

Innovatieagenda Jeugdzorg Haaglanden

Gezamenlijk product van gemeenten en
aanbieders



Inhoud

1	Voorwoord	3
2	Inleiding	5
3	Partnerschap gemeenten en aanbieders	7
4	Speerpunten innovatieagenda	8
5	Speerpunt 1: Versterken van de basisvoorzieningen in de wijk	10
6	Speerpunt 2: Inrichten van de zorgbehoefte-bepaling (Toegang)	11
7	Speerpunt 3: Van residentieel naar ambulant	14
8	Financiële effecten	17
9	Procesafspraken en concreet vervolg	22

1 Voorwoord

Voor u ligt de innovatieagenda van de 9 samenwerkende gemeenten in de regio Haaglanden en de 12 jeugdzorgaanbieders die het overgrote deel van de jeugdigen in de regio ondersteunen. Deze innovatieagenda maakt onderdeel uit van een driejarig zakelijk partnerschap dat gemeenten en aanbieders met elkaar hebben afgesproken om er voor te zorgen dat de continuïteit van zorg voor alle jeugdige in Haaglanden is geborgd terwijl gelijktijdig wordt gewerkt aan de innovatie die nodig is om de stelselwijziging tot een succes te maken.

Alle aanbieders

Naast het meerjarig partnerschap met 12 aanbieders is er ruimte voor nieuwe en kleinere aanbieders in de regio Haaglanden. De 12 aanbieders zijn *preferente gesprekspartners*, waarmee belangrijke afspraken ten aanzien van risicobeheersing, continuïteit, bezuinigingen en innovatie worden afgesproken. Zij leveren niet per definitief alle zorg en ondersteuning die jeugdigen en gezinnen in Haaglanden nodig hebben: die zorg kan ook worden geboden door andere aanbieders, die bovendien volop mee doen in de ontwikkeling, vooral nu de slag van papier naar praktijk wordt gemaakt.

Naar voren, met lokale teams

De innovatie die nodig is in het kader van de stelselwijziging, moet in de gemeenten gebeuren. Daar moet de verandering plaatsvinden. Een van de belangrijkste vernieuwingen is de beweging naar voren: meer kennis en expertise dichtbij het gezin en de jeugdige om integraal, werkende weg en samen met de cliënt de juiste zorg en ondersteuning te bieden. De lokale teams ("de nieuwe toegang") die in alle gemeenten worden ontwikkeld? zijn op papier uitgewerkt, maar moeten hun werkwijze ontwikkelen in de praktijk. Gemeenten en aanbieders – niet alleen de jeugdzorgaanbieders, maar ook de aanbieders in het voorveld (JGZ, MEE, welzijn, etc.) – gaan gezamenlijk aan de slag om de lokale teams te implementeren en te leren.

Lokaal ontwikkelen, regionaal leren

Leren en ontwikkelen gebeurt lokaal, maar ook regionaal, door de gemeenten in Haaglanden gezamenlijk. Op regionaal niveau is er in het Regionale Transitiearrangement Jeugd Haaglanden een aantal afspraken gemaakt over de zwaar specialistische vormen van zorg. Deze worden regionaal ingekocht en, zoveel mogelijk, lokaal ingezet. Het is van belang om te monitoren of de manier waarop de zorg voor de jeugd in gemeenten vorm krijgt een regionaal effect c.q. risico hebben. Vooral ten aanzien van wachtlijsten, continuïteit van zorg en eventuele financiële tegenvallers die kunnen ontstaan wanneer het beroep op zorg en ondersteuning hoger is dan verwacht. De komende periode worden daarom de al lopende lokale voorlopertrajecten (pilots) regionaal gemonitord en geanalyseerd. Zodat gezamenlijk leren wordt gefaciliteerd en eventuele risico's vroegtijdig wordenesignaleerd.

Eerst opbouwen, dan afbouwen

Een van de doelen van de stelselwijziging is dat er het beroep op zwaar specialistische vormen van zorg afneemt. Dit kan als er sprake is van stevige basisvoorzieningen die een groot deel van de zorg en ondersteuning kunnen opvangen, scholen meer en beter zijn toegerust op problemen van jeugdigen, kinderdagverblijven weten waar ze naar toe kunnen voor consultatie en advies, de wijken zijn versterkt met lokale teams, én er alternatieve

intensief ambulante trajecten die effectief de problemen van jeugdigen kunnen aanpakken. Pas dan is het verantwoord om residentiële zorg en ondersteuning af te bouwen. Opbouw en afbouw gaan dus hand in hand. De focus op alleen afbouwen om zo financiële middelen vrij te spelen, is onverantwoord gezien de verantwoordelijkheid van gemeenten om kinderen en gezinnen passende zorg te bieden. . Geen jeugdige mag tussen wal en schip vallen.

Versneld innoveren in 2014

In de regio Haaglanden zijn voor het jaar 2014 middelen beschikbaar om versneld invulling te geven aan de innovatie. Dat betekent dat “tijdens de verbouwing, de winkel ook vanuit financieel oogpunt open kan blijven”. In elk geval wat betreft het jaar 2014. In 2014 worden nieuwe vormen van zorg en ondersteuning ontwikkeld en geïmplementeerd terwijl de reguliere vormen van (residentiële) zorg in de lucht worden gehouden. De aanbieders hebben de garantie aangegeven dat ze onder die voorwaarden ook echt kunnen overgaan tot het afbouwen van voorzieningen in 2014. Met de versnelde invoering van een aantal innovaties, moet het mogelijk zijn om in 2015 ook de beoogde innovatiedoel- en taakstelling te realiseren.

Integraliteit

Het grootste voordeel van deze innovatieagenda is dat het bieden van integrale zorg gerealiseerd wordt . De huidige jeugdzorgaanbieders leggen elk hun eigen accent in de ondersteuning en zorgverlening. De jeugd- en opvoedorganisaties hebben ambulante en residentiële trajecten voor jongeren die nu (oud stelsel) worden doorverwezen door BJZ. De Jeugd GGZ organisaties zetten geestelijke ondersteuning in voor jeugdigen die nu worden doorverwezen door bijvoorbeeld de huisarts. En kinderen met een verstandelijke beperking komen hoofdzakelijk uitsluitend in aanmerking voor AWBZ-ondersteuning, na een indicatiestelling door het CIZ. Doordat de financiering van al deze vormen van zorg in één hand komt te liggen, namelijk bij de gemeenten, worden de bestaande kolommen afgebroken, maar daarmee is nog geen innovatie in de zorg gerealiseerd. Doordat alle jeugdzorgorganisaties (J&O, GGZ en AWBZ) én gemeenten zich verbonden hebben aan deze innovatieagenda zal op termijn, over de instellingsgrenzen heen, nieuwe vormen van ondersteuning en dienstverlening ontstaan, die passen bij de uitgangspunten van het nieuwe jeugdstelsel. Namelijk dichtbij, in de eigen leefomgeving, samen met de cliënt en vanuit het perspectief van de cliënt

Met trots presenteren wij (aanbieders en gemeenten uit de regio Haaglanden) dan ook deze innovatieagenda, omdat we met elkaar zichtbaar willen maken wat we echt willen veranderen. Niet alleen op papier, maar in de loop van 2014 ook in de praktijk. Dat vraagt durf, lef en vertrouwen. Met oog voor elkaars risico's en doelstellingen. We zijn er nog niet, maar de eerste stappen op weg naar een nieuw integraal jeugdstelsel, waarmee niet alleen de bezuiniging wordt opgepakt, maar ook de zorg en ondersteuning voor de jeugdige in Haaglanden beter wordt, zijn gezet. Wij committeren ons aan dit gezamenlijke proces, wetende dat we elkaar hard nodig zullen hebben in de spannende opgaven die voor ons liggen.

Haaglanden, 13 februari 2014

Portefeuillehouders Jeugd, 9 samenwerkende gemeenten Haaglanden
Bestuurders zorgaanbieders Haaglanden, 12 focusaanbieders

2 Inleiding

2.1 Afspraken Regionaal Transitie Arrangement (RTA)

In het regionaal transitiearrangement (RTA) Jeugd hebben de 9 samenwerkende gemeenten in Haaglanden samen met de 12 focusaanbieders jeugdhulp in de regio een zakelijk partnerschap afgesproken. Dit betreft een periode van 3 jaar, namelijk 2015-2016-2017 en wordt voorbereid in 2014.

Een belangrijk onderdeel van het zakelijk partnerschap is de *innovatieagenda*. Hierin wordt het gewenste toekomstbeeld vertaald naar een concrete aanpak. Met als startpunt 2014 en een uitwerking naar latere jaren. De afgelopen weken hebben de aanbieders en de gemeenten afzonderlijk en gezamenlijk gewerkt aan de invulling van de innovatieagenda.

