c. Hoe is de toegang tot de zorg in Ridderkerk georganiseerd? Welke (gespreks)methoden worden toegepast? Hoe wordt de toegang door zorgontvangers, zorgbehoevenden en zorgprofessionals ervaren?
- d. Wat is er financieel voor zorgontvangers/zorgbehoevenden en zorgverleners door de decentralisatie van de zorg veranderd en welke invloed heeft dit op het zorggebruik en de kwaliteit van de zorg?
- e. Hoe ervaren professionele zorgverleners de zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen die toe te schrijven zijn aan de decentralisatie van de zorg?
- f. Hoe kan de gemeente de uitvoering van de Wmo verbeteren?



Deelvraag 2: Wat heeft de decentralisatie van de zorgverlening betekend voor de financiën van de gemeente Ridderkerk?

- a. Hoe hebben de inkomsten en uitgaven van de Wmo zich in de periode 2011-2016 ontwikkeld?
- b. Hoe verhoudt deze ontwikkeling zich tot de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorglevering?
- c. Hoe verhouden die getallen zich tot de BAR-gemeenten, de regio, de provincie en de landelijke getallen (vergelijkbare gemeenten op basis van inwoneraantal)?

Het onderzoek heeft betrekking op de periode van 2011 tot en met de tweede helft van 2017 en heeft alleen betrekking op de gedecentraliseerde taken binnen de Wmo. Deze taken zijn:

- Begeleiding bij het zelfstandig wonen (bijvoorbeeld hulp bij de administratie)
- Begeleiding bij structuur aanbrengen (zoals dagritme, spreiding maaltijden, bezigheden en dergelijke)
- Begeleiding bij dagbesteding/regie
- Logeervoorziening/logeerhuis
- Beschermd wonen (in verband met psychische problemen)

De begeleiding is gericht op het bevorderen of behouden van de zelfredzaamheid van mensen. Begeleiding kan ook dienen ter compensatie van een verminderd vermogen om zelfredzaam te zijn. De begeleiding is er voor mensen die ondersteuning nodig hebben in verband met beperkingen op het vlak van zelfregie in het dagelijks leven. Te denken valt aan ondersteuning bij het structureren van het dagelijks leven, ondersteuning bij de administratie of financiën, assertiviteitstraining, psychische ondersteuning. Begeleiding kan ook in groepsvorm geboden worden. Vrijwel altijd gaat het dan om dagbesteding.



Inwoners die gebruik maken van begeleiding zijn (veelal oudere) mensen met lichamelijke en/of cognitieve beperkingen. Soms zijn deze mensen volledig afhankelijk van een partner/mantelzorger (bijvoorbeeld licht dementerenden). Of het gaat om mensen met een (lichte) verstandelijke beperking, gedragsproblemen of psychiatrische problematiek. Vaak is de aandoening of beperking chronisch.

1.2 Normenkader

Een belangrijk middel bij het staven van de onderzoeksresultaten is het normenkader. Met het normenkader wordt scherp bepaald waar de focus van het onderzoek ligt en het dient als *leidraad* voor de uitvoering en rapportage van het onderzoek. Het normenkader wordt echter niet in strikte zin gebruikt, waarbij we vaststellen of de gemeente wel of niet aan de norm voldoet.



Deelvraag	Norm
1a Informatievoorziening	Zorgontvangers en zorgbehoevenden hebben de informatievoorziening van de gemeente Ridderkerk omtrent de veranderingen binnen de Wmo als positief ervaren.
1b Zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen	Zorgontvangers en zorgbehoevenden ervaren na de decentralisatie, de Wmo-voorzieningen als positief.
1c Toegang	Zorgontvangers en zorgbehoevenden ervaren de toegang (aanvraagprocedure en keukentafel/startgesprek) tot de zorg als positief.
1d Impact financiële verandering	De financiële veranderingen naar aanleiding van de decentralisatie heeft geen negatief effect op het welbevinden van zorgontvangers.
1e Ervaring zorgverleners	Professionele zorgverleners zijn positief over de uitvoering van de Wmo-voorzieningen na de decentralisatie.
2 Financiën	De gemeente slaagt erin binnen de financiële kaders kwalitatief goede zorg te verlenen.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 geven we de onderzoeks aanpak weer. In hoofdstuk 3 staat de betekenis van de decentralisatie voor de cliënt centraal. In het laatste hoofdstuk wordt op de financiële betekenis ingegaan.



2. Onderzoeksaanpak

De dataverzameling vond plaats door middel van documentenanalyse en interviews. Interviews met de portefeuillehouder, beleidsmedewerkers en uitvoerende medewerkers uit het sociaal wijkteam die een rol spelen bij de toegang naar- en de uitvoering van Wmo-voorzieningen. Ook zijn vier zorgaanbieders/voorzieningen geïnterviewd. Het cliëntenperspectief is in beeld gebracht door telefonische interviews, twee focusgroepen en het klanttevredenheidsonderzoek. Daarbij is alleen data gebruikt die betrekking heeft op de gedecentraliseerde taken binnen de Wmo.

Documentanalyse

Met behulp van een documentenanalyse zijn het Wmo-beleid en de geldstromen binnen het Wmo-veld in beeld gebracht. Deze gegevens zijn afgezet tegen de andere twee BAR-gemeenten (Barendrecht en Albrandswaard). De financiële gegevens van voor de decentralisatie zijn onvoldoende om te vergelijken met de gegevens van na de decentralisatie. Het idee was om daarmee vast te stellen of er een trendbreuk zichtbaar was. Dit is niet goed mogelijk en daarom is gekozen om de gegevens te gebruiken van 2015 tot en met 2017. Ook is informatie vergaard via Waarstaatjegemeente.nl om de situatie in Ridderkerk te vergelijken met andere gemeenten en regio's.



De volgende documenten zijn bestudeerd:

- Beleidsplan Ridderkerk Wmo 2015-2018
- Raadsbrieven 2011 tot en met 2016
- Monitor Sociaal Domein 2015 en 2016
- Klanttevredenheidsonderzoeken m.b.t. Wmo 2015 en 2016
- Relevante college- en raadsstukken 2011 tot en met 2016
- Relevante verslagen Maatschappelijk Burgerplatform Ridderkerk 2011 tot en met 2016
- Website Gemeente Ridderkerk
- Managementrapportages BAR-gemeenten
- Jaarverslagen BAR-gemeenten
- Waarstaatjegemeente.nl

Interviews gemeente Ridderkerk

Voor de interviews is gebruik gemaakt van vragenlijsten die gebaseerd zijn op de onderzoeksvragen. Per type interview is een aparte vragenlijst gemaakt. De respondenten hebben ter voorbereiding op het gesprek de onderwerpen toegestuurd gekregen. Van ieder gesprek is een beknopt verslag gemaakt dat ter goedkeuring naar de respondenten is gestuurd. In het geval van feitelijke onjuistheden is het gespreksverslag aangepast. De volgende respondenten zijn geïnterviewd:

- De portefeuillehouder Wmo
- De beleidsmedewerker Wmo
- Controller
- Drie consultants van het Wmo-team
- Drie medewerkers van het wijkteam
- Twee leden van het Wmo-burgerplatform



Telefonische interviews zorgaanbieders

Om een verdiepend beeld te krijgen van de betekenis van de decentralisatie van de zorg zijn vier zorgaanbieders geïnterviewd. Bij het selecteren van de zorgaanbieders is gestreefd naar een zo goed mogelijke spreiding. Hierbij is gekeken naar het aantal cliënten uit Ridderkerk waar zorg aan wordt verleend, het type zorg dat wordt aangeboden en de doelgroep die de zorgaanbieder bedient. In de onderstaande tabel zijn de geïnterviewde zorgaanbieders weergegeven.

Aanbieder	Aantal cliënten	Type zorg	Doelgroep
Pameijer GZ Lokaal	106	Dagbesteding, kortdurend verblijf, begeleiding in de thuissituatie.	Psychische problemen of een (licht) verstandelijke beperking.
Zorggroep de Toekomst	80	Dagbesteding, begeleiding in de thuissituatie.	Geheugenproblemen, psychiatrische problemen en/of een lichte fysieke beperking.
Aafje Thuiszorg	49	Kortdurend verblijf, begeleiding in de thuissituatie.	Ouderenzorg.
IJsselmonde Oost	24	Dagbesteding, begeleiding in de thuissituatie en persoonlijke verzorging.	Verstandelijke beperking.
Werkvisie De Hoop	8	Begeleiding in de thuissituatie.	Psychiatrische problemen en verslavingsproblemen.



Klanttevredenheidsonderzoek (KTO)

De uitkomsten van het KTO hebben betrekking op alle voorzieningen binnen de Wmo. Omdat dit onderzoek zich richt op de gedecentraliseerde taken binnen de Wmo heeft er aan de hand van de beschikbare data een nieuwe analyse plaatsgevonden. De resultaten hebben dus alleen betrekking op cliënten die gebruik maken van de onderstaande voorzieningen:

1. Begeleiding bij het zelfstandig wonen
2. Begeleiding bij structuur aanbrengen
3. Begeleiding bij dagbesteding/regie
4. Logeervoorziening/logeerhuis
5. Een beschermde woonvorm vanwege psychische problemen.

