**Input Cliëntenbelang Amsterdam**

**Evaluatie nieuwe en gewijzigde taken Wmo 2015**

**Melding / onderzoek/ aanvraag - de kwaliteit van het onderzoek.**

**In de Nadere regels staat:**

**“Goed onderzoek is de basis voor het vaststellen van de ondersteuningsvraag. “**

In de praktijk blijkt dat het onderzoek (nog) niet altijd goed wordt uitgevoerd, ook in de tweede helft van 2015. En dat daardoor de ondersteuningsvraag van een deel de van de cliënten niet goed wordt vastgesteld.

Hoewel hiervoor vanuit organisaties of een nieuw stelsel soms goede verklaringen zijn te geven, die in de concept-evaluatie uitvoerig zijn beschreven, blijft het gegeven dat dit voor individuele burgers tot knelpunten leidt, die niet altijd worden opgelost.

Uit diverse gesprekken (ihkv het onderzoek) is ons gebleken dat niet alle professionals in de wijkzorg nu voldoende zijn toegerust voor de taken die zij hebben ihkv het onderzoek en het adequaat doorgeleiden van de vraag.

De gesprekken duren bovendien soms erg lang ( meerdere uren). Dit gebeurt juist bij cliënten met een complexe hulpvraag, die voor professionals nieuw of onbekend is. Juist voor deze mensen is zo’n lange gespreksduur zeer belastend.

Er zouden duidelijke instructies gegeven moeten worden, om complex onderzoek te verdelen over meerdere sessie, waarbij medewerkers altijd aan een cliënt moeten vragen wat voor haar of hem haalbaar is qua (emotionele) belasting en concentratie.

**Kunnen er lacunes geconstateerd worden in de inrichting van het onderzoek en de taak van wijkzorg professionals hierin?**

Ja: specifieke deskundigheid van bepaalde ziektebeelden is soms onvoldoende aanwezig bij medewerkers van de diverse organisaties. Idealiter zouden zij dan de samenwerking moeten opzoeken met andere deskundigen, maar dat gebeurt niet altijd.

De nadruk op het gebruik van nieuwe instrumenten en systematiek (RIS, ZRM) draagt kennelijk niet of onvoldoende bij aan een werkelijk open blik en ruimte voor professioneel handelen. Soms is juist het tegendeel het geval: het verengt juist de blik van medewerkers en hun handelingsperspectief.

**Gezien de reikwijdte van het onderzoek en de (brede en deels nieuwe) competenties die dit vereist van professionals : zijn professionals voldoende breed toegerust om het onderzoek goed uit te voeren en adequate acties in te zetten, leidend tot een goede invulling van de ondersteuningsvraag?**

Hbo-opleidingsniveau is een belangrijk criterium, maar het biedt niet automatisch de garantie dat medewerkers voldoende parate kennis hebben van de grote diversiteit aan aandoeningen, doelgroepen en bijbehorende beperkingen, of van alle levensgebieden.

Ook het gebruik van een zelfredzaamheidsmatrix rust medewerkers niet automatisch toe voor hun brede rol bij het onderzoek. Zij moeten leefdomeinen inventariseren die soms buiten hun expertise liggen. Het inschakelen van expertise uit een andere organisatie gebeurt helaas niet altijd. Mogelijk komt dit deels door de grote druk van de herindicaties en onbekendheid met andere disciplines. Maar dat doet niets af aan de gevolgen voor individuele mensen, die geen idee hebben wat zij in zo’n situatie kunnen doen. Zij zijn afhankelijk van de inschatting die de medewerkers maken, en zij moeten ervan op aan kunnen dat deskundigheid gewaarborgd is.

**Deskundigheid**

Op het moment dat blijkt dat binnen een organisatie onvoldoende kennis aanwezig is over een bepaald ziektebeeld of bepaalde doelgroep, is het in het belang van een goed onderzoek dat de hulpvrager wordt doorgestuurd naar een te zake deskundige professional. Dit gebeurt echter niet altijd.

De training van professionals in de wijkzorg is erg toegespitst op het werken met de ZRM en ondersteuningsplan. De noodzakelijke versterking van inhoudelijke deskundigheid en het concreet benutten van samenwerking in een netwerkstructuur, blijft onderbelicht.