2.2 Aandachtspunten

Voor de aanpak en het verdere ontwikkelprocessen hebben gemeenten en instellingen de volgende punten geformuleerd waarmee rekening moet worden gehouden:

- *Innovatie als groeiproces én als geleid proces*: Innovatie vindt stapsgewijs en weloverwogen plaats. Gemeenten en instellingen hebben belang bij een geleidelijke invoering (in tegenstelling tot een ‘big bang’), ook ter voorkoming van te hoge frictiekosten.
- *Verschillen in snelheid en tempo*: Sommige aanbieders zijn al aan de slag met een stevige taakstelling en innovatie; de financiële gevolgen daarvan (frictie- en transactiekosten) zijn nu reeds merkbaar. Andere organisaties hebben cliënten met langdurige indicaties waardoor het (beperkt) mogelijk is om per direct grote veranderingen door te voeren.
- *Opgave gemeenten*: de opgave voor gemeenten zit in de afspraken tussen gemeenten en aanbieders; de specifieke aandacht voor kwetsbare groepen en de uitwerking van de toegangsfunctie (zorgbehoeftebepaling) op inhoud, organisatie en financiën.
- *Perspectief taakstelling*: Innovatie vraagt een lange termijn perspectief. Bezuinigingen kunnen pas op termijn optimaal worden gerealiseerd.
- *Cultuuromslag*: De basis van de stelselwijziging is een cultuuromslag. Voor gemeenten, aanbieders, professionals en cliënten. Dat kost tijd en komt alleen tot stand in het dagelijks handelen in interactie met elkaar.

2.3 Disclaimer

In het RTA Jeugd Haaglanden is een aantal voorbehouden opgenomen dat ook geldt voor deze innovatieagenda. Deze voorbehouden luiden:

- Definitieve vaststelling budget 2015 vindt plaats via meicirculaire 2014;
- Toe- of afnames van het volume in 2015;
- Beoordeling door de Gemeenteraden ten aanzien van de meerjarenafspraken met aanbieders;
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van landelijk beleid (regeer- en zorgakkoord) en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten;
- Definitieve invulling (inhoudelijk en budgettair) van de inkoopafspraken met de huidige financiers in 2013 en 2014 en de doorwerking hiervan in budgetten en verantwoordelijkheden voor gemeenten.

Indien het bedrag van de meicirculaire 2014 (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, maken

gemeenten en instellingen nieuwe afspraken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.

Een ander aandachtspunt is dat veel instellingen niet alleen te maken hebben met de regio Haaglanden, maar ook met andere regio's. Eventuele druk vanuit andere regio's kan onverwachte effecten hebben binnen de regio Haaglanden.

2.4 Leeswijzer

In deze innovatieagenda zijn de volgende onderwerpen uitgewerkt:

- Partnerschap gemeenten en aanbieders
- Speerpunten innovatieagenda
- Speerpunt 1: Versterken van de basiszorg
- Speerpunt 2: Inrichten van de zorgbehoefte-bepaling / toegang
- Speerpunt 3: Van residentieel naar ambulant
- Financiële effecten
- Procesafspraken en concreet vervolg

Daarnaast is er een bijlagenboek, waarin de onderstaande thema's zijn opgenomen:

- Wenkend perspectief
- Verbeterpunten
- Hiaten in het huidige stelsel
- Toekomstperspectief integrale inkoop
- Partners innovatieagenda
- Goede voorbeelden innovatie
- Cliëntparticipatie

3 Partnerschap gemeenten en aanbieders

De gemeenten en aanbieders hebben – samen met de cliënten en professionals – een grote gezamenlijke verantwoordelijkheid in het slagen van de stelselwijziging jeugd. Het zakelijk partnerschap is een belangrijke basis.

Gemeenten

In het nieuwe stelsel verdwijnen de formele indicatiestellingen door indicatieorganen. Dat betekent niet dat alle vormen van zorg en ondersteuning vrij toegankelijk zullen zijn.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het *organiseren* van:

- Advies over en het bepalen en inzetten van bepaalde vormen van jeugdhulp – vooral dure specialistische zorg;
- Drang maatregelen, waaronder bemoeizorg, om te voorkomen dat jeugdige en gezinnen (onnodig en onwenselijk) in een situatie van onder toezicht stelling komen;
- Toegang tot het gedwongen kader;
- De uitvoering van de kinder- en jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

De gemeenten zijn de eerst verantwoordelijken als het gaat om het definiëren van bovenstaande activiteiten en een werkproces voor de toegang (voormalig jeugdzorg) en de verankering in de (lokale) structuur. Daarbij in acht nemend de wettelijk vastgelegde verwijfsfunctie van de huisarts, jeugdartsen en medisch specialisten.

Jeugdzorgaanbieders

De aanbieders zijn verantwoordelijk voor effectieve, kwalitatieve en efficiënte zorg en ondersteuning aan kind en gezin. Voor het slagen van het ‘functioneel ontwerp’ van de nieuwe gemeentelijke verantwoordelijkheid is het van belang dat de professionals die werkzaam zijn in dit proces beschikken over de juiste competenties, vaardigheden, kwaliteiten én houding en gedrag. De jeugdzorgaanbieders samen met de professionals zullen op de juiste wijze inkleuring moeten gaan geven aan dit functioneel ontwerp. Dat betekent gezamenlijk optrekken van gemeenten en aanbieders bij de ontwikkeling van de innovatie *in de praktijk*.

Focusinstellingen en overige aanbieder

In beginsel is de innovatieagenda opgesteld en wordt het partnerschap voor de komende 3 jaren uitgewerkt met een beperkt aantal Jeugdhulpaanbieders (focusinstellingen). Deze instellingen hebben een sterk regionale binding aan Haaglanden en een groot volume aan zorg, die daarmee substantieel onderdeel uitmaken van de regionale infrastructuur (90%). De 12 focusinstellingen zijn de preferente gesprekspartners.

De overige vijftig jeugdzorgaanbieders worden op de volgende manier betrokken:

- De vijftig partnerorganisaties hebben zelf een verantwoordelijkheid in het contact zoeken met de 12 focusaanbieders (eigen ‘liaison’);
- De vijftig aanbieders worden in een gezamenlijke bijeenkomst geïnformeerd over de innovatieagenda;
- De vijftig aanbieders gaan een rol spelen in de proeftuinen; waarin werkende weg de innovatieagenda wordt geïmplementeerd. Per lokale situatie (per gemeente) wordt gekeken hoe de lokale situatie wordt ingericht; en welke partners nodig zijn.

4 Speerpunten innovatieagenda

4.1 Veranderstrategie

Gemeenten en instellingen willen consistent bouwen aan een nieuw jeugdstelsel. Bij dat gekozen pad hoort een duidelijke veranderkoers:

- Focus op een beperkt aantal veranderingen
- Gefaseerd veranderen: geen onnodig hoge frictiekosten of onrust
- Consistent voortbouwen op de reeds genomen stappen en verder
- Gezamenlijk ontwikkelen – over de grenzen van de eigen organisatie
- Rationele afweging bij verandering ten aanzien van kwetsbare doelgroep.

In de innovatieagenda ligt de focus op de volgende speerpunten:

- A. Het versterken van de basisvoorzieningen
- B. Versteven van de zorgbehoeftebepaling
- C. Van (semi-)residentiële zorg naar intensieve ambulante zorg en ondersteuning

A. Het versterken van de basisvoorzieningen

Met de basisvoorzieningen wordt de ‘nulde’ lijns zorg bedoeld: de (pedagogische) omgeving waarin kinderen en jongeren opgroeien en de directe ondersteuning die daarin wordt geboden. Het versterken of het verbeteren van de kwaliteit van de voorzieningen moet ertoe leiden dat hulpverleners alledaagse ontwikkelings- en opvoedingsvraagstukken kunnen beantwoorden of indien nodig het juiste advies kunnen inwinnen. De basisvoorzieningen zijn overwegend de vrij inzetbare voorzieningen.

B. Zorgbehoeftebepaling

Wanneer er aanleiding is om de situatie van een jeugdige en/of zijn gezin te analyseren, kan zorgbehoeftebepaling (de oude Toegangsfunctie) plaatsvinden. Doel is het verhelderen van de vraag, uitvoeren van de risicotaxatie, het inschatten van de juiste zorgbehoefte op korte en lange termijn en het organiseren en het (werkende weg) verlenen van de doeltreffende ondersteuning. Dit alles met als doel om efficiënt, effectief en integraal de juiste zorg op het juiste moment te kunnen bieden.

