

Onderwerp Informatie omtrent Regionaal Transitiearrangement Jeugd

Steller A. Schnieders

De leden van de raad van de gemeente Groningen  
te  
GRONINGEN

Telefoon (050) 367 61 48 Bijlage(n) 2

Ons kenmerk OS13.3986621

Datum **3 1 OKT 2013** Uw brief van

Uw kenmerk -

Geachte heer, mevrouw,

Bijgaand treft u aan het document "Regionaal transitie arrangement Groningen" dat wij samen met de andere 22 Groninger gemeenten verzenden naar de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd. Dit regionaal transitiearrangement vormt een onderdeel van landelijke afspraken die er tussen de VNG, het IPO en het Rijk zijn gemaakt in het kader van de voorbereiding op de invoering van de nieuwe Jeugdwet per 1-1-2015. Het transitiearrangement beoogt de continuïteit van zorg voor jeugdigen te realiseren, de hiervoor benodigde infrastructuur te waarborgen en de frictiekosten als gevolg van de transitie per 1-1-2015 te beperken.

Dit arrangement is een arrangement tussen 23 gemeenten en heeft commitment bij de zorgaanbieders. Hierover is afgelopen weken intensief overleg geweest met de portefeuillehouders Jeugd van de 23 gemeenten en de vertegenwoordigers van de verschillende sectoren van de jeugdzorgaanbieders. Het arrangement is tot stand gekomen in een zeer korte tijdspanne en met erg veel budgettaire onzekerheden. Wij hebben echter de verplichting om op 31 oktober 2013 een arrangement gereed te hebben en ter beoordeling van de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd voor te leggen. Als het transitiearrangement niet op tijd ingediend wordt of als ontoereikend beoordeeld door deze Transitiecommissie kunnen we als regio een zogenaamde aanwijzing van de minister krijgen. Dit willen we graag voorkomen.

Wij zijn ons er terdege van bewust, dat de afspraken die wij gemaakt hebben in het Regionaal Transitie Arrangement impact heeft op de beleidsvrijheid van individuele gemeenten, dus ook de onze. Er is sprake van spanning tussen



enerzijds de mogelijkheid tot het vernieuwen van het jeugdstelsel en anderzijds het garanderen van de zorg continuïteit voor jeugdigen en hun ouders. De uitkomst van dit proces beperkt – zeker in het eerste jaar – de mogelijkheden voor onze gemeente om al met veel andere / nieuwe aanbieders in zee te gaan. Daarom is het van belang dat we het RTA koppelen aan afspraken over de inhoudelijk gewenste transformatie. Hiermee proberen we budgetten die voor een groot deel gekoppeld worden aan huidige aanbieders toch in te zetten in de door ons gewenste en noodzakelijke verandering.

Daarnaast beseffen wij dat uw Raad het budgetrecht heeft. Het betreft immers nieuwe financiële kaders voor de jaren 2015 -2018. Ook voor de inhoudelijke beleidskaders geldt dat uw Raad de kaders stelt. Vandaar dat in het document ‘regionaal transitiearrangement’ op pagina twee het voorbehoud is gemaakt van goedkeuring door de gemeenteraad.

### ***Het RTA***

Het RTA bestaat uit twee componenten: het transitiearrangement zelf en de *Schets voor een Groninger functioneel ontwerp nieuw jeugdstelsel*. In het RTA beperken we ons als gemeenten niet tot het overgangsrecht voor 2015, maar gebruiken we het RTA om tot 2018 met de gebruikers en aanbieders van de jeugdzorg toe te groeien naar het nieuwe gemeentelijke jeugdstelsel. Als inhoudelijke leidraad hanteren we hiervoor de *Schets voor een Groninger Functioneel model nieuw jeugdstelsel*. Deze leidraad gebruiken we komende maanden om samen met de gebruikers en zorgaanbieders een inhoudelijke transformatieagenda op te stellen. Hiermee kunnen we een gedeeld meerjarig perspectief vast stellen en de voorgenomen veranderingen om zetten in concreet te nemen stappen. Hiermee verwachten we de frictiekosten te beperken door jeugdzorgaanbieders ruimte te bieden om mee te groeien in de vernieuwing van het stelsel.

### ***Budgettaire onduidelijkheid***

Zowel de instellingen als wij als gemeenten hebben tot nu toe onze zorgpunten geuit. Deze zorgpunten hangen veelal samen met onduidelijkheid over budgetten. In de meicirculaire is gesproken over een regionaal beschikbaar bedrag van €144.000.000 en uit de gegevens van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders blijkt dat dit bedrag €159.000.000 zou zijn. Dit is een groot verschil, waarmee overigens veel regio's in Nederland mee te maken hebben.

Deze zorgpunten zijn in het RTA benoemd en we hebben afgesproken dat we deze zorgpunten gemeenschappelijk formuleren en inbrengen in het gesprek met de TSJ op 31 oktober 2013. We maken daarom enkele stevige voorbehouden bij de afspraken die in het RTA zijn gemaakt.



***Vervolgstappen***

Om uw Raad in de gelegenheid te stellen zijn kader stellende financiële en beleidsinhoudelijke verantwoordelijkheid te kunnen nemen bij deze vernieuwing van het jeugdstelsel, stellen wij de volgende processtappen voor:

- Na het gesprek met de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd op 31 oktober 2013 zullen wij u opnieuw informeren over de stand van zaken.
- Op 21 november organiseert de programma-organisatie Transitie Jeugdzorg Groninger Gemeenten een informatieve bijeenkomst voor raadsleden over de nieuwe jeugdwet en de regionale transitiearrangementen. In deze bijeenkomsten wordt uitgebreid ingegaan op het budgetrecht en de beleidsruimte voor gemeenten ten aanzien van het RTA.
- In december verwachten wij van het rijk nieuwe informatie over de hoogte en verdeling van de macro-budgetten. Dit zou enige onduidelijkheid over de financiële kaders moeten wegnemen.
- De inhoudelijke leidraad van het *Schets voor een Groninger Functioneel model nieuw jeugdstelsel*, verder te betrekken bij de vormgeving van onze vernieuwing Sociaal Domein en het opstellen van het (meerjarige) beleidskader jeugd.

Wij komen nog apart terug bij u in welke fase wij formeel uw instemming vragen op het RTA, dit is vooral afhankelijk van de gesprekken met de transitiecommissie en duidelijkheid over de budgettaire kaders.

Met vriendelijke groet,  
burgemeester en wethouders van Groningen,

de burgemeester,  
dr. J.P. (Peter) Rehwinkel

de secretaris,  
drs. M.A. (Maarten) Ruys

Aan de Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd  
t.a.v. de voorzitter de heer L. Geluk  
Postbus 566  
2501 CN Den Haag

**Betreft:** Regionaal Transitie Arrangement Regio Groningen

Geachte heer Geluk,

Hierbij bieden we u namens de gemeenten in de regio het Regionaal Transitiearrangement Groningen aan. Dit arrangement zal in de collegevergaderingen van 29 oktober 2013 vastgesteld worden.

Gemeenten en instellingen willen graag gemeenschappelijk invulling geven aan de transitie en de transformatie. Echter we worden in de regio Groningen geconfronteerd met een bezuiniging in 2015 van 9,7% in plaats van de, in het bestuursakkoord, afgesproken 3,5 %. De meicirculaire 2013 gaat namelijk uit van € 144 miljoen, terwijl het historisch budget (op basis van Vektiscijfers en provinciale cijfers) € 159 miljoen is. Er is afgesproken dat er in 2015 3,5% bezuiniging zou worden: 3,5% bezuiniging is € 153 miljoen en geen € 144 miljoen (dat is namelijk 9,7% bezuiniging!).

Wanneer we in het Regionaal Transitie Arrangement uitgaan van het in de meicirculaire genoemde budget van € 144 miljoen komen we tot de conclusie dat dan noch de gemeenten noch de instellingen de continuïteit van de zorg en de continuïteit van de zorginfrastructuur in 2015 kunnen garanderen.

De in het macrobudget gehanteerde bezuiniging van 3,5% is daarbij een landelijk gemiddelde. Afhankelijk van het aandeel AWBZ gefinancierde zorg dat nu in de regio wordt gebruikt kan de bezuiniging in een regio hoger uitvallen. Groningen kent een hoog aandeel AWBZ gefinancierde zorg. Daarnaast kan het objectief verdeelmodel vanaf 2016 extra kortingen opleveren omdat Groningen meer zorg gebruikt dan het landelijk gemiddelde. Beide effecten maken dat er onverantwoord hoge bezuinigingen dreigen op grond waarvan wij nu niet langlopende afspraken kunnen maken. Naast helderheid over de budgetten is ook helderheid nodig over welke zorg hieruit betaald moet worden. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over zorg aan verstandelijk beperkten die hoog complexe zorg (levenslang) nodig hebben (bijvoorbeeld de kinderdagcentra en verblijf plus behandeling in een instelling). Ook dit brengt extra risico's met zich mee.

Instellingen hebben aangegeven dat bij een budget van 90% (van € 159 miljoen) de frictiekosten geschat worden tussen de € 5 en de € 15 miljoen. Uitgaande van een budget van € 144 miljoen zoals dat in de meicirculaire van 2013 is genoemd, zullen de middelen die voor de instellingen beschikbaar zijn onvoldoende zijn. Instellingen hebben aangegeven dat bij een hogere korting dan 10% (van € 159 miljoen) hun continuïteit niet te garanderen is met alle desastreuze gevolgen van dien voor onze cliënten. Hier willen wij niet de verantwoordelijkheid voor dragen. Wellicht ten overvloede benadrukken we dat het een kwetsbare groep cliënten betreft die in onze maatschappij op zorg en steun moeten kunnen rekenen. De frictiekosten lopen daarbij ook onacceptabel hoog op. Hier raken we aan een ander zorgpunt van de regio. We gaan er vanuit dat deze frictiekosten door het Rijk worden gedragen, gemeenten noch instellingen willen en kunnen deze dragen. We hebben hier echter nog geen duidelijkheid over.

We willen daarom dringend een beroep op u doen om de bovengenoemde punten aan te kaarten bij de Staatssecretaris.

Deze brief is opgesteld in samenspraak met en volledige instemming van gemeenten en instellingen binnen de regio Groningen.

Hoogachtend,

H.W. van Gelder  
Voorzitter van de stuurgroep Transformatie Jeugdzorg Groningen

# Regionaal Transitie Arrangement Groningen

## Samenvatting en besluitvorming

Voor u ligt het Regionaal Transitie Arrangement (RTA) van de regio Groningen. Dit arrangement gaat in op de eisen die de Transitiecommissie Stelselherziening (hierna: TSJ) stelt aan het RTA.

De basis van dit RTA is dat gemeenten en instellingen de transitie en transformatie gemeenschappelijk willen en gaan oppakken. De uitdagingen, kansen en problemen die deze beweging met zich mee brengt gaan ons allen aan en alleen door samen te werken tussen instellingen onderling, tussen gemeenten en instellingen en gemeenten onderling kunnen we de zorg voor onze kinderen goed organiseren.

In de regio Groningen beperken de gemeenten zich niet tot het overgangsrecht voor 2015, maar gebruiken we het RTA om tot 2018 met de aanbieders en de gebruikers van de Jeugdzorg toe te groeien naar een gemeentelijk aangestuurd 'nieuw jeugdstelsel'. Als inhoudelijke leidraad hanteren we hiervoor het Groninger Functioneel Model (zie hoofdstuk 2). Deze leidraad vertalen we de komende maanden met aanbieders en gebruikers in een transformatieagenda (zie hoofdstuk 5). Doel van de transformatieagenda is, om met elkaar een gedeeld meerjarig – zowel inhoudelijk als financieel- perspectief vast te stellen en de voorgenomen veranderingen om te zetten in concreet te nemen stappen.

Met het opstellen van deze meerjarige agenda beperken we de frictiekosten door de jeugdzorg aanbieders de ruimte te bieden om mee te groeien in de vernieuwing en de daaraan gekoppelde bekostiging. Daarnaast nemen we drie jaar de tijd om gezamenlijk stapsgewijs ervaringen op te doen en kennis te delen om een solide basis te leggen voor het gemeentelijke jeugdstelsel.

De definitieve verdeling van middelen over de instellingen in 2016 en 2017 zal plaats vinden op basis van die transformatieagenda en betere cijfers. Voor 2015 verdelen we de middelen op basis van een systematiek die uitgaat van de huidige financieringsbronnen. Immers de cijfers vanuit het landelijke en vanuit de regio zijn onvoldoende scherp om voor 2015 al tot een definitieve verdeling van middelen over de instellingen te komen.

In dit licht moeten ook de percentages worden gezien die genoemd worden in het RTA. Wanneer er voor 2015 duidelijkheid is over de middelen die we ter beschikking krijgen kunnen we tot een definitieve verdeling voor dat jaar overgaan. Voor 2016 en 2017 geven wij in het RTA een doorkijk voor de zorginstellingen waarbij wij een deel van het beschikbare budget willen flexibiliseren voor de uitvoering van de transformatieagenda.

Zowel instellingen als gemeenten hebben zorgpunten geuit. Deze zorgpunten hangen veelal samen met onduidelijkheid over budgetten. Deze zorgpunten zijn in het RTA benoemd en we hebben afgesproken dat we deze zorgpunten gemeenschappelijk formuleren en inbrengen in het gesprek met de TSJ op 31 oktober 2013. We maken daarom enkele stevige voorbehouden bij de afspraken die in het RTA zijn gemaakt.

1. Voorbehoud goedkeuring gemeenteraad. De transitiearrangementen geven een voornemen om het totale budget voor de jeugdzorg te alloceren. Daarom dienen we dit arrangement in onder voorbehoud van de instemming door de gemeenteraad.
2. Voorbehoud van volumes. De transitiearrangementen dienen ruim een jaar voor de inwerkingtreding van de Jeugdwet te worden opgesteld. In het tussenliggende jaar kunnen de cijfers veranderen. We maken een voorbehoud met betrekking tot de volumes.
3. Voorbehoud van macrobudget. In de meicirculaire van 2014 kunnen er wijzigingen in het budget optreden ten opzichte van wat er via de meicirculaire 2013 bekend is gemaakt. In de meicirculaire 2013 constateren wij dat de gemeenten meer gekort worden dan de afgesproken korting in het bestuursakkoord. Daarom maken we ook een voorbehoud op alle negatieve wijzigingen ten opzichte van het budget 2012 (Vektis 2011/2012) minus de afgesproken kortingen. optreden in het macrobudget voor 2015. Onzeker is nog hoe het nieuwe landelijke verdeelmodel vanaf 2016 er voor onze regio gaat uitzien.
4. Voorbehoud inwerkingtreding Jeugdwet. Dat de Jeugdwet op 1 januari 2015 in werking treedt is een bestuurlijk voornemen. We maken een voorbehoud dat het voorstel zoals dat nu voorligt niet op relevante onderdelen wordt aangepast.
5. Voorbehoud certificering. Afspraken met betrekking tot jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR) worden gemaakt met de huidige aanbieders. Onder voorbehoud dat deze instellingen daadwerkelijk gecertificeerd zijn in 2015.

6. Voorbehoud kwaliteitseisen. De afspraken met aanbieders van jeugdhulp zijn gemaakt onder voorbehoud dat deze aanbieders voldoen aan die kwaliteitseisen in de Jeugdwet die op voorhand toetsbaar zijn en voorzien in: een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling, medezeggenschap en systematische kwaliteitsbewaking een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

Het RTA moet uiterlijk op 31 oktober 2013 ingediend worden bij de TSJ. Het RTA moet aan drie hoofdeisen voldoen (garantie zorgcontinuïteit, in stand houden zorginfrastructuur en beperken frictiekosten). Onder deze eisen liggen nog een 18-tal punten waar aan ook moet worden voldaan. Voor deze punten verwijzen wij u naar hoofdstuk 6.

# Inhoudsopgave

<b>SAMENVATTING EN BESLUITVORMING</b>	<b>2</b>
<b>HOOFDSTUK 1. INLEIDING</b>	<b>5</b>
1.1 Aanleiding	5
1.2 Wijze van invullen Transitiearrangement regio Groningen	5
1.3. Zorgpunten	5
1.4 Leeswijzer	6
<b>HOOFDSTUK 2. HOOFDLIJNEN GRONINGER FUNCTIONEEL MODEL</b>	<b>7</b>
<b>HOOFDSTUK 3. BUDGET REGIO GRONINGEN</b>	<b>9</b>
3.1 Budgetten	9
3.2 Opmerkingen bij de tabellen	10
<b>HOOFDSTUK 4. HET TRANSITIE ARRANGEMENT</b>	<b>12</b>
4.1 Transformatieagenda	12
4.2 Transitiearrangement	12
4.2.1. Percentuele verdeelsystematiek	12
4.2.2. Verdeelsystematiek 2015	13
4.2.3. Verdeelsystematiek met doorkijk naar 2016 en 2017	14
4.2.4. (Boven)regionale afspraken	15
4.2.5. Onderzoek PGB	16
4.2.6. Instandhouding zorgcontinuïteit en zorginfrastructuur 2015 regio Groningen	16
4.2.7. Bureau Jeugdzorg (BJZ)	16
<b>HOOFDSTUK 5. BOUWSTENEN TRANSFORMATIEAGENDA GRONINGEN</b>	<b>18</b>
5.1. Opgaven voor de werkagenda	18
5.2 De vervolgstappen in het kader van de transformatieagenda	19
<b>HOOFDSTUK 6 EISEN RTA</b>	<b>20</b>
<b>BIJLAGEN</b>	<b>21</b>
Bijlage 1 Overzicht kosten jeugdigen per gemeente	22
Bijlage 2 Bovenregionale samenwerking	23
Bijlage 3 Schets Groninger Functioneel Model	25
Bijlage 4 Uitwerking pijlers van de transformatieagenda	40
Bijlage 5 Lijst met instellingen	44



# Hoofdstuk 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Het Rijk, VNG en IPO hebben landelijk een transitieplan (13 mei 2013) opgesteld. Met dit transitieplan willen Rijk, VNG en IPO op zowel landelijk als op regionaal niveau in 2015 met een overgangsrecht een goed voorbereide overgang van de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten realiseren. Het gaat in het overgangsrecht om:

- het realiseren van de continuïteit van zorg,
- de continuïteit van de infrastructuur om deze zorg aan cliënten in 2015 te bieden bij de aanbieder die tot aan de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet deze ondersteuning bood,
- het beperken van de frictiekosten.

De gemeenten stellen – in overleg met de relevante aanbieders en de huidige financiers (provincie en verzekeraar/Zorgkantoor)- een Regionaal<sup>1</sup> Transitie Arrangement op. In dit RTA worden de bovenstaande punten door de samenwerkende gemeenten uitgewerkt. Daarnaast worden in het RTA de afspraken tussen regio's benoemd voor wat betreft het mogelijk bovenregionale zorgaanbod.

Naast de *regionale* transitiearrangementen stelt de VNG een *landelijk* transitiearrangement op voor de zeer specialistische zorg die landelijk zal worden ingekocht. Het gaat daarbij o.a. om topklinische GGZ (bijv. 3<sup>e</sup> lijns behandeling van anorexia, autisme, persoonlijkheidsstoornissen), forensische zorg, en zeer gespecialiseerde diagnostiek van jeugd GGZ en verstandelijke beperkte jeugd. Wij bezien in onze regio in hoeverre de zorgvormen uit het landelijk transitiearrangement aanwezig zijn binnen onze regio en in het Groninger Functioneel Model invulling kunnen krijgen.

