

Marktconsultatie Wmo Huishoudelijke Ondersteuning

Gemeenten Molenlanden en Gorinchem

Notulen definitief

Molenlanden 



1. Kan de markt volledig of gedeeltelijk invulling geven aan de hierboven doelen en subdoelen? Kunt u dit motiveren?

- Ja, wij zijn hier als organisatie ook druk mee. Wij hebben een visual gemaakt binnen de organisatie. Er worden sinds 1 a 2 maanden pilots gedraaid. Hier zijn nog geen resultaten van. Onze medewerkers noemen we bewust thuisondersteuners. De taakomschrijving is veel meer dan alleen maar schoonmaken. Zij zijn de ogen en oren van de wijk. Zij hebben ook een signalerende functie en kunnen zien wat er speelt. Hierdoor zorg je dat de functie aantrekkelijker wordt en daardoor kan je de meer specialistische taken ook meer bij de specialist neerleggen. Wij zoeken de afstemming intern, maar ook extern.

Wij herkennen ons in de doelen die jullie hebben opgeschreven. We hebben die visual laten zien omdat daar heel mooi in naar voren komt dat er veel raakvlakken zijn. Stukje innovatie, de lagere kosten, de samenwerking en partnership dat komt heel mooi naar voren. Verder hebben we al veel ervaring met het werken uit partnership met een aantal gemeenten. Dus ik denk dat we in de praktijk veel ervaring hebben met de subdoelen zoals jullie die benoemen. Vooral met het stukje innovatie zijn wij als organisatie bezig. Wij denken dat je de maatschappelijke verantwoordelijkheid samen moet doen, met andere aanbieders maar ook met de gemeenten. De samenwerking wordt op elk niveau ingevuld. Op beleidsniveau, maar ook op operationeel niveau.

De innovatie zit hem o.a. in een andere manier van werken, maar ook in technische hulpmiddelen. Op basis van fysio- en ergotherapeutische wijze achterhalen wat iemand nodig heeft om iets wel weer te kunnen. Denk hierbij aan bv. een cliënt die de was zelf nog zou kunnen doen, alleen hiervoor dient een speciaal stoeltje aangeschaft te worden. Hierdoor zorg je dat iemand taken nog zelfstandig uit kan voeren (en dus zelfredzaamheid vergroot). De ergotherapeut/fysiotherapeut is dan in dienst van de gemeente.

- De verdieping zou heel fijn zijn en kan heel waardevol zijn. De Huishoudelijke medewerker is een aantal uur bij een cliënt en ziet daardoor heel veel. Zij kunnen dan ook snel ingrijpen/professionele hulp inschakelen als dat nodig is. Wij kunnen dit intern wegzetten gezien onze HO cliënten vaak ook onze thuiszorgcliënten zijn. Hierin kan wel meer geïnvesteerd worden naar ons idee. De huishoudelijk medewerker kan wat ons betreft een grotere rol hebben dan geschetst wordt. Momenteel is het zo dat als er een cliënt via jullie binnen komt, wordt er een indicatie gesteld en daarna wordt er niks meer mee gedaan vanuit jullie kant. Hier zou een evaluatiegesprek o.i.d. wel voor verbetering kunnen zorgen. We zoeken ook wel de verbinding met Yulius, Mee of andere instanties. Dit gaat vaak wel via de wijkverpleging die contact opnemen met de huisartsen.
- Kwaliteit staat met stip op nummer 1. Daar werken we graag aan mee. Er moet bij aanbieders en gemeenten wel dezelfde duidelijke doelstellingen zijn. De doelstelling van transformatie is mij niet helemaal duidelijk. Enerzijds wil je kwalitatief goede zorg. Aan de andere kant wil je een goed product tegen de laagste prijs. Dat is vanuit de aanbiederskant lastig. Als je de kosten beheersbaar wilt houden zal je moeten denken aan: Hoe ga ik de instroom beperken of bepaalde diensten uit de WMO halen en naar het voorliggend veld brengen. Als de samenwerking met de

fysiotherapeut gezocht wordt, kan gekeken worden (bij de intake bijna al) of er HO taken zijn die de cliënt zelf kan oppakken in het kader van lichamelijk herstel/ter voorkoming van achteruitgang.

Soms kan het meer betekenen door te zeggen, we zoeken het op een ander vlak in plaats van dat we het overnemen d.m.v. HO. De insteek wordt dan 'hoe kunnen ouderen/cliënten zo veel mogelijk en zo lang mogelijk alles zelf (onder begeleiding) doen in plaats van het direct over te nemen omdat het op dat moment even niet gaat'.

- Wij zijn ontwikkelgericht en de doelen en subdoelen zoals geformuleerd, kan de markt aan voldoen.

De ambities die jullie hebben zijn realistisch. Hier leiden wij onze medewerkers ook voor op. Wij zijn blij om te horen dat jullie ook gesprekken willen voeren over meer dan alleen tarieven. Wij willen ook kwaliteit leveren en we denken dat we daar nog heel veel meer kunnen bieden door bijvoorbeeld de koppeling te maken met het voorliggend veld. Denk hierbij aan de welzorgorganisaties e.d. Wij zijn er van overtuigd dat onze medewerkers (die als eerste het contact met de cliënt hebben) ook een signalerende functie hebben en dat kan nog verder worden uitgebouwd. Zo hopen we ook te voorkomen dat cliënten in de WMO terecht komen en geen gebruik hoeven te maken van de maatwerkvoorziening. Verder kijken we ook als iemand toch in de WMO terecht komt hoe we diegene dan zo lang mogelijk zo zelfstandig mogelijk thuis kunnen houden door bijvoorbeeld taken weer aan te leren (zelf gaan koken).

We denken dat daar nog veel te halen valt. Verder denken wij ook dat H.O. duurdere en zwaardere zorg kan voorkomen (voorkomen dat sociaal vraagstuk een zorgvraag gaat worden). Dat is wel een lastiger onderdeel omdat je dan gaat werken met verschillende schotten van de financieringsstromen.