In totaal geven 97 respondenten aan gebruik te maken van een of meerdere van deze voorzieningen. 70 van de 97 respondenten geven aan tevens ook van andere Wmo-voorzieningen gebruik te maken. Hierdoor kan niet worden uitgesloten dat de resultaten deels betrekking hebben op Wmo-taken die geen deel uitmaken van dit onderzoek.

Telefonische interviews cliënten en mantelzorgers

Voor de telefonische interviews zijn cliënten middels een brief en mantelzorgers met behulp van een oproep in een nieuwsbrief geworven. Hen werd gevraagd zich per e-mail of telefoon aan te melden voor een telefonisch interview. Uiteindelijk hebben hier veertien cliënten en mantelzorgers op gereageerd. Van deze veertien is uiteindelijk bij tien mensen een interview afgenomen.



Focusgroepen

Tijdens dagbesteding van mensen met alzheimer en een bijeenkomst van een Buurtcirkel hebben twee focusgroepen plaatsgevonden met zorggebruikers. Verdeeld over deze twee focusgroepen hebben in totaal 20 cliënten deelgenomen. Voor de focusgroep van mensen met alzheimer, is aangesloten bij het koffie moment. Vanwege hun beperking bleek het in de praktijk lastig te zijn antwoord te krijgen op de vragen van het onderzoek. De tweede focusgroep is georganiseerd tijdens Buurtcirkel Ridderkerk. De buurtcirkel is bedoeld voor mensen die te maken hebben met eenzaamheid. Het is een groep van 9 tot 12 mensen die bij elkaar in de buurt wonen. De groep spreekt elke week af en onderneemt leuke activiteiten. De buurtcirkel is ook een steungroep. De deelnemers helpen en ondersteunen elkaar op basis van eigen talenten en vaardigheden. Er zijn deelnemers die gebruik maken van Wmo-voorzieningen en deelnemers bij wie dit niet het geval is. De buurtcirkel wordt ondersteund door een vrijwilliger.



3. Zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen

In dit hoofdstuk zijn de zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen die naar aanleiding van de decentralisatie hebben plaatsgevonden binnen de zorg uiteengezet.

Van vraag naar hulp

Zoals in het beleidsplan Ridderkerk Wmo 2015-2018 staat omschreven, maakt Ridderkerk onderscheid tussen de 'ingangen' waar de vraag en behoefte neergelegd kan worden, en de 'toegang' waar het recht op voorzieningen wordt vastgesteld. Hulpvragen van inwoners komen via verschillende ingangen bij de gemeente en het wijkteam terecht. Sommige vragen komen direct binnen, door bijvoorbeeld het spreekuur van het wijkteam of een telefoontje naar de gemeente via het centrale telefoonnummer. Andere vragen komen via professionals van buiten het wijkteam, zoals huisartsen, (wijk)verpleegkundigen en zorgaanbieders. Zij weten de gemeente en het wijkteam over het algemeen goed te vinden. Bij Wmo-klantmanagers komen met name enkelvoudige vragen terecht.

Wijkteam

In de toegang tot zorg spelen de wijkteams een belangrijke rol. Ridderkerk heeft drie wijkteams (Team centrum, Team Noord en Team Zuid) die zich richten op mensen van 0 tot 100 jaar. Hoewel de wijkteams zich richten op zowel Jeugd, Wmo als Participatie, hebben de meeste vragen betrekking op Jeugd. De wijkteams bestaan uit professionals met verschillende expertisegebieden die vanuit hun eigen organisatie in het wijkteam werken. Ze werken samen vanuit één locatie. Elk wijkteam is opgedeeld in een kernteam met casusregisseurs van MEE, jeugd- en gezinscoaches, Flexus, Vivenz, Trivium, Yulius en Lucertis en een schil met onder andere Wmo-klantmanagers, klantmanagers werk, klantmanagers inkomen, jongerenwerk, opbouwwerk, ouderenwerk, leerplicht en jeugdverpleegkundigen. De casusregisseurs zorgen ervoor dat de juiste mensen voor het gezin en/of de hulpvraag worden 'ingevlogen'. De wijkteamcoördinator speelt een centrale rol in het wijkteam. Zij stuurt aan op de nieuwe manier van werken vanuit de eigen kracht en maatwerk. Ook wanneer er klachten zijn of de privacy in het geding is speelt zij een rol, zij nodigt de cliënt dan meteen uit en zoekt uit wat er aan de hand is.



Integraal werken

Door de consultant van de gemeente en/of lid van het sociale wijkteam wordt een integrale uitvraag gedaan aan de hand van het keukentafelgesprek. In dit gesprek wordt aan de hand van de Zelfredzaamheidsmatrix een zo breed mogelijke uitvraag gedaan op alle leefgebieden, om zo te inventariseren waar mensen tegenaan lopen in het dagelijks leven en welke oplossingen hierbij passen. In het keukentafelgesprek vindt een vraagverheldering plaats en wordt een toegangsbeoordeling gedaan.

Cliëntondersteuning

De onafhankelijke cliëntondersteuner ondersteunt (de belangen van) de cliënt tijdens gesprekken. Dit zijn bijvoorbeeld gesprekken waarin de zorgaanbieder en de cliënt bespreken en beoordelen of de cliënt de ondersteuning ontvangt die nodig is. Ook bij keukentafelgesprekken kan de cliëntondersteuner aansluiten. De cliënt kiest of hij gebruik maakt van de cliëntondersteuner. De gemeente noemt de inzet van de cliëntondersteuner proactief aangezien het de cliënt helpt en ook de kanteling. Zo staat het benoemd in de brief die inwoners ontvangen wanneer ze worden uitgenodigd door het wijkteam. Wanneer een cliëntondersteuner aansluit bij de gesprekken wordt beter bepaald of zorg passend is en worden de belangen van cliënten beter behartigd.



Mantelzorgondersteuning

In het beleidsplan Ridderkerk Wmo 2015-2018 is terug te lezen dat de gemeente een belangrijke rol ziet weggelegd voor mantelzorgers. Met de transformatie in de zorg is het de bedoeling dat mensen zolang mogelijk thuis blijven wonen en varen op eigen kracht en zelfredzaamheid. Om dat te bewerkstelligen nemen mantelzorgers een belangrijke plek in. De gemeente ziet daardoor het belang dat ook mantelzorgers ondersteund worden. In het beleidsplan is te lezen dat de gemeente met name wil inzetten op respijtzorg¹ als vorm van mantelzorgondersteuning.

Mantelzorgers kunnen informatie en advies inwinnen bij twee mantelzorgconsulenten werkzaam bij Karaat Mantelzorg. Ook organiseert Karaat (thema)bijeenkomsten, workshops en cursussen voor mantelzorgers. Zowel professionals in de toegang als de mantelzorgondersteuners van Karaat geven aan dat er sprake is van een wachtlijst. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de druk op mantelzorgers toeneemt maar ook omdat mantelzorgers steeds beter weten dat ze in aanmerkingen komen voor ondersteuning. De gemeente heeft aangegeven tijdelijk meer formatie mogelijk te maken.

De gemeente geeft in het beleidsplan aan dat ze op zoek zijn naar andere, lichtere, informele en preventieve vormen van mantelzorgondersteuning. Ook is terug te lezen dat nog maar weinig mantelzorgers gebruik maken van ondersteuningsmogelijkheden.

¹ De bedoeling van respijtzorg is dat de mantelzorger even vrijaf van de zorg heeft en ontlast wordt. De zorg kan worden overgenomen door een beroepskracht of vrijwilliger, bij mensen thuis of buitenshuis. Voorbeelden zijn: dagopvang, logeerhuizen, zorgboerderijen, professionele respijtzorg thuis, oppas- of bezoekservise, vervangende mantelzorg, vrijwillige thuishulp, vrijwillige palliatieve terminale zorg, weekend- of vakantieopvang, ontmoetingscentrum voor mensen met dementie en hun mantelzorgers, lotgenotencontact et cetera.



4. Betekenis voor de cliënt, toegangsprofessionals en zorgaanbieders

In dit hoofdstuk gaan we in op de vraag:

Wat heeft de decentralisatie van de zorgverlening betekend voor de zorgbehoevenden in Ridderkerk?

Hier wordt uiteengezet hoe cliënten, toegangsprofessionals van de gemeente en zorgaanbieders tegen de decentralisatie van de zorg aankijken.

4.1 Perspectief cliënt

Wat de decentralisatie van taken vanuit de Awbz naar de Wmo volgens cliënten heeft betekend is inzichtelijk gemaakt aan de hand van het klanttevredenheidsonderzoek (KTO) uit november 2017, de telefonische interviews met cliënten en mantelzorgers en de twee focusgroepen. Hieronder zijn de bevindingen weergegeven.