**Informatie over keuzevrijheid**

**Worden cliënten door professionals geïnformeerd dat zij zelf de keuze hebben tussen meerdere aanbieders?**

We hebben de indruk dat professionals nauwelijks of geen informatie aan cliënten geven over het bestaande aanbod van verschillende aanbieders. Het lijkt een automatisme dat medewerkers direct doorverwijzen naar het aanbod van de eigen organisatie. Dat is niet (altijd) in het belang van de cliënt.

Er zouden betere waarborgen moeten worden opgenomen dat cliënten actief worden geïnformeerd over hun keuzemogelijkheden, zodat zij werkelijk gebruik kunnen maken van de ruimte voor eigen regie.

**Informatie over cliëntondersteuning is onvoldoende**

Het beeld dat in de concept-evaluatie wordt geschetst over de actieve informatievoorziening aan cliënten over cliëntondersteuning, herkennen wij niet. In talrijke contacten met cliënten hebben wij gehoord dat zij niet actief zijn geïnformeerd over de mogelijkheid van cliëntondersteuning.

Als zij hier informatie over krijgen is dit pas tijdens het gesprek en niet voorafgaand aan het gesprek.

Wij pleiten er al lang voor, en doen dat nu nadrukkelijk opnieuw, dat de gemeente een helder en tastbaar ‘factsheet’ voor cliënten beschikbaar stelt, met namen en telefoonnummers van de organisaties waar zij terecht kunnen. Voor een dergelijke factsheet heeft Cliëntenbelang al input gegeven. De factsheet zou breed verspreid moeten worden, ook via uiteenlopende intermediaire organisaties, zodat het begrip cliëntondersteuning bij steeds meer mensen bekend wordt.

**Snel doorgeleiden van de vraag**.

In het eerste half jaar was er sprake van vertraging bij het goed doorgeleiden van aanvragen door organisaties van wijkzorg naar de MO-zaak. Hierdoor zijn er situaties geweest waarin cliënten te lang op ondersteuning hebben moeten wachten, in een aantal gevallen zelfs enkele maanden.

Vooral wanneer er sprake was van zorg uit diverse stelsels, zoals persoonlijke verzorging (ZVW) en ambulante ondersteuning ( Wmo) wisten professionals niet hoe zij een aanvraag moesten indienen en liep het proces ernstige vertraging op.

Kwalijk is dat cliënten tussentijds vaak niet geïnformeerd zijn over de reden van de vertraging.

**second opinion**

**Hoe vaak is een second opinion aangevraagd en uitgevoerd?**

Opvallend is dat wij nog niet hebben gehoord dat er cliënten zijn geweest die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid van een second opinion. Terwijl er wel situaties zijn waarin cliënten niet tevreden zijn over het plan en het niet eens zijn met de afspraken. Wat gebeurt er dan?

Worden cliënten wel op deze mogelijkheid gewezen?

De second opinion moet expliciet bij burgers onder de aandacht gebracht worden, anders kennen zij deze nieuwe optie niet en kunnen zij er geen gebruik van maken.

**Wijkzorg**

**Klanthouderschap**

Klanthouders geven niet altijd goede invulling aan hun rol als procesbewaker. Zij informeren cliënten soms niet over de voortgang van hun aanvraag . Cliënten hebben te maken gehad met vertraging zonder dat zij weten waarom, of wat de verwachting is.

Het is voor cliënten soms volstrekt onduidelijk wie waarvoor verantwoordelijk en aanspreekbaar is. Dit staat ver af van de beoogde “zorg dichtbij ”. Het maakt de zorg juist ongrijpbaar. Te meer daar professionals zelf soms ook niet goed op de hoogte blijken te zijn van hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden, en mensen met een onduidelijk antwoord wegsturen.

Systeemafspraken die op managementniveau gemaakt worden tussen aanbieders en de gemeente, (b)lijken onvoldoende bekend te zijn bij of herkend te worden door de medewerkers in de uitvoering.

**Onjuiste informatie over de mogelijkheden van een Pgb**

Organisaties in wijkzorg bleken vaak weinig kennis te hebben over de situatie van Pgb-houders en de route voor herindicatie. De afspraken hierover, die in de loop van het jaar zijn bijgesteld, hebben hier verbetering in gebracht.

