

Regionaal transitiearrangement
Regio Amsterdam-Amstelland

29 oktober 2013

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1 Inleiding	9
1.1 Inhoud van het arrangement	9
1.2 Reikwijdte van het transitiearrangement	10
1.3 Voorbehouden bij het transitiearrangement	10
1.4 Aanloopjaar 2014	11
1.5 Doorkijk naar 2016 en 2017	11
2 Huidige situatie	12
2.1 Een nieuwe organisatie van de jeugdhulp	12
2.2 LVB en JGGZ is relatief nieuw voor de betrokken gemeenten	12
3 Visie op zorg aan jeugd, zorg dichtbij, eigen kracht centraal	14
3.1 Gedeelde uitgangspunten visie op jeugdhulp	14
3.2 Transformatieagenda	15
4 Continuïteit van zorg en behoud zorgstructuur	16
4.1 Continuïteit van zorg	16
4.2 Specifieke doelgroepen	17
4.3 Buitenregionale plaatsingen en calamiteitenbudget	17
4.4 Specifieke zorgvormen	18
4.5 Informatievoorziening	19
5 Al ingezette ontwikkelingen	21
6 Toekomstige inkoop van zorg aan jeugd	22
6.1 Totaal budget	22
6.2 Beleidsrijkt toekomstscenario per productsoort	25
6.2.1 Residentieel	25
6.2.2 Dagbehandeling	25
6.2.3 Pleegzorg	26
6.2.4 Jeugdbescherming/Jeugdreclassering	26
6.2.5 Advies en Meldpunt Huiselijke Geweld en Kindermishandeling	26
6.2.6 Crisiszorg	27
6.2.7 Buitenregionale plaatsingen	27
6.2.8 Zorg aan jeugd plus	27
6.2.9 PGB Over de zorg die mensen zelf inkopen met het PGB is geen specifieke informatie bekend. Hierover maken gemeenten op lokaal niveau afspraken.	28
6.3 Gezamenlijke inkoop door gemeenten	28
6.4 Totale budgetten per instelling 2012 vs 2015	30

7	Frictiekosten	32
7.1	Frictiekosten op het gebied van vastgoed	32
7.2	Frictiekosten op het gebied van personeel	33
7.3	Afbouw overhead en vastgoed	33
7.4	Invloed beleidskeuzes op frictiekosten	33
7.5	Overige frictiekosten	34
7.6	Frictiekosten BJAA	34
7.7	Frictiekosten overige instellingen	35

Bijlagen

BIJLAGEN	37	
A	Betrokken partners bij transitiearrangement	39
B	Specialistische zorg, landelijk georganiseerd	39
C	Tabellen en cijfers	42
D	Totaaloverzicht zorgaanbod jeugd	44
E	Gelijkschakeling definities Basis (J)GGZ en 'Om Het Kind'	45
F	Lopende innovaties en innovatieagenda	48
G	Activiteiten ter voorbereiding totstandkoming RTA	50

Samenvatting

Essenties Regionaal transitiearrangement Amsterdam-Amstelland

Voor u ligt het regionaal transitiearrangement (RTA) van de regio Amsterdam-Amstelland. Hiermee geven we invulling aan de afspraken die het Rijk, de VNG en IPO gemaakt hebben. Daarbij gaat het vooral om het realiseren van zorgcontinuïteit voor kinderen en jongeren die op 31 december 2014 in zorg zijn (of die op een wachtlijst staan), waarbij er een nauwe relatie is met het in stand houden van de zorginfrastructuur en het beperken van frictiekosten.

Het arrangement is zoveel mogelijk vastgesteld door de colleges van B&W van de deelnemende gemeenten op 29 oktober 2013. Voor Diemen gebeurt dit op 12 november 2013. De colleges leggen het arrangement nog voor aan de gemeenteraden.

Het RTA is onderdeel van een breder ontwikkelproces

Dit regionaal transitiearrangement maakt onderdeel uit van een breder en ambitieus ontwikkelproces. Vanuit de bestaande samenwerking in de Stadsregio Amsterdam (SRA) hebben gemeenten op veel fronten gezamenlijk kunnen optrekken. De regio Amsterdam-Amstelland is in samenwerking met regio's Haarlemmermeer en Zaanstreek-Waterland in gesprek met instellingen en bestaande financiers. Een groot deel van dit arrangement is overeenkomstig aan dat van de andere regio's binnen de SRA.

Eerste afspraken zijn in dit RTA opgenomen conform de doelstellingen van Rijk, VNG en IPO en aandachtspunten die door de Transitiecommissie Jeugd (TSJ) zijn aangereikt. Ook daarbuiten is een ontwikkelagenda vastgesteld waarin gemeenten, instellingen en huidige financiers verder werken aan een succesvolle transitie en transformatie. Een aantal specialistische functies vallen onder een landelijk arrangement waar de VNG het voortouw in heeft.

De opgave waarvoor partijen samen staan draait om vernieuwing van zowel de inhoud van de zorg en ondersteuning aan kinderen, jongeren en/of hun opvoeders, als de onderliggende structuren, processen en werkwijzen. De transformatie die daarnaast van cruciaal belang is heeft ook onze aandacht. In het RTA en daarbuiten zijn ook hiervoor al goede startafspraken gemaakt. De totstandkoming van afspraken is gelukt door de constructieve houding van de vele betrokkenen die tot een gezamenlijk perspectief zijn gekomen. Op 1 januari 2015 zijn gemeenten klaar voor de daadwerkelijke overgang van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Een duidelijk toekomstperspectief

Gemeenten hebben in de gesprekken met instellingen richting en duidelijkheid gegeven op de punten waar dit kan. De inhoud is hierin leidend geweest waardoor verwachte geldstromen 'beleidsrijk' zijn aangepast. Er ligt een toekomstvisie en vertaling naar budgetontwikkeling op zorgsoort die in potentie voor meerdere jaren richtinggevend is bij de beoogde transitie en transformatie. Het maakt tevens mogelijk

om al in 2014 toe te groeien in voorbereiding op een zachte landing. De gemeenten hebben een duidelijke intentie om de eerste jaren met bestaande aanbieders samen te blijven werken en de noodzakelijke innovatie vorm te geven.

De uitdaging is de sociale veerkracht te versterken, zodat ouders, jeugdigen, scholen en buurten problemen klein kunnen houden en zelf kunnen oplossen. Waar dit niet lukt ondersteunen gemeenten op maat waarbij we ook oog houden voor specialistische hulp en voorzieningen die hierin belangrijk zijn blijven.

Centraal staat dat we mensen in staat stellen meer controle over hun eigen leven en omgeving te nemen. Dat we professionals meer ruimte geven om van hun ervaring en expertise gebruik te maken. Zo voorkomen we groei van problemen wanneer dit voorkomen kan worden en worden ondersteuningsvragen effectief ingevuld.

In de regio wordt, zowel door gemeenten als huidige financiers en zorgaanbieders, al enkele jaren actief gewerkt aan het veranderingsproces om de beoogde transformatie te realiseren.

Het constructieve overleg dat partijen onderling voeren rond dit transitiearrangement intensificeert dit proces en geeft vertrouwen voor de toekomst.

De gemeenten sturen vooruitlopend op en in 2015 op de volgende bewegingen:

1. *Versterken van de eerste lijn:* Gemeenten streven er naar de teams daadwerkelijk interdisciplinair te laten zijn. Dit betekent dat niet alleen lokale partijen en jeugdzorg positie krijgen, maar dat dit ook geldt voor JGGZ en Jeugd(L)VB. De toegang tot zorg wordt binnen de lokale teams georganiseerd. Vanuit de teams wordt aangesloten op de nuldelijn.
2. *Ambulantisering, omvorming en verantwoorde afbouw van residentiële zorg*
3. *Inzet op het jonge kind:* De Stadsregio Amsterdam heeft zorg voor het 'jonge kind' de afgelopen jaren tot prioriteit benoemd vanuit de overweging dat een vroege behandeling een langdurige of intensieve zorgcarrière kan helpen voorkomen. De regio Amsterdam-Amstelland kiest ervoor het speerpuntbeleid van de huidige provinciale financier ten aanzien van het jonge kind voort te zetten.
4. *Ruimte voor nieuwe aanbieders:* Binnen het bestaande budget wordt ruimte vrij gemaakt voor innovatie én nieuwe aanbieders.

Gemeenten zullen budgetten laten groeien voor de wijkgerichte aanpak, het inzetten op preventie, vroegtijdig ingrijpen om erger te voorkomen. Waar vroeg en integraal signaleren en diagnosticeren vaker leidt tot een 'in een keer goed'-verwijzing. Het beroep op duurdere voorzieningen willen we verminderen, met verantwoorde afbouw en efficiencywinst door betere samenwerking. Voor de gemeenten geldt dat zij allen werken aan de herinrichting van hun eerstelijns. Alhoewel de organisatievorm kan verschillen per gemeente (Jeugdteam, CJGPlus, sociaal team, etc) geldt dat gemeenten hun eerstelijns organiseren in interdisciplinaire, gebiedsgerichte teams. In grotere gemeenten vormt de wijk doorgaans de afbakening voor deze teams; in kleinere gemeenten zal dit vaak de dorpskern zelf zijn. Ook experimenteren de gemeenten sinds 2011 met de lokale uitvoering van de toegangsfunctie van Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam. Gefaciliteerd door de Stadsregio, dragen

gemeenten bovendien nu al verantwoordelijkheid voor de inkoop van delen van de ambulante ondersteuning.

Ondersteuning bieden we het liefst extramuraal in de omgeving van school en ouders. En wanneer opname, of uithuisplaatsing dan toch noodzakelijk is, zetten we innovatief en integraal aanbod in om deze situatie zo kort mogelijk te laten duren. Het verblijf buiten het eigen gezin willen we zo normaal mogelijk laten verlopen: niet in een residentiële instelling als dat niet nodig is, maar eerder via pleegzorg of gezinshuizen.

De Stadsregio heeft als huidige financier van de provinciale jeugdzorg stevig ingezet op het toepassen van Eigen Kracht Conferenties (EKC's) en de effecten daarvan zijn beschreven in een onderzoek dat is gedaan bij de eerste 100 EKC's vanaf begin 2010. Ook hebben de Stadsregio en zorgverzekeraar Agis/Achmea initiatief genomen op het gebied van multifocale zorgtrajecten, waarin de financiers samen optrekken om samenhangende zorg vanuit de jeugdzorg in combinatie met de jeugdpsychiatrie en de jeugdzorg voor kinderen met een verstandelijke beperking mogelijk te maken. Ten aanzien van de residentiële zorg stuurt de SRA, in nauwe samenwerking met zorgaanbieders Spirit en Altra, op afbouw en ombouw. Dit beleid moet niet alleen leiden tot een budgettaire besparing op residentiële zorg in 2014, maar ook tot het afbouwen van leefgroepen in residentiële instellingen ten gunste van Gezinshuizen. Ook binnen de andere sectoren koersen de financiers op extramuralisering. Zo is ook binnen de JGGZ de bedden capaciteit al teruggebracht. De nieuwe werkmethode van BJAA, Gezinsgericht Generiek Werken (GGW), lijkt nu reeds vruchten af te werpen in een significante daling van het aantal OTS'en en Uithuisplaatsingen.

Pragmatische afspraken rondom budgetten

Dit transitiearrangement laat op hoofdlijnen zien waarover we het als gemeenten, aanbieders en financiers eens zijn. Volgens onze huidige inzichten zal als gevolg van rijksbezuinigingen in 2017 circa 17% minder budget beschikbaar zijn. Voor 2015 gaat men uit van een eerste tranche van 4% waarbij 2,4% moet worden bijgeteld als gevolg van het afschaffen van diverse rijksregelingen op het gebied van de AWBZ.

In een vingeroefening blijken de SRA-gemeenten op een eerste bezuinigingstranche van 13,5% uit te komen wat betreft de AWBZ (met name veroorzaakt door volumedaling PGB), op 4,5% wat betreft jeugdzorg plus, 4% voor de provinciale jeugdzorg en 4,1% voor de ZVW. Daarmee wordt voldaan aan de bezuinigingsopdracht van totaal 6.4% in 2015. In die bezuiniging denken we goede ondersteuning te kunnen blijven bieden voor cliënten. De regio Amsterdam-Amstelland wordt mogelijk gekort in 2015 met 7,3%. We benadrukken dat vanuit deze 'vingeroefeningen' geen conclusies getrokken mogen worden, zij waren wel een uitstekende basis om met alle zorgaanbieders concrete gesprekken te voeren over de gewenste koers.

Ten aanzien van residentiële zorg kiezen gemeenten ervoor in 2015 aan te sluiten bij het reeds door de Stadsregio ingezette beleid wat grofweg leidt tot een afname van 24% ten opzichte van het budget 2012. Gemeenten kiezen er vervolgens voor om naar 2017 toe het budget verder af te bouwen tot een daling van 30%. Gemeenten achten dit verantwoord in combinatie met het beleid om de vraag naar residentiële uithuisplaatsingen verder te beperken.

Ten aanzien van Dagbehandeling kiezen gemeenten in het beleidsrijke scenario voor een daling van 30%. Gemeenten nemen het advies van instellingen en Stadsregio over om door middel van op de doelgroep gerichte specifieke inzet van gespecialiseerde ambulante jeugdhulp te voorkomen dat het bereik van het jonge kind door deze daling dagbehandeling afneemt.

Tegelijk is er nog veel onduidelijk, waardoor we de nodige voorbehouden moeten maken. Zo is eind 2013 niet te voorspellen hoe de vraag naar zorg en ondersteuning zich in 2014 ontwikkelt. Ook is nog niet helemaal zeker welke vormen van jeugdzorg overgaan naar het gemeentelijk domein, hoewel de behandeling in de Tweede Kamer wel meer houvast biedt.

Daarnaast is er onvoldoende zicht op het budget dat gemeenten vanaf 2015 krijgen. Zowel de meicirculaire 2013 als vrijgegeven Vektis cijfers kennen onvolkomenheden die het lastig maken nu reeds tot een bruikbaar beeld op instellingsniveau te komen. Voor huidige provinciaal gefinancierde hulp is goed in beeld gebracht hoe budgetten naar verwachting ontwikkelen. Dit kon mede door medewerking van de huidige financier, de SRA. Voor zorg vanuit AWBZ en ZVW is de regio, met hulp van KPMG, in gesprek om tot een update op Vektis cijfers te komen. De instellingscodes ontbraken echter, waardoor gemeenten wel konden zien hoeveel zorg er geleverd werd, maar niet door wie die zorg geleverd werd. Ook werd in de Vektisdata niet duidelijk waar kinderen woonachtig waren, waardoor een vertekend beeld ontstond. Dit wordt door Zorgverzekeraars Nederland alsnog aangeleverd, maar een en ander heeft voor onnodige vertraging en ergernis gezorgd. Het zorgkantoor en Achmea als grootste zorgverzekeraar staan paraat om nieuwe cijfers te valideren. Ook de staatssecretaris heeft aangegeven voor eind december 2013 vervroegd met betrekking tot de bedragen 2015 duidelijkheid te geven.

