

Gemeente Amsterdam

Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling

Programma hervorming zorg voor de jeugd

Datum 13 september 2012
Behandeld door Rutger Hageraats

Geachte lezer,

Op 4 april heeft de gemeenteraad ingestemd met de Visie en het programmaplan "Om het Kind, hervorming zorg voor de jeugd". Een van de bestuurlijke opdrachten voor het vervolg was het voorbereiden van een koersbesluit waarin op hoofdlijnen is beschreven hoe het nieuwe jeugdzorgstelsel er in de toekomst wat betreft de uitvoering uit zou kunnen zien, op welke wijze de gemeente dit stelsel het beste kan besturen en financieren en welke ontwikkelings- en implementatiestrategie daarbij wordt gevolgd. Het functioneel ontwerp is daar onderdeel van.

Het resultaat treft u hierbij aan in de vorm van een concept koersbesluit. Het is tot stand gekomen op basis van diverse onderzoeken, vele gesprekken en bijeenkomsten en zeer welkome bijdragen vanuit het veld.

De versie die wij u nu toesturen is nog niet het definitieve voorstel aan B&W. Wij gaan nu een fase in waarin partners nog één keer kunnen reageren op de voorstellen en de wijze waarop wij hun inbreng hebben verwerkt. Dat doen wij in verdiepbijeenkomsten, in gesprekken met de relevante bestuurlijke gremia en door middel van enkele gerichte reflectiebijeenkomsten met onafhankelijke deskundigen. Maar ook op de gebruikelijke wijze: wij publiceren het koersbesluit als concept en plaatsen het op de programmawebsite (Pleio <https://jeugd020.pleio.nl/>). Reacties zijn welkom.

Medio oktober 2012 zullen wij een definitief concept opstellen ter voorbereiding van de bestuurlijke besluitvorming in B&W en de Gemeenteraad (gepland in november en december 2012). Dat betekent dat reacties bij ons binnen moeten zijn op uiterlijk vrijdag 12 oktober 2012.

Het koersbesluit is een richtinggevend document voor de verdere ontwikkeling van het nieuwe, Amsterdamse jeugdzorgstelsel. Het is geen blauwdruk voor de uitvoering en geen uitgewerkt organisatieconcept. Wij kiezen ervoor om via proeftuinen, het uitwisselen van ervaringen in de uitvoering en gerichte deelprojecten, de verschillende aspecten van het stelsel nader uit te werken en vooral ook uit te proberen.

Een nieuw stelsel kan alleen ontstaan als de gemeente op bepaalde momenten keuzes maakt en richting geeft. Dat hebben wij in dit concept koersbesluit gedaan.

De kern van de voorstellen voor het nieuwe stelsel bestaan uit de volgende uitgangspunten en onderdelen:

- Wij opteren voor een overheid die stuurt op stelselniveau (centrale kaders en marktordening, sturing op beleid en uitvoering in 1 hand; gebiedsgerichte uitvoering), op kostenefficiëntie, kwaliteit, resultaat voor kind (en gezin) en maatschappelijk effect.
- Wij kiezen voor een stelsel met ruimte (en mandaat) voor de professional. En voor een overheid die geen hoofdrol opeist in de uitvoering. Dat betekent niet dat op onderdelen er geen uitvoeringstaak bij de gemeente kan liggen of dat de gemeente tijdelijk wel zijn rol vergroot gedurende het veranderproces.
- Het koersbesluit bevat een combinatie aan voorstellen die leiden tot een flexibel stelsel dat recht doet aan de diversiteit van Amsterdam, de achtergronden van haar bewoners en hun eigen oplossingsrichtingen voor advies-, hulp- en zorgvragen.
- De zorg voor de jeugd wordt georganiseerd in verschillende vormen: een digitaal platform, wijkteams met generalisten en specialisten, een flexibel aanbod en gespecialiseerde voorzieningen op stedelijk of regionaal niveau.
- Wij introduceren de 'sociale huisarts': een nieuwe generalistische professional die als eigen kracht-specialist en met kennis van het jeugddomein beschikbaar is voor ouders en jongeren, in de buurt werkt en bereikbaar is, die toegerust is met het mandaat om intensievere zorgvormen te arrangeren en die optreedt als zorgcoördinator als het complexer wordt. Samen met de stadsdelen, instellingen en deskundigen gaan wij dit concept verder uitwerken en uitproberen en bouwen aan een bijbehorende organisatievorm.
- De 'sociale huisartsen' werken in het wijkteam samen met specialisten (bijvoorbeeld de jeugdarts en jeugdpsycholoog) en in de wijk samen met andere professionals en kunnen opschalen (escaleren) naar bijvoorbeeld de Samen Doen-generalisten indien het gaat om meervoudige problematiek in een huishouden dat niet zelf-redzaam is. Ook de teamleider of de generalisten van het Samen Doen team wordt/worden toegerust met het mandaat door te verwijzen naar het niet-vrij toegankelijke deel van het hulpaanbod.
- Voor de wijkteams met sociale huisartsen en specialisten is het voorstel om circa 20 wijkteams te vormen; dit werken wij nader uit, mede in samenhang met de buurtteams van Samen Doen en de andere domeinen.
- Het hulpaanbod in het flexibele deel gaan wij inkopen in een open marktsituatie, waarin er diversiteit is aan aanbieders die positie moeten verwerven en behouden op basis van kwaliteit, resultaten en klantwaardering.
- Bekostiging vindt niet plaats op basis van resultaten, maar op basis van geleverde uren of dagen. Bekostiging van de wijkteams en de gespecialiseerde stedelijke of regionale voorzieningen vindt (voor een deel) plaats op basis van capaciteit.
- Het advies is nu om de inkoop en marktordening centraal te regelen (bijvoorbeeld via een professioneel inkoopbureau), maar "bestellingen" lokaal te laten plaats. Wij werken voor de flexibele en gespecialiseerde zorg niet meer vanzelf met vaststaande volumes, de volume wordt lokaal bepaald door de burger en de wijkteams. Hiervoor introduceren wij de optie van gebiedsbudgetten onder beheer van gebiedsmanagers. Dit wordt nader onderzocht op de risico's en randvoorwaarden voordat definitieve besluiten worden genomen. De intentie is om op dit punt een overkoepelende visie voor het sociaal domein te formuleren.
- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen vrij toegankelijke hulp en niet-vrij toegankelijke hulp; voor de laatste categorie wordt echter niet gewerkt met tijdrovende indicatiestellingen, maar met verwijzingen. In principe gaat het om

drie verwijzers: de huisarts, de sociale huisarts en de teamleider of generalisten van het buurtteam Samen Doen.

De voorstellen zoals die wij nu ontwikkeld hebben, zullen consequenties hebben voor de instellingen, hun organisatie en personeel. Het commitment van het veld voor de veranderingen is echter groot. Wij willen daar op voortbouwen en bestaande structuren en netwerken behouden en versterken. Tijdens dit proces bewaken wij de veiligheid van het kind en kwaliteit van de zorg. Daarom kiezen wij ervoor om met de partners in de stad een proces in te gaan om de organisatie van de wijkteams en andere onderdelen vorm en inhoud te geven. Wij gaan daarvoor in overleg een plan van aanpak opstellen.

Met al deze opmerkingen in het achterhoofd zijn wij ervan overtuigd dat we een belangrijke stap zetten in de omvorming van het jeugdzorgstelsel.

Met vriendelijke groet,

Norbert Krijnen
Programmadirecteur Om het Kind
DMO

Concept Koersbesluit
Om het kind!
Hervorming zorg voor de jeugd.

Versie 13 september 2012

Inhoud

Inleiding	6
Uitgangspunten voor het functioneel ontwerp	8
Ambities en uitgangspunten uit de <i>Visie</i>	8
Diversiteit en flexibiliteit.....	9
Keuzevrijheid	9
Rollen van de gemeente	10
Het functioneel ontwerp in hoofdlijnen	12
Vier vormen van zorg.....	12
Het digitale platform	13
De wijkteams: sociale huisartsen en specialisten	13
Het flexibele aanbod	16
Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen	17
De relatie met buurtteams Samen DOEN	20
De relatie met passend onderwijs	20
De relatie met het algemeen jongerenwerk.....	23
Relatie met de gezondheidszorg.....	23
Organisatie en bekostiging	25
Algemene principes	25
Geografische oriëntatie in de sturing en financiering: gebiedsmanagers.....	25
Centrale sturing en inkoop	26
Algemene keuze voor de organisatie van de uitvoering	27
De organisatie van de wijkteams: varianten en keuze	29
De organisatie van het flexibele aanbod	31
Regionale werkwijze voor gespecialiseerde zorg	32
Kwaliteitszorg.....	32
Veranderstrategie	34
Bijlage 1. Onderzoeken en adviezen ten behoeve van het koersbesluit.....	36

1. Inleiding

Op 4 april 2012 heeft de gemeenteraad ingestemd met de *Visie "Om het kind! Hervorming zorg voor de jeugd"*, en het gelijknamige programmaplan. Aanleiding tot het opstellen van deze documenten is de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten¹. De stelselwijziging die hiervoor nodig is, biedt ook gelegenheid de kwaliteit van de jeugdzorg te verbeteren. Kort samengevat: de jeugdzorg kan beter en eenvoudiger, en moet goedkoper. In de *Visie* hebben we onze uitgangspunten, principes en ambities op dit vlak beschreven. Belangrijk is ook dat in 2014 scholen passend onderwijs moeten bieden. Gemeente en samenwerkingsverbanden van schoolbesturen moeten afspraken maken over de zorg in en om scholen. Ook dat biedt mogelijkheden voor innovaties.

De volgende stap is een koersbesluit: welke koers kiezen we bij de verdere vormgeving van de Amsterdamse jeugdzorg? Hoe werkt onze jeugdzorg straks? Waar kunnen ouders en hun kinderen straks terecht voor hulp en ondersteuning? Hoe is de relatie met passend onderwijs? Hoe kunnen we er als gemeente voor zorgen dat we dit allemaal voor elkaar krijgen?

Het is al vaak gezegd en geschreven: de zorg voor de jeugd is (ook) in Amsterdam versnipperd. De analyse van *Systeem in beeld* heeft dat goed laten zien. Er zijn meer dan 150 instellingen die een deel van zorg op zich nemen, er zijn verschillende financiers en vele regelingen, en niemand heeft goed overzicht. De nadelen daarvan hebben we in de *Visie* nog eens de revue laten passeren. Nu kijken we naar de toekomst. De aanstaande stelselwijziging biedt ons een uitgelezen kans om het straks beter te doen en daadwerkelijk te *hervormen*.

Waar willen we naartoe? Hoe willen we dat ons nieuwe jeugdzorgstelsel er straks uitziet? Om dat te laten zien hebben we – met medewerking van vele interne en externe partijen² - een functioneel ontwerp gemaakt: een organisatieconcept inclusief de principes voor sturing en bekostiging. Het functioneel ontwerp moet de basis vormen voor het inrichten van het nieuwe stelsel, van hielpruk tot justitiële inrichting. Ook de ontwikkelingen in het onderwijs (Wet passend onderwijs³) zijn meegenomen. Het ontwerp willen we de komende tijd gaan testen in een aantal zogenoemde proeftuinen, want we hebben niet de

¹ De bekostiging en verantwoordelijkheid van deze voorzieningen worden in 2015 onder gemeentelijke verantwoordelijkheid geplaatst. Zij komen daarmee samen met de financiering van de jeugdgezondheidszorg, de opvoed- en opgroei-ondersteuning in de Ouder- en Kindcentra (OKC) en de begeleiding en ondersteuning uit de Wmo in één bestuurlijke hand. Het betreft de geïndiceerde jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-LVG, jeugdbescherming en –reclassering, die in het huidige systeem worden gefinancierd door het rijk, de stadsregio, zorgkantoren en zorgverzekeraars. Overigens is de nieuwe Wet op de jeugdzorg nog in voorbereiding. De definitieve wetstekst is nog niet bekend. Dat kan betekenen dat we dit koersbesluit nog zullen moeten aanpassen.