Op dit moment zijn dit nog ambities, we draaien wel (bijna) een aantal pilots. Onder andere sensoring (deur die open gaat krijgt mantelzorger melding van) en zelfredzaamheid. Dit is allemaal nog wel in de opstart fase. We doen dit samen met de gemeenten. Afhankelijk van het project wordt dit gefinancierd vanuit subsidies vanuit het rijk of wordt gebruik gemaakt van een gemeentelijk potje (dit moet nog vastgesteld worden). Wij denken mee vanuit het bestaande tarief, maar sommige pilots draaien op een aparte financieringsstroom. We verwachten wel dat er een budgetbesparing gaat komen op termijn als mensen langer zelfstandig thuis (met HO begeleiding en koppeling met evt fysio/ergo e.d) kunnen blijven wonen.

Wordt er ook verbinding gezocht met lokale partijen (zoals welzijnsstichting, maatschappelijke organisaties e.d.)

Wij werken gericht. De zorgcoördinatoren zitten ook op locatie en zitten met heel veel partijen om tafel. We weten wie er bij cliënten over de vloer komen, bijvoorbeeld de wijkzorg, wie het contactpersoon is e.d.

- Ja. Wij vinden de gemeente bepalend in hun besluit en wij volgen dat. **Wij vinden als gemeente die doelen belangrijk. Als we kijken naar hoe het momenteel gaat, zijn we vooral bezig geweest met het schoonmaken en een beetje vroeg signalering, maar wij willen als gemeenten dat ook HO bij kan dragen aan andere ontwikkelingen in de stad (bijvoorbeeld; eenzaamheid, dementie, samenwerking met andere zorgpartijen). Is dat haalbaar? Of is dat niet uitvoerbaar?**

Dat is realistisch. Zo werken wij al. Onze functie HO betekent gehoor geven aan de opdracht van de gemeente (schoonmaken) maar daarnaast bevat de functie ook een groot sociaal maatschappelijk stuk. Onze medewerkers moeten die rol ook invullen (signaleren, training op gebied van dementie) en schakelen kort met onze wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige wordt geregeld ingeschakeld en komt 1 keer per week op kantoor. Van daaruit komen vaak wel 2-4 HO cliënten ter bespreking door signalering van de HO medewerker en gaat de wijkverpleegkundige dan langs. Binnen onze organisatie is dat al een manier van werken. Wij kunnen daar dus invulling aan geven en in een nieuwe aanbesteding kunnen wij hier onze rol in pakken. De samenwerking zoeken we ook met andere instanties, zoals welzijnsvoorzieningen e.d.. Wij hebben een sociale kaart waar we mee werken. Wij zitten nog niet 1x per maand met een organisatie o.i.d. om tafel. Onze wijkverpleegkundige die ingeschakeld is bij een client zoekt ook mee buiten onze organisatie waar de juiste hulp gezocht kan worden (dagbesteding, huisarts, stichtingen).

Mis je hierin nog iets bij de gemeenten?

Wij missen nu vrijwel niks. Onze lijnen zijn momenteel kort met organisaties. Vaak is dit een kwestie van 1 telefoontje.

- In theorie kan dat zeker wel. Wordt momenteel nu ook al veel aan voldaan. Kosten is lastig, wij zijn gebonden aan CAO's. We zien ook een abonnementstarief wat de instroom heel ruim maakt met name bij huishoudelijke zorg, waar wij onze twijfels hebben of het reëel is dat al die mensen instromen die het mogelijk óf met een eigen bijdrage óf een eigen manier kunnen regelen. Kosten blijft een spanningsveld. Maar alle andere punten zijn denk ik wel punten waar wij al met zijn allen naar aan het zoeken zijn. Dat zou normaal gesproken bij een nieuw contract gewoon door moeten blijven lopen.

2. De gemeenten overwegen binnen de opdracht te willen werken met afzonderlijke percelen voor de gemeenten Gorinchem en Molenlanden? Is dit passend, wenselijk, werkbaar? Kunt u dit motiveren?

- Hiermee geef je aanbieders de mogelijkheid om voor 1 perceel in te schrijven. Je loopt dan de kans dat er inschrijvingen komen voor Gorinchem en niet/minder voor Molenlanden omdat dat bijvoorbeeld niet helemaal in de regio past. Verder moeten de overlegvormen en het beleid voor beide gemeenten wel gelijk zijn. We zouden niet aanraden om Molenlanden ook nog op te splitsen in bijvoorbeeld dorpskernen. Dan is de versplintering te groot. Het is wel aan te raden om alle afspraken en communicatie voor beide gemeenten gelijk te houden.
- Zoals het nu door ons georganiseerd is, is het ook al min of meer gesplitst alleen de voorwaarden zijn wel gelijk. Het zou voor ons wel een pré zijn als de methodiek nu weer hetzelfde wordt voor beide gemeenten en dat dit dus bij elkaar aansluit. Wij hebben hierin zelf verschillende teams ontwikkeld en dat wordt geclusterd rond de woon/werkplaats van de medewerker en de cliënt. Zo hebben we minder reisbewegingen en reistijden.
- Splitsen is prima. De keuze is aan jullie. Het is alleen lastiger voor Molenlanden, gezien daar de afstanden en dus de reistijden/transfers groter zijn. Wij gaan er in

mee. Toch merkten we in vorige overeenkomsten dat er toch inhoudelijke verschillen ten opzichte van de gemeenten waren. Gorinchem is echt essentieel anders dan Molenlanden. De kostprijs werd toen gemiddeld over de 3 gemeenten, maar Gorinchem is voor aanbieders goedkoper dan Molenlanden (i.v.m. o.a. reistijden). Als je kiest voor 6 aanbieders maximaal, dan lukt het wel om de gaten te vullen in Molenlanden. Maar als een grote zittende partij niet bij de gegunde/inschrijvingen zitten, heeft Molenlanden een probleem. Met meerdere partijen kan je dat ondervangen door andere aanbieders. Als de club aanbieders nog kleiner wordt, wordt dat alleen maar lastiger.