Er is met jggz en jlvb instellingen afgesproken om hen betere voorspellingen te geven wanneer dit kan. De meicirculaire 2014 (mogelijk dus in december 2013 beschikbaar) zal voor ons de grondslag zijn om definitieve budgetten in 2015 vast te kunnen stellen. Vooral voor kleine gemeenten kan dit nog tot aanzienlijke verschuivingen leiden.

Voor het jaar 2015 garanderen gemeenten de huidige zorgaanbieders over het algemeen in totaal een omzet van minimaal 80% van het in 2012 beschikbare budget per zorgsoort minus de rijksbezuiniging (die is algemeen gesteld op 4% maar kan voor de regio anders uitvallen). De overige 20% van het budget wordt flexibel ingezet voor de inkoop van nieuwe of innovatieve producten, bij mogelijke nieuwe aanbieders, en voor het opvangen van tegenvallers. Hiermee is de korting verwerkt, is er ruimte voor vernieuwing en wordt tegemoet gekomen aan de eisen omtrent continuïteit van zorg en infrastructuur. Indien van deze garantie wordt afgeweken is dat aangegeven in dit arrangement. Zo zijn er specifieke afspraken over de JB en JR en over de reductie van residentiële voorzieningen en dagbehandeling die nu al in gang zijn gezet.

De 6 gemeenten in de regio Amsterdam-Amstelland hebben besloten in elk geval gezamenlijk JB en JR in te kopen en dit voor 2015 en 2016 te doen bij de huidige aanbieder BJAA en voor 2015 bij WSG, onder voorbehoud van certificering van deze

instellingen en te bieden kwaliteit en prijs. De budgetgarantie voor deze instellingen betreft de 80% voor dat deel van de taken die specifiek bij JB en JR horen.

De gemeente Amsterdam trekt de budgetgarantie door naar 2016, met aftrek van de rijkskorting voor dat jaar. Aalsmeer en Amstelveen geven deze garantie allen voor JB, JR, AMHK en residentiële zorg in groepen. Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn voor JB, JR, AMHK, jeugdhulp en residentieel. Dit onder voorbehoud van eventuele grote verschillen als gevolg van een nieuwe door het Rijk vast te stellen verdeelsleutel.

Deze afspraken worden gemaakt voor de grotere instellingen die samen ongeveer 90% van het budget vertegenwoordigen. Voor instellingen met kleine volumes en voor vrijgevestigden geldt in ieder geval de afspraak dat doorlopende zorg in 2015 vergoed wordt.

De garanties worden afgegeven met enkele voorbehouden die in het arrangement zijn benoemd.

Frictiekosten beperken

We realiseren ons allen dat we aan de vooravond staan van een grote stelselwijziging in het jeugddomein. De verandering die we voorstaan geeft in eerste instantie ook frictiekosten. Vervelende consequenties vallen niet uit te sluiten, bijvoorbeeld op het gebied van gedwongen ontslagen bij zorginstellingen. Het uitgangspunt blijft dat gemeenten in juridische zin niet aansprakelijk zijn voor frictiekosten die optreden in het bestaande stelsel.

Gemeenten hebben meegedacht over het beperken van frictiekosten, maar die beperking heeft zijn grenzen. Wanneer er bijvoorbeeld teveel nadruk komt op reductie van frictiekosten kunnen gemeenten de bezuiniging niet realiseren en kan de gewenste transformatie niet plaatsvinden. Binnen die grenzen zijn gemeenten gekomen tot de afspraak om voor het jaar 2015 de huidige jeugdzorgaanbieders in totaal een omzet van minimaal 80% van het in het jaar 2015 beschikbare budget per zorgsoort te garanderen.

Daar waar keuzes van gemeenten per individuele instelling zodanig uitpakken dat het budget voor een specifieke instelling lager dan 80% uitkomt, verwachten gemeenten van de instellingen dat zij door middel van een onderlinge arbeidspool frictiekosten kunnen beperken. Bij ambulante zorg gaan de SRA-gemeenten uit van het principe "mens volgt werk". Ook hierdoor worden de frictiekosten beperkt. Ten slotte wordt met de sector naar andere, alternatieve frictiebeperkende maatregelen gezocht.

Vervolgstappen

In de komende maanden werken gemeenten de principes voor inkoop, sturing en bekostiging verder uit. Voor zover mogelijk zijn in het arrangement al intenties opgenomen. Dit geldt ook voor de noodzakelijke samenhangende informatievoorziening. De uitwerking van deze laatste hangt ook samen met de principes die in de nieuwe wet voor verantwoording worden gehanteerd.

In het arrangement is aandacht voor de vervolgstappen die gemeenten met instellingen en bestaande financiers willen zetten. Zo zijn er ook initiatieven genoemd die in de komende jaren, ook al in 2014, helpen om vernieuwing samen te realiseren.

Instellingen hebben gemeenten ook opgeroepen om blijvend goed te communiceren met burgers. Het scheppen van heldere verwachtingen en geven van uitleg is juist voor cliënten en burgers van vitaal belang nu het stelsel verandert.

Reacties zorgaanbieders en andere financiers

De instellingen die samen 90% van de zorg vertegenwoordigen zijn betrokken geweest bij de totstandkoming van het RTA, zie daarvoor het overzicht in de bijlage.

Diverse instellingen hebben individueel of georganiseerd in samenwerkingsverbanden gebruik gemaakt van de mogelijkheid om op het definitieve concept te reageren.

Over het algemeen is er veel waardering voor de constructieve wijze waarop de gesprekken zijn gevoerd en is er steun voor de inhoudelijke koers die de gemeenten inslaan

Tegelijkertijd zijn de afgegeven budgetgaranties en de prognoses voor 2015 en daarna nog onvoldoende hard dat de zorg bij de aanbieders over frictie helemaal is weggenomen. De redenen worden onderkend. De instellingen sporen de gemeenten aan om het overleg voort te zetten zodat in het voorjaar van 2014 de gewenste duidelijkheid wel gegeven kan worden.

Eén instellingen, BJAA, geeft expliciet aan dat de onzeker blijft of de instelling in 2014 overeind kan blijven en daarmee de continuïteit in gevaar komt. BJAA kent ook de grootste terugval in omzet vanwege het verlies van taken. De gemeenten zijn wel al gestart met de inkoopgesprekken voor 2015.

Verder bevatten de reacties ook diverse relevante inhoudelijke aandachtspunten die de gemeenten in de voorbereiding van 2015 zullen meenemen.

Van de bestaande financiers hebben alleen [Zorgkantoren Amstelland en de Meerlanden \(A&M\)](#) en [Zuid-Holland Noord \(ZHN\)](#) en [Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid](#) gereageerd. Het DB van de Stadsregio reageert medio november, ambtelijk is de stadsregio nauw betrokken geweest bij de totstandkoming van het arrangement.

De reacties zijn als bijlage bijgevoegd en maken integraal onderdeel uit van dit arrangement.

1 Inleiding

De zorg aan jeugd in Nederland wordt gedecentraliseerd naar gemeenten. Dit betekent een uitdaging voor gemeenten, maar niet op de laatste plaats voor jeugdzorgaanbieders. Dit biedt kansen voor verbetering, maar brengt zeker ook risico's met zich mee. Hierbij mag niet uit het oog verloren worden dat kwalitatief goede zorg aan een grote diversiteit aan cliënten voorop moet staan. Van alle partijen die betrokken zijn bij deze decentralisatie wordt grote flexibiliteit gevraagd om de jeugdzorg te verbeteren met minder financiële middelen.

In de bestuursafspraken 2011-2015 tussen Rijk, VNG en IPO is de zinsnede opgenomen: "Rijk, VNG en IPO kijken naar een overgangsregeling voor afbouw van de subsidierelatie van de provincies met hun aanbieders en voor waarborgen van de hulp aan cliënten die op basis van de huidige wet recht hebben op (soms langdurige) jeugdzorg." De hulp aan cliënten die op basis van de huidige regelingen recht hebben op zorg blijft in deze transitieperiode in regionale transitiearrangementen geborgd.

Voorliggend arrangement geeft inzicht in de continuïteit van zorg voor cliënten van de voor de regio Amsterdam-Amstelland. Deze regio's maakt tot nu deel uit van de Stadsregio Amsterdam waarin van het huidige zorgaanbod de provinciaal gefinancierde jeugdzorg is georganiseerd.

Het arrangement is zoveel mogelijk vastgesteld door de colleges van B&W van de deelnemende gemeenten. Voor Diemen gebeurt dit op 12 november 2013. De wijze waarop de Gemeenteraden worden betrokken verschilt per gemeente. De afronding van de bestuurlijke besluitvorming is een algemeen voorbehoud voor dit arrangement.

Het arrangement wordt voorgelegd aan de huidige financiers en de instellingen. Reacties worden als bijlage toegevoegd.

1.1 Inhoud van het arrangement

Dit transitiearrangement is zo specifiek als op dit moment mogelijk is en geeft een beeld van de wijze waarop gemeenten, in afstemming met zorgaanbieders en huidige financiers, vorm geven aan de transitie op de volgende punten:

- 1 De continuïteit van zorg
- 2 De noodzakelijke infrastructuur
- 3 De frictiekosten en maatregelen om deze tegen te gaan
- 4 De visie op de transformatie

1.2 Reikwijdte van het transitiearrangement

Het transitiearrangement is een belangrijk, niet vrijblijvend document, waarbij de betrokken partners invulling geven aan de genoemde lijnen en ontwikkelingen die in dit arrangement zijn beschreven. Het arrangement heeft betrekking op alle zorg voor jeugd voor zoals nu provinciaal gefinancierd, Jeugdbescherming en Jeugdreclassering, de toegangstaken (indicatiestelling), Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, Zorg aan jeugd-plus en zorg gefinancierd vanuit de AWBZ en de ZVW). Een aantal specialistische functies komt terug in het landelijk transitiearrangement, waarin de VNG het voortouw heeft. (zie bijlage B) Die functies komen niet terug in dit arrangement. Wel is rekening gehouden met de raming voor het gebruik van specialistische functies die vallen onder de landelijke afspraken.

Gezien de complexiteit van het onderwerp en de tijd die beschikbaar is om tot dit arrangement te komen bevat het document ook onderwerpen die om nadere uitwerking vragen. Op veel onderdelen kunnen we al wel concreet worden, doordat er gemeenten en instellingen in de regio al langer samenwerken. We gaan de komende maanden gebruiken om dit nader uit te werken. Het arrangement beschrijft wat betreft die onderdelen dan ook niet de situatie van 1 januari 2015, maar wat er nodig is om dit verder uit te werken.

1.3 Voorbehouden bij het transitiearrangement

De gebruikte cijfers in dit arrangement zijn bij benadering, op basis van verschillende onderzoeken. Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. Daarnaast zijn op sommige punten de cijfers nog niet beschikbaar. Voorliggend transitiearrangement kent een aantal voorbehouden. Deze worden hieronder puntsgewijs genoemd en toegelicht:

- **Voorbehoud inwerkingtreding Jeugdwet naar huidige inhoud** Het is een bestuurlijk voornemen dat de Jeugdwet op 1 januari 2015 wordt aangenomen, op basis van het voorstel zoals dat nu voorligt. We maken daarom het voorbehoud dat het voorstel zoals dat nu voorligt, niet op relevante onderdelen wordt aangepast.
- **Voorbehoud vaststelling arrangement door Gemeenteraden** In verband met de geboden korte doorlooptijd voor de totstandkoming van de transitiearrangementen, is er voor gekozen om het arrangement zoveel als mogelijk te laten vaststellen door het college.. De wijze waarop de Gemeenteraden worden betrokken verschilt per gemeente. De afronding van de bestuurlijke besluitvorming is een algemeen voorbehoud voor dit arrangement.
- **Voorbehoud gemeentelijke begroting** Financiering kan alleen worden toegekend indien de gemeentelijke begroting wordt vastgesteld door de Gemeenteraad. Hierin spelen ook bezuinigingsdoelstellingen bij individuele gemeenten een belangrijke rol.
- **Voorbehoud van volumes, voornemens in dit transitiearrangement baseren we op voorlopige cijfers** De werkelijke omvang en vraagontwikkeling kunnen dus in de loop van 2014 en 2015 nog wijzigen.

- **Voorbehoud op de validiteit van de Vektisdata**, waarover op moment van schrijven nog steeds aanpassingen gemaakt worden.
- **Voorbehoud ten aanzien van doorlopende inkoop door zorgverzekeraars** in opdracht van gemeenten voor een zekere overgangperiode.
- **Voorbehoud ten aanzien van de afspraken uit het zorgakkoord (GGZ)** versus de decentralisatieopdracht met betrekking tot een beroep op eerdere afspraken ten aanzien van bezuinigingspercentages.
- **Voorbehoud van het macrobudget**. In de meicirculaire van 2014 kunnen er wijzigingen in het budget optreden.
- **Voorbehoud certificering**. Afspraken met betrekking tot jeugdbescherming en jeugdreclassering worden gemaakt onder voorbehoud van certificering van de betreffende instellingen.

1.4 Aanloopjaar 2014

Het jaar 2014 is voor gemeenten een aanloopjaar naar de nieuwe situatie. Voor instellingen is dit jaar het aanloopjaar naar de nieuwe situatie én het laatste jaar waarin zij productieafspraken met de huidige financiers maken. Gemeenten in deze regio werken op dit moment al nauw samen met het Dagelijks Bestuur van de Stadsregio Amsterdam voor een gezamenlijke aansturing van de Zorg aan jeugd. Gemeenten beogen voor 2014 een situatie te creëren waarin ook met de huidige inkopers van JGGZ en (L)VB, de Zorgverzekeraars en de Zorgkantoren samen wordt opgetrokken. Doel hiervan is, dat de gemeenten er klaar voor zijn om in 2015 individueel en in regioverband zorg in te kopen. Een kanttekening die hierbij gemaakt moet worden is dat de huidige afspraken op basis van het oude systeem tot stand komen.

1.5 Doorkijk naar 2016 en 2017

De gemeenten binnen de stadsregio hebben een agenda opgesteld voor de periode na 2015. Een doel is dat de zorgvorm Residentieel in deze periode voor zover mogelijk verder wordt afgebouwd. Hierbij geven alle drie de regio's een doorkijk richting 2017. Hierbij is het van belang te differentiëren tussen de verschillende vormen van verblijf: pleegzorg, gezinshuizen, verblijf (inclusief begeleiding, behandeling, dan wel observatie) in groepen. Er wordt in grote lijn gestreefd naar vermindering van verblijf in een groep, ten gunste van pleegzorg en gezinshuizen. Er is overeenstemming dat vormen van respijtzorg juist uithuisplaatsing-verlagend kunnen werken.

In de jaren 2015-2017 zal het beschikbare zorg aan jeugdbudget met circa 17% verminderen (t.o.v. 2012) als gevolg van rijkskortingen. In 2015 wordt uitgegaan van een eerste tranche van 4%. De uitdaging is om binnen deze totale context – balans tussen transformatie en continuïteit, ruimte voor nieuwe aanbieders, vermindering van middelen, beperking van onnodige frictiekosten – gezamenlijk een weg te vinden.

