

“Burger, ons project!”

Hoe kan Sociaal Kernteam Westland in control zijn op haar zorgadvies en -bemiddelingsproces?



DE HAAGSE
HOGESCHOOL

Auteur: Rodi Baksi
Datum: 30 mei 2016

“Burger, ons project!”

Hoe kan Sociaal Kernteam Westland in control zijn op haar processen?

Auteur

Naam: Rodi Baksi
Studentnummer: 11069074
Email: Rodi1994@live.nl

Opdrachtgever

Bedrijfsnaam: Sociaal Kernteam Westland
Adres: Van der Horstweg 10
Postcode, plaats: 2692 AE 's-Gravenzande
Bedrijfsbegeleider: Dhr. W. van der Have

Beoordelende instantie

Naam: De Haagse Hogeschool
Opleiding: Bedrijfseconomie
Docent-begeleider: Dhr. M. Veloo

Vrijgave door bedrijfsbegeleider

Naam :.....

Datum :.....

Handtekening:

Samenvatting

Sinds januari 2015 heeft er een decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten plaatsgevonden. Sindsdien zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Het bieden van zorg aan langdurig zieken of ouderen
- Hulp bij het vinden van werk (of het verstrekken van een uitkering)
- De jeugdzorg

Het motief van het Rijk hierbij is dat de gemeente het dichtst bij de burgers staat en hierdoor de zorg effectiever, met minder bureaucratie en goedkoper kan leveren.¹

Om inwoners van Westland met een zorgvraag te kunnen helpen, heeft de gemeente Westland gekozen om een Sociaal Kernteam op te richten. Het Sociaal Kernteam Westland (SKT) helpt de inwoners bij het zoeken van hulp.²

Door de nieuwe organisatie heeft het SKT niet het gevoel in control te zijn op haar processen. Er is binnen het SKT geen administratieve organisatie beschreven. Het SKT verwacht dat dit de oorzaak is van veel van de problemen die spelen binnen het SKT.

De volgende hoofdvraag staat in dit onderzoek centraal:

“Welke knelpunten zitten er in het zorgadvies- en –bemiddelingsproces en welke beheersmaatregelen zijn er nodig om het SKT in control te laten komen op haar primaire (zorgadvies- en bemiddelingsproces) proces?”

Na praktijk- en theoretisch onderzoek blijkt dat er een aantal knelpunten zitten in het zorgadvies- en bemiddelingsproces binnen het SKT. Aan de hand van het COSO-model zijn deze knelpunten beschreven en zijn er een aantal aanbevelingen gedaan/maatregelen opgesteld, zodat het SKT in control komt door middel van het verbeteren van de processen, het implementeren met behulp van de Deming Circkel en interne controle. De maatregelen zijn:

- Tijdens het eerste contact moet de bureaudienst met behulp van “Key 2 burgerzaken” nagaan of de cliënt wel tot de gemeente Westland behoort.
- De zorgregisseur moet niet zelf een dossier oppakken maar de bureaudienst moet de meldingen verdelen over de zorgregisseurs.
- Er moet een controle ingebouwd worden om te zien of een dossier langs een gedragswetenschapper is geweest en of het advies is opgevolgd. Hier dient een checklist voor opgesteld te worden zodat gemakkelijk beoordeeld kan worden of een kernbeslissing van toepassing is op de cliënt.
- De tijd die besteed is aan anonieme adviesvragen moet worden bijgehouden aan de hand van een urenregistratie. Hieruit is dan op te maken hoeveel adviesvragen er anoniem zijn beantwoord en hoeveel tijd hier aan is besteed.
- Er moet tijdens het eerste contactmoment gelijk een dossier aangemaakt worden, omdat dit eerste gesprek ook tot het dossier behoort.
- Er moet met de huisartsen en andere gecertificeerde instellingen in de gemeente Westland afgesproken worden dat cliënten met een zorgvraag doorverwezen worden naar het SKT.

¹<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/inhoud/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

² <https://www.gemeentewestland.nl/zorg-en-ondersteuning/hulp-bij-zorgvragen/sociaal-kernteam.html>

- Het moet in één systeem (samenvoegen tot één systeem of een nieuw systeem) mogelijk zijn om te regisseren (dossiers), beschikkingen af te geven en kosten aan de dossiers/BSN nummers te hangen. Met deze informatie kan gerapporteerd worden wat de kosten per BSN-nummer of de kosten voor de gemeente Westland zijn. Daarnaast ontstaat er door de kosten en declaraties te vergelijken (budget tegenover werkelijkheid) een verbandscontrole.

Voorwoord

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek ten behoeve van de verbetering van de administratieve organisatie en interne controle voor het Sociaal Kernteam Westland. Deze scriptie is het eindproduct van mij voor de opleiding Bedrijfseconomie aan de Haagse Hogeschool.

Het Sociaal Kernteam Westland is opgericht door de gemeente Westland om de zorg die de burger van de gemeente nodig heeft te regisseren. In opdracht van het Sociaal Kernteam is de administratieve organisatie beschreven om aan de hand van de theorie het Sociaal Kernteam in control te krijgen op haar processen.

Ik wil van de gelegenheid gebruik maken om enkele personen te bedanken voor de hulp en begeleiding tijdens mijn afstudeeronderzoek. Allereerst wil ik Wil van der Have bedanken voor zijn hulp en begeleiding vanuit het Sociaal Kernteam Westland. Ook wil ik mijn collega's van het SKT bedanken voor hun hulp en feedback. Tevens wil ik alle andere organisaties bedanken die hebben meegewerkt aan mijn onderzoek.

Daarnaast gaat mijn dank uit naar Marcel Veloo voor zijn begeleiding vanuit de opleiding Bedrijfseconomie.

Als laatste wil ik alle andere mensen bedanken die een bijdrage geleverd hebben aan mijn afstudeeronderzoek.

Rodi Baksi
Den Haag, juni 2016

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	3
Voorwoord	5
1 Inleiding	9
1.1 Aanleiding.....	9
1.2 Hoofdvraag	10
1.3 Deelvragen.....	10
1.4 Doelgroep en doel van de opdracht.....	10
1.5 Verantwoording onderzoeksvorm	10
2 Organisatiebeschrijving	12
2.1 Sociaal Kernteam Westland	12
2.2 Organisatie	12
2.3 Samenwerking.....	13
2.4 Systemen	14
3 Theoretisch onderzoek.....	15
3.1 Het SKT in control	15
3.2 Administratieve organisatie	15
3.2.1 Volledigheid van de opbrengstverantwoording en juistheid van de kosten	15
3.2.2 Waarom administratieve organisatie binnen het SKT.....	15
3.3 Functiescheiding.....	16
3.4 Procesbeschrijvingen.....	16
3.4.1 Procesbeschrijvingsmethodes	17
3.5 In control modellen	17
3.5.1 Deming Circle.....	17
3.5.2 Business Balanced Scorecard	19
3.5.3 INK-Managementmodel	20
3.6 Interne controle.....	21
3.6.1 COSO Internal Control - Integrated Framework.....	21
3.7 Model keuze	23
3.7.1 Conclusie	24
4 Huidige situatie zorgadvies en –bemiddelingsproces	25
4.1 Fase 1: Melding	25
4.1.1 Kernbeslissingen.....	25
4.2 Fase 2: Onderzoek	26
4.2.1 Zorg niet verder nodig	27

4.2.2	Zorg in Natura of Persoonsgebonden Budget	27
4.2.2.1	Proces bij keuze voor Zorg in Natura	27
4.2.2.2	Proces bij keuze voor Persoonsgebonden Budget	28
4.3	Fase 3: Regisseren	28
4.4	Fase 4: Afsluiten	29
4.4.1	Declaraties via H10	29
4.6	Belangendriehoek.....	31
4.7	Knelpunten huidig proces.....	32
5	Gewenste situatie zorgadvies en –bemiddelingsproces	33
5.1	Fase 1: Melding	33
5.1.1	Kernbeslissingen	33
5.2	Fase 2: Onderzoek	33
5.2.1	Zorg niet verder nodig	34
5.3	Fase 3: Regisseren	34
5.4	Fase 4: Afsluiten	34
5.4.1	Declaraties via H10	34
5.5	In control	34
5.5.1	Interne controle.....	34
6	Conclusie en aanbevelingen	36
6.1	Control environment.....	36
6.2	Risk Assessment	36
6.3	Control Activities	36
6.3.1	Knelpunt 1	36
6.3.2	Maatregel 1	36
6.3.3	Knelpunt 2	37
6.3.4	Maatregel 2	37
6.3.5	Knelpunt 3	37
6.3.6	Maatregel 3	37
6.4	Information and Communication	37
6.4.1	Knelpunt 4	38
6.4.2	Maatregel 4	38
6.4.3	Knelpunt 5	38
6.4.4	Maatregel 5	38
6.4.5	Knelpunt 6	38
6.4.6	Maatregel 6	39

6.5	Monitoring Activities	39
6.6	Knelpunt 7	39
6.7	Maatregel 7	39
6.8	Control.....	40
6.8.1	Plan	40
6.8.2	Do	40
6.8.3	Check	40
6.8.4	Act.....	40
6.9	Centrale hoofdvraag.....	40
Bibliografie		42
Bijlagen		44
Bijlage 1	Interviews	44
Bijlage 3	Kernbeslissing	48
Bijlage 4	Multidisciplinaire kernbeslissingen in het SKT Westland	49
Bijlage 5	Checklist PGB.....	50
Bijlage 6	Proces West Brabant West.....	50
'Bijlage 7	SVB proces	52
Bijlage 8	Risicoscan interne controle	53
Bijlage 9	Risicoscan bedrijfsprocessen.....	53
Bijlage 10	Huidige situatie fase 1 Aanmelding.....	54
Bijlage 11	Gewenste situatie fase 1 Aanmelding	55
Bijlage 12	Huidige situatie fase 2 onderzoek	56
Bijlage 13	Gewenste situatie fase 2 onderzoek	57
Bijlage 14	Huidige situatie fase 3 regie en fase 4 afsluiting	58
Bijlage 15	Gewenste situatie fase 3 regie en fase 4 afsluiting	59

1 Inleiding

Sinds januari 2015 heeft er een decentralisatie van overheidstaken naar gemeenten plaatsgevonden. Sindsdien zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Het bieden van zorg aan langdurig zieken of ouderen
- Hulp bij het vinden van werk (of het verstrekken van een uitkering)
- De jeugdzorg

Het motief van het Rijk hierbij is dat de gemeente het dichtst bij de burgers staat en hierdoor de zorg effectiever, met minder bureaucratie en goedkoper kan leveren. De Rijksoverheid heeft de gemeenten hierbij beleidsvrijheid gegeven om de nieuwe taken uit te kunnen voeren.³

Om inwoners van Westland met een zorgvraag te kunnen helpen, heeft de gemeente Westland gekozen om een Sociaal Kernteam op te richten. Het Sociaal Kernteam Westland (SKT) helpt de inwoners bij het zoeken van hulp. Inwoners kunnen bij het SKT terecht voor informatie, ondersteuning en zorg. Als het nodig is wordt de inwoner begeleid door een zorgregisseur, welke ervoor zorgt dat de inwoner de hulp krijgt die nodig is⁴.

Door de nieuwe organisatie heeft het SKT niet het gevoel in control te zijn op haar processen. Zo zijn er bijvoorbeeld facturen met betrekking tot personen die niet in het Westland wonen, of sturen verschillende leveranciers facturen die betrekking hebben op één persoon, terwijl er contact is gelegd met één leverancier die verantwoordelijk voor deze persoon zou moeten zijn. Zo zijn er veel van dit soort problemen binnen het SKT.

Er is binnen het SKT geen administratieve organisatie beschreven (er zijn echter wel werkinstructies waarmee de medewerkers dienen te werken). Het SKT verwacht dat het niet hebben beschreven van een administratieve organisatie de oorzaak is van de problemen die hiervoor zijn genoemd.

1.1 Aanleiding

Door de nieuwe organisatie heeft het SKT niet het gevoel in control te zijn op haar processen. Zo zijn er bijvoorbeeld facturen met betrekking tot personen die niet in het Westland wonen, of sturen verschillende leveranciers facturen die betrekking hebben op één persoon, terwijl er contact is gelegd met één leverancier die verantwoordelijk voor deze persoon zou moeten zijn. Zo zijn er veel van dit soort problemen binnen het SKT.

Uit een uitgevoerde risicoscan bij het SKT door Stimulansz⁵ blijkt dat er risico's aanwezig zijn bij de administratieve organisatie en de interne controle. Daarnaast geeft deze scan aan dat er geen interne beheersmaatregelen zijn om mee te sturen (zie bijlage 8 voor de risicoscan interne controle).

De processen zijn niet beschreven in een administratieve organisatie. De risicoscan (zie bijlage 9 risicoscan bedrijfsprocessen) geeft aan dat dit een laag risico is, terwijl dit juist een zeer groot risico is. Er is daardoor niet inzichtelijk wat de processen inhouden en wat de knelpunten in de processen zijn.

³<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/inhoud/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten>

⁴ <https://www.gemeentewestland.nl/zorg-en-ondersteuning/hulp-bij-zorgvragen/sociaal-kernteam.html>

⁵ Stimulansz risicoscan SKT 11-01-2016.

Het SKT verwacht dat het niet hebben van een administratieve organisatie de oorzaak is van de problemen die hiervoor zijn beschreven. Het beschrijven van en het implementeren van een administratieve organisatie en beheersmaatregelen om risico's en knelpunten te beheersen is een randvoorwaarde om in control te raken.

Gezien de invloed op de financiële prognose is er gekozen om het zorgadvies- en bemiddelingsproces te beschrijven en te verbeteren. Het zorgadvies- en bemiddelingsproces is het primaire proces van het SKT.

1.2 Hoofdvraag

De volgende hoofdvraag staat in dit onderzoek centraal:

“Welke knelpunten zitten er in het zorgadvies en –bemiddelingsproces en welke beheersmaatregelen zijn er nodig om het SKT in control te laten komen op haar primaire (zorgadvies- en bemiddelingsproces) proces?”

1.3 Deelvragen

Onderstaande deelvragen leiden tot de beantwoording van de hoofdvraag (zie hoofdstuk 1.2):

1. Hoe ziet het huidige zorgadvies en -bemiddelingsproces (dit is wat het SKT levert aan de cliënt = de burger uit het Westland) er uit?
2. Welke voorwaarden zijn er theoretisch gezien voor het SKT om in control te kunnen zijn?
3. Wat zijn de knelpunten in de huidige situatie?
4. Hoe ziet de gewenste situatie voor het zorgadvies en -bemiddelingsproces er uit en wat moet er gebeuren om de aanbevelingen te implementeren?

1.4 Doelgroep en doel van de opdracht

Dit adviesrapport is bestemd voor het Sociaal Kernteam Westland (tevens de opdrachtgever).

Het doel van de opdracht is om (middels adviezen) het Sociaal Kernteam Westland in control te laten komen op het zorgadvies en –bemiddelingsproces, waarbij ze;

- a. De wettelijke procedures geborgd hebben (tijdigheid, rechtsgelijkheid, rechtmatigheid);
- b. Zicht hebben op de werkvoorraad (termijnbewaking, caseload);
- c. Zicht hebben op de financiële prognose en de uitnutting er van.

1.5 Verantwoording onderzoeksvorm

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van literatuuronderzoek en interviews. Het literatuuronderzoek bestaat uit theorie over administratieve organisatie en interne controle (processen en planning en control managementmodellen), en informatie over de het zorgadvies- en bemiddelingsproces bij andere gemeenten. Daarnaast wordt gekeken naar het zorgadvies- en bemiddelingsproces bij het SKT (door middel van literatuuronderzoek en interviews met medewerkers van het SKT).

Het onderzoek is uitgevoerd door het huidige zorgadvies en -bemiddelingsproces van het SKT door te lichten en daarop toelichting te verkrijgen door middel van interviews. Door middel van de verzamelde gegevens en het theoretisch onderzoek zijn de huidige en gewenste situatie beschreven. De huidige en gewenste situatie zijn met elkaar vergeleken en uit de gevonden knelpunten zijn adviezen gevormd.

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt ingegaan op de onderzoeksopzet en komen de hoofd en deelvragen aan de orde. In hoofdstuk 2 wordt het Sociaal Kernteam Westland beschreven. In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader geschetst. Dit is een antwoord op de tweede deelvraag: *“Welke voorwaarden zijn er theoretisch gezien voor het SKT om in control te kunnen zijn?”*. In hoofdstuk 4 wordt de huidige situatie geschetst, dit is een antwoord op de eerste deelvraag: *“Hoe ziet het huidige zorgadvies en -bemiddelingsproces (dit is wat het SKT levert aan de cliënt = de burger uit het Westland) er uit?”*. In hoofdstuk 5 is de gewenste situatie beschreven, waarin antwoord wordt gegeven op het eerste gedeelte van de vierde deelvraag: *“Hoe ziet de gewenste situatie voor het zorgadvies en -bemiddelingsproces er uit?”*. De conclusies/knelpunten en aanbevelingen/maatregelen worden in hoofdstuk 6 besproken. Dit is een antwoord op de derde deelvraag: *“Wat zijn de knelpunten in de huidige situatie?”*. Daarnaast is in dit hoofdstuk ook een antwoord gegeven op het laatste gedeelte van de vierde deelvraag: *“en wat moet er gebeuren om de aanbevelingen te implementeren?”*.

2 Organisatiebeschrijving

In dit hoofdstuk wordt het Sociaal Kernteam Westland beschreven, met de interne organisatie en de systemen die gebruikt worden.

2.1 Sociaal Kernteam Westland

Het Sociaal Kernteam Westland, hierna genoemd SKT, is een organisatie die is opgericht door de gemeente om de zorg die de burger nodig heeft te regisseren. Bij het SKT is het uitgangspunt dat burgers de zorg krijgen die zij verdienen. SKT heeft hierdoor geen winstmotief, maar een maatschappelijk motief. Voorlopig bestaat het SKT uit werknemers van vijf organisaties. Deze vijf organisaties zijn:

- MEE: Dit is een organisatie die mensen met een beperking en hun omgeving ondersteuning biedt;
- Bureau Jeugdzorg: Dit is een organisatie die zorg leverde aan jeugdigen voordat deze taak werd overgedragen naar de gemeente;
- Kwadraad: Een organisatie die zorg levert aan cliënten in hun werkgebieden;
- JGZ Westland: JGZ is een organisatie die advies geeft over de verzorging, gezondheid en opvoeding van kinderen en jongeren;
- Gemeente Westland.

Alle medewerkers zijn in dienst van de desbetreffende organisatie. Vanuit de verantwoordelijkheid, welke de Gemeente heeft, worden de medewerkers niet in dienst van de gemeente ingehuurd in een detacheringsvorm. Het product dat zij samen leveren is het regisseren van zorg. Zij adviseren, bemiddelen en regisseren de zorg voor de burger van het Westland. Op basis van deze taken is het SKT, naast gecertificeerde instellingen, huisartsen en medische specialisten, bevoegd door te verwijzen naar gespecialiseerde zorgleveranciers. Hiertoe worden beschikkingen afgegeven voor Zorg In Natura (ZIN) of Persoonsgebonden Budget (PGB). Wanneer het SKT een zorgleverancier inschakelt zal een ZIN beschikking worden afgegeven, welke ook afgegeven wordt bij doorverwijzing van de hiervoor genoemde partijen. Daarnaast kan het SKT besluiten om een PGB af te geven. Om dit te realiseren dient er een toetsing van de beheerder plaats te vinden aangezien deze capabel genoeg moet zijn om het budget te beheren en afspraken met zorgleveranciers te maken.