Toegang en toegankelijkheid

Tabel 1: Toegankelijkheid gemeente

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik wist waar ik moest zijn met mijn hulpvraag	20,3%	46,4%	15,9%	13,0%	4,3%
Ik werd snel geholpen	8,0%	62,7%	13,3%	14,7%	1,3%
De medewerker nam mij serieus	27,0%	58,1%	13,5%	1,4%	0,0%
De medewerker en ik hebben in het gesprek <u>samen</u> naar oplossingen gezocht	21,7%	58,0%	14,5%	2,9%	2,9%



Cliënten geven aan dat ze over het algemeen weten waar ze terecht kunnen met hun hulpvraag, dat ze snel werden geholpen en dat er serieuze aandacht is voor hun hulpvraag door medewerkers. Ook geven cliënten aan dat ze samen met de medewerker naar oplossingen hebben gezocht. De meeste mensen (tussen 70% en 80%) zijn het met de stellingen (helemaal) eens.

Het beeld uit het KTO wordt in de interviews bevestigd. Van de tien respondenten geven acht respondenten aan de gemeente toegankelijk te vinden. Meestal kiezen ze 'gewoon een doorkiesnummer' en worden 'snel en goed geholpen'. Twee respondenten zijn minder te spreken over de toegankelijkheid van de gemeente.

“Het is zeer lastig om je weg te vinden. Het is zeer onduidelijk. Daarnaast kun je alleen 's ochtends bellen naar het servicecentrum.”

Zowel uit de telefonische interviews als uit de focusgroepen komt naar voren dat cliënten bij de benadering van gemeenten vrijwel altijd worden bijgestaan door de 'partner, schoonzoon, vriend of buurman'.

Keukentafelgesprek

Van de respondenten van het klanttevredenheidsonderzoek hebben 46 (49,5%) een (keukentafel)gesprek gevoerd in de afgelopen 12 maanden. Van de gesproken cliënten en mantelzorgers wist de helft zich een keukentafelgesprek te herinneren. Twee geïnterviewden gaven aan zich een gesprek te herinneren, maar niet zeker te weten of dit een keukentafelgesprek was. Binnen de focusgroepen konden twee mensen zich het keukentafelgesprek herinneren.



Tabel 2: Tevredenheid over contact gedurende (keukentafel)gesprek

Het contact met degene met wie u het (keukentafel)gesprek had?

	Heel tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Heel ontevreden	
Aantal	6	32	6	2	0	46
%	13,0%	69,6%	13,0%	4,3%	0,0%	100,0%

Tabel 3: Tevredenheid manier van luisteren

De manier waarop er naar u geluisterd werd?

	Heel tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Heel ontevreden	
Aantal	8	31	5	1	1	46
%	17,4%	67,4%	10,9%	2,2%	2,2%	100,0%

Over het algemeen zijn cliënten positief over het keukentafelgesprek. Ruim 80% geeft aan (heel) tevreden te zijn over het contact met professionals in de toegang en de manier waarop er wordt geluisterd. Slechts twee mensen (ruim 4%) geven aan (heel) ontevreden te zijn hierover.



De geïnterviewden geven een wisselend oordeel over het contact tijdens het keukentafelgesprek. De meesten vinden dat het gesprek 'hartstikke goed' ging. Een aantal respondenten gaf aan dat het gesprek teveel gericht was op het vinden van een oplossing in het eigen netwerk en dat er te weinig ruimte was om opties te overwegen die door de cliënt zelf werden ingebracht.

Tabel 4: Tevredenheid deskundigheid medewerker

De deskundigheid van de medewerker?

	Heel tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Heel ontevreden	
Aantal	7	29	10	0	0	46
%	15,2%	63,0%	21,7%	0,0%	0,0%	100,0%

De deskundigheid van de medewerker wordt niet betwist door de respondenten. Allen geven aan niet (heel) ontevreden te zijn over de deskundigheid van de gemeente-medewerker.

Eén respondent dacht daar anders over. Zij vroeg zich af in hoeverre de medewerkers binnen de gemeente Ridderkerk een goed besluit kunnen nemen.



Tabel 5: Tevredenheid gekozen oplossing

De gekozen oplossing?

	Heel tevreden	Tevreden	Neutraal	Ontevreden	Heel ontevreden	
Aantal	9	30	5	1	1	46
%	19,6%	65,2%	10,9%	2,2%	2,2%	100,0%

Tevredenheid met de gekozen oplossing hangt sterk samen met tevredenheid over de manier waarop geluisterd werd, het contact met de medewerker en de gepercipieerde deskundigheid van de medewerker. Zowel in de focusgroepen als de interviews was men over het algemeen tevreden over de gekozen oplossing.

Ervaring veranderingen decentralisatie

Uit het KTO is niet op te maken wat de effecten zijn geweest van de decentralisaties. Uit de interviews en focusgroepen komt naar voren dat cliënten weinig veranderingen ervaren naar aanleiding van de decentralisatie.

Een geluid dat regelmatig terugkomt in de interviews is dat de druk op mantelzorgers toeneemt. Zij hebben het idee dat ze de afgelopen jaren meer taken en verantwoordelijkheden op zich hebben genomen (meer hierover onder het kopje 'netwerk').



Algemene oordeel ondersteuning

Tabel 6: Kwaliteit ondersteuning

Ik vind de kwaliteit van de ondersteuning die ik krijg goed

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens	
Aantal	27	51	12	2	0	92
%	29,3%	55,4%	13,0%	2,2%	0,0%	100,0%

Tabel 7: Ondersteuning past bij hulpvraag

De ondersteuning die ik krijg past bij mijn hulpvraag

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens	
Aantal	28	48	12	3	2	93
%	30,1%	51,6%	12,9%	3,2%	2,2%	100,0%



Bijna 85% van de gebruikers van de gedecentraliseerde dienstverlening vindt de kwaliteit van de ondersteuning goed (tabel 6). Ook uit de interviews komt dit beeld naar voren. De ondersteuning wordt over het algemeen als goed ervaren. Uit de focusgroepen komt naar voren dat vooral contact tussen gelijkgezinden positieve effecten heeft. Zo zei een van de deelnemers aan de buurtcirkel:

“Elkaar helpen en leren dingen te vragen. Deed ik nooit, nu wel. We proberen elkaar te helpen. Bijvoorbeeld bij een verhuizing of de hond uitlaten als het nodig is’. De buurtcirkel is handig als je weinig contact hebt.”

Tabel 8: Betere kwaliteit van leven door ondersteuning

Door de ondersteuning die ik krijg heb ik een betere kwaliteit van leven

	Helemaal mee eens	Mee eens	Neutraal	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens	
Aantal	19	46	21	4	0	90
%	21,1%	51,1%	23,3%	4,4%	0,0%	100,0%

In totaal geeft 72,2% van de respondenten aan door de ondersteuning een betere kwaliteit van leven te ervaren.

Over het algemeen zijn cliënten die gebruik maken van de nieuwe taken Wmo dus tevreden over de ondersteuning die ze krijgen. Dit komt ook naar voren uit de telefonische interviews en focusgroepen.



Informele ondersteuning

Naast gemeentelijke ondersteuning ontvangen cliënten vrijwel altijd informele ondersteuning. 17,2% van de respondenten maakt gebruik van individuele vrijwilligers (coach of maatje), 14,1% maakt gebruik van voorzieningen en 93,8% van de respondenten ontvangt hulp van partner, familie, vrienden of bureu.

Tijdens de focusgroepen en telefonische interviews kwam dit netwerk uitgebreid aan bod. Ridderkerk kent veel mantelzorgers die zich dagelijks inzetten voor hulpbehoevenden. Hun werkzaamheden zijn divers en omvangrijk. Velen omschrijven het als een 'dagtaak'. Een mantelzorger somde haar taken op:

“Boodschappen, opruimen, mee naar ziekenhuizen/dokters, brengen/halen, klusjes, medicijnen, verzorging, koken en dan moet ik er voor haar ook nog op emotioneel gebied zijn. De financiën pakt mijn broer gelukkig op.”

Vrijwel alle mantelzorgers geven aan dat de druk de laatste jaren is toegenomen. Ze geven ten eerste aan dat er minder geregeld is. Ook uit het KTO blijkt dat ruim een kwart (27,6%) van de respondenten zich afvraagt of zijn/haar mantelzorger het verlenen van de zorg wel aankan.

Een aantal mantelzorgers geeft aan dat er binnen andere beleidsvelden niet genoeg rekening wordt gehouden met de zorgtaken van de mantelzorger. Zo gaf een van de mantelzorgers die in de bijstand zit en voor beide ouders zorgt het volgende aan:

“Van mijn klantmanager moet ik, naast de dagtaak die ik voor mijn ouders heb, naar werk zoeken. En dan zeggen ze wel dat er alternatieven zijn voor mijn ouders. Maar dat willen mijn ouders niet. Ze willen dat ik voor hun zorg.”



