

# Uitgangspuntennota

## Decentralisatie jeugdzorg

### BAR-gemeenten



# Inhoudsopgave

Inleiding .....	3
1. Visie op jeugdzorg .....	5
2. Contouren jeugdhulpstelsel .....	8
3. Toegang tot jeugdzorg .....	10
4. Lokale en regionale opgaven .....	13
5. Samenvatting voorgelegde onderwerpen .....	14

Bijlage: scenario's voor het reguleren van de toegang tot jeugdhulp.

# Inleiding

Op verschillende niveaus wordt bestuurlijk aan de decentralisatie jeugdzorg gewerkt. Op gemeentelijk niveau, subregionaal niveau (BAR) en op stadsregionaal niveau, als samenwerkende gemeenten in regio Rijnmond (16 gemeenten). Van laatstgenoemde mag gezegd worden dat we hier blij mee zijn omdat dit veel voordelen oplevert.

De decentralisatie van jeugdzorgtaken is omvangrijk en complex te noemen. Inmiddels zijn al heel wat stappen gezet in de voorbereidingen. Komende periode gaan we op BAR-niveau de beleidskaders verder uitwerken. Het gaat niet alleen om de overheveling van taken maar vooral ook om het vernieuwen van het huidige stelsel, de transformatie van jeugdzorg. De BAR-gemeenten trekken hierin gezamenlijk op.

Doelstellingen van de decentralisatie op hoofdlijnen:

- Vraaggericht werken.
- De verkokerde manier van werken aanpakken.
- De grote druk op gespecialiseerde zorg terug dringen.
- Verbindingen leggen met andere domeinen.
- Door decentraliseren slimmer en beter organiseren.

Naast de decentralisatie van de jeugdzorg wordt ook gewerkt aan de decentralisatie van de AWBZ-begeleiding, de Participatiewet<sup>1</sup> en passend onderwijs. Genoemde ontwikkelingen grijpen op elkaar in. Zo zullen de gevolgen van passend onderwijs voor zorgleerlingen deels dezelfde kinderen betreffen als in de jeugdzorg. En ook onderdelen van de AWBZ-begeleiding hebben een link met begeleiding voor jeugd.

Complicerend is dat het wettelijk kader voor het nieuwe jeugdhulpstelsel nog niet is uitgekristalliseerd. Het advies van de Raad van State wordt eind juni 2013 verwacht. Daarna zal het wetsvoorstel waarschijnlijk worden vrijgegeven voor behandeling door de Tweede Kamer. Tot die tijd is de tekst van het wetsvoorstel niet openbaar. Bovendien is nog niet duidelijk hoe het landelijke budget voor jeugdhulp over de gemeenten wordt verdeeld. Pas in de meicirculaire van 2013 is hierover enige duidelijkheid te verkrijgen. Overigens wordt in de meicirculaire het budget toegekend op basis van het historisch gebruik. Pas later wordt het nieuwe verdeelmodel bekend gemaakt. Dit wil zeggen dat gemeenten pas volgend jaar duidelijkheid hebben over het meerjarig financiële kader.

Desalniettemin is ervoor gekozen om op dit moment deze notitie ter besluitvorming aan uw gemeenteraad voor te leggen, zodat in dit stadium richting gegeven kan worden vanuit de kaderstellende rol van de gemeenteraad. Voorafgaand aan de behandeling van de nota in de drie gemeenteraden van Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk wordt de nota voorgelegd aan alle relevante stakeholders in het veld. De verkregen inzichten zullen voorafgaand aan behandeling van deze nota met uw gemeenteraad gedeeld worden.

In april 2012 hebben de drie colleges het Plan van aanpak voor de decentralisatie jeugdzorg op BAR-niveau vastgesteld. Ook is in 2012 aan uw gemeenteraad ter informatie toegezonden het programmaplan decentralisatie jeugdzorg van de samenwerkende gemeenten in de regio Rotterdam – Rijnmond. Een vervolg hierop is het plan voor de implementatie van jeugdhulp. Dit is in april 2013 door de regionale portefeuillehouders jeugd vastgesteld. Inhoudelijke zaken die van belang zijn, zijn in deze uitgangspuntennotitie beschreven.

Vooruitlopend op de ontwikkeling van het beleid voor de BAR-gemeenten zijn hoofdlijnen, planning, visie en uitgangspunten et cetera in de Contourennota jeugdzorg BAR-gemeenten beschreven. Deze nota geeft op hoofdlijnen de transformatie van de jeugdzorg naar gemeenten voor de komende jaren aan. In maart/april 2013 hebben de drie colleges van B&W de Contourennota vastgesteld. Deze is ter informatie naar de gemeenteraden in Barendrecht en Ridderkerk gestuurd. In Albrandswaard boden wij de nota ter vaststelling aan de gemeenteraad aan.

---

<sup>1</sup> Vanwege het sociaal akkoord, ziet het er naar uit dat dit een jaar wordt uitgesteld.

Om u mee te nemen in het proces naar het kaderstellende meerjaren beleidsplan, het uitvoeringsplan en de verordening, is het zinvol de visie en uitgangspunten nogmaals onder uw aandacht te brengen. Zaken als De Kanteling, eigen kracht, toegang tot voorzieningen, treft u ook bij de andere decentralisaties (participatiewet en AWBZ) aan. Vanzelfsprekend hanteren we als BAR-gemeenten voor dit soort onderwerpen dezelfde benaderingswijze.

Uiteraard heeft de decentralisatie jeugdzorg specifieke elementen en accenten. Wij vragen u deze dan ook te onderschrijven. Het betreft:

1. Visie en uitgangspunten jeugdzorg BAR.
2. Kantelingsgedachte in relatie tot jeugdzorg.
3. Reguleren toegang tot jeugdvoorzieningen.
4. Functioneel model nieuw jeugdstelsel.
5. Onderscheid tussen lokale en regionale opgaven.
6. Basisprincipes proeftuin Wijkzorg voor jeugd.