² Er zijn gesprekken gevoerd met de ministeries van VWS en V&J, VNG, G4, de andere steden en met vele instellingen. Alle instellingen zijn uitgenodigd bijdragen te leveren aan het functioneel ontwerp. 29 instellingen hebben een bijdrage ingezonden.

³ In het nieuwe stelsel krijgen scholen de plicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

illusie dat het meteen helemaal af is. Alleen in de praktijk kan het zich bewijzen; zo nodig passen we het aan.

Net zo min als “de” Amsterdammer bestaat, bestaat “het” kind, “de” jongere of “het” gezin. Ondanks alle verschillen in achtergrond, opvoeding, opleiding, economische positie, normen en waarden, sociale, verstandelijke en lichamelijke capaciteiten etc. etc. moet iedereen straks uit de voeten kunnen met het stelsel. Dit koersbesluit bevat daarom geen enkelvoudig, eendimensionaal voorstel voor de inrichting daarvan, maar beoogt integendeel koers te zetten naar een hybride en flexibel stelsel, dat probeert recht te doen aan de diversiteit van de stad en haar bewoners, de eigen verantwoordelijkheid van de burgers, en die van professionals en van de gemeentelijke overheid zelf.

2. Uitgangspunten voor het functioneel ontwerp

2.1 Ambities en uitgangspunten uit de *Visie*

Voor het functioneel ontwerp hebben we de in de eerste plaats de ambities uit de *Visie* als inrichtingsprincipes aangehouden:

- *Eigen Kracht* is steeds het uitgangspunt. Ouders zijn als eersten verantwoordelijk voor hun kinderen. Veel ouders of jeugdigen die vragen hebben over opvoeden en opgroeien, zoeken op eigen kracht advies of steun. Dat doen ze bijvoorbeeld via hun sociale omgeving: partner, familie, vrienden, burens, in hun netwerk, via (sociale) media, op school of via verenigingen. Dat moet vooral zo blijven: het principe is zelfredzaamheid met hulp van de sociale omgeving. Professionele hulp moet erop gericht zijn kinderen, ouders en hun sociale netwerk zodanig toe te rusten, dat opgroeien en opvoeden uitdagingen zijn waarmee zij zelfstandig kunnen omgaan. De inrichting van het jeugdstelsel moet dus zo zijn dat waar nodig de burgers beter worden toegerust om goed voor zichzelf te zorgen. Denk hierbij aan een zodanige ontsluiting van informatie en advies dat iedereen daar eenvoudig aan kan komen. Maar ook een verankering van het principe van eigen kracht in het methodisch handelen van de professional, die de cliënt niet te snel de zorg uit handen moet willen nemen. Eigen kracht is zowel effectiever (het werkt beter) als goedkoper (omdat het overconsumptie van specialistische zorg kan voorkomen).
- *Kleine problemen blijven klein*. Hulp bieden in de juiste proporties, dat is ook een belangrijke ambitie. Dure gespecialiseerde hulp is lang niet altijd de beste oplossing. We willen dat het gewone opvoeden weer centraal staat, en dat ouders, huisartsen, leraren, pedagogische medewerkers in de kinderopvang, vrijwilligers in vrijetijdsverenigingen, verloskundigen, welzijnswerkers etc. etc. over de vaardigheden beschikken om ondersteuningsbehoeften te herkennen en zelf hulp te bieden. We hebben dit een "sterke pedagogische omgeving" genoemd. Er kan dan snel gekozen worden voor passende hulp in de juiste proporties.
- *Snel effectieve hulp in de vertrouwde omgeving*. Gedrags- en ontwikkelproblemen zullen er altijd zijn. Effectieve hulp moet dan snel en zo dicht mogelijk bij huis – of eventueel de school - te vinden zijn.

Richtinggevende uitgangspunten voor de vormgeving van het stelsel die we hebben vastgelegd in de *Visie Om het kind!* zijn verder:

- Een beheersbaar systeem, waarbij de kosten passen binnen de beschikbare budgetten. Er moeten voldoende prikkels zijn om te investeren in preventie, effectieve en goedkopere interventie en innovatieve specialistische hulp.

- Organisatie en bekostiging van de jeugdhulp op wijkniveau, op basis van de lokale problematiek en kansen (en zorgprofielen van scholen), waarbij de vraag centraal staat.
- Meer autonomie voor de zorgprofessionals. Dat betekent voor hen ook een grotere verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing en voor de effectiviteit van de hulp.
- De evaluatie van de kwaliteit van de zorg vindt plaats aan de hand van resultaten voor kind en gezin en het oordeel van de cliënten.

De toepassingsgebieden van het functioneel ontwerp dat we zullen schetsen, zijn in de eerste plaats de beleidsterreinen waarop de toekomstige Wet zorg voor de jeugd van toepassing is⁴. Daarnaast omvat het de jeugdgezondheidszorg (wettelijk geregeld in de Wet publieke gezondheid) en het programma Samen DOEN. Deze laatste overstijgt het jeugddomein maar hanteert dezelfde principes (eigen kracht, snelle hulp dichtbij).

2.2 Diversiteit en flexibiliteit

Naast de in § 2.1 besproken uitgangspunten en andere algemene uitgangspunten zoals veiligheid, kwaliteit en kostenbeheersing, hebben we speciale aandacht gegeven aan diversiteit en flexibiliteit. Dit vinden we belangrijke uitgangspunten omdat de stad, de burgers, de aard en omvang van de problematiek zo divers zijn. *One size does not fit all*. In het ene geval vraagt een probleemsituatie om een snelle standaardoplossing. In het andere geval is de problematiek in een gezin meervoudig en zijn maatwerk en een meer systeemgerichte aanpak nodig. *Eén gezin, één plan en één regisseur* is uitgangspunt. Maar toch kan het ook gebeuren dat een kind in zo'n gezin beter geholpen is met een snelle standaardinterventie gericht op het kind, zonder dat het gezin of de omgeving hierbij (intensief) betrokken wordt. Het onderzoek van Motivaction, waarin verschillende typen zorgconsumenten worden getypeerd, laat goed zien dat verschillende klanten vragen om verschillende manieren waarop zorg wordt aangeboden. Het functioneel ontwerp moet aan al deze mogelijkheden en wensen ruimte bieden. De oplossing zoeken we vooral in het mandaat en de handelingsvrijheid van de professional.

2.3 Keuzevrijheid

Keuzevrijheid is tevens een belangrijk thema bij de totstandkoming van het functioneel ontwerp voor het nieuwe stelsel. De één wil de zorg vooral dicht bij huis, de ander wil vooral zelf via internet een professional kunnen kiezen. We streven keuzevrijheid na, echter in de wetenschap dat die door een aantal factoren begrensd wordt:

- a. *Solidariteit*: het is niet mogelijk om een ondersteuningsstructuur in te richten die rekening houdt met alle specifieke wensen van elk individu op elk moment. We vragen van jeugdigen en ouders enige inschikkelijkheid en solidariteit.

⁴ Zie voor een overzicht noot 1 in hoofdstuk 1.

- b. *Kostenbeheersing*: wanneer iedereen zelf volledig vrij kan kiezen voor zorg die door de overheid bekostigd wordt, is een explosie van de zorgkosten onvermijdelijk. De keuzevrijheid in de zorg wordt in het huidige stelsel door overheden én zorgverzekeraars dan ook ingeperkt, o.a. door poortwachterfuncties of maximering van zorg. Ook in het nieuwe stelsel is dit nodig.
- c. *Kwaliteitsbewaking*: De overheid stelt kwaliteitseisen aan de zorgverleners en de zorginstellingen. Ook dit beperkt de keuzevrijheid.
- d. *Bescherming/veiligheid*: er zijn tot slot ook groepen jeugdigen en ouders van wie je de keuzevrijheid moet inperken, omdat zij te weinig inzicht hebben in hun eigen ziekte of pedagogische onmacht, en zij zichzelf of hun kind in gevaar brengen.

Niettemin streven we ernaar, binnen de aangegeven grenzen, keuzevrijheid in het functioneel ontwerp in te bouwen. Wij vinden dat belangrijk om de volgende redenen.

- *Eigen kracht*: wanneer ouders/jeugdigen zelf voor hulp kunnen (én moeten) kiezen, wordt de regie bij henzelf gelaten. Dat is effectiever en efficiënter, omdat geen professionele regie of coördinatie nodig is en oplossingen direct bestemd worden in het gezin. Keuzevrijheid stimuleert eigen kracht. Ouders en jeugdigen moeten niet geconfronteerd worden met onnodige overheidsbemoeienis. Zij willen vrij zijn om zelf te kunnen kiezen of en door wie zij geholpen willen worden.
- *Effectiviteit*: wanneer ouders en jeugdigen zelf kiezen voor bepaalde hulp en/of een bepaalde hulpverlener, zal deze hulp naar verwachting effectiever zijn, omdat a) ouders/jeugdigen dan gemotiveerder zijn deze hulp te aanvaarden, b) ouders/jeugdigen meer vertrouwen hebben in het succes van deze hulp, c) er meer kans is op een goed contact tussen ouders/jeugdige en de hulpverlener. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat motivatie en geloof in de behandeling en behandelaar een goede voorspeller is van de effectiviteit van de jeugdhulp.
- *Kwaliteit*: wanneer ouders/jeugdigen zelf kunnen kiezen voor bepaalde hulp, zullen zij de beste hulpverlener kiezen en instellingen of hulpverleners die slecht presteren links laten liggen. De zorgconsument stemt met de voeten.

2.4 Rollen van de gemeente

De rol die we als gemeente willen kiezen bepaalt mede de vormgeving van het nieuwe stelsel. Wat doen we zelf en wat niet? Wat betekent het dat we straks ook zorgverzekeraar zijn voor de Amsterdamse jeugdhulp? Wat betekent dat voor de organisatie van het stelsel en de wijze waarop we willen sturen? Kunnen we dat ook? Ook hier weer is *eigen kracht* – dit keer van de professionals – een belangrijk uitgangspunt. We moeten niet de hulpverlening zelf willen uitvoeren – dat laten we aan de zorgprofessionals over. Niet de hulpvragers zijn onze klant, maar de hulpverleners. We concentreren ons op het sturen op het stelsel, door spelregels en budgetten vast te leggen en door de praktische werking van het stelsel voor de burger en de besteding van de middelen nauwkeurig te bewaken.

Amsterdam oriënteert zich op de inrichting van het eigen bestuurlijk stelsel (centrale stad en stadsdelen). De vertaling van dit koersbesluit naar concrete afspraken over de taken en bevoegdheden tussen stad en stadsdelen zal in dat kader worden uitgewerkt.

Het onderwijs is zelf verantwoordelijk voor de zorg in de school. Voor een goede aansluiting op deze zorg in de scholen, moeten we duidelijk zijn over wat we te bieden hebben, en inspelen op de behoeftes van de scholen.

Om al deze redenen moeten we ons bezinnen op de competenties die we als gemeente in huis moeten hebben om het stelsel goed te kunnen aansturen. We maken daartoe onderscheid in vijf clusters van gemeentelijke functies:

- Regisseursfuncties voor de stelselontwikkeling
 - leggen afspraken vast en sturen aan
 - zorgen voor gelijkwaardige inbreng van alle partijen
 - stimuleren kwaliteitsverbetering in het veld
- Marktmeesterfuncties voor het dagelijks reguleren van de uitvoering:
 - passen de spelregels toe op het handelen in het uitvoerend veld;
 - organiseren audits en inspectie
 - registreren transacties
- Scheidsrechtersfuncties voor de stelselbewaking bij alle partijen m.b.t.:
 - klachtenafhandeling
 - escalatie
 - actualiseren/aanpassen van de “spelregels”
- Boekhouderfuncties, de uitvoerende functies voor:
 - inkoop
 - regelen en bewaken van de accreditatie van hulpverleners
 - betalen, controleren en verantwoorden
- Voorlichtersfuncties voor het realiseren van een goede E-structuur voor:
 - een digitale wegwijzer voor vragen en zelfdiagnose
 - lotgenotencontacten
 - een marktplaats voor vraag en aanbod

De vraag welke rol de gemeente moet pakken is actueel en gaat veel verder dan het jeugddomein. Daarom is aansluiting gezocht bij de Scenariostudie Gemeente Amsterdam, die is opgesteld naar aanleiding van de stresstest van de G4, Amsterdam Financieel Gezond en de Kadernota. De uitgangspunten zijn vrijwel identiek aan die van *Om het Kind*: een flexibele, wendbare en weerbare organisatie, durven loslaten en samen doen, efficiënter en effectiever, ondernemerschap, stimuleren, faciliteren, minder regels, heldere kaders en vereenvoudigen van de sturing. Bij de verdere vormgeving van het stelsel zullen we de resultaten van de scenariostudie verder benutten.

