



Beleidskader 2015 - 2018

In één keer goed!

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	1
1. Toelichting op het beleidsplan	2
2. De opgaven aan onze gemeenten	5
3. De ambitie en het resultaat	6
4. De sturing en verantwoording	7
5. Het Jeugdhulpstelsel: toeleiding en toegang tot hulp	8
6. Inkoop van zorg	13
7. Organisatorische vormgeving	15
8. Sturen op kwaliteit van de zorg	18
9. Sturen op zorggebruik en kosten	19
10. Sturen op resultaat en effect	24
11. Rechtsbescherming, cliëntparticipatie, vertrouwens-personen en klachtafhandeling	26
12. Beslispunten bij beleidsplan 'In 1 keer goed!'	27
13. Hoe verder?	28
BIJLAGE 1: De inkoop en uitvoering van de nieuwe taken: lokaal, regionaal en bovenregionaal	29
BIJLAGE 2: Lijst met afkortingen.....	33

Voorwoord

We hebben een grote klus te klaren. Een klus die moet leiden tot een goed jeugdstelsel, dat kansen creëert, ondersteuning biedt en op tijd ingrijpt als het echt verkeerd dreigt te gaan. Het doel is om daarmee onze jeugd in de best mogelijke positie te brengen om hun leven een zinvolle invulling te geven en tevens een waardevolle bijdrage te leveren aan de samenleving.

Als gemeenten hebben we al langdurig hier op ingezet en voorzieningen mogelijk gemaakt die hieraan bijdragen. Met de aanstaande decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten wordt onze verantwoordelijkheid vele malen groter. We dragen straks de totale verantwoordelijkheid voor een gezond en kansrijk opgroeien van onze jeugd, van -9 maanden tot volwassenheid.

We zijn enthousiast over de mogelijkheden die we krijgen, de combinaties en koppelingen die we kunnen maken, de vernieuwing die we kunnen inzetten, maar maken ons tegelijkertijd ook zorgen over de beperking van de middelen, de complexiteit van de thematiek en de afbouw in de breedte van voorzieningen.

Om dit proces zo goed mogelijk te laten slagen werken we als zes gemeenten in de regio Noord-Veluwe samen. Gezamenlijk is het plan van aanpak opgesteld, is een regio breed visiedocument vastgesteld, wordt de verbinding met passend onderwijs gemaakt en hebben we dit regionale beleidskader 'In één keer goed' opgesteld.

We werken samen op regionale en op een bovenregionale schaal. Op regionaal niveau zijn we het eens dat er lokaal van elke gemeente verlangd wordt om een pedagogische houding en kwaliteit te stimuleren in onze leefgemeenschappen. We stimuleren elkaar om goed te voorzien in de basisvoorzieningen, daarin is natuurlijk alle ruimte voor lokale inkleuring. We hebben elkaar ook gevonden in een gezamenlijk visie op het soort hulp dat lokaal kan worden ingezet en uitgevoerd, maar beseffen dat als het gaat over pleegzorg, crisishulp, of uitvoering geven aan rechterlijk besluit, dat we dan elkaar en andere regio's direct nodig hebben.

We willen een omslag maken, dit vraagt andere en nieuwe verantwoordelijkheden. Zelf pakken we onze verantwoordelijkheid door ruimte te scheppen voor vernieuwing. Ouders willen we ondersteunen en hun eigen kracht versterken om nog meer de oplossingen en mogelijkheden bij zichzelf en hun omgeving te vinden. Professionals vragen we om hun inzet en houding te vernieuwen en ouders te begeleiden bij het opstellen van een ondersteuningsplan: één gezin één plan één regisseur.

Het is een omslag die een langere periode in beslag zal nemen, maar met een inspirerend perspectief: problemen en vragen rond opvoeden en opgroeien pakken we samen op, thuis, op school of op straat/de omgeving. Alleen in gevallen waarin het echt niet anders kan of wanneer er een onveilige situatie voor het kind ontstaat willen we in de toekomst nog een beroep doen op voorzieningen die verder weg liggen, omdat die oplossing dan nog de beste kansen voor het kind biedt.

Pieter den Besten,
Wethouder Harderwijk, bestuurlijk trekker Transitie Jeugdzorg RNV

1. Toelichting op het beleidsplan

1.1 Waarom dit beleidsplan?

Als gemeenten staan we de komende jaren voor de uitdaging om met minder geld een beter functionerend jeugdhulpstelsel vorm te geven.

In deze transitieperiode willen wij zoveel mogelijk duidelijkheid bieden aan cliënten en zorgaanbieders en tegelijkertijd de financiële en inhoudelijke kaders goed bewaken. Daarnaast willen we het bestaande jeugdzorgstelsel transformeren naar een toekomstbestendig jeugdhulpstelsel, waarin hulp bij opvoeden en opgroeien sneller, integraal en dicht bij huis wordt geleverd. Hiermee geven we invulling aan de uitgangspunten uit het visiedocument Positief Jeugdbeleid.

Nog niet op alle onderdelen is het beleid al volledig uitgekristalliseerd en blijven verdiepingsslagen nodig. Dit zal grotendeels worden gerealiseerd in een volgend implementatieplan.

1.2 Opdracht en afbakening

Dit beleidskader is geschreven in opdracht van de bestuurlijke Stuurgroep Transitie. Het betreft de transitie van de Jeugdzorg en is geen integrale nota voor het gehele sociale domein (3D). In de regio Noord-Veluwe hebben de gemeenten gekozen om de transitie Jeugdzorg uit te voeren onder regie van de RNV en lokaal de verbinding met de andere transitie te maken. Het transitieteam heeft de opdracht meegekregen om de uitwerking zodanig te kiezen dat integratie van de aanpak lokaal mogelijk wordt.

1.3 De vastgestelde bestuurlijke kaders van deze notitie

De Colleges en gemeenteraden hebben eind 2012 en begin 2013 het Visie en Uitgangspuntendocument Positief Opvoeden vastgesteld. Daarmee is 'de rails' gelegd voor de invulling van dit Beleidskader.

De gemeenten zijn het samen eens over:

Inhoudelijk uitgangspunten:

- *Vraag centraal en regie bij de ouder*
- *Zo licht als mogelijk en zo intensief als nodig*
- *Keuzevrijheid en diversiteit*

Professionele uitgangspunten:

- *Praten 'met' het kind en de opvoeder/ouder*
- *Kwaliteit voor alles, verbinden van kennis en expertise*
- *Professionele handelingsruimte met mandaat*

Proces en organisatorische uitgangspunten:

- *Niemand hoeft te wachten, is het streven*
- *1 gezin, 1 plan, 1 regisseur*
- *Zo dichtbij en zo snel als mogelijk*
- *Centrale regie en in één keer goed*
- *Wat lokaal kan moet lokaal en wat niet lokaal kan (boven) regionaal*
- *Zorgstructuren zijn sluitend*

De rol en functie van het CJG:

- *Coachen, verbinden en coördineren*
- *Toegangspoort zijn tot steun en hulp voor ouders en opvoeders*
- *Kerntaken: signaleren, adviseren, hulpverlening, organiseren, samenwerken en monitoren*

De uitgangspunten voor de Inrichting van het CJG:

- *Netwerk van werkers zo dicht mogelijk bij de burgers thuis; generalistisch basisteam*
- *Vormt een eigen identiteit*

- *Competenties en functionaliteiten vormen de professionele samenstelling*
- *Regionaal georganiseerde specialistische expertise*
- *Verbonden met onderwijs, huisartsen en justitie*
- *Werkt met diversiteit en flexibel aanbod*
- *Rekent af op resultaten, monitort op effecten*
- *Werkt als een lerende organisatie*

De uitgangspunten van bestuurlijke aansturing

- *Gemeenten zijn beleidsverantwoordelijke opdrachtgevers.*
- *Organisaties zijn als uitvoeringsverantwoordelijke opdrachtnemers*
- *Regie op beleid en uitvoering zijn gescheiden..*

Uitgangspunten voor professionele aansturing

- *Professionals werken onder vastgelegde voorwaarden aan een lokale opdracht.*
- *Opdrachtnemer monitort klanttevredenheid, effecten en de kwaliteit van de dienstverlening.*

De juridische vormgeving van de sturing

- *De juridische vormgeving (publiek- of privaatrechtelijk) volgt de geformuleerde uitgangspunten voor inrichting.*

Governance structuur

- *Gemeenten vervullen de rol van regisseur, van beleidsmaker en van financier/inkoper.*
- *Tevens de rol van facilitator van het voorzieningen niveau en van toezichthouder (op kwaliteit).*

1.4 Aanvullend vastgestelde kaders voor de uitwerking van dit beleidskader

Naast de hierboven vastgestelde genoemde en vastgestelde bestuurlijke uitgangspunten zijn de volgende aanvullende kaders van belang voor de uitwerking:

1. *Het huidige nieuwe concept Jeugdwet;*
2. *Financieel kader: bezuinigingsopgave*
 - a. *AWBZ-begeleiding en verzorging 25%*
 - b. *Jeugdzorg 15%*
3. *De regionale afspraken m.b.t. Passend Onderwijs*
4. *De ontwikkelingen bij de decentralisatie van de AWBZ en de Participatiewet.*

1.5. De geldigheidsduur van het beleidsplan en actualisering

Dit beleidskader is geschreven voor de periode 2015-2018. Wij zijn ons echter bewust van de bewegingen die nog te maken zijn en de ongewisheid van de definitieve wettekst, na behandeling in de Tweede Kamer dit najaar.

Dit vraagt om een stevige jaarlijkse evaluatie en ruimte tot bijstelling. Vandaar ons advies om de eerste jaren een jaarlijks uitvoeringsprogramma op te stellen.

1.6 Regionale samenwerking

De Jeugdwet legt gemeenten per 1 januari 2015 een jeugdhulpplicht op die, anders als voorheen het recht op zorg, ingevuld wordt als een compensatieplicht (als er hulp nodig is bepaalt de gemeente op welk manier in die hulp wordt voorzien). Het is vanuit financieel oogpunt een risicovolle keuze om de toegang tot jeugdhulp volledig vrij te laten. Wij zien hierbij samenwerking om de toegang te organiseren en samenwerking om de duurdere en specialistische zorg in te kopen als de belangrijkste onderdelen. Met dit voor ogen heeft het kabinet bij de gemeenten aangedrongen op regiovorming met een minimaal draagvlak van 150.000 inwoners. De 6 gemeenten hebben zich als regio aangemeld.

1.7 Verbinding met andere transities

Bij de decentralisatie van AWBZ en de Participatiewet gaat het over een doelgroep kwetsbare mensen, die vaak onvoldoende zelfredzaam zijn en onvoldoende regie over hun leven kunnen voeren. Psychiatrische en/of verstandelijke beperkingen liggen hierin vaak ten grondslag. Deze kwetsbare doelgroep kan vaak terugvallen op dure 2^e lijns voorzieningen, maar daar komt verandering in. Ze zullen straks vaker een beroep doen op de 1^e lijns voorziening. Ook bij de participatiewet is een verschuiving naar de 0^e en 1^e lijn gaande. Van mensen wordt verwacht dat zij hun leven zelf op de rit houden en dus ook zelf zorgen voor hun inkomen. Voor deze kwetsbare doelgroep zal dat een hele uitdaging zijn. Ook jeugdige 18+ krijgen met deze veranderingen te maken en zullen voor gemeenten een extra aandachtsgroep vormen. De gemeenten willen de 3 transities (AWBZ, Jeugdzorg en Participatiewet) integraal verbinden, om zo te komen tot 1 toegang voor verschillende vormen van hulp en ondersteuning. Als basis wordt gewerkt met het uitgangspunt 1Gezin1Plan1Regisseur. Dit leidt tot een integraal gezinsplan. Dat vormt de verbinding met ondersteuning vanuit jeugdspecialisten, maar kan lokaal ook worden verbreedt naar de WMO, Werk en inkomen, schuldhulpverlening, volwassenenzorg en onderwijs. 1Gezin1Plan vormt ook de basis voor de samenwerking met eventuele sociale wijkteams en het veiligheidshuis.