- 2 percelen lijkt voor ons prima. Dan kunnen aanbieders ook kiezen voor stedelijk/landelijk. Wellicht zou je ook, als je bang bent voor onvoldoende aanbieders in Molenlanden, kunnen kiezen voor meer inschrijvingen voor Molenlanden ten opzichte van Gorinchem.
- Wij kunnen ons vinden in 2 percelen. Wij zien geen meerwaarde in een andere mogelijkheid.

Zie je nog voordelen/nadelen?

Nee, wij werken met zoveel verschillende gemeenten op verschillende manieren, dat we daar goed mee over weg kunnen. Er zijn ook weinig verschillen bij tarieven. Wij werken in een groot gebied +/- 40/50 km rondom Gorinchem en daar proberen we heel secuur mee te plannen. In principe werken de medewerkers in hun eigen dorp/gemeente. Wij werken dus heel lokaal. Als er een spoedaanvraag is kijken we welke medewerker in de gelegenheid is om direct te schakelen en de zorg op te zetten. Naar verloop van tijd wordt dit dan opgepakt door een medewerker die dichterbij in de buurt woont.

- Voor ons maakt het niet uit. Maar je loopt wel kans dat er bij Molenlanden niet wordt ingeschreven. Wij schuiven zelf intern tussen de percelen, ook omdat we al zittende partij zijn. Ons personeel woont lokaal en hoeft niet ver te reizen.

3. De gemeente Molenlanden overweegt HO, maaltijdverzorging en kindzorg apart in te kopen? Is dat verstandig en welke kansen en risico's levert dat op?

- Wij bieden dit in sommige gemeenten apart aan omdat het onderdeel is van het contract. Ik kan me wel voorstellen dat het fijn is om dit bij specialisten te beleggen. Zo zorg je dat je geen aanbieders uitsluit die die maaltijden/kindzorg niet kunnen bieden. Maar als jullie het vragen, kunnen wij het bieden. Wij hebben begeleiders bij ons in dienst die dit kunnen. Maar omdat het om een nieuw gebied gaat moet er een nieuw team opgestart worden of de samenwerking met andere leveranciers opzoeken.

Maaltijdzorg in Molenlanden (door o.a. afstand) vergt veel van de organisatie. Ja, daarom kan het verstandig zijn om dat apart in te kopen.

- Als het zo zou blijven als het nu is, zie ik niet echt risico's. Kindzorg komt wel minder voor. Maaltijdvoorziening doen we eigenlijk al. Voor maaltijdverzorging hanteren we eigenlijk wel een straal van 25km. Daarbuiten vragen we een andere partij om dit op te pakken. Als het een groeimodel is, zou dit wel kunnen. Maar voor een incidenteel geval wordt dit erg duur. Als Molenlanden de regio's eventueel nog als aparte percelen aanbesteedt, dan kunnen we wel inschrijven bij percelen binnen onze 25km. Zeker omdat Molenlanden een uitgestrekt gebied is. Wij zouden dit niet als breekpunt willen zien.

Maakt percelen het makkelijker of ingewikkelder? Moet je dit wel samen doen?

Vanuit aanbieders kant zijn dit 2 verschillende projecten. Het belang van de één is niet het belang van de andere gemeenten. Als je aparte percelen maakt, gaat er wel een andere kostprijs gelden per perceel als je de percelen op gemeenten doet. Ik zie geen toegevoegde waarde aan de samenvoeging. Destijds was het hoe groter het volume, hoe beter de prijs was. Dat was echt een andere tijd en geldt nu niet meer.

Voorzie jij leveringsproblemen bij gemeente Molenlanden?

Het tarief moet opwegen tegen de kosten en het regelwerk.

Als je gaat beperken in het aantal aanbieders (dat zou betekenen dat je per aanbieder een groter volume krijgen) en er trekken aanbieders terug/schrijven niet in, dan heb je geen uitwijkmogelijkheden meer.

Met een gezond tarief en voldoende aanbieders hoef je er niet over in te zitten, maar je moet je wel bedenken dat als je kiest voor 6 aanbieders, maar er gaat iemand niet inschrijven (bv een grote zittende partij) heb je wel een probleem. Als grote partijen uit de boot vallen, heb je een uitdaging in de markt.

- Het zijn beide wat lastige producten om daar de juiste medewerkers voor te vinden, ook omdat het niet zo heel vaak voorkomt. Als je er aparte percelen van maakt, loop je het risico dat er niet op ingeschreven wordt, dus dan zou ik zeggen; maak het wel onderdeel van de overeenkomst.
- Wij vinden het niet noodzakelijk om het er uit te halen. Wij proberen maaltijdverzorging altijd aan te bieden en 9 van de 10 keer kunnen we dit goed invullen. Samen met mantelzorgers en familie kom je vaak een heel eind. Kindzorg hebben we ooit ingevuld en kunnen we dus leveren. Momenteel zien we dit wel minder. Kindzorg vinden wij ook bij de HO horen.
- In de praktijk gebeurt dat nu eigenlijk ook al door de bouwstenen. Wij doen in verhouding redelijk veel kindzorg. Maaltijdvoorziening alleen is wel gebaat bij 1 of 2 aanbieders. Ook omdat dit gaat om kwartiertjes werk. Dat is planning technisch lastiger. Ook omdat maaltijdvoorziening om 7 dagen in de week gaat en HO wordt vaak door de weeks gedaan (werkende moeders die binnen schooltijden werken). Maaltijdvoorziening is wel makkelijk te koppelen bij V&V. dat doen meerdere gemeenten. Wij zouden hier apart personeel voor moeten aannemen zodat je dat kan clusteren.

4. Er zijn meerdere opties om tot de tariefstelling te komen, zoals een gemaximeerd tarief, een uniform uurtarief, binnen een bandbreedte of met een maximum (gebaseerd op de AMvB reële marktprijs)? Wat heeft uw voorkeur en waarom?