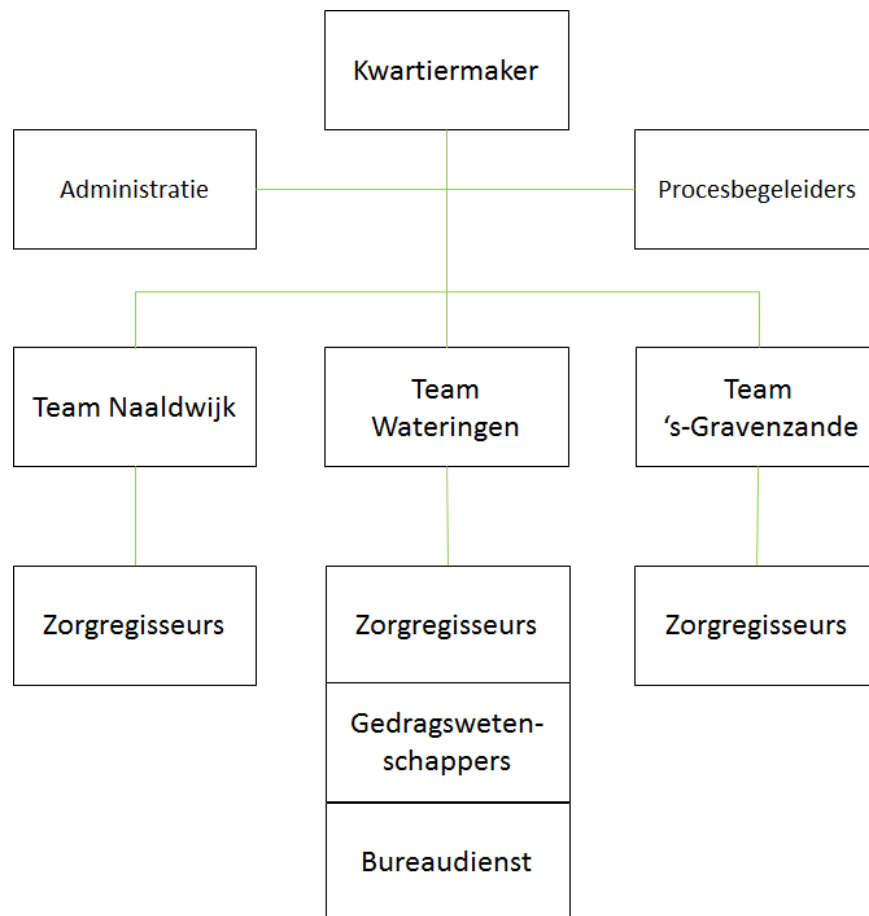
Vanaf één januari 2017 zal het SKT veranderen in een BV met de gemeente als aandeelhouder. Dit zal een aantal veranderingen met zich mee brengen. Zo is het op dit moment nog niet duidelijk wat er wordt ingekocht of wordt geleverd via de gemeente.

2.2 Organisatie

Het SKT is grofweg in te delen in zes functiegroepen. Deze zes zijn:

- Bureaudienst: Hier komen de telefoontjes van cliënten binnen die graag zorg willen hebben. Er wordt besproken met de cliënt wat de situatie is en of de zorgvraag bij het SKT thuis hoort. Vervolgens wordt het verhaal genoteerd in het systeem.
- Teamleider: De teamleiders hebben de leiding over de zorgregisseurs en zorgen ervoor dat zorgregisseurs het werk uit kunnen voeren.
- Procesbegeleiders: De procesbegeleiders creëren de werkinstructies voor de werknemers zodat het werk uitgevoerd kan worden
- Zorgregisseur: Deze medewerker staat in contact met de cliënt en regisseren de zorgvraag van de cliënt. Zij bemiddelen en regisseren tussen de cliënt en de zorgleverancier(s).
- Gedragswetenschapper: Bij kernbeslissingen komt de gedragswetenschapper om een advies te geven aan een zorgregisseur. De zorgregisseur kan zelf beslissen dit advies wel/niet op te volgen.

- Administratie: De administratie is een zorgadministratie. Hier worden beschikkingen afgegeven, meldingen van buitenaf opgepakt, facturen gefiatteerd ter uitbetaling aan zorgleveranciers en dossiers afgesloten en gearchiveerd.
- Kwartiermaker: Dit is de eindverantwoordelijke van het SKT.



2.3 Samenwerking

Er zijn een aantal externe partijen waar het SKT mee samenwerkt. Deze externe partijen zijn:

- H10: Dit is de inkooporganisatie van 10 samenwerkende gemeenten in de omgeving Haaglanden die de contracten maakt met de zorgleveranciers. Daarnaast kunnen zorgleveranciers die, vanuit andere externe instanties (zoals huisartsen en scholen) doorverwezen cliënten behandelen, hier een melding plaatsen om te kunnen factureren. Deze facturen worden door de administratie van het SKT gefiatteerd als deze terecht zijn.
- Sociale verzekeringsbank (SVB): De SVB zorgt voor uitbetaling van PGB gelden aan mensen die capabel genoeg zijn bevonden om met een PGB om te kunnen gaan. Zij controleren zorgovereenkomsten op arbeidsrechtelijke aspecten en juiste invulling, terwijl de gemeente Westland controleert op inhoud. Daarnaast controleert de SVB of de door de cliënt aangevraagde uitbetaling van een declaratie past binnen de zorgovereenkomst en het budget.
- Crediteurenadministratie gemeente: De Crediteurenadministratie van de gemeente betaalt de door de Administratie van het SKT gefiatteerde facturen uit aan de zorgleveranciers.
- Huisartsen/medisch specialisten/gecertificeerde instellingen (Jeugdbescherming, Leger des Heils, etc.): Deze instellingen kunnen cliënten direct doorverwijzen naar zorgleveranciers. De zorgleveranciers declareren de gemaakte kosten bij H10.

2.4 Systemen

Het SKT maakt gebruik van meerdere applicaties om de processen uit te voeren. Deze applicaties worden voor verschillende doeleinden gebruikt.

De systemen die gebruikt worden zijn:

- GWS: Hierin wordt bijgehouden welke beschikkingen er zijn afgegeven aan de cliënten.
- Suite 4 Sociale Regie (S4SR): Hierin staan alle dossiers van alle cliënten die bekend zijn bij het SKT. In deze dossiers worden alle documenten en contactmomenten opgeslagen.
- SVB portaal: In dit portaal wordt het budget waarover een PGB houder beschikt vrijgegeven. Hierin kunnen cliënten zorgovereenkomsten met zorgleveranciers opvoeren. Daarnaast worden hier facturen in opgevoerd, waarna (na controle) de zorgleveranciers uitbetaald worden.
- Corsa: Bij afsluiting van dossiers wordt het dossier met de daarbij behorende documenten en contactmomenten overgeplaatst van S4SR naar Corsa. Corsa wordt hier door de gemeente gebruikt voor het archiveren van de stukken over de geleverde zorg aan cliënten.
- Key 2 burgerzaken: In Key 2 burgerzaken worden de gegevens van de inwoners bijgehouden. Zo kan de administratie vast stellen of de cliënt (met zijn/haar gezaghebbende) wel thuis hoort in de gemeente Westland.
- H10: Hierin zijn de declaraties van de zorgleverancier te vinden.

3 Theoretisch onderzoek

In dit hoofdstuk wordt literatuur die relevant is voor dit onderzoek beschreven. De verzamelde literatuur dient als basis voor het vervolg van dit onderzoek. In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 2: “Welke voorwaarden zijn er theoretisch gezien voor het SKT om in control te kunnen zijn?”

3.1 Het SKT in control

Om het SKT in control te krijgen zodat er beheersing van de organisatie ontstaat, moeten de processen worden beschreven (administratieve organisatie) en worden gekeken naar interne controle (controle technische functiescheiding en beheersmaatregelen) en een control model.

3.2 Administratieve organisatie

De definitie van administratieve organisatie die binnen dit onderzoek gehanteerd wordt, is:

“Administratieve organisatie is het gehele complex van organisatorische maatregelen, dat direct of indirect betrekking heeft op de goede werking van de administratie.”⁶

Uiteindelijk wordt er met administratieve organisatie gestreefd naar standaardisatie. De ICT structuur en de daarbij behorende administratieve systemen hebben hierop een grote invloed. Processen kunnen eenvoudiger en sneller worden uitgevoerd en er kunnen automatische controles worden ingevoerd⁷.

Wanneer de administratieve organisatie optimaal beschreven is en nageleefd wordt, ontstaat er een situatie waarin de volledigheid van de opbrengsten en de juistheid van de kosten verantwoord kan worden⁸. Daarnaast wordt een efficiënter en effectiever verloop van de werkzaamheden bewerkstelligd.

3.2.1 Volledigheid van de opbrengstverantwoording en juistheid van de kosten

Het SKT kent geen opbrengst in valutavormen. In dienst van de gemeente Westland verzorgt het SKT de zorg voor haar inwoners. Het is van groot belang dat de kosten juist en volledig gerapporteerd worden tijdens de verantwoording tegenover de gemeente.

3.2.2 Waarom administratieve organisatie binnen het SKT

Door voor alle bedrijfsprocessen aan te geven welke kwalitatieve uitvoeringseisen er worden gesteld, wordt het door de administratieve organisatie mogelijk om vervolgens te rapporteren (over de resultaten en de manier waarop de resultaten behaald zijn). Door middel van de rapportages en de kwaliteitseisen kunnen bestuurders verantwoording afleggen aan hun omgeving⁹. Aangezien het SKT met gemeenschapsgelden (belasting) opereert, is het van belang dat er gerapporteerd kan worden op de rechtmatig- en doelmatigheid van de gemaakte kosten.

⁶ Grondslagen administratieve organisatie, Deel A: Algemene beginselen, Prof. E.O.J. Jans, blz. 130

⁷ Administratieve Organisatie, voor gemeenten en non-profitinstellingen, Theo Th. Heideman RA, blz. 18

⁸ Grondslagen administratieve organisatie, Deel B: Processen en systemen, Prof. E.O.J. Jans

⁹ Grondslagen administratieve organisatie, Deel A: Algemene beginselen, Prof. E.O.J. Jans, blz. 19/20

3.3 Functiescheiding

Functiescheiding is een belangrijk element binnen een administratieve organisatie waar geen ruimte is voor fraude of fouten. Functiescheiding wordt ingedeeld in de onderstaande vijf functies¹⁰:

- Beschikkende functie: Het bevoegd zijn om de organisatie tegenover derden te verbinden;
- Uitvoerende functie: Het uitvoeren van opgedragen taken;
- Bewarende functie: Het zorg dragen voor het bewaren van goederen en geldmiddelen;
- Registrerende functie: Het vastleggen van gebeurtenissen;
- Controlerende functie: Het controleren op het naleven van voorschriften, controleren op het bewaren van goederen en geldmiddelen en het controleren op de juistheid en volledigheid van de verantwoordingsverslagen.

Bij functiescheiding geldt dat een functionaris niet in staat mag zijn om twee opvolgende schakels te kunnen beïnvloeden. Daarnaast mag een bewarende functie niet samenvallen met een beschikkende functie (om het risico op fraude te kunnen minimaliseren). Dit verschilt echter per onderneming (grootte). Zo kan een kleine onderneming niet overal functiescheiding inbrengen, omdat hiervoor de mankracht niet aanwezig is.

3.4 Procesbeschrijvingen

Een belangrijke voorwaarde om betrouwbaarheid naar de klant toe te kunnen waarborgen is het werken met processen. Met behulp van processen kunnen activiteiten gestandaardiseerd worden, waardoor gegarandeerd wordt dat het product dat, of de dienst die geleverd wordt altijd aan de overeengekomen specificaties voldoet. De processen mogen echter niet de ruimte en eigen verantwoordelijkheid van medewerkers teniet doen. Alleen dat wat strikt noodzakelijk is dient geüniformeerd te worden in processen. De voordelen van het werken met processen zijn:

- Toename van de effectiviteit en efficiëntie: Doordat alle activiteiten worden afgestemd op de eisen van de klant ontstaat er resultaatgerichtheid. Daarnaast wordt in elk proces de inzet van mensen en middelen afgemeten aan de bijdrage die zij leveren aan het resultaat voor de klant, dit zorgt voor efficiëntie binnen een organisatie.
- Hogere overdraagbaarheid: Door een eenduidige vastlegging zijn werkzaamheden eenvoudig overdraagbaar.
- Beter beheersbaar: Er kan gestuurd worden op van tevoren vastgestelde normen, waardoor de organisatie beter beheersbaar wordt.
- Groter lerend vermogen: Door processen in kaart te brengen wordt een basis gevormd voor het verbeteren van deze processen (bijvoorbeeld door het gebruik van de Deming Circle, zie hoofdstuk 3.3.1). Door het repeterende karakter van processen, wordt uit meetresultaten duidelijk waar verbeteringen en verslechtingen plaats vinden.¹¹

¹⁰ Grondslagen administratieve organisatie, Deel A: Algemene beginselen, Prof. E.O.J. Jans, blz. 44

¹¹ Nieuwenhuis, D. M. (sd). The Art of Management, 1. Strategie en Structuur. P. 69

3.4.1 Procesbeschrijvingsmethodes

Processen kunnen op verschillende niveaus worden beschreven. Meestal wordt er onderscheid gemaakt in:

- Hoofdprocessen: Refereren naar een functie binnen een organisatie (zoals bijvoorbeeld inkoop) en worden verdeeld in subprocessen;
- Subprocessen;
- Procedures: Is een verzamelnaam voor instructies, werkomschrijvingen, protocollen, etc.¹²

Een procesbeschrijving is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Doel: Bij elk proces moet van tevoren duidelijk zijn wat het doel van het proces is;
- Klant en output (resultaat): Van elk proces moet duidelijk zijn wie de klant is, en wat het resultaat voor de klant moet zijn;
- Procesverloop: In deze stap worden de kritische activiteiten (processtappen) beschreven door middel van flowcharts. Hierin wordt de volgorde van activiteiten weer gegeven, met de bijbehorende verantwoordelijke personen, beslissingen, bestanden en documenten;
- Middelen; Hierbij gaat het om facilitaire voorzieningen die gebruikt worden tijdens het proces.
- Mensen; Het toewijzen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan personen is van zeer groot belang tijdens het ontwerpen van een proces. Hierbij dient rekening te worden gehouden met functiescheiding (zie hoofdstuk 3.2).
- Leverancier en input (resultaat); In dit onderdeel wordt beschreven welke input nodig is voor het proces, en door welke leverancier(s) de input wordt geleverd.
- Besturing; Dit onderdeel beschrijft kaders (veelal in de vorm van een plan of contract), voorschriften en triggers.¹³

3.5 In control modellen

Er zijn verschillende modellen om de organisatie of processen van de organisatie in control te krijgen. De bekendste modellen zijn:

- De Deming Circle (Plan, Do, Check, Act Circle);
- De Business Balanced Scorecard;
- Het INK-Managementmodel;

3.5.1 Deming Circle

De Deming Circle is een van de meest gebruikte en voorkomende modellen. Dit model heeft enkele principes die ook in andere modellen aanwezig zijn (zoals het INK-managementmodel, zie hoofdstuk 3.5.3). De kracht van dit model zit in het herhalende principe. Een activiteit is niet klaar wanneer het is uitgevoerd, maar planning en controle zijn permanente bezigheden bij dit model.

Het model omvat de volgende stappen¹⁴:

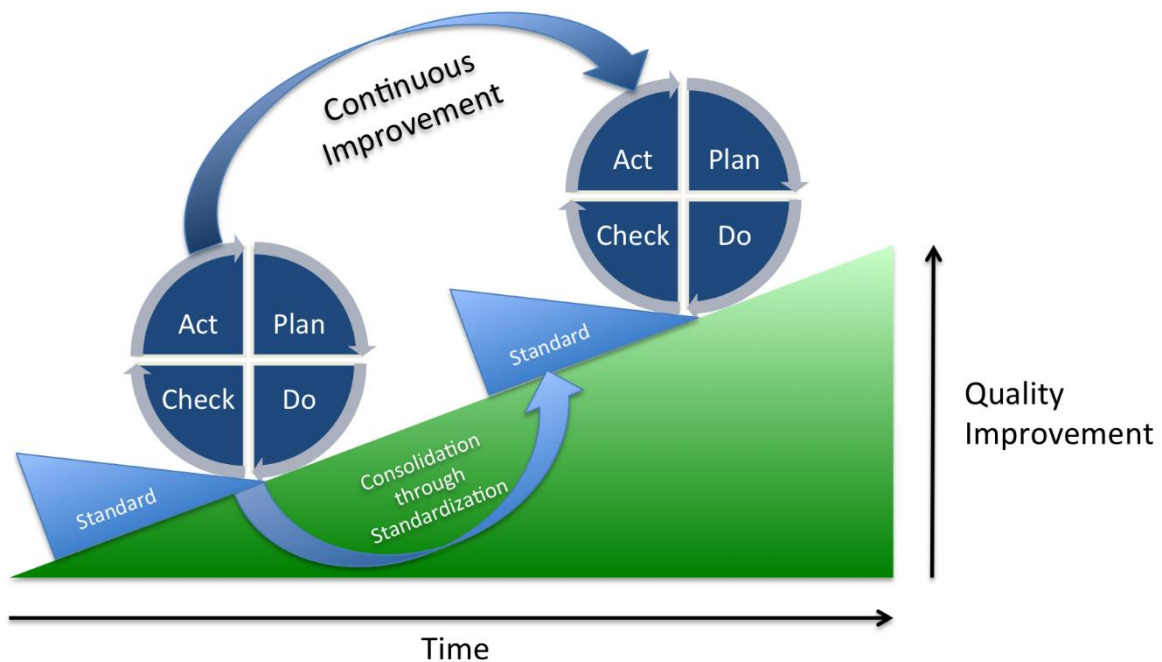
- Plan: Stel vast wat bereikt moet worden, waarom, door wie en waarmee;
- Do: Voer het plan uit;
- Check: Meet of de activiteiten het gewenste resultaat realiseren;
- Act: Analyseer oorzaken en formuleer verbeteringen of nieuwe doelstellingen.

¹² Nieuwenhuis, D. M. (sd). The Art of Management, 1. Strategie en Structuur. P. 72-73

¹³ Nieuwenhuis, D. M. (sd). The Art of Management, 1. Strategie en Structuur. P. 73-77

¹⁴ Jans. (2007). Grondslagen Administratieve Organisatie. In Jans, *Grondslagen Administratieve Organisatie* (pp. 32-33). Wolters.

Door het herhalende karakter heeft de Deming Circle een continue focus op de te halen doelen en het verbeteren van de organisatie. Doordat de standaard telkens wordt verbeterd zal deze niet terugvallen. Dit is goed te zien in afbeelding 1 hieronder.



Afbeelding 1. De Deming Circle.

Bij het gebruik van de Deming Circle moeten alle stappen evenwichtig aan bod komen. Het plannen moet leiden tot een goed en concreet plan. Een valkuil van de Deming Circle is dat organisaties blijven hangen in het maken van plannen en daardoor niet komen tot het uitvoeren van deze plannen. Het uitvoeren dient gebaseerd te zijn op het plan en gevolgd te worden door metingen. Het uitvoeren van activiteiten zonder te plannen en te meten kan leiden tot het creëren van een uitvoering waar. Er zijn veel organisaties die te veel energie steken in het meten van prestaties (check). Er worden dan kostbare meetsystemen opgezet die veel tijd vragen voor het maken van rapportages. Het meten is echter geen doel op zich. Het gaat erom de gegevens te analyseren en uiteindelijk bij te sturen. Organisaties die in de checkfase blijven steken, blijven reflecteren zonder tot het checken te komen. De laatste fase in de cirkel (act) gaat om het bepalen van verbeteracties naar aanleiding van het meten. In deze fase zijn er twee valkuilen. De eerste valkuil is dat er te veel en te vaak verbeteracties worden uitgevoerd, waardoor de stabiliteit en het begrip binnen de organisatie verdwijnen. De tweede valkuil is dat er wel verbeteracties worden gedefinieerd, maar niet worden geïmplementeerd.

