Gemeente Amsterdam

Koersbesluit

Om het kind

Programma Hervorming zorg voor de jeugd



om het kind

Koersbesluit Om het kind

Definitieve versie vastgesteld door gemeenteraad op 15 mei 2013

Inhoudsopgave

Voorwoord 5
Samenvatting 7
Inleiding 12
Totstandkoming 12
Leeswijzer 13

1 Uitgangspunten 15
1.1 Knelpunten in het huidige jeugdstelsel 15
1.2 De oplossing: transitie én transformatie 17
1.3 De missie en doelen 18
1.4 De doelgroep 18
1.5 De kaders en uitgangspunten 21
1.6 De rol van de gemeente 22

2 Het nieuwe jeugdstelsel op hoofdlijnen 25
2.1 Vier vormen van zorg 25
2.2 Het digitale platform 27
2.3 De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams 30
2.3.1 De ouder- en kindteams 30
2.3.2 De Samen DOEN-teams 38
2.4 Het flexibele aanbod 40
2.4.1 Preventie 41
2.4.2 Diagnostiek en behandeling 43
2.4.3 Begeleiding, kortdurend verblijf en verzorging 44
2.5 Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen 45
2.5.1 Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) 45
2.5.2 Crisisdienst 46
2.5.3 Jeugdbescherming en jeugdreclassering 46
2.5.4 Residentiële zorg, langdurig verblijf en pleegzorg 48
2.5.5 Expertise- en behandelcentra 49
2.5.6 Experttafels en aanpak stagnaties 49

3 Het nieuwe jeugdstelsel binnen het sociaal domein 51
3.1 Hervormingen in het sociaal domein 51
3.2 (Passend) onderwijs 51
3.3 Maatschappelijke ondersteuning 55
3.4 Werk en inkomen 56
3.5 Gezondheidszorg 57
3.6 Jeugdbeschermings- en jeugdstrafketen 58

4 Sturing, bekostiging en organisatie 61
4.1 Sturingsmodel 61
4.1.1 Sturing door ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams 62
4.1.2 Gebiedssturing 63
4.1.3 Centrale sturing 65
4.1.4 Regionale sturing 67
4.2 Organisatie en bekostiging 68
4.2.1 Het digitale platform 68
4.2.2 De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams 68
4.2.3 Het flexibele aanbod 72
4.2.4 Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen 73

4.3 Kwaliteitsbeleid . . . 73
4.4 Rechtspositie en participatie jeugdigen en ouders . . . 76
4.5 Informatievoorziening en ICT . . . 77

5 Financiën . . . 79
5.1 Kosten huidige en nieuwe jeugdstelsel . . . 79
5.2 Invulling bezuiniging en MKBA . . . 82

6 Gevolgen van het nieuwe jeugdstelsel . . . 85
6.1 Voor jeugdigen en ouders . . . 85
6.2 Voor zorgaanbieders . . . 87
6.3 Voor de gemeente . . . 88

7 Veranderstrategie . . . 90
7.1 Primair niveau . . . 90
7.2 Secundair niveau . . . 91
7.3 Tertiair niveau . . . 92

8 Onderzoeken en literatuur . . . 94

Lijst van gebruikte afkortingen . . . 99

Voorwoord

We staan aan de vooravond van de grootste stelselwijziging in het jeugddomein waar de gemeente ooit mee te maken heeft gekregen. Tot nu toe beperkte het gemeentelijke jeugdbeleid zich tot de jeugdgezondheidszorg, op preventie gerichte opvoed- en opgroeiondersteuning, jongerenwerk en specifieke doelgroepaanpakken rond bijvoorbeeld zwerfjongeren, jeugdcriminaliteit en voortijdig schoolverlaten. Vanaf 1 januari 2015 krijgt de gemeente ook de verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg, jeugd-GGZ, jeugd-VB, jeugdbescherming, jeugdreclassering en wat voorheen de AWBZ-begeleiding en verzorging voor jeugdigen was. De gemeente is vanaf dat moment verantwoordelijk voor vrijwel het gehele aanbod aan zorg voor de jeugd. Met deze nieuwe verantwoordelijkheden krijgen we ook te maken een van de grootste bezuinigingsopgave sinds tijden. Kortom, de uitdaging is groot.

De landelijke politiek heeft lang tegen deze stelselwijziging aangehikt, maar verandering is hard nodig. Het zorgaanbod voor de jeugd moet effectiever en efficiënter georganiseerd worden. Zeker. Mijn blik is echter ook en vooral gericht op het 'niet-zorgaanbod:' op het ontzorgen en normaliseren. De afgelopen tien jaar zijn te veel jeugdigen en ouders in de zorg terecht gekomen. Inmiddels heeft één op de zeven kinderen in Nederland een stempel voor speciale hulp en onderwijs. Dat is niet normaal. De uitdaging is de sociale veerkracht te versterken, zodat ouders, jeugdigen, scholen en buurten problemen klein kunnen houden en zelf kunnen oplossen.

Gelukkig proberen mensen ook het heft in handen te nemen. Een voorbeeld zijn de Eigen Krachtconferenties, waarin mensen met problemen gevraagd wordt te zoeken naar mensen in hun eigen sociale netwerk om problemen op te lossen. In Amsterdam leidde het al tot spectaculaire resultaten. Eenzelfde streven naar problemen op eigen kracht oplossen zit achter de filosofie van de pedagogische civil society die door de Utrechtse pedagoog Micha de Winter in het debat is geïntroduceerd. Maar de strijd is nog niet gewonnen. Als je werkelijk wilt ontzorgen, en mensen weer het heft in eigen hand wilt geven, vergt dat een radicale mentaliteitsverandering in de zorg. Veel zorgverleners hebben wel de mond vol van empowerment, maar de cruciale vraag is of ze ook uit de rol van grote probleemoplosser durven te stappen. Voor een deel van de zorgsector zal het ook een erkenning moeten zijn dat het aanbod van intensieve zorg wordt toegepast op veel lichte problemen.

Welke rol heeft de gemeente hierin? We hebben veel werk te verzetten om op 1 januari 2015 klaar te zijn om onze nieuwe rol richting duizenden nieuwe klanten en tientallen nieuwe zorgaanbieders waar te kunnen maken. Dat is de transitieopgave. Maar tegelijk willen we ook een cultuuromslag bewerkstelligen: een aanpak die zich richt op de veerkracht van sociale verbanden in plaats van de problematisering van individuele tekortkomingen. Dat is de transformatieopgave. Het voorliggende Koersbesluit probeert richting te geven aan beide opgaven.

De transformatie krijgt in het nieuwe jeugdstelsel vooral vorm in het digitale platform, de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Deze voorzieningen ondersteunen jeugdigen, ouders en andere opvoeders bij het zelf vinden van oplossingen. De zorgprofessionals van deze teams komen er niet extra bij, bovenop de huidige capaciteit aan hulpverleners. Door bestaande functies te bundelen – en werkwijzen aan te passen – denken we juist met minder zorgprofessionals toe te kunnen. Daarmee wordt het stelsel ook overzichtelijker voor ouders en jeugdigen.

Met de gemeentelijke kwaliteits- en budgetregisseurs introduceren we bovendien een gebiedsgerichte sturing dicht op de uitvoering. De kwaliteits- en budgetregisseurs zullen een belangrijke rol spelen om zowel de zorgprofessionals als de stedelijke beleidsmakers scherp te houden in het realiseren van de mentaliteitsverandering.

In de transformatieopgave van de gemeente zit ook een paradox. Een overheid die burgers oproept om het zelf te doen, gaat dat werken? Eerder sprak ik dan ook wel van de 'via via logica' van de pedagogische civil society. Als overheid moeten we het nieuwe jeugdstelsel zo inrichten dat ouders, jeugdigen en andere opvoeders de ruimte – en prikkels! – krijgen voor eigen initiatief en onderlinge solidariteit. We willen niet alles voor hen invullen. Het ene stelsel maakt dit beter mogelijk dan het andere. Het nieuwe jeugdstelsel zoals het in hoofdlijnen beschreven wordt in dit Koersbesluit biedt in mijn ogen genoeg kansen om de sociale veerkracht de ruimte te geven. Uiteraard zullen we dit komende jaren kritisch moeten blijven volgen. Vervallen we toch niet weer in te veel bureaucratische regeltjes en een teveel aan professionele zorg?

Als het ons lukt deze verandering goed vorm te geven zullen we mensen in staat stellen meer controle over hun eigen leven en omgeving te nemen, geven we professionals meer ruimte om van hun ervaring en expertise gebruik te maken en wordt er voorkomen dat zorgproblemen te groot worden als dat niet nodig is en effectief bestreden worden wanneer ze er zijn. Ik denk dat we met dit Koersbesluit een belangrijke stap in de goede richting nemen om dat te realiseren.

Ten slotte. De gemeente krijgt met de stelselherziening – veel meer dan voorheen – de verantwoordelijkheid voor een groep jeugdigen (en ouders) met zeer ernstige problematiek, bijvoorbeeld op het vlak van psychiatrie en verstandelijke beperkingen. Ook dit moeten we goed regelen. Het is niet het één of het ander: sociale veerkracht versus specialistische hulp. Het gaat om de juiste balans die terug moet komen in het stelsel.

Pieter Hilhorst,
Wethouder Jeugd

Samenvatting

Met ingang van 1 januari 2015 wordt de gemeente Amsterdam – met de decentralisatie van de jeugdzorg, jeugdbescherming, jeugdreclassering, jeugd-GGZ en jeugd-VB – verantwoordelijk voor het gehele stelsel zorg voor de jeugd. Op 4 april 2012 heeft de gemeenteraad met de *Visie Om het kind* de ambities en uitgangspunten van Amsterdam voor het nieuwe jeugdstelsel vastgesteld. In dit Koersbesluit schetsen wij de hoofdlijnen van het nieuwe jeugdstelsel. Het Koersbesluit is geen blauwdruk, maar wel richtinggevend voor de inrichting van het stelsel na de transitie in 2015 en de weg daarnaartoe de komende twee jaar.

Uitgangspunten (hoofdstuk 1)
Al sinds 2006 wordt landelijk gesproken over de noodzaak tot een stelselwijziging in het jeugdzorgdomein. Vanaf 2009 kwam deze discussie in een stroomversnelling met de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (BMC 2009) en het rapport van de *parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg* (2010). In Amsterdam werd het jeugddomein kritisch doorgelicht in het kader van *Systeem in Beeld*. Duidelijk werd dat het roer om moest. Zorg was te versnipperd, te duur en te bureaucratisch. Het moest eenvoudiger, met minder regels. Dichterbij en meer vanuit de eigen kracht van jeugdigen en ouders. Met meer handelingsvrijheid voor de professionals.

Uitgangspunt van dit Koersbesluit is de *Visie Om het kind*, zoals vastgesteld door de gemeenteraad. Daarnaast hebben we te maken met de kaders vanuit het Rijk. Allereerst de nieuwe Jeugdwet, die in juli 2012 in eerste concept en januari 2013 in tweede concept bekend is geworden en volgens de planning vóór het zomerreces 2013 aangeboden wordt aan de Tweede Kamer. Belangrijk is ook het financiële kader van het Rijk. De decentralisatie gaat gepaard met een forse bezuiniging, die ons voor de taak stelt de zorg anders in te richten. Het moet goedkoper, omdat we simpel minder geld te besteden hebben.

We kiezen er als gemeente voor om te sturen op het nieuwe jeugdstelsel door de spelregels en budgetten vast te leggen en door de resultaten en de besteding van de gemeenschapsmiddelen nauwkeurig te bewaken. We kiezen er niet voor om als gemeente zelf de uitvoering van de zorg ter hand te nemen. Richting niet-zelfredzame groepen met complexe problematiek en in die situaties dat de hulpverlening stagneert of de veiligheid van het kind in gevaar is hebben we wel een speciale verantwoordelijkheid als gemeente. In die gevallen nemen we een sterke rol als procesregisseur op ons in de aanpak Samen DOEN in de buurt en de experttafels en aanpak stagnaties.

Vier vormen van zorg (hoofdstuk 2)
Het huidige jeugdstelsel wordt gekenmerkt door een indeling naar zorgzwaarte (nulde, eerste, tweede lijn) en sectoren (jeugdgezondheidszorg, opvoed- en opgroeiondersteuning, jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB). In het nieuwe jeugdstelsel laten we deze indeling los en richten we zorg in naar vier zorgvormen: 1. het digitale platform, 2. de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, 3. het flexibele aanbod, en 4. de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. Op deze manier doorbreken we de oude schotten en zorgen we ervoor dat de ondersteuning dichterbij en integraler geboden wordt aan jeugdigen en ouders. Het dichtbij organiseren van de zorg biedt naar ons idee ook de beste garantie om zo veel mogelijk in te zetten op ontzorgen en normaliseren. Er zijn immers geen 'etiketjes' meer nodig om ondersteuning te krijgen en de zorgprofessional is veel meer onderdeel van het sociaal netwerk, dus zal ook meer geneigd zijn die bij de oplossing te betrekken.

Het digitale platform, de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams vormen samen de basisinfrastructuur van het nieuwe jeugdstelsel in de stad. Digitaal platform, ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams ondersteunen jeugdigen, ouders en andere opvoeders bij het zelf vinden van oplossingen en onderlinge steun. Zo zal het digitale platform zelfhulpinitiatieven en lotgenotengroepen een podium bieden en aan elkaar koppelen. Vanuit deze zorgvormen is voorlichting, advies en hulp ook altijd dichtbij: via het digitale platform in de virtuele wereld van het internet, via de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams in de fysieke wereld van buurt, wijk en school.

Spil van de ouder- en kindteams is de ouder- en kindadviseur, een nieuwe jeugdprofessional, die een vertrouwd gezicht is voor jeugdigen en ouders en sociale veerkracht stimuleert. Naast de ouder- en kindadviseurs kent het ouder- en kindteam ook een aantal jeugdartsen en jeugdpsychologen die de ouder- en kindadviseurs ondersteunen in hun werk, maar ook zelf 'klantcontacten' hebben met ouders en jeugdigen. De Samen DOEN-teams bieden in de buurten de meer intensieve en domeinoverstijgende aanpak voor de niet-zelfredzame en kwetsbare huishoudens. Voor deze huishoudens is intensievere begeleiding nodig – meer dan de ouder- en kindadviseur kan bieden. Ook is vaak een integrale domeinoverstijgende aanpak nodig, omdat veel van deze huishoudens (ernstige) problemen hebben op meerdere leefgebieden.

De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams zullen nauw samenwerken. De zorgprofessionals van deze teams komen er niet extra bij, bovenop de huidige capaciteit aan hulpverleners. Door bestaande functies te bundelen – en werkwijzen aan te passen – denken we juist met minder zorgprofessionals toe te kunnen. Daarmee wordt het stelsel ook overzichtelijker voor ouders en jeugdigen.

Het flexibel aanbod is aanvullend op de ondersteuning die vanuit de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams geboden wordt. Soms is in het kader van de generalistische aanpak van beide teams een specifieke, meer gespecialiseerde of intensievere, ondersteuning nodig. Deze kan dan eenvoudig ingeroepen worden vanuit het flexibele aanbod. Maar jeugdigen en ouders kunnen ook zelf voor advies en ondersteuning terecht bij de zorgaanbieders in het flexibele aanbod. In eerste instantie is dit aanbod ook vrij toegankelijk. Alleen voor intensievere zorg (bijvoorbeeld langer dan vijf gesprekken) is een verwijzing van het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team (of huisarts) nodig.
Op deze manier creëren we keuzevrijheid voor jeugdigen en ouders en voorkomen we dat de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams uitgroeien tot logge organisatorische grootheden. Ook ontstaat hierdoor een extra prikkel voor innovatie en kwaliteitsverbetering.

De gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen bestaan uit een aantal voorzieningen waarover we op regionaal (of zelfs landelijk) niveau met andere gemeenten afspraken maken of die we op stedelijk niveau organiseren. Ze zijn zo gespecialiseerd (en duur) dat we ze die niet op lokaal niveau kunnen organiseren. Bovendien willen we hen meer garantie bieden in hun voortbestaan dan voorzieningen in het flexibel aanbod. Het gaat om het nieuwe Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK), de crisisdienst, de jeugdbescherming- en reclassering, residentiële opvang, verblijf en pleegzorg en expertise- en behandelcentra. Daarnaast organiseren we ook stedelijke experttafels voor de meest complexe gezinnen en een stedelijke aanpak voor die gevallen waar de hulp (langdurig) stagneert.

Relatie sociaal domein (hoofdstuk 3)
Het nieuwe jeugdstelsel staat natuurlijk niet op zichzelf. Er zijn belangrijke raakvlakken met andere domeinen, zoals het onderwijs, de maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, gezondheidszorg en de jeugdbeschermings- en jeugdstrafketen. In hoofdstuk 3

beschrijven we de raakvlakken en de gezamenlijke opgave. Met het onderwijs zijn we al een eind op weg om concrete afspraken te maken over de aansluiting tussen het nieuwe jeugdstelsel en de zorgstructuur op school en regionaal in het kader van de samenwerkingsverbanden primair en voortgezet onderwijs. Op andere terreinen moet de komende jaren nog veel werk verzet worden.

Sturing, bekostiging en organisatie (hoofdstuk 4)
Voor de sturing, bekostiging en organisatie van het nieuwe jeugdstelsel kiezen we voor een hybride model dat past bij de complexiteit van de stad en de ordening naar de vier zorgvormen.

We sturen op vier verschillende manieren: 1. via de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, die dichtbij de jeugdigen en ouders de sociale veerkracht stimuleren en de kwaliteit van de zorg bewaken, 2. via de kwaliteits- en budgetregisseurs die gebiedsgericht de budgetten bewaken en sturen, 3. via de stedelijke sturing op beleidskaders en inkoop, en 4. via de regionale afspraken over (hoog)gespecialiseerde voorzieningen.

We sturen dicht bij de uitvoering en dagelijkse praktijk door de inrichting en positionering van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Deze teams functioneren feitelijk als verlengde overheid. De teams sturen op uitvoeringsniveau het zorggebruik door problemen klein te houden en eigen kracht te stimuleren.

We sturen gebiedsgericht door de budgetten te verdelen over een nader aantal te bepalen gebieden in de stad en kwaliteits- en budgetregisseurs aan te stellen die verantwoordelijk zijn om deze gebiedsbudgetten te beheren en de zorg te optimaliseren. De kwaliteits- en budgetregisseurs hebben goed zicht op wat er lokaal speelt in de wijken en buurten. Zij maken – binnen de stedelijke kaders – de keuzes hoe het gebiedsbudget het beste verdeeld kan worden over de verschillende zorgvormen, en zij grijpen in wanneer budgetten overschreden worden. De kwaliteits- en budgetregisseur stuurt op de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams en andere zorgaanbieders zonder hun professionele handelingsvrijheid aan te tasten.

We sturen centraal stedelijk op beleidskaders, monitoring en financiën van het nieuwe jeugdstelsel. Een centrale beleidsafdeling stelt het (meerjaren)beleidsplan en een verordening op en bewaakt de stedelijke begrotings- en beleidscyclus, inclusief de monitoring op de resultaten. Een centraal inkoopbureau contracteert (of subsidieert) alle zorgaanbieders. Ook de betalingen worden centraal afgehandeld. Op deze manier houden we centraal regie op het nieuwe jeugdstelsel.

We bekostigen de basisinfrastructuur van het nieuwe jeugdstelsel – (de basiskosten van) het digitale platform en de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams – functiegericht, op capaciteit. Voor deze basisinfrastructuur vinden we het belangrijk om onafhankelijkheid en continuïteit goed te waarborgen en geen perverse financiële prikkels in te bouwen om onnodig zelf zorg in te zetten of juist te snel door te verwijzen. Een functiegerichte bekostiging betekent niet dat er niet op prestaties gestuurd wordt. De kwaliteits- en budgetregisseur heeft hier een belangrijke rol. Hij kan de grootte of samenstelling van de teams aanpassen, wanneer bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen of de kwaliteit van de zorg daar om vraagt.

Het flexibele aanbod en de gespecialiseerde voorzieningen worden prestatiegericht bekostigd op gerealiseerde inzet (uren of dagen). Oude bekostigingssystematieken, zoals de jeugdzorgproducten, diagnosebehandelcombinaties of zorgzwaartepakketten, worden losgelaten, zodat werkelijk cliëntvolgend gewerkt kan worden: gedaan wordt wat nodig is, niet wat nu eenmaal van tevoren is afgesproken. De kwaliteits- en budget-

regisseur stuurt indirect op het flexibele aanbod en de gespecialiseerde voorzieningen, niet door vooraf volumeafspraken te maken, maar wel door bij te veel verwijzingen naar gespecialiseerde zorg in te grijpen. Voor (sommige) stedelijke en regionale voorzieningen zullen wel speciale garantieregelingen komen, zodat dure, gespecialiseerde zorg behouden blijft, ook bij plotseling snel afnemende vraag.

We organiseren de zorg niet zelf, maar laten dat – onder onze regie – over aan de zorgaanbieders (en ouders en jeugdigen). Het digitale platform en de ouder- en kindteams worden vormgegeven door (samenwerkende) zorgaanbieders. Voor de Samen DOEN-teams kiezen we – vanwege de aard van hun doelgroep en samenstelling van het team (inclusief bijvoorbeeld klantmanagers DWI) – dit moment nog wel voor een gemeentelijke teamleider die stuurt op de samenwerking, wij bekijken nog hoe dat vanaf 2015 zal zijn. Het overige zorgaanbod – het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen – wordt georganiseerd in een gereguleerde markt. Alle zorgaanbieders die voldoen aan de landelijke en stedelijke criteria krijgen een contract, op basis waarvan ze zorg kunnen factureren. We toetsen de kwaliteit van deze zorgaanbieders vooraf, maar ook gaandeweg door de klantwaarderingen en de betrokkenheid van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. We kunnen sturen op het volume door de stedelijke criteria voor toelating en het feit dat voor intensievere zorg een verwijzing van ouder- en kindteam of Samen DOEN-team (of huisarts) nodig is. De spelregels worden vastgelegd in een stedelijke verordening.

Financiën (hoofdstuk 5)
We schatten de kosten van het huidige jeugdstelsel op circa € 275 miljoen, waarvan nu ongeveer € 85 miljoen vanuit de gemeentelijke begroting komt. De kosten van het nieuwe jeugdstelsel worden volgens een eerste inschatting in de gemaakte indicatieve maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) geraamd op € 241 miljoen in 2017. Er is potentieel dus een positief saldo van € 34 miljoen. De businesscase en de MKBA daarvan zijn gebaseerd op een groot aantal aannames. Wanneer deze allemaal bewaarheid worden, is de besparing net genoeg om de rijksbezuiniging op het jeugdstelsel (die volgens de eerste inzichten zo'n € 32 miljoen bedraagt) te dekken. De besparing is onvoldoende om het mogelijke negatieve herverdeeleffect tussen gemeenten op te vangen. Dat kan – in het meest pessimistische scenario – voor Amsterdam oplopen tot een extra korting in 2017 van € 36 miljoen of meer. In de meicirculaire 2013 van het Rijk zal hierover meer duidelijk worden. In de besluitvorming in het najaar zullen nadere voorstellen voorgelegd worden.

Gevolgen (hoofdstuk 6)
De consequenties van het nieuwe jeugdstelsel voor jeugdigen en ouders, zorgaanbieders en de gemeente zelf zijn nog niet precies aan te geven. Duidelijk is wel dat iedereen de gevolgen van deze ingrijpende stelselwijziging gaat merken. Ouders en jeugdigen (maar ook kinderdagverblijven en scholen) worden meer aangesproken om naar oplossingen te zoeken binnen hun eigen netwerk. Ze krijgen meer te maken met een generalist vanuit het jeugdstelsel: de ouder- en kindadviseur van het ouder- en kindteam of de (jeugd) generalist van het Samen DOEN-team. Dit is een direct gevolg van het meer 'naar-voren-toe' organiseren van de zorg. Zorgprofessionals moeten anders gaan werken. Zorginstellingen moeten nieuwe samenwerkingsverbanden aangaan en krijgen minder geld. Ook de gemeente krijgt te maken met een reorganisatie, ambtelijk en bestuurlijk. Des te ingrijpender in een tijd waarin de inrichting van het bestuurlijk stelsel in de stad op de schop gaat en er grote bezuinigingen op het ambtelijk apparaat voorgenomen zijn.

Veranderstrategie (hoofdstuk 7)
De complexe opgave om te komen tot een nieuw jeugdstelsel vraagt een zorgvuldige veranderstrategie. We onderscheiden drie veranderniveaus met hun eigen aanpak. Op het primaire niveau van jeugdigen, gezinnen en zorgprofessionals zetten we in op een

transformatieproces. Er moet anders gewerkt gaan worden, tussen zorgprofessionals onderling, maar vooral ook tussen zorgprofessionals en jeugdigen en ouders. Deze transformatie zal niet op 1 januari 2015 klaar zijn, maar moet als lerend ontwikkelen in het nieuwe stelsel verankerd worden. Op het secundaire niveau van managers en organisaties bieden we heldere kaders en randvoorwaarden en werken we aan vernieuwing vanuit een open proces van cocreatie. We betrekken de instellingen, maar hakken ook tijdig knopen door. Op het tertiaire niveau van de bestuurders maken we snel heldere afspraken met de regiogemeenten, schoolbesturen en de zorgverzekeraars.

De proeftuinen Om het kind die begin 2013 starten helpen ons om essentiële elementen van het nieuwe jeugdstelsel te 'proeven' op hun validiteit. We beseffen dat er niet veel tijd is om te testen en te toetsen. We zullen al lerend moeten ontwikkelen. Maar ook dat vraagt iets van het stelsel dat we nu gaan bouwen.

Verantwoording (hoofdstuk 8)
Voorliggend Koersbesluit is een beleidsdocument, geen wetenschappelijk verhandeling. Onze focus is gelegen in een poging om de inrichtingskeuzes die we maken helder te beschrijven. De verantwoording van de keuzes is vaak summier gehouden. Dit betekent niet dat er niet veel denkwerk, discussies en onderzoek aan voorafgegaan is. De rapporten en onderzoeken die ten grondslag hebben gelegen aan onze keuzes zijn te vinden in het laatste hoofdstuk. In de hoofdtekst – en soms in voetnoten – wordt naar deze publicaties verwezen.

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 was het kabinetsvoornemen om per 1 januari 2015 de gehele jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering, jeugd-GGZ en jeugd-(L)VB te decentraliseren naar de gemeenten. Deze stelselwijziging gaat gepaard met een grote bezuinigingsopgave, maar biedt ook de gelegenheid de kwaliteit van de zorg voor jeugdigen en gezinnen sterk te verbeteren. Transitie en transformatie kunnen en moeten hand in hand gaan. Kort samengevat: het kan beter en eenvoudiger, en het moet goedkoper. In de *Visie Om het kind* hebben we onze uitgangspunten, principes en ambities op dit vlak beschreven.

De volgende stap is het nu voorliggende Koersbesluit. In dit document beschrijven wij de hoofdlijnen van het nieuwe jeugdstelsel. Het is een schets van het stelsel in 2015. Waar kunnen ouders en hun kinderen straks terecht voor hulp en ondersteuning? Hoe is de relatie met passend onderwijs en andere domeinen, zoals werk en inkomen, gezondheidszorg, politie en justitie? Wat verandert er aan de positie van de huidige instellingen en hoe worden zij straks bekostigd? Het Koersbesluit geeft richting, maar is geen blauwdruk. De inrichting van het transitie- en transformatieproces is te vinden in het programmaplan II (2013-2014).

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 moet iedereen straks uit de voeten kunnen met het nieuwe jeugdstelsel. Dit Koersbesluit bevat daarom geen enkelvoudig, eendimensionaal voorstel voor de inrichting daarvan, maar beoogt 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.

Totstandkoming

We hebben dit Koersbesluit geschreven in samenspraak met velen. Hier wordt kort iets gezegd over hoe we het afgelopen jaar het gesprek aangegaan zijn met professionals, instellingen, stadsdelen en experts van buiten. Bij de totstandkoming van de *Visie* zijn door middel van focusgroepen ook ouders betrokken. Voor het Koersbesluit hebben we dat niet opnieuw gedaan. Voor het vervolg zal de cliëntparticipatie wel weer nadrukkelijker vorm krijgen.

In het voorjaar van 2012 hebben we instellingen en stadsdelen uitgenodigd om met hun eigen (functioneel) ontwerp van het nieuwe jeugdstelsel te komen. Vele hebben daarvan gebruik gemaakt. In totaal zijn 28 plannen binnengekomen. Soms kort en bondig, soms zeer uitgebreid en uitgewerkt. Soms was het plan een product van een enkele instelling, maar verrassend genoeg hadden instellingen elkaar ook vaak opgezocht om met een gezamenlijk ontwerp te komen. Op de site https://jeugd020.pleio.nl zijn de meeste bijdragen te vinden, inclusief een overzicht en samenvatting van al deze bijdragen.
Op 31 mei 2012 kregen de instellingen de gelegenheid om hun plannen aan elkaar en de gemeente voor te leggen. Tijdens deze ochtend heeft de gemeente ook de eerste schetsen van haar eigen ontwerp gepresenteerd en gereageerd op de inbreng van alle partijen.

Zomer 2012 is gewerkt aan een eerste versie van het Koersbesluit. Na het zomerreces is dit voorgelegd aan de toenmalige wethouder Jeugd, Lodewijk Asscher, en vervolgens op 13 september 2012 vrijgegeven voor inspraak. Alle betrokkenen kregen de gelegenheid om tot 15 oktober 2015 hun reactie te geven. Ook dit keer is er weer massaal gereageerd. Er kwamen 33 schriftelijke reacties binnen. Daarnaast hebben we zeven verdiepingsbijeenkomsten georganiseerd in de stadsdelen. Hier waren alles bij elkaar 200 zorgprofessionals en stadsdeelambtenaren aanwezig. Ook is het concept Koersbesluit voorgelegd aan de adviescommissie Veranderingen Sociaal Domein en is een dwarskijksessie georganiseerd met experts van buiten. Op de pleiosite *Om het kind* zijn (bijna) alle reacties en de nota van beantwoording inclusief samenvatting van de reacties te vinden.

We realiseren ons dat we er met het voorliggende Koersbesluit nog niet zijn. Daarom heet het Koersbesluit ook een 'Koersbesluit.' Het geeft de richting aan die we de komende twee jaar willen inslaan door het toekomstperspectief voor de situatie na 1 januari 2015 te schetsen. Het is geen blauwdruk. Veel zal nog gaandeweg ontdekt moeten worden. Een belangrijk instrument hierbij zijn de proeftuinen *Om het kind,* die inmiddels in de stadsdelen gestart zijn. Maar los daarvan zullen we ook op andere manieren continu het gesprek met de zorgprofessionals, zorginstellingen, gemeentelijke diensten, stadsdelen én – niet te vergeten – jeugdigen en ouders zelf, blijven opzoeken.

Leeswijzer

Het Koersbesluit kent de volgende opbouw. In het eerste hoofdstuk schetsen wij eerst nog eens de opgave waarvoor wij staan. Gedeeltelijk is dit een herhaling van de *Visie*, zoals vastgesteld door de gemeenteraad op 4 april 2012.

In hoofdstuk 2 beschrijven we vervolgens de hoofdlijnen van het nieuwe jeugdstelsel. In dit hoofdstuk gebeurt dat vooral op inhoud (eerder spraken we van het 'functioneel ontwerp'). In hoofdstuk 4 komen de organisatorische en bekostigingsaspecten aan bod. Tussen deze twee kernhoofdstukken van het Koersbesluit in schetsen we in hoofdstuk 3 de positie van het nieuwe jeugdstelsel ten opzichte van de andere domeinen.

In hoofdstuk 5 geven we een overzicht van de middelen van het nieuwe jeugdstelsel: om hoeveel geld gaat het eigenlijk en welke verschuivingen vinden er plaats? In dit hoofdstuk geven we ook een samenvatting van de eerste maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA).

In hoofdstuk 6 doordenken we de consequenties van het Koersbesluit voor klanten, zorgprofessionals en zorginstellingen en de gemeente zelf. Het is een eerste oefening. Veel moet nog duidelijk worden, komend jaar. In hoofdstuk 7 gaan we ten slotte kort in op de gekozen veranderstrategie. Hoe blijven we iedereen betrekken bij het ingewikkelde transitieproces waarvoor wij staan?

Gehanteerde begrippen

Jeugdstelsel: het gehele stelsel aan voorzieningen dat per 1 januari 2015 onder de nieuwe Jeugdwet valt, plus het deel van de (preventieve) jeugdgezondheidszorg dat blijft vallen onder de Wet publieke gezondheid. Het Advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling wordt een gemeentelijke verantwoordelijkheid in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning, maar is meegenomen in dit Koersbesluit.

Zorg (voor jeugd): al het aanbod onder verantwoordelijkheid van de gemeente in het kader van het nieuwe jeugdstelsel (zie hierboven). Omwille van de leesbaarheid wordt 'zorg voor jeugd' in de regel afgekort tot 'zorg,' zoals in 'de vier vormen van zorg.' In termen van het huidige stelsel gaat het dus om het lokale preventieve aanbod (jeugdgezondheidszorg en opvoed- en opgroeiondersteuning), jeugdzorg, jeugdbescherming en –reclassering, jeugd-GGZ, en Jeugd-VB, maar ook de functies begeleiding, kortdurend verblijf en persoonlijke verzorging die voorheen onder de AWBZ vielen, maar straks onder de nieuwe Jeugdwet (als het 0-18 jarigen betreft).

Zorgaanbieder: natuurlijk of rechtspersoon die 'zorg voor jeugd' levert onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Zorgprofessional: natuurlijk persoon die 'zorg voor jeugd' levert onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

Zorginstelling: rechtspersoon die 'zorg voor jeugd' levert onder verantwoordelijkheid van de gemeente.

NB in de nieuwe Jeugdwet wordt vooral van **Jeugdhulp** gesproken, waarmee bedoeld wordt: alle ondersteuning, begeleiding, hulp en (ver)zorg(ing) aan jeugdigen en hun ouders onder de nieuwe Jeugdwet, maar niet het preventieve aanbod, jeugdgezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Juist vanwege deze beperking kiezen we meestal voor een andere, generiekere, terminologie. Het woord jeugdhulp (en afgeleide daarvan, zoals **jeugdhulpaanbieder** of **jeugdhulpverlener**) gebruiken we echter ook, wanneer van toepassing, in de zin van de nieuwe Jeugdwet.

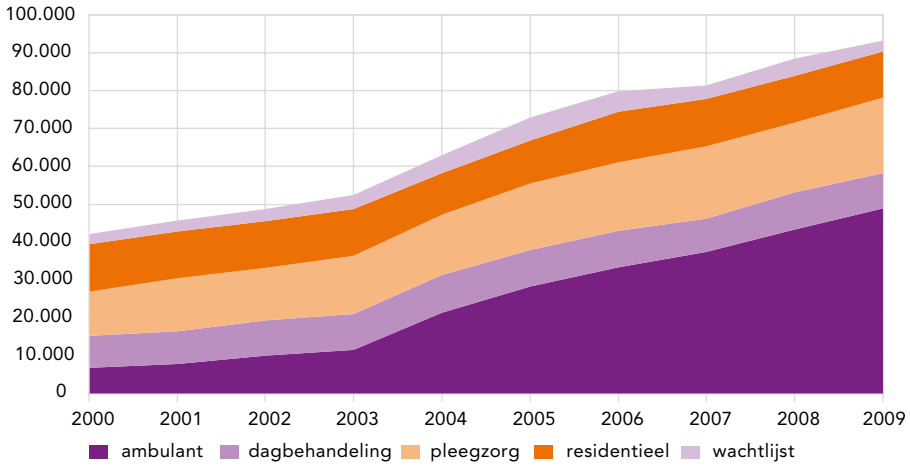
1 Uitgangspunten

In dit inleidende hoofdstuk memoreren we kort wat de aanleiding was om tot een geheel nieuwe inrichting van het jeugdstelsel te komen en wat hierbij ons doel en onze uitgangspunten zijn. Gedeeltelijk is dit een herhaling van wat in de *Visie Om het kind* beschreven staat. Toch hebben wij gemeend ook het Koersbesluit hiermee te moeten beginnen. Al te gauw verliezen we bij het inrichten van een nieuw stelsel de aanleiding en het doel uit het oog. Waarom deden we het ook al weer? Bovendien heeft de tijd sinds voorjaar 2012 niet stilgestaan. Een aantal kaders – vooral de concept Jeugdwet – zijn nieuw.

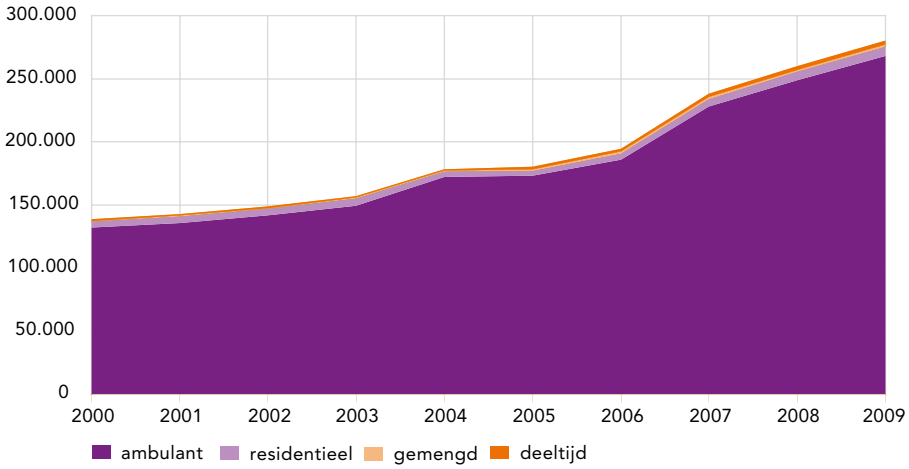
1.1 Knelpunten in het huidige jeugdstelsel

In 2007 concludeerde toenmalig wethouder Lodewijk Asscher al dat het jeugdstelsel een Monster van Frankenstein was geworden. Dat was de aanzet tot het Amsterdamse onderzoek *Systeem in Beeld*. Maar ook landelijk klonk er al lange tijd de roep om een stelselwijzing. Bijvoorbeeld in het kader van de *Operatie Jong (2004-2006)*, van commissaris jeugd- en jongerenbeleid Steven van Eijk, die zijn eindrapport aanbood als sturingsadvies voor het kabinet Balkenende IV. Toen in 2007 André Rouvoet aantrad als eerste (en vooralsnog laatste) minister van Jeugd en Gezin, ging hij voortvarend van start met de oprichting van Centra voor Jeugd en Gezin, maar een stelselwijziging werd lange tijd door hem niet nodig geacht. Pas na de publicatie van de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (BMC 2009), het VNG-rapport van de commissie Zorg voor jeugd (Paas 2009) en het rapport van de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg (Tweede kamer 2010) ging het roer om.

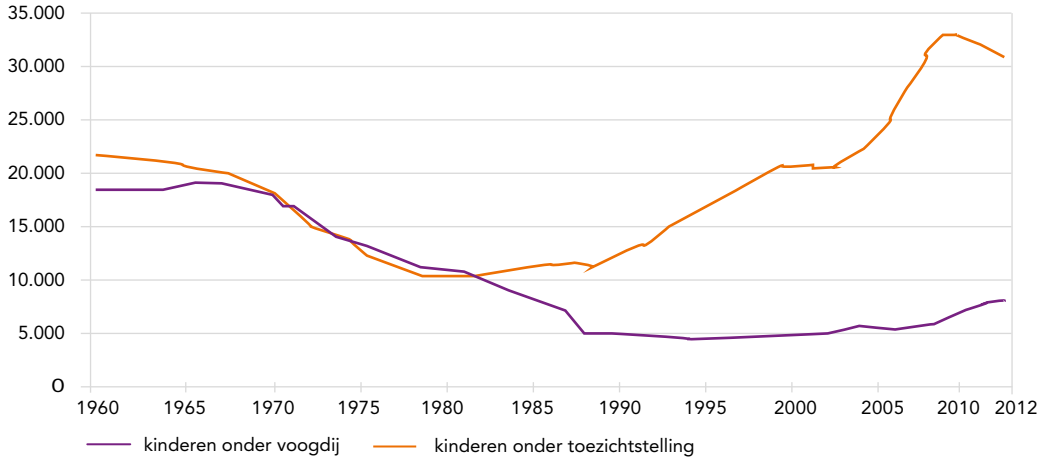
De tekortkomingen van het huidige stelsel zijn talrijk en kwamen ook al aan de orde in de *Visie Om het kind* (§ 2.2). We noemen hier enkele van de belangrijkste, zoals vastgesteld in onze eigen en landelijke onderzoeken. Meest in het oog springend zijn wellicht de alsmaar toenemende kosten. Het Sociaal Cultureel Planbureau liet in 2011 zien hoe de kosten voor de tweedelijns jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-(L)VB de afgelopen jaren gestaag groeiden. De provinciaal (in Amsterdam door de stadsregio) gefinancierde jeugdzorg groeide enorm in de jaren 2003-2009 (zie onderstaand figuur ontleend aan SCP 2011). Vrijwel de gehele stijging in de kosten van de jeugdzorg kwam voor rekening van de ambulante hulpverlening. Ook de meest recente cijfers (Verwey-Jonker 2012) laten nog steeds een stijging zien.



Ook het gebruik van de jeugd-GGZ nam in de jaren 2000 – 2009 sterk toe. Het aantal gebruikers verdubbelde. Ook hier vond de groei vooral (of zelfs uitsluitend) plaats in de ambulante zorg (zie onderstaand figuur ontleend aan SCP 2011).



Naast het hulpaanbod steeg overigens ook het aantal aanmeldingen bij de voordeur van bureau jeugdzorg en het AMK, en het aantal ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen in de jaren 2005 – 2009 zeer sterk (Berends 2010). Pas de laatste twee jaar daalt het aantal ondertoezichtstellingen weer (V&J 2013).



Bron: Ministerie van Justitie, bewerking CBS

Afgelopen tijd is flink extra geïnvesteerd in de preventieve aanpak. In Amsterdam heeft de motie Kinderen Eerst van (toen nog) gemeenteraadslid Lodewijk Asscher in 2005 een belangrijke impuls gegeven. Landelijk zijn er onder André Rouvoet vanaf 2008 extra middelen beschikbaar gesteld via de tijdelijke regeling Centra Jeugd en Gezin (CJG) – nu doeluitkering CJG geheten. Het laagdrempelige aanbod aan opvoed- en opgroeiondersteuning in Amsterdam is de afgelopen jaren dan ook sterk toegenomen (OKC 2010 & 2011). De inrichting van de Centra voor Jeugd en Gezin landelijk en de Ouder- en Kindcentra in Amsterdam heeft de trend van de stijgende zorgkosten – naar het zich laat aanzien – echter niet kunnen keren (Algemene Rekenkamer 2012). Al met al heeft dit de afgelopen jaren geleid tot een jeugdstelsel met zeer hoge kosten.[1]

1 De sterk stijgende zorgkosten zijn niet uniek voor de jeugdzorg, zie het rapport van KPMG en Plexus, *Onderzoek Excess Growth* (2012) en het rapport van ministerie van VWS, *Naar een beter betaalbare zorg* (2012).

Maar er is meer dan geld alleen. Door de versnippering in de zorg en de ingewikkelde en lange indicatieprocedures bleek keer op keer dat de juiste ondersteuning niet tijdig werd geleverd. Soms met dramatische gevolgen (Onderzoeksraad 2011). De voorbeelden zijn bekend. Gezinnen met wel tien tot vijftien hulpverleners over de vloer. Meldingen bij het AMK die pas na anderhalf jaar tot een ondertoezichtstelling leiden (en dan moet de hulp nog beginnen). Om dit op te lossen is er de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in coördinatiemechanismen en versimpeling van procedures. Ook in Amsterdam. Maar het is niet genoeg.