De helft van de gesproken mantelzorgers geeft aan te weinig waardering vanuit de gemeente te zien. Die steun en waardering lijken de mantelzorgers overigens wel te halen uit Karaat Ridderkerk. Zij coachen en ondersteunen mantelzorgers.

Wat opvalt tijdens de telefonische interviews is dat cliënten met een mantelzorger vaak maar weinig gebruik maken van de gedecentraliseerde taken binnen de Wmo. Meestal geven zowel cliënt als mantelzorger aan dat de cliënten niet door de gemeente verzorgd willen worden. Een respondent zeg daarover het volgende:

“Binnen Ridderkerk heerst een cultuur van we zoeken het zelf uit.”

Dit heeft als positief effect dat klanten zo lang mogelijk zelfredzaam proberen te zijn. Nadeel is dat veel druk komt te liggen op mantelzorgers.

Cliënten zijn tevreden

Volgens cliënten heeft de decentralisatie van taken vanuit de Awbz naar de Wmo over het algemeen geen negatief effect gehad op hun zorgbeleving. Cliënten zijn tevreden over de toegang tot de zorg. Zo weten cliënten waar ze terecht kunnen met hun hulpvraag en worden ze snel geholpen. Ook geven ze een positieve waardering aan het contact met medewerkers in de toegang. Zo wordt er door medewerkers in de toegang goed geluisterd en wordt de deskundigheid van medewerkers over het algemeen niet in twijfel getrokken. Ook zijn cliënten doorgaans tevreden over de gekozen oplossing voor hun hulpvraag en wordt de kwaliteit van de dienstverlening positief beoordeeld. Het merendeel van de respondenten geeft aan dat door de ondersteuning de kwaliteit van hun leven is vergroot.



De exacte ervaring van cliënten ten aanzien van de decentralisatie is lastig te meten. Dit komt mede omdat de decentralisatie drie jaar geleden heeft plaatsgevonden en deze beleidsverandering niet los kan worden gezien van persoonlijke ontwikkelingen. Wel komt duidelijk naar voren dat de druk op mantelzorgers toeneemt. Veel geïnterviewde mantelzorgers geven aan de zorgdruk te hoog te vinden. En meer dan een kwart van de cliënten denkt dat er te veel op de schouders van hun mantelzorgers terecht komt. Ook geven veel mantelzorgers aan dat er meer aandacht moet komen vanuit de gemeente voor de situatie van mantelzorgers. Tegelijkertijd zijn mantelzorgers tevreden over de ondersteuning die wordt gegeven door welzijnsorganisatie Karaat.

Cliënten zijn over de gehele linie tevreden over de wijze waarop de gemeente de gedecentraliseerde taken binnen de Wmo oppakt. Tegelijkertijd heeft de decentralisatie ervoor gezorgd dat de druk op mantelzorgers is toegenomen. Wanneer de draaglast en draagkracht van mantelzorgers niet in balans is kan dit op termijn negatieve effecten hebben voor de cliënt en de mantelzorger.

4.2 Perspectief toegangsprofessionals

In lijn met de beleidsdoelen en decentralisatie van de Wmo, hebben er diverse zorginhoudelijke en procesmatige veranderingen plaatsgevonden. Deze veranderingen en de ervaringen van professionals in de toegang hiermee, worden hieronder uiteengezet.

Zorginhoudelijke veranderingen

Ten tijde van de overgang per 1 januari 2015 hebben cliënten volgens professionals weinig gemerkt van de decentralisatie. De zorgcontinuïteit was gewaarborgd, mede doordat de gemeente alle zorgaanbieders die zorg verleenden had gecontracteerd. In 2016 vonden de her-indicaties plaats. Hierbij werden de implicaties van de decentralisatie merkbaar voor cliënten. De indicaties zijn scherper gesteld dan vóór de decentralisatie, en dat heeft impact op cliënten.



Professionals in de toegang komen zowel weerstand als begrip tegen bij cliënten ten aanzien van de nieuwe werkwijze welke zijn ingegeven door de decentralisatie. Negatieve berichtgeving in de media over de Wmo voedt volgens de professionals een argwanende houding van cliënten. Tegelijkertijd geven de professionals aan dat transparante communicatie en een goede motivatie over de toegekende zorg veel weerstand kan wegnemen. Het is daarom belangrijk dat professionals voldoende tijd nemen om uitleg te geven over de motivering die ten grondslag ligt aan een indicatie. Veel cliënten begrijpen de logica die ten grondslag ligt aan de transformatie dat men in eerste instantie uit moet gaan van de eigen kracht en het sociale netwerk.

Eigen kracht en inzet eigen netwerk

De beleidsdoelen rondom de inzet van eigen kracht en het netwerk van inwoners worden door de toegangspartners onderschreven. Tegelijkertijd vinden de professionals de doelen niet altijd realistisch. Zo is de inzet van het netwerk van kwetsbare groepen een uitdaging. Veel cliënten willen familie en vrienden niet belasten met zorgtaken.

Ook komt het voor dat cliënten een beperkt of zwak sociaal netwerk hebben. Met name voor mensen met een (licht)verstandelijke beperking kan het lastig zijn een beroep te doen op het sociale netwerk. Doordat ze vaak beperkte sociale vaardigheden beheersen hebben ze vaak weinig sociale contacten. Meer dan voorheen, denken professionals echter na over de inzet van (mogelijk) eigen netwerk of voorliggende veld en dit wordt ook met cliënten besproken. In de praktijk blijkt dus dat én sociaal netwerk activeren én inzet van geïndiceerde zorg nodig blijft. Het beleid werkt hierin niet belemmerend, professionals hebben voldoende ruimte in te zetten wat nodig is.



Ondersteuning Mantelzorgers

Er zijn twee mantelzorgconsulenten die vanuit de welzijnsorganisatie Karaat alle mantelzorgers ondersteunen. Als mantelzorgers zich aanmelden krijgen ze algemene informatie en eventueel ook een gesprek. Professionals in de toegang geven aan dat mantelzorgers die om ondersteuning vragen hierop vaak een half jaar moeten wachten. Dit is een te lange wachttijd. Met name omdat mantelzorgers over het algemeen pas laat om hulp vragen. Wanneer mantelzorgers om hulp vragen is de ondersteuningsbehoefte vaak groot en urgent.

Inzet algemene (voorliggende) voorzieningen

Het afschalen naar algemene en voorliggende voorzieningen kan beter, maar aangezien de begeleiding specifieke vaardigheden vraagt die medewerkers van de voorliggende voorzieningen niet altijd in huis hebben, kost het veel tijd om hen hierin te ondersteunen. Waardoor regelmatig de keus gemaakt wordt om het werk binnen het wijkteam te houden. Zowel beleid als aanbod van algemene voorzieningen kunnen beter. Professionals in de toegang missen een sociale kaart en er is onder andere behoefte aan inloophuizen (voor ouderen en dementerenden), een verhuisservice, een rolstoelpoule en een scootmobiel poule.

Inzet vrijwilligers

De beoogde inzet van vrijwilligers blijft achter, aangezien het lastig is vrijwilligers te vinden voor de vragen die er spelen. Ze hebben niet de juiste achtergrond, vaardigheden of zijn onvoldoende (vaak) beschikbaar. Wat hierin kan helpen is het trainen van vrijwilligers en het organiseren van intervisie. Mogelijk zijn er voldoende mensen die vrijwilliger kunnen zijn, maar zijn deze nog niet gevonden.



Procesmatige veranderingen

Keukentafelgesprek

De brede uitvraag faciliteert de opbouw van een goed dossier en maakt dat Wmo klantmanagers adequaat kunnen handelen bij mogelijke vervolgvragen. Ook ervaren professionals dit gesprek als persoonlijk, omdat het bij cliënten thuis plaatsvindt. Wanneer in het gesprek blijkt dat de inwoner is aangewezen op ondersteuning in de vorm van begeleiding, dan wordt aanvullend de Zelfredzaamheidsmatrix gebruikt om de vorm van begeleiding te indiceren: komt iemand voor regulier of gespecialiseerde begeleiding in aanmerking? Het is hierin een uitdaging als professional de switch te maken van *'waar hebt u recht op'* naar *'wat kunt u zelf doen?'* Het werken vanuit verschillende invalshoeken en met korte lijntjes wordt als prettig ervaren. Professionals vragen zich wel af of er voldoende naar alle leefgebieden gekeken wordt. Gezien de hoge werkdruk hebben professionals onvoldoende tijd om hun kennis en expertise te verbreden met betrekking tot het werk van hun collega's. Mogelijk kan een vaste/verplichte dag per wijk bij het wijkteam dit faciliteren.

Eén huishouden, één plan en één regisseur

Waar eerder gewerkt werd vanuit vraaggericht werken, wordt nu gewerkt vanuit één huishouden, één plan en één regisseur. Dit wordt als prettig ervaren want er is meer overzicht, je kan beter inschatten wat er nodig is en of hulp elkaar mogelijk gaat tegenwerken. Kanttekening hierbij is wel dat het hebben van coördinatie rondom (complexe) zorg goed is, maar het toewerken naar één regisseur geen doel op zich zou moeten zijn.