- Onze voorkeur gaat uit naar een uniform uurtarief. Dat is transparant en voor alle aanbieders gelijk. Wij zouden met alle tarieven kunnen werken, maar onze voorkeur is wel uniform.

Hoe zit dat bij andere gemeenten? Aan de hand van rekentool. Voor een aanbesteding volgt een marktconsultatie op basis van het tarief. Daarin wordt een vergelijking gemaakt met wat je in de markt ziet. **Je hebt 1 tarief, met verschillende loonschalen. Wat wij horen uit de markt: hulpen worden ouder en gaan hoger in schaal. Hoe zit dat bij jullie?**

Wij zijn vrij verspreid. In sommige gemeenten zit iedereen in trede 5 en sommige gemeenten in trede 2. Maar gemiddeld zitten we heel breed.

- Onze voorkeur heeft 1 tarief. Dan heb je geen concurrentiebeding.
- Ja, maaltijdverzorging is altijd beter in combinatie met V&V. Kindzorg laten wij ook graag aan de specialist over. We zouden het wel kunnen leveren omdat het makkelijker in te passen is dan de maaltijdvoorziening. Dit heeft te maken met het aantal uur dat je kan maken op een dag waar je maar 1 keer voor heen en weer hoeft te rijden. Aandachtspunt bij kindzorg blijft ook: waar begint kindzorg en waar houdt het op. Kindzorg valt binnen WMO HO, maar wij kunnen niet van onze huishoudelijke hulpen vragen om voor kinderen te gaan zorgen. Ze mogen het niet doen. Medewerkers zijn hier niet voor verzekerd. De grens wordt steeds onduidelijker (flesje maken of boterham smeren kan wel, maar aankleden/verzorgen en vervoeren kan niet). Dit soort zorg zou je kunnen passen onder jeugdzorg.
Dus ja, ik raad aan apart in de markt zetten. Maaltijdverzorging bij V&V en kindzorg is inhoudelijk zo'n andere dienst dat je die eigenlijk apart in de markt zou moeten zetten.
- Onze voorkeur heeft kostprijsonderzoek onder de huidige aanbieders zodat daar een reëel tarief tot stand komt. Als je gaat werken met verschillende tarieven heeft het onze voorkeur dat je per aanbieder het gesprek aan gaat en daar een kostprijs op baseert in de rekentool. De bandbreedte met punten is voor een zittende leverancier vaak niet haalbaar. Zittende leveranciers hebben te maken met een hogere kostprijs en kunnen dan vaak niet op een lagere prijs inschrijven. Nieuwe aanbieders kunnen eerder op een lagere prijs inschrijven, aangezien zij nog geen medewerkers in dienst hebben. Aangezien nieuwe medewerkers instromen op HV 0. Echter bij overname van medewerkers dienen dezelfde contractvoorwaarden gehanteerd te worden (dit betekent vaak een hogere inschaling dan HV0). Dit is het geval als maar een beperkt aantal aanbieders gegund worden.
- Wij vinden een uniform uurtarief het meeste passen. In het verleden is er wel wat verschil geweest in tariefstelling. Maar gezien we allemaal hetzelfde werk doen vinden we dat we ook allemaal hetzelfde moeten verdienen.
- Ik ben voorstander van uniform tarief, omdat ik vind dat iedereen die hetzelfde werk doet daar hetzelfde voor moet krijgen. Je maakt als het goed is ook dezelfde kosten. Het is ook praktischer voor de gemeenten om met 1 tarief te werken. We streven naar een gemixt personeelsbestand met langdurige banen. Waardoor je inderdaad soms niet goed uit komt, andere momenten juist beter, maar dat komt in het gemiddelde wel terug. Wij zijn bereid mee te werken om de nieuwe rekentool van ons toe te sturen.

5. a. De gemeenten streven naar meer partnerschap met aanbieders om de transformatiedoelen beter te kunnen realiseren. Heeft dit streven gevolgen voor het aantal te contracteren aanbieders? Kunt u dit motiveren?

- Ja, Met minder aanbieders heb je meer slagkracht waardoor het partnerschap makkelijker aangegaan zou kunnen worden. Maar we zagen ook dat jullie keuzevrijheid belangrijk vinden. Als je investeert in partnerschap kan het betekenen dat dit minder aanbieders oplevert en dan dus ook minder keuzevrijheid voor de cliënt. Verder merken we ook wel dat de visies van de aanbieders en gemeenten een beetje op elkaar moeten aansluiten. Anders kom je ook niet tot een gesprek over de

transformatiedoelen. En dan maakt het eigenlijk niet uit hoe groot de groep aanbieders is.