Ten slotte is gebleken dat we er in het huidige stelsel niet in geslaagd zijn om problemen klein te houden en zorg dichtbij te organiseren. De enorme toename van vooral de ambulante jeugdzorg en jeugd-GGZ betekende niet dat deze voor jeugdigen en ouders ook laagdrempelig en kortdurend geleverd werd in de vertrouwde omgeving van gezin, school en buurt. Er is dan nog steeds te weinig ruimte voor eigen kracht en normaliseren – 'opgroeien gaat met vallen en opstaan,' 'opvoeden is voor elke ouder een uitdaging' – en te veel nadruk op labelen – 'dit kind heeft ADHD, DCD, PDD-nos, etc.' – en medicaliseren – 'dit kind moet naar de psycholoog.'

1.2 De oplossing: transitie én transformatie

Het tweede kabinet-Rutte heeft de voornemens van het eerste kabinet-Rutte bekrachtigd. Per 1 januari 2015 wordt de gehele jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering, jeugd-GGZ en jeugd-VB[2] gedecentraliseerd naar de gemeenten. Dit is niet enkel en alleen een overheveling van budgetten. Iedereen is zich ervan bewust dat de transitie ook een transformatie moet zijn. De noodzaak hiertoe is extra pregnant door de flinke bezuinigingsopgave die ons te wachten staat (zie hoofdstuk 5). We kunnen simpelweg de dingen niet meer op dezelfde manier doen, omdat we het niet kunnen betalen.

De gemeente Amsterdam heeft haar visie op deze hervorming van het jeugdstelsel dit voorjaar vastgesteld. Geïnspireerd door tal van landelijke adviezen – zoals dat van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg* (2012) – en verschillende brede bijeenkomsten in de stad, zijn een aantal centrale ambities en uitgangspunten vastgesteld. Hier herhalen we kort de drie hoofdpunten.

Eigen Kracht en sociale veerkracht
Ouders zijn als eersten verantwoordelijk voor hun kinderen. De inrichting van het jeugdstelsel moet dus zo zijn dat ouders in staat worden gesteld om goed voor hun kinderen te kunnen zorgen. De zorgprofessional moet ondersteunen bij de opvoedkundige taak waar nodig, maar die niet over willen nemen, uitzonderingen daargelaten. Eigen kracht is zowel effectiever (het werkt beter) als goedkoper (omdat het overconsumptie van specialistische zorg kan voorkomen). Eigen kracht is niet 'ieder voor zich' en 'zoek het zelf maar uit.' Daarom spreken we ook wel van sociale veerkracht. Ouders en jeugdigen mogen iets van elkaar verwachten, en het sociale netwerk waarin zij functioneren.

Kleine problemen blijven klein
Iedere ouder of beroepskracht die intensief met kinderen werkt, maakt zich wel eens zorgen over het gedrag of de (lichamelijke) ontwikkeling van een kind. We willen dat vragen stellen normaal wordt en dat je met vragen ook snel bij iemand terecht kunt: een andere ouder, een leerkracht of, als het wat ingewikkelder is, een zorgprofessional, maar dan een 'expert van het gewone leven.' Dichtbij, in de directe omgeving. Zo willen we werken aan een sterke pedagogische omgeving.

2 In het regeerakkoord wordt nog gesproken van jeugd-LVB. Naar verwachting zal dit in de nieuwe Jeugdwet verbreed worden naar de hele zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking (met uitzondering van hen die levenslang aangewezen zijn op instellingzorg), zie § 1.5.

Snel effectieve hulp in de vertrouwde omgeving
Ernstige en langdurige gedrags- en ontwikkelproblemen zullen er altijd zijn. Effectieve zorg moet dan snel en zo dicht mogelijk bij huis – en in combinatie met het aanbod op kinderdagverblijf of school – ingezet worden.

1.3 De missie en doelen

De missie en de doelen van het nieuwe jeugdstelsel zijn verwoord in de *Visie Om het kind* en het bijbehorende programmaplan en het daarin opgenomen Doelen – Inspanningen – Netwerk (DIN). Voor de goede orde herhalen we ze hier nog kort.

Missie
In Amsterdam groeien kinderen en jongeren veilig en gezond op, ontwikkelen hun talenten en participeren volwaardig en verantwoordelijk.

Doelen
1. Ouders en jeugdigen benutten hun eigen kracht en die van de omgeving bij het oplossen van ontwikkel- en opvoed- en opgroeiproblemen.
2. Amsterdam heeft een sterke pedagogische infrastructuur, waardoor kleine problemen klein blijven en talenten worden ontwikkeld.
3. Amsterdam biedt passende zorg voor jeugd (zo veel mogelijk) in de vertrouwde omgeving van gezin, school en buurt.
4. De Amsterdamse zorg voor jeugd is goed afgestemd op de (extra) onderwijsondersteuning om zo passend onderwijs te kunnen bieden aan alle leerlingen.
5. De Amsterdamse zorg voor jeugd is transparant, effectief, efficiënt en betaalbaar.

1.4 De doelgroep

De doelgroep van het nieuwe jeugdstelsel zijn alle jeugdigen en gezinnen in de stad Amsterdam. Het gaat om 143.000 jeugdigen van 0 tot 18 jaar en circa 100.000 gezinnen (O&S 2011). Naast ouders worden onder de doelgroep ook andere volwassenen gerekend die een opvoedkundige rol hebben richting jeugdigen, zoals familie, buurtbewoners, en vooral pedagogisch medewerkers van voorschoolse voorzieningen, leerkrachten in het primair onderwijs en docenten in het voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs. In de *Visie Om het kind* (§ 2.1) werd al uitgebreid stilgestaan bij de Amsterdamse jeugdigen en gezinnen. Hier willen we er echter toch nog een aantal zaken uitlichten.

Burgers van Amsterdam
In de concept Jeugdwet is opgenomen dat de gemeente verantwoordelijk is voor de jeugdhulp en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering ten behoeve van jeugdigen die hun woonplaats hebben binnen de gemeente. Gemeenten zullen ook de middelen ontvangen die hierbij horen. Amsterdam heeft echter een regionale functie. In het bijzonder geldt dat voor het speciaal onderwijs, het voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs. Amsterdam wil leerlingen op deze onderwijsvoorzieningen basisondersteuning bieden – zeker als het gaat om collectieve preventieactiviteiten – , ook al zijn zij niet in Amsterdam woonachtig. Met de regiogemeenten zullen afspraken gemaakt worden tot op welk niveau dit kan en wanneer de kosten verrekend worden of er doorverwezen wordt naar een voorziening in de woonplaats van desbetreffende jeugdige.

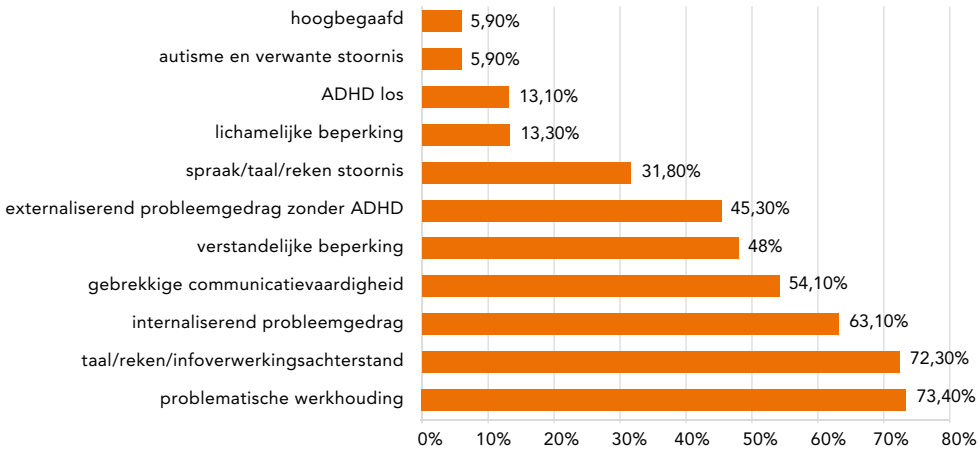
Leeftijdsafbakening

In de concept Jeugdwet is opgenomen dat onder een 'jeugdige' verstaan wordt een persoon die de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt.[3] Wel heeft de gemeente de verplichting jeugdhulp te continueren (tot 23 jaar),[4] wanneer deze al aangevangen was voordat de jeugdige 18 jaar werd. Deze bepaling in de concept Jeugdwet ontslaat de gemeente niet van de verplichting – vanuit andere wettelijke kaders zoals de Wet maatschappelijke ondersteuning of de nieuwe Participatiewet – om ook aan jongvolwassenen bepaalde ondersteuning te bieden. Voor volwassenenzorg die buiten haar domein valt – denk vooral aan geestelijke gezondheidszorg en (L)VB-zorg – zal de gemeente goede afspraken moeten maken met de zorgverzekeraars, zodat jeugdigen ook na hun 18e snel en integraal geholpen worden wanneer dit nodig is. Het voorliggend Koersbesluit schetst vooral het jeugdstelsel binnen de kaders van de concept Jeugdwet, dus voor de doelgroep tot 18 jaar. In ons algemeen jeugdbeleid houden we echter oog voor de jongvolwassenen (18 – 23 jaar), vooral als het gaat om kwetsbare doelgroepen.

Kwetsbare jeugdigen

Zoals gezegd, richten we het nieuwe jeugdstelsel in voor alle jeugdigen en hun ouders. Dit is geen holle beleidsfrase, maar uitvloeisel van onze keuze om het ontzorgen en normaliseren centraal te stellen, en ons dus niet alleen te richten op een kleine groep 'zorgkinderen' of 'probleemgezinnen.' Deze benadering betekent echter niet dat alle jeugdigen dezelfde (mate van) zorg zullen krijgen. De basis is dezelfde, maar waar meer nodig is wordt 'opgeschaald' vanuit de basis. Nieuw in het nieuwe jeugdstelsel is dat de basiszorg (voor alle jeugdigen en hun ouders) en een belangrijk deel van de extra zorg (voor die groep die net wat meer aandacht nodig heeft) vanuit één team geleverd wordt. Zo kunnen we naar verwachting eerder, sneller en beter zorg bieden. En zo hopen we ook dat bij het vinden van oplossingen meer de omgeving van de jeugdige en zijn gezin betrokken wordt, en minder het 'probleemgeval' geïsoleerd bekeken wordt.

In de *Visie Om het kind* werd al aangeven dat voor circa 20% – het precieze percentage is afhankelijk van de gehanteerde definities en meetinstrumenten – van de jeugdigen geldt dat hun omgeving hun gedrag of ontwikkeling als zorgelijk inschat. Jeugdigen zelf lijken over het algemeen iets minder bezorgd dan hun ouders of leerkrachten. Zo geeft één op de tien tweedeklassers in het voortgezet onderwijs aan niet lekker in z'n vel te zitten (GGD 2012). Op basis van verschillende onderzoeken in Amsterdam hebben we de problemen waar jeugdigen (en hun opvoeders) mee kampen vrij precies in beeld. Uit onderzoek van het Kohnstamm-instituut blijkt bijvoorbeeld dat basisschoolleerkrachten 22% van hun leerlingen als zorgleerling kwalificeert. Gevraagd naar de reden tot zorg ontstaat het volgende beeld (SPA 2011):



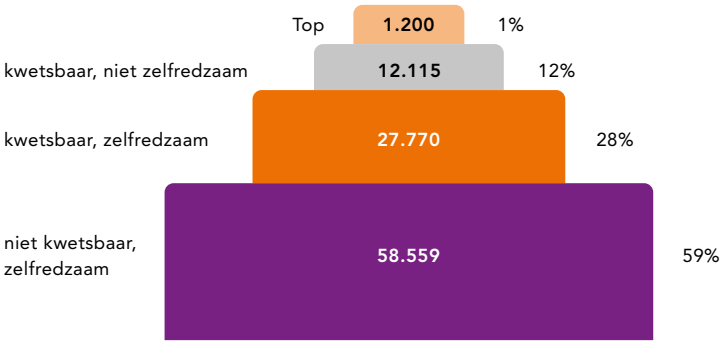
3 Amsterdam is voorstander van een leeftijdsgrens tot 23 jaar en lobbyt hierover richting het Rijk. De verwachting is echter niet dat de leeftijdsgrens in de Jeugdwet nog zal veranderen.

4 NB de groep jongeren van 18 tot en met 23 jaar is relatief groot: 66.970. Dit heeft te maken met de regionale functie van Amsterdam voor het mbo, hbo en universitair onderwijs.

Hieruit blijkt dat gedragsproblemen in de klas een veelvoorkomend fenomeen zijn. In veel gevallen zal de leerkracht zelf een manier vinden om deze hanteerbaar te maken. Tegelijkertijd weten we ook (Van der Meer 2011) dat juist deze pedagogische opgave door leerkrachten als zwaar wordt ervaren.

Zoals aangegeven in § 1.1, is het beroep op tweedelijns jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-(L)VB de afgelopen twaalf jaar enorm toegenomen. In het kader van de sociaal-ruimtelijke analyse van de programma's Om het kind en Samen DOEN is het zorggebruik per stadsdeel, wijk en buurt in beeld gebracht. In Amsterdam is ruim 4% van de kinderen bekend bij Bureau Jeugdzorg. Ruim 2% maakt ook gebruik van stadsregionaal gefinancierde jeugd- en opvoedhulp. Het gebruik van jeugd-GGZ ligt beduidend hoger, met gemiddeld bijna 6%, terwijl extramurale (L)VB-zorg slechts door een klein percentage (0,5%) van de jeugdigen gebruikt wordt. Vanwege dubbeltellingen zijn deze percentages niet zonder meer bij elkaar op te tellen, maar zeker 6% van de jeugdigen lijkt op het ogenblik gebruik te maken van specialistische zorg. Dit percentage willen we naar beneden krijgen, maar we realiseren ons ook dat er altijd jeugdigen en gezinnen zullen blijven die gespecialiseerde zorg nodig hebben.

Kwetsbare en niet-zelfredzame gezinnen
Het nieuwe jeugdstelsel richt zich op alle gezinnen. Ook hier geldt echter dat niet alle gezinnen dezelfde ondersteuning nodig hebben. In het kader van de aanpak 'Samen DOEN in de buurt' is een uitgebreide analyse gemaakt van de huishoudens in Amsterdam. Er is een onderscheid gemaakt naar 1. zelfredzaam en niet-zelfredzaam en 2. kwetsbaar en niet-kwetsbaar. Bij het eerste onderscheid is gebruik gemaakt van de zelfredzaamheidmatrix,[5] bij het tweede onderscheid is gekeken naar factoren als GGZ- en LVB-problematiek en armoede van het huishouden. Wanneer we kijken naar de circa 100.000 huishoudens met kinderen in Amsterdam, levert dit de volgende verdeling op, weergegeven in een piramide.



Van zo'n 87% van de gezinnen in Amsterdam wordt dus ingeschat dat ze zelfredzaam zijn, ook al is er bij een deel daarvan wel degelijk sprake van armoede, of GGZ- of (L)VB-problematiek. Zo'n 13% heeft wel problemen om de boel zelf draaiende te houden (waarvan de top 1% ook ernstige overlast veroorzaakt voor de omgeving). Zij zullen intensiever begeleid moeten worden, omdat de zelfregie mist. In hoofdstuk 2 gaan we nader in hoe we deze differentiatie in de doelgroepen vertaald hebben in de inrichting van het nieuwe jeugdstelsel: met de ouder- en kindteams voor alle jeugdigen en gezinnen en de Samen DOEN-teams voor de niet-zelfredzame huishoudens. Dit onderscheid maken we omdat

5 De zelfredzaamheidmatrix (ZRM) is een instrument ontwikkeld door de GGD Amsterdam, waarmee behandelaars, beleidsmakers en onderzoekers de mate van zelfredzaamheid van hun cliënten eenvoudig en volledig kunnen beoordelen. De ZRM heeft elf domeinen waarop de mate van zelfredzaamheid wordt beoordeeld: inkomen, dagbesteding, huisvesting, gezinsrelaties, geestelijke gezondheid, fysieke gezondheid, verslaving, ADL-vaardigheden, sociaal netwerk, maatschappelijke participatie, en justitie. Zie verder de website www.zelfredzaamheidmatrix.nl

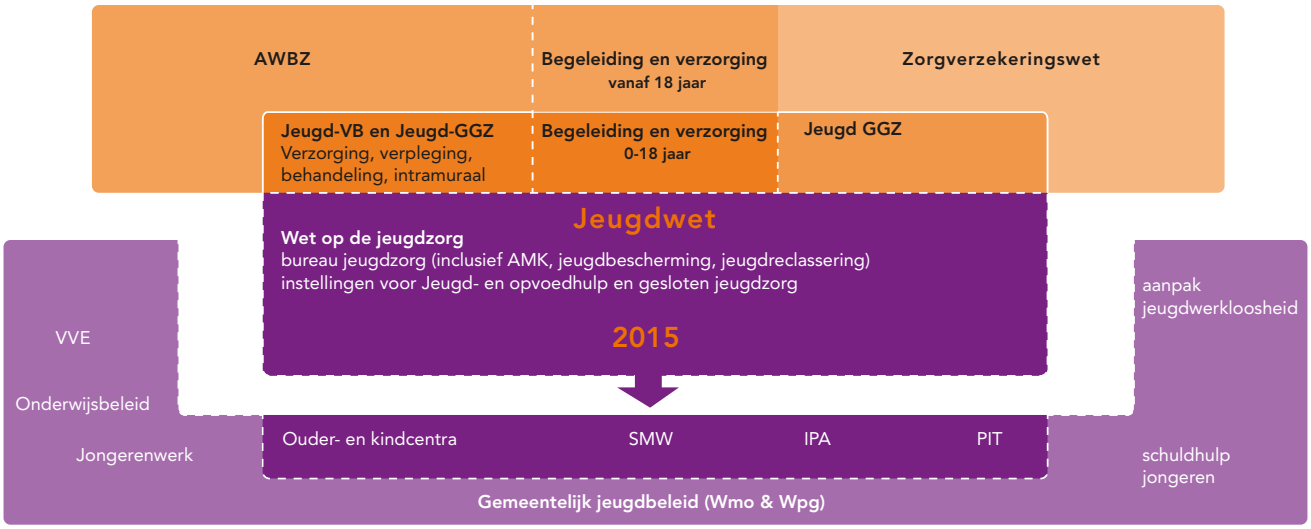
verschillende doelgroepen een verschillende aanpak vergen, niet om weer nieuwe schotten in het stelsel te introduceren. We zullen er dan ook voor zorgen dat de twee aanpakken, en de twee teams, nauw samenwerken.

1.5 De kaders en uitgangspunten

De *Visie Om het kind* is uitgangspunt geweest voor het opstellen van dit Koersbesluit. Hier herhalen we slechts een aantal kernpunten en vullen aan naar aanleiding van ontwikkelingen sinds april 2012.

Wettelijk kader: concept Jeugdwet
Ten tijde van het opstellen van de *Visie Om het kind* was nog niet bekend hoe de nieuwe Jeugdwet eruit zou gaan zien. Enkele maanden later, op 18 juli 2012 werd de concept Jeugdwet vrijgegeven voor de (internet)consultatie. Op 16 januari 2013 ontvingen wij vertrouwelijk een aangepaste versie van de wetstekst. Deze laatste versie van de Jeugdwet verschilt op een flink aantal punten van de vorige versie. In dit Koersbesluit hebben we deze wijzigingen meegenomen. Het is de verwachting dat het conceptwetsontwerp dit voorjaar naar de ministerraad zal gaan. Daarna volgt nog het wetgevingstraject van Raad van State, Tweede en Eerste Kamer. Ongetwijfeld zal dat nog de nodige wijzigingen opleveren.

De nieuwe Jeugdwet vervangt de huidige Wet op de Jeugdzorg. Daarnaast gaan delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten – te weten de Jeugd-VB en langdurige jeugd-GGZ en begeleiding en verzorging voor jeugdigen – , de Zorgverzekeringswet (Jeugd-GGZ) en Wet maatschappelijk ondersteuning (opvoed- en opgroeiondersteuning) en Wet publieke gezondheid (maatwerk jeugdgezondheidszorg) over naar de nieuwe Jeugdwet. Het grootste deel van de zorg voor jeugd komt daarmee binnen één wettelijk kader te vallen. In schema:



Dit Koersbesluit neemt het conceptwetsontwerp als uitgangspunt. Dit betekent niet dat de gemeente Amsterdam zich op alle punten kan vinden in de nieuwe Jeugdwet. Zo maken we ons zorgen over de positie die aan de huisarts wordt gegeven als verwijzer naar alle vormen van jeugdhulp, de geringe invloed die de gemeente lijkt te kunnen uitoefenen op de jeugdbescherming en jeugdreclassering, de sterke inperking om eigen bijdragen te kunnen heffen, en de nadere regels die het Rijk lijkt te gaan stellen in de vorm van tal van Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's) en ministeriële regelingen.

Vooral dit laatste is een heikel punt. Wanneer de gemeente aan de ene kant niet genoeg beleidsvrijheid krijgt, maar aan de andere kant flink moet bezuinigen zal zij voor een onmogelijke opgave komen te staan.

Financieel kader: bezuinigingsopgave
Het is duidelijk dat het met heel veel minder geld moet. Voor de jeugdhulp en jeugdbescherming en -reclassering gaat het om een bezuinigingsopgave van 15%, voor de AWBZ-begeleiding en verzorging zelfs om 25%. Daarnaast zal naar verwachting ook de verdeling van de middelen over de gemeenten een aanzienlijk negatief herverdeeleffect voor Amsterdam te zien geven (zie hoofdstuk 5). In het nieuwe jeugdstelsel moet de kostenbeheersing dus goed geregeld zijn. Er moeten voldoende prikkels zijn om te investeren in preventie, effectieve interventie en innovatieve specialistische hulp, terwijl tegelijk de instroom in zorg naar beneden moet.

Keuzevrijheid voor de jeugdige en zijn ouders
In de concept Jeugdwet wordt expliciet gesteld dat de gemeente de jeugdige en zijn ouders 'waar redelijkerwijs mogelijk' keuzevrijheid moet bieden bij het inzetten van jeugdhulp (voor preventief aanbod en jeugdgezondheidszorg is er een dergelijke bepaling niet). Ook Amsterdam wil dat jeugdigen en ouders iets te kiezen hebben en zal het nieuwe jeugdstelsel daarop inrichten. Er zijn echter ook beperkingen, omdat niet alles wat jeugdigen en ouders zouden willen mogelijk is binnen de organisatorische en financiele kaders waarbinnen we zullen (moeten) werken.

Handelingsvrijheid voor de zorgprofessionals
We willen meer handelingsvrijheid aan de zorgprofessionals geven. Geen knellende bureaucratische regels die het onmogelijk maken om te doen wat nodig is en zorginnovatie tegenhouden. Dat betekent voor de zorgprofessionals ook een grotere verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing en voor de effectiviteit van de zorg. Het nieuwe stelsel moet hierop op een slimme manier weten te sturen. Landelijk wordt er flink ingezet op het stellen van kwaliteitseisen, bijvoorbeeld rond beroepsregistratie. Amsterdam sluit hierbij aan, maar zorgt er ook voor dat er geen nieuwe, al te knellende, kaders ontstaan.

Diversiteit en flexibiliteit
De stad Amsterdam is enorm kleurrijk. De culturele achtergrond, de levensvisie, de leefomgeving en gezinssituatie van haar jeugdigen en ouders is zo divers dat een simpele, uniforme aanpak niet zal werken. *One size does not fit all.* Ook de nieuwe Jeugdwet draagt de gemeente expliciet op rekening te houden met 'de godsdienstige gezindheid, de levensovertuiging en de culturele achtergrond van de jeugdige en zijn ouders.' Het onderzoek van Motivaction (juni 2012), waarin verschillende typen zorgconsumenten worden getypeerd, laat goed zien dat verschillende klanten vragen om verschillende manieren waarop zorg wordt aangeboden. Zorggebruik heeft niet alleen met zorgbehoefte te maken, maar is ook een mentaliteitskwestie – de een is geneigd eerder hulp te vragen dan de ander – , en daarmee moeilijk beheersbaar voor de overheid (SCP 2013). Het nieuwe jeugdstelsel moet op deze diversiteit in kunnen spelen, wil het effectief zijn voor alle jeugdigen en ouders en opvoeders in de stad.

1.6 De rol van de gemeente

De vraag welke rol de gemeente als lokale overheid moet pakken gaat veel verder dan het nieuwe jeugdstelsel. Het vraagstuk van de terugtredende overheid en de eigen verantwoordelijkheid van de burger spelen ook op landelijk niveau.[6] Op gemeentelijk niveau

6 Vergelijk de recente rapporten van de WRR, *Publieke zaken in de marktsamenleving* (2012) en SCP, *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid* (2012).

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 2013. De uitgangspunten van de Scenariostudie zijn vrijwel identiek aan die van dit Koersbesluit: een flexibele, wendbare en weerbare organisatie, durven loslaten en samen doen, eigen kracht, efficiënter en effectiever, ondernemerschap, stimuleren, faciliteren, minder regels, heldere kaders en vereenvoudiging van de sturing.

Rol van de gemeente in het jeugdstelsel
We kiezen er als gemeente voor om te sturen op het nieuwe jeugdstelsel door de spelregels en budgetten vast te leggen en door de resultaten en de besteding van de gemeenschapsmiddelen nauwkeurig te bewaken. We kiezen er niet voor om als gemeente zelf de uitvoering van de hulpverlening ter hand te nemen. We geven maximaal ruimte aan zowel jeugdigen, ouders en andere opvoeders, als zorgaanbieders.

We kiezen er als gemeente voor normaliseren en ontzorgen. Jeugdigen en ouders zullen meer zelf moeten 'oplossen,' zonder inzet van zorgprofessionals. Aan de andere kant organiseren we de zorg dichterbij, in de buurten en wijken, op de scholen. Meer ouders zullen te maken krijgen met de zorg, vooral de ouder- en kindteams, en de ouder- en kindadviseurs. Niet alleen ouders van 'zorgkinderen,' maar alle ouders worden aangesproken op hun 'opvoed- en zorgplicht' voor eigen én andermans kinderen. Deze dubbele inzet – van loslaten én normen stellen – vraagt de nodige balanceerkunst van gemeente en zorgprofessionals.[7]

Om het nieuwe jeugdstelsel volgens deze uitgangspunten goed te kunnen laten functioneren, aan te sturen, te monitoren en in te grijpen als het nodig is, is een sterke gemeente nodig. We maken daartoe onderscheid in vijf clusters van gemeentelijke functies:

1. *De regisseur.* Als regisseur leggen we afspraken vast en sturen aan, zorgen we voor een gelijkwaardige inbreng van alle partijen en stimuleren de kwaliteitsverbetering in het veld.
2. *De marktmeester.* Als marktmeester handhaven we de gestelde regels richting het uitvoerend veld. We organiseren benchmarks, audits en inspectie.
3. *De scheidsrechter.* We zorgen voor een goede klachtenafhandeling en escalatiemogelijkheid wanneer zaken niet lopen zo als bedacht. We actualiseren desgewenst de spelregels.
4. *De boekhouder.* Als boekhouder zijn we verantwoordelijk voor de inkoop, het regelen en bewaken van de accreditatie van de hulpverleners en voor het betalen, controleren en verantwoorden (richting het Rijk).
5. *De voorlichter.* Wij realiseren een goede informatiestructuur, zodat jeugdigen, ouders en zorgprofessionals snel weten te vinden van ze zoeken.

Speciale verantwoordelijkheid richting niet-zelfredzame groepen
De terughoudende rol van de gemeente richting de uitvoering kent twee belangrijke uitzonderingen: 1. de domeinoverstijgende aanpak Samen DOEN in de buurt voor kwetsbare en niet-zelfredzame huishoudens (§ 2.3.2) en 2. de escalatiemogelijkheid wanneer de hulpverlening langdurig vastgelopen is (§ 2.5.6). Bij beide aanpakken speelt een gemeentelijke functionaris een rol om schotten te doorbreken en hulpverlening weer vlot te trekken.

Rol van de gemeente richting andere partners
Met de transitie van de jeugdzorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering, jeugd-GGZ en jeugd-VB (en AWBZ begeleiding en verzorging) krijgt de gemeente een veel bredere

7 Zie de essaybundel van Jumelet en Wenink, red., *Zorg voor onszelf?* (2012), het proefschrift van Jager-Vreugdenhil, *Nederland participatieland?* (2012) en het essay van Hilhorst en Zonneveld, *De gewoonste zaak van de wereld. Radicaal kiezen voor de pedagogische civil society* (2013).

verantwoordelijkheid in het jeugdstelsel dan voorheen. Toch zal de gemeente ook in 2015 nog met andere financiers in het veld te maken hebben. De belangrijkste daarvan zijn de schoolbesturen, die verantwoordelijk blijven voor het (passend) onderwijs en de zorgverzekeraars, die verantwoordelijk blijven voor de gezondheidszorg (de jeugd-GGZ uitgezonderd). De rol van de gemeente ten opzichte van deze partners zal een andere zijn dan ten opzichte van de zorgaanbieders waarvoor de gemeente een directe verantwoordelijkheid heeft als financier.

De schoolbesturen zijn zelf verantwoordelijk voor het onderwijs en de ondersteuning van leerlingen op school. Voor een goede aansluiting met het nieuwe jeugdstelsel moeten we duidelijk zijn over wat we te bieden hebben als gemeente en inspelen op de behoeften van de scholen en de samenwerkingsverbanden voor het primair en voortgezet onderwijs in Amsterdam. In het kader van de nieuwe Jeugdwet heeft de gemeente een formele verantwoordelijkheid om haar beleidsplan voor te leggen aan de schoolbesturen. Omgekeerd hebben de schoolbesturen de verantwoordelijkheid om hun regionale ondersteuningsplannen voor te leggen aan de gemeente. In de praktijk hopen we de samenwerking natuurlijk veel concreter vorm te geven dan door papieren beleidsstukken. Het Koersbesluit (en de weg daarnaartoe) geeft daartoe al veel handvatten.

Met Achmea, de preferente zorgverzekeraar in de regio Amsterdam, heeft de gemeente al een convenant afgesloten met de ambitie van verregaande samenwerking in het belang van de gezondheid van de burgers van Amsterdam. Het is duidelijk dat de verhoudingen de komende jaren gaan verschuiven, maar ook dat de samenwerking des te belangrijker wordt. Daarbij dient bedacht te worden dat ook de zorgverzekeraars extra taken krijgen van het Rijk (bijvoorbeeld rond verpleging). De gemeente Amsterdam zal de komende tijd zeer intensief in contact treden met de zorgverzekeraars over de overdracht en afstemming van taken.

Bestuurlijk stelsel Amsterdam
Op 5 maart 2013 heeft het College de conceptnota over het bestuurlijk stelsel vanaf 2014 vastgesteld, met daarin voorstellen voor de aan de bestuurscommissies te delegeren bevoegdheden. Definitieve besluitvorming in College en Gemeenteraad moet nog voor de zomer van 2013 plaatsvinden.

Vanwege de grote onzekerheden en risico's over de toekomstige taken en budgetten en het grote maatschappelijk belang (continuïteit in de hulpverlening aan de meest kwetsbare groepen), kiest het College voor de komende jaren voor een primair stedelijke ontwikkeling en aansturing op de transities, waaronder de stelselherziening jeugd. Ook het beleidsterrein van het preventieve jeugdbeleid (jeugdgezondheidszorg en Wmo-taken rond jeugd) – nu een verantwoordelijkheid van de stadsdelen – wordt in 2014 een stedelijke verantwoordelijkheid, zodat het complete nieuwe jeugdstelsel vanuit één bestuurlijke aansturing vormgegeven kan worden. Wanneer de eerste transitiefase afgerond is, kan meer regie en een grotere verantwoordelijkheid voor bestuurscommissies in de rede liggen. Deze heroverweging wordt betrokken bij de eerste evaluatie van het nieuwe bestuurlijk stelsel in 2016. Deze systematiek sluit aan bij het advies van de commissie-Mertens uit 2009.

Het College zal de stadsdelen de komende tijd (2013 – 2014) zeer nauw betrekken bij de inrichting van het nieuwe jeugdstelsel, zoals ook gebeurd is in de voorbereiding van voorliggend Koersbesluit en de lopende uitvoering van de proeftuinen Om het kind.

2 Het nieuwe jeugdstelsel op hoofdlijnen

In dit hoofdstuk schetsen we het nieuwe jeugdstelsel op hoofdlijnen. Eerder spraken we van het 'functioneel ontwerp.' Hiermee gaven we de ambitie aan om de taken en functies binnen het nieuwe jeugdstelsel in hun onderlinge samenhang te beschrijven. 'Functioneel ontwerp' is echter ook een term die bij sommige lezers tot verwarring en verkeerde (te hoge) verwachtingen kan leiden. Het Koersbesluit is een beschrijving van het stelsel op hoofdlijnen dat nog veel denkwerk en bijstelling in de uitvoering zal vergen. Het is geen blauwdruk, die simpel uitgevoerd kan worden.

Kern van het nieuwe stelsel is de keuze van Amsterdam om het nieuwe jeugdstelsel in te richten naar vier zorgvormen. We beginnen dit hoofdstuk met een korte uitleg van de vier zorgvormen en een onderbouwing van deze keuze (§ 2.1). Vervolgens worden de vier zorgvormen na elkaar nader beschreven, te weten: het digitaal platform (§ 2.2), de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams (§ 2.3), het flexibele aanbod (§ 2.4) en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen (§ 2.5). Sturing, organisatie en bekostiging zullen nader uitgewerkt worden in hoofdstuk 4. Hier focussen we op de inhoud van de zorg.

2.1 Vier vormen van zorg

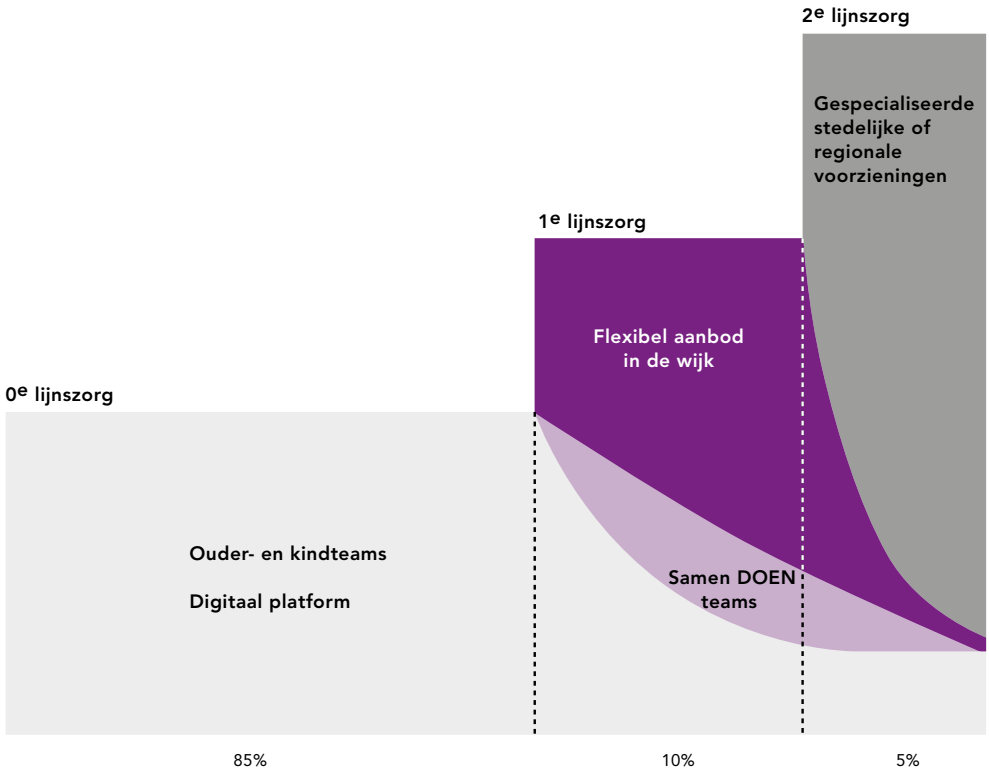
Het huidige jeugdstelsel kenmerkt zich door een indeling naar sectoren. De verschillende sectoren in het huidige jeugdstelsel – preventieve jeugdgezondheidszorg, lokale opvoed- en opgroeiondersteuning, jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB – kennen verschillende wetten en regels. Ook de uitvoering is nog grotendeels sectoraal georganiseerd, hoewel hier – bijvoorbeeld in het kader van de OKC-ontwikkeling en de multifocale zorgtrajecten geïnitieerd door de stadsregio Amsterdam en zorgverzekeraar Achmea – al schotten doorbroken worden door samenwerking te stimuleren. De nieuwe Jeugdwet maakt het straks veel eenvoudiger om intersectoraal te werken. Dit is ook nodig in het belang van de jeugdige en zijn ouders. De problemen van kinderen laten zich immers vaak niet in één hokje stoppen.

Een ander kenmerk van het huidige jeugdstelsel is een indeling naar zorgniveaus, oplopend naar zorgzwaarte. Net zoals de gezondheidszorg in het algemeen is het huidige jeugdstelsel in Nederland opgeknipt in drie niveaus: nulde-, eerste- en tweedelijnszorg. Tussen deze niveaus zitten schotten met poortwachters dan wel onafhankelijke indicatieorganen die moeten voorkomen dat te veel (dure) zorg geconsumeerd wordt. Gebleken is dat dit systeem niet goed genoeg werkt. Ondanks de schotten stijgt het gebruik van dure zorgvoorzieningen (zie § 1.1) en de indicatiestellingsprocedures zorgen voor veel bureaucratie en lange doorlooptijden. Indicatiestellers beoordelen te veel op afstand – soms slechts op basis van papieren dossiers – en te zeer op basis van een momentopname – eenmaal langs de 'slagboom' is er geen controle meer. Bovendien blijven in het huidige systeem de investeringen in de preventie en lichte zorg achter, omdat de schuif van zwaar naar licht niet mogelijk is door de schotten in de financiering.

De sectorale indeling en het onderscheid naar zorgniveaus laten we in het nieuwe jeugdstelsel (grotendeels) los. In plaats daarvan richten we het nieuwe jeugdstelsel in naar vier zorgvormen: het digitaal platform, de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams, het flexibel aanbod, en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. De vier zorgvormen onderscheiden zich van elkaar in verschijnings- en organisatievorm en niet zo zeer wat betreft inhoud of zorgzwaarte. Zo zal bijvoorbeeld de GGZ- of (L)VB-zorg zich in elk van de vier zorgvormen manifesteren. Deze zijn niet alleen maar in een eigen kolom te vinden. Natuurlijk is het wel zo dat de stedelijke en regionale voorzieningen in de regel intensievere en gespecialiseerdere zorg zullen leveren dan de ouder- en

kindteams en zorgaanbieders in het flexibel aanbod. Ook de Samen DOEN-teams onderscheiden zich van de ouder- en kindteams in die zin dat zij intensievere, en domeinoverstijgende, ondersteuning bieden voor de doelgroep van niet-zelfredzame gezinnen.

Het onderstaande plaatje laat zien hoe de vier zorgvormen de traditionele schotten in de zorg doorbreken. In het plaatje zijn de vier zorgvormen afgezet tegen 1. de populatie jeugdigen en gezinnen (horizontaal) en 2. de intensiteit van de zorg (verticaal). Bij de populatie is het onderscheid gemaakt naar de 85% van de jeugdigen en gezinnen die geen speciale ondersteuningsbehoefte hebben, de 10% met eenvoudige en de 5% met complexe vragen (vergelijk § 1.4), hier ook aangegeven met de traditionele termen van nulde, eerste en tweede lijn.



De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams leveren zorg dichtbij in de wijk. De ouder- en kindteams leveren – om in 'oude termen' te spreken – 'nulde- en eerstelijnszorg' voor alle jeugdigen en gezinnen. De Samen DOEN-teams richten zich specifiek op de circa 12.000 kwetsbare gezinnen die niet-zelfredzaam zijn en daardoor intensievere begeleiding nodig hebben dan het ouder- en kindteam kan bieden. De Samen DOEN-teams bieden zelf geen 'nuldelijnszorg.' Ze zijn daarom voor de signalering en toelevering van gezinnen afhankelijk van de ouder- en kindteams en andere lokale basisvoorzieningen (zoals de maatschappelijke dienstverlening).

In tegenstelling tot de ouder- en kindteams (die geheel binnen het jeugddomein gepositioneerd zijn) werken de Samen DOEN-teams domeinoverstijgend. De Samen DOEN gezinnen hebben per definitie problemen op meerdere gebieden in combinatie met een gebrek aan zelfredzaamheid. Een integrale aanpak vanuit de hulpverlening is dan gewenst. De Samen DOEN-teams richten zich overigens niet alleen op gezinnen, maar ook op kwetsbare, niet-zelfredzame, huishoudens zonder kinderen. In die zin vallen de Samen DOEN-teams maar voor een deel van hun werkzaamheden binnen het nieuwe jeugdstelsel.

De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams doen niet alles zelf. Wanneer aanvullende (gespecialiseerdere) ondersteuning nodig is verwijzen zij naar het flexibele aanbod

of gespecialiseerde stedelijke of regionale voorzieningen. Verwijzen betekent echter niet loslaten. Vandaar dat de lichtgrijze balk (zie plaatje) van de ouder- en kindteams en de lichtpaarse balk van de Samen DOEN-teams blijft doorlopen over de volle breedte. De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams maken gebruik van hetzelfde aanvullende aanbod.

Jeugdigen en ouders zijn niet afhankelijk van de ouder- en kindteams of Samen DOEN-teams om oplossingen en hulp te vinden. Het digitale platform ondersteunt hun zelfstandige zoektocht, geeft direct antwoord op alledaagse (opvoed)vragen, brengt in contact met andere ouders, maar maakt ook het aanbod aan zorgaanbieders inzichtelijk. Daarnaast is het flexibele aanbod voor iedereen in eerste instantie vrij toegankelijk. Pas wanneer intensieve zorg nodig is, is een verwijsbrief noodzakelijk van het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team (of huisarts). Op deze manier denken wij eigen kracht, flexibiliteit én kostenbeheersing tegelijkertijd te waarborgen.

Een onafhankelijk indicatieorgaan ontbreekt in het nieuwe jeugdstelsel. De zorgprofessionals van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams nemen deze rol over. Zij hebben formeel het mandaat om ouders en jeugdigen door te verwijzen naar gespecialiseerde zorg – 'individuele voorzieningen toe te kennen' is de formele, juridische, term. Veel meer dan in de huidige situatie doen zij dit echter vanuit kennis van de betreffende ouders en jeugdigen en hun sociale netwerk. Besluiten over de zorgtoedeling worden dus dichter bij de dagelijkse (opvoed)praktijk belegd. In hoofdstuk 4 gaan we nader in op de bekostiging en sturing – inclusief de rol van de kwaliteits- en budgetregisseur in het gebiedsgericht werken. In dit hoofdstuk schetsen we een beeld van de inhoud van de vier zorgvormen.

2.2 Het digitale platform

In Nederland zijn er talloze initiatieven in de zorg op het gebied van digitale informatievoorziening, e-health, de inzet van social media, online lotgenotencontacten, online en vaak buurtgerichte koppeling van vraag en aanbod voor vrijwilligerswerk en mantelzorgers en digitale gezinsdossiers. Het gaat om initiatieven van ouders en patiënten-/cliëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, kennisinstituten, en overheden. In 'ouderfocusgroepen' die we in het najaar van 2011 organiseerden is door ouders – met en zonder ervaring met de hulpverlening – aangegeven waar zij als eerste naar toe gaan met een hulpvraag. De volgorde in de top drie was deze: 1. de partner, 2. het internet ("google") en 3. de huisarts. Zoeken op het internet is een van de eerste stappen die jeugdigen en ouders tegenwoordig zetten om informatie te vinden.