## 1.2 Wijze van invullen transitiearrangement regio Groningen

In de regio Groningen beperken de Groninger gemeenten zich niet tot het overgangsrecht voor 2015, maar gebruiken we het RTA om tot 2018 met de aanbieders en de gebruikers van de Jeugdzorg toe te groeien naar een gemeentelijk aangestuurd 'nieuw jeugdstelsel'. Als inhoudelijke leidraad hanteren we hiervoor het Groninger Functioneel Model (zie hoofdstuk 2). Deze leidraad vertalen we de komende maanden met aanbieders en gebruikers in een transformatieagenda (zie hoofdstuk 5). Doel van de transformatieagenda is, om met elkaar een gedeeld meerjarig – zowel inhoudelijk als financieel- perspectief vast te stellen en de voorgenomen veranderingen om te zetten in concreet te nemen stappen.

Met het opstellen van deze meerjarige agenda beperken we de frictiekosten door de jeugdzorgaanbieders de ruimte te bieden om mee te groeien in de vernieuwing en de daaraan gekoppelde bekostiging.

Daarnaast nemen we drie jaar de tijd om gezamenlijk stapsgewijs ervaringen op te doen en kennis te delen om een solide basis te leggen voor het gemeentelijke jeugdstelsel.

Een goede samenwerking met de jeugdzorginstellingen is voor de Groninger gemeenten onmisbaar.

## 1.3. Zorgpunten

De gemeenten en de instellingen hebben gemeenschappelijk een aantal zorgpunten gedefinieerd die zich concentreren rondom de beschikbare budgetten.

1. Het macrobudget in de meicirculaire 2013 laat nu bedragen zien die lager zijn dan de huidige financiële geldstromen in de regio (ook nadat daar de landelijke korting in is verwerkt). Dit betekent dat wanneer die bedragen gehanteerd worden de bezuiniging al hoger is dan landelijk is besloten. Wij zijn van mening dat het genoemde verschil tussen wat beschikbaar komt (meicirculaire 2013) en de werkelijke cijfers 2011/2012 (Vektis) minus de landelijke kortingen (oplopend van 3,5% in 2015 naar 12,5% in 2017) niet door de gemeenten en instellingen gedragen moet worden. Het genoemde verschil zit naar onze verwachting in het AWBZ budget.
2. De bezuinigingen die op het macrobudget worden doorgevoerd (3,5% in 2015, 8,5% in 2016 en 12,5% in 2017) zijn de resultante van kortingen die plaatsvinden op de verschillende financiële bronnen waaruit het macrobudget voor gemeenten is opgebouwd. De regio Groningen krijgt in 2015 een hoog aandeel budget dat vanuit de AWBZ voortkomt. Dit kan betekenen dat de totale bezuiniging voor de regio Groningen hoger

<sup>1</sup> De 23 Groninger gemeenten gelden hierbij als de regio Groningen.

uitvalt dan het landelijke gemiddelde. Dit komt dan bovenop de tekorten die al zijn ontstaan vanwege de lagere bedragen in de meicirculaire 2013.

3. Wanneer vanaf 2016 het objectief verdeelmodel uitgaat van landelijke gemiddelden, dan zullen de effecten voor de regio nog ernstiger worden dan de effecten van de eerste twee constatering.<sup>2</sup>
4. Naast helderheid over de budgetten is ook helderheid nodig over welke zorg hieruit betaald moet worden. Zo is er bijvoorbeeld onduidelijkheid over zorg aan verstandelijk beperkten die hoog complexe zorg (levenslang) nodig hebben (bijvoorbeeld de kinderdagcentra en verblijf plus behandeling in een instelling). Ook dit brengt extra risico's met zich mee.
5. Wanneer bovenstaande risico's daadwerkelijk optreden is de continuïteit voor de zorginfrastructuur en de zorg zelf niet gegarandeerd.

Daarnaast is het zo dat zolang de budgetten die de gemeenten te verdelen hebben niet duidelijk zijn de colleges geen definitieve afspraken kunnen maken met instellingen voor het jaar 2015 en de raden hier niet mee zullen instemmen. Voor instellingen geldt dat zij bij geen definitieve budgetten hun interne infrastructuur gaan afbouwen waardoor de zorgcontinuïteit in gevaar komt. Wij vinden dat het Rijk dan verantwoordelijk is voor de frictiekosten die dit met zich mee zal brengen.

#### **1.4 Leeswijzer**

In hoofdstuk twee bespreken we de hoofdlijnen van het Groninger Functioneel Model. In hoofdstuk drie gaan we in op de budgetten die van belang zijn voor het transitiearrangement. Vervolgens werken we het transitiearrangement met een verdeelsystematiek in hoofdstuk vier uit. We benoemen in hoofdstuk 5 de eerste bouwstenen en planning van de transitieagenda. Ten slotte beschrijft hoofdstuk 6 de vereisten van de TSJ voor het RTA.

---

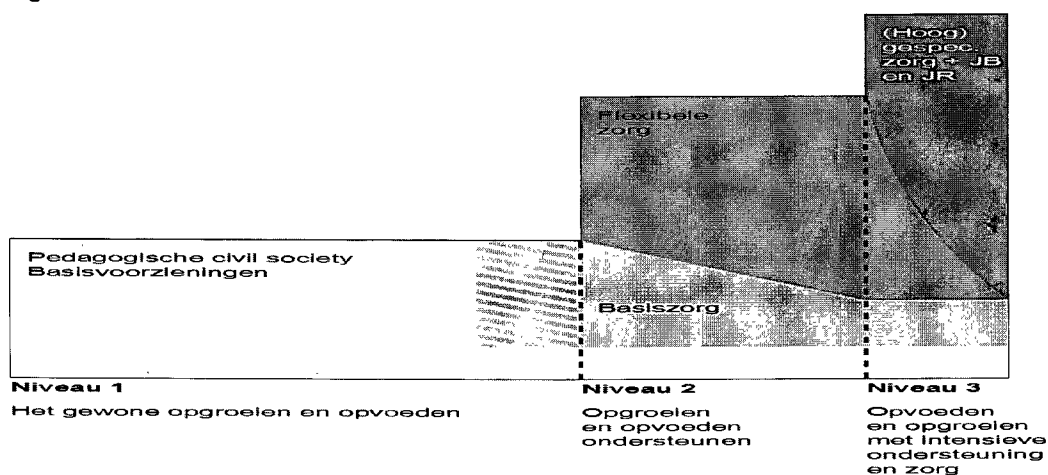
<sup>2</sup> Zie bijlage 1 voor de kosten per jeugdige per gemeenten nu. De verwachting is dat na het doorvoeren van het nieuwe landelijke verdeelmodel de Groninger gemeenten per 2016 circa € 23 miljoen minder beschikbaar krijgen.

## Hoofdstuk 2. Hoofdpijnen Groninger Functioneel Model

Voor het herinrichten van het jeugdstelsel in de 23 gemeenten in Groningen hebben we gemeenschappelijk een aantal ambities vastgelegd. Deze staan beschreven in de nota 'Schets voor een Groninger functioneel model nieuw jeugdstelsel' (bijlage 3). Met het Groninger Functioneel Model beogen we een belangrijk fundament te leggen voor de wijze waarop elke Groninger gemeente de transitie en transformatie van de jeugdzorg kan vorm geven. Daarnaast heeft het functioneel model als doel om de zorg in de regio een op gelijkwaardig niveau te laten plaats vinden, zodat de werkwijze en de mate van ingezette preventie (in het kader van solidariteit) vergelijkbaar is. Tenslotte moet het functioneel model ruimte bieden om verbonden te zijn met de keuzes die in de andere decentralisaties lokaal worden gemaakt.

Met deze vernieuwing van het jeugdstelsel binnen het totale sociale domein in de gemeenten streven we verschillende effecten na, die we denken vanuit een gebundelde financieringsstroom beter te kunnen realiseren dan in de huidige situatie. We willen het zorgaanbod, de ondersteuning van jongeren en gezinnen effectiever en efficiënter organiseren, we willen op termijn minder grote druk op specialistische zorg, we willen voor kinderen en gezinnen die dit nodig hebben snelle passende ondersteuning of behandeling liefst georganiseerd dichtbij de eigen leefomgeving van jeugdigen, waarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van de eigen mogelijkheden en kracht en netwerk van gezinnen.

In het Groninger Functioneel Model formuleren de gemeenten in de regio Groningen inrichtingskeuzes die de basis vormen voor het nieuwe gemeentelijke jeugdstelsel (infrastructuur). Het functioneel model is daarmee de basis om de transformatie en daarmee de transformatieagenda met elkaar in te vullen en te concretiseren. Het Groninger Functioneel Model heeft drie niveaus:



### Niveau 1. Basiszorg (het fundament van het nieuwe stelsel)

Dit omvat in elk geval het versterken van de opvoedingsvaardigheden van ouders, een sterke pedagogische gemeenschap (civil society) en basiszorg. Gemeenten beslissen zelf op welke wijze men de basiszorg organiseert. Omdat het gaat om het fundament van het nieuwe stelsel zijn er primaire functies beschreven en specifieke uitgangspunten vastgesteld. De basiszorg bevat in elk geval de volgende functies:

- Het voorkomen van-, dan wel vroege signalering van- en vroege interventies bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
- Het versterken van het opvoedkundig klimaat in gezin, buurt en sociale omgeving,
- Het bevorderen van de opvoedingsvaardigheden van ouders, zodat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen;
- Het inschakelen-, (waar nodig) herstellen- en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en de sociale omgeving;
- Het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij of zij opgroeit;
- Integrale hulp aan de jeugdige en zijn ouders indien er sprake is van multiproblematiek;
- Het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg.

## **Niveau 2. Flexibele zorg**

Als de basiszorg niet (meer) voldoet in de ondersteuning van jeugdigen en gezinnen of als er meer gespecialiseerde arrangementen nodig zijn is er een flexibele schil. Deze schil kent een expertpool die bestaat uit aanvullende specialistische expertise ten behoeve (psycho)diagnostiek en deskundigheidsbevordering en een flexibel aanbod. De keuze voor een instelling in de flexibele schil, is mede afhankelijk van de problematiek of behoefte aan ondersteuning die zich voordoet in een gemeente, dorp of wijk. De ondersteuning vanuit de flexibele schil wordt zoveel mogelijk in de sociale context van kinderen en hun opvoeders aangeboden.

## **Niveau 3. (Hoog)specialistische zorg**

Dit betreft zeer specialistische- en intensieve zorg die geleverd wordt bij complexe problematiek met een hoge zorgintensiteit. Deze individuele zorg door gespecialiseerde voorzieningen is niet vrij toegankelijk. Jeugdigen en gezinnen krijgen specialistische zorg naar aanleiding van een oordeelsvorming door hiertoe bevoegde professionals, huisartsen en jeugdartsen of door een rechterlijke uitspraak. Dat deze vormen van hulp te specialistisch zijn om vanuit de basiszorg te organiseren wil niet zeggen dat deze hulp buiten het gezichtsveld van de basiszorg wordt geboden. Het is van belang de gespecialiseerde hulpverleners te laten aansluiten bij het bestaande netwerk en wanneer dat mogelijk is de zorgcoördinatie of casuscoördinatie voor het gezin altijd plaats te laten vinden vanuit de lokale basiszorg. Ook bij zwaardere vormen van ondersteuning blijft het uitgangspunt het aanboren van de eigen kracht van ouders en jeugdigen, zoveel mogelijk in hun eigen omgeving. Als de specialistische zorg afgerond is dient er een vloeiende overgang te zijn naar de ondersteuning die vanuit de basiszorg wordt geboden.

Het uitwerken van dit functioneel model tot een operationeel model voor het nieuwe jeugdstelsel en de implementatie ervan is een intensief proces waarbij gemeenten samen met zorgaanbieders en ook cliënten(organisaties) in de komende maanden samen aan gaan werken. Dit vormt een belangrijk onderdeel van de transformatieagenda. Wij verwijzen u voor de te nemen stappen in deze naar hoofdstuk 5.

## Hoofdstuk 3. Budget regio Groningen

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de beschikbare middelen vanuit de meicirculaire 2013 ten opzichte van de werkelijke budgetten 2011/2012 (verstrekkt door Vektis en provincie). In hoofdstuk 4 leggen we een verband tussen het Groninger Functioneel Model, de transformatieagenda en de verdeelsystematiek op grond van het budget dat in hoofdstuk 3 wordt genoemd.

### 3.1 Budgetten

In de meicirculaire 2013 zijn gemeenten via een voorlopige indicatie geïnformeerd over het macrobudget en de bijbehorende verdeling over gemeenten. Op basis van de meicirculaire is er voor de regio het volgende budget beschikbaar. De korting in 2015 van 3,5% is al in mindering gebracht.

Tabel 1: Macrobudget 2015 regio Groningen (op basis van zorggebruik 2012)

	Meicirculaire 2013 historisch budget	Provinciale jeugdzorg	Budget jeugd GGZ	Jeugd AWBZ
<b>Totaal 23 gemeenten</b>	<b>€ 144.000.000</b>	<b>€ 51.000.000</b>	<b>€ 33.000.000</b>	<b>€ 61.000.000</b>

Wij verwijzen naar onze zorgpunten genoemd in paragraaf 1.3 nummer 1 over het landelijk macrobudget. In de meicirculaire 2013 constateren wij dat de gemeenten meer gekort worden dan de afgesproken korting in het bestuursakkoord. Wij hebben daarom besloten om in het RTA uit te gaan van de Vektiscijfers 2011/2012 minus de afgesproken landelijke kortingen uit het bestuursakkoord (zie tabel 3). Hieronder volgen diverse berekeningen waarbij gesproken wordt over het macrobudget. **Wij zien de Vektiscijfers 2011/2012 als het Groninger macrobudget.** Landelijk wordt op het macrobudget in de achtereenvolgende jaren een korting van 3,5% (2015), 8,5% (2016) oplopend naar 12,5% (2017) ten opzichte van het jaar 2015 in mindering gebracht.

Jaren	Kortingspercentage	Cummulatief
2015	3,5 %	3,5%
2016	5%	8,5%
2017	4%	12,5%

Als we deze kortingen op het budget van Groningen toepassen geeft dit het volgende beeld.

Tabel 2 : Doorrekening kortingspercentage op Groninger macrobudget 2016 en 2017

	Vektis budget 2015 incl. 3,5%	Kortingsbudget = 2015 + korting 5% van budget 2015	Budget gemeente 2016	Kortingsbudget = 2016 - korting 4 % van budget 2015	Budget gemeente 2017
<b>Totaal 23 gemeenten</b>	<b>€ 153.900.000</b>	<b>-€ 7.695.000</b>	<b>€ 146.221.000</b>	<b>-€ 6.156.000</b>	<b>€ 140.065.000</b>

Het bovenstaande budget voor 2015 hebben wij conform de meicirculaire afgezet tegen de Vektiscijfers (werkelijk budget 2011/2012). Voor de jeugd en opvoedhulp zijn de begrotingscijfers van de provincie Groningen gebruikt i.p.v. de Vektis cijfers.

Tabel 3: Vergelijking gegevens meicirculaire (2012) en Vektis (2011) en provincie Groningen (2012)

Financiering achtergrond	Zorgvorm	Meicirculaire 2013	Vektis cijfers 2011
<b>Zorg voor jeugdigen, gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw):</b>	Eerstelijns zorg voor psychische problemen zonder verblijf	€ 33.000.000	€ 35.000.000
	Tweedelijns zorg voor psychische problemen zonder verblijf		
	Tweedelijns zorg voor psychische problemen met verblijf		

<b>Zorg voor jeugdigen, gefinancierd uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz)</b>	Zorg voor jeugdigen met beperkingen zonder verblijf	€ 61.000.000	€ 76.000.000
	Zorg voor jeugdigen met psychische problemen zonder verblijf		
	Zorg voor jeugdigen met licht verstandelijke beperkingen (Zorg Zwaarte Pakket 1, 2 en de heft van 3)		
	Zorg voor jeugdigen met psychische problemen met verblijf		
		<b>Gegevens provincie Groningen</b>	
<b>Provinciaal gefinancierde jeugd- en opvoedhulp</b>	Jeugdzorg zonder verblijf	€ 51.000.000	Uitgaven 2012: € 47.000.000 Waarbij in 2013 € 1.500.000 minder beschikbaar komt voor Landelijk werkende instellingen. Ontvangsten € 48.500.000
	Jeugdzorg met verblijf		
	Pleegzorg		
	Overige taken (steunfuncties, projecten e.d.)		
	VWS-taken waaronder AMK, toegang BJZ, casemanagement		
	Jeugdbescherming		
	Jeugdreclassering		
Overige taken incidenteel			
<b>totaal</b>		<b>€ 144.000.000 (afgerond)</b>	<b>€ 159.500.000</b>
		<b>Verschil</b>	<b>€ - 15.000.000</b>
<b>Door het Rijk gefinancierde jeugdzorg</b>	Jeugdzorg - plus (voorheen: gesloten jeugdzorg)	Voor 15 plaatsen mee genomen <sup>3</sup>	

Deze tabel laat zien hoeveel middelen wij minder krijgen dan de Vektiscijfers en waarom wij de Vektiscijfers als macrobudget aanmerken.

Wij hebben bovenstaande cijfers in hoofdstuk 4 gebruikt bij het uitwerken van een verdeelsystematiek voor het jaar 2015 omdat wij niet beschikken over betrouwbare gegevens van alle zorgaanbieders die binnen bovengenoemde sectoren werkzaam zijn.

### 3.2 Opmerkingen bij de tabellen

1. We hebben op dit moment geen eenduidig financieel inzicht in de hoogte van het over te hevelen macro budget in 2015. Tevens ontbreekt de inhoud- en onderlinge samenhang van de producten die de totale jeugdzorg biedt. Oorzaken daarvoor zijn o.a.:
  - *Het verschil in berekeningswijze* (bijv. uitgaan van indicatie of geleverde (over)productie),
  - *het verschil in aannames* (bijv. wel of niet woonplaatsbeginsel meegenomen, te hanteren kortingen, het betrekken van gegevens uit verschillende registratiesystemen),
  - *het verschil in tijd* (o.a. jaar van berekening, momentopname of niet) en
  - *verschil in definities van inhoud van producten.*
2. De verschillen tussen de gegevens van de meicirculaire (2012) en Vektis gegevens (2011) laten een negatief saldo zien van € 15 miljoen. Daarnaast moeten we rekening houden met de eerder genoemde herverdeling van middelen in 2016 (zie paragraaf 1.3). Dit levert een negatief resultaat van circa € 23 miljoen op. We lopen als Groninger gemeenten in totaal een risico van ongeveer € 38 miljoen. Zonder aanpassing van - ofwel de voorgenomen herverdeling van middelen (2016) of verzachting van de opgelegde kortingen - is de benodigde continuïteit van de jeugdzorg vanaf 2015 niet door de Groninger gemeenten te bieden. Wij verwijzen u hiervoor naar onze zorgpunten in paragraaf 1.3.
3. Binnen het budget van de AWBZ leggen de PGB's in onze regio een beslag van 77% (circa € 58 miljoen). We hebben onvoldoende inzicht aan wie deze PGB's zijn toegekend en voor welke vormen van zorg. Wij willen hier een onderzoek naar doen.
4. De gegevens geven een momentopname aan. Bij ongewijzigd beleid zal de vraag – op basis van de groei van vorige jaren- circa 4 % stijgen. Door de ambitie van de gemeenten om laagdrempelig de jeugdigen en hun ouders eerder te bereiken, lopen we het risico dat – ondanks de daling van het aantal jeugdigen in de

<sup>3</sup> Volgens Het Poortje (bovenregionale aanbieder gesloten jeugdzorg) zijn er circa 50 jeugdigen opgenomen in de gesloten jeugdzorg.

provincie de vraag naar jeugdzorg niet zal afnemen. Het is om die reden verstandig het rijksbudget voor jeugdzorg binnen de gemeentelijke begrotingen te alloceren.