### **Leeswijzer**

*Hoofdstuk 1 beschrijft de BAR-visie op jeugdzorg en leidende uitgangspunten. Hoofdstuk 2 licht het beoogde jeugdhulpstelsel toe. In hoofdstuk 3 treft u de scenario's voor de toegang van de jeugdzorg aan. Hoofdstuk 4 geeft de lokale en regionale opgaven weer. Hoofdstuk 5 vat de aan u voorgelegde onderwerpen samen.*

# 1. Visie op Jeugdzorg

De visie op Jeugdzorg vormt het kader waarbinnen de BAR-gemeenten de jeugdzorg ontwikkelen. Het geeft aan waar de BAR-gemeenten voor staan en de komende jaren voor gaan. De visie is beschreven in de Contourennota jeugdzorg BAR gemeenten.

Uitgangspunt is het organiseren van de samenwerking rond de ondersteuning, zo dicht mogelijk bij het kind. Er is afstemming tussen zorg, onderwijs en waar nodig het veiligheidshuis. Dit doen we ondermeer door de doorontwikkeling van de CJG's. Deze doorontwikkeling geven we vorm in nauwe samenwerking met de doelgroep, zorgaanbieders en het maatschappelijk middenveld.

In onderstaand kader zijn de visie en uitgangspunten beschreven die we hanteren bij de verdere vormgeving van het beleid.

## Visie

### Kinderen kunnen kansrijk en veilig opgroeien

- Kinderen in de BAR-gemeenten kunnen kansrijk en veilig opgroeien, hun talenten ontwikkelen en naar vermogen participeren in de samenleving. Hierbij wordt uitgegaan van de eigen kracht van jongeren, ouders en hun netwerken.
- Waar mogelijk, gewenst of noodzakelijk wordt hulp en ondersteuning als maatwerk geboden en is extra aandacht mogelijk voor hen die dat nodig hebben.

### De BAR-gemeenten nemen eindverantwoordelijkheid voor jeugdzorg

- We hechten veel belang aan lokale invulling van het zorgaanbod en maatwerk per gezin. Hierbij kennen professionals de lokale samenleving.
- We sluiten aan op behoeften van gebruikers van jeugdzorg, organiseren de zorg rondom het gezin en werken intensief samen met kind en gezin, waarbij de ouder primair verantwoordelijk is voor de opvoeding.
- Samen met zorgaanbieders en andere maatschappelijke partners nemen we verantwoordelijkheid voor hoge kwaliteitszorg, continuïteit, bereikbaarheid en innovatie van het zorgaanbod.

## Leidende uitgangspunten

1. De veiligheid van het kind of de jongere staat voorop.
2. Zelfredzaam waar het kan, ondersteunen waar het hoort, doorpakken waar het moet.
3. Eén gezin, één plan, één regisseur.
4. Ouders en kinderen worden waar mogelijk altijd betrokken bij het bepalen van de ondersteuning die zij nodig hebben (van aanbod- naar vraaggericht werken).
5. Hulp heeft een tijdelijk karakter en wordt zo zwaar en lang geboden als nodig.
6. Hulp wordt zoveel mogelijk dichtbij en integraal georganiseerd en in verbinding met lokale voorzieningen.
7. Gezamenlijk wordt maximaal geïnvesteerd in de informele en preventieve zorg om het beroep op langdurige en specialistische zorg zo veel mogelijk te voorkomen.
8. De aanpak wordt continu getoetst op kwaliteit en aan resultaatgerichtheid en doelmatigheid.

## 1.1 leidende uitgangspunten

Hieronder gaan we kort in op de uitgangspunten en plaatsen we enkele kanttekeningen.

1. **De veiligheid van het kind of de jongeren staat voorop**  
Veiligheid is altijd uitgangspunt nummer 1, omdat het de basis van het bestaan is.
2. **Zelfredzaam waar het kan, ondersteunen waar het hoort, doorpakken waar het moet.**  
Zelfredzaamheid is een relatief begrip omdat hiervoor geen strikte regels te hanteren zijn. Het zal altijd om maatwerk gaan. Hoe we dit nu precies in de praktijk vormgeven is een uitdaging en dit ligt primair in handen van hulpverleners, de professionals en hun vermogen om los te laten en de specifieke vragen van zorgvragers centraal te stellen.
3. **Eén gezin, één plan, één regisseur.**  
Het één gezin, één plan, één regisseur zou voor zich moeten spreken, maar is in de dagelijkse praktijk nog niet (altijd) aan de orde. In plaats van het huidige versnipperde systeem, streven we naar een goede samenwerking en afstemming, communicatie tussen alle vormen van hulpverlening, ongeacht de organisatie die de hulp levert.
4. **Ouders en kinderen worden waar mogelijk altijd betrokken bij het bepalen van de ondersteuning die zij nodig hebben (van aanbod- naar vraaggericht werken).**  
Op deze regel zijn uitzonderingen denkbaar. Bijvoorbeeld als er sprake is van een justitieel- of psychiatrisch kader, gaat de veiligheid van het kind boven het betrekken (toestemming geven door) de ouder.
5. **Hulp heeft een tijdelijk karakter en wordt zo zwaar en lang geboden als nodig**  
We willen 3 aspecten (zichtbaar in het huidige systeem) bestrijden:
  1. Dat te snel een stempel wordt gegeven (medicalisering), terwijl sommige vraagstukken vallen onder de 'dagelijkse opvoedingsvraagstukken'.
  2. Dat cliënten te lang in de 1<sup>ste</sup> lijn blijven terwijl doorverwijzing naar de 2<sup>o</sup> lijn nodig is.
  3. Dat wanneer 2<sup>o</sup> lijns zorg wordt geboden cliënten hier soms te lang in blijven omdat de aansluiting naar de 1<sup>o</sup> lijn niet goed is (er is geen passend aanbod), terwijl de 2<sup>o</sup> lijns zorg eerder beëindigd had kunnen worden.
6. **Hulp wordt zoveel mogelijk dichtbij en integraal georganiseerd en in verbinding met lokale voorzieningen.**  
Op basis van de ervaringen uit de BAR-proeftuin<sup>2</sup> Wijkzorg voor jeugd gaan we de samenwerking doorontwikkelen.
7. **Gezamenlijk<sup>3</sup> wordt maximaal geïnvesteerd in de informele en preventieve zorg om het beroep op langdurige en specialistische zorg zo veel mogelijk te voorkomen.**  
Investeren in informele en preventieve zorg zal het beroep op langdurige en specialistische zorg niet meteen en meetbaar doen afnemen. Het vergt een langere adem en daarbij zullen we nieuwe werkwijzen in de praktijk te testen.
8. **De aanpak wordt continu getoetst op kwaliteit, resultaatgerichtheid en doelmatigheid.**  
Dit vraagt om ontwikkeling van een systeem om dit te meten, zonder te vervallen in onnodige bureaucratie (waardoor zwaardere overhead bij aanbieders en dus minder te besteden middelen aan de daadwerkelijke zorg).

