

Datum raadsvergadering		Registratienr.	OS 13.4113169
Raadscommissie	W&I	Datum B&W besluit	14-01-2014
Datum raadscommissie	12-02-2014	Portefeuillehouder	Visscher
Bijlagen	4	Steller	Els Bruinewoud
		Telefoon	06 11323598
		E-mail	els.bruinewoud@ggd.groningen.nl

Onderwerp

Beleidsplan Vernieuwing Sociaal Domein

Concept raadsbesluit

De raad besluit:

- I. het beleidsplan "Vernieuwing Sociaal Domein, 2014-2015", vast te stellen;
- II. het Regionaal Transitie Arrangement Jeugd vast te stellen.

(Publieks-)samenvatting

Per 1 januari 2015 worden gemeenten verantwoordelijkheid voor uitvoering van de Wet op de Jeugdzorg, de Participatiewet en de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (inclusief AWBZ begeleiding). Het kabinet heeft besloten om verzorging niet naar gemeenten, maar samen met verpleging op te laten gaan in de nieuwe aanspraak thuisverpleging. Daarmee wordt dit met ingang van 1 januari 2015 onderdeel van het verzekerd pakket op grond van de zorgverzekeringswet Gemeenten verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie. Wanneer mensen ondersteuning nodig hebben bij het structureren van het huishouden en ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen kunnen zij een beroep doen op de gemeente. Het gaat hierbij om de behoefte aan ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen die veelal in het verlengde van begeleiding ligt en die geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Dit gaat nu vallen onder begeleiding.

De gemeente Groningen bereidt zich hier, samen met (actieve) burgers en organisaties al geruime tijd op voor. Wij moeten de nieuwe taken echter met veel minder geld gaan uitvoeren. Wij kunnen de overheveling daarom alleen opvangen als we de ondersteuning aan en zorg voor onze inwoners heel anders gaan organiseren.

In "Samen sterk in stad", de kadernota Wmo 2012-2015, die de gemeenteraad van Groningen in maart van 2012 heeft vastgesteld, benoemden wij al de hoofdonderwerpen, waarlangs wij de veranderingen vormgeven. We willen:

- de kracht van de samenleving beter benutten;
- de ondersteuning veel meer op maat, flexibel en dicht bij de burger in de eigen wijk organiseren;
- de eigen kracht van de burgers versterken;
- verandering van rollen en verantwoordelijkheden, meer ruimte voor burgers en beroepskrachten.

In de nota "Met elkaar voor elkaar" gaven we aan hoe we het sociale domein willen organiseren. In bijgevoegd beleidsplan "Vernieuwing Sociaal Domein" en de verdere invulling daarvan komen we terug op wat we doen met de nieuwe taken, in het licht van de nu bekende concept Jeugdwet en de contouren van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. In het beleidsplan wordt een aantal richtingen voorgesteld, bijvoorbeeld als het gaat om de nieuwe taken, waarlangs we de komende maanden verder kunnen. Bijlage bij het beleidsplan is het Regionaal Transitie Arrangement (RTA) dat ook door de gemeenteraad moet worden vastgesteld.

In dit beleidsplan wordt de stand van zaken weergegeven van begin januari 2014, de wetgevings-trajecten zijn nog niet afgerond en de beschikbare budgetten zijn nog niet exact bekend. Daarmee is het beleid niet af en zullen op verschillende onderdelen nog besluiten nodig zijn voor de definitieve invulling van de nieuwe taken. Met dit beleidsplan kan de voorbereiding op de uitvoering doorgang vinden om klaar te zijn voor de grote opgave die de gemeente te wachten staat.

Op 19 december 2013 is de nota "Met elkaar voor elkaar, naar een gebiedsgebonden aanpak van het sociaal domein" vastgesteld. Daarin is aangegeven dat de stad ingedeeld wordt in gebieden voor de gebiedsgebonden aanpak (GBA-gebieden). Het college heeft een voorlopige indeling van de stad voor de gebiedsgebonden aanpak vastgesteld. Instellingen en organisaties die in die gebieden de ondersteuning leveren worden momenteel gesubsidieerd. De vernieuwde aanpak heeft consequenties voor de wijze waarop we subsidiëren. Instellingen worden daarover geïnformeerd via een brief.

Inleiding

Eén van de verplichtingen die het Rijk aan gemeenten oplegt is het schrijven van een beleidsplan. Bijgaand beleidsplan "Vernieuwing Sociaal Domein" vormt een kader, is richtinggevend voor de nieuwe opzet van de Wmo en het nieuwe jeugdstelstel. In het beleidsplan schetsen we op hoofdlijnen hoe we de nieuwe ondersteuningstaken denken te organiseren en uitvoeren, binnen het brede kader van de Wmo en de Jeugdwet. De uitgangspunten die moeten leiden tot het bepalen van het arrangement AWBZ vanaf 2015 zijn ook onderdeel van het onderhavig beleidsplan.

Beoogd resultaat

In dit beleidsplan wordt een aantal richtingen voorgesteld waarlangs we de komende maanden verder kunnen. Er worden dus nog geen definitieve en vergaande besluiten gevraagd, maar besluiten over de richting waarbinnen we beleid en uitvoering kunnen uitwerken.

Het beleidsplan vormt daarmee:

- een basis voor uitwerking van beleid, bijvoorbeeld als het gaat om pgb's;
- maar ook de verdere uitwerking van de gebiedsgebonden aanpak, bijvoorbeeld als het gaat om de sturing en aanscherping van de inhoud en
- als het gaat om het financieel kader de verzilveringsstrategie.

De voorlopige indeling van de stad in GBA-gebieden draagt bij aan de realisatie van de nota "Met elkaar voor elkaar, naar een gebiedsgebonden aanpak van het sociaal domein".

Kader

De eerder door uw raad vastgestelde visies en de nota's "Toegang" en "Met elkaar voor elkaar" zijn het kader voor deze uitwerking. Evenals de nu bekende concept Jeugdwet en de contouren van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning. Maar omdat de wetten nog steeds niet definitief zijn en we dus nog niet over alle benodigde informatie beschikken heeft dit beleidsplan een dynamisch karakter en zijn de keuzes en voorstellen richtinggevend.

Kader voor de voorlopige indeling van de stad in GBA-gebieden is de nota "Met elkaar voor elkaar, naar een gebiedsgebonden aanpak van het sociaal domein".

Argumenten/afwegingen

In de nota wordt een aantal richtinggevende uitspraken gedaan. Deze staan in aparte kaders, per onderwerp. Enerzijds betreffen het uitspraken die procesmatig zijn, waarin we bijvoorbeeld aangeven dat we met gebruikers of instellingen in gesprek gaan over het desbetreffende onderwerp. Anderzijds zijn het inhoudelijke uitspraken, waarin we bijvoorbeeld aangeven hoe we willen omgaan met de nieuwe taken. Een belangrijke inhoudelijke keuze betreft de verzilveringsstrategie.

Zoals in het beleidsplan omschreven (hoofdstuk 5) is er een strategie voor de lange termijn en voor de korte termijn. Op de lange termijn willen we resultaatbekostiging in het sociale domein en daarmee de gebiedsgebonden aanpak. Immers, als we sturen op resultaten kunnen we beter aansluiten op de eigen kracht van mensen dan als we sturen op een aanbod, dat minder flexibel is. Maar deze grote ambitie, waarin de outcome goed omschreven moet worden, is niet haalbaar per 1 januari 2015. Daarom omschrijven we voor de korte termijn een *verzilveringsstrategie*: binnen de wettelijke kaders en het nieuwe financiële kader afspraken maken met aanbieders over de allocatie van budgetten en invulling van de bezuiniging. Dat kan door het 1 op 1 doorvertalen van de opgave inclusief bezuiniging of door het tegelijk realiseren van de inhoudelijke doelstellingen vanuit onze visie en de (rijks)bezuinigingen in een afsprakenkader met aanbieders en bewoners. Wij stellen u voor ons te richten op de tweede benadering. In deze benadering is het doel dat bezuinigingen

zoveel mogelijk gerealiseerd worden door vanuit een inhoudelijke doelstelling de maatschappelijke ondersteuning veel meer vanuit de basisvoorzieningen en algemene voorzieningen te realiseren en dus de opdruk naar de specialistische ondersteuning te verminderen. We noemen dat verzilvering. Deze laatste benadering heeft onze voorkeur omdat we daarmee een inhoudelijke benadering koppelen aan een financiële taakstelling en niet alleen de bezuiniging doorgeven.

In het schema op pagina 34-35 wordt deze systematiek verbeeld. De daarin genoemde percentages zijn indicatief en bedoeld om te laten zien hoe de systematiek werkt. Bij de bekendmaking van de budgetten in de meicirculaire kan de concrete invulling plaatsvinden.

Bijlage van het beleidsplan is het RTA. Met het vaststellen van het RTA stemt ook de gemeenteraad van Groningen in met het Groninger Functioneel Model en de richting die inhoudelijk en financieel wordt neergezet voor de uitwerking van het jeugdbeleid. Hierin wordt het onderscheid aangebracht op welk niveau (lokaal/regionaal) beleidsbepaling wenselijk en nodig is. De inzet is dat de regionale afspraken moeten aansluiten en passen binnen onze uitgangspunten zoals vastgelegd in de nota "Met elkaar voor elkaar".

Voor het RTA geldt dat na het regionaal vaststellen en de landelijke discussie daarover de macro-budgetten zijn opgehoogd en het beeld gunstiger is dan gepresenteerd in het RTA. Hiermee komen de beschikbare budgetten dicht bij de "productiecijfers" van de instellingen. Wel is het zo dat er nog ruimte zit tussen de beschikbare budgetten en de opgave, maar dat er mogelijk ook nog onderdelen bijkomen. De exacte (financiële en inhoudelijke) opgave wordt nu binnen het regionale programma inzichtelijk gemaakt.

M.b.t. de gebiedsindeling: de voorlopige indeling van de stad in GBA-gebieden sluit aan bij de nieuwe indeling in wijken, buurten en subbuurten die op 17 december 2013 door het college is vastgesteld. Daarbij is de schaal van de wijken gehanteerd. Deze schaal sluit grotendeels aan bij de huidige sociale infrastructuur aan Stips en CJG's. Een infrastructuur die in de praktijk werkbaar is voor het realiseren van functies van de toekomstige GBA als samenlevingsopbouw, maatschappelijke activering en ontmoeting/informatie en advies/signalering en toeleiding.

Het voorstel is om te kiezen voor een voorlopige indeling van de stad in 12 GBA-gebieden (zie bijlage; kaart met gekleurde gebieden). Deze GBA-gebieden vallen grotendeels samen met de standaard CBS-wijkindeling (zie bijlage; kaart "Wijkindeling nieuw"). Op onderdelen wijkt deze af. Het gaat om de twee gebieden Meerdorpen en Zuidoost, welke gezien het overwegend "niet-woongebieden zijnde" karakter (vooralsnog) praktisch niet aan te merken zijn als zelfstandige GBA-gebieden. De inwoners in deze gebieden zullen daarom aangewezen worden tot een GBA, georganiseerd in een aanliggend gebied.

- Voor Meerdorpen ligt het voor de hand om dit gebied geheel toe te delen aan een GBA in Noorddijk e.o. Deze organisatorische samenvoeging van wijken vindt plaats binnen de grenzen van stadsdeel Oost.
- Voor (delen van) Zuidoost (m.n. Kop van Oost en de Woonschepenhaven) ligt dit lastiger. Praktisch is om het deel ten zuiden van deze ringweg (De Linie, Europapark e.d.) bij Helpman e.o. te voegen en de delen ten noorden van de zuidelijke ringweg bij Oosterparkwijk. Een toevoeging van de Woonschepenhaven en Kop van Oost aan de Oosterparkwijk lijkt vooralsnog vanuit vraag en aanbod geredeneerd (afstand en capaciteit) het meest praktisch, echter beslaat dit verzorgingsgebied wel twee van de nieuwe stadsdelen (Oude Wijken en Zuid). Gekozen is om het gebruikersgemak van bewoners leidend te laten zijn. Dit kan met betrekking tot het sociale wijkteam van de Oosterparkwijk extra coördinatie betekenen.

Hoewel met het bovenstaande enigszins wordt afgeweken van de nieuwe CBS-indeling, wordt de onderliggende (sub-)buurtindeling wel gevolgd en is er ook geen sprake van een onjuiste toepassing betreffende bijvoorbeeld naamgevingen. Hiermee voldoen we aan de criteria behorend bij de nieuwe standaardindeling.

Maatschappelijk draagvlak/participatie

Zoals uit de bijlage van het beleidsplan blijkt staat het beleidsplan niet op zichzelf. Op de overkoepelende visiedocumenten zoals het meerjarencader Wmo en "Groningen voor elkaar" is formeel en informeel ingesproken. Hetzelfde geldt voor de nota's m.b.t. "Jeugd - Ieders Zorg!", de "Nota Integrale Toegang" en de "(Re-)visie Zicht op uitvoering werk & participatie". Ook de nota over de gebiedsgebonden aanpak "Met elkaar, voor elkaar" is middels participatie en consultatie breed gedeeld en besproken in de Stad. De komende periode gaan we o.a. voor het uitvoeringsplan en verordeningen in nauwe samenspraak met cliënten, adviesraden en organisaties consultatie organiseren.

Het beleidsplan is opgebouwd uit basiselementen vanuit bovengenoemde nota's, zoals "Met elkaar, voor elkaar" en passages over de nieuwe taken die we overkrijgen. Veel van die input is de afgelopen periode en wordt de komende periode samen met burgers, adviesorganen en instellingen (beroepskrachten en bestuurders) opgesteld. Het RTA is bijvoorbeeld in samenspraak met 23 gemeenten en jeugdinstellingen opgesteld. Over pgb's is onlangs in een bijeenkomst gesproken met gebruikers over hun ervaringen. Begeleiding wordt voorbereid in een projectgroep waarin adviesorganen en instellingen zitting hebben. Als met dit beleidsplan richtinggevende besluiten zijn genomen kan er verder vorm gegeven worden aan de uitvoering, in samenwerking met burgers, adviesorganen en instellingen.

We blijven in gesprek met onze inwoners en partners. We gaan door met het samen vormgeven van het nieuwe sociale domein. We zoeken hierin naar andere vormen. Met de adviesraden en cliëntenraden zijn er goede verhoudingen. We hebben met hen afgesproken dat we de komende periode op zoek gaan naar nieuwe vormen van samenwerken, die meer ruimte geven voor inhoudelijke verdieping. Daar waar het gaat om leren, experimenteren en veranderen kiezen we voor een continu en gezamenlijk proces, waarbij burgers en organisaties steeds betrokken zijn.

De voorlopige indeling van de stad in GBA-gebieden is besproken met de ketenondersteuners Zorgen voor Morgen en het cluster wijkraden van het Wmo-Platform. Daarnaast zijn alle wijkraden in de gelegenheid gesteld te reageren op de voorlopige indeling.

Financiële consequenties

De uitvoering en de verstrekkingen moeten plaatsvinden binnen de beschikbare budgetten, de exacte hoogte daarvan is nu nog onbekend. We verwachten bij de meicirculaire meer duidelijkheid over de budgetten. Die duidelijkheid is ook nodig, gezien de grote opgave waar we voor staan. Een transformatie als deze zien we als kans om de ondersteuning passender te organiseren, maar ze brengt ook duidelijke risico's en onzekerheden met zich mee. Veranderingen op deze schaal gaan soms gepaard met fouten of ongewenste effecten. Daarbij komt dat we verantwoordelijk worden voor de uitvoering van een groot aantal taken met een aanzienlijke korting op het budget. We realiseren ons dat we met minder financiële middelen vanaf 2015 ondersteuning moeten gaan bieden aan onze inwoners en dat dit een forse opgave is.

We zijn er nu en de komende jaren dan ook alert op dat we mogelijke problemen vroegtijdig signaleren. Hiervoor maken we een risicoanalyse, die we op gezette tijden actualiseren. We willen de mogelijkheden optimaal benutten om beheersmaatregelen te treffen en waar nodig bij te sturen.

Realisering en evaluatie

Op basis van de richtinggevende uitspraken in dit beleidsplan gaan we de komende periode aan de slag met de uitwerking ervan. Dit doen we onder andere door het verder uitrollen van de sociale wijkteams, verder uitwerken van de "Toegang", organiseren van scholingsprogramma's voor medewerkers, continueren dialoog met inwoners, beroepskrachten en instellingen over de gebiedsgebonden aanpak en het voorbereiden van het proces maatschappelijk aanbesteden.

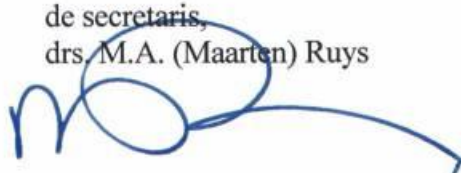
De voorlopige indeling van de stad wordt in 2014 gebruikt bij de uitwerking van de nota "Met elkaar voor elkaar, naar een gebiedsgebonden aanpak van het sociaal domein". Tijdens deze uitwerking wordt duidelijk of deze indeling definitief te hanteren is.

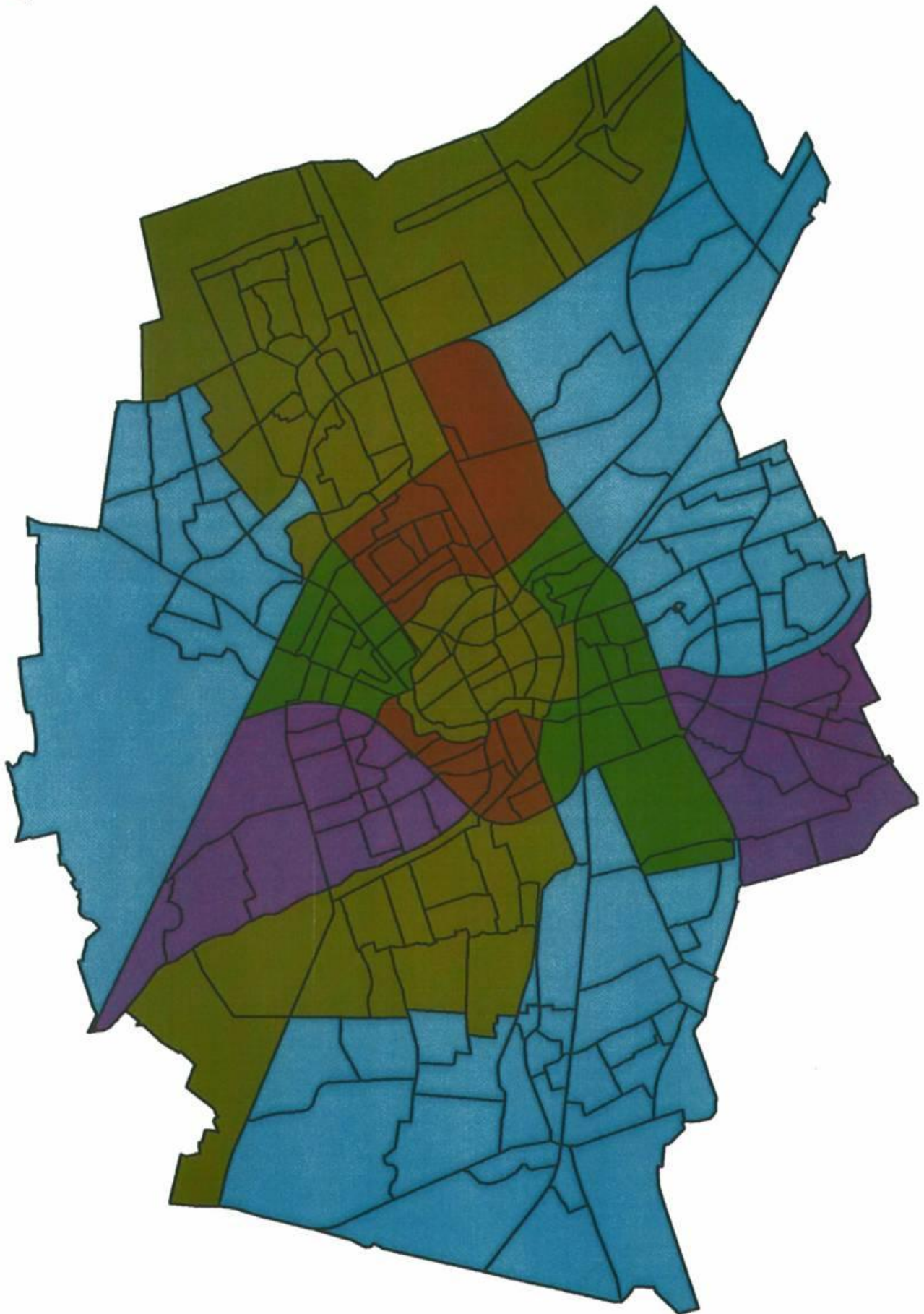
Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders van Groningen,

de burgemeester,
dr. R.L. (Ruud) Vreeman



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







Standaard CBS uitbreiding

WILGHE



Regionaal Transitie Arrangement Groningen

datum: 18 oktober 2013

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 jeugdinstel'. 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 jeugdinstel.

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

SAMENVATTING EN BESLUITVORMING	2
HOOFDSTUK 1. INLEIDING	5
1.1 Aanleiding	5
1.2 Wijze van invullen Transitiearrangement regio Groningen	5
1.3. Zorgpunten	5
1.4 Leeswijzer	6
HOOFDSTUK 2. HOOFDLIJNEN GRONINGER FUNCTIONEEL MODEL	7
HOOFDSTUK 3. BUDGET REGIO GRONINGEN	9
3.1 Budgetten	9
3.2 Opmerkingen bij de tabellen	10
HOOFDSTUK 4. HET TRANSITIE ARRANGEMENT	12
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
HOOFDSTUK 5. BOUWSTENEN TRANSFORMATIEAGENDA GRONINGEN	18
5.1. Opgaven voor de werkagenda	18
5.2 De vervolgstappen in het kader van de transformatieagenda	19
HOOFDSTUK 6 EISEN RTA	20
BIJLAGEN	21
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 Regionaal¹ 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^e 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

¹ 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.²
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.

