

Regionaal Transitie Arrangement

***Regio Alkmaar
Regio West-Friesland***

Utrecht, 18 oktober 2013
HG44/AG173/concept

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Partners RTA	4
1.1.1	Regio Alkmaar	4
1.1.2	Regio West-Friesland	4
1.2	Regionaal beleidskader	4
1.3	Visie	4
1.4	Zachte Landing	5
1.5	Governance	5
1.6	Voorbehoud	6
2	Cijfers en frictiekosten	7
2.1	Uitgangspunten voor 2015	7
2.2	Jeugdzorgmarkt	7
2.2.1	Budget per Gemeente	8
2.2.2	De markt in kaart	8
2.3	Aandachtspunten bij het interpreteren van de cijfers	9
2.3.1	Onzekerheid in het macrobudget	10
2.3.2	Verschillende financieringsvormen	10
2.3.3	Vrijgevestigden en PGB's	10
2.3.4	Beperkte mogelijkheid tot controle	10
2.3.5	Specialistische zorgvormen	10
2.3.6	Landelijke afspraken	11
2.3.7	Nieuwe spelers en groei	11
2.3.8	Fusies en overnames	11
2.3.9	Afbakening van het transitiearrangement	11
2.3.10	Continuïteit en aanbod	11
2.3.11	Gegevens bijwerken	11
2.4	Proces samenwerking zorgaanbieders	12
2.4.1	Zorgaanbieders: 11 focusinstellingen	12
2.4.2	Doelstellingen samenwerking	12
2.4.3	Uitgangspunten samenwerking	13
3	Toegang en frontlijn	15
3.1	Toegang en frontlijn regio Alkmaar	15
3.2	Toegang en frontlijn regio West Friesland	15
3.2.1	Signalen	15
3.2.2	Preventie	16
3.2.3	Organisatie	16
3.2.4	Aansluiting	16
3.2.5	Professionals	16
3.2.6	Gebiedsgericht	16
3.2.7	Generalisten	17
4	Overig	18
4.1	Bureau Jeugdzorg	18
4.2	Pleegzorg	18
4.3	Jeugdbescherming en jeugdreclassering	18
4.4	Afspraken landelijk transitiearrangement	18
4.5	AMHK	18
4.6	Inkoop	19

5	Bestuurlijke afstemming	21
	Bijlage A: Uitvoeringsagenda Regionaal Beleidskader – Concept	22
	Bijlage B: AMHK	24
	Bijlage C: Omzet uitgesplitst naar zorgvorm	27
	West-Friesland	27
	Alkmaar	28
	Bijlage D: Partners RTA	29
	Bijlage E: Convenant Wijkgericht werken doe je samen	32
	Bijlage F: Toetsingskader RTA	35

1 Inleiding

Het Regionaal Transitie Arrangement (RTA) maakt inzichtelijk hoe de continuïteit van jeugdzorg, het beperken van de frictiekosten en discontinuïteit van de jeugdzorginfrastructuur wordt bewerkstelligd. Dit RTA beschrijft beleidsintenties en wordt beschouwd als “peilstok” in het regionaal proces van de landing van de jeugdzorg in gemeenten per 1 januari 2015. De intenties van het RTA worden verder uitgewerkt in een regionaal beleidskader, dat in de gemeenteraden wordt vastgesteld. Hiervoor is gekozen omdat gezien de korte periode tot aan 31 oktober, er geen ruimte was voor volledige besluitvorming over alle facetten van de implementatie van de jeugdzorg in de gemeentelijke organisatie(s). Daarnaast houdt dit RTA een aantal slagen om de arm gezien de vele onzekerheden rondom de nieuwe Jeugdwet en budgetten zie hiervoor paragraaf 1.6. en 2.3.1. Daar waar deze onzekerheden leiden tot grote risico's voor de gemeenten en de landing van jeugdzorg in gemeenten, zullen de regio's dit aankaarten bij de verantwoordelijk Staatssecretaris.