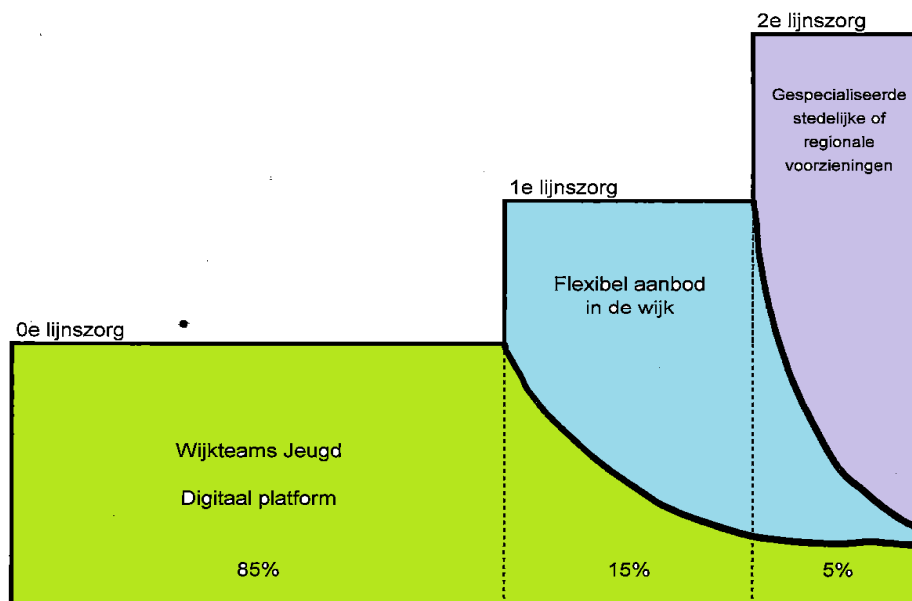
3. Het functioneel ontwerp in hoofdlijnen

In dit hoofdstuk schetsen we het functioneel ontwerp van het nieuwe jeugdstelsel waartoe we gekomen zijn op basis van de uitgangspunten uit hoofdstuk 2 (§ 3.1). Daarna gaan we in op de relatie van het nieuwe jeugdstelsel tot het programma Samen DOEN (§ 3.2), het (passend) onderwijs (§ 3.3), het algemeen jongerenwerk (§ 3.4) en de gezondheidszorg (§ 3.5). Dit zijn immers de vier aanpalende domeinen die het jeugdstelsel het meest raken.

3.1 vormen van zorg

Net zoals de gezondheidszorg in het algemeen is het huidige jeugdzorgstelsel in Nederland opgeknipt in drie niveaus: nulde, eerste en tweedelijnszorg. Tussen deze niveaus zitten schotten met poortwachters en indicatieorganen die moeten voorkomen dat te veel (dure) zorg geconsumeerd wordt. Dit oude stelsel werkt niet. Ondanks de schotten stijgt het gebruik van dure zorgvoorzieningen. Aan de andere kant blijven investering in preventie achter. De indeling naar zorgniveaus laten we dan ook los. In plaats van drie zorgniveaus richten we het nieuwe stelsel in naar vier zorgvormen: het digitaal platform, de wijkteams, het flexibel aanbod in de wijk, en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen.

Het onderstaande plaatje laat zien hoe deze vier zorgvormen de traditionele schotten in de zorg doorbreken. De wijkteams Jeugd leveren zorg dichtbij in de wijk (vergelijkbaar met wat de nulde tot en met anderhalfdelijnszorg genoemd zou kunnen worden). De sociale huisartsen en specialisten van de wijkteams doen echter niet alles zelf. Wanneer intensievere ondersteuning nodig is kunnen zij vanuit het flexibele aanbod in de wijk of gespecialiseerde stedelijke dan wel regionale voorzieningen extra hulp arrangeren. Maar jeugdigen en ouders zijn niet afhankelijk van de wijkteams om zelf oplossingen en hulp te vinden. Het digitale platform ondersteunt hun zelfstandige zoektocht. Op deze manier denken wij eigen kracht, flexibiliteit én kostenbeheersing tegelijkertijd te waarborgen.



Gezinnen kunnen op verschillende manieren en langs verschillende paden gebruik maken van de verschillende vormen van zorgaanbod. De belangrijkste klantroutes worden beschreven in samenwerking met Samen DOEN.

3.1.1 Het digitale platform

Omdat het internet nog aan belang zal winnen, investeren wij in een digitaal platform waar burgers terecht kunnen voor vraagverduidelijking, zelfscreening, informele netwerken, discussies, ondersteuning en het snel vinden van hulp en hulpverleners. Ze kunnen daar ook hun beoordelingen plaatsen over de geleverde hulp en de hulpverleners.

3.1.2 De wijkteams: sociale huisartsen en specialisten

In de wijk zijn de “sociale huisartsen⁵” spil en eerste aanspreekpunt. Een substantieel deel van de zorg voor de jeugd organiseren we daarmee op wijkniveau, dicht bij de burger. De sociale huisarts is een nieuwe functie, die een aantal bestaande functies op HBO-niveau combineert, zoals de jeugdverpleegkundige, schoolmaatschappelijk werker, opvoedadviseur,

⁵ De term ‘sociale huisarts’ leidt tot de nodige discussie. Misverstand kan ontstaan omdat deze aan de ene kant een universitair geschoolde medicus suggereert en aan de andere kant een brede sociaal werker. Beide is niet bedoeld maar de term verenigt wel kenmerken van beide rollen. Naar de naam wordt nog gekeken

voordeurmedewerker bureau jeugdzorg en ambulante jeugdhulpverlener⁶. Hierdoor beschikken we straks over een jeugdprofessional met meer 'loopvermogen' dan in de huidige situatie, zodat burgers maar ook scholen en andere instellingen minder vaak hoeven te worden doorverwezen naar anderen. De sociale huisarts is er net als de reguliere huisarts voor alle burgers en jongeren, maar dan specifiek voor vragen over en ondersteuning bij opvoeden en opgroeien. De sociale huisarts versterkt de eigen kracht van ouders en kinderen, is aanspreekbaar voor informatie en advies, signalering, 'hands-on' hulp en vraagverheldering, maar heeft ook het mandaat om gespecialiseerde jeugdhulp te arrangeren en door te verwijzen. De sociale huisartsen werken op locatie en zijn bereikbaar in laagdrempelige inloopvoorzieningen in de wijk (een vernieuwd OKC), maar vooral via de kinderopvang en op school. De sociale huisartsen werken in wijkteams die ook beschikken over enkele specialisten: jeugdartsen en jeugdpsychologen. Straks meer over deze nieuwe wijkteams.

Voor kinderen en hun ouders wordt de sociale huisarts hét aanspreekpunt. Hij of zij kent de wijk en de daar voorkomende problemen, hij of zij kent het netwerk in de buurt, de ouders, de professionals zoals de verloskundigen, de pedagogisch medewerkers, de leerkrachten, de buurtregisseur en de jongerenwerkers. Hij of zij ziet jeugdigen en ouders met enige regelmaat (op het consultatiebureau, kinderdagverblijf, school), werkt zowel individueel als met groepsbijeenkomsten, en staat dicht bij het gezin. Hij of zij:

- gaat met de ouders in gesprek, luistert naar ze, maar spreekt ze zo nodig ook aan;
- weet de eigen kracht en het netwerk van ouders en kinderen te mobiliseren;
- verleent zelf zo veel mogelijk basishulp aan jeugdigen en ouders, zo nodig met ondersteuning van de specialisten uit het wijkteam, bijv. voor screening en diagnose, en inschatting van de veiligheid van situaties;
- is een vertrouwd gezicht op school en ondersteunt leerkrachten en Interne Begeleiders/Zorgcoördinatoren, en versterkt het opvoedklimaat in de kinderopvang en op school;
- stelt samen met de ouders vast of meer specifieke of intensievere zorg nodig is, zorgt dat er een plan gemaakt wordt en bewaakt het resultaat;
- heeft het mandaat om de benodigde, eventueel zwaardere hulp in te zetten en coördineert deze waar nodig
- signaleert meervoudige problemen en kan ook het buurtteam Samen DOEN inschakelen als een gezin het zelf niet redt;

De sociale huisarts is een generalist met basiskennis op de volgende vier gebieden:

- preventieve jeugdgezondheidszorg;
- opvoed- en opgroeiondersteuning;
- geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ);
- Licht verstandelijk beperkten-problematiek.

⁶ De schatting van 20 à 25 sociale huisartsen per wijkteam is gebaseerd op een schatting van het aantal fte's in de huidige functies die worden geacht op te gaan in de nieuwe functie (ca. 400). De praktijk moet uitwijzen hoe nauwkeurig deze schatting is. Een kanttekening vooraf is daarbij dat ondersteunende functies (baliemedewerkers, stafmedewerkers, assistenten) buiten deze rekenexercitie gehouden zijn.

Het gaat uitdrukkelijk om basiskennis. De sociale huisarts is geen arts, gedragswetenschapper of psycholoog, maar weet wel op elk van deze gebieden genoeg om veelvoorkomende vragen zelf te beantwoorden of snel door te verwijzen (eventueel in overleg met de specialist uit het wijkteam).

De sociale huisarts werkt vanuit wijkteams. Voor alle jeugdigen (vanaf min 9 maanden tot 23⁷ jaar) komt er in ca. 20 wijken (van elk rond de 40.000 inwoners) een wijkteam. Dit aantal van ca. 20 sluit aan bij het door het college vastgestelde *Huisvestings- en spreidingsplan OKC*, waarin als criteria zijn opgenomen over de bereikbaarheid en de benodigde schaalgrootte voor een goede uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en opvoed- en opgroeiondersteuning. Het primair onderwijs werkt ook aan een model voor wijkgericht werken. Dit zou goed aansluiten bij de wijkteams. Een dergelijk schaalniveau betekent dat elk wijkteam te maken heeft met 10 tot 12 basisscholen⁸. Voor het functioneel ontwerp is een ruimtelijke studie gemaakt van de gebiedsindeling, die bevestigt dat ca. 20 wijken een goed uitgangspunt is. Het meest logisch lijkt op dit moment een indeling in 21 voor de burgers goed herkenbare wijken.

Een wijkteam heeft naar verwachting 20 à 25 sociale huisartsen en 5 à 10 specialisten (jeugdartsen en -psychologen). Deze aantallen zijn nog slechts zeer voorlopige indicaties. De toekomstige aantallen zullen afhangen van de financiële kaders van het Rijk, die nu nog onzeker zijn, en van de ervaringen die we eerst nog in de praktijk met wijkteams willen opdoen. De sociale huisartsen zijn bereikbaar in laagdrempelige inloopvoorzieningen in de wijk (vernieuwde OKC's), op kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, voorscholen, basisscholen en in het voortgezet onderwijs en het MBO. Elk wijkteam verdeelt het werk zodanig dat genoemde instellingen steeds met dezelfde sociale huisarts te maken hebben: hij of zij wordt zo een vertrouwd gezicht.

In de praktijk zullen er sociale huisartsen zijn voor de leeftijdsgroep 0-4 jaar, 4-12 jaar en 12+, met de specifieke expertise voor de desbetreffende leeftijdsfase. Hun kerntaak is de kinderen, ouders én mede-opvoeders zoals leerkrachten te ondersteunen bij vragen en problemen rond opvoeden en opgroeien. Als kinderen een bepaalde leeftijd bereiken gaan ze over naar een andere sociale huisarts. Sociale huisartsen zijn verbonden aan instellingen voor kinderopvang en aan scholen: voor elke kinderopvang en school betekent dat een vertrouwd gezicht. Desgewenst doen ze hun werk ook thuis, in het gezin, of op een andere locatie in de wijk (zoals het OKC). Als er ondersteuning nodig is voor meerdere kinderen in een gezin, geldt het principe van één gezin – één plan – één regisseur. In dat geval neemt een van de sociale huisartsen de regie en zal feitelijk als de gezinsondersteuner fungeren.