Het toekomstbeeld van veel gemeenten is daarbij gericht op de inrichting van één (wijk)team per wijk, gebied of populatie, dat dicht bij de burgerstaat. Het team is zichtbaar en kent de wijk goed. Het team is instaat om integraal generieke ondersteuningsvragen in de wijk op te vangen. Ieder huishouden heeft op deze manier één hulpverlener. Er zijn meerdere uitwerkingen mogelijk. Dit zal later worden uitgewerkt.

2. De opgaven aan onze gemeenten

2.1 De jeugd in onze gemeente

Het gaat over het algemeen goed met onze jeugd. De jeugdproblematiek in onze regio ligt onder het landelijk gemiddelde. Dit betekent dat alles wat elders voorkomt ook hier voorkomt, maar minder in aantal. De complexiteit kan wel hetzelfde zijn als elders.

Cijfers ondersteunen dit beeld. De meest recente cijfers zijn verkregen uit de Landelijke Jeugdmonitor en de Vektiscijfers. Tot op heden blijven het echter 'voorlopige' cijfers. In de meicirculaire van 2014 zullen de definitieve cijfers bekend worden gemaakt.

	Ermelo	Putten	Elburg	Oldebroek	Nunspeet	Harderwijk	Totaal
Aantal jeugdigen tot 22 jaar*	7.114	7.104	6.665	6.766	8.073	13.017	48.739
Totaal AWBZ-jeugdzorg 2011	245	130	155	145	160	260	1095
Totaal Zvw-jeugdzorg 2010	525	385	270	285	385	705	2555
Totaal Provinciaal-gefinanc. Jeugdzorg 2011	140	125	85	85	120	260	815
Totaal Jeugd en opvoedhulp 2011	105	85	60	65	85	170	570
Jeugdbescherming							330
Jeugdreclassering							100
JeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg) 2011	0	0	0	5	0	5	10
	1015	725	570	585	750	1400	5475

	Ermelo	Putten	Elburg	Oldebroek	Nunspeet	Harderwijk	Totaal
Aanmeldingen							
Aanmeldingen bureau jeugdzorg 2011	145	90	100	90	95	220	740
Meldingen AMK 2010	20	25	5	15	35	45	145

*Bron: meicirculaire 2013 en Jeugdmonitor

2.2 De doelgroep van het beleidskader

Alle jeugd tot 23 jaar valt onder de uitwerking van dit beleidskader. Vanuit de huidige financieringsstromen worden verschillende leeftijdscategorieën gehanteerd. Provinciale jeugdzorg en de GGZ gelden tot 18 jaar. De AWBZ geldt tot 23 jaar. In het nieuwe stelsel worden de geldstromen gebundeld en kunnen hierop zelf beleid maken.

2.3 Zicht op de lokale ondersteuningsvraag

De regio valt niet op met een specifieke situatie of vraag. We kennen in onze regio geen grotensteden problematiek. We zullen in de uitwerking een aanvullende analyse maken op basis van de cijfers uit de uitvraag van het regionaal Transitie Arrangement. Wel zijn enkele regionale punten te signaleren, waar in het beleid extra aandacht voor zal worden gevraagd:

- In enkele gemeenten valt het aantal jeugdigen met een JB of JR maatregel op. Volgens instellingen en gemeenten heeft dit waarschijnlijk te maken heeft met de combinatie van een aantal grotere intramurale zorginstellingen en het gehanteerde woonplaatsbeginsel.
- Zowel gemeenten als instellingen hebben de ervaring dat de religieuze gezindheid van een deel van de bevolking met zich meebrengt, dat mensen de gezinsproblematiek vaker in de eigen kring proberen op te lossen of met hulp van de kerk. Een prima uitgangspunt, maar samenwerking op dit punt wordt sterk gewenst, omdat soms noodzakelijke aanvullende hulp te laat wordt ingezet.
- Interessant, maar ook wel een beetje zorgelijk is, dat het aantal jGGz cliënten ongeveer 50% uitmaakt van de totale jeugdzorg cliënten. Dit vraagt om grote aandacht voor de rol en positie van de huisartsen in het nieuwe jeugdhulpstelsel. Huisartsen zijn een belangrijke toeleider naar jGGz en jeugdzorg.

3. De ambitie en het resultaat

3.1 De regionale ambitie

Het is de ambitie van de gemeenten een continuüm van 'Ondersteuning van Jeugd' te creëren, dat zich uitstrekt van basisvoorzieningen voor iedereen tot zware specialistische hulpverlening voor een kleine groep met ernstige problematiek of intensieve zorgbehoefte.

Dat doen we niet op de huidige manier, maar door anders te werken en anders in te richten.

3.2 Resultaten

We leggen een grote nadruk op 'anders werken en anders organiseren'.

Zowel in de basisvoorzieningen, maar ook in de toegang tot hulp.

Voor de inwoners, maar ook voor de gemeente valt grote winst is te behalen door het aan de basis beter te organiseren, met een lagere overhead, een grotere professionele handelingsruimte, zonder belemmerende financiële en organisatorische kaders.

Dit betekent dat dat we resultaten willen zien in:

1. Een verhoging van het aantal jeugdigen die met een beetje hulp voldoende zelfredzaam zijn.
2. Eenduidige en praktische afstemming met andere (lokale) toeleiders naar jeugdhulp.
3. Verlaging van de toestroom naar duurdere zorg door:
 - a. Afname van het aantal justitiële maatregelen.
 - b. Extramuraliseren van de begeleiding LVB.
 - c. Afname van de instroom in jGGZ.
 - d. Meer ambulante begeleiding en minder residentiele opvang.

3.3. Maatschappelijke effecten

Daartoe is nodig dat alle deelnemers hun ervaringen en opvattingen met elkaar delen, elkaar leren begrijpen en hieruit een gezamenlijke sluitende pedagogische aanpak realiseren.

Dat betekent dat:

- de gemeenschap makkelijker signalen oppakt en opener kan communiceren over vragen en dilemma's;
- de gemeenschap krachtiger wordt in het zelf oplossen;
- het aantal gezinnen met complexe hulpverleningsvraagstukken afneemt;
- de opvoed- en opgroeikracht in gezinnen toe zal nemen;
- kwetsbare gezinnen directer worden geholpen in hun eigen sociale context;
- jeugdigen gezond en veilig opgroeien
- de druk op de zorgvoorzieningen op termijn af zal nemen.

4. De sturing en verantwoording

4.1 Nieuwe rollen van de gemeente in de toekomst

De gemeenten zullen sturen vanuit twee rollen: regievoerder en opdrachtgever. Bij beide rollen maken we een onderscheid tussen de verantwoordelijkheid in beleid en uitvoering. De wijze van sturing verschilt sterk tussen deze rollen.

Als regievoerder sturen de gemeenten vooral op het proces, de posities, de rollen en de taken.

Als opdrachtgever sturen de gemeenten vooral op de balans tussen de resultaten en de kosten en het nakomen van de afspraken.

4.2 De sturingsknoppen

Voor de gemeenten zijn er vier belangrijke knoppen waar aan ze zullen draaien vanuit hun rol als regisseur en als opdrachtgever:

1. *De kwaliteitsknop:*
 - a) Professionele kwaliteit van de geboden hulp en de maximale handelingsruimte van de professional in het zorgtraject; e.e.a. zal worden geregeld in afspraken over het professionele mandaat.
2. *De verbruiksknop:*
 - b) Het gebruik van zorg / de afname van zorg door inwoners van de gemeenten; dit zal op bovenlokale schaal worden vormgegeven in een registratiesysteem.
3. *De uitgavenknop:*
 - c) De uitgaven van de zorgkosten / de financiële ruimte; door afbakening van budgetten en bewaking van de uitgaven.
4. *De effectknop:*
 - d) De effecten van de zorg op langere termijn: door te monitoren op afgesproken indicatoren.

We werken met een vierjaarlijks beleidskader en een jaarlijks uitvoeringsplan waardoor er op bovenstaande vier 'knoppen' jaarlijks nieuwe resultaatafspraken gemaakt kunnen worden.

4.3. Lokaal en regionaal verantwoord

De gemeenten voeren lokaal eigen beleid op de inrichting van hun preventieve taak.

Hoe zij dit individueel vormgeven is een eigen lokale verantwoordelijkheid.

In de regionale samenwerking spreken de gemeenten elkaar op één norm aan:

- Draagt de inrichting en de uitvoering van hun preventief veld bij aan de versterking van de pedagogische gemeenschap en aan een afname van duurdere zorgvormen?

Bij de toepassing van het jeugdhulpstelsel werken zij regionaal samen en bewaken zij ook samen het resultaat. Dat doen zij d.m.v. de 4 genoemde sturingsknoppen.

Gemeenten kijken op basis van de verkregen managementinformatie naar de vragen:

- Staat de kwaliteit van de professional in verhouding tot de zorgvraag?
- Ontwikkelt het verbruik zich naar 'sneller' en 'lichter'?
- Blijven de uitgaven binnen de financiële bandbreedte?
- Neemt de vraag naar zwaardere en duurdere zorg af?

5. Het Jeugdhulpstelsel: toeleiding en toegang tot hulp

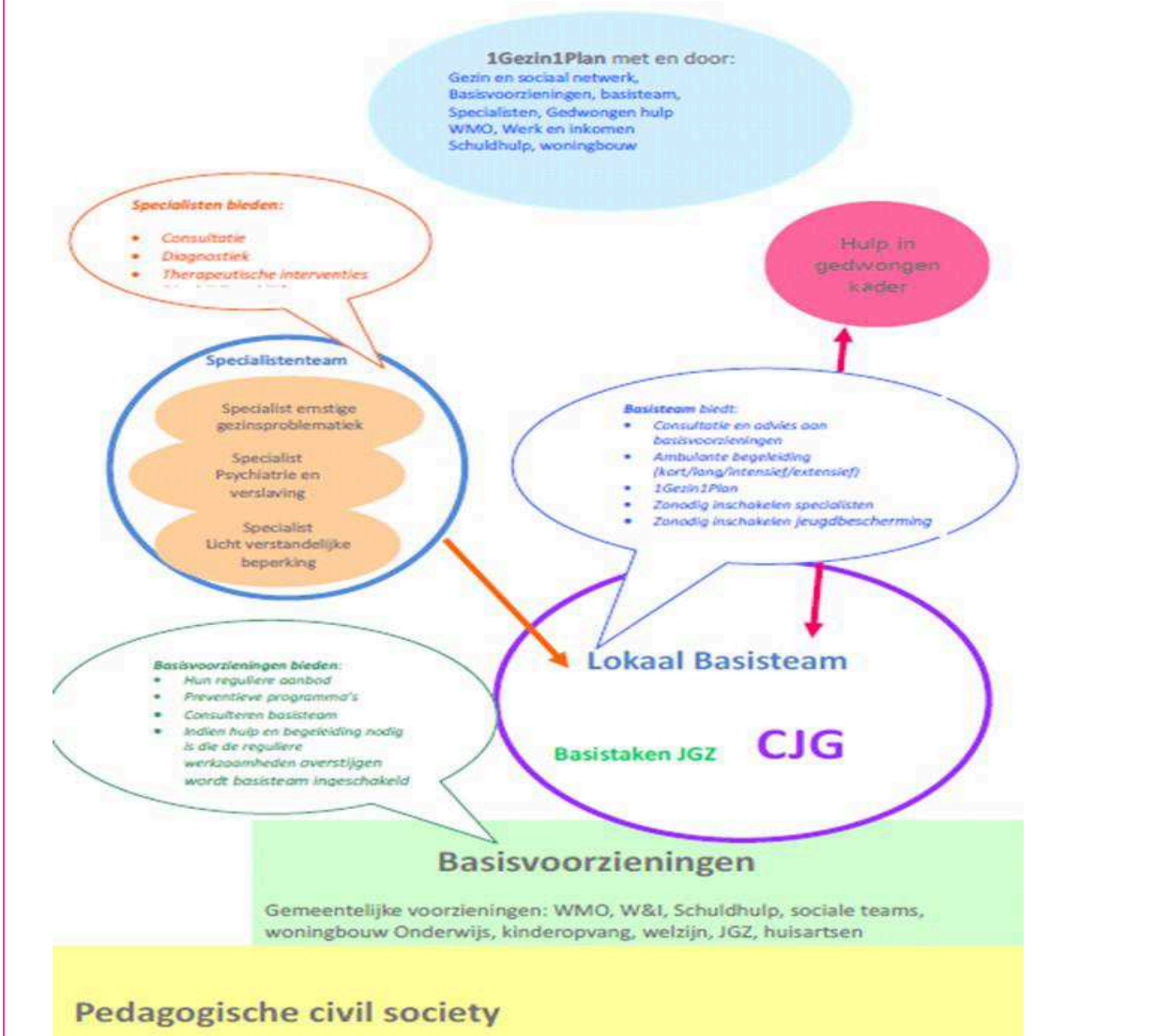
5.1 Uitgangspunten voor inrichting

De uitgangspunten voor de inrichting zijn vastgelegd in het Visiedocument. We willen aansluiten op en invoegen bij de eigen kracht, de omgeving en de leefroutes van de bewoners. We willen de sociale verbanden waarin zij leven versterken, de omgeving een aanvullende rol in de oplossing laten zijn en bovenal het gezin de baas laten zijn over haar eigen oplossingen.