Zowel organisaties in wijkzorg als de MO-zaak hebben aan meerdere aanvragers van hoog-intensieve dagbesteding gemeld dat hiervoor geen Pgb mogelijk is.

Er was in deze situaties geen sprake van dat uit een toets was gebleken dat de aanvrager niet bekwaam kon worden geacht om een Pgb te beheren.

Dit is in strijd met de Verordening en Nadere regels. Hoog-intensieve dagbesteding is een maatwerkvoorziening waarbij de aanvrager de keuze heeft uit ZIN of een Pgb.

**Dagbesteding**

Opvallend is dat sociale firma’s melden dat zij in 2015 nauwelijks nieuwe cliënten aangemeld hebben gekregen. Dat wijst er mogelijk op dat organisaties in wijkzorg, of de klanthouders van WPI, onvoldoende bekend zijn met het bestaan van sociale firma’s of dat er een andere belemmering is.

**(Herindicatie) ambulante ondersteuning**:

Het lijkt erop dat er tot nu toe niet meer dan 6 uur per week toegewezen wordt, terwijl sommige mensen veel meer uren nodig hebben (en hadden vanuit de oude CIZ indicatie). Wat is hier van de oorzaak?

**Afwijzing aanvraag maatwerkvoorziening: en dan?**

Als een cliënt een afwijzing heeft gekregen op een aanvraag voor een maatwerkvoorziening, zou de klanthouder begeleiding moeten bieden bij het vinden van passende ondersteuning in de vorm van een algemene voorziening. Dit verloopt niet altijd goed.

Na de afwijzing valt het proces stil.

Een goede invulling van deze ‘wegwijzer’-rol vinden we essentieel om te zorgen dat cliënten werkelijk de weg vinden naar een passende voorziening.

 Er zijn ons situaties bekend waarin de klanthouder geen verdere begeleiding heeft geboden aan een cliënt bij het vinden van een passende algemene voorziening.

Of, in een concreet voorbeeld: dat de MADI een cliënt, voor wie zij een maatwerkvoorziening hadden aangevraagd, na afwijzing vervolgens alleen ondersteuning door een vrijwilliger bood. Met als verklaring dat er te beperkte capaciteit van ambulante ondersteuners was. Er werd geen inventarisatie gedaan van de mogelijkheden voor ambulante ondersteuning door andere aanbieders in het gebied.

**Wachttijden voor een gesprek**

Nog heel recent (augustus 2015) hebben autistische cliënten te maken gehad met een wachttijd van 6 weken voor een gesprek. Er is gekozen om gesprekken met deze groep cliënten te laten uitvoeren door MEE. Deze organisatie voert een veelheid aan nieuwe taken uit, wat voor cliënten tot vertraging leidt.

**Onvoldoende maatwerk bij herindicatie dagbesteding**

Vanuit de AWBZ zijn er cliënten met ernstige psychische problematiek overgekomen, met een indicatie voor dagbesteding met een Pgb. Zij krijgen dagbesteding thuis, in een 1-op 1- setting, omdat zij psychisch te instabiel zijn om aan dagbesteding in een groep te kunnen deelnemen. Er is bij hen sprake van complexe chronische problematiek waardoor ook begeleiding nodig is bij zelfzorg en het onderhouden van (ADL) vaardigheden.

Deze cliënten hebben dagbesteding georganiseerd met een Pgb zodat zij in een beschutte, prikkelarme omgeving toch zinvolle bezigheden kunnen hebben en niet verder vereenzamen.

Bij de herindicatie van een aantal cliënten oordeelde de MO-zaak dat zij met het Pgb geen dagbesteding buiten een organisatie mogen bekostigen, maar dat dit in een organisatie moet gebeuren. Deze inperking is niet terug te vinden in de Nadere regels, sterker nog , in de NR staat expliciet vermeld:

“Gespecialiseerde dagbesteding met hoog intensieve ondersteuning is structureel van aard en

sluit aan bij de mogelijkheden en wensen van de Amsterdammer. (…)

De omgeving dient te zijn aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de Amsterdammer. Dit varieert van, onder passende condities, geïntegreerd in de maatschappij tot volledig beschut. “

**Beperkte productdefinitie**

Er is naar ons idee duidelijk sprake van strijdigheid tussen de handelswijze van het indicatie-orgaan en de Nadere regels. Bovendien, en misschien nog belangrijker, gaat deze handelswijze voorbij aan het noodzakelijke maatwerk, waarbij ondersteuning altijd moet worden afgestemd op de individuele mogelijkheden en beperkingen van een aanvrager. De situatie wordt kennelijk beoordeeld vanuit een bepaalde (beperkte) productdefinitie van dagbesteding. Er wordt niet of onvoldoende gekeken naar de individuele situatie en de ernst van de psychische beperkingen, die maken dat deze individuele vorm van dagbesteding het meest passend is.