In aansluiting daarop hebben we in 2012 de mogelijkheden en het draagvlak voor de doorontwikkeling van een digitale sociale kaart en digitale hulp- en dienstverlening laten onderzoeken (AGA en Alares 2012). Het draagvlak om gezamenlijk (diensten en instellingen) de digitale informatievoorziening en hulp- en dienstverlening te versterken bleek groot. We zien hierin ook een rol van de gemeente. Zo veel als mogelijk en zinvol ondersteunen en stimuleren we de hulpverlening in een online omgeving. Van zelfhulp tot het inzetten van onlinehulpverlening. Dit betekent niet dat we streven naar zo min mogelijk face-to-face contacten, maar wel dat we de toegevoegde waarde van online mogelijkheden zo goed mogelijk te benutten en stimuleren. De gemeente heeft daarbij steeds de afweging te maken welke rol zij – als overheid – kan, moet of juist niet moet pakken. Onder de verzamelterm 'digitaal platform' wordt daarbij aan de volgende voorzieningen gedacht.

E-ondersteuning / matching
Ter ondersteuning van lokale buurt- of wijkgebonden initiatieven kan onlinematching plaatsvinden tussen aanbod en vraag op het gebied van burenhulp, mantelzorg, klussendiensten, oppas en andere zaken waarmee mensen elkaar kunnen helpen. Er bestaan al talloze initiatieven op dit gebied (zoals wehelpen.nl). De gemeente wil deze ontwikkelingen verder stimuleren en ondersteunen, en toegankelijk maken via het digitale platform.

In het rapport in opdracht van het ministerie van VWS *Technische innovaties: kansen voor de jeugdsector* (Alares 2011) komt naar voren dat door technische innovaties er nog veel winst te behalen valt in het verhogen van de kwaliteit van de dienstverlening, het verminderen van de regeldruk, het verhogen van het bereik, het verbeteren van de onderlinge samenwerking en het verhogen van het werkplezier. Zo verhoogt 'blended care' vaak de kwaliteit, voorkom je onnodige bureaucratie, verminder je reistijd en vind je aansluiting bij een digitale generatie (jeugdigen en hun ouders). Aanbieders maar ook gemeenten worden – zo was de conclusie - op dit gebied nog te weinig uitgedaagd.

Informatiemarktplaats en vraagverduidelijker
Ook nu al zijn er verschillende websites van de gemeente en lokale, stedelijke, regionale of landelijke instellingen die veel informatie bieden aan jeugdigen, ouders en zorgprofessionals over opvoeden en opgroeien. Waar de gemeente nu zelf financier (of zelfs beheerder) van deze websites is (zoals de OKC-website, verschillende GGD-websites of Positief Opvoeden) zal gekeken worden of verder bundeling of afstemming wenselijk en mogelijk is. We doen dit in het besef dat het 'zoekgedrag' van jeugdigen en ouders op het internet zich maar moeilijk door de overheid laat sturen.

Het online zoeken van antwoorden op specifieke vragen kan wel beter worden gefaciliteerd. Hierbij willen we ook een koppeling maken tussen het digitale platform en de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Bij actuele en veel voorkomende vragen kan door de ouder- en kindteams alert worden gereageerd via het digitale platform en kunnen via school of buurthuis ook voor bepaalde onderwerpen bijeenkomsten worden georganiseerd door de ouder- en kindteams.

Nog één stap verder denken we ook aan specifieke instrumenten op het digitale platform die de vraag van de jeugdige of ouders verder verduidelijken, bijvoorbeeld door gestructureerde vragenlijsten. De digitale zelfdiagnostiek en *computer adaptive testing* (CAT) is op het ogenblik sterk in ontwikkeling. Wij willen daarbij zeker aansluiten. Ook hier weer met een snelle koppeling naar een zorgprofessional van het ouder- en kindteam (of anderszins), als dat nodig of gewenst is.

'Zorgmarktplaats'
Onder de werktitel 'zorgmarktplaats' is het doel te komen tot een digitale omgeving waar alle zorgprofessionals en al het ondersteuningsaanbod in het nieuwe jeugdstelsel voor jeugdigen en ouders, andere burgers en collega's vindbaar en waardeerbaar zijn. Iedere zorgprofessional die in Amsterdam gemeentelijk gefinancierde hulp en ondersteuning biedt aan jeugdigen en/of ouders is verplicht zich op de 'zorgmarktplaats' vindbaar te maken op een eenduidige manier. We zien deze 'zorgmarktplaats' als doorontwikkeling van bestaande sociale kaarten en overzichten van zorgaanbod (zoals de jeugdhulpwijzer en de jeugdpreventiewijzer).

De ‘zorgmarktplaats’ wordt voorzien van een set aan zoekcriteria en geografische functies. Daarbij wordt ook rekening gehouden met een mogelijke differentiatie in het profiel (uitstraling) van deze digitale voorziening en het zoekgedrag van verschillende typen burgers (bijvoorbeeld onderscheid naar leeftijd) en burgers met beperkingen (verstandelijk dan wel lichamelijk). Ook wordt onderzocht of de ontwikkeling van een applicatie voor de Smartphone al tot de mogelijkheden behoort. We zoeken ook aansluiting bij bestaande gemeentelijke initiatieven zoals “Vindbaar Amsterdam” en de landelijke initiatieven voor het (door)ontwikkelen van beroeps-/kwaliteitsregisters.

Het vergroten van het kostenbewustzijn zowel bij jeugdigen en ouders als bij de hulpverleners is een van onze doelstellingen. Daarom zal bij het aanbod zichtbaar worden gemaakt wat de kosten zijn en door wie en hoe deze worden betaald. Is het aanbod wel of niet vrij toegankelijk, is er sprake van een eigen bijdrage; kan eventueel met een PGB worden betaald, of wordt het aanbod niet vanuit gemeenschapsmiddelen betaald en komt het volledig voor rekening van de burger zelf? Wanneer een verwijzing nodig is om in aanmerking te komen van bepaald aanbod, zullen we deze zo veel mogelijk digitaal en in afstemming met de ‘zorgmarktplaats’ organiseren, zodat de jeugdige of de ouders (desgewenst) zelf een hulpverlener kunnen kiezen via de ‘zorgmarktplaats,’ met de digitale verwijsbrief direct bij de hand.

In het kader van het sturen op kwaliteit wordt de burger gevraagd op de ‘zorgmarktplaats’ de zorgprofessional en de verkregen hulp te waarderen. Zorgprofessional en hulpaanbod met een hoge score zullen bij het zoeken dan eerder worden gevonden, dan een hulpverlener en aanbod met geen of een lage score. Met een gestandaardiseerde kleine set aan vragen, wordt zo veel mogelijk voorkomen dat tevredenheid of ontevredenheid over het traject wordt vermengd met een oordeel over effectiviteit van de geboden hulp.

Het digitaal gezinsdossier
Op dit moment loopt op initiatief van de gemeente Amsterdam, samen met een aantal instellingen die actief zijn in de jeugdzorg, een pilotstudie naar de mogelijkheden van een digitaal dossier waarbij het beheer (zoveel mogelijk) in handen ligt van de ouders of de jongere zelf. Doel is het toepassen van eigen kracht, zelfregie en zeggenschap van de jeugdigen en de ouders, het stimuleren en faciliteren van samenwerking tussen verschillende hulpverleners en het tegengaan van dubbelingen in administratieve lasten. Het digitale gezinsdossier zal in de toekomst wellicht via het digitale platform toegankelijk gemaakt kunnen worden. Hierbij dient bedacht te worden dat de wetgever aan de jeugdhulpaanbieders eisen zal gaan stellen over registratie en dossiervorming. De verwachting is dan ook niet dat het digitale gezinsdossier de dossiers van de instellingen geheel kan vervangen.

Virtueel persoonsgebonden budget
In de nieuwe Jeugdwet is opgenomen dat de gemeenten de mogelijkheid hebben om jeugdhulp in de vorm van een PGB toe te kennen. Wanneer een voorziening in natura redelijkerwijze niet toereikend kan worden geacht, heeft een gemeente hiertoe zelfs de plicht. Er is in het vooronderzoek voor het Koersbesluit gekeken naar de mogelijkheden voor een persoonsgebonden budget in het jeugddomein (SPA/DMO 2012). Amsterdam zal het PGB waarschijnlijk vormgeven als een virtueel budget ten behoeve van het inkopen van niet-vrij toegankelijke hulp. Eventueel gekoppeld aan een digitaal dossier kan dan ook het toegekende budget en de uitputting daarvan zichtbaar worden gemaakt. Ook hiervoor geldt dat dan sprake moet zijn van een beveiligde omgeving. De aanvraag en toekenning van een dergelijk PGB kan ook digitaal verlopen. Bij gezinnen waarbij meerdere leden van het gezin gelijktijdig een hulpvraag hebben, kan gekeken worden naar de mogelijkheden van een gezinsbudget. Het PGB-model wordt verder uitgewerkt binnen de gemeente, om zo de uniformiteit te borgen tussen het jeugdstelsel en de Wmo.

Onlinehulpverlening
Zorgprofessionals – binnen elk van drie overige zorgvormen: ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, flexibel aanbod en stedelijke en regionale voorzieningen – kunnen online-hulpaanbod ontwikkelen en via het digitale platform toegankelijk maken. De gemeente wil dit graag stimuleren uit oogpunt van kwaliteit en kostenbeheersing (sneller tegen lagere kosten). Een voorziening als deze – waarbij het specifiek gaat om individuele hulp en dus met een persoonlijke relatie – zal binnen een beveiligde omgeving moeten kunnen plaatsvinden.

Concluderend
De gemeente Amsterdam zal de mogelijkheden die de digitale wereld biedt gebruiken om te investeren in het dragend vermogen van de burger en zijn sociale netwerk; om eigen kracht, zelfredzaamheid en keuzevrijheid te ondersteunen; om kwaliteit van hulp- en dienstverlening te verhogen; om bedrijfsprocessen efficiënter in te richten; om de toegang tot voorzieningen te vergroten en om kostenbewustzijn te vergroten. De mogelijkheden zijn divers. Daarom zijn prioriteiten gesteld. In eerste instantie wordt gewerkt aan de realisatie van de digitale 'zorgmarktplaats' en het digitale gezinsdossier. Voor de andere onderdelen van het digitale platform wordt een ontwikkelagenda opgesteld.

2.3 De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams

De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams vormen naast het digitale platform de basisinfrastructuur van het nieuwe jeugdstelsel. Vanuit deze teams wordt de eigen kracht en sociale veerkracht gestimuleerd en de laagdrempelige ondersteuning geboden. We menen dat we hiervoor twee 'soorten' teams nodig hebben, omdat de doelgroep van niet-zelfredzame gezinnen een andere aanpak vergt dan de grote meerderheid van de jeugdigen en gezinnen. In deze paragraaf beschrijven we de taken, functionarissen en werkwijze van de ouder- en kindteams (§ 2.3.1) en de Samen DOEN-teams (§ 2.3.2). Dit alles vanuit het besef dat nog heel veel de komende tijd vanuit de praktijk nader ingevuld en bijgesteld zal moeten worden. Ook in de relatie tussen de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams.

2.3.1 De ouder- en kindteams

De ouder- en kindteams zijn er voor alle jeugdigen en hun ouders en andere opvoeders, zoals andere familieleden of leerkrachten. De doelgroep bestaat uit 143.000 jeugdigen van 0 tot 18 jaar en circa 100.000 gezinnen. We gaan vooralsnog uit van 21 teams verdeeld over de stad. In deze paragraaf beschrijven we kort de taken, functionarissen en werkwijze van de ouder- en kindteams. Organisatorische vraagstukken, zoals het aantal teams en de verdeling over de stad, komen in § 4.2.2 aan de orde.

Taken
De ouder- en kindteams bieden nulde- en eerstelijnszorg voor alle jeugdigen en gezinnen. Ze doen dit op het brede terrein van jeugdgezondheidszorg, opvoed- en opgroeiondersteuning, jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB. Oude (sectorale) schotten worden doorbroken. Verschillende expertise wordt bij elkaar gezet in één team. In deze zin kunnen de ouder- en kindteams beschouwd worden als een verbreding van de huidige netwerkteams van de Ouder- en Kindcentra, hoewel ze in organisatievorm en werkwijze anders zullen functioneren (zie § 4.2.2).

De ouder- en kindteams hebben de volgende kerntaken: 1. Monitoren, screenen en vaccineren, 2. Versterken van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, in de kinderopvang, op scholen en in buurten, 3. Ondersteuning bieden, 4. Signaleren, analyseren en toeleiden naar en zichthouden op aanvullende hulp.[8] We gaan kort op deze vier taken in.

Monitoren, screenen en vaccineren
We kiezen er in Amsterdam voor om de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (inclusief het zogenaamde uniforme deel van het basistakenpakket[9]) als taak te beleggen bij de ouder- en kindteams. Dit betekent dat ook de vaste contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg en het rijksvaccinatieprogramma uitgevoerd worden door de ouder- en kindteams. Monitoren, screenen en vaccineren zijn daarmee vast verankerd in de ouder- en kindteams.

De afgelopen jaren is er door de GGD Amsterdam, en andere uitvoerders van de jeugdgezondheidszorg in het land (zoals stichting CJG Rijnmond), gewerkt aan een flexibilisering van de vaste contactmomenten, zodat niet alle jeugdigen en gezinnen 'door dezelfde molen gehaald worden.' Ook landelijk wordt het basistakenpakket JGZ geëvalueerd.[10] We hopen dat de landelijke richtlijnen ons straks de ruimte geven om voort te gaan op deze weg van flexibilisering, zodat ook hier meer vraaggericht gewerkt kan worden, zonder overigens de waardevolle populatiebrede benadering geheel los te laten.

Behalve naar een flexibilisering van de frequentie van de contactmomenten willen we ook opnieuw kijken naar de invulling. Binnen de jeugdgezondheidszorg is al enige jaren de beweging ingezet naar meer aandacht voor psychosociale problemen, naast de traditionele focus op lichamelijke gezondheid en ontwikkeling. We zullen dit doen zonder de verworvenheden – denk aan het terugdringen van wiegendood en infectieziekten – in gevaar te brengen.

Opvoeding versterken
Een belangrijke taak van de ouder- en kindteams is het versterken van het opvoedkundig klimaat in gezinnen, in de kinderopvang, op scholen en in buurten. Met deze taak zetten de ouder- en kindteams het werk van vooral de Ouder- en Kindcentra voort. Amsterdam heeft de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het met een positieve benadering weer normaliseren van opvoedvragen. Het beste voorbeeld hiervan is waarschijnlijk de brede implementatie van het programma Triple P in de stad. In enkele jaren tijd zijn honderden zorgprofessionals, maar ook pedagogische medewerkers en leerkrachten getraind, met als resultaat dat nu elk jaar duizenden ouders kennis maken met positief opvoeden, via de website, tipkranten, lezingen, bijeenkomsten, cursussen en adviesgesprekken. Uit onderzoek blijkt bovendien dat er aantoonbaar effect is (Trimbos 2012).

---

8 Voorheen werd gesproken van vier vergelijkbare taken voor het CJG, zie bijvoorbeeld programministerie J&G, *Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin* (2009). Van Yperen en Stam, *Opvoeden versterken* (2010) spraken van drie compartimenten in het nieuwe jeugdstelsel: 1. Opvoeding versterken, 2. Versterking ondersteunen, en 3. Opvoeding overnemen. De hier gekozen indeling naar vier taken is ingegeven door beide modellen (waarbij het compartiment 'opvoeden overnemen' overigens bewust buiten de ouder- en kindteam gepositioneerd wordt). Zie ook Van Leeuwen, *Het CJG van de toekomst* (2012).

9 Landelijk is een basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg vastgesteld bestaande uit een uniform deel (met landelijke richtlijnen voor de uitvoering) en een maatwerk deel (met ruime lokale beleidsvrijheid). Het Rijk kiest er voor om het maatwerkdeel op te nemen in de nieuwe Jeugdwet en het uniforme deel in de Wet Publieke Gezondheid verankerd te houden, zie Ankeradvies (2012).

10 Op 4 mei 2012 heeft de toenmalige staatsecretaris van VWS een commissie ingesteld ter evaluatie van het basistakenpakket JGZ. Aan de commissie, onder voorzitterschap van Micha de Winter, is ook gevraagd een oordeel te geven over welke preventieve volksgezondheidprogramma's en -activiteiten via de jeugdgezondheidszorg actief en identiek moeten worden aangeboden aan alle Nederlandse kinderen. Het advies van de commissie verschijnt in de loop van 2013. Zie ook het standpunt van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid e.a., november 2012.

Op deze ervaring bouwen we voort. En we bouwen uit. Door nog nauwer aan te sluiten bij het dagelijkse opvoedmilieu van de jeugdigen, op kinderdagverblijven en scholen. Met erkende programma's als Taakspel en de Vreedzame school. En door nog meer te stimuleren dat opvoeders elkaar ondersteunen, zoals nu al – vrijwel stadsbreed – gebeurt met een programma als Home-Start, waarbij ervaren ouders als vrijwilliger jonge gezinnen ondersteunen. De ouder- en kindteams zullen een belangrijke rol spelen in het versterken van deze 'pedagogische civil society' (Jumelet 2012, Hilhorst 2013).

Ondersteuning bieden
De eerste twee taken van het ouder- en kindteam richten zich op alle jeugdigen en ouders. Sommige jeugdigen en/of ouders hebben soms tijdelijk (of langdurig) extra ondersteuning nodig, vanwege de gezinssituatie (denk aan een echtscheiding of psychische problematiek van de ouder) of specifieke zorgvragen van de jeugdige (denk aan ADHD, autisme, of verstandelijke beperkingen). De ouder- en kindteams zullen ook dan zoeken naar ondersteuning vanuit het sociale netwerk van het gezin en de jeugdige zelf. Maar zij kunnen ook zelf professionele ondersteuning bieden op het brede terrein van preventieve jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp. Het aanbod kan variëren van enkele individuele gesprekken tot een groepsaanbod (voor ouder en/of kind) en een kortdurende behandeling. Een precieze begrenzing van het ondersteuningsaanbod van het ouder- en kindteam is nu – maar waarschijnlijk ook in de toekomst – niet te geven. Duidelijk is wel dat het aanbod een deel van de huidige ambulante jeugdzorg en het jeugd-GGZ aanbod zal incorporeren. Zo worden de ouder- en kindteams slagvaardiger. Zij kunnen meer zelf helpen in plaats van door te hoeven verwijzen naar andere voorzieningen.

Signaleren & analyseren en toeleiden & monitoren
De ouder- en kindteams zullen vanuit de eerste drie taken veel in aanraking komen met jeugdigen en ouders én andere opvoeders, zoals leerkrachten. Zij zullen ook veel 'signalen' opvangen. Een kind dat niet lekker in z'n vel zit. Een opvoeder die tegen zijn of haar grenzen aanloopt. Het ouder- en kindteam luistert, analyseert en adviseert dan. Soms zal een enkel adviesgesprek genoeg zijn of kan ondersteuning georganiseerd worden uit het eigen netwerk van de jeugdige of de ouder. Soms zal de conclusie zijn dat er meer of andere zorg nodig is dan het ouder- en kindteam kan bieden. Het ouder- en kindteam zorgt dan dat deze hulp er komt. Soms is een eenvoudige verwijzing voldoende, soms is een intensieve begeleiding naar een ander hulpaanbod nodig. De optimale ontwikkeling en veiligheid van het kind staan hierbij voorop. Het ouder- en kindteam laat pas los als de juiste 'plek' gevonden is, en zelfs dan houdt het contact om het verloop te blijven volgen. Hoe het ouder- en kindteam dit laatste kan doen zonder de handelingsvrijheid van andere hulpverleners aan te tasten of te vervallen in bureaucratische procedures, zal nader uitgewerkt worden in nauw overleg met het veld zelf.

De oude invulling van de 'indicatiestelling' – als een eenmalige, door een onafhankelijk instelling uitgevoerde, bepaling van de zorgvraag en het benodigde zorgaanbod – vervalt in het nieuwe jeugdstelsel en is dus ook geen taak van het ouder- en kindteam. Dit betekent natuurlijk niet dat een zorgvuldige beoordeling en verwijsprocedure niet belangrijk is.[11] Wel dat papierwerk gereduceerd wordt en de handelingsvrijheid van de zorgprofessionals versterkt wordt. De rol (en rechten) van de ouders (en jeugdigen zelf) in dit proces zien we ook als een belangrijk aandachtspunt bij de inrichting van het nieuwe jeugdstelsel (Bartelink 2011).

11 Zie vooral Bartelink e.a., *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling* (2010) en vergelijk Zijden (2009) en Van der Meer (2010). Ook in de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg (BMC 2009) staat een goede afweging van voordelen en nadelen van de huidige indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg. Zie voor een beeld hoe het nu gaat het *Handboek indicatiestelling bureaus jeugdzorg* van de MO-groep (2007) en de *Werkinstructie indicatiestelling jeugd-GGZ* van Jeugdzorg Nederland (2012).

Functionarissen
Een gemiddeld ouder- en kindteams bestaat naar verwachting uit circa 20 à 25 ouder- en kindadviseurs, 3 à 4 jeugdartsen, 3 à 4 jeugdpsychologen en 2 à 3 assistenten. Deze aantallen zijn nog slechts voorlopige indicaties.[12] De toekomstige aantallen zullen afhangen van de financiële kaders van het Rijk, die nu nog onzeker zijn, en van de ervaringen die we in de proeftuinen opdoen. Ook zal niet elk ouder- en kindteams even groot zijn. De grootte en samenstelling van het ouder- en kindteam zal afhankelijk zijn van de populatie in het verzorgingsgebied en de leerlingenpopulatie op de scholen daarbinnen.

Samenstelling ouder- en kindteam (indicatief, aantal fte)
- 20 à 25 ouder- en kindadviseurs
- 3 à 4 jeugdartsen
- 3 à 4 jeugdpsychologen
- 2 à 3 assistenten

Hieronder gaan we op elk van de vier kernfuncties in. Op de functie van manager ouder- en kindteams gaan we niet nader in. In het kader van de proeftuinen zullen we wel onderzoeken hoe de managementfunctie binnen het ouder- en kindteam het beste ingevuld zou kunnen worden en in welke mate er sprake kan zijn van zelfsturende teams.

De ouder- en kindadviseur
De term ´ouder- en kindadviseur´ is nieuw. In eerdere stukken spraken we van 'sociale huisarts.' Voor die term was gekozen, omdat we in het nieuwe jeugdstelsel een functionaris willen positioneren met dezelfde vertrouwde en laagdrempelige functie en hetzelfde mandaat tot de tweede lijn als de reguliere huisarts. De term heeft echter tot de nodige discussie geleid. Misverstand kan ontstaan, omdat de term aan de ene kant een universitair geschoolde medicus suggereert en aan de andere kant een brede 'social worker.' Beide zijn niet bedoeld. Via het crowdsourcingkanaal van de gemeente Amsterdam (Amsterdamopent.nl) zijn we begin 2013 op zoek gegaan naar een nieuwe term. Meer dan 200 suggesties zijn binnengekomen. Uiteindelijk heeft een jury van directbetrokkenen onder voorzitterschap van de wethouder Jeugd gekozen voor de term ouder- en kindadviseur.

De ouder- en kindadviseur is een nieuwe functie op hbo^{+}-niveau die een aantal bestaande functies op hbo-niveau uit het huidige stelsel combineert, zoals de jeugdverpleegkundige, schoolmaatschappelijk werker, opvoedadviseur, voordeurmedewerker Bureau Jeugdzorg en jeugdhulpverlener in de jeugdzorg en jeugd-GGZ. In de gesprekken die we de afgelopen tijd met instellingen hebben gevoerd, hebben we met betrekking tot de breedte van de nieuwe functie de nodige scepsis ontmoet. Want deze specialisaties waren er toch niet voor niets en alles in één professional combineren zou toch te veel gevraagd zijn. We houden vast aan de keuze voor een brede jeugdprofessional aan de voorkant van het nieuwe jeugdstelsel. Het is in onze ogen de enige mogelijkheid – zeker in tijden van grote bezuinigingen – om een omslag te maken naar ontzorgen en normaliseren. Hierin worden we ook gesteund door verschillende experts en landelijke adviesrapporten. Door de versnipperde zorg te bundelen in één persoon en dichtbij, in de buurt, op de scholen, neer te zetten beschikken we straks over een vertrouwd gezicht voor jeugdigen en ouders, die meer vanuit de dagelijkse opvoedpraktijk

12 De genoemde aantallen zijn aan de ene kant gebaseerd op een inschatting van het huidige aantallen functionarissen in het jeugdstelsel (jeugdverpleegkundigen, jeugdartsen, opvoedadviseurs, school- en jeugdmaatschappelijk werkers, etc.) en aan de andere kant een inschatting wat nodig is om een kwalitatief goed ouder- en kindteam te kunnen garanderen (expertise, werktoedeling, caseload).

naar oplossingen zoekt en meer (zelf) kan in plaats van vooral bezig te zijn met screenen, indiceren, doorverwijzen en coördineren.

De ouder- en kindadviseur 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.

Het gaat uitdrukkelijk om basiskennis. De ouder- en kindadviseur is geen arts, gedragswetenschapper of psycholoog. De ouder- en kindadviseur is geen specialist, 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 jeugdarts of jeugdpsycholoog uit het ouder- en kindteam). Dit is ook belangrijk, omdat de ouder- en kindadviseur de meeste 'klantcontacten' heeft in het nieuwe stelsel. Het is simpelweg – praktische en financieel – onmogelijk om alle specialisten 'naar-voren-toe' te organiseren.[13]

In het huidige stelsel zijn de vier bovengenoemde kennisterreinen nog sterk in verschillende kolommen – vanuit verschillende organisaties – georganiseerd en gefinancierd. Het samenbrengen van deze vier terreinen in één persoon is dan ook geen geringe opgave, ook organisatorisch. Er zijn wel functies in het huidige stelsel die al een eind in de richting gaan, zoals de sociaal verpleegkundige (JGZ), de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (GGZ), de schoolmaatschappelijk werker, de praktijkondersteuner Jeugd-GGZ, of de jeugdzorgwerker. Bij de initiële opleidingen en bijscholingsinstituten zal echter nog veel moeten gebeuren. De contacten met de opleidingen (zoals Hogeschool InHolland en de Hogeschool van Amsterdam) zijn wel al gelegd en wij zien ook van hun kant tal van initiatieven om te komen tot een aanpassing van het curriculum. Dit betekent ook dat we begin 2015 zeker nog geen 450 ouder- en kindadviseurs zullen hebben die aan alle eisen van het nieuwe vak zullen voldoen. Wel hebben we het vertrouwen dat de kwaliteit onder de zorgprofessionals in Amsterdam groot genoeg is om in 2015 een goede start te kunnen maken.

Naast specifieke vakkennis, vraagt de functie van ouder- en kindadviseur ook een aantal algemene en specifieke competenties. In het kader van de OKC Academie Amsterdam zijn vijf kerncompetenties voor het OKC benoemd. Deze zijn grosso modo ook van toepassing op de ouder- en kindadviseur in het nieuwe jeugdstelsel. De ouder- en kindadviseur is een generalist met als kerncompetenties: het vraaggericht werken, het cliënt- en systeemversterkend werken, het omgevingsgericht werken, het samenwerkingsgericht werken, en het werken in een netwerk.[14] Op deze manier kan de ouder- en kindadviseur ook echt 'eigen kracht expert' zijn.

De jeugdarts[15]

De jeugdarts is een bestaande functie binnen de jeugdgezondheidszorg. Aangezien de preventieve jeugdgezondheidszorg een kerntaak van het ouder- en kindteam is, kan deze functionaris in het ouder- en kindteam niet ontbreken. De jeugdarts – als breed opgeleide

13 Hier gaat de vergelijking met de huisarts goed op. De huisarts is geen medisch specialist. Dit betekent dat de huisarts ook wel eens signalen zal missen of verkeerd diagnosticeren. We accepteren dit, omdat het niet haalbaar is rond elk gezin een team van psychiaters, oncologen, cardiologen, etc. te vormen.

14 Zie ook *Professionals in het CJG* van het programmaministerie Jeugd en Gezin (2009), *Generalistisch werken rondom Jeugd en Gezin* van het NJi (2012), en Berk e.a., *De jeugdprofessional in ontwikkeling* (2012).

15 De opleiding tot jeugdarts bestaat uit een tweejarige postdoctorale opleiding, als eerste fase van de opleiding Arts Maatschappij & Gezondheid. Nog niet alle JGZ-artsen zijn overigens jeugdarts, sommige zijn basisarts die kortere bijscholingsmodules hebben gevolgd. Een specialisatie op jeugd vinden we echter wel zeer wenselijk in het nieuwe jeugdstelsel.

sociaal geneeskundige met een specialisatie jeugd – zien wij als onmisbaar in de basisinfrastructuur in het nieuwe jeugdstelsel. Ook bij opvoed- en opgroeiproblematiek (jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB) is de brede medische blik vereist, omdat lichamelijke en psychosociale problemen vaak nauw op elkaar inwerken.

De jeugdarts is een achterwacht voor de ouder- en kindadviseur, maar heeft ook zeker zelf 'cliëntcontacten' met jeugdigen en ouders en is desgewenst ook rechtstreeks benaderbaar door hen. Dit geldt ook voor scholen. Denk aan de huidige inzet van de jeugdarts bij ziekteverzuimbegeleiding in het voortgezet onderwijs. Bij jeugdigen met (vermoedens van) lichamelijke problematiek zal de jeugdarts altijd ingeschakeld worden en bij de verwijzing vanuit het ouder- en kindteam naar medisch specialisten zal de jeugdarts altijd de eerste verwijzer zijn.

De jeugdpsycholoog[16]
Psychologen die zich richten op jeugdproblematiek zijn in het huidige jeugdstelsel op verschillende plekken te vinden: in de vrijgevestigde praktijken, kleinere of grotere GGZ- en (L)VB-instellingen, bij Bureau Jeugdzorg en instellingen voor Jeugd en Opvoedhulp en bij de onderwijsbegeleidingsdienst. In de regel staan zij tamelijk ver van de basisvoorzieningen af, uitzonderingen daargelaten, zoals de GZ-psychologen van het VTO-team of enkele kinder- & jeugdpsychologen die spreekuren draaien op de Ouder- en Kindcentralocaties. In het nieuwe jeugdstelsel willen we dit veranderen door hen een vaste plek te geven in de ouder- en kindteams.

Hiervoor zijn twee redenen. We vragen veel van de ouder- en kindadviseurs. Zij krijgen ook meer met 'zwaardere' problematiek te maken. Daarom is het belangrijk dat zij terug kunnen vallen op de expertise van een ´gedragswetenschapper,´ net zoals de jeugdzorgwerkers in het huidige stelsel. Maar de jeugdpsycholoog is niet alleen een werkbegeleider. Hij of zij zal ook zelf ´cliëntcontacten´ hebben met jeugdigen en ouders (zoals ook de jeugdarts). Dit komt de kwaliteit van het werk van de jeugdpsycholoog ten goede en hierdoor wordt het ouder- en kindteam slagvaardiger en de zorg effectiever en goedkoper. De precieze invulling van de werkzaamheden van de jeugdpsycholoog – bijvoorbeeld met betrekking tot de vraag hoever hij of zij kan gaan in het zelf bieden van generalistische GGZ-behandelingen – werken we verder uit, o.a. in de proeftuinen.

Psychologen zijn er in allerlei soorten en maten (zie voetnoot 16). In deze fase kunnen we nog geen uitsluitsel geven over specifieke eisen die wij aan de invulling van deze functie in het ouder- en kindteam zullen stellen. Omdat er in elk ouder- en kindteams naar verwachting meerdere jeugdpsychologen functioneren, kan gekeken worden naar een goede mix van specialisaties (naar leeftijdscategorie en vakinhoud). Om voldoende kwaliteit te kunnen garanderen menen wij wel dat elk ouder- en kindteams minstens één psycholoog met een universitaire postmasteropleiding moet hebben, en dus niet alleen kan bestaan uit basispsychologen.

De assistent
De Ouder- en Kindcentra kennen verschillende assistentfuncties. Denk aan de OKC-assistent (vooral achter de balie te vinden), de screeningsassistent (uitvoerder van de hielprik), en de doktersassistent in de schoolgezondheidszorg. Zonder dat we precies kunnen zeggen hoe deze functies zich in de toekomst zullen ontwikkelen is wel al duidelijk dat zij in de ouder- en kindteams een rol zullen behouden. De ouder- en kindadviseur zal veel

16 Wij realiseren ons dat 'jeugdpsycholoog' niet een term is die formeel binnen de Jeugd-GGZ gehanteerd wordt. In de BIG-register wordt gesproken van GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut. Het beroepsregister NIP spreekt van kinder- en jeugdpsycholoog, het beroepsregister NVO van orthopedagoog-generalist. Met 'jeugdpsycholoog' bedoelen wij een psycholoog met een specialisme op jeugd aan te duiden, zonder een uitspraak te doen of het om een basispsycholoog, orthopedagoog, GZ-psycholoog, klinisch psycholoog of psychotherapeut gaat.

zelf doen, maar sommige werkzaamheden zijn nu eenmaal efficiënter en goedkoper uit te voeren door een mbo-opgeleide assistent.

Werkwijze
Naast de taken en de functionarissen van het ouder- en kindteam is het belangrijk om ook kort iets te zeggen over de werkwijze van het team. Ook hier geldt natuurlijk weer dat veel in de praktijk ontwikkeld zal moeten worden. Een aantal aspecten willen we hier toch aanstippen om iets van het beeld te schetsen dat wij voor ogen hebben.

Vaste contactmomenten
De jeugdgezondheidszorgbenadering met vaste momenten waarop jeugdigen en ouders gezien worden, zien we ook als belangrijke basis voor de werkwijze van de ouder- en kindteams. De frequentie en invulling van de contactmomenten zal niet voor alle jeugdigen en ouders dezelfde zijn. In de regel zullen deze vaste contactmomenten uitgevoerd worden door de ouder- en kindadviseurs van het ouder- en kindteam.

Vaste gezichten, vaste plekken
We zorgen ervoor dat vanuit het ouder- en kindteam vaste gezichten gekoppeld zijn aan elk kinderdagverblijf, elke basisschool, school voor voortgezet onderwijs en mbo-locatie. Elk van deze instellingen krijgt te maken met één ouder- en kindadviseur, jeugdarts en jeugdpsycholoog van het ouder- en kindteam. Alleen aan de grootste locaties zullen, naar verwachting, meerdere (twee of drie) ouder- en kindadviseurs vast verbonden zijn. Zo wordt het ouder- en kindteam – en vooral de ouder- en kindadviseur – een vertrouwd gezicht voor alle jeugdigen, ouders en beroepskrachten. Ook ouders van wie de kinderen (nog) geen kinderdagverblijf of school bezoeken, zullen zo veel mogelijk met één ouder- en kindadviseur te maken krijgen.

Dit betekent overigens niet dat de ouder- en kindadviseur 'van' de school is waar hij of zij werkt. De ouder- en kindteams – en daarmee ook de ouder- en kindadviseurs – hebben een onafhankelijke positie van de instellingen én scholen. De werkinhoud wordt dus ook door de ouder- en kindteams zelf bepaald, binnen de kaders die de gemeente stelt en natuurlijk in goede afstemming met het onderwijs (samenwerkingsverbanden, schoolbesturen én schooldirecties). Wij maken hierover afspraken met de schoolbesturen.

Naast een plek op school (of kinderdagverblijf) zullen de ouder- en kindteams ook een vaste plek hebben op een locatie in het verzorgingsgebied. Dit gebouw heeft zowel de functie van ontmoetingsplek voor de ouder- en kindteamsleden, als laagdrempelige inloopvoorziening voor ouders en jeugdigen, zeker in leeftijd van 0 – 4 jaar. Onderzocht moet nog worden in hoeverre de huidige gebouwen van de Ouder- en Kindcentra geschikt (te maken) zijn om deze rol te vervullen.

Functiedifferentiatie ouder- en kindadviseurs
Vanuit zorginhoudelijke en pragmatische overwegingen kiezen we voor een differentiatie binnen de functie van ouder- en kindadviseur naar leeftijdscategorie. Elke levensfase kent zijn eigen vragen en problemen en opvoedmilieu en vraagt in die zin om specifieke expertise en aanpak (net zoals een pedagogisch medewerker, een leerkracht en een docent verschillende functies zijn). De functie ouder- en kindadviseur van het ouder- en kindteam kent daarom drie specialisaties:

A. ouder- en kindadviseur 0 – 4 jaar: in deze leeftijdsfase staan de lichamelijk, motorisch en spraaktaalontwikkeling centraal. Voeding en verzorging zijn belangrijk thema's, maar ook zaken als hechting (baby's) en opstandig gedrag (peuters). De ouder- en kindadviseur 0-4 jaar is vast verbonden aan voorschoolse voorzieningen in het verzorgingsgebied, maar zal ook veel vanuit het 'consultatiebureau' werken.
B. ouder- en kindadviseur 4 – 12 jaar: in deze leeftijdsfase verschuift de aandacht naar de sociale interactie van het kind met leeftijdsgenoten (denk aan pesten e.d.), maar

ook gedragsproblemen naar aanleiding van of in combinatie met leerproblematiek komen veel voor. De ouder- en kindadviseur 4 – 12 jaar is vast verbonden aan basisscholen in het verzorgingsgebied.

C. ouder- en kindadviseur 12 – 18 jaar: in deze leeftijdsfase vraagt het pubergedrag veel aandacht (zoals experimenteren met alcohol, drugs, seks), maar ook thema's als jeugdcriminaliteit en schooluitval vragen specifiek kennis en aanpak. De ouder- en kindadviseur 12 – 18 jaar is vast verbonden aan scholen voor voortgezet onderwijs en mbo-locaties in het verzorgingsgebied.

De functiedifferentiatie naar leeftijdscategorieën betekent in de regel ook dat jeugdigen en ouders bij de overgang naar de basisschool en de overgang naar het voortgezet onderwijs met een andere ouder- en kindadviseur te maken krijgen. Waar één gezin met meerdere ouder- en kindadviseurs te maken krijgt, omdat er kinderen in het gezin zijn in verschillende leeftijdscategorieën, zullen de ouder- en kindadviseurs (daar waar nodig) afstemming zoeken. Indien nodig – en zeker als de ouders daar om vragen – zal een van de ouder- en kindadviseurs als primair aanspreekpunt voor het hele gezin fungeren. Zowel overdracht als afstemming zijn makkelijker te regelen dan voorheen, omdat in de meeste gevallen de ouder- en kindadviseurs participeren in hetzelfde ouder- en kindteams.

Multidisciplinair werken

De ouder- en kindadviseur is een brede generalist die veel zelf kan. Dit betekent echter niet dat het multidisciplinaire werken in de ouder- en kindteams losgelaten wordt. In tegendeel, de multifocale aanpak wordt versterkt, door de jeugdarts én de jeugdpsycholoog een vaste plek te geven in het ouder- en kindteam. Ook binnen de verschillende functies zullen, naar wij verwachten, taakaccenten ontstaan. Dit kan ook vanwege de omvang van de ouder- en kindteams.

Het multidisciplinair werken zal bij alle taken van het ouder- en kindteam een rol spelen, maar vooral ook bij de taak van het analyseren van de 'hulpvraag' en het toeleiden naar ander hulpaanbod. Het formele mandaat om te verwijzen zal zowel bij de ouder- en kindadviseurs, de jeugdartsen als de jeugdpsychologen liggen. Maar in veel gevallen zal het wenselijk zijn dat de afweging in gezamenlijk overleg gemaakt wordt. De gemeente zal het vooral ook aan het werkveld zelf overlaten om hiervoor – op de inhoud – werkwijzen (verwijsprotocollen) te ontwikkelen. De functionele eisen zullen wel door de gemeente bepaald worden (zie hoofdstuk 4). De richtlijnontwikkeling wordt overigens ook landelijk door kennisinstituten en beroepsverenigingen opgepakt.

Werkplan, werktoedeling en caseload

Het ouder- en kindteam zal haar werkzaamheden inrichten op basis van een analyse van de populatie en zorgbehoefte in het verzorgingsgebied en op de voorschoolse voorzieningen en scholen daarbinnen. Om dit te kunnen doen dient het ouder- en kindteam een sterke informatiepositie te hebben. Bestaande initiatieven zoals *Gezondheid in Beeld* van de GGD leveren hiervoor al een goede basis en worden doorontwikkeld.

Uitgaande van 450 ouder- en kindadviseurs en 143.000 jeugdigen 0 – 18 jaar in Amsterdam komen we uit op een gemiddelde caseload van 300 jeugdigen per ouder- en kindadviseur. Dit lijkt veel, in vergelijking met een gezinsbegeleider of jeugdmaatschappelijk werker in de jeugdzorg. In vergelijking met de huidige jeugdverpleegkundige of schoolmaatschappelijk werker is het echter een lage caseload. De ouder- en kindadviseur zal niet alle 300 jeugdigen in zijn of haar caseload even intensief zien. Sommige jeugdigen (en zijn ouders) zal de ouder- en kindadviseur gedurende een jaar wellicht helemaal niet (individueel) zien, andere zal hij wel tien tot twintig uur begeleiden. Deze caseload is ook een aanname geweest in de maatschappelijke kosten-batenanalyse (zie § 5.2) en de achterliggende doorrekeningen van benodigde zorgvolumes per doelgroep.

Handelings- en opbrengstgericht werken
Wanneer er specifieke zorgen zijn over een kind of gezin, werkt het ouder- en kindteam handelings- en opbrengstgericht.[17] In dialoog met de jeugdigen en ouder (maar bijvoorbeeld ook kinderdagverblijf of school) wordt de vraag verduidelijkt. Onderzoeken en diagnostische instrumenten worden alleen ingezet in de zoektocht naar de juiste aanpak, niet om een 'etiket' te kunnen plakken. Er wordt vervolgens een helder doel geformuleerd en er wordt na verloop van tijd geëvalueerd of dit behaald is en of bijstelling van de aanpak of nader onderzoek nodig is. Zo wordt systematisch cyclisch gewerkt. Dit klinkt wellicht als een 'open deur.' De praktijk leert echter (ook in Amsterdam) dat het planmatig en oplossingsgericht werken nog vaak te kort schiet. Dit is ook een gevolg van het oude systeem waarin het precies vaststellen van de problemen belangrijk was om überhaupt ondersteuning te krijgen.

Kostenbewust werken
De ouder- en kindteams hebben als verwijzers naar intensievere ondersteuning en hulp ook een belangrijke taak om de kosten van de zorg beperkt te houden. De ouder- en kindteams zijn poortwachters voor de tweede lijn, net zoals de reguliere huisarts. Niet alleen in de zin dat zij aan de slagboom staan, maar ook in de zin dat zij ook na verwijzing de zorg volgen, zodat dure zorg niet onnodig lang of met te weinig resultaat ingezet wordt. Het op een dergelijke wijze invullen van de poortwachterfunctie is geen eenvoudige taak.[18] Maar we denken hier toch in te kunnen slagen vanwege de omvang en het multidisciplinaire karakter van de ouder- en kindteams, met niet alleen brede generalisten die de jeugdige en het gezin goed kennen, maar ook hoogwaardige specialisten: de jeugdarts en jeugdpsycholoog. Het op een praktische (niet bureaucratische) manier organiseren van de poortwachterfunctie zonder dat de handelingsvrijheid van de zorgprofessionals in de 'tweede lijn' aangetast wordt – en de rechtspositie en betrokkenheid van de ouder (en jeugdige) gewaarborgd blijft – , vraagt een zorgvuldige uitwerking.

2.3.2 De Samen DOEN-teams

De Samen DOEN-teams richten zich op de huishoudens die niet-zelfredzaam zijn en te maken hebben met meervoudige domeinoverstijgende problematiek. De doelgroep bestaat uit 45.000 huishoudens in Amsterdam, waarvan circa 12.115 gezinnen met kinderen. Er zijn eind 2012 al tien Samen DOEN-teams actief. In het eindplaatje wordt uitgegaan van 44 Samen DOEN-teams eind 2014. De aanpak Samen DOEN richt zich op alle niet-zelfredzame huishoudens in Amsterdam, niet alleen die met kinderen. De Samen DOEN-teams functioneren dus binnen het sociaal domein breed. Hier focussen we echter op hun rol binnen het nieuwe jeugdstelsel.