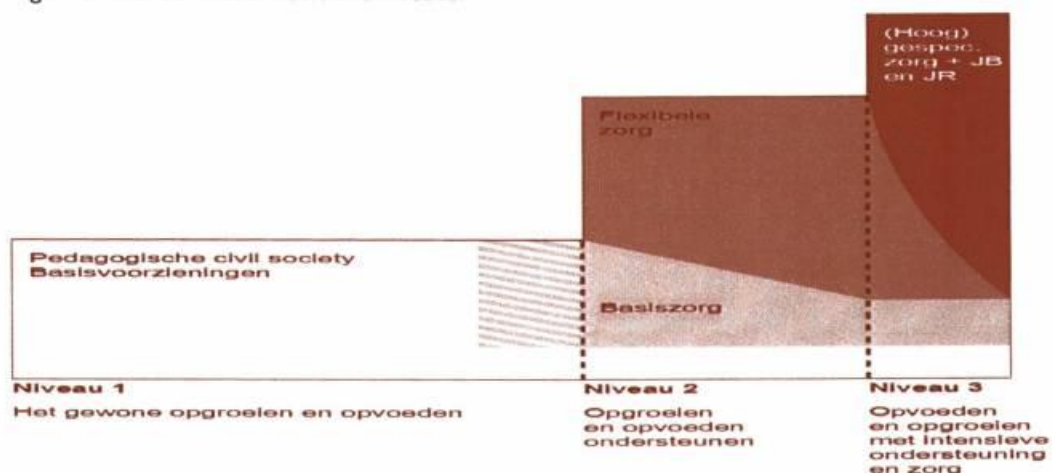
² Zie bijlage 1 voor de kosten per jeugdige per gemeenten nu. De verwachting is dat na het doorvoeren van het nieuwe landelijke verdeelmodel de Groninger gemeenten per 2016 circa € 23 miljoen minder beschikbaar krijgen.

Hoofdstuk 2. Hoofdlijnen 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 transitieagenda. 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
Totaal 23 gemeenten	€ 144.000.000	€ 51.000.000	€ 33.000.000	€ 61.000.000

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) olopend 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
Totaal 23 gemeenten	€ 153.900.000	-€ 7.695.000	€ 146.221.000	-€ 6.156.000	€ 140.065.000

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
Zorg voor jeugdigen, gefinancierd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw):	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		

Zorg voor jeugdigen, gefinancierd uit de Algemene wet bijzondere ziektekosten (Awbz)	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 helft van 3)		
	Zorg voor jeugdigen met psychische problemen met verblijf		
Gegevens provincie Groningen			
Provinciaal gefinancierde jeugd- en opvoedhulp	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			
totaal		€ 144.000.000 (afgerond)	€ 159.500.000
		Verschil	€ - 15.000.000
Door het Rijk gefinancierde jeugdzorg	Jeugdzorg - plus (voorheen: gesloten jeugdzorg)	Voor 15 plaatsen mee genomen ³	

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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

³ 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 meicirculaire 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 jeugdinstel­sel 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 tijdspad 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 ⁴	kortingen rijk op oorspronkelijk budget van 1 januari 2015 ⁵
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.

⁴ 5% 2016+ 4% 2017 = 9%

⁵ 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%
totaal	144.000.000	159.500.000	-9,7%	23.040.000	120.960.000	75,8%

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%
totaal	153.917.500	159.500.000	-3,5%	24.626.800	129.290.700	81,1%

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 %	resteert 6	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%
totaal	153.917.500	159.500.000	-3,5%	9.235.050	144.682.450	90,7%

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 voornamelijk 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 afspraken⁶

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.

⁶ 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.

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 arrangement 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	Totaal 23 gemeenten gemiddelde kosten	€ 1.310

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^e 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 passende 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.

Bijlage 3 Schets Groninger Functioneel Model

Schets voor een Groninger functioneel model nieuw jeugdstelsel⁷

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 regionaal⁸ 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:

⁷ 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'.

⁸ 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.⁹

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;

⁹ 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

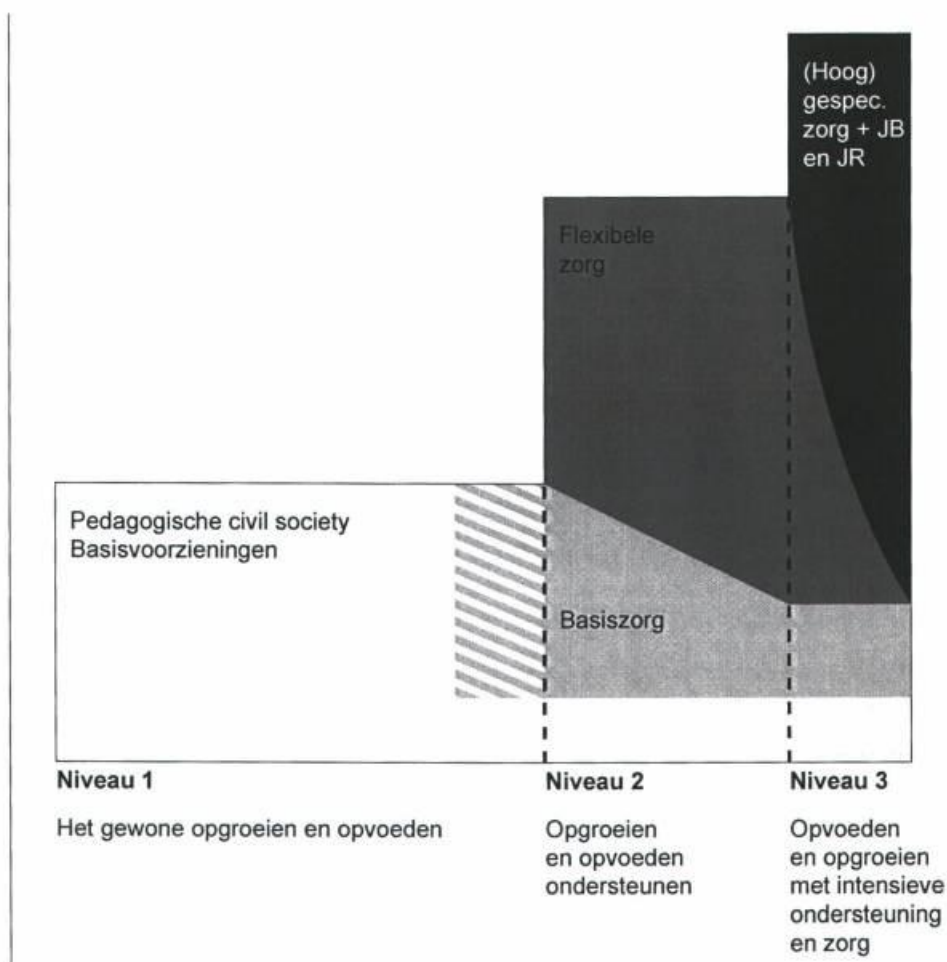
Met als pijlers:

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.¹⁰ 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 coördineert¹¹.

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

¹⁰ J.M. Doornenbal: Het gewone en speciale kind. 2009

¹¹ 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*¹². De ondersteuning is in dit getrappt 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*"¹³ 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.

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

¹³ 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 intramuraal 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

<u>Schaalniveau:</u>	Regionale organisatie of subregionaal afhankelijk van de schaalgrootte gemeente(n)
<u>Bekostigingsafspraken:</u>	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

<u>Schaalniveau:</u>	Lokaal
<u>Bekostigingsafspraken:</u>	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 hebben 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, 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 residentiële 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 geboden¹⁴.

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.**

¹⁴ 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

Beslipunten 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 geschikt 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

Omschrijving	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.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> 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. Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> De invulling van de functies, diensten en cliëntprofielen van de basiszorg en flexibele schil zijn bekend en beschreven evenals de organisatorische en financiële gevolgen Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd
Stappen	<ul style="list-style-type: none"> Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld <ol style="list-style-type: none"> Uitwerken opgaven in opdrachten Opdrachten uitvoeren Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties. 2013-2014
Tijd	2013-2014
Deelnemers	Professionals instellingen 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"> Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017 Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014) Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)

Opgave 2: Triage en toegang

Omschrijving	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 BIZ) 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.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> Het opstellen van een procesbeschrijving van de toewijzing naar niet <u>vrij toegankelijke zorg</u>, 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 Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> Proces beschrijving toewijzing niet toegankelijke zorg gereed evenals de rol van de huisarts, jeugdarts en de competenties en functionaliteiten in de basiszorg. Een set van beoordelingscriteria (zo mogelijk verbonden aan jeugdprofielen) voor de niet vrij toegankelijke hulp. Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd
Stappen	<ol style="list-style-type: none"> Uitwerken opgaven in opdrachten Opdrachten uitvoeren Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar inhoud (richting pijler 2 en lager en 6 en hoger) Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties. 2013 – 2014
Tijd	2013 – 2014
Deelnemers	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"> • Input vormgeving toegang 2015 en verder • Input financiële consequenties • Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014) • Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)

Opgave 3: AMK, jeugdbescherming, jeugdreclassering, 24- uren 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"> • Het inhoudelijk invullen van speciale veiligheidsfuncties: Inrichten van het meldpunt AMHK in samenspraak met SHG Organiseren van de 24-uurs bereikbaarheid Realiseren van een (integrale)Crisishulp, spoedzorg en crisisplaatsingen • Gedwongen kader: 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. • Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties van de verschillende onderdelen. • Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan. • Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers
Resultaten Stappen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uitwerken opgaven voor veiligheidsfuncties in opdrachten(november 2013 uitwerking AMHK concept in samenwerking met SHG 2. Opdrachten uitvoeren (november 2013 – januari 2014) 3. Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel 4. Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties. 5. Herinrichten en implementeren van de veiligheidsfuncties 6. Gedwongen kader 7. Uitwerken opdracht voor Jeugdbescherming en jeugdreclassering in een business case voor 3 Noord voor 01-01-2014 8. Bespreken resultaten in overleg met transitie managers voor Drenthe Friesland en Groningen 9. Uitwerking en financiële consequenties en uitwerken in bovenregionaal transformatieplan (april 2014) 10. Implementatie van de uitvoering binnen 3 jaar na vaststelling.
Tijd Deelnemers	2013 – 2014 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"> • Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017 • Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014) • Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)

2015

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

Omschrijving	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.
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> 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. Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan Vanuit de invulling van de basiszorg vaststellen van de inhoud van de het flexibel aanbod (pijler (functies en diensten en organisatievorm) Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan. Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> De invulling van de functies, diensten en cliëntprofielen van het flexibel aanbod zijn bekend en beschreven evenals de organisatorische en financiële gevolgen Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld
Stappen	<ol style="list-style-type: none"> Uitwerken opgaven in opdrachten Opgaven uitvoeren Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties.
Tijd	Nog te bepalen
Deelnemers	<p>Professionals instellingen Operationele leiding instellingen Betrokken cliënten (vertegenwoordiging daarvan) Ambtelijke ondersteuning Externe expertise (als onafhankelijke procesbegeleider)</p>
Inzet Vervolg	<ul style="list-style-type: none"> Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2016 – 2017 Input uitvoering transitie (voorbereiding in 2014) Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)

2016 en 2017

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

Omschrijving	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
Doelen	<ul style="list-style-type: none"> 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. Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan Vanuit de invulling van de basiszorg vaststellen van de inhoud van de het specialistische ondersteuning (pijler (functies en diensten en organisatievorm) Het in beeld brengen van de organisatorische en financiële consequenties daarvan. Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en wijze van monitoring zijn beschreven Noodzakelijke randvoorwaarden (registratie / ICT , huisvesting) zijn in kaart gebracht evenals de financiële vertaling of consequenties daarvan.
Resultaten	<ul style="list-style-type: none"> Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers 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 Randvoorwaarden zijn bekend en vastgelegd Kwaliteitseisen, prestatie-indicatoren en de wijze van monitoring zijn beschreven en vastgesteld Beschrijving en uitwerking van het solidariteitsprincipe in relatie tot de pijlers
Stappen	<ol style="list-style-type: none"> Uitwerken opgaven in opdrachten (november 2013) Opgaven uitvoeren (november 2013 – januari 2014) Voorlopige uitkomsten bespreken en beoordelen op consequenties naar gevolgen op inhoud , organisatorisch en financieel Voorlopige consequenties tussentijds doorrekenen naar budgettaire en organisatorische consequenties.
Tijd	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"> • Input berekening hoogte beschikbaar budget in te zetten transitie 2015 – 2016 – 2017 • Input uitvoering transitie (voorbereiding vanaf maart 2014) • Input bedrijfsvoering (o.a. registratie, noodzakelijke ICT)

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)

**CONCEPT-BELEIDSPLAN
VERNIEUWING SOCIAAL DOMEIN
2014 – 2015**

GEMEENTE GRONINGEN

Versie 08 januari 2014

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	3
H1 AMBITIE EN VERANDERSTRATEGIE	5
H2 DE GEBIEDSgebonden AANPAK	9
H3 DE NIEUWE TAKEN WMO	15
H4 DE NIEUWE TAKEN JEUGDWET	25
H5 FINANCIERING EN BEKOSTIGING	35
H6 INHOUDELIJKE BELEIDSKEUZES	41
H7 PARTICIPATIE, COMMUNICATIE EN BESLUITVORMING	45

BIJLAGEN

Bijlage I: Schematische weergave besluitvorming Vernieuwing Sociaal Domein

Bijlage II: Regionaal Transitie Arrangement (inclusief het Groninger Functioneel Model en Transformatie-agenda)

Bijlage III: Taken en verantwoordelijkheden nieuwe wetgeving

INLEIDING

Vanaf 1 januari 2015 treden de nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en de nieuwe Jeugdwet in werking. Met het in werking treden van deze nieuwe wetten wordt de gemeente verantwoordelijk voor een aantal taken die nu nog onder de regelingen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Jeugdzorg vallen (zie bijlage III).

Behalve het veranderen van de Wmo en de Jeugdwet treden er ook twee andere nieuwe wetten in werking: de Participatiewet en de Wet op het Passend Onderwijs. Met elkaar leiden deze vier wettelijke veranderingen – ook wel aangeduid als transities of decentralisaties – tot een omvangrijke stelselwijziging.

Eén van de verplichtingen die het Rijk de gemeenten oplegt is het vaststellen van een beleidsplan. In dit beleidsplan moet de gemeente aangeven hoe zij haar nieuwe taken en verplichtingen uit de Wmo en Jeugdwet denkt te gaan vormgeven. In het voorliggende 'Beleidsplan Vernieuwing Sociaal Domein' schetsen we op hoofdlijnen hoe wij de nieuwe sociaal maatschappelijke ondersteuningstaken denken te gaan organiseren en uitvoeren, binnen de opdracht van de nieuwe Wmo en Jeugdwet. Daarvoor is het nodig een aantal keuzes te maken over de uiteindelijke vormgeving van de nieuwe taken en verantwoordelijkheden. Uitgangspunt bij deze keuzes is de wens om te komen tot een vernieuwing en versterking van het sociale domein van Groningen Stad.

In aansluiting op het voorliggende beleidsplan stellen wij voor de periode 2016-2019 een vierjarig Beleidskader Sociaal domein¹ op. Het voorliggende beleidsplan gebruiken wij om de periode tot 2016 te overbruggen. Daarnaast vormt het ons uitgangspunt voor de nog op te stellen 'Verordening Wmo en Jeugdwet gemeente Groningen'.

Wij streven er naar om op 1 januari 2015 klaar te zijn om onze nieuwe rol richting inwoners en zorgaanbieders waar te maken. Deze opgave is de zogenaamde transitieopgave. Deze opgave houdt in dat we voor 1 januari 2015 keuzes maken over de besteding en verdeling van ons budget, over de wijze waarop we de ondersteuning bekostigen en sturen, over hoe wij de ondersteuning lokaal en regionaal organiseren. Tegelijkertijd willen wij *de manier van ondersteunen* veranderen: we willen een omslag maken waarbij we onze inwoners waar nodig stimuleren om hun eigen mogelijkheden te benutten en gebruik te maken van de mogelijkheden die hun omgeving biedt. Beroepskrachten zetten we in om enerzijds de samenredzaamheid te bevorderen en anderzijds om zelf daadwerkelijk hulp te bieden. Deze opgave noemen wij de transformatieopgave. Het voorliggende beleidsplan geeft richting aan de wijze waarop we deze beide opgaven – transitie en transformatie – vormgeven. Op het moment van schrijven van dit beleidsplan beschikken wij nog niet over alle benodigde informatie en is niet bekend over hoeveel financiële middelen wij kunnen beschikken. Om deze reden heeft dit beleidsplan een dynamisch karakter en zijn de keuzes en voorstellen richtinggevend.

Proces tot nu toe

De afgelopen periode formuleerden wij, in een interactief proces met inwoners en maatschappelijke organisaties, onze visie op het sociale domein voor de komende jaren. Dit

¹ Waarin WMO, Integraal Jeugd beleid en lokaal gezondheidsbeleid worden samengevoegd

proces leidde tot een drietal door de gemeenteraad vastgestelde nota's, t.w. de (Wmo)-nota 'Samen sterk in stad', het visiedocument 'Groningen voor elkaar' en de nota 'Jeugd: ieders zorg'! Deze documenten verwoordden voor ons 'de stip op de horizon'; zij geven aan in welke richting wij de decentralisaties willen uitwerken².

In de hoofdlijnennotitie 'Integrale toegang sociaal domein' hebben wij de contouren van de toegang naar werk & inkomen, participatie en opvoeden & opgroeien beschreven.

Vervolgens hebben wij in de notitie 'Met elkaar voor elkaar, naar een gebiedsgebonden aanpak voor het sociaal domein' de contouren geschetst van de uitvoering in het sociale domein. In bijlage I is een schematische weergave opgenomen van de documenten die opgesteld zijn in het kader van de vernieuwing van het sociaal domein.

Totstandkoming van dit beleidskader

In het voorliggende beleidsplan beschrijven wij de nieuwe taken en verantwoordelijkheden die naar ons toe komen, evenals de wijze van sturing en bekostiging. Ook leggen wij een aantal keuzes voor die telkens in kaders zijn aangegeven. De context is daarbij belangrijk. Het beleidsplan is daarom mede opgebouwd uit basiselementen vanuit andere documenten zoals 'Groningen voor elkaar' en 'Met elkaar voor elkaar'.

Daarnaast is voor dit beleidsplan op onderdelen input geleverd door Stadjers, ouders, beroepskrachten, instellingen en adviesorganen. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Regionaal Transitie Arrangement, het ontwikkelen van nieuwe vormen van dagbesteding en de keuzes m.b.t. Persoonsgebonden Gebonden Bekostiging (PGB's).

Wanneer met dit beleidsplan richtinggevende keuzes zijn gemaakt, geven we verder vorm aan de ontwikkeling van het sociale domein samen met Stadjers, adviesorganen, beroepskrachten en instellingen.

² Deze nota's zijn te vinden op www.gemeente.groningen.nl/wmo

HOOFDSTUK 1 Ambitie en veranderstrategie

1.1 Inleiding

De gemeente Groningen staat voor de opgave om met veel minder financiële middelen vanaf 2015 ondersteuning te bieden aan inwoners die om wat voor reden dan ook een vorm van ondersteuning nodig hebben op het gebied van opvoeden en opgroeien, begeleiding en beschermd wonen. We zoeken dan ook naar een nieuw evenwicht tussen formele en informele zorg, tussen collectieve en individuele voorzieningen en tussen 'wij lossen jouw probleem op' en 'zoek het zelf maar uit'. We kiezen voor ontkokering en voor het tot stand brengen van nieuwe verrassende verbindingen. Allemaal met één doel: zorgen dat iedereen optimaal mee kan doen aan de samenleving en dat niemand aan de kant hoeft te staan.

In onze visie, "Groningen voor elkaar", hebben we verwoord wat we met de transformatie voor ogen hebben. In het nieuwe beleid staat centraal wat de burgers zelf willen en kunnen. Ons perspectief is dat ook mensen met hulpvragen zoveel mogelijk regie voeren over hun eigen leven. Op het moment dat mensen vragen of problemen hebben, zoeken zij in eerste instantie zelf en met elkaar naar oplossingen. Uiteraard zijn wij ons ervan bewust dat er grenzen zijn aan wat mensen zelf en met behulp van hun netwerk kunnen oplossen. Voor mensen die hulp niet zelf kunnen organiseren en/of betalen zorgen wij voor ondersteuning. Dit geldt ook voor situaties waarbij de veiligheid van inwoners in het geding is.

Onze ambitie

De maatschappelijke opdracht die aan deze visie ten grondslag ligt vertalen wij in de volgende ambitie:

Wij hebben de ambitie iedereen, ook mensen met een beperking, optimaal mee te laten doen in de samenleving. Zoveel mogelijk op eigen kracht, waar nodig met ondersteuning van het sociaal netwerk. Mensen die het niet op eigen kracht redden, kunnen blijven rekenen op onze ondersteuning.

Deze ambitie kunnen wij alleen met andere partijen waarmaken.

1.2 De Maatschappelijke effecten

In een eerdere notitie³ formuleerden wij samen met Stadgers en organisaties de maatschappelijke effecten die wij met de vernieuwing in het sociale domein willen bereiken. Deze zijn:

- *Inwoners doen mee naar vermogen, ongeacht eventuele beperkingen. Talenten worden benut;*
- *De zelfredzaamheid en samenredzaamheid nemen toe;*
- *Kinderen en jongeren groeien veilig en gezond op en ontwikkelen zich;*
- *De zorg normaliseert en ontmedicaliseert,*
- *Minder kinderen met een stempel/indicatie. Meer opvoedkracht bij ouders zelf en beroepsopvoeders (kinderopvang, scholen, sportverenigingen, etc).;*
- *De gezondheid en het welbevinden van inwoners nemen toe;*
- *Stadgers kunnen langer zelfstandig blijven wonen;*

³ 'Met elkaar voor elkaar', naar een Gebiedsgebonden aanpak; gemeente Groningen, januari 2014

- *De kosten voor zorg en ondersteuning blijven binnen het beschikbare budget;*
- *De geboden ondersteuning is vraaggericht, effectief en ontkokerd.*

1.3. Leidende principes

Om gezamenlijk de beoogde vernieuwing te bereiken hebben we een aantal leidende principes benoemd. Deze principes fungeren de komende jaren als leidraad voor de stappen die we zetten.