Cliëntondersteuner

De cliëntondersteuner is echter (vrij) onbekend bij de inwoners van Ridderkerk en er wordt daardoor weinig gebruik van gemaakt. De cliëntondersteuner wordt uitgevoerd door MEE medewerkers, die echter ook in het wijkteam zitten én een regierol hebben. Het is vanwege de 'dubbele pet' dan ook een uitdaging om onafhankelijk te zijn: *'Wat doet een MEE-medewerker als een Wmo-consulent zich als een hork gedraagt bij een cliënt?'* Op dit moment wordt per cliënt een duidelijk onderscheid gemaakt welke rol de MEE-medewerker heeft.



In 2018 zijn de wijkteams anders ingekocht, vanuit de rollen: hulpverlener, casusregisseur en expert. In deze opzet valt de cliëntondersteuning buiten het wijkteam. Van deze scheiding is tot op heden in Ridderkerk nog geen sprake.

Hoge werkdruk bij toegangsprofessionals

De ervaren werkdruk onder uitvoeringsprofessionals is hoog. Deze werkdruk komt onder andere voort uit het werken met één huishouden - één plan - één regisseur, er is meer werk doordat er meerdere vragen per huishouden zijn. Ook is de caseload per professional te hoog, waardoor ze achter de feiten aanlopen. Zo geven Wmo klantmanagers aan te werken met 8 meldingen die elk 5 uur per melding kosten in een 24-urige werkweek, en 12 meldingen van 5 uur per melding in een 36-urige werkweek.

Deze werkdruk heeft volgens professionals invloed op:

- *Zorg.* Door hoge werkdruk in de uitvoering krijgen cliënten niet altijd passende zorg.
- *Uitvoering keukentafelgesprek.* Bij simpele vragen doen Wmo klantmanagers het keukentafelgesprek telefonisch in plaats van bij inwoners thuis om tijd te besparen. Dit maakt de uitvraag kwalitatief minder.
- *Evaluatie van hulp.* Er is onvoldoende ruimte voor de evaluatie van de ingezette hulp. Zo stellen Wmo klantmanagers een indicatie, geven ze een beschikking af maar volgen ze daarna niet op hoe het verder gaat.
- *Reflectie op werk en aanpassing werkprocessen.* Professionals hebben geen tijd om afstand te nemen van hun werk om te bepalen wat beter en efficiënter kan. Ze kunnen dus niet stilstaan bij de vragen: wat doen we, hoe doen we het, en waarom?
- *De termijn van 6 weken waarin het keukentafelgesprek plaats moet vinden wordt niet altijd gehaald.* Dit kan voor problemen zorgen als inwoners hiermee aan de slag gaan. Als de termijnen niet worden gehaald kan de gemeente te maken krijgen met een dwangsom.
- *Nieuwe systemen te leren gebruiken.* Zoals het registratiesysteem bij het wijkteam.



Meer bewustzijn rondom financiële gevolgen van keuzes

Sinds de decentralisatie weten MEE medewerkers wat de kosten zijn van zorgopties, wat hen meer bewust maakt van de kosten. Aan de andere kant prevaleert zorgbehoefte boven de financiële prikkel: *“We weten soms dat iets veel geld kost, maar als cliënt het nodig heeft moet dat wel. We bespreken wel met collega’s andere zorgopties op basis van prijs, maar zorgbehoefte prevaleert.”* Aan de hand van een productboek kunnen ze inzien welke producten, zorgbieders en kosten per uur voor zorg in natura en PGB er zijn. Dit draagt eraan bij dat ze kritischer zijn rondom de inzet van zorg.

Nieuwe samenwerkingen

Met de decentralisatie van Wmo, zijn er ook veranderingen geweest in de samenwerking tussen professionals. De samenwerking tussen professionals binnen het wijkteam is daar een van. Professionals geven aan dat de samenwerking in het wijkteam steeds beter gaat: professionals weten elkaar steeds beter te vinden. In sommige wijkteams is wel veel verloop geweest en het vraagt een tijdsinvestering elkaar dan opnieuw te leren kennen. Ook zit niet in elk wijkteam een klantmanager participatie, wat het lastig maakt als je daarmee wilt schakelen. Professionals geven aan dat de samenwerking met verschillende disciplines een meerwaarde heeft.

De samenwerking tussen beleid en uitvoering kan beter. In plaats van directe communicatie van beleid naar uitvoering, komt informatie bij de uitvoering terecht via de wandelgangen of het klantcontactcentrum. Zo waren de Wmo-klantmanagers niet op de hoogte van het door beleid uitgezette Wmo-klanttevredenheidsonderzoek en ontvangen cliënten soms brieven thuis die niet bekend zijn bij de uitvoerders. Aangezien verschillende beleidsmedewerkers verantwoordelijk zijn voor de Wmo, weten ze niet altijd van elkaar wie met wat bezig is. Ook wordt aangegeven dat de afstand tussen professionals groter is geworden gezien de samenwerking tussen de gemeenten Ridderkerk, Barendrecht en Albrandswaard.



De samenwerking tussen professionals en (tweedelijns) zorgaanbieders verschilt per zorgaanbieder. Sommige aanbieders worden gezien als meer rigide en sommige denken mee. Het is prettig als professional te weten wat de zorgaanbieder aanbiedt, zodat je hierin de verwachtingen kan managen richting cliënten. Ook plannen zorgaanbieders na doorverwijzing een eerste afspraak in met een cliënt en geven ze bij de cliënt aan dat het wijkteam overbruggingszorg biedt terwijl dat niet zo is.

Er wordt bovendien samengewerkt met het Lokaal Zorg Netwerk (LZN). Het LZN behandelt complexe multiprobleem casussen, heeft eigen potje, doel om uiteindelijk binnen Wmo af te schalen.

4.3 Perspectief zorgaanbieders

Om een verdiepend beeld te krijgen van de betekenis van de decentralisatie van de zorg zijn vier zorgaanbieders geïnterviewd. Met de zorgaanbieders is gesproken over de toegang tot de zorg, de zorginhoudelijke veranderingen die hebben plaatsgevonden na de decentralisatie en de samenwerking met de gemeente.

Toegang

Alle zorgaanbieders zijn tevreden over de samenwerking met het wijkteam. De samenwerking is in ontwikkeling en wordt naar mate de zorgaanbieders en de medewerkers in de toegang elkaar beter hebben leren kennen steeds beter.

“Net na 2015 was er bij de gemeente de druk om alles te begrijpen, een nieuwe weg vinden en intern alles op orde stellen. Nu zie je weer meer de beweging naar buiten toe, naar partners. De gemeente is nu makkelijker bereikbaar en de noodzaak en het nut om samen te werken wordt steeds meer onderkend.”

Er vindt goede zorginhoudelijke afstemming plaats en de adviezen van de zorgaanbieders worden bij de indicatiestelling meegewogen.



“We zijn op casusniveau tevreden over de samenwerking met de toegang. Iedereen heeft goede wil om er samen uit te komen. Zo beginnen wij wanneer nodig desnoods zonder beschikking aan een zorgtraject en zorgen de Wmo consulenten ervoor dat beschikkingen snel rondkomen.”

Een goede afstemming hangt indirect ook samen met de kwaliteit van de dienstverlening aan de cliënt.

“Het is belangrijk dat dit soepel loopt. Als het niet goed loopt kost het veel negatieve energie en ongewilde stagnatie in het tijdspad. Als dat goed loopt heeft dat een positief effect op de zorg voor de klant en een snelle start van dienstverlening.”

De meeste verwijzingen zijn afkomstig van de huisarts of andere maatschappelijke partners. Het aantal doorverwijzingen vanuit het sociaal team is beperkt. Zorgaanbieders geven wel aan dat hun zorgaanbod bekend is bij toegangsmedewerkers. Het is de zorgaanbieders dan ook niet duidelijk waarom het aantal door verwijzingen vanuit het sociale team beperkt is.

Eén zorgaanbieder geeft aan het soms langer dan de afgesproken termijn van zes weken duurt voordat de gemeente een indicatie afgeeft.

“Een aanvraag wordt niet voor niets gedaan. Weinig cliënten kunnen het 6 weken volhouden zonder hulp of ondersteuning. Vaak moeten wij er dan achteraan om erachter te komen of de gemeente de aanvraag heeft ontvangen. Prettig als er minder tijd tussen melding en afgeven indicatie kan zitten.”

Soms komen mensen te laat in beeld bij de professional. Dan had er vanuit de toegang of daarvoor eerder gesignaleerd/ aangemeld kunnen worden of eerder opgeschaald moeten worden. Eén zorgaanbieder geeft aan dat dit mede afhangt van de kwaliteit van de individuele professional in de toegang. Er zijn grote verschillen tussen professionals in de toegang als het gaat om ervaring en expertise. Het kan ook zo zijn dat de burger zelf te laat aan de bel trekt of zijn hulpvraag aangeeft. Dit kan komen door bijvoorbeeld schaamte, of omdat ze vinden dat ze de problemen zelf moeten oplossen of omdat ze niet weten waar ze moeten aankloppen.