Het stelsel wordt gebouwd op de lokale gemeenschap en de voorzieningen die daarbinnen functioneren. Hoe beter het daar verloopt, hoe meer kans dat stabiele en langdurige oplossingen kunnen ontstaan.

Dit brengt ons tot het inrichtingsmodel, die uit de volgende onderdelen is opgebouwd:

1. Een gemeenschap met oog voor pedagogische vraagstukken en hulp (pedagogische civil society).
2. Basisvoorzieningen *inclusief* hulp, ondersteuning en preventieve programma's.
3. In elke gemeente een generalistisch basisteam jeugd en Gezin.
4. Regionaal georganiseerde specialistische expertise.
5. Specialistische behandeling.



5.2 Het fundament van het Jeugdhulpstelsel

De pedagogische gemeenschap

Het fundament van het jeugdstelsel wordt gevormd door de pedagogische gemeenschap in gemeenten, buurten en wijken. Het is daarom nodig dat we investeren in een goed functionerende pedagogische gemeenschap, waarbij burgers betrokken en bereid zijn om verantwoordelijkheid te nemen in hun eigen sociale netwerk en in het publieke domein rond het opgroeien en opvoeden van kinderen. Een omgeving waarin kansen worden gecreëerd voor kinderen.

Gemeenten in de regio Noord-Veluwe investeren hierin, verschillend en passend bij de lokale gemeenschap, door te investeren in mantelzorg, combinatiefunctionarissen, sportcoaches, preventieve gezondheidsprogramma's (Goed Bezig), leefbaarheid, verenigingsleven, duurzaam ondernemerschap, burgerkracht/eigen kracht initiatieven, ontmoeting, wijkgericht samenwerken en vrijwilligerswerk. Ook de CJG's investeren in het versterken van de pedagogische gemeenschap bijvoorbeeld door ontmoetingsplekken te creëren en activiteiten aan te bieden op het gebied van pedagogische uitwisseling tussen ouders.

De basisvoorzieningen: medebepalend voor de veerkracht

Kwaliteiten van een 'pedagogische gemeenschap' ontstaan niet vanzelf en worden niet vanuit zichzelf in stand gehouden. De versterking en ondersteuning daarvan vindt plaats vanuit de gemeentelijke basisvoorzieningen.

Zij versterken de veerkracht en het oplossend vermogen van de 'Civil Society'. We bedoelen hiermee de voorzieningen waar vrijwel alle ouders en kinderen regelmatig komen. Deze voorzieningen bestaan onder meer uit: de jeugdgezondheidszorg, de peuterspeelzalen, de scholen, de kinderopvang, de huisartsen en andere eerstelijns voorzieningen in de gezondheidszorg. Maar ook uit algemene voorzieningen als opvoedondersteuning, maatschappelijk werk, sport, welzijnswerk, cultuur, enz.

Zij hebben ook een verderstreckende pedagogische verantwoordelijkheid zoals het signaleren en oppakken van pedagogische problemen. In het nieuwe jeugdstelsel wordt van deze voorzieningen gevraagd dat zij daarbij expliciet en actief de principes van positief opvoeden hanteren.

Het totaal aan Basisvoorzieningen biedt:

- *Hun regulier aanbod incl. voorlichting, advies, versterken eigen kracht, stimuleren sociaal netwerk en activiteiten als sport, enz.*
- *Preventieve programma's*
- *Roepen consultatie in bij lokale basisteam*
- *Indien pedagogische/psychologische hulp nodig is, die de reguliere werkzaamheden overstijgen schakelen ouders zelf of met steun van basisvoorzieningen, het lokale basisteam in.*

5.3 De toegang tot jeugdhulp: lokale basisteams Jeugd en Gezin

Het derde onderdeel in het jeugdstelsel in de Noord Veluwe is nieuw en zal een cruciale rol vervullen bij het verhogen van de kwaliteit van de jeugdhulp én de vermindering van het gebruik van (dure) specialistische voorzieningen. Het vormt het hart van het inrichtingsmodel en het is tevens het meest belangrijke transformatieonderdeel waar het de inrichting van het huidige jeugdzorgstelsel betreft.

In het nieuwe stelsel worden gezinnen met problemen, die de draagkracht van henzelf, de directe omgeving en de basisvoorzieningen overstijgen, bijgestaan door professionals, die deel uitmaken van het basisteam. Het gezin blijft daarbij zelf probleem eigenaar en verantwoordelijk voor het omgaan met en verbeteren van de eigen leefsituatie.

Daartoe wordt de expertise van alle vormen van ambulante hulp (met uitzondering van poliklinische GGZ behandeling) binnen het huidige stelsel (jeugdhulp, jGGZ, jLVB) binnen één lokaal multidisciplinair team bij elkaar gebracht. Het basisteam zal over voldoende brede en geschakeerde expertise moeten beschikken om ernstige problemen snel te onderkennen en dan juist meteen extra expertise inroepen om onnodige vertraging en escalatie (en overbodige kosten) te voorkomen.

De basisteamwerkers ('jeugd en gezinswerkers') werken vanuit hun eigen discipline met elkaar samen en vullen elkaar aan. De basisteamwerkers werken op elk niveau aan het versterken van de eigen kracht van het gezin. Het gezin wordt in actie gebracht met de eigen basis: het eigen sociale netwerk.

Daarmee vormt het basisteam (naast de huisarts en de kinderrechter) tot één van de drie toegangspoorten tot specialistische jeugdhulp zoals opname in een residentiële instelling.

Het mandaat van het basisteam: Zorgbesluit en bandbreedte

Het *mandaat* om te beslissen over hulp wordt binnen deze groep belegd. Het multidisciplinair werken zal bij alle taken van het basisteam een rol spelen, maar vooral ook bij de taak van het analyseren van de 'hulpvraag' en het 'naar voren halen' van ander hulpaanbod.

De gemeenten laten aan de professionals zelf over om hiervoor – op de inhoud – werkwijzen te ontwikkelen. Dat geldt ook voor de wijze waarop, binnen het basisteam besluiten met betrekking tot de inzet van zorg tot stand komen en geëvalueerd worden.

Het basisteam heeft binnen de vastgestelde wettelijke en budgettaire grenzen het mandaat om in overleg met een gezin zelf alle noodzakelijke regelingen te treffen en hulp uit te voeren, die door het team in verband met het functioneren van het opvoedingssysteem noodzakelijk worden geacht.

Met de jeugdige en de ouders wordt een gezinsplan opgesteld (bij meervoudige problematiek). In dat plan staat de aanleiding, de aard en aanpak van de problemen. Goedkeuring van dit plan beschouwen wij als het zorgbesluit en uitvoering van dat plan is leidend in de hulp.

Voor zware vormen van zorg, zoals residentiële zorg, zal een beschikking nodig zijn.

Lokale basisteam bieden:

- *Eigen Kracht aanpak en ondersteuning*
- *Consultatie en advies aan basisvoorzieningen*
- *Gezinsbegeleiding, pedagogisch en psychologische jeugdhulp (kort/lang/intensief)*
- *Werken altijd met 1Gezin1Plan*
- *Schakelen daarbij zo nodig aanvullende expertise in*
- *Schakelen zo nodig de Raad voor de Kinderbescherming in*
- *Werken samen met uitvoerders van gedwongen hulp*
- *Geven toegang naar- en werken samen met alle vormen van specialistische behandeling*

Aanvullende specialistische expertise

Het vierde onderdeel van het inrichtingsmodel wordt gevormd door regionale georganiseerde specialistische expertise. Goede, handelingsgerichte, diagnostiek is essentieel voor een effectief jeugdstelsel. Waar nodig kunnen jeugd en gezinswerkers een beroep doen op ondersteuning en aanvullende behandeling door regionaal georganiseerde specialistische expertise en opnemende voorzieningen, die als ware wordt 'ingevlogen'.

Het gaat hier om professionals met specialistische expertise op het gebied van opgroeien en opvoeden in situaties waar sprake is van ernstige of complexe problemen ten gevolge van:

- problematische gezinssituatie
- psychiatrische stoornissen
- verslaving
- lichamelijke of verstandelijke problemen en beperkingen
- geweld en mishandeling

Medewerkers van het basisteam kunnen met specialistische vragen terecht bij deze experts. Op de eerste plaats voor consultatie en advies, zodat ze zelf weer verder kunnen.

5.4 De toegang tot specialistische zorg

Ook wanneer een kind of gezin specialistische diagnostiek of -behandeling nodig heeft worden de specialisten of hun organisatie ingeschakeld. Behandeling vindt in principe ambulante plaats.

Het zal gaan om behandeling van veel voorkomende psychische problemen en stoornissen zoals angststoornissen, depressie, ernstige gedragsproblematiek, *autisme* en ADHD. Ook de behandeling bij ernstige dyslexie komt te vallen onder de werking van de nieuwe Jeugdwet en kan vanuit het flexibel aanbod geleverd worden (naar verwachting onder vergelijkbare voorwaarden als nu het geval is).

Naast ambulante behandeling kan het nodig zijn dat de jeugdige (tijdelijk) in een setting van de specialist verblijft. Voor dagbehandeling of 24-uurs verblijf. Bij 24-uursverblijf heeft een pleeggezin of gezinsvervangend huis de uitdrukkelijke voorkeur. 1Gezin1Plan1Regisseur blijft bij alle interventies het uitgangspunt: de specialisten leveren een bijdrage aan het behalen van de gezinsdoelen die in dat plan zijn geformuleerd. De generalist uit het basisteam helpt ouders bij het bewaken van de samenhang en de continuïteit.

De regionaal beschikbare expertise bestaat uit specialisten uit de psychiatrie, klinische psychologie, Jeugdbescherming en Jeugdreclassering en specialistische gezondheids- en verslavingszorg.

Specialisten dragen bij aan het realiseren van de gezinsdoelen door de inzet van:

- *Consultatie*
- *Diagnostiek*
- *Therapeutische interventies/aanvullende specialistische zorg*
- *(deeltijd) verblijf*

5.5 Toegang tot het gedwongen kader

Beslissingen van de Kinderrechter zijn verplichtend voor gemeenten. In die zin is de Kinderrechter ook een belangrijke toegang tot een deel van de jeugdzorg. Kinderen weghalen uit hun vertrouwde omgeving is het laatste wat we willen en zullen doen. Ook hier is eerst sprake van 'aandringen en expertise erbij halen'. Professionals werken vanuit de Eigen Kracht principes om zo snel mogelijk te komen tot een adequaat plan van het gezin zelf. Zodra de veiligheid van kinderen in het geding is zijn professionals uiteindelijk gehouden aan hun wettelijke plicht om hiervan melding te maken.