De Deming Circle is een bruikbaar model bij de inrichting en uitvoering van het planning- en controlproces. Een goed planning- en controlproces omvat alle stappen zoals deze in de Deming Circle worden omschreven.¹⁵

¹⁵ Jans. (2007). Grondslagen Administratieve Organisatie. In Jans, *Grondslagen Administratieve Organisatie* (pp. 32-33). Wolters.

3.5.2 Business Balanced Scorecard

De Business Balanced Scorecard (BBSC) (zie afbeelding 2) is als model geschikt om consistente en evenwichtige doelstellingen te ontwerpen. Waar in het verleden de leiding van organisaties stuurde op financiële indicatoren, richt de BBSC ook op andere indicatoren.

De BBSC hanteert vier perspectieven om doelstellingen te definiëren. Deze vier zijn:

- Klant: Hoe ziet de klant de organisatie;
- Interne organisatie: Op welke gebieden moeten de prestaties van de organisatie verbeterd worden;
- Financiën: Hoe ziet de organisatie eruit voor aandeelhouders en andere investeerders;
- Innovatie: Op welke manier kan de organisatie blijven verbeteren en groeien.¹⁶

Met deze vier perspectieven kan de organisatie zich richten op de huidige en gewenste situatie. De vier perspectieven moet in hun samenhang beoordeeld worden. Dan blijkt of verbetering op het ene gebied niet ten koste gaat van een ander.

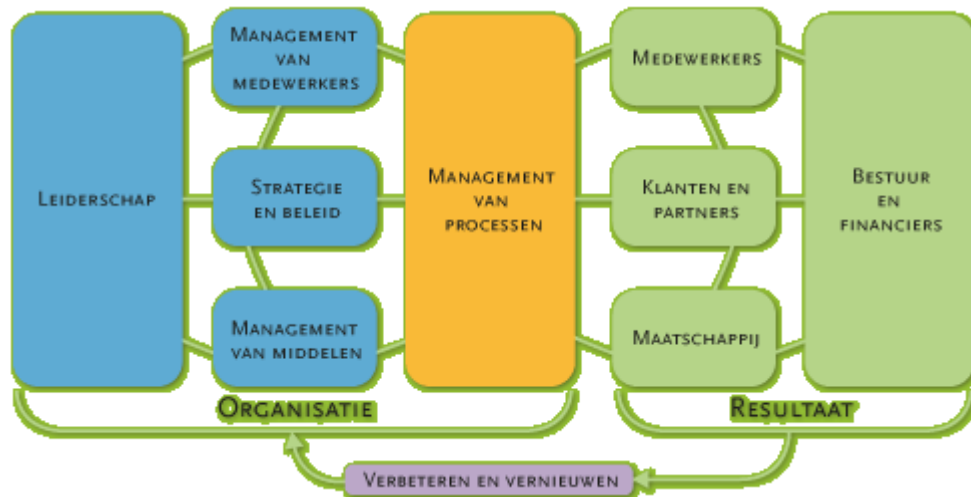


Afbeelding 2. Business Balanced Scorecard

¹⁶ Jans. (2007). Grondslagen Administratieve Organisatie. In Jans, *Grondslagen Administratieve Organisatie* (pp. 33). Wolters.

3.5.3 INK-Managementmodel

Het INK-Managementmodel (zie afbeelding 3) is een kwaliteitsmanagementmodel dat gebaseerd is op de Deming Circle. Hierin zijn de principes van planning en control een belangrijk element. Het model zorgt voor een handvat voor de leiding van de organisatie om een invulling te geven aan de verschillende stappen van planning en control.



Afbeelding 3 Het INK-Managementmodel

Het planningsaspect (PLAN) komt in de vakken leiderschap en strategie en beleid naar voren. De uitvoering (DO) komt voor in de vakken management van medewerkers, management van middelen en management van processen. De prestaties worden gemeten (CHECK) in de vakken medewerkers, klanten en partners, maatschappij en bestuur en financiers. In het laatste vak verbeteren en vernieuwen worden de verbeteracties vastgesteld (ACT).

In dit model is het betrekken van leiderschap bij de planningsfunctie een sterke eigenschap. De leiding dient de juiste doelen te formuleren, te vertalen in subdoelstellingen en persoonlijke doelstellingen van de medewerkers en daarop toe te zien.

Het INK managementmodel is vooral in de non-profitsector populair¹⁷.

¹⁷ Jans. (2007). Grondslagen Administratieve Organisatie. In Jans, *Grondslagen Administratieve Organisatie* (pp. 35). Wolters.

3.6 Interne controle

De definitie van interne controle is: *“Het proces waarmee het management waarborgt dat plannen worden uitgevoerd en gestelde doelen worden gerealiseerd.”* Het gaat hierbij om elke vorm van controle van het management op de activiteiten van de leden van de organisatie.¹⁸

Het management van een organisatie delegeert activiteiten aan andere leden binnen de organisatie, waardoor interne controle nodig is. Het management blijft immers verantwoordelijk voor de activiteiten die gedelegeerd zijn (en wil om deze reden weten of de activiteiten juist zijn uitgevoerd).¹⁹

Interne controle is een proces op zich dat voor dient te komen in ieder proces. Er moeten controlemomenten in het proces aanwezig zijn, om na te gaan of de activiteiten op de juiste manier uitgevoerd zijn.

In control zijn houdt in dat processen beheerst worden, zodat plannen worden uitgevoerd en doelen worden gerealiseerd.

In control zijn en interne controle zijn twee verschillende definities. Interne controle is gericht op het inbrengen van controlepunten om de uitvoering van een proces te kunnen controleren. In control zijn houdt in dat processen worden beheerst. Als het zorgadvies en bemiddelingsproces beheerst is kan gesteld worden dat het SKT in control is.

Doordat interne controle binnen het SKT op dit moment niet aanwezig is, wordt hieronder het COSO Internal Control Framework beschreven.

3.6.1 COSO Internal Control - Integrated Framework

De definitie van interne controle volgens COSO luidt: *“Internal control is a process, effected by an entity’s board of directors, management, and other personnel, designed to provide reasonable assurance regarding the achievement of objectives relating to:*

- *Reliability of reporting;*
- *Compliance with law and regulation;*
- *Effectiveness and efficiency of operations.”*²⁰

Ofwel vertaald: *“Interne controle is een proces dat door het college van bestuur, het management en andere werknemers is ontworpen, met het doel het leveren van een redelijke zekerheid met betrekking tot het bereiken van doelen in de volgende categorieën:*

- *Effectiviteit en efficiency van de uitvoering*
- *Betrouwbaarheid van de financiële rapportages*
- *Overeenstemming met wet- en regelgeving*
- *Beveiliging van bezitting tegen ongeautoriseerde verwerving, gebruik of vervreemding.”*²¹

¹⁸ Grondslagen administratieve organisatie, Deel A: Algemene beginselen, Prof. E.O.J. Jans, blz. 110

¹⁹ Grondslagen administratieve organisatie, Deel A: Algemene beginselen, Prof. E.O.J. Jans, blz. 111

²⁰ COSO. (2013). Internal Control - Integrated Framework. COSO.

²¹ Heideman, T. (2003). Administratieve organisatie: van klassiek naar modern: administratieve organisatie voor gemeenten en non-profitinstellingen. Nieuwegein: Deloitte& touche opleidingen. P. 37.

Het COSO Framework beschrijft, zoals te zien is in afbeelding 4, de volgende vijf componenten:

- Control Environment;
- Risk Assessment;
- Control Activities;
- Information and Communication;
- Monitoring Activities.



Afbeelding 4. COSO Internal Control - Integrated Framework

3.6.1.1 Control Environment

Het component Control Environment bestaat uit de standaarden, processen en structuur die de basis creëren voor het doorvoeren van interne controle door de organisatie heen. Het bestuur en het management van de organisatie zetten de toon voor het belang van interne controle. De (controle) omgeving die hierdoor gecreëerd wordt, heeft een grote invloed op het totale systeem van interne controle.

3.6.1.2 Risk Assessment

Iedereen herkent een aantal risico's uit interne en externe bronnen. Risico is gedefinieerd als de mogelijkheid dat een gebeurtenis zal plaatsvinden en negatieve invloed zal hebben op het realiseren van de doelstellingen. Risicobeoordeling gaat om een dynamisch en herhalend proces voor het identificeren en beoordelen van risico's, voor de verwezenlijking van de doelstellingen. Risk Assessment is de basis voor het bepalen van de wijze van het managen van risico's.

Een voorwaarde voor de risicobeoordeling is de vaststelling van de doelstellingen. Het management specificeert doelstellingen in verschillende categorieën die gerelateerd zijn aan activiteiten, rapportages en naleving om voldoende duidelijkheid te kunnen scheppen, en om de risico's van de doelstellingen te kunnen identificeren en analyseren.

3.6.1.3 Control Activities

Control Activities zijn de activiteiten die opgericht zijn met richtlijnen van het management om risico's te beperken. Control Activities worden verricht op alle niveaus van de organisatie, in verschillende stadia binnen de processen en met de technologische omgeving. Deze controle activiteiten kunnen gebaseerd zijn op preventieve en/of repressieve maatregelen.

Preventieve maatregelen zijn bedoeld om (vooraf) fouten of onregelmatigheden te ontmoedigen. Een voorbeeld hiervan is functiescheiding. Repressieve maatregelen zijn maatregelen die bedoeld zijn om fouten en/of onregelmatigheden te vinden nadat ze zich hebben voorgedaan (achteraf). Een voorbeeld hiervan is een beoordeling van de resultaten met behulp van management informatie of een audit.²²

Functiescheiding wordt meestal ingebouwd in de selectie en ontwikkeling van controle activiteiten. In (stadia van) processen waar functiescheiding niet praktisch is, zullen de controle activiteiten beheerst moeten worden met alternatieve controle activiteiten.²³

3.6.1.4 Information & Communication

Informatie is binnen een organisatie nodig om de verantwoordelijke voor de interne controle te ondersteunen om de doelstellingen te behalen. Het management verkrijgt/genereert en gebruikt de relevante en kwalitatieve informatie van interne en externe bronnen om de onderdelen van interne controle te ondersteunen.

Communicatie is het voortdurende proces van het verstrekken van en verkrijgen van informatie. Interne communicatie is de manier waarop informatie wordt verspreid binnen de organisatie. Het stelt managers in staat om werknemers duidelijk te maken dat verantwoordelijkheid voor controle serieus genomen moeten worden. Externe communicatie is tweeledig. Het maakt inkomende communicatie tot relevante informatie en het geeft informatie aan externe partijen in reactie op de eisen en verwachtingen.

3.6.1.5 Monitoring Activities

Om te kijken of elk van de vijf componenten van interne controle, waaronder de controles, aanwezig is en functioneert zijn er evaluaties nodig. Doorlopende evaluaties die in de processen op verschillende niveaus zijn te vinden verstrekken tijdig informatie om mee te sturen. Afzonderlijke evaluaties die periodiek uitgevoerd worden zullen variëren in omvang en frequentie afhankelijk van de beoordeling van de risico's en effectiviteit (van doorlopende evaluaties). Bevindingen zullen worden getoetst aan de norm die vastgesteld is. De tekortkomingen zullen aan het management of de directie worden gecommuniceerd.²⁴

3.7 Model keuze

Hieronder wordt de keuze van het model dat in dit onderzoek gebruikt zal worden beschreven.

Deming Circle

Het voordeel van de Deming Circle is dat het gebruik van dit model de organisatie dwingt tot nadenken over planning, uitvoering en verbetering, waardoor continue verbetering belangrijk wordt in de organisatie (optimalisatie van processen en lerend vermogen van medewerkers). Een nadeel van dit model is dat dit model generiek van aard is. Om tot gerichte verbetering te komen moet de gebruiker zelf verbeteracties verzinnen/ontwikkelen.

Balanced Scorecard

De Balanced Scorecard wordt vooral gebruikt als een rapportage model dan een in control model. Het model geeft geen handvatten om ontwikkelpunten om te zetten tot concrete verbeteracties. Het voordeel van dit model is dat door het laten zien van prestaties (op bepaalde prestatie indicatoren), het verantwoordelijkheidsgevoel binnen de organisatie (voor deze bepaalde prestaties) hoger wordt.

²² university, v. (2016, 5 13). *Are there different types of Internal Controls*. Opgehaald van <https://www4.vanderbilt.edu/internalaudit/internal-control-guide/different-types.php>:

²³ COSO. (2013). Internal Control - Integrated Framework. COSO. P. 4.

²⁴ COSO. (2013). Internal Control - Integrated Framework. COSO. P. 5.

INK-Management model

Het INK-Managementmodel is vooral gericht op kwaliteit en ook hier moet de gebruiker zelf verbeteracties verzinnen/ontwikkelen om tot gerichte verbetering te komen. Een voordeel van dit model is dat het model voor samenhang door de gehele organisatie zorgt.

3.7.1 Conclusie

De Balanced Scorecard kan gebruikt worden om managementinformatie te presenteren als de processen verbeterd zijn. Het INK-Managementmodel is meer een kwaliteitsmodel, waardoor deze voor dit onderzoek niet bruikbaar is. Door de terugkerende planning- en controlcyclus in de Deming Circle wordt er gekozen om gebruik te maken van dit model. Daarnaast wordt het COSO Internal Control Framework gebruikt om interne controle in te brengen in het zorgadvies- en bemiddelingsproces van het SKT.

4 Huidige situatie zorgadvies en –bemiddelingsproces

In dit hoofdstuk wordt de huidige administratieve organisatie van het zorgadvies- en bemiddelingsproces binnen het SKT beschreven. Daarnaast wordt aan de hand van de belangendriehoek geschetst op welke manier er door de externe omgeving risico's ontstaan voor het SKT. In dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op deelvraag 1: "Hoe ziet het huidige zorgadvies en -bemiddelingsproces (dit is wat het SKT levert aan de cliënt = de burger uit het Westland) er uit?"

4.1 Fase 1: Melding

De eerste fase wordt opgestart door een hulpvraag van een cliënt. De hulpvraag kan op de volgende manieren ingediend worden bij het SKT:

- Er komt bij de bureaudienst een telefoontje binnen via het Klant Contact Centrum Westland;
- Er komt een aanmelding binnen via de e-mail;
- Er komt rechtstreeks een melding binnen via lokale partners bij de zorgregisseurs.

Tijdens het eerste contact met de cliënt is het van belang om opheldering te krijgen over de zorgvraag. Er moet worden bepaald of het een adviesvraag of een vraag om hulp betreft. Daarnaast kan het gaan om een risicosignaal van derden. De bureaudienst kan, waar nodig, overleggen met de gedragswetenschapper (hierna: GW) en hem om advies vragen.

Een onderdeel van wat de bureaudienst uit moet voeren is het stellen van de volgende twee vragen:

1. Is de cliënt aangemeld wegens huiselijk geweld en/of kindermishandeling?
2. Is er een vermoeden van huiselijk geweld?

Indien één van de bovenstaande vragen met "Ja" beantwoord kan worden, worden onderstaande vijf stappen van de meldcode opgevolgd:

1. In kaart brengen van signalen;
2. Collegiale consultatie en overleg met de gedragswetenschapper;
3. Gesprek met cliënt;
4. Wegen van geweld of kindermishandeling;
5. Beslissen: Hulp organiseren of melden bij Veilig Thuis of een Verzoek tot Onderzoek aan de Raad van Kinderbescherming.

Wanneer de cliënt een advies heeft gekregen en er mee heeft ingestemd dat zijn/haar gegevens worden vastgelegd, wordt de cliënt opgevoerd in S4SR met de daarbij behorende adviezen die gegeven zijn.

Indien de cliënt dit niet wenst zal er niets worden geregistreerd.

Als er bepaald wordt dat de cliënt meer ondersteuning of hulp nodig heeft, wordt er een meldingsformulier opgemaakt en geregistreerd in S4SR.

In bijlage 10 is de huidige flowchart te vinden van de eerste fase.

4.1.1 Kernbeslissingen

Indien er melding wordt gedaan van spoed, is er sprake van een kernbeslissing. Er zal dan direct een GW ingeschakeld worden om te oordelen over de case. Kernbeslissingen zijn vanuit het oogpunt van de cliënt belangrijke beslissingen met betrekking tot het vervolg van de hulpverlening. Deze kernbeslissingen zijn tot stand gekomen vanuit een combinatie van beleidsmatige en wetmatige aspecten. In bijlage 4 is een overzicht te vinden met randvoorwaarden voor wanneer er een kernbeslissing genomen moet worden over een zorgvraag.

De afspraak binnen het Sociaal Kernteam is om deze kernbeslissingen multidisciplinair te nemen. Voor het SKT betekent dit concreet: Een zorgregisseur gaat in overleg met de GW. De zorgregisseur kan een afspraak maken bij de gedragswetenschapper zodat de bespreking inhoudelijk voorbereid kan worden. Indien de GW beoordeelt dat het een spoed kwestie betreft, zal er direct een zorgregisseur worden aangewezen en zal het “Veiligheid en Crisisinterventies proces” worden doorlopen.

Uit de afgenomen interviews blijkt echter dat niet alle kernbeslissingen in samenwerking met de GW worden genomen, of dat de adviezen die de GW gegeven heeft niet opgevolgd worden.

4.2 Fase 2: Onderzoek

Nadat het meldingsformulier aangemaakt is, komt deze terecht op een wachtlijst. Deze wachtlijst is te bereiken door de zorgregisseurs. Wanneer de zorgregisseur aanvoelt dat er een melding opgepakt kan worden zal de langst wachtende cliënt benaderd worden.

Na het oppakken van het meldingsformulier begint het vooronderzoek. De zorgregisseur checkt welke gegevens er al aanwezig zijn van de cliënt in S4SR. Daarnaast raadpleegt de zorgregisseur de gemeente om informatie te verkrijgen over de cliënt, om zo juist en volledig mogelijk geïnformeerd te beginnen aan de case.

Vervolgens maakt de zorgregisseur een afspraak met de cliënt. Tijdens dit gesprek stelt de zorgregisseur gericht vragen om het probleem in kaart te brengen. Er wordt gezamenlijk besproken wat de zorgen zijn en wat de wensen en doelen zijn. Dit wordt verwerkt in het ondersteuningsplan. Het ondersteuningsplan is een overkoepelend en verbindend overzicht voor de cliënt, het SKT en voor eventuele zorgleveranciers. Bij het opstellen van het ondersteuningsplan moet worden beoordeeld of er een kernbeslissing genomen moet worden over de zorgvraag.

Na het opstellen van het ondersteuningsplan krijgt de cliënt het plan om door te nemen, te controleren en te ondertekenen. Indien de cliënt akkoord is wordt het plan vastgesteld en in S4SR geplaatst.

Wanneer een product opnieuw moet worden afgegeven (bij een herhalende zorgvraag), wordt er gekeken of de beschikking en de cliënt al in GWS/S4SR aanwezig zijn. Als cliënten ouder dan 18 jaar zijn, maar de geleverde zorg al voordat ze 18 werden kregen, vallen ze tot hun 23^e verjaardag nog onder de jeugdwet. Hier zal de administratie dan opnieuw een beschikking voor afgeven, zodat de zorgleveranciers weer kunnen declareren (via H10).

Indien een cliënt ouder dan 18 is (en eerder geen zorgvraag heeft gehad) en zorg nodig heeft, valt deze onder de WMO. Het SKT zal na het maken van het ondersteuningsplan de cliënt overdragen aan het Team Zorg (WMO van de gemeente). Het Team Zorg zorgt voor de verdere afwikkeling van de WMO beschikking.

In de onderstaande tabel is weergegeven wanneer de regie door het SKT gevoerd moet worden of wanneer dit door derden gedaan kan worden. Daarnaast is in de tabel duidelijk en verkort weergegeven wanneer er een kernbeslissing genomen moet worden en wanneer niet.