We investeren in preventie en (vroeg-)signalering

We zetten in op een samenleving waarin Stadgers 'elkaar kennen' en waar Stadgers 'gekend worden', op een sterke (pedagogische) civil society en op sterke basisvoorzieningen. Daarbij richten we ons op preventieve ondersteuning; we willen problemen of hulpvragen zo veel mogelijk voorkomen en zijn alert op ongewenste en problematische ontwikkelingen, bijvoorbeeld eenzaamheid.

We stimuleren en faciliteren zelfredzaamheid en samenredzaamheid

We willen de zelfredzaamheid en de samenredzaamheid van mensen stimuleren en faciliteren. Daarbij streven we naar een wisselwerking tussen informele en formele zorg. Onder andere door ondersteuning aan te bieden in en met behulp van de directe leefomgeving, de opvoedkracht te versterken, mensen met een beperking te stimuleren tot deelname aan de arbeidsmarkt en werkgevers te bewegen hen in dienst te nemen, participatie, door vrijwilligers en mantelzorgers te faciliteren etc.

Ondersteuning is gericht op het stimuleren van de eigen kracht van inwoners en hun netwerk. Dit vraagt om maatwerk in de ondersteuning, waarbij de inwoner centraal staat. We stimuleren dat mensen binnen hun eigen netwerk oplossingen zoeken voor hun problemen of hulpvragen. Anderzijds stimuleren we dat mensen anderen in hun omgeving waar nodig helpen. Daarbij realiseren we ons dat er grenzen zijn aan het zelf oplossend vermogen van de inwoner en zijn/haar omgeving.

We werken zoveel mogelijk vanuit de eigen regie van de Stadger

Het principe van de transformatie is dat zo veel mogelijk gewerkt wordt vanuit de eigen regie van de Stadgers. Dit is een belangrijk uitgangspunt bij de vernieuwing in het sociale domein. We realiseren ons dat wanneer inwoners een beroep moeten doen op ondersteuning, onder andere uit het eigen netwerk, zij afhankelijk (kunnen) worden en daarmee mogelijk een deel van de eigen regie verliezen. We zoeken dan ook naar een goed evenwicht tussen informele en formele zorg waarbij de ondersteuningsvraag van de inwoner altijd het uitgangspunt is.

We bieden ondersteuning aan inwoners waar nodig: licht en algemeen waar mogelijk, alleen complex en gespecialiseerd waar nodig, dichtbij en op maat.

Verreweg de meeste Stadgers slagen er prima in op eigen kracht hun weg te vinden. Soms lukt dat niet. Dan bieden we als gemeente de ondersteuning die nodig is. Waar nodig bestaat onze ondersteuning uit algemene, collectieve of maatwerkvoorzieningen. Wie vanuit het informele netwerk geen of onvoldoende hulp ontvangt, kan een beroep doen op ondersteuning. Laagdrempelig en dichtbij. Bij het bieden van ondersteuning is het adagium 'normaliseren' en uitgaan van de mogelijkheden.

We ontwikkelen een eenvoudiger systeem

We ontwikkelen een systeem dat gekenmerkt wordt door eenvoud. Dat wil zeggen eenvoudig toegankelijke ondersteuning in de buurt, beperkte registratie, regie op de resultaten van ondersteuning, zo min mogelijk coördinatie en doorverwijzing rondom een ondersteuningsvraag. Het uitgangspunt 'één huishouden één plan' sluit hierbij aan. Het ondersteunen van Stadgers vraagt om maatwerk en om flexibiliteit. Om dit te kunnen bieden is ruimte voor professionele afwegingen en beslissingen essentieel.

We dragen zorg voor een kwalitatief hoogwaardig vangnet voor kwetsbare Stadgers

Niet alle burgers kunnen zonder enige vorm van ondersteuning, omdat ze in bepaalde leefgebieden kwetsbaar zijn of beperkingen ondervinden. Stadgers voor wie zelfredzaamheid (tijdelijk) buiten bereik ligt en niet beschikken over een eigen netwerk of financiële draagkracht is er een vangnet.

1.4. Veranderstrategie

Het realiseren van onze ambitie en de vernieuwingen in het sociale domein vraagt om een veranderstrategie; daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen een veranderstrategie tot 2015 en een veranderstrategie op langere termijn.

De veranderstrategie tot 2015 laat zich als volgt samenvatten:

- Werkende weg leren samen met het veld; een voorbeeld hiervan is de pilot met de sociale teams.
- Gezamenlijk ontwikkelen van innovatieve voorzieningen zoals vernieuwde vormen van dagbesteding (zie 3.3.1.).
- Stapsgewijs vernieuwen conform het principe 'nieuw voor oud'; bijvoorbeeld het opgaan van de CJG's en Stips in de sociale wijkteams.
- Parallel aan de beoogde systeemverandering inzetten op een cultuurverandering. Vernieuwing is immers onmogelijk zonder een cultuuromslag bij gemeente, maatschappelijke partners, beroepskrachten en inwoners. Gezamenlijk zetten we in op de omslag naar een gekantelde werkwijze waarbij eigen kracht, inzet van het informeel netwerk, wederkerigheid, zelfredzaamheid en participatie leidend zijn.

De beoogde vernieuwing vraagt om een open lerende houding gecombineerd met een doel en resultaatgerichte aanpak. Dit heeft ook zijn weerslag op de rol van de gemeente. De gemeente voert de regie over het vernieuwingsproces. Dat betekent nadrukkelijk niet dat wij alles naar ons toe trekken. Sterker nog, de werkwijze zal niet uitgaan van centralistische sturing of beheersing. Samen met Stadgers en maatschappelijke partners ontwikkelen is het parool, met acceptatie van daarbij behorende onzekerheden. Het gaat om een nieuw evenwicht tussen regie voeren en loslaten.

Ook na 2015 blijft de inzet gericht op leren en (door)ontwikkelen. De gewenste cultuurverandering bij de gemeentelijke organisatie, maatschappelijke partners, beroepskrachten en inwoners vraagt daarbij om blijvende aandacht.

Wij staan voor de taak om met veel minder financiële middelen vanaf 2015 ondersteuning te bieden aan inwoners die om wat voor reden dan ook een vorm van ondersteuning nodig hebben. Deze maatschappelijke urgentie noopt ertoe de bestaande voorzieningen anders te organiseren. Vernieuwing en versterking van het sociale domein is nodig. Daarbij willen we de middelen beter verdelen, de effectiviteit vergroten, meer Stadgers bereiken en betrekken. Samen met Stadgers en onze samenwerkingspartners geven we deze vernieuwing verder vorm. Dit is een continu proces. Daarbij maken we gebruik van verschillende vormen van participatie: informeren, raadplegen, adviseren, co-creëren en waar mogelijk meebeslissen.

HOOFDSTUK 2 DE GEBIEDSGEBONDEN AANPAK

2.1. Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke wijze we de vernieuwing vorm geven en hoe we de ondersteuning gaan organiseren, namelijk via de Gebiedsgebonden Aanpak. We leggen daarbij ook de relatie met de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Verder geven we inzicht in de verschillende niveaus van ondersteuning. Tot slot gaan we in op de informele ondersteuning.

2.2. Hoe gaan we de ondersteuning organiseren?

Zoals in de notitie “Met elkaar voor elkaar” is beschreven gaan we de toekomstige ondersteuning gebiedsgericht organiseren: de Gebiedsgebonden Aanpak. Dichtbij en op maat.

De ondersteuning volgens de GBA is bestemd voor alle inwoners voor de stad Groningen in de leeftijd van 0 - 100 jaar⁴. De ondersteuning vindt zoveel mogelijk plaats in de eigen leefomgeving van de inwoner en met behulp van het sociale netwerk daar omheen. Ze is informeel en zo eenvoudig en praktisch mogelijk ingericht. Door het gebiedsgericht en dicht bij huis organiseren van praktische ondersteuning met hulp van de directe omgeving - verwachten wij de inwoners van de stad Groningen effectiever van dienst te zijn en een betaalbare en toekomstbestendige ondersteuning te kunnen garanderen.

In het kader van de GBA willen wij partijen - en de hierbij behorende netwerkstructuren en samenwerkingsverbanden - onderbrengen in nieuwe ondersteuningsverbanden, die wij de sociale wijkteams (SWT's) noemen.

De sociale wijkteams (SWT's)

De sociale wijkteams werken gebiedsgericht en bestaan uit T-shaped professionals. De sociale wijkteams hebben de competentie en het mandaat om de vragen naar ondersteuning van de inwoners – in de volle breedte – te beantwoorden. Naar buiten toe is iedereen generalist, maar afzonderlijke teamleden beschikken over een specialisme; het team samen is hiermee zowel breed als diep. Als team zijn zij in staat om problemen op verschillende domeinen te overzien en deze aan te pakken. Zij kunnen de nodige ondersteuning bieden en waar nodig aanvullen met specialistische ondersteuning, die zij van andere partijen kunnen betrekken. Ook werkt het team samen met bewoners aan verbeteringen in de wijk.

De Toegang⁵

De toegang tot ondersteuning leggen we neer bij het sociale wijkteam. Het sociale wijkteam beslist op basis van een gesprek ('onderzoek' genoemd in de nieuwe Wmo) of iemand ondersteuning krijgt. Daarbij is het belangrijk dat de medewerker luistert naar de inwoner en dat goed wordt gekeken wat de inwoner nodig heeft. Als blijkt dat ondersteuning nodig is, biedt het sociale wijkteam die zoveel mogelijk zelf. Als deze ondersteuning onvoldoende of

⁴ De gemeente heeft ook een (mede) verantwoordelijkheid voor het welzijn en de gezondheid van ongeboren kinderen, dus feitelijk betreft het - 9 maanden, en uiteraard geldt dit ook voor mensen die ouder zijn dan 100 jaar

⁵ Zie ook nota 'Integrale Toegang Sociaal domein', gemeente Groningen, mei 2013

ontoereikend is, kent het sociale wijkteam een maatwerkvoorziening⁶ toe. Bij een doorverwijzing naar de maatwerkvoorziening blijft een medewerker van het sociaal wijkteam de regisseur. Of bij voorkeur de bewoner zelf.

Na afloop van het gesprek wordt in samenspraak met de inwoner een plan van aanpak opgesteld. In dat plan staat het arrangement beschreven waar de inwoner en de beroepskracht van het sociale wijkteam samen van hebben vastgesteld dat het een antwoord geeft op de ondersteuningsvraag. De medewerkers van de SWT's werken vanuit het uitgangspunt 'Eén huishouden, één plan en één regisseur' die verantwoordelijk is voor het plan. Dit plan wordt in principe beheerd door de inwoner zelf. Het plan beschrijft tot welk resultaat de ondersteuning op welke termijn moet leiden. Als een maatwerkvoorziening nodig is, wordt het plan omgezet in een beschikking.

De flexibele schil

De SWT's werken nauw samen met de flexibele schil van beroepskrachten. De flexibele schil bestaat uit experts die een bijdrage leveren aan het beantwoorden van vragen en het oplossen van complexe problemen. Zij brengen hun deskundigheid in bij het in kaart brengen van de problematiek (triage). De flexibele schil bestaat ook uit ervaringsdeskundigen en experts op specifieke samenlevingsvraagstukken/ vrijwilligerswerk/ mantelzorgondersteuning. De beroepskrachten van de flexibele schil dragen mede zorg voor deskundigheidsbevordering van de SWT- medewerkers. En bieden zelf ook ondersteuning bij complexe problematiek. De inzet van de flexibele schil gebeurt op aanvraag van de sociale wijkteams.

Voor de Gebiedsgebonden Aanpak (GBA) hebben we 12 gebieden voorlopig vastgesteld. We gaan de GBA verder uitwerken in 2014 en 2015. Dit doen we onder andere door het verder uitrollen van de sociale wijkteams, verder uitwerken van de Toegang, organiseren van scholingsprogramma's voor medewerkers, continueren dialoog met inwoners, beroepskrachten en instellingen over de gebiedsgebonden aanpak en voorbereiden proces maatschappelijk aanbesteden (zie voor maatschappelijk aanbesteden hoofdstuk 5).

10

2.3. Cliëntondersteuning

Een inwoner kan zich tijdens het gesprek met het sociale wijkteam laten bijstaan door iemand uit de eigen omgeving. Wanneer ondersteuning uit het eigen netwerk niet mogelijk is, zorgen wij voor een onafhankelijke cliëntondersteuner.

Wij gaan de cliëntondersteuning goed organiseren. Wanneer ondersteuning uit het eigen netwerk niet mogelijk is, zorgen wij voor een onafhankelijke cliëntondersteuner.

⁶ we spreken hier over een maatwerkvoorziening van niveau 2) afspraken over de toegang tot hoog gespecialiseerde zorg en ondersteuning (niveau 3) worden waar mogelijk regionaal gemaakt

2.4. De GBA in relatie tot ontwikkelingen in de gezondheidszorg

Zorgverzekeraar

Het is cruciaal dat de samenwerking die we op lokaal niveau al hebben tussen gemeente en zorgverzekeraar Menzis, wordt geïntensiveerd. We hebben een gezamenlijk belang, namelijk het vergroten van de kwaliteit van de dienstverlening, het beheersen van de kosten en het delen van informatie over de zorg- en ondersteuningsvraag van inwoners. Over dat laatste punt hebben we ondertussen goede afspraken gemaakt met Menzis.

Tevens ligt er met ingang van 2015 een relatie met de (nieuwe) functie thuisverpleging, die via de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd. De persoonlijke verzorging wordt onderdeel van deze functie. Het is van groot belang dat hierover afspraken tussen de gemeenten en zorgverzekeraars worden gemaakt. Voor welk model gekozen wordt is op rijksniveau nog onduidelijk.

De deelname van de verpleegkundige functie in de sociale wijkteams, en de beschreven werkzaamheden worden bij wijziging van het Besluit zorgverzekering, opgenomen in de (toelichting op) de aanspraak voor verpleging en verzorging (zorg) in de wijk. In het model voor de bekostiging wordt vervolgens de financiering van de beschikbaarheid van de wijkverpleegkundige voor de deelname aan de sociale wijkteams geborgd. Dit betekent dat zorgverzekeraars met gemeenten afspraken moeten maken over de inzet van wijkverpleegkundige en de afstemming tussen zorg in de wijk en maatschappelijke ondersteuning.

Bovendien maken we samen met zorgverzekeraars en huisartsen afspraken over o.a. verwijzen naar jeugdhulp, en willen we komen tot afstemming en samenwerking bij contractering van zorg en inkoop ervan.

We gaan in 2014 de samenwerking met de zorgverzekeraar intensiveren om te komen tot concrete afspraken over het verbinden van het medische en sociale domein.

Huisartsen

Als poortwachter in de gezondheidszorg heeft de eerstelijnsgezondheidszorg, vooral de huisarts, een belangrijke functie. Niet alleen omdat inwoners vaak met hun vragen, veelal in de eigen wijk, naar de huisarts gaan die daarmee de eerste beoordeling doet. Maar ook omdat een deel van de ondersteuning door de huisarts zelf of door direct daaraan gelieerde eerstelijns-functies geleverd wordt.

De inzet van wijkverpleegkundigen nieuwe stijl, de zogeheten Nait Soezen-wijkverpleegkundigen die nu in Groningen in een aantal wijken werken, maakt het mogelijk het medische en het sociale domein met elkaar te verbinden. Afstemming en samenwerkingsafspraken tussen het SWT, huisartsen en wijkverpleegkundigen over signalering, triage en ondersteuning zijn daarin belangrijk.

Dat geldt ook voor de jeugdhulp. In het nieuwe jeugdstelsel krijgen huisartsen de mogelijkheid om rechtstreeks door te verwijzen naar lichte en zware jeugdhulp, inclusief jeugd-GGZ.

We gaan de samenwerking met huisartsen intensiveren en in nauw overleg met de afdeling Groningen van de Huisartsenkring en ELANN (ondersteuningsorganisatie voor de hele eerste lijn) maken we afspraken hoe we de samenwerking verder vormgeven.

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

Ook in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) verandert de komende tijd veel. Momenteel is sprake van een situatie waarbij teveel lichte psychische problematiek in de tweede lijn wordt behandeld. Dat verhoogt de kosten en belemmert de toegankelijkheid; wachtlijsten zijn lang en de zorg is ver weg. Dit leidt niet tot goede, afgestemde zorg in de buurt.

In juni 2013 zijn met de GGZ-partijen maatregelen genomen om de beweging van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen, om daarmee de kosten beter te kunnen beheersen.

Daartoe is een aantal maatregelen afgesproken die ingegaan zijn per 1 januari 2014. Deze maatregelen zijn de volgende:

1. Meer zelfmanagement en preventie
2. Versterking van de huisartsenzorg en de POH-GGZ (praktijk ondersteuner huisartsen)
3. Invoering van de Generalistische Basis GGZ
4. Gespecialiseerde GGZ

Er vindt een omslag plaats naar minder specialistische en meer generalistische GGZ, dichtbij inwoners. En naar meer inzet aan de voorkant, preventie. Dat vraagt goede afstemming met de Gebiedsgebonden Aanpak.

De huisarts heeft een belangrijke rol bij het uitoefenen van het poortwachterschap voor de (jeugd) GGZ. De POH GGZ zal de huisarts ondersteunen in het uitvoeren van deze rol.

In de Jeugdwet is beschreven dat ook de jeugd GGZ overgaat naar de gemeenten. De jeugd GGZ neemt in die zin een aparte positie in binnen de GGZ.

De GGZ moet een stevige plek krijgen in onze GBA en daarin ook participeren. Wij gaan hierover met de sector in gesprek.

2.5. Niveaus van ondersteuning

Bij de herinrichting van het sociale domein hanteren we drie niveaus van ondersteuning. Deze indeling is gebaseerd op het Groninger Functioneel Model jeugd en AWBZ zoals deze in provinciaal verband zijn ontwikkeld. Dit model geeft richting aan de wijze waarop we de verschillende vormen van ondersteuning gaan organiseren en inrichten (zie verder Groninger Functioneel Model in paragraaf 4.8 en bijlage II).

We hanteren de volgende drie niveaus van ondersteuning:

- Niveau 1: Ondersteuning vanuit de samenleving
- Niveau 2: Ondersteuning bij opvoeden en opgroeien en bevorderen van zelf- en samenredzaamheid
- Niveau 3: Ondersteuning bij complexe, intensieve zorg (Hoog-specialistische zorg- en ondersteuning)

2.5.1. Niveau 1 Ondersteuning vanuit de samenleving

Deze ondersteuning is het fundament van het vernieuwde stelsel en bestaat uit een sterke (pedagogische) samenleving en sterke (collectieve) basisvoorzieningen.

De (Pedagogische) samenleving

De (pedagogische) gemeenschap gaat uit van een samenleving/wijk/buurt waarin Stadgers gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor elkaar en voor het opvoeden en opgroeien van

kinderen. Er bestaat bij Stadgers (buurtbewoners, ouders, jongeren, maar ook bijvoorbeeld familieleden, leraren, (maatschappelijk) ondernemers, begeleiders van (sport)clubs etc.) de bereidheid om in de eigen sociale netwerken en in het publieke domein de verantwoordelijkheid voor elkaar en met elkaar te delen. Het is het preventieve fundament waar ontmoeting, elkaar kennen en gekend worden, het samen activiteiten organiseren, elkaar helpen en ondersteunen, activering en waardering samenkomen.

De uitdaging is om de sociale samenhang en veerkracht in de wijken te versterken zodat problemen worden voorkomen, klein blijven en zoveel mogelijk in de sociale context worden opgelost. We weten dat veel inwoners al heel veel voor elkaar doen als vrijwilliger of als mantelzorger. Wij waarderen deze inzet en willen dit faciliteren. Daarbij is een goede ondersteuning door beroepskrachten van vrijwilligers en mantelzorgers belangrijk.

Sterke (collectieve) basisvoorzieningen

De basis van het nieuwe stelsel bestaat uit (basis)voorzieningen waar vrijwel alle (jonge) Stadgers komen. Denk daarbij aan kinderopvang, peuterspeelzalen, scholen, sportclubs, welzijnswerk, het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg en andere (digitale) laagdrempelige voorzieningen in de gezondheidszorg. Deze voorzieningen zijn in de basis vrij toegankelijk (niet altijd gratis) en hebben een regulier aanbod, inclusief preventie programma's. Deze basisvoorzieningen dragen er zorg voor dat kinderen zich verder ontwikkelen tot participerende (jong) volwassenen, versterken de eigen kracht van Stadgers (jong en oud) en bevorderen direct of indirect de zelfredzaamheid. Medewerkers van basisvoorzieningen kennen de mensen in hun wijk en zijn de eerst aangewezenen om snel op het spoor te komen van mensen met problemen. Zij maken hun signalen bespreekbaar en proberen tijdig te ondersteunen. Versterken van deze preventieve infrastructuur is dan ook belangrijk.

13

2.5.2. Niveau 2 Ondersteuning bij opvoeden en opgroeien en bevorderen van zelf- en samenredzaamheid

De zelf- en samenredzaamheid zijn het vertrekpunt voor de toekomstige ondersteuningspraktijk. Wanneer mensen er zelf, met hun sociale netwerk of met behulp van een medewerker van een basisvoorziening niet uitkomen, dan kan een beroep worden gedaan op één of meerdere voorziening(en).