Zorginhoudelijk verandering

Zorgaanbieders onderschrijven de inhoudelijke gedachte achter de transformatie in het sociaal domein. Tegelijkertijd benoemen zorgaanbieders aandachtspunten. Zo zien zorgaanbieders dat zorg soms te laat komt omdat er te lang een beroep wordt gedaan op de eigen kracht en het sociaal netwerk.

“Er wordt nu een groter beroep gedaan op de zelfredzaamheid van inwoners daarmee is de drempel hoger geworden naar zorg. Wat in de kern natuurlijk prachtig is, zorg alleen indien nodig. Maar helaas is het soms juist wel nodig en komt men te laat met de (juiste) hulpvraag.”

Twee zorgaanbieders zijn kritisch op het uitgangspunt dat mensen met een hulpvraag in eerste instantie moeten terugvallen op hun sociale netwerk. Veel kwetsbare mensen hebben geen of een klein sociaal netwerk. Voor hen kan het moeilijk zijn om een sociaal netwerk te onderhouden. Daarnaast worden deze mensen vanwege hun problematiek gemeden door mensen in hun directe leefomgeving. Door te veel te sturen op het inzetten van een sociaal netwerk kan het voorkomen dat mensen uiteindelijk niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Twee zorgaanbieders geven aan dat de casuïstiek zwaarder is geworden. Bij zwaardere gevallen is het niet altijd duidelijk of een cliënt binnen de Wmo of binnen de Wlz hulp moet krijgen. Deze zwaardere casuïstiek zorgt ook voor een hogere werkdruk bij zorgprofessionals.

Eén zorgaanbieder geeft aan dat de tarieven vanuit de gemeente laag zijn. Hierdoor wordt er door de zorgaanbieder meer gebruik gemaakt van vrijwillige inzet.

“De lage tarieven hebben ons creatief gemaakt: we zijn met meer vrijwilligers gaan werken, wat in lijn met decentralisatie past. Bij alle maken we de afweging, moet een professional dat doen of kan een ander dat doen? Welke rol kan de mantelzorger pakken? Het risico van minder inzet van professionals is dat er mogelijk minder snel geïdentificeerd en adequaat begeleid wordt.”



Eén zorgaanbieder geeft aan dat de overheadkosten zijn gestegen ten aanzien van de tijd vóór de decentralisatie. Deze indirecte lasten komen de kwaliteit van de zorg niet ten goede.

“En dan vraag ik me af of we dat geld toch niet beter in de uitvoering hadden kunnen gebruiken of in het kader van kwaliteitsverbetering. Bijvoorbeeld het opleiden van voldoende en kwalitatief goede professionals aan de voorkant.”

Eén zorgaanbieder vindt dat er teveel wordt bezuinigd op de zorgverlening. Zo moeten alle werkzaamheden gericht zijn op de zorgverlening en is er geen ruimte voor activiteiten waarin zorgprofessionals een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met de cliënt. Dit heeft een negatief effect op de cliëntervaring en het werkplezier voor medewerkers.

Twee zorgaanbieders geven aan dat cliënten moesten wennen aan de decentralisatie.

“Cliënten begrepen het aanvankelijk niet/wilden het niet begrijpen, meenden recht te hebben op meer en gingen in discussie met leveranciers. Zorgaanbieders kunnen echter niet meer bieden dan mogelijk is binnen financiële kaders. Dit zorgt voor een spanningsveld. Nu zijn cliënten vrij ver in proces van acceptatie.”

Samenwerking met de gemeente

Twee zorgaanbieders zijn kritisch over de samenwerking met de gemeente op beleidsniveau. Er is in vergelijking met andere gemeenten weinig contact. Daarnaast is het contact ad hoc en vindt met name plaats als er problemen of bijzonderheden zijn. De aanbieders verwachten van de gemeente Ridderkerk een meer regisserende rol.



Vanuit deze rol wordt het volgende van de gemeente verlangd:

- De zorgaanbieders willen graag structureel afspreken met de accounthouder van de gemeente. Op die manier zou de gemeente samen met de zorgaanbieders aan de hand van monitoringsinformatie scherper op gewenste resultaten kunnen aansturen.
- Zorgaanbieders willen graag prestatieafspraken maken met de gemeente over de vormen van dienstverlening.
- Zorgaanbieders willen graag beter zicht op lokaal maatschappelijke trends. Dit kan door aan de hand van rondetafelgesprekken hierover met verschillende maatschappelijke partners in gesprek te gaan. De gemeente zou hierin het voortouw moeten nemen.
- De gemeente kan haar informatie verschaffende rol naar zorgaanbieders beter invullen. Zorgaanbieders willen graag meer zicht krijgen op de zorgbehoefte van inwoners. Zorgaanbieders verwachten dat de gemeente die informatie op basis van verschillende informatiebronnen kan verschaffen. Zorgaanbieders willen op basis van die informatie samen met de gemeente een passend aanbod ontwikkelen in de eerste en tweede lijn.
- Aanbieders zien graag dat de gemeenten meer aanstuurt op samenwerking in het veld. Door goed samen te werken zou er beter zorg op maat kunnen worden geboden. Onderstaande casus illustreert dit:

“Er zijn vaak al veel organisaties in een systeem, waarin onvoldoende verder gekeken wordt. Een voorbeeld daarvan is een dame die eenzaam is, waar wel thuiszorg komt (voor huishouden en medische kant), maar die niet mee naar buiten genomen wordt omdat daar geen indicatie voor is. Geen van de (al aanwezige) organisaties neemt het voortouw om daarin iets te veranderen waardoor de eenzaamheid in stand blijft.”

De zorgaanbieders vinden de relatie met de gemeente te vrijblijvend. De gemeente Ridderkerk kan beter haar faciliterende en regie houdende rol pakken.



“Regie is hard nodig. Denk aan het opbouwen van zorgketens, het formuleren van heldere doelen en het aanjagen van samenwerkingen tussen aanbieders. Laat het niet aan het veld over. Dan zijn er te weinig prikkels. Gemeente pak je regierol anders hebben we met de Wmo de volgende versie van de AWBZ.”

Zorgaanbieders hebben een positief kritische houding ten aanzien van impact die de decentralisatie van taken uit de Awbz naar de Wmo heeft op zorg voor cliënten. Zo zijn de zorgaanbieders zowel procesmatig als inhoudelijk tevreden over de samenwerking met medewerkers in de toegang. Zorgaanbieders geven daarbij wel aan dat het aantal doorverwijzingen vanuit het sociaal team beperkt is. Ook kan er volgens de zorgaanbieders soms sneller worden doorverwezen om grotere problemen te voorkomen. Vroeg signalering en tijdig doorverwijzen hangt volgens aanbieders ook samen met de deskundigheid van medewerkers in de toegang. De mate van deskundigheid verschilt volgens de aanbieders sterk.

Zorgaanbieders staan achter de zorginhoudelijke veranderingen die met de decentralisatie van taken naar de Wmo worden beoogd. Over de uitvoering van de decentralisatie zijn aanbieders kritisch. Zo wordt er soms te lang een beroep gedaan op de eigen kracht en het sociale netwerk terwijl professionele hulpverlening in de eerste- en tweedelijfn nodig is om verergering van problemen te voorkomen. Ook wordt aangegeven dat er naast het bieden van zorg geen tijd meer is voor persoonlijke aandacht voor cliënten. Overheadkosten zijn volgens aanbieders toegenomen. Dit gaat ten koste van de tijd en middelen in het primaire proces van de zorgverlening. Zorgaanbieders merken dat cliënten moesten wennen aan het gegeven dat de zorg minder intensief is en dat er een groter beroep wordt gedaan op de eigen kracht en het sociale netwerk.

Zorgaanbieders zijn kritisch over de samenwerking met de gemeente op strategisch niveau. De gemeente kan haar rol als opdrachtgever en regiehouder beter vervullen. Zo kan de gemeente beter aansturen op het behalen van resultaten, het vergaren en delen van informatie, het aanjagen van samenwerking in het zorgveld en het stimuleren van het creëren van zorgaanbod dat aansluit bij de zorgbehoefte van inwoners in Ridderkerk.



5. Informatievoorziening

Rondom de decentralisatie is door de gemeente op verschillende manieren gecommuniceerd. Zo zijn er berichten en persoonlijke verhalen geplaatst in de Blauwkai. Daarnaast is naar alle cliënten een vrij algemene brief gestuurd. Deze brief kon niet specifiek aangezien de gemeente geen kennis had van welke cliënten van welke aanbieders zorg ontvingen.