Actie	Regie	Kernbeslissing
Cliënt kan regie voeren én geen inzet specialistische zorg.	Niet nodig	Niet nodig
Regie kan elders (cliënt, informele/specialistische partner) worden belegd én inzet van 1 specialistische zorgleverancier.	Niet nodig	Wel nodig
Bij specialistische zorg met meer dan 1 specialistische zorgleverancier, maar er is sprake van een combinatie van de drie volgende factoren: - Gemotiveerd cliëntsysteem. - Regulier of bovengemiddeld intelligentieniveau (inschatting is voldoende). - Het ontbreken van psychiatrie bij alle meerderjarigen van het cliëntsysteem.	Afwegen	Wel nodig
Bij specialistische zorg met meer dan 1 specialistische zorgleverancier en geen sprake van een combinatie van bovenstaande drie factoren.	Wel nodig	Wel nodig

4.2.1 Zorg niet verder nodig

Wanneer blijkt dat verdere zorg na het gesprek tussen de cliënt en de zorgregisseur niet nodig of niet gewenst is, zal het dossier gesloten worden door de administratie. Dit gebeurt nadat de zorgregisseur het dossier op naam van “dossier sluiten” heeft gezet. Hierdoor komt er een signaal bij de administratie en wordt het dossier gesloten.

4.2.2 Zorg in Natura of Persoonsgebonden Budget

Er zijn twee mogelijke hoofdproducten die geleverd kunnen worden aan de cliënt:

- ZIN: *Bij Zorg In Natura (ZIN) contracteert de gemeente of het zorgkantoor de zorgleveranciers en ondersteuning. Ook regelt de gemeente of het zorgkantoor de administratie daaromheen. De cliënt kan met de zorgaanbieder afspraken maken over de manier waarop zorg en ondersteuning geboden worden.*²⁵
- PGB: *Met een Persoonsgebonden Budget (PGB) bepaalt de cliënt zelf wie zijn zorgleverancier wordt.*²⁶

4.2.2.1 Proces bij keuze voor Zorg in Natura

Wanneer er wordt gekozen om aan een cliënt een ZIN beschikking af te geven, wordt dit geleverd worden via H10. De GW geeft advies aan de zorgregisseur over het dossier. Per product is vastgesteld wat de volume en eenheid is voor de desbetreffende zorg en hiervoor zijn vaste bedragen afgesproken met de leveranciers.

De administratieve afhandeling van het afgeven van een ZIN beschikking wordt gedaan door de afdeling administratie. Deze afdeling kent de beschikking bij een ZIN toe aan de cliënt en de leverancier in GWS. Hiermee wordt mogelijk gemaakt dat de zorgleverancier de gemaakte kosten kan declareren bij H10. Er wordt genoteerd wat voor soort zorg er nodig is, met welk volume en in welke eenheid.

²⁵ Rijksoverheid. (2016, 05 20). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>.

²⁶ Rijksoverheid. (2016, 05 20). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>.

4.2.2.2 Proces bij keuze voor Persoonsgebonden Budget

Bij een PGB zijn een aantal regels waar aan gehouden moet worden. De cliënt dient een persoonlijk plan op te stellen welke volgens de jeugdwet aan de volgende drie voorwaarden moet voldoen:

- Bekwaamheid: De cliënt kan zelfstandig waarderen wat voor zorg nodig is en hoe de problemen zijn ontstaan;
- Motivering: Er moet worden aangegeven waarom een ZIN beschikking niet passend is;
- Kwaliteit: de geleverde zorg moet kwalitatief van hetzelfde niveau zijn als bij ZIN beschikkingen.

Om de hoeveelheid uren te bepalen zijn er richtlijnen opgesteld. In deze richtlijnen staan alle zorgaanbieders met de producten die zij leveren, wat het volume is en wat hier de kosten van zijn. Daarnaast moet de cliënt een test uitvoeren op www.PGB-test.nl. Om het bedrag van het PGB vast te stellen werkt het SKT op de volgende wijze:

- De hoogte van het toe te kennen budget is afhankelijk van de soort en hoeveelheid ondersteuning die passend is. De uren worden samen met de cliënt vastgesteld
- Voor inzet van een aantoonbaar gediplomeerd zorgverlener geldt het laagste tarief waarvoor de gemeente de Zorg in Natura (ZIN) inkocht minus 10 % aan overheadkosten (dit wordt dan genomen van de zwaarste soort van dat product)
- Voor inzet van niet-professionele zorgverleners geldt een uurtarief van €20,-.

De administratieve afhandeling van een beschikking voor een PGB wordt tevens door de afdeling administratie verzorgd. De toekenning van de beschikking wordt gedaan in GWS. Bij een PGB worden er alleen bedragen geregistreerd (in tegenstelling tot de ZIN beschikkingen, waar eenheden en volumes geregistreerd worden). Dit is te zien in bijlage 5 checklist PGB onderaan. De bedragen worden door de GW berekend door de eenheid en het volume te vermenigvuldigen met 90% van de prijzen die contractueel afgesproken zijn met een zorgleverancier voor ZIN beschikkingen.

Indien er een kernbeslissing is genomen over de zorgvraag wordt het bedrag door de zorgregisseur en de GW berekend tijdens de bespreking van het ondersteuningsplan.

Op dit moment is het met de gebruikte systemen niet direct duidelijk hoeveel kosten er per cliënt gemaakt worden.

In bijlage 12 is de huidige flowchart te vinden van de tweede fase.

4.3 Fase 3: Regisseren

Nadat het ondersteuningsplan ondertekend is door de cliënt begint het regisseren van de zorg door de zorgregisseur. De zorgregisseur is er verantwoordelijk voor dat de cliënt de juiste zorg krijgt. De cliënt wordt door de zorgregisseur overgedragen aan de zorgleverancier en gaat vervolgens in gesprek met de zorgleverancier over de hulpverlening. Tijdens de overdracht worden afspraken gemaakt met betrekking tot de samenwerking.

Als afspraken onvoldoende worden nageleefd wordt dit met de cliënt en zorgleverancier besproken. Indien de gesprekken niet tot verbetering leiden zal de zorgregisseur zich moeten wenden tot de GW en zelf de regie in handen nemen.

Wanneer de zorgleverancier tijdens het proces situaties ziet ontstaan waardoor ze de ingezette hulp niet toereikend vindt, zal dit besproken worden met het SKT. Hier bespreekt de zorgleverancier samen met het SKT de analyse en oplossingsrichting die de zorgleverancier heeft opgemaakt. Samen met de cliënt, het SKT en de zorgleverancier wordt dit behandeld. Ook in deze situatie zal de zorgregisseur zich wenden tot de GW.

Het doel van de regie is dat de opgestelde doelen in het ondersteuningsplan nagestreefd worden. Dit kan gedaan worden door de cliënt zelf of door de zorgregisseur. De cliënt of de zorgregisseur moet dan op de vastgestelde momenten evalueren. Indien de cliënt deze taken zelf oppakt, zal het SKT dit dossier sluiten. In het hele proces is de veiligheid van de cliënt altijd prioriteit nummer één.

In bijlage 14 is de huidige flowchart te vinden van de derde fase.

4.4 Fase 4: Afsluiten

Het afsluiten van een dossier wordt in samenspraak met de cliënt gedaan. Als de doelen van het traject voldoende zijn behaald en de cliënt geen zorg meer nodig heeft, kan het dossier afgesloten worden. Dit zal worden afgesloten met een laatste gesprek. Er is geen sprake van nazorg. Een aantal doorslaggevende criteria voor het afsluiten zijn:

- De zelfredzaamheid van het gezin;
- De veiligheid van kinderen;
- De aanwezigheid van hulpverleners en een sociaal netwerk;
- De mate van tevredenheid van het gezin met de behaalde doelen;
- Of de gezamenlijk geconstateerde noodzaak van meer of andere zorg.

Indien in een dossier een kernbeslissing genomen is dient het afsluiten in samenspraak met de GW te gaan. Wanneer dit niet het geval is, kan het dossier worden afgesloten door de zorgregisseur.

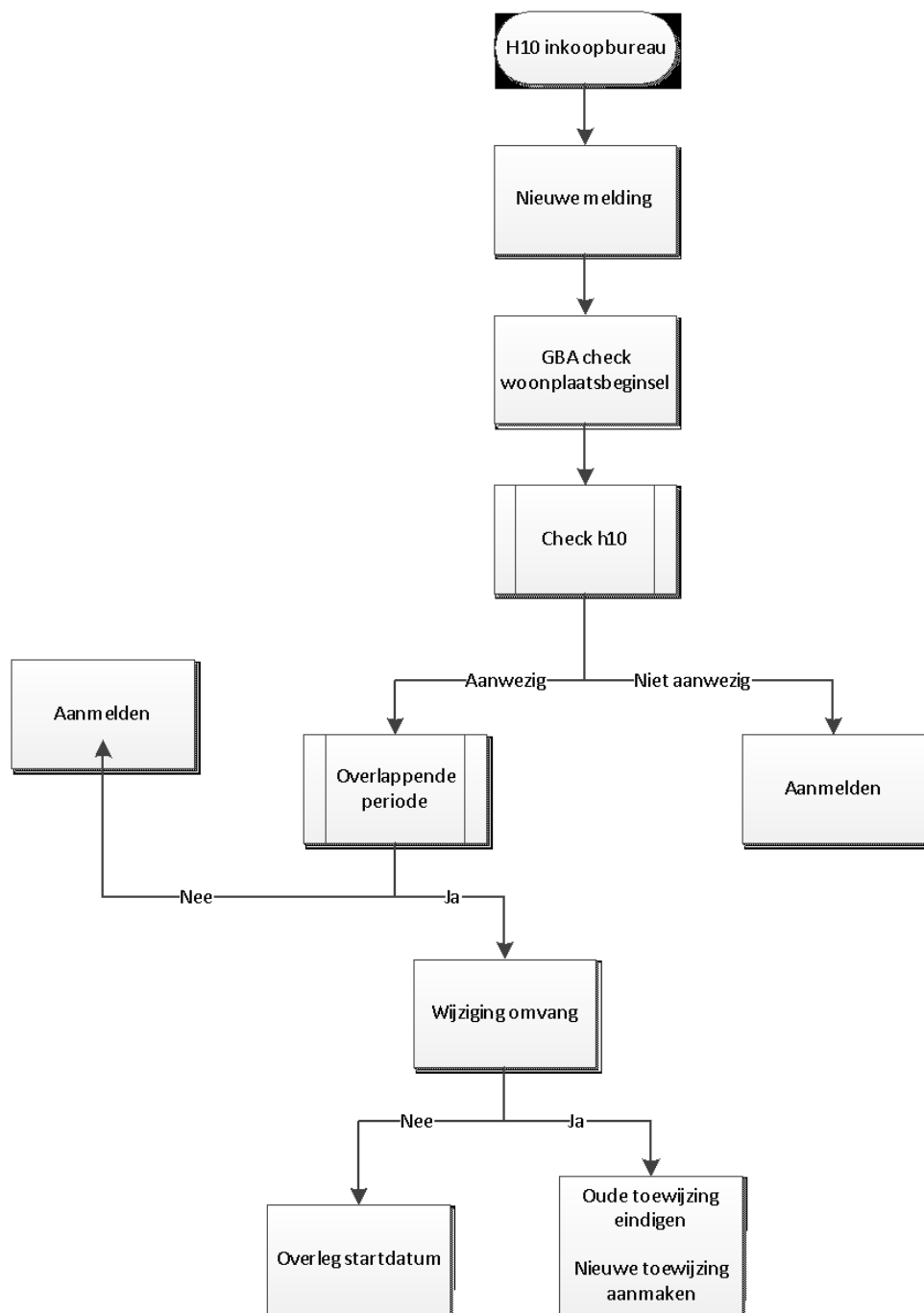
Voordat het dossier afgesloten wordt, wordt er een klanttevredenheidsonderzoek gehouden, waarbij aan de cliënt gevraagd wordt deze in te vullen. Het onderzoek dient ervoor om de tevredenheid van cliënten te onderzoeken, maar ook om informatie te leveren aan het SKT om zichzelf te verbeteren en beter aan te kunnen sluiten bij de wensen van de cliënt.

In bijlage 14 is de huidige flowchart te vinden van de laatste fase.

4.4.1 Declaraties via H10

Zoals eerder in dit onderzoek besproken, declareren de zorgleveranciers in het geval van een ZIN beschikking de gemaakte kosten via H10 bij het SKT. Wanneer de zorgleverancier een nieuwe cliënt heeft wordt deze aangemeld. Dit resulteert in nieuwe meldingen waar een beschikking voor wordt afgegeven (zie figuur 2). Bij de afdeling administratie binnen het SKT worden de facturen gefiatteerd, waarna de crediteurenadministratie van gemeente Westland de facturen betaalt aan de zorgleveranciers. In het geval van een PGB worden de gemaakte kosten via de cliënt gedeclareerd bij de Sociale Verzekeringsbank, die deze bedragen zal uitbetalen.

De bedragen die via H10 door de zorgleveranciers worden gedeclareerd, worden niet gecontroleerd. Bij een ZIN beschikking worden de volumes en eenheden geregistreerd, maar er wordt niet gecontroleerd of de factuur overeenkomt met wat er geregistreerd is. Hierdoor kan het zijn dat er hogere bedragen gedeclareerd worden, en daardoor meer kosten gemaakt worden dan in eerste instantie afgesproken is.

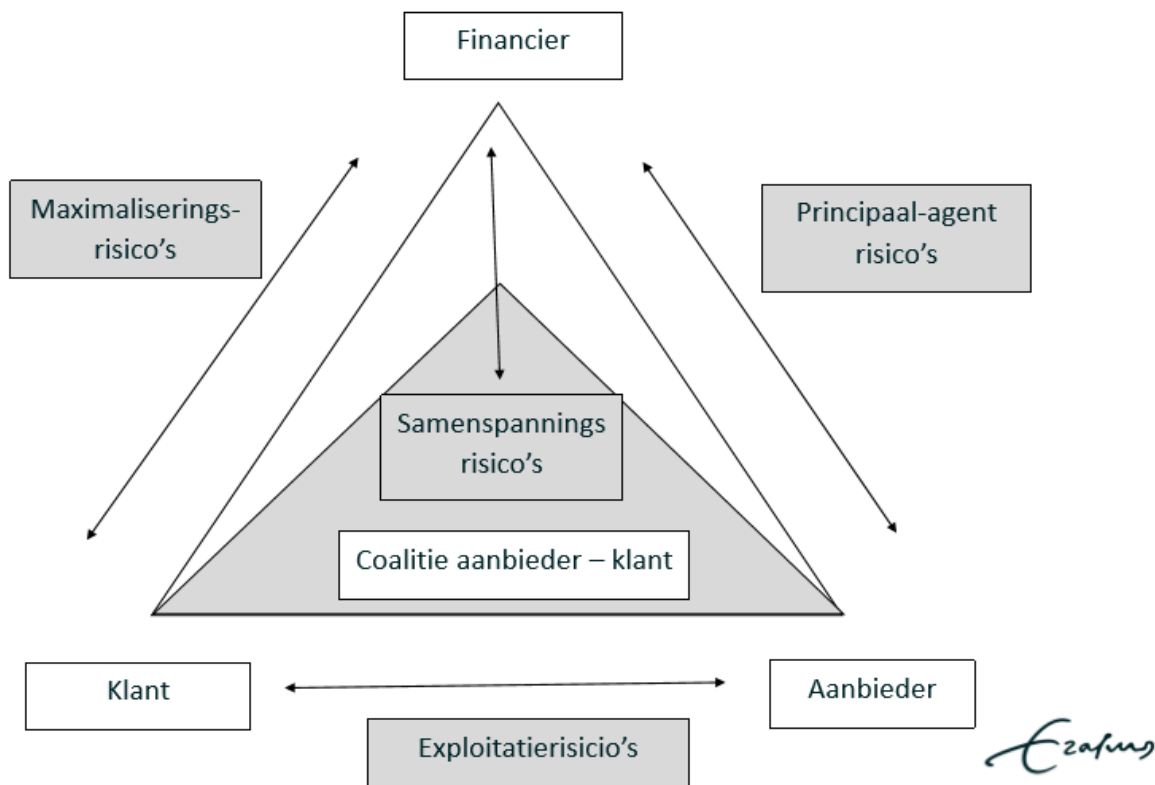


Figuur 2

4.6 Belangendriehoek

Het SKT heeft als bemiddelaar aan de ene kant te maken met de cliënt (de burger van het Westland) en aan de andere kant de zorgleverancier. Deze twee partijen hebben onderling ook contact met elkaar. Dit zorgt voor een driehoeksverhouding in het gemeentelijk zorgdomein. Menno Fenger²⁷ (hoogleraar Erasmus universiteit) noemt het de belangendriehoek in het gemeentelijk zorgdomein.

In onderstaande afbeelding is deze belangendriehoek te zien. In deze driehoek staan de verschillende soorten externe risico's tussen de partijen beschreven.



Afbeelding 5. Belangendriehoek Menno Fenger

Hierin is de gemeente de financier, de klant is de burger van het Westland (cliënt) en de aanbieder is de zorgleverancier.

In bovenstaande figuur worden de volgende risico's benoemd:

- Financier-Klant: Maximaliseringsrisico's
Het eerste risico is dat de cliënt de maximaal haalbare zorg wil krijgen, waardoor de financier hoge kosten moet maken. Daarnaast bestaat het risico dat de klant het PGB voor andere doeleinden wil krijgen/gebruiken.
- Financier-Aanbieder: Principaal-agent risico's
Deze risico's houden in dat de aanbieders de opbrengsten willen maximaliseren en de inspanningen willen minimaliseren. Hierdoor bestaat het risico dat de cliënt uiteindelijk niet de zorg krijgt die hij nodig heeft.
- Klant-Aanbieder: Exploitatierisico's
De geïndiceerde zorg wordt kwalitatief en/of kwantitatief niet geleverd.

Ten slotte zijn er nog de samenspanningsrisico's, waarbij de Klant en Aanbieder samenspannen tegen de Financier (de gemeente).

²⁷ M. Fenger. Fraude en handhaving in het gemeentelijke zorgdomein

4.7 Knelpunten huidig proces

Op basis van de huidige situatie en de theorie die beschreven is in hoofdstuk 3, worden in deze paragraaf de knelpunten die zichtbaar zijn aangekaart.

De knelpunten die in het proces zichtbaar zijn:

1. Er wordt niet op voorhand in de eerste fase gekeken of de persoon in kwestie thuis hoort bij de gemeente Westland (en daarmee het SKT).
2. Tussen de eerste fase en tweede fase is geen functiescheiding aanwezig (geen interne controle). De zorgregisseur kan zelf uit de lijst een wachtende cliënt kiezen.
3. Niet ieder dossier waar een kernbeslissing over genomen moet worden, gaat langs een GW.
4. Er is geen inzicht in de afgegeven persoonlijke en anonieme adviezen (in de eerste fase).
5. Een cliënt wordt pas verwerkt tot een dossier nadat een zorgregisseur deze heeft opgepakt.
6. Bij doorverwijzing door externe gecertificeerde partijen is er geen zicht op het uitgevoerde werk van de leverancier.
7. Er is geen inzicht in de kosten die gemaakt worden en de tijd die de activiteiten kosten.
8. Er wordt geen gebruik gemaakt van een control model.
9. Er is geen interne controle aanwezig in de huidige situatie.

5 Gewenste situatie zorgadvies en –bemiddelingsproces

In dit hoofdstuk wordt de gewenste situatie beschreven aan de hand van interviews en observaties tijdens de onderzoeksperiode. Er wordt antwoord gegeven op het eerste deel van deelvraag 4:

“Hoe ziet de gewenste situatie voor het zorgadvies en -bemiddelingsproces er uit?”.