Algemene Voorzieningen

In de eerste plaats willen we algemene voorzieningen realiseren die bijdragen aan de bevordering van samen- en zelfredzaamheid en participatie van inwoners met een ondersteuningsvraag op één of meerdere leefdomeinen. Daar waar nodig bieden we ondersteuning op het leefdomein/de leefdomeinen⁷ waar de samen- zelfredzaamheid onvoldoende is. De ondersteuning kan zowel groepsgericht als individueel gericht zijn. Ondersteuningsvoorzieningen (eerste- en 'anderhalfde' lijn⁸ zorg) die nu gefinancierd worden vanuit de AWBZ, de ZVW en de Wet op de Jeugdzorg vormen we deels om naar algemene voorzieningen.

De gemeente is vrij in de keuze welke algemene voorzieningen zij treft.

⁷ we hanteren de elf domeinen van de zelfredzaamheidsmatrix, en de vier domeinen ouderschap van de zelfredzaamheidsmatrix

⁸ Laag complexe ambulante zorg

Het gebruik van algemene voorzieningen is vrij toegankelijk maar de gemeente kan wel een eigen bijdrage vragen. Bij een algemene voorziening is een uitgebreid onderzoek naar de persoonskenmerken en behoeften, en formele toekenning van de algemene voorziening niet nodig.

Maatwerkvoorzieningen

Wanneer bovenstaande voorzieningen niet toereikend zijn komen mensen in aanmerking voor een maatwerkvoorziening. Het gaat hierbij om specialistische ondersteuning en zorgtrajecten. Kinderen en volwassenen met fysieke, zintuiglijke of verstandelijke beperkingen of met chronische psychische en psychosociale problemen kunnen een beroep doen op deze maatwerkvoorzieningen. Bij zwaardere vormen van hulp blijft nog steeds het uitgangspunt het aanboren van eigen kracht en zoveel mogelijk ondersteuning in de eigen omgeving. Om in aanmerking te komen voor een maatwerkvoorziening is een gesprek (onderzoek) naar de persoonskenmerken en behoeften nodig en een formele toekenning voor een maatwerkvoorziening.

2.5.3. Niveau 3 Ondersteuning bij complexe, intensieve zorg (maatwerk: hoog specialistische zorg en ondersteuning)

Dit betreft zeer specialistische – en intensieve zorg die geleverd wordt bij complexe problematiek met een hoge zorgintensiteit. Deze zorg is niet vrij toegankelijk. Deze zorg kan niet altijd in de eigen omgeving geboden worden. Maar ook hier blijft het uitgangspunt het aanboren van de eigen kracht en zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving.

We onderscheiden drie niveaus van ondersteuning. We zetten in op een verschuiving van specialistische voorzieningen naar lichtere vormen van ondersteuning, laagdrempelig en dichtbij. Daarbij investeren we in preventie en vroegsignalering en het stimuleren van zelfredzaamheid en samenredzaamheid.

14

2.6. Informele ondersteuning en zorg

Veel mensen verlenen voor kortere of langere tijd '*mantelzorg*' aan hun partner, ouders of andere familieleden, buren of vrienden. De meeste mensen vinden dat vanzelfsprekend, ze vinden dat zorgen voor dierbaren bij het leven hoort. Soms kan deze zorg echter behoorlijk zwaar vallen. De positie van de mantelzorger verstevigt in de nieuwe Wmo. Het werk van mantelzorgers draagt vaak bij aan de kwaliteit van leven van de degene die mantelzorg ontvangt. Daarom vinden wij het belangrijk dat mensen die mantelzorg geven de ondersteuning krijgen waar ze behoefte aan hebben. Bij mantelzorgers is het van belang de balans tussen draagkracht en draaglast te bespreken en goed te bewaken.

Wij zetten een aantal (ver)nieuw(d)e mogelijkheden in om mantelzorgers te ontlasten zoals *respijtzorg*⁹ (waaronder kortdurend verblijf) en te waarderen via het *mantelzorgcompliment*. Daarbij willen we aansluiten bij de ervaringen en behoeften van mantelzorgers.

⁹ (tijdelijke) zorg die mantelzorgers ontlast. Vanuit de Wmo wordt de gemeente verantwoordelijk voor het bieden van respijtzorg.

HOOFDSTUK 3 DE NIEUWE TAKEN WMO

In dit hoofdstuk wordt beschreven wat de nieuwe taken zijn die naar de gemeente komen vanuit de AWBZ en wordt een overzicht gegeven van het huidige zorggebruik. Er wordt in dit beleidsplan gebruik gemaakt van gegevens over daadwerkelijk zorggebruik binnen de gemeente Groningen. Deze cijfers wijken af van de veelgebruikte CIZ indicatiecijfers die in eerdere beleidsstukken en nota's werden gepresenteerd. Dit komt omdat er een groot verschil zit tussen het aanvragen van een zorgindicatie en het daadwerkelijke gebruik hiervan. Vervolgens wordt bij iedere nieuwe taak beschreven wat wij in de komende jaren gaan doen.

3.1. Algemeen

Er komen naar verwachting drie functies over uit de AWBZ: begeleiding (individuele begeleiding en dagbesteding en een specifieke vorm van verzorging), kortdurend verblijf en beschermd wonen voor GGZ-cliënten (GGZ-C pakketten). Het gaat om een kleine twee procent van de bevolking die momenteel in de gemeente Groningen een vorm van ondersteuning vanuit de AWBZ krijgt. Op dit moment krijgen deze mensen toegang tot de voorzieningen via het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en ook Bureau Jeugdzorg (Bjz) stelt indicaties voor kinderen (hoofdzakelijk met een psychiatrische achtergrond) die begeleiding uit de AWBZ nodig hebben. Per 2015 krijgt de gemeente deze verantwoordelijkheid. Deze ondersteuning wordt straks vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet gefaciliteerd. De Wmo krijgt een andere opzet en dit leidt ook tot een wijziging rondom de hulp bij het huishouden. Deze voorziening wordt beperkt tot mensen die deze nodig hebben en die er zelf (financieel) niet in kunnen voorzien.

15

Tabel 1: Aantal personen dat op 1 januari 2013 gebruik maakte van AWBZ zorg. In absolute aantallen en als aandeel van de bevolking. Nb. Onder de 23 hebben we het totale aandeel van de bevolking tot en met 22 jaar gebruikt.

	Aantal	Perc. van bevolking
AWBZ totaal	3349	1,7%
AWBZ 0 t/m 22	1150	2,0%
AWBZ 23+	2199	1,1%
Totaal bevolking gemeente Groningen	195381	

Tabel 2: AWBZ functies die overkomen naar de gemeente.

Functie	Individueel	Groep met vervoer	Groep zonder vervoer	Totaal unieke mensen
Begeleiding	2449	618	467	2771
Kortdurend verblijf				304
Beschermd wonen				172
Zorgzwaarte pakketten (ZZP's)				592
Totaal AWBZ unieke personen				3349

3.2. Doelgroep

Het gaat bij de AWBZ-taken die overkomen om een zeer diverse groep gebruikers: mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking, chronisch zieken, ouderen die fysiek achteruitgaan en/of te maken hebben met dementie, mensen met een psychiatrische achtergrond en kinderen en volwassenen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking. Het gaat om mensen in alle leeftijdscategorieën. Op 1 januari 2013 ging het om ruim 3.300 mensen die op dat moment een vorm van geïndiceerde AWBZ zorg ontvingen. Bijna 600 mensen hiervan hebben een zorgzwaarte pakket (ZZP). Deze mensen wonen nu intramuraal en gaan te zijner tijd (wanneer indicatie verloopt) extramuraal wonen. Op dat moment krijgen wij de verantwoordelijkheid over de ondersteuningsfuncties die op grond van de nieuwe Wmo onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen. Het systeem van indiceren voor het ontvangen van zorg is nu een ingewikkeld en complex geheel wat straks in de nieuwe situatie weer vorm moet krijgen. Aan de hand van de verschillende beschikbare gegevens kunnen we een goede inschatting maken van de omvang van de groep waar de gemeente op 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid over krijgt.

3.3. Beschrijving van de nieuwe taken

3.3.1. Begeleiding

Het grootste deel van de mensen die onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid komt te vallen krijgt een vorm van begeleiding. De functie begeleiding zoals die nu vanuit de AWBZ wordt verstrekt is bedoeld om de zelfredzaamheid van mensen te bevorderen, te behouden of te compenseren. De begeleiding beoogt een verblijf in een instelling zo lang mogelijk uit te stellen of overbodig te maken. Ditzelfde uitgangspunt staat ook aan de basis van het nieuwe stelsel. Begeleiding zal dus ook in het nieuwe stelsel een stevige plek moeten krijgen. Het omvat zowel individuele begeleiding als begeleiding in een groep.

Individuele begeleiding

Individuele begeleiding richt zich op het begeleiden in het dagelijks functioneren. Het gaat om het actief herstellen, dan wel compenseren van het beperkte of afwezige regelvermogen van een persoon waardoor hij onvoldoende of geen regie over het eigen leven kan voeren. De ondersteuning bestaat bijvoorbeeld uit het helpen plannen van activiteiten, het regelen van dagelijkse zaken, het nemen van besluiten en het structureren van de dag. Individuele begeleiding kan ook praktische hulp en ondersteuning bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen inhouden zoals begeleiden bij het wassen en aankleden. Daarbij is geen medische zorg nodig of een hoog risico daarop¹⁰. Afhankelijk van de individuele situatie kan individuele begeleiding kortdurend, maar ook langdurig worden ingezet.

¹⁰ In het wetsvoorstel is opgenomen dat Verzorging samen met Verpleging opgaat in de nieuwe aanspraak thuisverpleging en wordt met ingang van 1 januari 2015 onderdeel van het verzekerd pakket op grond van de zorgverzekeringswet. Gemeenten worden verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen met een beperking bij zelfredzaamheid en participatie. Bovenstaande vorm van ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen betreft de resterende 5% Persoonlijke Verzorging en ligt in het verlengde van begeleiding.

Begeleiding in een groep

De begeleiding in een groep wordt meestal *dagbesteding* genoemd. Deze activiteiten kunnen variëren van arbeidsmatige dagbesteding zoals werken in een horecagelegenheid onder begeleiding van de zorgaanbieder tot recreëren zoals snoezelen en wandelen.

Iemand kan zowel individuele begeleiding krijgen thuis, zoals ondersteuning bij zelfredzaamheid, en voor een zinvolle invulling van de dag buiten de deur deelnemen aan dagbesteding in de vorm van groepsactiviteiten (begeleiding groep).

Ruim 2.700 mensen in de gemeente Groningen maken gebruik van een vorm van begeleiding. Hiervan krijgen 2.400 mensen individuele begeleiding en ongeveer 1.100 mensen maken in de stad Groningen gebruik van een vorm van dagbesteding. Er zijn zoals eerder genoemd mensen die van zowel individuele begeleiding als begeleiding in een groep gebruik maken. Er zijn ongeveer 800 mensen die van twee verschillende vormen van begeleiding gebruik maken.

Ruim 600 mensen maken gebruik van vervoer om naar de dagbesteding toe te gaan. Dit onderdeel komt ook mee met de decentralisatie van de functie begeleiding.

Wat gaan we doen in 2014 en 2015

Individuele begeleiding

We gaan de individuele begeleiding meer gebiedsgericht organiseren waarbij we naar samenhang, ontkokering, verbinding en efficiency in de ondersteuning streven.

We willen daarom ook, zeker als het gaat om langdurige en intensieve individuele begeleiding (op termijn) het aantal hulpverleners verminderen in huishoudens/gezinnen.

De komende tijd gaan wij met aanbieders in overleg over het meer gebiedsgebonden organiseren van de langdurige individuele begeleiding.

Dagbesteding

We willen vormen van dagbesteding – of het nu om recreëren gaat of arbeidsmatige dagbesteding – een plek geven in of verbinden met de Gebiedsgebonden Aanpak volgens de uitgangspunten die we hebben vastgelegd in de nota 'Met elkaar, voor elkaar'. Voor de dagbesteding betekent dat:

- diversiteit en keuzevrijheid voor de inwoner;
- dagbesteding zo dicht mogelijk bij de gebruiker organiseren;
- voorzieningen zoveel mogelijk algemeen en vrij toegankelijk (zonder indicatie);
- verbinding met dat deel van de dagbesteding dat niet in de wijk georganiseerd kan worden of onder de kern-AWBZ blijft vallen (intramurale dagbesteding).

Ons uitgangspunt is dat er in principe geen indicatie nodig is voor een zinvolle dagbesteding. Primair ligt de focus op het maatschappelijk laten participeren dichtbij huis in de buurt. We zijn ook realistisch: zonder nu al de precieze omvang te weten is het duidelijk dat een deel van deze groep zo kwetsbaar is (of wordt) dat er geen sprake is van maatschappelijk participeren. Daarom is het niet mogelijk en ook niet wenselijk om voor alle groepen de activiteiten op wijkniveau te organiseren. Sommige specialistische ondersteuning (aard en

omvang) valt mogelijk alleen op stedelijk of regionaal niveau te organiseren zoals de begeleiding van een deel van de mensen met een niet-aangeboren hersenletsel of auditieve handicaps.

Om te komen tot vernieuwende vormen van dagbesteding voor deze specifieke groepen (en uiteraard ook voor andere groepen van dagbesteding), werken we zoveel mogelijk samen als 23 Groninger gemeenten, in een provinciaal verband AWBZ.

Komende periode willen we samen met deelnemers aan dagbesteding, wijkbewoners, belangengroepen en zorgaanbieders in een interactief proces komen tot modellen voor vernieuwde dagbesteding. Deze modellen ontwikkelen in 2014 via pilots in een aantal wijken in onze stad. Deze pilots moeten antwoord geven op de meest relevante thema's die we komende periode nog uitwerken en concretiseren: de toegang, de zelfregie, de zelforganisatie, de mate van participatie, het schaalniveau, het mengen van groepen, de rol van de eigen sociale netwerken en de financiering.

Wij stellen voor om via pilots in een aantal wijken modellen te ontwikkelen om te komen tot vernieuwde dagbestedingsvormen.

Wat gaan we doen m.b.t. vervoer in relatie tot dagbesteding

Met betrekking tot dagbesteding kijken we ook naar het onderdeel vervoer. De huidige zorginstellingen regelen op dit moment voor een belangrijk deel hun eigen vervoer. We zien op provinciaal niveau veel overlap.

Wij onderzoeken of we efficiënter kunnen omgaan met de kosten voor vervoer door de dagopvang dichtbij de inwoner te organiseren en door het bundelen van de verschillende vervoersstromen (doelgroepen vervoer). Daarnaast onderzoeken we de integratiemogelijkheden binnen dit specifieke vervoer en het openbaar vervoer.

18

Vorbereidend op de overheveling van het huidige AWBZ-vervoer naar de gemeenten, geven zowel vervoerders als zorginstellingen aan graag mee te doen aan experimenten op dit gebied. Dit doen we met de andere 22 Groninger gemeenten.

3.3.2. Kortdurend verblijf

Kortdurend verblijf is een functie in de AWBZ die mantelzorgers tijdelijk ontlast en daarmee ondersteunt. Mensen met een beperking of een handicap die thuis wonen en permanent toezicht en/of hulp nodig hebben, kunnen een indicatie voor kortdurend verblijf krijgen. Dit betekent dat zij maximaal drie etmalen per week ergens kunnen logeren zodat de mantelzorger even ontzien wordt. Voorbeelden hiervan zijn logeerhuizen voor kinderen met een beperking, zorgboerderijen met logeermogelijkheid, een gastgezin of andere zorg gerelateerde instellingen. Mensen met een indicatie voor Kortdurend Verblijf, hebben altijd een andere AWBZ-indicatie voor extramurale zorg, bijvoorbeeld voor begeleiding, persoonlijke verzorging en/of verpleging. Voor de gemeente Groningen gaat het om ongeveer 300 personen met de functie kortdurend verblijf. Het overgrote deel wordt gefinancierd vanuit een PGB. Dit aandeel ligt in de gemeente Groningen aanzienlijk hoger dan het landelijk gemiddelde dat vanuit een PGB gefinancierd wordt.

Veel mensen verlenen voor kortere of langere tijd 'mantelzorg' aan hun partner, ouders of andere familieleden, burens of vrienden. De meesten vinden dat vanzelfsprekend, ze vinden dat zorgen voor dierbaren bij het leven hoort. Soms kan deze zorg echter behoorlijk zwaar vallen. Wij willen daarom dat mensen die mantelzorg geven de ondersteuning krijgen waar ze behoefte aan hebben. Kortdurend verblijf is daarbij een cruciale voorziening voor zwaar belaste mantelzorgers.

Wij stellen voor kortdurend verblijf ook beschikbaar te stellen zonder dat er sprake is van een maatwerk voorziening of specialistische voorziening.

3.3.3. Beschermd woonvorm GGZ mensen (C-pakket)

In de concept tekst van de nieuwe WMO is het beschermd wonen als een maatwerkvoorziening opgenomen naast de voorzieningen voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang. Het betreft in dit geval dus een extra wettelijke taak waar we als centrumgemeente uitvoering aan moeten geven. Met deze decentralisatie zijn we als (centrum)gemeente verantwoordelijk voor bijna (verblijf op basis van behandeling uitgezonderd) de gehele keten van woon en zorgvoorzieningen voor de doelgroep maatschappelijke zorg, namelijk het crisisverblijf (de maatschappelijke en vrouwenopvang), het beschermd wonen, het begeleid wonen en het begeleid zelfstandig wonen.

Bij Beschermd Wonen is er altijd sprake van een psychiatrische diagnose en een indicatie in de vorm van een zorgzwaartepakket (ZZP). Dit is een indicatie (van het CIZ) met recht op intramuraal verblijf. Er zijn in de GGZ twee soorten ZZP's. Het ZZP 'B' is voor mensen die intramuraal verblijven omwille van hun behandeling. Het ZZP 'C' is voor mensen die verblijven in een beschermd woonomgeving en waarbij behandeling niet meer op de voorgrond staat. Hierbij gaat het om het bieden van structuur en begeleiding. In het huidige voorstel van het Ministerie gaan de ZZP's B naar de zorgverzekeraars en de ZZP's C naar gemeenten. Deze laatste groep heeft wegens psychiatrische problematiek langere tijd een vorm van beschermd wonen nodig. Daarbij is intensieve begeleiding nodig; in het pakket zit geen vorm van behandeling. Een eventuele behandelaar is dus niet direct betrokken bij de zorgverlening. Wanneer nodig kan behandeling gegeven worden in een andere instelling dan waar de persoon woont en zal gefinancierd worden vanuit de Zvw. Zoals het er nu voor staat gaat het om ruim 150 mensen die een GGZ-C pakket hebben. Voor de hele provincie Groningen gaat het om ruim 850 mensen, waarvan 650 uit PGB gefinancierd. De komende tijd moet nog worden nagegaan of de huidige indicering klopt. In de praktijk zijn de indicaties voor ZZP B en C soms willekeurig afgegeven.

Wat gaan we doen in 2014 en 2015

Landelijke regelgeving is nog niet afgerond. Bij het schrijven van dit beleidsplan is nog niet duidelijk of deze taak naar de centrumgemeente overkomt.

Het budget voor Beschermd Wonen wordt dan in 2015 (verdeling op basis van historische kosten en zonder taakstelling) toegevoegd aan de decentralisatie uitkering maatschappelijk opvang. Het kabinet is voornemens een overgangsrecht van vijf jaar te creëren voor de cliënten in Beschermd Wonen die van de AWBZ overkomen naar de Wmo. Gedurende dat overgangsrecht heeft de cliënt recht op een gelijkblijvend pakket.

We hanteren ook voor het Beschermd Wonen de principes van het nieuwe sociaal domein. We willen o.a. dat beschermd wonen onderdeel uit maakt van een breed pakket van samenhangende voorzieningen (o.a. koppeling met dagbesteding). En we willen ook bij beschermd wonen sturen op uitstroom en participatie en de vaardigheden die daar voor nodig zijn. Er is tijd voor nodig om ons goed te verdiepen in deze nieuwe taak, mede omdat het een zeer kwetsbare groep betreft.

Wij stellen voor het aanbod voor de huidige bewoners te continueren en met het zorgkantoor afspraken te maken over een behoedzame overgang van de bekostigingssystematiek binnen een periode van twee jaar. Daarnaast willen we met het veld en het zorgkantoor monitoren of in het verleden de juiste indicaties zijn afgegeven.

3.3.4. Hulp bij het huishouden

Het Rijk heeft met het Regeerakkoord en de hoofdlijnenbrief langdurige zorg van april 2013 een koerswijziging ingezet rondom hulp bij het huishouden. Huishoudelijke hulp is als voorziening straks alleen voor mensen die deze hulp niet zelf kunnen regelen en betalen. Gemeenten worden daarom geconfronteerd met een korting van 40% op de financiën die ze tot nu toe kregen voor de hulp bij het huishouden vanuit de Wmo. Vanaf 2015 is een vorm van huishoudelijke hulp in individuele situaties mogelijk, al dan niet als onderdeel van een breed ondersteuningspakket. Hierdoor bestaat de mogelijkheid voor mensen om langer thuis te blijven wonen. Gemeenten zijn niet meer verplicht om hulp bij het huishouden als 'product' aan te bieden. Op dit moment zijn er ruim 4800 mensen die gebruik maken van huishoudelijke hulp in de gemeente Groningen.

Wat gaan we doen in 2014 en 2015

Bestaande contracten

De huidige contracten voor huishoudelijke hulp lopen af per 1 januari 2014; de gemeente heeft daarom nieuwe contracten afgesloten. Onze inzet is erop gericht in het overgangsjaar 2014 de bestaande huishoudelijke hulp voor onze inwoners zoveel mogelijk te behouden. De kwaliteit van de dienstverlening blijft daarmee in grote lijnen gehandhaafd en onrust wordt voorkomen. De gemeenteraad heeft minimale basistarieven vastgesteld voor huishoudelijke hulp. Wij hebben de uitvoering van huishoudelijk hulp in 2014 gegund aan alle vijf huidige aanbieders, zijnde: Axxicom, De Nieuwe Zorg Thuis, TSN Thuiszorg, ZINN en Zorgkompas.