Taken
De aanpak Samen DOEN is in Amsterdam opgezet om de stapeleffecten van het samenvallen van verschillende bezuinigingen voor juist de groep kwetsbare huishoudens op te vangen en de kosten fors terug te brengen. De teams hebben als taak om domeinoverstijgend en creatief de eigen kracht van deze kwetsbare huishoudens te versterken.

De Samen DOEN-teams hebben niet als taak om te voorkomen dat er kwetsbare, niet-zelfredzame, gezinnen ontstaan. Deze algemene preventietaken liggen bij de ouder- en

17 Zie bijvoorbeeld de verschillende publicaties van Pameijer over het handelingsgericht werken op school (2009) en in de jeugdzorg (2011) of Bartelink (2011) over de klinische cyclus. Het is een winstpunt dat onderwijs en zorg in deze steeds meer één taal lijken te spreken, vergelijk www.1zorgroute.nl.

18 Zie KPMG – Plexus, *Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000 – 2010,* april 2012.

kindteams en andere maatschappelijke voorzieningen. De Samen DOEN-teams zijn van de ouder- en kindteams (en andere lokale basisvoorzieningen) afhankelijk om huishoudens en gezinnen 'toegeleid' te krijgen. Ze gaan dus ook niet zelf actief op zoek naar deze huishoudens, zoals de 'achter-de-voordeur-aanpakken' van vroeger, waarbij huis-aan-huis straten en buurten benaderd werden. Dat is ook niet nodig, omdat de ouder- en kindteams door hun opzet intensief contact hebben met alle jeugdigen en gezinnen. De Samen DOEN-teams functioneren 'achter' de ouder- en kindteams. Door deze taakafbakening tussen de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams denken wij de zorg voor de verschillende doelgroepen zo efficiënt en effectief mogelijk te organiseren.

Functionarissen
De Samen DOEN-teams worden samengesteld naar de populatie en behoefte in de specifieke buurt. Zij verschillen dus naar omvang en samenstelling. In de regel bestaat elk team uit circa tien 'generalisten:' klantmanagers DWI, maatschappelijk werkers en jeugdzorgwerkers. De medewerkers van het Samen DOEN-team zijn generalist naar buiten, richting de huishoudens en specialist naar binnen, richting de collega's in het team. Het Samen DOEN-team wordt geleid door een teamleider in gemeentelijke dienst. Voor deze gemeentelijke regie op de uitvoering is – anders dan bij de ouder- en kindteams – gekozen omdat de teamleider domeinoverstijgende doorzettingsmacht moet hebben, ook richting gemeentelijke diensten als DWI.

Vanuit het perspectief van jeugdigen en ouders is de (jeugd)generalist de belangrijkste functionaris van het Samen DOEN-team. Het gaat om een generalistische functie, die nu – onder verschillende benamingen – vooral te vinden is bij (jeugd)zorginstellingen. De (jeugd)generalist is – net zoals zijn collega's uit andere domeinen in het Samen DOEN-team een generalist die van aanpakken weet – maar met specifieke kennis op het terrein van opvoeden en opgroeien. Meer nog dan de ouder- en kindadviseur van het ouder- en kindteam is de (jeugd)generalist Samen DOEN getraind in het gezinsgericht werken, ook met gezinnen waar de zelfregie ver te zoeken is of er zorgen zijn over de veiligheid van het kind. Er kan ook een jeugdbeschermer vanuit een gecertificeerde instelling worden ingezet in het gezin voor de situatie dat er (mogelijk) sprake is van een onveilige situatie voor kinderen en ouders niet bereid of in staat zijn zich hierop te laten aanspreken of de noodzakelijke hulp te accepteren. De precieze taakafstemming tussen de Samen DOEN (jeugd)generalist en de jeugdbeschermer zal in de proeftuinen worden uitgetest.

Werkwijze
De ouder- en kindteams werken nauw samen met de Samen DOEN-teams. Zodra het ouder- en kindteam constateert dat er sprake is van meervoudige domeinoverstijgende problematiek en beperkte zelfredzaamheid, wordt het Samen DOEN-team ingeschakeld ("opschalen"). Dit gebeurt ook als er (mogelijk) sprake is van een onveilige situatie voor kinderen en ouders niet bereid of in staat zijn zich hierop te laten aanspreken of de noodzakelijke hulp te accepteren. In vrijwel alle gevallen gaat het dan immers ook om niet-zelfredzame, kwetsbare gezinnen. Het is vervolgens aan het Samen DOEN-team om snel de Raad voor de Kinderbescherming in te schakelen als dit nodig is, maar tegelijk wel zelf betrokken te blijven bij het gezin (zie § 2.5.3).

De (jeugd)generalist in het Samen DOEN-team helpt het huishouden met behulp van het netwerk een plan op te stellen en schakelt als nodig extra ondersteuning in. Als het gaat om zorg in het kader van het nieuwe jeugdstelsel, kan deze ondersteuning geleverd worden door het ouder- en kindteam (ouder- en kindadviseur, jeugdarts of jeugdpsycholoog) of zorginstellingen uit het flexibele aanbod of gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. De Samen DOEN-teams arrangeren de zorg rond het gezin en blijven zelf nauw betrokken, daar waar de ouder- en kindteams na een verwijzing in de regel meer op afstand staan. Dit verschil in benadering komt voort uit het verschil in de doelgroep waarmee zij te maken hebben. Voor de gezinnen waar de Samen DOEN-teams mee te

maken hebben is het nodig dat ouders ondersteund worden bij het coördineren van de zorg. Bij de doelgroep van de ouder- en kindteams geldt dit niet. Het mandaat van beide teams bij het verwijzen naar tweedelijnszorg en de wijze van bekostiging daarvan is hetzelfde. De ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams kunnen dus gebruik maken van hetzelfde zorgaanbod, op eenzelfde manier bekostigd.

Als de situatie van gezinnen duurzaam is verbeterd, is de specifieke aanpak Samen DOEN niet meer nodig en wordt in overleg met het gezin het ouder- en kindteam (in de regel: de ouder- en kindadviseur) geïnformeerd en indien daaraan behoefte is kan de ouder- en kindadviseur een ondersteunende rol vervullen in de nazorg ("afschalen"). Dezelfde principes van op- en afschalen gelden ook voor de andere domeinen zoals werk en inkomen (klantmanagers DWI) en maatschappelijk dienstverlening (maatschappelijk werkers).

2.4 Het flexibele aanbod

De basisinfrastructuur van het nieuwe jeugdstelsel wordt gevormd door het digitale platform, de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Zij vormen de constante factor, de basis waarop alle jeugdigen en ouders kunnen terugvallen en vertrouwen. Maar niet alle zorgprofessionals die laagdrempelig in de buurten en wijken werken zijn vast verbonden aan deze teams. Dat zou ze log en bureaucratisch maken en ouders te weinig keuzevrijheid bieden. Het overige lokale zorgaanbod hebben we het 'flexibele aanbod' genoemd. We noemen het 'flexibel' om het verschil met de vaste inzet van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams aan te geven.

Er is een zekere overlap in het aanbod van het ouder- en kindteam en Samen DOEN-teams en het flexibele aanbod. Deze overlap is bewust gecreëerd. Het biedt de jeugdigen en ouders keuzevrijheid (je kunt, als je dat wilt, voor advies ook terecht bij een andere zorgprofessional in de buurt dan de ouder- en kindadviseur). En de keuzemogelijkheid houdt iedereen scherp (de beste zorg trekt de meeste jeugdigen en ouders). Tegelijk weten we ook dat sommige burgers keuzevrijheid belangrijker vinden dan anderen. Dit betekent naar verwachting ook dat in de ene wijk of buurt het flexibele aanbod breder of smaller zal zijn dan in de andere wijk of buurt. Maar ook dat de aard en de organisatie van het flexibel aanbod door de stad heen zal verschillen.

Het flexibele aanbod kan verzorgd worden door tal van instellingen, klein en groot, maar ook door vrijgevestigde hulpverleners en ZZP-ers. Iedereen die voldoet aan de gemeentelijke en landelijke eisen kan gecontracteerd worden door de gemeente en vervolgens geleverde diensten factureren op basis van de gerealiseerde uren. Er is in die zin sprake van een 'gereguleerde markt' die – meer dan nu het geval is – open staat voor nieuwe zorgaanbieders. Meer hierover in hoofdstuk 4.

Zoals voor het gehele nieuwe jeugdstelsel, geldt ook voor het flexibele aanbod dat de schotten tussen de oude sectoren (lokale en provinciale jeugdzorg, Jeugd-GGZ en Jeugd-VB) en zorgniveaus (preventie – behandeling, eerste lijn – tweede lijn, cure – care) verdwenen zijn. Jeugdhulpaanbieders in het flexibele aanbod kunnen dus gewoon doen wat nodig is voor jeugdige en ouder, zonder zich zorgen te maken of ze nu bezig zijn met preventie, behandeling of begeleiding. Er zullen natuurlijk wel bepaalde kwaliteits-, registratie- en verantwoordingseisen zijn.

Het flexibele aanbod is niet volledig vrij toegankelijk. De precieze begrenzing moet nog uitgewerkt worden, maar gedacht wordt aan een vrij toegankelijk aantal gesprekken, zoals we dat nu ook kennen in de eerstelijnsgezondheidszorg (bijvoorbeeld bij de fysiotherapie). Wanneer intensieve, langdurige, ondersteuning of hulp geboden is vanuit het flexibele aanbod, is vervolgens wel een verwijzing nodig. De belangrijkste verwijzers zijn

de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. Maar ook anderen, zoals reguliere huisartsen en jeugdbeschermers hebben hier een rol.

De gemeente gaat niet van tevoren precies vastleggen welke producten binnen het flexibele aanbod allemaal geleverd moeten of kunnen worden. Aan de andere kant zal de gemeente wel begrenzingen aangeven: wat is (verantwoorde) 'jeugdhulp' en zal dus door de gemeente – binnen de gestelde regels – vergoed worden, en wat valt daarbuiten en moet een ander (bijvoorbeeld de zorgverzekeraar of de ouder zelf) betalen. Deze randvoorwaarden ('polisvoorwaarden') zijn in deze fase nog niet bekend.

Om toch een indicatie te geven van wat we voor ogen hebben met het flexibele aanbod, schetsen we hier het aanbod van deze zorgvorm naar de 'ouderwetse' indeling van preventie (§ 2.4.1), diagnostiek en behandeling (§ 2.4.2) en begeleiding en verzorging (§ 2.4.3). Het gaat hierbij dus om een kapstok, niet om rigide productindeling op basis waarvan in het nieuwe jeugdstelsel gefinancierd wordt.

2.4.1 Preventie

De ouder- en kindteams zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor het preventieaanbod. Zij bieden de preventieve gezondheidszorg aan alle jeugdigen, geven voorlichting over opvoeden en opgroeien en versterken het opvoedklimaat in de buurt, op de kinderdagverblijven en scholen ('universele preventie'). Preventieactiviteiten kunnen echter ook vanuit het flexibele aanbod plaatsvinden, omdat de ouder- en kindteams simpelweg niet op elk terrein de benodigde mankracht en specifieke expertise hebben. Het zal dan vooral gaan om die preventie die zich richt op specifieke (hoog)risicogroepen ('selectieve preventie') en preventie die ingezet wordt bij beginnende klachten ('geïndiceerde preventie').[19] Hieronder noemen w een aantal voorbeelden van preventie die in het nieuwe jeugdstelsel door zorgaanbieders in het flexibele aanbod geleverd zouden kunnen worden.

Preventief interventieteam (PIT) en Intensief Preventieve Aanpak (IPA)
Amsterdam heeft de afgelopen jaren flink ingezet op preventieprogramma's om voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit terug te dringen. Mede onder invloed van de forse rijksbezuinigingen en onvoldoende rendement van de bestaande trajecten is het roer in 2011 – 2012 omgegooid en is gestart met het PIT en de IPA.

Het Preventief Interventie Team (PIT) is een multidisciplinair team onder directe aansturing van de gemeente. Kern van de werkwijze is:

1. Risicojongeren worden vroegtijdig en actief opgespoord. Als kinderen met een hoog risico om op het criminele pad terecht te komen eerder in beeld zijn (bij voorkeur voor het twaalfde jaar), maakt het de kans op succesvol ingrijpen vele malen groter. Het PIT heeft drie belangrijke vindplaatsen: broertjes en zusjes van daders van de Top 600 aanpak, samenwerking met zo'n acht basisscholen in Amsterdam die kinderen met gedragsproblemen aanmelden en kinderen die langdurig verzuimen en aangemeld worden door Bureau Leerplicht.
2. Er wordt snel gehandeld. Het PIT zit binnen uiterlijk 48 uur na signalering op de bank.
3. School en leerplicht worden nauw betrokken.

19 Zie voor de indeling naar universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie bijvoorbeeld Van den Berg & Schoemaker, *Effecten van preventie* (2010). In het huidige stelsel wordt de universele en selectieve preventie tot de verantwoordelijkheid van de gemeente gerekend en valt de geïndiceerde en zorggerelateerde preventie onder de verzekerbare zorg die dus bekostigd dient te worden door de zorgverzekeraars (binnen het basispakket). Zie bijvoorbeeld het rapport van het College van Zorgverzekeringen, *Van preventie verzekerd* (2007) en de verschillende standpunten daarna op deelonderwerpen (depressiepreventie 2008, KOPP, 2009).

4. We richten ons op de mogelijkheden van het kind. Deze worden in kaart gebracht door het kind te screenen op sociale leerbaarheid (screening op basis van inzichten vanuit de neurowetenschap). Dit profiel, samen met de unieke kenmerken van de omgeving, bepaalt of en zo ja, welke interventies worden ingezet. Hierdoor kan voor ieder kind maatwerk worden geleverd. Uitgangspunt hierbij is dat er zoveel mogelijk door directe omgeving van het kind zelf opgelost wordt.

De werkwijze van het PIT wordt komende tijd doorontwikkeld, onderzocht en beschreven in samenwerking met het WODC en de Universiteit Leiden. In de tweede helft van 2013 wordt bekeken waar het PIT een plek krijgt in het nieuwe jeugdstelsel. Doel is om, bij gebleken succes, de werkwijze overdraagbaar te maken ten behoeve van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams.

Naast de specifieke PIT aanpak is onder de noemer Intensief Preventieve Aanpak (IPA) met de instellingen gewerkt aan een hervorming van het aanbod voor risicojongeren in de leeftijd 12+. Deze nieuwe aanpak is minder dan voorheen gebaseerd op losse interventies (zoals Nieuwe Perspectieven en Lokale Trajectbegeleiding) en gaat meer uit van de brede en flexibele inzet van ambulante jeugdhulpverleners met specifieke kennis over de aanpak van deze risicogroep. Zij kunnen – als onderdeel van het flexibel aanbod – worden ingezet door de ouder- en kindteams of Samen DOEN-teams, wanneer een intensievere (en meer specialistische) aanpak nodig is om te voorkomen dat jongeren afhaken van school en/of afglijden in de criminaliteit.[20]

Kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP)

Een andere grote risicogroep onder jeugdigen zijn de kinderen van ouders met (ernstige) psychische en psychiatrische problematiek of verslaving. Het gaat om een aanzienlijk groep jeugdigen die een (sterk) verhoogd risico loopt om zelf psychische problemen te krijgen (Trimbos 2012). De stadsdelen financieren ook nu al trainingen voor deze jeugdigen en hun ouders (zoals 'Piep zei de muis' voor jonge kinderen) om hun 'eigen kracht' te versterken. Tot nu toe is het aantal jeugdigen dat bereikt wordt echter beperkt. Het is zeker niet uit te sluiten dat ook de ouder- en kindteams zelf KOPP-kinderen intensief zullen begeleiden, maar vanwege de specifieke kennis en aanpak die deze doelgroep vraagt (en om keuzevrijheid te creëren) zullen ook hulpverleners vanuit het flexibel aanbod (bijvoorbeeld de GGZ-instellingen) moeten inspringen.

Kinderen in echtscheidingsituaties

Er is in Amsterdam een aanzienlijk groep kinderen die te maken krijgt met de echtscheiding van hun ouders. We weten dat deze groep jeugdigen relatief vaak te maken krijgt met psychosociale problemen (Spruijt 2010). Dit blijkt ook uit recent Amsterdams onderzoek onder tweedeklassers in het voortgezet onderwijs (GGD 2012). Zowel vanuit de Ouder- en Kindcentra als de instellingen voor Jeugd en Opvoedhulp zijn afgelopen tijd initiatieven ondernomen om goed onderbouwde programma's als KIES, JES en Triple P Families in Transitions in te zetten om deze groep van kinderen én ouders te ondersteunen. Het is echter nog te weinig om echt het verschil te maken. We willen niet problematiseren. Niet elke scheiding resulteert in een trauma voor het kind. Maar de impact is altijd groot, terwijl de ouders en de omgeving daar niet altijd alert op zijn. De ouder- en kindteams hebben in deze bewustwording een belangrijk rol, maar zij moeten voor sommige kinderen (en hun ouders) ook een beroep kunnen doen op specifieke ondersteuning vanuit het flexibele aanbod. Zij kunnen het niet alleen, omdat zij daar de capaciteit noch de expertise voor hebben.

20 Een ander preventieprogramma waar de gemeente Amsterdam de afgelopen tien jaar flink op in heeft gezet is SPRINT, een ouderkindtraining voor kinderen in de basisschoolleeftijd met antisociaal gedrag.

2.4.2 Diagnostiek en behandeling

De ouder- en kindteams hebben zelf de expertise in huis om basisdiagnostiek en kortdurende (geprotocolleerde) behandelingen op het brede terrein van jeugdhulp uit te voeren. De ouder- en kindadviseurs en vooral ook de jeugdpsychologen van het ouder- en kindteam zullen hierin een belangrijke rol vervullen. Het aantal jeugdpsychologen in het ouder- en kindteam is echter beperkt, en gespecialiseerde psychologen – zoals de psychotherapeut of klinisch psycholoog – en zeker kinder- en jeugdpsychiaters zullen er (in de regel) niet te vinden zijn. Het is daarom belangrijk dat vanuit het flexibele aanbod aanvullende en/of gespecialiseerde diagnostiek en behandeling te vinden zijn. De vrijgevestigde hulpverleners (psychologen, psychotherapeuten en psychiaters) en kleine en grotere instellingen kunnen deze hulp bieden vanuit het flexibele aanbod.

Diagnostiek
Goede, handelingsgerichte, diagnostiek is essentieel voor een effectief jeugdstelsel. Het ouder- en kindteam kan hier zelf wat bieden, maar meer gespecialiseerde psychodiagnostiek dient snel, op afroep, ingevlogen te kunnen worden.

Amsterdam heeft de afgelopen tijd de nodige ervaring opgedaan met de inzet van grondige diagnostiek in het kader van de aanpak Top 600 en het Preventief Interventie Team (PIT). Gebleken is dat een uitgebreide psychodiagnostiek in sommige (niet alle!) gevallen de enige manier is om een effectieve aanpak van gedragsproblemen mogelijk te maken. Het is duidelijk dat dergelijke uitgebreide onderzoeken niet door het ouder- en kindteam zelf uitgevoerd kunnen worden. Maar ze moeten wel snel, na een eerste 'basisscreening' door het ouder- en kindteam, ingezet kunnen worden. Vanuit het flexibele aanbod is dit in het nieuwe stelsel mogelijk.

Een verwijzing naar het flexibele aanbod voor nadere diagnostiek betekent echter niet (automatisch) dat het ouder- en kindteam de hulp overdraagt. Het is in dit kader belangrijk om te wijzen op de vergelijkbare ontwikkeling in de GGZ van de invoering van de basis GGZ in 2014.[21] Belangrijkste overweging bij de invoering van de basis GGZ is de constatering dat de huisarts als poortwachter vaak buitenspel staat, 1) omdat de aanbieder waarnaar hij de cliënt verwijst voor diagnostiek, ook automatisch doorgaat met de behandeling, 2) omdat hij te snel doorverwijst naar specialistische GGZ, omdat hij te weinig GGZ-expertise (binnen de huisartsenpraktijk) heeft. Dit tweede knelpunt denken wij in het nieuwe jeugdstelsel te voorkomen door van de ouder- en kindadviseur ook een basisexpertise op het jeugd-GGZ terrein te vragen en de functie van jeugdpsycholoog vast te verankeren in het ouder- en kindteam. Het eerste knelpunt denken wij te voorkomen door te regelen (net zoals in de basis GGZ) dat de uitkomst van specialistische diagnostiek terugkomt bij het ouder- en kindteam.

Behandeling
Generalistische GGZ-behandelingen kunnen wellicht voor een deel geboden worden door de (jeugdpsychologen van de) ouder- en kindteams. Maar zeker niet alles. Soms is specialistisch, intensievere, behandeling nodig. Deze behandelingen zijn in het nieuwe jeugdstelsel vanuit het flexibele aanbod snel beschikbaar. Het zal gaan om behandeling

21 De Nederlandse Zorgautoriteit, *Advies Basis GGZ* (2011) onderscheidt twee hoofdfuncties, die zij samen beschouwt als de functie 'Basis GGZ':
– GGZ-basiszorg: Triage/screening, probleemverkenning en diagnostiek vóór een eventuele verwijzing op grond van een GGZ-ziekte. Onder GGZ-basiszorg valt ook behandeling en geïndiceerde preventie bij psychische klachten zonder dat een stoornis is vastgesteld.
– Generalistische GGZ: De (aanvullende) diagnostiek en generalistische behandeling van cliënten met een lichte tot matig ernstige, niet complexe GGZ-ziekte.
Bekeken zal moeten worden welk deel van de Basis GGZ straks in de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams een plek kan krijgen en wat daarbuiten.

van veel voorkomende psychische problemen en stoornissen zoals angststoornissen, depressie, ernstige gedragsproblematiek, autismespectrumstoornissen, en ADHD. Ook de behandeling bij ernstige dyslexie komt volgens de laatste voorstellen te vallen onder de nieuwe Jeugdwet, en kan vanuit het flexibel aanbod geleverd worden (naar verwachting onder vergelijkbare voorwaarden als nu het geval is).

Ook voor het behandelaanbod geldt dat de oude schotten tussen van jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB verdwijnen. Eén en dezelfde zorgaanbieder kan dus prima een autistische kind met een laag IQ behandelen én de ouders ondersteunen met psychoeducatie of opvoedcursus. Het multifocaal werken zal de regel worden. Wat niet betekent dat altijd het hele gezin betrokken wordt – we weten immers dat dit soms ook contraproductief kan werken – noch dat gespecialiseerde aanbieders (bijvoorbeeld op het terrein van specifieke aandoeningen) moeten verdwijnen. Natuurlijk zal de gemeente – net als zorgverzekeraars nu – eisen dat bewezen effectieve behandelingen ingezet worden. We vergoeden niet zo maar alles. Verantwoorde zorg staat hoog in het vaandel.

2.4.3 Begeleiding, kortdurend verblijf en verzorging

Vanaf 2015 decentraliseert het Rijk de functies begeleiding, kortdurend verblijf en (persoonlijke) verzorging vanuit de AWBZ naar de gemeenten. Begeleiding, kortdurend verblijf en verzorging voor jeugdigen tot 18 jaar zal gaan vallen onder de Jeugdwet. De begeleiding, kortdurend verblijf en verzorging voor volwassenen komt te vallen onder de herziene Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

De functie begeleiding in de AWBZ was bedoeld om de zelfredzaamheid van personen te bevorderen, te behouden of te compenseren, zodat een verblijf in een instelling of verwaarlozing zo lang mogelijk wordt uitgesteld. Een uitgangspunt dat ook aan de basis staat van het nieuwe jeugdstelsel. Begeleiding zal dus ook in het nieuwe jeugdstelsel een stevig plek moeten krijgen. Echter, met de decentralisatie van de begeleiding is een korting van 25% gemoeid. We moeten dus keuzes maken. Welke activiteiten die in het huidige stelsel gefinancierd worden onder de noemer AWBZ-begeleiding, ook in het nieuwe jeugdstelsel terug zullen komen, en welke niet meer, is nog niet te zeggen. De ouder- en kindteams kunnen laagintensieve begeleiding bieden, de Samen DOEN-teams intensievere begeleiding. Er zullen naar verwachting ook vormen van begeleiding geboden worden door zorgaanbieders in het flexibele aanbod.

De huidige begeleiding van jeugdigen heeft vaak de financieringsvorm van een persoonsgebonden budget (PGB). Ook de nieuwe Jeugdwet geeft gemeenten de opdracht om – in bepaalde gevallen – met PGB's te werken. De gemeente Amsterdam wil echter wel enkele beperkingen inbouwen. Amsterdam zal in ieder geval met één PGB-model komen, of het nu gaat om begeleiding vanuit de nieuwe Jeugdwet (voor jeugdigen) of de herziene Wmo (voor volwassenen).

Duidelijk is dat de AWBZ-indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg en CIZ voor begeleiding, kortdurend verblijf en verzorging stopt. Het mandaat om deze ondersteuning en hulp in te zetten zal – als het om jeugdigen gaat – voortaan bij het ouder- en kindteam en de Samen DOEN-teams liggen. De criteria en procedure zullen vastgelegd worden in een stedelijke verordening.[22] Vanuit het oogpunt van de gebruikers is het van groot belang dat financiering vanuit de nieuwe Jeugdwet of vanuit Wmo (of de Zvw als het om verpleging gaat) soepel te combineren zijn.

22 Het zal nog een flinke uitdaging zijn om dit simpel te houden, vergelijk de *Indicatiewijzer CIZ* van het CIZ (233 pagina's) en de *Werkinstructie indicatiestelling jeugd-GGZ* van Jeugdzorg Nederland (100 pagina's).

2.5 Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen

Onze ambitie is om ondersteuning zo veel mogelijk laagdrempelig in de buurten en wijken aan te bieden. Er zijn echter voorzieningen waarvoor dit schaalniveau niet haalbaar is. Het gaat allereerst om het Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) en de gecertificeerde instellingen (uitvoerders van jeugdbescherming en jeugdreclassering). Daarnaast moeten ook bovenlokale afspraken worden gemaakt met andere gemeenten over bepaalde intensieve vormen van jeugdhulp in combinatie met verblijf, pleegzorg, gesloten en residentiële zorg en topreferente, poliklinische zorg. Afspraken betreffen hier zowel inhoud (vertaling landelijke kaders naar specifieke taken en functies) als proces (organisatiestructuur, inkoop en sturing).

In deze paragraaf wordt geen uitputtend overzicht gegeven – dat is nu ook nog niet mogelijk – maar een aantal van de belangrijkste stedelijke en regionale voorzieningen aangeduid. Deze gespecialiseerde voorzieningen zijn met uitzondering van het AMHK (waar iedereen zich kan melden) niet vrij toegankelijk: het betreft tweedelijnsvoorzieningen waarvoor een verwijzing nodig is. Jeugdbescherming en jeugdreclassering nemen sowieso een wat andere positie in, omdat hiervoor een rechterlijke uitspraak nodig is.

2.5.1 Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK)

De beleidsterreinen huiselijk geweld en kindermishandeling worden op dit moment vormgegeven vanuit twee wettelijke kaders. De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is leidend voor huiselijk geweld, de Wet op de Jeugdzorg is leidend voor kindermishandeling. Vanaf 1 januari 2015 zal de Wet maatschappelijk ondersteuning leidend worden voor beide beleidsterreinen. In een nieuw artikel in de Wmo (artikel 12) krijgt de gemeente de opdracht te voorzien in een Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK). Dit betekent een samenvoeging van het huidige Steunpunt huiselijk geweld (SHG) en Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), waarbij de precieze uitwerking nog uitgewerkt kan worden in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB).

Het nieuwe AMHK heeft in ieder geval taken op het gebied van advies, onderzoek en consultatie op het gebied van huiselijk geweld en kindermishandeling, voor zowel burgers als professionals. Onder huiselijk geweld en kindermishandeling vallen o.a. emotionele en fysieke mishandeling van kinderen, verwaarlozing van kinderen, seksueel misbruik van kinderen, partnergeweld tussen volwassenen, eergerelateerd geweld (jeugd en volwassenen) en ouderenmishandeling.

Wij willen, samen met de andere gemeenten in de stadsregio Amsterdam, onderzoeken hoe een samenvoeging van het AMK en SHG kan leiden tot de gewenste effectievere en efficiëntere inrichting. Gezien de specifieke aard van de problematiek van huiselijk geweld en kindermishandeling wil de gemeente, in nauw overleg met de uitvoerders (BJAA en Blijf groep) en de samenwerkingspartners, bekijken wat het nieuwe landelijke kader betekent en hoe dit in gezamenlijkheid kan worden uitgewerkt.

Tegelijkertijd moeten we uitwerken hoe het AMHK zich gaat verhouden tot de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. Er dient zo snel mogelijk na een melding bij het AMHK hulp te worden ingezet bij een gezin via of door het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team, ongeacht het onderzoek dat parallel aan de hulp wordt ingezet. Maar ook bij het onderzoek zelf dient het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team nauw betrokken te zijn, zodat niet onnodig dubbelwerk wordt gedaan. Als een jeugdbeschermingsmaatregel nodig is wordt ook snel geschakeld naar de Raad voor de Kinderbescherming (zie § 2.5.3 en § 3.6).

2.5.2 Crisisdienst

De nieuwe Jeugdwet verplicht de gemeente om in situaties waarbij onmiddellijke hulp nodig is, deze ook direct beschikbaar te hebben. Ons voornemen is om stedelijk (of regionaal) hiervoor een crisisdienst of crisisteam in te richten. Bekeken wordt of dit gekoppeld kan worden aan het nieuwe AMHK.

Bij een melding dient de crisisdienst de afweging te maken of een zaak wordt doorverwezen naar de ouder- en kindteams of Samen DOEN-teams (die het binnen 24/48 uur oppakken) of dat onmiddellijke crisisinterventie noodzakelijk is. Wanneer nodig, wordt er direct hulp aan kinderen en ouders geboden. Deze spoedhulp – 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/-pleegzorg). In het nieuwe jeugdstelsel willen we in ieder geval één crisismeldpunt inrichten. Maar tegelijk moet ook gekeken worden naar betere, sectoroverstijgende, samenwerking met betrekking tot de voorzieningen daarachter.

Momenteel zijn er tal van crisisinterventies in Amsterdam te onderscheiden; het Crisisteam van BJAA overdag, de spoedhulp van ALTRA en Spirit, het Mobiel Crisisteam van de jeugd-GGZ (onderdeel van Spoedeisende Psychiatrie Arkin) buiten kantooruren, Vangnet MGGZ van de GGD en de acute psychiatrie overdag van InGeest en Arkin. We moeten onderzoeken of we het – vanuit kosten- en/of kwaliteitsoverwegingen – anders zouden moeten organiseren.

De crisisdienst dient ook goede juridische expertise in huis te hebben om te kunnen besluiten vanuit welk wettelijk kader eventuele dwangmaatregelen ingezet moeten worden. Voor de psychiatrie en verstandelijke beperkingen zijn maatregelen in het kader van de Wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) mogelijk. In de nabije toekomst zal deze wet vervangen worden door de Wet verplichte GGZ (voor Jeugd-GGZ) en de Wet zorg en dwang (voor Jeugd-VB). De machtiging tot opneming in de gesloten jeugdzorg is nu verankerd in de huidige Wet op de Jeugdzorg en straks in de nieuwe Jeugdwet. En natuurlijk zal de crisisdienst een goede lijn richting de Raad voor de Kinderbescherming moeten hebben om snel een voorlopige ondertoezichtstelling of uithuisplaatsing te regelen. Ook het belang van de nabijheid van deze expertise rechtvaardigt het onderzoek naar de mogelijkheid van het dicht bij elkaar organiseren van AMHK en crisisdienst (en Raad voor de Kinderbescherming).

2.5.3 Jeugdbescherming en jeugdreclassering

In de nieuwe Jeugdwet worden een aantal maatregelen genomen die een groot effect hebben voor de werking en organisatie van de jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR). De uitvoering van de jeugdbeschermingsmaatregel en jeugdreclasseringsmaatregel wordt strikt gescheiden van het uitvoeren van jeugdhulp. De uitvoering wordt gelegd bij gecertificeerde instellingen die niet ook zelf jeugdhulp mogen bieden.

Nieuwe aanbieders hebben straks de mogelijkheid uitvoerder te worden van de JB&JR (of alleen JB of alleen JR). Niet alleen de rechtsopvolgers van de huidige bureaus jeugdzorg zullen uitvoerder van JB&JR kunnen zijn, maar ook landelijk werkende zorginstellingen op het gebied van (L)VB, uitvoerders van de volwassenenreclassering of nieuwe partijen. Of Amsterdam van die mogelijkheid gebruik wil gaan maken danwel vasthoudt aan één kernaanbieder, bepalen we in de loop van 2013. Een landelijke, onafhankelijke, certificerende instelling gaat zorgdragen voor het certificeringsstelsel.

De organisatie van de JB&JR vraagt nauwe samenwerking en afstemming met gemeenten binnen de stadsregio Amsterdam. Daarnaast is ook nauwe afstemming noodzakelijk met de huidige aanbieder van jeugdbescherming en jeugdreclassering in Amsterdam: Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA). Dat geldt voor de voortgang en omvorming van de huidige werkzaamheden tijdens de transitieperiode, maar ook voor de inhoudelijke verdieping en keuzes die de gemeente Amsterdam moet maken over inrichting en organisatie van de JB&JR.

Jeugdbescherming
Het uitgangspunt van het Amsterdamse jeugdstelsel is dat kennis over drang & dwang onderdeel uitmaakt van de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. Iedereen die werkt met kinderen en ouders dient een beetje jeugdbeschermer te zijn. Het normatief kader en de expertise over drang & dwang krijgen dus een plek in de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. De ouder- en kindteams vormen daarbij de eerste lijn. Wanneer zij vanuit hun veelvuldige contacten met jeugdigen, ouders of beroepskrachten te maken krijgen met een gezin waar de veiligheid van het kind in het geding is en zij zelf geen grip krijgen op de situatie, zullen zij escaleren naar het Samen DOEN-team. Vanuit het Samen DOEN-team wordt dan gestart met de noodzakelijke stappen om de veiligheidssituatie te onderzoeken en verbeteren. Als de ouders weigeren de noodzakelijke hulp te accepteren zal een verzoek tot onderzoek worden gedaan bij de Raad voor de Kinderbescherming. De trits ouder- en kindteams – Samen DOEN-team – Raad moet niet tot lange procedures leiden. Er moet snel doorgeschakeld kunnen worden (binnen 24/48 uur). In crisissituaties kan het ouder- en kindteam natuurlijk sowieso gebruik maken van de crisisafhandeling (§ 2.5.2). De Samen DOEN-teams garanderen vooral dat snel intensieve begeleiding richting het gezin ingezet wordt.

Een raadsonderzoeker neemt het dossier dat door het ouder- en kindteam en het Samen DOEN-team is opgebouwd tot zich en doet, indien nodig aanvullend onderzoek. In de regel zal dit eigen onderzoek van de Raad beperkt zijn. De Raad neemt vervolgens een besluit over het indienen van een rekwest richting de kinderrechter. Tot de uitspraak van de rechter (en daarna) blijft de (jeugd)generalist Samen DOEN actief betrokken bij het gezin.

Na uitspraak van de kinderrechter wordt een jeugdbeschermer tijdelijk en zo kort mogelijk ingezet richting het gezin. Jeugdbeschermer en (jeugd)generalist Samen DOEN vormen een duo. Zo blijft de continuïteit van de zorg gewaarborgd. Ook na beëindiging van de maatregel blijft de (jeugd)generalist Samen DOEN betrokken bij het gezin, totdat ook hij of zij verder afschaalt naar de basiszorg van het ouder- en kindteam.

Op deze manier hopen wij 1. dat de doorlooptijd van een melding tot een gerechtelijk uitspraak nog verder verkort wordt dan de laatste jaren al bereikt is (nu gemiddeld 2 maanden) en 2. dat de huidige duur van de ondertoezichtstelling (nu gemiddeld 2,5 jaar) drastisch wordt teruggebracht.

Jeugdreclassering
Voor de jeugdreclasseerder geldt, net als voor de jeugdbeschermer, dat deze zijn werk in de regel doet in nauwe afstemming met de ouder- en kindteams of het Samen DOEN-team. De aanvliegroute is hier echter anders, omdat jeugdigen de jeugdreclasseringsmaatregel opgelegd kunnen krijgen vanuit:
- een proces-verbaal leerplicht (route onderwijs-leerplicht);
- een proces-verbaal van de politie (route jeugdstrafrechtsketen);
- een jeugddetentie (route nazorg detentie).

Bij de eerste route zal de leerplichtambtenaar in overleg met de ouder- en kindadviseur van het ouder- en kindteam de afweging maken of en hoe het inzetten van een proces-

verbaal bijdraagt aan het terugdringen van het schoolverzuim. Bij de tweede en derde route zal de politie en Openbaar Ministerie contact met het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team leggen via het veiligheidshuis om tot een goede zorg-straf-afhandeling te komen (zie § 3.6).

Door het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team vroeg te betrekken kan naar verwachting het aantal en de duur van de jeugdreclasseringsmaatregelen beperkt worden.

2.5.4 Residentiële zorg, langdurig verblijf en pleegzorg

In het nieuwe jeugdstelsel willen we jeugdigen met ernstige problemen zoveel mogelijk helpen in hun eigen gezin, op hun eigen school, in hun eigen buurt. Wij menen dat hier nog veel winst te behalen valt. In de provincie Zeeland is de afgelopen jaren gebleken dat het aantal uithuisplaatsingen met de helft teruggebracht kan worden, wanneer gezinnen intensieve begeleiding krijgen. Soms is de (psychische) problematiek van de jeugdige echter zo ernstig of de gezinssituatie zo wankel en bedreigend dat tijdelijk of voor langere tijd verblijf in een pleeggezin, gezinshuis of residentiële setting nodig is. We gaan in deze paragraaf kort op een aantal aspecten in.

Gezinshuis of pleeggezin versus instelling
Wij streven ernaar dat jeugdigen zo kort als mogelijk residentieel in een instelling verblijven en zoveel mogelijk in gezinsverband opgroeien in een normale buurt.[23] Vandaar dat de voorkeur bij uithuisplaatsingen – die soms onvermijdelijk zijn en soms ook langduriger moeten zijn – uit zal moeten gaan naar een (netwerk)pleeggezin of een voorziening zoals een gezinshuis waarin de gezinssituatie het meest wordt benaderd.[24] Het gemeentelijk beleid zal er daarom op gericht zijn dat pleeggezinnen en gezinshuizen in voldoende mate beschikbaar zijn.

Stedelijk versus landelijk
In de huidige situatie wordt voor verblijf ook van landelijke voorzieningen gebruik gemaakt. Het gemeentelijk beleid is erop gericht dat jeugdigen in de toekomst alleen nog in stedelijke voorzieningen worden geplaatst. Daarvoor is nodig dat het aanbod van speciale residentiële voorzieningen in voldoende mate aanwezig is.

Multifocale zorg
Sommige jeugdigen die in een gezinshuis of pleeggezin verblijven hebben gespecialiseerde zorg nodig op het terrein van psychiatrie of (L)VB. Deze ondersteuning (zoals therapeutische pleegzorg) zal voor deze jeugdigen en hun pleegouders beschikbaar moeten zijn ongeacht de plek waar zij verblijven. Het eenvoudiger mogelijk maken van zogenaamde multifocale zorg zien wij als een belangrijk winstpunt van het nieuwe jeugdstelsel. Wij zullen dan ook stimuleren dat de huidige zorgaanbieders nog beter van elkaars expertise en behandelmogelijkheden gebruik gaan maken.

Crisisopvang
Ook de crisisopvang zal zo dicht mogelijk bij huis en het liefst in speciale opvanggezinnen plaatsvinden. Een bepaalde capaciteit residentiële opvang (de 'crisisbedden') zal

23 Ook hier blijven er uitzonderingen, bijvoorbeeld voor zeer ernstig (meervoudig) gehandicapten kinderen die levenslang in een instelling zullen verblijven. Overigens is het de bedoeling van wetgever om dergelijk zorg in de AWBZ te houden en dus niet mee te decentraliseren naar de gemeenten.

24 Criteria wanneer welke vorm van verblijf het meest aangewezen is zijn niet eenvoudig te geven, zie bijvoorbeeld recentelijk Van der Steege, M., *Gezinshuizen in de Jeugdzorg. Kennis verzameld en de stand van zaken*, NJi, Utrecht, 2012.

echter nodig blijven als ernstige gedragsproblemen te veel op de voorgrond staan bij een jeugdige of een psychiatrische interventie (inclusief opname) noodzakelijk is. Ook voor (L)VB jeugdigen zal gelden dat crisisopnames zo dicht mogelijk bij huis plaats moeten vinden om de toch al kwetsbare relatie van de jeugdige met de omgeving niet verder te belasten.

Opvang zwerfjongeren
De huidige ketenaanpak zwerfjongeren is gericht op het onderdak verlenen van dak- en thuisloze jongeren in de leeftijd van 18 tot 23 jaar. Deze aanpak kan nog veel aan effectiviteit en efficiëntie winnen. 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 jeugdbeschermingsmaatregelen op te leggen zijn er dan niet meer (voor de gesloten jeugdzorg geldt nog een doorloop van zes maanden). 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 jaar zijn. De ouder- en kindadviseur van het ouder- en kindteam of de (jeugd)generalist van het Samen DOEN-team (soms in combinatie met een jeugdbeschermer) hebben hierin een belangrijke rol. Zij dienen ervoor te zorgen dat een jeugdige, indien nodig, ook na zijn achttiende verjaardag nog begeleid wordt. Pas als het niet anders kan fungeert de maatschappelijke opvang als vangnet.

2.5.5 Expertise- en behandelcentra

Zoals gezegd wordt het oude onderscheid tussen eerstelijns en tweede- of derdelijns zorg in het nieuwe jeugdstelsel niet meer gehanteerd. Vanuit het flexibele aanbod kan dus ook (hoog)gespecialiseerde ambulante jeugdhulp geboden worden onder vergelijkbare voorwaarden als meer generalistische jeugdhulp.

Toch zal ook in het nieuwe jeugdstelsel voor een beperkt aantal hooggespecialiseerde kennis- en behandelcentra (vaak ook wel aangeduid met topreferente of topklinische zorg) een aparte positie gelden, 1. omdat we in hun contractering afspraken willen maken over garantstellingen en 2. omdat we hierover op stedelijk en vaak ook regionaal (of zelfs landelijk) niveau afspraken willen maken. Het gaat om centra met een relatief kleine doelgroep en (zeer) hoge kosten, waarvan we het voortbestaan toch belangrijk vinden voor de stad en de regio.

Deze centra wordt gevraagd om hun specialistische kennis en expertise ook ter beschikking te stellen van de ouder- en kindteams, de Samen DOEN-teams en de zorgaanbieders in het flexibele aanbod. Dit kan in de vorm van intercollegiale consultatie, maar ook door bij te dragen aan scholingsprogramma's.

In deze fase is nog niet te zeggen hoeveel van deze centra Amsterdam onder het regiem van een stedelijke, regionale voorziening wil blijven bekostigen, noch in welke omvang of welke dit zullen zijn.

2.5.6 Experttafels en aanpak stagnaties

In § 1.6 beschreven we de rollen van de gemeente. Een daarvan is de rol van scheidsrechter. In dat kader geven we als gemeente ook invulling aan de functie van 'escalatie.' Daar waar ernstige stagnatie in de noodzakelijke hulpverlening aan jeugdige en gezin optreedt – waardoor de norm in veiligheid, gezondheid of openbare orde overschreden wordt – , pakken we de regie op de uitvoering. Doel is de stagnatie in de hulpverlening

rondom een gezin zo snel mogelijk te verhelpen, zodat kinderen en gezinnen weer door kunnen gaan in de reguliere hulp. Uitgangspunt is de doorontwikkeling van de huidige multiprobleemgezinaanpak in Amsterdam.

