



# De Wmo als gouden kans

De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) leidt niet tot verpaupering van de zorg voor ouderen of voor verschraling van het aanbod. Integendeel, de Wmo zorgt er juist voor dat organisaties voor ouderenzorg de kwaliteit van zorg verbeteren. Die staan daarmee voor de uitdaging hun ondernemend vermogen te ontwikkelen. Voor ouderen biedt de Wmo meer inzicht in het brede aanbod van zorg, welzijn en diensten.

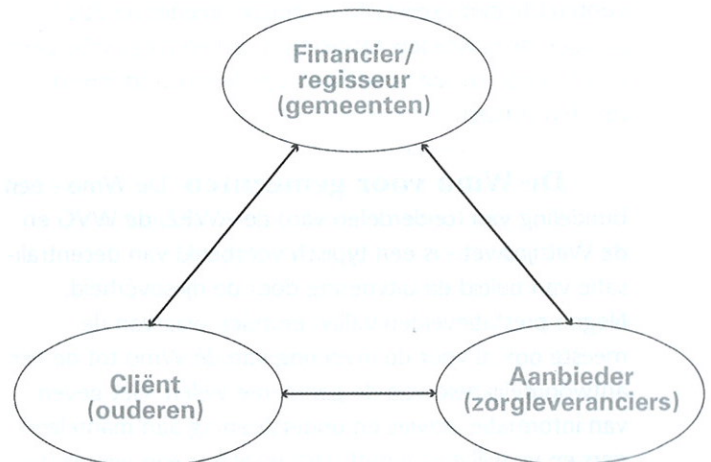
Het kan niemand zijn ontgaan: na jaren van voorbereiding is op 1 januari de Wet maatschappelijke ondersteuning ingevoerd. De Wmo regelt de verantwoordelijkheid van gemeenten om op het gebied van maatschappelijke ondersteuning actief beleid te voeren. Doel van de wet is het bevorderen van sociale samenhang en leefbaarheid, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie, vooral van mensen met een beperking. Hoewel dat meestal wordt geassocieerd met ouderen, lichamelijke gehandicapten en personen met psychische of psychosociale problemen, raakt de Wmo ook ouders, jonge kinderen, daklozen en mantelzorgers. Omdat gemeenten dicht bij die groepen staan, is de verantwoordelijkheid voor de invoering van de wet bij de lokale overheid neergelegd.

**Unieke kansen** Critici voeren aan dat de belangrijkste reden achter de Wmo de beheersbaarheid van de kosten is en dat de kwetsbare groepen in de samenleving de dupe worden van de invoering van deze nieuwe wet. Ongetwijfeld zal de invoering niet in alle 443 gemeenten vlekkeloos verlopen. Huishoudelijke verzorging, voorheen gefinancierd uit de AWBZ, valt sinds 1 januari 2007 onder de Wmo en daarmee onder de verantwoordelijkheid van gemeenten. Zij hebben die zorg in 2006 aanbesteed, waardoor ouderen en thuiswonende gehandicapten in sommige gevallen nieuwe zorgverleners over de vloer krijgen.

Gemeentelijke organisaties hebben er een hele kluit aan om het complete aanbod van zorg, welzijn en maatschappelijke ondersteuning in één loket onder te brengen. Zorgaanbieders en hun personeel maken onzekere tijden door. Zij krijgen te maken met concurrentie van nieuwkomers zoals professionele schoonmaakbedrijven en die hebben ineens een groter aantal opdrachtgevers dan voorheen (elke gemeente is een potentiële opdrachtgever, die ieder zijn eigen administratieve processen heeft).