In een nieuw artikel in de Wmo (artikel 12) krijgt de gemeente de opdracht te voorzien in een Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK). Dit betekent een samenvoeging van het huidige Steunpunt huiselijk geweld (SHG) en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), waarbij de precieze uitwerking nog uitgewerkt kan worden in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). De gemeenten zijn voornemens om dit AMHK bovenregionaal te organiseren, waarbij de ondersteuning en hulp lokaal bij het basisteam wordt weggelegd.

De wet legt een scheiding op tussen ambulante hulpverlening in jeugdhulp en hulpverlening in het justitiële kader. Toch streven wij er naar om de ambulante gezins- en jeugdhulp te organiseren vanuit het basisteam.

Daarnaast verplicht de wet de gemeenten om in situaties, waarbij onmiddellijk hulp nodig is deze ook direct te leveren.

Een dergelijke aanpak, zoals hierboven omschreven, zal uiteindelijk moeten worden vastgelegd in een handleiding voor de Jeugdbescherming waarbij overeenstemming wordt bereikt met en tussen de partijen die bij de jeugdbescherming betrokken zijn: AMHK, Crisisdienst, basisteam, Raad voor de Kinderbescherming, gecertificeerde instelling voor de uitvoering van jeugdbescherming en zorgaanbieders.

5.6 Verbinding met de huisartsenpraktijk

Huisartsen hebben in de nieuwe Jeugdwet een belangrijke toeleidingsfunctie naar de jeugd GGZ en Jeugdhulp.

Om de uitvoering van 1Gezin1Plan consequent vol te houden is een directe verbinding tussen de basisteams en de huisartsen nodig. Overlap en onbekendheid met elkaars inzet moet zoveel mogelijk vermeden worden. Daarnaast kan de cliënt, via de huisarts – en overigens ook op eigen initiatief - terecht bij de regionale expertise (jeugd GGZ of jeugd LVB), die op regionaal niveau door de samenwerkende gemeenten is ingekocht.

Tussen de huisarts en het basisteam willen we een schakel bouwen in de persoon van één van de basisteamleden. De huisarts kan altijd terugvallen op deze persoon voor consultatie, advies en behandeling. Voor uithuisplaatsing of ander vormen van intramurale behandeling dient vooraf overleg gepleegd te worden met het basisteam.

De aanvullende expertise die deze jeugd en gezinswerker kan bieden aan de huisarts betreft:

- verhelderen van de problematiek
- behandelen (ouder/jongere/gezin)
- overleg basisteam, school, derden
- (eventuele) verwijzing

Wij zien een directe verbinding mogelijk tussen HBO jeugdhulpverlener (POH- jGGZ) en het basisteam.

5.7 Verbinding met Passend Onderwijs

Per 1 augustus 2014 gaat de Wet Passend Onderwijs in.

Scholen krijgen de zorgplicht om elk kind een passende onderwijsplek te bieden. In de gezamenlijke visie tussen gemeenten en samenwerkingsverbanden in deze regio is uitgesproken het kind centraal te stellen en in te zetten op een passende plek zo nabij als mogelijk in de eigen woonomgeving. Wel komt passend vóór nabij, omdat ingezet wordt op voldoende ondersteuning op maat en vanuit het principe 1 Gezin1 Plan.

Elke school heeft hier zelf iets in op orde te brengen en met elkaar. Het samenwerkingsverband moet een ondersteuningsplan opstellen. Ieder afzonderlijke school kent zijn eigen schoolondersteuningsprofiel. De gedachte is dat wat niet door de school zelf geleverd kan worden, mogelijk wel door een buur- school geleverd kan worden. Zorg die buiten het bereik van het ondersteuningsplan en de verantwoordelijkheid van de scholen valt zal aanvullend door de gemeenten geleverd moeten worden via WMO of Jeugdzorg. Hiervoor is een vloeiende schakeling nodig van ondersteuning die binnen de school geleverd kan worden naar ondersteuning die gaat over een bredere ondersteuning van kind of gezin vanuit meerdere sectoren of specifieke deskundigheid. Deze verbindingvorm wordt nog verder onderzocht. Eén van de mogelijkheden is een koppeling te genereren via een zogenaamde schakelfunctionaris die vanuit het Basisteam Jeugd en Gezin de school als belangrijke vindplaats bezoekt. Het is hiervoor wenselijk als het onderwijs en de gemeenten gezamenlijk kijken naar hun taken, hun budgetten en hun mogelijkheden, vanuit de gedachte 1Gezin1Plan.

6. Inkoop van zorg

6.1 Lokaal wat lokaal kan en Regionaal wat regionaal moet

De gemeenten kiezen voor om zoveel mogelijk *uitvoering* in de eigen gemeente te laten plaatsvinden. Speciale vormen van verblijf en zeer specialistische (begeleidings-/zorgvormen kunnen niet lokaal worden uitgevoerd. (Boven)regionale instellingen hebben daarin een taak. Hoe specialistischer de vorm, hoe schaarser de expertise beschikbaar is.

Voor de *inkoop* van de hulp kijken we om die reden naar hulp, die veel/regelmatig wordt ingezet, hulp die soms wordt ingezet en zeer specialistische hulp, die sporadische wordt ingezet.

Om tot een indeling te komen, waarbij rekening is gehouden met het draagkrachtprincipe werken wij met onderstaand schema 'schaalniveau van hulpinkoop' van het Transitiebureau:

Taken/Opgaven	Voorkeur schaalniveau inkopen ¹	Indicatie aantal inwoners van dit niveau
Preventie en signalering	Lokaal	20.000-50.000
Generalistische ondersteuning door ambulante hulp, specialistische ondersteuning door ambulante hulp, (tijdelijke) gezinsvervangings, Advies-en Meldpunt Kindermishandeling en Steunpunt Huiselijk Geweld, justitiële maatregelen, cliëntenvertegenwoordiging, voorzieningen voor specifieke doelgroepen en vertrouwensfunctie	Regionaal	150.000-500.000
Residentiële hulp, multifunctionele centra, orthopedagogische behandelcentra, Jeugdzorgplus, tweedelijns jeugd-GGZ, derdelijns jeugd-GGZ, landelijk werkende instellingen en inspectie	Bovenregionaal	Vanaf 500.000
Online hulp, kennis-en vakontwikkeling, actualisatie, validatie en inkoop informatie voor jeugdigen, ouders en opvoeders ten behoeve van lokale CJG's (websites, apps), informatievoorziening aan landelijke partijen en laagdrempelige vraagbaak voor doelgroep (Kindertelefoon)	Landelijk	nvt

Op basis van bovenstaande overzicht valt een aantal zaken op:

- veel taken waarvoor het passende schaalniveau tussen de 150.000 – 500.000 inwoners ligt;
- voor een aantal taken blijkt dat er op het niveau van 500.00+ inwoners ingekocht moeten worden.

Dit betekent dat alleen het preventieve en signalerings deel lokaal door elke gemeente ingekocht kan worden. Voor de taken waarop de passende schaal van minimaal 150.000 inwoners is vastgesteld kan ingekocht worden op RNV niveau. Voor de taken waarop de passende schaal op 500.000+ is vastgesteld dient samenwerking gezocht te worden met andere regio's.

We kiezen voor dicht bij huis en op 'logische' plekken in de samenleving. Dat betekent dat we de uitvoering van de hulp lokaal zichtbaar maken, maar een aantal hulpvormen regionaal en zelfs bovenregionaal moeten inkopen.

¹ Voor het schaalniveau volgen we de indicatie van de inwonertallen zoals deze is benoemd in de handreiking van het Transitiebureau Jeugd. Bijlage 1 van het VNG document 'Landelijke functies en regionale samenwerking in het stelsel van jeugd na de decentralisatie hanteert vergelijkbare benamingen voor de schaalniveaus, maar heeft hier geen indicatie van inwonertallen aan gekoppeld.

Lokaal (gemeente)	Regionaal	Bovenregionaal
Consultatie en advies, op voorveld aansluitend	Organisatorische inbedding van de basisteams	Crisishulpverlening jeugdzorg
Observatie en Diagnostiek	Specialistische expertise ter ondersteuning van basisteams	Jeugdzorg-plus
Ambulante jeugd- en opvoedhulp groepsgericht en individueel	Jeugdbescherming/ Jeugdreclassering en AMK/SHG	Klinische en langdurige GGz (> 1jaar)
Ambulante GGz-hulp groepsgericht en individueel	Intensieve gezinsondersteuning, GGZ en LVB	Orthopedagogische Behandelcentra LVB
Ambulante (naschoolse) begeleiding LVB	(Semi-)residentiële jeugdzorg, begeleid zelfstandig wonen, etc.	Kindertelefoon (landelijk) Kenniscentra, (landelijk)
Zorgmeldingen en toegang tot (weekend)pleegzorg, daghulp,	Uitvoering van pleegzorg	

We definiëren een ruim pakket aan lokale ondersteuning en hulp², omdat we gezinnen op gemeentelijk niveau willen kunnen opvangen, ondersteunen en krachtiger maken. Een specifieke groep van zeer specialistische hulp is door de VNG landelijk in kaart gebracht. Voor die specialistische hulp wordt een landelijke Raamovereenkomst afgesloten tussen de leverende organisaties en de VNG.

Crisis, Spoedzorg en calamiteiten

Vanwege de aard en omvang van de problematiek moeten we deze vormen van hulpverlening op bovenregionaal niveau inkopen en garanderen. Om een goede binding tot stand te brengen tussen deze bovenregionaal ingekochte zorg en de lokale basisteams moeten op regionaal niveau afspraken worden gemaakt. Dit is ook van belang bij de afschaling van de geboden zorg naar lichtere vormen van jeugdhulp en bij calamiteiten.

Hiertoe liggen er al verschillende gemeentelijke 'rampenscenario's' die gebruikt kunnen worden.

6.2 Beleggen van de inkoop

- Het brede *lokale* zorgpakket zal regionaal worden ingekocht. De gemeenten zijn voornemens dit te beleggen bij de Inkoop samenwerking Noord-Veluwe (ISNV).
- De *bovenregionale* zorgtrajecten worden door ISNV op volume ingekocht, op voordracht van de basisteams, binnen een bovenregionale mantelovereenkomst.
- De *landelijke* zorgtrajecten komen beschikbaar via een landelijke mantelovereenkomst en kunnen op verzoek van de basisteams door de ISNV op volume worden ingekocht³.

² zie Bijlage 1: overzicht lokale, regionale en landelijk in te kopen zorgvormen

³ Toelichting initiatief VNG landelijke afspraken over inkoop van specialistische jeugdzorg: versie 26 augustus 2013

7. Organisatorische vormgeving

7.1 Lokaal of Regionaal

We maken een onderscheid tussen uitvoering, inkoop en organisatie.

De *uitvoering* wordt voor een belangrijk deel lokaal belegd in de basisteams. Gemeenten zijn zelf verantwoordelijk hoe zij deze teams gaan vormgeven.

Alle vormen van specialistische hulp, of die specifieke faciliteiten vragen (verblijfszorg), worden zo dicht mogelijk bij huis geregeld, maar kunnen ook elders worden uitgevoerd.