1.1 Partners RTA

De partners bij het opstellen van dit RTA zijn de samenwerkende gemeenten in de regio's Alkmaar en West-Friesland, de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars. De regio's bestaan uit de volgende gemeenten (VNG indeling):

1.1.1 Regio Alkmaar

Alkmaar	Heerhugowaard
Bergen	Heiloo
Castricum	Langedijk
Graft-De Rijp	Schermer

1.1.2 Regio West-Friesland

Hoorn	Medemblik
Drechterland	Opmeer
Enkhuizen	Stede Broec
Koggenland	

1.2 Regionaal beleidskader

Parallel aan de ontwikkeling van het RTA, loopt ook de ontwikkeling van een regionaal beleidskader voor jeugdzorg in de regio's. In dit visiedocument schetsen de gemeenten de beleidsopgaven in een context van landelijke, provinciale en lokale (regionale) ontwikkelingen. Het regionaal beleidskader vat de besluiten genomen over de vernieuwing van het stelsel, de governance en de financiële kaders samen. Dit wordt eind januari 2014 vastgesteld in de gemeenteraden. Hiervoor is een uitgebreide concept uitvoeringsagenda opgesteld, welke is opgenomen in dit document.

1.3 Visie

De samenleving speelt de belangrijkste rol bij het versterken en benutten van de eigen kracht van burgers. In deze samenleving voelt men zich verantwoordelijk voor de kwetsbare inwoners en ontstaan initiatieven om deze inwoners te ondersteunen. Door het versterken en benutten van de eigen kracht wordt de zelfredzaamheid van kinderen, jongeren en het gezin vergroot, waardoor ze mee kunnen doen in de samenleving.

In sommige gevallen is het nodig dat er professionele ondersteuning wordt geboden om te kunnen meedoen in de samenleving. Dit kan eenvoudige ondersteuning zijn of een grote mate van expertise vergen, maar het wordt, waar mogelijk, snel effectief en in de vertrouwde leefomgeving van het kind of de jongere aangeboden. Op deze wijze kan het kind, jongere of gezin mee blijven doen in de eigen sociale context en worden kleine problemen, niet onnodig groot. Het is van belang dat de vraag centraal blijft staan. Dan worden problemen effectief opgelost en kan maatwerk worden geleverd.

Tevens is integraliteit van belang. Wanneer er meerdere problemen spelen in een gezin, worden deze samenhangend en sluitend aangepakt. Er ontstaat dan geen overlap of een gat in de ondersteuning. In dat kader ligt de regie bij één coördinator, zodat overzicht ontstaat. In beginsel ligt de regie bij het gezin of de sociale context, waarin de eigen kracht centraal staat. Wanneer het gezin of de sociale context niet in staat is om de regie te pakken, wordt het hierin ondersteund. In sommige gevallen is de veiligheid van het kind, de jongere, het gezin of de omgeving dusdanig in het geding dat het niet mogelijk is ondersteuning in de eigen omgeving te bieden. Het doel is dan om de zorg en ondersteuning, zo snel als mogelijk, weer in de eigen leefomgeving te kunnen bieden.

De toegang en frontlijn voor het jeugdstelsel moet verbonden worden aan de keuzes die in de andere decentralisaties worden (en zijn) gemaakt: de maatschappelijke ondersteuning (AWBZ en WMO) en werk en inkomen (participatiewet). De verbinding van het jeugdstelsel met het (passend) onderwijs krijgt bijzondere aandacht. Daarbij worden ook de ontwikkelingen in aangrenzende regio's betrokken, zoals de IJmondregio, gezien het feit dat de schoolbesturen van Castricum aangesloten zijn bij de regio IJmond.

1.4 Zachte Landing

Gezien de complexiteit van de transitie, het belang van borging van continuïteit en gelet op de kwetsbaarheid van de doelgroep en daaraan verbonden hoge (bestuurlijke) risico's, wordt in het eerste jaar na de decentralisatie voor inkoop van het aanbod waar gemeenten gezamenlijk verantwoordelijk voor zijn, slechts beperkt marktwerking toegepast. Met de bestaande aanbieders zullen de gemeenten gezamenlijke afspraken maken ten aanzien van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Uitgangspunten voor de innovatie van het aanbod zijn de kracht van burger, cliënt en uitvoerend professional. Organisatiebelangen zijn hieraan ondergeschikt. De huidige versnippering dient te worden beëindigd en organisaties wordt gevraagd tot samenwerking te komen met een hoge bindingsintensiteit en sturend vermogen. Hiervoor is een eerste aanzet gegeven tijdens de bijeenkomsten met instellingen.