2 Huidige situatie

2.1 Een nieuwe organisatie van de jeugdhulp

Over het algemeen kan gesteld worden dat het binnen de regio goed gaat met de Jeugdhulp. Instellingen zijn voortdurend cliënt en vraaggericht bezig met het ontwikkelen van nieuwe (innovatieve) vormen van ondersteuning en binnen de regio wordt volop samenwerking gezocht tussen de betrokken partners. Doordat er in tegenstelling tot de rest van het land, geen autonome middelen vanuit de provincie aan het budget voor jeugdzorg toegevoegd konden worden is er intensief beleid gevoerd om het groeiende aantal cliënten met gelijkblijvend budget toch goed te kunnen blijven helpen. Middelen zijn met name ingezet om het aantal uithuisplaatsingen te verminderen.

Om dit te bewerkstelligen zijn er in de afgelopen periode door de betrokken partners nieuwe, effectieve hulpvormen ontwikkeld, waarin de kernpunten van de gedeelde visie binnen de regio nadrukkelijk concreet vorm krijgen. Zorg wordt waar mogelijk dichtbij de cliënt georganiseerd, en stimuleert het zelfoplossend vermogen van cliënten. Daarnaast zoekt men, met name op het gebied van de LVB en JGGZ zorg, nadrukkelijk de samenwerking en deelt men expertise (zie hoofdstuk 2). Op basis van deze ontwikkelingen constateren we gezamenlijk dat er al veel goed gaat, maar de gezamenlijke ambitie is ook dat nog beter kan en moet. Hierbij realiseren we ons dat met de transitie en de budgetkorting vervelende consequenties niet vallen uit te sluiten, bijvoorbeeld op het gebied van gedwongen ontslagen bij zorginstellingen. Wij doen een appèl op rijk en vakbonden hier met een realistische blik naar te kijken.

Het Dagelijks Bestuur van de Stadsregio Amsterdam biedt gemeenten sinds 2012 de ruimte om zich op haar nieuwe rol voor te bereiden. Dit is gebeurd door het opdrachtgeverschap van een deel van de ambulante jeugdzorg bij gemeenten te beleggen en door vorm te geven aan verschillende pilots/proeftuinen en hiervoor kaders te bieden binnen de huidige wet.¹ Er worden drie arrangementen aan het Rijk geleverd, die voor een belangrijk deel overeen komen.

2.2 LVB en JGGZ is relatief nieuw voor de betrokken gemeenten

Op het gebied van de domeinen LVB en JGGZ is op moment van schrijven minder gedetailleerde informatie bekend. De meer diepgaande contacten tussen gemeenten en de instellingen en organisaties in de domeinen LVB en JGGZ zijn van recente datum en specifieke gegevens over aantallen gebruikers per gemeente per zorginstelling komen naar verwachting pas over enkele weken beschikbaar. Strikt genomen weten gemeenten op dit moment wel naar welke productsoorten met welke

¹ Onder andere op het gebied van wijkteams, Toegang BJZ, direct verwijzen van geïndiceerde zorg, decentraal opdrachtgeverschap ambulante jeugdzorg met overheveling van doelmuttering, virtueel opdrachtgeverschap bureau jeugdzorg.

budgetomvang per gemeente men kijkt. Gemeenten weten echter nog niet met welke instellingen ze hierover in gesprek moeten voor welk volume. In de stadsregio Amsterdam is de keuze gemaakt om het gesprek te voeren met aangesloten instellingen JGGZ en LVB bij het SIGRA overleg, aangevuld met een vertegenwoordiging vanuit de vrijgevestigde aanbieders. De cijfers vanuit de vrijgevestigden (aantal cliënten in zorg, duur behandeling en kostprijs) zijn pas recent beschikbaar. Deze gegevens worden momenteel geanalyseerd, en op korte termijn besproken. Gemeenten richten zich momenteel voornamelijk op de grotere partijen die samen ongeveer 90% van het budget vertegenwoordigen. Op een later moment zullen gemeenten de nog niet betrokken vrijgevestigden² en kleinere zorgaanbieders nader informeren.

In aanvang is met deze leveranciers door bovenstaande oorzaak niet zo'n intensief traject gelopen. Recentelijk is dit echter – mede door het werken aan dit RTA – sterk verbeterd. In dit Transitiearrangement is een aantal (proces)voorstellen opgenomen. We willen hierdoor enerzijds de zorgcontinuïteit garanderen voor de LVB en JGGZ doelgroep, en anderzijds met elkaar op termijn tot een verfijning van het beleidsrijke scenario op instellingsniveau voor de instellingen jeugdpsychiatrie en zorg voor verstandelijk beperkten komen.

² De vrijgevestigden zijn wel vertegenwoordigd tijdens de overleggen, maar het is nog niet helder om hoeveel jongeren, aanbieders en budget het gaat en in hoeverre de vertegenwoordiging dekkend is.

3 Visie op zorg aan jeugd, zorg dichtbij, eigen kracht centraal

In dit hoofdstuk omschrijven we de visie op de jeugdhulp die door de 16 gemeenten van de huidige SRA gezamenlijk worden gedeeld. In het volgende hoofdstuk benoemen we voorbeelden van lopende projecten waarin deze visie nu al tot uiting komt en staan. Verder staan we in dit hoofdstuk stil bij de transformatieagenda die als doel heeft om innovatie in het huidige aanbod te bewerkstelligen.

3.1 Gedeelde uitgangspunten visie op jeugdhulp

De 16 gemeenten binnen de Stadsregio Amsterdam hebben in het najaar van 2011 hun visies vastgesteld op basis waarvan zij het proces van de transitie vorm willen geven. Nadere analyse van deze 16 visies wees uit dat de visies inhoudelijk in grote mate overeen komen, en dat er gemeenschappelijke uitgangspunten zijn:

1. **Eigen kracht is een centraal thema** Gemeenten achten burgers zo veel als mogelijk zelf verantwoordelijk voor de eigen vraag, het gewenste resultaat en de regie op dit proces. Burgers participeren waar mogelijk door het vergroten van het eigen zelfoplossend vermogen en het versterken van het sociale netwerk. De overheid heeft een vangnetfunctie voor de meest kwetsbaren in de samenleving. De overheid biedt bescherming, bijvoorbeeld als de veiligheid van een kind in gevaar is. Daar waar de problemen van dien aard zijn, dat er sprake is van een chronische behoefte aan extra ondersteuning zetten gemeenten in op een behandeling op maat.
2. **Normaliseren en versterken pedagogische infrastructuur** Kleine ontwikkel- en opvoedproblemen klein houden, door dit te beschouwen als onderdeel van het leven en het groeiproces waarin ouders zelf een belangrijke rol vervullen.
3. **Vraaggericht en gezinsgericht werken** Veel opvoedproblemen en –risico's zijn een gevolg van problemen op het gebied van wonen, inkomen of (geestelijke) gezondheid bij de jeugdige of bij de ouders. Hiervoor is een integrale benadering nodig van de situatie én aanpak. Dit vraagt om samenhang in decentralisaties, volwassenenzorg, wonen en passend onderwijs.
4. **Verder komen de gemeentelijke visies ook overeen als het gaat om Ruimte voor de professional** Het gaat hier om professionals in staat stellen om jeugdigen en gezinnen snel de juiste hulp of ondersteuning te bieden door frontlijnsturing en minder regels en voorschriften.
5. **Wijkgerichte zorg** Een centrale rol voor wijkteams die korte lijnen hebben met gezin, school, buurt, enz. Hierdoor en met name door regie van ouders als uitgangspunt te nemen, ontstaan (op termijn) verschuivingen in het aanbod van dienstverlening aan ouders en kinderen.

Vanuit deze vijf overeenkomsten hebben gemeenten afgesproken om op een aantal onderdelen samen op te blijven trekken als het gaat om:

- In stand houden van vitale onderdelen van de zorginfrastructuur
- Gezamenlijke inkoop van een aantal vormen van zorg

- In 2015 (en in sommige gemeenten al in 2014 op basis van de vervroegde overdracht van taken binnen de stadsregio) gefaseerd toelaten van nieuwe aanbieders van jeugdhulp.

3.2 Transformatieagenda

De transitie biedt zoals gezegd een kans om het stelsel en het aanbod te innoveren ten behoeve van de cliënt. Innovatie blijft ook in en na de transitiefase een belangrijk speerpunt van alle partners, waarbij duidelijk is dat innovatie op de werkvloer concreet vorm krijgt. De dynamiek rond de multifocale zorg wordt versterkt. Samen met de gemeenten maken de JGGZ aanbieders een plan rond preventie, vroegsignalering en vroeginterventie van psychiatrische problematiek, met gerichte interventies voor risicogroepen. Ook de vrijevestigden dragen actief bij aan innovatie. Denk hierbij aan het organiseren van praktijkruimten dichtbij de cliënt. Met name jeugdzorg en LVB aanbieders zien grote kansen in het combineren van zorg met de drie D's die het sociaal domein van gemeenten gaan versterken.

Tevens ontwikkelen aanbieders programma's onder meer rond e-Health, opleiding en onderzoek. Het is afhankelijk van de schaal waarop de onderdelen worden uitgewerkt, hoe dit proces wordt aangestuurd. Dat kan op de schaal van de huidige stadsregio, of op die van de veiligheidsregio's of eventueel per individuele gemeente. Binnen de stadsregio is er in de afgelopen maanden door de instellingen al veel ingezet op innovatie. In bijlage F is een eerste proeve van een innovatieagenda opgenomen.

4 Continuïteit van zorg en behoud zorgstructuur

In dit hoofdstuk omschrijven wij hoe de zorg voor cliënten geborgd wordt in de overgangperiode, en welke zorgstructuur we in stand houden.

4.1. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg betekent dat de zittende cliënten die per 31-12-2014 gebruik maken van een bepaalde zorgvorm deze voor de periode van 1 jaar bij dezelfde aanbieder kunnen krijgen (uitgezonderd pleegzorg, die valt niet onder de restrictie van 1 jaar: voor de pleegzorg geldt geen maximale duur voor continuïteit van zorg). Deze zorg is dus afgebakend voor maximaal het gehele kalenderjaar 2015. Sommige door de rechter of het OM opgelegde maatregelen kunnen een langere looptijd hebben. De gemeenten die in dit arrangement participeren, garanderen continuïteit van zorg in bedoelde situaties. Ook voor jeugdigen die elders in het land in zorg zijn bij aanbieders en binnen de regio bij vrijgevestigden met wie nog geen direct contact is, geldt deze garantie. Zij kunnen de geleverde zorg factureren bij de afzonderlijke gemeenten.

Als gevolg van de rijkskortingen vermindert het beschikbare zorg aan jeugdbudget in de jaren 2015-2017 met circa 17% ten opzichte van 2012. Voor 2015 gaat men uit van een eerste tranche van 4%.

Voor het jaar 2015 garanderen gemeenten de huidige zorg aan zorgaanbieders in totaal een omzet van minimaal 80% van het in het jaar 2015 beschikbare budget per zorgsoort. De rijkskorting is daarin verwerkt. Hiermee wordt tegemoet gekomen aan de eis van continuïteit van infrastructuur. Grondslag vormt de definitieve berekening van het Rijk in de meicirculaire 2014. Daar waar keuzes van gemeenten per individuele instelling zodanig uitpakken dat het budget voor een specifieke instellingen lager dan 80% uitkomt, verwachten gemeenten van de instellingen dat zij door middel van een onderlinge arbeidspool frictiekosten kunnen beperken.

Amsterdam, Diemen, Ouder-Amstel en Uithoorn trekken deze garantie door naar 2016. Aalsmeer en Amstelveen doen dat alleen voor JB, JR, AMHK en residentiële zorg in groepen.

Ambulante zorg

Bij ambulante zorg gaan de SRA-gemeenten uit van het principe "mens volgt werk". Ook hierdoor worden de frictiekosten beperkt. Van instellingen wordt verwacht een arbeidspool in te richten waardoor de onderlinge mobiliteit wordt vergroot en vergemakkelijkt.

Residentiële zorg

Ten aanzien van residentiële zorg kiezen gemeenten ervoor in 2015 aan te sluiten bij het reeds door de Stadsregio ingezette beleid wat leidt tot een afname van 24% ten opzichte van het budget 2012. Gemeenten kiezen er vervolgens voor om naar 2017 toe het budget verder af te bouwen tot een daling van 30%. Gemeenten achten dit verantwoord in combinatie met het beleid om de vraag naar residentiële uithuisplaatsingen verder te beperken.

Ten aanzien van Dagbehandeling kiezen gemeenten in het beleidsrijke scenario voor een daling van 30%. Gemeenten nemen het advies van instellingen en Stadsregio over om door middel van op de doelgroep gerichte specifieke inzet van gespecialiseerde ambulante jeugdhulp te voorkomen dat het bereik van het jonge kind door deze daling dagbehandeling afneemt.

In 2014 en 2015 zal in overleg met bestaande én nieuwe aanbieders verder gezocht worden naar mogelijkheden om te innoveren en vorm te geven aan een professionele opdrachtgever – opdrachtnemer relatie. Dit sluit aan op de Gemeentelijk Uitvoeringsplannen 2014 (GUP) waarin de gemeenten uit de Stadsregio Amsterdam al oefenen met het budgettaire opdrachtgeverschap van gedecentraliseerde ambulante zorg aan jeugd vanuit de huidige doeluitkering zorg aan jeugd.

4.2 Specifieke doelgroepen

Daarnaast is er sprake van een groep mensen voor wie bij het inrichten van het gemeentelijk jeugddomein – wijkgericht, laagdrempelig, en zo preventief mogelijk - het risico bestaat dat zij tussen wal en schip vallen bij het al dan niet verkrijgen van langduriger en zwaardere/duurdere zorg. Dat betreft de doelgroep die qua zorg of problematiek bovenin de piramide van complexe, meervoudige problematiek zit. Hoe deze doelgroep er precies uit ziet wordt nader gedefinieerd door de instellingen, in overleg met de gemeenten. Instellingen vragen aandacht voor specifieke, kwetsbare doelgroepen. In ieder geval zijn vanuit de LVB sector genoemd: Licht verstandelijk beperkte ouders, zwerfjongeren met een LVB en LVB kinderen met psychische problematiek. Dit geldt ook voor de continuïteit van zorg voor cliënten die momenteel in een residentiële instelling zitten, en wiens verblijf als langdurig geïndiceerd is. Voor deze doelgroep geldt dat zij gebaat is bij continuïteit. Voor een gedeelte is de continuïteit van zorg geborgd, waar het gaat om cliënten die middels een langlopende machtiging uithuisplaatsing geplaatst zijn. Dit geldt echter niet voor alle cliënten.

De transitie is een uitgesproken kans om deze doelgroepen scherp in beeld te krijgen en hen ondersteuning te kunnen bieden. De gemeenten binnen de stadsregio hebben gezamenlijk afgesproken om deze doelgroepen de komende periode in kaart te brengen, te definiëren en samen met de instellingen te besluiten hoe met deze doelgroepen om te gaan. In samenhang met de drie D's bekijken gemeenten hoe zij de ondersteuning kunnen bieden/organiseren voor de specialistische zorg die voor deze doelgroepen nodig is.