Cliënten met een beschikking van het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) kregen een brief waarin zij geïnformeerd werden dat ze per 1 januari 2015 vanuit de gemeente werden ondersteund. Vanuit de gemeente zijn er ook inloopavonden georganiseerd waar iedereen, met vragen rondom zorg, welkom was. De vragen die hier gesteld werden, gingen met name over de huishoudelijk hulp, die echter geen onderdeel uitmaakt van de decentralisatie van de Wmo. Bij het keukentafelgesprek heeft ook informatieoverdracht plaatsgevonden. Mogelijkerwijs sluit de informatievoorziening aan de hand van talige communicatiemiddelen niet altijd even goed aan bij de doelgroep van de Wmo. Professionals geven aan dat cliënten brieven niet altijd lezen en of begrijpen. Met name ouderen en cliënten met een beperking pakken informatie minder snel op.



6. Financiën betekenis van de decentralisatie

In dit hoofdstuk is in beeld hoe de inkomsten en uitgaven op de Wmo zich in de periode 2011-2016 hebben ontwikkeld. Hierbij is ook gekeken naar het zorggebruik (zorgvraag, zorgaanbod en zorglevering) in Ridderkerk, Albrandswaard en Barendrecht. Ook is een vergelijking gemaakt met andere gemeenten in Nederland. Hierbij zijn vergelijkingen getrokken op basis van grootheidsklasse en stedelijkheidsklasse. Ook is gekeken hoe het zorgverbruik in Ridderkerk zich verhoudt tot de provincie Zuid-Holland en Nederland als geheel. De volgende vraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord:

Wat heeft de decentralisatie van de zorgverlening betekend voor de financiën van de gemeente Ridderkerk en voor de cliënt?

6.1 Financiële veranderingen, zorggebruik en kwaliteit van zorg

In het kader van de decentralisatie hebben enkele financiële veranderingen plaatsgevonden voor zorgontvangers en zorgbehoevenden. Bij de start van de decentralisatie was er sprake van een eigen bijdrage voor een deel van de ondersteuning vanuit de Wmo. Het besluit is genomen om de eigen bijdrage voor Respijtzorg en Begeleiding af te schaffen aangezien deze dermate hoog was dat inwoners die het wel nodig hadden het niet konden betalen. Dit maakt dat er nu meer mensen geholpen zijn en deze zorg niet mijden vanwege de eigen bijdrage. Cliënten blijven langer in de Wmo en stromen minder door naar de Wlz. Mogelijk is dit te verklaren door de eigen bijdrage voor de Wlz, die als drempel wordt ervaren door cliënten.



6.2 Ontwikkeling inkomsten en uitgaven van de Wmo begeleiding

In onderstaande tabel zijn de uitgaven weergegeven voor Wmo begeleiding² per BAR-gemeente voor 2015, 2016 en 2017 (gegevens aangeleverd door de Business controller sociaal domein). In bijlage 1 zijn de uitgaven per productsoort weergegeven. Het verloop van de uitgaven is een indicatie voor het zorggebruik.

Gemeente	2015	2016	2017
Ridderkerk (45.536 inwoners)	976.859	1.419.960	1.657.242
Albrandswaard (24.985 inwoners)	364.468	534.538	520.060
Barendrecht (48.423 inwoners)	655.266	1.099.313	1.321.658

In de volgende tabel is de integratie-uitkering sociaal domein voor het onderdeel Wmo weergegeven. Het is aan college en raad om de daadwerkelijk benodigde middelen per taak toe te kennen (via de planning en control cyclus en andere raadsbesluiten). De cijfers zijn gebaseerd op de circulaire waarmee gemeenten door het Rijk worden geïnformeerd over de gemeentefondsuitkeringen. Het verloop van integratie-uitkering voor de Wmo per circulaire is te vinden in de bijlage.

² De producten die onder de Wmo maatwerkvoorziening begeleiding vallen zijn; gespecialiseerde begeleiding, gespecialiseerde dagbesteding, regulier verblijf, reguliere begeleiding en reguliere dagbesteding (incl. vervoer).



Gemeente	2015	2016	2017	2018 (verwacht)
Ridderkerk	4.429.179	5.727.909	5.894.724	6.167.506
Albrandswaard	1.761.505	2.239.009	2.344.374	2.432.315
Barendrecht	3.552.455	3.874.130	3.893.380	4.079.642

Naast Wmo-begeleiding wordt de integratie-uitkering sociaal domein ook ingezet in het 'voorliggend veld' (preventiemaatregelen). Er worden onder andere subsidies voor innovatieve regelingen aan zorgaanbieders verstrekt en lokale zorgtrajecten gefaciliteerd. Andere lasten die vanuit de integratie-uitkering sociaal domein worden bekostigd hebben betrekking op de uitvoering (onder andere toeleiding door klantmanagers, administratief verwerken van de aanvragen en verantwoording achteraf).



6.3 Zorggebruik

In onderstaande tabel is op basis van gegevens CBS (Monitor Sociaal Domein Wmo) het zorggebruik voor Wmo-begeleiding van de gemeente Ridderkerk, Albrandswaard en Barendrecht weergegeven. De spreiding per type zorgproduct is niet uit de beschikbare gegevens op te maken. Wat opvalt is dat de het zorggebruik verhoudingsgewijs bij Albrandswaard en Barendrecht sterker afneemt dan bij Ridderkerk.

Inwoners met Wmo-begeleiding

Jaar	Ridderkerk	Albrandswaard	Barendrecht
2015	10	10	10
2016	9	6	7
2017	9	5	6

Eenheid: aantal per 1.000 inwoners betreffende doelgroep

Bron: CBS - Monitor Sociaal Domein Wmo

www.waarstaatjegemeente.nl

Dinsdag 30 januari 2018



In onderstaande tabel is het zorggebruik in Ridderkerk vergeleken met andere gemeenten op basis van grootheidsklasse³ en stedelijkheidsklasse⁴. Ook is gekeken hoe het zorgverbruik in Ridderkerk zich verhoudt tot de provincie Zuid-Holland en Nederland als geheel. Uit deze gegevens is op te maken dat Ridderkerk structureel onder het landelijke gemiddelde zit wat betreft het zorggebruik Wmo-begeleiding.

Inwoners met individuele Wmo-voorzieningen (ondersteuning thuis)

Jaar	Ridderkerk	25.000 - 50.000 inwoners	Sterk stedelijk	Zuid-Holland	Nederland
2015	10	12	15	19	15
2016	9	13	16	16	16
2017	9	11	14	14	13

Eenheid: aantal per 1.000 inwoners betreffende doelgroep

Bron: CBS - Monitor Sociaal Domein Wmo

www.waarstaatjegemeente.nl

Dinsdag 30 januari 2018

³ Gemeenten ingedeeld in 5 grootteklassen op basis van aantal inwoners: <25.000 inwoners: gemeenten minder dan 25.000 inwoners 25.000 - 50.000 inwoners gemeente meer dan 25.000 en minder dan 50.000 inwoners 50.000 - 100.000 inwoners gemeenten meer dan 50.000 en minder dan 100.000 inwoners 100.000 - 300.000 inwoners: gemeenten meer dan 100.000 en minder dan 300.000 inwoners >300.000 inwoners: gemeenten met meer dan 300.000 inwoners

⁴ Indeling gemeenten in 5 stedelijkheidsklassen op basis van omgevingsadressendichtheid per vierkante kilometer: Zeer sterk stedelijk: groter of gelijk aan 2.500 adressen per vierkante kilometer Sterk stedelijk: groter of gelijk aan 1.500 en kleiner dan 2.500 adressen per vierkante kilometer Matig stedelijk: groter of gelijk aan 1.000 en kleiner dan 1.500 adressen per vierkante kilometer Weinig stedelijk: groter of gelijk aan 500 en kleiner dan 1.000 adressen per vierkante kilometer Niet stedelijk: kleiner dan 500 adressen per vierkante kilometer



6.4 Onderbenutting van het Wmo-budget begeleiding

Het beroep op de maatwerkvoorziening Wmo-begeleiding is in 2015 en 2016 lager dan verwacht en begroot. Dit komt overeen met het landelijke beeld; bij veel gemeenten in Nederland is dit van toepassing. In 2016 heeft de gemeente Ridderkerk een onderzoek gedaan naar de onderbenutting van het Wmo-budget voor begeleiding⁵. In het rapport worden de volgende oorzaken genoemd voor het overschot:

- Bij aanvang van de decentralisatie zijn de geraamde uitgaven gebaseerd op onbetrouwbare gegevens.
- Een groep mensen van wie verwacht werd dat ze in de Wmo zouden instromen, is ingestroomd in de Wet Langdurige Zorg.
- De uitgaven vallen lager uit door de lagere tarifiering van de gemeente voor Wmo-begeleiding.
- Bij de indicatiestelling wordt gekeken naar de eigen kracht en de inzet van de sociale omgeving van de zorgvrager. Dit leidt tot verlaging van het zorggebruik.