Zeker, de wet heeft een aardbeving veroorzaakt in de (zorg)markt waarvan de naschokken nog lang voelbaar

zullen zijn. Aanbieders op deze markt zien zich terecht genoodzaakt de balans op te maken en opnieuw hun positie te bepalen: hun voortbestaan is niet langer vanzelfsprekend. Daar staat tegenover dat deze wet unieke kansen biedt aan de drie actoren in de belangrijkste 'triade in de zorg' anno 2007<sup>1</sup>: ouderen, gemeenten en zorgleveranciers. Ouderen zijn immers de grootste afnemers van maatschappelijke ondersteuning. Dit artikel gaat in op de kansen die de Wmo de drie actoren biedt. Aan de hand van het ESH-model<sup>2</sup> wordt bovendien besproken hoe zorgaanbieders zich in de ouderenzorg beter kunnen positioneren en profileren.



Figuur 1: Triade in de zorg anno 2007 (naar socioloog Theodore Caplow)

**De Wmo voor ouderen** Het gemeentelijk Wmo-loket bundelt alle voorzieningen waar ouderen binnen de gemeentegrenzen de beschikking over hebben. De reikwijdte is dus veel groter dan 'alleen' huishoudelijke verzorging. Ook alle welzijnsvoorzieningen worden voortaan via dit loket aangeboden, zoals dagopvang, vrijwilligerswerk (een activiteitenbusje of koffiebe-

zoekjes, klussenhulp, thuisadministratie en maaltijdservice als Tafeltje Dekje) en ondersteuning van mantelzorgers. De Wmo verplicht gemeenten om haar burgers inzicht te geven in het totale aanbod van maatschappelijke ondersteuning. Ouderen die eerst allerlei organisaties af moesten om hiervan gebruik te kunnen maken, hoeven nu alleen nog maar bij de gemeente aan te kloppen. Voor ouderen een unieke kans om uit één hand voorlichting te krijgen over alle mogelijkheden, waar zij wellicht nog geen weet van hadden.

Een tweede voordeel voor ouderen is de verantwoordelijkheid van gemeenten om inspraak van burgers en belangenbehartigers (bijvoorbeeld patiëntenverenigingen, vrijwilligersorganisaties en ouderenbonden) te organiseren. Hadden ouderen voorheen alleen inspraak via de cliëntenraad van hun zorgaanbieder, nu is een steviger en structurele inbreng mogelijk. Het zal duidelijk zijn dat burgers en belangenbehartigers niet lijdzaam hoeven af te wachten wat hun gemeente 'verzint'. Een mooi voorbeeld is dat (patiënten)organisaties als Alzheimer Nederland, het Astma Fonds, Epilepsie Vereniging Nederland en de Reumapatiëntenbond hebben aangekondigd ambtenaren van de Wmo-loketten te gaan voorlichten over de gevolgen van chronische ziektes. Bovendien moeten gemeenten jaarlijks verantwoording afleggen aan hun burgers en de gemeenteraad over de uitvoering van de Wmo en over de geleverde prestaties. De burgers moeten de prestaties van de eigen gemeente kunnen vergelijken met die van andere gemeenten (Wmo-benchmark). Klanttevredenheid van gebruikers zal dus veel meer centraal komen te staan. En aangezien het contract tussen gemeente en zorgaanbieder na 2007 jaarlijks moet worden aanbesteed, zullen zorgaanbieders zich nog sterker dan voorheen op cliënttevredenheid moeten richten.

**De Wmo voor gemeenten** De Wmo - een bundeling van (onderdelen van) de AWBZ, de WVG en de Welzijnswet - is een typisch voorbeeld van decentralisatie van beleid en uitvoering door de rijksoverheid. Negen prestatievelden vallen eronder, waarvan de meeste ook al voor de invoering van de Wmo tot de verantwoordelijkheid van de gemeente vielen. Het geven van informatie, advies en ondersteuning aan mantelzorgers en vrijwilligers wordt nadrukkelijker een gemeentelijke aangelegenheid. Onderdelen uit de AWBZ, zoals huishoudelijke verzorging, zijn toegevoegd aan de gemeentelijke regie. Gemeentes kopen Wmo-voorzieningen in op basis van aanbesteding. Zij kunnen zelf bepalen hoe zwaar zij de criteria prijs en kwaliteit laten wegen. Zo heeft de gemeente Rotterdam een doorslaggevend belang gehecht aan prijs, waardoor bijna-monopolist Thuiszorg Rotterdam buiten de boot is gevallen, in het voordeel van de combinaties Humanitas/De Stromen en Laurens/Evean. Gemeenten in Zeeland hebben gezamenlijk voor een heel andere aanpak gekozen. In dit