5. Naar verwachting wordt in de meircirculaire van 2014 duidelijk wat de werkelijke budgetten zijn.

## Hoofdstuk 4. Het Transitie Arrangement

### 4.1 Transformatieagenda

In de regio Groningen kiezen we ervoor om maximaal te vernieuwen binnen verantwoorde grenzen. We zorgen er in ieder geval voor dat de continuïteit van de jeugdzorg en de infrastructuur in 2015 is gegarandeerd. We kiezen daarbij voor een aanpak waarin de transformatie geleidelijk, maar met een verantwoord tempo in drie jaar wordt gerealiseerd. Vanaf 1 januari 2018 willen we inhoudelijk en financieel zo ver zijn, dat het door de gemeenten aangestuurde jeugdinstel getransformeerd en in werking is. De inhoudelijke leidraad hiervoor is het vastgestelde Groninger Functioneel Model.

Om te komen naar het model dat we voor ogen hebben per 1 januari 2018 zullen stappen gemaakt moeten worden die de transformatie van de jeugdzorg steeds meer naar het einddoel brengt. Het zetten van deze stappen begint nu al en loopt door tot ver in 2017. De aanpak van deze transformatie werken we uit in een transformatieagenda.

De transformatieagenda is een werkagenda waarin de stappen inhoudelijk worden beschreven en in de tijd worden geplaatst richting de datum van 1 januari 2018. De stappen zijn gericht op het maken van de beweging naar voren met ombouw van zwaardere zorg naar lichtere, realisatie van meer eigen kracht in het lokale veld en goede schakelfuncties tussen licht en zware zorg en tussen vrijwillige en gedwongen zorg. Het uitwerken van de stappen willen we in gezamenlijkheid met jeugdzorgaanbieders doen. We willen toewerken naar een breed gedragen agenda die ook in de uitvoering op brede draagkracht van jeugdzorginstelling kan rekenen.

De transformatieagenda kent een aantal korte termijn doelen die op 1 januari 2015 onder de nieuwe Jeugdwet gerealiseerd moeten zijn. Vervolgens zijn stappen nodig om in 2015, 2016 en 2017 toe te werken naar het getransformeerde jeugdzorgstelsel conform het Groninger Functioneel Model.

Op 1 januari 2015 moeten de volgende onderdelen operationeel zijn:

1. Basiszorg en expertise pool zoals beschreven onder pijler 4 en 5 van het Groninger Functioneel Model (waaronder de overdracht van functies en taken van BJZ naar de basiszorg en expertisepool)
2. Triage en verwijzing zoals beschreven onder pijler 4
3. De inrichting van het AMHK (pijler 9)
4. De uitvoering van de taken jeugdbescherming en jeugdreclassering (pijler 9)
5. Uitwerking van de crisishulp (pijler 9)

In hoofdstuk 5 worden de bouwstenen voor de transformatieagenda en het tijdsfad nader beschreven.

### 4.2 Transitiearrangement

In hoofdstuk 3 zijn de beschikbare budgetten voor 2015 beschreven met alle onzekerheden van dien. In dit hoofdstuk beschrijven wij een verdeelsystematiek die de gemeenten en zorgaanbieders houvast geeft voor hun budgetten 2015. Wij hanteren daarom in de verdeelsystematiek percentages (op basis van de Vektiscijfers en de cijfers van de provincie Groningen) waarbij het Groninger macrobudget op 100% worden bepaald (op basis van de Vektiscijfers 2011/2012).

#### 4.2.1. Percentuele verdeelsystematiek

Uitgaande van 100% van het macrobudget, zullen we aan de hand van percentages aangeven hoe we dit budget in willen zetten.

- Een deel van het budget willen we inzetten voor de structurele versterking van de voorkant van het functioneel model (niveau 1). Hiervoor reserveren wij in 2015 3% en in 2016 en 2017 jaarlijks 2,5%.
- Daarnaast hebben we budget nodig om de transformatie te realiseren. Bijvoorbeeld voor het inzetten van medewerkers van de huidige jeugdzorginstellingen in de basiszorg, flexibele schil of in de expertisepool. Daarnaast kan een deel van deze middelen gebruikt worden voor het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen eventueel met nieuwe aanbieders. We reserveren hiervoor 10% van het macrobudget.



- De gemeenten zullen een deel van de bedragen die ze krijgen in moeten zetten ter dekking van de uitvoeringskosten. We rekenen op 3% van het macrobudget met een afbouw naar 2,5%. Dit wordt gebruikt voor de financiering van de uitvoeringstaken die we collectief op ons nemen en de uitvoeringstaken die we lokaal op ons nemen.
- De mogelijk te bereiken efficiencywinst door het terugdringen van de administratieve lasten rekenen we niet mee. Volgens de jeugdzorgaanbieders zijn hier besparingen te realiseren. De efficiencywinst willen we in zijn geheel investeren in de zorgcontinuïteit, waardoor we de verwachte kortingen gedeeltelijk kunnen opvangen.

Wanneer we de bovengenoemde percentages in een tabel samenvatten ontstaat het volgende beeld.

2015	2016	2017	Beschrijving
100			Totaal budget 1 januari 2015 (waar dus korting van 3,5% al vanaf is)
0	5	9 <sup>4</sup>	kortingen rijk op oorspronkelijk budget van 1 januari 2015 <sup>5</sup>
3	2,5	2,5	Budget voor structurele versterking voorliggend veld
10	10	10	Investeringsbudget bekostiging transformatie
3	2,5	2,5	Uitvoeringskosten gemeenten som van collectief en lokaal
84	80	76	Budget voor directe zorg (naast investeringsbudget van 10%) inclusief landelijk werkende instellingen (circa 2,2%)

Tabel 1

Na aftrek van het budget voor de structurele versterking van het voorliggend veld en de uitvoeringskosten resteert in 2015 een budget van 84% voor directe zorg, plus 10% voor zorg die verschuift/verandert in het kader van de transformatie. Voor 2016 is dit 80% + 10% en voor 2017 is dit 76% + 10%.

Omdat er reeds in 2014 gestart wordt met het invullen van de eerste delen van het Groninger Functioneel Model zal er gezocht worden naar wegen waarop een deel van het budget dat hiervoor beschikbaar komt in 2015 reeds in 2014 ingezet kan worden.

#### 4.2.2. Verdeelsystematiek 2015

Een van de eisen van het RTA is dat het voor de zorgaanbieders duidelijk moet zijn welke budget zij voor 2015 tegemoet kunnen zien om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen en de zorginfrastructuur in stand te kunnen houden.

Op dit moment hebben wij alleen voor alle zorgsectoren zicht op het macrobudget genoemd in de meicirculaire 2013 (=budget 2015) en de middelen uit de rapportage van Vektis (cijfers 2011/2012). Wij hebben op grond van deze cijfers een verdeelsystematiek ontwikkeld waaruit een instelling per sector (Zvw, AWBZ en provinciale jeugd&opvoedhulp) kan afleiden welk percentage budget ze ontvangen ten opzichte van 2012. Hiermee kunnen ze beoordelen of ze aan de eis van zorgcontinuïteit en zorginfrastructuur kunnen voldoen. Wij zijn van mening dat deze systematiek verdedigbaar is omdat het gaat over de voorzetting van de bestaande zorg met de bestaande zorgaanbieders in de bestaande sectoren (de bestaande infrastructuur). Dit vormt ons uitgangspunt.

In de verdeelsystematiek is rekening gehouden met de middelen (16%) die de gemeenten in mindering brengen op het macrobudget (10% transformatie, 3% versterken voorliggende voorzieningen en 3% uitvoeringsorganisatie).

Het is van belang dat de zorginstellingen voor 2015 de zorgcontinuïteit van de zittende cliënten en cliënten op de wachtlijst kunnen garanderen en de zorginfrastructuur in stand kunnen houden. Instellingen geven aan dat zij grosso modo in staat zijn in hun bedrijfsvoering kortingspercentages tussen 5% en 10% op te kunnen vangen en dat kortingen hoger dan 10% betekenen dat ingrijpende beslissingen moeten worden genomen die de inhoudelijke zorg raken. Daarbinnen zijn bv. de financiële positie van een instelling en het feit of ze onderdeel uitmaken van een groter geheel aspecten die maken of een korting eerder zonder ingrijpende beslissingen opgevangen kan worden of juist niet.

<sup>4</sup> 5% 2016+ 4% 2017 = 9%

<sup>5</sup> Cumulatieve kortingen 2015 3,5%, 2016 8,5% en 2017 12,5%

Onderstaande tabel geeft aan wanneer we de meircirculaire 2013 afzetten tegen de Vektiscijfers 2011/2012 welk effect dat heeft uitgedrukt in percentages die dan beschikbaar zijn voor het zorgaanbod in de verschillende sectoren in 2015.

	budget 2015 meircirculaire (MC)	werkelijke cijfers 2011/2012 Vektis	% effect van de MC op Vektiscijfers	uitname % 16	resteert tov MC	totaal effect % tov Vektiscijfers
ZVW	33.000.000	35.000.000	-5,7%	5.280.000	27.720.000	79,2%
AWBZ (incl pgb)	60.000.000	76.000.000	-21,1%	9.600.000	50.400.000	66,3%
Jeugdzorg	51.000.000	48.500.000	5,2%	8.160.000	42.840.000	88,3%
<b>totaal</b>	<b>144.000.000</b>	<b>159.500.000</b>	<b>-9,7%</b>	<b>23.040.000</b>	<b>120.960.000</b>	<b>75,8%</b>

Tabel 2

Uit deze tabel kunnen we concluderen dat de beschikbare percentages onvoldoende zijn om de zorgcontinuïteit en zorginfrastructuur te garanderen. Omdat wij van mening zijn dat de Vektiscijfers 2011/2012 minus de landelijke korting meer recht doen aan de toezegging uit het bestuursakkoord geven wij in onderstaande tabel aan welk effecten er voor de regio Groningen eigenlijk zouden moeten zijn.

	budget 2015 (Vektis -3,5%)	werkelijke cijfers Vektis 2011/2012	% effect	uitname % 16	resteert	totaal effect % (Vektis -3,5%)
ZVW	33.775.000	35.000.000	-3,5%	5.404.000	28.371.000	81,1%
AWBZ (incl pgb)	73.340.000	76.000.000	-3,5%	11.734.400	61.605.600	81,1%
Jeugdzorg	46.802.500	48.500.000	-3,5%	7.488.400	39.314.100	81,1%
<b>totaal</b>	<b>153.917.500</b>	<b>159.500.000</b>	<b>-3,5%</b>	<b>24.626.800</b>	<b>129.290.700</b>	<b>81,1%</b>

Tabel 3

De zorgaanbieders hebben aangegeven voor 2015 een korting van meer dan 10% niet op te kunnen vangen zonder ingrijpende beslissingen te moeten nemen in de zorg. Wij hebben besloten uit het macrobudget 10% te separeren voor transformatiebudget. Ten behoeve van het garanderen van de continuïteit van de zorginfrastructuur vanuit bedrijfsvoeringstechnische redenen wordt de 10% aan de zorgaanbieders toebedeeld. Echter de besluitvorming over de invulling en de besteding van deze middelen vindt plaats onder regie van de gemeenten op basis van de transformatie agenda.

In onderstaande tabel 4 is de 10% transformatiebudget toebedeeld aan de zorgaanbieders. Binnen dit scenario is het reëel van de zorgaanbieders te vragen om de zorgcontinuïteit en de zorginfrastructuur in stand te houden.

De zorgaanbieders hebben hier mee ingestemd.

	budget 2015 (Vektis -3,5%)	werkelijke cijfers Vektis 2011/2012	% effect	uitname % 6	resteert	totaal effect % (Vektis -3,5%)
ZVW	33.775.000	35.000.000	-3,5%	2.026.500	31.748.500	90,7%
AWBZ (excl pgb)	73.340.000	76.000.000	-3,5%	4.400.400	68.939.600	90,7%
Jeugdzorg	46.802.500	48.500.000	-3,5%	2.808.150	43.994.350	90,7%
<b>totaal</b>	<b>153.917.500</b>	<b>159.500.000</b>	<b>-3,5%</b>	<b>9.235.050</b>	<b>144.682.450</b>	<b>90,7%</b>

Tabel 4

#### 4.2.3. Verdeelsystematiek met doorkijk naar 2016 en 2017

Voor de jaren 2016 en 2017 zijn er op dit moment veel onzekerheden. Op dit moment kunnen we, vanwege deze onzekerheid, geen uitspraak doen over de besteding van het macrobudget vanaf 2016. Wel is al bekend dat ons macrobudget (t.o.v. 2012) gekort gaat worden met resp. 8,5% en 12,5% en zullen wij in beide jaren 15% in mindering brengen ter dekking van 10% transformatiekosten, 2,5% uitvoeringskosten en 2,5% versterken voorliggende voorzieningen. Voor 2016 en 2017 geldt verder dat het transformatiebudget van 10%

bestemd zal worden voor het transformeren van het stelsel. De instellingen zullen de kortingen binnen hun reguliere exploitatie moeten opvangen.

Voor 2015 t/m 2017 wordt samen met de instellingen een transformatieagenda opgesteld zodat op 1 januari 2018 het nieuwe jeugdstelsel in Groningen staat. Binnen deze transformatieagenda is financiële ruimte nodig om binnen het Groninger Functioneel Model te kunnen bewegen. Naar verwachting zullen de instellingen die in 2015 de jeugdzorg uitvoeren ook in 2016 en 2017 meedoen, maar er bestaat ook de mogelijkheid dat er nieuwe zorgaanbieders mee zullen gaan doen. Wij willen, om binnen de jeugdzorg beweging naar het voorliggend veld te krijgen, een deel van het beschikbare budget voor 2016 en 2017 flexibel maken. Wij realiseren ons dat dit ongetwijfeld bij de instellingen gepaard zal gaan met grote wijzigingen in de bedrijfsvoering van separate instellingen. Wij willen daarom met de instellingen de afspraak maken dat deze flexibilisering uitgevoerd wordt onder de voorwaarden dat personeel binnen het Groninger Functioneel Model wordt mee (naar voren) verplaatst (mens volgt werkprincipe).

De uitvoering van de flexibilisering is geheel afhankelijk van de uitvoering van de transformatieagenda. In hoofdstuk 5 en in de bijlage 4 geven wij de belangrijkste momenten waarop delen van de inhoudelijk transformatie gerealiseerd moeten zijn.

Op dit moment hebben we onvoldoende gegevens om de frictiekosten hard te maken. Instellingen gebruiken voor het berekenen van de frictiekosten landelijk vastgestelde rekenmodellen van de jeugdzorgsector. We gaan vooralsnog uit van een bandbreedte. Daarbij geldt dat de frictiekosten zuiverder kunnen worden berekend naarmate de consequenties per organisatie nauwkeuriger en meer in de tijd geplaatst bekend zijn. Het Rijk, VNG en IPO hechten eraan om inzicht te krijgen.

Er zal daarom een onafhankelijke second opinion gevraagd worden van een extern bureau om te bepalen wat de hoogte van de frictiekosten is. Het Rijk moet namelijk uit kunnen gaan van onafhankelijk vastgesteld cijfers. Onze eerste schatting van de frictiekosten - op basis van de aangegeven percentages van ons transitiearrangement- bedragen tussen de € 5 miljoen tot € 15 miljoen.

#### 4.2.4. (Boven)regionale afspraken<sup>6</sup>

##### *Regionale samenwerking*

Gezien de aard van de gespecialiseerde jeugdzorg is op grond van de nieuwe Jeugdwet samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk en soms wettelijk verplicht. Gemeenten dienen ten minste met betrekking tot een aantal zorgfuncties regionaal samen te werken en in te kopen voor jeugdzorg plus, jeugdbescherming en jeugdreclassering, het AMHK en een aantal gespecialiseerde vormen van jeugdzorg. In paragraaf 4.2.7 gaan wij in op noordelijke samenwerking tussen de BIZ's voor de jeugdbescherming en de jeugdreclassering.

##### *Bovenregionale samenwerking*

De gespecialiseerde vormen van jeugdzorg zijn benoemd in een landelijke lijst voor zorgfuncties die bovenregionaal uitgevoerd moeten worden.

Het gaat om de volgende vormen van zorg:

- Jeugdzorgplus (voorheen gesloten jeugdzorg)
- Specialistische ambulante psychiatrische zorg
- Klinische zorg voor eetstoornissen
- Klinische zorg (psychiatrische problematiek en gedragsproblematiek)

Samen met de regio Friesland en de regio Drenthe hebben we als regio Groningen gesprekken gevoerd met zorgaanbieders die zeer gespecialiseerde zorg leveren.

De regio's hebben onderling afgesproken zo veel als mogelijk is gezamenlijk op te willen trekken als het gaat om de plek die deze voorzieningen hebben binnen de toekomstige zorginfrastructuur. Daarmee is ook de zorgcontinuïteit aan de orde.

---

<sup>6</sup> Regionaal is de hele provincie en bovenregionaal is boven provinciaal

Onder voorwaarde dat er sprake is van daadwerkelijke transformatie kunnen er in alle drie regio's meerjarige afspraken gemaakt worden. Alle betrokken zorgaanbieders hebben uitgesproken dat zij met volle overtuiging invulling wensen te geven aan de gewenste transformatie.

Met de zorgaanbieders is afgesproken dat er een integraal en gezamenlijk bovenregionaal transformatieplan wordt opgesteld dat aansluit op de regionale en lokale ontwikkelingen met betrekking tot de transformatie van de jeugdzorg. Het is van belang dat er een goede aansluiting komt tussen de zeer gespecialiseerde zorg en de zorg in de voorliggende interventieniveaus. Het sec in standhouden van deze bovenregionale infrastructuur past binnen 'het oude denken' en wij willen in overleg met de Groninger zorginstellingen kijken in hoeverre deze vormen van zorg binnen onze regiogrenzen uitgevoerd kunnen worden.

De budgetten voor deze vormen van zorg maken in totaal onderdeel uit van tabel 3 van hoofdstuk 3. Hier is ook onze verdeelsystematiek uit hoofdstuk 4 van toepassing.

#### *4.2.5. Onderzoek PGB*

In de regio Groningen is in de afgelopen jaren een groot deel van het totale budget AWBZ naar PGB's gegaan. Het aandeel is 77% (van AWBZ budget) of te wel een bedrag van ruim € 58 miljoen. We weten echter niet waaraan de PGB's worden uitgegeven. Dit wordt niet bijgehouden en is daarmee niet te achterhalen. We weten daarmee ook niet of de middelen effectief en efficiënt besteed worden. Dit kan niet zonder consequenties blijven voor de huidige PGB's.