Veel kinderen zitten op een basisschool in de wijk waar ze ook wonen. Daarmee kan het wijkteam van sociale huisartsen makkelijk schakelen tussen school en

⁷ In de conceptwetgeving kiest het Rijk voor 18 i.p.v. 23 jaar. Amsterdam is het hiermee oneens. Afhankelijk van de definitieve wetstekst moet dit evt. nog worden aangepast.

⁸ Voor het voortgezet onderwijs, dat niet wijkgericht is, zal de inzet van sociale huisarts meer aan locaties gebonden zijn.

gezin. In het voortgezet en beroepsonderwijs is dat meestal niet zo. Daar “levert” het wijkteam waar een school staat de sociale huisarts. Bij ingewikkelde problematiek die niet met enkele gesprekken op te lossen is, dient deze sociale huisarts goed contact te hebben met het wijkteam uit de wijk waar de jongere woont.

In het nieuwe jeugdstelsel verwachten we dus veel van de sociale huisartsen. Maar zij kunnen niet alles alleen. Daarom zijn in de wijkteams naast sociale huisartsen ook specialisten op academisch niveau werkzaam, jeugdartsen en jeugdpsychologen. Zij zijn achterwacht voor de sociale huisartsen, maar zijn desgewenst ook rechtstreeks benaderbaar door scholen, kinderen en ouders. De inzet van deze specialisten vanuit de wijkteams kan o.i. voorkomen dat bij de net wat ingewikkelder gevallen toch weer snel doorverwezen gaat worden naar de tweede lijn. Tevens bieden ze ondersteuning aan de generalisten van de buurtteams Samen DOEN.

Naar verwachting zullen per wijk meerdere jeugdartsen en -psychologen beschikbaar zijn. Ook voor hen geldt dat zij aan vaste scholen verbonden zullen zijn. De sociale huisartsen zijn echter veel vaker aanwezig op school, en blijven daardoor het eerste aanspreekpunt. Voor de jeugdartsen (van de GGD) is dit geen grote verandering: zij zijn ook in het huidige stelsel al dichtbij de school gepositioneerd. Voor de jeugdpsychologen geldt dit tot nu toe niet, en is de verandering groter. Zij zijn nu te vinden in vrijgevestigde praktijken, kleinere of grotere GGZ-instellingen, of als gedragswetenschapper bij bureau jeugdzorg of instellingen voor Jeugd en Opvoedhulp. Slechts in enkele gevallen zijn er nauwe banden met individuele scholen of Ouder- en Kindcentra. Op de zorg in en om de school komen wij terug in hoofdstuk 4.

3.1.3 Het flexibele aanbod

Naast het digitale platform en de wijkteams met een vaste formatie van sociale huisartsen en enkele specialisten, is er een flexibel, op basis van de werkelijke vraag gefinancierd veelvormig aanbod van voor ieder toegankelijke jeugdhulpverlening. Voorbeelden zijn psychologen, gespecialiseerde jeugdhulpverleners, speltherapeuten, KIES-coaches voor kinderen en hun ouders bij echtscheiding etc. etc. Dit aanbod kan verzorgd worden door tal van instellingen, klein en groot, maar ook door vrijgevestigde hulpverleners. De sociale huisartsen zullen deze hulp waar nodig inschakelen. Ook de reguliere huisarts kan ernaar verwijzen. De relatie tussen de eerstelijnsgezondheidszorg en de zorg voor jeugd is daarom van groot belang, ook in verband met de gevolgen voor de financiering. We gaan daarom de samenwerking met huisartsen intensiveren en afspraken maken over goede afstemming van zorg. De mate van vrije toegankelijkheid (en al dan niet vergoeding) van dit deel van de zorg moet nog nader worden uitgewerkt, met het oog op de kosten ervan. Gedacht kan worden aan een vrij toegankelijk aantal gesprekken of behandelingen zoals we dat nu in de eerstelijnsgezondheidszorg (bijv. fysiotherapie) ook kennen. De sociale huisarts krijgt hierin een belangrijke sturende rol. Wanneer intensieve, langdurige, hulpverlening geboden wordt

vanuit dit flexibele basisaanbod zal in elk geval een verwijzing nodig zijn. Sociale huisartsen en buurtteams Samen Doen maken gebruik van hetzelfde aanbod.

Risicjongeren

Mede onder invloed van de forse rijksbezuinigingen zijn er nog maar beperkt middelen voor interventies om verzuim terug te dringen en criminaliteit te voorkomen. Daarom wordt met de instellingen gewerkt aan een hervorming van de aanpak van risicjongeren, op basis van de principes van Om het kind. De nieuwe aanpak zal minder zijn gebaseerd op losse interventies (zoals Nieuwe Perspectieven en Lokale Trajectbegeleiding) en meer uitgaan van de inzet van ambulante jeugdhulpverleners. Zij ondersteunen jongeren op basis van signalen en meldingen vanuit scholen, buurtwerkers en het reguliere zorgsysteem totdat ze zelf verder kunnen. Deze begeleiding door ambulante jeugdhulpverleners (of jeugdmaatschappelijk werkers, getraind om om te gaan met risicjongeren) is een vorm van het flexibele aanbod dat de sociale huisarts kan inzetten, of waarop de sociale omgeving van de jongere een beroep kan doen. De jeugdhulpverlener werkt nauw samen met de sociale huisarts. Samen bepalen ze welke inzet van gespecialiseerde zorg nodig is.

3.1.4 Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen

Onze ambitie is om ondersteuning zo veel mogelijk laagdrempelig in de wijk aan te bieden. Er zijn echter voorzieningen waarvoor dit schaalniveau niet haalbaar is. Het gaat allereerst om die voorzieningen waarvoor de gemeente door het Rijk gedwongen wordt om bovenloka-le afspraken te maken (zie ook § 4.3), te weten: het meldpunt huiselijke geweld en kindermishandeling en de gecertificeerde instellingen (d.w.z. uitvoerders van jeugdbescherming, jeugdreclassering en gesloten jeugdzorg). Daarnaast kan gedacht worden aan vormen van jeugdhulp in combinatie met verblijf, pleegzorg, residentiele zorg en zeer gespecialiseerde dagbehandeling en poliklinische zorg. In deze paragraaf wordt geen uitputtend overzicht gegeven – dat is nu ook nog niet mogelijk – maar een aantal van de belangrijkste stedelijke voorzieningen aangeduid.

Deze gespecialiseerde voorzieningen zijn met uitzondering van het meldpunt huiselijk ge-weld en kindermishandeling niet vrij toegankelijk: het betreft tweedelijnsvoorzieningen waar-voor een verwijzing nodig is. Jeugdbescherming en jeugdreclassering nemen sowieso een wat andere positie in, omdat hiervoor een rechterlijke uitspraak nodig is. In het nieuwe jeugdzorgstelsel dat wij voor ogen hebben, zijn er straks drie verwijzers: de reguliere huis-arts, de sociale huisarts en specialisten van de wijkteams Jeugd en de generalisten in de buurtteams Samen DOEN. Zij moeten zo nodig snel zorg die geleverd door gespecialiseerde stedelijke of regionale voorzieningen kunnen inschakelen, zonder de indicatieprocedures die er in het huidige systeem nog zijn. Daarmee wordt hun verantwoordelijkheid groot, zowel voor de cliënt (zij bepalen wanneer iemand deze hulp krijgt) als voor de gemeentekas. Zij worden immers de poortwachters die de zorg betaalbaar moeten houden door zoveel als mogelijk is

de eigen kracht van cliënten aan te spreken, hen daarop toe te rusten en zo nodig zelf goede oplossingen te arrangeren die minder duur zijn dan specialistische zorg van deze stedelijke of regionale voorzieningen. De afstemming tussen deze drie verwijzers (en de specialisten en intakefunctionarissen van de stedelijke voorzieningen) zullen we in de praktijk nog nader vorm moeten geven.

Ook in de nazorg speelt de sociale huisarts een belangrijke rol. Wanneer doorverwezen is, zal de sociale huisarts periodiek moeten toetsen of de zorg nog voldoet, of een andere oplossing gezocht moet worden of dat een cliënt weer toe kan met de ondersteuning vanuit het wijkteam of het flexibele aanbod.

- *Crisishulp en meldpunten*

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Steunpunt Huiselijk Geweld worden uit het oogpunt van efficiency en effectiviteit samengevoegd tot één meldpunt waar *iedereen* (zowel burgers als professionals) die zich zorgen maakt over de opvoedsituatie van een kind zich kan melden. Het conceptwetsvoorstel voor de Jeugdwet schrijft dit ook voor. In dit gecombineerde meldpunt wordt de expertise op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling, inclusief seksueel misbruik belegd. Het meldpunt voert onderzoek uit n.a.v. een melding en staat in nauwe verbinding met de sociale huisarts. De sociale huisarts kan desgewenst ook hulp bieden.

Het nieuwe meldpunt fungeert tegelijkertijd als eerste ingang voor een crisis binnen een gezin. De hulp die wordt geboden aan kinderen en ouders in crisis, bijvoorbeeld op het gebied van acute opvoedproblematiek, spoedeisende psychische- en psychiatrische problemen en directe hulp aan licht verstandelijk beperkten is momenteel nog per sector geregeld. Dit geldt zowel voor de meldpunten als voor de directe hulp (inzet binnen 24 uur) en verblijfmogelijkheden (crisisplekken). Daarbij maakt het niet uit of het gaat om acute problemen rondom opvoeding, psychologie/ psychiatrie of LVB. Iedereen heeft 24 uur per dag, zeven dagen per week, toegang. Het verblijf bij een crisis wordt integraal geregeld in de specialistische zorg, ongeacht doelgroep of problematiek. Op uitvoeringsniveau worden tijdens het de crisisinterventie onmiddellijk contacten gelegd met de sociale huisarts zodat die het gezin na de eerste 24 tot 48 uur verder kan begeleiden. Uiteraard komen in levensbedreigende situaties de algemene crisisdiensten (112) eerst.

- *Jeugdbescherming*

De jeugdbescherming (de gezinsvoogden) is en blijft onafhankelijk van de lokale jeugdzorg gepositioneerd, dus ook los van de wijkteams. Het wordt onwenselijk geacht deze functies in één persoon (de sociale huisarts) te verenigen. Maar gezinsvoogden en sociale huisartsen werken wel nauw samen, met behoud van eigen rollen en taken. En altijd vanuit het uitgangspunt van één gezin, één aanpak. Sociale huisarts en gezinsvoogd vormen een *tijdelijk* duo. De jeugdbescherming komt in actie als de hulp in het vrijwillig kader niet effectief

meer is en de veiligheid van het kind in het geding is. In eerste instantie zal de jeugdbescherming dan met drang proberen beweging te krijgen in de houding van de ouders en kinderen. Als het moet worden jeugdbeschermingsmaatregelen ingezet, een ondertoezichtstelling en/of uithuisplaatsing. Daarvoor is een rechterlijke uitspraak nodig. Zo'n maatregel mag niet op zichzelf staan, maar moet integraal onderdeel zijn van een bredere gezinsaanpak. Doel is de ouders en het kind zo snel mogelijk weer perspectief te bieden, de inzet van de gezinsvoogd tijdelijk te laten zijn en vervolgens de hulpverlening vanuit de basiszorg en/of gespecialiseerde zorg voort te zetten.

- *Jeugdreclassering*

Voor de jeugdreclassering geldt net als voor de jeugdbescherming dat maatregelen op dit gebied integraal onderdeel moeten zijn van een brede gezinsaanpak. Daarom zijn de jeugdreclasserders, ook al zijn ze gepositioneerd binnen een gespecialiseerde voorziening, wel degelijk op wijkniveau actief zijn, in nauwe aansluiting op de wijkteams. De jeugdreclasserder begeleidt de jongere en zorgt voor de juiste hulp en ondersteuning. Daarnaast houdt hij of zij toezicht op naleving van de afspraken over de ingezette zorg en eventuele maatregelen die zijn opgelegd door de kinderrechter, zoals gebiedsverbod, nachtdetentie, nazorg na detentie, een specifiek hulpprogramma of training etc.