---

<sup>2</sup> Hoofdstuk 3.3.

<sup>3</sup> In samenwerking tussen zorgvragers, zorgaanbieders en de gemeente.

## **1.2 Brede Toegang<sup>4</sup> en indicatiestelling**

Vanaf 2015 krijgen de BAR-gemeenten met de nieuwe verantwoordelijkheden voor jeugdzorg de kans een ontkokerd lokaal stelsel van ondersteuning in te richten voor alle leefgebieden van de burger. Onder toegang verstaan we in de eerste plaats het beschikbaar stellen van informatie en het verkrijgen van advies. Is er sprake van een ondersteuningsvraag, dan moet duidelijk worden wat de vraag is en welke oplossingsmogelijkheden de burger zelf heeft. Deze processtap noemen wij 'screening en vraagverheldering'. Voor bepaalde voorzieningen is, als laatste stap, een indicatiestelling vereist. Het uitgangspunt is een integrale indicatiestelling, waarbij de verbinding wordt gezocht tussen Participatiewet, Wmo en jeugd. Het is een groeimodel.

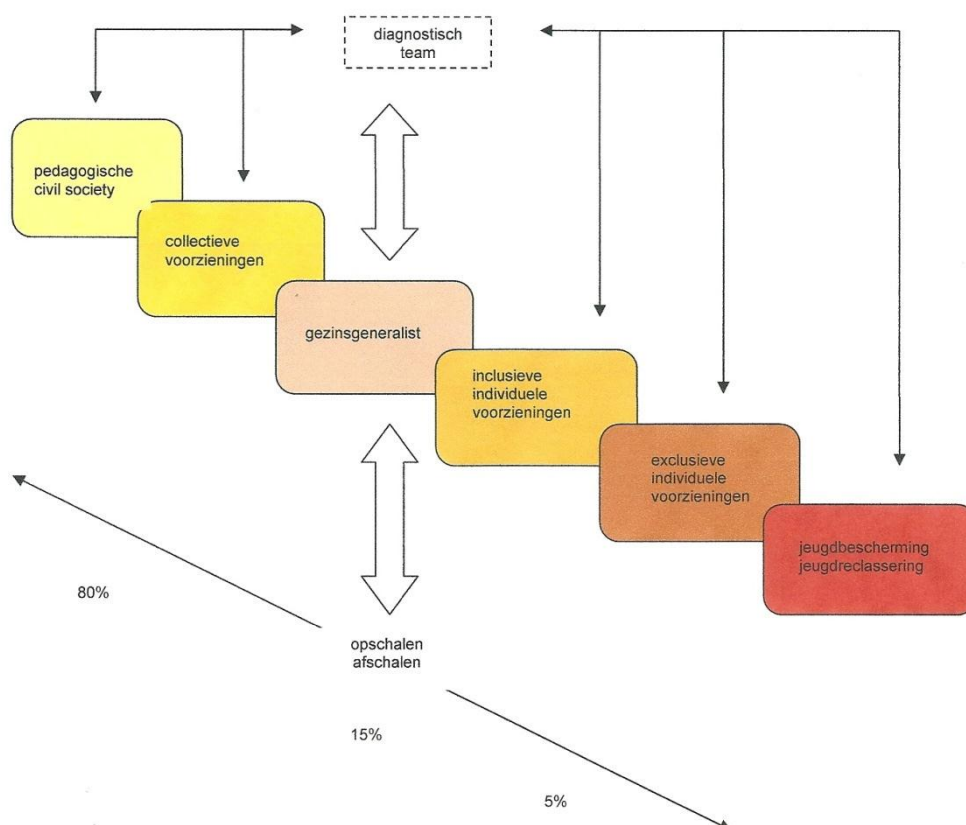
Samengevat is de missie minder overnemen, wel ondersteunen, het vergroten en faciliteren van het zelf oplossend vermogen van zowel betrokkenen als de directe (sociale) omgeving. Centraal hierbij staat het vraaggericht werken. Het is hierbij zaak een goede balans te vinden tussen het versterken van de eigen kracht van ouder en kind en de veiligheid van het kind.

---

<sup>4</sup> Meer over de toegang in hoofdstuk 3.