Onze aanbeveling is dat het indicatie-orgaan handelt in overeenstemming met de richtlijnen voor individueel en passend maatwerk, zoals beschreven in de wet en in de Nadere regels.

Mogelijk is er sprake van een verkeerde interpretatie die kan worden bijgesteld.

**Aansluiting ondersteuning aan jongeren bij overgang van 18- naar 18+**

Is de aansluiting tussen Jeugdhulp en Wmo zo geregeld dat ondersteuning en zorg voor jongeren die 18 worden goed geregeld blijft? (PvA)

We hebben nog geen zicht op hoe deze overgang in de praktijk verloopt. Maar gezien de enorme uitdaging waar medewerkers in de wijkzorg en in de ouder-kindteams nu al voor staan, en gezien de vele verbeterpunten die er in de uitvoering zijn, vinden we dit een kwetsbaar punt.

We hebben signalen van ouders dat de informatie over de overgang van jeugdwet naar Wmo onduidelijk is en dat zij zich hier zorgen over maken.

Het lijkt ons zeer wenselijk dat de deskundigheid voor de doelgroep 18 jarigen, duidelijk en herkenbaar belegd wordt bij (een aantal) organisaties in wijkzorg . Bijvoorbeeld in koppels van medewerkers van wijkzorg en OKT.

We bevelen aan dat de huidige begeleider of hulpverlener van de jeugdige altijd actief betrokken wordt bij de overgang naar de Wmo (niet alleen op dossier-basis). Tevens is er goede overdracht nodig van kennis over de leef-context van 18-jarigen en de stabiliteit die zij nodig hebben om de overgang goed te maken: hun context van 18- naar 18+is tegelijkertijd die van de overgang van school naar stage, opleiding of dagbesteding, financiële veranderingen en mogelijke veranderingen in de woonsituatie.

**Invoering eigen bijdragen voor woon – en vervoersvoorzieningen**

**Heeft de invoering van de eigen bijdrage voor woon- en vervoersvoorzieningen geleid tot problemen / een achteruitgang in de mobiliteit en zelfredzaamheid van betrokken cliënten, dan wel tot financiële problemen? (Cl)**

Vanuit het beleid werd verondersteld dat mensen met een laag inkomen geen nadelige (financiële) effecten zouden ondervinden van de invoering van de EB op WV-voorzieningen.

Dit omdat ruim de helft van deze gebruikers al een eigen bijdrage betaalde (meestal voor hulp bij huishouden) en al de vastgestelde maximum bijdrage betaalt.

Er blijft echter een aanzienlijke groep die geen gebruik maakt van een andere voorziening (bijvoorbeeld omdat zij zelf al een andere oplossing voor hulp bij het huishouden hebben gevonden) en nu wel voor het eerst geconfronteerd worden met een eigen bijdrage.

De mensen die dit jaar hun scootmobiel hebben ingeleverd, zijn niet alleen degenen met een midden tot hoog inkomen, voor wie het zelf aanschaffen van een scootmobiel een optie is.

Ook mensen met een laag inkomen hebben hun scootmobiel (of traplift) ingeleverd.

En dit zijn niet alleen mensen die hun scootmobiel nauwelijks gebruikten.

Het inleveren van hun scootmobiel heeft voor hen nadelige gevolgen voor hun mobiliteit en zelfstandigheid : zij zijn nu aangewezen op anderen om boodschappen te kunnen doen, terwijl zij dat met hun scootmobiel zelfstandig konden doen. Zij missen daardoor hun dagelijkse bezigheid en dagelijkse contacten.

Het aanvullend OV is geen geschikt alternatief voor korte afstanden, zoals de winkel die 1 km verderop ligt.