- *Zwerfjongeren*

De huidige ketenaanpak zwerfjongeren is gericht op het onderdak brengen van dak- en thuisloze jongeren in de leeftijd van 18 tot 23 jaar. Deze aanpak kan nog veel aan effectiviteit en efficiëntie winnen, door deze integraal onderdeel te maken van het nieuwe jeugdzorgstelsel. Essentieel is het opheffen van de knip in de zorg voor en na 18 jaar. Jongeren zijn vanaf 18 wettelijk zelfstandig en de mogelijkheden om in het gedwongen kader zorg op te leggen zijn er dan niet meer. Bezien vanuit het perspectief van de jongeren is dit onlogisch. Daarom kiezen we nu voor doorgaande zorg zo lang dat nodig is om jongeren te begeleiden naar een zo zelfstandig mogelijk bestaan. Dat begint met een vroegtijdige signalering en preventie van (dreigende) dakloosheid als jongeren bijna 18 zijn. De sociale huisarts heeft hierin een belangrijke rol. Veel jongeren hebben op dat moment al een verleden in de jeugdzorg. De gezinsvoogd eindigt bij 18 jaar weliswaar zijn jeugdbeschermingstaak, maar moet er straks op blijven toezien dat er continuïteit is in de zorg en dat alle mogelijkheden van woon- en werkbegeleiding optimaal worden ingezet. De ambulante jongerenwerker blijft de jongere begeleiden en kijkt welke vervolgstappen nodig zijn. Dit is een voorbeeld van het flexibele aanbod van jeugdzorg dat door de sociale huisarts kan worden ingezet, indien nodig als onderdeel van het programma Samen DOEN. Pas als het niet anders kan fungeert de maatschappelijke opvang als vangnet, als vorm van gespecialiseerde zorg.

3.2 De relatie met buurtteams Samen DOEN

In Amsterdam is de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de aanpak van (overlastgevende) multiprobleemgezinnen. Deze aanpak wordt ingezet bij dreigende of vastlopende hulpverlening bij zeer complexe en weerbarstige problematiek waarbij meestal sprake is van onveiligheid en overlast. Het versterken van de basiszorg en eerder hulp bieden aan kwetsbare huishoudens heeft als doel kleine problemen klein te houden en sneller en effectiever hulp te bieden in de vertrouwde omgeving. Als het goed is hoeven we de (O)MPG-aanpak dan op termijn minder vaak in te zetten.

Het programma Samen DOEN, voor huishoudens met meervoudige problemen en lage zelfredzaamheid, voorziet in buurtteams die kleinschalig opereren, op een kleiner schaalniveau dan de wijken met de jeugdteams. Er wordt gedacht aan ca. 45 buurtteams. Hun werk overstijgt het domein van de jeugdzorg, maar heeft er wel een relatie mee. De buurtteams werken met verschillende "domeinspecialisten" (bijv. werk, jeugd, inkomen), maar zorgen voor een integraal plan voor het gezin volgens het principe één gezin – één plan – één regisseur. De sociale huisartsen moeten nauw samenwerken met deze buurtteams. Bij kwetsbare huishoudens met meervoudige problematiek, kan de sociale huisarts de buurtteams inschakelen. En andersom schakelen de buurtteams de sociale huisarts in als de opvoed- en opgroei-problematiek zijn inzet nodig maken. De sociale huisartsen en de buurtteams maken gebruik van hetzelfde flexibele, ambulante aanbod of de gespecialiseerde zorg. In die zin werken ze binnen hetzelfde systeem.

In alle gevallen is terugkoppeling naar het onderwijs belangrijk. De school moet weten wat er met een leerling aan de hand is, het onderwijs daarop af kunnen stemmen en haar aandeel in de zorg kunnen leveren

3.3 De relatie met passend onderwijs

Schoolbesturen zijn straks verantwoordelijk voor passend onderwijs en voor een passend zorgaanbod op school. In het nieuwe stelsel hebben zij de plicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben. De gemeente wordt verantwoordelijk voor de zorg voor de jeugd buiten en om de school. De zorg in en om de school moeten goed op elkaar aansluiten. Het organiseren van een goede zorg in en om de school vraagt dus om heldere afspraken. Hierover hebben gemeente en schoolbesturen met elkaar overlegd en wensen en verwachtingen uitgesproken. Gemeenten en schoolbesturen hebben afgesproken samen op te trekken bij het uitwerken van de organisatie van zorg in en om scholen.

Om meer kinderen met zorgvragen op school passende ondersteuning te bieden is een ondersteuningsstructuur in en om de school nodig die bestaat uit:

- Gekwalificeerde leerkrachten/docenten/mentoren die opbrengstgericht en handelingsgericht werken en pedagogisch-didactisch sterk zijn;
- Een gekwalificeerde intern begeleider (IB-er) of zorgcoördinator die leerkrachten kan adviseren bij ondersteuningsvragen;
- Onderwijskundige specialisten, voor specifieke onderwijskundige ondersteuning en expertise;
- Een gekwalificeerde sociale huisarts die school, kinderen en ouders kan adviseren en ondersteunen op het brede terrein van jeugd(gezondheids)zorg;
- Jeugd(gezondheids)zorg specialisten, voor meer specifieke, specialistische of intensieve jeugd(gezondheids)zorg;
- Ondersteuning op het gebied van verzuim en voortijdig schoolverlaten (leerplicht) en sociale veiligheid.

De gemeente wil graag dat de scholen zo goed toegerust zijn dat zij problemen bij leerlingen tijdig kunnen signaleren en voldoende expertise in huis hebben om snel en adequaat te kunnen handelen. Daarom zijn met de schoolbesturen in gesprek over een professionaliseringsagenda. Om tot een goede en effectieve gezamenlijke aanpak te komen, is het nodig dat beide partijen bij elkaar passende methoden gebruiken voor het bevorderen van eigen kracht en voor de omgang met ouders. Voor het onderwijs gaat het om:

- De professionalisering van de leerkrachten, gericht op:
 - het vergroten van de kennis van leerachterstanden, gedrags- en communicatieproblemen en bijbehorende effectieve interventies in de klas;
 - het versterken van het handelend vermogen in de klas;
 - het vergroten van de kennis over en vaardigheden om gedifferentieerd onderwijs te geven (vooral in het basisonderwijs);
 - het verbeteren van de vaardigheden om ondersteuningsvragen te signaleren en bespreekbaar te maken met ouders, collega's, IB-ers/zorgcoördinatoren en externe deskundigen;
- de professionalisering van IB'ers en zorgcoördinatoren, gericht op het adequaat kunnen ondersteunen van leerkrachten bij het opbrengstgericht en handelingsgericht werken en snelle inzet van onderwijskundige specialisten.

Daarnaast vraagt de gemeente van het onderwijs:

- het uitwerken van een heldere verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de samenwerking tussen IB-er, zorgcoördinator en de sociale huisarts;
- het samen met de gemeente uitwerken van een systeem voor signalering van ondersteuningsvragen, door het leerlingvolgsysteem van school aan te sluiten op het kindvolgsysteem van de gemeente en het optimaliseren van het gebruik van Matchpoint;
- het samen met de gemeente uitwerken van een aanbod van preventieve en licht curatieve programma's en het organiseren daarvan op wijkniveau in afstemming met de wijkteams;
- het in beeld houden van iedere jongere, met een goede verzuimregistratie en het juist en tijdig melden van verzuim aan de gemeente;

- het samen met de gemeente uitwerken van een lik-op-stuk-aanpak bij verzuim, met daarbij een gezamenlijke gezins- en wijkgerichte benadering;
- samenwerking op wijkniveau voor het basisonderwijs door:
 - samenwerkingsafspraken te maken tussen scholen over zorgprofielen en het plaatsen van zorgleerlingen;
 - het organiseren van onderwijskundige ondersteuning op wijkniveau;

Voor scholen staat uiteraard het geven van onderwijs voorop. Goede zorg ondersteunt het onderwijsproces en moet het mogelijk maken dat een kind zo veel mogelijk onderwijs blijft volgen, ook in problematische situaties. Scholen moeten daarom weten wat er speelt rond een leerling en zijn/haar gezin. Betrokken partijen moet goed samenwerken, en de sociale huisarts zal daar een spilfunctie in krijgen. Het onderwijs heeft vooral wensen uitgesproken over de toekomstige rol van de sociale huisarts op de school. Om leerlingen die zorg nodig hebben goed te kunnen helpen, moet die zorg geleverd worden door vaste, vertrouwde gezichten die een vertrouwensrelatie kunnen opbouwen met kinderen, ouders, leerkrachten en IB'ers.

Schoolbesturen vragen het volgende van de gemeente:

- De sociale huisarts is een vast gezicht voor de school, en in school aanwezig. Hij/zij wordt op school zo ingezet dat het feitelijk de 'schoolmaatschappelijk werker-plus' wordt. Deze voert in elk geval de huidige taken uit van de schoolmaatschappelijk werker (geen vermindering van capaciteit en inzet op dit gebied).
- Sociale huisartsen hebben de kennis en competenties en voldoende mandaat om daadwerkelijk de benodigde zorg in te zetten en zijn verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg die door externe partijen wordt geleverd. Hij/zij kan direct drang uitoefenen als ouders niet meewerken.
- Scholen hebben zeggenschap over de inzet van de sociale huisarts op hun school (wie wordt het en wat doet hij/zij).
- Met de functie van de sociale huisarts wordt eerst ervaring opgedaan in proeftuinen om te beoordelen of al deze kennis, competenties en taken in een persoon verenigd kunnen worden.
- De gemeente werkt uit hoe het multidisciplinaire aspect in de diagnose en advies gewaarborgd blijft.
- De school behoudt een vaste jeugdarts en heeft direct toegang tot deze arts.
- De school behoudt een vaste contactpersoon bij leerplichtzaken en heeft direct toegang tot de leerplichtambtenaar
- Op wijkniveau komt budget beschikbaar om voor leerlingen in afstemming met de school passende onderwijs-zorgarrangementen te ontwikkelen.
- Met de functie van de sociale huisarts wordt eerst ervaring opgedaan in proeftuinen om te beoordelen of alle genoemde kennis, competenties en taken in één persoon verenigd kunnen worden.

De leerplichtambtenaar

De leerplichtambtenaar is primair handhaver van de leerplicht. Hij of zij kan daarvoor verschillende instrumenten inzetten met in zwaarte oplopende scenario's. Maar de leerplichtambtenaar heeft naast de handhavingstaken ook een belangrijke rol in de preventie van verzuim. Hij doet dat richting de scholen, die primair verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van verzuim. En hij doet dat richting de sociale huisarts als er zorgen zijn over de opvoed- en opgroeisituatie. In alle gevallen waar naast handhaving ook zorg of opvoedondersteuning nodig is, schakelt de leerplichtambtenaar de sociale huisarts in. Voor het nemen van maatregelen in het kader van de leerplichtwet geldt net als voor de jeugdbeschermingsmaatregel en de jeugdreclasseringmaatregel dat deze integraal onderdeel moet zijn van een brede gezinsaanpak. De driehoek interne begeleider/zorgcoördinator, leerplichtambtenaar en sociale huisarts wordt de nieuwe kern van de zorgstructuur op en rond school, met als doel deze flexibeler en effectiever te laten functioneren.

3.4 De relatie met het algemeen jongerenwerk

Het algemeen jongerenwerk, dat onder de Wet maatschappelijke ondersteuning blijft vallen, wordt op dit moment opnieuw onder de loep genomen. Stad en stadsdelen hebben een visie vastgesteld op jongerenwerk nieuwe stijl en werken dit nu uit in concrete afspraken met de aanbieders van jeugd- en jongerenwerk. Het algemeen jeugd- en jongerenwerk wordt beschouwd als een preventieve voorziening die standaard in de hele stad aanwezig is. Jongerenwerkers maken daarmee deel uit van de algemene pedagogische infrastructuur van een wijk en signaleren (dreigende) problemen op school, bij de sociale huisarts of op andere relevante plekken. Ze maken zelf geen deel uit van de wijkteams.