zogenaamde Zeeuwse model bepalen de gemeenten zelf de prijs en besteden zij een raamovereenkomst aan. Alle organisaties die de gevraagde kwaliteit kunnen en willen bieden, kunnen aanbieder worden. De cliënt kiest vervolgens één van de toegelaten aanbieders. Een nieuwe kans voor de gemeenten, want hiermee is de Wmo een instrument geworden om te sturen op kwaliteit.

Een andere kans voor gemeenten is de focus op maatschappelijke ondersteuning. Op één plaats - het Wmoloeket - wordt onderzocht of iemand een oplossing zoekt om de eenzaamheid te verlichten, dan wel periodiek een mantelzorger wil ontlasten ofwel behoefte heeft aan huishoudelijke ondersteuning. Wat we nu 'zorg' noemen, is dus slechts één van de vele beschikbare middelen die de hulpvrager ter beschikking staan. De aandacht zal daardoor als vanzelfsprekend meer gericht zijn op het werkelijke doel: het welzijn van de cliënt. De groeiende druk op duurdere zorgfuncties, zoals huishoudelijke verzorging, kan de gemeente verlichten door meer gebruik te maken van de beschikbare welzijnsfuncties.

Volwaardig gebruik daarvan kan leiden tot uitstel of voorkomen van (dure) zorg. En als die zorg wordt ingezet naast andere welzijnsactiviteiten, kunnen huishoudelijke verzorgers zich concentreren op datgene waar zij goed in zijn: huishoudelijke verzorging.

---

## Meer van hetzelfde kan niet meer

---

Met de instrumenten die de Wmo biedt, kunnen gemeenten beter voor de burger zorgen en écht invloed op hun welzijn uitoefenen. De uitdaging is, naast alle administratieve verplichtingen, ervoor te zorgen dat participatieve beleidsvorming echt van de grond komt. Wanneer gemeenten dit serieus nemen, de klanttevredenheid meten en goed luisteren naar signalen uit de markt, kan de Consumentenbond wellicht een jaarlijkse top-5 van gemeenten publiceren waar de meeste tevreden ouderen wonen, zoals zij dat nu doen op het gebied van gemeentelijke belastingen.

**De Wmo voor aanbieders** De derde groep die wordt geraakt door de invoering van de Wmo bestaat uit aanbieders. De aanbesteding van huishoudelijke zorg door gemeenten heeft in 2006 duidelijk laten zien dat aanbieders veel meer dan voorheen in een concurrentieslag zijn beland. Om hun continuïteit niet in gevaar te brengen, moeten zij zich veel zakelijker en concurrerender gaan opstellen. Concurrentie in zorg en welzijn maakt een marketing- en kwaliteitsslag noodzakelijk om te komen tot een helder productaanbod, scherpe afspraken en voortdurend kwaliteitstoezicht.

Tijdens de concurrentiestrijd vallen ongetwijfeld slachtoffers. Er is grote onrust ontstaan over mogelijke ontslagen bij thuiszorginstellingen. Er is sprake van fusies en overnames. Aanbieders uit andere marktsegmenten hebben hun kansen gezien en gegrepen. Professionele schoonmaakbedrijven zijn in de markt van huishoudelijke verzorging gesprongen. En grote zorgconcerns wagen zich in geografische gebieden waar ze nooit eerder 'zaken' deden. De invoering van de Wmo doet een beroep op iedere (zorg)organisatie om zich te beraden op de nieuwe situatie. Een ding is zeker: meer van hetzelfde kan niet meer.