4.3 Buitenregionale plaatsingen en calamiteitenbudget

In sommige gevallen is er een goede reden om zorg buiten de regio in te zetten. Voor een groot deel vindt dit plaats bij de Hoenderloo Groep, waarmee de Stadsregio Amsterdam een structurele subsidierelatie heeft. Er zijn daarnaast jongeren bij andere instellingen in behandeling, ook nog eind 2014, waar geen subsidierelatie mee is. Gemeenten maken met instellingen die op 31 december 2014 zorg aan deze jongeren

verlenen afspraken over vergoeding van gemaakte kosten op factuurbasis. Aantallen, instellingen en budgetten moeten wel nog in beeld worden gebracht.

De Stadsregio Amsterdam heeft voor het omgaan met deze situaties, en op andere situaties die niet binnen bestaande afsprakenkaders vallen, een beperkt cliëntvolgend/ buitenprovinciaal budget apart gehouden. Advies van de Stadsregio Amsterdam aan gemeenten is om rekening te houden met kosten die niet vooraf voorzien waren. Op die wijze wordt de continuïteit van zorg voor bovenstaande doelgroep geborgd.

4.4 Specifieke zorgvormen

Multifocale trajecten

Als onderdeel van de zorgstructuur is in de afgelopen jaren binnen de regio reeds geoefend met multifocale trajecten. In 2014 wordt de proeftuin uitgebreid op dit vlak, waarbij speciaal oog is voor triage en hulp op tijd, en op maat. Instellingen stellen voor om de kansrijke, multifocale proeftuin goed te volgen en te monitoren, de knelpunten te benoemen en te bezien welke regelruimte nodig is vanuit de huidige wettelijke kaders. Dit zal gebeuren binnen het bestuurlijk overleg tussen de Stadsregio, AGIS/ACHMEA en de instellingen. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat de regelgeving binnen de AWBZ weinig tot geen ruimte biedt om meer te doen dan al gebeurt. Hoogstens in de zin van het gecombineerd optrekken rond gezinnen. Bij de ZVW is deze ruimte er meer. Al enige jaren wordt door SRA en Zorgverzekeraars/ Zorgkantoor intensief samengewerkt om multifocaal te werken. De huidige Stadsregio loopt daarmee landelijk voorop. Gemeenten gaan in de komende periode op zoek naar wat er eventueel nog meer of intensiever kan, in de beweging waarin een verminderd beroep op gespecialiseerde zorg verwacht mag worden. Zij kunnen voor 2014 samen met de gemeenten in de stadsregio en de Zorgverzekeraar afspraken maken met de instellingen. Er is daarvoor geen extra budget bij verzekeraars, maar binnen de bestaande budgetten kunnen instellingen gebruik (blijven) maken van middelen voor een intensivering. Dit kan bijvoorbeeld voor extra (preventieve en begeleidende) inzet bij gezinnen met LVB ouders, waar de opvoeding vaak een probleem is. Dan kunnen gemeenten daaraan ook een bestaand budget koppelen. Het gaat dan eerder om accentverschuivingen.

Basis GGZ

Per 1 januari 2014 krijgt de nieuwe basis GGZ vorm. Dit is nog veel werk om goed in te regelen en te wennen aan de werkwijze en opzet. De JGGZ instellingen betrekken de gemeenten bij dit proces.

Jeugd GGZ

De bij het SIGRA aangesloten JGGZ instellingen stellen voor om de korting voor de JGGZ, ZVW en AWBZ grondslag psychiatrie, vast te stellen op 2,33% jaarlijks tot en met 2017. Men baseert zich daarbij op de afspraak uit het eerder afgesloten zorgakkoord. Gemeenten hebben daarvan kennis genomen en stellen een procesafpraak voor, die past binnen de budgettaire kaders die vanuit het Rijk worden doorgegeven met de decentralisatie, om daar op een later moment op terug te komen.

Vooralsnog stellen gemeenten een 80% budgettaire ondergrens voor, voor 2015 (sectorbreed).

4.5 Informatievoorziening

Bij het onderwerp informatievoorziening gaat het NIET over: wie gebruikt welk systeem. De gebruikte werkdefinitie voor Informatievoorziening (IV) is: de ondersteunende activiteiten die (mede) zorgen voor: de juiste informatie, op het juiste moment op de juiste plek.

Experts vanuit gemeenten en de breedte van de sector starten eind 2013 met het uitwerken van een viertal thema's. Dat gebeurt steeds met inachtneming van landelijke ontwikkelingen, waaronder het programma KING/VISD. Ook is er in een regionale, ambtelijke werkgroep al het nodige uitgezocht, ook dat wordt meegenomen.

De vier thema's:

- Agendering en besluitvormingstraject: wie hakt wanneer welke knopen door, waardoor een brede consensus op onderdelen ontstaat? De experts formuleren strategische adviezen aan de beslissers in de regio (periode minimaal tot aan de transitiedatum).
- Gegevenswoordenboek: voortbordurend op wat er al is (en voorbereid op wat komen gaat), definiëren de experts een basisset gegevens voor onderlinge communicatie (periode tot 1 maart 2014).
- Cliëntdossier/ cliëntportal: als we in al onze visies cliënten en hun directe omgeving centraal stellen, wat betekent dit dan voor de manier waarop we de IV inrichten (periode tot zomer 2014)?
- Privacy: enerzijds het recht op zelfbeschikking in de persoonlijke levenssfeer en om vergeten te worden. Anderzijds mag te enge, juridiserende interpretatie het maatschappelijk belang niet frustreren (periode tot transitiedatum).

Onder andere gaan de instellingen een voorstel doen voor de verantwoordingssystematiek, in de lijn van de aanbevelingen uit het programma KING/VISD. Op dit punt valt nog efficiency winst te behalen. Op landelijk niveau vinden hier momenteel ontwikkelingen plaats. Deze ontwikkelingen worden in eerste instantie afgewacht. In 2012 is op initiatief van de ministeries van VWS en VenJ het landelijke project beleidsinformatie gestart. O.a. de VNG en Zorg aan jeugd Nederland zijn hier nauw bij betrokken. Eén deelproject richt zich op het regelen van de informatievoorziening. Dit deelproject bevindt zich nu in het stadium dat een minimale gegevensset is geformuleerd, die breed wordt onderschreven door o.a. BZK, VWS-WMO en SZW Participatiewet. Daarnaast is een facultatieve gegevensset in ontwikkeling met gegevens die de gemeenten aanvullend aan de minimale gegevensset nodig hebben. Deze facultatieve set dient bilaterale uitvragen tussen gemeenten en zorgpartijen zo veel mogelijk te voorkomen. Voor de gecertificeerde instellingen komt een aanvullende gegevensset. De inhoud van de facultatieve en aanvullende gegevensset is nu nog niet bekend. De instellingen zijn benieuwd of de gegevenssets naast items over het gebruik van zorg ook items bevatten over de behaalde resultaten met de zorg, ook al is dit laatste complex om goed inzichtelijk te maken. Eind 2013 wordt – met inachtneming van de landelijke ontwikkelingen - binnen

de Stadsregio Amsterdam gestart met het uitwerken van enkele thema's op het terrein van de informatievoorziening. In dit kader wordt eveneens gesproken over een basisset aan gegevens met bijbehorende definities. De jeugdzorginstellingen stellen hier graag kennis en expertise voor beschikbaar.

In het proces van transitie en transformatie kunnen gemeenten en instellingen niet zonder deugdelijke beleidsinformatie. Tegelijkertijd weten we dat het kunnen beschikken hierover niet altijd vanzelfsprekend is en soms een lange adem vraagt. De jeugdzorginstellingen SRA beschikken bijvoorbeeld over een gezamenlijke database waaruit gegevens te halen zijn over zorggebruik en bijbehorende kosten. Op het terrein van informatievoorziening gaat het nodige veranderen. Er ontstaat een dilemma dat medewerkers hun inzet in de gemeentelijke teams in andere registratiesystemen moeten bijhouden. Gemeenten hebben er echter ook belang bij om de beleidsinformatie die nu via de gezamenlijke database bij de instellingen beschikbaar is vooralsnog goed in de lucht te houden. Hierover wordt nader overleg gevoerd.

5

Al ingezette ontwikkelingen

In de regio zijn verschillende voorbeelden waarin de beschreven visie nadrukkelijk in de praktijk wordt toegepast. Er is stevig ingezet op het toepassen en monitoren van Eigen Kracht Conferenties (EKC's). De regio is ook koploper op het gebied van multifocale zorgtrajecten, waarin de financiers samen optrekken om samenhangende zorg vanuit de jeugdhulp in combinatie met de jeugdpsychiatrie en de zorg aan jeugd voor kinderen met een verstandelijke beperking mogelijk te maken. Trajecten worden beschreven, gemonitord en overlap tussen cliënten vanuit de zorgregistraties in kaart gebracht. Verschillende instellingen in de regio zijn bezig om ondersteuning dicht bij de cliënt te organiseren: thuis bij jeugdigen, in scholen, maar ook bijvoorbeeld met het inzetten op nieuwe vormen van Gezinshuizen, in plaats van residentiële instellingen.

Wat betreft residentiële zorg is al een afbouw gaande, danwel gerealiseerd zowel bij de provinciaal gefinancierde jeugdzorg als bij de JeugdGGZ.

Een ander goed voorbeeld van de manier waarop binnen de regio reeds vorm gegeven is aan de samenwerking en de gedeelde visie op het gebied van zorg aan jeugd is door de vorming van expertise centra. Hieronder worden twee expertise centra beschreven.

Gezamenlijke (L)VB-instellingen en de Bascule (jGGZ).

Zij hebben het initiatief genomen tot een expertisenetwerk JLVB Amsterdam. Doel van het Expertisenetwerk is het brengen van LVB-deskundigheid naar de (thuis)situatie van de jongere met complexere problematiek. Het Expertisenetwerk vormt volgens de instellingen een randvoorwaarde om de visie op transformatie c.q. omslag van de nieuwe jeugdwet waar te maken. Door expertise, diagnostiek, behandeling in de thuissituatie beschikbaar te stellen en ouders en medewerker in de thuissituatie te coachen, kunnen kinderen ook daadwerkelijk langer thuis blijven wonen. Is opname in een behandelsetting toch nodig dan is het kind daar al bekend. Het Expertisenetwerk kan ook worden ingezet voor een verantwoorde terugkeer in de thuissituatie. Hiermee wordt efficiënte op- en afschaling geborgd. Het netwerk fungeert tevens als leernetwerk waarbinnen best practices gedeeld worden en deskundigheidsbevordering plaatsvindt. Dit Expertisenetwerk heeft ook een multifocaal karakter, verbinding is gezocht met de Zorg aan jeugd en MEE en wordt verbinding gezocht met het MOC, in de zorg voor het zeer jonge kind.

Spirit: Qpido.

Dit expertisecentrum heeft als doelstelling dat kinderen veilig en gezond kunnen opgroeien in relatie tot: liefde, relaties, grenzen, dwang en seks. Qpido draagt hieraan verrichten van consulten, het bieden van laagdrempelige ambulante hulp, het geven van voorlichtingen aan professionals en het meedoen aan campagnes. Qpido werkt daarin met vele partijen samen.

6 Toekomstige inkoop van zorg aan jeugd

6.1 Totaal budget

Het totale budget voor de Jeugdhulp (AWBZ/ZVW/PGB) in de stadsregio Amsterdam staat (uitgaande van de cijfers van 2012) op ongeveer € 295.063.700. Op dit bedrag is de rijkskorting 2015 van 4 % alsmede enkele afgeschafte rijksregelingen op het gebied van de AWBZ in mindering gebracht. Naar nu bekend is er in 2015 6,5% minder te besteden ten opzichte van 2012. In onderstaande tabel zijn nog geen beleidsrijke keuzes van gemeenten verwerkt. Aangegeven wordt slechts hoe de rijkskortingen per regio en per financieringsstroom naar verwachting uitpakken.

Uitgesplitst per regio en financieringsstroom betekent dit de volgende zeer voorlopige budgetverschuiving in 2015. De inhoudelijke onderbouwing voor de jeugdzorg wordt gepresenteerd in paragraaf 6.2. Er is met jggz en jlvb instellingen afgesproken om hen betere voorspellingen te geven wanneer dit kan, zoals ook in hoofdstuk 2.2 is toegelicht.

Financieringsstromen	Budget 2012 (€ 1000)	Budget 2015 incl. budgetkorting (€ 1000)	Budgetverschuiving 2012 - 2015 (€ 1000)	% verschuiving tov 2012
AWBZ	64.740	55.755	-8.985	-13,9%
Amsterdam-Amstelland	45.645	38.205	-7.440	-16,3%
Zaanstreek-Waterland	19.095	17.550	-1.545	-8,1%
Jeugdzorg plus	14.580	13.940	-640	-4,4%
Amsterdam-Amstelland	11.070	10.608	-462	-4,2%
Zaanstreek-Waterland	3.510	3.332	-178	-5,1%
Provinciale Jeugdzorg	132.731	127.571	-5.160	-3,9%
Amsterdam-Amstelland	107.625	103.391	-4.234	-3,9%
Zaanstreek-Waterland	25.106	24.180	-926	-3,7%
ZVW	55.851	53.225	-2.626	-4,7%
Amsterdam-Amstelland	40.815	38.029	-2.786	-6,8%
Zaanstreek-Waterland	15.036	15.196	160	1,1%
Amsterdam-Amstelland totaal	205.154	190.232	-14.922	-7,3%
Zaanstreek-Waterland totaal	62.747	60.258	-2.489	-4,0%
Totaal	267.901	250.490	-17.411	-6,5%

De gemeenten hebben in een uitvoerig traject met KMPG in beeld gebracht welke gevolgen de beleidskeuzes van de gemeenten in het kader van de transitie voor de omzet van betrokken instellingen kunnen gaan hebben.

Dit hebben ze gedaan door als vingeroefening heel concreet aan de knoppen te gaan draaien wat betreft de verschillende productsoorten, vanuit inhoudelijke en financiële overwegingen.

Dit is van belang omdat de transitiearrangementen juist worden opgesteld om enerzijds continuïteit van zorg en infrastructuur te kunnen garanderen en anderzijds om zo min mogelijk frictiekosten te laten ontstaan. Hoewel evident is dat op basis van de onzekerheid ten aanzien van de basisbudgetten (meicirculaire) en de nog nader af te spreken precisering van de inkoopvoornemens 2015 deze tabellen als relatief gezien moeten worden, was het van grote meerwaarde dat gemeenten met zorgpartners een heel concreet gesprek konden voeren over de cijfers, de kansen en de knelpunten. In een aantal sessies met de verschillende zorgpartners hebben gemeenten hierover uitvoerig uitgewisseld en is er een genuanceerd en gedeeld beeld ontstaan over de gewenste ontwikkelrichting en de gevolgen hiervan voor de inrichting van de bedrijfsvoering van instellingen.

Hieronder volgen op de hoofdlijn de percentuele verschuivingen op basis van de beleidskeuzes van gemeenten, geaggregeerd op regioniveau.