1.5 Governance

Wat het beste op welke schaal georganiseerd kan worden in relatie tot governance en inkoop is een discussie in de regio's die nog niet is afgesloten. Gemeenten hebben de intentie om afspraken met elkaar te maken over het in te kopen volume van deze vormen van zorg en de onderwerpen waarop de Jeugdwet verplicht tot regionale – en in sommige gevallen zelfs bovenregionale – samenwerking.

De thema's governance en inkoop zijn onderdeel van het regionaal beleidskader. Uitgangspunt is: lokaal wat kan, regionaal wat (op die schaal) beter kan. De handreiking van het Transitiebureau Jeugd (Bovenlokale samenwerking bij zorg voor de jeugd, februari 2013) is input voor verdere uitwerking.

1.6 Voorbehoud

In dit Regionaal Transitiearrangement is een aantal zaken onder voorbehoud opgenomen:

- **Voorbehoud goedkeuring gemeenteraad**
Het transitiearrangement geeft voornemens weer om bepaalde budgetten te alloceren en nieuw beleid te implementeren, zoals in het regionaal beleidskader beschreven zal worden. Het regionaal beleidskader is op dit moment in ontwikkeling. Gemeenteraden worden gevraagd met het regionaal beleidskader in te stemmen.
- **Voorbehoud van volumes**
De transitiearrangementen dienen ruim een jaar voor de inwerkingtreding van de Jeugdwet te worden opgesteld. In het tussenliggende jaar kunnen de cijfers veranderen. Het ligt voor de hand dat er een voorbehoud wordt gemaakt met betrekking tot de volumes.
- **Voorbehoud van macrobudget**
In de meicirculaire van 2014 kunnen er wijzigingen in het budget optreden ten opzichte van wat er via de meicirculaire 2013 bekend is gemaakt. Het ligt voor de hand om hier een voorbehoud over op te nemen. Ook de korting op het macrobudget, oplopend naar 15% in 2017 is onzeker.
- **Voorbehoud inwerkingtreding Jeugdwet**
Het is een bestuurlijk voornemen dat de Jeugdwet op 1 januari 2015 wordt aangenomen, op basis van het voorstel zoals dat nu voorligt. De uiteindelijke vorm van de Jeugdwet kan invloed hebben op de voornemens uit dit RTA.
- **Voorbehoud certificering**
Er kunnen met betrekking tot de jeugdbescherming en -reclassering afspraken worden gemaakt met onder andere Bureau Jeugdzorg. Dat dient dan te gebeuren onder voorbehoud van certificering van deze instellingen.
- **Voorbehoud kwaliteitseisen**
De afspraken met aanbieders van jeugdhulp dienen te worden gemaakt onder voorbehoud dat deze aanbieders voldoen aan die kwaliteitseisen in de Jeugdwet die op voorhand toetsbaar zijn en voorzien in: een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling, medezeggenschap en systematische kwaliteitsbewaking, een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