We missen in de concept-evaluatie nog een terugkoppeling op de effecten op mobiliteit en sociale participatie, wat gezien de timing te begrijpen is. We pleiten ervoor dat deze effecten in het najaar onderzocht worden.

**Hardheidsclausule**

We zijn zeer benieuwd hoe de gemeente voor mensen voor wie de eigen bijdrage tot problemen leidt, de hardheidsclausule zal toepassen. Uit de concept/evaluatie kunnen we nog niet opmaken hoe dit proces verloopt, alleen dat er een draagkrachtberekening wordt uitgevoerd.

**Zeer hoge bijdrage voor mensen met ernstige beperkingen**

De kostprijs van hulpmiddelen die mensen met complexe beperkingen nodig hebben, zijn hoog. Voor mensen met een laag inkomen die meerdere hulpmiddelen nodig hebben om zich te kunnen bewegen, uit bed te komen, zich te wassen etc., wordt een stapeling van bijdragen voorkomen.

Maar mensen met een midden tot hoger inkomen die ernstige beperkingen hebben, betalen enorm hoge bedragen voor hun noodzakelijke hulpmiddelen. Dit leidt voor deze groep tot de wrange constatering: hoe gehandicapter je bent, hoe meer je ervoor moet betalen.

Dit is bijzonder wrang voor mensen die een ernstige progressieve aandoening hebben met een korte levensverwachting, zoals ALS. Het zelf aanschaffen van dure voorzieningen is voor hen allerminst een investering die zich wel terugbetaalt: zij hebben slechts enkele jaren te leven om van de dure hulpmiddelen of woningaanpassingen te genieten.

Vindt Amsterdam het werkelijk rechtvaardig dat zij de volledige kostprijs voor hun hulpmiddelen betalen?

* Als bijlage sturen we een gedetailleerde beschrijving mee van de kosten die een ALS-patiënte heeft, de optelsom van alle eigen bijdragen en niet-vergoede voorzieningen.

Amsterdam heeft een aantal goede maatregelen getroffen om mensen met lage inkomens en hoge zorgkosten te ontzien of compenseren. Toch roept het eigen bijdragenbeleid van dit gemeentebestuur fundamentele vragen op over de rechtvaardigheid van het beleid en de solidariteit tussen zieke en gezonde inwoners.

Een heroverweging van de uitgangspunten van het eigen bijdragen beleid lijkt ons zeer geëigend.

**Hulp bij huishouden – resultaat ‘schoon huis’ en afsprakenoverzicht**

Verschillende meldingen van cliënten over de herindicaties, laten zien dat de aanbieders vooral sturen op bezuinigingen i.p.v. dat zij het belang van de cliënt en diens behoefte objectief onderzoeken.

Burgers:

- melden dat zij al bij voorbaat te horen kregen dat zij het met minder (uren) moeten doen

- weten niet dat zij een (nieuw) indicatiegesprek krijgen

- weten niet dat zij een keukentafelgesprek hebben gehad

- weten niet van het afsprakenoverzicht en/of zijn het er niet mee eens hoe de aanbieder dit heeft ingevuld

- weten niet dat zij zich kunnen laten ondersteunen door een cliëntondersteuner

De rechtspositie van Amsterdamse burgers is onvoldoende geborgd wat betreft de beschikking Hbh, omdat het afsprakenoverzicht (gemaakt door de aanbieder) geen deel uitmaakt van de formele besluitvorming = de beschikking. Daar kunnen burgers niet tegen in bezwaar en beroep gaan .

**Ambulante ondersteuning**

* **Is er bij afwijzing van een maatwerkvoorziening gewezen op de mogelijkheid om ambulante ondersteuning als algemene voorziening te krijgen? (Cl)**

De doorverwijzing naar een algemene voorziening na afwijzing van een aanvraag voor maatwerk, verloopt soms niet goed.

De cliënt krijgt van de klanthouder in de wijkzorg weinig informatie over de mogelijkheden. Bijvoorbeeld: een maatschappelijke dienstverlener die klanthouder is van iemand die voorheen 2-4 uur individuele begeleiding per week kreeg, biedt nu alleen een vrijwilliger, zonder verdere inventarisatie van mogelijkheden.