## 2. Contouren jeugdhulpstelsel, het functioneel model

Voor een goed begrip is in dit hoofdstuk weergegeven het functioneel model voor het jeugdhulpstelsel zoals dat vanaf 2015 voor ogen staat<sup>5</sup>. Het functioneel model is in eerste instantie een denkkader. Opgemerkt kan worden dat het de complexe realiteit onvoldoende recht doet. De verschillende soorten voorzieningen zijn in werkelijkheid meestal niet opeenvolgend, maar geïntegreerd in bijvoorbeeld één arrangement. Dit model is in het PHO<sup>6</sup> van 13 december 2012 is vastgesteld, alsmede de gezamenlijke doelstellingen (hoofdstuk 2.1.). De belangrijkste begrippen uit het model zijn hieronder kort toegelicht. Overigens sluiten nog niet alle begrippen en definities goed aan op de praktijk. Vooral nog is gekozen om oorspronkelijke termen te gebruiken tot 'nieuw jargon' is uitgekristalliseerd.



### *Pedagogische civil society*

Het geheel aan inspanningen voor het veilig en kansrijk opgroeien van jeugdigen door:

- burgers die op enigerlei wijze verbonden zijn met het gezin waar de jeugdige deel van uitmaakt;
- professionals die met jeugdigen werken, maar niet (primair) vanuit een hulpverlenende rol of een focus op jeugdgezondheidszorg, zoals medewerkers kinderopvang, leerkrachten en jongerenwerkers.

### *Collectieve voorziening*

Elke vorm van professionele begeleiding bij de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van jeugdigen die vrij toegankelijk is voor de doelgroep, die per afzonderlijke voorziening kan verschillen.

<sup>5</sup> Bij de wethouders en ambtenaren jeugd van de 16 regiogemeenten.

<sup>6</sup> Portefeuillehoudersoverleg van de 16 regiogemeenten.



#### *Gezinsgeneralist*

Een breed georiënteerde en domein overstijgend werkende jeugdprofessional, die gezinnen in hun eigen omgeving ondersteunt bij het oplossen van niet-alledaagse vraagstukken m.b.t. de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen en jongeren.

#### *Diagnostisch team*

Een team van specialisten dat de gezinsgeneralist ondersteunt bij het stellen van diagnoses en de toeleiding naar de juiste behandeling bij jeugdproblematiek.

#### *Inclusieve individuele voorziening*

Elke vorm van één op één hulp waarbij de hulpverlener participeert in het dagelijks leven van het gezin en thuis, op school of in een andere voor de cliënt bekende omgeving ondersteuning biedt.

#### *Exclusieve individuele voorziening*

Elke vorm van één op één hulp die niet verweven is met het dagelijks leven van het gezin en geboden wordt in een omgeving die voor de cliënt (aanvankelijk) onbekend is.

#### *Jeugdbescherming*

Een door de kinderrechter opgelegde maatregel die ingrijpt in het gezag van de ouders ter bescherming van een kind.

#### *Jeugdreclassering*

Door de kinderrechter opgelegde begeleiding van jongeren tussen 12 en 18 jaar (met mogelijke doorloop tot 23 jaar) die verdacht worden van of veroordeeld zijn voor een strafbaar feit, met als doel het voorkomen van recidive en het vergroten van maatschappelijke participatie.

### 3. Toegang tot jeugdzorg

De wettelijke taak van Bureau Jeugdzorg vervalt met ingang van 1 januari 2015. Het is aan de gemeenten om deze toegang te organiseren. In de concept-wetstekst is opgenomen dat de gemeente bepaalt welke vormen van jeugdhulp vrij toegankelijk zijn. Voor zover nu bekend is zal het afgeven van een beschikking door de gemeente verplicht gesteld worden in de wet. De gemeente bepaalt wel zelf welk aanbod niet vrij-toegankelijk is en dus om een beschikking vraagt. *In beginsel* kan de gemeente er dus voor kiezen om alle vormen van jeugdhulp vrij toegankelijk te maken.

De gemeente beperkt zich dan tot de inkoop van de door burgers gewenste voorzieningen. Ouders en jeugdigen maken (al dan niet via intermediairs als het CJG, de huisarts of de school) vervolgens zelf afspraken met hulpverleners en zorgaanbieders over de inzet van deze voorzieningen in hun gezin.

Omdat de wet tegelijkertijd een jeugdhulpplicht aan de gemeente oplegt (als er voorzieningen nodig zijn, moet de gemeente zorgen dat die er komen) zal het waarschijnlijk niet mogelijk zijn om hierbij uit te gaan van het principe 'zo lang de voorraad strekt'. In dat geval zou sprake zijn van een open einderegeling. *Het volledig vrijlaten van de toegang tot jeugdhulp is daarom in financieel opzicht een risicovolle beleidskeuze: het gevolg kan zijn dat de uitgaven aan jeugdhulp het beschikbare budget (fors) overschrijden en voor de gemeente onbeheersbaar wordt.* Vooralsnog kiezen we er daarom voor om de toegang tot jeugdhulp in ieder geval gedeeltelijk te reguleren.

Uitgangspunt is dat de gemeente zoveel mogelijk individueel bepaalt hoe en voor welke jeugdhulpvoorzieningen de toegang gereguleerd wordt. Enkele scenario's voor gereguleerde toegang zijn uitgewerkt en als bijlage toegevoegd aan dit document. Bij het regionaal inkopen van voorzieningen is het wenselijk dat de 16 samenwerkende gemeenten elkaar op dit gebied volledige beleidsvrijheid te gunnen. Voor deze voorzieningen wordt een gezamenlijke toegangsprocedure uitgewerkt.