De gewenste situatie van het zorgadvies en –bemiddelingsproces is in sommige gevallen gelijk aan de huidige situatie en in sommige gevallen niet. In het vorige hoofdstuk in paragraaf 4.7 worden de knelpunten die in het proces zitten aangekaart. Er wordt gekozen om geen gebruik te maken van hele procesbeschrijvingen om de gewenste situatie te beschrijven, omdat hierdoor te veel herhaling plaats zal vinden. De gewenste situatie zal per fase waarin de knelpunten zich bevinden worden beschreven. Daarnaast wordt het COSO model gebruikt voor interne controle en de Deming Circle als control model om de gewenste situatie te beschrijven. In hoofdstuk 6 (aanbevelingen) wordt beschreven met welke maatregelen de gewenste situatie bereikt kan worden.

5.1 Fase 1: Melding

Tijdens het eerste contact met de cliënt moet de bureaudienst met behulp van “Key 2 burgerzaken” nagaan of hij een inwoner is van de gemeente Westland (knelpunt 1 hoofdstuk 4.7).

Als er bepaald wordt dat de cliënt meer ondersteuning of hulp nodig heeft, wordt er een meldingsformulier opgemaakt en geregistreerd in S4SR. Om het risico van fraude te voorkomen, dient er functiescheiding aangebracht te worden bij het oppakken van dossiers door de zorgregisseurs. De zorgregisseur moet niet zelf een dossier oppakken maar de bureaudienst moet de meldingen verdelen over de zorgregisseurs (knelpunt 2 hoofdstuk 4.7).

Omdat het niet duidelijk is hoeveel tijd de bureaudienst besteed aan anonieme adviesvragen dient de tijd die besteed is aan anonieme adviesvragen te worden bijgehouden aan de hand van een urenregistratie. Hieruit is op te maken hoeveel adviesvragen er anoniem zijn beantwoord en hoeveel tijd hier aan is besteed. (knelpunt 4 hoofdstuk 4.7).

Als er bepaald wordt dat de cliënt meer ondersteuning of hulp nodig heeft, wordt er een meldingsformulier opgemaakt en geregistreerd in S4SR. Daarbij dient er gelijk een dossier aangemaakt te worden, omdat dit eerste contactmoment zeer belangrijk is voor het dossier. Er wordt immers onderzocht wat de precieze zorgvraag van de cliënt is (knelpunt 5 hoofdstuk 4.7).

In bijlage 11 is de gewenste flowchart te vinden van de eerste fase.

5.1.1 Kernbeslissingen

De gewenste situatie van dit onderdeel in het proces wordt in hoofdstuk 5.2 beschreven.

5.2 Fase 2: Onderzoek

Het is gewenst dat het duidelijk is in welke gevallen een kernbeslissing genomen dient te worden (checklist), en dat deze richtlijn door elke zorgregisseur opgevolgd wordt. Een samenvatting van het overleg tussen de zorgregisseur en de ingeschakelde GW dient toegevoegd te worden aan het dossier, zodat altijd gecontroleerd kan worden of het gesprek plaats heeft gevonden en of het advies van de GW al dan niet is opgevolgd. Dit dient geplaatst te worden door de GW. (knelpunt 3 hoofdstuk 4.7).

In bijlage 13 is de gewenste flowchart te vinden van de tweede fase.

5.2.1 Zorg niet verder nodig

Indien de zorgregisseur vroegtijdig vindt dat er geen verdere zorg meer nodig is, dient hij dit samen met de GW te beoordelen (met het oog op functiescheiding). Ook een samenvatting van dit gesprek dient toegevoegd te worden aan het dossier (deel knelpunt 3 hoofdstuk 4.7).

5.2.2.1 Proces bij keuze voor Zorg in Natura

In het systeem dient bij elke beschikking een order- of dossiernummer aan het BSN-nummer van de cliënt te worden opgebouwd. Daarin dienen het tarief per uur en het aantal uur dat de cliënt zorg nodig heeft te worden opgenomen. Hierdoor ontstaat een budget per cliënt. De gemaakte kosten per cliënt dienen tevens aan dit order- of dossiernummer te worden gekoppeld zodat een overzicht ontstaat van de gemaakte kosten per dossier (ten opzichte van het budget) (deel knelpunt 7, hoofdstuk 4.7).

5.2.2.2 Proces bij keuze voor Persoonsgebonden Budget

Zie de gewenste situatie die beschreven is in hoofdstuk 5.2.2.1.

5.3 Fase 3: Regisseren

Zie de gewenste situatie die beschreven is in hoofdstuk 5.2.2.1.

In bijlage 15 is de gewenste flowchart te vinden van de derde fase.

5.4 Fase 4: Afsluiten

Zie de gewenste situatie die beschreven is in hoofdstuk 5.2.1.

In bijlage 15 is de gewenste flowchart te vinden van de vierde fase.

5.4.1 Declaraties via H10

Er moet met de huisartsen en andere gecertificeerde instellingen in de gemeente Westland afgesproken worden dat cliënten met een zorgvraag doorverwezen worden naar het SKT. Indien dit niet mogelijk is moet er door middel van een bewijs (een werkbrief met ondertekening van de cliënt met daarop de uitgevoerde taken en de hoeveelheid uren) verantwoording aan de gemeente afgelegd worden (om op deze manier het risico van fraude te kunnen verkleinen).

5.5 In control

In de beschrijving van de huidige situatie van het proces is gebleken dat het proces niet in control is. Gewenst is dat het zorgadvies en –bemiddelingsproces wel helemaal in control is. Met in control wordt bedoeld dat het proces beheerst wordt. Met een in control model kunnen de verbeterpunten die volgen (door middel van de maatregelen) op een gestructureerde manier geïmplementeerd worden. Een onderdeel van control zijn interne controles, deze zullen verder behandeld worden in de volgende paragraaf (met het COSO internal control framework).

5.5.1 Interne controle

Het laatste punt dat van toepassing is op de interne controle is dat er gegevens aanwezig moeten zijn van de gemaakte kosten (en of deze dan conform het budget zijn). Het is wenselijk om in één systeem te kunnen regisseren (dossiers), beschikkingen af te kunnen geven en kosten aan de dossiers/BSN nummers te kunnen hangen. Met deze informatie kan gerapporteerd worden wat de kosten per BSN-nummer, of de kosten voor de gemeente Westland zijn. Daarnaast ontstaat er door de gebudgetteerde kosten en declaraties te vergelijken (budget tegenover werkelijkheid) een verbandscontrole. De opgevoerde kosten moeten gelijk zijn aan het afgegeven budget. Indien dit niet het geval is moet dit verantwoord kunnen worden.

5.5.1.1 Control Environment

Binnen het SKT dienen standaarden, processen en structuren gecreëerd te worden, waarmee de interne controle door het gehele zorgadvies- en bemiddelingsproces heen gewaarborgd is. Het bestuur en het management moeten erop toezien dat deze standaarden, processen en structuren gevolgd worden en het belang daarvan onderschrijven.

Uit de interviews blijkt dat er behoefte is aan één uniform proces dat voor elke melding gevolgd moet worden. Daarbij wil het SKT dat er vrijheid blijft bestaan voor de professionaliteit van de zorgregisseurs, maar achteraf moet controleerbaar zijn welke stappen er genomen zijn en door wie. Daarnaast wil het SKT dat er controlepunten in het proces zijn, waardoor de zorgregisseurs behoed worden voor het bewust of onbewust frauderen of fouten maken (zie de risico's in de belangendriehoek in hoofdstuk 4.6).

5.5.1.2 Risk Assessment

Binnen het zorgadvies- en bemiddelingsproces dienen de belangrijkste risico's gedefinieerd te worden. Uit interviews blijkt dat de organisatie zich bewust is van de knelpunten in het proces. Het SKT heeft hiervoor echter geen interne controle/ beheersmaatregelen op ingericht in het proces. Daarnaast blijkt uit de interviews dat er geen concrete doelstellingen voor het SKT geformuleerd zijn. Uit de theorie blijkt dat doelstellingen van groot belang zijn om de knelpunten te kunnen identificeren en analyseren.

5.5.1.3 Control Activities

Om de risico's die in het vorige element zijn beschreven te kunnen beperken zijn er maatregelen nodig. In het theoretisch onderzoek (zie hoofdstuk 3.3.4.3) is beschreven dat er preventieve (functiescheiding) en repressieve (audit) maatregelen in het proces verweven moeten worden, om fouten en/of onregelmatigheden te kunnen ontmoedigen of te kunnen detecteren. Functiescheiding dient ingebouwd te worden in de selectie en ontwikkeling van controle activiteiten, om fraude en fouten vooraf te kunnen voorkomen.

5.5.1.4 Information and Communication

Er is informatie en communicatie nodig om intern en extern te kunnen rapporteren, en om na te kunnen gaan of de geformuleerde doelstellingen behaald zijn. Daarnaast is informatie nodig om na te kunnen gaan op welke punten binnen het proces verbeteringen mogelijk/nodig zijn.

5.5.1.5 Monitoring Activities

Om te kijken of elk van de vijf componenten van interne controle, waaronder de controles, aanwezig is en functioneert zijn er evaluaties nodig. De evaluaties geven aan waar in het proces verbeteringen mogelijk/nodig zijn.

6 Conclusie en aanbevelingen

Door middel van het vergelijken van de huidige en gewenste situatie worden in dit hoofdstuk de knelpunten binnen het huidige proces beschreven. Daarnaast worden er bij de knelpunten maatregelen beschreven zodat de huidige situatie wordt afgestemd op de gewenste situatie. Ten slotte zal er ook antwoord worden gegeven op de centrale hoofdvraag.

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op deelvraag 3 “Wat zijn de knelpunten in de huidige situatie?” en op het tweede deel van deelvraag 4: “Wat moet er gebeuren om de aanbevelingen te implementeren?”

6.1 Control environment

Er moet besloten worden door het management wat voor soort omgeving omtrent interne controle gecreëerd moet worden.

6.2 Risk Assessment

De knelpunten binnen het zorgadvies- en bemiddelingsproces worden in dit hoofdstuk in kaart gebracht onder de componenten van het COSO-model waartoe deze behoren. Belangrijk is wel dat er door het bestuur en management doelstellingen opgesteld worden voor het SKT. Aan de hand van deze doelen dienen opnieuw overgebleven knelpunten in kaart te worden gebracht. Daarnaast moeten voor de nieuw benoemde knelpunten en maatregelen in het proces worden ingevoerd.

6.3 Control Activities

Uit de beschrijving van de huidige situatie is gebleken dat de zorgregisseur zowel een beschikkende, uitvoerende, bewarende en registrerende functie heeft. Zoals in de gewenste situatie beschreven is, dient er functiescheiding toegepast te worden. Hieronder worden maatregelen beschreven waarmee functiescheiding ingevoerd kan worden.

6.3.1 Knelpunt 1

Het eerste knelpunt wordt opgemerkt binnen de eerste fase (de melding) van het zorgadvies- en bemiddelingsproces. Wanneer een cliënt contact opgenomen heeft met het SKT, wordt niet gecontroleerd of de cliënt wel binnen de gemeente Westland woont. Om dit te controleren is het “stappenplan bepaling verantwoordelijk gemeente” (zie bijlage 2) opgesteld, maar uit de omschrijving van de huidige situatie blijkt dat dit stappenplan niet gebruikt wordt.

Wanneer niet op voorhand wordt gecontroleerd of de cliënt wel een inwoner van de gemeente Westland is, en de cliënt niet doorverwezen wordt naar de juiste gemeente, kan dit later in het proces problemen veroorzaken met de declaraties van zorgleveranciers. Hierdoor ontstaat het risico dat het SKT en daarmee de gemeente Westland dan onrechtmatige kosten maakt (omdat er kosten worden gemaakt die eigenlijk voor rekening van een andere gemeente zijn).

6.3.2 Maatregel 1

In het nieuwe proces dient ingeregeld te worden dat de bureaudienst tijdens het eerste contact nagaat of de cliënt inwoner van de gemeente Westland is. Hiervoor moeten de medewerkers van de bureaudienst toegang krijgen tot de applicatie “Key 2 burgerzaken” en het “stappenplan bepaling verantwoordelijk gemeente” consistent volgen. Wanneer een cliënt geen inwoner van de gemeente Westland blijkt te zijn, moet hij doorverwezen worden naar de juiste gemeente (tenzij er sprake is van een groot risico en er moet spoed hulp nodig is).

6.3.3 Knelpunt 2

Een ander knelpunt dat naar boven komt in de eerste fase (de melding) van het zorgadvies- en bemiddelingsproces is een eerste vorm van functiescheiding. Doordat de zorgregisseurs meldingen zelf oppakken, bestaat het risico dat een zorgregisseur een kennis, vriend of buurman hulp gaat bieden. De zorgregisseur kan hierdoor de cliënt en zichzelf bevoordelen (bijvoorbeeld door het onnodig toewijzen van een PGB en/of het laten uitbetalen van een (deel van het) bedrag van het PGB aan zichzelf.)

6.3.4 Maatregel 2

Om het risico van fraude te beperken moet niet de zorgregisseur zelf de meldingen oppakken, maar moeten de meldingen verdeeld worden door de bureaudienst. Daarnaast behoudt de bureaudienst hiermee het totaal overzicht van meldingen die open staan, in behandeling, of afgerond zijn. In de planning van de zorgregisseurs kan plaats worden gevonden voor nieuwe meldingen (cliënten).

Echter hangt hier nog wel een kanttekening aan: dossiers moeten door middel van een zwaarte beoordeling en prioriteit voorzien worden (zie manier van werken West Brabant West zie bijlage 6). Dit vergt een nog groter inzicht in de melding door de bureaudienst. Met deze werkwijze wordt er direct een prognose van het aantal uur dat er kan worden besteed aan een dossier gecreëerd. Wanneer deze prognose wordt overschreden, dient de zorgregisseur te verantwoorden hoe dit komt.

6.3.5 Knelpunt 3

Wat wordt opgemerkt in de tweede fase van het proces (het onderzoek) is dat niet ieder dossier waarover een kernbeslissing genomen moet worden, langs een GW gaat (terwijl dit wel de procedure is). Daarnaast wordt het advies dat een GW geeft over een kernbeslissing of dossier niet vastgelegd en hoeft dit advies niet te worden opgevolgd. Dit kan fraude veroorzaken in het aantal uren dat wordt afgegeven, omdat er niet overlegd wordt over het aantal uren door de GW en zorgregisseur. Ook kan bij een probleem met de zorg aan de cliënt niet nagegaan worden of de zorgregisseur een verkeerde inschatting heeft gemaakt.

6.3.6 Maatregel 3

Een maatregel voor het voorgaande knelpunt is, dat er een controle ingebouwd moet worden waar aan te zien is of het dossier langs de GW is geweest en of het advies van de GW is opgevolgd. Allereerst dient er daarom een handzame checklist te worden opgesteld, waarin de zorgregisseur gemakkelijk aan kan geven of de randvoorwaarden voor een kernbeslissing wel of niet van toepassing zijn op de cliënt. Deze checklist dient altijd toegevoegd te worden aan het dossier. Indien er volgens de checklist een kernbeslissing genomen dient te worden dient het advies van de GW toegevoegd te worden aan het dossier door de GW zelf (zodat dit in dossiers gescheiden is). Er dient aan het eind van elke maand een steekproef genomen te worden op dossiers om na te gaan of de procedure is gevolgd.

6.4 Information and Communication

Er is informatie en communicatie nodig om intern en extern te kunnen rapporteren, en om na te kunnen gaan of de geformuleerde doelstellingen behaald zijn. Daarnaast is informatie nodig om na te kunnen gaan op welke punten binnen het proces verbeteringen mogelijk/nodig zijn.

6.4.1 Knelpunt 4

Een ander knelpunt waar in de eerste fase van het proces tegenaan gelopen kan worden, is dat het aantal adviezen dat wordt gegeven aan cliënten die anoniem wensten te blijven en de tijd die daarvoor nodig was, niet wordt geregistreerd. Het kan voorkomen dat er een groot gedeelte van de dag cliënten die anoniem advies willen ontvangen contact opnemen met het SKT. Doordat deze contactmomenten niet geregistreerd worden, kan het beeld ontstaan dat het rustig is. Een gevolg kan zijn dat de aanname wordt gemaakt dat er minder werknemers nodig zijn (terwijl dit niet het geval is). Daarnaast zorgt dit knelpunt in het proces ervoor dat gemaakte kosten (bijvoorbeeld loonkosten) niet goed te verantwoorden zijn.

6.4.2 Maatregel 4

Om inzicht te verkrijgen in het aantal anonieme adviesvragen en de tijd die hieraan besteed wordt, dient er een systeem van urenregistratie opgezet te worden. Op deze manier kunnen de loonkosten verantwoord worden en kan er gerapporteerd worden hoeveel mensen dat het SKT per dag/maand/jaar helpt.

6.4.3 Knelpunt 5

In het huidige proces wordt in de eerste fase (de melding) tijdens het eerste contactmoment met de cliënt een registratie gedaan in S4SR (indien de cliënt daar toestemming voor geeft). Er wordt hiermee niet gelijk een dossier aangemaakt, terwijl het eerste gesprek al in een dossier hoort. Er wordt immers tijdens dit gesprek beoordeeld wat de zorgvraag is van de cliënt. Om een juist dossier op te kunnen bouwen en de zorgregisseur op weg te helpen met de zorgvraag van een cliënt, is het van belang dat er gelijk tijdens het eerste contactmoment een dossier aangemaakt wordt. Wanneer er zoals nu niet gelijk een dossier aangemaakt wordt, dient de zorgregisseur bij het oppakken van de melding opnieuw contact met de cliënt te hebben over de zorgvraag (terwijl dit eerder ook al besproken is). Dit kost erg veel tijd, die niet effectief besteedt kan worden aan het regisseren van zorg aan de cliënt.

6.4.4 Maatregel 5

Om het vorige knelpunt te kunnen verhelpen, dient in het proces ingebouwd te worden dat gelijk tijdens het eerste contactmoment en het achterhalen van de zorgvraag, een dossier wordt aangemaakt met een samenvatting hiervan. Deze samenvatting dient met de zorgregisseur besproken te worden tijdens het overdragen van het dossier (zie paragraaf 5.3.4).

6.4.5 Knelpunt 6

Wanneer een huisarts (of een andere gecertificeerde instelling) een cliënt doorverwijst naar een zorgleverancier wordt pas bij het fiatteuren van de factuur van de zorgleverancier door de administratie van het SKT duidelijk dat de desbetreffende cliënt een zorgvraag had. Deze zorgvraag is buiten het proces van het SKT om gegaan. Er dient hierdoor achteraf een beschikking afgegeven te worden, terwijl het niet mogelijk is om te controleren of de gefactureerde zorg daadwerkelijk uitgevoerd is.

Daarnaast kan de cliënt doorverwezen worden naar zorgleveranciers die niet gecontracteerd zijn. Hierdoor worden hogere kosten gemaakt dan wanneer de zorg geleverd zou worden door een gecontracteerde zorgleverancier. Daarnaast is het in GWS niet mogelijk om beschikkingen aan te maken voor zorgleveranciers waarmee geen contracten zijn. Dit zorgt voor veel administratieve moeilijkheden.

6.4.6 Maatregel 6

Het SKT dient met de huisartsen en andere gecertificeerde instellingen in de gemeente Westland af te spreken dat inwoners met een zorgvraag doorverwezen worden naar het SKT, of dat de huisarts (of andere gecertificeerde instelling) de cliënt aanmeldt bij het SKT. Hierdoor kunnen vooraf beschikkingen afgegeven worden en worden de juiste zorgleveranciers betrokken bij de zorgvraag.

6.5 Monitoring Activities

Binnen het SKT dient de proceseigenaar te evalueren of er procesverbeteringen mogelijk/nodig zijn. Dit dient op herhalende momenten te worden gedaan om zo steeds het proces te verbeteren.