Er zal een onderzoek plaatsvinden waarin naar voren komt in hoeverre het mogelijk is om de bestaande PGB's te analyseren. Wanneer de juridische mogelijkheden er zijn zal dit onderzoek plaatsvinden in 2014 waarbij alle bestaande PGB's onderzocht worden op de inhoudelijke en financiële aspecten van de indicatie. De uitkomst kan zijn een voorstel om:

- de PGB te handhaven eventueel met gewijzigde hoogte.
- de PGB te handhaven, maar alleen te besteden bij geselecteerde zorgaanbieders.
- de PGB om te zetten in zorg in natura bij de reguliere AWBZ-instellingen.
- de PGB te beëindigen.

Vanaf 2015 is de gemeente verantwoordelijk voor het PGB beleid en kunnen effecten van dit onderzoek in werking treden.

#### *4.2.6. Instandhouding zorgcontinuïteit en zorginfrastructuur 2015 regio Groningen*

Wij denken dat voor het jaar 2015 met de voorgaande verdeelsystematiek de zorginstellingen voldoende in staat gesteld worden om de zorgcontinuïteit te garanderen en de zorginfrastructuur in stand te houden. De voorwaarde daarbij is dat de zorginstellingen meebewegen in de transformatie.

#### *4.2.7. Bureau Jeugdzorg (BJZ)*

De huidige taken indicatiestellingfunctie en daaraan gelieerde casemanagement taken van BJZ eindigen per 1 januari 2015. Voor het AMK en de JB en JR geldt dat er landelijk afspraken liggen over hoe dit vanaf 2015 vorm te geven. Er wordt vanuit dat kader toegewerkt naar een gecertificeerde instelling die de JB/JR taken kan overnemen. Ook voor de andere taken van BJZ zijn ontwikkelingen in gang gezet. De gemeenten maken ten aanzien van onderstaande voormalige taken van BJZ afspraken over:

- a) Indiciestelling en casemanagement
- b) Meldpunt kindermishandeling (AMK)
- c) Gedwongen kader JB/JR

Voor bovenstaande taken geldt dat deze per 1 januari 2015, passend bij de uitgangspunten van de transformatie, operationeel zijn. Deze uitwerking vormt onderdeel van de transformatieagenda, specifiek voor het jaar 2014. Financiering voor het jaar 2015 voor de noodzakelijke onderdelen is onderdeel van de verdeelsystematiek zoals in tabel 4 gepresenteerd. Deze middelen vallen onder het compartiment jeugdzorg (zie tabel 3 uit hoofdstuk 3).

#### Ad a: Indiciestelling en casemanagement

Er is in het functioneel model kennis en kunde nodig op lokaal niveau voor signalering, triage, toeleiding etc. Deze moet op de een of andere manier verankerd worden in de lokale teams. Daarbij moet de kwaliteit, beschikbaarheid, continuïteit etc. geborgd worden.

Hoewel we spreken over lokale beleidsruimte van de gemeente willen we geen grote verschillen in het beleid en de omgang met de toegang tot zorg, laat staan in kwaliteit en continuïteit. Er is daarom besloten om een

verkenning uit te voeren naar hoe de beschikbare kennis en kunde van BJZ hierbij lokaal ingezet kan worden. Daarbij wordt gekeken naar hoe deze kennis en kunde qua inhoud, kwaliteit, beschikbaarheid en continuïteit vanuit een centrale organisatie geborgd kan worden.

#### Ad b: AMK

Het AMK en het steunpunt Huiselijk geweld worden samengevoegd. Dit vormt onderdeel van de opgaven van de transformatieagenda die er voor 2014 liggen. Er is een projectgroep geformeerd die gaat onderzoeken hoe de organisatorische samenvoeging van AMK en Kopland (Het steunpunt huiselijk geweld) vormgegeven kan worden. Medewerkers van BJZ en Kopland vormen onderdeel van deze projectgroep.

#### Ad c: Gedwongen kader JB/JR

Evenals het AMK dient er per 1 januari 2015 een operationele vorm te staan voor de uitvoering van de jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringstaken.

De werkprocessen van jeugdbescherming en jeugdreclassering zijn in alle drie de regio's Groningen, Friesland en Drenthe vrijwel identiek en de methodische werkontwikkeling is gebaseerd op dezelfde standaarden. Alle drie bureaus delen de visie dat de zorg inhoudelijk goed moet aansluiten bij de werkzaamheden die lokaal op gemeentelijk niveau worden uitgevoerd. Wij zien mogelijkheden tot schaalvoordelen door samenvoeging, niet alleen inhoudelijk maar ook in termen van kosten.

Er is daarom besloten om samen met de gemeenten uit Friesland en Drenthe de drie bureaus BJZ te vragen om een compacte business case op te stellen voor de volgende drie scenario's.

1. De uitvoering van JB en JR door drie afzonderlijk gecertificeerde instellingen,
2. De uitvoering van JB en JR gebundeld voor Groningen en Drenthe ('2Noord') en voor Fryslân apart,
3. De uitvoering van JB en JR gebundeld in een gecertificeerde instelling voor Groningen, Drenthe en Fryslân ('3Noord').

Eind oktober 2013 worden de uitkomsten van de businesscases op hoofdlijnen door de BJZ's gepresenteerd. De gemeenten in Groningen zijn ervan overtuigd dat de bundeling van twee of drie regio's effectief en efficiënter is dan het doorgaan als aparte gecertificeerde instelling.

Na het presenteren van de BJZ's van de businesscases zal de uitwerking worden opgenomen in de transformatieagenda in het jaar 2014.

## Hoofdstuk 5. Bouwstenen Transformatieagenda Groningen

Zoals in het vorige hoofdstuk is bepleit, stellen we een transformatieagenda op die als een werkagenda voor de komende jaren zal fungeren. De transformatieagenda dient ook als een gedragen uitwerking van de ambities en visies tot concrete veranderingen op de werkvloer. Hiermee geven we invulling aan onze gezamenlijke opgave, een goed en efficiënt stelsel van jeugdzorg ter ondersteuning van onze jongeren en hun opvoeders. Daarbij is zowel inbreng nodig van de gemeenten als van de instellingen. De gemeenten zullen daarbij de kaders opstellen welke effecten ze willen bereiken en de instellingen de wijze waarop dit effect bereikt kan worden. Op deze manier maken we gebruik van ieders rol en expertise. Daarnaast is de transformatieagenda de inhoudelijke onderlegger voor een verdere invulling van de inhoudelijke en financiële kaders die in het transitie arrangement zijn afgesproken (waarbij wij voor 2015 de verdeling over de zorginstellingen via een verdeelsystematiek hebben vastgesteld).

De inhoudelijke kaders voor ons nieuwe jeugdstelsel hebben we op hoofdlijnen beschreven in hoofdstuk 2 'Groninger Functioneel Model' (zie ook bijlage 3 : Schets voor een Groninger Functioneel Model nieuw Jeugdstelsel). In de transformatieagenda werken we inhoudelijke vernieuwingsvraagstukken van het functioneel model verder uit, zodat deze vervolgens geïmplementeerd kunnen worden. Dit doen we samen met de betrokken zorgaanbieders en moet uiterlijk 1 januari 2018 klaar zijn. Ons uitgangspunt hierbij is dat wij in Groningen zo spoedig mogelijk starten met het inrichten van het nieuwe jeugdstelsel. In de transformatieagenda worden de pijlers uit het Groninger Functionele Model in stappen en in tijd en met behulp van wie uitgewerkt.

We willen de stappen die in 2015, 2016 en 2017 in het transformatieproces gemaakt worden koppelen aan financiële afspraken met instellingen. Voor 2015 gebruiken we 10% van het macrobudget voor het realiseren van stappen zoals we die met elkaar afspreken in de transformatieagenda. Deze 10% wordt daarmee beschikbaar gesteld voor het transformeren van het stelsel.

Van het macrobudget wordt 3% gebruikt voor het versterken van de voorkant van het functionele model (niveau 1). Deze middelen worden ingezet ten behoeve het realiseren van de eerste 3 pijlers van het functionele model.

Deze middelen worden teruggebracht van 3% in 2015 naar 2,5% in 2016 en 2017.

In 2016 en 2017 flexibiliseren we op de budgetten van de zorgaanbieders 20% in 2016 en 30% in 2017 zodat deze middelen ingezet kunnen worden ten behoeve van de uitvoering van de transformatieagenda. Onze inzet is erop gericht richting instellingen zoveel mogelijk het 'mens volgt werk principe' te hanteren zodat bestaande kennis en kunde binnen de jeugdzorg blijft.

### 5.1. Opgaven voor de werkagenda

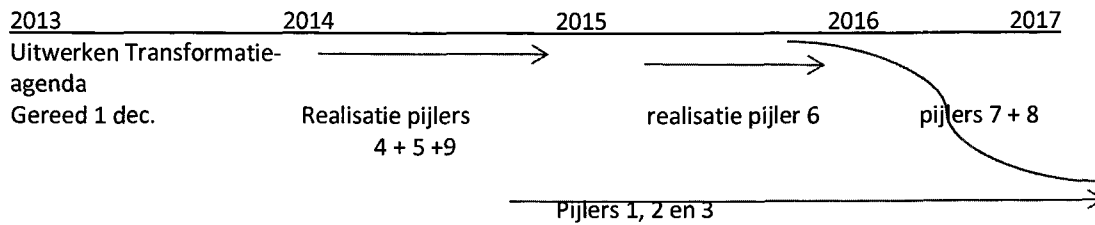
In bijlage 4 worden de voorlopige opgaven die er voor 2014 en 2015 uit het functionele model liggen globaal beschreven. De opgaven (pijlers 1t/m9) die voortvloeien uit het functionele model kunnen we schematisch neerzetten in de doorlooptijd van de agenda. Basis en vertrekpunt vormt de inhoudelijke gezamenlijke invulling van gemeenten en aanbieders van het functionele model.

Bij de opgaven die er liggen maken we een onderscheid in

- *inhoudelijke opgaven* (concretisering functioneel model) en
- *financiële- en bedrijfsvoeringsopgaven* als uitkomst van de concretisering van het functioneel model.

De financiële opgaven vloeien voort uit de inhoudelijke keuzes die ten aanzien van functies, diensten en activiteiten worden gemaakt om de basiszorg, de expertpool, het flexibel aanbod en de specialistische zorg in te vullen. De uitkomsten en derhalve ook de organisatorische financiële gevolgen brengen we samen met de zorgaanbieders in beeld voor de jaren 2016 en 2017. Voor 2015 is 10% van het macrobudget beschikbaar voor de bestaande zorginstellingen onder de voorwaarde dat wordt bijgedragen aan de transformatieopgaven die er in dat jaar liggen.

Uiteindelijk levert de werkagenda een compleet beeld op van de invulling van het functioneel model, de financiële consequenties en de bedrijfsvoering.



**Pijlers:**

- 1: positief opgroeien en opvoeden
- 2: de pedagogische civil society
- 3: sterke basisvoorzieningen
- 4: gemeentelijke basiszorg
- 5: expertisepool
- 6: flexibel aanbod
- 7: specialistische zorgtrajecten
- 8: voorzieningen voor kinderen die (tijdelijke) niet (meer) thuis wonen
- 9: specialistische veiligheidsfuncties

**5.2 De vervolgstappen in het kader van de transformatieagenda**

De daadwerkelijke uitvoering van het arrangement en de agenda worden gemonitord in procesafspraken. Wij zullen in bijeenkomsten met bestuurders, werkers en de vertegenwoordigers van cliënten de punten uit de transformatie bespreken en nader uitwerken.

## Hoofdstuk 6 Checklist eisen RTA

	Eisen RTA	Voldaan	(Nog) niet voldaan
1	Het arrangement heeft in ieder geval betrekking op het jaar 2015.	X	
2	Het arrangement heeft betrekking op cliënten die op 31-12-2014 in zorg zijn en op cliënten die op 31-12-2014 een aanspraak op zorg hebben.	X	
3	Het arrangement heeft betrekking op alle jeugdzorg waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk worden.	X	
4	Het arrangement heeft betrekking op zorgaanbieders, uitvoerders van jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en activiteiten van het AMK (advies- en meldpunt kindermishandeling).	X	
5	Het arrangement heeft betrekking op maatregelen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering en de activiteiten van het AMK.	X	
6	De afspraken over continuïteit van pleegzorg in het arrangement kennen geen maximumduur.	X	X
7	Het arrangement geeft aan hoe en bij wie de toeleiding functies met ingang van 2015 zijn belegd.		X
8	Het arrangement geeft aan of bestaande aanbieders de zorg aan 'zittende cliënten' in 2015 met de voorgenomen budgetten van gemeenten zullen continueren.	X	
9	Het arrangement geeft aan hoe gemeenten de zorgcontinuïteit van "wachlijstcliënten" realiseren.	X	
10	Het arrangement geeft aan welk budget gemeenten in 2015 voornemens zijn aan te wenden per aanbieder, per type zorg en voor hoeveel jeugdigen en trajecten.		X
11	Uit het arrangement blijkt op welke wijze en in hoeverre de frictiekosten worden beperkt.	X	
12	Het arrangement is opgesteld na goed overleg met de huidige financiers en de relevante aanbieders.	X	X
13	Het arrangement is opgesteld door de samenwerkende gemeenten in een regio.	X	
14	De regio die een arrangement heeft opgesteld stemt overeen met de indeling die aan de VNG is aangereikt.	X	
15	Het arrangement is op bestuurlijk niveau in de regio vastgesteld.	X	
16	Het arrangement is uiterlijk 31 oktober door de TSJ ontvangen	X	
17	Het arrangement bevat een inventarisatie van de frictiekosten per		X



	aanbieder.		
18	Het arrangemente omvat een onderbouwing van de frictiekosten per aanbieder op basis van de door de gemeenten aangegeven plannen over de zorginkoop per 1-1-2015.		X

## Bijlagen

1. Overzicht kosten jeugdigen per gemeente
2. Bovenregionale samenwerking
3. Groninger Functioneel Model
4. Uitwerking pijlers transformatieagenda
5. Lijst van instellingen waarmee dit RTA is besproken.

## Bijlage 1 Overzicht kosten jeugdigen per gemeente

### Kosten per jeugdige per gemeente

In de mei circulaire is er een raming gedaan naar de zorgkosten per jeugdige per gemeente. De zorgkosten per jeugdige liggen in Groningen - op vijf gemeenten na- allemaal (ruim) boven het landelijk gemiddelde (€ 960). Dit landelijke gemiddelde wordt – naar alle waarschijnlijkheid- de basis van een nog in te voeren verdeelmodel (per 2016). Met het doorvoeren van dit verdeelmodel zullen de Groninger gemeenten per 2016 circa € 23 miljoen minder beschikbaar hebben voor de financiering van de jeugdzorg.

Tabel Kosten per jeugdige per gemeente

Gemiddelde kosten per jeugdigen 0-17 jaar					
Slochteren	€ 726	Marum	€ 1.009	Stadskanaal	€ 1.402
Haren	€ 810	Zuidhorn	€ 1.010	Veendam	€ 1.454
Grootegast	€ 814	Leek	€ 1.043	Bellingwedde	€ 1.490
Loppersum	€ 849	Appingedam	€ 1.092	Oldambt	€ 1.526
Vlagtwedde	€ 912	Eemsmond	€ 1.119	Groningen (gemeente)	€ 1.588
Ten Boer	€ 982	Menterwolde	€ 1.213	Pekela	€ 1.610
Bedum	€ 988	Delfzijl	€ 1.284	Hoogezand-Sappemeer	€ 1.623
Winsum	€ 998	de Marne	€ 1.387	<b>Totaal 23 gemeenten gemiddelde kosten</b>	<b>€ 1.310</b>

### Achtergrond en (mogelijke)verklaring kosten per jeugdige:

- Voor het budget AWBZ is duidelijk geworden dat wij in het Groningse een boven landelijk gebruik kennen. Wij zijn met € 550 per jeugdige koploper van Nederland. Bij het voorgestelde herverdelingsmodel achten wij de kans groot dat dit vanaf 2016 grote negatieve effecten kan hebben op het beschikbaar budget. In het licht van het hoge historisch budget per Groningse jeugdige (€ 1.310 versus € 960 landelijk gemiddeld) zijn meerjarige afspraken risicovol zolang er geen zicht is op de definitieve uitwerking van het landelijk verdeelmodel. Groningen kent – in vergelijking met de rest van Nederland- een dubbel zo hoog zorggebruik AWBZ. Volgens de cijfers van Vektis wordt binnen deze AWBZ bijna 77% van het budget in de vorm van een PGB uitgekeerd ( € 58.000.000). Deze zorg wordt voor ruim 80% ingekocht bij niet reguliere aanbieders. Er zijn op dit moment geen registraties bij wie deze PGB-houders de zorg inkopen.
- Binnen de jeugd-GGZ valt op dat het aandeel 1<sup>e</sup> lijns zorg klein is. Het kan zijn dat aanbieders in hun (omzet)cijfers in de GGZ het totaal van alle declaraties tonen, terwijl het gefixeerde budget dat zij feitelijk betaald krijgen van de huidige financiers (fors) lager ligt. Ook het gebruik van de jeugd GGz per jeugdige is het hoogst van Nederland (€ 300 in Groningen versus € 200 gemiddeld landelijk).
- Bij de jeugdigen met een voogdijmaatregel is een deel van deze jeugdigen toebedeelt aan de vestigingsplaatsen van de BJZ's. Het woonplaatsbeginsel was bij de voogdijmaatregel niet altijd duidelijk. Inmiddels is landelijk gekozen voor een verdeling waarbij het adres van ouders leidend is bij een voogdijmaatregel.

Voor de jeugdzorg geldt dat de Groningse kosten ten opzichte van het landelijk gemiddelde lager liggen.

## Bijlage 2 Bovenregionale samenwerking

Uit onze gesprekken met bovenregionale zorgaanbieders ) blijkt dat de lijst die gehanteerd wordt om landelijke functies te onderkennen, volgens het veld gebaseerd is op 'oud denken'. De lijst is een restant van een oude situatie waarin via het Ministerie categorale jeugdzorgvoorzieningen over het land heen werden gespreid. Die situatie is niet meer van deze tijd: zorgaanbieders kunnen prima regionaal of bovenregionaal een (beter) alternatief invullen of hebben dat al lang gedaan.

Een goed voorbeeld is het feit dat op de lijst van landelijke functies twaalf min voorzieningen staan; dat is helemaal in tegenspraak met alle doelstellingen van de transformatie om zulke jonge kinderen uit hun sociale context te halen en 200 km verderop in een voorziening te plaatsen. De noodzakelijke behandeling kan ook veel dichterbij huis worden geboden zodat de contacten met de eigen sociale context eenvoudiger in stand blijven.

In Noord-Nederland willen we het bovenregionale alternatief uitwerken in een transformatieplan dat voor 1 april 2014 samen met de relevante zorgaanbieders uit de drie regio's wordt opgesteld.