#### 3.1 De huisarts als verwijzer

Relevant in relatie tot de toegang is de positie van de huisarts in het nieuwe stelsel. In het wetsvoorstel is opgenomen dat de huisarts mag verwijzen naar alle vormen van jeugdhulp die door de gemeente zijn ingekocht. De status van deze verwijzing is nu nog niet duidelijk: brengt een verwijzing door de huisarts een 'leveringsplicht' voor de gemeente met zich mee, of ligt het genuanceerder? Behandeling van het wetsvoorstel zal hier meer inzicht in verschaffen.

### 3.2 Om welke zorg gaat het?

De gemeenten beschikken al over een ingekocht collectief aanbod. Dit kan op lokaal en/of subregionaal niveau georganiseerd blijven. Ditzelfde geldt voor een groot deel van de inclusieve zorg. Voor een aantal producten in het cluster inclusieve zorg wordt voorgesteld deze gezamenlijk op regionaal niveau in te kopen. Hetzelfde geldt voor de exclusieve zorg, de duurdere trajecten. Dit om het financiële risico te spreiden en de beschikbaarheid van het aanbod te vergroten.

Hieronder treft u in de tabel een weergave van het zorgaanbod in het huidige stelsel.

<b>Zorgaanbod</b>	<b>Soort</b>	<b>Omschrijving</b>	<b>Huidige schaal en toegang</b>
Collectieve zorg	Alle professionele begeleiding die voor iedereen vrij toegankelijk is	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, trainingen, cursussen en opvoedondersteuning	Gemeentelijk, vrije toegang, of via CJG
Inclusieve zorg (individueel)	Elke vorm van niet vrij toegankelijk jeugdzorg in het dagelijks leven	Ambulante zorg in en rond het gezin, als jeugd,- en gezinscoaching, pleegzorg, homestart, open residentieel.	Gemeentelijk voor niet geïndiceerde deel, toegang via CJG Stadsregionaal voor geïndiceerde deel, toegang via indicatie BJZ <sup>7</sup>
Exclusieve zorg (individueel)	Elke vorm van niet vrij toegankelijk jeugdzorg die niet verweven is met het dagelijks leven	Residentiële zorg buiten het gezin, crisis opvang, jeugdzorg plus, jeugdbescherming, reclassering, jeugd LVB <sup>8</sup>	Stadsregionaal, toegang via indicatie BJZ

---

<sup>7</sup> Het huidige Bureau Jeugdzorg zal in 2015 niet bestaan.

<sup>8</sup> Licht verstandelijk beperkt.

### **3.3 Proeftuin Wijkzorg voor jeugd**

In 2012 zijn we gestart met de BAR-proeftuin Wijkzorg voor jeugd. Hierbinnen wordt geëxperimenteerd<sup>9</sup> met het werken met wijkteams. Het uitgangspunt hierbij is dat als we werken met kleine wijkgebonden teams, we een werkwijze bieden die voor cliënten een kwalitatieve verbetering inhoudt. Dit wil zeggen dat we vroeger signaleren, minder etiketteren, samenhangende hulp dicht in de buurt realiseren met minder hulpverleners en minder last van bureaucratie en wachtlijsten. Hiermee wordt ook vorm gegeven aan vereenvoudiging van het stelsel, zodat de jeugdige en ouders er niet in verdwalen en ook mee kunnen doen.

Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) wordt de spil in de organisatie van wijkteams en zal hierdoor in het nieuwe stelsel de toegang tot de jeugdzorg vormen. In het team werken professionals uit het onderwijs en verschillende andere disciplines, zoals maatschappelijk werk en jeugdverpleegkundige. Zij werken allen vanuit de Eigen Kracht-principes samen met ouders en jeugdigen en waar mogelijk met vrijwilligers.

Kortweg kunnen we al stellen dat:

- Er sprake is van korte duidelijke lijnen.
- De wijkteams slagvaardig en herkenbaar zijn.
- Ouders de regie behouden.
- Er minder doorverwijzingen zijn.
- De zorg laagdrempelig wordt aangeboden.
- Nadruk wordt gelegd op eigen kracht en het netwerk.

Naar aanleiding van de ervaringen in de BAR-proeftuin Wijkzorg voor jeugd, zal een voorstel voor het vervolg van deze aanpak worden gedaan.

### **3.4 Centra voor Jeugd en Gezin**

Om de mogelijke verschillen tussen de drie BAR-CJG's helder te krijgen wordt middels een 0-meting inzicht gezocht in de verschillen en overeenkomsten tussen de drie CJG's.

Met de resultaten van de 0-meting willen we de vraag beantwoorden of harmonisatie van de drie CJG's mogelijk en gewenst is? We willen hierover in het concept-meerjarenbeleidskader advies uitbrengen.

De drie afzonderlijke CJG's bevinden zich in verschillende fasen van ontwikkeling. Destijds zijn ze opgericht conform de keuzes die per gemeente zijn gemaakt. Door de ontwikkeling van de ambtelijke BAR-organisatie zal het Jeugdbeleid vanaf 1 januari 2014 uitgevoerd worden door één ambtelijke organisatie. En een jaar later is de decentralisatie jeugdzorg een feit.

---

<sup>9</sup> Eind 2013 wordt de proeftuin geëvalueerd en zal de eindrapportage worden uitgebracht.

## 4. Lokale en regionale opgaven

De opgaven komen voort uit het functioneel model uit hoofdstuk 2. De wethouders Jeugd van de regiogemeenten hebben in april 2013 hun bereidheid uitgesproken om deze voorstellen in hun gemeenten te implementeren. Jeugdhulp is onder de nieuwe Jeugdwet een lokale verantwoordelijkheid. Het laatste woord is uiteindelijk aan de gemeenteraden.