AWBZ

Budgetverschuiving 2012 - 2015 (%)		
Zorgproducten	Amsterdam-Amstelland	Zaanstreek-Waterland
AWBZ	-16,30%	-8,10%
Extramuraal	-3,10%	-15,50%
Begeleiding groepsverband	-3,1%	-24,9%
Begeleiding individueel	-2,6%	62,1%
Behandeling groepsverband	-2,2%	-16,1%
Ondersteunende begeleiding dagprogramma	-4,2%	nb
Persoonlijke verzorging	-5,5%	-65,2%
Verblijf Tijdelijk	23,1%	145,6%
Vervoer	-6,8%	-44,3%
Intramuraal	-6,3%	0,3%
Langdurige zorg GGZ	-4,2%	33,0%
Langdurige zorg LVG	-6,4%	0,7%
Langdurige zorg VG	-4,2%	-2,3%
Langdurige zorg ZG	-4,2%	2,3%
Overig	nb	nb
PGB	-26,40%	-23,10%

Toelichting: de budgetverschuiving bij de AWBZ is het grootst van onderstaande drie tabellen. Dit wordt veroorzaakt door de afname bij de productsoort PGB. Hier gaat relatief een groot budget in om (30 miljoen op SRA-schaal), en gemeenten zijn van mening dat hier strakker op te sturen valt.

JZ

Budgetverschuiving 2012 - 2015 (%)		
Zorgproducten	Amsterdam-Amstelland	Zaanstreek-Waterland
Provinciale Jeugdzorg	-3,9%	-3,7%
BJAA GGW drang	34,4%	-28,0%
BJAA overige toegangstaken	-88,8%	-94,1%
Jeugdbescherming/jeugdreclassering	-31,6%	-25,9%
JZ Ambulant	4,7%	14,7%
JZ Crisis	-28,3%	-9,9%
JZ Dagbehandeling	-37,2%	15,8%
JZ Landelijk werkend (WSG/ Hoenderloo)	nb	nb
JZ Landelijk werkend Pleegzorg	nb	nb
JZ Pleegzorg	3,8%	-11,8%
JZ Residentieel	-19,5%	-24,1%
Meldpunt kindermishandeling	-25,9%	-5,0%
Overig	312,4%	403,5%

Toelichting: Bij moment van invullen ontbraken de cijfers landelijk werkend. De productsoorten die landelijk geboden worden lopen wat betreft beleidsrijke doorkijk gelijk op met de stadsregionale zorg, waar aangemerkt moet worden dat op termijn de tendens zal zijn om zoveel mogelijk zorg binnen de eigen regio te kunnen leveren.

ZVW

Budgetverschuiving 2012 - 2015 (%)		
Zorgproducten	Amsterdam-Amstelland	Zaanstreek-Waterland
ZVW	-6,8%	1,1%
Eerstelijns psychologische zorg	-17,4%	131,7%
Generalistische zorg	77,5%	55,9%
Behandeling Kort	74,6%	13,5%
Diagnostiek Kort	85,5%	226,9%
Overig	nb	nb
Specialistische zorg	-15,2%	-21,7%
Behandeling Lang	-15,3%	-19,5%
Behandeling Middel	-13,8%	-31,1%
Crisisinterventie	-2,3%	50,7%
Diagnostiek Kort	-4,2%	37,7%
Diagnostiek Middel	-4,6%	-49,8%
Verblijf Kort	-4,5%	-16,4%
Verblijf Lang	-24,1%	-5,9%
Verblijf Middel	-4,2%	-3,1%

Toelichting op ZVW: De 1^e lijns psychologische zorg wordt onderdeel van de basis GGZ. Voor het jeugddeel in deze tabel komt de basis GGZ terug bij de categorie overig. De verschuiving van specialistische naar generalistische zorg is een indicatie en wordt later specifiek gemaakt in de inkoopcontracten

6.2 Beleidsrijk toekomstscenario per productsoort

Het beleidsrijke scenario (de te verwachten omzet in 2015) is door gemeenten met de zorg aan jeugdaanbieders (jz, jz+, jggz en jlvb) en de financiers van de zorg aan jeugd besproken.

Over het algemeen geldt dat gemeenten en instellingen vooral in gaan zetten op ambulante ondersteuning. Er zijn doelgroepen die niet voldoende geholpen kunnen worden met ambulante ondersteuning. De aanbieders maken hiervoor een definiëring (november 2013) zodat duidelijk is welke doelgroep een blijvend beroep doet op bijvoorbeeld de hulpvorm Verblijf.

6.2.1 Residentieel

In een gezamenlijk overleg is benoemd dat het huidige beleid van de Stadsregio Amsterdam in 2015 al een daling van 24% realiseert, maar dat aanbieders daartoe in een ombouwprogramma zitten. Een verdere daling is riskant voor het ombouwprogramma. Gemeenten hebben besloten zich bij deze zienswijze aan te sluiten en de horizon voor een afbouw van 30% in 2017 te leggen. Vanuit de JGGZ is al eerder opgemerkt dat ook daar een reductie van bedden al is gerealiseerd ten opzichte van 2012.

De aanbieders hebben bovendien een categorie kinderen in beeld gebracht voor wie verblijf in een gezinssituatie juist contrageïndiceerd is. Deze kinderen hebben vaak al meerdere pleeggezinplaatsingen achter de rug en zijn voor meerdere jaren op verblijf aangewezen. Juist voor deze kwetsbare groep is voldoende capaciteit noodzakelijk. Gemeenten realiseren zich dit en maken daarover in het vervolg van dit proces nadere afspraken.

De gemeenten in Amsterdam-Amstelland garanderen voor residentieel verblijf in groepen een omzet van 76% in 2015 en van 70% in 2016 ten opzichte van 2012, minus de rijkskorting.

6.2.2 Dagbehandeling

Ten aanzien van de functie dagbehandeling is in de beleidsrijke scenario's een omzetsdaling van 30% aangegeven. Deze beweging is contrair aan het beleid van de Stadsregio Amsterdam. De Stadsregio Amsterdam heeft zorg voor het 'jonge kind' de afgelopen jaren tot prioriteit benoemd vanuit de overweging dat een vroege behandeling een langdurige zorgcarrière kan helpen voorkomen. Met name MOC 't Kabouterhuis heeft in dit kader het zorgaanbod sterk omgebouwd waarbij in 2013 bij gelijkblijvend budget twee keer zoveel kinderen geholpen kan worden. In gezamenlijk overleg van aanbieders en gemeenten is aangegeven dat een verdere daling van Dagbehandeling realiseerbaar is als dat gecompenseerd wordt in het aanbod van ambulante zorg voor het jonge kind. Op deze wijze leidt de omzetsdaling

Dagbehandeling niet tot daling van het bereik van het aantal jonge kinderen Gemeenten hebben besloten dit bij de inkoop van ambulante zorg vorm te geven.

Ten aanzien van de zorg voor jonge kinderen is deze primair lokaal georganiseerd. Ter ondersteuning van de lokale zorg, wordt momenteel onderzocht (met SIGRA commissie Kindzorg) of er een regionaal expertisecentrum voor deze doelgroep opgezet kan worden. Ook op het gebied van specialistische behandelingen voor jonge kinderen komt er een regionaal aanbod, om de expertise van MOC, JGZ, JHV aanbieders, de OuderKindlijn en eventueel andere partners te bundelen.

De gemeenten in Amsterdam-Amstelland garanderen voor dagbehandeling een omzet van 70% in 2015 ten opzichte van 2012, minus de rijkskorting.

6.2.3 Pleegzorg

Ten aanzien van pleegzorg wil de regio zowel op inhoudelijk als budgettaire gronden bevorderen dat kinderen, wanneer zij uit huis moeten, opgevangen worden door middel van pleegzorg in plaats van residentiële opvang. Regio Amsterdam-Amstelland wil Pleegzorg uitbreiden. In 2015 bij Spirit. Amstelveen en Aalsmeer houden de optie open dat dit daarna bij een andere aanbieder gebeurt.

6.2.4 Jeugdbescherming/Jeugdreclassering

Ten aanzien van de JB/JR kan het volgende worden gesteld: BJAA biedt deze zorg aan als onderdeel van Generiek Gezinsgericht Werken. Daarmee zetten we een deel van het budget voor de toegangsfunctie BJZ in. Gemeenten maken zelf keuzes ten aanzien van de vraag of dit onderdeel tot de uitvoerende taak van het wijkteam of het GGW bij BJAA hoort.

De 6 gemeenten in de regio Amsterdam-Amstelland hebben besloten in elk geval gezamenlijk JB en JR in te kopen en dit voor 2015 en 2016 te doen bij de huidige aanbieder BJAA en voor 2015 bij WSG. Een en ander onder voorbehoud van certificering, te bieden kwaliteit en prijs.

Daarnaast wordt een deel van begeleiding in vrijwillig kader afgenomen bij BJAA, het deel waarbij Drang moet worden toegepast om tot samenwerking met ouders te kunnen komen. Hiermee kan BJAA haar businesscase Generiek Gezinsgericht Werken in 2015 en 2016 voortzetten.

Met merendeel van de regio Amsterdam-Amstelland wil zelfs BJAA tot en met 2017 contracteren, met uitzondering van Amstelveen/Aalsmeer. Die stellen een tussentijds beslismoment voor.. .

6.2.5 Advies en Meldpunt Huiselijke Geweld en Kindermishandeling

De gemeenten in de drie regio's richten het toekomstige AMHK gezamenlijk in en organiseren financiering op het niveau van de veiligheidsregio. Het Advies en Meldpunt Kindermishandeling zal samen met het Steunpunt Huiselijk Geweld geïntegreerd worden in deze nieuwe organisaties. Resultaat is een kwalitatief hoogwaardig AMHK

met een goede verbinding met de lokale jeugd-/wijkteams. Los van de positionering van deze nieuwe organisatie – bij de GGD, gemeente of anderszins – geldt dat sprake is van het bundelen van bestaande expertise en wordt het principe van “mens volgt werk” gehanteerd.

6.2.6 Crisiszorg

Hierbij gaat het om het beschikbaar zijn van passende crisisopvang en het uitvoeren van crisisinterventies. De gemeenten binnen de stadsregio hebben het voornemen om crisiszorg intersectoraal, dus integraal, te organiseren op het niveau van de veiligheidsregio om daarmee voldoende beschikbaarheid van crisisinterventies te garanderen. De concrete uitwerking hiervan moet nog plaatsvinden. De regio's overwegen om deze crisisorganisatie te koppelen aan het AMHK, om de omvang van crisisplaatsen mogelijke te kunnen verkleinen door deze te vervangen door ambulante crisis hulp. Daarnaast kunnen crisisbedden vanuit de drie sectoren samen worden gevoegd door het bundelen van fysieke beschikbaarheid waarbij de benodigde expertise vanuit de sectoren vanzelfsprekend beschikbaar moet zijn. De gemeenten binnen de regio zetten zich ervoor in om voldoende crisisplaatsen beschikbaar te hebben. Wat de uiteindelijke keuzes ook zijn, ook hier is sprake van gezamenlijke financiering (binnen veiligheidsregio) en kan het principe ‘mens volgt werk’ worden gehanteerd.

6.2.7 Buitenregionale plaatsingen

Niet alle kinderen kunnen geholpen worden binnen de grenzen van de subsidiegever. Sommige kinderen hebben speciaal aanbod nodig, andere kinderen gaan in het netwerk (of in de nabijheid van het netwerk) wonen in een andere stad of provincie. En soms kom je gewoon voor verrassingen te staan die opgelost moeten worden. Dan betreft het een specifieke doelgroep en mogelijk kostbare zorg. Daar willen de gemeenten zelf zicht en sturing op houden. Van belang is om inzicht te krijgen in deze doelgroep, en of de kosten in balans zijn met plaatsingen van buitenaf in de regio, waarbij aanbieders nadrukkelijk worden betrokken gezien hun ervaring hiermee. In 2014 zullen besluiten genomen worden waarvan de financiering doorloopt in 2015. Deze kinderen vallen dan onder de landelijke afspraken die gemaakt zijn over de garanties van lopende zorg in 2015. De transitie biedt een mooie gelegenheid om goede afspraken te maken over deze doelgroep, waar nu veel bureaucratie mee gemoeid gaat.

Daarnaast is er een extra doelgroep die niet binnen de aanbieders binnen de gemeenten van de Stadsregio, noch bij de landelijke aanbieders geholpen kan worden. Begin 2014 ontstaat inzicht in de aantallen en worden er afspraken gemaakt over de schaal van inkoop.

6.2.8 Zorg aan jeugd plus

De Koppeling (Spirit en in samenwerking met Lijn5, Altra en de Bascule) is een multifocaal behandelcentrum met plek voor 96 jongeren tegelijkertijd. De kinderrechter plaatst jongeren daar met een zogeheten ‘machtiging gesloten plaatsing’. De jongeren

van 12- 18 jaar hebben zeer complexe problematiek, waaronder ernstige gedragsproblemen en gezinsproblemen, met vaak gedragsstoornissen, verslavingsproblemen, een geschiedenis met trauma's en persoonlijkheidsproblemen. In 2013 is duidelijk gebleken dat de instroom langzaam daalt. Dit is ook een landelijk beeld. Tegelijkertijd is de Koppeling bezig de periode van 'geslotenheid' te verkorten (voor een uitgebreide beschrijving van deze twee typen zorg zie bijlage zes). Daarom werkt De Koppeling aan twee innovaties: de 'trajectzorg' en de 'bemoeizorg'. De gemeenten in de stadsregio Amsterdam hebben deze beleidslijn onderschreven en deze zal komende jaren zijn beslag gaan krijgen. Dit kan uiteindelijk leiden tot een afname van de benodigde capaciteit voor de gesloten zorg aan jeugd in de regio, waarmee mogelijk bespaard kan worden. Gezien de complexiteit van deze doelgroep, en de inspanning die gevraagd wordt vanuit het voorveld, moet nog blijken of er daadwerkelijk een daling van capaciteit zal plaatsvinden. Helder is dat er voorlopig capaciteit voor gesloten zorg aan jeugd overeind moet blijven.

6.2.9 PGB

Over de zorg die mensen zelf inkopen met het PGB is geen specifieke informatie bekend. Hierover maken gemeenten op lokaal niveau afspraken. Duidelijk is wel dat de relatief grote omvang van het PGB budget gemeenten tot de keuze brengt hier strakker op te sturen. Meer inzicht in de verschillende grondslagen die de basis vormen voor de toekenning van een PGB kan hierbij helpen.

6.3 Gezamenlijke inkoop door gemeenten

Gemeenten kiezen ervoor om inkoop van een aantal vormen van zorg gezamenlijk te doen. Dat is nodig omdat voor een aantal vitale functies infrastructuur in stand gehouden moet worden (zie hoofdstuk drie). Verblijfszorg kan alleen worden aangeboden als met aanbieders afspraken worden gemaakt over hoe om te gaan met lege bedden. Voor individuele gemeenten is dat geen haalbare kaart. Daarnaast biedt gezamenlijke inkoop de mogelijkheid aan gemeenten om over een aantal jaren te vereffenen. Hierdoor worden fluctuaties in kosten beperkt.