C. Van (semi-) residentiële zorg naar intensieve ambulante zorg en ondersteuning

Doel is om in de specialistische zorg te komen tot een modernisering van de (semi-) residentiële zorg (opname) waarbij de restrictieve vormen van zorg sterk worden teruggedrongen. Zorg en ondersteuning worden veel meer samen met jeugdige, gezin en systeem in de eigen leefomgeving geboden. In deze intensief ambulante trajecten wordt complexe multidisciplinaire zorg geleverd.

De zorg en ondersteuning die geleverd wordt aan een jeugdige en zijn gezin zijn zoveel als mogelijk ambulante trajecten, gericht op het (weer) thuis wonen of ‘participeren’.

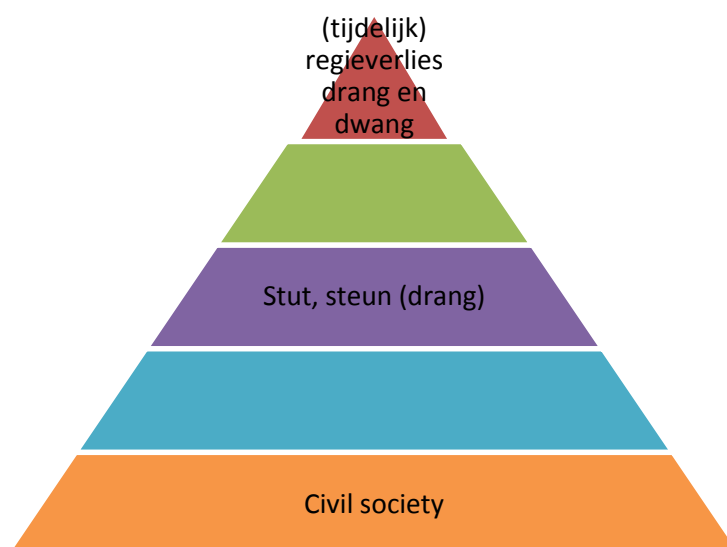
Residentiële zorg is dan een (tijdelijke) module in dit ambulante traject. Erkenning is er wel voor de behoefte aan blijvende (semi-) residentiële zorg voor specifieke doelgroepen.

4.2 Samenhang

Een grote verandering in het paradigma van jeugdhulp is de verminderd vanzelfsprekende inzet van zwaardere zorg: *zo licht waar mogelijk, zo zwaar waar nodig*. Het uitgangspunt is om jeugdige en gezin vraaggericht en op integrale, doeltreffende wijze ambulante ondersteuning te verlenen, in de eigen leefomgeving.

De hiervoor beschreven versterking van de basisvoorzieningen en het afbouwen van specialistische zorg zijn communicerende vaten, met als belangrijke verbindingroute de zorgbehoeftebepaling. Niet als “deur of loket” maar als een vloeiende beweging van af- en opschaling, handelend vanuit het perspectief van de jeugdige en het gezin.

Vanuit de jeugdzorgaanbieders bezien, is het logisch om betrokken te zijn bij beide veranderingen. Aan de ene knop (minder (semi-)residentiële zorg) kan pas gedraaid worden (afbouw) als er een goed alternatief in de vorm van intensief ambulante hulpverleningstrajecten is, die multidisciplinair en vaak sectoroverstijgend zijn.



Om de samenhang goed te borgen zal er parallel ontwikkeld moeten worden: de snelheid waarmee enerzijds de ambulante zorg en hulpverleningsvoorzieningen effectief worden ingericht, is van belang voor de afbouw van (semi-)residentiële zorg.

Voor elk traject geldt dat duidelijke resultaatafspraken noodzakelijk zijn, deze worden vastgelegd in een plan. De opgroei- en opvoedsituatie moet zodanig versterkt worden dat het veilig opgroeien van de jeugdige binnen diens gezin voldoende gewaarborgd is. Daar waar diagnostiek en behandeling nodig zijn om dit doel te bereiken, worden deze geboden.

Enkele belangrijke definities in deze innovatieagenda:

<i>Vindplaatsen</i>	Onderwijs, huisarts, buurt- en verenigingswerk, politie, et cetera.
<i>Basisvoorzieningen</i>	Nulde lijns zorg, lichte ambulante hulpverlening, indien aanleiding inbreng in een lokaal team.
<i>Lokale teams</i>	Advies en consultatie, Zorgbehoeftebepaling naar aanleiding van directe signalen of via de basiszorg/basisvoorzieningen, risicotaxatie en triage of verdere analyse, verlenen van ambulante hulpverlening.
<i>Specialistische kennis</i>	Verankeren in de lokale omgeving. Kan op verschillende manieren: specialisten in de lokale teams of ingeroepen door lokale teams.
<i>Specialistische zorg</i>	Module van (semi-)specialistische zorg inzetten in een ambulante traject.

5 Speerpunt 1: Versterken van de basisvoorzieningen in de wijk

5.1 Begripsbepaling

Met de basisvoorzieningen wordt de 'nulde' lijns bedoeld. Dit is de pedagogische omgeving van kinderen en jongeren in brede zin, vaak te vinden in de vorm van voorzieningen in de wijk, huisarts (inclusief POH), JGZ, school maatschappelijk werk, of in een lokale vorm van een loket, zoals het CJG. Er worden basiselementen van zorg en ondersteuning geboden.

De nadruk van zorg en ondersteuning komt in 2015 en verder steeds meer te liggen op de basisvoorzieningen. Deze zal ook toegerust moeten zijn om jeugdigen en gezinnen met multi-problematiek voor een deel op te vangen. De professionals die hierin werkzaam zijn, zullen daarop ook toegerust moeten zijn.

5.2 Versterking basisvoorzieningen

Het versterken of het verbeteren van de kwaliteit van de basisvoorzieningen moet ertoe leiden dat hulpverleners van deze basisvoorzieningen alledaagse ontwikkelings- en opvoedingsvraagstukken kunnen beantwoorden of indien nodig het juiste advies kunnen inwinnen. Indien daartoe aanleiding is, kunnen signalen via de basisvoorzieningen in een lokaal team terecht komen.

Om de functie van zorgbehoeftebepaling verder te ontwikkelen, moeten de basisvoorzieningen verder worden versterkt. De basisvoorzieningen zijn vrij inzetbare voorzieningen. Alle functionaliteiten die de gemeenten hierin niet hebben georganiseerd, zullen een op een andere wijze georganiseerd moeten worden. Bijvoorbeeld door de basisvoorziening zwaarder in te vullen of door het onder te brengen in een lokaal team. In de basisvoorzieningen dient kennis aanwezig te zijn vanuit alle soorten ondersteuning: jeugd- en opvoedondersteuning, psychiatrie (GGZ), LVB/LVG-ondersteuning, preventie, empowerment/eigen kracht, benutten van informele zorg en spoedeisende hulp (crisis).

Het maakt niet uit *hoe* een gemeenten de vrij inzetbare zorg heeft georganiseerd, *als* de gemeente de zorg maar heeft georganiseerd. En daarbij heeft nagedacht welke eisen en randvoorwaarden aan de zorg en aan professionals in de toekomst worden gesteld.

5.3 Aandachtspunten

In de versterking van de basisvoorzieningen, is er een aantal aandachtspunten:

- Belangrijk is te bezien welke opeenstapeling van functionaliteiten effectief is: hoeveel taken kunnen effectief belegd worden bij de professionals werkzaam in de basisvoorzieningen;
- Een cruciale succesfactor is de aandacht voor de gewenste cultuurverandering;
- Belangrijk is de aansluiting tussen de basisvoorzieningen en lokale teams met de vindplaatsen (school, politie, wijk, kinderdagverblijf, etc);
- Een bijzondere 'vindplaats' is de huisarts, die in het nieuwe stelsel zijn rol als poortwachter behoudt. De huisarts (en jeugdarts/medisch specialist) mag naar jeugdhulp doorverwijzen
- Vanuit de basisvoorzieningen moet een adequate afweging gemaakt worden over de vraag of het lokale team ingeschakeld moet worden; daarvoor wordt een verwijsmodel/triage-instrument ontwikkeld.

6 Speerpunt 2: Inrichten van de zorgbehoeftebepaling (Toegang)

Een belangrijk aandachtspunt in het RTA Haaglanden is het functioneel ontwerp toegang (inclusief zorgverlening) voor elke gemeente. Duidelijkheid geven over de toegang is een bestuurlijke afspraak uit de conferentie van 10 april jl. en een cruciale randvoorwaarde voor aanbieders om de gewenste continuïteit te borgen en de innovatie te realiseren.