Belangrijk bij de keuze voor een lokaal of regionaal organisatieniveau is de vraag *op welk niveau kan de transformatie ambitie het best worden gerealiseerd en kunnen eventuele risico's het best worden beheerst?*

Onderwerpen, die hierbij van belang zijn en geregeld moeten worden:

- Borging van de kwaliteit en de expertise van de multidisciplinaire basisteams.
- Borgen van de ingekochte specialistische zorgtrajecten.
- Borging van de afspraken tussen aanbieders en de basisteams op bovenregionale en landelijke zorgtrajecten.
- De wijze waarop gemeentelijke direct invloed hebben op de opdracht aan en het resultaat van het basisteam.
- De mate waarin de gemeenten de 'sturingsknoppen' kunnen bedienen en de resultaten onderling kunnen vergelijken.
- De mate waarin overhead en organisatiekosten zo laag mogelijk worden gehouden en het geld vooral aan zorg zal worden besteed.
- Een stevige, slagvaardige organisatie, met een interne besturing en kwaliteitsbewaking die kan omgaan met crisis, calamiteiten en risico's (risicobeheersing).

Onze *conclusie* is dat een regionale schaal van organisatie de beste garanties biedt, vanwege:

- de borging van de (sturing op) de kwaliteit en professionaliteit van de werkuitsvoering;
- de borging van 24-uurs beschikbaarheid en continuïteit van de dienstverlening;
- het realiseren van brede ervaring en expertise binnen de basisteams, waarbij de verschillende teams kennis uitwisselen, elkaar bijstaan en ondersteunen;
- het realiseren van een zo breed mogelijke expertise voor het 'afvangen' van zorgvragen en verminderen van beroep op specialistische zorg;
- het onderhouden van en schakelen met een breed netwerk van aanvullende expertise en inzet van zorg door externe partijen, waarbij onder regie van het basisteam doorlopende zorglijnen vormgegeven kunnen worden;
- de onderlinge vergelijkbaarheid tussen de basisteams wat de transparantie en het vertrouwen tussen de gemeenten bevordert op het terrein van de 1^e en 2^e lijns jeugdzorg;
- het beperken van de bestuurlijke risico's voor de afzonderlijke gemeenten op een terrein, waar gemeentelijk nog weinig ervaring is opgedaan en de risico's evident zijn.

7.2. Publiek of Privaat

De aard van de opdracht van het basisteam kan gezien worden als de uitvoering van 'publieke zorg voor jeugd en gezin' vergelijkbaar met de uitvoering van jeugdgezondheidszorg, zeker als het gaat om het aspect van veiligheid voor kinderen en de noodzaak om eventueel tijdig te kunnen ingrijpen.

Bij de keuze voor de juridische vorm gaat het om de vraag hoe de gemeenten de *invloed* en de *verantwoordelijkheid* vorm willen geven.

Belangrijk bij de keuze voor een publieke of private dienstverlener is de vraag *hoe direct of indirect wil de gemeenten aangesproken willen worden op de uitvoering van de dienstverlening?*

Onderwerpen die hierbij van belang zijn:

- gemeenten hebben gekozen voor scheiding van opdrachtnemerschap en opdrachtgeverschap (visie document);
- scheiding van politieke gemeentelijke beleidsverantwoordelijkheid van de lokale uitvoeringspraktijk.
- realiseren van één samenhangende gezinsaanpak vanuit verschillende gemeentelijke diensten;
- het gaat om vormen van professionele zorg, die over het algemeen door private gecertificeerde partijen wordt uitgevoerd;
- gemeenten hebben gekozen voor de rol van beleidsmaker, toetser, facilitator en toezichthouder (visie document);
- de gemeenten willen vooral doelstellingen vaststellen en aan de hand van indicatoren erop toezien dat de gewenste resultaten behaald worden;
- voor wat betreft de jeugdzorg treedt de gemeente op als regisseur van de samenwerking binnen het totale stelsel, dat uiteraard breder is dan het werk van het basisteam jeugd en gezin.

Onze *conclusie* is dat een private organisatie de beste garanties biedt, vanwege:

- het voorkomt een dubbele verantwoordelijkheid bij de gemeenten (opdrachtgever en uitvoerder/opdrachtnemer);
- het voorkomt een directe gemeentelijke aansprakelijkheid (op uitvoering en management) bij calamiteiten en crisis;
- gemeenten hebben geen expertise als jeugdhulpverlener en zijn niet gecertificeerd;
- het voorkomt een dubbele dubieuze verantwoordelijkheid waar het de uitvoering en de toezicht op de kwaliteit betreft;
- heldere een eenduidige politieke rol van de gemeente;
- scheiding tussen basisteam (uitvoerder) en zorginkoper (gemeente);
- maximale ruimte voor invulling van de eigen professionele ruimte en verantwoordelijkheid van de basisteams, gemeente toetst achteraf.

Garanties voor stevige lokale sturing en borging

Aangezien de afzonderlijke gemeenten veel belang hechten aan sterke lokale verbindingen en een stevige lokale verankering van dit werk in de samenleving, zijn wij voor de volgende aanvullende afspraken:

- lokale budgetten komen geoormerkt beschikbaar voor het eigen lokale basisteam;
- lokaal uitvoeringsplan wordt tussen gemeente en regionale organisatie afgesloten en is afgestemd op lokaal vastgestelde beleidsdoelen;
- resultaten (inhoudelijk, organisatorisch en financieel) worden lokaal verantwoord en geëvalueerd;
- lokale verbinding van de 3D's wordt per gemeente geregeld op basis van het principe 1Gezin1Plan1Regisseur;
- stringente afspraken over kwaliteitsborging en monitoring op gebruik, kosten en effect;
- de lage overhead en managementkosten worden door de gemeenten in een beschikking vastgesteld.

Voor zover gemeenten reeds op hun eigen manier bezig zijn met het inrichten van basisteams (zoals het inhuren van een zorgpartij zoals Buurtzorg Jong in Putten), kan overwogen worden om de regionale organisatie te laten optreden als contractpartij hiervoor. Op die manier kan lokale zeggenschap gecombineerd worden met regionale vergelijkbaarheid en kwaliteitszorg.

7.3 Juridische omgeving in combinatie met de doorontwikkeling van het CJG

De uitwerking van de gekozen organisatievorm in een juridische context is in het kader van dit beleidsplan niet essentieel. Belangrijk is om te voldoen aan de Jeugdwet. Daarbij staat de doorontwikkeling van Centrum Jeugd en Gezin centraal.

Belangrijke in de keuze is de mate waarin lokaal de integrale toegang tot het brede sociale domein vorm kan krijgen. De andere transitieprocessen zijn op dit nog volop in ontwikkeling.

De basisteams landen in ieder geval binnen de huidige CJG-structuur.

De huidige CJG structuur is een netwerkstructuur zonder juridisch entiteit.

Om de basisteams goed te kunnen borgen willen we dit veranderen.

Alle lokale CJG's zullen in 2015 worden ondergebracht in een regionaal CJG. Dit wordt uitgewerkt in een (tijdelijke) werkmaatschappij. Deze werkmaatschappij Regionaal CJG wordt de voorlopige juridische entiteit. De gemeenten nemen het initiatief voor de opzet van de werkmaatschappij regionaal CJG.

Medewerkers van de basisteams kunnen in 2015 worden gedetacheerd naar deze werkmaatschappij.

8. Sturen op kwaliteit van de zorg

Gemeenten krijgen de taak om de kwaliteit van zorg te bewaken. Er zijn algemene kwaliteitseisen die gaan gelden voor alle jeugdhulp:

De algemene norm van verantwoorde hulp, inclusief de verplichting om geregistreerde professionals in te zetten (tenzij....);

- a. Gebruik van een hulpverleningsplan of plan van aanpak als onderdeel van verantwoorde hulp;
- b. Systematische kwaliteitsbewaking door de jeugdhulpaanbieder;
- c. Verklaring omtrent het gedrag (VOG) voor alle medewerkers van een jeugdhulpaanbieder, uitvoerders van kindbeschermingsmaatregelen of jeugdreclassering;
- d. De verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling;
- e. De meldplicht calamiteiten en geweld;
- f. Verplichting om de vertrouwenspersoon in de gelegenheid te stellen zijn taak uit te oefenen.

Er is een normenkader (basiskwaliteitseisen) in ontwikkeling om te gaan opereren als 'gecertificeerde instellingen' (jeugdbescherming en jeugdreclassering). Een landelijk (nog aan te wijzen) certificerende instelling reikt hiertoe een certificaat uit. Er wordt landelijk gewerkt aan de professionalisering van de jeugdzorg: met geregistreerde werkers met een gezamenlijk kwaliteitsregister bestaande uit de Jeugdzorgwerker (HBO) en Orthopedagoog / psycholoog (WO). De norm 'verantwoorde hulp' regelt het inzetten van geregistreerde jeugdzorgwerkers. Het Kwaliteitskader wordt ontwikkeld door beroepsverenigingen, werkgevers en cliëntenorganisaties onder toezicht van de Inspectie. De norm 'verantwoorde werktoedeling' regelt welke werkzaamheden door welke beroepsbeoefenaren mogen worden uitgevoerd. Het Kwaliteitskader wordt ontwikkeld door beroepsgroepen onder toezicht van de Inspectie Toezicht (op naleving van de wet) en handhaving (optreden bij overtreding) gebeurt door Inspectie Jeugdzorg (IJZ) en Inspectie Gezondheidszorg (IGZ). De Inspectie voor Veiligheid en Justitie (IV&J) houdt toezicht bij tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen. Op dit moment is nog onduidelijk hoe de inspecties en de gemeenten deze taak in gezamenlijkheid gaan uitvoeren.

9. Sturen op zorggebruik en kosten

9.1 Het beschikbare budget

Op basis van historische gegevens over het gebruik van jeugdzorg op gemeentelijk niveau (bron: SCP en Cebeon) is door het ministerie een verdeelmodel opgesteld op basis waarvan de landelijke beschikbare middelen per 2015 zijn verdeeld voor de verschillende gemeenten. Daarbij is ook een kortingsmaatregel toegepast van 15%. Basis voor deze verdeling is het historische zorggebruik, ofwel hoeveel jeugdigen in 2011/2012 gebruik hebben gemaakt van de verschillende vormen van jeugdzorg. De hoogte van de voorlopige decentralisatie-uitkering per gemeente is weergegeven in tabel 1 hieronder. In de meicirculaire 2014 zal het definitieve bedrag per gemeente voor 2015 bekend worden gemaakt op basis van de dan meest recente gegevens van het zorggebruik en nadere besluiten.

	Voorlopig decentralisatie-uitkering 2015	Aantal jeugdigen (leeftijd 0-17, 2011)	Bedrag per jeugdige
Harderwijk	€ 9.401.820	10.283	€ 914
Ermelo	€ 5.357.220	5.491	€ 976
Nunspeet	€ 4.389.650	6.508	€ 675
Oldebroek	€ 3.967.060	5.338	€ 743
Putten	€ 3.895.250	5.653	€ 689
Elburg	€ 3.545.100	5.412	€ 655
Totaal	€ 30.556.100	38.685	€ 790

Tabel 1. Voorlopige berekening decentralisatie-uitkering Jeugdzorg [bron: meicirculaire 2013]

Het totaal beschikbare bedrag voor Regio Noord Veluwe is ca. 30,6 miljoen. Verschillen tussen gemeenten in tabel 1 worden verklaard door verschillen in de mate waarin jeugdigen in de gemeenten gebruik hebben gemaakt van de verschillende vormen van jeugdzorg.

De exacte hoogte van de beschikbare middelen per gemeenten zal medio 2014 definitief worden.

Naast de decentralisatie uitkering ontvangen en besteden de verschillende gemeenten ook andere middelen gerelateerd aan het jeugddomein, bijvoorbeeld de decentralisatie uitkering CJG. Met deze middelen werken gemeenten elk op hun eigen wijze aan het doel van de CJG's: het bevorderen de algemene gezondheid en het welzijn, een optimale opvoeding en een brede ontwikkeling van alle jeugdigen.

De sturing en financiële verantwoordelijkheid voor de basisvoorzieningen blijft bij de individuele gemeenten. De koppeling tussen deze basisvoorzieningen en het jeugdbeleid ligt met name in de regierol die gemeenten hebben op het stelsel.