- Minder partijen praat makkelijker en is wenselijker. Meer partijen geeft meer gedoe, met meer meningen e.d.. Voor de klant wil je een goed resultaat neerzetten. Met minder partijen kan je misschien sneller en makkelijker doorpakken. Dat betekent dan misschien ook wel dat je werkgebied/takenpakket groter wordt per aanbieder.
- Dit is net hoe je het insteekt. Ik denk dat je met iedereen die dat wil, partnership aan kan gaan, mits dit van 2 kanten komt (gemeenten en aanbieders). Hierin kun je ook keuzes maken. Een aanbieder met 10 cliënten kan je minder tijd in investeren als in de partij die de grootste aanbieder is. Dit is net hoe je het insteekt en wat je verwacht. Wij willen graag meedenken en gaan voor meer partnership. Maar het moet dan wel van 2 kanten komen. We hebben behoefte aan concrete doelstellingen. Maar ik denk niet dat het aantal aanbieders de reden is dat we tot nu toe niet dit gesprek gevoerd hebben.
- Mooi streven, partnerschap. Wij doen dit graag gezamenlijk. Wij denken wel dat minder partijen makkelijker transformatiedoelen gerealiseerd krijgt. Je kan meer investeren in partnerschap met minder partijen. Nadelen die wij zien; Als er aan een beperkt aantal aanbieders wordt gegund, denken wij wel dat het belangrijk is om te kijken naar de capaciteit bij de aanbieders. Kunnen zij het hele gebied goed bedienen. Stel dat er 4 kleine aanbieders worden gegund, dan moeten zijn gezamenlijk wel groot genoeg zijn voor het hele gebied. Het is belangrijk dat zij kunnen opschalen.
- Ik denk dat het wijs is om met minder partijen samen te werken omdat ik denk dat er een aantal partijen zijn die zich de afgelopen jaren hebben bewezen en staan voor goede zorg. Bij onze nieuwe cliënten zien we wel vaak terug dat ze meer vertrouwen hebben in de grotere langer zittende leveranciers. Wij hebben een goede tender om in te schrijven op een Europese aanbesteding. Met minder aanbieders werken, denk ik dat je ook dat zorgcowboys buiten de deur houdt.
- De overleggen deden we met een beperkte groep aanbieders. Vaak 6 partijen. Ik weet niet of het perse slechter zou zijn als je met 15 aanbieders zit. Maar daar moeten wel goede afspraken over gemaakt worden. Je houdt altijd wel dat er een select groepje actief mee doet die een aantal dingen oplegt aan de bijvoorbeeld kleinere partijen. Ik zou dan het gesprek aan gaan met de grotere partijen. Af en toe afzonderlijk het gesprek werkt ook denken wij, dus niet alleen gemeenschappelijke overleggen maar ook individueel.
Het pleit ook om af en toe afzonderlijk met de partij een gesprek aan te gaan en niet alleen maar met de hele groep aanbieders.
Als er andere overlegstructuren zijn, nemen wij (onze teamleiders o.i.d.) daar graag aan deel. Denk daarbij aan beleidsgesprekken en gesprekken met onder andere welzijnsstichtingen. Verder bieden wij ook wel voor onze medewerkers cursussen over bijvoorbeeld 'omgaan met dementie'. Dus wij scholen daarin wel, maar we zitten nog niet daarvoor bij jullie aan tafel. We nemen daar wel graag deel aan.

b. De gemeenten (in ieder geval de gemeente Gorinchem) overweegt een beperkt aantal aanbieders te contracteren. Dit zou kunnen betekenen dat u bijvoorbeeld in korte tijd

medewerkers moet werven/ overnemen van andere partijen of juist afscheid moet nemen van medewerkers. Welke mogelijkheden/ beperkingen brengt dit met zich mee?

- Wij zijn een nieuwe partij. Soms starten we in gemeenten waar we zelf onze organisatie op de kaart moeten zetten en groeien we langzaam in door te beginnen met 1 of een aantal cliënten. Soms hebben we een overname waardoor we in één keer op de kaart staan.
Wij hebben regelmatig medewerkers overgenomen. Het is dan belangrijk om vertrouwen van medewerkers te winnen. Hiervoor gaan we met iedereen individueel het gesprek aan. Omdat we het belangrijk vinden dat medewerkers op hun plek zitten. Klant- en medewerkersrelatie houden we graag in stand (tenzij niet wenselijk). Hierdoor merk je dat het vertrouwen terug komt. Wij verwachten dat 3 maanden overname tijd een reële inschatting is, mits de afstemming onderling goed is. We proberen dan zo veel mogelijk de medewerkers per 1 datum over te laten gaan.
- Toen Rivas afstand deed van dit product hebben we samen met andere organisaties overgenomen. Qua tijdsplanning moet je denken aan 2 maanden/8 weken. Gemeente moet dan ook wel een vraagbaak worden.
- Hier moet je wel goed over nadenken als je kiest voor minder partijen. Dat is en blijft gedoe. Als je cliënten overneemt wil je daar ook de mankracht voor hebben. Zeker gezien de medewerkers niet voor het oprapen liggen. Cliënten en medewerkers hebben hier echter ook nog een keuze in. Dit is in het verleden niet altijd goed gegaan. Als jullie naar minder aanbieders gaan, moet er echt wel rekening gehouden worden met 3 maanden om de nieuwe aanbieder dit goed te laten regelen met/voor de cliënt, medewerker en gemeenten. Je bent niet verplicht om medewerkers over te nemen. Je bent wel verplicht, om de medewerkers op dezelfde voorwaarden over te nemen. Mijn advies zou dus zijn om in de aanbestedingsstukken aan te geven dat de gemeente verwacht dat medewerkers overgenomen worden.
- Wij hebben veel ervaring opgedaan met overnames, ook met medewerkers. We koppelen wel altijd cliënt aan bekende medewerker(als dat wenselijk is). Als er 100/200 mensen over gaan denken we dat dat minstens 3 maanden in beslag neemt. Het is een zorgvuldig proces.
- Wij hebben geen plan voor eventuele overdracht van ons personeel klaarliggen. Wij hebben geen probleem met overnemen van ander personeel. Als er klanten en medewerkers over moeten naar onze organisatie denken wij dat het ongeveer een maand (2 tot 4 weken) zal duren.
Wij hebben momenteel ook steeds meer vaste mensen (+/- de helft van ons personeel) in dienst (ook in het kader van de WAB).
- Onze ervaring is om met 1 of 2 organisaties te gaan schakelen. We zijn recent gestopt in een andere gemeente. Dan proberen we de medewerker met zijn/haar cliënten tegelijkertijd over te zetten naar een nieuwe organisatie. Het werk, de overzetting, op zich kan redelijk snel geregeld worden als de klanten met hun vaste medewerker over kunnen. Dat kan wel in 2 a 3 maanden geregeld zijn. Als een klant niet met medewerker mee gaat wordt het wel iets lastiger. Je moet er wel voor open staan met elkaar en de vaart er in houden. Het helemaal opengooien 'ik heb zoveel medewerkers wie wil?' werkt lastiger dan een groep medewerkers met hun vaste

klanten in een keer over. Dan gaat er eigenlijk een soort kant-en-klare planning over naar de nieuwe aanbieder. Het probleem gaat zitten in de zieke medewerkers.