Bij de uitwerking is de rode draad dat we de opgaven in nauwe samenwerking met zorgorganisaties en alle andere stakeholders zullen vormgeven.

### 4.1 De lokale opgaven: wat gaan we onderzoeken, (door)ontwikkelen en vormgeven?

- A. De pedagogische civil society.
- B. Realiseren van collectieve voorzieningen.
- C. Ontwikkelen van de functie en of werkwijze van gezinsgeneralist.
- D. Het operationaliseren van een diagnostisch team.
- E. Samenwerking met een regionale pool van gespecialiseerde artsen en gedragswetenschappers voor onderzoek naar en advies over de behandeling van zeer specifieke jeugdhulpproblematiek.
- F. Vorm en model inkoop individuele jeugdhulp: individueel of subregionale samenwerking.
- G. Bepalen welke lokaal in te kopen voorzieningen de toegang<sup>10</sup> wordt gereguleerd en op welke wijze dit wordt vormgegeven.
- H. Structuur en model financiering lokale taken, sturing op doelen en cliëntenparticipatie bij ontwikkeling en uitvoering van beleid.

### 4.2 De regionale opgaven

Verschillende opgaven worden op stadsregionaal niveau uitgewerkt. In juni en oktober 2013 worden de resultaten hiervan opgeleverd.

- A. De wijze waarop Jeugdbescherming en Jeugdreclassering worden georganiseerd (inclusief de wenselijkheid van doelgroepenbeleid).
- B. De inrichting van één of meer bovenlokale Advies- en Meldpunten Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK).
- C. De toekomstige vormgeving/organisatie van het CIT<sup>11</sup> en het KSCD<sup>12</sup> (Vormt nu onderdeel van het aanbod van Bureau Jeugdzorg).
- D. Welke producten in 2015 regionaal ingekocht worden en bij welke aanbieders.
- E. In samenspraak met vertegenwoordigers van zorgaanbieders vormgeven aan een vloeiende overgang van bestaande cliënten naar het nieuwe stelsel.
- F. Een programma van eisen voor het ontwikkelen van een gezamenlijke prestatie-monitor.
- G. Het financieringsmodel “verrekening” nader uit te werken.
- H. Uitwerking<sup>13</sup> van de inkoopmodellen “vrijwillige centrumgemeente” en “gezamenlijke uitvoeringsorganisatie” binnen een Gemeenschappelijke Regeling.

---

<sup>10</sup> Voor de regionaal in te kopen voorzieningen wordt een gezamenlijke (toegangs)procedure uitgewerkt.

<sup>11</sup> CIT: Crisisinterventieteam.

<sup>12</sup> KSCD: Kennis- en Servicecentrum voor Diagnostiek.

<sup>13</sup> Deze opdracht ligt binnen de door Minister Plasterk gestelde kaders in zijn brief van 15 maart 2013 over de vormgeving samenwerkingsverbanden.

## 5. Samenvatting voorgelegde onderwerpen

Hieronder leest u een samenvatting van de aan u voorgelegde onderwerpen.

### **Wij stellen u voor om te onderschrijven:**

1. Visie en uitgangspunten jeugdzorg BAR.
2. Aandachtspunt binnen de kantelingsgedachte in relatie tot jeugdzorg blijft de veiligheid van het kind.
3. Dat we de toegang tot jeugdzorgvoorzieningen met oog op beheersbaarheid en gelijke benadering van zorgvragen willen reguleren.
4. Het functioneel model.
5. Het onderscheid tussen de lokale en regionale opgaven.
6. De basisprincipes van de proeftuin Wijkzorg voor jeugd.

## **Bijlage<sup>14</sup>: scenario's voor het reguleren van de toegang tot jeugdhulp**

Onder de huidige Wet op de jeugdzorg is de indicatiestelling voor bepaalde vormen van individuele jeugdhulp wettelijk verankerd. Bureau jeugdzorg is hierbij aangewezen als indicatieorgaan voor de provinciaal gefinancierde jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Onder de nieuwe Jeugdwet vervalt de verplichte indicatiestelling en is de positie van Bureau jeugdzorg als indicatieorgaan niet langer wettelijk verankerd. Met deze maatregelen wil het kabinet de indicatiestelling verminderen. Tegelijkertijd wordt er rekening mee gehouden dat het wenselijk kan zijn om over de toegang tot sommige vormen van (specialistische) jeugdhulp een nader besluit te nemen. Het kabinet wil het daarom aan de gemeenten overlaten om te bepalen welke vormen van jeugdhulp vrij toegankelijk zijn en welke niet.

Een andere ontwikkeling die relevant is in relatie tot de toegang is de positie van de huisarts in het nieuwe stelsel. In de versie van het wetsvoorstel die voor advies naar de Raad van State gaat, is opgenomen dat de huisarts mag verwijzen naar alle vormen van jeugdhulp die door de gemeente zijn ingekocht. De exacte status van deze verwijzing is momenteel nog niet duidelijk: brengt een verwijzing door de huisarts een 'leveringsplicht' voor de gemeente met zich mee, of ligt het genuanceerder? De verdere behandeling van het wetsvoorstel zal hier meer inzicht in moeten verschaffen.

In het voorgaande is onderscheid gemaakt tussen regionaal ingekochte voorzieningen en lokaal ingekochte voorzieningen. De toegang tot de regionaal ingekochte voorzieningen zal door de samenwerkende gemeenten gezamenlijk worden vormgegeven. Over de toegang tot lokaal ingekochte voorzieningen zullen de gemeentebesturen afzonderlijk een uitspraak doen. Hierbij zullen de volgende vragen worden beantwoord:

- Welke voorzieningen zijn vrij toegankelijk? Welke niet?
- Hoe wordt de toegang tot de niet-vrij toegankelijke voorzieningen vormgegeven?