Concreet zorgen we er in het nieuwe jeugdstelsel voor dat ingewikkelde problematiek en ernstige stagnaties door de hulpverleners snel en eenvoudig geadresseerd kunnen worden bij (gebiedsgerichte) experttafels onder gemeentelijke procesregie. Vandaaruit is het vervolgens mogelijk dat een stedelijke escalatieroute ingezet wordt, waar nodig tot aan het College van burgemeester en wethouders toe. De experttafels richten zich tegelijkertijd op het verbeteren van het stelsel door het signaleren en adresseren van systeemfouten en verbeterkansen.

In de experttafels – gedacht wordt vooralsnog aan één per stadsdeel, maar op termijn wellicht nog minder – participeren experts vanuit alle leefgebieden. De experttafels worden voorgezeten door gemeentelijke procesregisseurs die kunnen escaleren richting (en ondersteuning krijgen van) één of meerdere stedelijke procesmanagers.

De vorming van de experttafels betekent in vergelijking met de huidige situatie een vermindering van het aantal overlegtafels en vermindering en verbetering van de huidige versnipperde en daardoor ook verwaterde inzet van expertise uit de instellingen, organisaties en gemeentelijke diensten. Het bestaande lokale gezinsoverleg (van de stadsdelen), het multidisciplinair overleg plus (van BJAA) en het beter beschermd overleg worden geïntegreerd tot één experttafel.

3 Het nieuwe jeugdstelsel binnen het sociaal domein

In het vorige hoofdstuk hebben we het nieuwe jeugdstelsel in hoofdlijnen op de inhoud geschetst. Voordat we in hoofdstuk 4 uitgebreid ingaan op sturing, bekostiging en organisatie, willen we in dit hoofdstuk het nieuwe jeugdstelsel nog kort beschrijven binnen de context van het bredere sociale domein. Eerst zeggen we iets over de opgave waarvoor Amsterdam in het sociaal domein staat (§ 3.1). Daarna behandelen we de specifieke domeinen: (passend) onderwijs (§ 3.2), maatschappelijk ondersteuning (§ 3.3), werk en inkomen (§ 3.4), gezondheidszorg (§ 3.5) en jeugdbeschermings- en strafketen (§ 3.6). Op de domeinoverstijgende aanpak Samen DOEN zijn we al ingegaan in het vorige hoofdstuk (§ 2.3.2). Hier doen we dat daarom niet opnieuw. Op deze manier hopen we duidelijk te maken hoe het nieuwe jeugdstelsel ingrijpt en aanhaakt op de ontwikkelingen in de aanpalende domeinen.

3.1 Hervormingen in het sociaal domein

De hervorming van het jeugddomein staat niet op zichzelf. Zij is onderdeel van een ingrijpende herziening van de sociale sector. Die is landelijk ingegeven en heeft uiteraard ook te maken met de financiële en economische crisis. De drie decentralisaties op de domeinen jeugd, begeleiding & verzorging en werk & inkomen, betekenen een ingrijpende taakuitbreiding en een financiële opgave. Het kabinet-Rutte II bezuinigt € 5 miljard op de zorg, € 3 miljard op de sociale zekerheid en arbeidsmarkt en € 2,5 miljard op de overheid. Ook Amsterdam moet, om deze bezuiniging te realiseren, haar wijze van werken ingrijpend en integraal vernieuwen. De directeuren van de diensten in het sociale domein hebben hun visie daarop neergelegd in de notitie *Innovatie en vernieuwing in het sociaal domein* (Amsterdam, 6 november 2012).

Daarbij komt dat tegelijkertijd het bestuurlijk stelsel wordt aangepast en in het voorjaar van 2014 de huidige stadsdeelbesturen zullen zijn vervangen door bestuurscommissies. Zowel de decentralisaties met hun inhoudelijke en financiële opgaven voor de gemeente, als de gelijktijdige wijziging in het bestuurlijk stelsel in Amsterdam, maakt deze hervorming tot omvangrijk en risicovol.

3.2 (Passend) onderwijs

Op 9 oktober 2012 werd de Wet passend onderwijs door de Eerste Kamer aanvaard.[25] Met deze wet worden de samenwerkingsverbanden primair en voortgezet onderwijs[26] verantwoordelijk voor het onderwijs aan alle kinderen, met uitzonderingen van kinderen in de zogenaamde Regionale Expertise Centra (REC's), cluster 1 (voor blinde kinderen) en cluster 2 (voor dove of slechthorende kinderen en/of kinderen met ernstige spraak-

25 De Wet passend onderwijs betreft aanpassing van bestaande onderwijswetgeving (vooral WPO, WVO en WEC). In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II is afgesproken dat ook leerwegondersteunend onderwijs (lwoo) en praktijkonderwijs gaan vallen onder het stelsel passend onderwijs. Dit gaat gepaard met een korting van € 15 miljoen in 2015 en € 50 miljoen structureel vanaf 2016. Eerder voorgenomen bezuinigingen in het kader van het passend onderwijs zijn geschrapt.

26 In Amsterdam/Diemen zijn de schoolbesturen met ingang van 1 november 2012 verenigd in twee samenwerkingsverbanden: één voor het voortgezet onderwijs, en één voor het primair onderwijs. De regio-indeling en taken van het samenwerkingsverband zijn landelijk bepaald.

taalmoeilijkheden). De samenwerkingsverbanden krijgen met ingang van 1 augustus 2014 een zorgplicht. Zij moeten een passende onderwijsplek bieden aan alle leerlingen, binnen de school waar een ouder zijn/haar kind aangemeld heeft, of anders op een andere school binnen (of buiten) het samenwerkingsverband. Passend onderwijs heeft in principe overigens niet alleen betrekking op kinderen die extra aandacht nodig hebben omdat hun (school)ontwikkeling achterblijft, maar ook op (hoogbegaafde) kinderen die extra aandacht nodig hebben omdat zij ver voorlopen op de rest.

De stelselwijziging in het jeugddomein en de invoering van passend onderwijs zijn parallelle ontwikkelingen (PO-raad 2012). Ook de Wet passend onderwijs heeft als ambitie om de verantwoordelijkheid voor goede ondersteuning eenduidiger bij één partij neer te leggen (in dit geval de schoolbesturen verenigd in een samenwerkingsverband) en meer kinderen ondersteuning te kunnen bieden in reguliere in plaats van speciale onderwijsvoorzieningen. In deze paragraaf proberen we duidelijk te maken hoe wij beide ontwikkelingen in elkaar zien grijpen en welke afspraken we hierover afgelopen jaar al met de schoolbesturen in Amsterdam hebben gemaakt.

Passend onderwijs begint bij de leerkracht en docent
Goed gedifferentieerd onderwijs in de klas kan problemen voorkomen. Amsterdamse scholen werken aan versterking van de onderwijskwaliteit. Dit gebeurt onder meer met hulp van de Kwaliteitsimpuls Basisonderwijs respectievelijk Voortgezet Onderwijs Amsterdam (KBA/KVA). Vanuit KBA en KVA zijn instrumenten ontwikkeld die scholen kunnen gebruiken bij het waarborgen en verbeteren van de onderwijskwaliteit. Het gaat om onder meer kwaliteitswijzers, beroepsstandaarden en kaders voor normering van de gewenste kwaliteit. Deze instrumenten zijn ook belangrijk voor de kwaliteit van de extra ondersteuning die scholen zelf kunnen bieden.

Extra onderwijsondersteuning
Soms is extra ondersteuning binnen of buiten de klas nodig.[27] Scholen leggen in hun onderwijsondersteuningsprofiel vast wat zij kunnen bieden. Het samenwerkingsverband doet dit in haar regionale ondersteuningsplan, dat zij dient af te stemmen met de gemeente. Extra onderwijsondersteuning in het reguliere onderwijs kan allerlei vormen aannemen. De intern begeleider (in het primair onderwijs) en de mentor en zorgcoördinator (in het voortgezet onderwijs) hebben daarbij een belangrijke spilfunctie. Zij ondersteunen de leerkracht/docent bij het verhelderen van de vraag en het opstellen van een handelingsplan. Zij zijn het in de regel ook die extra onderwijsondersteuning van buiten de klas organiseren, zoals de inzet van een remedial teacher, ambulant begeleider, of leerlingbegeleider van een schoolbegeleidingsdienst.

Relatie met zorg voor jeugd
Scholen hebben een belangrijke rol bij het tijdig signaleren van problemen van kinderen en jeugdigen. Zij bereiken vrijwel alle jeugdigen en zien leerlingen meerdere uren per dag. Zo vangen zij vaak als eerste (naast de ouders en leeftijdgenootjes) signalen op. Leerkrachten/docenten en intern begeleiders/zorgcoördinatoren moeten kunnen onderscheiden of bepaald gedrag te maken heeft met onderwijsproblemen of dat de oorzaak elders ligt. De gedragsproblemen van leerlingen in de klas kunnen veroorzaakt worden door leerproblemen of het pedagogisch klimaat in de klas. Vaak zal de oorzaak echter ook buiten de klas, in de genetische aanleg of thuissituatie van de jeugdige liggen. Dit betekent niet dat de verantwoordelijkheid van school ophoudt, wel dat ook de gemeente, als hoeder en financier van het nieuwe jeugdstelsel, een verantwoordelijkheid heeft om de problemen te helpen oplossen of hanteerbaar te houden.

27 In de Wet passend onderwijs wordt consequent gesproken over 'ondersteuning' van leerlingen in plaats van over 'zorg' aan leerlingen, ook om de onderwijsondersteuning te onderscheiden van de zorg voor jeugd. Uitzondering hierop is de term 'zorgplicht.'

In paragraaf 2.3.1 hebben we beschreven hoe de gemeente de basiszorg vanuit de ouder- en kindteams dicht tegen de scholen aan organiseert. De ouder- en kindadviseur, de jeugdarts en de jeugdpsycholoog zijn vaste gezichten voor de school, en vast lid van het zorgteam op school. Samen met de intern begeleider/zorgcoördinator zullen zij – en vooral de ouder- en kindadviseur – de leerling, de leerkracht en de ouders ondersteunen wanneer naast leerproblemen ook psychosociale problematiek speelt. Nieuw ten opzichte van de huidige situatie is dat de ouder- en kindadviseur veel meer tijd heeft om op en rond de school zijn werk te doen en een bredere expertise en een groter mandaat heeft richting de 'tweede lijn.'

De afbakening tussen extra onderwijsondersteuning (een verantwoordelijkheid van de schoolbesturen) en zorg voor jeugd (een verantwoordelijkheid van de gemeente) is niet altijd scherp te maken. Leerproblemen en gedragsproblemen lopen soms onontwarbaar door elkaar heen. Enige overlap tussen het werk van de ouder- en kindadviseur en de intern begeleider of tussen de schoolpsycholoog en de jeugdpsycholoog is onvermijdelijk. Natuurlijk moeten we waken voor dubbel werk en inefficiëntie, maar deze gedeeltelijke overlap maakt het nieuwe systeem juist ook sterker, aangezien leerlingen nu nog wel eens tussen wal en schip vallen. Tegelijk zullen we met de samenwerkingsverbanden en schoolbesturen afspraken maken over de (onafhankelijke) positionering van de zorgprofessionals en wat te doen wanneer er tussen school, ouder- en kindteams en jeugdigen en ouders verschil van inzicht is over de juiste aanpak.

Ondersteuningsplannen samenwerkingsverbanden en beleidsplan gemeente
In het kader van passend onderwijs werken schoolbesturen (regulier en speciaal onderwijs van Amsterdam en Diemen) samen in samenwerkingsverbanden: één voor het voortgezet onderwijs en één voor het primair onderwijs.[28] De beide samenwerkingsverbanden stellen ieder een regionaal ondersteuningsplan op, waarin zij duidelijk maken hoe zij het passend onderwijs in hun regio inrichten, het geld voor extra ondersteuning besteden, leerlingen naar het speciaal onderwijs verwijzen en ouders informeren. Waarschijnlijk zullen begin 2014 de concept-ondersteuningsplannen gereed zijn, die dan ook voorgelegd dienen te worden aan de gemeente. Omgekeerd dient de gemeente een (meerjaren) beleidsplan op te stellen in het kader van de Jeugdwet en deze voor te leggen aan de schoolbesturen en samenwerkingsverbanden. In 2013 dienen we in nauwe samenwerking met elkaar de plannen op te stellen, zodat een goede aansluiting ontstaat van onderwijsondersteuning en zorg voor jeugd op en rond de school.

De gemeente en schoolbesturen zijn afgelopen al intensief met elkaar in gesprek geweest over de volgende thema's. Voor elk van deze thema's geldt dat de opbrengsten van de proeftuinen van groot belang zijn voor de uitwerking.

A. *Eigen kracht en hulp dichtbij organiseren*
   Er is overeenstemming over de centrale uitgangspunten van eigen kracht en het klein houden van problemen. Gemeente en onderwijs willen beide hulp en ondersteuning dichtbij organiseren en samen werken aan een sterke pedagogische omgeving op en rond de school.

B. *Organisatie ondersteuning en hulp in en om de school*
   Op school staat de driehoek leerling – leerkracht – ouders centraal. Wanneer extra onderwijsondersteuning en/of zorg nodig is, hebben elk van deze drie partijen hierin een belangrijke rol. In deze visie vinden gemeente en schoolbesturen elkaar. Over de precieze rolverdeling moeten nadere afspraken gemaakt worden. Zo willen de scholen graag zeggenschap over de inzet van de ouder- en kindadviseur, jeugdarts en

28 Voorheen waren er vijf samenwerkingsverbanden PO in Amsterdam. Het nieuwe, ene, samenwerkingsverband is 1 november 2012 van start gegaan.

jeugdpsycholoog op school. En wil de gemeente aan de andere kant invloed op de herijking van de positie en taken van intern begeleiders en zorgcoördinatoren. Voor invulling van deze functies en het uitlijnen van de organisatie worden de ervaringen gebruikt die in 2013 in de proeftuinen worden opgedaan. Ook zal een "wegingsfactor" – welke school heeft recht op welke inzet vanuit het gemeentelijk jeugddomein – uitgewerkt moeten worden. Sommige scholen hebben nu eenmaal een leerlingpopulatie die om meer ondersteuning vraagt dan andere.

C. *Gebiedsgericht werken, bovenschoolse voorzieningen*
De schoolbesturen en samenwerkingsverbanden kunnen zich vinden in een gebiedsgericht aanbod van hulp om de school. Voor het basisonderwijs zoeken we gezamenlijk naar een gepaste aanpak op het niveau van de verzorgingsgebieden van de ouder- en kindteams. Het samenwerkingsverband primair onderwijs zal in dat kader ook de positie van het speciaal basisonderwijs opnieuw bepalen, als tussenvoorziening tussen regulier en speciaal onderwijs. Voor het voortgezet onderwijs is de situatie anders, omdat het voortgezet onderwijs in Amsterdam een sterke traditie kent van regionale of zelfs stedelijke bovenschoolse voorzieningen, zoals STOP, de Transferia en school2care. De gemeente wil deze samenwerkingsvormen van onderwijs en zorg zeker voortzetten. Ook de inrichting van de ondersteuning en hulp in en rond het (Voortgezet) Speciaal Onderwijs vraagt om verdere uitwerking.

D. *Verwijzing naar speciale onderwijsvoorzieningen*
De samenwerkingsverbanden gaan nieuwe vormen van toewijzing ontwikkelen naar speciale onderwijsvoorzieningen, SBO en (V)SO. De oude indicatiestellingen vervallen. Over de rol van het ouder- en kindteam en de inzet van andere zorgprofessionals uit het nieuwe jeugdstelsel bij deze toewijzingen zullen nadere afspraken gemaakt moeten worden. Hier valt nog veel te winnen in het arrangeren van gezamenlijke onderwijszorgtrajecten.

E. *Professionalisering*
De samenwerkingsverbanden stellen een professionaliseringsagenda op. Het Rijk stelt hiervoor extra middelen ter beschikking. Centrale thema's zijn de integratie van handelingsgericht werken en opbrengstgericht werken en omgaan met verschillen. De instrumenten van KBA en KVA kunnen dienen als basis. Om tot een gezamenlijke taal te komen – waardoor onderwijs- en zorgprofessionals elkaar beter leren verstaan en beter gaan samenwerken – is het belangrijk dat de professionaliseringsagenda's binnen het onderwijs en het nieuwe jeugdstelsel op elkaar aansluiten, vooral wat betreft handelingsgericht werken, aanspreken op eigen kracht en omgaan met ouders.

F. *Ouders*
Zowel het onderwijs als de gemeente wil ouders een sterke positie geven. Een kader voor ouderbetrokkenheid maakt deel uit van de ondersteuningsplannen van de samenwerkingsverbanden, net zoals de gemeente in haar beleidsplan duidelijk zal maken hoe burgers betrokken worden. Onderwijs en gemeente dienen uit te werken hoe de driehoek leerkracht, leerling én ouders altijd betrokken wordt bij het opstellen, bespreken en uitvoeren van handelingsplannen (of ontwikkelingsperspectieven).

Leerplicht
Ten slotte wijzen we nog op de rol van de leerplichtambtenaar in het nieuwe jeugdstelsel. De leerplichtambtenaar maakt geen onderdeel uit van het ouder- en kindteam, maar is wel vast verbonden aan een school en daarmee, net als de ouder- en kindadviseur en andere professionals van het ouder- en kindteam, onderdeel van het zorgteam op school. De leerplichtambtenaar is primair handhaver van de leerplichtwet. Hij of zij kan daarvoor verschillende instrumenten inzetten, oplopend in zwaarte. De leerplichtambtenaar over-

legt daarover met de scholen, die primair verantwoordelijk zijn voor het voorkomen van schoolverzuim, en het ouder- en kindteam (vooral de ouder- en kindadviseur). Het is goed mogelijk dat de introductie van de ouder- en kindadviseur op school ook van invloed zal zijn op de aard en het volume van de werkzaamheden van de leerplichtambtenaren, vooral omdat zij nu ook nog zelf veel begeleiding aan zorgleerlingen bieden, die meer opgepakt zal worden door de ouder- en kindadviseur.

3.3 Maatschappelijke ondersteuning

Op 12 juli 2012 heeft de Amsterdamse gemeenteraad het *Beleidsplan Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2012 – 2016* vastgesteld. In het Beleidsplan wordt beschreven hoe de gemeente Amsterdam haar taken in het kader van de Wmo de komende vier jaar uitvoert. Het uitgangspunt is de verantwoordelijke Amsterdammer die zelf de regie voert over zijn leven en een gemeente die dit stimuleert. Hier lichten we twee taken van de gemeente in het kader van de Wmo nader toe: begeleiding en verzorging en het algemeen jeugd- en jongerenwerk.

Begeleiding en verzorging
In een poging om de stijgende kosten van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te beteugelen heeft het Rijk in 2009 de AWBZ-functie begeleiding al herzien en beperkt. De gemeente ontving in het kader van deze zogenaamde pakketmaatregel compensatiemiddelen om burgers die ernstig getroffen dreigden te worden alsnog ondersteuning te kunnen bieden. Ook voor jeugdigen en gezinnen zijn met deze middelen afgelopen jaren voorzieningen gefinancierd die een plek moeten krijgen in het nieuwe jeugdstelsel, denk aan vrijetijdsbesteding voor jeugdigen met een beperking, respijtzorg en ondersteuning voor specifieke doelgroepen bij zelfstandig wonen.

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte II is de afspraak opgenomen dat gemeenten de gehele verantwoordelijkheid over de AWBZ-functie begeleiding overnemen en dat daaraan de functie van verzorging wordt toegevoegd. Beide functies worden opgenomen in een herziene Wmo als het gaat om volwassenen en de nieuwe Jeugdwet als het gaat om jeugdigen tot 18 jaar. De decentralisatie van deze functies gaat gepaard met een bezuinigingsopgave van 25%. Deze omvangrijke decentralisatie zal in Amsterdam voor de doelgroep volwassenen voorbereid worden door de Dienst Wonen, Zorg en Samenleven (DWZS). Begeleiding en verzorging voor jeugdigen (voor alle grondslagen) gaan vallen onder de nieuwe Jeugdwet en daarmee het programma Om het kind. Tussen de twee programma's en diensten zullen de komende tijd nadere afspraken gemaakt moeten worden op de volgende punten.

A. *Gebiedsgerichte teams*
   Ook in het kader van de Wmo wordt voorzien in teams van zorgprofessionals op lokaal niveau die veel zelf afhandelen. We moeten uitwerken hoe deze teams zich zullen verhouden tot de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. In ieder geval zal naar verwachting gekozen worden voor dezelfde gebiedsindeling, zodat op een efficiënte manier samengewerkt kan worden (onderling en met de eerstelijnsgezondheidszorg).

B. *Eigen kracht*
   Beide programma's benadrukken het versterken van de informele netwerken in de buurt en de wijk. We moeten uitwerken hoe dit concreet gestimuleerd kan worden en wat er bijvoorbeeld nodig is aan ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. De twee programma's moeten hierin gezamenlijk optrekken, omdat dat efficiënter en effectiever is.

C. *Persoonsgebonden budget*

Een persoonsgebonden budget waarmee burgers zelf begeleiding en verzorging organiseren en bekostigen blijft mogelijk, zowel op basis van de herziene Wmo als de nieuwe Jeugdwet. Amsterdam zal zijn eigen vorm van PGB ontwikkelen, met beperkende maatregelen om misbruik te voorkomen. De twee programma's zoeken hierin de afstemming, zodat er in Amsterdam één soort PGB ontstaat (SPA/DMO 2012).

D. *Inkoop en sturing*

De programma's gaan allebei uit van een stedelijke sturing en inkoop in combinatie met gebiedsgericht werken en gebiedsbudgetten op grond van kenmerken van de bewoners. Zowel stedelijke sturing en inkoop als de invulling van het gebiedsgericht werken zullen nauw op elkaar afgestemd worden. Bijvoorbeeld door de inrichting van één inkoopbureau en het werken met één kwaliteits- en budgetregisseur die over de domeinen heen opdrachtgever is voor de verschillende teams. Dit zal in 2013 nader uitgewerkt worden.

E. *Knip jeugdigen - volwassenen*

Voorkomen moet worden dat de knip tussen begeleiding en verzorging voor jeugdigen (Jeugdwet) en voor volwassenen (Wmo) leidt tot nieuwe versnippering. Er zal goede afstemming moeten zijn over continuïteit en afstemming van de zorg wanneer een jongere 18 jaar wordt of wanneer zowel de jeugdige als zijn of haar ouders begeleiding en verzorging nodig hebben.

Algemeen jeugd- en jongerenwerk

Het algemeen jeugd- en jongerenwerk, dat onder de Wet maatschappelijke ondersteuning blijft vallen, is al geruime tijd in beweging. Stad en stadsdelen hebben een beleidskader vastgesteld voor het jongerenwerk nieuwe stijl en werken dit nu uit in concrete afspraken met de aanbieders. Het algemeen jeugd- en jongerenwerk beschouwen we als een basisvoorziening die standaard in de hele stad aanwezig is. Jongerenwerkers maken daarmee deel uit van de algemene pedagogische infrastructuur. Ze maken zelf geen deel uit van de ouder- en kindteams, maar behoren natuurlijk wel tot het netwerk van de ouder- en kindteams. Vooral de ouder- en kindadviseurs voor de doelgroep 12+ en de jongerenwerkers zullen nauw samenwerken.

3.4 Werk en inkomen

De meeste jongeren vinden hun weg naar school en arbeidsmarkt. Er is echter een groep jonge Amsterdammers die het moeilijker heeft. Veertien procent van de Amsterdamse jongeren (15 – 26 jaar) is werkloos, in 2010 waren dat circa 10.000 jongeren.[29] Dat is te veel. Bovendien treft dit bepaalde groepen meer dan andere. Bijvoorbeeld jongeren met een arbeidshandicap of jongeren met een migratieachtergrond. Met de aanhoudende crisis is ook te verwachten dat het percentage zal groeien.

Het kabinet komt binnenkort met een wetsvoorstel Participatiewet die de Wet werk en bijstand (Wwb), Wet sociale werkvoorziening (Wsw) en een deel van de Wajong samenvoegt. Deze nieuwe wet vervangt het wetsvoorstel Werken naar vermogen en moet op 1 januari 2014 ingaan. Hiermee komt de regie over meerdere instrumenten in gemeentelijke hand. Het stelt de gemeente voor de uitdaging om te voorkomen dat bij alle hervormingen de groep meest kwetsbare jongeren buiten de boot valt.

29 Monitor Jeugdwerkloosheid 2010: van de 127.318 Amsterdamse jongeren van 15-26 behoren er 71.298 tot de beroepsbevolking (werken 12 uur per week of meer of willen dat).

Met de notitie *Jongeren maken Amsterdam* presenteerde de gemeente Amsterdam afgelopen zomer haar vernieuwde aanpak van de jeugdwerkloosheid. De inzet op preventie en gebruik van eigen kracht van jongeren sluit aan bij de uitgangspunten van de *Visie Om het Kind.* In de komende tijd gaat het erom ook in de uitwerking de zorg en de voorzieningen voor jongeren rond scholing en werktoeleiding beter met elkaar te verbinden. We noemen hier twee punten.

Preventieve aanpak
De aanpak van jeugdwerkloosheid begint al vroeg, bij de keuze voor opleiding of beroep en bij het op school leren van werknemersvaardigheden. Naast het helpen van jongeren die nog geen werk hebben, is daarom een preventieve aanpak nodig. De jongerenloketten pakken dit op met groepsaanbod, zoals trainingen sollicitatievaardigheden. Het preventieaanbod van de ouder- en kindteams moet hierbij aansluiten.

Specifieke doelgroepen
Extra aandacht is nodig voor jongeren met specifieke belemmeringen, zoals jongeren met een (licht) verstandelijke beperking, zwerfjongeren, die geen thuisbasis hebben om een leven op te bouwen, jongeren met schulden, tienermoeders – voor wie het lastig is zorg- en werktaken te combineren – en jongeren met criminele antecedenten. Het is duidelijk dat werktoeleiding en -begeleiding in deze gevallen aangevuld moet worden met ondersteuning vanuit het jeugdstelsel (SER 2009). Er zijn al goede voorbeelden van dergelijke combinaties, zoals school2care en school2work (voor vmbo-leerlingen met meervoudige problematiek) en de netwerkschool (voor uitstroom vanuit VSO en praktijkonderwijs). Deze initiatieven moeten we doorzetten en uitbouwen.

3.5 Gezondheidszorg

De preventieve jeugdgezondheidszorg en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen is in het nieuwe jeugdstelsel een gemeentelijke verantwoordelijkheid. De rest van de gezondheidszorg – denk aan fysiotherapie, dieetadvies, logopedie, huisartsenzorg, verloskunde, kraamzorg en ziekenhuiszorg – wordt vrijwel geheel bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet, ook als het om jeugdigen gaat. Er zijn veel raakvlakken tussen de gezondheidszorg en de zorg voor jeugd binnen het nieuwe jeugdstelsel. De gemeente zal daarom goede afspraken moeten maken met de uitvoerders en financiers (zorgverzekeraars) van de gezondheidszorg. Hier wordt kort op een aantal punten ingegaan.

Verwijzingen van ouder- en kindteams naar gezondheidszorg
De uitvoering van de preventieve jeugdgezondheidszorg is een taak van de ouder- en kindteams. Alle jeugdigen worden periodiek aan een sociaal-medisch onderzoek onderworpen. Dit betekent dat er veel lichamelijke (ontwikkelings)problemen door de ouder- en kindadviseurs en jeugdartsen van het ouder- en kindteam gesignaleerd zullen worden waarvoor nader medisch onderzoek of behandeling nodig is. In veel gevallen zal de jeugdarts van het ouder- en kindteam verwijzen naar de huisarts. Soms zal de ouder- en kindadviseur of jeugdarts ook rechtstreeks verwijzen 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 aan de huisarts gebeuren. De preferente zorgverzekeraar in Amsterdam (Achmea) heeft deze rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts inmiddels ook mogelijk gemaakt.

Verwijzen van huisartsen en medisch specialisten naar zorg voor jeugd
Volgens de nieuwe Jeugdwet krijgt de reguliere huisarts de bevoegdheid om te verwijzen naar jeugdhulp. Zijn oude bevoegdheid – om te verwijzen naar jeugd-geestelijke gezondheidszorg – wordt met de nieuwe Jeugdwet dus verbreed. Naar verwachting

zullen ook medisch specialisten als de kinderarts een dergelijke bevoegdheid krijgen. De Jeugdwet bepaalt ook dat de gemeente, de huisartsen, en de zorgverzekeraars onderling afspraken maken over de voorwaarden waaronder en wijze waarop de verwijzing door de huisarts plaatsvindt.

Zonder te treden in hun professionele handelingsvrijheid willen wij met de huisartsen in Amsterdam goede afspraken maken over de manier waarop zij jeugdigen en ouders verwijzen naar jeugdhulp. De werkwijze (criteria en procedure) van de huisarts zou niet wezenlijk moeten verschillen van die van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams.[30] In die zin is het rechtstreeks verwijzen van de jeugdarts naar tweedelijnsgezondheidszorg vergelijkbaar met het rechtstreeks verwijzen van de huisarts naar tweedelijns jeugdhulp. In beide gevallen moet dit geprotocolleerd met wederzijdse kennisgeving gebeuren.

Overigens verwachten wij dat in veel gevallen de huisarts bij psychische en psychosociale klachten van jeugdigen en opvoedproblemen van ouders zal verwijzen naar het ouder- en kindteam. Maar ook wanneer de reguliere huisarts rechtstreeks verwijst naar zorgaanbieders in het flexibele aanbod of stedelijke behandelcentra is contact met het ouder- en kindteam gewenst. Om overconsumptie van dure zorg te voorkomen en goede nazorg in de buurt (bijvoorbeeld op school) te waarborgen, zal de gemeente hierop in haar afspraken met de huisartsen en de zorgaanbieders aansturen.

Knip jeugd- en volwassenenzorg (GGZ en VB)
De gemeente zal met de zorgaanbieders en zorgverzekeraars ook goede afspraken moeten maken over de continuïteit in het zorgaanbod wanneer jeugdigen de leeftijd van 18 jaar bereiken. De jeugd-GGZ en jeugd-VB gaat dan immers over in volwassenenzorg, en van de verantwoordelijkheid van de gemeente over naar de zorgverzekeraars. De nieuwe Jeugdwet biedt in ieder geval de mogelijkheid (maar niet de verplichting) van een doorloop wanneer een traject van een jeugdige gestart is vóór de achttiende verjaardag. Maar ook in die gevallen waar zorg en ondersteuning niet alleen nodig is voor de jeugdige, maar ook voor de ouders, is afstemming gewenst. Denk aan jeugdigen met psychiatrische problemen of een (licht) verstandelijke handicap met ouders hebben met dezelfde problemen of handicap.

Huisartspraktijken en gezondheidscentra in de wijk
In de gezondheidszorg wordt vanuit de zorgverzekeraars (en gemeente) ingezet op de versterking van de eerste lijn, onder andere door de vorming van gezondheidscentra en geïntegreerde eerstelijnszorg (GEZ) vanuit een gebiedsgerichte aanpak. Vooral de ouder- en kindteams, maar ook zorgaanbieders uit het flexibele aanbod zullen zich tot deze gezondheidscentra (maar ook de meer traditionele huisartsenpraktijken) moeten gaan verhouden. Amsterdam is samen met Achmea al begonnen met de organisatie van wijkbijeenkomsten tussen huisartsen en jeugdartsen. De komende tijd zullen we dergelijke initiatieven verder uitbreiden.

3.6 Jeugdbeschermings- en jeugdstrafketen

Zorgprofessionals en zorginstellingen in het nieuwe jeugdstelsel dienen zich te verhouden tot een aantal belangrijke partners in de jeugdschermings- en jeugdstrafketen: de Raad voor de Kinderbescherming, politie en justitie, en het veiligheidshuis. In het vorige hoofdstuk (§ 2.5) hebben we hierover al een en ander gezegd naar aanleiding het Advies-

30 De huisarts heeft op grond van de nieuwe Jeugdwet geen autonome bevoegdheid ten opzichte van de gemeente om individuele voorzieningen toe te kennen aan jeugdigen en hun ouders. De gemeente stelt in haar verordening de voorwaarde en procedure hiervoor vast.

en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) en de uitvoering van de jeugdbescherming en jeugdreclassering (JB&JR). Hier zetten we een aantal zaken nog eens bij elkaar vanuit het perspectief van deze drie kernpartners.

Raad voor de Kinderbescherming
In § 2.5.3 kwam de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) aan de orde vanuit haar rol als onafhankelijk adviseur van de kinderrechters bij het verzoek tot jeugdbeschermingsmaatregelen. Maar de taak van de RvdK is breder (RvdK 2012). Zo adviseert de RvdK de rechter ook over gezag en omgang na scheiding en over straffen voor ontspoorde jongeren. De RvdK voert de casusregie en coördinatie van taakstraffen voor jeugdigen en screent en adviseert bij pleegzorg, adoptie en afstamming. In al deze gevallen is het van belang dat de gemeente afspraken maakt met de RvdK over samenwerking en afstemming.

In de concept Jeugdwet is opgenomen dat het College van B&W – of door het College aangewezen hulpverleners – een verzoek aan de RvdK kunnen richten om een onderzoek te starten of een jeugdbeschermingsmaatregel nodig is, een rol die voorheen bij Bureau Jeugdzorg lag. De gemeente en de RvdK dienen hierover afspraken te maken, net zoals over de wijze waarop zij overleggen welke gecertificeerde instelling de RvdK in haar verzoekschrift richting de rechter opneemt. Belangrijke vraag is dus aan welke personen, hulpverleners, de gemeente het mandaat geeft om een verzoek tot onderzoek bij de RvdK te doen. De precieze werkwijze zal – volgens de nieuwe Jeugdwet – uitgewerkt moeten worden in een gezamenlijk protocol.

Politie en justitie
De politie heeft als primaire taak het voorkomen en opsporen van overtredingen en misdrijven. Daarnaast heeft de politie een taak op het gebied van hulpverlening, als het gaat om signaleren, hulp verlenen, adviseren en doorverwijzen. In de jeugdbeschermingsketen komt deze rol onder andere tot uiting bij ernstige kindermishandeling en/of huiselijk geweld. En bij de jeugdstrafrechtketen is het de politie die een proces-verbaal maakt, dan wel een aanhouding verricht van een jeugdige en samen met het Openbaar Ministerie (OM) en de Raad voor de Kinderbescherming afweegt hoe de strafafdoening eruitziet. Tot slot heeft de politie ook een belangrijk rol in het openbare domein op het gebied van overlastbestrijding en aanpak van criminele jeugdgroepen in samenwerking met het jongerenwerk en straatcoaches.

Er veranderen voor de politie zaken in de jeugdketen door de nieuwe positionering van AMHK, JB&JR en de komst van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Een specifiek aandachtspunt betreft de zorgmelding van de politie. In Amsterdam kan de politie eenvoudig (via een geautomatiseerde koppeling) een melding doen wanneer zij zich zorgen maken over een gezin. Deze melding gaat dan naar het team Vangnet Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg (MGGZ) van de GGD – in tegenstelling tot de rest van het land waar Bureau Jeugdzorg deze rol heeft. Op dit moment is nog niet duidelijk wat de rol van Vangnet MGGZ zal zijn in het nieuwe jeugdstelsel. Wel is duidelijk dat het met de komst van de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams logischer wordt om zorgmeldingen vanuit politie bij deze teams neer te leggen. Zij kennen alle gezinnen en kwetsbare huishoudens immers al en kunnen een snelle inschatting maken of nadere actie gewenst is of niet. De snelle en eenvoudige koppeling van politiemelding naar een hulpverlener die eropaf gaat zal natuurlijk wel gehandhaafd moeten blijven.

De politie maakt bij het uitoefenen van haar taak gebruik van een geheel eigen set aan instrumenten voor registratie en uitwisseling van gegevens, waarbij bekeken moet worden hoe de registratiesystemen in het nieuwe jeugdstelsel (vooral van de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams) hierop aansluiten. Belangrijk is de afstemming met het Landelijke Instrumentarium Jeugdstrafketen (LIJ). Het LIJ is ontwikkeld voor jongeren

van 12 – 18 jaar die met politie en justitie in aanraking komen. Het LIJ berekent het recidiverisico en geeft een profiel van aanwezige beschermende en risicofactoren en eventuele zorgsignalen. Op basis daarvan kan worden bepaald welke strafrechtelijke aanpak én eventuele zorg de jongere nodig heeft. Met het LIJ is helder wie (politie, Halt, Bureau Jeugdzorg, RvdK, etc.) welke rol in de opbouw van een dossier in de jeugdstrafketen heeft. Het nieuwe jeugdstelsel zal hierop aan moeten sluiten, zowel aan de voorkant – als 'leverancier' van informatie over de jeugdige en zijn of haar gezin – als aan de achterkant, als 'leverancier' van goede gedragsinterventies.

Veiligheidshuis

Zoals de rest van het land, kent ook Amsterdam een veiligheidshuis. Belangrijke opgave van het veiligheidshuis is om tot een goede gecombineerde zorg- en strafafhandeling te komen van jeugdigen die in aanraking komen met de politie. De Raad voor de Kinderbescherming speelt ook hier weer een cruciale rol in het onderzoeken van de situatie van de jeugdige. Naast de jeugdreclassering wordt het zorgaanbod nu ingevuld door een brede waaier aan interventies. Het is nu nog niet duidelijk welke hiervan, waar een plek zullen krijgen in het nieuwe jeugdstelsel. Idealiter zou het ouder- en kindteam of het Samen DOEN-team in sommige gevallen zelf een aanbod moeten kunnen leveren. Bij de zwaardere gevallen zal een aanbod nodig blijven vanuit gespecialiseerde aanbieders (in het flexibele aanbod of de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen). In alle gevallen zal het ouder- en kindteam of Samen DOEN-team een belangrijke informant zijn voor het veiligheidshuis om tot een adequate beslissing te komen.

4 Sturing, bekostiging en organisatie

In hoofdstuk 2 beschreven wij de hoofdlijnen van het nieuwe jeugdstelsel op de inhoud. In dit hoofdstuk gaan we in op de sturing, bekostiging en organisatie van het nieuwe jeugdstelsel. Eerst gaan we nader in op de vier kernelementen van het nieuwe sturingsmodel: de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, de gebiedssturing, de centrale stedelijke sturing en de regionale sturing (§ 4.1). Vervolgens behandelen we de bekostiging en organisatie van elk van de vier zorgvormen (§ 4.2). Tot slot besteden we apart aandacht aan het kwaliteitsbeleid (§ 4.3), de rechtspositie en participatie van jeugdigen en ouders (§ 4.4), en de informatievoorziening en ICT (§ 4.5).

Definities van sturing, bekostiging en organisatievorm

De *sturing* is gericht op het bereiken van de missie en doelen van de gemeente. Er wordt gestuurd op verschillende niveaus en met verschillende instrumenten: het (meerjaren)beleidsplan, de verordening, de begroting en budgettering. Maar ook het publiek inzichtelijk maken van cliënttevredenheid, het toezicht op de uitvoering, de activiteiten rondom het lerend ontwikkelen, prestatiemeting en benchmarking bevatten duidelijk sturende prikkels.

De *bekostiging* gaat over de wijze waarop wij ondersteuning, hulp en zorg in het nieuwe jeugdstelsel financieren. Amsterdam zal de verschillende bekostigingsvormen uit de huidige wettelijke kaders – Wet publieke gezondheid (Wpg), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet op de jeugdzorg, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (Zvw) – omvormen tot één uniformere, en eenvoudigere, systematiek. Bekostiging heeft een sterk sturend effect, ook op de inhoud van de zorg. We zoeken naar een bekostigingssystematiek die het enerzijds mogelijk maakt dat 'gedaan kan worden, wat gedaan moet worden', maar die anderzijds niet prikkelt tot inefficiënt of ineffectief gedrag van de zorgaanbieder of te weinig de kwaliteit en continuïteit van de zorgaanbieder waarborgt.

De *organisatievorm* is de verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden onder verschillende actoren in het stelsel. Actoren kunnen onderdeel zijn van een verlengde overheid, maar ook van een gereguleerde markt waarin ieder zijn deel verwerft binnen bepaalde spelregels.

4.1 Sturingsmodel

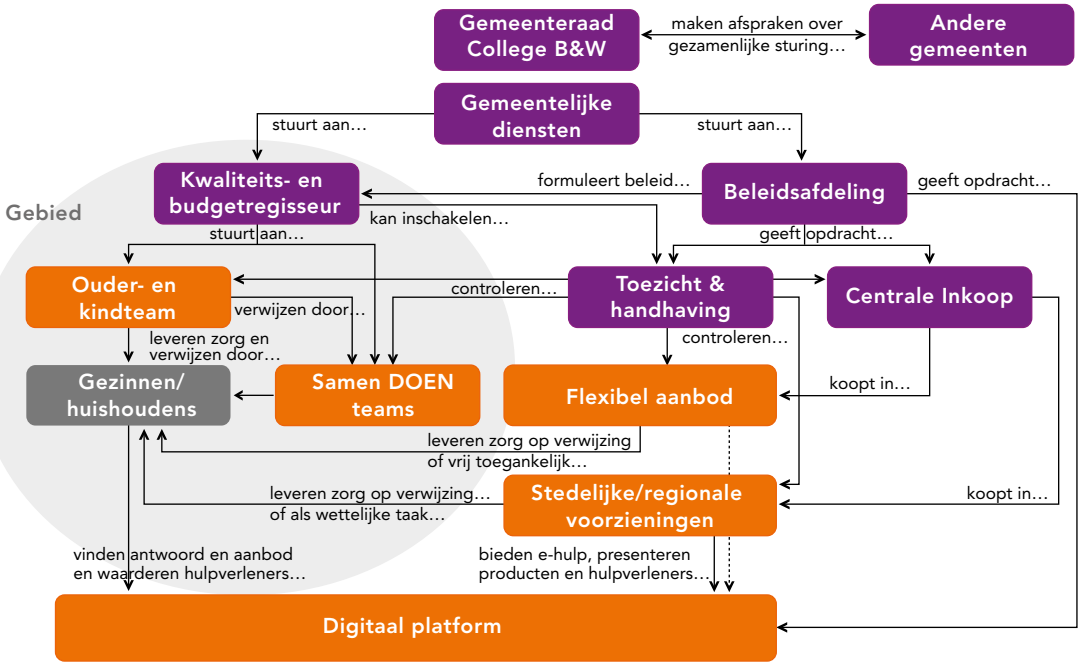
De sturing in het nieuwe jeugdstelsel wordt op hoofdlijnen bepaald door de wettelijke regels die aan de gemeenten worden opgelegd. In de Jeugdwet wordt de gemeentelijke verantwoordelijkheid vormgegeven als een voorzieningenplicht à la de Wet maatschappelijke ondersteuning. De gemeente wordt een redelijke mate van beleidsvrijheid gelaten om haar eigen invulling aan de uitvoering en sturing te geven. Veel zal echter ook afhangen van de vraag of en hoe de rijksoverheid (middels ministeriële regelingen en AMvB's) nadere regels zal stellen met betrekking tot zaken als voorzieningenniveau, bekostigingswijze, beleidsinformatie, registratieverplichtingen en bovenlokale samenwerking. De concept Jeugdwet biedt hiervoor in ieder geval alle ruimte.

De grote lijn van het sturingsmodel ziet er als volgt uit. In een (meerjaren)beleidsplan stelt de gemeenteraad de hoofdzaken van het te voeren beleid vast (visie, doelstellingen, resultaten, e.d.). In een verordening stelt de gemeenteraad bovendien regels over de door het College te verlenen individuele voorzieningen (voorwaarden voor toekenning, wijze van beoordeling en afwegingsfactoren). Zowel beleidsplan als verordening zijn verplichtingen op grond van de nieuwe Jeugdwet. Beide instrumenten zijn ook bedoeld om burgers helderheid en inspraak te geven over de gemeentelijke keuzes. Jaarlijks geeft de begrotingscyclus een nadere uitwerking aan de doelen en de hoogte van de beschikbare budgetten. Het College stelt in een uitvoeringsplan jaarlijks de activiteiten vast die worden ondernomen en gefinancierd om de doelen te bereiken.