**Het ESH-model** Hoe kunnen aanbieders optimaal inspelen op de nieuwe situatie? We bespreken dat aan de hand van het ESH-model. Dit model biedt met zijn zes variabelen een mooie kapstok om naar organisaties te kijken. Evenwicht, samenhang en heterogeniteit (ESH) zijn de uitgangspunten. Het is raadzaam de zes variabelen slechts gezamenlijk te analyseren dan wel te (her)ontwerpen. De eerste variabele, strategie, is de manier waarop en het geheel van middelen waarmee vooraf vastgestelde doelen kunnen worden bereikt. Het is het actieplan van de organisatie. De managementstijl van de organisatie, de tweede variabele, bestaat uit de kenmerkende gedragspatronen van mensen op alle niveaus om zaken voor elkaar te krijgen. Systemen, de derde variabele, regelen het dagelijkse functioneren van de organisatie en leveren informatie voor de besturing daarvan. Normen, waarden en manieren van doen, worden de cultuur van de organisatie genoemd, de vierde variabele. De karakteristieken en vaardigheden van de medewerkers van een organisatie worden aangeduid als personeel, de vijfde variabele. De zesde en laatste variabele, structuur, is de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden binnen een organisatie. Het voert te ver om in het kader van dit artikel de effecten van de

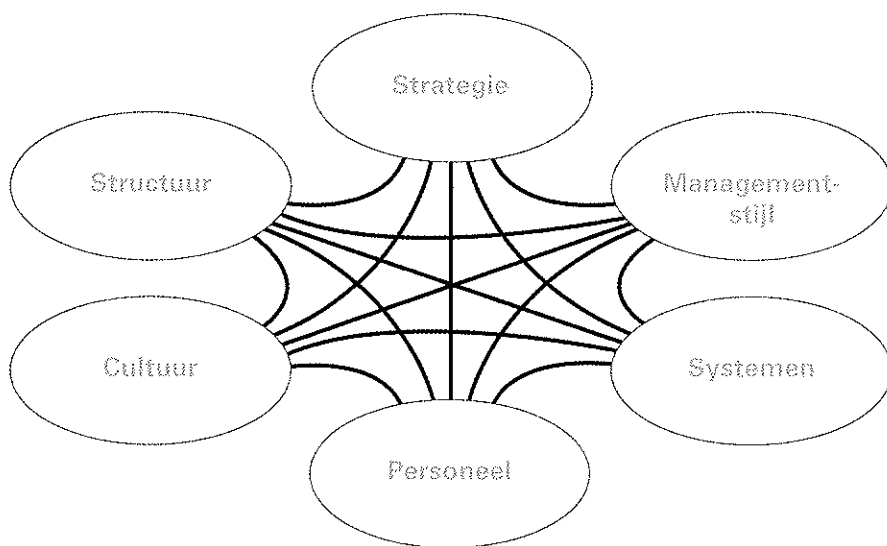
Wmo op alle variabelen te bespreken. We zullen hier ingaan op strategie, managementstijl en personeel.

### Strategie

Nu organisaties niet langer als vanzelfsprekend op klanten en inkomsten kunnen rekenen, is een omslag nodig naar een meer zakelijke houding en gedrag, en naar meer afstemming op de vraag van de klant. Maar voordat men aan die omslag kan beginnen, moet er (opnieuw) worden nagedacht over positionering. Organisaties dienen zich af te vragen: wie ben ik, wat wil ik, wat kan ik en wat heb ik? Met andere woorden: welke plaats wil de organisatie innemen in de markt van zorg en welzijn. Zo'n strategische analyse kan bijvoorbeeld worden uitgevoerd met behulp van een SWOT-analyse (strengths, weaknesses, opportunities, threats) of op basis van kerncompetenties. Maar ook, en vooral nu, is het zinvol om de strategie te bepalen op basis van het perspectief van de klant. Daarmee komt de focus te liggen op de markt c.q. de doelgroep van de organisatie. Bij strategiebeoordeling vanuit klantenperspectief worden er drie basisstrategieën onderscheiden, ook wel value disciplines<sup>3</sup> genoemd: customer intimacy, operational excellence en product leadership. De meeste zorgaanbieders hebben tot nu toe meer of minder bewust gekozen voor operational excellence: slim, efficiënt en goedkoop werken. Voorsprong op de concurrentie wordt verkregen door te focussen op procesverbetering. Deze organisaties wordt geadviseerd ook de twee andere strategieën serieus in overweging te nemen. Bij product leadership is het product het uitgangspunt. Dat moet het beste in zijn soort zijn. Om succesvol te zijn met deze strategie zijn continue innovatie en technologische vernieuwing essentieel. Zo kan bijvoorbeeld een blijvende voorsprong op de concurrentie worden verkregen door de inzet van thuishet technologie voor zorg op afstand (domotica), of door het aanbieden van nieuwe diensten op het gebied van welzijn. Customer intimacy is een andere strategische keuze, die zeker in de zorg voor de