Een gezamenlijk vastgestelde notie bij het opstellen van het transformatieplan is dat bij klinische zorg eigenlijk niet over bedden gesproken zou moeten worden (verkeerde financiële prikkel), maar over een keten van poliklinische activiteiten, deeltijdbehandeling of dagbehandeling en klinische opname (ook wel intensieve behandeling genoemd), die zoveel mogelijk uitgevoerd wordt in de natuurlijke leefomgeving van het kind/jongere, en waarbij de expertise van het klinische team gebruikt wordt en het verblijf op een bed zo kort mogelijk is.

Als op deze manier naar intensieve zorg wordt gekeken, is het van belang hoe dit bovenregionaal wordt ingekocht en daarbij kiezen de regio's er voor om ook naar andere klinische bedden te kijken (bijv. residentiële bedden, bedden voor LVB).

De bovenstaande noties werken we uit in het op te stellen bovenregionale transitieplan.

Daar waar het gaat om 'drang en dwang' is de betrokkenheid van JB/JR organisaties bij de discussie over het bovenregionale transformatieplan vanzelfsprekend. De drie provinciale bureaus jeugdzorg hebben de bereidheid uitgesproken deel te nemen aan het overleg over het bovenregionale transformatieplan.

De functies die bovenregionaal worden aangeboden, zijn relatief dure voorzieningen; het zijn ook voorzieningen die op dit moment 'bed' als bekostigingsgrondslag kennen. In de transformatiegedachte gaat het nadrukkelijker om samengestelde arrangementen vanuit het perspectief van de jeugdigen en de sociale context.

In het bovenregionale (Noord-Nederlandse) transformatieplan zal deze gedachte verder uitgewerkt worden. Dat vraagt tevens om het gezamenlijk vastleggen van een bijpassende bekostigingsstructuur.

In het op te stellen bovenregionale transformatieplan zal worden uitgewerkt op welke manier de basisgedachte van de transformatie (zorg zo licht mogelijk, zo dicht mogelijk bij huis) verder vorm gaat krijgen. We nemen aan, dat de gewenste bovenregionale zorginfrastructuur het accent in toenemende mate hun aanbod lokaal inzet in verbinding met de lokale zorg infrastructuur. Pas als dat onontkoombaar is, valt de keuze op een bovenregionaal zorgaanbod.

Over welke functies hebben we het?

**Jeugdzorgplus**

Specialistische behandeling in een afgezonderde driemilieus context; waarin de vrijheid van de jeugdige wordt beperkt om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt of onttrokken wordt aan de hulp die nodig is.

**Specialistische ambulante psychiatrische zorg**

Deze ambulante hulp is erop gericht de gezonde ontwikkeling en dus de zelfstandigheid van kinderen en jongeren (een beperkte groep te weten jeugdigen met een hierna genoemde stoornis) te stimuleren en maatschappelijke uitval te beperken. In de behandeling wordt gewerkt aan het verminderen van klachten (bijvoorbeeld angst, somberheid of Regionaal transitiearrangement Drenthe (agressie), maar ook aan het aanleren van oplossingsstrategieën waarmee kinderen en jongeren in de toekomst beter en zoveel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Het gaat hierbij om hulp bij:

- Ernstige psychiatrische stoornissen (o.a. autisme, psychosen of persoonlijkheidsstoornissen)
- Complexe behandelingen (second-opinions alle problematiek, VG diagnostiek, consultatie regionale professionals)

- Laagfrequentie psychiatrische problemen (o.a. ticstoornissen)

#### Klinische zorg voor eetstoornissen

Deze functie, geconcentreerd voor Noord-Nederland in Smilde, biedt aan 300 jeugdigen (waarvan er 150 uit Noord Nederland komen) behandeling bij eetstoornissen, in een transmurale setting (een keten waarin kliniek, polikliniek en dagbehandeling worden gecombineerd).

#### Klinische zorg (psychiatrische problematiek en gedragsproblematiek)

Hulp en verblijf als noodzakelijke (beschikbaarheid) achtervang binnen de totale geïntegreerde jeugdzorgketen. Bovenregionaal gaat het in ieder geval om hulp en verblijf voor jeugdigen met een verstandelijke beperking en zorgwaarte 4 en 5, om hulp en verblijf voor jeugdigen met ernstige gecombineerde problematiek die zowel op GGZ als VB terrein ligt en om specialistische klinische zorg op het terrein van GGZ kinder- en jeugdpsychiatrie. Omdat wordt ingezet op het terugdringen van dure zware vormen van zorg, is het aannemelijk dat de klinische zorg (mede gezien vanuit bedrijfseconomisch perspectief) niet op het niveau van onze afzonderlijke regio's in stand te houden is. We onderzoeken de komende periode in overleg met de betrokken zorgaanbieders op welke wijze er op Noord-Nederlandse schaal een betaalbare vorm kan worden gekozen voor het in stand houden van (noodzakelijke) klinische voorzieningen binnen de brede jeugdzorg. Jaarlijks wordt de behoefte aan klinische zorg geactualiseerd op basis van een meerjaren reductiedoelstelling.

#### Wetenschappelijk onderzoek

Het is van groot belang dat de academische infrastructuur voor de KJP (ook t.b.v. de bredere jeugdzorg) behouden blijft. Accare voert die taak uit in een soort van verlengde arm constructie met het UMCG. Zij bekostigen veel onderzoek uit derde geldstromen (o.a. subsidies ZoNMW). Deze subsidies zijn zelden voldoende om ook bijvoorbeeld implementatiekosten te betalen en vragen dus matching (medebekostiging): gemeenten willen op de schaal van Noord Nederland nadenken of en hoe een budget beschikbaar worden gesteld.

# Schets voor een Groninger functioneel model nieuw jeugdstelsel<sup>7</sup>

Versie 16 oktober

### 1. Inleiding

Met ingang van de nieuwe jeugdwet op 1 januari 2015 gaat het gehele jeugdstelsel grondig veranderen. Vanaf die datum zijn we als 23 Groninger gemeenten verantwoordelijk voor alle ondersteuning, hulp en (langdurige) zorg aan jeugdigen en hun ouders bij opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en ontwikkelingsstoornissen in onze provincie. In de nieuwe jeugdwet zijn al deze taken en verantwoordelijkheden beschreven: preventie; jeugdhulp; jeugdbescherming; jeugdreclassering en het AMHK. Deze nieuwe wet biedt ons de kans om het jeugdstelsel eenvoudiger en efficiënter te maken. Door een goede samenwerking tussen de verschillende deelvelden te organiseren, door goed gebruik te maken van de expertise die er aanwezig is, willen we de zorg kwalitatief verbeteren. Tegelijkertijd gaat deze stelselherziening gepaard met een forse bezuiniging, die ons dwingt om de zorg betaalbaar te houden en deze efficiënt en effectief te organiseren. Ondanks dat de nieuwe jeugdzorg een gemeentelijke verantwoordelijkheid is, hebben de 23 Groninger gemeenten afgesproken dit in belangrijke mate gezamenlijk te doen.

Deze notitie is richtinggevend voor de nieuwe opzet van de zorg voor de jeugd, die we met 23 Groninger gemeenten willen vormgeven. Met het Groninger functioneel model beogen we een belangrijk fundament te leggen voor de wijze waarop elke Groninger gemeente de transitie en transformatie van de jeugdzorg kan vormgeven. Daarnaast heeft het functioneel model als doel om de zorg in de regio op een gelijkwaardig niveau te laten plaats vinden, zodat de werkwijze en de mate van ingezette preventie (in het kader van solidariteit) vergelijkbaar is. Tenslotte moet het functioneel model ruimte bieden om verbonden te zijn met de keuzes die in de andere decentralisaties lokaal worden gemaakt.

De transitie en transformatie van de jeugdzorg is nog steeds volop in beweging. Voor dit moment is dit het kader van waaruit we willen werken. Maar we realiseren ons dat een goed functionerend stelsel (en ook de opzet voor de inrichting) niet kan zonder de deskundige inbreng en ervaring van zowel de professionals als ouders en jeugdigen voor wie dit stelsel bedoeld is. Dit betekent dat de definitieve vormgeving nog aan verandering onderhevig is. Daarom noemen we deze notitie een schets voor een Groninger functioneel model van het nieuwe jeugdstelsel.

### Achtergrond

In deze notitie bouwen we voort op de resultaten van de eerste stappen van de routekaart, waarin we als Groninger Gemeenten hebben onderzocht in welke mate we samen gaan werken: welke taken pakken we lokaal, per gemeente, op (of in een samenwerkingsverband van enkele gemeenten) en welke taken voeren we in regionaal<sup>8</sup> verband uit. We baseren het functioneel model op de uitgangspunten die in februari 2013 door de colleges van de 23 Groninger gemeenten zijn vastgesteld. De nieuwe taken zullen een groot effect hebben op de huidige inrichting van het lokale, regionale en bovenregionale veld en op de samenwerking tussen gemeenten en andere partijen. Het transitieproces vraagt van gemeenten een duidelijke koersbepaling en een strakke regie om tijdig en goed voorbereid te zijn.

### Waarom dient het functioneel model?

Onder het functioneel model verstaan we een model waarin de doelen, taken en functies binnen het nieuwe jeugdstelsel in hun onderlinge samenhang zijn beschreven. Het model is een kader dat ons helpt om heldere afspraken te maken over de wijze waarop we signaleren, adviseren, ondersteunen, verwijzen, diagnosticeren en het bieden van specialistische expertise vorm kunnen geven. Het functioneel model is een gemeenschappelijk vertrekpunt en dient als basis om de dialoog met uitvoeringspartners te voeren. Het geeft richting aan de herinrichting van het huidige veld. Met het uitwerken van dit model willen we:

<sup>7</sup> Voorheen 'basismodel toegang voorzieningen en uitgangspunten'. Deze term dekt echter niet de lading en daarom zullen we in het vervolg spreken over 'Het Groninger functioneel model'.

<sup>8</sup> De provincie Groningen geldt daarbij als regio

- inzicht geven in de wijze waarop we -op hoofdlijnen- lokaal, per gemeente, de zorg voor kinderen en hun ouders vorm geven;
- inzicht bieden in de wijze waarop de (specialistische) zorg (die we gezamenlijk regionaal gaan organiseren) hierop kan aansluiten;
- inzicht geven hoe we de samenhang en afstemming met passend onderwijs willen uitwerken;
- inzicht geven in de wijze waarop we de toegang tot deze zorg gaan organiseren;
- een kader creëren voor pilots om te experimenteren met de beoogde werkwijze en deze te kunnen monitoren
- Een kader bieden dat gemeenten en de zorgaanbieders in staat stelt om de zorg continu te verbeteren en dat aanstuurt op een steeds beter kosten-baten verhouding van de zorg voor de jeugd.

De lokale inrichting van het jeugdstelsel gaat als het ware hand in hand met de meer regionaal georganiseerde specialistische hulp. Ze werken complementair. Om dit daadwerkelijk te kunnen laten functioneren zijn enkele gemeenschappelijke afspraken en spelregels nodig. We nemen in acht dat de feitelijke organisatie en inrichting van de toegang naar zorg uiteindelijk een lokale verantwoordelijkheid is.

### **Schaalniveau voor de uitvoering van de zorg**

Een onderdeel van deze notitie is de uitwerking van het schaalniveau waarop de verschillende soorten zorg bij de Groninger gemeenten wordt georganiseerd. Twee uitgangspunten daarbij, die voortkomen uit de opbrengsten van de routekaart en het daaropvolgende collegebesluit, zijn:

1. Lokaal wat lokaal kan, regionaal wat moet. Dit betekent dat het regionale pakket aan ondersteuning en zorg niet groter is dan strikt noodzakelijk en in samenhang met de lokale ondersteuning en zorg georganiseerd wordt.
2. Bij de zorgvormen die regionaal en bovenregionaal georganiseerd (en ingekocht) gaan worden, zoeken we een vorm van onderlinge solidariteit.<sup>9</sup>

## **2. Het Groninger functioneel model nieuwe jeugdstelsel**

### **2.1 De inhoudelijke opgave: verandering van het jeugdstelsel**

Het huidige jeugdstelsel is ingedeeld in verschillende sectoren. Deze sectoren kennen verschillende wetten, regels, financiering, bekostigingsregels en indiceringen. De jeugdzorg is momenteel nog ingedeeld naar zorgniveau, oplopend naar zorgzwaarte. Tussen deze niveaus zitten schotten met poortwachters en indicatieorganen die ervoor moeten zorgen dat ieder kind de juiste hulp krijgt en eveneens moet voorkomen dat er te veel dure zorg geconsumeerd wordt. Gebleken is dat dit systeem niet goed werkt. Kinderen krijgen niet altijd die hulp die ze moeten krijgen, sommige kinderen krijgen te laat hulp of er wordt hulp geboden die eigenlijk te licht of juist specialistisch is. Bovendien schort het aan de samenhang van diverse hulpvormen die er bij meervoudige problematiek in een gezin plaats vindt. Poortwachters beoordelen nu nog teveel op afstand (soms slechts op basis van een papieren dossier) en te zeer op basis van momentopnamen. Daarnaast blijkt dat als gezinnen eenmaal in zorg zijn er vrijwel geen controle meer is. Oplossingen voor problemen waar gezinnen mee te maken hebben worden nog te weinig gezocht in de directe sociale omgeving waarin de kinderen opgroeien. Al deze knelpunten gezamenlijk kennen een kosten opdrijvend effect, waardoor het huidige stelsel financieel niet meer houdbaar is.

### **2.2 Uitgangspunten voor de inrichting van het functioneel model**

In februari 2013 hebben de Groninger gemeenten de eerste contouren, en hiermee de ambities ten aanzien van de inrichting van het jeugdstelsel vastgesteld:

- We werken aan de versterking van de (pedagogische) civil society;
- We zorgen voor goede en voldoende (sterke) basisvoorzieningen;
- We werken met een gezamenlijk signaleringsproces;
- Gemeenten organiseren de basiszorg lokaal en zetten generalisten (ook wel doe teams genoemd) in bij de uitvoering van zorg;
- Aanvullend op de basiszorg is de flexibele schil (ook wel steunteams genoemd);
- We ontwikkelen zoveel mogelijk een uniforme werkwijze bij de brede intake, casusregie en doorzettingsmacht;

<sup>9</sup> Dit solidariteitsbeginsel wordt momenteel onderzocht en uitgewerkt tot een nader voorstel. Dit is in dit model dus nog niet uitgewerkt.

- De specialistische hulpvormen organiseren we zoveel mogelijk in de eigen omgeving; soms in speciale voorzieningen;
- Gedwongen kader, hoog-specialistische voorzieningen crisisopvang en 24-uurshulp organiseren we regionaal.

Hieraan hebben wij de volgende ambities toegevoegd.

- We zorgen voor preventie en gaan uit van de eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk;  
 - We willen minder snel medicaliseren, meer ontzorgen en normaliseren van dagelijkse opvoedingsvraagstukken;  
 - We bieden eerder (jeugd)hulp op maat bieden voor kwetsbare kinderen en gezinnen;  
 - We bieden (vroegtijdiger) integrale hulp met betere samenwerking rond gezinnen onder het motto: één gezin, één plan, één regisseur;  
 - We zetten in op minder dwang en drang;  
 - We bieden meer ruimte voor professionals en zorgen voor vermindering van regeldruk;  
 - We zetten in op een betere kosten- en batenanalyse bij inzet van zorg ;  
 - We kiezen voor de meest effectieve interventies of behandeling op basis van deskundige triage;  
 - We gaan gericht resultaten en ontwikkelingen monitoren (zonder direct weer nieuwe regeldruk te organiseren);  
 - We zetten in op de inrichting van het functioneel model en de bijbehorende cultuurverandering die dit vraagt van organisaties en professionals. We volgen de voortgang van deze innovaties.  
 - We zorgen voor een adequate afstemming met het onderwijs en voor de samenhang in zorg die we geven aan jeugdigen en gezinnen;  
 - We zorgen voor een optimale samenwerking met de huisarts, waar het gaat om de doorverwijzing en zorg die geboden wordt aan kinderen en gezinnen.

Dit zijn de uitgangspunten voor het functioneel model jeugdzorg. Onderdelen hiervan zullen lokaal of door samenwerkende gemeenten worden ingevuld, waardoor er ook verschillen tussen de deelnemende gemeenten zullen ontstaan. Een ander deel betreft inrichtingskeuzes die betrekking hebben op het regionale deel van het jeugdstelsel, waarvoor we als gemeenten gezamenlijk de uitvoering gaan regelen.

### **2.3 Beschrijving van het functioneel model**

We willen met de herinrichting van het nieuwe jeugdstelsel realiseren dat efficiënte en effectieve jeugdhulp dichtbij kinderen en ouders geboden wordt. We richten de voorzieningen in op drie niveaus (zie ook bijlage 2). Ieder niveau kent enkele pijlers en organisatievormen waarin de verschillende functies worden uitgevoerd.

#### ***Niveau 1: Het gewone opgroeien en opvoeden (positief jeugdbeleid)***

Met als pijlers:

1. positief opgroeien en opvoeden;
2. de pedagogische civil society;
3. sterke basisvoorzieningen.

#### ***Niveau 2: Opgroeien en opvoeden ondersteunen***

Met als pijlers:

4. gemeentelijke basiszorg (teams of netwerken) van samenwerkende T-shaped professionals (generalisten met een specifieke deskundigheid);
5. expertisepool;
6. flexibel aanbod.

#### ***Niveau 3: Opgroeien en opvoeden met intensieve ondersteuning en zorg en bescherming***

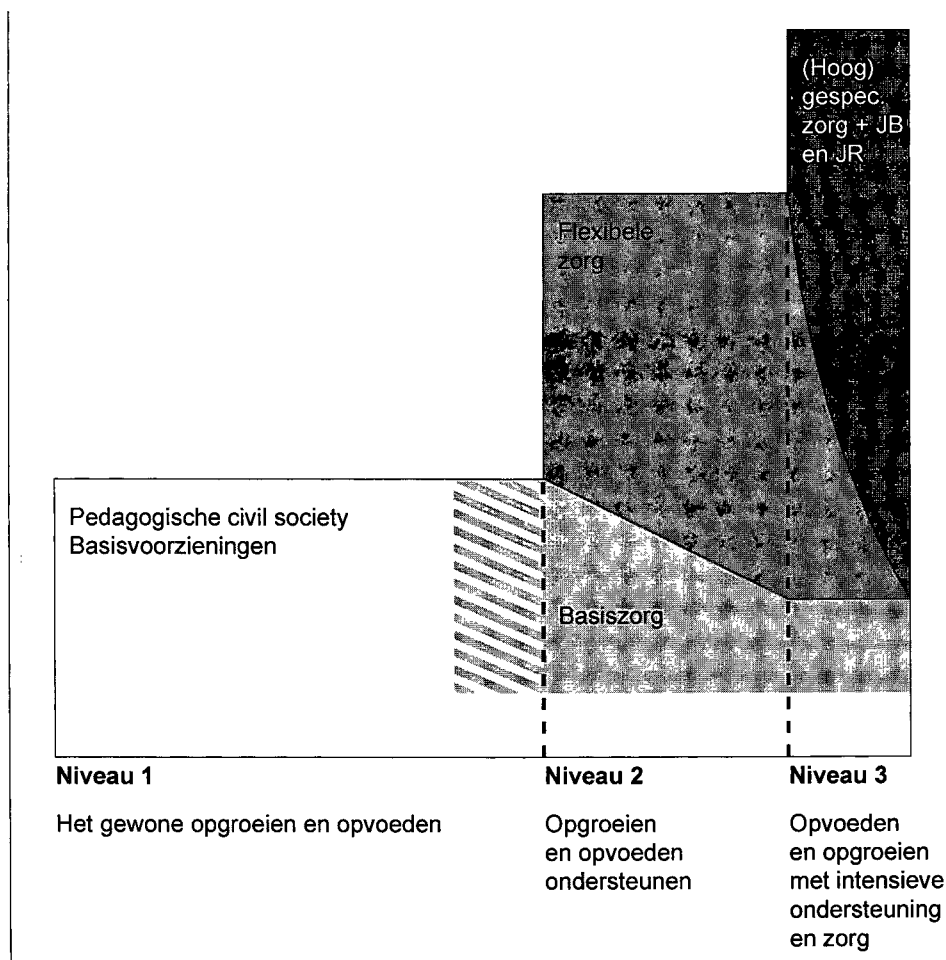
Met als pijlers:

7. specialistische zorgtrajecten ;
8. voorzieningen voor kinderen die (tijdelijk) niet (meer) thuis wonen;
9. speciale veiligheidsfuncties.