6.6 Knelpunt 7

Zoals in de huidige situatie is beschreven, worden er bij PGB beschikkingen bedragen ingevoerd in GWS en bij ZIN beschikkingen volumes en eenheden. De dossiers (regie) worden in S4RS bijgehouden. Afgesloten dossiers worden uiteindelijk ook nog gearhiveerd in Corsa.

Een lopend dossier bestaat hierdoor uit twee systemen die niet aan elkaar zijn gekoppeld. In geen van deze twee systemen wordt bijgehouden welke kosten er daadwerkelijk gemaakt/geboekt zijn voor een bepaalde cliënt (of een bepaald BSN-nummer). Er kan hierdoor niet gecontroleerd worden of de declaraties conform de afgegeven beschikkingen zijn.

Hierin zit een groot knelpunt, omdat de cliënt onvoldoende zorg kan hebben gekregen (minder dan vooraf begroot) of dat er meer zorg wordt gedeclareerd (die al dan niet geboden is aan de cliënt).

6.7 Maatregel 7

Om bovenstaand knelpunt te verhelpen is een extra repressieve maatregel gewenst. De systemen S4RS en GWS dienen samengevoegd te worden tot één systeem (of er dient een ander systeem ingekocht te worden), waarin dossiers bijgehouden worden, beschikkingen afgegeven worden en kosten geboekt worden. Bij elke beschikking dient aan het BSN-nummer van de cliënt een order- of dossiernummer opgebouwd met daarin het tarief per uur en het aantal uur dat de cliënt zorg nodig heeft. Deze informatie samen vormt het budget voor een bepaalde cliënt.

Door het gebruik van deze methode kan er gerapporteerd worden op de kosten per BSN-nummer of bijvoorbeeld de kosten voor de gemeente Westland. Daarnaast kan, wanneer de gedeclareerde kosten anders zijn dan begroot, met de leverancier overlegd worden waarom dit zo is. De leverancier dient dan te verantwoorden waarom er meer of minder zorg geleverd is dan begroot (met behulp van een analyse in verslagvorm met de handtekening van de cliënt eronder). Dit zorgt voor een verbandscontrole. De kosten van cliënten zijn gelijk aan de declaraties van de zorgleveranciers.

Een belangrijk punt binnen deze maatregel is dat dossiers pas gesloten mogen worden als er geen zorg meer wordt geleverd aan de cliënt (ofwel als de doelen in het ondersteuningsplan bereikt zijn). Als dossiers gesloten worden terwijl er nog kosten gedeclareerd worden, zal er een foutmelding ontstaan in het systeem (de kosten kunnen dan immers niet meer geboekt worden). Hierdoor blijft de regie altijd in handen van het SKT, omdat er in de gaten moet worden gehouden of dossiers afgerond zijn (ook al heeft de cliënt zelf de regie).

6.8 Control

Om het zorgadvies en -bemiddelingsproces in control te krijgen moet een model ingevoerd worden. Tot op heden is er geen gebruik gemaakt van een control model. In hoofdstuk 3 is de Deming Circle gekozen. Elke stap van het model dient evenwichtig aan bod te komen in het proces zodat er beheersing van het proces plaats vindt.

6.8.1 Plan

In de eerste stap van het model “Plan” moet vastgesteld worden wat bereikt moet worden. Voor het zorgadvies en –bemiddelingsproces is het doel dat de hiervoor genoemde maatregelen ingewerkt worden in het proces.

6.8.2 Do

In de tweede stap van het model wordt uitgevoerd wat vastgesteld is in de eerste stap. De bovengenoemde maatregelen worden in deze stap uitgevoerd in het proces.

6.8.3 Check

Na “Do” wordt gekeken of de activiteiten het gewenste resultaat hebben behaald. Dit houdt in dat budgetten niet zijn overschreden, er geen declaraties ontvangen zijn die foutief of niet te verantwoorden zijn en dat er geen kernbeslissingen genomen zijn zonder GW.

6.8.4 Act

Als uit de checkfase blijkt dat er maatregelen zijn die er nog niet voor hebben gezorgd dat het gewenste resultaat is behaald, dienen er verbeteracties bedacht te worden (om ervoor te zorgen dat de maatregelen wel leiden tot het gewenste resultaat).

6.9 Centrale hoofdvraag

De centrale hoofdvraag die behandeld is in deze onderzoek luidt als volgt:

“Welke knelpunten zitten er in het zorgadvies en –bemiddelingsproces en welke beheersmaatregelen zijn er nodig om het SKT in control te laten komen op haar primaire (zorgadvies en -bemiddelingsproces) proces?”

Om tot beantwoording te kunnen komen is de huidige situatie van het zorgadvies en – bemiddelingsproces in hoofdstuk 4 beschreven. Op basis van de theorie, interviews en bevindingen is de gewenste situatie beschreven in hoofdstuk 5. Door de vergelijking van de huidige met de gewenste situatie zijn de volgende knelpunten in het huidige proces geconstateerd:

1. Er wordt niet op voorhand in de eerste fase gekeken of de persoon in kwestie thuis hoort bij het SKT.
2. Tussen de eerste fase en tweede fase is er geen functiescheiding aanwezig. De zorgregisseur kan zelf uit de lijst een wachtende cliënt kiezen.
3. Niet ieder dossier gaat langs een GW, terwijl het wel een kernbeslissing is. Dit vertaalt in verbeteringen in meerdere fases van het proces. (afsluitingen en toewijzing leveranciers)
4. Geen inzicht in de afgegeven persoonlijke en anonieme adviezen tijdens de eerste fase.
5. Een cliënt wordt pas verwerkt tot een dossier nadat een zorgregisseur deze heeft opgepakt.
6. Bij doorverwijzing door externe gecertificeerde partijen is er geen zicht op het uitgevoerde werk van de leverancier.
7. Er is geen inzicht in de kosten die gemaakt worden.
8. Er wordt geen gebruik gemaakt van een control model.
9. Er is geen interne controle aanwezig in de huidige situatie.

Om het SKT in control te krijgen zodat de activiteiten binnen de organisatie beheerst worden, moeten de processen worden beschreven (huidige en gewenste situatie), moet er worden gekeken naar interne controle (controle technische functiescheiding & beheersmaatregelen) en moet er een control model (de Deming Circle) ingebouwd worden.

De gewenste situatie zal bereikt worden door de volgende maatregelen te implementeren:

Control Activities

- Tijdens het eerste contact moet de bureaudienst met behulp van “Key 2 burgerzaken” nagaan of de cliënt wel tot de gemeente Westland behoort.
- De zorgregisseur moet niet zelf een dossier oppakken maar de bureaudienst moet de meldingen verdelen over de zorgregisseurs.
- Er moet een controle ingebouwd worden om te zien of een dossier langs een GW is geweest en of het advies is opgevolgd. Hier dient een checklist voor opgesteld te worden zodat gemakkelijk beoordeeld kan worden of een kernbeslissing van toepassing is op de cliënt.

Information and communication

- De tijd die besteed is aan anonieme adviesvragen moet worden bijgehouden aan de hand van een urenregistratie. Hieruit is dan op te maken hoeveel adviesvragen er anoniem zijn beantwoord en hoeveel tijd hier aan is besteed.
- Er moet tijdens het eerste contactmoment gelijk een dossier aangemaakt worden, omdat dit eerste gesprek ook tot het dossier behoort.
- Er moet met de huisartsen en andere gecertificeerde instellingen in de gemeente Westland afgesproken worden dat cliënten met een zorgvraag doorverwezen worden naar het SKT.

Monitoring activities

- Hier is een repressieve maatregel gewenst. Het moet in één systeem (samenvoegen tot één systeem of een nieuw systeem) mogelijk zijn om te registreren (dossiers), beschikkingen af te geven en kosten aan de dossiers/BSN nummers te hangen. Met deze informatie kan gerapporteerd worden wat de kosten per BSN-nummer of de kosten voor de gemeente Westland zijn. Daarnaast ontstaat er door de kosten en declaraties te vergelijken (budget tegenover werkelijkheid) een verbandscontrole.

Bibliografie

COSO. (2013). *Internal Control - Integrated Framework*. COSO.

Fenger, M. (sd). *Fraude en handhaving in het gemeentelijke zorgdomein*.

Heideman, T. (2003). *Administratieve organisatie: van klassiek naar modern: administratieve organisatie voor gemeenten en non-profitinstellingen*. Nieuwegein: Deloitte& touche opleidingen.

Jans. (2007). Grondslagen Administratieve Organisatie (Deel A &B). In Jans, *Grondslagen Administratieve Organisatie*. Wolters.

Jans (2007). Inleiding Administratieve Organisatie. Wolters Noordhoff.

Nieuwenhuis, D. M. (sd). *The Art of Management*, 1. Strategie en Structuur.

INK. INK-Managementmodel. Opgeroepen op April 1, 2016, van <http://www.ink.nl/model/ink-managementmodel>

Robert L. Simons (1994). *Levers of Control. How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Harvard Business Review Press.

Deloitte interne beheersing. Are you in control? Opgeroepen op <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/nl/Documents/risk/deloitte-nl-risk-interne-beheersing-in-de-praktijk-are-you-in-control.pdf>

Rijksoverheid. (2016, 05 20). <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>. Opgehaald van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>

university, v. (2016, 5 13). *Are there different types of Internal Controls*. Opgehaald van <https://www4.vanderbilt.edu/internalaudit/internal-control-guide/different-types.php>: <https://www4.vanderbilt.edu/internalaudit/internal-control-guide/different-types.php>

Accounting Information Systems
Marshall B. Romney, Paul John Steinbart
13th edition. Pearson
Hoofdstukken 12, 13, 14,15 & 16

Administratieve organisatie; van klassiek naar modern; administratieve organisatie voor gemeenten en non-profit instellingen
Theo Th. Heideman
1^e druk, Deloitte & Touche opleidingen

Financieel management van non profit organisaties
T.L.C.M. Groot & G.J. van Helden
12^e druk, Noordhoff Uitgevers B.V.

Organisatietheorie voor non-profit
Bert Kapteyn
2^e herziende druk, Bohn stafleu van Loghum

Websites:

Rijksoverheid à PGB's

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-aanvragen>

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-verantwoorden>

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/verschil-pgb-zorg-natura>

www.Ao-online.nl

http://www.procesverbeteren.nl/procesgericht/procesgerichte_organisatie_en_ERP.php

Bijlagen

Bijlage 1 Interviews

Interview hoofd administratie W. van der Have

1. Is de Administratieve organisatie beschreven?

- Die is niet beschreven zoals ook geconstateerd is in de bevindingen van Stimulanz (bedrijf die een risicoanalyse heeft uitgevoerd bij het SKT).

2. Zijn er concrete doelstellingen geformuleerd?

- Op dit moment zijn er geen concrete doelstellingen vastgesteld.

3. Zijn de werknemers bekend met het begrip AO?

- Ik denk het niet maar de werknemers kennen wel het in processen denken.

4. Hoe reageren de zorgregisseurs en GW op functiescheiding en controlepunten in de processen?

- Zoals je hebt kunnen zien tijdens de bijeenkomsten met het kwaliteitsteam is er hier een scheiding te vinden. De ene groep snapt en wilt dat deze punten er moeten zijn, maar de andere groep (wat groter van formaat) die wilt graag zijn/haar professionaliteit uit kunnen voeren.

5. Ik snap dat de professionaliteit uitgevoerd moet kunnen worden, maar er moeten toch wel grenzen zijn en controles om te voorkomen dat bewuste onregelmatigheden en onbewuste fouten niet gemaakt kunnen worden?

- Ja dat is zeker zo. Hierdoor moet er dus functiescheiding zijn en moeten er controlepunten aanwezig zijn om de werknemers hiervoor te behoeden.

6. Van welke systemen wordt er gebruik gemaakt?

- Dit zijn er op dit moment zes, namelijk:
 - GWS: Hierin worden beschikkingen afgegeven.
 - Suite 4 Sociale Regie (S4SR): Hier worden de dossiers bijgehouden.
 - SVB portaal: Hier wordt het budget voor de PGB's vrijgegeven.
 - Corsa: hier worden gesloten dossiers in gearchiveerd.
 - Key 2 burgerzaken: In Key 2 burgerzaken zijn de gegevens van de inwoners te vinden.
 - H10: Hierin zijn de declaraties van de zorgleverancier te vinden

7. Klopt het dat dossiers in twee verschillende systemen bijgehouden worden?

- Ja, de regie wordt uitgevoerd in S4SR en de beschikkingen worden afgegeven in GWS.

8. Moet er niet worden gekeken naar samenvoeging tot 1 systeem?

- Ja, wij willen dit wel realiseren alleen is het op dit moment nog niet ons prioriteit, tenzij blijkt uit het onderzoek dat dit zeker van toepassing moet zijn. Het creëert wel een situatie waar in twee systemen langs elkaar gewerkt wordt. Zo wordt in S4SR een dossier afgesloten terwijl de beschikking in GWS nog loopt.

9. Worden de kosten ook bijgehouden in het systeem

- Dit is op dit moment niet het geval.

10. Is het niet wenselijk dat de kosten genoteerd worden bij de dossiers zodat je dan een budget creëert en hier op kan sturen?

- Ja, dat is zeker een goed punt. Echter is daar op dit moment nog niet aan gedacht. Maar misschien moeten we daar in de toekomst wel naar toe

- 11. Doordat er geen kosten zijn hebben jullie wel de inzicht van hoeveel de cliënt kost of wat de kosten zijn van de zorg voor de burgers van de gemeente Westland?**
- Nee, die hebben we niet. We gaan er op dit moment van uit dat de declaraties door H10 gecontroleerd worden. Maar waar we achter zijn gekomen is dat H10 op het moment niet controleert op de volume en eenheid die in beschikkingen zijn afgegeven.
- 12. Dan kunnen we dus concluderen dat dit er wel moet komen om te kunnen sturen?**
- Ja, dat kunnen we concluderen.
- 13. Wat doet de administratie?**
- De administratie verzorgt administratieve processen in het proces. Ze zorgen voor de beschikkingen die worden afgegeven, maken berekeningen voor de jaarlijkse bedragen die voor een budget uitgegeven moeten worden, sluiten dossiers af, pakken meldingen op uit het H10 bestand (facturenbestand van het inkoopbureau H10) en fiatteren de declaraties
- 14. Komt het vaak voor dat onderzoeksplannen niet correct ingevuld zijn?**
- Ja, dit komt regelmatig voor.
- 15. Waar zitten dan de fouten?**
- Vaak klopt de productcode niet, dit komt dan waarschijnlijk of doordat een GW er niet naar gekeken heeft of dat de zorgregisseurs deze codes niet goed overneemt.
- 16. Zit het stukje van volume en eenheid (onderaan bijlage 5) van de checklist voor de PGB altijd in deze documenten.**
- Ik heb dit soms wel voorbij zien komen. Echter is het lang niet altijd het geval.

Interviews met het kwaliteitsteam van het SKT. Het kwaliteitsteam is opgebouwd uit een groep medewerkers van verschillende functies die elk zijn/haar team achter zich vertegenwoordigd.

17. Wat doet de bureaudienst

- De bureaudienst krijgt de telefoontjes van cliënten die een zorgvraag hebben. Deze zorgvraag wordt ingevuld in een meldingsformulier welke gehangen wordt in de wachtlijst.

18. Komt het vaak voor dat er anonieme adviesvragen zijn?

- Ja, dit komt met enige regelmaat voor hier maken wij dan geen melding van.

19. Is er helemaal geen overzicht met de hoeveelheden en wat voor adviezen er zijn afgegeven?

- a. Nee, die is er op dit moment niet.

20. Is dat op het moment niet wenselijk?

- Zeker wel, anders is niet te zien wat voor en hoeveel adviezen er zijn afgegeven, hierdoor is dus de drukte niet te meten bij de bureaudienst.

21. Wat doen de zorgregisseurs?

- De zorgregisseurs regisseren de zorg die de cliënt nodig hebben.

22. Kunt u dit wat uitgebreider vertellen?

- De zorgregisseurs pakken de meldingen op. Vervolgens kijken zij bij derden en de gemeente wat er al bekend is van deze persoon. Vervolgens stellen ze samen met de cliënt een onderzoeksplan op. Hier wordt gekozen of het een ZIN beschikking of PGB moet zijn. Indien er een zorgleverancier aan te pas komt is het een altijd kernbeslissing is (voorwaardes voor een kernbeslissing zijn uitgebreid beschreven in bijlage 4). Bij ZIN

beschikkingen worden dan beschikkingen in GWS aangemaakt met de eenheid en volume die vastgesteld zijn in de prijslijst. Bij PGB's wordt het bedrag welke de gedragswetenschapper afgeeft ingevoerd in GWS.

23. Is de huidige situatie opgedeeld of is er een uniform proces voor elke melding?

- Er zijn verschillende processen op dit moment de groepen zijn verdeeld in 23- en 23+. Dit is gedaan doordat er niet altijd een plan nodig is voor 23+. Echter dient dit te worden veranderd tot 1 proces.

24. Wordt er gecontroleerd of dossiers die wel een kernbeslissing zijn ook daadwerkelijk langs een GW gaan?

- Nee, dit wordt niet gecontroleerd

25. Zijn er dossiers waar dit niet gebeurd is?

- Ja, er zijn dossiers welke niet langs een GW zijn geweest maar wel een kernbeslissing moeten zijn.

26. Wat doen de gedragswetenschappers.

- Zij adviseren de zorgregisseurs bij kernbeslissingen en geven de volumes en eenheden af voor de te leveren zorg.

27. Hoe wordt de hoogte van een PGB vastgesteld?

- Hier zijn een aantal vastigheden voor vastgesteld. Zo wordt voor zorg 90% van de bedragen van ZIN beschikkingen toegekend aan een PGB.

Interview Teamleider Joyce van Leer

28. Wat doen de teamleiders?

- Ze zorgen er voor dat de zorgregisseurs de juiste middelen hebben om hun werk uit te kunnen voeren.

29. Hoe evalueren jullie de dossiers met de zorgregisseurs

- Ik neem de dossiers die de zorgregisseurs hebben door met de zorgregisseurs en bespreek of er ergens risico's ontstaan. Zodat we hierover kunnen beslissen wat we doen.

30. Is er een overzicht waarin de kosten van de dossiers dan kunnen worden behandeld en waarom dan meer of minder kosten op dat moment zijn gemaakt?

- Nee, dat is ook niet beschikbaar op dit moment.