hand ligt. Hier is het de relatie met de klant die als het meest waardevol wordt beschouwd. Klanten worden bediend met diensten die zo nauwkeurig mogelijk voorzien in hun behoeften, op het moment en de plaats waar de behoefte ontstaat. Vertaald naar de zorg betekent dit bijvoorbeeld zoveel mogelijk dezelfde zorgverlener(s) over de vloer, en de beschikking hebben over een persoonlijke en betrokken case manager.

Als de positionering (opnieuw) is vastgesteld, zijn organisaties in staat hun aanbod beter af te stemmen op de klantvraag en beter bekend te maken bij hun doelgroep. Nu is de tijd rijp om de profilering van de organisatie te heroverwegen. Ging het in 2006 nog vooral om de gunst van de



Figuur 2: Het ESH-model voor organiseren

aanbestedende gemeenten, vanaf 2007 zal de strijd om de cliënt losbarsten. Het is zaak om scherpe keuzes te maken in plaats van te profileren met generieke associaties als betrokkenheid, zorgzaamheid en respect<sup>4</sup>. Het gaat er niet meer om óf je klantgericht bent, maar dat je dat op een onderscheidende manier bent. Scheer ouderen niet over één kam maar onderscheid doelgroepen binnen dat grote segment. Een gebruikelijke segmentatie is die van bijvoorbeeld The SmartAgent Company<sup>5</sup>: onafhankelijken, verankerden, ongebondenen, dynamisch individualisten, samenlevers en terugtrekkers.

De tweede groep waar aanbieders zich met hun marketingactiviteiten op moeten richten is - naast de zorgvragers zelf - de 'doorverwijzende industrie'. Business-to-business (zakelijke) marketing wordt in de zorg nog zwaar onderschat. Maar huisartsen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en andere zorgverleners zijn van groot belang voor het krijgen van klandizie: zij beïnvloeden immers de keuze van de oudere voor een zorgaanbieder. Hulpbehoevende mensen zijn snel geneigd de adviezen van professionals over te nemen. Organisaties moeten ernaar streven op een geloofwaardige en relevante manier onderscheidend te zijn in de beleving van zowel cliënten als doorverwijzers.

### Managementstijl


De managementstijl van een organisatie is de volgende variabele van het ESH-model. Management wordt hier gedefinieerd als: zaken voor en door mensen gedaan krijgen. Iedereen, op alle niveaus in de organisatie, werkt eraan en heeft zijn eigen, persoonlijke managementstijl. Die stijl zal variëren, afhankelijk van bijvoorbeeld de situatie, het werk, de te managen personen of de te vervullen rol in het team. Hoewel er veel managementstijlen bestaan, kunnen we voor een organisatie toch een gezamenlijke organisatiestijl onderscheiden. Activiteiten van organisaties hebben vaak een kenmerkende mate van risico en een kenmerkende snelheid van feedback op acties. Op basis van deze kenmerken zijn vier typische managementstijlen te onderscheiden. Van oudsher wordt er in de zorg vooral een procesgerichte managementstijl gehanteerd. Meer focus op het leveren van topprestaties en het sneller leveren van feedback (de 'work hard, play hard'-stijl) is een managementstijl die in de huidige concurrerende marktomstandigheden waarschijnlijk beter voldoet. Organisaties moeten serieus overwegen welke andere stijl bij de aard van de organisatie past en een veranderingsproces in gang zetten om die te hanteren.