In het nieuwe jeugdstelsel worden gemeenten verantwoordelijk voor alle vormen van jeugdhulp (dus inclusief specialistische hulp zoals jeugd-ggz, jeugd-vb en gesloten jeugdhulp in het kader van ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen), de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering¹. Voor de toegang tot jeugdhulp omvat deze verantwoordelijkheid de volgende taken:

- organiseren van herkenbare en laagdrempelige toegang tot jeugdhulp;
- waarborgen dat passende hulp tijdig wordt ingezet en de juiste expertise beschikbaar is;
- voorzien in een consultatiefunctie voor professionals die werken met jeugdigen;
- mogelijk maken van directe interventie in crisissituaties;
- bij complexe hulpvragen of wanneer de veiligheid van het kind in het geding is, zo snel mogelijk specialistische hulp inschakelen of een verzoek tot onderzoek door de raad bij de kinderbescherming overwegen;
- kosteloos en anoniem advies beschikbaar stellen voor jeugdigen met vragen over opgroeien en opvoeden (kindertelefoon).

De gemeenten zijn de eerst verantwoordelijken als het gaat om het definiëren van bovenstaande activiteiten en een werkproces voor de toegang (voormalig bureau jeugdzorg) en de verankering in de (lokale) structuur.

6.1 Inrichting van de toegang door gemeenten

De 9 samenwerkende gemeenten hebben elk afzonderlijk een lokaal model ontwikkeld, waarin ze aangeven op welke wijze de huidige functionaliteiten van Bureau Jeugdzorg en de provincie belegd worden. Ook staat beschreven wat gemeenten lokaal organiseren c.q. inkopen en wat regionaal. Voor de regionaal ingekochte zorg geldt te allen tijde: regionaal inkopen, lokaal inzetten. In het functioneel ontwerp van gemeenten wordt bepaald op welke wijze ondersteunings- en zorgvragen hun weg vinden naar de aanbieders en professionals.

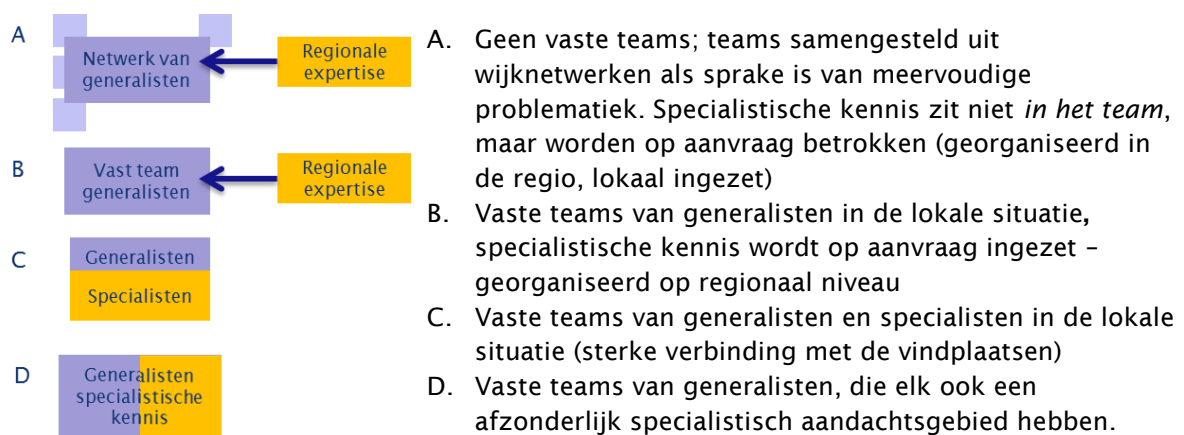
Elke gemeente legt eigen accenten in het ontwerp, **maar de overeenkomsten zijn groter dan de verschillen**. De meeste lokale accenten zijn ook logisch omdat de keuzes aansluiten bij de lokale situatie.

¹ Factsheet Hoofdlijnen wetsvoorstel Jeugdwet, september 2013, www.voordejeugd.nl

Er zijn vele overeenkomsten in het functioneel ontwerp van de gemeenten. De uitgangspunten voor het vormen van de toegangsfunctie kunnen wel verschillen op hoofdlijnen, maar liggen vaak in het verlengde van elkaar. Bijvoorbeeld:

- De toegangsfunctie voor alleen het domein Jeugd, een groeimodel naar de combinatie Jeugd-Wmo of (direct) een integrale toegangsfunctie voor het sociaal domein (Werk, Zorg, Wonen, Inkomen, Welzijn)
- De dienstverlening vanuit de lokale structuur kan ingericht zijn op alleen informatie en advies, of steeds ‘zwaarder’ worden toegerust op het ook bieden van ondersteuning bij enkelvoudige en meervoudige problematiek of alleen meervoudig

In de regio zijn circa 4 modellen aanwezig, die heel duidelijk in het verlengde van elkaar liggen.



Een aantal zaken moet nog verder ontwikkeld worden, in de wijze waarop de gemeente haar verantwoordelijkheden vormgeeft. Wat is er voor nodig om de modellen in de praktijk te laten werken? Aandachtspunten zijn bijvoorbeeld:

- De werking van de teams verschillen niet heel sterk van elkaar, maar in sommige gevallen is de focus anders:
 - ☐ integraal sociaal domein; jeugd; bepaald leeftijdscohort
 - ☐ gericht op zowel enkelvoudige en meervoudige problematiek, alleen meervoudig
- Soms lijkt er sprake van opschaling (van 0e naar 1e naar 2e lijn) i.p.v. een integrale aanpak
- In sommige gemeente ligt de nadruk op *alle* professionals die werkzaam zijn in de wijk. Pas in bepaalde omstandigheden komt er een lokaal team aan te pas
- De wijze waarop specialistische kennis wordt ingezet in lokale teams, verschilt: op afroep beschikbaar, of als vast onderdeel van het lokale team

6.2 Aansluiting functioneel ontwerp op functie van ‘zorgbehoeftebepaling’

Ook door de 12 zorgpartners is geconstateerd dat toegang en zorgverlening, anders dan in het huidige BJZ model, niet van elkaar gescheiden moeten worden maar juist geïntegreerd. Daardoor zijn snelle en lichtere vormen van zorg en ondersteuning direct beschikbaar. De jeugdzorgaanbieders hebben gekozen voor het begrip **Zorgbehoeftebepaling** in plaats van het begrip ‘toegang’, dat statisch is en te veel connotatie heeft met het ‘toeleiden’ van het kind naar zwaardere zorg.

Vanuit het zorginhoudelijke model van de jeugdzorgaanbieders wordt tegemoet gekomen aan de nieuwe wettelijke taken en de modellen die de gemeente daarvoor kan kiezen:

- Binnen lokale teams verzorgen partijen op een innovatieve wijze de vraagverheldering en risicotaxatie, het inschatten van de juiste zorgbehoefte (*zorgbehoeftebepaling* in plaats van de term 'toegang');
- Dit gebeurt met gebruik van een uniform triage instrument en het bieden van doeltreffende basiszorg, en eventueel het lokaal benutten van specialistische expertise;
- De teams bieden deze zorg dichtbij de jeugdige en zijn omgeving;
- Er wordt gewerkt volgens 1 gezin, 1 plan waarbij samenwerking wordt gezocht met betrokken partners uit het brede sociale domein;
- Aansluiting met de vindplaatsen is gewaarborgd;
- Specialismen worden, afhankelijk van de problematiek, vanuit het regionale team of de bovenregionale zorgstructuur ingevlogen. Bijvoorbeeld de expertise op het terrein van de uitvoering van wettelijke maatregelen of intensieve en residentiële zorg. Specifieke zorg voor bijzondere doelgroepen waarvoor een zekere schaalgrootte noodzakelijk is om de kennis en kwaliteit te waarborgen zal vanuit een bovenregionale zorgstructuur aangeboden kunnen worden;
- Deze preventieve werkwijze van het lokale team beoogt inzet van zwaardere zorg in een later stadium te voorkomen, ofwel eerder benut ten behoeve van effectievere en efficiëntere zorg aan de cliënt.
- Daarnaast zal deze werkwijze op juiste wijze inschatten waar het enkelvoudige problematiek betreft en ook enkelvoudige zorg behoeft, dan wel enkelvoudige problematiek betreft met mogelijk multiproblematiek tot gevolg, et cetera.