Invoeren van bemiddelde hulp als verstrekking huishoudelijke hulp (2014)

In het overgangsjaar 2014 gaan we naast de bestaande huishoudelijke hulp een nieuwe vorm introduceren, namelijk bemiddelde huishoudelijke hulp. Deze vorm lijkt op alphahulp (de cliënt is de werkgever van de hulp), maar omdat een bemiddelende aanbieder namens de cliënt de taken vervult die horen bij werkgeverschap, heeft de cliënt er geen risico's, regeldruk of administratieve rompslomp van. Verder is in het tarief voor de hulp ruimte opgenomen voor het afsluiten van werknemersverzekeringen, waardoor de hulp meer sociale zekerheid heeft dan bij de alphahulp-constructie. De bemiddelende aanbieder koppelt hulpvragers aan hulpen, ondersteunt hulpen bij het afsluiten van werknemersverzekeringen en verricht de kassiersfunctie namens de cliënt. Er is sprake van een drie-partijenovereenkomst tussen cliënt, hulp en bemiddelende aanbieder, waarin verplichtingen en taken zijn vastgelegd. De betaling van de bemiddelde hulp vindt plaats

door middel van een Persoonsgebonden budgettarief (PGB-tarief) voor bemiddelde hulp, dat in het Financieel Besluit is opgenomen.

Uitgangspunten voor toekomstige huishoudelijke hulp

- Ondersteuning bij het schoonhouden van het huis wordt zoveel mogelijk integraal aangepakt: niet de instelling/aanbieder, maar de burger(kracht) is de focus.
- We willen sturen op het resultaat: niet het aanbod of de verrichting is de basis voor de ondersteuning, maar het resultaat.
- Mensen die regie hebben over hun huishouden maar die ondersteuning nodig hebben bij het schoonhouden van hun huis én onvoldoende hulp binnen hun eigen sociale netwerk kunnen organiseren, faciliteren we bij het vinden van hulp. Mochten zij die hulp niet kunnen betalen, dan wordt een vangnet geboden in de vorm van een maatwerkvoorziening /-vergoeding.
- Alleen mensen die zelf géén regie kunnen voeren over hun huishouden dan wel aan andere nog nader te bepalen criteria voldoen (en geen adequaat netwerk hebben) komen in aanmerking voor de daadwerkelijke hulp zelf.

In 2014 bereiden we ons voor op uitvoering huishoudelijke hulp in 2015. Bij de herinrichting van huishoudelijke hulp hanteren we bovenstaande uitgangspunten. In de zomer van 2014 worden voorstellen hieromtrent ter besluitvorming voorgelegd.

3.3.5. MEE

Per ingang van 1 januari 2015 worden ook de MEE-middelen overgeheveld naar gemeenten. De hoofdactiviteit van MEE bestaat uit cliëntondersteuning aan chronisch zieken en gehandicapten. In de afgelopen periode is de samenwerking tussen MEE, de gemeente en andere organisaties goed van de grond gekomen. Wij beschouwen de kennis, die MEE inbrengt, als een belangrijke aanvulling op het bestaande. MEE participeert op dit moment ook in de sociale wijkteams.

Er wordt in landelijk verband nog overleg gevoerd over de voorwaarden waaronder de middelen naar gemeenten zullen worden gedecentraliseerd, bijvoorbeeld als het gaat om frictiekosten en de continuïteit van ondersteuning.

3.4. (Boven)regionale samenwerking AWBZ/Wmo

In de concept wet staat dat gemeenten op bovenlokaal niveau moeten samenwerken. Dit moet in congruente samenwerkingsverbanden worden georganiseerd. De 23 Groninger gemeenten werken samen in de voorbereiding op het nieuwe sociaal domein. Voor wat betreft AWBZ vindt deze plaats in het provinciaal overleg AWBZ. Op het gebied van de participatiewet worden voorzichtige stappen gezet om tot regionale samenwerking te komen. Ook wordt gewerkt aan een overlegvorm met aanbieders.

Lokaal wat lokaal kan, regionaal wat moet

Passend binnen de context van de decentralisaties organiseren en bepalen we zoveel mogelijk lokaal wat lokaal kan en regionaal wat moet. De gemeente biedt de ideale schaal om maatwerk te leveren, aan te sluiten bij wat mensen wél kunnen, de eigen kracht en het sociaal netwerk te betrekken en naast individuele ook algemene voorzieningen te ontwikkelen.

3.5. Overgangsrecht

In de nieuwe wet is opgenomen dat er een overgangsrecht is voor huidige cliënten. Dat betekent dat personen die op 1 januari 2015 AWBZ zorg ontvangen, gedurende de looptijd van hun indicatiebesluit recht houden op die zorg die aan het betreffende indicatiebesluit verbonden is. Dit geldt tot uiterlijk 31 december 2015. De condities die onder de AWBZ van toepassing waren blijven gedurende deze periode van kracht; dit geldt voor de eigen bijdragen.

Het college krijgt echter de bevoegdheid om gedurende de periode tot 31 december 2015 een ander besluit te nemen m.b.t. het eerder afgegeven AWBZ-indicatiebesluit over de te verlenen ondersteuning, onder de voorwaarde dat een dergelijk besluit op zorgvuldige wijze tot stand komt. Dit geeft ons de ruimte om met instemming) van de gebruiker te komen tot een andere dan de huidige voorziening; een zg. maatwerkvoorziening.

Voor wat betreft aanspraak op beschermd wonen GGZ mensen (C-pakket) is voorzien in een overgangstermijn van tenminste vijf volle kalenderjaren.

3.6. Arrangement AWBZ/Wmo

Gemeenten in de regio Groningen bepalen, vergelijkbaar met de decentralisatie van de Jeugdzorg (zie hiervoor hoofdstuk 4), in overleg met relevante aanbieders een arrangement AWBZ. In dit arrangement geven we vorm aan het overgangsrecht dat in de nieuwe wet wordt opgenomen en dat toeziet op continuïteit van te decentraliseren AWBZ-zorg per 1 januari 2015. De gemeente Groningen is leidend in dit proces.

Bij de behandeling van de wet in de Kamer, wordt definitief duidelijk welke taken over gaan naar gemeenten, welke naar de zorgverzekeraars en welke in de zogenaamde kern- AWBZ blijven. Dan volgt ook duidelijkheid over een eventuele wettelijke verplichting tot het maken van afspraken over continuïteit van zorg met betrekking tot de decentralisatie AWBZ. In dat geval moeten we rekening houden met de vormvereisten die hieraan worden gesteld (de conceptwettekst beschrijft al een aantal bepalingen over het overgangsrecht). Afspraken uit een met partijen overeen te komen arrangement zijn qua verdeling van het budget onder voorbehoud van definitieve informatie hierover. Deze informatie verwachten wij in de meicirculaire 2014.

De vernieuwingen in het Sociaal Domein, de Gebiedsgebonden Aanpak (GBA) en de provinciale afspraken in het kader van de samenwerking op het terrein van de AWBZ zijn leidend voor de wijze waarop we het "transformatie" gesprek met partijen voeren. De gemeenten houden rekening met het transitiearrangement jeugd (zie hoofdstuk 4.7), waar dit de overlap m.b.t. AWBZ betreft. Het arrangement richt zich primair op cliënten met een in 2015 doorlopende indicatie.

Resultaat

Met het afsluiten van een "AWBZ-arrangement" willen we bereiken dat:

- voor die mensen met een op 1 januari 2015 doorlopende indicatie voor de te decentraliseren onderdelen uit de AWBZ de geïndiceerde zorg (conform indicatie) waar mogelijk wordt gecontinueerd,
- deze zorg zoveel mogelijk door de huidige aanbieder/begeleider wordt geleverd,
- de korting op het budget in het arrangement is opgenomen (derhalve wordt de gemeentelijke korting onderdeel van de vergoeding voor de te leveren zorg),

- een deel van het beschikbaar budget beschikbaar komt voor het kunnen initiëren van noodzakelijke verandering in de wijze waarop zorg wordt georganiseerd, de aard van de zorg en de omvang van de zorg,
- er zo min mogelijk maatschappelijke onrust ontstaat (er dus geen kwetsbare mensen tussen wal en schip vallen),
- er een goede verbinding is gelegd tussen dit arrangement en het transitiearrangement jeugd,
- er voldoende informatie bij aanbieders en gebruikers is opgehaald om het gesprek over verandering c.q. transformatie, gerelateerd aan de Gebiedsgebonden Aanpak (GBA), te kunnen starten (teneinde nieuwe cliënten en AWBZ-cliënten waarvan de indicatie afloopt op een andere wijze te ondersteunen bij hun hulpvraag).

Uitgangspunten

In Groningen (Stad) zijn ruim 80 instellingen/aanbieders betrokken bij de levering van genoemde AWBZ zorg. Dit is exclusief een groter aantal ZZP-ers. Van deze 80 instellingen zijn er tussen de 10 en 15 die het merendeel van het volume bepalen. Om het gesprek met betrokken partijen en gebruikers te kunnen voeren is het van belang een aantal uitgangspunten vast stellen. Als gemeente gaan wij van het volgende uit:

- Er vallen geen gebruikers met een in 2015 doorlopende indicatie buiten de boot;
- Bestuurlijk commitment voor het arrangement lokaal/regionaal;¹¹
- Het arrangement heeft betrekking op (en beperkt zich tot) alle geïndiceerde te decentraliseren zorg die vanuit de AWBZ per 1 januari 2015 overgaat naar de Wmo (excl. de begeleiding voor jeugd);
- Het wettelijk overgangsrecht is het vertrekpunt bij de bepaling van de termijn van de continuïteitsarrangementen. De gemeente Groningen hanteert vooralsnog een termijn van minimaal 1 jaar en maximaal 3. Deze termijn is afhankelijk van de wet en moet voldoende ruimte bieden voor afbouw van frictiekosten en het zo snel mogelijk implementeren van transformatie van zorg;
- Afspraken in het arrangement dienen bestuurlijk te worden vastgesteld en kunnen slechts wijzigen t.g.v. de definitieve budgetverdeling (verwacht in de meicirculaire 2014) en/of substantiële afwijkingen (toe/afname) in het volume van de zorg (peildata nader te bepalen);
- Voor wat betreft de financiering wordt het woonplaatsbeginsel gehanteerd;
- Het arrangement bevat geen prijsafspraken t.a.v. de individuele dienstverlening. Er worden collectieve afspraken gemaakt op basis van beschikbare budgetten. Een nader te bepalen deel van het budget wordt ingezet voor de noodzakelijke verandering;
- Het voorlopig in stand houden van (grotere) aanbieders is een basis voor continuïteit, maar geen doel op langere termijn;
- Continuïteit van zorg voor cliënten die hiervoor een PGB gebruiken dient nader te worden uitgewerkt. Dit i.v.m. de wettelijke bepalingen t.a.v. het PGB. Waar mogelijk wordt dit in het arrangement meegenomen;

¹¹ Regiogemeenten hebben er in meerderheid voor gekozen bij het arrangement van de Stad aan te sluiten, 4 gemeenten volgen hun eigen programma en 8 gemeenten hebben intentie tot deelname uitgesproken, maar besluiten tot definitieve deelname na vaststelling van de uitgangspunten in Groningen. Lokaal kan aan het arrangement een andere inkleuring worden gegeven.

- Het arrangement AWBZ verhoudt zich zodanig tot het arrangement Jeugd dat er geen mensen tussen wal en schip vallen;
- Waar mogelijk c.q. noodzakelijk zullen gesprekken met aanbieders samen met het programma jeugd worden gevoerd;
- Nadrukkelijk wordt de accommodatienota van de gemeente betrokken teneinde het “maatschappelijk” vastgoed optimaal te benutten.

Wij onderschrijven de uitgangspunten zoals hierboven beschreven die moeten leiden tot het bepalen van het arrangement AWBZ vanaf 2015.

Wat gaan we doen in 2014

We gaan in overleg met relevante aanbieders om een arrangement AWBZ te bepalen waarin de condities zijn opgenomen waaronder de continuïteit van zorg wordt georganiseerd. De wet geeft de ruimte om gebruikers in overleg een maatwerkvoorziening aan te bieden en daarmee de indicatie gestand te doen. Zo lenen bijvoorbeeld de geïndiceerde dagbesteding en het bijbehorende vervoer zich uitermate voor transformatie per 2015.

Om de vereiste continuïteit van zorg te kunnen realiseren gaan we in de vorm van een arrangement afspraken maken met de huidige aanbieders. Hierin dient ook de noodzakelijke en mogelijke verandering een plek te krijgen.

3.7. Relatie Wmo en Maatschappelijke participatie

We vinden het belangrijk dat iedereen meedoet, daarom zetten we niet alleen stevig in op werk, maar we willen ook dat zoveel mogelijk mensen maatschappelijk participeren¹². Mensen kunnen zich op deze manier ontplooien en ontwikkelen. Daar komt nog bij dat alle Stadjes hard nodig zijn bij het op peil houden van het sociale en maatschappelijke leven in de stad. Op dit moment kennen we verschillende wetten en regelingen waarmee we sociale redzaamheid bevorderen en maatschappelijke participatie stimuleren. Een deel van de regelingen wordt uitgevoerd door de gemeente (bijvoorbeeld WBB en de Wsw) en een deel wordt nu nog door de zorgaanbieders uitgevoerd. De verwachting is dat we vanaf 1 januari 2015 ook verantwoordelijk worden voor de extramurale begeleiding groep (AWBZ dagbesteding). In de nota “Maatschappelijke participatie” brengen we de verschillende regelingen op het terrein van maatschappelijke participatie bijeen, waarbij we minder uitgaan van regelingen maar meer kijken naar het resultaat ‘maatschappelijk actief’. Op deze manier halen we schotten weg tussen regelingen en brengen de activiteiten binnen de Wmo en binnen de Participatie wet dichterbij elkaar.

¹² Concept-Nota Maatschappelijke participatie ‘Meedoen maakt het verschil’, 2014-2017

HOOFDSTUK 4 DE NIEUWE TAKEN JEUGDWET

Dit hoofdstuk beschrijft wat de nieuwe taken zijn die naar de gemeente komen vanuit de nieuwe Jeugdwet en geeft een overzicht van het huidige zorggebruik. Vervolgens wordt beschreven hoe wij ons voorbereiden op de transitie en transformatie van de jeugdzorg en hoe de regionale samenwerking plaatsvindt. Ook wordt in dit hoofdstuk ingegaan op het regionale transitiearrangement jeugd, het Groninger Functioneel Model en de transformatie-agenda jeugd.

4.1. Algemeen

Met ingang van de nieuwe Jeugdwet op 1 januari 2015 gaat het hele jeugdstelsel veranderen. Vanaf dan zijn wij als gemeente verantwoordelijk voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen. Het huidige jeugdstelsel is bureaucratisch en verkokerd. Dat maakt dat kinderen niet altijd op tijd (de juiste) hulp krijgen die ze moeten krijgen. Ook is er vaak weinig samenhang in de diverse vormen van hulp die geboden wordt in gezinnen met meervoudige problematiek. Als een gezin eenmaal zorg ontvangt is er weinig controle meer op veranderingen in de zorgvraag. Dat zorgt ervoor dat de vraag vaak niet meer aansluit bij het aanbod. Oplossingen voor problemen worden nog weinig gezocht in de directe sociale omgeving waarin de kinderen opgroeien. Deze knelpunten zorgen er samen voor dat de kosten blijven stijgen, waardoor het huidige stelsel financieel niet meer houdbaar is.

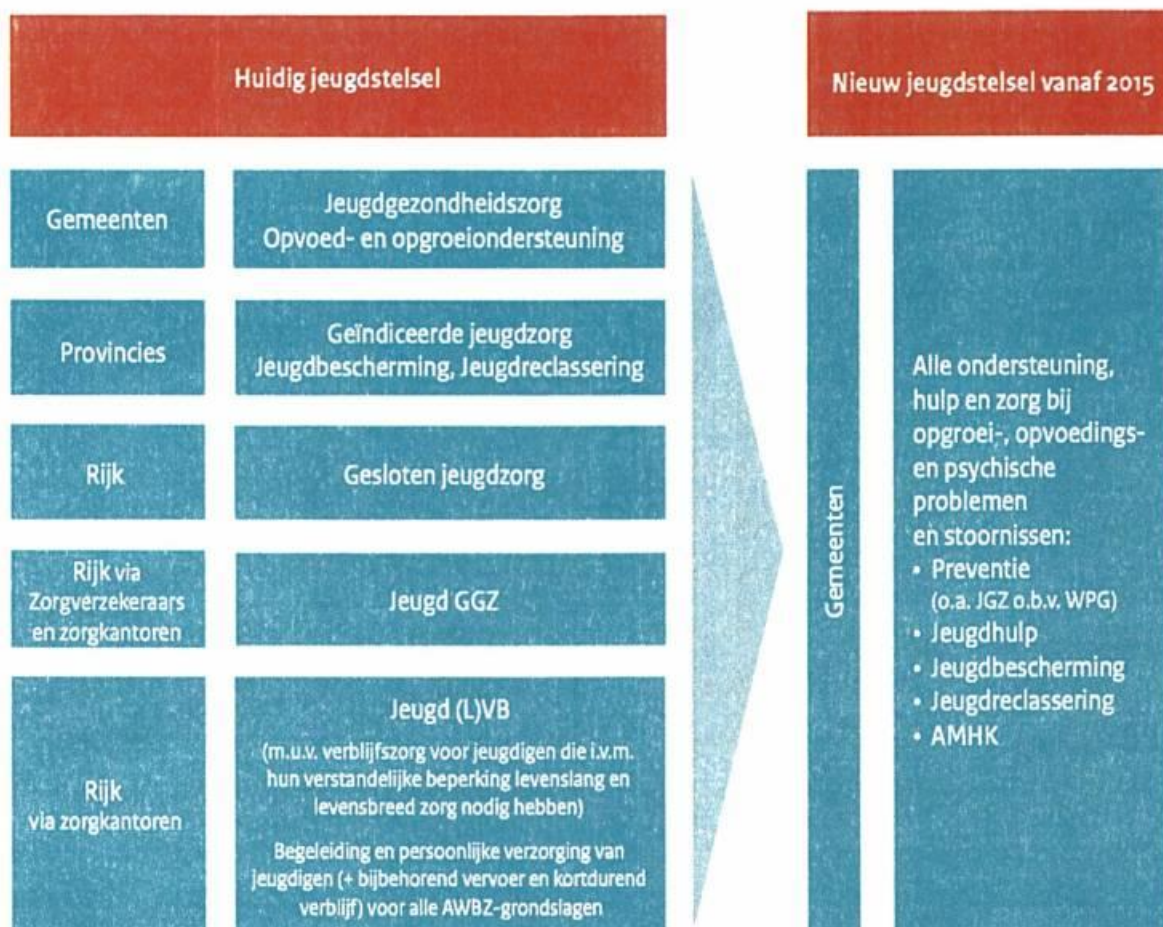
Er is een omslag (transformatie) nodig die leidt tot:

- Preventie en uitgaan van eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk;
- Minder snel medicaliseren, meer ontzorgen en normaliseren;
- Eerder hulp op maat voor kwetsbare kinderen;
- Integrale hulp met betere samenwerking rond gezinnen: één gezin, één plan, één regisseur;
- Meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering van de regeldruk.

4.2. Het huidige en het nieuwe jeugdstelsel

In het nieuwe jeugdstelsel worden gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp (dus inclusief jeugd- ggz, specialistische hulp, jeugd-vb en gesloten jeugdhulp in het kader van ernstige opgroei- en opvoedproblemen), en voor de preventie en uitvoering van kindbeschermsmaatregelen en jeugdreclassering en Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK).

In het onderstaand figuur worden het huidige en het nieuwe jeugdstelsel schematisch weergegeven.



4.3. Omvang van de jeugdzorg zoals die overgeheveld wordt

De jeugd in de AWBZ wordt zoals het nu gaat geïndiceerd door het CIZ en Bzj. De jeugdzorg die op dit moment betaald wordt vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geïndiceerd door Bzj en ook doorverwezen door huisartsen en medisch specialisten. In onderstaande tabel een overzicht van de situatie zoals die op 1 januari 2013 was in de gemeente Groningen. De aantallen zijn aan verandering onderhevig en we rapporteren hier de jeugdigen t/m 22 jaar. Hoewel de leeftijdsgrens van 18 jaar het uitgangspunt is voor de nieuwe Jeugdwet, kan jeugdhulp doorlopen tot maximaal het 23^e levensjaar. Dit geldt voor zover deze hulp niet onder een ander wettelijk kader valt en mits voldaan wordt aan de voorwaarden¹³.

¹³ Uit de definitie van "jeugdige" in artikel 1.1 van het wetsvoorstel volgt dat de gemeente ook verantwoordelijk is voor jeugdhulp waarvan nog vóór de achttiende verjaardag was bepaald dat die noodzakelijk is, die al vóór dat moment was begonnen of waarvan noodzakelijk is deze te hervatten binnen een half jaar nadat de jeugdige achttien is geworden.

Tabel 3: Aantal personen dat op 1 januari 2013 gebruik maakte van Jeugdzorg. In absolute aantallen en als aandeel van de bevolking tot en met 22 jaar.

	Aantal	Perc. van bevolking
AWBZ jeugd	1150	2,0%
BJZ	1802	3,1%
Zvw jeugd	2729	4,6%
Totaal jeugd ¹⁴	4280	7,3%

4.4. Doelgroep

De doelgroep van het nieuwe jeugdstelsel zijn alle jeugdigen en gezinnen in de gemeente Groningen tussen 0 en 18 jaar. Dit betreft ongeveer 3.000 kinderen. Naast ouders worden onder de doelgroep ook andere volwassenen gerekend die een opvoedkundige rol hebben richting jeugdigen zoals, familie, buurtbewoners, pedagogisch medewerkers van voorschoolse voorzieningen, leerkrachten en docenten in het onderwijs.