Dit is geen passende oplossing voor de cliënt, die soms ongeplande ondersteuning nodig heeft om onvoorziene problemen op te lossen. Een vrijwilliger kan geen onplanbare ondersteuning bieden.

**Kortdurend verblijf**

Volgens de nadere regels wordt kortdurend verblijf uitsluitend ingezet ter ontlasting van de mantelzorger. Als voorwaarde geldt dat KV pas aangeboden wordt als de cliënt het maximale aantal dagdelen dagbesteding gebruikt, als voorliggende voorziening op KV.

In bepaalde situaties leidt deze voorwaarde tot problemen.

Bij een aantal cliënten met ernstige psychische aandoening en een grote psychosegevoeligheid, is dagbesteding geen passende voorziening omdat dit hun welzijn niet verbetert maar juist verslechtert. Zij zijn te ziek om in een groep te kunnen functioneren.

Dit zijn juist zorgvragers voor wie de mantelzorgers zeer intensief zorgen. Bij deze mantelzorgers is het risico op overbelasting groot en de noodzaak van ontlasting evenredig.

In deze situaties is kortdurend verblijf de enige mogelijkheid voor de mantelzorger om tijdelijk ontlast te worden.

In een concrete casus in augustus jl. gaf de MO-zaak aan dat zij wel de noodzaak van KV zagen, maar dit niet mogen indiceren vanwege het ontbreken van dagbesteding. Er wordt dus geen oplossing geboden voor de overbelasting van de mantelzorger, terwijl er evident een grote noodzaak tot respijt zorg is.

Ook hier geldt dat de criteria te rigide zijn en in specifieke situaties passend maatwerk onmogelijk maken.

We zijn van mening dat de voorwaarde van dagbesteding als voorliggend op KV niet kan worden toegepast in situaties zoals bovenstaande. Dit zou in de NR aangepast moeten worden en de MO-zaak zou hierover duidelijke instructies moeten krijgen.

**Mantelzorg**

De concept-evaluatie bevat over mantelzorg vooral een globale beschrijving van beleidsvoornemens en onderzoeken waarvan de uitkomsten nog niet bekend zijn.

De concrete terugkoppeling over knelpunten die mantelzorgers tot nu toe hebben ervaren in het

aanbod van ondersteuning, en in de nieuwe werkwijze, ontbreekt nog. Het belangrijke hoofdstuk over respijtzorg is nog niet beschreven.

We vinden het van belang dat in de Nadere regels concreet wordt vastgelegd dat Amsterdam ook voor mantelzorgers individueel maatwerk levert in de ondersteuning.

Met de strekking:

“Mantelzorgers krijgen de ondersteuning die zij – gelet op hun individuele situatie – nodig hebben om hun mantelzorgtaken te vervullen”.

**Inzet van informele zorg en versterken netwerk**

Voor een meer volledige evaluatie zouden we graag meer inzicht krijgen in de volgende vragen, die op dit moment nog niet beantwoord zijn:

* **Welke ondersteuning hebben professionals aan cliënten geboden om hun netwerk te versterken, met het doel de inzet van informele zorg te vergroten? (Cl)**
* **Tot welk concrete resultaten heeft dit geleid in concrete situaties? (Cl)**
* **Welke knelpunten ondervinden cliënten bij het vragen van hulp uit hun netwerk en hoe blijkt dit? (Cl)**
* **Welke begeleiding bieden professionals bij het vergroten van de zelfredzaamheid? (Cl)**

**Beschermd wonen en MO**

Het aantal opvangplekken beschermd wonen is zeer onvoldoende. De wachttijd is meer dan een jaar (wellicht varieert dit per cluster, waarvoor mensen aangemeld worden). Dat is in sommige situaties onacceptabel lang.

De ondersteuning, die wordt geboden (overbruggingszorg) is zeer minimaal (1 – 4u per week). Er is veel te weinig ambulante ondersteuning (ingekocht).

**Pgb**

Voor de uitvoering van de Pgb-regeling in de praktijk, heeft een aparte evaluatie plaatsgevonden met de projectleider Pgb , Cliëntenbelang en Per Saldo.

We gaan er van uit dat onze inbreng die we in dat gremium hebben gegeven, samenkomt op de juiste plaats.

Fatima Ouariachi

16 september 2015