### Personeel

De karakteristieken en vaardigheden van de medewerkers van een organisatie worden in het model aangeduid als personeel. Medewerkers hebben competenties te bieden in de vorm van kennis, vaardigheden, houding en gedrag. Ze kunnen daarvoor verschillende motivaties hebben, zoals beloning, werkinhoud, autonomie en ont-

wikkelingsmogelijkheden.

Het personele proces zorgt voor de afstemming tussen wat medewerkers en de organisatie elkaar op deze gebieden bieden en vragen. De invoering van de Wmo vraagt veel van de flexibiliteit van medewerkers, maar kan ze ook veel bieden. Als bijvoorbeeld huishoudelijke verzorging voortaan door gespecialiseerde schoonmaakbedrijven wordt gedaan, kunnen anderen zich gaan richten op de échte zorg. Dat is een unieke mogelijkheid om medewerkers te stimuleren, te begeleiden en op te leiden om complexere zorg te verlenen. Aan steeds gespecialiseerder personeel hebben we in Nederland immers de komende jaren veel behoefte.

**Conclusie** Inderdaad, de invoering van de Wmo heeft zijn schaduwkanten. Maar er is licht aan het eind van de tunnel: na de invoeringsperikelen beschikken we over een samenhangend stelsel van activiteiten, voorzieningen en producten op alle domeinen van de Wmo. De Wmo is bovendien een prima stimulans om de zorg zakelijker te organiseren. De strijd om de klant wordt gevoerd met nieuwe diensten, een centrale rol voor welzijn, een scherp aanbod, meer communicatie met de markt en voortdurend kwaliteitsbeleid. Het is juist de combinatie van zorg en welzijn in één loket die een gouden kans biedt om de angst voor verpaupering van zorgfaciliteiten en verschraving van het zorgaanbod voor ouderen om te zetten in meer keuze en kwaliteit. En dat is pure winst. 

### Auteur

Drs. H.K. van den Beld is adviseur bij Twynstra Gudde, Adviseurs en Managers in Amersfoort. Met twintig jaar ervaring in de sector ouderenzorg adviseert hij organisaties over zorg en zakelijkheid, in het bijzonder de verbetering van kwaliteit, prijs, keuzemogelijkheden en toegankelijkheid van zorg, huisvesting en dienstverlening voor senioren. Via zijn weblog ([www.twynstraguddeblog.nl/hugovandenbeld](http://www.twynstraguddeblog.nl/hugovandenbeld)) geeft hij zijn mening over zorg in de nieuwe werkelijkheid.

### Literatuur

Wilfrid Opheij, Maarten Broekema, Sander van Essen (2006): Samenwerken in concurrentie. Organiseren tussen organisaties in de zorg, Twynstra Gudde.

### Noten

1. Theodore Caplow: Two Against One: Coalitions in Triads (1968), Prentice-Hall Inc.
2. Dit model is opgesteld door Twynstra Gudde. Zie de Kennisbank van Twynstra Gudde op [www.twynstragudde.nl/tg.htm?id=1224](http://www.twynstragudde.nl/tg.htm?id=1224) en Léon de Caluwé, Hans Vermaak (2006): Leren veranderen, een handboek voor de veranderkundige, Kluwer.
3. Michael E. Treacy en Frederik D. Wiersema, Customer Intimacy and Other Value Disciplines, Harvard Business Review, 1 januari 1993.
4. Hugo van den Beld, Bram den Engelsens: Een positief imago: zo doe je dat anders! VDZ magazine, juni 2006, jaargang 28 nummer 3.
5. [www.smartagent.nl](http://www.smartagent.nl)