2 Cijfers en frictiekosten

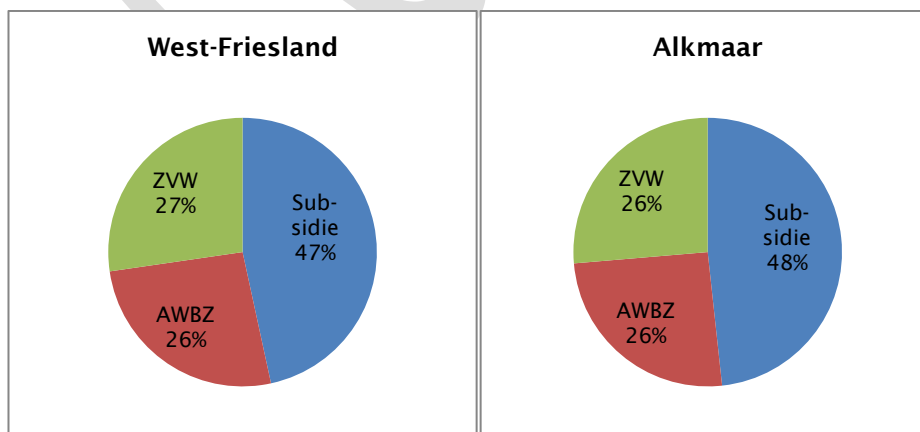
De gemeenten hebben een dubbele verantwoordelijkheid: enerzijds de bereikbaarheid van de ondersteuning waarborgen voor kwetsbare burgers, anderzijds de kosten van die ondersteuning beheersen, zodat de ondersteuning zo nodig ook daadwerkelijk (en het hele jaar door) geleverd kan worden. Het sturen op de toegang (instroom) is dus cruciaal. De gemeenten zetten in op het tijdig signaleren van ondersteuningsvragen en een zo vroeg mogelijke interventie (zo licht en kort mogelijk), met als bedoeling de burger zo snel mogelijk met eigen kracht in te zetten en te voorkomen dat belastende, gespecialiseerde en kostbaardere ondersteuning nodig is.

2.1 Uitgangspunten voor 2015

Uitgangspunt voor de 2015 is een 'zachte landing' van de jeugdzorg in de regio. Dat betekent dat zoveel mogelijk de bestaande situatie wordt gecontinueerd. De regio kiest deze richting – die overeenkomt met de speerpunten en wens tot innovatie in de regio's – die uiteindelijk gericht wordt vertaald in een bezuinigingstaakstelling. De taakstelling in 2015 is conform de taakstelling in 2017, namelijk 15%. Dit percentage zou door invloed van beleid van de Rijksoverheid nog kunnen oplopen. De 4% macro-korting en 11% vrije financiële ruimte dienen om uitvoeringskosten op te vangen en een begin te maken met een verschuiving naar preventie, vroegsignalering en innovatie. Dit percentage is er met name ter bepaling van mogelijkheden frictiekosten op te vangen. Het bepalen en alloceren van budgetten kan pas op basis van gegevens meicirculaire 2014 plaatsvinden, tot die tijd blijven alle cijfers indicatief. Er is gevraagd aan 11 'focus-instellingen' om als collectief/coalitie de consequenties en randvoorwaarden van dit uitgangspunt uit te werken (zie paragraaf 2.4). Bezien wordt op basis van de resultaten of het uitgangspunt aanpassing of aanvulling behoeft.

2.2 Jeugdzorgmarkt

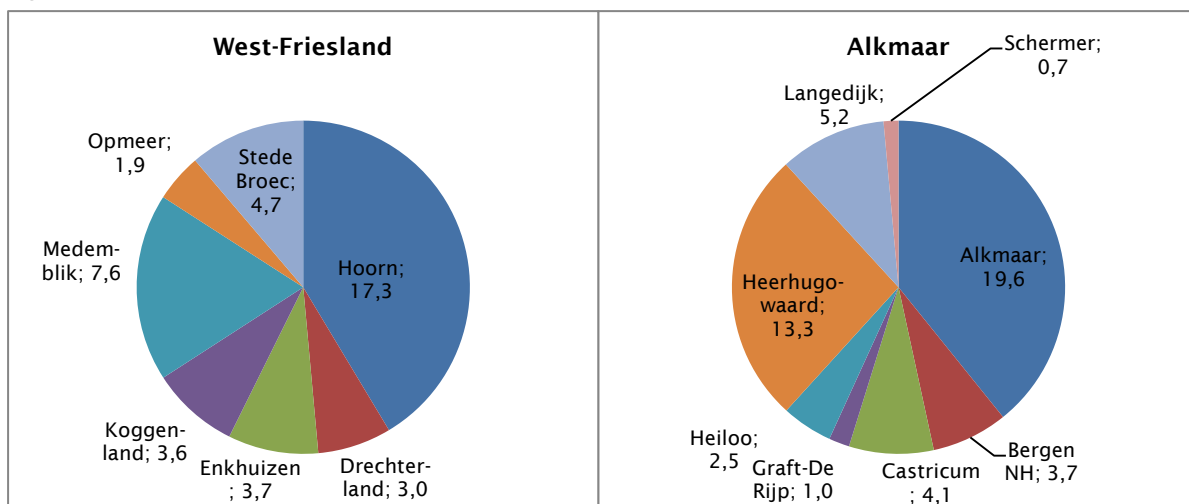
In samenspraak met de provincie Noord-Holland en het zorgkantoor heeft de regio de jeugdzorgmarkt in kaart gebracht door middel van een uitvraag naar alle jeugdzorgaanbieders in de regio's. Er is aan aanbieders gevraagd het aantal eenheden en omzet per zorgvorm op te geven. Met de Jeugdwet worden drie verschillende financieringsstromen overgeheveld naar de gemeenten. Volgens het SCP is de verdeling van de budgetten over de drie financieringsvormen in de regio's als volgt:



Figuur 1 Budgetverdeling

2.2.1 Budget per Gemeente

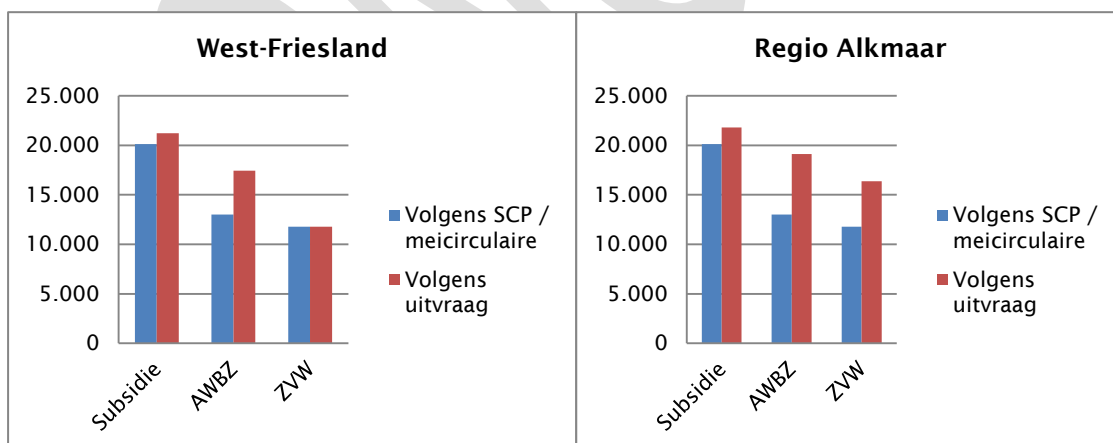
Het totale regiobudget is verdeeld over de verschillende gemeenten volgens onderstaande figuur.