### **Overwegingen bij het reguleren van de toegang tot lokaal ingekochte voorzieningen**

Zoals gezegd is regulering niet verplicht: de gemeente mag er ook voor kiezen om de toegang tot alle vormen van jeugdhulp vrij te laten. Dit maakt het voor de gemeente wel lastig om te sturen op de uitgaven aan jeugdhulp en de gewenste verschuivingen in het zorgaanbod en zorggebruik. Het (gedeeltelijk) reguleren van de toegang ondervangt deze nadelen, maar leidt ook tot meer bureaucratie en hogere organisatiekosten. Mogelijk kunnen deze worden terugverdiend door een doelmatiger inzet van jeugdhulp, maar dat staat niet op voorhand vast. De nadelen van het ene scenario zijn dus de voordelen van het andere, en vice versa. Elke gemeente moet hierin haar eigen afwegingen maken.

### **Scenario's voor het reguleren van de toegang**

In het ambtelijk kernteam is een aantal scenario's uitgewerkt en besproken voor het reguleren van de toegang tot (bepaalde vormen van) lokaal ingekochte jeugdhulp. Deze worden hieronder gepresenteerd als handreiking aan de individuele gemeenten.

Op grond van de informatie waarover we nu beschikken, zouden deze scenario's moeten voldoen aan de uitgangspunten van de nieuwe Jeugdwet. De kanttekening die hierbij moet worden geplaatst, is dat de verdere behandeling van het wetsvoorstel tot andere inzichten kan leiden. Regulering van de toegang tot individuele jeugdhulp brengt met zich mee dat moet worden bepaald wie er bevoegd is om deze toegang te verlenen. Formeel is dat het college van B&W, maar in de praktijk zal deze taak mogelijk elders worden belegd. In het wetsvoorstel lijkt hierbij in elk geval een rol te zijn weggelegd voor de huisarts. Daarnaast kan de gemeente een eigen toegangspoort organiseren. Uitgaande van het functioneel model zou dat de gezinsgeneralist en/of het diagnostisch team moeten zijn.

In het functioneel model voor het nieuwe jeugdhulpstelsel in de regio Rotterdam worden twee nieuwe, professionele rollen geïntroduceerd.

---

<sup>14</sup> Bron: nota Acht is meer dan duizend.

## **De gezinsgeneralist**

De gezinsgeneralist is een breed georiënteerde en domein overstijgend werkende jeugdprofessional, die gezinnen in hun eigen omgeving ondersteunt bij het oplossen van niet-alledaagse vraagstukken m.b.t. de verzorging, opvoeding en ontwikkeling van kinderen en jongeren. De generalist wordt ingeschakeld als er sprake is of lijkt te zijn van een probleem waar mogelijk individuele jeugdhulp bij nodig is. Als voorwaarden geldt dat het gezin in beginsel bereid is om hulp te aanvaarden (of daartoe kan worden overgehaald) en dat de veiligheid van het kind in het gezin niet in het geding is. De gezinsgeneralist is in elk geval verantwoordelijk voor zorgtoeleiding en zorgcoördinatie bij multiproblematiek. Afhankelijk van het beleid van de gemeente, kan de generalist ook een rol krijgen bij het verlenen van toegang tot individuele jeugdhulp.

## **Het diagnostisch team**

Het diagnostisch team bestaat uit specialisten op het gebied van jeugdgezondheidszorg, gedragsproblematiek en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. In de minimale variant betreft het een jeugdarts en een gedragswetenschapper. Afhankelijk van de casuïstiek kunnen andere disciplines hierbij 'aanschuiven'. Op regionaal niveau zal een *pool* worden samengesteld van specialisten waarop de lokale diagnostische teams in voorkomende gevallen een beroep kunnen doen. Het diagnostisch team brengt advies uit over de inzet van individuele jeugdhulp bij specifieke casussen. Dit advies weegt zwaar mee in de beslissing van de gemeente. Met het oog hierop is het van groot belang dat het diagnostisch team onafhankelijk en objectief is. De leden mogen daarom geen directe binding hebben met de organisaties waar de gemeente jeugdhulp inkoop. In de ambtelijke kerngroep zijn vier scenario's voor de organisatie van de toegang besproken met wisselende rollen voor de huisarts, de gezinsgeneralist, het diagnostisch team en het college van B&W. Het mag duidelijk zijn dat deze scenario's slechts een indruk, en geen uitputtend overzicht geven van de mogelijkheden die de gemeente ter beschikking staan. Het eerste en het laatste scenario raken aan de grenzen van wat mogelijk is, maar in het tussenliggende gebied zijn nog vele andere varianten denkbaar. Voor alle scenario's geldt als randvoorwaarde dat cliënten vrijwillig in zorg gaan en actief worden betrokken bij de te maken keuzes. Verder is de gemeente in alle scenario's verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van individuele voorzieningen en de regie over het stelsel.

### *Scenario 1: toegang via de huisarts*

In het eerste scenario adviseert het diagnostisch team de huisarts over de in te zetten zorg. De huisarts verwijst door en de gezinsgeneralist zorgt dat de cliënt wordt toegeleid naar de gekozen zorgaanbieder. De gezinsgeneralist heeft in dit scenario een uitvoerende rol en de gemeente is op casusniveau niet actief betrokken bij de besluitvorming over inzet van individuele jeugdhulp. Dit beperkt de uitvoeringslasten, maar daar staat tegenover dat de gemeente betrekkelijk weinig grip heeft op het zorggebruik. De vraag is of dit scenario voldoende prikkels bevat voor de huisarts om samen te werken met de gemeentelijke toegangspoort en zo nee, welke meerwaarde de betrokkenheid van de gezinsgeneralist en het diagnostisch team bij de doorverwijzing dan heeft. Het eerste scenario biedt daarmee waarschijnlijk geen oplossing voor het kernprobleem van de jeugdzorg: het gebrek aan samenwerking en coördinatie op casusniveau.