6. De laatste jaren stonden gesprekken met zorgaanbieders vaker in het teken van de financiële kaders dan van de inhoud, visie en doelen. De gemeente wil daarin verder ontwikkelen om samen met de zorgaanbieders de transformatiedoelen te realiseren. Welke beeld heeft u hierbij? Hoe denkt u dat partnerschap te kunnen invullen? Wat is realistisch?

- Ik denk dat het belangrijk is om samen te komen en elkaar te leren kennen. Dat is drempelverlagend. Zo kan je elkaar meenemen in ontwikkelingen, maar ook op beleidsniveau. Aanbieders en gemeenten moeten echt samenwerken. Dit moet ook 2 kanten opwerken. Het werkt fijn als je elkaar feedback kan geven en als iedereen gehoord wordt. Hierdoor voelen aanbieders zich betrokken. Als gemeenten ons meenemen in hun visie en aan ons vragen wat de verwachte knelpunten kunnen zijn, gaan aanbieders ook actief meedenken. Wij denken wel dat dit essentieel is voor een goede samenwerking.
- Wij zijn het eens met wat jullie hierover opgeschreven hebben.
- Zoals bij vraag 5 aangegeven denk ik niet dat het niet komt door het aantal aanbieders dat de gesprekken alleen maar over de financiën ging. Dit heeft ook te maken met de veranderingen binnen de WMO afgelopen tijd. Het gesprek ging altijd over geld, omdat we geacteerd hebben op het moment. Dat mensen minder input leveren zal je altijd houden. Ook als je specifiek gaat uitvragen. Iedere aanbieder zal op papier aangeven daar aan te voldoen.
- Wij denken dat de wijkverpleegkundige hier een belangrijke schakel in zou kunnen zijn. Als alle wijkverpleegkundige van de aangesloten organisaties met elkaar om tafel zitten, kunnen ze samen brainstormen en meer samenwerken. We merken alleen dat niet alle partijen daar evenveel waarde aan hechten. Dat samenwerkingsverband is dus nog niet echt van de grond gekomen afgelopen jaren. Het zou mooi zijn als er onder de aanbieders een soort 'Sociaal Team' ontstaat waar het 'sociale team' van de gemeenten gesprekken mee zou kunnen voeren.

7. In vervolg op vraag 6 zijn de gemeenten van plan om een periodieke overlegstructuur met de aanbieders in te richten. Tijdens dit overleg wordt de kwaliteit van de dienstverlening besproken aan de hand van de volgende items:

- De realisatie op nader vast te stellen KPI's;
- De tevredenheid van opdrachtgever over de samenwerking en de bijdrage aan de transformatiedoelen;
- De tevredenheid van cliënten over de geleverde dienstverlening;
- De opvolging van gemaakte afspraken/acties;
- De op te leveren rapportages;

Hoe staat u tegenover deze opzet? Zijn er onderwerpen die u ook graag zou willen bespreken tijdens deze overleggen?

- Wat wij zelf een mooie toevoeging zouden vinden is hoe de tevredenheid vanuit aanbiederskant richting de gemeenten is, zodat je dat ook terug kan geven. Wij denken dat dat de samenwerking bevordert. Wij zien ook vaak 'stimuleren van zelfredzaamheid' terug en innovaties & ontwikkelingen. Wij gaan graag dat gesprek aan over innovaties en ontwikkelingen en ook juist over de praktijk. Bij een aantal gemeenten wordt ook een lijn gelegd tussen de consultants en onze coördinatoren. Daar wordt ook gesproken over de praktische uitvoering van het contract en dat zou ook met een contractgesprek meegenomen kunnen worden. Daardoor kan je ook organisatie breed/gemeente breed gaan kijken of alles goed loopt of beter/anders moet. Wij zijn harde KPI's wel gewend met verbeterplannen. Een bonus malus structuur zijn we niet zo gewend. We zijn momenteel wel bezig met een aanbesteding waar dat in voor komt. Als we die opdracht gegund krijgen, gaan we daar natuurlijk wel intensief mee aan de slag.
- Wij kunnen hier wel blij van worden. Die professionaliseringsslag wordt gemaakt. Wij kunnen dat alleen maar toejuichen. Want als het goed is zal dat het KTO verhogen.
- Tijdens eerdere overleggen waren een aantal aanbieders die altijd mee gingen/dachten in het gesprek en een groep aanbieders die zich aan de zijlijn hielden. Dit zal zo blijven. Dat mensen minder input leveren zal je altijd houden. Ook als je specifiek gaat uitvragen. Iedere aanbieder zal op papier aangeven daar aan te voldoen aan de eisen. Ook als je aan de voorkant duidelijke eisen stelt qua verwachtingen. Als partijen aan de voorkant (op papier) aangeven dat ze aan de KPI's kunnen voldoen, maar in de praktijk blijkt na gunning dat dit niet het geval is, heb je achteraf een probleem.
- We vinden dit een mooie opzet. Je zou nog kunnen toevoegen:
 - De doorlooptijd dat een cliënt wordt geholpen. Via iWMO berichtenverkeer, start en stopberichten, is dit makkelijk inzichtelijk te maken.
 - Snelheid van de klachtenafhandeling
 - De CAO VVT, dat alle aanbieders daaraan verbonden zijn
 - Het SROI percentage zie je ook wel terug komen.
 - Medewerkerstevredenheid voor hun organisatie
 - De meerwaarde van de aanbieder, verzorgen ze alleen de hulp bij het huishouden of hebben ze verder nog toegevoegde waarde/ambitie/doelstellingen?

Aan bovenstaande KPI's moeten wij al voldoen voor andere gemeenten. Het opleveren van rapportages zijn wij nog wel benieuwd wat jullie daar voor ogen hebben.

Bijvoorbeeld de realisatie van de KPI's. We stellen normen en jullie rapporteren dan over de realisatie. Maar ook op het gebied van klachten en incidenten e.d. Dus eigenlijk kijk je met de rapportage een kwartaal terug en daar rapporteer je dan op. Misschien kan je dan ook nog een stukje vooruit kijken naar het komende kwartaal.