4.5. Hoe bereiden we ons voor op de transitie en transformatie van de jeugdzorg

Regionale samenwerking

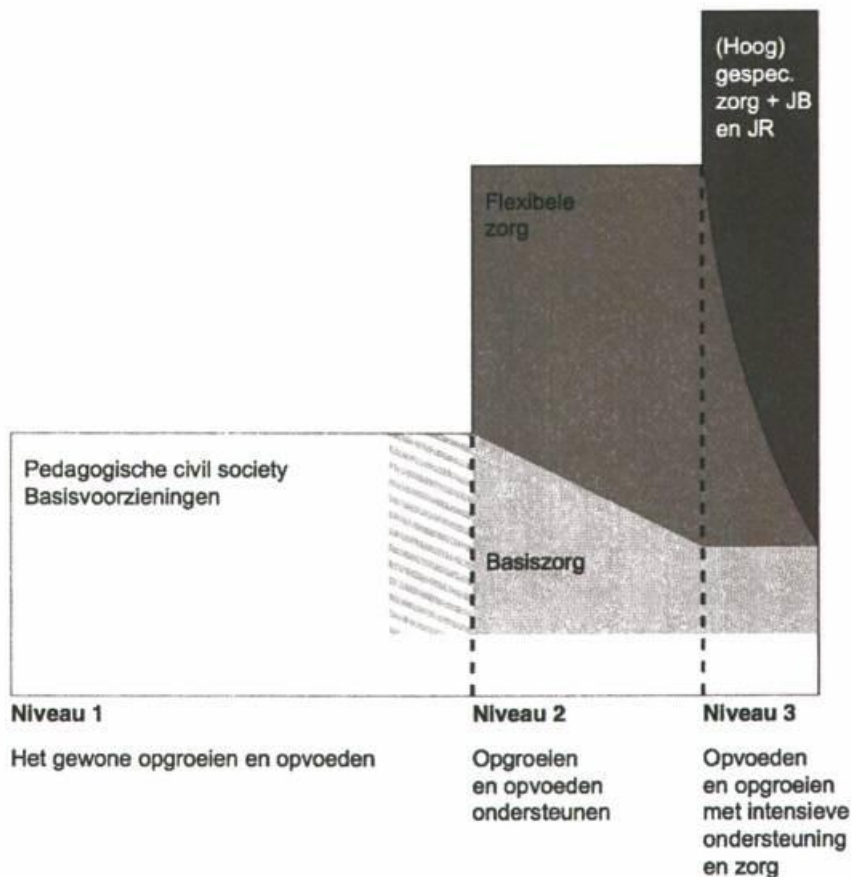
In de Jeugdwet staat dat gemeenten op bovenlokaal niveau moeten samenwerken, indien dat noodzakelijk is. Deze samenwerking geldt in ieder geval voor een aantal taken, zoals de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering en bepaalde vormen van specialistische zorg en gesloten jeugdhulp in het kader van ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen en het AMHK. De 23 Groninger gemeenten werken samen in de Programmaorganisatie Transformatie Jeugdzorg in de voorbereiding op het nieuwe jeugdstelsel en maken afspraken voor minimaal de bovenlokale jeugdzorg. De regio Groningen is daarmee 1 van de 41 jeugdzorgregio's in het land.

In het bestuursakkoord jeugd 2013-2016 hebben zij een gedeelde visie geformuleerd en gezamenlijke ambities vorm gegeven, waaruit sturing gegeven wordt aan de jeugdzorg.

Het Groninger Functioneel Model (zie bijlage II, blz. 25)

Gezamenlijk met de 22 andere Groninger gemeenten hebben wij het Groninger Functioneel Model (GFM) ontwikkeld. In het GFM formuleren we de inrichtingskeuzes die de basis vormen voor het nieuwe gemeentelijke Sociale Domein. Het functioneel model maakt onderscheid tussen de basiszorg (verantwoordelijkheid individuele gemeenten), flexibele zorg en (hoog) specialistische zorg (regionale afspraken). Het GFM is daarmee de basis om de transformatie te concretiseren. Daarnaast heeft het functioneel model als doel om de zorg in de regio op gelijkwaardig niveau te laten plaats vinden, zodat de werkwijze en de mate van ingezette preventie (in het kader van solidariteit) vergelijkbaar is. Ten slotte moet het functioneel model ruimte bieden om verbinding te maken met de lokale keuzes in het Sociale Domein.

¹⁴ Er zijn jeugdigen die bij meerdere instanties bekend zijn. Dit totaal is geen sommatie van de bovengenoemde getallen.



In het GFM worden de doelen, taken en functies binnen het nieuwe jeugdstelsel en Wmo in hun onderlinge samenhang beschreven. Het schept een kader waarbinnen we heldere afspraken maken op welke wijze we signaleren, adviseren, helpen, verwijzen, diagnosticeren en specialistische expertise vorm kunnen geven. Het functioneel model is een gemeenschappelijk vertrekpunt van alle Groninger gemeenten en dient als basis om de dialoog met uitvoeringspartners te voeren. Het geeft:

- Inzicht in de wijze waarop - op hoofdlijnen- lokaal, per gemeente, de zorg voor kinderen en hun ouders vorm wordt gegeven.
- Inzicht in de wijze waarop de (specialistische) zorg (die gezamenlijk regionaal wordt georganiseerd) hierop kan aansluiten'.
- Inzicht in de wijze waarop de toegang tot deze zorg wordt georganiseerd.
- Een kader voor pilots om te experimenteren met de beoogde werkwijze.
- Inzicht in de verdeling van de lokale inrichting van het sociale domein de meer regionaal georganiseerde specialistische hulp. Ze werken complementair.

Wij onderschrijven het Groninger Functioneel Model; het biedt voldoende ruimte voor onze eigen lokale invulling en sluit aan bij de Gebiedsgebonden Aanpak.

We stellen dan ook voor in te stemmen met het functioneel model als basis voor de verdeling van de inzet en samenwerking op lokaal, regionaal en bovenregionaal niveau.

Schaalniveau voor de uitvoering van de zorg

Een onderdeel van het model is de uitwerking van het schaalniveau waarop de verschillende soorten zorg bij de Groninger gemeenten wordt georganiseerd. Twee uitgangspunten daarbij zijn:

- 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.
- Bij de zorgvormen die regionaal georganiseerd (en ingekocht) worden, wordt gezocht naar een vorm van onderlinge solidariteit. Dit onderdeel wordt binnen de provinciale projectorganisatie uitgewerkt. Bij die taken die we (boven) regionaal uitvoeren, zoals Jeugdbescherming, Jeugdreclassering (JB en JR) en Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK) en hoogspecialistische hulp, maken wij afspraken die er voor zorgen dat de uitvoering van deze taken aansluiten op de lokale zorginfrastructuur.

Solidariteit

Solidariteit speelt een belangrijke rol in de vormgeving van het nieuwe sociaal domein in de regio Groningen. Solidariteit valt daarbij uiteen in een beleidsmatig en financieel deel.

Een belangrijke vraag is hoe de Groninger gemeenten in gezamenlijkheid de voorzieningen vorm willen geven. De mate waarin de 23 Groninger gemeenten solidair willen zijn in het gezamenlijk aanbieden van eenduidig ondersteuningsaanbod beïnvloedt rechtstreeks de afspraken die gemaakt moeten worden over onder andere de toegang, volumebepaling, organisatie basiszorg, enzovoorts. Daarnaast vloeit uit het Groninger Functioneel Model voort dat het noodzakelijk is om specifiek op het terrein van jeugd collectieve afspraken te maken over onder andere jeugdbescherming en jeugdreclassering, het AMHK en een aantal gespecialiseerde vormen van ondersteuning.

Dit vertaalt zich in afspraken over de mate van financiële solidariteit. Hierbij kan gedacht worden aan solidariteit voor het gezamenlijk dragen van de financiële risico's met betrekking tot de inzet van de dure, niet door de gemeente te sturen specialistische zorg. Hierover is nog geen keuze gemaakt. Het onderwerp solidariteit zal verder worden uitgewerkt en in de loop van 2014 ter besluitvorming worden voorgelegd.

(Hoog-)Specialistische ondersteuning

Specialistische ondersteuning wordt vooral regionaal of bovenregionaal georganiseerd. Dat heeft te maken met de benodigde expertise voor een goede inkoop (vooral bij zeer gespecialiseerde voorzieningen), risicospreiding en solidariteit (opvang fluctuatie benodigd aantal specialistische voorzieningen), efficiency (in het inkoopproces) en een sterkere positie ten opzichte van zorgaanbieders en -verzekeraars. In de meeste gevallen is het regionale niveau het meest geëigend (specialistische begeleiding op het gebied van verslaving, zintuiglijke handicaps, niet aangeboren hersenletsel, 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. Dit komt vooral voor in de Jeugdzorg.

Regionale samenwerking en afstemming met de zorgaanbieders

Bij de huidige uitvoering van de jeugdzorg zijn erg veel zorgaanbieders betrokken. Op dit moment is nog niet precies duidelijk welke dat allemaal zijn. De onbekendheid betreft voornamelijk de vrij gevestigde psychologen en veel aanbieders die worden gefinancierd middels een Persoonsgebonden Budget (PGB). De programmaorganisatie Transformatie Jeugdzorg Groningen heeft aan de grote(re) jeugdzorgaanbieders gevraagd om een kerngroep van jeugdzorginstellingen te vormen. Deze organisaties vertegenwoordigen, daar waar mogelijk, hun collega-organisaties in het jeugdzorgdomein. Met de kerngroep van jeugdzorgaanbieders zijn afspraken gemaakt in het Regionaal Transitie Arrangement (zie paragraaf 4.6. Uiteraard zoeken wij zowel provinciaal als lokaal het komend jaar het contact met de kleinere aanbieders van zorg.

Triage en schakelfunctie naar gespecialiseerde zorg

Triage is van belang bij zowel de start van de hulpverlening maar ook gedurende de hulpverlening. We zullen criteria ook gemeenschappelijk met de Groninger gemeenten formuleren, om ervoor te zorgen dat de rechtsgelijkheid voor zorgvragers zo groot mogelijk is. Hierdoor zijn er ook gelijke uitgangspunten wat weer van belang is voor de doorgeleiding naar specialistische zorg en de financiële consequenties.

4.6. Eisen van zorg continuïteit: Regionaal transitiearrangement (Jeugd)

In de Jeugdwet is de verplichting opgenomen om tijdens de overgangperiode de zorg te garanderen en garanties te geven voor het in stand houden van de jeugdzorginfrastructuur. Gemeenten in de regio Groningen hebben in overleg met de relevante aanbieders en de huidige financiers (provincie en verzekeraar) een Regionaal Transitie Arrangement (RTA) opgesteld (zie bijlage II). Deze is op 31 oktober 2013 ter beoordeling aangeboden aan de landelijke Transitiecommissie. In het RTA zijn onder voorbehoud van de hoogte van de rijksmiddelen afspraken gemaakt over zorgcontinuïteit, het in standhouden van zorginfrastructuur, het beperken van frictiekosten en de inhoudelijke transformatie. Gemeenten en jeugdzorgaanbieders hebben afspraken gemaakt over de wijze waarop de beschikbare budgetten in 2015 worden verdeeld. De verdeling is nu gebaseerd op percentages, zodra landelijke bedragen bekend zijn kunnen deze percentages omgezet worden naar budgetten. In de verdeling is voor 2015 uitgegaan van het totale budget 2015 waar de korting van 3% af is.

Gemeenten willen middelen beschikbaar hebben voor het versterken van het voorliggende veld en moeten op grond van de Jeugdwet vanaf 2015 op lokaal en in gezamenlijkheid taken uitvoeren. Voor de uitvoering hiervan zijn middelen nodig die geput moeten worden uit de rijksbijdrage. Daarnaast willen gemeenten dat inhoud gegeven kan worden aan de beoogde veranderingen in de jeugdhulp. Het resterende budget is in 2015 beschikbaar voor de directe zorg/jeugdhulp.

In onderstaande tabel zijn de uitgangspunten en de gehanteerde percentages bij deze uitgangspunten voor 2015, 2016 en 2017 verwerkt.

Beschrijving	2015	2016	2017
Totaal budget op 1-1-2015 (waar de korting 3,5% vanaf is)	100%		
Korting per jaar t.o.v. 2015	3,5%	8,5%	12,5%
Structurele versterking voorkant van functioneel model	3%	2,5%	2,5%
Uitvoeringskosten gemeenten	3%	2,5%	2,5%
'Transformatie' (inhoudelijke agenda)	10%	10%	10%
Resterend budget voor directe zorg	84%	80%	76%

Inhoud Regionaal Transitie Arrangement Jeugd

In het RTA worden de kaders en uitgangspunten weergegeven voor de afspraken met de uitvoerende jeugdzorg instellingen en welke stappen nog verder worden gezet richting besluitvorming van de budgetverdeling voor 2015 en verder. Het RTA is daarmee de basis voor de afspraken die we in regionaal verband met de jeugdzorgaanbieders maken. Het RTA is het overgangsrecht voor 2015, en wordt gebruikt om tot uiterlijk 2018 met de aanbieders en gebruikers van zorg toe te groeien naar een nieuw jeugdstelsel. Als inhoudelijke leidraad wordt hiervoor het Groninger Functioneel model gehanteerd (zie ook bijlage II).

4.7. Transformatieagenda Jeugd

In het verlengde van het RTA (afspraken over de transitie) maken we een Transformatieagenda (zie bijlage II). Hierin beschrijven we hoe we de inhoudelijke transformatie van het stelsel vorm willen geven. Het Groninger Functioneel Model is hiervoor de basis. Inhoudelijk uitgangspunt is het versterken van de zorg aan de voorkant om daarmee het beroep op zwaardere zorg te verminderen en transformatie van specialistisch naar basiszorg. We nemen 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. Ambities en visies uit het GFM vertalen we gezamenlijk in concrete veranderingen, zodat we invulling geven aan onze gezamenlijke opgave, een goed en efficiënt stelsel van jeugdzorg ter ondersteuning van onze jongeren en hun opvoeders.

4.8. Keuzevrijheid

Gemeenten hebben de opdracht om rekening te houden met de gezindheid, levensovertuiging en culturele achtergrond van jeugdigen en ouders en waar mogelijk keuzevrijheid te bieden met betrekking tot de voorzieningen. Deze keuzevrijheid nemen we mee bij de inrichting van het nieuwe jeugdstelsel.

4.9. Positie van jeugdigen en ouder(s)/ verzorger(s)

Contact met de jeugdige en ouders begint met de ontmoeting tussen jeugdigen, ouders en professionals: op het consultatiebureau, de peuterspeelzaal, de school. Het is belangrijk dat jeugdigen en ouders worden betrokken bij hun eigen ondersteuningsproces en dat daarbij wordt uitgegaan van hun eigen mogelijkheden om regie te voeren over hun leven. Belangrijk aspect daarvan is dat niet over ouders en de jeugdige wordt gesproken, maar met hen: de betrokkenheid van ouders en jeugdigen en hun sociale omgeving bij de aanpak is cruciaal. Dit is bij alle vormen van ondersteuning en hulp belangrijk. Voor de jeugdhulporganisaties is deze opdracht zelfs in de Jeugdwet opgenomen.

Zij moeten:

- a. informatie geven aan jeugdigen en ouders over de te verlenen jeugdhulp,
- b. toestemming vragen voor de inzet van de jeugdhulp,
- c. een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling inrichten, en
- d. medezeggenschap van jeugdigen en hun ouders organiseren in bv. een cliëntenraad

De positie van ouders en jeugdigen wordt verder geregeld door in de Jeugdwet opgenomen voorschriften omtrent informatie, toestemming, dossiervorming en bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

4.10. Kwaliteit, prestatie- indicatoren en toezicht

Een belangrijke reden van de transitie van de jeugdzorg is het verbeteren van de kwaliteit van de jeugdzorg. Het sturen op kwaliteit is daarmee een van de belangrijkste opgaven voor de gemeente in het nieuwe jeugdstelsel. In het kwaliteitsbeleid wordt onderscheid gemaakt in de kwaliteitseisen en de prestatie-indicatoren.

Kwaliteitseisen Rijk

De regering heeft een aantal kwaliteitseisen zo fundamenteel geacht dat deze in de Jeugdwet uniform worden geregeld. Hiermee worden in de wet de veiligheid, gezondheid en rechtspositie van de jeugdige beschermd en wordt recht gedaan aan het uitgangspunt van het Kinderrechtenverdrag "de Staat heeft de verplichting een kind te verzekeren van de bescherming en de zorg die nodig zijn voor zijn of haar welzijn". De kwaliteitseisen worden in de Jeugdwet opgelegd aan alle instellingen die jeugdhulp bieden. Aan de instellingen die jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering uitvoeren worden nog extra eisen gesteld.

Kwaliteitseisen gemeenten

Regionaal

Gemeenten kunnen naast deze wettelijke kwaliteitseisen zelf nog kwaliteitseisen formuleren. Om zorgaanbieders die in de regio Groningen werken niet bovenmatig te belasten formuleren de gemeenten in programmaverband nadere kwaliteitseisen voor het regionale aanbod. Voor wat betreft de huidige door de AWBZ gefinancierde instellingen trekken de gemeenten op met het programma transitie AWBZ.

Lokaal

Voor de onderdelen van de basisvoorzieningen (voornamelijk niveau 1) worden ook al wettelijke kwaliteitseisen gehanteerd, zoals voor de Voor- en Vroegschoolse Educatie, de kinderopvang, het onderwijs en de JGZ. Met betrekking tot het preventieve aanbod van bijvoorbeeld de welzijnsinstellingen stellen wij onze eigen kwaliteitseisen op.

Toelatingscriteria zorgaanbieders

Niet iedere zorgaanbieder mag door de gemeenten bekostigde zorg leveren. Contractering vindt pas plaats als een zorgaanbieder voldoet aan alle toelatingscriteria. Deze toelatingscriteria omvatten vanzelfsprekend de landelijk vastgestelde kwaliteitseisen en de nog door de gemeenten in de regio Groningen op te stellen kwaliteitseisen.

Toezicht Rijk

In het huidige stelsel is sprake van vijf inspecties in het domein jeugd¹⁵. Het rijk heeft het Samenwerkend Toezicht Jeugd opgericht om ervoor te zorgen dat de vijf inspecties elkaar versterken in plaats van overlappen. Met de Jeugdwet wordt de Inspectie Jeugdzorg omgevormd tot de Inspectie Jeugd. De Inspectie Jeugd en de Inspectie Gezondheidszorg hebben als taak de kwaliteit van de jeugdhulp in algemene zin te onderzoeken.

De inspectie Veiligheid en Justitie heeft een taak bij het toezicht op de uitvoering van strafrechtelijke beslissingen. Daarnaast voeren de inspecties Jeugd en Gezondheidszorg namens het rijk de wettelijk vastgelegde handhavende taak uit. Deze taak is gekoppeld aan het toezicht op de naleving en heeft betrekking op jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen. Handhaving gaat over maatregelen die de inspectie treft als de kwaliteit van jeugdhulp en veiligheid van een jongere in het geding zijn.

Toezicht gemeenten

In 2014 maken gemeenten met de Inspectie Jeugd en Gezondheidszorg afspraken over de wijze waarop Inspectie en gemeenten met elkaar samenwerken op thema's als informatieverstrekking, vragen om extra onderzoek naar een jeugdhulpaanbieder en dergelijke.

Prestatie-indicatoren Rijk

Om effectief en efficiënt jeugdbeleid te maken, verzamelen gemeenten en het Rijk beleidsinformatie. In de huidige situatie kennen de verschillende sectoren van de jeugdzorg elk een eigen set van indicatoren en gegevens. De komende jaren gaan gemeenten en Rijk met alle betrokken partijen werken aan het vaststellen en toegankelijk maken van een nieuwe, geharmoniseerde set van indicatoren.

4.11. Wet Passend Onderwijs

Op 1 augustus 2014 wordt de wet Passend onderwijs van kracht. Met de invoering van de wet wordt het onderwijs verplicht ieder kind een passende plek in het onderwijs te bieden, ongeacht de onderwijsondersteuning die het kind nodig heeft. Wanneer een school de ondersteuning niet kan bieden moet de school met de ouders zoeken naar een school die de ondersteuning wel kan bieden.

Zowel gemeenten als schoolbesturen hebben op grond van de wetgeving de verantwoordelijkheid om de individuele ondersteuning aan een kind of gezin af te stemmen met andere voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning/jeugdhulp, werk en inkomen

Organisatie van het overleg tussen onderwijs en gemeenten

Het organiseren van het overleg tussen onderwijs en gemeenten op deze thema's is complex. Er zijn op verschillende schaal in verschillende gremia al allerlei overleggen tussen onderwijs en gemeenten. Wetgeving noodzaakt nu tot afstemming op weer andere schaal en in weer andere gremia. Gemeenten en schoolbesturen in de regio Groningen hebben een aantal afspraken gemaakt. Zowel gemeenten (de colleges van burgemeester en wethouders) als schoolbesturen (het bestuur van het Samenwerkingsverband) hebben op grond van de

¹⁵ Inspectie Jeugdzorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Inspectie Veiligheid en Justitie, Inspectie van het onderwijs en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid).

wetgeving de verantwoordelijkheid om de individuele ondersteuning aan een kind of gezin af te stemmen met andere voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning/jeugdhulp, werk en inkomen. Er is in de provincie Groningen een gezamenlijke visie opgesteld waarin is vastgelegd dat het kind bij voorkeur in zijn eigen omgeving kan opgroeien en onderwijs kan volgen. Het onderwijs zorgt daarbij voor goed onderwijs en de gemeente zorgt voor een goede leefomgeving. Om hieraan uitvoering te kunnen geven zijn Samenwerkingsverbanden (SWV's) gevormd. Deze SWV'en maken een Ondersteuningsplan waarin zij aangeven op welke manier zij de ondersteuning van leerlingen en docenten organiseren met het doel leerlingen een zo passend mogelijk onderwijstraject te bieden. Iedere school maakt zijn eigen Ondersteuningsprofiel.