6.3 Gezamenlijk ontwikkelen

Er is een samenspel tussen gemeente, jeugdzorgaanbieders en aanbieders in de basiszorg/het voorveld nodig om een aantal zaken gezamenlijk op te pakken:

- Gemeenschappelijke triage-methodiek;
- Expliciet maken van wat vrij-toegankelijke zorg en ondersteuning is en wat niet (of te wel: wat is vrij inzetbaar en wat is niet vrij inzetbaar);
- Afspraken met wettelijk bevoegde verwijzers: Jeugdarts; Huisarts; Medisch specialist; Certificeerde instelling (gezinsvoogd, jeugdreclassering); Rechter
- De wijze waarop een lokaal team (sociaal wijkteam / gebiedsteam) wordt samengesteld: welke functionarissen gaan de taken uitvoeren? Wie bepaalt de invulling; welke aanbieders leveren personeel? Welke competenties en vaardigheden zij in de praktijk reëel om te verwachten?
- Bepalen wie / welke functionaris zeggenschap en doorzettingsmacht heeft, met name naar specialistische vormen van zorg en ondersteuning.
- Bepalen hoe de afschaling en nazorg wordt georganiseerd
- Bepalen hoe – door de lokale teams en de jeugdhulpaanbieders – te allen tijde een bijdrage geleverd kan worden aan de beoogde outcome.

De gezamenlijke ontwikkelopgave wordt verder uitgewerkt in het hoofdstuk Vervolgproces.

7 Speerpunt 3: Van residentieel naar ambulant

7.1 Kern van het voorstel

In het nieuwe jeugdzorgstelsel zijn langdurige (semi-)residentiële trajecten een uitzondering, in plaats van een reguliere zorgvorm. *Residentiële trajecten zijn niet meer dan een module in een (intensief) ambulant traject.* Deze nieuwe manier van kijken en handelen, vraagt nog een stevig ontwikkeltraject van de aanbieders en hun professionals, maar past volledig in het nieuwe paradigma van stelsel. Belangrijk hierbij is dat erkend wordt dat er altijd specifieke doelgroepen zullen zijn die langdurig en blijvend een beroep zullen doen op residentiële zorg.

Het beoogde resultaat is dat zorg en ondersteuning, veel meer dan nu, dichtbij het gezin en de jeugdige gaat plaatsvinden. Dat betekent dat er andersoortige trajecten ontwikkeld moeten worden, die de huidige (semi-)residentiële zorg kunnen vervangen. Het komende jaar zullen intensief ambulante trajecten ontwikkeld worden waarbij complexe multidisciplinaire zorg geleverd gaat worden. Kenmerken zijn:

- Zorg en ondersteuning wordt veel meer samen met kind, gezin en systeem in de eigen leefomgeving geboden. Er wordt ingezet op de gezinsgerichte aanpak van de pleegzorg en kleinschalige gezinsgerichte hulpverlening vormen zoals gezinshuizen;
- Trajecten zijn outreachend, waarbij totale ondersteuning voor de complexe multiproblematiek op *alle leefdomeinen* geleverd kan worden;
- Indien toch sprake is van (semi-)residentiële zorg, is deze zo kort mogelijk, en wordt concreet gewerkt aan het doel om zelfredzaam en naar vermogen te participeren;
- Modernisering van de (semi-)residentiële zorg (opname) waarbij de restrictieve vormen van zorg sterk worden teruggedrongen;
- Indien nodig korte time out functies in ambulante trajecten, die ter beschikking staan aan hulpverleners (bijvoorbeeld bed op recept, et cetera).

Enkele voorbeelden zijn:

- *Gezinsopname:* Een gezinsopname is een behandeling waaraan een heel gezin deelneemt. Het doel van de gezinsopname is om relaties en communicatie binnen het gezin bloot te leggen en daar waar nodig te herstellen.
- *Weekendopname:* Bij een weekendopname worden jongeren vier keer een weekend opgenomen in een behandelgroep, samen met andere jongeren. De ouders/gezinnen en vaak ook de wijk waar deze jongeren overlast veroorzaken, worden hierdoor tijdelijk ontlast. Doel is een doorbraak te realiseren en de jongeren te motiveren de regie over hun leven terug te pakken, door serieus aan de slag te gaan met werk, een opleiding of een gezonde vrijetijdbesteding.
- *Pleegzorg:* In een pleeggezin zit een jeugdige in een normale gezinsomgeving. Deze vorm van zorg is daarmee te prefereren boven een residentiële opname. Pleegzorg wordt versterkt door pleegouders beter te ondersteunen en door meer in te zetten op het verwerken van de vaak roerige voorgeschiedenis en hechtingsproblematiek. Op die manier kunnen jeugdigen stabiel opgroeien in de context van een gezin
- *Gezinshuizen:* Gezinshuizen zijn een vorm van residentiële zorg die sneller afgerond kan worden dan de gebruikelijke residentiële zorg. Door de behandeling te richten op het hele gezin, is het traject effectiever en is de overgang naar de normale thuissituatie minder groot en daardoor vaker succesvol.

Het betreft dus niet alleen andere trajecten, maar vaak ook kortere intensievere trajecten.

7.2 Randvoorwaarden

De jeugdzorgorganisaties heeft een aantal behoeften in het verder vormgeven van de innovatie in hun sector en organisaties. Een aantal factoren bepaalt de bandbreedte hoe 'ver' zorgorganisaties kunnen gaan in de verandering. In de komende periode worden de volgende punten verder uitgewerkt:

- Voorwaarden waar de gemeente aan moet voldoen om de transformatie te laten slagen, zoals toezeggingen over drie jaar zekerheid, inzet van gemeentelijke diensten en aansluiting op (passend) onderwijs.
- Specifieke aandacht voor kwetsbare doelgroepen, inclusief specifieke groepen waarover zorg bestaat dat ze in de stelselwijziging buiten de boot vallen (bijvoorbeeld LVB-jongeren van 18 tot 23). Deze groepen hebben ook invloed op de frictiekosten.
- Toegang. Wat voor afspraken moeten er gemaakt worden over opschalen en afschalen. Hoe regelen we verbinding van zware met lichte zorg? Hoe zorgen we voor de ontwikkeling van de juiste competenties van mensen in wijkteams? Wat voor organisatievorm prefereren wij?
- De jeugdzorgaanbieders willen innoveren vanuit de inhoud van zorg. Innovatie gebeurt niet alleen vanuit een financiële insteek, maar juist om de zorg voor jeugdigen en hun gezin effectiever en efficiënter te maken. Het verhaal 'achter de cijfers' moet altijd verteld worden.

7.3 Inhoudelijke en financiële uitwerking

De jeugdzorgaanbieders hebben afgesproken uit te werken (kwalitatief) op welke wijze zij de innovatie binnen hun instellingen inrichten en maken vervolgens het 'totaalplaatje' op. De uitwerking van zware zorg gebeurt sectorspecifiek. Hiervoor moeten ook binnen de sectoren duidelijke afspraken gemaakt worden: wie biedt zorg aan welke cliënten? Wie gaat dicht achter de wijkteams zitten en hoe? Hoe werkt dit financieel uit?

7.4 Verschuiving van dwang, naar drang, naar lokale teams

De gemeente wordt in 2015 ook verantwoordelijk voor de jeugdbescherming. Jeugdbescherming is een dwingende maatregel van de rechter, als een gezonde en veilige ontwikkeling van een kind of jeugdige wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet of niet voldoende helpt. Er zijn drie jeugdbeschermingsmaatregelen: een ondertoezichtstelling (OTS) (komt veruit het meest voor), ontzetting uit de ouderlijke macht en ontheffing uit de ouderlijke macht.

De gemeenten zijn straks verantwoordelijk op welke wijze zij de mandatering tot het aanvragen van een wettelijke maatregel willen inrichten. Wijzen bijvoorbeeld een verantwoordelijk persoon/orgaan aan die de aanvragen richting de raad beoordeelt. De maatregel wordt opgedragen aan een gecertificeerde instelling. Het doel in het nieuwe stelsel is om het aantal OTS'en terug te dringen. Door kinderen meer in hun eigen leefomgeving en zoveel mogelijk in het ongedwongen kader te helpen. De drangaanpak wordt gebruikt als middel om het aantal OTS'en en de duur daarvan te verminderen.

Outcome indicatoren helpen om de nieuwe kijk op de situatie te vangen een aantal heldere doelen. Deze indicatoren geven in elk geval een prikkel, omdat aanbieders en gemeenten bij de uitwerking van deze innovatie agenda er over na moeten denken op welke wijze hun ingezette koers bijdraagt aan het beoogde doel.