3.5 Relatie met de gezondheidszorg

De gezondheidszorg voor jeugdigen blijft in het nieuwe jeugdstelsel buiten de verantwoordelijkheid van de gemeente – met uitzondering van de preventieve jeugdgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Er zijn echter wel veel raakvlakken tussen de gezondheidszorg en het nieuwe jeugdstelsel. De samenwerking tussen beiden is belangrijk en de gemeente zal daar ook in investeren. Hier wordt kort op twee punten ingegaan.

In de wijkteams jeugd is de preventieve jeugdgezondheidszorg geïntegreerd. Dit betekent dat, net zoals in het huidige stelsel gebeurt, er veel lichamelijke ontwikkelingsproblemen door de sociale huisartsen en jeugdartsen van het wijkteam gesignaleerd zullen worden waarvoor nader medisch onderzoek of behandeling nodig is. In veel gevallen zal het de jeugdarts van het wijkteam zijn die dan verwijst naar de huisarts. Soms zal ook rechtstreeks verwezen worden naar paramedische zorg (zoals logopedie of kinderfysiotherapie) of medisch specialistische zorg (zoals kinderarts of kinderorthopeed in het ziekenhuis). In

beide gevallen zal dit geprotocolleerd en met kennisgeving richting de huisarts gebeuren.

Volgens het conceptwetsvoorstel van de Jeugdwet houdt de reguliere huisarts zijn bevoegdheid om advies te geven over de noodzakelijkheid en de aard van de inzet van jeugd-geestelijke gezondheidszorg. Deze bevoegdheid wordt dus niet verbreed naar het gehele spectrum van mogelijke jeugdhulp (inclusief jeugdzorg en jeugd-LVB). Omdat in de wijkteams jeugd ook jeugd-GGZ verankerd is door de participatie van jeugdpsychologen in het wijkteam, is de verwachting dat in veel gevallen de reguliere huisarts bij psychische klachten zal verwijzen naar de jeugdpsycholoog van het wijkteam. Maar ook wanneer de reguliere huisarts verwijst naar jeugd-GGZ in het flexibele aanbod of zelfs gespecialiseerde stedelijke voorzieningen zal er naar verwachting toch vaak contact zijn met het wijkteam. De gemeente zal hierop in ieder geval in haar afspraken met de huisartsen en de GGZ-aanbieders aansturen. Dit om overconsumptie van dure zorg te voorkomen en goede nazorg in de buurt (bijvoorbeeld op school) te waarborgen.

4. Organisatie en bekostiging

In hoofdstuk 2 beschreven wij de uitgangspunten voor het functioneel ontwerp. In hoofdstuk 3 wordt de werking van het stelsel zelf op hoofdlijnen beschreven. Daar hoort ook een passende organisatievorm bij en visie op de bekostiging. Daarvoor worden in dit hoofdstuk voorstellen gedaan.

4.1 Algemene principes

Er zijn nu meer dan 150 instellingen die een taak hebben in de zorg voor de jeugd met diverse financiers. Dat is niet transparant, de kwaliteit is onvoldoende gewaarborgd en het is te duur. Hiervoor hebben wij beschreven hoe we de jeugdzorg er in de toekomst willen laten uitzien. De vraag in dit hoofdstuk is: hoe gaan we dat nu in de praktijk organiseren, aansturen en financieren? Richtinggevende uitgangspunten daarvoor zijn al vastgelegd in de *Visie Om het kind!*

- Wij stappen af van het dominante principe van vooraf bepaald zorgaanbod voor alle facetten van het stelsel (vaste aanbieders, vaste productie- en capaciteitsafspraken)
- Professionals krijgen meer autonomie. Dat betekent voor hen ook een grotere verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing en voor de effectiviteit van de hulp;
- Bij de overeenkomsten met de zorgpartijen wordt onderscheid gemaakt tussen voorwaarden (zoals prijs en kwaliteit) en volume (hoeveelheid te leveren zorg). De voorwaarden worden op centraal niveau overeengekomen. De generalisten “bestellen” de zorg, en zijn dus de (decentrale) “poortwachters”.
- De evaluatie van de zorg vindt plaats aan de hand van werkelijke resultaten en effecten voor kind en gezin en het oordeel van de cliënten daarover. Dit kan leiden tot bijstelling.
- Bekostiging op wijkniveau op basis van de lokale problematiek en kansen (en zorgprofielen van scholen), waarbij de vraag centraal staat;
- Een beheersbaar systeem, waarbij de kosten passen binnen de beschikbare budgetten. Er moeten voldoende prikkels zijn om te investeren in preventie, effectieve en goedkopere interventie en innovatieve specialistische hulp.

4.2 Geografische oriëntatie in de sturing en financiering: gebiedsmanagers

We kiezen voor een geografische verdeling van de zorgbudgetten. Dat komt voort uit het principes om de basiszorg voor de jeugd op wijkniveau te organiseren en de sociale huisartsen en de buurtteams Samen Doen ruim mandaat te geven om zorg in te schakelen. Het gemeentelijk budget voor de jeugdzorg, inclusief de budgetten voor het flexibel en specialistisch aanbod, wordt daartoe voor een groot deel verdeeld over de ca. 20 wijken. Daarmee wordt de verantwoordelijkheid zo dicht mogelijk bij de uitvoering gelegd: daar kan

het beste bepaald worden hoe klein en goedkoop het kan, of hoe specialistisch en duur het moet.

De budgetten worden verdeeld over de wijken op basis van vaste indicatoren (bevolkingssamenstelling, risicofactoren, prevalentie e.d.). Het zorgaanbod varieert dus per wijk. De budgetverdeling is dus ook niet statisch omdat de indicatoren kunnen veranderen.

Het voorstel is dat een gebiedsmanager in gemeentelijke dienst de gebiedsbudgetten voor de jeugdhulp beheert. Dit vraagt om uitwerking. Het idee erachter is dat de gebiedsmanagers de problematiek in de buurt kennen en het zorgaanbod daarop afstemmen. Zij opereren als opdrachtgever voor de jeugdhulp. Periodiek ontvangen de managers stuurinformatie over behandel- en doorverwijsgegevens van de (sociale) huisartsen en buurtteams, uitputting van het jeugdbudget, facturatie van de zorgaanbieders en wijkontwikkelingen (doelrealisatie). De zorgaanbieders factureren de geleverde zorg regelmatig, bijv. maandelijks, zodat we dit kunnen monitoren en bevoorschotting minder nodig is.

Om de kosten en de kwaliteit te kunnen bewaken, worden prestaties van wijken, sociale huisartsen en zorgaanbieders regelmatig met elkaar vergeleken. In het geval van een dreigende budgetoverschrijding zal de gebiedsmanager om de tafel gaan met de teamleiders van de wijkteams en de buurtteams Samen DOEN, om tot bijsturing van het zorggebruik te komen. Gebiedsmanagers kunnen daarnaast centraal stedelijk overgaan tot verevening. Ook kan er centraal stedelijk worden besloten om de raamcontracten van de zorgaanbieders om te zetten in vaste budgetten tot het eind van het jaar. Dit geldt als 'rode knop' voor de budgetbeheersing.

Werken met een gebiedsmanager is vooral dan effectief wanneer deze beschikking heeft over één ontschot wijkbudget en hij ook ook andere domeinen aanstuurt, zoals het programma Samen DOEN, de WMO- en overkomende AWBZ-middelen. Wij voeren hierover de komende tijd gesprekken met stadsdelen en diverse dienstdirecteuren, om te komen tot een integrale visie en aanpak.

4.3 Centrale sturing en inkoop

De wijkteams met de sociale huisartsen en specialisten worden structureel gefinancierd op basis van capaciteit met een flexibel deel (bijvoorbeeld 20%) om in te kunnen spelen op verschuivingen en keuzevrijheid mogelijk te maken. Ze zijn dus als basisvoorziening bereikbaar voor de burger en andere professionals.

Met de aanbieders van het flexibele zorgaanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen worden op stedelijk (of regionaal) niveau afspraken gemaakt over beschikbaarheid, prijs en kwaliteit. De werkelijke inzet van de zorg is vraaggestuurd op basis van de noodzakelijke ondersteuning van de burger en het professionele oordeel van de verwijzers (de reguliere huisarts,

de sociale huisarts en specialisten van de wijkteams Jeugd en de generalisten in de buurtteams Samen DOEN).

Het principe wordt dus dat de financiering op centraal niveau plaatsvindt, het budgetbeheer op wijkniveau wordt georganiseerd en de feitelijke “bestelling” van zorg bij de professionals en (binnen voorwaarden) de burger ligt.

Het jeugdzorgstelsel moet als een transparant, effectief en efficiënt systeem gaan functioneren. Het bestaat weliswaar uit verschillende componenten maar deze zijn complementair aan elkaar. Een dergelijk systeem kan alleen goed werken als het door de gemeente als één geheel wordt aangestuurd. Ook het principe van de wijkbudgetten die op basis van indicatoren worden verdeeld vraagt om centrale sturing. Sturing op beleid en uitvoering vindt dus zoveel mogelijk plaats vanuit één perspectief.

De (budget)verantwoordelijkheid voor beleid en uitvoering komt daarom in één hand te liggen. Als er vanuit één verantwoordelijke wordt gestuurd gaan presteren en besparen hand in hand door slagkracht, slanke besluitvormingscyclus, schaalvoordelen en gebiedsgericht uitvoeren. Dit heeft ook consequenties voor de gemeentelijke organisatie van facilitaire functies als inkoop en contractbeheer, informatievoorziening en planning & control. Daar wordt een ontwikkelplan voor opgesteld.

In elk geval vraagt deze wijze van financiering op de inrichting van een hoogwaardige stedelijke inkooporganisatie en een effectief systeem voor monitoring.

Om de budgetbewaking mogelijk te maken, zal de gemeente de beschikking moeten hebben over een stevige dataset en informatiepositie. De opgave is om dit zo in te richten dat de bureaucratische last voor de instellingen beperkt blijft.

4.4 Algemene keuze voor de organisatie van de uitvoering

Wij kiezen er voor om de uitvoering onder te verdelen in vier vormen van zorg: het digitaal platform, de wijkteams, het flexibel aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen.

Voor de organisatie van het jeugdzorgstelsel als geheel zijn globaal vier modellen denkbaar:

1. *Het coöperatiemodel*
2. *Een dominante uitvoerende rol van de overheid*
3. *Een totaal vrije markt*
4. *Het gedifferentieerde model*

De modellen worden hieronder kort beschreven. Wij kiezen voor model 4 omdat deze de beste mogelijkheden biedt om de hierboven genoemde principes waar te maken. In de volgende paragrafen wordt dit dan ook nader uitgewerkt.

Overigens zal de keuze voor één of meerdere rollen voor de overheid niet noodzakelijkerwijs per *functie* gemaakt hoeven worden. Het is ook denkbaar dat in de processtappen een rol voor de overheid is weggelegd.

Ad. 1 Het coöperatiemodel.

Dit model gaat uit van één organisatie die verantwoordelijk is voor de gehele zorg in een bepaald gebied, met alle te onderscheiden functies. De gemeente maakt afspraken met deze organisatie en geeft de verdere uitvoering volledig uit handen. Sturing vindt primair plaats op de afgesproken resultaten en verder op de inspectie van kwaliteit en andere wettelijke vereisten zoals privacy en klachtenregelingen. De organisatie kan in theorie zijn één door de overheid geselecteerde instelling (bestaand of nieuw) maar reëler is om uit te gaan van een coöperatie van bestaande instellingen die tot binnen de opdracht van de overheid een taakverdeling komen.