In opdracht van het Netwerk Directeuren Sociaal Domein heeft onderzoeksbureau Significant een onderzoek uitgevoerd naar de over- en onderbesteding in het sociaal domein⁶. Uit dit onderzoek is een aantal hypothetische oorzaken af te leiden die ook van toepassing kunnen zijn op de onderbenutting in Ridderkerk:

- Mogelijk weten inwoners door de structuurwijziging de weg naar de toegang tot zorg niet te vinden.
- Mogelijk neemt het aantal indicaties af doordat wijkteamleden vroeg signaleren en tijdig afschalen.
- Doordat er strengere eisen worden gesteld aan het toekennen van pgb's kan het aantal aanvragen/verkrijgen van pgb voor onder meer Wmo-begeleiding zijn afgenomen.
- De eigen bijdrage kan een drempel opwerpen om een aanvraag te doen voor een Wmo-begeleiding. De gemeente heeft mede hierom de eigen bijdrage afgeschaft.

⁵ Rapportage onderzoek onderbenutting Wmo-budget begeleiding Ridderkerk, december 2016

⁶ Het verhaal achter onder- en overbesteding in het sociaal domein 2015, Netwerk Directeuren Sociaal Domein



6.5 Maatregelen n.a.v. het overschot op Wmo-begeleiding

Mede naar aanleiding van het onderzoek naar de onderbenutting van het Wmo-budget begeleiding heeft de gemeente besloten om toe te werken naar één centrale toegang via de wijkteams. Op die manier verwacht de gemeente de dienstverlening aan en het bereik van de doelgroep te verbeteren. Daarnaast heeft de gemeente de eigen bijdrage⁷ afgeschaft. Op die manier wil de gemeente de drempel naar Wmo-begeleiding verlagen.

De gemeente verwacht dat door de toenemende vergrijzing, de uitstroom uit beschermd wonen en de verscherpte indicatoren voor de instromen in de Wet Langdurige Zorg, het aantal inwoners dat een beroep doet op Wmo-begeleiding zal toenemen.

Vanaf 2015 is een stijgende trend zichtbaar in het gebruik (en daarmee de uitgaven) van de Wmo. De gemeente geeft aan dat deze trend zich naar verwachting in 2018 en 2019 voort gaat zetten. Verder valt op dat het gebruik van maatwerkvoorzieningen binnen de Wmo in de gemeente Ridderkerk relatief gezien hoger is dan in Albrandswaard en Barendrecht. Afgezet tegen andere gemeenten met dezelfde mate van stedelijkheid en omvang is het zorggebruik lager dan het gemiddelde. Ook in vergelijking tot de provincie Zuid-Holland en Nederland worden er gemiddeld minder maatwerkvoorzieningen binnen de Wmo verstrekt in Ridderkerk.

Het beroep op de maatwerkvoorziening Wmo-begeleiding is lager dan verwacht en begroot. Om de dienstverlening aan -en het bereik van de doelgroep te verbeteren worden deze middelen gebruikt om de toegang tot de zorg te verbeteren. Daarnaast is de eigen bijdrage afgeschaft om de drempel naar zorg te verminderen.

⁷ Eigen bijdrage die verschuldigd is voor 18-plussers als men Wmo ondersteuning krijgt. Voor maatwerkvoorzieningen via de gemeenten wordt deze door de gemeente vastgesteld, met een wettelijk maximum. De hoogte is afhankelijk van inkomen, vermogen, leeftijd en gezinssamenstelling. Voor kinderen tot 18 jaar kunnen gemeenten alleen eigen bijdragen vragen voor woningaanpassingen. Eigen bijdragen Wmo worden geïnd door het Centraal Administratiekantoor (CAK)



Bijlagen

Uitsplitsing uitgaven Wmo-begeleiding in natura per productsoort per kwartaal voor 2015, 2016 en 2017.

Gemeente	2015				2016				2017			
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
Ridderkerk	€ 266.789	€ 236.330	€ 229.110	€ 244.629	€ 386.025	€ 327.092	€ 300.709	€ 406.134	€ 402.358	€ 414.913	€ 428.160	€ 411.811
Gespecialiseerde begeleiding	€ 66.265	€ 63.969	€ 69.088	€ 54.876	€ 74.096	€ 63.916	€ 63.658	€ 94.524	€ 108.309	€ 107.565	€ 125.890	€ 141.164
Gespecialiseerde dagbesteding	€ 61.895	€ 63.310	€ 50.280	€ 52.425	€ 65.204	€ 31.001	€ 25.590	€ 34.441	€ 29.362	€ 22.138	€ 18.294	€ 16.024
Regulier verblijf					€ 1.872	€ 3.024	€ 5.184	€ 8.435	€ 1.734	€ 534	€ 400	
Reguliere begeleiding	€ 71.109	€ 52.768	€ 50.560	€ 60.720	€ 117.712	€ 95.859	€ 79.063	€ 99.465	€ 96.963	€ 104.770	€ 113.756	€ 115.517
Reguliere dagbesteding (incl. vervoer)	€ 67.521	€ 56.283	€ 59.182	€ 76.608	€ 127.142	€ 133.292	€ 127.214	€ 169.270	€ 165.989	€ 179.906	€ 169.820	€ 139.106
Albrandswaard	€ 90.989	€ 76.752	€ 88.682	€ 108.046	€ 144.757	€ 118.106	€ 134.945	€ 136.731	€ 120.919	€ 125.778	€ 136.746	€ 136.617
Gespecialiseerde begeleiding	€ 31.460	€ 24.378	€ 26.892	€ 35.563	€ 31.670	€ 18.532	€ 20.751	€ 21.741	€ 23.448	€ 27.190	€ 37.928	€ 36.729
Gespecialiseerde dagbesteding	€ 11.561	€ 15.165	€ 17.605	€ 25.255	€ 33.434	€ 23.480	€ 20.454	€ 15.226	€ 9.680	€ 9.263	€ 12.690	€ 10.004
Regulier verblijf							€ 2.495					
Reguliere begeleiding	€ 22.841	€ 19.314	€ 21.032	€ 21.332	€ 38.188	€ 32.436	€ 44.943	€ 49.607	€ 36.847	€ 48.121	€ 48.743	€ 38.721
Reguliere dagbesteding (incl. vervoer)	€ 25.127	€ 17.895	€ 23.152	€ 25.897	€ 41.466	€ 43.658	€ 46.303	€ 50.157	€ 50.943	€ 41.205	€ 37.386	€ 51.162
Barendrecht	€ 179.699	€ 141.777	€ 162.970	€ 170.820	€ 296.431	€ 236.060	€ 253.603	€ 313.219	€ 310.777	€ 316.402	€ 343.922	€ 350.557
Gespecialiseerde begeleiding	€ 20.235	€ 19.626	€ 23.128	€ 28.820	€ 53.699	€ 53.053	€ 57.791	€ 85.069	€ 80.015	€ 86.350	€ 94.238	€ 114.715
Gespecialiseerde dagbesteding	€ 58.107	€ 44.615	€ 55.935	€ 55.535	€ 40.759	€ 28.657	€ 30.130	€ 26.048	€ 19.451	€ 21.350	€ 23.063	€ 19.451
Regulier verblijf			€ 576	€ 2.016		€ 293	€ 4.989	€ 720				€ 4.150
Reguliere begeleiding	€ 62.089	€ 50.020	€ 49.503	€ 44.545	€ 89.554	€ 57.907	€ 63.907	€ 83.081	€ 81.058	€ 84.895	€ 86.158	€ 74.703
Reguliere dagbesteding (incl. vervoer)	€ 39.268	€ 27.517	€ 33.828	€ 39.905	€ 112.418	€ 96.150	€ 96.785	€ 118.300	€ 130.253	€ 123.807	€ 140.462	€ 137.538

Verloop integratie-uitkering sociaal domein (onderdeel Wmo)

Ridderkerk								
WMO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
decembercircular 2015	4.429.179	5.723.513	6.002.058	5.869.520	5.828.846	5.858.525		
meicircular 2016		5.734.013	6.027.367	6.027.522	5.987.014	5.964.638	5.922.099	
sept.circular 2016		5.727.909	5.688.409	5.710.304	5.673.663	5.672.486	5.662.656	
meicircular 2017			5.894.724	6.167.506	6.129.318	6.169.169	6.159.120	6.149.281
Albrandswaard								
WMO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
meicircular 2015	1.761.505	2.237.302	2.334.954	2.280.763	2.264.198	2.275.421	2.275.421	
meicircular 2016		2.241.380	2.395.979	2.392.387	2.375.285	2.366.001	2.349.127	
sept.circular 2016		2.239.009	2.269.731	2.274.634	2.258.971	2.258.075	2.254.162	
meicircular 2017			2.344.374	2.432.315	2.416.310	2.431.640	2.427.680	2.423.801
Barendrecht								
WMO	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
meicircular 2015	3.552.455	3.871.370	3.842.704	3.706.991	3.666.608	3.679.373		
meicircular 2016		3.877.964	3.948.745	3.894.717	3.853.380	3.832.942	3.805.605	
sept.circular 2016		3.874.130	3.748.977	3.708.637	3.669.574	3.662.715	3.656.368	
meicircular 2017			3.893.380	4.079.642	4.038.722	4.058.686	4.052.075	4.045.602