De gemeente stuurt op het nieuwe jeugdstelsel verder op vier niveaus: dicht bij de burgers via de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, gebiedsgericht via de kwaliteits- en budgetregisseurs, centraal stedelijk via het inkoopbureau en de beleidsafdeling, en regionaal in een nader te bepalen samenwerkingsverband. We werken deze vier niveaus nader uit in het vervolg van deze paragraaf.

De belangrijkste sturingsrelaties in het nieuwe jeugdstelsel kunnen grafisch als volgt worden weergegeven.

Sturingsrelaties in het nieuwe jeugdstelsel



4.1.1 Sturing door ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams

De taken van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams zijn beschreven in hoofdstuk 2. De teams hebben een grote mate van handelingsvrijheid om de zorg te organiseren naar de behoefte in hun gebied. Zij doen dit allereerst door in overleg met de kwaliteits- en gebiedsregisseur (§ 4.1.2) en binnen de stedelijke kaders (§ 4.1.3) het team samen te stellen en een werkplan op te stellen. Dit zullen zij doen op basis van een analyse van vraag en aanbod in hun verzorgingsgebied, maar ook – als het gaat om de ouder- en kindteams – op basis van gesprekken met de kinderdagverblijven en (voor) scholen in het gebied en – als het gaat om de Samen DOEN-teams – met andere voorzieningen in het sociaal domein, zoals de maatschappelijke dienstverlening.

Ten tweede hebben de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams een belangrijk sturende rol in het nieuwe jeugdstelsel, doordat zij de belangrijkste verwijzers zijn naar het flexibele aanbod en gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. Het zijn de zorgprofessionals uit de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams die er mede voor moeten zorgen dat het zelfoplossend vermogen van het sociale netwerk toeneemt en de zorgconsumptie vermindert. Zij zijn ook de enigen binnen het nieuwe jeugdstelsel die dat op casuïstiekniveau op een verantwoorde manier kunnen doen, omdat zij de jeugdigen en hun ouders goed kennen, en ook geworteld zijn in de sociale verbanden waarbinnen jeugdigen opgroeien (zoals de scholen in het gebied). De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams sturen dus via hun 'klantcontacten' op het zorgaanbod, niet via inkoop en contractering. Dat verloopt via het stedelijke inkoopbureau.

De ouder- en kindteams en Samen DOEN-team krijgen inzicht in de begroting van de zorg die zij jaarlijks kunnen 'voorschrijven' en 'hun' besteding hiervan. Hierdoor ontstaat er een (extra) kostenbewustzijn in de teams en worden de schaarse middelen op teamniveau geprioriteerd en ingezet. Het is denkbaar dat teamleiders – in hetzelfde kader van de sturing en kostenbewustzijn – de zorgprofessionals óók ieder inzicht geven in een individueel toegerekend budget voor doorverwijzingen en besteding daarvan.

De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams zullen op uniforme wijze hun (zorg) activiteiten registreren. De gedachte is om het mogelijk te maken om in één systeem een (gezins)plan te maken en een (elektronische) verwijsbrief op te stellen. Deze verwijsbrief kan dan door jeugdigen en gezinnen worden gebruikt om een jeugdhulpaanbieder te kiezen op de digitale 'zorgmarktplaats.' Voor de jeugdhulpaanbieders is een verwijsbrief nodig om hun inzet te kunnen factureren (met uitzondering van een beperkt vrij toegankelijk deel). Op de (digitale) factuur richting de stedelijke inkooporganisatie wordt het (unieke) kenmerk van de onderliggende verwijsbrief vermeld. Aangezien de kwaliteits- en budgetregisseur, de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams maandelijks rapportages van de centrale inkooporganisatie krijgen over het zorggebruik in het gebied, kunnen zij hierop ook echt sturen (eventueel zelfs tot op medewerkerniveau). Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waar de terugkoppeling en budgetbeheersing na verwijzing juist een groot struikelblok is.[31]

4.1.2 Gebiedssturing

De beleidskaders en begroting van het nieuwe jeugdstelsel worden centraal stedelijk vastgesteld. Het zorggebruik wordt in belangrijke mate gestuurd door de zorgprofessionals van de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. Als schakel tussen deze twee niveaus organiseren we de sturing door een kwaliteits- en zorgregisseur van de gemeente, die gebiedsgericht werkt.

We realiseren ons dat de gebiedssturing heel nauw raakt aan de inrichting van het bestuurlijk stelsel in Amsterdam, en specifiek de positie van de stadsdelen en diensten. Veel vragen over de precieze invulling van de gebiedssturing en de rol van een kwaliteits- en budgetregisseur in deze zijn nu nog niet te beantwoorden. Toch zien we de gebiedssturing als een essentieel onderdeel van het nieuwe jeugdstelsel. Wij menen namelijk dat nabijheid niet alleen op uitvoeringsniveau, maar ook in de gemeentelijke aansturing verankerd moet worden.

31 Kosteneffectief werken in de zorg staat nog in de kinderschoenen, zie de recente oratie van Evers, S., *Public Health Technology Assessment, niet horen, niet zien en zwijgen!* Universiteit Maastricht 2013.

Gebiedsbudgetten
Een groot deel van het totale Amsterdamse budget zorg voor jeugd wordt over een nader te bepalen aantal gebieden verdeeld op basis van vaste indicatoren zoals bevolkingssamenstelling, risicofactoren en prevalentie van jeugd- en gezinsproblematiek. De budgetverdeling is niet statisch, maar verandert mee met de bevolkingskarakteristieken. Zo beschikt ieder gebied over een budget voor het bieden van zorg voor jeugd. Centraal wordt een deel van het budget gereserveerd voor centrale activiteiten en een buffercapaciteit. Het werken met gebiedsbudgetten sluit aan bij de principes om sturing dichtbij, op wijk- en buurtniveau te organiseren. De basisregel is dat *alle* zorgkosten ten laste komen van het gebiedsbudget van waar dat gezin duurzaam verblijft.

Een gebiedsbudget dat alle middelen van het nieuwe jeugdstelsel omvat zien wij als de eerste stap. We onderzoeken de mogelijkheden om te komen tot één ontschot gebiedsbudget voor het hele sociale domein, en dat dus ook andere domeinen omvat, zoals de welzijn- en zorgbudgetten van de stadsdelen en DWZS (inclusief overkomende AWBZ-middelen) en de integratie- & participatiebudgetten van DWI. Vooral voor de aanpak Samen DOEN is deze domeinbrede aansturing essentieel. Stad, stadsdelen en diensten beraden zich op een integrale visie en aanpak van het gebiedsgericht werken (zie § 3.1).

Kwaliteits- en budgetregisseur
Het gebiedsbudget wordt beheerd door de kwaliteits- en budgetregisseur. Naast budgetbeheer heeft de kwaliteits- en budgetregisseur – zoals zijn naam al aangeeft – een taak in het stimuleren en bewaken van de kwaliteit van de zorg in het gebied. Hier gaan we eerst (en vooral) in op de budgetbevoegdheden van de regisseur.

De (gedelegeerde) budgetverantwoordelijkheid voor de gebiedsbudgetten ligt niet bij de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, maar bij een kwaliteits- en budgetregisseur van de gemeente. Naar verwachting zal het aantal kwaliteits- en budgetregisseurs – in eerste instantie – beperkter zijn dan het aantal (verzorgingsgebieden van de) ouder- en kindteams. Wanneer de gebiedsbudgetten zich ontwikkelen tot integrale budgetten voor het hele sociale domein is het naar verwachting wenselijk om een groter aantal kwaliteits- en budgetregisseurs aan te stellen, tot bijvoorbeeld het aantal van 21.

De kwaliteits- en budgetregisseur werkt binnen de ene gemeentelijke begroting als gedelegeerd budgetbeheerder. Hij gebruikt een deel van zijn budget voor het inrichten en in stand houden van de basisinfrastructuur van zijn gebied: de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams. Voor deze basisinfrastructuur zal de gemeente stedelijke kaders vaststellen. Binnen die kaders heeft de kwaliteits- en budgetregisseur ruimte om met de uitvoerders van de teams afspraken te maken over de grootte en samenstelling, afhankelijk van de lokale behoeften. Het resterende gebiedsbudget zal de kwaliteits- en budgetregisseur begroten voor hulp uit het flexibele aanbod of stedelijke en regionale voorzieningen, die ingezet wordt door de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Maar ook de kosten van vrij toegankelijke hulp en de kosten van hulp die wordt ingezet door huisartsen, medisch specialisten, jeugdbeschermers en jeugdreclasseerders komt ten laste van dit budget.

Door de kwaliteits- en budgetregisseur verantwoordelijk te maken voor het integrale budget – voor zowel preventie, lichte hulp en gespecialiseerde zorg – blijven de prikkels op de juiste plaats. Af- en doorschuifgedrag wordt niet meer beloond, maar raakt direct het budget van de kwaliteits- en budgetregisseur. Hij heeft er dan ook alle belang bij om het zorggebruik zo klein mogelijk te houden. Als het budget in een gebied uitgeput dreigt te raken, zal de kwaliteits- en budgetregisseur moeten gaan bijsturen. De kwaliteits- en budgetregisseur zal met de doorverwijzers (ouder- en kindteams, Samen DOEN-teams, huisartsen) in gesprek gaan om de inzet van zorg in te perken. Hierbij zijn wel grenzen, niet elke zorg is bij te sturen of eenvoudig in te perken. Ook kan de

kwaliteits- en budgetregisseur besluiten om de omvang van de ouder- en kindteams of Samen DOEN-teams in te krimpen of uit te breiden. Zo kunnen teams die relatief weinig doorverwijzen en veel zelf doen daarvoor beloond worden door de teams uit te breiden en daarmee de caseload te verlagen. Het omgekeerde is ook mogelijk.

Als het ingrijpen van de kwaliteits- en budgetregisseur niet tot het gewenste resultaat leidt, kan centraal stedelijk ingegrepen worden. Als laatste redmiddel kan besloten worden om met budgetten tussen gebieden te schuiven. Aangezien de middelen centraal blijven (in één begroting), is dit eenvoudig te regelen. Mocht de situatie ontstaan dat voor de gehele stad een budgetoverschrijding dreigt, dan kan uiteindelijk worden besloten om alle of bepaalde groepen zorgaanbieders een budgetplafond op te leggen. De resterende budgetten worden dan naar rato van al geleverde omzet verdeeld. Vanaf dan kunnen wachtlijsten ontstaan door budgettekorten. De precieze invulling van deze 'rode knop' functie moet nog nader (juridisch) onderzocht worden. Een en ander hangt ook sterk af van de definitieve tekst van de nieuwe Jeugdwet.

Voor de kwaliteits- en budgetregisseurs is het belangrijk een goede informatiepositie te hebben. Zij ontvangen daartoe periodiek stuur- en benchmarkinformatie ('factsheets') van de centrale organisatie over bijvoorbeeld de behandel- en doorverwijsgegevens van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, de uitputting van het budget, facturatiegegevens van de zorgaanbieder, inspectierapporten en populatieontwikkelingen op wijk- en buurtniveau. Ook de informatie van de experttafels in de vernieuwde aanpak stagnaties is van belang (zie § 2.5.6). Al deze informatie biedt de kwaliteits- en budgetregisseurs de mogelijkheid om ongewenste zorg- of kostenpatronen op te sporen en hierop bij te sturen. Zo kan een kwaliteits- en budgetregisseur bijvoorbeeld de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams aanspreken op hun prestaties ten opzichte van andere teams in het gebied of de stad als geheel. Hij kan samen met een team dat relatief meer doorverwijst dan andere teams op zoek gaan naar verklaringen voor dit verschil en afhankelijk van de uitkomsten van deze analyse maatregelen nemen. Zo bevordert de kwaliteits- en budgetregisseur met zijn stuurinformatie het lerend vermogen van de mensen in het stelsel.

De rol van de kwaliteits- en budgetregisseur gaat verder dan alleen budgetbeheer. Hij stuurt ook op de kwaliteit van de zorg in het gebied. De interne kwaliteitszorg blijft een verantwoordelijkheid voor de teams en zorgaanbieders zelf. De kwaliteits- en budgetregisseur stuurt meer op afstand, met oog voor de dynamiek tussen de verschillende actoren in het gebied. Hierbij zal hij niet alleen acteren richting de professionele zorgaanbieders, maar ook oog hebben voor de (pedagogische) infrastructuur in de wijk.

4.1.3 Centrale sturing

Het ontwerp van het Amsterdamse jeugdstelsel is gebaseerd op een centrale sturing – op beleidskaders, begroting, contractering en toezicht – in combinatie met decentraal budgetbeheer door de kwaliteits- en budgetregisseur en het mandaat tot het inzetten van zorg dichtbij de ouders en jeugdigen in de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Deze paragraaf behandelt de inrichting van de centrale sturing. De transitie en transformatie is een ingewikkeld proces. Juist vanwege deze complexiteit en de vele belangen achten wij een sterke stedelijke sturing, zeker richting 2015 en de eerste jaren daarna, van essentieel belang.

Centrale beleidsafdeling
De sturing wordt centraal vormgegeven via verschillende beleidsinstrumenten, zoals de criteria voor de budgetverdeling over de gebieden, de kaders voor de ouder- en kindteams en de Samen DOEN-teams, de toelatingscriteria voor nieuwe zorgaanbieders

in het flexibele aanbod en gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen, de contractvoorwaarden, de criteria op grond waarvan burgers in aanmerking komen voor zorgvoorzieningen en de wijze waarop dit vastgesteld wordt, en de professionele norm voor alle zorgprofessionals. Deze instrumenten stellen ons in staat om – vanuit de centrale organisatie – werkbare en uniforme kaders te stellen. De centrale kaders worden vastgelegd in een (meerjaren)beleidsplan, verordening, en jaarlijkse gemeentelijk uitvoeringsprogramma (inclusief begroting). Een centrale beleidsafdeling, te positioneren bij een van de diensten, voert deze centrale beleidssturing ambtelijk uit onder verantwoordelijkheid van de gemeenteraad en het College (wethouder Jeugd).

Het toezicht op de naleving van de centraal gestelde beleidskaders wordt ook belegd bij de stedelijke beleidsafdeling. Er moet nog uitgewerkt wat de relatie en taakverdeling is tussen deze centrale beleidsafdeling en de kwaliteits- en budgetregisseurs, de experttafels en aanpak stagnaties en de landelijke inspecties (zie verder § 4.3). Het uitvoeren van 'audits' of diepteonderzoeken moet behoren tot het standaard repertoire van de gemeentelijke organisatie. Alleen zo ontstaat een 'lerend systeem' (hoofdstuk 7) dat de complexiteit van de opgave aankan.

Centrale inkooporganisatie
De toelating en contractering van zorgaanbieders geschiedt centraal. Amsterdam kiest er voor om zorgaanbieders die aan de wettelijke en Amsterdamse criteria voldoen, toe te laten tot de markt. Door de vrijere toelating van zorgaanbieders zal mogelijk een groter aantal zorgaanbieders in Amsterdam actief worden. Met al deze partijen moet een inkooprelatie worden onderhouden, wat een professionele inkooporganisatie vergt. Het is de bedoeling dat iedere toegelaten zorgaanbieders één contract heeft met de gemeente met één heldere set verantwoordingscriteria. Zo houdt de gemeente overzicht over de taken die zorgaanbieders voor de gemeente uitvoeren en worden meerdere verantwoordingsregiems voorkomen. Deze gegevensset sluit aan bij gegevens die aanbieders voor hun eigen professionaliteit en/of bedrijfsvoering registreren (en de landelijke eisen).

De centrale inkooporganisatie toetst en bewaakt of zorgaanbieders voldoen aan de toelatingscriteria en de overige contractuele afspraken om door de gemeente bekostigde zorg te mogen leveren. Verder voert de centrale inkooporganisatie samen met de beleidsafdeling het contractmanagement en relatiebeheer uit en ziet samen met de beleidsafdeling toe op de kwalitatieve en kwantitatieve levering en beschikbaarheid van het aanbod. Een belangrijke functie bij de toetsing van de afspraken is de analyse van de productie-, waardering- en kwaliteitsgegevens van en over de zorgaanbieder. Ook deze functie wordt belegd bij het centrale contractmanagement. Slecht presterende zorgaanbieders (bijvoorbeeld lage waarderingen, lage scores op effectmetingen, veel klachten of relatief dure behandelingen) worden ter verantwoording geroepen. In de centrale inkoopvoorwaarden ligt vast welke maatregelen genomen kunnen worden, met ontbinding van het contract als uiterste middel. De gegevensset voor de analyse is afkomstig uit de verantwoordingsinformatie en de factuurinformatie.

Centrale facturatieafhandeling
De afhandeling van facturen wordt ook centraal georganiseerd. Voor de zorgaanbieders in het flexibele aanbod en van de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen wordt in de regel gewerkt met raamcontracten (of: 'nulurencontracten'). Dit maakt het werken met bevoorschotting minder voor de hand liggend. Een zeer snelle betaling van door zorgaanbieders verzonden facturen (bijvoorbeeld 'binnen één week') verkleint de noodzaak tot bevoorschotting. Het facturatieproces vormt voor de gemeente de meest belangrijke bron van informatie voor het budgetbeheer. Aanbieders dienen daartoe maandelijks geleverde zorg aan de gemeente te factureren. De gefactureerde bedragen geven daardoor een scherp beeld van de budgetuitputting. De factuurinformatie wordt daarom maandelijks gebruikt voor de rapportages aan de kwaliteits- en budgetregisseurs.

4.1.4 Regionale sturing

Naast de centrale stedelijke sturing zal er naar verwachting ook sprake zijn van sturing op regionaal niveau, samen met (een deel of alle) regiogemeenten. In de laatste conceptversie van de nieuwe Jeugdwet is geen wettelijk verplicht voor gemeenten opgenomen om regionale afspraken te maken, tenzij dit nodig is voor een effectieve uitvoering van de wet. Gezien haar grootte zal de gemeente Amsterdam veel zelfstandig kunnen organiseren. Aan de andere kant zullen de kleine regiogemeenten voor bepaalde (gespecialiseerde) voorzieningen afhankelijk zijn van Amsterdam. Vanuit efficiëntieoverwegingen en vanuit het oogpunt van een goede overgang van de oude situatie (waar de jeugdzorg in stadsregioverband georganiseerd werd) naar het nieuwe stelsel zullen we in ieder geval in regionaal verband afspraken maken over de uitvoering van de jeugdbescherming, de jeugdreclassering, de gesloten jeugdzorg en het AMHK. Maar ook op andere gebieden kan regionale samenwerking wenselijk zijn. We noemen hier een aantal punten.

Inkoopvoorwaarden & -organisatie
Veel zorgaanbieders zullen hun diensten aanbieden in meer dan één gemeente. Voor hen is het onpraktisch om per gemeente te worden geconfronteerd met verschillende vormen en randvoorwaarden van inkoop. Het is efficiënt als de inkoopvoorwaarden binnen de regio zoveel mogelijk zijn geharmoniseerd. Een stap verder dan gelijke inkoopvoorwaarden is het gezamenlijk (laten) uitvoeren van de inkoop in één organisatie. Dit verlaagt de transactiekosten. Het is denkbaar dat kleinere gemeenten hun inkoop laten verzorgen door een grotere gemeente zoals Amsterdam.

Data-analyse
De prestaties van zorgaanbieders zullen deels met behulp van data-analyse worden gemeten. Deze specialistische taak is goed met andere gemeenten te delen, zeker voor de instellingen die voor meerdere gemeenten werken. Samenwerking vergroot bovendien de beschikbare dataset, waardoor grotere nauwkeurigheid ontstaat en betere benchmarkgegevens beschikbaar komen.

Residentiële capaciteit
Residentiële capaciteit wordt in veel gevallen benut door jeugdigen uit meerdere gemeenten. Hierdoor bestaat de kans dat door inkoopbeleid van bepaalde gemeenten de beschikbaarheid van capaciteit voor andere gemeenten in gevaar komt. Voorbeelden: één of enkele gemeenten kopen alle capaciteit op, of gemeenten kopen voor een hogere prijs voorrang voor jeugdigen. Maar ook (des)investeringen in capaciteit hebben bijna altijd per definitie regionale impact. Door regionale samenwerking zullen we proberen deze ongewenste situaties te voorkomen.

(Zeer) specialistische en/of landelijke voorzieningen
Hier valt onder andere te denken aan Multifunctionele Centra (MFC) en de academische, derdelijnszorg onder de jeugdhulpaanbieders, inclusief topreferente zorg en onderzoek. Regionale afspraken over de bekostiging zorgen voor beschikbaarheid en borging van capaciteit.

Om regionale samenwerking tot stand te brengen moet een bovengemeentelijk samenwerkingsverband worden vormgegeven. Het is nog niet duidelijk hoe dit er (juridisch) uit zou kunnen zien. Opties zijn een gemeenschappelijke regeling of een constructie waarin Amsterdam als centrumgemeente het initiatief neemt bij het vormgeven van de benodigde regionale voorzieningen. Dit alles is onderwerp van gesprek tussen de zestien gemeenten die nu samenwerken in de stadsregio Amsterdam. Maar de grenzen van eventuele samenwerkingsverbanden staan daarbij ook ter discussie. Er zijn verschillende regio-indelingen denkbaar, zoals de grenzen van de veiligheidsregio's. Het Rijk verwacht dat hierover in het najaar van 2013 afspraken worden gemaakt door de gemeenten.

4.2 Organisatie en bekostiging

4.2.1 Het digitale platform

Het digitale platform is zoals aangegeven in § 2.2 feitelijk een verzamelbegrip voor meerdere typen – al dan niet aan elkaar gekoppelde – webbased voorzieningen. Daarom zijn er meerdere vormen van organisatie en bekostiging op het digitale platform van toepassing. De gemeente zal als huidige eigenaar en beheerder van een aantal 'sociale kaarten', belanghebbende bij een goede voorlichting aan haar burgers en verantwoordelijke instantie voor de inkoop en bekostiging bijdragen aan de ontwikkeling en exploitatie van het digitale platform. Maar dat betekent niet dat het eigendom en het beheer een gemeentelijke verantwoordelijkheid zijn. Bij voorkeur komt het digitale platform in eigendom en beheer bij een zelfstandige partij. De gemeente gaat op zoek naar mogelijkheden voor een kostendekkende exploitatie, waarbij een financiële prikkel benut wordt voor alle geregistreerden om hun informatie actueel te houden. Op een aantal onderdelen van het digitale platform gaan we nog kort nader in.

Informatiemarktplaats en vraagverduidelijker
De informatiemarktplaats en vraagverduidelijker is een gerichte vorm van het verstrekken van antwoorden op vragen. Dit kan geautomatiseerd worden aangeboden, het kan ook "live" in een video- of chatgesprek met de ouder- en kindadviseur, jeugdarts of jeugdpsycholoog. Beide vormen kunnen op het digitale platform ook gefaciliteerd en aangeboden worden door de zorgaanbieders uit het flexibel aanbod of gespecialiseerde stedelijke of regionale voorzieningen. Hiervoor scheppen we in de bekostigingsvorm ruimte.

Digitale 'zorgmarktplaats'
De digitale 'zorgmarktplaats' is allereerst een informatievoorziening voor jeugdigen, ouders en de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams. Tegelijkertijd is het ook een bron van informatie voor de gemeente, bijvoorbeeld als het gaat om klantwaarderingen. De gemeente verplicht alle zorgaanbieders hun gegevens beschikbaar te stellen via de digitale 'zorgmarktplaats' en mee te werken aan de klantwaarderingen en intercollegiale beoordelingen. Ook wordt onderzocht in hoeverre de formele afhandeling van verwijzing en betaling – zoals de digitale verwijsbrief en digitale factuur – kan verlopen via de digitale 'zorgmarktplaats' of daaraan gekoppeld kan worden.

E-health en e-communities
Welke e-health programma's te vinden zullen zijn (via) het digitale platform en welke zorgaanbieders die gaan leveren is nog niet duidelijk. Het is denkbaar dat de zorgprofessionals van de ouder- en kindteams hiervoor worden ingezet, maar zeker ook zorgaanbieders in het flexibele aanbod. De gemeente zal in ieder geval in haar financiering deze vormen van hulp mogelijk maken. Het ontwikkelen van digitale hulpverlening gebeurt overigens ook door veel landelijke instituten en instellingen.

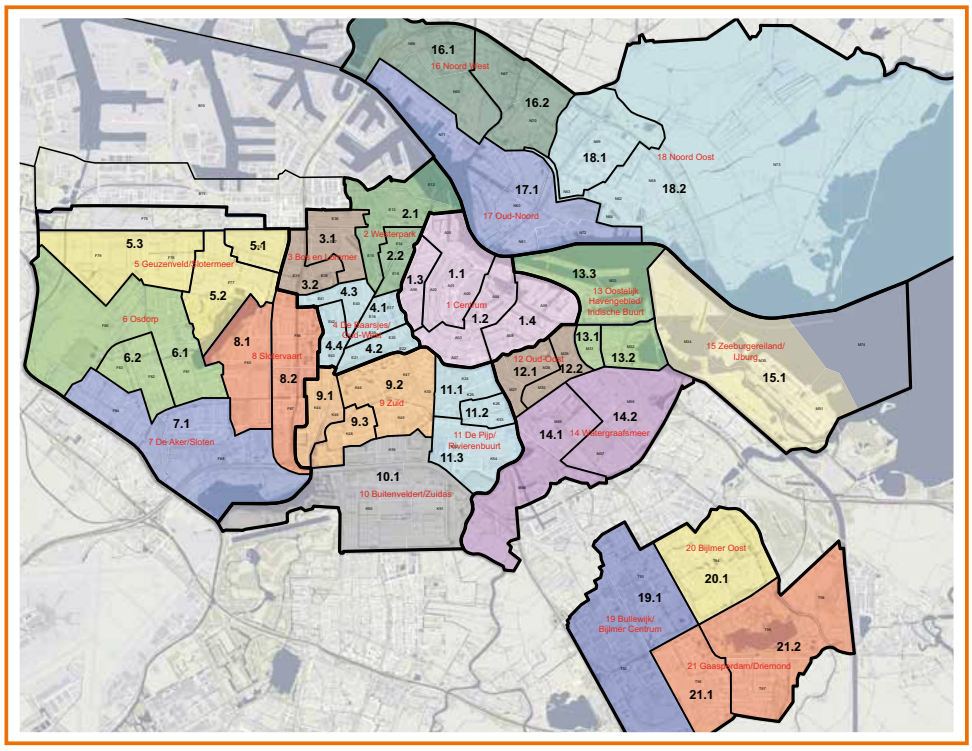
We zien het als onze taak om sociale samenhang en leefbaarheid te bevorderen, ook via het digitale platform. We stimuleren dat zich e-communities ontwikkelen en profileren via het digitale platform, en de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams hiernaar verwijzen en wellicht ook ondersteuning bieden.

4.2.2 De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams

De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams zijn een belangrijke schakel in de sturing van het stelsel. Beide teams hebben tot taak de zorg 'klein' te houden, de eigen kracht

van de gezinnen en de sociale veerkracht van hu netwerk centraal te stellen bij de probleemoplossing en als (poort)wachter te fungeren voor zorg vanuit het flexibele aanbod en gespecialiseerde voorzieningen. Het succes van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams bij het uitvoeren van deze taken zal in belangrijke mate bepalen of de kosten van het nieuwe jeugdstelsel beheersbaar zijn.

De stad Amsterdam is geografisch opgedeeld in 7 stadsdelen, 38 wijken en 98 buurten (tot nu toe in de regel 'buurtcombinaties' genoemd). Voor de ouder- en kindteams gaan we uit van een organisatorische schaalgrootte van 21 teams in de stad. Elk ouder- en kindteams bedient één of meerdere wijken. Voor de Samen DOEN-teams gaan we uit van een organisatorische schaalgrootte van 44 teams in de stad. Elk Samen DOEN-team bedient één of meerdere buurten. In beide gevallen vallen de 'verzorgingsgebieden' van de teams samen met de geografische grenzen van de wijken respectievelijk buurten. We kiezen dus niet voor een nieuwe wijkindeling. Hieronder hebben we de verdeling van de 21 ouder- en kindteams en 44 Samen DOEN-teams in een kaartje weergegeven.



De keuze voor de spreiding van de teams over de stad is gemaakt op basis van de sociaalruimtelijke analyse die in het kader van de programma's Om het kind en Samen DOEN is gemaakt (SPA 2012), waarbij vooral gekeken is naar de populatie van de gebieden en het zorggebruik. De keuze voor het aantal en de grootte van de teams is ingegeven vanuit organisatorische en zorginhoudelijke overwegingen. De ouder- en kindteams dienen een behoorlijke omvang te hebben om de differentiatie binnen de functie ouder- en kindadviseur naar leeftijdscategorie mogelijk te maken en ook de jeugdarts en jeugdpsycholoog een vaste waarde te kunnen laten zijn in het team.

Het aantal van 21 ouder- en kindteams sluit aan bij het door het College op 8 maart 2011 vastgestelde *Huisvestings- en spreidingsplan Ouder- en Kindcentra*, waarin criteria zijn opgenomen over de bereikbaarheid en de benodigde schaalgrootte voor een goede uitvoering van de jeugdgezondheidszorg en opvoed- en opgroeiondersteuning. Een dergelijk schaalniveau betekent dat elk ouder- en kindteams te maken heeft met gemiddeld tien basisscholen en drie scholen voor voortgezet onderwijs.

We bekostigen de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams functiegericht. Dat wil zeggen dat de bekostiging plaatsvindt voor het beschikbaar stellen van een dienst, vooral uitgedrukt in een bepaalde personele inzet, capaciteit.[32] Dat betekent dat de kosten van alle professionals uit de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams vaste kosten zijn. De teams zijn dus niet direct afhankelijk van hun 'productie' voor de bekostiging. De functiegerichte bekostiging op capaciteit stelt de teams in staat om zoveel mogelijk zorg door het eigen netwerk van het gezin te laten leveren, zonder dat dit door de ouder- en kindteams wordt gezien als 'gederfde inkomsten'. Bekostiging van de teams op gerealiseerde uren zou kunnen leiden tot een tegengestelde prikkel aan 'eigen kracht.'

De functiegerichte bekostiging van de teams betekent niet dat er niet op prestaties gestuurd wordt. De teams zullen klantwaarderingen en effectiviteitsmetingen gebruiken om hun zorg te verbeteren. Zij worden aangesproken op deze interne kwaliteitszorg. Maar we laten het niet aan de zorgprofessionals alleen. De kwaliteits- en budgetregisseur heeft als taak de teams aan te spreken op kwaliteit en gebruik van zorg, vooral het aantal doorverwijzingen. Wanneer teams erin slagen minder door te verwijzen, kan hij hen daarvoor 'belonen' door hen meer armslag te geven, bijvoorbeeld meer werkbudget en een lagere caseload.

Organisatie ouder- en kindteams
De ouder- en kindteams kunnen op verschillende manieren organisatorisch vormgegeven worden. Amsterdam heeft zelf ervaring met verschillende modellen, zoals het Preventief interventieteam (PIT), de bestaande Samen DOEN-teams en de Ouder- en Kindcentra. Interessant zijn ook de keuzes die andere gemeenten maken in het kader van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) en de transitie. Zo heeft de gemeente Den Haag onlangs besloten om de kerntaken in het nieuwe jeugdstelsel vanuit een gemeentelijke dienst te gaan organiseren. Rotterdam heeft twee jaar geleden al een stichting CJG Rijnmond in het leven geroepen.

Vier organisatiemodellen
De afgelopen tijd hebben we vier modellen onder de loep genomen: 1. de ouder- en kindteams als onderdeel van de gemeente, 2. de ouder- en kindteams meer op afstand, als verlengde overheid, georganiseerd vanuit één uitvoeringsorganisatie, 3. de ouder- en kindteams als samenwerkingsverband van bestaande (en nieuwe) zorgaanbieders, 4. de ouder- en kindteams als samenwerkingsverband van individuele zorgprofessionals. Tussen deze vier modellen zijn natuurlijk ook tal van 'tussenvarianten' mogelijk.

De vier modellen hebben elk hun voor- en nadelen. De eerste twee organisatiemodellen zijn de meest simpele organisatievormen in het eindbeeld, maar betekenen een ingrijpende reorganisatie voor veel instellingen (en gemeente) om er te komen. De laatste twee organisatiemodellen zijn ingewikkelder in hun sturingsconcept, maar bieden minder risico's in de overgang naar de nieuwe situatie en meer flexibiliteit. De gemeente als uitvoerder van de ouder- en kindteams vinden wij niet passen in onze visie op de rol van de overheid (zie § 1.6). Op die manier zou de gemeente haar rol als marktmeester en opdrachtgever onvoldoende waar kunnen maken en de handelingsvrijheid voor de zorgprofessionals te veel aantasten. De ouder- en kindteams als samenwerkingsverband van individuele zorgprofessionals vinden wij aan de andere kant te kwetsbaar in de waarborging van continuïteit en kwaliteit. Aldus blijven model 2 en 3 over.

32 Door het Transitiebureau Jeugdzorg, *Stelselwijziging Jeugd. Eerste inventarisatie bekostigingsmodellen (2012)* is de veelheid aan bekostigingsmodellen teruggebracht tot drie hoofdtypen: functiegerichte bekostiging, prestatiegerichte bekostiging en resultaatgerichte bekostiging. Deze laatste vorm (no cure, no pay) achten wij op korte termijn in het nieuwe jeugdstelsel niet haalbaar. De functiegerichte bekostiging voeren we in het nieuwe stelsel in voor de eerste twee zorgvormen, de prestatiebekostiging voor de laatste twee zorgvormen.

Afweging model 2 en 3
In het tweede model (verlengde-overheidvariant) worden alle zorgprofessionals van de ouder- en kindteams in één uitvoeringsorganisatie ondergebracht. Aangezien de ouder- en kindteams als (poort)wachter fungeren voor de zorgaanbieders van het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen, is waarborging van hun onafhankelijkheid een belangrijk thema. In het verlengde-overheidmodel kan dit eenvoudig geregeld worden. Ook de sturing (binnen een ouder- en kindteams en tussen de verschillende ouder- en kindteams) is binnen één uitvoeringsorganisatie eenvoudig te regelen. Het vormen van één uitvoeringsorganisatie betekent natuurlijk wel een ingrijpend reorganisatie met risico's in de continuïteit in de uitvoering.

In het derde model wordt de zorgaanbieders gevraagd zelf uitvoering te geven aan de vorming van de ouder- en kindteams. De gemeente stelt hiertoe een kader op, waarbinnen de ouder- en kindteams moeten worden gevormd door de zorgaanbieders. Het kader bevat onder meer garanties voor onafhankelijkheid, kwaliteit, continuïteit, budgetbeheersing en de mogelijkheid van toetreding door nieuwe partijen tot de ouder- en kindteams. De zorgaanbieders krijgen in deze variant de mogelijkheid om met relatief kleine overheidsrol zorg te dragen voor de inrichting en uitvoering van de ouder- en kindteams. De juridische vorm van een dergelijk samenwerkingsverband van zorgaanbieders kan nog op verschillende manieren ingevuld worden, zoals een consortium, coöperatie, werkstichting of een geografische verdeling van taken. Ook dit model betekent een reorganisatie, maar deze is minder ingrijpend dan in model 2 en de continuïteit in de uitvoering wordt beter gegarandeerd. Aan de andere kant is de samenwerking tussen de vele zorgaanbieders een ingewikkeld proces, en is er het risico dat instellingsbelangen de boventoon blijven voeren.

Keuze model 2 of 3
In de uiteindelijke afweging 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. Beide modellen vragen om ingrijpende reorganisatieprocessen die veel geld en energie kosten, met risico's voor de bestaande uitvoeringspraktijk. De zorgprofessionals van de ouder- en kindteams zullen grotendeels komen uit de bestaande instellingen, maar moeten gedeeltelijk wel andere dingen (anders) gaan doen. Op dit menselijk kapitaal moeten we zuinig zijn en bestaande structuren en netwerken (zoals van de Ouder- en Kindcentra) moeten niet worden afgebroken, voordat er nieuwe voor in de plaats zijn gekomen. We kijken dus naar een proces dat vraagt om voortzetting van werk en tegelijk om veranderingen en het beproeven en bijstellen van nieuwe concepten. Beide modellen bieden daarvoor kansen en risico's.

We maken tussen de twee organisatiemodellen nog geen definitieve keuze. We onderzoeken in de eerste helft van 2013 beide varianten en gaan in gesprek met de instellingen over de verschillende scenario's. De belangrijkste gemeentelijke eis is dat een sterke uitvoeringsorganisatie ontstaat die onafhankelijkheid van de zorgprofessionals ten opzichte van de zorginstellingen garandeert en efficiënt en slagvaardig haar werk kan doen volgens de hoofdlijnen van dit Koersbesluit. Het voorkeursscenario zal dan in een concreet plan worden uitgewerkt. Vóór het zomerreces 2013 nemen we een definitief besluit over de organisatievorm. In het najaar 2013 presenteren wij een nader uitgewerkt programma van eisen en implementatieplan.

Organisatie Samen DOEN-teams
In samenhang met het onderzoek naar de organisatie van de ouder- en kindteams kijken wij naar de uiteindelijke organisatie van de Samen DOEN-teams, inclusief de rol die de gemeente in de sturing zou moeten spelen. Groot verschil met de ouder- en kindteams is dat er al Samen DOEN-teams in de stad bestaan, waarbij de gemeente in de uitvoering participeert. De teamleider van het Samen DOEN-team is immers een gemeenteambte-

naar, en ook sommige professionals van het team zijn dat (klantmanagers DWI). Vanwege het stadium van ontwikkeling en de specifieke doelgroep van de Samen DOEN-teams, kiezen we, zoals aangegeven in § 1.6, op dit moment voor deze directe bemoeienis in de uitvoering. Over de situatie vanaf 2015 nemen wij nog nadere besluiten.

4.2.3 Het flexibele aanbod

We kiezen ervoor om in het flexibele aanbod zorgaanbieders die aan de wettelijke en Amsterdamse criteria voldoen toe te laten tot de markt (in de vorm van een "raamcontract"). De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams kunnen het flexibele aanbod inzetten, wanneer zij menen dat er meer ondersteuning nodig is dan zij zelf kunnen bieden. Als dit het geval is, 'schrijven' zij een verwijsbrief (in juridische zin is dit een besluit namens het College waarop bezwaar en beroep mogelijk is). De zorgaanbieders uit het flexibele aanbod leveren de hulp en ondersteuning conform de vooraf met de centrale inkooporganisatie overeengekomen randvoorwaarden en de afspraken die zij verder met de zorgprofessionals van ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams maken. De kosten van hun inzet worden centraal gefactureerd en ten laste van het gebiedsbudget gebracht.

De professionals en instellingen die zorg leveren in het flexibele aanbod zullen worden bekostigd op de werkelijk door hen gerealiseerde uren en (verblijfs)dagen, waarbij de gemeente de (marges van de) tariefstellingen zal bepalen. Het gaat hier dus om een prestatiebekostiging. Alle tijd die een zorgprofessional aan de jeugdige en het gezin besteedt, wordt – 'uurtje factuurtje' – vergoed. In die zin kan ook gesproken worden van een cliëntvolgende bekostiging. Hiermee wordt in de regel niet gekozen voor bekostiging op bijvoorbeeld producten ('Intensieve gezinsbegeleiding' à € 5.000) of op trajecten ('€ 8.000 per succesvol afgeronde behandeling'). De keuze voor bekostiging op basis van uren en (verblijfs)dagen moet voorkomen dat de hulp aan jeugdigen en gezinnen met de zwaarste problematiek financieel onaantrekkelijk wordt en er te veel aanbodgericht ('wat kan ik bieden') in plaats van vraaggericht ('wat is er nodig') gekeken wordt. Bij product- of trajectbekostiging bestaat de kans op onder- en overbehandeling van bepaalde groepen. Ook bij bekostiging op uren en dagen ligt een zeker risico op overbehandeling op de loer. Dit risico kunnen we beheersen via betrokkenheid van de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, benchmarking en sanctionering en beperking van het doorverwijzen (zie hieronder). Daarnaast is het denkbaar dat enkele specifieke diensten wél bewust als product zullen worden bekostigd, bijvoorbeeld in die gevallen waarin de levering van een product altijd een vaste tijdsinspanning vergt. Met de bekostiging op basis van geleverde uren en dagen stappen we af van de huidige vormen van bekostiging, zoals diagnosebehandelcombinaties (DBC's), zorgzwaartepakketten (ZZP's) en jeugdzorgproducten of jeugdzorgproductgroepen.

Aangezien de kosten van de zorg in het flexibele aanbod drukken op de budgetten van de gebieden, bestaat voor de kwaliteits- en budgetregisseur de prikkel om doorverwijs- en opvolgingsbeleid door de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams nauwgezet en kritisch te volgen. De kwaliteits- en budgetregisseur kan ook besluiten om de teams te sturen door een plafond te stellen aan het zorgvolume dat zij mogen 'inzetten'. Wij onderzoeken nog of en in welke gevallen het haalbaar en zinvol is om zorgprofessionals vooraf een raming te laten maken van de tijd die aan een jeugdige en gezin besteed gaat worden.

Voor zorgaanbieders bestaat óók een prikkel om gematigde en gepaste zorg te leveren. Immers, als een doorverwijzing naar één bepaalde zorgaanbieder steeds weer leidt tot onverwacht hoge zorgkosten en/of overschrijdingen, zal een ouder- en kindteams of Samen DOEN-team steeds minder geneigd zijn om na overleg met het gezin een volgende keer wéér naar die zorgaanbieder te verwijzen.

Overigens kunnen jeugdigen en gezinnen zelf kiezen welke professional of instelling uit het flexibel aanbod de hulp levert. De ouder- en kindadviseur of (jeugd)generalist Samen DOEN zal adviseren of helpen bij de keuze. De keuze door jeugdigen en gezinnen wordt ondersteund door de digitale 'zorgmarktplaats'. Door de keuzevrijheid op deze manier in het stelsel op te nemen, bepaalt het keuzegedrag van gezinnen en huishoudens in sterke mate welke zorgaanbieders veel werk krijgen en welke minder. Voor hen zal dit een prikkel zijn om zich extra te richten op kwaliteit en cliënttevredenheid.

De gemeente zal terughoudend zijn om zich te bemoeien met de organisatievorm van de zorgaanbieders in het flexibele aanbod of zelfs maar de spreiding van deze voorzieningen over de stad. De verwachting is dat de markt hier haar werk doet. In sommige wijken en buurten zullen de zorgaanbieders zich dicht tegen de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams aan organiseren, omdat de 'klanten' hierom vragen. In andere buurten en wijken zullen zij veeleer vanuit eigen vrijgevestigde praktijken opereren of dicht tegen de gezondheidscentra aan. De gemeente zal hier niet direct op sturen.

4.2.4 Gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen

De ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams kunnen ook een beroep doen op het zorgaanbod van de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. Ook hier leggen ze dit vast in een 'verwijsbrief'. De gespecialiseerde stedelijke en regionale jeugdhulpaanbieders leveren de hulp conform de vooraf met de centrale inkooporganisatie overeengekomen randvoorwaarden. De kosten van hun inzet komen ten laste van het gebiedsbudget.

De bekostiging van de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen zal per type voorziening kunnen verschillen. Voor de zorginstellingen – jeugdhulpaanbieders en de gecertificeerde instellingen – is de bekostiging in beginsel gelijk aan de bekostiging van het flexibel aanbod: werkelijk geleverde uren en dagen. Door de grotere schaal waarop deze zorg wordt georganiseerd, zou dit voor de instellingen financieel en bedrijfsmatig haalbaar moeten zijn. Toch kan de continuïteit van kwetsbare capaciteit (bijvoorbeeld topreferente en topklinische zorg) door bekostiging op werkelijk geleverde uren en dagen in het geding komen, vooral door grote fluctuaties in de vraag. Om deze reden kan ervoor worden gekozen om instellingen een extra garantieregeling aan te bieden. Deze regeling houdt in dat deze instellingen een deel van hun onbenutte capaciteit (uren en dagen) in rekening mogen brengen.