Dit model oogt eenvoudig qua aansturing maar maakt heeft grote nadelen: het begrenst de keuzemogelijkheid van de cliënten, nieuwe zorgaanbieders hebben weinig kans de markt te betreden, er is risico op verstarring, de gemeente heeft geen zicht op de uitvoering en het budgettaire verloop en kan dus tussentijds ook moeilijk bijsturen

Ad. 2 Een dominante uitvoerende rol van de overheid

De gemeente voert de zorg voor de jeugd in dit model geheel zelf uit, door een eigen dienst. Er is echter geen overtuigend argument voor de gemeente om als uitvoerende partij voor de gehele zorg voor de jeugd op te treden. Een nadere afweging over de uitvoering van een deel van de zorg is wel op zijn plaats. Dit komt terug in de volgende paragraaf.

Ad. 3 Een totaal vrije markt.

De zorg wordt geheel overgelaten aan het systeem van vraag en aanbod, met een overheid die spelregels formuleert en kwaliteitseisen stelt. Vergelijkbaar aan de kinderopvang. Er is voldoende reden voor de overheid om zich op een of andere wijze te mengen in de zorgmarkt. Er is sprake van een (te) groot marktfalen om als gemeente volledig achterover te leunen en de zorg slechts als een systeem tussen cliënt en markt te laten opereren. Een van de risico's zit in een onjuiste prioritering in de zorgverstrekking. Een volledig vrije markt zal zich minder richten op preventie, samenwerking en het opbouwen van een netwerk in de wijk (sociaal kapitaal). Daarnaast is de dure zorg voor kwetsbare groepen niet gegarandeerd en meestal een hoge kostenpost omdat er geen krachtige marktvrage is. Zorgaanbieders zelf worden meer gedomineerd door kostengedreven prikkels.

Ad.4 Het gedifferentieerd model

Dit model kenmerkt zich door een differentiatie in de organisatie van de zorg waarin een onderscheid wordt gemaakt tussen de vier eerder genoemde

vormen van zorg. Inhoudelijk is een belangrijk voordeel de functionele scheiding tussen de wijkteams (feitelijk de eerste lijn) en het zorgaanbod die zo ook organisatorisch wordt doorgevoerd. Het biedt goede mogelijkheden om de kwaliteit van de basiszorg optimaal te ontwikkelen en tot een herkenbare entiteit te maken. En het biedt mogelijkheden om het zorgaanbod verder flexibeler te maken. Het model gaat uit van een actieve rol van de overheid, in verschillende hoedanigheden: als opdrachtgever, als marktmeester, als scheidsrechter en als budgetbewaker. Ten aanzien van de organisatie van de wijkteams zijn er weer specifieke keuzes te maken: zelf doen als overheid, organiseren als verlengde overheid, overlaten aan zorgaanbieders en geheel overlaten aan de vrije markt. Hier wordt in het volgende hoofdstuk nader op ingegaan.

4.5 De organisatie van de wijkteams: varianten en keuze

Voor de organisatie van de wijkteams als basis van het nieuwe jeugdstelsel, zijn diverse varianten denkbaar. We bespreken er hier vier:

- 1) Gemeentelijke uitvoering
- 2) Verlengde overheid
- 3) Huidige en nieuwe zorgaanbieders vullen de wijkteams
- 4) Netwerk van hulpverleners/ZZP'ers

We bekijken de varianten op basis van de volgende criteria:

- Passendheid / effectiviteit
- Efficiëntie / beheersbaarheid
- Uitvoerbaarheid
- (Politieke) haalbaarheid / wenselijkheid

Uiteraard valt het nodige af te dingen op de waardering van voor- en nadelen. Die zijn niet altijd waardevrij, en soms arbitrair. Er is weinig theoretische en praktische evidentie om definitieve keuzen te rechtvaardigen. Toch komen wij tot de volgende afweging, op basis van de uitgangspunten van de *Visie Om het kind*.

Variante 1 (gemeentelijke uitvoering, sociale huisartsen in dienst van gemeente) kent een grote rol toe aan de overheid in een sector waar deze nu maar ten dele opereert (zoals de jeugdgezondheidszorg). Het vergt een sterke business case om als overheid in de (bestaande) uitvoering op te treden. Deze is er niet. De gemeente zal expertise naar binnen moeten halen maar het is niet aannemelijk dat zij het inhoudelijk beter kan. Er is ook geen maatschappelijke noodzaak om de taken zelf uit te willen voeren. De overheid is bij uitvoerende (professionele) activiteiten over het algemeen logger, bureaucratisch en duurder. Het argument dat de overheid directer kan sturen op effectiviteit en efficiency door taken zelf uit te voeren (het gemeentebestuur is dan immers zelf de baas) is vooral theorie getuige ook de interne sturingsvragen die er nu al zijn. Overheidsuitvoering in de zorg verhoudt zich niet tot de bredere hervormingsagenda, waarin de rol van de

overheid in de uitvoering kleiner wordt en zich meer richt op sturing, kaders, opdrachtgeverschap. De nieuwe wet lijkt deze variant bovendien uit te sluiten. Variant 1 valt daarom af.

Ook variant 4 (netwerk van hulpverleners, ZZP'ers) laten we vooralsnog afvallen. Het voordeel van deze variant – de flexibiliteit– herbergt ook een groot risico, nl. dat onvoldoende kapitaal in de wijk opgebouwd: kennis van de wijk/buurt, het netwerk, de spelers, het fundament voor het werk van de sociale huisarts. Bovendien is de functie van sociale huisarts nieuw en is het maar zeer de vraag of er voldoende aanbod van sociale huisartsen zal zijn. Het aanbod en daarmee de concurrentie moeten groot genoeg zijn om echt voor de beste te kunnen kiezen.

Varianten 2 (verlengde overheid) en 3 (vulling van de wijkteams door huidige en nieuwe zorgaanbieders) bieden o.i. de beste mogelijkheden om de doelstellingen te realiseren.

In de uiteindelijke afweging voor een van deze twee modellen kijken wij niet alleen naar de theorie en de nieuwe situatie. Het transitieproces zelf is ook een belangrijke factor om mee te wegen. Bepaalde modellen vragen om stevige reorganisatieprocessen die veel geld en energie kosten, met risico's voor de bestaande uitvoeringspraktijk. Er is een functioneel ontwerp en er zijn contouren voor de sturing en bekostiging die richting geven aan het stelsel, maar veel moet nog uitgewerkt en uitgetoet worden. Zowel in het transitieproces tot 2015 als het verdere transformatieproces daarna, is draagvlak en medewerking bij instellingen en professionals essentieel. De sociale huisartsen en specialisten (jeugdarts en jeugdpsycholoog) zoals die we die voor ogen hebben, komen grotendeels voort uit bestaande functies. Bestaande structuren en netwerken moeten worden behouden en verstrekt (zoals van de OKC's). We kijken dus naar een proces dat vraagt om voortzetting van werk en tegelijk om veranderingen en het beproeven en bijstellen van nieuwe concepten. Het ene model biedt daar meer mogelijkheden voor dan het andere.

Het sturingsconcept met gebiedsmanagers, wijkbudgetten en stedelijke inkoop moet nog worden uitgewerkt, ook en bij voorkeur met de andere portefeuilles in het sociale domein. Dat is een ingrijpende verandering in zichzelf waarin nadere keuzes gemaakt moeten gaan worden.

Juist met het oogpunt op dit transitieproces, het benutten van bestaande expertise, de haalbaarheid van de transitiedatum, het huidige speelveld aan zorgaanbieders, en de beoogde samenwerking met deze partijen, kiezen wij er op dit moment voor samen met de instellingen te gaan bouwen aan de basis van het nieuwe jeugdzorgstelsel. In een volgende fase nemen wij dan een nader besluit over de uiteindelijke rechtsvorm.

Dat de voorstellen zoals wij nu ontwikkeld hebben consequenties zal hebben voor de instellingen, hun organisatie en personeel, is zeker. Zij zijn zich daar ook van bewust. Het commitment van het veld voor de veranderingen is groot, los van de precieze vorm. Het is een gezamenlijk belang om te voorkomen dat een groot reorganisatieproces tot terugval gaat leiden in kwaliteit en tot mogelijke

risico's voor de veiligheid van het kind (een van de ongewenste topgebeurtenissen zoals benoemd in de risicoanalyse).

Deze ontwikkelopgave vereist daarom zowel de medewerking van de professionals/instellingen als een strakke regie van de gemeente. Wij zullen in nauwe samenspraak met het programma Samen Doen, de diensten en stadsdelen in het sociale domein en een selectie van de instellingen hiervoor een plan van aanpak opstellen.

4.6 De organisatie van het flexibele aanbod

Voor het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen kiezen wij voor een aanbod met meerdere zorgaanbieders in een relatief open markt. De gemeente zal op centraal niveau (of samen met andere gemeenten op regionaal niveau paragraaf 4.7.) inkoopafspraken maken met de aanbieders. In principe kan elke aanbieder in Amsterdam zijn werk doen mits voldaan wordt aan de inkoop-eisen.

Door het extra nieuwe zorgaanbod zal nieuwe capaciteit ontstaan, die zich toespitst op de specifieke vraag, waardoor de zorg passender wordt en wachtlijsten kunnen afnemen. Wij verwachten op deze wijze ook een stimulans voor innovatie.

Zorgaanbieders worden betaald voor het werk dat zij leveren. Daartoe registreren zij hun geleverde uren of behandeldagen. Door deze betaling op uren en dagen blijft ook hulp aan gezinnen met zwaardere problematiek financieel rendabel. Het stapelen van programma's is hierdoor niet meer nodig. Het werken met vaste en redelijk gelijke tarieven voor alle aanbieders, zorgt er voor dat de aandacht bij de zorginkoop zicht richt op de kwaliteit van de zorg en niet op de goedkoopste zorg (prijsdumping).

Vrije toelating van zorgaanbieders gecombineerd met bekostiging op uren en dagen geeft echter wel een risico op doorbehandeling en zodoende budgetoverschrijdingen. Dit systeem stelt hoge eisen aan de budgetbewaking. Aan hulpverleners kan gevraagd worden om uitleggen waarom bepaalde zorg langer duurt dan gemiddeld.

De sterk specialistische zorg onderscheidt zich van het overige zorgaanbod door onder andere het schaalniveau waarop het wordt georganiseerd en de omvang en aard ervan. Voor de specialistische zorg geldt dat het wordt ingekocht voor Amsterdam en niet geworteld kan zijn in de wijkstructuur. Specialistische zorg wordt aangevuld met een aparte 'garantie' regeling. Kwetsbare capaciteit (bijvoorbeeld specialistische kennis over aandoeningen met een met lage prevalentie) gedijt slecht bij bekostiging op uren en dagen. Evenals intramurale voorzieningen die op een bepaald minimumniveau beschikbaar moet zijn. Hiervoor zijn aparte budget/omzet garanties of een 'regeling bekostiging leegstand' nodig, waardoor het mogelijk wordt in bepaalde gevallen zorgaanbieders te betalen voor capaciteit die (tijdelijk) niet is benut.

Door de vrije toelating van zorgaanbieders zal mogelijk een groter aantal zorgaanbieders en hulpverleners in Amsterdam actief worden. Van al deze partijen moet de kwaliteit worden beoordeeld en de inkooprelatie worden beheerd, hetgeen een stevige, goed werkende en professionele inkooporganisatie, contractbeheer en data-analyse vergt. De gemeente beschikt mogelijk nog niet over de expertise en het track record om deze functies zelf te kunnen uitvoeren. De optie wordt verkend om deze taken in eerste aanleg te *outsourcen* en geleidelijk in de loop van de jaren steeds meer zelf te gaan uitvoeren.

4.7 Regionale werkwijze voor gespecialiseerde zorg

Het ligt voor de hand om bepaalde voorzieningen niet gebiedsgericht of stedelijk te organiseren, maar om te kiezen voor een regionale organisatie of inkoop. In elk geval geldt dat voor de zwaar gespecialiseerde voorzieningen (zoals specialistische, minder vaak voorkomende behandelingen en residentiële voorzieningen). Het Rijk zal voorschrijven dat de jeugdbescherming bovenlokaal wordt georganiseerd. Daarnaast kan het voordelen bieden om als gemeenten zorgaanbod gezamenlijk in te kopen, zowel Amsterdam als voor regionaal opererende zorgaanbieders. Tegelijkertijd kunnen regionale afspraken voorkomen dat regionale aanbieders worden geconfronteerd met verschillende verantwoordingsvereisten. De 16 gemeenten in de huidige stadsregio oriënteren zich nu op deze samenwerking: wat doen we apart en wat gezamenlijk. Amsterdam participeert daarin. Begin 2013, zo is het streven, moeten bestuurlijke keuzes worden gemaakt.