31. Ziet u al enige knelpunten in de processen?

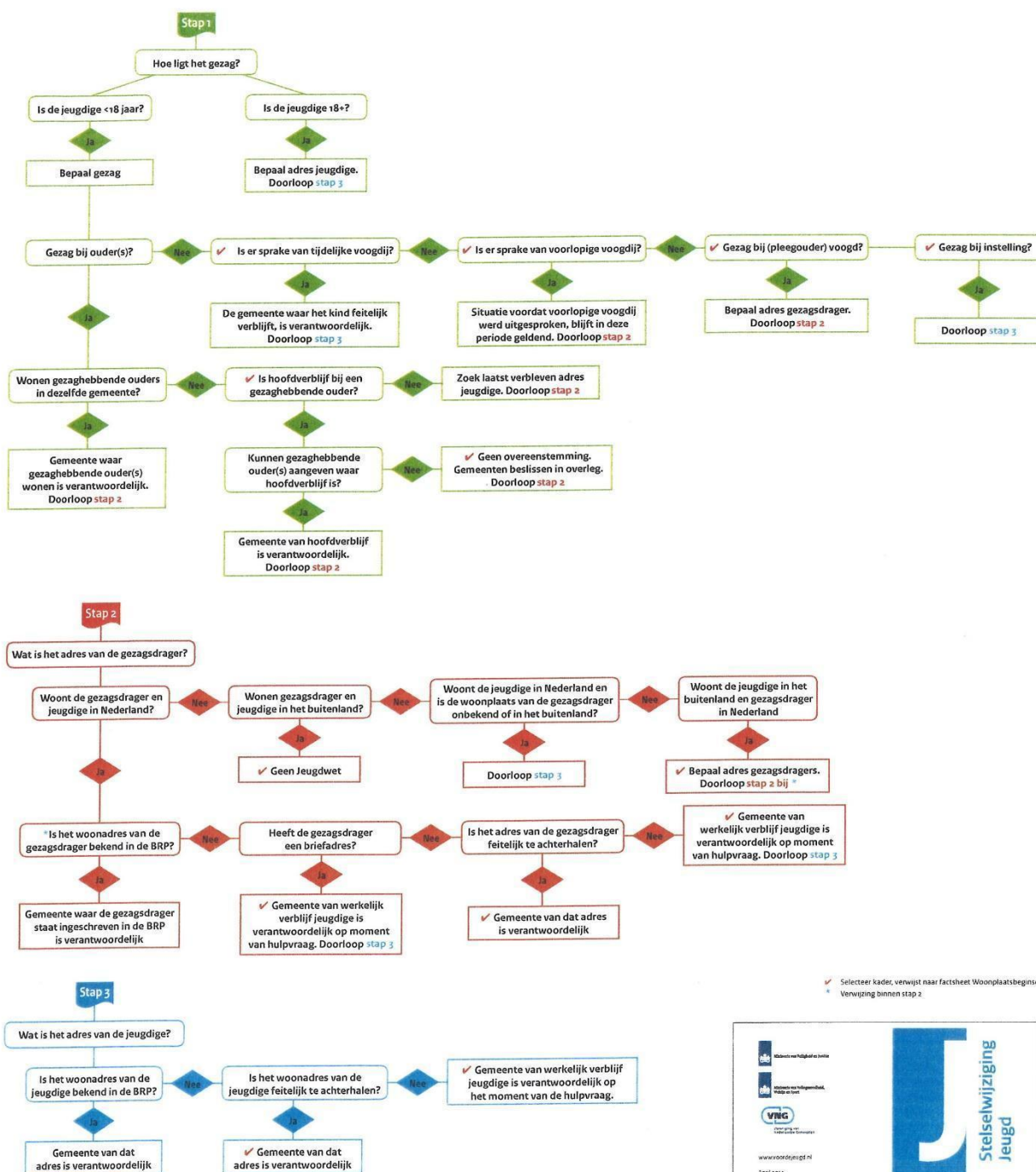
- De processen moeten helder zijn, efficiënter worden ingericht, er moet een duidelijke structuur zijn en de werkprocessen moeten helder zijn.

Stappenplan bepaling verantwoordelijke gemeente

Stappenplan bij het bepalen van de verantwoordelijke gemeente voor de uitvoering van de Jeugdwet

Met dit stappenplan kunt u vaststellen welke gemeente verantwoordelijk is. Dit ten behoeve van de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeenten. De VNG en het Rijk hebben afgesproken om de Jeugdwet toe te passen zoals in dit stappenplan uiteen is gezet. Bij dit schema hoort een factsheet met uitleg over het woonplaatsbeginsel. Deze kunt u downloaden op: www.woordejeugd.nl

Via dit stappenplan wordt uitgezocht welke gemeente verantwoordelijk is. Bij acute situaties wordt al wel direct geleverd. De gemeente die levert, stelt daarna via het stappenplan vast welke gemeente daadwerkelijk verantwoordelijk is. De kosten van alle geleverde acute hulp zijn voor rekening van de gemeente die volgens het woonplaatsbeginsel verantwoordelijk is.



Bijlage 3 Kernbeslissing

Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind.

Kinderen van 0 tot 3 jaar

- hebben bij alle activiteiten verzorging van een ouder nodig; • ouderlijk toezicht is zeer nabij nodig; • zijn in toenemende mate zelfstandig in bewegen en verplaatsen; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid; • hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 3 tot 5 jaar

- kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan binnenshuis korte tijd op gehooraafstand (bijv. ouder kan was ophangen in andere kamer); • hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid; • kunnen zelf zitten, en op gelijkvloerse plaatsen zelf staan en lopen; • hebben hulp, toezicht, stimulans, zindelijkheidstraining en controle nodig bij de toiletgang; • hebben hulp, toezicht, stimulans en controle nodig bij aan- en uitkleden, eten en wassen, in- en uit bed komen, dag- en nachtritme en dagindeling bepalen; • hebben begeleiding nodig bij hun spel en vrijetijdsbesteding; • zijn niet in staat zich zonder begeleiding in het verkeer te begeven; • hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 5 tot 12 jaar

- kinderen vanaf 5 jaar hebben een reguliere dagbesteding op school, oplopend van 22 tot 25 uur/week; • kunnen niet zonder toezicht van volwassenen. Dit toezicht kan op enige afstand (bijv. kind kan buitenspelen in directe omgeving van de woning als ouder thuis is); • hebben toezicht, stimulans en controle nodig en vanaf 6 jaar tot 12 jaar geleidelijk aan steeds minder hulp nodig bij hun persoonlijke verzorging zoals het zich wassen en tanden poetsen; • hebben hulp nodig bij het gebruik van medicatie; • zijn overdag zindelijk, en 's nachts merendeels ook; ontvangen zo nodig zindelijkheidstraining van de ouders/verzorgers; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij hun psychomotorische ontwikkeling; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid; • hebben begeleiding van een volwassene nodig in het verkeer wanneer zij van en naar school, activiteiten ter vervanging van school of vrije tijdsbesteding gaan; • hebben een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Kinderen van 12 tot 18 jaar

- hebben geen voortdurend toezicht nodig van volwassenen; • kunnen vanaf 12 jaar enkele uren alleen gelaten worden; • kunnen vanaf 16 jaar een dag en/of een nacht alleen gelaten worden; • kunnen vanaf 18 jaar zelfstandig wonen; • hebben bij hun persoonlijke verzorging geen hulp en maar weinig toezicht nodig; • hebben bij gebruik van medicatie tot hun 18e jaar toezicht, stimulans en controle nodig; • hebben tot 18 jaar een reguliere dagbesteding op school/opleiding; • hebben begeleiding en stimulans nodig bij ontplooiing en ontwikkeling (bv. huiswerk of het zelfstandig gaan wonen); • hebben begeleiding en stimulans nodig bij de ontwikkeling naar zelfstandigheid en zelfredzaamheid; • hebben tot 17 jaar een beschermende woonomgeving nodig waarin de fysieke en sociale veiligheid is gewaarborgd en een passend pedagogisch klimaat wordt geboden.

Bijlage 4 Multidisciplinaire kernbeslissingen in het SKT Westland

Voor het SKT zijn de volgende kernbeslissingen opgesteld.

- Casussen waarbij de meldcode wordt ingezet, beslissing omtrent vaststelling van de te nemen stappen. Momenten:
 - o Indien er bij de aanmelding op 1 of 2 veiligheidsvragen 'ja' wordt geantwoord.
 - o Bij de eerste versie van het Plan van Aanpak dat met het gezin is opgesteld
 - o Op momenten dat je als zorgregisseur binnen je betrokkenheid bij een gezin signalen krijgt van huiselijk geweld en/of kindermishandeling waardoor je de meldcode moet volgen.
 - Beslissing tot spoedaanmelding
 - Vaststelling bodemeisen: Zorgregisseur bereid voor, maar vaststelling bespreken met GW.
 - Beslissing tot melding bij Veilig Thuis.
 - Beslissing tot aangifte van een strafbaar feit. Dit dient zowel met de GW als met de TL (teamleider) te worden overlegd, bij voorkeur in een drie-overleg
 - Beëindigen van een dossier:
 - o Als er veiligheidsrisico's zijn.
 - o Als in de casus in het afgelopen half jaar een Verzoek tot Onderzoek is gedaan bij de Raad voor de Kinderbescherming.
 - Besluit tot vernietiging van het dossier van een minderjarige. Dit dient zowel met de GW als met de TL te worden overlegd, bij voorkeur in een drie-overleg.
 - De inzet specialistische zorg middels het afgeven van een beschikking vanuit het SK T.
 - Onderdelen van de kernbeslissing:
 - o Beslissing tot inzet (welke en hoeveel) specialistische zorg.
 - o Het voorleggen van het Plan van Aanpak aan de GW.
- NB: Deze splitsing geldt alleen indien de kernbeslissing tot inzet specialistische zorg in het MDO is genomen. De zorgregisseur 'egt dan achteraf het Plan van Aanpak voor aan de GW In alle andere gevallen is voorleggen van het Plan van Aanpak voldoende om beide onderdelen van de kernbeslissing af te ronden.
- Beslissing omtrent afzien van geïndiceerde hulpverlening. Als geïndiceerde hulpverlening niet start of stopt binnen 3 maanden na het afgeven van een beschikking
 -
 - Het voorbereiden en het besluit tot indienen van een Verzoek tot Onderzoek bij de Raad voor de Kinderbescherming, welke landt bij de JBT (jeugdbeschermingstafel)
 - Beslissing tot aanmelden en organiseren voor een plek Jeugdzorgplus / Gesloten Jeugdzorg
 - Beslissing tot uithuisplaatsing van een jeugdige

Bijlage 5 Checklist PGB

Checklist aanvulling indien PGB professionele zorg

Naam cliënt:

Naam zorgregisseur:

Naam gedragswetenschapper:

Datum invullen checklist:

- Gebruikelijk vs. boven gebruikelijke zorg

Zijn de Richtlijnen ten aanzien van gebruikelijke zorg van ouders voor kinderen met een normaal ontwikkelingsprofiel in verschillende levensfasen van het kind, duidelijk en concreet gemaakt?

- Motivatie

Heeft de cliënt uitgelegd waarom hij/zij PGB wil i.p.v. ZIN en laten zien zich te hebben georiënteerd op ZIN-mogelijkheden?

- Persoonlijk plan

Komt het Persoonlijk plan voldoende aan bod en zijn de volgende aspecten voldoende behandeld:

- Is de beoogde zorg op inhoud passend? Wat vindt het SKT op inhoud nodig t.b.v. de ontwikkeling van het kind? Heeft de uitvoering die ouders kiezen hier voldoende verband mee? - Welke ondersteuning is ingezet? - Welke ondersteuning is gewenst? - Welke ondersteuning kan vanuit het netwerk worden ingezet? - Welk resultaat moet bereikt worden? - Welk budget/ hoeveel uur wordt aangevraagd?

- Bekwaamheid

Acht het SKT de cliënt in staat om een PGB budget te beheren? NB: Indien nodig kan – in het bijzijn van het SKT – een test worden gedaan via de website <http://www.pgb-test.nl>

- Kwaliteitseisen

Verklaart de zorgaanbieder te voldoen aan de door de gemeente Westland gestelde kwaliteitseisen?

Eisen: relevant hbo diploma, VOG verklaring, werken met de meldcode, gebruik van een hulpverleningsplan, werken met meldplicht calamiteiten en geweld, verplichting om een clientvertrouwenspersoon zijn werk te laten doen. NB: Het SKT hoeft hier geen controle op uit te voeren. Het is belangrijk dat de cliënt weet dat hij/zij verantwoordelijk is voor dit aspect.

- Conclusie

Is er een conclusie toegevoegd bij 'inzet individuele voorziening' boven de beschikkingstabel? Het volgende kan worden toegevoegd; belangrijk om een keuze te maken tussen de aspecten voor en na de schuine streep.

Voor de toekenning van PGB bij professionele zorg acht de gemeente Westland enkele zaken noodzakelijk, namelijk: - Een Persoonlijk plan; - Er moet sprake zijn van vragen die voortkomen uit de gestelde problematiek. Het SKT ziet dat hier wel / geen sprake van is. - Er moet sprake zijn van bovengebruikelijke zorg. Het SKT ziet dat er wel / niet sprake is van bovengebruikelijke zorg. - De vragen dienen vergelijkbaar te zijn met jeugdhulp-vragen. Het SKT ziet dat hier wel / geen sprake is van jeugdhulpvragen. - Het kunnen beheren van een PGB: Het SKT schat in dat ouders hier voldoende / onvoldoende toe in staat zijn. - De zorgaanbieder dient te verklaren te voldoen aan de door de gemeente Westland gestelde kwaliteitseisen. De zorgaanbieder verklaart hier wel / niet aan te voldoen.

Het SKT beslist multidisciplinair dat er wel/geen recht is op een PGB voor ... (functie) met ... (volume) uren per ... (eenheid).

Bijlage 6 Proces West Brabant West

Het gezin staat centraal en voert zelf zoveel mogelijk de regie. Wanneer er een zorgleverancier nodig is kunnen zij beroep doen op de jeugdprofessional.

Samen met het gezin stelt de jeugdprofessional een gezinsplan op. Hierin wordt de huidige situatie in kaart gebracht en gespecificeerd. Aan de hand hiervan worden doelen besproken die het gezin wilt bereiken. De aanpak om de doelen te bereiken is maatwerk. Sommige problemen kunnen binnen het gezin en eigen netwerk worden opgelost. Soms kan het met behulp van de jeugdprofessional. Wanneer dit niet voldoende is verbind de jeugdprofessional het gezin met de niet vrij toegankelijke zorg. Samen specificeren ze de zorgdoelen en wordt er gekozen voor één van de negen cliëntprofielen.

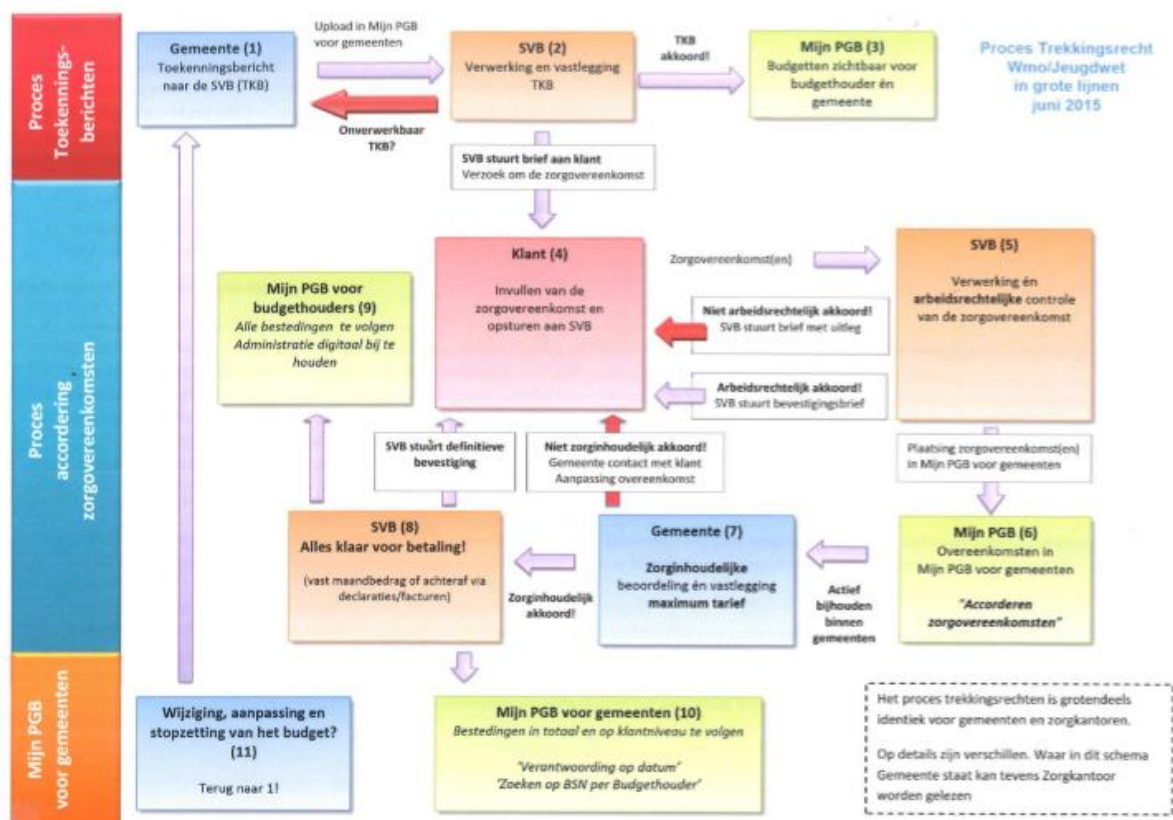
Het gezin kan online kiezen met welke zorgaanbieder binnen het cliëntprofiel zij verder willen gaan. Het gezin gaat vervolgens in gesprek met de zorgaanbieder. Met het gezinsplan als uitgangspunt maken ze afspraken over de resultaten en de aanpak. Deze afspraken komen terug in het behandelplan voor het gezin en een zorg arrangement voor de gemeente. Het arrangement is een contract met de gemeente waarin één zorgaanbieder de verantwoordelijkheid neemt voor alle zorg voor één kind. In het arrangement komt het cliëntprofiel terug. Hier is aangegeven of de zorg kort of lang gaat duren en of de zorg licht of zwaar zal zijn. Op basis hiervan zijn er vanuit de gemeente vaste tarieven beschikbaar voor deze zorg. De inhoud blijft bij het gezin in het behandelplan.

Als de leverancier de gemeente en het gezin akkoord is kan de zorg starten. De zorgaanleverancier kan andere leveranciers (onderaannemers) inschakelen om een deel van de resultaten te bereiken.

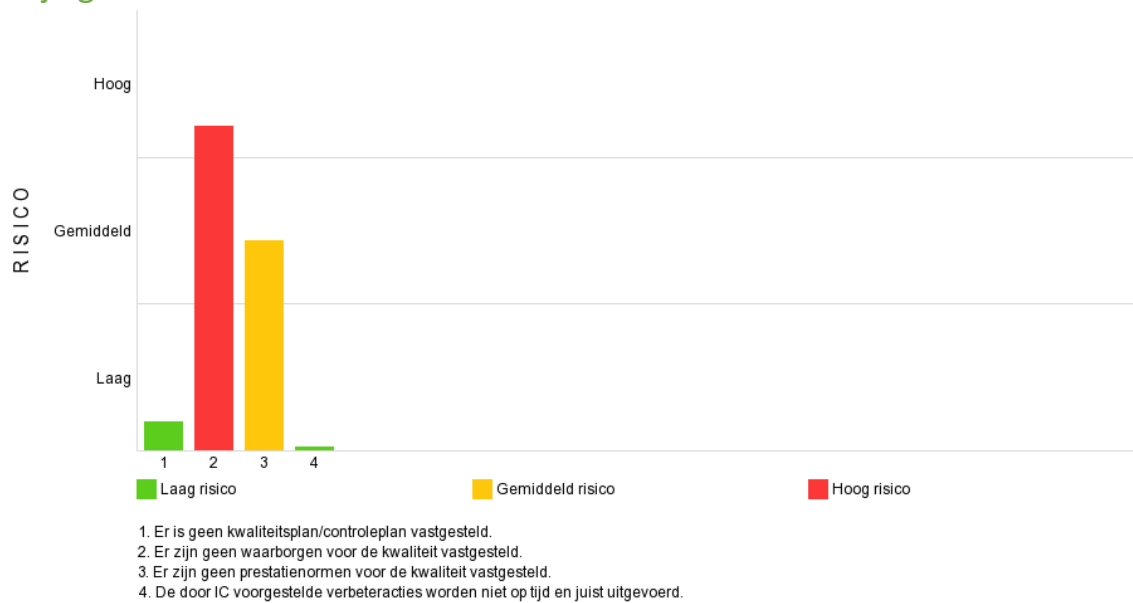
Gedurende de zorg wordt er geëvalueerd in hoeverre resultaten behaald worden. Het einde van de zorg heeft geen vaste datum. Het arrangement is pas klaar wanneer alle resultaten behaald zijn.