Voor enkele speciale voorzieningen – zoals het AMHK en de crisisdienst – ligt een andere bekostiging voor de hand. Het is denkbaar dat een prestatiebekostiging op basis van gerealiseerde uren deels mogelijk is. Een ander deel is basisinfrastructuur met bijbehorende functiegerichte bekostiging op capaciteit, zoals de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams.

4.3 Kwaliteitsbeleid

Het sturen op kwaliteit is een van de belangrijkste opgave voor de gemeente in het nieuwe jeugdstelsel. Het garanderen van goede, verantwoorde, zorg is immers onlosmakelijk verbonden met onze missie en doelen (§ 1.3). Vandaar dat we in deze paragraaf apart ingaan op een aantal instrumenten om de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen in het nieuwe jeugdstelsel. We doen dit in het besef dat ook landelijk veel initiatieven op dit vlak ontplooid worden, door de rijksoverheid, maar ook door beroepsverenigingen en kennisinstituten.

In de Jeugdwet is een uitgebreid hoofdstuk opgenomen over kwaliteitsregels voor jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen. Deze wettelijke bepalingen zijn veel uitgebreider dan waar de gemeente tot nu toe mee te maken had in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (rond opvoed- en opgroeiondersteuning) of de Wet publieke gezondheid (rond jeugdgezondheidszorg). Zelfs in vergelijking met de bepalingen in de huidige Wet op de Jeugdzorg wordt het kwaliteitsbeleid door de rijksoverheid flink opgeschroefd. Dit heeft te maken met de wettelijke verankering van het professionaliseringstraject in de jeugdzorg,[33] maar ook met het feit dat met de GGZ en VB een deel van de gezondheidszorg (met de kwaliteitswetgeving die daarbij hoort) binnen het nieuwe jeugdstelsel komt. In de nieuwe Jeugdwet wordt ook bepaald dat het Rijk middels AMvB's nadere regels kan stellen over zaken als de deskundigheid van jeugdhulpaanbieders. We zullen de komende tijd als gemeente alert moeten zijn op de nadere uitwerking van het kwaliteitsbeleid, zodat wij de zorgaanbieders niet belasten met onnodige uitgebreide (en vooral administratief belastende) kwaliteitsregels.

Toelatingscriteria zorgaanbieders
Niet iedere zorgaanbieder mag in Amsterdam door de gemeente bekostigde zorg leveren. Dit is voorbehouden aan zorgaanbieders die zijn gecontracteerd door de centrale, stedelijke, inkooporganisatie. Contractering vindt plaats nadat is voldaan aan alle toelatingscriteria (van rijksoverheid en gemeente). Het contract vervalt als niet (langer) aan de criteria wordt voldaan.

De toelatingscriteria zullen deels generiek zijn. Zij gelden voor alle zorgaanbieders, ongeacht de doelgroep die zij bedienen. Ook de nieuwe Jeugdwet formuleert een aantal generieke kwaliteitscriteria voor jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen,[34] zoals het in bezit zijn van een verklaring omtrent het gedrag en het hanteren van een meldcode en klachtenregeling. Amsterdam zal de te ontwikkelen professionele norm (zie hieronder) toevoegen aan deze landelijk gestelde generieke criteria.

Voor specifieke beroepsgroepen gelden – volgens de landelijke wetgeving en richtlijnen – aanvullende criteria, bijvoorbeeld over registratie in een beroepsregister en tuchtrecht. De gecertificeerde instellingen, dat wil zeggen de uitvoerders van jeugdbescherming, jeugdreclassering, zullen bovendien door een landelijk instituut gecertificeerd moeten worden. Ook voor jeugdhulp met verblijf (inclusief gesloten jeugdhulp), intensieve ambulante jeugdhulp in gedwongen kader en het AMHK zal het Rijk naar verwachting in AMvB's nadere kwaliteitscriteria uitwerken. Nader onderzocht moet worden of Amsterdam ook voor deze specifieke groepen nog eigen, specifieke, criteria wil formuleren.

De toelatingscriteria worden gebruikt om slecht functionerende zorgaanbieders van de markt te weren of te verwijderen. De hiervoor te hanteren criteria en procedures worden nader omschreven. Het ligt voor de hand dat ook de landelijke inspectie (zie hieronder) een rol krijgt in mogelijke verwijderingen.

---

33 Zie VWS, *Brief aan de Tweede kamer over de visie op het kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor jeugd*, Den Haag, 2012. In november 2012 heeft de ministerraad het wetsvoorstel Kwaliteit beroepsuitoefening in de jeugdzorg (een herziening van de Wet op de jeugdzorg) naar Raad van State gestuurd. Het wetsvoorstel verplicht jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers om zich te registreren bij een wettelijk register. Ook verbinden zij zich aan een beroepscode. Als sluitstuk van de professionalisering van de jeugdzorg komt er tuchtrechtspraak in de jeugdzorg. Met de nieuwe Jeugdwet wordt de plicht tot registratie verder verbreed.

34 De kwaliteitseisen van de Jeugdwet zijn gekoppeld aan de begrippen 'jeugdhulpaanbieder' en 'gecertificeerde instelling.' Kwaliteitseisen van de Jeugdwet worden gedifferentieerd ingevuld naar de zwaarte en aard van de zorg. De definitie van jeugdhulp (en jeugdhulpaanbieder) in de Jeugdwet is breed, maar omvat niet de primaire preventie, noch de jeugdgezondheidszorg. In Amsterdam zullen de ouder- en kindteams dus maar gedeeltelijk onder het begrip jeugdhulp en daarmee onder de landelijke kwaliteitseisen vallen.

Beoordelingen van zorgaanbieders
Wij vragen alle zorgaanbieders zich standaard door (jeugdigen en) ouders te laten beoordelen op een aantal dimensies, zoals de bejegening door de zorgprofessional, de effectiviteit van zijn hulp en tevredenheid met de behandeling. De beoordelingen zijn publieke informatie en worden gepubliceerd op de digitale 'zorgmarktplaats'.

De beoordeling door de jeugdige en/of ouders weegt zwaar, maar is niet het enige oordeel over de kwaliteit van een hulpverlener. Wij vragen de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams om zorgprofessionals waarmee zij hebben samengewerkt te beoordelen. Daarnaast vragen wij zorgprofessionals om elkaar te beoordelen op trajecten waarin is samengewerkt. Op deze manier ontstaat van iedere zorgprofessional een groot aantal beoordelingen vanuit verschillende bronnen.

Naast publicatie van de beoordelingen in het profiel van de zorgprofessional op de digitale 'zorgmarktplaats', worden de beoordelingen óók gebruikt in de zoekfunctie van de digitale 'zorgmarktplaats'. Zorgprofessionals met goede waarderingen worden door de zoekmachine – gebruikt door ouders en ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams – bij de presentatie van zoekresultaten bovenaan geplaatst. Dit vergroot de kans dat de goed presterende zorgprofessionals worden gekozen.

Professionele norm
Iedere zorgprofessional is gebonden aan de normen van zijn eigen beroepsgroep. We kiezen ervoor om de zorgprofessionals óók te binden aan een Amsterdamse professionele norm. Deze norm zal eisen bevatten over het gewenste gedrag van door de gemeente bekostigde zorgaanbieders. Acceptatie van de professionele norm wordt een van de toelatingscriteria.

Uitgangspunt bij het opstellen van de professionele norm is de *Visie Om het kind*. De handels- en werkwijze zoals beschreven in de *Visie* moet worden onderschreven door de professionals die in Amsterdam werkzaam zijn. Het handelen en denken vanuit de eigen kracht van en in dialoog met de jeugdige en het gezin is een belangrijke pilaar van de *Visie Om het kind*.

De grote handelingsvrijheid van zorgprofessionals in het nieuwe jeugdstelsel in Amsterdam is geen vrijbrief om het eigen handelen niet te hoeven verantwoorden. Een hulpverlener mag doen wat nodig is, maar zal altijd bereid en in staat moeten zijn dit handelen te verantwoorden. Dit stelt eisen aan het hulpverleningsproces en de dossiervoering. Wij gaan ervan uit dat iedere hulpverlener de juistheid van het eigen professionele handelen en oordelen regelmatig en op structurele wijze toetst bij collega's, zeker bij belangrijke beslissingen in een behandeltraject. Intercollegiale toetsing, intervisie en nascholing moeten een *aantoonbaar* onderdeel zijn van de professionele ontwikkeling van iedere zorgprofessional.

De professionele norm wordt ontwikkeld in samenwerking met de zorgprofessionals die aan de norm gebonden zullen zijn. Vanuit de verschillende sturingsniveaus – ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams, kwaliteits- en budgetregisseurs en stedelijke beleidsafdeling en inkoopbureau – wordt de naleving van de professionele norm getoetst. Jeugdigen en ouders kunnen van de gemeente erop aanspreken als zorgprofessionals naar hun inzicht de professionele norm niet naleven.

Inkoopvoorwaarden
Waarborging van kwaliteit vindt óók plaats aan de hand van de inkoopvoorwaarden. De inkoopvoorwaarden – waaraan iedere zorgaanbieder gebonden is – zullen regelingen bevatten die het de gemeente mogelijk maken om slecht presterende zorgaanbieders tot prestatieverbeteringen te bewegen. Deze regelingen kunnen bijvoorbeeld ingrijpen

op de vergoeding die zorgaanbieders ontvangen voor hun diensten. Het kan ook zijn dat zorgaanbieders met kwaliteitsproblemen in een strenger regiem van contractmanagement komen te vallen. Actieve publicatie en communicatie van de kwaliteitsgegevens van slecht presterende zorgaanbieder kan óók een van de maatregelen zijn die het laten voortbestaan van kwalitatief onvoldoende zorgverlening kan tegengaan.

Landelijke inspecties en lokaal toezicht
Het jeugddomein heeft op het ogenblik te maken met vijf rijksinspecties: Inspectie Jeugdzorg (IJZ), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Inspectie Veiligheid & Justitie (IV&J), Inspectie van het Onderwijs (IvhO) en Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW). Het Rijk heeft het Samenwerkend Toezicht Jeugd (STJ) opgericht om ervoor te zorgen dat de vijf inspecties elkaar aanvullen en versterken in plaats van overlappen. De Inspectie Jeugdzorg zal met de nieuwe Jeugdwet omgevormd worden tot een nieuwe Inspectie Jeugd. De gemeente Amsterdam zal ook haar eigen toezicht organiseren, bijvoorbeeld als het gaat om de Amsterdamse professionele norm. De precieze relatie van het gemeentelijke toezicht ten opzichte van de rijksinspecties moet nog worden uitgewerkt.

4.4 Rechtspositie en participatie jeugdigen en ouders

De gemeente vindt het van groot belang om jeugdigen en ouders nauw te betrekken bij de preventie en zorg die geleverd wordt: natuurlijk bij hun eigen ondersteuning (als zij daarmee te maken krijgen), maar ook bij de inrichting van het jeugdstelsel als geheel. In deze paragraaf willen we op een aantal aspecten ingaan. Veel zaken zijn ook verankerd in de nieuwe Jeugdwet, andere zaken moeten door de gemeente en zorginstellingen zelf uitgewerkt worden.

Betrekken jeugdigen en ouders
Contact met de jeugdigen en ouders in de stad begint met de ontmoeting tussen jeugdigen, ouders en zorgprofessionals: op het consultatiebureau, het kinderdagverblijf, de school. We richten het stelsel zo in dat deze contacten er veelvuldig zullen zijn. Wanneer er specifieke ondersteuning nodig is gaat de zorgprofessional daarover intensief in gesprek met de jeugdige, zijn ouders en eventueel andere opvoeders. Er wordt geen besluit genomen zonder dat de jeugdige zelf en zijn ouders hierin betrokken worden (Bartelink 2011). Dit klinkt vanzelfsprekend en eenvoudig. We weten echter dat er nog veel moet gebeuren om dit gesprek altijd optimaal te laten verlopen. Zorgaanbieders zijn hierbij als eerste aan zet, maar de gemeente zal vanuit haar regierol aanjagen en stimuleren (bijvoorbeeld via de professionele norm en eisen aan de verwijsprocedure).

Bezwaar en beroep
Wanneer het ouder- en kindteam of de Samen DOEN-teams doorverwijzen naar meer gespecialiseerd of intensiever aanbod, doen zij dat namens de gemeente, op grond van de voorwaarden zoals vastgesteld in de gemeentelijke verordening. De Jeugdwet spreekt van het toekennen van een individuele voorziening. Dit is een beschikking van de gemeente, waarop bezwaar en beroep mogelijk is op grond van de Algemene wetbestuursrecht (Awb). Voor beroepen op grond van de Awb is in de Jeugdwet de kinderrechter aangewezen als bevoegd. Bekeken moet worden of en hoe de bezwaar- en beroepsprocedure nader uitgewerkt moet worden.

Klachtenregelingen zorginstellingen
Binnen de gemeente Amsterdam is een klacht als volgt gedefinieerd: "Een klacht is een uiting van ongenoegen over de wijze waarop een organisatie zich in een bepaalde aangelegenheid heeft gedragen. Een klacht is vormvrij en kan dus schriftelijk of mondeling worden ingediend."

De nieuwe Jeugdwet beschrijft waaraan klachtenbehandeling van de jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen moet voldoen. Klachten op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen en verlof binnen de gesloten jeugdhulp vallen in een apart regiem. Deze klachten worden behandeld door een onafhankelijke klachtencommissie die de bevoegdheid heeft om besluiten te vernietigen. Deze klachtenregeling kent een beroepsmogelijkheid bij een beroepscommissie.

Vertrouwenspersonen
De gemeente is er op grond van de nieuwe Jeugdwet voor verantwoordelijk dat jeugdigen en hun ouders een beroep kunnen doen op een – van de gemeente en zorgaanbieders – onafhankelijke vertrouwenspersoon. De vertrouwenspersoon zal de jeugdige of ouder terzijde staan wanneer zich problemen voordoen tussen hen en de zorgaanbieder. De taken en bevoegdheden van de vertrouwenspersoon zullen bij verordening door de gemeente moeten worden uitgewerkt. Hoe we dat gaan doen, is nu nog niet te zeggen.[35] De vertrouwenspersonen zullen in ieder geval niet in dienst van de gemeente mogen zijn.

Het aantal en de aard van de klachten die bij de klachtencommissies van de zorgaanbieders binnenkomt zegt iets over de kwaliteit van de instelling. De jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen zijn verplicht in hun jaarverslag te rapporteren over het aantal klachten en de afhandeling. Ook de onafhankelijk organisatie van vertrouwenspersonen zal verslag doen richting de gemeente. Ook op deze manier ontvangt de gemeente waardevolle informatie om te sturen op kwaliteitsverbeteringen in het stelsel.

Participatie bij beleidsvorming
De Jeugdwet stelt dat jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen met meer dan 10 medewerkers een cliëntenraad dienen te hebben. Hoe de gemeente de inspraak op haar beleid moet regelen is in de Jeugdwet niet vastgelegd. We willen daarbij naar nieuwe vormen zoeken – zoals crowdsourcing en internetfora – , omdat de traditionelere vormen – zoals inspraakbijeenkomsten of een jeugd- of cliëntenraden – toch maar een beperkte doelgroep bereikt en een te incidenteel karakter hebben.[36]

4.5 Informatievoorziening en ICT

Voor het nieuwe jeugdstelsel moet de informatisering op orde zijn: werkprocessen moeten worden ondersteund en managementinformatie moet kunnen worden ontsloten. Om dit mogelijk te maken is informatisering een belangrijk deelproject. Onder informatisering verstaan wij het inzetten van middelen uit de informatie- en communicatietechnologie ten behoeve van het uitvoeren en ondersteunen van processen.

In het jeugdstelsel zijn vele verschillende informatiesystemen. Het geheel van informatiesystemen voor het nieuwe jeugdstelsel noemen wij – vanuit het perspectief van informatisering – het keteninformatiesysteem. Het keteninformatiesysteem faciliteert de signalering, de uitvoering en coördinatie van de zorg, de registratie, de inkoop, de planning & control, en de ontsluiting van overige management- en beleidsinformatie.

35 Jeugdigen en ouders kunnen al een beroep doen op een vertrouwenspersoon op grond van de huidige Wet op de Jeugdzorg. Het landelijke Advies en Klachtenbureau Jeugdzorg (AKJ) levert deze vertrouwenspersonen. Er is ook een regiokantoor in Amsterdam (inzet voor de stadsregio Amsterdam bedroeg in 2011 84 uur per week). Ook andere domeinen in het huidige jeugdstelsel kennen vertrouwenspersonen. Zo levert de GGD Amsterdam deze ook richting het onderwijs.

36 Van der Gaag, R., Gilsing; R., Mak, *J, Participatie in zicht : gemeenten, jeugdigen, ouders en jeugdzorgcliënten in de transitie jeugdzorg*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, 2013 maakt duidelijk dat het voor alle gemeenten nog zoeken is naar de juiste vorm.

Doordat sprake is van een keteninformatiesysteem, is ook sprake van keteninformatisering. De informatisering overstijgt duidelijk de gemeentegrenzen en strekt zich uit naar alle informatiesystemen van alle ketenpartners die voor uitvoering van beheersing van het jeugdstelsel benodigde informatie bevatten of moeten gaan bevatten.

Kernfuncties

In de voorgaande paragrafen van het Koersbesluit worden de eerste contouren van de informatievoorziening al zichtbaar. Er zijn kernfuncties benoemd waarin de basisinformatievoorziening moet voorzien. Die kernfuncties zullen nader worden uitgewerkt. Hieronder staan de belangrijkste:

- een *digitaal platform* voor burgers en zorgaanbieders voor inzichtelijk zorgaanbod, vraagverduidelijking, zelfscreening, klantwaardering, informele netwerken, discussies en ondersteuning;
- een *sturings- en budgetsystematiek*, waarmee de gemeente overzicht houdt over de uitputting van de beschikbare budgetten en waaruit ook de periodieke bestuursmonitor wordt gegenereerd;
- een *contract- en facturatie-administratie*, waarmee de gemeente toelating van aanbieders ondersteunt, contractbeheer uitvoert en zicht houdt op het betalingsverkeer aan zorgaanbieders;
- een *dossierregistratie* voor de ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams met overzicht over de afgesproken doelen, de te leveren en geleverde inspanningen van derden, al dan niet aangevuld met een digitale verwijsbrief;
- een *kernregistratie* risicosignalering (momenteel bekend als Matchpoint), waarin per kind te volgen is welke hulpverleners zich met een kind bezighouden, waarvoor hulpverleners de NAW-informatie uit de Gemeentelijke Basisadministratie beschikbaar is en waar middels beslisregels de zorgregisseur wordt vastgesteld en van waaruit de verbinding wordt gemaakt met de landelijke verwijsindex;
- een *datawarehouse*, waar verschillende gegevensverzamelingen met elkaar kunnen worden gecombineerd en data-analyses uitgevoerd om te komen tot nieuwe (beleids)inzichten.

Processen

IInformatisering heeft de te ondersteunen (primaire en secundaire) processen als uitgangspunt. De 'hoofdketenprocessen' worden stap voor stap ingevuld en gedetailleerd naar subprocessen. Vanuit de taken uit de procesbeschrijvingen wordt de benodigde informatie geïdentificeerd en gestructureerd. Dit leidt tot een volledige beschrijving van de informatiebehoefte, te herleiden tot een functioneel programma van eisen. Vanuit het programma van eisen worden functionele ontwerpen gemaakt om de benodigde informatie vast te (laten) leggen en/of beschikbaar te krijgen op het moment dat de taak moet worden uitgevoerd. Deels zal het programma van eisen kunnen aansluiten op bestaande informatiesystemen, deels zullen bestaande systemen moeten worden aangepast, deels zal nieuwe ontwikkeling van systemen onvermijdelijk zijn.
Aangezien zowel het bestaande informatieaanbod als de informatiebehoefte nog niet (volledig en definitief) bekend en zijn, kan nog weinig worden gezegd over de uiteindelijke benodigde en nog te ontwikkelen infrastructuur. Het college zal hierover bij het kredietbesluit met een gemotiveerd voorstel komen.

5 Financiën

In dit hoofdstuk presenteren we een overzicht van de kosten van het huidige jeugdstelsel, van te decentraliseren budgetten en een raming van de kosten van het nieuwe jeugdstelsel (§ 5.1). Vervolgens geven we een samenvatting van de maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) die we hebben laten maken op basis van een conceptversie van het Koersbesluit (§ 5.2). De MKBA geeft op grote lijnen ook inzicht in de vraag of Amsterdam in staat zal zijn om de bezuinigingsopdracht te realiseren.

Bij de cijfers die in dit hoofdstuk worden gegeven is het belangrijk om te melden dat nog niet alle informatie goed is ontsloten en dat de cijfers in veel gevallen ramingen betreffen die op basis van onvolledige informatie tot stand zijn gekomen. De overzichten geven niettemin een eerste en redelijke inschatting van de kosten binnen het stelsel. Voor de doorberekening in de MKBA geldt dat deze een indicatie geeft van de mogelijke effecten in het nieuwe stelsel, maar dat ook hier veel aannames gedaan zijn, die nader onderzocht moeten worden.

5.1 Kosten huidige en nieuwe jeugdstelsel

Huidig jeugdstelsel
In het huidige jeugdstelsel zijn er grofweg vier verschillende domeinen met eigen financieringskaders: de AWBZ-zorg, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg onder de Zorgverzekeringwet, de (provinciale) jeugdzorg en het gemeentelijke preventieve jeugdbeleid.

Vanuit de *AWBZ* wordt op het ogenblik de langdurige GGZ-zorg en de zorg voor kinderen met een beperking gefinancierd. De AWBZ kent verschillende "functies" zoals begeleiding, verzorging en verpleging. De intramurale zorg is gedefinieerd in zogenoemde 'zorgzwaartepakketten' (ZZP's). Een onafhankelijk indicatieorgaan, het CIZ (voor de kinderen met GGZ-problematiek: Bureau Jeugdzorg), bepaalt het recht op zorg. De bepaling wordt vastgesteld in tijd per functie, of een categorie ZZP. Er bestaat een mogelijkheid om de zorgaanspraak in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB) te ontvangen.

De *geneeskundige geestelijke gezondheidszorg* korter dan 365 dagen wordt op dit moment gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet. Behandelingen langer dan één jaar vallen onder de AWBZ. GGZ-zorgaanbieders worden bekostigd voor de tijd die zij aan de zorg hebben besteed. Dit wordt, als het gaat om tweedelijns-GGZ, geregistreerd in zogenaamde diagnosebehandelcombinaties (DBC's) of DBC's op weg naar transparantie (DOT's). Elke DBC kent een omschrijving van de problematiek (bijvoorbeeld diagnose angststoornis) en een omschrijving van de inzet van de behandeling in tijd (bijvoorbeeld 300 – 500 minuten). Verzekeraars en instellingen maken met de zorgverzekeraars afspraken over de te leveren zorg (aantallen DBC's). De eerstelijns-GGZ wordt bekostigd op basis van een simpeler verrichtingenadministratie.

In de *jeugdzorg* ontvangen provincies en stadsregio's een doeluitkering van het rijk. Deze doeluitkering wordt door de provincies gesubsidieerd aan Bureaus Jeugdzorg en instellingen voor Jeugd- en Opvoedhulp (J&OH). De Bureaus Jeugdzorg en de meeste Jeugd- en Opvoedhulpinstellingen zijn regionaal georganiseerd. Daarnaast zijn er enkele landelijk werkende instellingen. De instellingen ontvangen subsidie op basis van jaarlijkse productieafspraken.

Het *gemeentelijk preventieve jeugdbeleid* wordt nu gefinancierd met middelen vanuit het gemeentefonds en enkele doeluitkeringen van het Rijk. Een deel van deze middelen wordt in Amsterdam via het stadsdeelfonds 'doorgedecentraliseerd' naar de stadsdelen.

Vanuit de stedelijke diensten en stadsdelen wordt – vaak via subsidies - een opdracht verleend aan instellingen tot uitvoering van het beleid. Soms geeft de gemeente zelf uitvoering aan het beleid, zoals in het geval van de GGD voor de jeugdgezondheidszorg. Ook kan er sprake zijn van cofinancieringafspraken met andere financiers, zoals de schoolbesturen in het geval van het schoolmaatschappelijk werk.

Indicatief overzicht aantallen en kosten (in miljoenen) in het huidige jeugdstelsel

Gemeentelijk preventief jeugdbeleid*	Cliënten 0-18	Kosten
Ouder- en Kindcentra stadsdelen		€ 43
Jeugd GGD		€ 5
Jeugd DMO		€ 14
Onderwijs DMO		€ 11
Jeugd OOV		€ 5
Jeugd & Onderwijs stadsdelen		€ 1
SMI kinderopvang stadsdelen		€ 3
Schoolmaatschappelijk werk via het onderwijs		€ 3
	143.000	**€ 85**

Jeugd-GGZ**	Cliënten 0-18	Kosten
extramuraal	7.380	€ 21
diagnose	1.000	€ 1
intramuraal	150	€ 5
intramuraal AWZB	30-50	€ 3
	7.500	**€ 30**

Jeugdzorg**	Cliënten 0-18	Kosten
Indicaties (door BJAA)	4.257	€ 11
J&OH ambulant	3.355	€ 19
J&OH (gebonden aan) verblijf	3.423	€ 48
JB&JR	2.899	€ 18
Gesloten jeugdzorg	100-200	€ 12
	5.000	**€ 108**

Jeugd-(L)VB**	Cliënten 0-18	Kosten
Verpleging	50-100	
Intramurale behandeling	250-300	
	300-400	**€ 22**

Begeleiding**	Cliënten 0-18	Kosten
Zorg in natura & PGB	**1.500-2.000**	**€ 30**

Verzorging***	Cliënten 0-18	Kosten
Verzorging***	**PM**	**PM**

Totaal	143.000	€ 275

* De exacte omvang van de gemeentelijke budgetten die opgaan in het nieuwe jeugdstelsel moet in de uitwerking nog precies worden vastgesteld.

** Deze budgetten zijn geraamde (geëxtrapoleerde) uitgaven aan jeugdhulp gebaseerd op gegevens van de SRA, Achmea en VWS. In mei 2013 verstrekt het Rijk nadere informatie over de uitgaven aan jeugdhulp per gemeente. De cijfers zijn nog niet geheel aangepast op de verbreding naar de hele jeugd-VB.

*** In het regeerakkoord van Rutte II wordt de decentralisatie van de functie verzorging aangekondigd. Er is nog weinig bekend over de omvang van het gebruik van verzorging en de kosten van de behandelingen.

Veranderingen nieuwe stelsel
Op 1 januari 2015 wordt Amsterdam verantwoordelijk voor het nieuwe jeugdstelsel. Landelijk gaat het om een bedrag van circa € 3 miljard (cijfers 2008/2009) dat door het Rijk wordt gedecentraliseerd naar de gemeenten.

Macro jeugdbudget en verdeelmodel
Een groot deel van de Amsterdamse zorg wordt momenteel nog gedekt vanuit provinciale en rijksbudgetten. Die budgetten zijn nu niet specifiek gekoppeld aan individuele gemeenten. De zorg wordt geleverd naar de behoefte van de cliëntinstroom. Na de decentralisatie zal dit veranderen. Individuele gemeenten ontvangen vanaf 2015 een decentralisatie-uitkering van het Rijk. Volgens de afspraken in het bestuursakkoord met het Rijk, zal het Rijk in het voorjaar van 2013 een eerste inzicht geven in de omvang van de budgetten die naar de gemeenten worden gedecentraliseerd. Ook de verdeling van de budgetten over de gemeenten wordt dan gepresenteerd. Op moment werkt het ministerie van VWS aan het verkrijgen van inzicht in de omvang van de budgetten. Daartoe wordt een analyse uitgevoerd naar de uitgaven aan de Jeugd-GGZ en de Jeugd-VB vanuit de AWBZ en de Zorgverzekeringswet in 2012. Volgens de afspraken uit het bestuursakkoord is dat het peiljaar voor het vaststellen van de benodigde budgetten. Voor de uitgaven aan de jeugdzorg worden de begrotingscijfers over het jaar 2014 aangehouden. Het model voor het verdelen van de budgetten wordt momenteel ontwikkeld door het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) in samenwerking met het bureau Cebeon. Zij werken aan een verdeelmodel dat de zorgbehoefte op een objectieve manier moet vaststellen.

Negatieve herverdeeleffecten Amsterdam
Op basis van indicatieve berekeningen van het ministerie van VWS over de jaren 2008 en 2009 krijgen we een beeld van het macro jeugdbudget dat naar de gemeenten wordt gedecentraliseerd. Dat bedraagt zo'n € 3 miljard. Via verschillende verdeelsleutels kunnen we een indicatie geven van de omvang van het budget dat Amsterdam zal ontvangen voor het uitvoeren van de nieuwe taken. Een verdeling op basis van de simpele sleutel 'aantal jeugdigen per gemeente' geeft een indicatief zorgbudget van circa € 140 miljoen. Bij de verdeling van de huidige provinciale jeugdzorgbudgetten wordt gebruik gemaakt van een sleutel op basis van de aanwezige problematiek in een gemeente (o.a. lage sociale positie, eenoudergezinnen, percentage niet-westerse allochtonen). Als we deze sleutel – ontwikkeld door het Sociaal Cultureel Planbureau – toepassen op de te decentraliseren zorg voor de jeugd, dan resulteert er voor Amsterdam een geraamd budget van circa € 165 miljoen. Wanneer het objectieve verdeelmodel dicht aansluit bij de werkelijke Amsterdamse zorgkosten, dan komt het budget in de buurt te liggen van de geraamde kosten van € 190 miljoen (GGZ, (L)VB, JZ en begeleiding).

Deze berekeningen laten zien dat de gemeente Amsterdam mogelijk een lager budget toebedeeld krijgt dan er momenteel aan zorgconsumptie wordt gefinancierd door de stadsregio, zorgkantoor en zorgverzekeraars. De omvang van dit negatieve herverdeeleffect ligt ergens tussen de € 0 en € 50 miljoen. Na het verschijnen van de meicirculaire 2013 kan een nieuwe opzet van de financiële paragraaf worden gemaakt. De gemeente heeft intensief contact met de G4 en het Rijk over het verdeelmodel en de eventuele consequenties daarvan. In het bestuursakkoord met het Rijk is afgesproken dat de mogelijke herverdeeleffecten van de decentralisaties beperkt worden tot – opgeteld voor alle herverdelingen – € 15 nadeel per inwoner per jaar. Dat komt neer op € 12 miljoen per jaar voor Amsterdam (NB het gaat om een bedrag per jaar, lopende de periode kan dit dus verder oplopen tot € 24 miljoen, € 36 miljoen, etc.).

Bezuinigingen, Rutte I en II
De decentralisatie van de jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB gaat gepaard met oplopende bezuinigingen. Er wordt niet alleen direct op de zorg voor de jeugd bezuinigd, maar ook 'indirect' via de bezuiniging op de AWBZ functies begeleiding en verzorging.

De bezuinigingen van het eerste kabinet-Rutte beginnen in 2015 met € 80 miljoen, oplopend tot € 300 miljoen in 2017. Het kabinet-Rutte II voegt daar nog eens € 150 miljoen aan toe, oplopend van € 40 miljoen in 2015 naar € 150 miljoen in 2017. Samen is dat 15% op het budget van de zorg voor de jeugd.[37]

Daarnaast wordt er in 2015 gekort op de functie begeleiding (en verzorging) die ook voor de jeugd overkomen vanuit de AWBZ. De korting start direct in 2015 met een omvang van 25%. Voor begeleiding van de Amsterdamse kinderen betekent dit een bezuiniging van € 7,5 miljoen.[38] Volgens de huidige inzichten komt dit neer op een rijksbezuiniging van € 31,5 miljoen voor het nieuwe jeugdstelsel in Amsterdam.

5.2 Invulling bezuiniging en MKBA

De gemeente wil met dit Koersbesluit de benodigde bezuiniging realiseren door middel van een aantal inrichtingskeuzen. Het nieuwe jeugdstelsel wordt zo ingericht dat de kosten passen binnen de toekomstige budgetten. Er wordt meer gekeken naar de eigen kracht van het gezin. Het pedagogisch klimaat wordt versterkt, waardoor kleine problemen klein blijven. Er wordt vroegtijdig en breed gekeken naar problemen waardoor sneller de juiste hulp wordt ingeroepen als dat nodig is. Er wordt hulp in de buurten en wijken georganiseerd met hulpverleners die problemen ook zelf kunnen oppakken, zodat doorverwijzing en medicalisering wordt beperkt. De zorg wordt betaald per geleverde uren en dagen hulp, zodat er meer maatwerk is en de oplossingen duurzamer zijn. Ingewikkelde multiprobleemgezinnen die zelf geen regie hebben over de zorg, worden ondersteund door generalistisch werkende professionals uit de Samen DOEN-teams. Hier worden interventies geregisseerd en geprioriteerd. Als deze acties zorgen er voor dat de zorg goedkoper kan worden geleverd dan nu het geval is.

Om het potentieel van de besparingen te bepalen, zijn er twee maatschappelijke kosten-batenanalyses (MKBA's) uitgevoerd in opdracht van de gemeente. Een voor *Om het kind* en een voor *Samen DOEN*. Vanuit deze MKBA's wordt duidelijk dat de gemeente de met de invoering van het nieuwe jeugdstelsel aanzienlijk *kan* besparen op de huidige uitgaven. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de MKBA's een indicatieve besparing laten zien. Met veel nieuwe werkwijzen, zoals die van de ouder- en kindteams, is nog geen praktijkervaring. Het is derhalve onzeker of de besparing zich daadwerkelijk zal voordoen.

Met het nieuwe jeugdstelsel weet de gemeente ten opzichte van de huidige uitgaven een jaarlijkse besparing te realiseren van circa € 14 miljoen. Door de zorg te bundelen en in de buurten en wijken te organiseren is efficiencywinst te boeken. Ook kan er naar verwachting 20% van de doorverwijzingen naar de zwaardere zorg worden voorkomen. Tot slot leidt het voorkomen van escalatie tot minder inzet van gespecialiseerde zorg. De aanpak Samen DOEN zorgt voor een besparing van € 20 miljoen op de zorgkosten in het jeugddomein. Ook hier spelen eigen kracht en het voorkomen van escalatie een belangrijke rol bij het realiseren van de besparingen. Dit betekent samen een jaarlijkse potentiële kostenreductie van circa € 34 miljoen in het jaar 2017. Het is belangrijk dat aan alle randvoorwaarden van de MKBA's worden voldaan om deze "winst" te realiseren.

Als de verwachtingen en ramingen die ten grondslag liggen aan de doorrekeningen van de MKBA´s uitkomen, is de gemeente net in staat om te voldoen aan de opgelegde

37 Daarbij moet worden vermeld dat er in 2013 al een korting op de jeugdzorg is doorgevoerd van 2,65% (het niet nominaal gecompenseerd krijgen van de doeluitkering Jeugdzorg bij stijgende loon en prijsontwikkeling). De nieuwe taakstellingen vanaf 2015 komen daar boven op.

38 De omvang van de korting op de functie verzorging voor de jeugd is in euro´s nog niet bekend omdat de grondslag, het bedrag waar Amsterdam voor in aanmerking komt, nog onbekend is.

bezuinigingen. De gemeente creëert daarmee met de programma's een eerste basis om de toekomstige uitgaven aan de zorg voor de jeugd betaalbaar en beheersbaar te houden. Deze uitkomsten zijn echter nog voor een groot deel gebaseerd op de indicatieve doorrekeningen van het toekomstige stelsel. Deze aanname moeten worden getoetst en bijgesteld op basis van ervaringsgegevens. Voor de Samen DOEN-teams vinden dergelijke 'praktijkcontroles' momenteel al plaats. Voor andere onderdelen van het nieuwe jeugdstelsel zal dat gebeuren in de proeftuinen. Aanpassingen die daaruit voortkomen zijn onderdeel van de verdere inrichtingskeuzes in het najaar 2013.

Risico's en mogelijke bijsturing
Of de uitkomsten van de MKBA's voldoende zijn om het stelsel in deze vorm duurzaam te bekostigen is afhankelijk van de ongewisse omvang van het herverdeeleffect. De hoogte van het toekomstige gemeentelijke budget is momenteel nog onbekend. Er ontstaat mogelijk een verschil tussen de werkelijke kosten en het budget dat Amsterdam ontvangt van het Rijk. Als dit risico zich daadwerkelijk voordoet, zal de gemeente extra maatregelen moeten nemen. Eén optie is om het tekort te vullen via de herallocatie van gemeentelijke middelen.

Het alternatief is het "draaien aan de knoppen". Dat heeft mogelijk een effect op de maatschappelijke doelen die de gemeente in haar verantwoordelijkheid voor de zorg voor de jeugd nastreeft. Te denken valt aan de onderstaande sturingsmogelijkheden, waarvan we de invulling nog nader bepalen en doorrekenen.

1. Binnen het (meerjaren)beleidsplan, de verordening en nadere regels daarop wordt vastgelegd welke problematiek voor welke (individuele) voorziening in aanmerking komt. Gelijk aan de bestaande "pakketmaatregelen" in de zorg, kan de gemeente via aanpassingen in deze criteria, sturing en prioritering geven aan de zorg voor de jeugd.
2. Het stelsel is ingericht volgens principes van keuzevrijheid en gedeeltelijke vrije toegankelijkheid. De gemeente kan sturen aan de mate van keuzevrijheid en vrije toegang. Bij grote risico's op budgetoverschrijdingen kan de gemeente afstappen van de bekostiging van zorgaanbieders naar gerealiseerde zorg en overgaan tot het bekostigen van een vooraf bepaalde – beperkte – omvang van jeugdhulp. De juridische implicaties hiervan moeten overigens nog verder uitgezocht worden.
3. Jaarlijks zullen er tarieven voor de zorg voor de jeugd worden vastgesteld door de gemeente. Een korting op deze tarieven betekent een daling van de kosten. Risico's doen zich voor op de kwaliteit en continuïteit van de zorg.
4. Onder bepaalde voorwaarden zal gewerkt worden met een persoonsgebonden budget (PGB). Door bijstelling in de mogelijkheden om dit PGB aan te wenden, kan op de omvang van dit budget worden gestuurd.
5. De vaste capaciteit/infrastructuur in het stelsel kan deels worden teruggebracht, waarmee de caseload per ouder- en kindadviseur wordt verhoogd dan wel meer op specifieke doelgroepen wordt ingezet. Het risico hiervan is dat in minder gevallen escalatie wordt voorkomen.

De verdere invulling van deze maatregelen zal worden uitgewerkt als er meer bekend is over de omvang van het negatieve herverdeeleffect.

Indicatief overzicht kosten in nieuwe jeugdstelsel (2017)
De toekomstige begroting van de zorg voor de jeugd zal een opbouw kennen gelijk aan de indeling in de vier zorgvormen. Ook zal er een begroting komen per gebied. De uitvoeringskosten voor de gemeentelijke organisatie zijn nu nog niet in beeld. Hiertoe zal in de loop van 2013 een nadere analyse worden uitgevoerd. Dan hopen we dat er ook meer duidelijkheid is over het uitvoeringsbudget dat van rijkswege wordt toegekend aan de gemeente.

De gepresenteerde bedragen in onderstaand overzicht geven een eerste indicatief inzicht in hoe de toekomstige begroting er uit zou kunnen zien. De bedragen zijn echter nog omgeven door veel onzekerheid. Uitgegaan wordt van de berekeningen in het kader van de MKBA. Met deze opzet wordt invulling gegeven aan de bezuinigingen op de jeugdzorg. Er is hierbij nog geen rekening gehouden met eventuele herverdeeleffecten.

Indicatief overzicht aantallen en kosten (in miljoenen) in het nieuwe jeugdstelsel (2017)

Digitaal platform	Kinderen 0-18	Kosten
Digitaal platform	**143.000**	**€ 3**

ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams	Kinderen 0-18	Kosten
ouder- en kindteams	143.000	€ 62
Samen DOEN-teams	12.000	€ 14
	143.000	**€ 75**

Flexibel aanbod	Kinderen 0-18	Kosten
Opvoed- en opgroeiondersteuning	ca. 2.000	
Aanvullende indicaties/diagnose	ca. 1.000	
Ambulante jeugd en opvoedhulp (w.o. SMI)	ca. 2.500	
Jeugd-LVB	ca. 500	
Begeleiding	1.500-2.000	
Ambulante jeugd-GGZ	ca. 3.000	
		€ 60

Stedelijke en regionale voorzieningen	Kinderen 0-18	Kosten
AMHK en crisisdienst		€ 3
Jeugdbescherming en jeugdreclassering	1.500-2.000	€ 13
Residentiële opvang, verblijf en pleegzorg	1.500-2.000	€ 59
Specialistische ambulante zorg	ca. 3.000	€ 28
		€ 103

Totaal	143.000	€ 241

NB In de bedragen is gerekend met reguliere overheadbedragen, maar is nog exclusief de gevolgen voor het apparaat van de gemeente, de Stadsregio, de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de CIZ.

De kosten van het nieuwe jeugdstelsel (€ 241 miljoen) afgezet tegen de kosten van het huidige stelsel (€ 275 miljoen) leveren dus – volgens de gemaakte indicatieve MKBA – een positief saldo op van € 34 miljoen. Dit is genoeg om de bezuiniging van € 31,5 miljoen te dekken, maar niet het mogelijke negatieve herverdeeleffect. In de meicirculaire van het Rijk zal hierover meer duidelijk worden. In de besluitvorming in september zullen nadere voorstellen voorgelegd worden.

6 Gevolgen van het nieuwe jeugdstelsel

In dit hoofdstuk beschrijven we de belangrijkste gevolgen van het nieuwe jeugdstelsel voor achtereenvolgens: de jeugdigen en de ouders (§ 6.1), de zorgprofessionals en zorginstellingen (§ 6.2) en de gemeente zelf (§ 6.3). De bedoeling van dit hoofdstuk is om een globaal beeld te schetsen. In deze fase van het proces kunnen we nog niet op detailniveau de gevolgen voor bijvoorbeeld individuele instellingen beschrijven. Deze zullen pas in de loop van 2013 duidelijker worden.

6.1 Voor jeugdigen en ouders

Alle jeugdigen en hun ouders zullen iets gaan merken van de herinrichting van het jeugdstelsel. Maar ook alle beroepskrachten die dagelijks intensief met jeugdigen te maken hebben – zoals pedagogisch medewerkers in de kinderdagverblijven en voorscholen en leerkrachten en docenten op school – zullen de veranderingen merken. Echter, niet voor iedereen zal de verandering even ingrijpend zijn.

In deze paragraaf focussen we op de veranderingen die de introductie van het digitale platform en vooral de ouder- en kindteams (en Samen DOEN-teams) met zich mee zullen brengen. Ook binnen de andere twee zorgvormen (flexibel aanbod en gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen) zullen dingen veranderen, maar de gevolgen voor de jeugdigen en ouders zullen daar naar verwachting minder groot zijn, bovendien zullen simpelweg minder jeugdigen en ouders met deze zorgvormen in aanraking komen.

Wat merken ouders en jeugdigen?
Alle jeugdigen en hun ouders zullen iets gaan merken van de stelselherziening, te beginnen met het feit dat ze meer aangesproken zullen worden op hun eigen kracht en hun bijdrage aan de sociale veerkracht van het netwerk, de pedagogische civil society. De focus op sociale veerkracht betekent dat we ouders en opvoeders vragen om elkaar te ondersteunen, en zelfs jeugdigen vragen elkaar te ondersteunen. Eigen kracht is niet ieder voor zich. Dit beroep op alle ouders en jeugdigen wordt vooral gedaan vanuit het digitale platform en de ouder- en kindteams. Hieronder proberen we dit te concretiseren aan de hand van de rol van de ouder- en kindadviseur in het nieuwe jeugdstelsel.