4.8 Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg krijgt in het nieuwe jeugdzorgstelsel op verschillende manieren vorm. Het is van belang hierbij een goed evenwicht te realiseren tussen de kwaliteitsnormen en het monitoren en toetsen daarvan met zo min mogelijk bestuurlijke ballast.

- De wetgever zal in de nieuwe Wet zorg voor de jeugd kwaliteitseisen stellen aan de jeugdhulp, met voor de zwaardere vormen van jeugdhulp certificering, beroepsregistraties en inspecties. De wetgever gaat ook eisen stellen ten aanzien van cliëntenparticipatie en klachtrecht.
- Rond diverse beroepsgroepen, met name ook in het zorg en medische domein bestaan al de nodige landelijke kwaliteitssystemen en beroepsregistraties die voor een deel van de uitvoering van de zorg voor de jeugd van toepassing zijn.
- De gemeente zal aanvullende normen opleggen aan de instellingen en individuele hulpverleners die vanaf 1 januari 2015 in Amsterdam actief willen zijn in de jeugdhulp. Naast de reguliere eisen die aan instellingen in het algemeen worden gesteld, ontwikkelen wij een Amsterdamse professionele norm waarin we enkele basisprincipes van het nieuwe stelsel vertalen in kwaliteitseisen aan de professionals. Het gaat dan om het werken volgens het principe van *eigen kracht*, het omgaan met dilemma's in het opvoeden en opgroeien, het aanspreken van opvoeders

op hun verantwoordelijkheid, de samenwerking tussen professionals, de verplichting om transparant te zijn, verantwoording af te leggen en te participeren in collegiale consultatie.

- Met de schoolbesturen maken wij afspraken over de kwaliteit van de basiszorg in het onderwijs. De instrumenten die KBA heeft ontwikkeld zijn daarbij belangrijk. De inspectie voor het onderwijs ziet toe op de kwaliteit van de zorg in scholen.
- Het Rijk kent diverse inspecties. Wij doen onderzoek naar een Amsterdamse inspectie op de zorg voor de jeugd die onder andere de professionele norm bewaakt.
- Goede klachtenregelingen zijn eveneens een belangrijk kwaliteitsinstrument. Voor zover daar niet al landelijke voorschriften voor bestaan, zullen wij dit meenemen in onze inkoopvoorwaarden.
- In de voorstellen voor het stelsel zelf zijn kwaliteitsinstrumenten ingebouwd. Burgers krijgen meer keuzevrijheid en sturen daarmee zelf op kwaliteit. De sociale huisartsen en buurtteams Samen Doen krijgen een belangrijke regierol en zullen samen met de ouders en kinderen de hulp- en zorgplannen opstellen. Zij bewaken of de zorgaanbieders de afgesproken kwaliteit leveren door op het resultaat te sturen en waar nodig te interveniëren. Als zorgaanbieders onvoldoende kwaliteit leveren worden zij niet langer of minder ingeschakeld. Tot slot is ook de mix van generalisten en specialisten in de basiszorg kwaliteitsbevorderend. De specialisten kunnen adviseren en ondersteunen, kennis leveren en op de casuïstiek triage doen en diagnoses stellen. De collegiale consultatie tussen de sociale huisartsen in de wijkteams is van groot belang.
- Wij onderzoeken de mogelijkheden van transparante beoordeling van professionals en instellingen. Hulpverleners hebben de plicht zich periodiek te laten beoordelen door gezinnen, door sociale huisartsen en door collega's waarmee ze samenwerken. Deze beoordelingen worden toegevoegd aan het digitale profiel op de sociale kaart van iedere hulpverlener. Door zorgaanbieders – en vooral de bij hen werkende hulpverleners – structureel door gezinnen, sociale huisartsen en collega's te laten beoordelen, zullen de zorgaanbieders die het hoogst worden gewaardeerd vaker gevraagd worden om zorg te leveren.
- Kwaliteit zit ook in het werken met goed onderbouwde hulpprogramma's en interventies, waar mogelijk wetenschappelijk en/of in de praktijk bewezen effectief. In de jeugdhulpverlening wordt maar in beperkte mate met bewezen programma's gewerkt. In de medische sector, waar de Jeugd-GGZ uit voortkomt, is dat veel gebruikelijker. Ook door de intensieve samenwerking met de wetenschap en andere kennisinstituten. Dit willen wij in Amsterdam behouden en versterken door de krachten en kennis te bundelen in een brede Amsterdamse kenniskring voor de zorg voor de jeugd, in al zijn facetten.

5. Veranderstrategie

Op 1 januari 2015 moeten we klaar staan om de gehele zorg voor de jeugd uit te voeren. De partijen die uitvoering geven aan de zorg voor de jeugd werken vanuit de vastgestelde inhoudelijke en organisatorische principes. De ondersteuning- en financieringsstructuur van de gemeentelijke en de uitvoerende organisaties moet daarop zijn aangepast. Tot die tijd moeten we onderhandelen, ontwerpen, uitproberen, implementeren, ontwikkelen en er tegelijkertijd samen met de uitvoerende partners en de Stadsregio Amsterdam voor zorgen dat de zorg voor de jeugd tijdens het hervormingsproces gewaarborgd blijft. In de veranderstrategie die hiervoor nodig is, onderscheiden we drie veranderprocessen⁹. Het proces van bestuurlijke besluitvorming en onderhandeling is het tertiaire proces. Het gaat hier onder meer om de onderhandeling over de totstandkoming van de wet en het nieuwe jeugdstelsel, de verdeling van de budgetten, de posities van de instellingen en de marktordening. Het secundaire proces is het ontwerp en de totstandbrenging van het nieuwe stelsel en de ondersteunende gemeentelijke organisatie die daarvoor nodig is. En de ontwikkeling van de uitvoeringspraktijk is het primaire proces. Ieder proces heeft andere kenmerken en spelers en vraagt om een andere strategie. Ze volgen elkaar niet lineair op, maar spelen zich tegelijkertijd af, beïnvloeden elkaar en zijn van elkaar afhankelijk.

Op het primaire niveau gaan we:

- samen met alle betrokken instellingen, schoolbesturen en lokale partijen experimenteren met de inrichting van het nieuwe stelsel in een aantal zogenoemde proeftuinen, om zicht te krijgen op de werkbaarheid en de effecten van het nieuwe jeugdstelsel.
- een zogenaamd *lerend systeem* tot stand helpen brengen, waarin professionals reflecteren op het eigen handelen en op dat van elkaar.

Op het secundaire niveau richten we ons onder meer op:

- de inrichting van de inkoop en marktordening, onder meer door vastgestelde leveringscontracten, een vastgestelde tariefstructuur, de inrichting van een inkooporganisatie;
- de oprichting van een gemeentelijke inspectie dan wel tijdelijke afspraken met de landelijke inspectie;
- de vaststelling van een gemeentelijke verordening waarin levering, persoonsgebonden budget, klachten, inspectie, handhaving e.a. zijn geregeld;
- het opstellen van een verdeelsystematiek voor de gebiedsbudgetten en het implementeren daarvan;

⁹ Ontleend aan veranderingsdeskundige Hans Vermaak

- het vaststellen van de taken, verantwoordelijkheden en mandaten van de gebiedsmanager en het werven en aanstellen van gebiedsmanagers;
- het vaststellen van de taken, verantwoordelijkheden en mandaten van de poortwachters in het stelsel en het verlenen van de mandaten;
- het inrichten van de wijkteams en de ondersteuning daarvan (ICT, huisvesting, etc.)
- het beschrijven van relevante werkprocessen;
- het inrichten van een Amsterdams beroepsregister (onder voorbehoud);
- het inrichten van de benodigde informatiehuishouding ten behoeve van sturing, monitoring, betalingen, kwaliteitszorg.
- het inrichten van een klachtenprocedure als onderdeel van kwaliteitszorg
- de communicatie, publiciteit en voorlichting richting burgers en professionals.

Op het tertiaire niveau richten we ons op de volgende punten.

- beïnvloeding wetgeving Rijksoverheid met het oog op 2015 en daarna
- besluitvorming binnen gemeente met diensten en in College over synergie en samenwerking tussen de betrokken domeinen
- afspraken met stadsdelen over stapsgewijze hervorming bestaande werkwijze en aanbod en over proeftuinen
- beïnvloeden plannen schoolbesturen voor en samenwerkingsverbanden voor passend onderwijs met het oog op realiseren goede zorgstructuur in en om de school, goede zorgplannen op school en de aansluiting op de zorg om de school.
- afspraken met 15 regiogemeenten en SRA over stapsgewijze hervorming jeugdzorgaanbod, overdracht verantwoordelijkheden en regionale samenwerking per 2015
- afspraken met zorgverzekeraars over stapsgewijze hervorming GGZ- en LVB-aanbod en overdracht verantwoordelijkheden per 2015
- afspraken met zorgaanbieders (op de hele breedte van de jeugdzorg) over participatie proeftuinen en Samen Doen, over leveren gegevens, over fasegewijze hervorming en over bijdragen aan bouw nieuw jeugdzorgstelsel

Bijlage 1. Onderzoeken en adviezen ten behoeve van het koersbesluit

Voor het koersbesluit zijn diverse onderzoeken uitgevoerd en adviezen uitgebracht op specifieke deelonderwerpen. De hierna genoemde onderzoekers en adviseurs hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan de voorstellen zoals nu opgenomen in het koersbesluit. In de tekst wordt hiernaar verwezen. Vrijwel alle rapporten zijn openbaar en toegankelijk op de website van het programma: <http://jeugd020.pleio.nl>.

- Houtskoolschets jeugd, Subgroep functioneel ontwerp (DMO en stadsdelen?). Amsterdam, 30 mei 2012
- Ingediende voorstellen van instellingen, mei 2012 + stuk Osger
- Jeugdzorg 3.0, een innovatief & alternatief functioneel ontwerp, Laurens Waling, Krijns Prons en Gerco Buijk (Alares). Den Haag, 28 mei 2012.
- Eigen beheer van gezinsdossiers, haalbaarheidsonderzoek, Laurens Waling, Krijns Prons en Gerco Buijk (Alares). Den Haag, 30 mei 2012.
- Eindrapportage Sociale kaart 2.0, Anne-Claire Frank (AGA). Amsterdam, 25 mei 2012
- Sociaalruimtelijke analyse 'Om het kind' en 'Samen DOEN', Amsterdam, Ronald Wiggers (SPA). Amsterdam, 30 mei 2012.
- Wat werkt bij wie? Een doelgroepenbenadering bij innovaties in zorg en preventie, vertaling landelijk mentality onderzoek naar Amsterdam, Marcel Voorn (Motivaction), juni 2012.
- Overzicht gemeentelijke budgetten jeugd, Job Domela Nieuwenhuis (DMO). Amsterdam, 28 mei 2012.
- Sturing en Bekostiging Professionele norm, Sybe Bijleveld (Bijleveld Advies) en Job Domela Nieuwenhuis (DMO). Amsterdam, 29 mei 2012.
- Verkenning Persoonsgebonden Budget jeugdigen. Kansen en begrenzingen inzet PGB bij hervorming jeugddomein, Wil Snel en Adeliën de Koster (SPA). Amsterdam, mei 2012.
- Advies klachtenregeling, Anne-Claire Frank (AGA). Amsterdam, 25 mei 2012.
- Advies over de inrichting van de InformatieVoorziening (IV) tbv concept Koersbesluit, Robert Jan Prenger (DMO). Amsterdam, 25 mei 2012.
- Sturingsmogelijkheden kwaliteit jeugdzorg Amsterdam door inkoop, inspectie en klachtenregeling, Jeanette van der Wees en Anneke Gout (Project- en Adviesbureau SPA), Amsterdam, augustus 2012.
- Maatschappelijke Kosten Baten Analyse Hervorming jeugddomein, Bureau LPBL, begin oktober 2012. [definitieve titel checken]