De Samenwerkingsverbanden Passend onderwijs moeten Op Overeenstemming Gericht Overleg (OOGO) voeren met gemeenten over de Ondersteuningsplannen. Om dit OOGO te voeren hebben gemeenten afgesproken dat uit elke jeugdregio een wethouder dit overleg met het Samenwerkingsverband voert in hun regio. Thema's die in het overleg tussen gemeenten en schoolbesturen aan de orde komen zijn onder andere de realisatie van een samenhangende onderwijs-, ondersteunings- en hulpstructuur voor jongeren (preventie, signalering, beoordeling, toewijzing ondersteuning en hulpaanbod), overgangen tussen de verschillende onderwijsvormen, leerlingenvervoer, onderwijshuisvesting, voortijdig schoolverlaten en aanpak thuiszitters en aansluiting onderwijs-arbeidsmarkt.

Wij zijn als gemeente vertegenwoordigd in twee OOGO's: een provinciaal OOGO voor het basisonderwijs en een regionaal OOGO voor het voortgezet onderwijs samen met Haren, Ten Boer en Tynaarlo.

Belangrijk is dat de uitkomsten van dit overleg lokaal, in elke gemeente, moet worden omgezet in de praktische uitvoering. Hierdoor moet er in de gemeente Groningen¹ op 1 aansluiting ontstaan tussen de scholen en de sociale wijkteams als schakel in de zorg en ondersteuning voor jeugdigen die invulling geven aan de gemaakte afspraken.

HOOFDSTUK 5: FINANCIERING EN BEKOSTIGING

5.1. Inleiding

We staan voor de opgave om met minder financiële middelen vanaf 2015 ondersteuning te bieden aan inwoners die om wat voor reden dan ook een vorm van ondersteuning nodig hebben. Onze leidende principes zijn: investeren in preventie, faciliteren van zelf- en samenredzaamheid, het bieden van laagdrempelige ondersteuning, ontwikkelen van eenvoudiger systeem en uitgaan van eigen regie. Deze principes zijn leidend bij de inrichting van het sociale domein en de keuzes die we hierbij maken.

In dit hoofdstuk beschrijven we op welke wijze we de toekomstige ondersteuning gaan bekostigen. Hierbij maken we onderscheid tussen een strategie voor de langere termijn en een strategie voor de korte termijn.

5.2. Strategie bekostiging voor langere termijn: resultaatbekostiging in Gebiedsgebonden aanpak

Vormen van resultaatbekostiging zijn het meest wenselijk, omdat dit de mogelijkheid biedt het aanbod in de vorm van maatwerk te laten aansluiten op het zelfoplossend vermogen van mensen. Indien een aanbod bestaat uit een vast pakket van producten is dat per definitie te weinig flexibel om aan te sluiten op het zelforganiserend vermogen van mensen. Een samenhangende aanpak die aansluit op het zelforganiserend vermogen van bewoners krijgt concreet vorm in de gebiedsgebonden aanpak. Daarom is de doelstelling voor de uiteindelijke gebiedsgebonden aanpak, dat op wijkniveau de beoogde maatschappelijke effecten (outcome) geformuleerd worden en dat daaraan ook een budget gekoppeld is. In het vervolg spreken we daarom over sturing op outcome. Concreet betekent dit dat op gebiedsniveau resultaten/effecten worden benoemd, mede op basis van de wijkanalyses. Resultaten/effecten kunnen bijvoorbeeld zijn: tevredenheid van de inwoners, mate van zelfredzaamheid, afname van inwoners die beroep doen op specialistische ondersteuning. Dat is een grote ambitie, die aansluit op de veranderopgave van de transitie. Het realiseren van deze ambitie in 2015 is niet realistisch. Die ambitie vraagt om grondige wijkanalyses voor het vaststellen van de outcome per wijk en het toerekenen van budgetten naar die outcome. Bovendien vraagt het om een stadsbrede dekking van de sociale wijkteams. Deze infrastructuur vraagt om een langere ontwikkeltijd. Het is wel belangrijk dat we dit perspectief voor ogen hebben voor de inrichting van onze aanpak in 2015.

Wij stellen voor resultaatbekostiging in de Gebiedsgebonden Aanpak in te voeren vanaf 2017. Dit perspectief houden wij voor ogen bij de verdere inrichting van onze aanpak.

5.3. Strategie bekostiging voor korte termijn: verzilvering budget sociaal domein

Voor het jaar 2015 hebben we te maken met nieuwe inhoudelijke opgaven en forse bezuinigingen. Voor deze opgave moeten we met bestaande en ook nieuwe aanbieders contracten afsluiten. Deze kunnen we echter nog niet baseren op basis van outcome op gebiedsniveau. De contractering moet bovendien plaatsvinden binnen de wettelijke kaders van het overgangsrecht en afspraken rond de overgang jeugd.

De contractering van de aanbieders moet uiterlijk in oktober/ november 2014 plaatsvinden om de continuïteit van dienstverlening voor 2015 te garanderen. Dat betekent dat op dat

moment de besluitvorming over de allocatie van de budgetten en de invulling van de bezuinigingen afgerond moet zijn.

Dat is een bijzonder krap tijdstraject, omdat de definitieve budgetten pas in de mei circulaire bekend zijn. Daarom moeten we nu alvast de systematiek m.b.t. de financiële invulling bepalen.

5.4. Benaderingsmogelijkheden m.b.t. verzilvering budget sociaal domein

Vanwege het krappe tijdspad moet met dit beleidsplan besluitvorming plaatsvinden over de aanpak van de allocatie, inclusief de bezuinigingen en het proces om dat met bewoners en aanbieders te realiseren. Hiervoor bestaan twee benaderingen.

De eerste benadering is het één op één doorvertalen van de nieuwe opgave, inclusief de bezuinigingen in 2015.

De tweede benadering is het tegelijkertijd realiseren van de inhoudelijke doelstellingen vanuit de visie op de vernieuwing van het sociaal domein en de (rijks) bezuinigingen in een afsprakenkader met aanbieders en bewoners.

In de eerste benadering worden de bezuinigingen vooral gerealiseerd door de toegang tot voorzieningen fors in te perken. Dat is in deze benadering noodzakelijk om budgetoverschrijdingen te voorkomen. De bijpassende maatregelen zijn fors, omdat bepaalde kortingen, zoals 40% op de huishoudelijke hulp en 25% op begeleiding, zeer groot zijn.

In de tweede benadering is de centrale doelstelling, dat bezuinigingen zoveel mogelijk gerealiseerd worden *door maatschappelijke ondersteuning veel meer vanuit de basisvoorzieningen en algemene voorzieningen te realiseren en dus de opdruk naar de specialistische ondersteuning te verminderen*. We noemen dat verzilvering.

Wij stellen voor ons te richten op de tweede benadering vanaf 2015. Dit betekent dat de kaderstelling in deze beleidsnota zich richt op de systematiek van verzilvering. De hiervoor genoemde arrangementen i.h.k.v. Jeugd en AWBZ bieden ruimte voor deze verzilvering, waarin ook de vernieuwing moet plaatsvinden. De besluitvorming op de concrete invulling van de bezuinigingen vindt plaats als de budgetten voor het sociaal domein definitief bekend zijn. Dat is pas in de zomer van 2014.

Verzilvering

De kern van de verzilvering is het tegelijkertijd realiseren van inhoudelijke doelstellingen en de bezuinigingen. Het proces waarin dit vorm krijgt, is maatschappelijk aanbesteden. Het onderscheidende element van maatschappelijk aanbesteden ten opzichte van Europees aanbesteden is dat de maatschappelijke opgave, de aanpak en de onderlinge afspraken tussen aanbieders centraal staan. Het gaat niet primair om de inkoop van een product tegen een zo laag mogelijke prijs maar om het samenspel tussen aanbieders en bewoners op wijkniveau. In dat samenspel bestaat een duidelijke afhankelijkheid van elkaar. In bestuurlijke termen streven we naar 'checks and balances' (wederzijdse controle en evenwicht) tussen de betrokken partijen met als doel, dat niet iedere opdruk van de vraag leidt tot een extra budgettaire claim bij de gemeente. Dat samenspel kent de volgende inhoudelijke doelstellingen:

- burger initiatieven faciliteren
- sociaal wijkteam positioneren als spil voor de Gebiedsgebonden aanpak
- nieuwe vormen van Huishoudelijke Hulp en begeleiding ontwikkelen
- specialistische ondersteuning: aansluiting op GBA en minder opschaling

Op welke wijze vindt verzilvering plaats

In de terminologie van verzilvering betekent dit dat enerzijds ingezet wordt op de doorontwikkeling van de Stips/ CJG's naar stadsdekkende Sociale wijkteams, maar dat anderzijds een slag gemaakt wordt in termen van doelmatigheid door de overlap in functies weg te halen. Dat krijgt de vorm van een doelmatigheidskorting van bijvoorbeeld 20%. Op basis van de vaststelling van de benodigde fte's voor de wijkteams en de opstelling van een businesscase kan vastgesteld worden of dit percentage bijgesteld moet worden. Op voorhand lijkt een dergelijk percentage op basis van overlap van functies bij aanbieders realistisch.

Voor de lichtere vormen van ondersteuning is er de doelstelling om de dienstverlening anders te organiseren. Daarbij kan gedacht worden aan collectieve vormen van dienstverlening en een grotere inzet van vrijwilligers. Als prikkel voor de totstandkoming van dergelijke nieuwe arrangementen worden de gesprekken in het kader van maatschappelijk aanbesteden ingezet met een korting van bijvoorbeeld 30%. Ook hiervoor geldt dat de inhoudelijke verkenning van het tot stand brengen van andersoortige arrangementen de basis vormt van de uiteindelijke definitieve vaststelling van het kortingspercentage.

Voor de specialistische ondersteuning is de doelstelling het beroep hierop terug te brengen. Het versterken van het oplossend vermogen in de eigen omgeving van bewoners samen met het beroep op de basis- en algemene voorzieningen en basis ondersteuning, moet leiden tot een verminderd beroep op de specialistische ondersteuning. Als kortingspercentage op de specialistische ondersteuning stellen wij bijvoorbeeld 20% voor. Voor de realisering hiervan zullen aanbieders niet alleen kijken naar hun eigen tariefstelling, maar ook naar het volume. Het functioneren van de toegang door de gemeente geautoriseerde medewerkers van het Sociale wijkteam is mede bepalend voor die volume ontwikkeling (en gewenste afname) in de specialistische ondersteuning. We willen een eenduidige wijze van sturing op de toegang realiseren. Dit betekent dat deze medewerkers van het Sociale wijkteam ook voor de toegang tot de specialistische ondersteuning verantwoordelijk zijn. De aanbieders van specialistische ondersteuning zijn daardoor voor de instroom afhankelijk van de werkwijze van deze medewerkers. Door de korting van 20% uit hoofde van minder opschaling hebben de aanbieders van specialistische ondersteuning een belang dat de medewerkers ondersteuningsmogelijkheden voor cliënten vinden in de basis- en algemene voorzieningen. Op deze wijze ontstaat het benoemde checks and balances tussen de toegang in casu wijkteams en de aanbieders van lichte en specialistische ondersteuning.

Wij stellen voor de verzilvering op de volgende manieren te realiseren:

- We ontwikkelen de CJG's/Stip's door naar stads dekkende sociale wijkteams en halen de overlap in functies eruit waardoor we een doelmatigheidskorting realiseren;
- We gaan maatschappelijk aanbesteden waarbij we een korting doorvoeren om organisaties te prikkelen innovatieve arrangementen te ontwikkelen;
- We creëren financiële ruimte voor versterking en vernieuwing aan 'de voorkant' (preventie, burgerinitiatieven en sociale wijkteams);

- We verminderen de opdruk naar specialistische voorzieningen; enerzijds door versterken van het oplossend vermogen in de eigen omgeving, anderzijds door een korting door te voeren op de specialistische ondersteuning.

De hieronder genoemde kortingspercentages zijn indicatief en nodig om de verzilvering v.w.b. de totale bezuinigingstaakstelling (nu nog onbekend) te realiseren. Daarnaast kijken we naar de verdeling van de huidige en toekomstige budgetten over de verschillende thema's.

Aangezien we sterk willen inzetten op burgerinitiatieven en de sociale wijkteams/basisondersteuning, is het logisch naar verhouding meer budget voor de "voorkant" te reserveren dan voor maatwerkvoorzieningen. Als er meer duidelijkheid is over de budgetten kan er dus een kolom aan het schema worden toegevoegd (naast de definitieve kolom 'korting') waarin budgetten opnieuw worden verdeeld.

Schematisch geeft dit het volgende beeld:

Tabel systematiek verzilvering

1. Thema	2. Basis budget 2014	3. Korting op budget	4. Budget miv 2015 ¹⁶	5. verzilvering	6. Vorm van bekostigen	7. Motief
Burger-initiatieven / basisvoorzieningen	PM	-	Pm voor burger-initiatieven	Door meer eigen oplossingen, minder beroep op algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen	Subsidie	Ruimte aan burger 38
Sociaal wijkteam / basisondersteuning	A	Stelpost korting 20%	A - 20%	Door integrale aanpak op wijkniveau minder overlap van hulpverleners en beter aansluiten bij mogelijkheden bewoners. Maatschappelijke ondersteuning via basis en algemene voorzieningen	Subsidie / populatiegebonden per wijk	Op basis van norm bekostiging arrangementen/ doelmatigheidskorting

¹⁶ Percentages zijn indicatief om zichtbaar te maken hoe systematiek werkt; definitieve percentages worden bepaald nadat budgetten bekend zijn (mei circulaire).

Teams HH/Begeleiding (maatwerkvoorziening); begeleiding	B	Stelpost korting 30%	B – 30%	Nieuwe arrangementen en meer eigen oplossingen	Maatschappelijk aanbesteden met aanbieders / cliënten	Afsprakenkader met aanbieders/ prikkel voor nieuwe arrangementen
Specialistische ondersteuning	C	Stelpost korting 20 %	C – 20%	Door inzet op basis en algemene voorzieningen minder gebruik van maatwerkvoorzieningen geeft wel zorgcontinuïteit	Maatschappelijk aanbesteden	Afsprakenkader met aanbieders. Prikkel voor minder opschaling naar tweede lijn
Totaal	Budget huidige praktijk plus nieuwe opgave	Tenminste gelijk aan rijkskortingen	Budget sociaal domein 2015			

5.5. Fasering

Voor het invoeren van deze systematiek kennen we de volgende fasering:

39

- 2014 Experimenteren met meer en bredere sociale wijkteams en het verder doorontwikkelen van de Stip's en de Centra voor Jeugd en Gezin in de richting van de sociale wijkteams (binnen Programma's van Eisen).
- 2015 In 2015 vindt de subsidiëring van de sociale wijkteams plaats op basis van individuele subsidiërelaties met een verplichting om deel te nemen aan sociale wijkteams. Dit proces willen we waar mogelijk vormgeven in een proces van maatschappelijke aanbesteding.
- 2016 Gemeentebredere dekking sociale wijkteams waarbij *bij voorkeur* gewerkt wordt met één aanspreekpunt per gebied die de keten- en netwerksamenwerking organiseert die nodig is voor de gebiedsgebonden sociale wijkteams. De bekostiging kan zowel plaatsvinden op subsidie- als op contracteringsbasis.
- 2017 Gemeentebrede dekking sociale wijkteams waarbij gewerkt wordt met één aanspreekpunt per gebied die de keten- en netwerksamenwerking organiseert die nodig is voor de gebiedsgebonden sociale wijkteams. De bekostiging kan zowel plaatsvinden op subsidie- als op contracteringsbasis.

5.6. Risicoanalyse

Een transformatie als deze zien we als kans om de ondersteuning passender te organiseren, maar ze brengt ook duidelijke risico's en onzekerheden met zich mee. Veranderingen op deze schaal gaan soms gepaard met fouten of ongewenste effecten. Daarbij komt dat we verantwoordelijk worden voor de uitvoering van een groot aantal taken met een aanzienlijke korting op het budget. We realiseren ons dat we met minder financiële middelen vanaf 2015 ondersteuning moeten gaan bieden aan onze inwoners en dit brengt risico's met zich mee.

We zijn er nu en de komende jaren dan ook alert op dat we mogelijke problemen vroegtijdig signaleren en we willen de mogelijkheden optimaal benutten om beheersmaatregelen te treffen en waar nodig bij te sturen.

In 2014 stellen we een risico-inventarisatie op met zorginhoudelijke, bestuurlijke, politieke, financiële en organisatorische risico's.

HOOFDSTUK 6. INHOUDELIJKE BELEIDSKEUZES

Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal essentiële thema's bij het vernieuwen en versterken van het sociale domein. Hierbij ligt een aantal keuzemogelijkheden voor. Het betreft keuzes m.b.t. voorzieningen, persoonsgebonden bekostiging, eigen bijdrage en tegemoetkoming in de kosten. Bij de tot standkoming van de keuzes hebben we onze leidende principes als uitgangspunt genomen.

6.1. Algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen

Zoals we in hoofdstuk 2 beschreven willen we algemene voorzieningen realiseren die bijdragen aan de bevordering van samen- en zelfredzaamheid en participatie van inwoners met een ondersteuningsvraag op één of meerdere leefdomeinen. Daar waar nodig bieden we ondersteuning op het leefdomein/de leefdomeinen waar de samen- zelfredzaamheid onvoldoende is. Wanneer de algemene voorzieningen niet toereikend zijn komen mensen in aanmerking voor een maatwerk/specialistische voorziening. We willen de opdruk naar deze laatste voorzieningen inperken door te investeren in preventie en vroegsignalering en het stimuleren van zelfredzaamheid en samenredzaamheid. We willen een eenvoudiger systeem ontwikkelen en vrij toegankelijke ondersteuning in de buurt bieden. Een deel van deze voorzieningen wordt door de sociale wijkteams uitgevoerd. Bij de indeling van algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen zoeken we naar nieuwe innovatieve vormen van ondersteuning. We willen daarbij zoveel mogelijk voorzieningen positioneren binnen de algemene voorzieningen.

We stellen voor zoveel mogelijk voorzieningen te positioneren binnen de algemene (vrij toegankelijke) voorzieningen.
--

6.2. Persoonsgebonden bekostiging

Algemeen

Een bijzondere vorm van bekostiging is persoonsgebonden bekostiging. In het geval een maatwerkvoorziening ontoereikend is, hebben burgers - volgens het concept wetsvoorstel voor de Wmo - recht op een persoonsgebonden bekostiging.

In het conceptwetsvoorstel zijn voorwaarden opgenomen, waaraan voldaan moet worden om voor persoonsgebonden bekostiging in aanmerking te komen:

- het college acht de aanvrager, dan wel met hulp uit zijn sociale netwerk, in staat de aan het budget verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze uit te voeren;
- de aanvrager motiveert waarom de maatwerkvoorziening die door een aanbieder wordt geleverd niet passend is;
- de diensten die op grond van het PGB worden geleverd zijn naar het oordeel van het college van goede kwaliteit;
- in geval de kosten van het betrekken van de diensten hoger zijn dan de kosten van de maatwerkvoorziening dan kan de gemeente het verzoek om een PGB weigeren. Deze weigeringsgrond is in de wet opgenomen om te voorkomen dat inkoopvoordelen zouden wegvallen als te veel personen zelf hun ondersteuning willen inkopen met een PGB.

Aanvullend op deze wettelijke voorwaarden staat het de gemeente vrij te bepalen of de burger met de persoonsgebonden bekostiging ook personen kan inschakelen die dat niet in het kader van de uitoefening van een bedrijf of beroep doen (i.c. mantelzorgers/mensen uit het sociale netwerk van de burger).

De cliënt krijgt een bedrag ter besteding beschikbaar gesteld, de betalingen echter worden verricht door de Sociale Verzekeringsbank. Voor een trekkingsrecht is gekozen om fraude met besteding van het persoonsgebonden budget zoveel mogelijk te voorkomen.

Uniformiteit in PGB-regeling

De huidige PGB-regeling is zowel voor jeugd- als volwassenenzorg beschikbaar. Met een uniforme regeling voor jong en oud willen we de regeling financieel beheersbaar houden. De regeling moet volgens de gemeente zo goed mogelijk bestand zijn tegen fraude en oneigenlijk gebruik.

We gaan in 2014 onderzoeken of er één uniforme regeling gemaakt kan worden, waar zowel volwassen als jonge zorgbehoevenden een beroep op kunnen doen en waarbij de PGB-regeling voor zowel jeugd- als volwassenenzorg gebundeld wordt.

Keuze voor Persoonsgebonden bekostiging (PGB) of Zorg in Natura (ZIN)

Wanneer een maatwerkvoorziening wordt toegekend kan dit worden aangeboden in de vorm van een PGB of ZIN. In het afgelopen jaar zijn nut, wenselijkheid en risico's van de persoonsgebonden bekostiging verkend. Binnen de vernieuwing in het Sociale Domein streven we ernaar dat ZIN flexibel wordt uitgevoerd en dat betrokkenen zelf zoveel mogelijk regie voeren over de zorg die aan hen verleend wordt. We willen dat verantwoording, protocollering, managementvoorschriften e.d. worden teruggedraaid. Hierdoor ontstaat meer handelingsruimte voor de beroepskrachten waardoor er meer ruimte vrij komt voor individueel maatwerk. We willen hiermee bereiken dat ZIN meer flexibel en cliëntgericht wordt ingericht en een gelijkwaardig alternatief is voor het PGB.

Daarnaast blijft de mogelijkheid voor een PGB bestaan omdat wij maximale keuzevrijheid van de burger zwaarwegend vinden.