Gemeenten streven naar een efficiënte organisatie van het inkoopproces, zowel in het belang van gemeenten als het belang van instellingen. Samenwerking biedt gemeenten onder andere kans op efficiency-voordelen en het bundelen van specialistische kennis. Voor instellingen betekent het meer eenduidigheid in inkoopproces.

Bij de decentralisatie worden verantwoordelijkheden overgebracht naar lokaal niveau, waarbij inkoop op verschillende niveaus wordt georganiseerd. Gemeenten willen optimaal kunnen sturen op de inrichting van de eerste lijn en de 'ondersteuning nabij'. Deze preventie en ambulante zorg in de wijkteams, wordt door gemeenten zelf georganiseerd en ingekocht. Voor de onderdelen jeugdbescherming/jeugdreclassering, crisis en AMHK zoeken gemeenten praktische inkoop samenwerking op het niveau van

de veiligheidsregio. Voor andere, meer specialistische functies organiseren de gemeenten hun samenwerking op bovenregionaal niveau. Gemeenten zijn aan het inventariseren of zij ook nog op grote schaal willen samenwerken met andere gemeenten voor specifieke zorgproducten. Hiertoe worden de komende maanden verdere gesprekken gevoerd.

Afspraken over inkoop samenwerking worden gemaakt voor een periode van twee jaar, maar worden na een jaar geëvalueerd. De inkoop samenwerking is een lerend model: een deel bestaat uit expertise van de huidige financiers, een ander deel uit gemeentelijk medewerkers die hierdoor deze expertise kunnen verwerven. De exacte definitie van producten en schaalniveau en besluit tot inrichting van inkoop op regionaal en bovenregionaal niveau is eind 2013 voltooid.

Het is op het punt van inkoop belangrijk dat gemeenten – getrapt – hun inbreng kunnen hebben in de fase van de beleidsvorming (wat en hoeveel moet er worden ingekocht cq aan welke eisen moet de ingekochte zorg voldoen). Daarmee geven zij invulling aan hun nieuwe verantwoordelijkheid. Hiervoor richten de gemeenten een afstemmingsstructuur in, met een trekkersrol voor de centrumgemeenten. De start vindt plaats in het najaar van 2013. De daadwerkelijke contractvorming is dan een uitvloeisel van dit proces. Over de wijze van het contractmanagement, kunnen in de loop van 2014 nadere afspraken worden gemaakt. Met de ervaringen uit 2014 kunnen we het proces in 2015 verder verfijnen. Een evaluatie kan dan ook input geven voor een verdere ontwikkeling van de gezamenlijke inkoop, bijvoorbeeld in een aparte organisatie. Uitgangspunt op dit vlak is dat wat in 2014 wordt afgebouwd qua zorg, niet door een koerswijziging weer opgebouwd moet worden in 2015 – of andersom.

Nieuwe aanbieders worden in 2015 gefaseerd toegelaten en in enkele gemeenten ook al in 2014 in het kader van de vervroegde decentralisatie van taken binnen de stadsregio. Instellingen moeten in het algemeen rekening houden met een omzetsdaling van 20% in 2017, mede tegen het licht van het totaal aantal bezuinigingen die met de drie D's gepaard gaan. Instellingen moeten daarop hun bedrijfsvoering inrichten. In de beweging naar 2017 worden productieafspraken gemaakt en frictiekosten beperkt (zie hoofdstuk 7).

6.4 Totale budgetten per instelling 2012 vs 2015

In onderstaande tabel is aangegeven wat de ontwikkelingen is wat betreft de budgetten in 2015 vanuit de al eerder genoemde beleidsrijke vingeroefening 2015. Het gaat hier nadrukkelijk om de budgetten binnen de huidig provinciaal gefinancierde jeugdzorg.

Ten overvloede nog een keer (zie p.22) de volgende toelichting op onderstaande tabel. De gemeenten hebben in een uitvoerig traject met KMPG in beeld gebracht welke gevolgen de beleidskeuzes van de gemeenten in het kader van de transitie voor de omzet van betrokken instellingen kunnen gaan hebben.

Dit hebben ze gedaan door als vingeroefening heel concreet aan de knoppen te gaan draaien wat betreft de verschillende productsoorten, vanuit inhoudelijke en financiële overwegingen.

Dit is van belang omdat de transitiearrangementen juist worden opgesteld om enerzijds continuïteit van zorg en infrastructuur te kunnen garanderen en anderzijds om zo min mogelijk frictiekosten te laten ontstaan. Hoewel evident is dat op basis van de onzekerheid ten aanzien van de basisbudgetten (meicirculaire) en de nog nader af te spreken precisering van de inkoopvoornemens 2015 deze tabellen als relatief gezien moeten worden, was het van grote meerwaarde dat gemeenten met zorgpartners een heel concreet gesprek konden voeren over de cijfers, de kansen en de knelpunten. In een aantal sessies met de verschillende zorgpartners hebben gemeenten hierover uitvoerig uitgewisseld en is er een genuanceerd en gedeeld beeld ontstaan over de gewenste ontwikkelrichting en de gevolgen hiervan voor de inrichting van de bedrijfsvoering van instellingen. De inhoudelijke onderbouwing van deze gepresenteerde cijfers is toegelicht in hoofdstuk 6.2.

Budget 2012 (€)	Budget 2012 (€)	Budget 2015 (€)	Vershil (€)	Totaal verschil (%)
Altra	25.418.582	18.409.399	-7.009.183	-28%
Bureau Jeugdzorg	44.026.642	28.302.707	-15.723.935	-36%
De Bascule	2.467.388	2.223.134	-244.254	-10%
Hoenderloo Groep	3.166.291	3.151.372	-14.919	0%
HVO Querido	601.925	1.244.057	642.132	107%
Joods Maatschappelijk Werk	299.219	315.968	16.749	6%
MOC Kabouterhuis	10.159.682	7.670.628	-2.489.054	-24%
Overig	0	29.645.670	29.645.670	0%
Spirit	47.833.565	38.890.867	-8.942.698	-19%
William Schrikker Groep	9.869.784	8.314.023	-1.555.761	-16%
Totaal	143.843.078	138.167.824	-5.675.254	-4%

Budgetten zijn gebaseerd op de feitelijke beschikkingen van de SRA. Dit kan afwijken van de feitelijke verdeling op basis van historische budgetten van de meicirculaire van het gemeentefonds.

In de categorie '*Overig*' zijn keuzes van gemeenten samengebracht voor zover gemeenten kiezen voor nieuwe aanbieders, dan wel nog geen keuze hebben gemaakt.

Frictiekosten

Frictiekosten ontstaan als na omzetsdaling en daarmee volumedaling er teveel personeel in dienst is (uitvoerend en overhead) en doordat leegstand ontstaat in vastgoed dat daardoor mogelijk afgestoten moet worden tegen lagere verkoopwaarden dan de boekwaarde. Gemeenten nemen hierbij het principiële standpunt in geen frictiekosten over te willen nemen.

Als eerste regio in Nederland is, in overleg met het Rijk, in de SRA het Panteia model per instelling toegepast op de inschatting van omzetwijzigingen in de provinciale jeugdzorg. Dat gebeurde in opdracht van de financier (SRA). Deze doorrekening is met de betrokken instellingen besproken, waarna Panteia aanpassingen in haar model heeft gemaakt. De definitieve berekeningen zijn opnieuw besproken. Dit proces heeft vervolgens model gestaan voor de opzet van de handreiking RTA's op landelijk niveau. De cijfermatige uitkomsten van het frictieonderzoek zijn niet gepubliceerd. Reden is, dat deze zijn gebaseerd op teveel onzekere factoren, te beginnen de productiecijfers zelf. Maar ook de inschatting van inkoopverschuivingen zijn hoofdzakelijk hypothetisch, net als het model van Panteia. Hetzelfde geldt, mede daarom, voor de inschatting van effect van de frictiebeperkende maatregelen. Het inschatten van het effect van die maatregelen is daarom niet mogelijk.

Omdat de gegevens voor GGZ en LVB nog niet beschikbaar waren, is een dergelijke exercitie voor dit deel van de sector niet overwogen.

Ook al is hiermee onderbouwd dat inschatten van bedragen niet zinvol is, dat neemt niet weg dat instellingen en gemeenten de nodige inspanningen zullen plegen en afspraken hebben gemaakt of maken, om onnodige frictie optimaal te voorkomen. Het principiële standpunt van de gemeenten t.a.v. eventuele resterende frictie blijft daarbij overeind. De rest van dit hoofdstuk licht deze frictiebeperkende inspanningen nader toe.

7.1 Frictiekosten op het gebied van vastgoed

Standpunt van de gemeenten over de frictiekosten voor vastgoed is dat deze op geen enkele wijze ten laste van gemeenten kunnen worden gebracht. De VNG heeft het standpunt van gemeenten hierover per brief aan het rijk kenbaar gemaakt. Het is de eigen verantwoordelijkheid van aanbieders al zoveel mogelijk voor te sorteren op de gewenste inrichting en daarmee de frictiekosten te beperken.

Al in 2012 hebben sommige aanbieders versneld afscheid genomen van kantoorpanden. Dit heeft ertoe geleid dat aanbieders financiële voorzieningen hebben getroffen. Deze extra kosten zijn te bezien als frictiekosten en al in de resultaten verwerkt. Indien in de komende jaren verminderde inkoop zal plaatsvinden en panden verkocht moeten worden, zullen eventuele verkoopwinsten van panden moeten worden ingezet voor de aflossing van lange termijn schulden. Een reële inschatting is vooralsnog niet te maken en hangt af van de mate en het tempo waarin de inkoop zal veranderen.

Indien de panden na omzetsdalingen niet kunnen worden gebruikt, is er sprake van leegstand met als gevolg versnelde afschrijvingen die ten laste komen van het resultaat van de aanbieder. Verder is er een belangrijke koppeling van het vastgoed met langlopende schulden. Indien een pand versneld verkocht dient te worden, dan zal dat niet alleen leiden tot een verdere daling van de verkoopprijs, maar wellicht ook tot herfinanciering. In de huidige marktcondities is dat een lastig voor aanbieders om financiering te vinden. De verwachting is bovendien dat dit leidt tot een stijging van de rentelasten. De frictiekosten op het gebied van vastgoed die hiermee samenhangen zijn groot en vooralsnog niet te berekenen.

Ook huren veel aanbieders panden. Zij kunnen in veel gevallen niet of met een boete het huurcontract ontbinden. Dit brengt ook frictiekosten met zich mee.

7.2 Frictiekosten op het gebied van personeel

Maatregelen om de personele frictiekosten te beperken, zijn de volgende. Bij medewerkers in het primair proces wordt daar waar mogelijk het principe van “mens volgt werk” gevolgd. Dit principe doet zich voor wanneer door verschuiving van de inzet van budget een andere partij dan de bestaande partij werkzaamheden gaat vervullen. Zowel de gemeenten als de door de in het transitiearrangement betrokken aanbieders onderschrijven dit principe dat geldt voor verschuiving van werkzaamheden tussen aanbieders. Daarnaast nemen gemeenten dit principe op in hun voorwaarden bij de contractering van eventuele nieuwe aanbieders. Dit principe heeft zijn grens in de omvang van de nieuwe taken, er kunnen maar zoveel medewerkers over worden genomen als er werk is. Het principe kan op dit moment niet vertaald worden naar afzonderlijke aanbieders.

In 2014 werken de gemeenten dit principe verder uit, bijvoorbeeld door instellingen te vragen een mobiliteitspool in te richten. Daarbij zal gekeken worden hoe de samenwerking met gemeenten gezocht kan worden, hoe mensen begeleid kunnen worden die met ontslag bedreigd worden en wordt onderzocht in hoeverre er een beroep gedaan kan worden op de mobiliteitsgelden van 600 miljoen die door minister Asscher in 2014-2015 beschikbaar zijn gesteld.

7.3 Afbouw overhead en vastgoed

Ten aanzien van afbouw van overhead en vastgoed zien wij dat instellingen hierop al stappen zetten. De gemeenten streven ernaar, in overleg met de huidige financiers, dusdanige afspraken te maken dat instellingen hier al in 2014 rekening mee kunnen houden. Waar mogelijk trekken instellingen die dezelfde doelgroep bedienen samen op om frictiekosten gebaseerd op vastgoedproblematiek te verminderen.

7.4 Invloed beleidskeuzes op frictiekosten

De gemeenten hebben in een uitvoerig traject met KPMG in beeld gebracht welke gevolgen de beleidskeuzes van de gemeenten in het kader van de transitie voor de omzet van betrokken instellingen kunnen gaan hebben. Hoewel evident is dat op basis

van de onzekerheid ten aanzien van de basisbudgetten (meicirculaire) en de nog nader af te spreken precisering van de inkoopvoornemens 2015 deze tabellen als relatief gezien moeten worden, was het van grote meerwaarde dat wij met zorgpartners een heel concreet gesprek konden voeren over de cijfers, de kansen en de knelpunten. In een aantal sessies met de verschillende zorgpartners hebben we ons hierover uitvoerig uitgewisseld en is er een genuanceerd en gedeeld beeld ontstaan over de gewenste ontwikkelrichting en de gevolgen hiervan voor de inrichting van de bedrijfsvoering van instellingen. Gemeenten hebben aangegeven dat in de concrete inkoop gesprekken die gaan volgen nadere uitwerking aan deze opstelling gegeven gaat worden, en dat voor deze fase in het transitievoorbereidingsproces globale budgetgarantie gegeven wordt. Op die wijze kunnen én instellingen voorsorteren op zo veel mogelijk afbouw van de kosten, én kunnen gemeenten tijd nemen om langs deze lijn de uiteindelijke afspraken te maken.

7.5 Overige frictiekosten

Naast frictiekosten voor personeel en vastgoed zijn er nog andere frictiekosten, die waar mogelijk beperkt moeten worden. Te denken valt aan afschrijvingen op ICT voorzieningen, door dat de verschillende apparatuur en gebruikte systemen niet op elkaar aansluiten, of het nemen van beslissingen over langjarige investeringen. De instellingen gaan deze overige kosten in kaart brengen, en een voorstel doen om deze te beperken. Eind 2013 hebben de instellingen in kaart gebracht wat zij onderling kunnen opvangen op het gebied van deze overige frictiekosten. De gemeenten maken een plan over hoe om te gaan met meerjaren investeringen. In december 2013 volgt een gesprek over deze onderwerpen tussen gemeenten en instellingen.

7.6 Frictiekosten BJAA

Gezien de omvang van de voorgenomen omzetsdaling bij BJAA én het feit dat BJAA in het kader van een businesscase Generiek Gezinsgericht Werken in 2014 een zeer kritisch jaar ingaat, besteden we hier een afzonderlijke paragraaf aan.

Alle 16 gemeenten in de Stadsregio kiezen ervoor om in 2015 en 2016 Jeugdbescherming en Jeugdreclassering te betrekken bij BJAA en in 2015 bij de William Schrikkergroep (voor de doelgroep LVB). Daarnaast wordt een deel van begeleiding in vrijwillig kader afgenomen bij BJAA, het deel waarbij Drang moet worden toegepast om tot samenwerking met ouders te kunnen komen. Hiermee kan BJAA haar businesscase Generiek Gezinsgericht Werken in 2015 en 2016 voortzetten.