### *Scenario 2: toegang via de gezinsgeneralist*

In het tweede scenario wordt de gezinsgeneralist gemandateerd om namens B&W te beslissen over de inzet van individuele jeugdhulp. De generalist is echter onvoldoende deskundig op dit gebied en laat zich daarom adviseren door het diagnostisch team. Dit advies weegt zwaar, maar mag niet op gespannen voet staan met andere interventies in het gezin. Ook moet de individuele hulp geen onnodig zwaar beslag leggen op het beschikbare budget; als een lichtere vorm van zorg volstaat, verdient die de voorkeur. De gezinsgeneralist bewaakt dit totaalplaatje en neemt op basis daarvan de uiteindelijke beslissing. Omdat de status van de doorverwijzing door de huisarts momenteel nog onduidelijk is, kan nog niet goed worden ingeschat hoe de verwijzing door de generalist zich hier toe verhoudt. Dit is een aandachtspunt bij de verdere uitwerking van dit scenario.

Het gemeentebestuur is in dit scenario via de gezinsgeneralist indirect betrokken bij de toewijzing van zorg op casusniveau. Ten opzichte van scenario 1 is dit een aanzienlijke verzwaring van de rol van de generalist. Bij gevolg zullen de uitvoeringskosten voor de gemeente ook hoger zijn, maar daar staat tegenover dat de gemeente meer grip heeft op de inzet van lokaal ingekochte voorzieningen en de daarmee gemoeide uitgaven. In het vervolgtraject moet nog de vraag worden beantwoord, of het juridisch mogelijk is om een bevoegdheid van het college van B&W te mandateren aan een



nietambtenaar. Het antwoord op deze vraag kan de wenselijkheid en haalbaarheid van dit scenario mogelijk in een ander daglicht stellen.

#### *Scenario 3: toegang via het diagnostisch team*

In het derde scenario wordt niet de gezinsgeneralist, maar het diagnostisch team gemandateerd om namens B&W te beslissen over de inzet van individuele jeugdhulp. Het diagnostisch team is hiervoor bij uitstek deskundig. Evenals in het eerste scenario heeft de gezinsgeneralist in dit scenario een uitvoerende (toeleidende) rol. Qua uitvoeringskosten en invloed van het gemeentebestuur op de inzet van individuele hulp is dit scenario waarschijnlijk vergelijkbaar met scenario 2. Een nadeel van dit scenario is dat er minder

aandacht is voor de samenhang tussen individuele jeugdhulp en andere interventies in het gezin (b.v. ondersteuning uit de civil society, versterken eigen kracht). Dit kan tot gevolg hebben dat de ingezette hulp zwaarder is dan noodzakelijk. Daarnaast is nog onduidelijk hoe de toegang via het diagnostisch team zich verhoudt tot de verwijzing door de huisarts.

#### *Scenario 4: toegang via het college van B&W*

In de voorgaande scenario's was het college van B&W weliswaar de formele beslisser, maar had het deze bevoegdheid gedelegeerd aan een actor in het veld. In dit vierde en laatste scenario neemt het college zelf een beslissing over elke afzonderlijke aanvraag voor individuele jeugdhulp. De gezinsgeneralist gaat op dezelfde wijze te werk als in scenario 2, maar moet over de uiteindelijke beslissing ruggespraak houden met het college of een gemandateerde ambtenaar. De gezinsgeneralist voert de beslissing van het college uit en leidt toe naar de gewenste zorg. Het mag duidelijk zijn dat dit het meest bureaucratische van de vier scenario's is: de beslissing van het college moet immers ambtelijk worden voorbereid. Door de verplichte ruggespraak met de gemeente zal het ook langer duren tot de zorg kan worden ingezet. De uitvoeringslasten van dit scenario zijn daarmee betrekkelijk hoog. Daar staat tegenover dat het college maximale invloed krijgt op de inzet van individuele jeugdhulp en optimaal inzicht heeft in de ontwikkeling van de behoefte. Ook voor dit scenario geldt dat het nog onduidelijk is hoe de beslissingsbevoegdheid van het college zich verhoudt tot de verwijfsfunctie van de huisarts.

#### **Tot slot**

Waar de huisarts overzicht heeft van de medische geschiedenis van het gezin, kan het diagnostisch team dit aanvullen met specialistische kennis en de gezinsgeneralist met informatie over de sociale context van het gezin. Naar ons idee schept samenwerking tussen deze drie actoren in het nieuwe jeugdhulpstelsel daarmee randvoorwaarden voor kwalitatief betere doorverwijzingen. De verdere invulling van deze samenwerking is afhankelijk van de behoeften van alle direct betrokkenen en van de relatieve positie van de gemeentelijke toegang en de huisarts in het nieuwe stelsel. Mede omdat de wettelijke positie van de huisarts in het nieuwe stelsel nog niet volledig helder is, is het voor gemeenten wellicht te vroeg om definitief voor een scenario te kiezen. Op dit moment lijken de scenario's twee (toegang via de gezinsgeneralist) en vier (toegang via het college van B&W) het meest kansrijk. Deze scenario's zullen daarom worden getoetst in de proeftuin Nieuwe Waterweg Noord. Hierbij zal specifiek aandacht worden besteed aan de samenwerking met de huisarts. Daarnaast kan worden nagegaan hoe de kosten van meer controle over de zorgtoewijzing (hogere uitvoeringslasten) zich verhouden tot de mogelijke baten (lagere uitgaven aan individuele jeugdhulp).