Elk niveau van voorzieningen bouwt voort en sluit nauw aan bij de werkzaamheden van een ander niveau. Dit betekent dat de activiteiten geen geïsoleerd karakter kennen. De uitdaging door de niveaus heen is voortdurend de synergie te vinden. Hierdoor kan de hulp en ondersteuning gerealiseerd worden, die leidt tot een effectieve en efficiënte jeugdhulp, snel en zo veel mogelijk dichtbij. En uiteindelijk moet leiden tot minder gebruik van specialistische zorg op termijn. De schakelfuncties tussen de verschillende niveaus beschrijven we apart in hoofdstuk 2.4.

### Opbouw

Per niveau beschrijven we eerst kort algemeen de algemene kenmerken van het niveau. Daarna geven we een weergave van elke pijler die bij het niveau behoort. Daarna benoemen we de rol en taken die de gemeente heeft bij het inrichten van deze niveaus, waarbij een onderscheid aangegeven is of het een lokale gemeentelijke taak is of een bovenlokale verantwoordelijkheid. Dit laatste heeft consequenties voor de bekostiging, de inkoop en verantwoording.





### **Niveau 1 Het gewone opgroeien en opvoeden**

We willen een kwalitatief goede leefomgeving realiseren waarin kinderen en jongeren opgroeien. Kinderen en de gezinnen waarin ze groot worden, functioneren het beste in een gemeenschap: een sociale en pedagogische omgeving waarbinnen het goed opgroeien en opvoeden is. Samen met maatregelen voor het versterken van de (pedagogische) civil society (zie pijler 2) dragen gemeenten bij aan het creëren van een goed opvoedklimaat van de algemene jeugdvoorzieningen (zoals kinderopvang, vve voorzieningen, onderwijs, sport- en culturele voorzieningen buurthuis, speeltuinen, kinderactiviteiten) en vermindering van problemen bij opgroeien en opvoeden.

#### **Pijler 1: Positief opvoeden en opgroeien**

Ieder kind krijgt de kans om zich (naar vermogen) te ontwikkelen tot een zelfredzame volwassene, die zich kan inzetten voor zijn omgeving en maatschappij. Dit betekent een focus op kansen; een gezonde positieve ontwikkeling, de mogelijkheid een opleiding af te maken, talentontwikkeling en participatie in de samenleving. De ouders zijn het belangrijkste baken in de ontwikkeling van het kind. Zij zijn verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kind. Ouders voeden op vanuit eigen kracht en kunde en hebben een eigen normen en waardenkader. Het is belangrijk dat ouders de mogelijkheid hebben en houden om dit te kunnen doen en hierover in hun directe omgeving en samen met anderen van gedachten kunnen wisselen. Vragen over de opvoeding horen erbij en dienen niet direct geproblematiseerd te worden. Internet is een belangrijke bron van informatie voor ouders en jongeren voor het verkrijgen van informatie over opvoeden en opgroeien. Via internet kunnen jeugdigen en ouders zeer laagdrempelig informatie, advies en voorlichting krijgen. Voor jongeren maken sociale media een wezenlijk onderdeel uit van hun sociale omgeving. De (digitale) beschikbaarheid van betrouwbare informatie over opvoeden en opgroeien is daarom een belangrijke voorziening. Dat kan via het huidige CJG, maar ook via de reguliere instellingen is veel (digitale) informatie beschikbaar.

#### **Rol gemeenten**

Schaalniveau: lokaal

Bekostigingsafspraken: geen. Gemeenten maken desgewenst zelf afspraken

#### **Beslispunt pijler 1:**

**Gemeenten spreken af vorm te geven aan de pijler positief opvoeden en opgroeien (jeugdbeleid).**

#### **Pijler 2: De pedagogische gemeenschap; ingebed in de samenleving**

Het fundament van het functioneel model wordt gevormd door de pedagogische gemeenschap. De pedagogische gemeenschap gaat uit van een samenleving waarin ouders samen met andere mensen die betrokken zijn bij het opgroeien en opvoeden van kinderen gezamenlijk verantwoordelijk zijn. In een goed functionerende *pedagogische gemeenschap* (of *beter civil society*) bestaat er bij burgers de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid rond het opgroeien en opvoeden van kinderen te delen. Ouders, jongeren en buurtbewoners, maar ook bijvoorbeeld familieleden, leraren, en sportcoaches. Kortom: burgers zijn op zo'n manier onderling betrokken dat het bevorderend is voor het opvoeden en opgroeien van kinderen en jeugdigen. De rol van andere opvoeders is voor de ontwikkeling van kinderen van groot belang. Zij kennen de kinderen en de ouders, steunen ouders bij dagelijkse opvoedtaken en –vragen, en bij problemen signaleren zij vaak als eerste dat er iets aan de hand is. Zij vormen dan ook belangrijke samenwerkingspartners voor professionals die hulp verlenen aan kinderen en hun ouders. Voor jongeren zijn ook de sociale media een wezenlijk onderdeel van de sociale omgeving. De uitdaging is om de sociale samenhang en veerkracht te versterken zodat ouders, jeugdigen, scholen, wijken en dorpen problemen kunnen voorkomen, klein houden en zoveel mogelijk zelf oplossen. Dit vraagt inzicht per dorp/wijk over welke kansen en risico's er liggen voor de ontwikkeling van kinderen.

#### **Rol gemeenten**

Schaalniveau: lokaal

Bekostigingsafspraken: geen

### **Beslispunten pijler 2:**

#### **Gemeenten spreken af:**

- Te investeren in de (pedagogische) civil society door:
- Het ondersteunen en faciliteren van initiatieven van burgers op het gebied van opvoeden en opgroeien.
- burgers te ondersteunen in hun zelforganisatie, zelfsturing en het nemen van verantwoordelijkheid voor hun eigen leefgebied (buurt, wijk, streek of regio).
- Afspraken te maken van met lokale voorzieningen over hun bijdrage aan het stimuleren en faciliteren van de (pedagogische) civil society.

### **Pijler 3: Sterke collectieve (basis)voorzieningen**

Onder basisvoorzieningen verstaan we die voorzieningen waar vrijwel alle ouders en kinderen komen. Denk daarbij aan kinderopvang, vve voorzieningen, peuterspeelzalen, scholen, naschoolse opvang, huisartsen en andere laagdrempelige voorzieningen in de gezondheidszorg. Maar ook sport, welzijnswerk of bijvoorbeeld scouting. Basisvoorzieningen zijn in de basis vrij toegankelijk (niet altijd gratis) en hebben een regulier aanbod, inclusief preventieve programma's. Deze basisvoorzieningen versterken de eigen kracht van jeugdigen en hun ouders en bevorderen direct of indirect de zelfredzaamheid. De basisvoorzieningen helpen kinderen zich verder te ontwikkelen tot participerende (jong)volwassenen. Als hierbij problemen ontstaan proberen zij deze zo klein mogelijk te houden. De pedagogische kwaliteit van de professionals in deze collectieve basisvoorzieningen draagt bij aan een goede ontwikkeling van kinderen en het zoveel mogelijk voorkomen van eventuele problemen. Van alle basisvoorzieningen nemen onderwijs en kinderopvang een speciale positie in. Kinderen brengen veel tijd door op school en van het onderwijs verwachten wij dat zij kinderen toerusten om een positie te verwerven in onze samenleving. Eventuele knelpunten moeten snel worden opgepakt en besproken. Scholen, speelzalen en kinderopvang zijn zelf verantwoordelijk voor een goed functionerende (interne) zorgstructuur. Als opvoeden en opgroeien niet soepel verloopt en de eigen sociale omgeving daarbij onvoldoende steun kan bieden, bieden professionals in de basisvoorzieningen (leerkrachten, leidsters in kinderopvang, jeugd- en sportvoorzieningen) ,waar gewenst ondersteund door basiszorg (zie niveau 2), kinderen, jongeren en ouders, snel passende ondersteuning. In het nieuwe jeugdstelsel vragen wij van basisvoorzieningen dat zij meewerken aan het versterken van de eigen kracht, het stimuleren van sociale netwerken en dat zij preventie en vroegsignalering opnemen in hun reguliere werkzaamheden. Vroegsignalering dient echter niet te uit te groeien tot onnodige problematisering en etikettering. Hierover gaan gemeenten met basisvoorzieningen in gesprek en indien noodzakelijk (en mogelijk) wordt dit ook opgenomen in de opdracht verlening of subsidiebeschikkingen.

#### *Rol gemeente*

**Schaalniveau:** Lokaal

**Bekostigingsafspraken:** geen. Gemeenten maken desgewenst zelf afspraken

### **Beslispunten pijler 3:**

#### **Gemeenten spreken af**

- Basisvoorzieningen in stand te houden afgestemd op de lokale situatie.
- Kwaliteitseisen te stellen aan pedagogische competenties van medewerkers van basisvoorzieningen.
- Afspraken te maken met het onderwijs over de zorgstructuur (passend onderwijs).
- Zorg te dragen voor de ondersteuning vanuit basiszorg (niveau 2) aan professionals in de basisvoorzieningen.
- Afspraken te maken met de andere basisvoorzieningen waaronder de huisartsen.

### **Niveau 2 Opgroeien en opvoeden ondersteunen**

Soms verloopt de gewenste ontwikkeling van kinderen niet goed, of zijn er veel vragen of problemen bij de opvoeding. Dan is het van belang dat deze vragen of problemen adequaat worden opgepakt. In het nieuwe jeugdstelsel is jeugdhulp voor een belangrijk deel ingebed in de basisinfrastructuur in de gemeente (dorpen en wijken). Hierdoor kan de gewenste ondersteuning en hulp zo dicht mogelijk bij het kind worden aangeboden, optimaal afgestemd op de situatie van het gezin. Niet het aanbod, maar de vragen en mogelijkheden en

behoefden van het kind (systeem) vormen bij het uitvoeren van de ondersteuning het uitgangspunt. Bij gezinnen waar meerdere problemen op diverse leefgebieden spelen kan het nodig zijn om de regie te organiseren. De gewenste integrale hulp verlenen we vanuit het principe één gezin, één plan, één regisseur.

Binnen ons ontwerp vormen zogeheten *T-shaped professionals* (of generalisten) de spil in het jeugdstelsel. Een T-shaped professional is goed in haar/zijn vak en combineert dit met generieke vaardigheden, kennis en attitude: het opschorten van oordelen, met nieuwsgierigheid, eigen grenzen kennen, over grenzen durven kijken, samenwerking zoeken als het nodig is.<sup>10</sup> Het ligt voor de hand om werkzaamheden van deze professionals in teams te bundelen. Maar het is aan gemeenten zelf om te bepalen of men deze bundeling wenst en op welke wijze en hoe breed de samenstelling van een dergelijk teams worden ingericht: bijvoorbeeld voor alleen jeugd en gezin, via een CJG, een wijkteam voor de gehele bevolking, een multidisciplinair team voor een regio etc. Wij spreken daarom over basiszorg. Naast deze professionals vormen ook de huisartsen een belangrijke schakel in het jeugdstelsel, vooral als het gaat om de samenhang tussen somatische, psychiatrische en psychosociale hulp.

#### **Pijler 4: Basiszorg: functies, triage en schakelen en overige (rand)voorwaarden**

Elke gemeente zorgt ervoor dat basiszorg voor jeugdigen en hun ouders beschikbaar is. Basiszorg omvat in elk geval de volgende functies met betrekking tot jeugd en gezin, die in de wet zijn vastgelegd:

1. Informatie bieden en advies geven,;
2. Activering;
3. Ontmoeting;
4. Signalering;
5. Vraaganalyse;
6. Triage;
7. Toeleiding;
8. Bieden van ondersteuning en ambulante hulp;
9. Zorgcoördinatie (casus en procescoördinatie);
10. Monitoring.

De ondersteuning en programma's die geboden worden vanuit de basiszorg, delen de eigenschap dat het gaat om het versterken van het zelf oplossend vermogen van jeugdigen en (beroeps)opvoeders en hun sociale netwerk en in hun eigen omgeving (het gezin, de kinderopvang, de school). Kortdurende ondersteuning en ambulante jeugdhulp kan door deze professionals zelf gegeven worden. De professionals die basiszorg bieden hanteren het principe van voorkantsturing. Dit betekent dat één professional alle activiteiten en interventies coördineert<sup>11</sup>.

Gemeenten beslissen zelf op welke wijze men de basiszorg gaat organiseren: vanuit een basisteam dan wel een netwerk. Er kunnen verschillende verschijningsvormen zijn zoals een multidisciplinair team een CJG, een sociaal team of bestaat uit meerdere clusters van werkzaamheden. Welke expertise nodig is, is mede afhankelijk van wat nodig is in een wijk/dorp en waar de kansen en problemen liggen.

Omdat de basiszorg het fundament is van de transitie en transformatie jeugdzorg beschrijven we hieronder doelen waarop de activiteiten en functies van de basiszorg gericht moeten zijn. Vervolgens benoemen we enkele specifieke voorwaarden. Deze functies gelden specifiek voor de transitie en transformatie van de jeugdzorg en spelen geen rol bij de keuzes die gemeenten maken ten aanzien van de vorm waarin ze de basiszorg willen organiseren.

#### **Minimale functies:**

1. De basiszorg draagt bij aan de doelen van de nieuwe jeugdwet:
  - a. Het voorkómen en de vroege signalering van en vroege interventies bij opgroei, opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;
  - b. Het versterken van het opvoedkundig klimaat in gezin, buurt en sociale omgeving, scholen, kinderopvang en speelzalen

<sup>10</sup> J.M. Doornenbal: Het gewone en speciale kind. 2009

<sup>11</sup> Afhankelijk van de opdracht gemeente

- c. Het bevorderen van de opvoedingsvaardigheden ouders, zodat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen;
  - d. Het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en de sociale omgeving;
  - e. Het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij opgroeit en;
  - f. Integrale hulp aan de jeugdige en zijn ouders indien er sprake is van multiproblematiek;
2. De basiszorg omvat het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (het actief en op initiatief van de JGZ beschikbaar stellen van vaccinaties screenen, informatie, advies en consultatie).

#### Specifieke voorwaarden

In elke gemeente zijn jeugd- en gezinsgeneralisten (of T-shaped professionals) beschikbaar met de volgende deskundigheid, vaardigheden en competenties. Het gaat om professionals die:

- De pedagogische basiskennis hebben om jeugdigen en gezinnen adequaat te ondersteunen;
- Problemen vroegtijdig kunnen signaleren en hiernaar kunnen handelen;
- Samen met het gezin bepalen welke ondersteuning nodig is en op welke domeinen (hierbij is integrale samenwerking binnen de verschillende leefgebieden noodzakelijk);
- In de context van het gehele gezin een gezinsplan kunnen opstellen, meewerken aan de ondersteuning en organiseren dat er passende aanvullende zorg komt indien nodig (snel en adequaat) kunnen opschalen;
- Veiligheidsvraagstukken (her)kennen en weten hoe te handelen;
- Vraagstukken voorkomend uit psychologische, psychiatrische en verslavingsproblematiek en (licht) verstandelijke beperkingen bij jeugdigen kunnen herkennen en beoordelen en kunnen inschatten welke aanvullende zorg of specialismen binnen de context van een specifiek gezin nodig zijn;
- Beschikken over de kennis en ervaring die nodig is om regie te voeren over zorg, inclusief de hulp die aanvullend op de basiszorg geleverd wordt (zorgcoördinatie).

Deze T-shaped professionals weten op elk van genoemde gebieden genoeg om veel voorkomende vragen zelf te beantwoorden, een specialist uit de expertisepool te laten aanschuiven of door te verwijzen.

Afhankelijk van de schaalgrootte zijn deze professionals structureel onderdeel van de basiszorg, dan wel zijn zij voor een afgesproken omvang inzetbaar.

#### **Overige voorwaarden die we aan de basiszorg stellen:**

1. Vanuit de basiszorg wordt altijd eerst samen met het kind en de ouders gekeken wat de vraag is, wat het gezin zelf kan doen en welke rol het eigen netwerk hierin kan spelen. Bij het bieden van hulp wordt de volgende volgorde aangehouden: zelfregie, netwerk, collectieve voorziening, individuele voorziening, en werkend vanuit het principe van *stepped care*<sup>12</sup>. De ondersteuning is in dit getrapte systeem dus vooral gericht op activeren en versterken van de eigen kracht en de sociale omgeving. De uitvoering gebeurt dichtbij kinderen en gezinnen, bijvoorbeeld op school of in de wijk. Professionals zorgen voor de verbinding met het (passend) onderwijs. Kennis en kunde wordt op die manier toegevoegd aan de gewone leefmilieus;
2. Indien lichte vormen van hulp onvoldoende resultaat leveren, schuiven kinderen niet zonder meer door naar de volgende hulpverlening. Eerst worden specialistische deskundigen geconsulteerd om te kijken wat er nodig is. Hulp wordt samen met ouders/gezinnen ingeschakeld vanuit de zogenaamde "*wraparound*"<sup>13</sup> benadering;
3. Voor het bieden van kortdurende hulp en ondersteuning is geen diagnose of zorgzwaarte nodig (zoals we deze in het oude stelsel wel kennen). Voor ingewikkelde (langdurige) hulp en zorgvragen wordt aanvullende hulp vanuit de flexibele schil of het specialistisch aanbod ingezet. Wanneer extra expertise nodig is en op welke wijze deze beoordeling plaats zal vinden moet nog verder uitgewerkt worden (mede afhankelijk van de jeugdwet);
4. De professionals zorgen voor de borging van de ontwikkeling en veiligheid van betrokken jeugdigen.