Met merendeel van de regio Amsterdam-Amstelland wil zelfs BJAA tot en met 2017 contracteren, met uitzondering van Amstelveen/Aalsmeer. Die stellen een tussentijds beslismoment voor.

Gemeenten willen op de verschillende functies zoveel mogelijk het principe hanteren van mens volgt werk. De gemeenten hebben de toezegging gedaan dat er voor 1 april 2014 duidelijkheid komt over het principe mens volgt werk, en welke ruimte is er om mensen over te nemen.

Ten aanzien van BJAA geldt dat omzetsdaling in 2015 ten opzichte van 2012 door drie onderdelen wordt veroorzaakt door:

- AMK-functie, gevolg van wetswijziging
- Toegangstaak, gevolg van wetswijziging
- Daling OTS (PxQ-financiering) als gevolg van inzet GGW

Bij het overnemen van de AMK functie door gemeenten blijft deze functie in stand. Gemeenten hebben de keuze gemaakt om het 'mens-volgt-taak'principe toe passen, al zal dit mogelijk niet betekenen dat alle personeel hierdoor naar gemeenten over kan gaan. Duidelijk is dat voor BJAA ten aanzien van deze functie sprake kan zijn van een omzetsdaling van ruim € 2 mln.

Hetzelfde geldt voor de Toegangstaken. De poortwachtersfunctie/stellen van de indicatie, is in het huidige BJAA een kerntaak die in deze vorm niet door gemeenten overgenomen gaat worden. Ten aanzien van deze taak geldt voor BJAA een omzetsdaling van € 1,3 mln..

Omzetsdaling bij BJAA als gevolg van GGW

BJAA heeft haar uitvoeringstaken in het kader van Jeugdbescherming, Jeugdreclassering en Jeugdhulpverlening samengevoegd in het Generieke Gezinsgerichte Werken (GGW). In een businesscase heeft BJAA voorspeld dat door de hulp aan gezinnen integraal vanuit alle domeinen toe te passen ten eerste een aanzienlijke daling van het aantal ondertoezichtstellingen (OTS) zal plaatsvinden en ten tweede een daling van het aantal uithuisplaatsingen. BJAA is in 2012 met deze aanpak gestart en sinds maart 2013 werkt de hele instelling met dit concept. De effecten zijn al zichtbaar in sterk dalende OTS.

Het succes van deze aanpak zit in belangrijke mate in het feit dat drang en dwang integraal onderdeel is van de GGW-aanpak. Het budget dat de regiogemeenten gezamenlijk beschikbaar denken te hebben in 2015 voor GGW (€28 mln) is voldoende voor het geprognosticeerde aantal gezinnen binnen alle gemeenten dat binnen de doelgroep drang en dwang valt.

Frictiekosten als gevolg van deze beweging zullen vooral in 2014 plaatsvinden, het jaar waarin BJAA de formatie in verhouding tot de afname van het aantal zaken moet inkrimpen. De Stadsregio Amsterdam maakt hierover in 2014 met BJAA afspraken en betreft gemeenten bij de uitwerking daarvan, mede gezien het feit dat drie grote gemeenten (Haarlemmermeer, Zaanstad en Amsterdam) in 2014 op zullen treden als virtueel opdrachtgever van BJAA.

7.7 Frictiekosten overige instellingen

Ten aanzien van een overschot aan personeel bij de instellingen geldt dat een aantal instellingen in staat moet worden geacht om de verwachte daling binnen de eigen exploitatie en reserves te kunnen opvangen. Het gaat hierbij om Bascule, HVO, WSG,

JMW en Hoenderloo. Op de situatie van de andere instellingen wordt hierna kort ingegaan.

Ten aanzien van het MOC geldt een daling met 30% voor de zorgvorm dagbehandeling. In het beleidsoverleg omtrent verblijf en dagbehandeling is besproken dat verdere afbouw van deze vorm niet behoort tot de prioriteiten van de gemeenten in de Stadsregio Amsterdam (zie eerder in dit arrangement). Indien gemeenten niettemin kiezen voor deze afbouw, is een extra inzet van specialistische ambulante zorg voor het jonge kind wenselijk is om deze doelgroep voldoende te bereiken. De regio Amsterdam/Amstelland sluit hierbij aan met een verhoging van het budget voor ambulant, en een temporisering van de afbouw. Zaak is dat het aantal jonge kinderen dat bereikt kan worden in stand blijft. Daarnaast zal MOC 2014 moeten gebruiken om op deze ontwikkeling in 2015 te anticiperen.

BIJLAGEN

Betrokken partners bij transitiearrangement

Hieronder volgen de betrokken partners

A. Namens de gemeenten (of regio's)

Aalsmeer
Amstelveen
Amsterdam
Diemen
Ouder-Amstel
Uithoorn

B. Namens de huidige financiers

Financier	Vertegenwoordiger
Provincie	
Stadsregio Amsterdam	
Rijk	
Zorgverzekeraar	
Zorgkantoren	

C. Namens de zorgaanbieders

Zorgaanbieder	Vertegenwoordiger
Spirit	
BJAA	
Kabouterhuis	
Altra	
WSG	
Bascule	
Pluryn Hoenderloo Groep	
Joods Maatschappelijk Werk	
HVO Querido	
GGZ instellingen verenigt in het SIGRA-netwerk Jeugd	
(L)VB-instellingen	
RVVP Amsterdam	

A Specialistische zorg, landelijk georganiseerd

Specialistische zorg; landelijk georganiseerd door VNG (bron: initiatief VNG landelijke afspraken over inkoop van specialistische zorg aan jeugd – versie 26 augustus 2013)

<u>Functies</u>	<u>Aanbieders</u>
1. Huidige landelijke specialismen Zorg aan jeugdPlus: ☐ a) Zorg aan jeugdPlus voor jongeren onder 12 jaar b) Zeer Intensieve Kortdurende Observatie en Stabilisatie; Jeugdige met acute psychose, grote dreiging van suïcide e.d; Mogelijkheid tot 24-uurs toezicht, instellen op medicatie en stabiliseren van psychose ☐ c) Gesloten opname van tienermoeders tijdens zwangerschap of met pasgeboren kind.	a) Horizon, Rotterdam b) ZIKOS, Harreveld c) LSG Rentray – Zutphen
2. GGZ met een landelijke functie. a) Eetstoornissen ☐ b) Autisme ☐ c) persoonlijkheidsstoornissen d) GGZ voor doven en slechthorenden e) Psychotrauma	a) Altrecht, Rintveld en Ursula, Utrecht b) Leo Kannerhuis, Doorwerth ☐ c) De Viersprong, Halsteren d) GGMD ☐ e) Centrum '45
3. Behandeling van jongeren met licht verstandelijke beperking en complexe, meervoudige problematiek <i>Dit is een in overleg met de branche aangepast voorstel en betreft behandeling van specifieke cliënten waarvoor ZZP LVG 4 en 5 niet toereikend zijn. De plaatsen ZZP LVG 4/5 vallen binnen de regionale transitiearrangementen.</i>	Ambiq, Hoogeveen / Hengelo ☐s Heeren Loo, Groot Emaus, Ermelo Koraal Groep, De la Salle, Boxtel Pluryn, de Beele, Voorst ☐ Totaal 125 tot 250 plekken
4. Gespecialiseerde diagnostiek, observatie en exploratieve behandeling aan (L) VB jeugd GGZ met bijkomende complexe problematiek' Eventueel: polikliniek voor extramurale functie gespecialiseerde multidisciplinaire diagnostiek, observatie en (exploratieve) behandeling	De Hondsborg, Oisterwijk 132 plekken
5. Expertise en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties onder 18 jaar.	Fier Fryslan, Leeuwarden Kompaan en de Bocht, Goirle

6. Forensische zorg: inzet van erkende gedragsinterventie binnen jeugdreclassering.	Aanbieders: nog op te nemen. Gaat om zo'n 1000 interventies per jaar.
---	---

B Tabellen en cijfers

bedragen x 1000	Totaal Budget 2012 (€)	Totaal Budget 2015 incl. budgetkorting (€)
Zorgstroom		
AWBZ	€ 72.151	€ 62.409
Extramuraal	€ 19.929	€ 18.716
Intramuraal	€ 8.191	€ 7.800
Overig	€ -	€ 2.652
PGB	€ 44.032	€ 33.241
Jeugdzorg plus	€ 15.525	€ 14.826
Jeugdzorg plus	€ 15.525	€ 14.826
Provinciale Jeugdzorg	€ 143.843	€ 138.098
Provinciale Jeugdzorg	€ 143.843	€ 138.098
ZVW	€ 63.545	€ 60.964
Eerstelijns psychologische zorg	€ 988	€ 1.330
Generalistische zorg	€ 5.056	€ 8.667
Overig	€ -	€ 2.613
Specialistische zorg	€ 57.501	€ 48.272
Totaal	€ 295.064	€ 276.298

Figuur 1 budget SRA gemeenten

Budget 2012 (€)	Totaal	Budget 2015 (€)	Totaal
Altra	25.418.582	Altra	18.409.399
Bureau Jeugdzorg	44.026.642	Bureau Jeugdzorg	28.302.707
De Bascule	2.467.388	De Bascule	2.223.134
Hoenderloo Groep	3.166.291	Hoenderloo Groep	3.151.372
HVO Querido	601.925	HVO Querido	1.244.057
Joods Maatschappelijk Werk	299.219	Joods Maatschappelijk Werk	315.968
MOC Kabouterhuis	10.159.682	MOC Kabouterhuis	7.670.628
Overig	0	Overig	29.645.670
Spirit	47.833.565	Spirit	38.890.867
William Schrikker Groep	9.869.784	William Schrikker Groep	8.314.023
Grand Total	143.843.078	Grand Total	138.167.824

Figuur 2 instellingsbudgetten SRA niveau JZ

Verschil (€)	Totaal	Totaal verschil (%)
Altra	-7.009.183	-28%
Bureau Jeugdzorg	-15.723.935	-36%
De Bascule	-244.254	-10%
Hoenderloo Groep	-14.919	0%
HVO Querido	642.132	107%
Joods Maatschappelijk Werk	16.749	6%
MOC Kabouterhuis	-2.489.054	-24%
Overig	29.645.670	0%
Spirit	-8.942.698	-19%
William Schrikker Groep	-1.555.761	-16%
Grand Total	-5.675.254	-4%

Figuur 3 geraamd budgetverschil JZ 2015 - 2012 per aanbieder op SRA niveau

Verschil (%)	Totaal
Altra	-21%
Bureau Jeugdzorg	-28%
De Bascule	8%
Hoenderloo Groep	1%
HVO Querido	113%
Joods Maatschappelijk Werk	6%
MOC Kabouterhuis	-23%
Overig	0%
Spirit	-14%
William Schrikker Groep	-10%
Totaal	-4%

Figuur 4 geraamd budgetverschil JZ 2015 - 2012 per aanbieder voorbeeld Amsterdam-Amstelland

C Totaaloverzicht zorgaanbod jeugd

- Preventie jeugdgezondheidszorg
- Preventie overige (campagnes etc.)
- Ambulante zorg aan jeugd
- Geestelijke gezondheidszorg jeugd (Jeugd-GGZ) (ambulant)
- Jeugdhulp kinderen met (lichte) verstandelijke beperkingen (Jeugd-(L)VB) (ambulant)
- Pleegzorg
- Residentiële zorg
- Crisisopvang (regionale beschikbaarheid, wettelijk bepaald)
- Specifieke jeugdhulp voor de VB-groep
- Specifieke jeugdhulp voor de GGZ-groep
- Jeugdbescherming (regionale beschikbaarheid, wettelijk bepaald)
- Jeugdreclassering (regionale beschikbaarheid, wettelijk bepaald)
- Advies en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) (regionale beschikbaarheid, wettelijk bepaald)
- Zorg aan jeugdzorgplus.

D Gelijkschakeling definities Basis (J)GGZ en 'Om Het Kind'

NB: deze bijlage betreft een concept dat verder wordt uitgewerkt om definities in de verschillende stelsels en nieuwe wijkaanpak (In Amsterdam binnen 'Om het Kind') af te stemmen. Deze afstemming gebeurt in samenwerking instellingen – gemeenten.

In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013 – 2014 zijn afspraken gemaakt over het versterken van de huisartsenzorg en het ontwikkelen van een generalistische basis-ggz om kwaliteit en kostenbeheersing te waarborgen. Die kostenbeheersing moet tot stand komen door een vermindering van het beroep op specialistische GGZ. De uitgangspunten in het bestuurlijk Akkoord komen overeen met die van het programma OhK. Niet alleen gaat het daarbij om vermindering van het gebruik van relatief dure zorg, maar vooral ook om het versterken van eigen kracht en zelfredzaamheid, kleine problemen klein houden e.d.

Om de huisartsenzorg te versterken wordt veel belang gehecht aan de POH-GGZ (praktijkondersteuner) en het verbeteren van consultatie- en diagnostiekmogelijkheden vanuit de GGZ ten behoeve van de huisarts. Verwijzen leidt daarmee niet meer automatisch voor de huisarts tot het uit het zicht verdwijnen van de patiënt. Ook dit vertoont sterke overeenkomsten met de wijze waarop de OKT's in de wijken moeten gaan functioneren. Bij twijfel aan de aard en ernst van de problematiek moet gebruik kunnen worden gemaakt van diagnostische mogelijkheden in het flexibel aanbod en kunnen deskundigen worden "ingevlogen". Vanuit perspectief van de GGZ kunnen de huisarts/POH-GGZ en de OKT's op dezelfde lijn worden geplaatst ; eerste lijn's zorg en poortwachterschap.

Gebleken is dat begrippen als GGZ basiszorg, generalistische basis GGZ en specialistische GGZ soms tot verwarring leiden. Deze notitie heeft tot doel om de begrippen zodanig uiteen te zetten dat iedereen deze op dezelfde wijze gebruikt.

Basis GGZ

De basis GGZ valt in 2 echelons uiteen:

1. **De GGZ basiszorg** die geboden wordt binnen de huisartsenzorg. De huisarts wordt daarin ondersteund door de POH-GGZ. Rond de 50% van de huisartsen in Amsterdam werkt met een POH-GGZ die maximaal 9 uur per week aan de praktijk is verbonden. Door de NZA is een prestatiebeschrijving opgesteld die de volgende zorgactiviteiten bevat:

- Probleemverheldering en uitvoeren van screeningsdiagnostiek
- Opstellen en bespreken van een vervolgstappenplan
- Geven van psychoeducatie
- Begeleiden / ondersteunen van zelfmanagement
- Interventies gericht op verbetering in functioneren van de patiënt met psychische klachten
- Geïndiceerde preventie (alleen gericht op de individuele patiënt; vanaf 2014 ook groepsinterventies mogelijk)
- Zorg gerelateerde preventie (idem)
- Terugvalpreventie

Weliswaar in wat andere termen is er een duidelijk overeenkomst met een belangrijk deel van de activiteiten van het OKT.