De outcome indicatoren ten behoeve van de innovatieagenda zijn gericht op brede maatschappelijke effecten; niet alleen gericht op het eigen domein, maar breed op alle leefdomeinen. Bijvoorbeeld:

- Het aantal behaalde diploma's/startkwalificaties is toegenomen met X%

- Het percentage schooluitval is gereduceerd met X%
- Het aantal multi-probleemgezinnen is gereduceerd met X%
- (De jeugdwerkloosheid is gedaald met X%)
- (Het veiligheidsgevoel in een wijk is toegenomen met X%)
- Middel: de effectmeting voor behandeling (ROM) is doorontwikkeld voor de hele jeugdzorg
- Het percentage uithuisplaatsing is gedaald met x% (taakstellend over een aantal jaren)
- Het aantal verwijzingen naar gespecialiseerde zorg is gedaald met x% (taakstelling voor de 1^e lijnszorg)

Naast outcome-indicatoren kunnen de instellingen prestatie-indicatoren in beeld brengen. Deze zijn concreter te formuleren. Te denken valt aan: het aantal multiprobleem gezinnen dat aan het begin van een jaar is aangemeld; hoeveel gezinnen daadwerkelijk zijn geholpen; et cetera.

- Er is ...% minder sprake van (meldingen) huiselijk geweld/kindermishandeling
- Er is ...% minder sprake van schuldenproblematiek
- Er is ... % minder sprake van uithuiszettingen enzovoort

Deze percentages worden geconcretiseerd als op 1 maart de financiële onderbouwing van de innovatieagenda is afgerond.

8 Financiële effecten

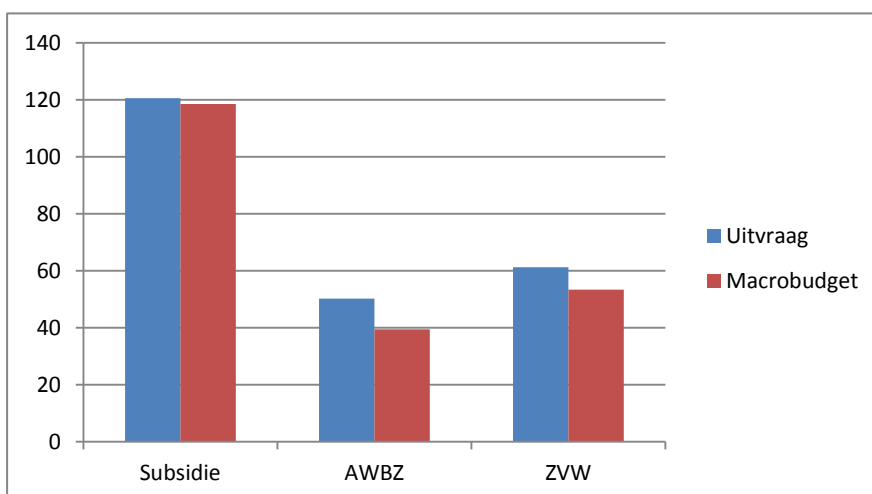
8.1 Macrobezuiniging

In het Regeerakkoord Rutte II is een macrobezuiniging afgesproken van 4% in 2015, 10% in 2016 en 15% in 2017 over het totale budget jeugdzorg. Ijkpunt is de meicirculaire van 2014. In het regionaal transitiearrangement Haaglanden hebben aanbieders en gemeenten met elkaar afgesproken dat deze macrobezuiniging wordt ingeboekt bij de aanbieders. Daarbij geldt de disclaimer dat indien het bedrag van de meicirculaire (exclusief macrotaakstellingen) substantieel afwijkt van het bedrag dat nu aan jeugdzorg wordt uitgegeven in Haaglanden, gemeenten en instellingen nieuwe afspraken maken. Gezamenlijk wordt dan bepaald of de macrotaakstelling in relatie tot het huidige budget reëel en verantwoord is.

De regio Haaglanden wenst vanaf 2015 op de macrotaakstelling van 4% - deze wordt aan de sector onttrokken - tevens een innovatietaakstelling; deze is in 2015 minimaal 11%. Deze wordt *niet* aan de sector onttrokken maar wordt zichtbaar gemaakt als op besparing en verbetering gerichte innovatie, binnen de door de gemeenten gestelde kaders. De gemeenten hebben aangegeven dat zij zo vroeg mogelijk ruimte willen creëren voor transformatie. Dat vraagt om het anders inzetten en waar mogelijk vrijspelen van budgetten die ingezet kunnen worden ter compensatie van eventuele transactie- en innovatiekosten en gericht zijn op toekomstige besparing en verbetering.

8.2 Nieuwe budgetten per gemeente

Sinds het transitiearrangement zijn er nieuwe budgetten per gemeente gepubliceerd en is er meer duidelijkheid gekomen over de financiële kaders waarop het macrobudget gebaseerd is. De focusinstellingen hebben op basis van deze informatie de gegevensuitvraag nogmaals onder de loep genomen, wat geleid heeft tot een aanpassing van de uitvraag. Gecombineerd met een aantal aanpassingen op basis van andere bronnen leidt dit tot het volgende beeld (in miljoenen euro's):



Het verschil tussen de uitvraag en het macrobudget is nu teruggebracht tot 10%, waarbij *nog niet* gecorrigeerd is voor de bezuiniging. Er zit in beide budgetten echter nog steeds een aantal onzekerheden, met name in de AWBZ. Deze onzekerheden zijn geagendeerd bij VWS en worden verwerkt zodra er uitsluitsel over is.

8.3 Innovatietaakstelling

De zorginhoudelijke plannen van de innovatieagenda worden zoveel mogelijk financieel gemaakt. Dit gebeurt in twee stappen. In de eerste stap worden de financiële effecten van de zorginhoudelijke plannen gekwantificeerd. Met behulp van de uitkomsten worden de frictiekosten en transactiekosten bepaald.



De financiën voor 2015 zijn het meest concreet. De ideeën voor 2016 kunnen pas in de loop van 2015 op zo'n niveau geconcretiseerd worden, aangezien bijvoorbeeld evaluaties van de nieuwe werkwijze hiervoor een belangrijke input vormen. Wel wordt ook het wenkend perspectief naar 2017 inzichtelijk gemaakt.

8.3.1 Stap 1: financiële effecten

In de innovatieagenda worden drie speerpunten benoemd, die met pijlen weergegeven zijn in onderstaande figuur.



Ieder van deze speerpunten wordt apart financieel gemaakt. Voor het bepalen van de financiële effecten en de hoeveelheid innovatie wordt uitgegaan van de omzet in 2012. Er zijn dan drie cliëntgroepen te onderscheiden:

- Cliënten waarvoor innovatie op hun zorgtraject op korte termijn niet zinvol of te riskant is. Deze cliënten blijven in onveranderde trajecten. De prijs van deze trajecten verandert mogelijk wel, aangezien zorgaanbieders bezig zijn met een efficiëncyslag.
- Cliënten die mogelijk ook goed geholpen kunnen worden in andersoortige trajecten. De trajecten van deze cliënten sluiten meer aan bij de transformatiedoelstellingen, en ze zullen over het algemeen ook goedkoper zijn.

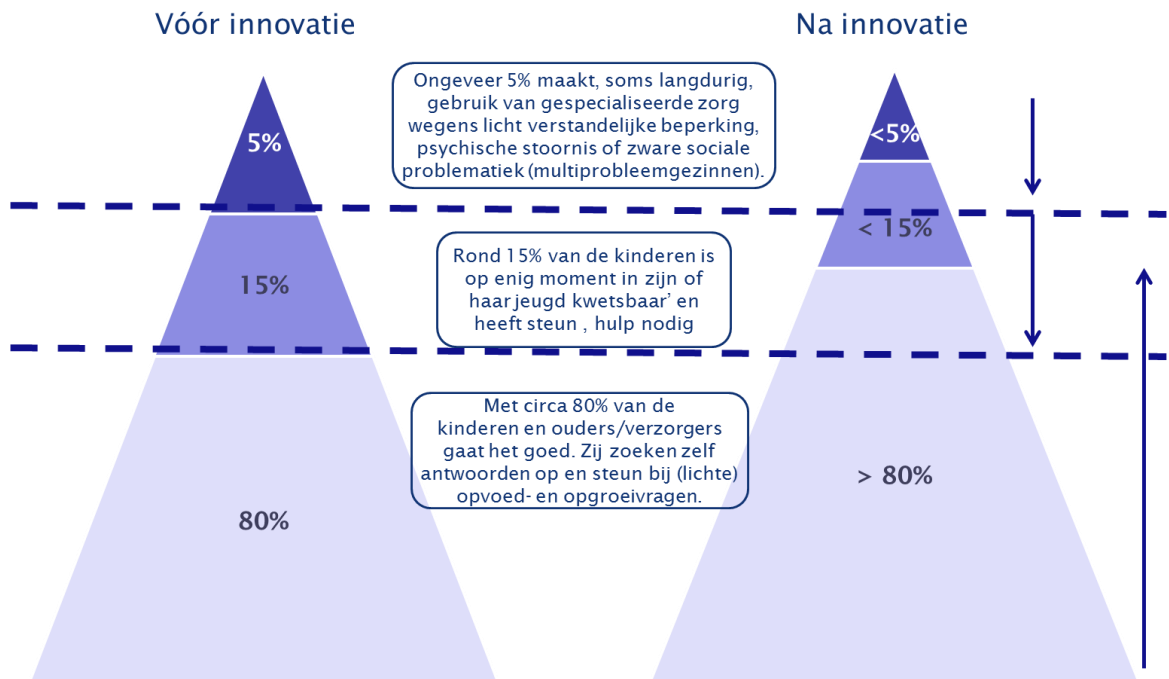
- Cliënten die geen zorg meer nodig hebben, bijvoorbeeld doordat problemen al in een eerder stadium in de toegang afgevangen zijn. Deze groep is in 2015 waarschijnlijk nog beperkt².