Alle jonge ouders krijgen te maken met de ouder- en kindadviseur. Zij zullen in de regel voor het eerst met de ouder- en kindadviseur kennis maken tijdens een huisbezoek twee weken na de geboorte van het kind. Ook in de jaren daarna zullen zij de ouder- en kindadviseur regelmatig voor een persoonlijk consult zien. Dit is op zich niet anders dan het nu gaat vanuit de jeugdgezondheidszorg. Verschil is dat deze ouder- en kindadviseur veel meer mogelijkheden heeft om ook daadwerkelijk zelf iets te doen wanneer er problemen in het opvoeden en opgroeien van het kind gesignaleerd worden. Waar het werk van de consultatiebureauverpleegkundige nu nog geregeerd wordt door het draaien van spreekuren en het screening van kinderen (en ouders) op risico's, zal de ouder- en kindadviseur straks meer tijd hebben om naar de ouders te luisteren en deze te helpen bij het (zelf) vinden van oplossingen binnen hun netwerk. Ouders gaan dit merken. Zij zullen ook merken dat de ouder- en kindadviseur er meer op uit trekt, bij hen thuis komt, maar ook op het kinderdagverblijf of voorschool te vinden is. En zo hun netwerk ook meer echt kent. Op deze manier gaat de ouder- en kindadviseur oplossingen 'zien' die eerder niet in beeld waren.

Wanneer het kind vier jaar wordt en naar de basisschool gaat, krijgen ouders te maken met een ouder- en kindadviseur op de basisschool. Hier is de verandering voor ouders groter dan in de leeftijd 0 – 4 jaar. In het huidige stelsel zien de meeste ouders de school-

verpleegkundige maar één of twee keer in de basisschoolcarrière van hun kind. Met de schoolmaatschappelijk werker of opvoedadviseur komt überhaupt maar een (klein) deel van de ouders in contact, om van de aansluitfunctionaris van bureau jeugdzorg of de jeugdhulpverlener nog maar te zwijgen. Omdat in de functie van ouder- en kindadviseur deze taken gebundeld worden en de ouder- en kindadviseur zo veel mogelijk op en rond de school gepositioneerd wordt, wordt deze figuur op school veel meer een vertrouwd gezicht. De ouder- en kindadviseur is er niet alleen – zoals nu vaak het geval is – voor ouders van 'zorgleerlingen,' maar voor alle ouders. Ook gaat de ouder- en kindadviseur zich niet alleen richten op ouders, maar hij is er ook voor kinderen en leerkrachten/ docenten. Hetzelfde geldt voor de ouder- en kindadviseurs op de scholen voor voortgezet onderwijs en mbo-locaties. Ouders zullen zich hierdoor meer gehoord en geholpen voelen. Leerkrachten en docenten zullen ondersteuning krijgen van de ouder- en kindadviseur in hun pedagogische taak. De ouder- en kindadviseur werkt veel meer aan het versterken van de kracht van het netwerk, dan aan de problemen van individuele kinderen.

De ouder- en kindadviseur als vertrouwd gezicht op school betekent overigens niet dat alle ouders op dezelfde manier met deze ouder- en kindadviseur te maken zullen krijgen. De meeste ouders zullen de ouder- en kindadviseur op school leren kennen van een voorlichtingsavond, een vast contactmoment, of een terloops gesprekje in de gang of op het schoolplein. Waar er echter meer dan alledaagse zorgen zijn over het opvoeden en opgroeien van het kind, schakelt de ouder- en kindadviseur naar een intensievere rol richting ouders. Hij of zij helpt de ouder een oplossing te vinden en biedt ook daadwerkelijk hulp en ondersteuning. De ouder- en kindadviseur laat nooit los, ook niet wanneer meer specialistische hulp – vanuit het ouder- en kindteam (de jeugdarts of jeugdpsycholoog) of daarbuiten – ingeschakeld wordt. Maar de ouder- en kindadviseur neemt wel gepaste afstand om anderen zorg- en onderwijsprofessionals én ouders zelf, hun werk te laten doen.

De ouder- en kindadviseur en de andere professionals van het ouder- en kindteam zijn er voor alle jeugdigen en ouders, niet alleen voor de 'zorgkinderen'. Ook jeugdigen en ouders die geen opvoed- en opgroeivragen hebben en waarbij alles zonder noemenswaardige problemen verloopt kunnen door het ouder- en kindteam aangesproken worden. Bijvoorbeeld om een rol te spelen richting hun leeftijdgenootje of een andere ouder. In die zin is de ouder- en kindadviseur ook een opbouwwerker in de ouderwetse zin van het woord. Het meer 'naar voren toe organiseren' van de jeugdhulp betekent dat de zorgprofessionals voor meer ouders zichtbaar worden.

De verwachting is ook dat binnen het ouder- en kindteam, maar ook binnen het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen integraler gewerkt kan worden. De oude schotten tussen de verschillende sectoren (lokaal aanbod preventief jeugdbeleid, jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-VB) bestaan straks niet meer. Dat biedt het ouder- en kindteam, maar ook zorgaanbieders daarbuiten de mogelijkheid om multidisciplinair te werken en worden ouders dus vaker door één instantie geholpen zonder dat doorverwijzingen nodig zijn.

Om de inzet vanuit de ouder- en kindteams organisatorisch op een kostenefficiënte manier mogelijk te maken, kan niet ieder ouder en ieder school onbeperkt zijn eigen hulpverlener kiezen. Maar in de praktijk is de keuzevrijheid nu vaak ook beperkt – ook nu kiezen ouders niet hun eigen schoolverpleegkundige of schoolmaatschappelijk werker. En het is geen rigide systeem. De ouder- en kindadviseurs van het ouder- en kindteam zijn niet de enige zorgprofessionals waar ouders terecht kunnen met vragen. Ook in het nieuwe jeugdstelsel staat het ouders vrij om een eigen hulpverlener te vinden buiten het ouder- en kindteam, bij zorgaanbieders in het flexibele aanbod. Voor zover de gemeente de kosten hiervan draagt, zal zij hiervoor wel regels stellen (net zoals de zorgverzekeraars dat nu doen). Ambitie is echter om zo veel mogelijk ouders te ondersteunen vanuit hetzelfde ouder- en kindteams. Dit stelt hoge eigen aan de diversiteit en kwaliteit van het ouder- en kindteam.

Juridische aspecten
In het nieuwe jeugdstelsel wordt de indicatiestelling door een onafhankelijke instantie (Bureau Jeugdzorg en CIZ) opgeheven. Doel hiervan is dat het beter en sneller (minder bureaucratisch) wordt. Een onafhankelijk indicatieorgaan bood ouders en jeugdigen echter ook de zekerheid van een onafhankelijk oordeel en een indicatiebesluit gaf (een afdwingbaar) recht op (precies omschreven) zorg. Dit verdwijnt. Toch is een ouder of een jeugdige straks niet overgeleverd aan het oordeel van een individuele ouder- en kindadviseur, jeugdarts of jeugdpsycholoog. Ook in het nieuwe jeugdstelsel worden een aantal rechtszekerheden ingebouwd. Zo zal de gemeente in een verordening moeten vaststellen welke voorwaarden zij hanteert bij toekenning van een individuele voorziening en wat daarbij de wijze van beoordeling en de afwegingsfactoren zijn. Voor ouders en jeugdigen is dan vervolgens ook beroep en bezwaar mogelijk (tot voor de kinderrechter), wanneer zij menen dat bijvoorbeeld zij niet juist geholpen of doorverwezen zijn. Ook wordt in de nieuwe Jeugdwet geregeld dat de gemeente ouders en jeugdigen de mogelijkheid moet geven om bij onafhankelijk vertrouwenspersonen terecht te kunnen.

6.2 Voor zorgaanbieders

Het Koersbesluit heeft grote gevolgen voor de zorgprofessionals en -instellingen. Functies veranderen, er worden (deels) andere eisen gesteld, werkverbanden wijzigen, de financiering verandert, er komen mogelijke nieuwe zorginstellingen bij, bestaande organisaties moeten zich aanpassen. De gemeente wil deze veranderingen in een zorgvuldig proces realiseren, maar er wel met een duidelijk einddoel op kunnen sturen. In overleg met de instellingen wordt daar nader invulling aan gegeven. Hieronder worden de belangrijkste gevolgen op een rij gezet, voor zover daar nu al concreet iets over te zeggen valt.

Voor zorgprofessionals
Voor zorgprofessionals zijn er twee grote veranderingen: functies en werkverbanden veranderen, en er worden nieuwe kwaliteitseisen gesteld.

Wat betreft de eisen gaat het om principes als het toepassen van eigen kracht, gezinsgericht werken, breed kijken, het effectief signaleren van barrières in het opvoeden en opgroeien (zoals verstandelijke beperkingen) en daar op kunnen handelen en het handelen vanuit een normatief opvoedkader. Dit zijn geen nieuwe onderwerpen. Amsterdam vindt het wel van belang dat op deze zaken een eenduidige professionele norm wordt ontwikkeld en dit wordt vertaald om opleidings- en trainingsprogramma's.

Binnen de ouder- en kindteams functioneert een nieuwe generalistische professional: de ouder- en kindadviseur. Deze ouder- en kindadviseur komt er niet extra bij, maar ontstaat door bestaande functies in de nulde en eerste lijn om te vormen. Daarbij denken wij vooral aan de jeugdverpleegkundigen, opvoedadviseurs, schoolmaatschappelijk werkers, voordeurmedewerkers van Bureau Jeugdzorg en jeugdhulpverleners. (Een deel van) deze professionals zullen dus een rol krijgen als ouder- en kindadviseur en daarvoor de benodigde opleidingen en trainingen moeten krijgen.

Binnen de Samen DOEN-teams is ook een nieuwe generalistische professional te vinden: de (jeugd)generalist Samen DOEN. Dit is ander soort functionaris van de ouder- en kindadviseur. Ook de (jeugd)generalisten komen echter voort uit bestaande functies binnen het jeugddomein, zoals de gezinsbegeleider of jeugdmaatschappelijk werker. Een deel van deze professionals zal dus een rol krijgen als (jeugd)generalist Samen DOEN en daarvoor de benodigde opleidingen en trainingen krijgen.

Diverse meer gespecialiseerde functies blijven ook nodig in het nieuwe jeugdstelsel, maar worden anders ingezet. De jeugdartsen (die nu binnen de jeugdgezondheidszorg functioneren) en een deel van de kinder- en jeugdpsychologen en GZ-psychologen, krijgen een rol in de nieuwe ouder- en kindteams. Voor alle functionarissen van het ouder- en kindteam geldt dat nu nog niet duidelijk is in welke organisatie of samenwerkingsverband ze straks worden geplaatst. Hoeveel van elk nodig zijn is nu nog niet duidelijk, evenmin is er een garantie dat er voor iedereen een plek zal zijn in het nieuwe jeugdstelsel. Dat brengt onzekerheid met zich mee. Er wordt een transitieplan opgesteld samen met de meest betrokken instellingen.

Voor zorginstellingen
In de zorg voor jeugd zijn tientallen instellingen actief, van klein tot groot, sommige met heel specifieke taken, andere met een breed palet aan taken. De gevolgen van de beoogde stelselwijziging is niet voor elke organisatie even groot of even duidelijk. Dat hangt er vanaf of ze nu willen en kunnen voldoen aan de (kwaliteits)eisen van de gemeente en of ze nu taken uitvoeren in een van de beschreven zorgvormen of daar dwars doorheen.

Sommige instellingen met een specifiek zorgaanbod zullen in staat zijn om een plek te krijgen in het flexibele aanbod als ze voldoen aan de eisen van de gemeente. Diverse grote instellingen voeren nu taken uit die straks in een aangepaste vorm terugkomen in de vier zorgvormen. De vraag is of zij straks een dergelijke combinatie van taken kunnen blijven uitvoeren of zich moeten gaan richten op één of twee van de zorgvormen en taken moeten afstoten c.q. overdragen.

Het nieuwe jeugdstelsel gaat uit van een duidelijke functiescheiding tussen enerzijds de brede nulde en eerstelijns ouder- en kindteams met hun poortwachtersfunctie en anderzijds het zorgaanbod in het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen. Of een instelling in beide zorgvormen kan participeren, zal medio 2013 bepaald worden, als inhoud en organisatie van de ouder- en kindteams verder zijn uitgewerkt. De keuze voor het gewenste organisatiemodel van de ouder- en kindteams is hierbij uiteraard in belangrijke mate bepalend. Taken in het flexibele aanbod en de gespecialiseerde stedelijke en regionale voorzieningen lijken wel te combineren. Denk aan een gespecialiseerd behandelcentrum, dat ook ambulante hulp biedt in de wijk.

Het uitgangspunt dat elke organisatie die aan de wettelijke en gemeentelijke eisen voldoet een zorgaanbod kan doen in het flexibele aanbod, heeft op zich ook gevolgen voor de instellingen. Er ontstaat immers een vorm van marktwerking in het flexibele aanbod. Deze marktwerking biedt ruimte aan nieuwe zorgaanbieders met nieuwe concepten en heeft dus gevolgen voor bestaande aanbieders. Er zal ook geen scheidslijn meer zijn tussen de bestaande disciplines die nu nog een eigen wettelijk kader en financieringsregime kennen (preventief lokaal aanbod, jeugdzorg, Jeugd-GGZ en Jeugd-VB). Dat maakt combinaties mogelijk, maar sluit specialisatie niet uit. Hoe een en ander zal uitpakken wordt in de loop van 2013 duidelijk.

6.3 Voor de gemeente

Belangrijke uitgangspunten in het Koersbesluit zijn dat de gemeentelijke overheid stuurt op stelselniveau en zich geen hoofdrol toemeet in de uitvoering. Dit bepaalt de keuzes die gemaakt worden bij het inrichten van het stelsel. De gevolgen voor de gemeentelijke organisatie liggen op twee niveaus, de gevolgen voor stadsdelen en diensten van de gemeente of onderdelen daarvan en de gevolgen voor individuele medewerkers, de gemeenteambtenaren.

Voor ambtenaren
Afhankelijk van de keuzes die gemaakt worden, zullen medewerkers die nu in dienst van de gemeente zijn wellicht bij de stelselwijziging dit straks niet meer zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de OKC-managers en eventueel ook voor de medewerkers die nu bij de GGD (per slot van rekening een gemeentelijke dienst) werken. Het spreekt voor zich dat een dergelijke verandering tijd vergt en zorgvuldig tot stand gebracht wordt in nauw overleg met alle betrokken partijen zoals de medewerkers zelf en de organisatieonderdelen waar zij deel van uit maken. De OKC-managers vervullen nu een essentiële rol in het preventieve netwerk in de wijken. Zij kunnen niet gemist worden zonder dat er een andere functie voor in de plaats is gekomen. Voor de GGD-medewerkers staat eventueel hun ambtenarenstatus op het spel.

Voor gemeenteambtenaren in beleids- en ondersteunende functies gaat ook het een en ander veranderen. Van deze medewerkers wordt gevraagd dat zij zich inhoudelijk ontwikkelen op een nieuw beleidsterrein en een nieuwe rol als opdrachtgever (met nieuwe werkvormen en juridische kaders). Dit vereist flexibiliteit maar bovenal begeleiding vanuit de organisatie en mogelijkheden voor om- en bijscholing. Een extra spannende opgave in een tijd dat fors bezuinigd wordt op het ambtelijke apparaat.

Voor stadsdelen en diensten
De veranderingen in het Amsterdamse bestuurlijk stelsel zijn nog niet volledig uitgekristalliseerd. De verdeling van taken en bevoegdheden tussen stad en stadsdelen in het nieuwe jeugdstelsel kunnen nu dan ook nog niet in detail beschreven worden. In het Koersbesluit wordt gekozen voor centrale sturing door een stedelijke inkooporganisatie en beleidsafdeling én gebiedssturing door de kwaliteits- en budgetregisseurs. De stadsdelen zich (ambtelijk en bestuurlijk) zullen met beide te maken krijgen.

Over de mogelijke gevolgen voor de GGD als uitvoerder van de jeugdgezondheidszorg (en enkele andere taken in het jeugddomein) spraken we al even. Maar ook voor de andere betrokken diensten zal het nieuwe jeugdstelsel gevolgen hebben. De Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling is nu ambtelijk trekker van de transitie in het jeugddomein. Maar over de positionering van toekomstige centraal stedelijke taken in het nieuwe jeugdstelsel – zoals beleidsafdeling, inkoopbureau en inspectie – worden in dit Koersbesluit nog geen uitspraken gedaan. De drie meest betrokken diensten – GGD, DMO en WZS – zullen hierover nader in gesprek gaan, ook in afstemming met de stadsdelen. Dit alles natuurlijk tegen de achtergrond van de bredere veranderingen in het sociaal domein (zie § 3.1).

7 Veranderstrategie

Missie Om het kind
In Amsterdam groeien kinderen en jongeren veilig en gezond op, ontwikkelen hun talenten en participeren volwaardig en verantwoordelijk.

Veranderopgave Om het kind
De zorg voor de jeugd – van hielprik tot gesloten jeugdzorg – moet beter, sneller en goedkoper worden uitgevoerd.

Een complexe opgave als deze, vraagt om een meervoudige blik op het veranderingsproces. We onderscheiden drie veranderniveaus en bijbehorende processen, die losjes aan elkaar gekoppeld zijn:

1. Het *primaire niveau* van de uitvoering: hierin staan het gezin, het kind en de zorgprofessionals (goed vakmanschap) centraal.

2. Het *secundaire niveau* van de organisatie, effectieve infrastructuur en goed opdrachtgeverschap. Dit zijn de kaders en randvoorwaarden waarbinnen de uitvoering plaatsvindt.

3. Het *tertiaire niveau* van de bestuurders. Hier staan de bestuurlijke onderhandelingen over het wettelijk kader, de positie van de instellingen, samenwerking met regiogemeenten en de interne rol- en taakverdeling binnen de gemeente centraal.

De drie niveaus vragen elk om een eigen veranderstrategie, met bijbehorende aanpak, afgestemd op de belangrijkste stakeholders. Gezamenlijk vormen de drie veranderstrategieën en de koppeling daartussen, de veranderstrategie van *Om het Kind*.

Een belangrijk onderscheid dat we maken in de veranderstrategie is het deel van de veranderopgave dat we zien als een transitie (overheveling van middelen en taken naar de gemeente) en het deel dat we zien als een transformatie (een andere manier van werken op primair en secundair niveau). De onderdelen van de transitieopgave moeten in de zomer van 2014 gereed zijn. De transformatieopgave zal dan zeker nog niet klaar zijn, dat is een voortdurend proces dat hoort bij het lerende stelsel. In grote lijnen valt de transitieopgave samen met de veranderopgave op het secundair en tertiair niveau en de transformatieopgave valt grotendeels samen met de veranderopgave van het primaire niveau.

In dit hoofdstuk lichten we de veranderstrategie van de drie niveaus op hoofdlijnen toe, in het Programmaplan II en in de onderliggende projectplannen werken we de veranderstrategie verder uit.

7.1 Primair niveau

Hoofddoel
Goede zorg voor de jeugd.
In de uitvoering van de zorg voor de jeugd staan de vraag van het kind en het gezin centraal. Het gezin lost zoveel mogelijk binnen het eigen netwerk de problemen op; dit blijft het uitgangspunt, ook als er (tijdelijk) hulp van buiten nodig is. De hulp wordt snel en passend geleverd, met een duurzaam resultaat. Ouders en kinderen worden dichtbij, in hun directe leefomgeving, geholpen. Professionals krijgen meer ruimte om te doen wat nodig is.

Veranderopgave
Tijdens de transitieperiode (tot de zomer 2014)

1. Vanuit de praktijk met zorgprofessionals, ouders en jeugdigen, verder invulling geven aan de contouren van het nieuwe jeugdstelsel. Met als doel het toetsen van de werkbaarheid van het nieuwe jeugdstelsel en het trekken van lessen over de werkzame principes achter de gewenste uitvoeringspraktijk. Met deze inzichten stellen we het ontwerp bij waar dat nodig is. De lessen gebruiken we daarnaast om zorgprofessionals van elkaar te laten leren en de noodzakelijke gedrags- en cultuurverandering in te zetten.

In de transitieperiode en daarna:

2. Het creëren van een lerend systeem, waarin professionals reflecteren op het handelen van elkaar en dat van zichzelf, waarbij werkprincipes als eigen kracht en zoveel mogelijk de regie bij het gezin, en – indien nodig – het werken vanuit één integraal plan het uitgangspunt zijn. Een lerend systeem zorgt ervoor dat er krachtige teams ontstaan, dat er reflectie vanuit de uitvoeringspraktijk is op het systeem van de zorg voor de jeugd en dat professionals zich blijvend ontwikkelen en scholen. Het lerend systeem vraagt ook flexibiliteit van het opdrachtgeverschap.

Aanpak
De houding en het gedrag van zorgprofessionals is doorslaggevend voor het succes van het nieuwe jeugdstelsel. Die verander je niet met het aanpassen van de structuur alleen. Daarom hebben we zowel in de transitieperiode 2013 – 2014 en daarna hiervoor veel aandacht. Een centrale vraag in de koppeling met het secundair niveau is: Wat is de goede balans tussen het voorschrijven van het gewenste gedrag in kaders, criteria en competenties van zorgprofessionals en wat ontwikkelen we in de praktijk met en door de professionals.

In de proeftuinen is aandacht voor leren, uitproberen en experimenteren. Met de professionals gaan we op zoek naar de beste praktijken, maar ook naar confronterende praktijken. Door middel van intervisie, verhalen, interviews en monitoring maken we de werkzame principes zichtbaar en laten we professionals hierop reflecteren. Wat werkt daar goed, wat niet en waar zit dat in? Welke patronen doen zich voor en welke lessen trekken we daaruit? Deze lessen zijn enerzijds input voor het definitieve stelsel en anderzijds voor het blijvend leren in de praktijk.

7.2 Secundair niveau

Hoofddoel
Effectieve infrastructuur, goed opdrachtgeverschap.
Het neerzetten van een goed werkend nieuw jeugdstelsel dat de randvoorwaarden biedt voor een snellere, effectievere, goedkopere en dichtbij geleverde zorg voor de jeugd.
De zorg voor de Amsterdamse jeugd en hun ouders is effectief en efficiënt ingericht, is kwaliteitgestuurd en kan binnen de beschikbare budgetten worden geleverd.

Veranderopgave

1. Het maken van een stelselontwerp, waarin de organisatie, de sturing en bekostiging van de uitvoering van het jeugdstelsel zo is geregeld dat er betere, snellere, goedkopere zorg dichtbij het gezin wordt geleverd.

2. Invulling geven aan de effectieve infrastructuur van het jeugdstelsel en goed ambtelijk opdrachtgeverschap, door de inrichting van:
   - een stevige basisinfrastructuur (digitaal platform, ouder- en kindteams en Samen DOEN-teams),

- een goede inkoopprocedure en –organisatie,
- kwaliteitscriteria, toezicht en handhaving,
- cliëntenparticipatie en klachtenprocedure,
- beleidsplanning en controlecyclus,
- informatievoorziening, automatisering en monitoringsysteem.

Aanpak
Op 1 januari 2015 moet het nieuwe jeugdstelsel staan. Om in de praktijk verdere invulling te kunnen geven aan het nieuwe jeugdstelsel is het voor alle betrokkenen van belang dat de contouren van het stelsel zo snel mogelijk duidelijk zijn. Met het voorliggende Koersbesluit geven we daar invulling aan, ondanks het feit dat het formele wetgevingsproces nog niet afgerond is. Het Koersbesluit is in cocreatie met zorgprofessionals van binnen en buiten de gemeente opgesteld en wordt op hoofdlijnen gedeeld door een groot deel van de partners in het veld van de zorg voor de jeugd.

Het neerzetten van een effectieve infrastructuur betekent dat de gemeente als goed opdrachtgever garant staat en zorgdraagt voor alle randvoorwaarden waarbinnen de zorg voor de jeugd volgens de *Visie Om het Kind* kan worden uitgevoerd. Dit betekent ook dat de beheersbaarheid van de kosten en de omvang en kwaliteit van de zorg in verhouding moeten zijn. De tijdsdruk die deze omvangrijke stelselwijziging met zich meebrengt, staat soms op gespannen voet met de lerende veranderstrategie die we in het primaire proces voorstaan. Dit hoeft geen probleem te zijn als er binnen de grenzen van het systeem voldoende ruimte en flexibiliteit bestaat om te leren en te reflecteren en we het lerend systeem zo blijvend – ook na 1 januari 2015 - waarborgen.

7.3 Tertiair niveau

Hoofddoel
Voorwaarden scheppen waaronder de doelstellingen van de Visie Om Het Kind in het nieuwe jeugdstelsel vanaf 2015 gerealiseerd kunnen worden en, vooruitlopend daarop, in de transitieperiode al zoveel als mogelijk concrete verbeteringen in het huidige jeugdstelsel kunnen worden doorgevoerd.

Veranderopgave
1. Beïnvloeding wetgeving rijksoverheid, opdat de gemeente vanaf 2015 voldoende ruimte krijgt om de inhoudelijke doelstellingen te kunnen realiseren.
2. Afspraken met stadsdelen en zorgaanbieders over de stapsgewijze hervorming van bestaande werkwijzen en aanbod en over de proeftuinen.
3. Afspraken met de vijftien regiogemeenten van de Stadsregio over stapsgewijze hervorming van het zorgaanbod, overdracht verantwoordelijkheden en regionale samenwerking per 2015.
4. Afspraken met zorgverzekeraars over stapsgewijze hervorming GGZ- en (L)VB-aanbod en overdracht verantwoordelijkheden per 2015.
5. Afspraken met schoolbesturen over aansluiting Passend Onderwijs en het jeugdstelsel, met het oog op het realiseren van een goede zorgstructuur in en om de school.

Aanpak
Op dit moment is nog onduidelijk hoe de Jeugdwet er in definitieve vorm uit komt te zien. De gemeente probeert invloed uit te oefenen op de wetgeving in Den Haag. Daarnaast wil de gemeente voldoende experimenteerruimte om vooruitlopend op de wet geleidelijk al anders te kunnen werken.

Verder richten we ons op de instellingen door hen zo snel mogelijk duidelijkheid te geven over hun mogelijke positie in het nieuwe jeugdstelsel. Tegelijkertijd maken we afspraken over de inzet van de instellingen in de transitieperiode, dit geldt bijvoorbeeld van het maken van afspraken over de proeftuinen en het vervroegde experimenteren met het opdrachtgeverschap vanuit de gemeente over de ambulante jeugdzorg. Dit gaat zowel om zorglevering en inkoop als om veranderingen in de werkwijze van zorgprofessionals. De onduidelijkheid die de verschillende decentralisaties en nieuwe aanpakken binnen de gemeente veroorzaken, zijn een bedreiging voor de samenwerking met instellingen in de transitieperiode, omdat zij aangeven hiermee niet uit de voeten te kunnen. Zowel in het transitieproces als het verdere transformatieproces daarna, is draagvlak en medewerking bij instellingen essentieel. De gemeentelijke visies, werkwijze en doelstellingen worden daarom snel op elkaar afgestemd.

8 Onderzoeken en literatuur

A. Adviezen programma Om het kind

Voor het Koersbesluit zijn diverse onderzoeken uitgevoerd en adviezen uitgebracht op specifieke deelonderwerpen. Vrijwel alle rapporten zijn openbaar en toegankelijk op de website *Om het kind*: http://jeugd020.pleio.nl.

- AGA, Anne-Claire Frank, *Eindrapportage Sociale kaart 2.0*, Amsterdam, mei 2012.
- AGA, Anne-Claire Frank, *Advies klachtenregeling*, Amsterdam, mei 2012.
- Alares, Laurens Waling, Krijns Prons en Gerco Buijk, *Jeugdzorg 3.0, een innovatief & alternatief functioneel ontwerp*, Den Haag, mei 2012.
- Alares, Laurens Waling, Krijns Prons en Gerco Buijk, *Eigen beheer van gezinsdossiers, haalbaarheidsonderzoek*, Den Haag, mei 2012.
- Anker Solutions / BKB, *De ouders waar het kan, de gemeente waar het moet. Eindrapportage focusgroepen*, november 2011.
- LPBL, Merei Lubbe en Veroni Larsen, *Indicatieve maatschappelijke kosten-baten-analyse Om het kind*, november 2012.
- Margalith Kleijwegt, *Frisse blik. Hulpverlening in de praktijk*, januari 2013.
- Motivaction, Marcel Voorn, *Wat werkt bij wie? Een doelgroepenbenadering bij innovaties in zorg en preventie, vertaling landelijk mentality onderzoek naar Amsterdam*, , juni 2012.
- SPA, Ronald Wiggers, *Sociaalruimtelijke analyse 'Om het kind' en 'Samen DOEN'*, Amsterdam, mei 2012.
- SPA / DMO Jeugd, Wil Snel en Adelien de Koster, *Verkenning persoonsgebonden budget jeugdigen. Kansen en begrenzingen inzet PGB bij hervorming jeugddomein*, Amsterdam, mei 2012.
- SPA, Jeanette van der Wees en Anneke Gout, *Sturingsmogelijkheden kwaliteit jeugdzorg Amsterdam door inkoop, inspectie en klachtenregeling*, Amsterdam, augustus 2012.

B. Overige rapporten Amsterdam

Ook in het kader van de reguliere beleidspraktijk worden geregeld onderzoeken gedaan of verschijnen er notities en rapportages die input zijn geweest voor het Koersbesluit. We noemen hier enkele van de belangrijkste (waarnaar ook in de hoofdtekst wordt verwezen).

- DMO e.a., *Systeem in Beeld. De Amsterdamse jeugdketen stukje bij beetje in kaart gebracht*, mei 2008.
- DMO, *Schoolmaatschappelijk werk nieuwe stijl, Pleidooi voor een breed inzetbare opvoed- en opgroei-expert in het Primair Onderwijs Amsterdam*, december 2011.
- DMO, *Beleidskader Amsterdamse Jongerenwerk Nieuwe stijl*, februari 2012.
- DMO, *Nieuwe aanpak risicojongeren, Preventief Interventie Team (PIT)*, maart 2012.
- DMO, *Uniforme werkwijze Samen DOEN in de buurt*, versie 1.3 (17 januari 2013).
- DWI & DMO, *Jongeren maken Amsterdam. Jeugdwerkloosheid voorkomen en bestrijden*, juni 2012.
- ITJ, *Preventie van kindermishandeling. Een onderzoek naar signalering van risico's en ondersteuning van gezinnen ter voorkoming van kindermishandeling. Nota van bevindingen Amsterdam-Oost*, januari 2013.
- OKC, Annemiek van Woudenberg, *Slotrapportage. Onderbouwen en doorbouwen in de Ouder- en Kindcentra*, 2006.
- OKC, *Jaarverslag 2010*.
- OKC, *Jaarverslag 2011*.
- GGD, Anouk Wisse, *Risicogroepen in vierde klas van het voortgezet onderwijs in beeld bij de Jeugdgezondheidszorg. Een procesevaluatie naar de uitvoering van het*

PGO-VO4 in combinatie met aanvullend onderzoek naar beschikbare (effectieve) interventies en de bijbehorende toeleiding van jongeren, oktober 2012.
- GGD, *Zo gezond zijn Amsterdamse jongeren! Stadrapport Amsterdamse jeugd-gezondheidsmonitor voortgezet onderwijs 2010-2011,* oktober 2012.
- LPBL, *MKBA Samen DOEN*, 2012.
- O&S, *De Staat van de Jeugd. Jeugdmonitor Amsterdam 2011,* Amsterdam, september 2011.
- O&S, *Monitor Jeugdwerkloosheid 2010*, januari 2012.
- O&S, *Decentralisatie toegangstaken Bureau Jeugdzorg, Pilots in Noord en Zuidoost,* Amsterdam, april 2012.
- SPA, Wilma Wentholt, *Extra aandacht op school. Resultaten van een onderzoek naar de meest voorkomende leer- en gedragsproblemen en het zorgaanbod in het primair onderwijs in Amsterdam,* Amsterdam, januari 2012.
- SPA, Dus Fabius, Karima Belhaj, Marc Uppelschoten, Harm Haage, *Toegerust op de toekomst. Naar een steviger OKC*, maart 2008.
- SPA, Wilma Wentholt, *Leerlingenzorg in het VO*, Amsterdam, oktober 2012.
- Trimbos-instituut, Simone Onrust en Ireen de Graaf, *Aansluiting tussen de jeugd-GGZ en de voorliggende voorzieningen in Amsterdam,* Utrecht, november 2012.

C. Landelijke rapporten en onderzoeken

Bij het opstellen van het Koersbesluit is ook gebruik gemaakt van de vele rapporten die de afgelopen jaren landelijk verschenen zijn rond de transitie van de jeugdzorg. Hier worden onze belangrijkste (inspiratie)bronnen genoemd.

- Alares, *Technische innovaties: kansen voor de jeugdsector,* Den Haag, januari 2011.
- Algemene Rekenkamer, *Centra voor Jeugd en Gezin in gemeenten. Een samen-werkingsproject met gemeentelijke rekenkamers*, 2012.
- Ankeradvies, Anker, B., *Positionering van de JGZ in het nieuwe stelsel van de zorg voor jeugd*, 17 oktober 2011.
- Bartelink, C., Berge, I. ten, en Yperen, T. van, *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling*, NJi, Utrecht, 2010.
- Bartelink, C., 'Ouders en kinderen betrekken bij beslissingen over hulp,' *JeugdenCo Kennis* 29, 2011, p. 29-39.
- Berends, I.E., Cambell, E.E., Wijgergangs, E., en Bijl, B., *Bescherming bekeken. Een onderzoek naar ontwikkelingen en regionale verschillen in het aantal onder-toezichtstellingen en machtigingen uithuisplaatsingen*, PI Reserach, WODC, Duivendrecht, 2010.
- Berg, T., en Vink, C., *Jeugdzorg in Europa: lessen over strategieën en zorgsystemen uit Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden*, NJi, Utrecht, november 2009.
- Berk, M., Hoogenboom, A., De Kleermaker, M., Verhaar, K., red., *De jeugdprofessional in ontwikkeling, Handboek voor professionals in het jeugddomein*, Kluwer, Alphen aan de Rijn, 2012.
- Boer & Croon, *Quickscan overlap onderzoekstaken AMK en Raad voor de Kinder-bescherming*, 5 april 2012.
- BMC, Baecke, J.A.H., Bremmer, P., en Glas, M.H., *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg*, Leusden, 2009.
- College van Zorgverzekeringen, *Van preventie verzekerd*, juli 2007.
- Eijk, S. van, *Koersen op het kind, Sturingsadviezen aan het nieuwe Kabinet*, Operatie Jong, Den Haag 2006.
- Evers, S., *Public Health Technology Assessment, niet horen, niet zien en zwijgen!* Oratie, Universiteit Maastricht 2013.
- Frissen, P., Karré, P.M., en Steen, M. van der, *Zorg door de staat. Gevolgen van gemeentelijke keuzes in de JGZ*, NSOB, 2011.
- Gastel, M. van, *Gemeenten aan zet. Twee wegen naar GGZ voor zorggezinnen*, oktober 2012.

- Hermanns, J., Öry, F., en Schrijvers, G., *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter*, Julius Centrum, Utrecht 2005.
- Hilhorst, P., en Zonneveld, M., *De gewoonste zaak van de wereld. Radicaal kiezen voor de pedagogische civil society,* RMO 2013.
- Hogenes, M., Booys, C. de, Gravesteijn C. en Diekstra, R., *De leerkracht als opvoeder*, De Haagse Hogeschool, 2010.
- Jager-Vreugdenhil, M., *Nederland participatieland? De ambitie van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de praktijk in buurten, mantelzorgrelaties en kerken*, Amsterdam 2012.
- Jeugdzorg Nederland, *Werkinstructie indicatiestelling jeugd-GGZ*, januari 2012.
- Jumelet, H., en Wenink, J., red., *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving, grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*, SWP 2012.
- Kinderrechtencollectief, *De aanpak van kindermishandeling in Nederland: knelpunten en aanbevelingen*, november 2011.
- KPMG, Plexus, *Onderzoek Excess Growth*, mei 2012.
- KPMG, Plexus, *Onderzoek naar de effectiviteit van poortwachters in het Nederlandse zorgstelsel 2000 – 2010*, april 2012.
- Leeuwen, M. van, en Sleegers, J., *Het CJG van de toekomst. De gemeente als producent van vereenvoudiging*, De Jeugdzaak / [doen en denken], Baambrugge / Utrecht, oktober 2012.
- Meer, J. van der, *Indicatiestelling: Omstreden toegang tot de zorg*, RMO, Den Haag, juni 2010.
- Meer, J. van der, *Over de grenzen van de leerkracht. Passend Onderwijs in de praktijk*, ECPO 2011.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Decentralisatiebrief*, Den Haag, 19 februari 2013.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafketen. Leidraad in de keten,* Den Haag, april 2012.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Brief aan Tweede kamer: Landelijke cijfers jeugdbescherming*, 7 januari 2013.
- Ministerie VWS, *Beleidsbrief stelselwijziging jeugd 'Geen kind buiten spel,'* 8 november 2011.
- Ministerie VWS, *Brief aan de Tweede kamer over de visie op het kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor jeugd*, Den Haag, 2012.
- Ministerie VWS, *Naar een beter betaalbare zorg, Rapport Taskfore Beheersing Zorguitgaven*, Den Haag, juni 2012.
- Ministerie VWS en V&J, *Kinderen veilig. Actieplan aanpak kindermishandeling 2012-2016*, november 2011.
- Ministerie VWS en V&J, *Concept Jeugdwet*, versie 18 juli 2012.
- MO-groep, *Handboek Indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg, 2007.*
- NCJ, ActiZ, GGD Nederland, AJN, V&VN en NVDA, *Jeugdgezondheidszorg. Een gezonde basis. Standpunt over het basisaanbod preventie jeugd*, november 2012.
- NJI, e.a., *Vóór Veilig en Veilig Verder, Blijvende aandacht voor zeer ernstige en hardnekkige problematiek*, november 2011.
- NJI, *Generalistisch werken rondom Jeugd en Gezin, Een analyse van ontwikkelingen, taken en competenties*, november 2012.
- Nederlandse Zorgautoriteit, *Advies Basis GGZ*, december 2011.
- NSOB, Frissen, P., Karré, P.M., Van der Steen, M., *Zorg door de staat. Gevolgen van gemeentelijke keuzes in de JGZ*, 2011.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid, *Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Themastudie: voorvallen van kindermishandeling met fatale of bijna fatale afloop*, Den Haag, januari 2011.
- Paas, R., *Van klein naar groot, rapport commissie Zorg om Jeugd in opdracht van de VNG*, juni 2009.

- Pameijer, N., en Draaisma, N., *Handelingsgerichte diagnostiek in de jeugdzorg*, Acco, Leuven 2011.
- PO-raad, VO-raad, AOC raad en MBO raad, *Referentiekader Passend onderwijs*, eindversie 21 februari 2012.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, *Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeder*, Den Haag, 2009.
- Programma ministerie voor Jeugd en Gezin, *Kabinetsvisie Perspectief voor Jeugd en Gezin*, Den Haag 2010.
- Raad voor de Kinderbescherming, *Verantwoord verder. Kinderbescherming en nieuwe rol gemeenten*, Den Haag, april 2012.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Briefadvies. Bevrijdend kader voor de jeugdzorg*, Den Haag, 2011.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*, Den Haag, 2012.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving,* Den Haag, december 2012.
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A, *De generalist. De sociale professional aan de basis portretten en conceptuele verkenningen*, 2012.
- SER, *De winst van maatwerk. Je kunt er niet vroeg genoeg bij zijn, Voorbereiding op participatie van jongeren met ontwikkelings- of gedragsstoornissen*, december 2009.
- Smeets, E., Veen, I. van der, Derriks, M., en Roeleveld, J., *Zorgleerlingen en leerlingenzorg op de basisschool*, Kohnstamm / ITS Radboud 2007.
- Sociaal Cultureel Planbureau, *Jeugdzorg in de groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg*, Den Haag, oktober 2011.
- Sociaal Cultureel Planbureau, *Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid?*, Den Haag, november 2012.
- Sociaal Cultureel Planbureau, *Terecht in de jeugdzorg, Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik,* Den Haag, januari 2013.
- SP, *Hulpverleners over stelselwijziging jeugdzorg*, Den Haag, november 2012.
- Spruijt, E., Kormos, H., *Handboek Scheiden en de kinderen*, Den Haag, 2010.
- Stam, P.M. en Yperen, T. van, *Opvoeden versterken. Onafhankelijk advies aan VNG*, november 2010.
- Stam, P.M., en Doodkorte, P.P.J., *Van denken naar doen. Opvoeden versterken in de praktijk*, september 2011.
- Steketee, M., e.a., *Kinderen in Tel Databoek 2012*, Verwey-Jonkerinstituut, Utrecht, juni 2012.
- Tierolf, B., Smit, W., *Kinderen in Tel over kindermishandeling*, Verwey-Jonkerinstituut, juli 2011.
- Transitiebureau Jeugdzorg, *Stelselwijziging Jeugd. Eerste inventarisatie bekostigingsmodellen*, december 2012.
- Trimbos, *Factsheet KOPP/KVO*, Utrecht 2012.
- Trimbos, *Factsheet, Monitor Triple P 2011, stadsregio Amsterdam*, Utrecht 2012.
- Tweede Kamer, Parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, *Jeugdzorg dichterbij*, Den Haag, 2010.
- Van den Berg, M., Schoemaker, C.G., *Effecten van preventie*, RIVM, 2010.
- Van der Gaag; R., Gilsing; R., Mak*, J, Participatie in zicht : gemeenten, jeugdigen, ouders en jeugdzorgcliënten in de transitie jeugdzorg*, Verwey-Jonker Instituut, Utrecht, 2013.
- Van der Steege, M., *Gezinshuizen in de Jeugdzorg. Kennis verzameld en de stand van zaken*, NJi, Utrecht, 2012.
- Waal, S. de, *Een betere zorg voor jeugd. Decentralisatie van de jeugdzorg als kans*, PublicSPACE foundation, mei 2011.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Bouwstenen voor een betrokken jeugdbeleid*, Amsterdam 2009.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, *Publieke zaken in de marktsamenleving*, Amsterdam, 2012.

- Yperen, T. van, Woudenberg, A. van, *Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel*, NJi, Utrecht 2011.
- Yperen, T. van, Prinsen, B., Nota P., *Scenario's voor de ontwikkeling JGZ-CJG*, NCJ, Utrecht, maart 2012.
- Zijden, Q., e.a., *Indicatiestelling voor jeugd. Vijf modellen vergeleken vanuit het perspectief van financiering, professionals en cliënten,* NJi, Utrecht, juli 2009.

Lijst van gebruikte afkortingen

AKJ	Advies en Klachtenbureau Jeugdzorg
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMHK	Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJAA	Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam
CIZ	Centrum voor indicatiestelling zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DBC	Diagnosebehandelcombinatie
DMO	Dienst Maatschappelijke Ontwikkeling
DOT	DBC's op weg naar transparantie
DWI	Dienst Werk en Inkomen
DWZS	Dienst Wonen, Zorg en Samenleven
G4	Vier grote steden: Amsterdam, Rotterdam, Utrecht en Den Haag
GGD	Geneeskundige en gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IPA	Intensief preventieve aanpak
ITJ	Integraal Toezicht Jeugdzaken
JB	Jeugdbescherming
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
J&OH	Jeugd- en Opvoedhulp
JR	Jeugdreclassering
KBA	Kwaliteitsaanpak Basisonderwijs Amsterdam
KING	Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeenten
KVA	Kwaliteitsaanpak Voortgezet onderwijs Amsterdam
LIJ	Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafketen
(L)VB	(Licht) verstandelijk beperkten
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MGGZ	Maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg
MKBA	Maatschappelijke kosten-batenanalyse
OKC	Ouder- en Kindcentrum
PIT	Preventief Interventie Team
PGB	Persoonsgebonden budget
PO	Primair onderwijs
REC	Regionaal expertisecentrum
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
SBO	Speciale scholen voor basisonderwijs
SHG	Steunpunt huiselijk geweld
SRA	Stadsregio Amsterdam
VO	Voortgezet onderwijs
(V)SO	(Voortgezet) speciaal onderwijs
VTO	Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsproblemen
V&J	Ministerie voor Veiligheid en Justitie.
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wwb	Wet werk en bijstand
Wsw	Wet sociale werkvoorziening
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket (AWBZ)
ZZP-er	Zelfstandige zonder personeel