<sup>12</sup> Stepped Care: hulp en zorg op verschillende niveaus, onder het motto 'zo licht als mogelijk, zo zwaar als noodzakelijk'

<sup>13</sup> Wrap-around care: een aanpak die integrale zorg effectief inzet bij gezinnen met complexe problemen; de werkwijze gaat uit van een plan van aanpak dat een gezinswerker met een cliënt opstelt, het plan bevat een beperkt aantal concrete doelen; de cliënt voert samen met de gezinswerker de coördinatie uit; de gezinswerker is een generalist die veel hulp zelf kan uitvoeren; aanvullende interventies bestaan uit activiteiten van actoren in het sociale netwerk en professionele instellingen (J. Hermanns)

### **Schakelfuncties en triage naar niet vrij toegankelijke hulp**

Toeleiding naar hulp organiseren we dicht bij de dagelijkse opvoedpraktijk. Veel hiervan kan vanuit de basiszorg uitgevoerd worden, mits deze bemenst is met de juiste professionals die een goede inschatting kunnen maken van het functioneren van jeugdige, opvoeders, het gezinssysteem en netwerk en de onderlinge interactie. Zoals beschreven kunnen deze professionals gebruik maken van een expertpool (zie pijler 5) om hen te helpen deze inschatting goed te maken, als hiertoe specifieke kennis wenselijk is.

Het goed inschatten van de eigen kracht, de mogelijkheden en beperkingen van jeugdige, de ouders, het gezinssysteem is noodzakelijk om een juiste afweging te maken voor de in te zetten ondersteuning. Deze triage is van belang bij zowel de start van de hulpverlening maar ook gedurende de hulpverlening. Vragen als: 'is deze inzet het meest passend, is deze inzet effectief en succesvol', dienen doorlopend gesteld te worden. De triage is een continu doorlopend proces. Hierbij is het nodig informatie te verzamelen voor de probleemverheldering en de mogelijk in te zetten ondersteuning. De afweging voor ondersteuning vindt plaats aan de hand van het zogenaamde 'stepped care model', er wordt gestart met de minst intensieve en meest effectieve ondersteuning.

Soms gaat het om een toeleiding naar niet vrij toegankelijke hulp. Hiervoor zal de gemeente vanuit het jeugdhulpbeleid criteria moeten opstellen. We streven ernaar om deze criteria in de Groninger gemeenten gemeenschappelijk te formuleren, zodat er de rechtsgelijkheid voor kinderen zo groot mogelijk is.

Aan de professionals die besluitvorming over niet vrij toegankelijke hulp kunnen doen, stelt de wet enkele voorwaarden. Huisartsen en jeugdartsen, kinderartsen en hiertoe bevoegde professionals uit de basiszorg mogen de afweging en het besluit tot verwijzing maken. Vooral huisartsen hebben een belangrijke schakelrol in het jeugdstelsel, vooral als het gaat om de samenhang tussen somatische, psychiatrische en psycho-sociale hulp. Zij kunnen vanuit de basis-GGZ zelf hulp organiseren of verwijzen naar de specialistische GGZ en andere specialistische jeugdhulpfuncties en ander aanbod. Met huisartsen maken gemeenten afspraken over het beschikbare volume van het jeugdhulpbudget en informeren hen over de lokaal beschikbare jeugdhulp.

In ons model zijn er dus drie schakelpunten:

1. Het eerste meer generalistische schakelpunt in de basiszorg waar met ouders of jongeren gesproken wordt en waar nodig vrij toegankelijke ondersteuning wordt afgesproken.
2. Het tweede schakelpunt is een meer specialistisch schakelpunt (waar opnieuw ouders en jongeren nadrukkelijk betrokken zijn), waar overstijgende expertise vanuit de expertpool wordt ingezet met een triagefunctie, en die ook kan voorzien in een kort consult of een gerichte diagnose, dan wel inzet van gespecialiseerde zorg (zoals opname of plaatsing in een intramurale voorziening dan wel inzet van niet vrijwillige hulp).
3. De huisarts, waar kinderen en ouders met (psycho)somatische, psychiatrische of andere vragen terecht kunnen.

#### *Rol gemeenten*

**Schaalniveau:** Lokaal of in samenwerkingsverband tussen enkele gemeenten

**Bekostigingsafspraken:** Geen. Of samenwerkende gemeenten onderling.

#### **Beslispunten pijler 4:**

##### **Gemeenten spreken af:**

- **Zorg te dragen voor de uitvoering van de basiszorg en de minimale functies. (regionale) afspraken te maken over (integrale) beoordeling/verwijzing, en de beoordeling van de veiligheid van kinderen en de werkwijze van op- en afschalen.**
- **Een (regionaal) afsprakensysteem te maken over wat vrij toegankelijke, en niet vrij toegankelijke hulp is en de criteria om daarvoor in aanmerking te komen.**
- **Afspraken te maken met de huisartsen over triage.**
- **Afspraken te maken over het volume van het jeugdhulpbudget dat via de huisarts kan worden ingezet.**

#### ***Pijler 5: Expertpool***

Een expertpool van professionals kan een bijdrage leveren aan het beantwoorden van vragen en het oplossen van de complexe gesignaleerde problemen van jeugdigen en ouders. Wat betreft de basiszorg gaat het om diagnostiek die niet kan worden geleverd door de professionals in de basiszorg. Soms missen zij de specialistische kennis om complexere problematiek te kunnen goed in te kunnen inschatten dan wel te kunnen diagnosticeren (met name op het gebied van psychiatrie, verslaving, verstandelijke beperking en ernstige

gedragsproblemen, maar ook ernstige kinderproblematiek in combinatie met persoonlijke problematiek van opvoeder en problemen in het gezinssysteem). Denk hierbij bijvoorbeeld aan de deskundigheid van kinder- en jeugdpsychiatrie, orthopedagogen en GZ psychologen, experts op het gebied van verstandelijke beperking, gedragsproblemen of op het gebied van gedwongen hulpverlening en het veiligheidsdomein. Deze inzet kan worden geleverd door een individuele specialist die op afroepbasis beschikbaar is of door een vast diagnostisch team. Deze professionals fungeren in eerste instantie als klankbord voor de basiszorg, zodat de basiszorg in staat gesteld wordt zelf een goed oordeel te vellen over eventuele doorverwijzing. De expertpool is lokaal beschikbaar, vanuit een samenwerkingsverband van gemeenten, dan wel vanuit een regionaal georganiseerde expertpool van specialisten die als 'flexibele schil' rondom de basiszorg functioneert.

De bijdragen van de expertpool bestaat in principe uit 3 te onderscheiden onderdelen:

1. Meewerken aan het in kaart brengen van (complexe) problematiek en het oplossingsgericht handelen. Dit is van belang bij zowel de start van de ondersteuning, als gedurende het ondersteuningstraject;
2. Een bijdrage leveren aan de deskundigheidsbevordering van de professionals werkend vanuit de basiszorg; Dit kan ook door middel van een vorm van training on the job, door specialisten uit de Jeugdzorg, J-GGZ of J-VB.
3. Advisering over de inzet van specialistische zorgtrajecten en niet vrij toegankelijke hulp. Ze zijn in staat om vraaggericht (onafhankelijk van de eigen organisatie) hierover te adviseren. Zie ook pijler 4: Basiszorg: Schakelfuncties en triage naar niet vrij toegankelijke hulp

*Rol gemeenten*

Schaalniveau: Regionale organisatie of subregionaal afhankelijk van de schaalgrootte gemeente(n)

Bekostigingsafspraken: Regionale inkoop of samenwerkende gemeenten (afhankelijk gewenste schaalgrootte).

#### **Beslispunten pijler 5:**

**Gemeenten spreken af regionaal afspraken te maken over:**

- De schaalgrootte waarvoor de expertpool werkzaam is.
- De samenstelling van de expertpool.
- De triage.
- Het volume dat beschikbaar is voor de expertpool en de inzet die hieruit beschikbaar is voor elke gemeente.

#### **Pijler 6: Flexibel aanbod**

Het flexibel aanbod omvat het aanbod van diverse organisaties of personen die een aanvullend aanbod verzorgen op de ondersteuning vanuit de basiszorg. Het aanbod is derhalve afhankelijk van de lokale keuze voor instellingen in de flexibele schil. Het volume van ambulante jeugdhulp wordt bepaald door de vormgeving en uitvoering van de hulp vanuit de basiszorg van de gemeente. Afhankelijk van de keuzes die er lokaal of in regioverband gemaakt worden, zullen bepaalde vormen van ambulante zorg door specialistische organisaties geleverd worden: zoals specifieke diagnoses, uitvoeren van onderzoek, bieden van therapieën en behandelingen gericht op jeugdige, de opvoeder dan wel het gezinssysteem en bepaalde specialistische groepsgerichte programma's, of langdurige begeleiding (zoals we die in de huidige AWBZ kennen).

De keuze voor welke instelling in de flexibele schil is mede afhankelijk van de problematiek of behoefte aan ondersteuning die zich voordoet in een gemeente, dorp of wijk. Het aanbod vanuit het flexibel aanbod wordt zoveel mogelijk in de sociale context van kinderen en hun opvoeders geboden. Bijvoorbeeld op de kinderopvang, de school of binnen het gezin. Het flexibel aanbod bestaat uit zowel vrij toegankelijke (al dan niet met eigen bijdrage) en niet vrij toegankelijke hulpverlening. Aanbieders voldoen aan gezamenlijk (regionaal en landelijke) op te stellen eisen. De manier waarop ouders en jeugdigen gebruik kunnen maken van dit aanbod zal verder worden uitgewerkt.

*Rol gemeenten*

Schaalniveau: Lokaal

Bekostigingsafspraken: Regionale inkoop

**Beslispunt pijler 6:****Gemeenten spreken af:**

- **Afspraken te maken over welke flexibel aanbod ze regionaal samen inkopen.**

**Met inachtneming van de keuzevrijheid voor cliënten die de wet voorschrijft en afspraken die in regionaal verband worden gemaakt:**

De volgende onderdelen maken deel uit van het flexibel aanbod:

*Ambulante jeugdhulp*

Een belangrijk deel van de ambulante jeugdhulp zal vanaf 2015 vanuit de basiszorg en de flexibele schil aangeboden worden. Welke onderdelen onder het flexibel aanbod van de ambulante jeugdhulp gaat vallen werken we samen met de jeugdhulpaanbieders uit. Vanuit de flexibele schil kan zowel ambulante begeleiding en behandeling van jeugdigen en hun ouders geboden worden. Bijvoorbeeld indien er sprake is van ontwikkelings- en/of gedragsproblemen van de jeugdige. Ook kan er sprake zijn van huiselijk geweld, een vechtscheiding of een (ernstig) verstoorde balans tussen draagkracht en draaglast bij de opvoeders. Eerdere lichtere vorm(en) van ondersteuning uit de basisvoorzieningen hebben niet het gewenste effect bereikt. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om verschillende vaardigheidstrainingen, orthopedagogische of psychiatrische gezinsbehandeling, psycho-educatie, oudertrainingen, 'ouderschap na scheiding', coaching van leerkrachten en peuterspeelzaalleidsters etc.

*Functie begeleiding voor LVG en VB*

De functie begeleiding in de AWBZ was bedoeld om de zelfredzaamheid van personen te bevorderen, te behouden of te compenseren zodat een verblijf in een instelling zo lang mogelijk wordt uitgesteld of niet nodig is. Ditzelfde uitgangspunt staat ook aan de basis van het nieuwe jeugdstelsel. Begeleiding zal dus ook in het nieuwe jeugdstelsel een stevige plek moeten krijgen. Deze begeleiding kan worden gecoördineerd vanuit de basiszorg, vanuit het flexibele aanbod en vanuit afspraken die we maken met gespecialiseerde instellingen. We streven er naar dat de ambulante zorg en begeleiding aangeboden wordt in de dagelijkse leefomgeving van kinderen en gezin. Dat wil zeggen: thuis, op school of in een andere bekende omgeving. Begeleiding in het nieuwe jeugdstelsel terug komen. Onderdeel hiervan vormt het Persoonsgebonden Budget. In het nieuwe jeugdstelsel hebben we te maken met 25% minder beschikbaar geld voor de begeleiding. Hierdoor zullen gemeenten moeten bepalen welke activiteiten onder de die in het oude stelsel onder de AWBZ-begeleiding gefinancierd worden in het nieuwe jeugdstelsel terug komen en in hoeverre en op welke wijze gemeenten gebruik willen maken van een PGB-model.

De criteria en procedure om begeleiding en kortdurend verblijf te faciliteren zullen gemeenten in een eigen verordening vastleggen.

*J-GGZ (ambulante onderdelen)*

Ook meer specialistische en/of intensievere, behandelingen en diagnostiek bij kinderen en jongeren met psychische problemen kunnen vanuit de flexibele schil geleverd worden.

De hulp is gericht op het verminderen van klachten van kinderen, maar ook aan het aanleren van oplossingsstrategieën waarmee kinderen, jongeren en hun ouders in de toekomst beter en zoveel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Het zal dan gaan om de ambulante behandeling en diagnostiek van veel voorkomende (enkelvoudige) psychische problemen zoals: angst- en stemmingsklachten, agressieproblemen, schoolvermijding, faalangst, verslavingsproblemen, gedragsproblematiek of ernstige dyslexie. Daarnaast kan het gaan om ernstige of levenslange ontwikkelingsproblemen zoals ADHD, autismespectrumstoornissen. Het kan ook gaan om een analyse en beoordeling van langdurige complexe gezins- en opvoedingssituatie om daarmee te komen tot een goed plan van aanpak.

In overleg met de GGZ zorgaanbieders zullen we bepalen welk aanbod past in deze flexibele schil. Uitgangspunt is dat het vooral gaat om dat aanbod dat als interventie door de J-GGZ aanvullend in de basiszorg aangeboden kan worden. Ook programma's die via scholen, kinderopvang of E-health worden georganiseerd passen in dit onderdeel.

*Gespecialiseerde interventies en trainingen*

Het kan ook gaan om (collectief) aanbod zoals specifieke ondersteuning bij pesten en kind en echtscheidingsproblematiek of kinderen van ouders met psychiatrische problematiek dat niet standaard door de basiszorg geleverd kan worden.

### **Niveau 3 Opvoeden en opgroeien met intensieve ondersteuning en zorg**

Het derde niveau van het jeugdstelsel is dat van de gespecialiseerde ondersteuning en zorg voor jeugd en gezinnen. Niet alle specifieke ontwikkeling- en opvoedvragen van een kind(systeem) kunnen in de eigen leefomgeving worden beantwoord. Kinderen met complexe ontwikkelingsproblemen, psychiatrische problemen, een verstandelijke of lichamelijke beperking, ouders met verstandelijke beperking of problemen van de opvoeders die het onbedreigd opgroeien van een jeugdige belemmeren, vragen om gespecialiseerde hulp dan wel intensievere zorg. Bij deze kleinere groep van jeugdigen en gezinnen is sprake van een complexere vraag / grotere ondersteuningsbehoefte die zich vertaalt in de wens of noodzaak tot een meer intensieve en of langdurige interventie. Deze problemen kunnen niet alleen opgelost worden door inzet van de basiszorg of de aanvullende flexibele schil. Om deze reden is het nodig dat er specialistische zorg wordt ingeschakeld. Bij deze hulp kan ook dwang en drang bij komen kijken, hulp die soms door de kinderrechter wordt opgelegd.

Deze gespecialiseerde voorzieningen zijn (met uitzondering van het AMHK waar iedereen zich kan melden) niet vrij toegankelijk. Vanwege de specialistische aanpak, de geringe aantallen jeugd en gezinnen (per gemeente) die hierbij betrokken zijn en het beschikbaarheidscriterium, organiseren we deze gespecialiseerde zorg regionaal. Ook vanuit het solidariteitsprincipe. Wel dient er altijd een verbinding te zijn met de basiszorg en is het streven dat afschaling, indien mogelijk, zo snel mogelijk plaats vindt.

Dat deze vormen van hulp te specialistisch zijn om vanuit de basiszorg te organiseren wil niet zeggen dat deze hulp buiten het gezichtsveld van de basiszorg wordt geboden. Jeugdigen die tijdelijke hulp ontvangen buiten de dagelijkse omgeving van het gezin, keren (meestal) ook weer terug naar de hulp binnen de dagelijkse omgeving. Het is van belang de gespecialiseerde hulpverleners te laten aansluiten bij het bestaande netwerk en wanneer dat mogelijk is de zorgcoördinatie of casuscoördinatie voor het gezin altijd plaats te laten vinden vanuit de lokale basiszorg. Ook bij zwaardere vormen van hulp blijft het uitgangspunt het aanboren van de eigen kracht van ouders en jeugdigen, zoveel mogelijk in hun eigen omgeving. Indien mogelijk wordt de benodigde specialistische hulp ambulante gestart, om plaatsing in een voorziening voor dagbehandeling of residentiele voorziening te voorkomen dan wel te verkorten. Als de specialistische hulp afgerond is, dient er dan ook een vloeiende overgang te zijn naar de hulp die vanuit de basiszorg wordt geboden<sup>14</sup>.

### **Pijler 7 Specialistische zorgtrajecten**

Het gaat hier om voorzieningen ten behoeve van kinderen van 0-18 jaar met ernstige, of dreigend ernstige, ontwikkeling- en gedragsproblemen al dan niet met een medische component. Het betreft voorzieningen voor kinderen die niet kunnen deelnemen aan de gewone basisvoorzieningen zoals de kinderopvang en onderwijs. Hierbij kan gedacht worden aan een Medisch Kleuterdagverblijf, speciale LVG naschoolse opvang of een voorschoolse groep voor kinderen met (L)VG problematiek. Deze vormen van zorg hebben een nauwe relatie met passend onderwijs. Kinderen die in deze voorzieningen behandeld worden, wonen gewoon thuis en zijn overdag (gedeeltelijk) bij de dagbehandeling. Ook hier geldt waar mogelijk kan de specifieke expertise ook worden ingebracht (bv via coaching) naar de scholen en kindercentra.

#### **Rol gemeenten**

**Schaalniveau:** Regionale uitvoering

**Bekostigingsafspraken:** Regionale bekostiging met solidariteitsafspraken

#### **Beslispunten pijler 7:**

##### **Gemeenten spreken af:**

- **Afspraken te maken over de toegang tot de vormen van specialistische zorgtrajecten.**
- **Zorg te dragen voor samenhang met en monitoring van de basiszorg.**
- **Afspraken te maken over welke gespecialiseerde hulp regionaal gezamenlijk wordt ingekocht op basis van solidariteit.**

<sup>14</sup> Wordt in een deelproject verder uitgewerkt



**Pijler 8: Voorzieningen voor kinderen die (tijdelijk) niet (meer) thuis wonen; pleegzorg en Intramurale voorzieningen .**

Wij streven ernaar dat jeugdigen zo kort mogelijk in een instelling verblijven en zoveel mogelijk in gezinsverband opgroeien. Toch zullen er ook altijd kinderen zijn die om verschillende redenen (tijdelijk) niet thuis kunnen wonen. Ouders kunnen vrijwillig meewerken aan deze situatie, maar er zijn ook situaties waarbij de rechter bepaalt dat een kind niet thuis kan wonen, omdat de opvoedsituatie niet veilig genoeg is voor de ontwikkeling van kinderen. Als gemeenten zijn we erop gericht om voldoende pleeggezinnen en gezinshuizen beschikbaar te hebben. Voor zeer ernstige (meervoudig) gehandicapte kinderen die levenslang in een instelling moeten verblijven, blijft de kern AWBZ gelden en deze gaan dus niet over naar de zorg van gemeenten. We onderscheiden de volgende vormen van dag- en nachtbehandeling voor vrijwillige en niet-vrijwillig uithuisgeplaatste kinderen:

**Pleegzorg en gezinshuizen**

In de pleegzorg groeien kinderen op in een gezin, maar niet bij de eigen ouders. Dit is de meest wenselijke situatie voor uithuisgeplaatste kinderen. Bovendien is het de goedkoopste variant. Binnen de Pleegzorg zijn er verschillende varianten:

- Netwerkplaatsing (bij familie of vrienden van de eigen ouders)
- Normale bestandsplaatsing (plaatsing bij een geselecteerd vrijwillig pleeggezin)
- Gespecialiseerde bestandsplaatsing (plaatsing bij een geselecteerd vrijwillig pleeggezin waarbij aanvullende ondersteuning nodig is)

Een professionele instelling verzorgt de werving en matching en de begeleiding van de pleeggezinnen. In gezinshuizen wonen kinderen in de setting van een gezin en krijgen hier professionele begeleiding. Meerdere uithuisgeplaatste kinderen kunnen in hetzelfde gezin worden opgevangen. Voor de pleegzorg en gezinshuizen geldt dat kinderen soms gespecialiseerde zorg nodig hebben op het terrein van psychische of psychiatrische ondersteuning of (L)VB. Deze ondersteuning zal voor deze jeugdigen en hun pleegouders beschikbaar zijn ongeacht de plek waar zij verblijven. Ook bij plaatsing in pleegzorg of een gezinshuis zal altijd mogelijke terugplaatsing naar biologische ouders worden onderzocht. Hierbij streven wij zoveel mogelijk naar samenwerking tussen onder meer jeugdzorg (L)VB en jeugd-GGZ (de zogenaamde multifocale zorg) na.