Alle gesprekspartners (F12) definiëren nieuwe trajecten voor specifieke cliëntgroepen, met een bijbehorende prijs. Vervolgens maken ze op basis van hun eigen cliëntenbestand een inschatting van het aantal cliënten dat in aanmerking komt voor zo'n innovatief traject en de omzet die hiermee gemoeid is. Door in te zetten op lichtere trajecten aan de voorkant, kunnen direct in 2015 al meer kinderen geholpen worden voor minder budget. In 2017, als het systeem verder gekanteld is, worden de effecten nog duidelijker. De verschuiving wordt inzichtelijk gemaakt per speerpunt van de innovatieagenda, zodat de verschillende bewegingen gekwantificeerd worden.

Het effect van de bewegingen is dat de basis van de piramide, waar problemen opgelost worden in de basisvoorzieningen, groter wordt, en de top juist een kleiner deel gaat uitmaken. Op die manier worden de totale kosten omlaag gebracht, terwijl jeugdigen wel de zorg krijgen die ze nodig hebben.

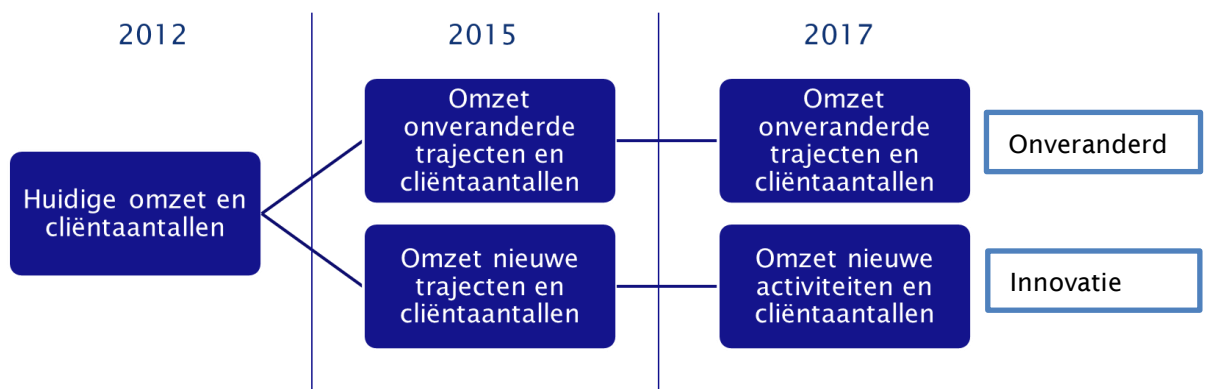
Het is effect is visueel gemaakt in onderstaand figuur. In de huidige situatie zijn circa 5% van de jeugdigen aangewezen op zware vormen van zorg; er is sprake van multi-problematiek, bijvoorbeeld een combinatie van sociale problematiek en psychische problematiek. Circa 15% van de jeugdigen zijn kwetsbaar en heeft op enig moment zorg en ondersteuning nodig. Met circa 80% van de jeugdigen gaat het goed. Zij zijn in staat om – in en met hun eigen leefomgeving – opvoed- en opgroevragen op te lossen.

² Anderzijds is ook het risico aanwezig dat bepaalde cliëntgroepen gaan groeien als gevolg van de cumulatieve effecten van de bezuinigingen, bijvoorbeeld toename van het aantal VG-ers als gevolg van reductie van het aantal WLZ-plaatsen.



Met de implementatie van deze innovatieagenda is de veronderstelling dat jeugdigen, beter dan nu het geval is, in staat zijn om in hun eigen leefsituatie, waarbij de basisvoorzieningen van goede kwaliteit en expertise zijn en lokale teams de eerste vragen opvangen, de benodigde ondersteuning te organiseren. Andere – soms intensievere, soms lichtere, soms kortere – trajecten, zorgen uiteindelijk ervoor dat met een verschuiving van het budget naar de voorkant, meer jeugdigen voor minder middelen geholpen kunnen worden. Er zullen altijd jeugdigen zijn waarvoor zware specialistische zorg noodzakelijk is, die moeten dan ook zo snel als mogelijk deze vorm van ondersteuning geboden krijgen (om onnodige stapeling van zorg te voorkomen). Deze zorg blijft bestaan. Echter de focus van de innovatie ligt bij het versterken van de lokale omgeving, met lokale teams, die jongeren, snel in hun eigen leefomgeving de juiste ondersteuning bieden. Hierdoor neemt zowel de totale zorgvraag af als de gemiddelde kosten van de zorgvraag.

Dit wordt als volgt financieel uitgewerkt, per speerpunt (beweging in de piramide):



Onder de nieuwe activiteiten valt ook het afhandelen van een zorgvraag in een van de basisvoorzieningen. Dan worden ouders en jeugdigen dus geholpen zonder daadwerkelijk in zorg te komen, bijvoorbeeld door een kort gesprek met een paar tips van een medewerker uit het lokale team of maatschappelijk werker, of door informatie op een website. Zo worden in deze weergave de beoogde verschuivingen in de zorgpiramide gekwantificeerd.

8.3.2 Stap 2: frictiekosten en transactiekosten

Financiële verschuivingen kunnen leiden tot frictiekosten. De aanbieders nemen deze frictiekosten voor hun rekening. Inzicht in de frictiekosten is daarmee vooral belangrijk voor de zorgaanbieders zelf, maar ook voor gemeenten is het nuttig om te weten welke aanbieders veel frictiekosten hebben. Dit heeft immers consequenties voor de risico's van de decentralisatie.

Er zijn vele manieren om frictiekosten te berekenen, dus is het van belang om een heldere afbakening te hanteren. Hierover is een aantal afspraken gemaakt om tot vergelijkbare resultaten te komen. De eerste afspraak is dat frictiekosten alleen bestaan uit kosten voor:

- Afvloeien personeel
- Afstoten vastgoed.

De tweede afspraak heeft betrekking op de reikwijdte. De exacte frictiekosten hangen niet alleen af van beslissingen in Haaglanden, maar ook van mogelijke andere bezuinigingen, zoals:

- Beslissingen van andere regio's omtrent jeugd (voor aanbieders die in verschillende regio's actief zijn),
 - Beslissingen rondom de decentralisatie AWBZ/Wmo (AWBZ-gefinancierde aanbieders).
- Afgesproken is een inschatting te maken van de frictiekosten puur ten gevolge van de innovatieagenda.

Er zijn manieren om de frictiekosten terug te brengen, bijvoorbeeld door omscholing van personeel of een andere bestemming voor gebouwen. Zulke omvormingen brengen over het algemeen wel transactiekosten met zich mee. Deze zijn deels inzichtelijk gemaakt in de begroting voor 2014.

8.4 Begroting voor 2014

Innoveren, afbouwen en ombouwen brengen kosten met zich mee. In de regio zijn incidentele middelen gereserveerd om dit proces te ondersteunen. De gemeenten en aanbieders hebben gezamenlijk afgesproken om dit budget in te zetten voor de acties uit de innovatieagenda. Voorkomen moet worden dat er met het beschikbare budget allerlei versnipperde initiatieven ontstaan die elkaar gaan tegenwerken. Daarom is er een integrale begroting opgesteld, gekoppeld aan de innovatieagenda.

9 Procesafspraken en concreet vervolg

9.1 Minimaal niveau van ontwikkeling

Continuïteit van zorg staat voorop. De innovatiemaatregelen mogen er niet toe leiden dat op enig moment een kind of gezin geen zorg kan ontvangen wanneer dat nodig is. Alle gemeenten moeten zich er van kunnen vergewissen dat de jeugdigen en gezinnen tijdig de juiste zorg en ondersteuning krijgen die nodig is.