Je zou dan ook mooi naar ontwikkeldoelstellingen kunnen kijken die gezamenlijk zijn gemaakt en wat je daar dan voor nodig hebt van de gemeente en hoe we dit samen kunnen realiseren. Dat is een mooie input voor het overleg. Een splitsing in het gesprek tussen tarief en de ontwikkeling in de markt en kwaliteit ook een mooie is om te voorkomen dat het telkens over het tarief gaat.

- Wij werken hier al mee bij een gemeente, echter hebben wij hierover nog nooit het gesprek gevoerd. We staan wel open om deze gesprekken meermaals per jaar te voeren met jullie.
- De rapportages doen we wel over de afgelopen half jaren. De echte 1-op-1 gesprekken en sturen op KPI's ben ik nog niet tegen gekomen. Lijkt ons leuk om hier mee te gaan werken.

8. Hoe zien de zorgaanbieders de overgang van de indicaties op basis van RF naar de indicaties naar de HHM systematiek? Welke aandachtspunten brengt dit volgens u met zich mee?

- We zien dat dit op verschillende manier wordt aangepakt. Sommige gemeenten gaan bij nieuwe klanten over naar PxQ en de rest van de klanten gaat over bij herindicatie. Het wordt dan gestroomlijnd doorgevoerd, maar dit kan wel onrust veroorzaken bij klanten. Deze manier is wel het minste werk om het in te voeren. Andere gemeenten vragen na hoeveel uur we bij de klant besteden en worden voor nu omgezet op indicatie en dan gaan we naar verloop van tijd herindiceren. Wat wij wel belangrijk vinden, als die overgang naar PxQ er is, dat de lijnen met de gemeente wel weer korter wordt. Met 'resultaatgericht werken' bellen klanten en medewerkers ons en de zorg wordt door de aanbieder zelf geregeld. Als dat via de gemeente geregeld wordt, zien we wel dat er soms een aantal weken overheen gaat voordat er een herindicatie wordt afgegeven.
- Als het technisch mogelijk is, moet het bij ons in 1 keer kunnen, maar ook gefaseerd. Aanbieder moet wel tijdig op de hoogte zijn van het pad dat bewandeld gaat worden. De gemeente moet wel in de lead zijn bij deze transformatie.
- Als je het uitvoert zoals het er staat, werkt het heel goed en is hij juridisch houdbaar. Niet als je hier een taakje doet en daar een taakje, want dan werken de normtijden niet meer (voorbeeld; norm 1x per week stoffen, als je dit naar 1x per maand zet, kost dit ook meer tijd want meer vervuiling en intensiever schoonmaken, dus hogere kosten). In de normen zit ook indirecte tijd berekend. Daar kan je niet stukjes uitpakken en onder aan de streep zomaar bij elkaar optellen, tenzij het precies is zoals aangegeven in de norm. Het HHM model gaat er echt van uit dat gemeenten het keukentafelgesprek voeren exact aan de hand van de HHM norm.
- Waar wij benieuwd naar waren: een indicatie moet gebaseerd zijn op een objectief normenkader. Jullie kiezen voor het HHM normenkader. Maar dat betekent ook dat alle cliënten opnieuw bezocht moeten worden om een indicatie vast te stellen. Dat heeft een enorme impact om dat te realiseren. Nieuwe cliënten kunnen direct via het HHM normenkader. Alleen dan moet er gekeken worden naar de herindicaties. Ga je die nu al, als er een herindicatie komt, via het HHM normenkader doen en zo dat proberen uit te faseren? Hoe ga je er mee om met alle indicaties die doorlopen na de nieuwe contractdatum? Worden die actief bezocht?

Wij zijn ons bewust van de hoeveelheid werk. Wij willen van jullie graag horen wat wijsheid is. Wij zien nu 2 lijnen. Óf je pakt heel 2022 om die overgang te laten plaatsvinden (eventueel met 2 contracten naast elkaar) óf je kiest voor 1 moment dat alles over moet. Maar wat het handigst/meest verstandige is. Vandaar onze

vraag aan jullie, wat jullie ervaring hier mee is. Daarbij is het natuurlijk ook van belang als je een zittende partij bent, of je een zittende partij blijft.

Wij zien wel vaak dat er 2 contracten naast elkaar lopen. Nieuwe cliënten gelijk over op de HHM en de oude indicaties kunnen dan nog via de ROK lopen. Om alles rustig te laten verlopen, zou ik pleiten voor een jaar 2 contracten naast elkaar.

- Wij staan achter de PxQ constructie. Qua geïndiceerde uren verwachten wij dicht bij de realiteit te zitten van de PxQ uren. Wij verwachten dan ook dat het voor ons dus voornamelijk een administratieve omzetting worden in plaats van planningstechnisch.

Er moet gekeken worden naar goede herindicaties. Momenteel ligt hiervoor heel veel bij de aanbieder. Spoedaanvragen voor op/afschalen van zorg komt bij ons binnen en kan direct geregeld worden. Dit komt straks bij de gemeente te liggen, wees daar alert op. Bij de gemeente moet er waarschijnlijk eerst een herindicatie afgegeven worden voordat er op/afgeschaald kan worden. Dat is bij spoedaanvragen niet altijd realistisch. Natuurlijk kan dit ook met terugwerkende kracht en dat de aanbieder al handelt naar meer/minder uur zodra de aanvraag binnen is, maar alsnog blijft het een administratieve last die bij de gemeente komt te liggen. Wij kunnen wel een indicatie sturen om hoeveel spoedaanvragen er maandelijks binnen komen bij ons, ik verwacht best een hoog percentage namelijk.

Als je in de stukken iets opneemt over uren bijhouden en achteraf declareren zou je wat meer de tijd hebben voor de herindicatie. Het werkelijk gemaakte aantal uren is door ons makkelijk in kaart te brengen. Je kan dan een onderbouwing vragen bij de uren die niet geïndiceerd zijn.