Na afloop van de zorg, meet de zorgleverancier de kwaliteit van de geleverde zorg. Daarin wordt gekeken naar uitval, doesrealisatie en de tevredenheid van het gezin. Deze scores worden online weergegeven en kunnen nieuwe cliënten dit gebruiken voor de keuze van hun zorgleverancier.

Bijlage 7 SVB proces



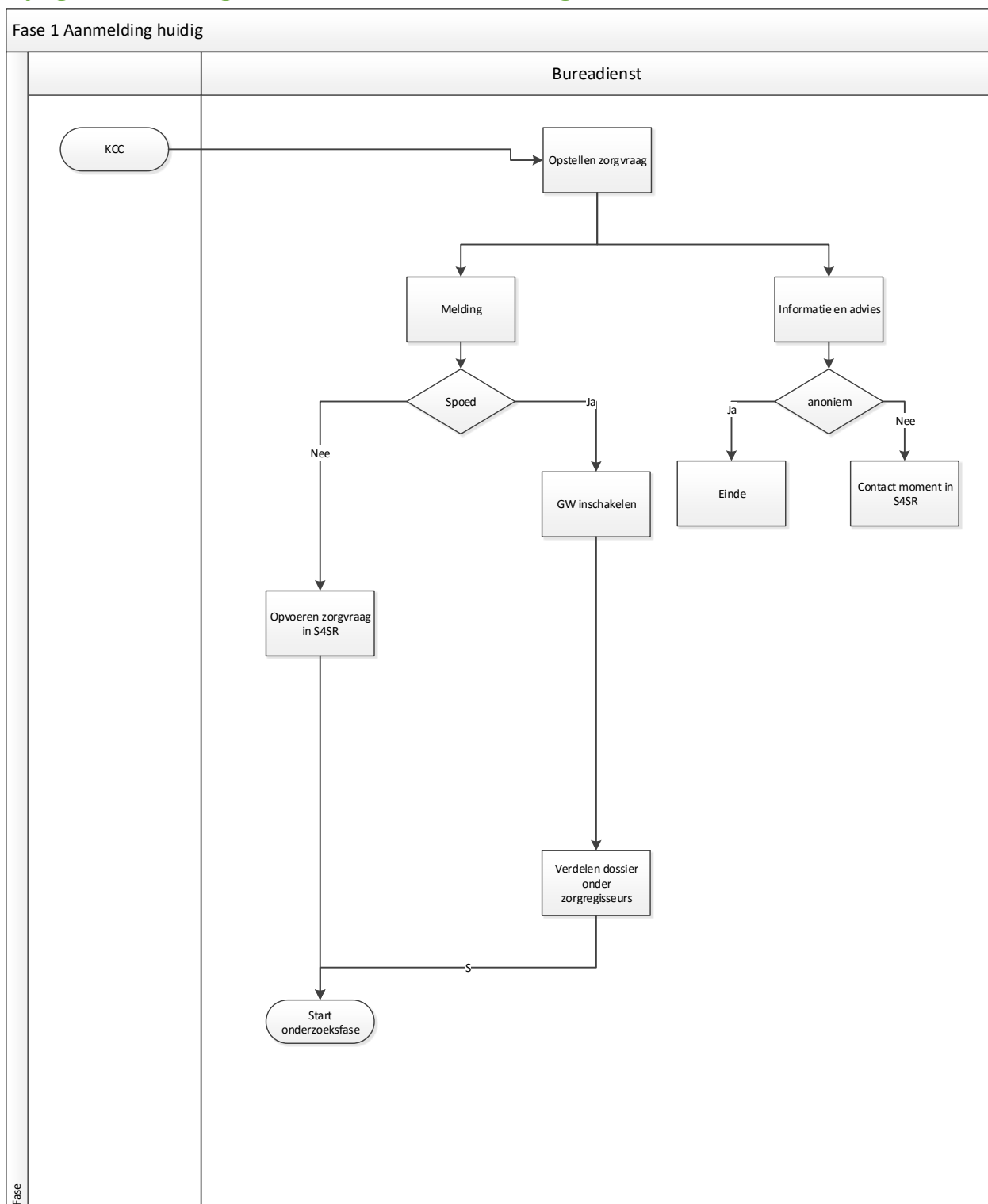
Bijlage 8 Risicoscan interne controle



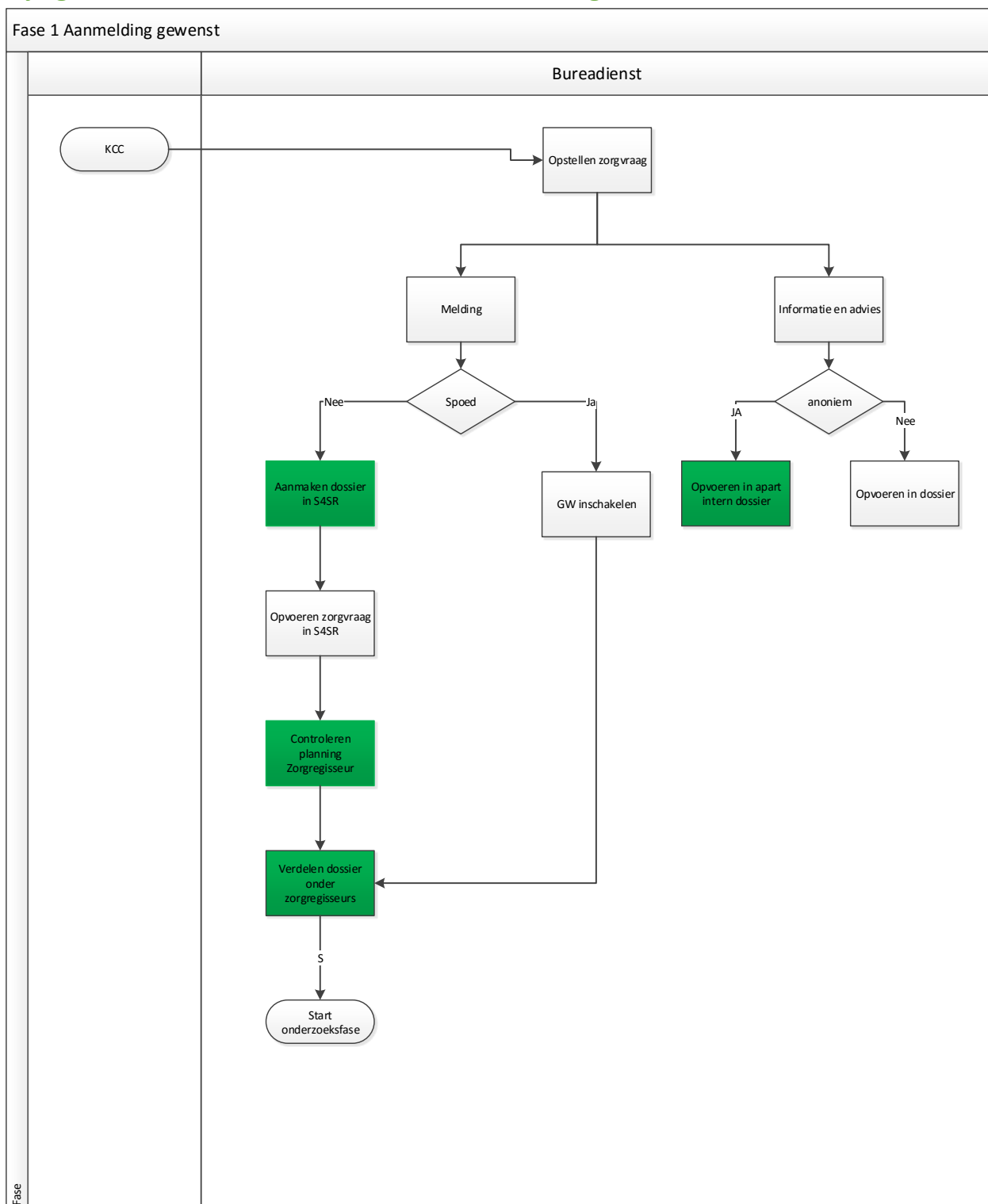
Bijlage 9 Risicoscan bedrijfsprocessen



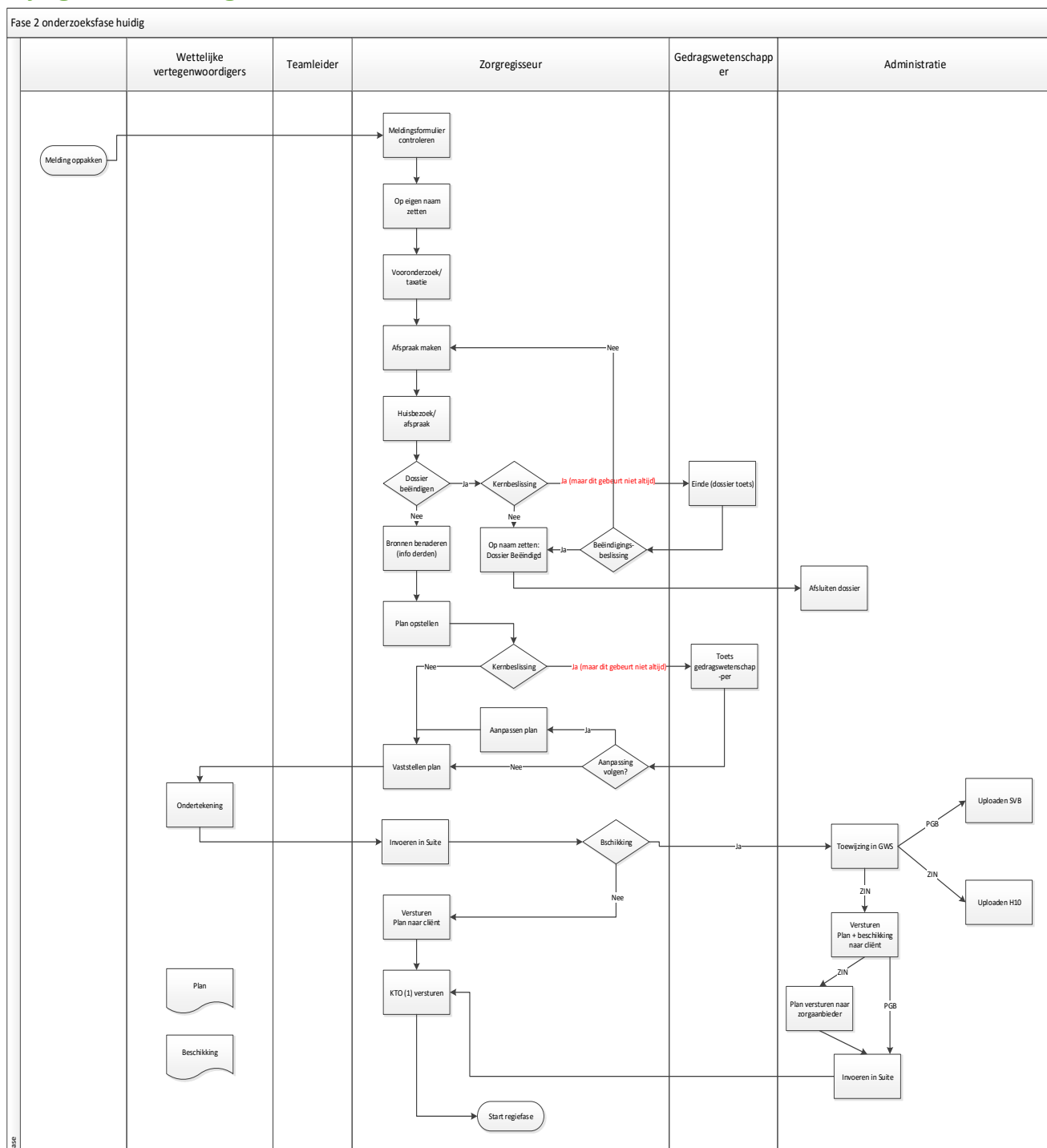
Bijlage 10 Huidige situatie fase 1 Aanmelding



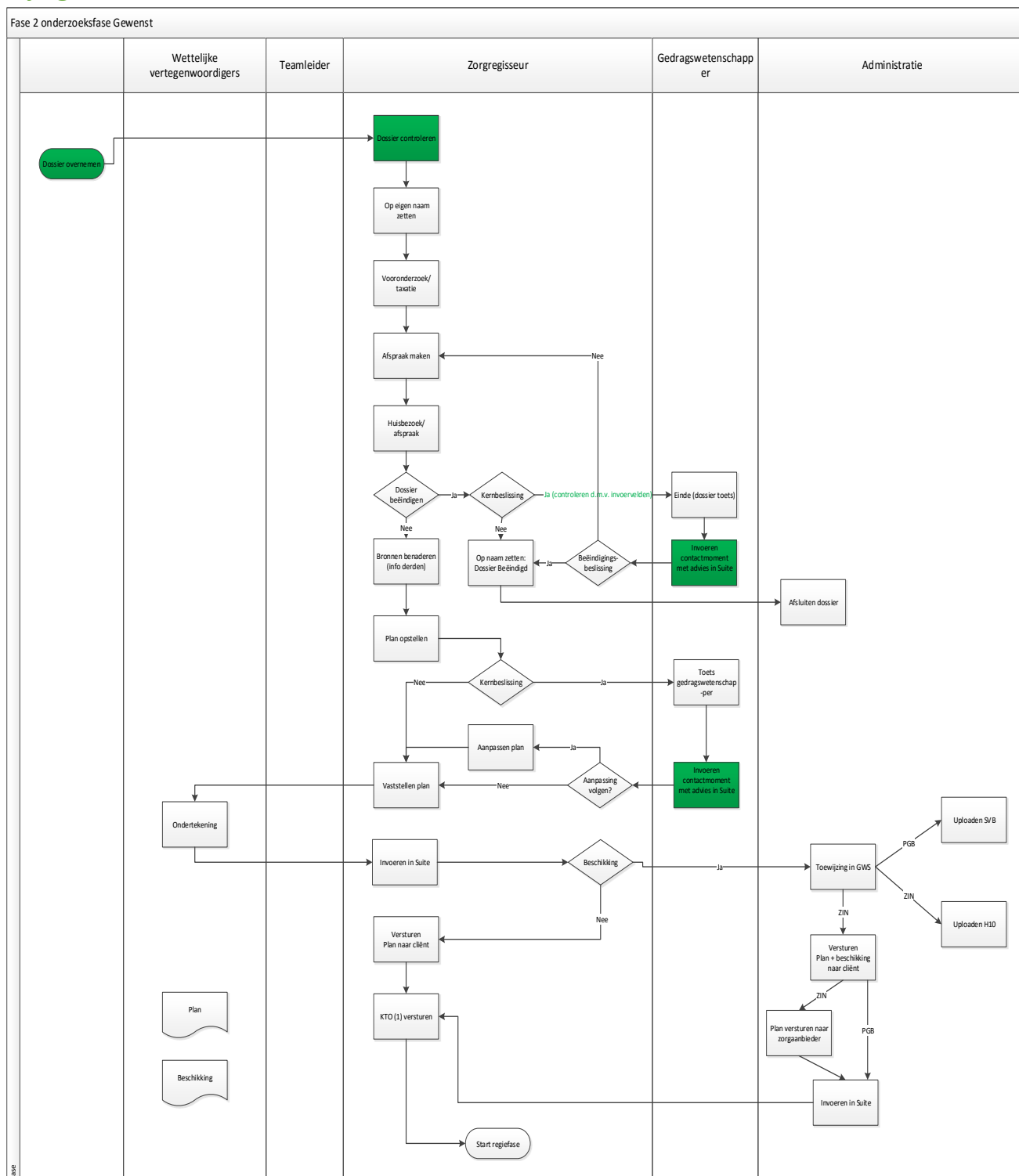
Bijlage 11 Gewenste situatie fase 1 Aanmelding



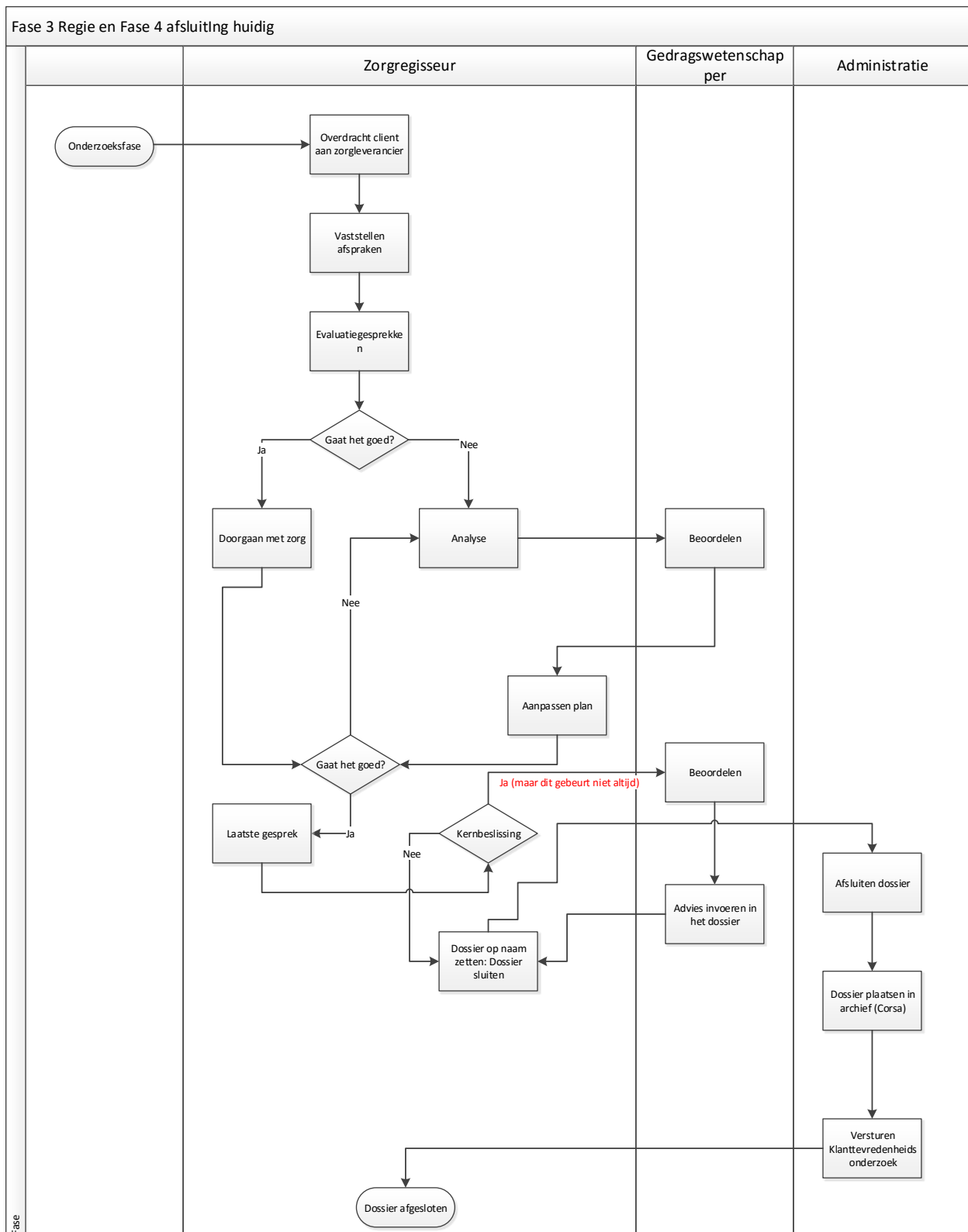
Bijlage 12 Huidige situatie fase 2 onderzoek



Bijlage 13 Gewenste situatie fase 2 onderzoek



Bijlage 14 Huidige situatie fase 3 regie en fase 4 afsluiting



Bijlage 15 Gewenste situatie fase 3 regie en fase 4 afsluiting