We willen samen met PGB-zorgverleners en instellingen voor ZIN flexibele vormen van ondersteuning ontwikkelen. We willen beide vormen in stand houden en de sterke kanten door ontwikkelen.

Keuze voor mantelzorg en PGB

Mantelzorg is informele zorg die door het eigen netwerk wordt geboden en gaat dus voor op individuele ondersteuning. Wij hanteren daarom het uitgangspunt dat mantelzorg in principe niet mag worden betaald met een persoonsvolgend budget/trekkingsrecht.

Uitzonderingen hierop zijn denkbaar, bijvoorbeeld als de mantelzorgers zijn of haar baan (deels) opzegt om te kunnen zorgen voor een naaste. Het betreft hier altijd maatwerk. De voorwaarden waaronder dit samen kan gaan nemen we op in de verordening.

Onder bepaalde voorwaarden willen we PGB inzetten ten behoeve van mantelzorg. We onderzoeken onder welke voorwaarden PGB en mantelzorg samengaan.

Keuze voor collectief gebonden budget (analoog aan PGB)

Wij introduceren ook collectieve vormen van PGB's. Het Collectief Gebonden Budget (CBG) beoogt een instrument te zijn om diversiteit in zelfredzaamheid binnen een gemeenschap of buurt zelf te compenseren. Dit gebeurt doordat mensen elkaar bijstaan en ondersteunen op leefgebieden waarop voor sommigen de zelfredzaamheid tekort schiet. Het CBG wordt hierbij ondersteunend ingezet. Het CBG beoogt inclusie van mensen met een beperking, versterking van het collectief en toename van het gevoel van welzijn. Gedacht kan worden aan boodschappendienst, schoonmaak en/of tuinonderhoud, regelen van opvang en speelbegeleiding in de buurt.

We onderzoeken in hoeverre collectieve vormen van PGB 's bij kunnen dragen aan het realiseren van onze doelstellingen.

6.3. Eigen bijdrage

Uitgangspunt van de nieuwe Wmo is dat ondersteuning beschikbaar is voor diegenen die daarop zijn aangewezen, ongeacht de hoogte van het inkomen en vermogen. De gemeente heeft vrijheid om te bepalen of er een eigen bijdrage wordt gevraagd en voor welke (groepen van) voorzieningen. De gemeente kan binnen de landelijke marges bepalen wat de hoogte van die eigen bijdrage is. Landelijke regelgeving beperkt die vrijheid van gemeenten. Maximale eigen bijdrage (vast bedrag) bij een bepaald minimuminkomen is bijvoorbeeld landelijk geregeld. In de verordening kan bepaald worden dat de hoogte van de eigen bijdrage voor een maatwerkvoorziening afhankelijk is van het inkomen en het vermogen van de cliënt en zijn echtgenoot. Daarnaast zal door het CAK rekening gehouden worden met mogelijke samenloop (cumulatie) van eigen bijdragen binnen één huishouden, indien meerdere maatwerkvoorzieningen toegekend zijn.

Voor de algemene voorzieningen is dit anders; algemene voorzieningen zijn zonder indicatie beschikbaar en in principe vrij toegankelijk. Er kan wel een eigen bijdrage worden gevraagd. De gemeente kan in de verordening bepalen dat voor bepaalde groepen cliënten een korting toegepast wordt op de te betalen eigen bijdrage.

Diverse gemeenten gaan al creatief om met eigen bijdragemogelijkheden. Voor sommige vormen van steun blijkt een beperkte eigen bijdrage al een prikkel te zijn om het probleem op te lossen zonder een beroep te doen op een maatwerkvoorziening, pgb of een algemene voorziening. Het probleem wordt in eigen kring of op de vrije markt opgelost. Het heffen van een eigen bijdrage doen we daar waar het wettelijk noodzakelijk is en/of wenselijk.

We onderzoeken of en op welke wijze we eigen bijdrage mogelijkheden in gaan zetten.

Ouderbijdrage

In het wetsvoorstel is vastgelegd dat voor jeugdhulp, voor zover deze buiten het gezin plaatsvindt, een ouderbijdrage is verschuldigd, ter vervanging van de ouderbijdrageregeling in de Wjz92¹⁷. Gemeenten leggen de ouderbijdrage op. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt de hoogte van de bijdrage bepaald en worden de uitzonderingen

¹⁷ Wet op de Jeugdzorg, artikel 92

geregeld. De ouderbijdrage is ingegeven door *het besparingsmotief*: ouders van wie de kinderen buiten het gezin worden verzorgd hebben minder kosten voor die kinderen. De hoogte van de ouderbijdrage zoals deze onder de Wjz was verschuldigd, is in het wetsvoorstel overgenomen.

6.4. Tegemoetkoming mensen met chronische ziekte en/of beperking

Bepaald moet worden of gebruik wordt gemaakt van de bevoegdheid tot het verstrekken van een tegemoetkoming op grond van de Wmo. Hierbij moet ook de eventuele samenloop met de overige gemeentelijke instrumenten binnen het sociaal domein worden vermeld. Staatssecretaris van Rijn van VWS heeft een nota van wijziging naar de Tweede Kamer gestuurd waarmee aan de Wmo een bepaling wordt toegevoegd om het voor gemeenten mogelijk te maken een tegemoetkoming (al) dan niet in de vorm van een forfaitaire vergoeding te verstrekken aan personen met een chronische ziekte en/of beperking die aannemelijke meerkosten hebben.

We stellen voor gebruik te maken van de bevoegdheid tot het verstrekken van een tegemoetkoming op grond van de Wmo.

HOOFDSTUK 7 Participatie, Communicatie en Besluitvorming

Inleiding

Vanaf het begin van de vernieuwing van het sociaal domein hebben we gekozen voor een interactief proces, waarin uitwisseling en samenwerking centraal staan. Iedereen krijgt de kans om kennis en ervaring in te brengen op gezamenlijke (ontwikkelings-)vraagstukken. Deze werkwijze maken we inzichtelijk met een bestuurlijke kalender op de Wmo-pagina van de gemeentelijke website.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe we de communicatie en participatie de komende jaren vorm gaan geven. Ook beschrijven hoe de rol van de gemeenteraad en het college eruit ziet.

7.1. Drie communicatielijnen

Binnen de vernieuwing van het sociaal domein onderscheiden we drie communicatielijnen:

1. Transitie- en transformatieproces (de decentralisaties); de communicatie richt zich op gezamenlijke visie- en beleidsvorming.
2. Participatiesamenleving (het stimuleren van inwoners om te participeren in de samenleving, op eigen kracht en/of om elkaar te helpen); de communicatie richt zich op bewustwording.
3. De Veranderingen; de communicatie is informierend van aard.

In onze communicatie gebruiken we verschillende vormen van participatie: informeren, raadplegen, adviseren, co-creëren en zo mogelijk meebeslissen.

Het programma Werk & participatie en het (provinciale) Programma Jeugdzorg zijn nauw verbonden aan de vernieuwing van het sociaal domein. We zoeken de verbinding op de raakvlakken tussen de programma's. Voor Jeugd geldt dat momenteel een provinciaal Programma loopt – de Routekaart Transitie Jeugd – waarover ook wordt gecommuniceerd. Wij maken onderdeel uit van het provinciale Programma en sluiten in de communicatie hierbij aan.

45

Onze gesprekspartners

In de voorafgaande periode lag het accent in onze communicatie op het Transitieproces. Wij hebben gesproken met:

1. Stadgers. Zowel inwoners die cliënt zijn bij organisaties en/of gebruik maken van voorzieningen, inwoners die wel/niet georganiseerd zijn in belangenorganisaties en betrokken inwoners zoals vrijwilligers, mantelzorgers, actieve buurtbewoners.
2. Partners in het veld. Zoals cliëntenorganisaties, adviesorganen, belangenorganisaties, maatschappelijke instellingen, zorgaanbieders, onderwijsinstellingen en bedrijven.
3. Medewerkers van de gemeente Groningen. Zowel de medewerkers die vanuit hun functie direct betrokken zijn bij de Wmo en de decentralisaties, als de overige medewerkers.

Wat hebben we gedaan

In het afgelopen jaar zijn we op verschillende manieren met elkaar in gesprek gegaan:

- bijeenkomsten met burgers, cliënten, professionals en bestuurders in diverse samenstellingen (bijvoorbeeld: Let's Gro, koffieochtend CJG, Stip-vrijwilligers over de

nota 'Met elkaar voor elkaar', debatavond Forum over de Toekomst van de Jeugd en Ouderen

- gesprekken met belangenorganisaties (waaronder structureel overleg met de regiegroep adviesorganen Wmo)
- bestuurlijke bijeenkomsten
- wijkbijeenkomsten (bijvoorbeeld over de Sociale teams)
- inspraakrondes (informeel en formeel, bijvoorbeeld Maatschappelijke participatie)).
- interne bijeenkomsten met medewerkers
- enquête (via het Stadspanel).

Daarnaast hebben we de volgende communicatiekanalen gebruikt om partijen te informeren: gemeentelijke website, nieuwsbrief 'Samen Sterk in Stad', artikelen in de Gezinsbode, intranet.

7.2. Besluitvorming, rol van de gemeenteraad en het college

In de twee in ontwikkeling zijnde wetten staat dat gemeenten op bovenlokaal niveau moeten samenwerken. Dit moet in congruente samenwerkingsverbanden worden georganiseerd, in onze regio is dat de provincie Groningen. Deze samenwerking geldt in ieder geval voor een aantal taken, zoals de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen, jeugdreclassering, specialistische jeugdhulp en passend onderwijs. De 23 Groninger gemeenten werken samen in de voorbereiding op het nieuwe sociaal domein. Voor wat betreft het jeugdstelsel in de Programmaorganisatie Transformatie Jeugdzorg en voor wat betreft AWBZ in het Groninger Wmo-overleg. Op het gebied van de participatiewet worden voorzichtige stappen gezet om tot regionale samenwerking te komen.

46

Regionaal niveau

In het Groninger Functioneel model wordt aangegeven welke taken op lokaal, regionaal of bovenregionaal niveau worden vorm gegeven. Criteria voor deze indeling zijn gebaseerd op de mate van specialisme en het realiseren van schaalvoordelen. Daarnaast is kennisuitwisseling een belangrijk doel. De samenwerking op regionaal niveau richt zich met name op de transformatie van 2^{de} en 3^{de} lijns ondersteuning en de transitie van de ondersteuning (overgangsregelingen) voor 2015 en verder.

De stukken van deze samenwerkingsverbanden zijn gebaseerd op de kaders van de 23 Groninger Gemeenten. Voor de Wmo worden de regionale stukken voorgelegd aan het bestuurlijk OOGO (Op Overeenstemming Gericht Overleg). Dit is een adviserend orgaan waarin één wethouder per regio (in onze situatie Groningen, Ten Boer en Haren) zitting heeft. Voor jeugd wordt in het Bestuurlijk Platform Jeugd besloten over regionale stukken. De colleges van B&W en de gemeenteraden hebben en houden hun bevoegdheden in dit proces. Het bestuurlijk OOGO en de stuurgroep jeugd heeft de regie op het proces en legt de besluiten die raken aan kaders en beleid voor aan de afzonderlijke gemeenten. Met de vaststelling van deze nota, stemt de gemeenteraad ook in met het RTA. In het begin van 2014 zal vanuit de regionale samenwerking een voorstel worden voorgelegd voor de verdere en formalisering van de samenwerking.

Lokaal niveau

Op lokaal niveau heeft de gemeenteraad twee belangrijke rollen: kaderstellend en controlerend.

Kaderstellende rol

De kaderstellende rol in dit dossier is niet gemakkelijk, gelet op de onzekerheid, het dynamische karakter en de beoogde invoeringsdatum van 1 januari 2015. In deze fase van de voorbereiding hebben wij wel een aantal richtinggevend kaders nodig voor het bepalen van onze handelingsruimte; deze kaders worden in dit beleidsplan beschreven.

Controlerende rol

In 2015 moet de gemeente klaar zijn om de taken uit de Jeugdwet, de Wmo 2015 uit te voeren. Gezien het korte tijdsbestek is het zaak om de controlerende rol in de invoeringsfase praktisch in te vullen. Het college stelt voor afspraken te maken over de informatievoorziening tussen college en gemeenteraad. Daarnaast worden in het najaar van 2014 de definitieve kaders, de verordening(en) en financiële invulling voor vaststelling aan de gemeenteraad voorgelegd.

Wat gaan we doen in 2014 en 2015

In 2014 en 2015 gaat het Transitie- en transformatieproces door. We blijven in gesprek met de inwoners en partners. We gaan door met het samen vormgeven van het nieuwe sociale domein. We zoeken hierin naar andere vormen. Het principe van nota-inspraak-definitieve nota geeft soms weinig ruimte voor inhoudelijke verdieping, daarom gaan we dat op sommige momenten loslaten. Daar waar het gaat om leren, experimenteren en veranderen kiezen we voor een continu en gezamenlijk proces, waarbij burgers en organisaties steeds in het gehele proces betrokken zijn. Voorbeelden hiervan zijn dat leden van adviesorganen zitting hebben in de projectgroep Begeleiding, het afnemen van een enquête via een stadspanel en organisaties en adviesorganen die zelf bijeenkomsten in de wijk organiseren voor inwoners over de sociale teams.

Daarnaast gaan we de inwoners informeren over de Participatiesamenleving. Overheid, inwoners en organisaties krijgen immers een andere rol en moeten zo goed mogelijk hierop voorbereid zijn. Van inwoners wordt verwacht dat zij hun eigen kracht en die van de samenleving meer benutten. Initiatieven op het gebied van burgerparticipatie zijn daarin belangrijk. We onderzoeken hoe we die kunnen faciliteren en ondersteunen. Daarnaast stellen we ons de vraag op welke wijze we inwoners goed kunnen voorbereiden op de nieuwe rol en hierover goed informeren. Ook worden gaandeweg de vernieuwingen binnen het sociaal domein de veranderingen concreter. Inwoners en het veld moeten over deze veranderingen worden geïnformeerd.

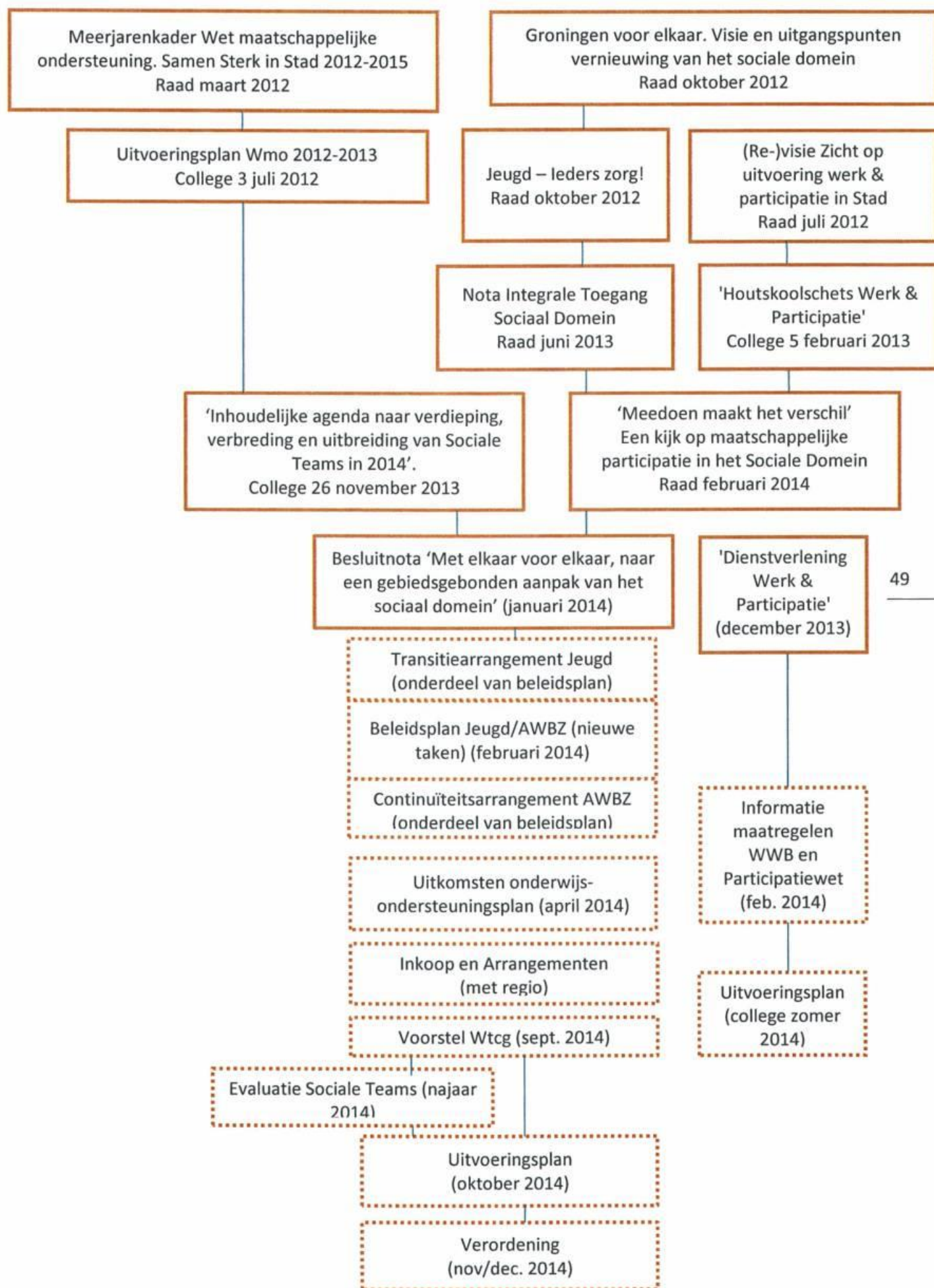
Samen met partners ontwikkelen we een communicatiestrategie voor de participatiesamenleving en de veranderingen. Daar waar mogelijk voeren we deze gezamenlijk uit. Ons uitgangspunt is de communicatie simpel, klein en dichtbij te houden en dit zo veel mogelijk op wijkniveau te doen. We maken hierbij gebruik van bestaande wijkstructuren (bijvoorbeeld de inloopmomenten bij CJG's en scholen) en communicatiekanalen van de gemeente (zoals de gemeentelijke website en de nieuwsbrief Samen Sterk in Stad) en organisaties.

Samen met onze partners ontwikkelen we een communicatiestrategie waarbij we de inwoners informeren over de Participatiesamenleving en de Veranderingen. We voeren deze gezamenlijk uit en doen dat zoveel mogelijk op wijkniveau.

Tot slot

Als gemeente staan we voor de uitdaging om zowel de transitie- als de transformatieopgave waar te maken. Deze opgaven kunnen we alleen samen met andere partijen realiseren. Het vraagt van alle betrokken partijen en in het bijzonder van de gemeente over en weer ruimte en vertrouwen om binnen de kaders invulling te geven aan de gewenste ambitie.

BIJLAGE: Schematische weergave besluitvorming Vernieuwing Sociaal Domein



BIJLAGE II Regionaal Transitie Arrangement

BIJLAGE III Taken en verantwoordelijkheden nieuwe wetgeving (Bron: Concept - wetsvoorstel Wmo en Jeugdwet)

Het Rijk heeft besloten om de langdurige zorg met ingang van 1 januari 2015 anders in te richten. De huidige Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt omgevormd tot een nieuwe kern-AWBZ (de Wet Langdurige Zorg). In deze Wet Langdurige Zorg wordt nog uitsluitend de intramurale ouderen- en gehandicaptenzorg ondergebracht. Ook de toegang tot intramurale voorzieningen verandert. Inwoners met een lichte zorgvraag die voorheen intramurale zorg ontvingen, krijgen voortaan de zorg in hun omgeving. De extramurale verpleging en verzorging worden overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ook de WMO verandert als gevolg van de herinrichting van de langdurige zorg. De Gemeenten worden met ingang van 1 januari 2015 verantwoordelijk voor:

- *bevorderen van de sociale samenhang, de veiligheid en leefbaarheid in de gemeente;*
- *bevorderen van de mantelzorg en vrijwilligerswerk;*
- *bevorderen van de toegankelijkheid van voorzieningen, diensten en ruimten voor mensen met een beperking;*
- *het voorkomen en bestrijden van huiselijk geweld;*
- *het zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving ondersteunen van de zelfredzaamheid en de participatie van inwoners met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen;*
- *beschermde wonen en maatschappelijke opvang.*

Het Rijk heeft eveneens besloten om de Jeugdwet per 1 januari 2015 aan te passen. In het nieuwe jeugdstelsel, waarin gemeenten verantwoordelijk zijn voor alle vormen van jeugdhulp, dus ook specialistische hulp aan jongeren zoals geestelijke gezondheidszorg voor jongeren (jeugd-ggz), hulp aan jongeren met een verstandelijke beperking (jeugd-vb) en hulp aan jongeren in een gesloten setting (gesloten jeugdhulp), voor het uitvoeren van kinderbeschermingsmaatregelen, voor de jeugdreclassering en voor het Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK).

De verantwoordelijkheid van de gemeenten omvat:

- *het voorzien in een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod aan jeugdhulp;*
- *het opstellen van een beleidsplan voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen en psychische problemen en stoornissen en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering;*
- *het treffen van voorzieningen op het gebied van jeugdhulp (jeugdhulpplicht, vergelijkbaar met de compensatieplicht Wmo) voor jongeren en ouders die het niet op eigen kracht redden;*
- *het uitvoeren van kinderbeschermingsmaatregelen;*
- *de jeugdreclassering;*
- *het treffen van maatregelen die het mishandelen van kinderen voorkomen en tegengaan;*
- *het regisseren van de gehele jeugdketen en het afstemmen van de hulp aan jongeren op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, sport en veiligheid;*
- *het voorzien in één of meerdere vertrouwenspersonen waar jeugdigen, ouders, pleegouders of netwerkpleegouders die die hulp krijgen, terecht kunnen.*