Het is geen bezwaar om met 2 contracten te werken naast elkaar?

Nee, geen probleem. De zorg blijft hetzelfde, alleen de administratieve afhandeling zal anders zijn.

- Ik vrees dat het heel veel werk is voor de gemeente. Vijfheerenlanden heeft dit het afgelopen jaar gedaan en dat is, van ons uit gezien en wat we van klanten terug kregen, heel goed verlopen.

9. Hoe denken de zorgaanbieders over de duur van het nieuwe contract (met motivering voor aantal jaren)?

- I.v.m. partnerschap zouden we een langer contract adviseren zodat je kan investeren in het elkaar leren kennen en samenwerking aangaan. Vaak zien we 3 jaar met 2x verlengingsoptie van 2 jaar.
- Onze voorkeur heeft wel een basiscontract voor langere tijd. Ook omdat dit zekerheid geeft. Een basiscontract van 4 jaar en een verlenging van totaal 2 jaar geeft wel een aardig perspectief. Als je een korter basiscontract met verleningen uiteindelijk ook tot een jaar of 6 komt is het ook goed. Vanuit de cliënt is het ook het rustigste als het contract langer duurt.
- Voor het realiseren van partnership is een langdurig contract aan te bevelen. Minimaal 3 jaar met verlengingsopties. Het 1^e jaar gebruik je voor de overgang naar HHM. Dan kan je daarna nog 2 of 3 jaar de verbeterslag gaan maken. Verlengen met 4x1 jaar. Utrecht gaat voor een contract van bijna 10 jaar.

- 2 jaar is wat ons betreft prima. Met verlengingsmogelijkheden in totaal 6 tot 8 jaar vinden wij goed.
- Onze voorkeur is zo lang mogelijk. 3 jaar met 2x 2 jaar verlengen vinden wij prima, maar langer vinden wij ook fijn. Dat geeft rust.

10. Hebben de zorgaanbieders nog aandachtspunten m.b.t. HHM normenkader op basis van ervaringen in andere gemeenten waar zij al werken met het HHM normenkader?

- Ja, belangrijk is dat het gehele normenkader wordt gevolgd. Geen pick your cherries, maar wel volledig doen dan. Wij zien ook wel anders.
- Nee.
- Zie vraag 8.
- Daar zitten weinig verschillen in. Als er toch met PxQ gewerkt gaat worden, zou ons advies zijn om met kwartieren te gaan werken. HHM levert geen wezenlijk verschil op met de nu ingezette tijden
- Wij horen heel weinig weerstand ook van cliënten. Voor de cliënt lijkt het heel helder en transparant en daardoor juist minder onrust is. Omdat cliënten inzicht hebben hoe de uren opgebouwd zijn. Onze ervaring is positief.

11. Zijn er al zorgaanbieders die met een portal voor het uitwisselen van gegevens werken?

- Wij werken met een Blockchain systeem, faircare, waarin de afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en medewerkers staan. Als medewerkers bij de klanten komen, wordt er in- en uitgeklokt. Dit komt rechtstreeks in het systeem en is inzichtelijk bij de gemeente. Of hier een directe koppeling met de iWMO is of dat het door ons planningsprogramma, weet ik niet. Dit gaat nog niet naar de accountant. Het is nu een hulpmiddel om de zorg inzichtelijk te maken. We monitoren hiermee ook de kwaliteit tussentijds. We doen dit als eigen initiatief. Jullie mogen hierover uiteraard aanvullende vragen stellen. Faircare solutions is de oplossing voor zorgcowboys.
- Voor de cliënten zijn we bezig met een digitaal cliënten portaal, we werken al met Caren Zorgt. Een andere gemeente is wel wat aan het ontwikkelen. Dit is op initiatief van de gemeente. Wij doen daar wel aan mee, maar ontwikkelen daarin zelf niet. Wij hebben alleen een cliënten portaal (Caren Zorg) waarin zij hun dossier en de planning kunnen zien. Hierin zit niet een realisatie wat er daadwerkelijk geleverd is. Wij gaan uit van de check van de cliënt. We hebben daar geen pasje o.i.d. voor. Dit willen we wel heel graag, maar hier zitten heel veel haken en ogen aan over wat wel en niet mag.
- Momenteel hebben we alleen een online portal die wordt gebruikt voor de medewerkers. Per 1-1-2022 komt daar wel een mogelijkheid voor cliënten bij. We hebben de vraag aan cliënten gesteld of ze behoefte hebben aan zo'n online portal waar hun dossier in komt. Een groot deel van de cliënten gaf aan hier niet in geïnteresseerd te zijn. Dit heeft ook te maken met de leeftijdsgroep waar we mee werken en het papieren dossier wat altijd op de keukentafel ligt bij cliënten vinden ze fijn.
- Er is bij ons geen portaal voor uitwisseling van gegevens.

12. Wat adviseren de zorgaanbieders om 'zorgcowboys' buiten de deur te houden?

- Zie vraag 11. Verder denken wij dat referenties ook al cowboys kan uitsluiten.
- Belangrijk uitgangspunt de CAO VVT. De juiste gegevens op de juiste manier uitvragen. Ik lees wel vaker in contracten: in dienst van opdrachtgeven conform de CAO VVT.
- Wij werken op dit moment met het HKZ keurmerk. Onze HO wordt daar ook jaarlijks voor gescreend. Dit zijn wij ook verplicht ivm V&V (thuiszorg/wijkverpleging). Sinds 5 jaar hebben wij er ook voor gekozen om de HO hierin mee te nemen.
- Hiervoor adviseren we om te kijken naar Enschede & Hengelo. Zij zijn daar volgens mij heel ver mee hoe je partijen kan weren d.m.v. uitsluitingsgronden e.d. Zij hebben wel last van een aantal zorgcowboys volgens mij. Ik weet alleen niet of dat in de HO al heel erg speelt, die zorgcowboys. Dit gebeurt volgens mij vooral in de begeleiding en de PGB.