9.2 Hoe gaan we dit verdelen?

Dat financiële middelen beperkt zijn, maakt helderheid over de verdeling van middelen op zowel korte en lange termijn belangrijk, met name voor de zorgpartijen die zich ook willen voorbereiden op de veranderingen.

Dit beleidsplan beoogt op hoofdlijnen richtinggevend te zijn, zonder te beschikken over definitieve getallen. Veel zal nader worden uitgewerkt in gesprekken met zorgpartijen.

De financiële middelen gaan in hoofdlijnen over twee segmenten: de basisteams enerzijds en de specialistische trajecten anderzijds.

De verhouding tussen deze twee is sterk afhankelijk van de mate waarin de zorg voor jeugdigen lokaal door het basisteam kan worden uitgevoerd. De transformatie beoogt zoveel mogelijk zorgverlening lokaal, door het basisteam, te laten gebeuren. Dit zal in de loop van de jaren in toenemende mate het geval zal zijn. De verdeling tussen deze onderdelen is daarmee geen vast gegeven, maar juist een sturingsparameter.

In 2015 zal, mede door de afspraken met de huidige zorgverleners in het transitiearrangement, het aandeel voor specialistische zorg mogelijk nog relatief groot zijn. De verdeling over bovenstaande onderdelen kan daarom pas in een later stadium worden bepaald. Mogelijk zal in 2015 nog ca 70-80% van de beschikbare middelen worden besteedt aan specialistische trajecten voor bestaande of nieuwe cliënten. Dit aandeel kan mogelijk worden afgebouwd naar 70% in 2018 wanneer het basisteam en de daarbinnen actieve behandelaren en gezinsbegeleiders meer zorgtaken zelf gaan uitvoeren.

Door deze verschuiving verwachten we dat de totale kosten worden gereduceerd. Daarmee streven we ernaar de taakstelling voor gemeenten in het jeugddomein te realiseren.

Populatiebekostiging voor het basisteam

Het best passende bekostigingsmodel voor het basisteam is populatiebekostiging. Dit is een model waarbij een vooraf vastgesteld bedrag per basisteam in een gemeente geormerkt beschikbaar wordt gesteld zodat geen factuur nodig is voor activiteiten of zorg die door het basisteam zelf wordt geleverd. Het basisteam heeft binnen dit budget grote autonomie, waarbij ze geprikkeld worden om doelmatig en innovatief te werken. Deze bekostigingsvorm sluit ook aan op de bekostiging van andere gerelateerde basisvoorzieningen namelijk een vast vooraf bepaald bedrag.

Populatiebekostiging betekent dat de regionale koepelorganisatie wordt bekostiging met een bedrag dat samengesteld is uit de volgende onderdelen:

1. Een bedrag ter dekking van de kosten (personeel/huisvesting/ICT/organisatie) van enerzijds de regionale organisatie (lean) en anderzijds de gemeentelijke basisteams.
2. Een beperkt werkbudget waar het basis team vrij over kan beschikken om onmiddellijk iets te kunnen of onorthodoxe oplossingen te kunnen financieren, mede ter voorkoming van meer ingrijpende en kostbaardere zorg.
3. Een werkbudget (quotum) voor het inhuren van specialistische expertise voor diagnostiek of het opstellen van een passend behandelplan.

In de beginjaren zullen wij de resultaten niet van directe invloed laten zijn op de hoogte van de bekostiging. In de beginjaren ligt de focus op ontwikkelen, en samen kijken naar resultaten, knelpunten, randvoorwaarden etc.

Cliëntvolgende bekostiging voor specialistische trajecten

Om keuzevrijheid te behouden maar tegelijkertijd de kosten te beheersen en oneigenlijk gebruik tegen te gaan, willen de regiogemeenten aanvullend werken met een cliëntvolgende bekostiging.

In de praktijk ziet dit er als volgt uit. Het basisteam stelt samen met de cliënt een persoonlijk plan op. Onderzocht wordt of deze ondersteuning of zorg kan worden geleverd door één van de specialistische partijen die regionaal of landelijk zijn gecontracteerd. Consultatie van één van de gespecialiseerde professionals kan worden 'ingevlogen' om het team ondersteunen. Na akkoord van het basisteam kan dit individuele traject starten. Bij aanvang wordt tussen basisteam en zorgaanbieder afspraken gemaakt over doorlooptijd, kosten als ook de verwachte resultaten van dit individuele traject. Het basisteam houdt contact met de cliënt en de zorgverlener over de voortgang.

Cliëntvolgende bekostiging betekent niet dat cliënten het geld op de eigen rekening krijgen gestort. De cliënt hoeft zelf geen administratie te doen.

Zowel de contractuele afspraken als de financiële afwikkeling vinden plaats tussen de aanbieder en de regionaal inkopende organisatie. Gemeenten houden zo grip op de doelmatigheid van de extra inzet van zorg of ondersteuning. De beoordeling van het basisteam vormt de toets die nodig is voor de toegang tot zorg en de evaluatie over de effectiviteit van de geboden zorg.. De formele afspraken tussen gemeenten en aanbieders over bijvoorbeeld het zorgaanbod, de kwaliteitseisen, facturatie en verantwoording worden gemaakt door de regionaal inkopende organisatie (ISNV). Het basisteam beoordeelt of in specifieke gevallen zorg moet worden geleverd door organisaties waarmee geen (regionale) contractafspraken bestaan.

Betaling door de gezamenlijke gemeenten

Voor de verdere uitwerking is een belangrijk startpunt, dat de onderlinge verhouding tussen de gemeenten bij het gezamenlijk inkopen van bovenlokale hulpvormen wordt bepaald wordt door een combinatie van een beperkt solidariteitsbeginsel (bijspringen waar nodig) met een onderlinge verzekering/-verevening (extra bij betalen bij aantoonbaar tekort schieten/falen in het bijdragen aan de afgesproken beleidsdoelstellingen).

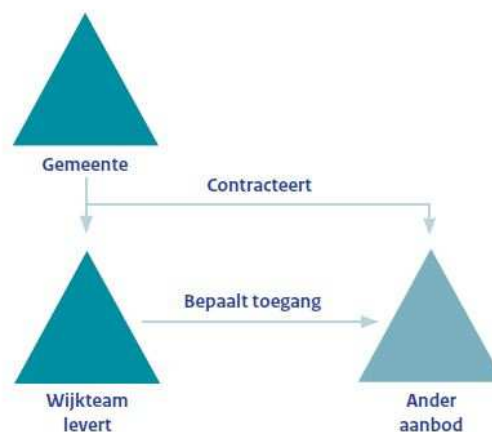
De cliëntvolgende bekostiging van de specialistische zorg wordt door de gemeenten vormgegeven door mantelcontracten met deze aanbieders. De inkoopfunctie van de gemeenten zorgt ervoor dat de ingekochte zorg aansluit op de behoefte van de basisteams. De zorgaanbieders factureren op basis van deze mantelcontracten aan de gemeenten.

Om ook voor de specialistische hulp invulling te geven aan de regionale solidariteit is het nodig dat middelen van de gemeenten voor de specialistische (bovenlokale) zorg worden samengevoegd. Dat betekent dat de woonplaats van de jeugdige niet bepalend is voor de facturatie en betaling. Uiteraard zal zorgvuldig worden gemonitord in welke mate vanuit de verschillende gemeentelijke basisteams een beroep wordt gedaan op de specialistische zorg. De cyclus van beleid, monitoring en verantwoording is beschreven in hoofdstuk 10.

9.4 Contractering

In de komende maanden zullen we aan de hand van dit beleidsdocument in gesprek gaan met diverse zorgpartijen die onderdelen van dit jeugd beleid kunnen gaan uitvoeren. Wij verkennen met hen zowel inhoudelijke als contractueel welke ideeën er bestaan om samen de opdracht in de nieuwe jeugdwet te kunnen realiseren. Hiervoor dienen als input de historische zorgvraag, de lopende zorgtrajecten van jeugdigen en de transitieafspraken voor 2015.

Deze gesprekken zullen in de loop van 2014 leiden tot formele afspraken en contracten met zorgpartijen. Dit is weergegeven in onderstaand figuur.



Figuur 2. Contractering van aanbod door gemeenten (bron: Sociale Wijkteams in ontwikkeling, Transitiebureau 'Voor de Jeugd')

9.3 Sturing op zorgvolume en kosten

Er zijn hooggespannen verwachtingen van het jeugdstelsel, waarbij gemeenten en zorgpartijen samen inzetten op transformatie en het publiek zal kijken naar zichtbaar falen. In ons beleid en afspraken past dan ook bescheidenheid over de maakbaarheid en beïnvloeding van persoonlijke en maatschappelijke problemen. Dit vraagt zorgvuldige communicatie en verwachting-management door zowel de gemeenten als de basisteams.

Naast de sturing op kwaliteit zoals beschreven in hoofdstuk 8, zullen gemeenten sturen op het zorgvolume en de zorgkosten. De contractafspraken die gemeenten maken met partijen vormen daarbij belangrijke aangrijpingspunten. De belangrijkste onderwerpen zijn:

1. Ontwikkelingen van de zorgvraag;
2. Beheersing van kosten;
3. Realistische verandersonnelheid in transitiefase
4. Fondsvorming voor calamiteiten..

Het sturen op deze onderwerpen betekent tegelijkertijd sturen op het beheersen van de financiële risico's in het nieuwe jeugdbeleid.

1. Ontwikkelingen van de zorgvraag

Er zijn diverse factoren die het onzeker maken of de beschikbare middelen voldoende zijn voor het realiseren van voldoende en goede jeugdzorg. Per 2016 zullen de landelijk beschikbare middelen worden verdeeld over de gemeenten op basis van kenmerken van de bevolking. Dit wil zeggen dat het beschikbare geld per gemeente niet vanzelfsprekend past dan wel de ontwikkeling van de zorgvraag gaat volgen.

De nieuwe Jeugdwet gaat uit van een groot probleemoplossend vermogen van mensen en hun omgeving en een hogere drempel tot specialistische zorg met tegelijkertijd grote verwachtingen van preventie en het voorkomen van ellende door vroeg-interventie. Dit vraagt zorgvuldigheid en maatwerk van het basisteam.

Het samenstel van onzekerheden over de ontwikkeling van de hulpvraag betekent dat vanaf het begin, maar zeker ook in de jaren daarna, goede monitoring nodig is van de zorgvraag. De inzichten uit deze monitoring zullen door de gemeenten samen worden besproken zodat waar nodig kan worden bijgestuurd.

2. Beheersing van kosten

In de eerste jaren van de transitie is de omvang en de ontwikkeling van de zorgvraag onduidelijk. De kans bestaat dat de beschikbare middelen onvoldoende zijn. Er bestaat de kans dat het populatie gebonden budget in de praktijk onvoldoende is voor de werkzaamheden die op het basisteam afkomen. Wanneer uitbreiding van het budget niet mogelijk is ontstaan wachtlijsten of de burgers ervaren een verschraving van het zorgaanbod. In dat geval ontstaat een hoge druk op de basisteams waardoor mogelijk vaker zal worden doorverwezen naar specialistische ondersteuning. Dit afwentelrisico leidt tot verhoging van de totale kosten van jeugdzorg.

De cliëntvolgende bekostiging van de specialistische, veelal duurdere trajecten, kent een volumeprikkel maar deze kan worden beheerst door professionele sturing op de toegang door de basisteams. Vooraf wordt voor elke cliënt een budget vastgesteld zodat monitoring van de uitputting van het budget mogelijk is. Dit geldt ook voor cliënten die specialistische zorg krijgen op basis van een verwijzing door de huisarts of vanuit het gedwongen kader.