**Open intramurale voorzieningen en gesloten intramurale voorzieningen**

Deze zorg is bestemd voor kinderen en jongeren voor wie ambulante en semi residentiële hulp onvoldoende is en voor kinderen en jongeren die niet meer thuis kunnen wonen, vanwege de ernst van de klachten of wanneer de ouders de zorg niet meer aankunnen. Het kan gaan om de zogenaamde topreferente en topklinische zorg, die ook bovenregionaal aangeboden kan worden. Daarnaast gaat het om de gesloten jeugdzorg (jeugdzorg plus), of een gesloten GGZ plek. Dit zijn vormen van behandeling voor jongeren met ernstige gedragsproblemen of ter bescherming van een ernstig onveilige situatie, die veelal bij machtiging van de kinderrechter worden geplaatst in een gesloten omgeving. We streven ernaar om deze voorzieningen zo mogelijk in de noordelijke regio (Groningen, Drenthe en Friesland) te organiseren.

**Rol gemeenten**

**Schaalniveau:** Regionale uitvoering of bovenregionale of landelijke uitvoering

**Bekostigingsafspraken:** Regionale bekostiging met solidariteitsafspraken

**Beslispunten pijler 8:**

**Gemeenten spreken af:**

- Afspraken te maken over de toegang tot de vormen van pleegzorg en intramurale voorzieningen.
- Zorg te dragen voor samenhang met en monitoring van de basiszorg.
- Afspraken te maken over welke voorzieningen regionaal en/of bovenregionaal of landelijk gezamenlijk wordt ingekocht op basis van solidariteit.

### ***Pijler 9 . Speciale veiligheidsfuncties:***

#### ***Meldpunt AMHK, Crisis, Toezicht en rechterlijke macht: jeugdbescherming en jeugdreclassering***

In dit cluster van voorzieningen zijn de onderdelen gebundeld die te maken hebben met de veiligheid van kinderen. Het betreft de volgende onderdelen:

##### *Advies en meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling*

De gemeente krijgt de verantwoordelijkheid om bovenlokaal een advies- en meldpunt voor huiselijk geweld en kindermishandeling in te richten. Hierin worden de frontoffices van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Steunpunten Huiselijk geweld verenigd. Dit nieuwe AMHK fungeert als meldpunt voor gevallen of vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling en dient naar aanleiding van een melding te onderzoeken of er sprake is van kindermishandeling en zo nodig de hulpverlening op gang te brengen. Dit meldpunt is verankerd in de WMO. Alhoewel dit punt regionaal of bovenregionaal georganiseerd zal worden blijft het van belang om een goede lokale aansluiting in de wijk, dorp of gemeente te hebben. Het uitgangspunt moet zijn dat het AMHK ten alle tijden contact moet leggen met de basiszorg vanuit de gemeenten om gezamenlijk de juiste vorm van hulp te bepalen. De professional blijft eerste contactpersoon en is verantwoordelijk voor de inzet van de juiste zorg.

##### *Crisishulp*

24 uur per dag zal er een crisisdienst paraat moeten zijn om bij actuele problemen direct in het gezin te stappen maatregelen te treffen, waar nodig in overleg met de burgemeester en de Raad voor Kinderbescherming. We willen vanaf 2015 de crisisdienst meer integraal aanbieden. Een crisisdienst voor de regio die 24 uur per dag paraat staat om direct bij noodsituaties bij kinderen, jongeren en gezinnen uit te kunnen rukken. De samenwerking met andere vormen van crisisdiensten in de regio zal verder onderzocht worden. De samenhang en afstemming met de lokale basiszorg is een voorwaarde. De zorg vanuit de crisishulp moet zo snel als kan overgedragen worden aan de basiszorg vanuit de gemeenten.

Naast de crisisdiensten dienen er tevens mogelijkheden te zijn voor de inzet van spoedzorg, crisisplaatsing in pleeggezinnen dan wel crisisbedden in een residentiële voorziening

##### *Jeugdbescherming en jeugdreclassering*

De jeugdbescherming (JB) en de jeugdreclassering (JR) blijven ook na het ingaan van de nieuwe Jeugdwet aparte disciplines, met een geheel eigen werkwijze. Beide starten pas na een uitspraak van de kinderrechter. De uitvoering van de JB- en JR maatregelen zijn in de nieuwe Jeugdwet strikt gescheiden van het uitvoeren van jeugdhulp. De uitvoering van de maatregel wordt bij gecertificeerde instellingen belegd die zelf geen jeugdhulp mogen bieden. Jeugdbescherming: doel is het waarborgen van de kindveiligheid, wanneer het kind in gevaar komt door verwaarlozing of mishandeling. De kinderrechter bepaalt op advies van de Raad voor de Kinderbescherming of een gezin gedwongen hulp krijgt. Een dergelijke maatregel kan betekenen dat de ouder(s) (tijdelijk) geheel of gedeeltelijk het ouderlijk gezag over hun kind verliezen. Jeugdreclassering begeleid jongeren tussen 12 en 18 jaar, die een strafbaar feit hebben gepleegd. Doel hiervan is het voorkomen van recidive en het vergroten van maatschappelijke participatie. De rechter kan een jongere veroordelen tot een boete, taakstraf of detentie. Tijdens en na de rechtszaak krijgt de jongere begeleiding van jeugdreclassering, om hem of haar weer op het juiste pad te krijgen. Met de nieuwe jeugdwet is bepaald dat gemeenten deze taken door een gecertificeerde instelling moeten laten uitvoeren, die regionaal werkt. Het blijft echter wel de ambitie van de Groninger gemeenten om de samenhang met de lokale aanpak en mogelijkheden sterk te verbinden. De samenwerking met de basiszorg in gemeenten, dorpen of wijken en het onderwijs is hierbij van groot belang. Op welke wijze dit dient plaats te vinden zal nog nader uitgewerkt moeten worden.

##### *Rol gemeenten*

Specialistische jeugdzorg wordt vooral regionaal of bovenregionaal georganiseerd. Dat heeft te maken met de gevraagde expertise voor een goede inkoop (vooral bij zeer gespecialiseerde voorzieningen), risicospreiding (opvang fluctuaties benodigd aantal specialistische voorzieningen), efficiency (in het inkoopproces) en een sterkere positie ten opzichte van zorgaanbieders. In de meeste gevallen is het regionale niveau het meest geëigend of anders boven-regionaal (AMHK, crisisdienst, jeugdbescherming en jeugdreclassering). Bovendien zijn er nog een aantal landelijk werkende voorzieningen waarvoor landelijke afspraken gemaakt worden. Dit betreft bijvoorbeeld hoog gespecialiseerde kennis- en behandelcentra (ook wel aangeduid als toppreferente of topklinische zorg). Het gaat hier om centra met een relatief kleine doelgroep en (zeer) hoge kosten.

*Rol gemeenten*

Schaalniveau: Regionale en deels bovenregionale verantwoordelijkheid

Bekostigingsafspraken: Regionale bekostiging met solidariteitsafspraken

**Beslispunt pijler 9:**

**Gemeenten spreken af:**

- **Afspraken te maken over de regionale/bovenregionale samenwerking.**
- **Zorg te dragen voor samenhang en monitoring met de lokale basiszorg.**
- **Afspraken te maken over welke gespecialiseerde hulp regionaal dan wel bovenregionaal gezamenlijk wordt ingekocht op basis van solidariteit.**

## Bijlage 4 Uitwerking pijlers van de transformatieagenda

Inhoudelijke opgaven gekoppeld aan het functioneel model (globaal beschreven en in tijd bepaald ter nadere uitwerking met betrokkenen)

2014:

Opgave 1: Invulling van de genoemde pijlers 4 en 5 functioneel model in functies + af te nemen diensten

<b>Omschrijving</b>	De organisatie van de eerste drie pijlers van het functioneel model is de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Het is een invulling van de lokale infrastructuur. Bij pijler 4 en 5 wordt de basiszorg en de expertisepool ingevuld. Het gaat hierbij om het versterken van de voorkant en het effectief vroegtijdig inzetten van ondersteuning en zorg. In de planning willen we de basiszorg en expertisepool zijn als eerste realiseren. Deze twee pijlers zijn speerpunt voor de vernieuwing die zo mogelijk begin 2015 georganiseerd moet zijn om van daar uit de transformatie verder te laten plaats vinden.
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het inhoudelijk invullen van de basiszorg en de expertpool ( pijler 4 en 5 ) teneinde vast te stellen welke begeleiding en invulling van functies / diensten / cliëntprofielen nodig zijn om de noodzakelijke transformatie in te vullen.</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven</li> <li>• Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De invulling van de functies, diensten en cliëntprofielen van de basiszorg en flexibele schil zijn bekend en beschreven evenals de organisatorische en financiële gevolgen</li> <li>• Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld</li> </ul>
<b>Stappen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uitwerken opgaven in opdrachten</li> <li>2. Opdrachten uitvoeren</li> <li>3. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel</li> <li>4. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties.</li> </ol>
<b>Tijd</b>	2013-2014
<b>Deelnemers</b>	Professionals instellingen Operationele leiding instellingen Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan) Ambtelijke ondersteuning Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider)
<b>Inzet</b>	Nader te bepalen
<b>Vervolg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017</li> <li>• Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014)</li> <li>• Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)</li> </ul>

Opgave 2: Triage en toegang

<b>Omschrijving</b>	Om de toegang tot de ambulante jeugdhulp en de niet vrij toegankelijke jeugdhulp goed te organiseren is het van belang tot afspraken te komen over de triage en verwijzing. Hiertoe stellen we (in samenspraak met de zorgaanbieders en BJZ) criteria op om te bepalen wie er in aanmerking komt voor de niet vrij toegankelijke hulp. We werken daarbij het generalistisch- en het specialistisch schakelpunt uit, zodat we tot een integrale procesbeschrijving van de toegang komen. De positie en rol van de huisarts wordt hierin meegenomen.
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het opstellen van een procesbeschrijving van de toewijzing naar niet vrij toegankelijke zorg, inclusief de rol van de huisarts en jeugdarts daarin evenals de functionaliteiten en competenties die in de basiszorg aanwezig moeten zijn om den juiste beoordeling en toewijzing mogelijk te maken</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan</li> <li>• Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht.</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proces beschrijving toewijzing niet toegankelijke zorg gereed evenals de rol van de huisarts, jeugdarts en de competenties en functionaliteiten in de basiszorg.</li> <li>• Een set van beoordelingscriteria ( zo mogelijk verbonden aan jeugdprofielen) voor de niet vrij toegankelijke hulp.</li> <li>• Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd</li> </ul>
<b>Stappen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uitwerken opgaven in opdrachten</li> <li>2. Opdrachten uitvoeren</li> <li>3. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar inhoud (richting pijler 2 en lager en 6 en hoger)</li> <li>4. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties.</li> </ol>
<b>Tijd</b>	2013 – 2014
<b>Deelnemers</b>	Professionals instellingen Huisartsen en jeugdartsen

Inzet Vervolg	Operationele leiding instellingen Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan) Ambtelijke ondersteuning Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider) Nader te bepalen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input vormgeving toegang 2015 en verder</li> <li>• Input financiële consequenties</li> <li>• Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014)</li> <li>• Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)</li> </ul>

**Opgave 3: AMK, jeugdbescherming, jeugdreclassering, 24- uurs bereikbaarheid en crisishulp**

Omschrijving	Vanuit de pijler 9 worden de speciale veiligheidsfuncties en de functies het gedwongen kader georganiseerd. Meldpunt AMHK, 24-uurs bereikbaarheid, Crisishulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het inhoudelijk invullen van speciale veiligheidsfuncties:              Inrichten van het meldpunt <b>AMHK</b> in samenspraak met SHG              Organiseren van de 24-uurs bereikbaarheid              Realiseren van een (integrale)Crisishulp, spoedzorg en crisisplaatsingen</li> <li>• <b>Gedongen kader:</b>              In het kader van de opdracht voor een business case voor 3 Noord; uitwerking van de:              Uitvoering van de taken Jeugdbescherming              Uitvoering van de taken Jeugdreclassering.</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties van de verschillende onderdelen</li> <li>• Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.</li> <li>• Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers</li> </ul>
Resultaten Stappen	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uitwerken opgaven voor veiligheidsfuncties in opdrachten (november 2013 uitwerking <b>AMHK</b> concept in samenwerking met SHG</li> <li>2. Opdrachten uitvoeren (november 2013 – januari 2014)</li> <li>3. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel</li> <li>4. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties.</li> <li>5. Herinrichten en implementeren van de veiligheidsfuncties</li> <li>6. <b>Gedwongen kader</b></li> <li>7. Uitwerken opdracht voor Jeugdbescherming en jeugdreclassering in een business case voor 3 Noord voor 01-01-2014</li> <li>8. Bespreken resultaten in overleg met transitie managers voor Drenthe Friesland en Groningen</li> <li>9. Uitwerking en financiële consequenties en uitwerken in bovenregionaal transformatieplan (april 2014)</li> <li>10. Implementatie van de uitvoering binnen 3 jaar na vaststelling.</li> </ol>
Tijd Deelnemers	Professionals instellingen Transitie managers van de provincies Drenthe en Friesland Operationele leiding instellingen Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan) Ambtelijke ondersteuning Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider) Nader te bepalen
Inzet Vervolg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017</li> <li>• Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014)</li> <li>• Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)</li> </ul>



2015

Opgave 4: Inhoudelijke invulling pijler 6 in af te nemen diensten, kwaliteit, organisatie en financiering

<b>Omschrijving</b>	Pijler 6 is het flexibel aanbod dat aanvullend uitgevoerd wordt op de ondersteuning vanuit de basiszorg. Het omvat zowel vrij als niet vrij-toegankelijke hulp. Vanuit pijler 6 (flexibel aanbod) dient de ondersteuning en zorg dichtbij de sociale context van de ouder en kind begeleiding op maat geleverd kan worden. Pijler 6 bestaat ondermeer uit: ambulante jeugdhulp, Begeleiding voor LVG en VB, onderdelen J-GGZ, diagnostiek en behandeling.
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het inhoudelijk invullen van het flexibel aanbod ( pijler 6) teneinde vast te stellen welke begeleiding en invulling van functies / diensten / cliëntprofielen nodig zijn om de noodzakelijke transformatie in te vullen.</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan.</li> <li>• Vanuit de invulling van de basiszorg vaststellen van de inhoud van de het flexibel aanbod (pijler (functies en diensten en organisatievorm)</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan.</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven</li> <li>• Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De invulling van de functies, diensten en cliëntprofielen van het flexibel aanbod zijn bekend en beschreven evenals de organisatorische en financiële gevolgen</li> <li>• Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld</li> </ul>
<b>Stappen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uitwerken opgaven in opdrachten</li> <li>2. Opdrachten uitvoeren</li> <li>3. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud, organisatorisch en financieel</li> <li>4. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties</li> </ol>
<b>Tijd</b>	Nog te bepalen
<b>Deelnemers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Professionals instellingen</li> <li>• Operationele leiding instellingen</li> <li>• Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan)</li> <li>• Ambtelijke ondersteuning</li> <li>• Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider)</li> </ul>
<b>Inzet</b>	Nader te bepalen
<b>Vervolg</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2016 –2017</li> <li>• Input uitvoering transitie (voorbereiding in 2014)</li> <li>• Input bedrijfsvoering (o.a: registratie, noodzakelijke ICT)</li> </ul>

2016 en 2017

Opgave 5: Inhoudelijke invulling pijler 7, 8 in af te nemen diensten, kwaliteit, organisatie en financiering

<b>Omschrijving</b>	Vanuit de pijlers 7, 8 en 9 wordt de intensieve en specialistische ondersteuning en zorg georganiseerd. De uitwerking van 7,8, en 9 hebben een directe relatie met het solidariteitsprincipe
<b>Doelen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het inhoudelijk invullen van de intensieve en specialistische ondersteuning en zorg (pijler 7,8 en 9) teneinde vast te stellen welke begeleiding en invulling van functies / diensten / cliëntprofielen nodig zijn om de noodzakelijke transformatie in te vullen.</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan</li> <li>• Vanuit de invulling van de basiszorg vaststellen van de inhoud van de het specialistische ondersteuning (pijler (functies en diensten en organisatievorm)</li> <li>• Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan.</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven</li> <li>• Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.</li> <li>• Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers</li> </ul>
<b>Resultaten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De invulling van de functies, diensten en cliëntprofielen van de intensieve en specialistische ondersteuning en zorgtrajecten zijn bekend en beschreven evenals de organisatorische en financiële gevolgen</li> <li>• Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd</li> <li>• Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld</li> <li>• Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers</li> </ul>
<b>Stappen</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Uitwerken opgaven in opdrachten (november 2013)</li> <li>12. Opdrachten uitvoeren (november 2013 – januari 2014)</li> <li>13. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud, organisatorisch en financieel</li> <li>14. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties, nader te bepalen</li> </ol>
<b>Tijd</b>	nader te bepalen

Deelnemers	Professionals instellingen Operationele leiding instellingen Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan) Ambtelijke ondersteuning Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider)
Inzet Vervolg	Nader te bepalen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017</li> <li>• Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014)</li> <li>• Input bedrijfsvoering (o.a.: registratie, noodzakelijke ICT)</li> </ul>

Deze pijlers worden in een latere fase aangevuld en nader uitgewerkt.

## **Bijlage 5 Lijst met instellingen**

Het regionaal transitie arrangement is besproken met het kernteam van zorginstellingen.

In dit kernteam hebben zitting:

- De heer W. Cnossen (Elker)
- Mevrouw H. Stevenson (Accare)
- Mevrouw A. Aaldering (MJD)
- De heer M. Sitalsing (BJZ)
- De heer A. Renting (NOVO)
- De heer J. van der Vlugt (Het Poortje)
- Mevrouw Y. Beishuizen (GGD Groningen)
- De heer W. Juurlink (Driever's Dale)