De GGZ basiszorg richt zich vooral op psychische problemen en niet op stoornissen. Tijdige hulp bij psychische klachten kan stoornissen en onnodige verwijzing naar duurdere zorg voorkomen. Als er een vermoeden van een (DSM benoemde) stoornis is dan kan de huisarts verwijzen naar de generalistische Basis GGZ of de Specialistische GGZ. Als na onderzoek blijkt dat er geen sprake is van een stoornis dan moet de patiënt terugverwezen worden naar de huisarts. Deze kan ook een patiënt verwijzen met verzoek om nadere diagnostiek, net als in de somatische zorg. De huisarts blijft daarbij de eindverantwoordelijke behandelaar. Indien er sprake is van een chronische en stabiele psychiatrische stoornis dan kan, zo wordt beoogd de huisarts deze patiënt begeleiden.

2. De Generalistische Basis GGZ wordt in 2014 gevormd door verschuiving van de huidige eerstelijns GGZ (m.n. de eerstelijns psychologen) en delen van de tweedelijns GGZ. De Generalistische Basis GGZ (GBGGZ) werkt in 2014 niet meer met DBC's maar met 4 (tijdelijk 5) prestaties, t.w. behandeling kort, middel, intensief en chronisch. De behandelduur varieert per prestatie en is maximaal 800 minuten. Elke prestatie omvat een behandeltraject van intake/onderzoek tot ontslag met verschillende behandelcomponenten. Welk behandeltraject met welke behandelcomponenten doorlopen wordt is afhankelijk van de zorgzwaartevraag en het patiëntenprofiel. Er moet altijd sprake zijn van een DSM benoemde stoornis met een laag tot matig risico, enkelvoudig tot lage complexiteit en een laag tot matig risico. Met bovengenoemde prestaties wordt beoogd dat meer cliënten die tot op heden in de specialistische ggz werden behandeld, in de GBGGZ kunnen worden behandeld. DE GBGGZ werkt met z.g. hoofdbehandelaars die allen BIG geregistreerd moeten zijn. Een uitzondering vormen in de jeugd-GBGGZ de k&j psycholoog NIP en de orthopedagoog generalist NVO. De GBGGZ is niet vrij toegankelijk maar alleen op verwijzing van de huisarts, jeugdarts e.d. Als in de loop van de behandeling blijkt dat er toch van complexere en meer risicovolle problematiek sprake is dan kan de verwijzing naar de Specialistische GGZ alleen via de huisarts en dus niet rechtstreeks. Hiermee wordt vermeden dat gespecialiseerde ggz instellingen die ook generalistische ggz bieden, de GBGGZ als voorpost gebruiken.

De prestaties van de GBGGZ bevatten geen preventieve activiteiten zoals de POH-GGZ wel.

Specialistische GGZ

Onder de Specialistische GGZ (SGGZ) vallen delen van de huidige tweedelijns GGZ en de klinische derdelijns GGZ. Naar de SGGZ wordt verwezen door de huisarts, jeugdarts etc. als er een vermoeden van een DSM benoemde stoornis bestaat, met een hoge mate van complexiteit en/of hoog risico. Onder complexiteit wordt verstaan samengaan van verschillende stoornissen (comorbiditeit) zoals psychiatrische problematiek in relatie tot een lichamelijke ziekte, verslaving e.d. of angst, depressie e.d. in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis.

In de SGGZ wordt net als nu gewerkt met DBC's (diagnose behandelcombinaties). De diagnostiek in de SGGZ is veelal multidisciplinair van aard gezien de complexiteit van de problematiek. De behandelcomponenten (cognitieve gedragstherapie, EMDR, farmacotherapie, mediatietherapie met ouders e.d.) zijn voor een deel overeenkomstig met die in de GBGGZ, qua frequentie en intensiteit kunnen deze echter wel verschillen.

Verhouding GGZ en OhK		
	GGZ	OhK
GGZ basiszorg	huisarts/POH-GGZ defacto is de POH een	OuderKindTeam incl jeugdarts en jeugd(gz)psycholoog

	huisartsenregeling en geen GGZ regeling	
Generalistische Basis GGZ (GBGGZ)	onderdelen van GGZ; instellingen maar ook vrijgevestigden	Flexibel aanbod om OKT; instellingen maar ook vrijgevestigden
Specialistische GGZ (SGGZ)	Div. Instellingen	Stedelijk en regionaal Gespecialiseerd aanbod jeugd GGZ

Specialisten en generalisten

Alleen in de OKT's werken HBO opgeleide generalisten. Een specialist in het OKT is de jeugdarts en de "jeugdpsycholoog". In de generalistische basis ggz werken specialisten (k&j) psychiaters, gz psychologen,), net als in de specialistische ggz, maar zij doen werk conform de voorwaarden van de bGGZ.

E Lopende innovaties en innovatieagenda

Zorg aan jeugd Plus – De Koppeling

De trajectzorg (die landelijk ingevoerd wordt) is erop gericht om - met een eenduidige regie voor het gehele zorgtraject - de behandeling in de Zorg aan jeugd Plus te verbeteren. Dit betekent dat de Koppeling ook ná de gesloten fase ambulante behandeling biedt aan de jongere en het gezin, om het beoogde perspectief te bereiken. Het gaat zowel om het inhoudelijk inrichten van de trajectzorg (wat is nodig om het perspectief te bereiken) als om de regie die een trajectregisseur over het geheel voert. De Koppeling heeft ervoor gekozen om in 2014 al voor alle jongeren al met dergelijke trajecten te gaan werken.

Een andere innovatie is het werken met een combinatie van gesloten verblijf en ambulante bemoeizorg. Binnen de gesloten zorg aan jeugd zien we een doelgroep voor wie een gesloten plaatsing niet het gewenste effect heeft. Dit zijn jongeren (en hun ouders) die na een periode gesloten plaatsing terugvallen in oud risicogedrag, of al gedurende de behandeling afhaken. Deze jongeren hebben geen baat bij de (groeps)behandeling en gaan soms zelfs slechter functioneren door de negatieve invloed van groepsgenoten in de gesloten instelling. Het gaat vaak om kwetsbare jongeren die meer risicovol gedrag gaan vertonen in een gesloten instelling en vervolgens daarbuiten, of aan jongeren die een negatieve invloed hebben op anderen en daardoor hun antisociale gedrag versterken. De plaatsing in de gesloten zorg aan jeugd heeft dan geen verandering gebracht in hun functioneren, of in het functioneren van het gezin, noch voor de risico's voor de samenleving. Voor deze groep werkt de Koppeling aan een ombouw van het aanbod, dat gericht is op een zeer korte observatieperiode in de gesloten groepen, met als vervolg een vorm van zeer intensieve ambulante bemoeizorg die jongeren thuis of in een opvoedgezin intensief begeleidt

Voor beide innovaties geldt dat nog gezien moet worden of deze ambities daadwerkelijk haalbaar zijn voor deze aller moeilijkste doelgroep. Dit is ook afhankelijk van het voorveld.

Andere voorbeelden van innovaties binnen de regio:

- Gezamenlijke (door)ontwikkeling ambulante programma's voor Jeugd & Veiligheid (o.a. IFA en IPA);
- Realisatie de Koppeling, een samenwerkingsverband tussen Spirit, Altra, de Bascule en Lijn5;
- Opbouwen multifocale samenwerkingsverbanden van zorg aan jeugd met diverse GGZ- instellingen en LVB-instellingen (consultatie, diagnostiek, behandeling, Fact-teams)

- Versterking van het voorveld via o.a. Alert4You (kinderopvang).
- Instellen lectoraat Implementatie effectieve werkwijzen in de zorg aan jeugd en van de academische werkplaats Neja in samenwerking met Universiteiten en Hogescholen
- Initiatief voor experiment met forensische pleegzorg voor kinderen die nu binnen Amsterbaken geplaatst worden;
- De pilot '1 gezin-1 plan' waarbij hulpverleners uit verschillende organisaties en het gezin zelf samen gebruik maken van hetzelfde digitale plan.

Concept

innovatieagenda:

- *Versterking pleegzorg:* Door het ontwikkelen van nieuwe vormen van intensieve ondersteuning van pleegouders, kunnen pleegouders kinderen met ernstige gedragsproblemen toch in huis nemen of houden;
- *Zorgvernieuwing in de 24-uurs verblijfsvormen:* Op grond van een zorgvuldige doelgroepanalyse worden de 'residentiële verblijfsvormen' nu grondig herzien. Belangrijke elementen hierin zijn: zo veel mogelijk opvang in gezinsverband, continuïteit en stabiliteit voor kinderen en meer differentiatie in kort- en langdurend verblijf. De invoering van traject- en bemoeizorg t.b.v. het verkorten van de periode van geslotenheid van jongeren binnen de Koppeling is ook onder deze zorgvernieuwing te scharen;
- *Ontwikkeling samenwerking onderwijs – zorg aan jeugd en onderwijs-zorglijnen:* Hulp die tot nu toe vanuit de locaties van de instellingen werd en wordt aangeboden, brengen de instellingen over naar de scholen. De zorgstructuren van onderwijs en zorg (jeugdhulp én GGZ) worden op elkaar afgestemd. Er wordt steeds vaker een integrale intake gedaan, zodat een integraal aanbod van zorg aan jeugd en onderwijs mogelijk wordt;
- *Verder terugdringen drang en dwang in de zorg aan jeugd:* De JZO-instellingen zetten gezamenlijk in op het reduceren van drang en dwang door een combinatie van het benutten van eigen kracht van jeugdigen en gezinnen, het inzetten van Generiek Gezinsgericht Werken (GGW) en andere werkwijzen om met veiligheidsrisico's om te gaan (zie hieronder) én maatwerk en creativiteit van de jeugdhulpaanbieders. De Stadsregio Amsterdam loopt hierin voorop in het land.
- *Ontwikkeling nieuwe werkwijzen bij het omgaan met veiligheidsrisico's:* Verschillende instellingen hebben Signs of Safety ingevoerd en zijn dit aan het ontwikkelen. Signs of Safety is goed te benutten voor het project meer zorg aan jeugd zonder dwang en drang, dat in 2014 wordt gestart.
- *Ontwikkeling multifocale trajecten/samenwerkingsverbanden:* Het betreft trajecten van instellingen voor Jeugd & Opvoedhulp met o.a. diverse GGZ-instellingen, LVB-instellingen en de vrouwenopvang. Door integratie van GGZ-hulp en zorg aan jeugd kunnen de kosten van de duurdere GGZ-hulp worden ingeperkt en kan de

effectiviteit van die hulp worden vergroot. Door samenwerking met de vrouwenopvang worden problemen bij kinderen als gevolg van huiselijk geweld eerder gesignaleerd en beter behandeld.

F Activiteiten ter voorbereiding totstandkoming RTA

Activiteiten algemeen:

In de regio Zaanstreek-Waterland (ZaWa) en de SRA wordt al sinds 2011 actief gewerkt aan de transitie en transformatie van de zorg voor jeugd. Vanaf de tweede helft van 2011 is gewerkt aan het proces van visievorming. Een aantal mijlpalen:

- *Start pilots "Rechtstreeks verwijzen" en inrichting 1ste lijn (vanaf 1 juni 2011)*
- *Vaststelling gezamenlijke visie ZaWa "Gezinsondersteuning in de regio Zaanstreek-Waterland" (feb 2012)*
- *Verkenning potentie schaalniveau ZaWa ("Er gaat niets boven Zaanstreek-Waterland) (mei 2012)*
- *Start pilots lokale inkoop ambulante provinciale zorg aan jeugd, waaronder Gemeentelijke Uitvoeringsplannen als onderdeel van Regionaal Uitvoeringsplan (2012)*
- *Conferentie Transitie Zorg aan jeugd SRA rond afwegingskader regionale samenwerking (14 mrt 2013)*
- *Vaststelling notitie "Lokaal maatwerk in regionaal verband" tijdens 3D-conferentie ZaWa als bestuurlijk antwoord op verzoek Minister Plasterk rond regiovorming (17 apr 2013)*

Activiteiten specifiek voor totstandkoming RTA:

Specifiek voor de totstandkoming van de rta's is en wordt door de SRA en de gemeenten in SRA- en ZaWa-verband een groot aantal activiteiten ontplooid. De activiteiten zijn onderdeel van een drietal stappen:

- *1. In beeld brengen historische budgetten, productiecijfers en eventuele frictiegevolgen (KPMG/Panteia)*
- *2. Afgeven van een indicatie van voorgenomen besteding in 2015 door gemeenten*
- *3. Overleg met instellingen over gemeentelijke voornemens*

Activiteiten voorbereiding transitie zorg aan jeugd:

- 21 mei: Bijeenkomst gemeenten ZaWa ter voorbereiding op gemeentelijke beleidsvoornemens provinciale zorg aan jeugd i.h.k.v. KPMG-onderzoek
- 28 mei Bijeenkomst gemeenten voor ambtelijke voorbereiding gemeentelijke beleidsvoornemens provinciale zorg aan jeugd
- 6 juni: Bijeenkomst gemeenten (bestuurders en directeuren) over ambtelijke voorbereiding gemeentelijke beleidsvoornemens provinciale zorg aan jeugd en KPMG/Panteia onderzoek naar cijfers en frictiekosten
- 11 juni: Bijeenkomst gemeenten (ambtelijk) voor aanscherping cijfers en gemeentelijke beleidsvoornemens provinciale zorg aan jeugd
- 10 juli: Bijeenkomst gemeenten en instellingen provinciale zorg aan jeugd over gemeentelijke beleidsvoornemens
- 22 augustus: Verdiepingsbijeenkomst Dagbehandeling en residentieel gemeenten en instellingen n.a.v. gemeentelijke budgetvoornemens
- 29 augustus: Bijeenkomst KPMG onderzoekstraject 2e fase voor gemeenten, o.a. presentatie cijfers J-LVB/J-GGZ en eerste gemeentelijke discussie over voornemens
- 29 augustus: Bijeenkomst gemeenten en instellingen rond inrichting informatievoorziening
- 3 september: Bijeenkomst Boer & Croon-advies rond inkoopstrategie voor gemeenten
- 5 september: Bijeenkomst over lange termijn scenario's (periode 2014-2017) met gemeenten en instellingen
- 5 september: Bijeenkomst gemeenten en KPMG over validering cijfers en gemeentelijke beleidsvoornemens J-LVB/J-GGZ
- 10 september: Bijeenkomst gemeenten en instellingen J-LVB/J-GGZ over gemeentelijke beleidsvoornemens
- 16 september: Ambtelijk overleg Jeugd ZaWa over visieparagraaf en (lokale) toegang
- 18 september: Portefeuillehoudersoverleg SRA stand van zaken rta's
- 20 september: Gesprekkensessie kernteam gemeenten/SRA met instellingen voor concretisering afspraken
- 27 september: Gesprekkensessie kernteam gemeenten/SRA met instellingen voor concretisering afspraken
- 4 oktober Gesprekkensessie kernteam gemeenten/SRA met instellingen voor concretisering afspraken.
- 8 oktober: Eerste concept in AO Jeugd ZaWa
- 10 oktober: Eerste concept in PHO ZaWa
- 14 oktober: Vaststellen concept door Directeurenoverleg SRA
- 17 oktober: Bestuurlijke stuurgroep
- Besluitvormingsproces in gemeenten en regio's (18-29 okt)