Sturing op beheersing van kosten vraagt allereerst goede indicatoren en een financiële monitor voor elk van de basisteams. Focus van deze monitor zijn de zorgkosten verbonden met individuele specialistische zorgtrajecten en de inzet van specialistische expertise voor diagnostiek en het opstellen van een zorgplan. Deze monitortask ligt bij de regionale werkmaatschappij.

Samen met de gemeente als opdrachtgever zal periodiek besproken worden hoe de kosten zich ontwikkelen, wat daarvoor mogelijke verklaringen zijn en welke bijsturing door gemeenten of de regionale werkmaatschappij met zijn basisteams nodig is. Wanneer ondanks dat toch overschrijdingen dreigen, worden deze tijdig bestuurlijk worden besproken.

3. Realistische verandersonnelheid in de transitiefase

Het inrichten van een nieuw jeugdstelsel is complex en vraagt tijd en geduld. Het zal mogelijk langere tijd duren voordat de beoogde beleidsdoelstellingen worden gerealiseerd. Ook kunnen het beoogde overgangsregime voor bestaande cliënten en continuïteitsafspraken met instellingen redenen zijn dat de snelheid van veranderingen lager zijn.

Zoals aangegeven in paragraaf 9.2 is de verhouding van kosten nodig voor het basisteam en de kosten nodig voor specialistische trajecten een indicator voor de transformatie. Het monitoren van volume en kosten van beide segmenten is daarmee tevens een monitor van de voortgang van de transformatie. Daarbij geldt uiteraard dat cijfers ook niet alles zeggen. Betrokken partijen zullen in gesprek blijven om de cijfers te duiden en te zoeken naar verbetermogelijkheden.

4. Fondsvorming voor calamiteiten

Onzekerheden vragen om reserveringen. daarom stellen wij voor om voor onvoorziene ontwikkelingen m.b.t. gebruik van zorg en de zorgvraag voor een periode van 4 jaar een calamiteiten/risicofonds in te richten. Gemeenten kunnen hiermee onvoorziene uitgaven opvangen en tegelijkertijd door de jaren heen een meer solide en een op ervaring gestoelde budgetteringsverhouding

10. Sturen op resultaat en effect

10.1 Bestuurlijke afstemming

De gemeenten hebben in het nieuwe jeugdstelsel een belangrijke rol als opdrachtgever maar ook in het realiseren van de randvoorwaarden die een succesvol basisteam nodig heeft. Gemeenten bespreken daarom regelmatig, tenminste elk kwartaal de ontwikkelingen met de regionale organisatie waarbinnen de basisteams zijn geplaatst. Zeker in de eerste jaren zal dit het karakter hebben van samen leren, samen ontwikkelen en samen bewaken. Gemeenten zullen in deze gesprekken vertrouwen ontwikkelen in de professionaliteit en autonomie van de regionale organisatie.

Samen met de werkmaatschappij regionaal CJG gaan wij op zoek naar meest effectieve manier om dit in te richten. Wij verwachten dat dit meerdere lagen heeft. Op gemeentelijk niveau zal in een jaarcyclus het jaarplan van een basisteam worden opgesteld, afgestemd op de lokale situatie, beoogde resultaten en de aanwezige basisvoorzieningen. Op operationeel niveau zal het basisteam contact houden met de eigen gemeente over de uitvoering van dit plan.

De jaarplannen van de basisteams op gemeentelijk niveau zullen worden samengevoegd in een jaarplan van de werkmaatschappij regionaal CJG. Deze vormt de input voor de jaarlijkse subsidieafspraken. Op basis van deze subsidieafspraken en de op basis daarvan ingerichte monitoring zal elk kwartaal een bestuurlijke afstemming plaatsvinden met de regionale organisatie. Deze afstemming kan plaatsvinden door twee vertegenwoordigers van de gemeenten met twee bestuurders van de regionale werkmaatschappij.

10.2 Monitoring en sturing

Wij verwachten van de werkmaatschappij regionaal CJG dat zij een goede regionale monitoring inricht voor de vraagontwikkeling, de financiële uitputting van het budget voor specialistische zorg en resultaten van het nieuwe jeugdbeleid. Deze monitoring is gericht op zowel de financiële als inhoudelijke aspecten en het verband daartussen. Deze monitoring vormt de basis voor de verantwoording aan gemeenten in het bestuurlijke kwartaaloverleg en voor de jaarverantwoording.

De inhoudelijke monitoring werkt met resultaat-indicatoren en neemt als startpunt de plannen die de basisteams in afstemming met de verschillende gemeenten hebben opgesteld. Elk van de basisteams zal dezelfde indicatoren hanteren. De basisteams zullen bij deze trends een toelichting schrijven. De trends en ook de verschillen tussen gemeenten worden besproken in bestuurlijk overleg. Daaruit kan een gerichte aanpak worden geformuleerd binnen het jeugdstelsel of kunnen met gemeenten aanvullende afspraken worden gemaakt op aangrenzende beleidsterreinen.

In de eerste jaren de omvang en de ontwikkeling van de vraag nog onduidelijk is, zie risico's geformuleerd in hoofdstuk 7, bestaat de kans dat het populatie gebonden budget of de middelen beschikbaar voor cliëntvolgende bekostiging van specialistische zorg in de praktijk onvoldoende blijkt. Doel van de regionale monitoring is dit tijdig te signaleren. Wanneer uit trendanalyse blijkt dat overschrijdingen dreigen, zijn er drie opties:

- olopende wachttijden en wachtlijsten accepteren, eventueel met overbruggingshulp vanuit de basisteams;
- terugvallen op alternatieve en goedkopere vormen van zorg, daarbij eventueel een lager zorgniveau voor lief nemen (zie compensatiebeginsel Wmo);
- extra budget vragen aan de gemeenteraden.

Een belangrijke indicator voor dreigende overschrijding is ook de mate waarin basisteams de specialistische ondersteuning inzetten. De inzet van specialistische zorg door de verschillende wijkteams, de verwijzingen door de huisarts en vanuit het gedwongen kader zijn daarom een belangrijke inhoudelijke component van de monitor. Door samen te kijken naar verschillen kunnen mogelijke oorzaken worden achterhaald en werken we samen aan tijdige interventies.

In deze monitoring en sturing worden de trends van gemeenten onderling met elkaar vergeleken. Vanuit het beginsel van solidariteit zullen verschillen in kosten per gemeente samen worden gedragen. Daarmee werkt dit regionale beleid als een 'onderlinge verzekering' voor de gemeenten. Tegelijkertijd zullen gemeenten elkaar onderling aanspreken over de mogelijke oorzaak van de verschillen in kosten, bijvoorbeeld een verschillend niveau van basisvoorzieningen. Pas wanneer meerjarige informatie beschikbaar is over de werking van het nieuwe jeugdstelsel en trendverschillen tussen de wijkteams structureel blijken, is het denkbaar om deze 'onderlinge verzekering' tussen de gemeenten uit te breiden met een bonus/malus-regeling.

11. Rechtsbescherming, cliëntparticipatie, vertrouwenspersonen en klachtafhandeling

In de concept Jeugdwet is bepaald hoe de cliëntenparticipatie, de instelling van een vertrouwenspersoon en klachtafhandeling geregeld dienen te worden.

Een deel hiervan dient door gemeenten opgepakt te worden en een deel is voor verantwoordelijkheid van jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen voor gesloten jeugdhulp.

Bij de vormen van jeugdhulp waar extra wettelijke kwaliteitseisen aan gesteld worden, wordt klachtrecht analoog aan de Wet cliëntenrechten zorg geregeld.

Cliëntenparticipatie zal op Rijksniveau geregeld worden in die gevallen waarbij sprake is van niet-vrijwillige jeugdhulp, verblijf in intensieve ambulante jeugdhulp in het gedwongen kader.

Voor de overige vormen van jeugdhulp zullen de gemeenten de opdracht krijgen om regels te stellen ten aanzien van kwaliteit, medezeggenschap en klachtrecht.

We verwachten dat de 'keukentafelgesprekken' door professionals van het basisteam leiden tot een beperkt aantal meningsverschillen over welke ondersteuning nodig is. Desalniettemin moeten we een vangnet organiseren om de rechtsbescherming van cliënten op een zorgvuldige manier te regelen. Er zijn verschillende mogelijkheden om de rechtsbescherming te borgen, zoals:

- Het bieden van de gelegenheid aan cliënten om vertrouwenspersonen te betrekken bij het keukentafelgesprek, wat bij toepassing van sociale netwerkstrategieën automatisch gebeurt;
- Het bieden van de mogelijkheid van een second opinion;
- Alleen als er sprake is van een blijvend meningsverschil (op verzoek) een beschikking afgeven, waartegen bezwaar kan worden gemaakt;
- Cliënten kunnen een beroep doen op de klachtenregeling van de betrokken instelling;
- Een overkoepelende onafhankelijke mediation-functie en/of klachtencommissie;
- Een structurele vorm van cliëntenparticipatie.

Concrete uitwerking van de thema's zal in 2014 plaatsvinden en als deelnota 'cliëntenparticipatie, vertrouwenspersoon en klachtafhandeling' aan dit beleidsplan worden toegevoegd. Daarin zal ook worden opgenomen welke maatregelen er worden getroffen om zorgaanbieders te verplichten een effectieve en laagdrempelige klachtafhandeling te hebben.

12. Beslispunten bij beleidsplan 'In 1 keer goed!'

Beslispunt 1

Het gezin/de cliënt staat centraal. Het fundament onder de transformatie is dat de hulp in het nieuwe hulpstelsel van 'achteren' naar 'voren' verschuift, dus naar de cliënt toe. De inrichting van ondersteuning, hulp en zorg volgt deze beweging en clustert expertise in lokale multidisciplinaire basisteams jeugd en gezinswerkers.

Beslispunt 2

Het basisteam jeugd en gezinswerkers:

- pakt alle vragen van jeugdigen en ouders op: van licht tot zwaar en van kortdurend tot langdurend, van informeren tot ambulante behandeling;
- hanteert als criterium hierbij: alles wat dichtbij kan wordt dichtbij uitgevoerd en wordt maatwerk;
- schakelt bij twijfel over deze afweging of als second opinion specialistische expertise in;
- haalt waar nodig hulp van bovenlokale/landelijke specialistische zorg naar gezin.

Beslispunt 3

Elk basisteam jeugd en gezinswerkers werkt onder regionale coördinatie aan een gemeentelijk opdracht, binnen een vastgesteld gemeentelijk geormerkt budget en legt bij die gemeente verantwoording af over de behaalde resultaten.

Beslispunt 4

De lokaal werkende basisteams jeugd en gezinswerkers worden in 2015 ondergebracht in de werkmaatschappij regionaal CJG met een minimale managementlaag, waar veel ruimte is voor zelfmanagement in de teams.

Beslispunt 5

Voor de inkoop van het volume van alle bovenlokale specialistische zorg, die niet binnen de uitvoering van het basisteam valt, hanteren de gemeenten het solidariteitsbeginsel. Dit betekent dat:

- de hiervoor benodigde budgetten door gemeenten regionaal worden samengevoegd;
- gemeenten jaarlijks beoordelen of een regionale verevening moet plaatsvinden (= als een gemeente buiten een gezamenlijk vastgestelde bandbreedte een beroep doet op de bovenlokale specialistische zorg).

Beslispunt 6

Gemeenten budgetteren het volume voor bovenregionale zorg op basis van historische gegevens per gemeente en beleggen de inkoop van deze zorg bij het gezamenlijke regionale inkoopbureau.

Beslispunt 7

De werkmaatschappij regionaal CJG stelt indicatoren op, waarmee elk basisteam haar budget zelf kan bewaken. Zij monitort tevens het gebruik (soort en aantal) van bovenregionale hulp en verwijsgedrag. Deze indicatoren worden door de gemeenten vastgesteld.

Beslispunt 8

Gemeenten sturen autonoom op het eigen geormerkte budget via de lokale resultaten en bewaken in gezamenlijkheid het budget (bedrag i.r.t. hulpgebruik) van bovenlokale specialistische zorg.