Eenzijds wordt dit gesprek landelijk gevoerd: VWS, VNG, ZN en brancheorganisaties maken afspraken op welke wijze de samenhang, overdracht en borging plaatsvindt. Anderzijds wordt voor de regio Haaglanden een checklist ontwikkeld van wat er minimaal aan het einde van het jaar (2014) moet staan om er voor te zorgen dat cliënten niet tussen wal en schip vallen. Als dat niet gerealiseerd wordt in gemeenten, is het noodzakelijk om afspraken met Stadsgewest, zorgkantoor en zorgverzekeraar te maken om dichtbij de huidige processen te blijven om de continuïteit in 2015 te borgen. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar de toegangsfunctie, maar wordt de crisisfunctie in de lokale omgeving ingericht, zodanig dat – mocht het misgaan – de veiligheid wel te allen tijde geborgd kan worden.

9.2 Vervolgstappen

Het is van belang om op zeer korte termijn de stap te maken van *papier naar praktijk*. Gemeenten en aanbieders hebben gezamenlijk de verantwoordelijkheid om het functioneel model van de gemeenten in te kleuren. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid, omdat het versterken van de lokale situatie de mogelijkheden bepaalt om af te bouwen aan de (semi-)residentiële kant.

Het voorstel is om deze stap te maken *via nieuwe én bestaande proeftuinen / voorbeeldprojecten in de verschillende gemeenten*. Daar waar gemeenten dezelfde functionele ontwerpen hebben, wordt samenhang gezocht in de projecten.

A. Van papier naar praktijk

- De toegang moet verder uitgewerkt worden in de praktijk *in de lokale situatie*.
- De belangrijkste uitgangspunten en aandachtspunten uit onderhavige analyse en de innovatieagenda vormen hiervoor een belangrijke checklist (toetsingskader).
- Dat betekent dat elke gemeente een overzicht maakt van lopende voorlopertrajecten en proeftuinen. Lopende initiatieven worden zoveel mogelijk “verrijkt” met de aandachtspunten die verder uitgewerkt moeten worden.
- Waar deze punten nog onvoldoende geborgd zijn, worden nieuwe proeftuinen ingericht.
- In de voorlopertrajecten geven gemeente, zorgaanbieders en voorveld (JGZ, welzijn, etc.) gezamenlijk richting aan de ontwikkelingen in de praktijk. Het is dus een gezamenlijk leerproces van aanbieders en gemeenten.

B. Lokaal ontwikkelen in de praktijk, maar wel regionaal leren en risico's identificeren

- De focus van de uitvoering ligt in de lokale situatie. Elke gemeente kiest voor eigen accentverschillen.
- Echter er is een aantal gezamenlijke regionale leer- en ontwikkelpunten. Die hebben enerzijds betrekking op de noodzakelijke doorontwikkeling van de functionele ontwerpen. En anderzijds hebben ze betrekking op mogelijke regionale risico's.

- Lokale accentverschillen *kunnen* effect hebben op regionale afspraken over organisatie, inkoop en risicodeling. Het is van belang om deze risico's vroegtijdig in beeld te hebben en met elkaar beheersafspraken te maken.
- Regionaal wordt daarom een werkgroep ingericht (lean en mean) van gemeenten en aanbieders die aan de hand van een gezamenlijk opgesteld toetsingskader/checklist de voorlopertrajecten monitoren. De werkgroep zorgt voor de spreekwoordelijke "satéprikker" door alle voorlopertrajecten, waardoor regionaal leren en anticiperen mogelijk is.
- De werkgroep levert de volgende resultaten op:
 - Gezamenlijke lessen en het identificeren van een gezamenlijke werkwijze (gebaseerd op de lokale uitwerking) ten aanzien van een aantal 'kern ingrediënten'
 - De belangrijkste risico's van de accentverschillen tussen gemeenten ten aanzien van regionale afspraken (regionale inkoop en organisatie)
 - Noties over een effectieve verbinding met het brede sociale domein

Planning

Data 2014	Mijlpalen
1 maart	• Aanpak voorlopertrajecten per gemeente, door aanbieders en gemeenten samen opgesteld • Gezamenlijke regionale aanpak t.b.v. het gezamenlijk leren en risico's identificeren, incl. werkgroep, toetsingskader/checklist, beoogde resultaten
1 juni	• Eerste regionale tussenrapportage voorlopertrajecten
1 september	• Rapportage voorlopertrajecten en voorlopige conclusies (inhoudelijk en financieel) t.b.v. bestuurlijke conferentie, inclusief overzicht van risico's en advies beheersmaatregelen

De focus in de voorbeeldprojecten zal zijn op de volgende 'ingrediënten':

- Taalverschillen: waar worden andere termen gebruikt, terwijl hetzelfde wordt bedoeld (en vice versa: waar worden dezelfde termen gebruikt, maar wordt iets anders bedoeld)
- Door ontwikkelen van het functionele ontwerp en de structuur
- Uniformiteit voor rechtmatigheid
- Dekkend overzicht van al het aanbod
- Triage methodiek voor basisvoorzieningen
- Verbinding met voorveld en huisarts!
- Definieren van zorg- en ondersteuningsvormen die vrij toegankelijk/inzetbaar zijn en die dat niet zijn
- Functionarissen per taakgebied: welke aanbieder gaat de professional leveren of waar komt deze vandaan?
- Effectieve inzet van drang – ook in relatie tot het voorveld
- Verbinding tussen drang en dwang
- Overeenkomsten en verschillen in werkwijze en effect
- Accentverschillen en potentiële risico's voor regionale inkoop
- Beheersmaatregelen voor risico's.

9.3 Verbinding met 3D

Met de stap van papier naar praktijk wordt ook de verbinding met het brede sociale domein gemaakt. Elke gemeente heeft eigen beleid ten aanzien van de mate waarin de

decentralisaties in het sociale domein integraal worden opgepakt. In de lokale voorlopertrajecten hebben de gemeenten de gelegenheid om deze verbinding expliciet te maken. Door regionaal de lessen te verzamelen – uit de lokale projecten – en gezamenlijk te bepalen wat dat betekent voor de regionale afspraken, wordt op die manier ook regionaal de verbinding 3D gelegd.

9.4 Inkoop

In het vervolgproces wordt *niet* toegewerkt naar één gezamenlijk ‘functioneel model’ voor de regio, maar gemeenten en instellingen vinden het belangrijk te weten hoe de werkwijzen in de verschillende gemeenten overeenkomen. Daarbij geldt ook: als er accentverschillen zijn die effect hebben op de regionale inkoop en het “lokaal een beroep doen op de regionaal ingekochte zorg” dan is het van belang om dat expliciet te maken. Op die manier is het mogelijk om met elkaar *beheersmaatregelen* af te spreken om de regionale inkoop zo effectief en efficiënt mogelijk te laten verlopen.

Als de gemeente op een traditionele manier de jeugdhulp blijft bekostigen, is het lastig voor aanbieders om hierin te kantelen. Een nieuwe inkoopssystematiek zal een prikkel moeten geven om veel meer oplossingsgericht, rondom het vraagstuk van het kind, de jongere en/of het gezin(systeem) te gaan werken.

In veel gevallen wordt er al onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige problematiek en multi-probleem situaties. Alleen dit heeft nog geen rol in de inkoop en verantwoording. Gemeenten en aanbieders samen zullen een methodiek moeten ontwikkelen die voor de aanbieders uitvoerbaar is en voor de gemeenten effectief en efficiënt

9.5 Communicatie gemeenteraden

Na de bespreking van deze innovatieagenda op 29 januari 2014 worden de belangrijkste speerpunten, de samenhang daartussen en de uitwerking van het vervolgproces herschreven tot een publieksversie, die geschikt is om te delen met de gemeenteraden van de regio Haaglanden. Op deze manier worden zij vóór 1 maart geïnformeerd over de stand van zaken, voordat de gemeenteraadsverkiezingen gaan plaatsvinden.

9.6 Verantwoording

In het nieuwe stelsel willen gemeenten en aanbieders zoveel mogelijk tijd en aandacht aan de cliënt kunnen besteden. Een belangrijk verbeterpunt is het terugdringen van de administratieve lasten. Gemeenten en aanbieders onderschrijven het belang van beperkte, uniforme en liefst regionaal geldende verantwoordingseisen, met eenvoudige en doeltreffende parameters. De afspraak is om één verantwoordingssystematiek uit te werken.