13. Hoe verder?

Uit alle voorgaande hoofdstukken liggen er nog een aantal uit te werken thema's, onderwerpen en vraagstukken. Al deze zaken kunnen worden uitgewerkt in de implementatie-fase. Deze zaken vatten we samen in een actie-puntenlijst. Deze bevat beleidsdocumenten die nog vastgesteld moeten worden, maar ook inhoudelijke thema's die nog uitgewerkt moeten worden.

Documenten die nog vastgesteld moeten worden:

- Uitwerking van Organisatie- en inrichtingsplan
- Financieel beleidsplan
- Inkoopbeleid (lokaal en regionaal)
- Verordeningen en beleidsregels

Inhoudelijk moeten de volgende thema's nog verder worden uitgewerkt:

- Aansluiting basisteams en sociale wijkteams
- Toegang tot het gedwongen kader
- Aansluiting met passend onderwijs
- Aansluiting met de andere 2 gemeentelijke decentralisaties (AWBZ en participatiewet)
- Verbinding met de huisarts
- Inkoop en contracteren regionale en boven regionale zorg en mantelcontracten
- Risicodeling (zowel regionaal als bovenregionaal)
- Bovenregionale samenwerking en bovenregionale inkoop
- Ontwikkelen van de monitor op zorggebruik, zorgvraag en kosten
- Normenkader voor kwaliteit van zorg ontwikkelen/aanhaken bij landelijke ontwikkelingen en deze implementeren
- Uitwerken van de Planning en Control cyclus

Samenwerking RNV-gemeenten

De gemeenten in de RNV hebben met elkaar afgesproken om voor het vormgeven van de Jeugdzorg met elkaar in RNV verband op te trekken tot de implementatie-fase. Daarna is een moment ingebouwd waarop de gemeenten kunnen besluiten om wel of niet mee te doen. Ook is er nog de mogelijkheid voor andere gemeenten (dan de 6 die nu samenwerken) om aan te sluiten. Dat betekent dat bij de vaststelling van dit beleidskader ook het moment is gekomen om een uitspraak te doen over de volgende fasen van de transitie Jeugdzorg. Bovendien is het voor de verdere uitwerking noodzakelijk om te weten wie de deelnemende gemeenten zijn. Het al dan niet meedoen van 1 of meerdere gemeenten kan gevolgen hebben voor het inrichtingsmodel, maar ook voor het financiële plaatje en het vormgeven van inkoop en contractering

Daarom is het belangrijk dat de 6 gemeenten een uitspraak doen over de vraag zij de implementatie en uitvoering van de jeugdzorg samen vorm zullen geven?

Ons advies is om de samen ontwikkelde kennis en expertise (in visie, in experimenten en projecten) gezamenlijk te benutten in een voortzetting van de regionale samenwerking in welk verband dan ook.

BIJLAGE 1

De inkoop en uitvoering van de nieuwe taken: lokaal, regionaal en bovenregionaal

Met de decentralisatie van de jeugdzorg komt een groot aantal nieuwe taken naar de gemeenten. Voor de inkoop en uitvoering van deze nieuwe gemeentelijke taken geldt als uitgangspunt dat de uitvoering zo lokaal en zo dichtbij mogelijk plaatsvindt. Voor een aantal taken is er echter argumenten om dit op een hoger schaalniveau in te kopen en uit te voeren. Het betreft taken die zeer specialistisch van aard zijn of omdat er het lokaal om zeer kleine aantallen kinderen gaat. In dat geval is er sprake van schaalvoordeel en efficiency om de samenwerking te zoeken op regionaal of bovenregionaalniveau.

Door gemeenten wordt onderscheid gemaakt tussen het niveau van inkoop en uitvoering. Het is mogelijk om bijvoorbeeld taken regionaal in te kopen maar voor de uitvoering te kiezen voor lokaal maatwerk. Binnen een raamcontract zal hier ruimte voor worden gemaakt. Hetzelfde geldt voor bovenregionale inkoop en waarbij de uitvoering regionale of lokale invulling krijgt.

Bovenregionale samenwerking houdt in dat er sprake is van samenwerking tussen 2 of meer regio's. Bovenregionale samenwerking kan dus niet automatisch gelijk worden gesteld aan samenwerking op provinciaal niveau. Door de regio's zal bij bovenregionale samenwerking wel altijd worden gekeken naar het meest voordelige schaalniveau.

Voor een aantal zeer specialistische functies met een landelijk dekkinggebied zal naar alle waarschijnlijkheid landelijke afspraken worden gemaakt over inkoop. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft hiervoor een voorstel gedaan. Regio's volgen in principe het voorstel van de VNG en wachten de definitieve uitkomst hierover af. In onderstaand schema is het voorstel van de VNG reeds opgenomen.

Onderstaande indeling is op provinciaal (zeven Gelderse regio's), regionaal en lokaal niveau afgestemd. Het is echter mogelijk dat op onderdelen wordt afgeweken. Dit kan samenhangen met de aard van de regio (aanwezigheid grote steden), de huidige spreiding van voorzieningen en voortschrijdend inzicht.

1. De huidige provinciaal gefinancierde jeugdzorg en JeugdzorgPlus

Producten	Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)		Argumentatie voor schaalkeuze
	Uitvoeren	Inkopen	
Jeugdbescherming	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop: dwang en gespecialiseerd, expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte Voor uitvoering: het is belangrijk dat de gezinsvoogd een onafhankelijke rol heeft (en dus geen plek in gebiedsteam)
Toeleiding hulp	Lokaal	Lokaal	Voor inkoop: expertise lokaal aanwezig en kennis van lokale sociale kaart. Voor uitvoering: signalering en melding beleggen we lokaal binnen gebiedsteams
Zorgmeldingen professionals	Nvt	Nvt	
Jeugdzorg Plus	Bovenregionaal/landelijk	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.

Producten	Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)		Argumentatie voor schaalkeuze
	Uitvoeren	Inkopen	
Expertise behandelcentrum (geweld afhankelijkheidsrelaties)	en in Bovenregionaal/landelijk	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
Forensische zorg (inzet erkende gedragsinterventie binnen jeugdreclassering)	Bovenregionaal/landelijk	Bovenregionaal	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
Activiteiten AMK	Regionaal	Regionaal	Voor uitvoering en inkoop: benutten bekendheid huidige toegang, schaalgrootte Mogelijk aansluiten bij Veiligheidsregio/GGD-regio
Casemanagement AMK	Regionaal	Regionaal	Aansluiten bij lokale kennis Op afroep lokaal beschikbaar
Jeugdreclassering	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop: dwang en gespecialiseerd, expertise is lokaal niet aanwezig en duur; schaalgrootte Voor uitvoering: het is belangrijk dat de gezinsvoogd een onafhankelijke rol heeft (en dus geen plek in gebiedsteam)
Crisis 24 uur residentieel	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte Aansluiten bij Veiligheidsregio/GGD-regio
Toegang jeugdzorg Plus	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Aansluiten bij Veiligheidsregio (Voor JeugdzorgPlus is een rechterlijke machtiging nodig)
Jeugdhulp	Lokaal	Regionaal	Regionale bundeling van expertise.
Verblijf deeltijd	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte. Wel zo dichtbij mogelijk woonplaats
Verblijf pleegzorg	Regionaal	Regionaal/Bovenregionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte. Passende plek is soms lokaal en dichtbij, soms ver weg (veiligheid) Voorkeur netwerkpleegzorg
gezinshuizen	Regionaal	Regionaal/Bovenregionaal	
Verblijf 24 uur residentieel	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte
Spoedeisende zorg (crisis) Ambulant team	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte

Zorg, nu Zorgverzekeringswet (ZvW) en AWBZ

2a. Jeugd-GGZ (jeugd geestelijke gezondheidszorg)

Producten	Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)		Argumentatie voor schaal keuze
	Uitvoeren	Inkopen	
Gespecialiseerde diagnostiek van VB en jeugd GGZ	Bovenregionaal	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
Topklinische GGZ	Bovenregionaal	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
Preventie GGZ	Lokaal	Regionaal	Voor inkoop: expertise is lokaal niet aanwezig, duur, schaalgrootte Ambitieniveau uitvoering lokaal
Diagnostiek	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte.
Kortdurende behandeling	Lokaal	Regionaal	Voor inkoop: expertise is lokaal niet aanwezig, deze haal je naar gebiedsteams, schaalgrootte Voor uitvoering: lokale uitvoering in gebiedsteams en lokale coördinatie zorg
Gezinsbehandeling	Lokaal	Regionaal	Voor inkoop: expertise is lokaal niet aanwezig, deze haal je naar gebiedsteams, schaalgrootte Voor uitvoering: lokale uitvoering in gebiedsteams en lokale coördinatie zorg
Verslavingszorg	Preventie lokaal en behandeling regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte Regionaal met een lokale tint
Beschermd wonen	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte.
Langdurige zorg en begeleiding	Lokaal/Regionaal	Regionaal	Voor uitvoering: lokale uitvoering in gebieds- teams & lokale coördinatie zorg Voor inkoop: expertise is lokaal niet aanwezig, deze haal je naar gebiedsteams, schaalgrootte
Eerstelijns psycholoog	Lokaal	Lokaal	Voor uitvoering en inkoop: expertise lokaal aanwezig
Mantelzorg PGB	-	-	Vergt nader onderzoek

2b. Jeugd-VB (zorg voor verstandelijk beperkte jeugd)

Producten	Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)		Argumentatie voor schaal keuze
	Uitvoeren	Inkopen	
Gespecialiseerde diagnostiek van VB en jeugd GGZ	Bovenregionaal	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
VB jongeren ZP 4 en 5 en samenloop (van beperkingen en/of behandelingen) ZP = Zorgzwaartepakket	Bovenregionaal	Bovenregionaal	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod
VB jongeren met zwaardere zorg dan ZP 5	Landelijk	Landelijk	Voor uitvoering en inkoop: kleine doelgroep, specifieke expertise, klein aanbod. Voorstel VNG tot landelijke inkoop.
Ambulante woonbegeleiding	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte.
Beschermd wonen	Regionaal	Regionaal	Voor inkoop en uitvoering: expertise is lokaal niet aanwezig en duur, schaalgrootte.
Mantelzorg PGB	-	-	Vergt nader onderzoek

3. Vrijgevestigde (vooral jeugd-GGZ)

Producten	Keuze schaalniveau (lokaal regionaal en bovenregionaal)		Argumentatie voor schaal keuze
	Uitvoeren	Inkopen	
Eerstelijns psycholoog	Lokaal	Lokaal	Voor uitvoering en inkoop: expertise lokaal aanwezig
Gezinsbehandeling en begeleiding	Lokaal	Lokaal/Regionaal	Voor uitvoering: lokale uitvoering in gebiedsteams en lokale coördinatie van zorg

BIJLAGE 2

Lijst met afkortingen

AMHK	Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
AMK	Advies en Meldpunt Kindermishandeling
Apps	Mobiele applicaties
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Cebeon	Centrum beleidsadviseerend Onderzoek b.v.
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HBO	Hoger Beroepsonderwijs
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
IJZ	Inspectie Jeugdzorg
IV&J	Inspectie voor Veiligheid en Justitie
JB	Jeugdbescherming
Jeugd-GGz (JGGZ)	Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg
Jeugd-LVG (JLVB)	Jeugd Lichtverstandelijk Beperkt
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
J&O	Jeugd en Opvoedhulp
JR	Jeugdreclassering
OOGO	Op Overeenstemming Gericht Overleg
OTS	Ondertoezichtstelling
POH-GGZ	Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk Geestelijke Gezondheidszorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SHG	Steunpunt Huiselijk Geweld
VB	Verstandelijk Beperkt
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VOG	Verklaring Omtrent het Gedrag
W&I	Werk en Inkomen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WO	Wetenschappelijk Onderwijs
Zvw	Zorgverzekeringswet
3D	Drie decentralisaties