Figuur 2 Budget per Gemeente

2.2.2 De markt in kaart

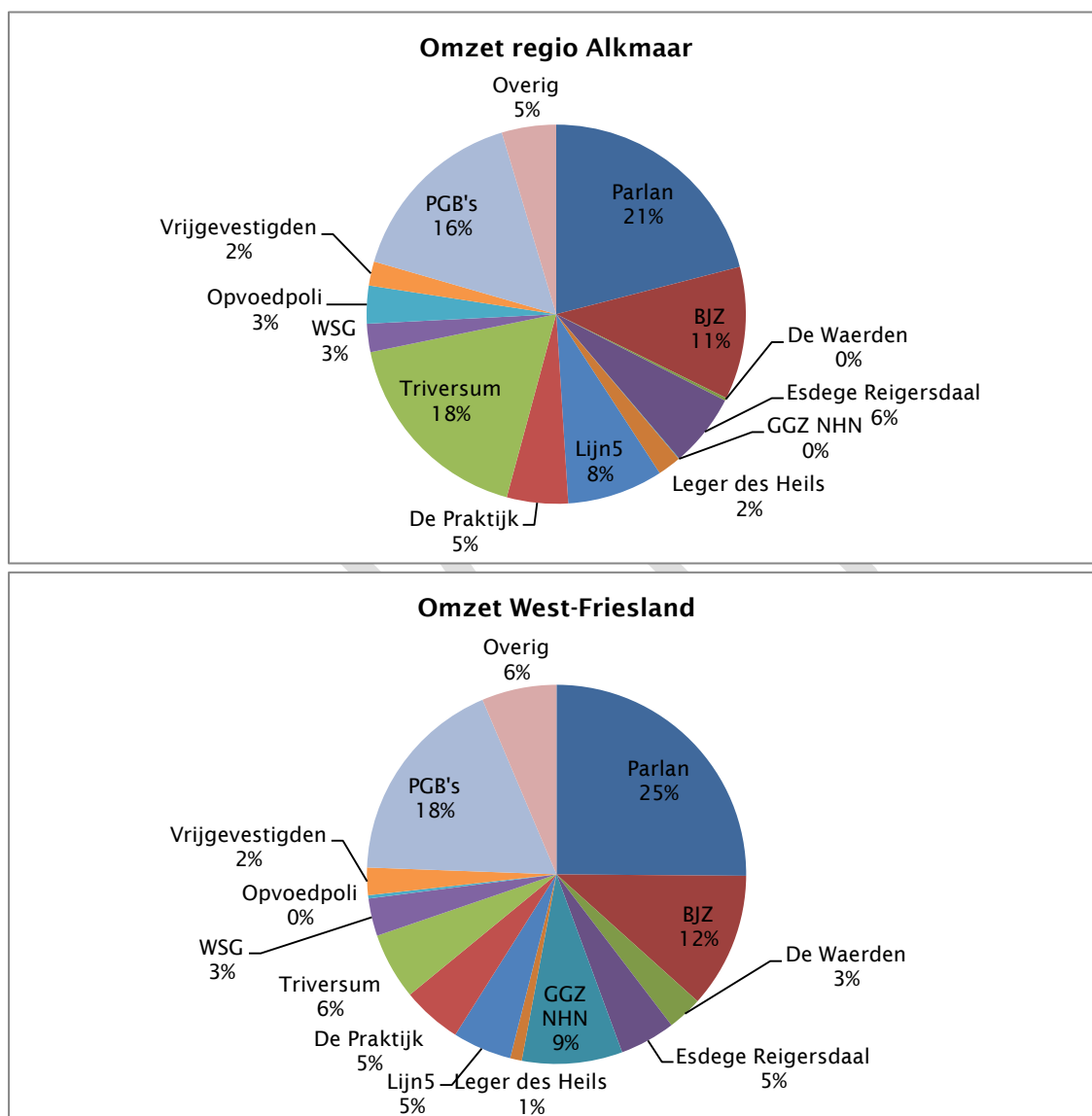
De regio's Alkmaar en West-Friesland hebben gezamenlijk de jeugdzorgmarkt in kaart gebracht door middel van een uitvraag naar alle jeugdzorgaanbieders in de twee regio's. Er is aan aanbieders gevraagd het aantal eenheden en omzet per zorgvorm op te geven. In vergelijking met de budgetten zoals ze becijferd zijn door het SCP en Cebeon valt op dat veel van de budgetten hoger uitkomen dan op basis van de meicirculaire verwacht zou moeten worden. In onderstaande figuur staan voor ieder van de financieringsvormen het verwachte budget en het budget op basis van de uitvraag weergegeven.



Figuur 3 Omzetverdeling huidige financieringsstromen

De omzet van vrijgevestigden en op basis van de persoonsgebonden budgetten (PGB's) is gebudgetteerd op respectievelijk 10% van het ZVW-budget en 70% van het AWBZ-budget op basis van de meicirculaire 2013. Het is duidelijk dat de omzet volgens de gegevensuitvraag en de omzet volgens de meicirculaire/SCP niet in alle gevallen overeenkomen. Hierover later meer.

De jeugdzorgmarkt in de regio kenmerkt zich door een beperkt aantal grote aanbieders en daarnaast veel kleine aanbieders. De omzetverdeling is te zien in onderstaande figuur. Onder 'Overig' vallen ongeveer 20 zorgaanbieders. Een volledige lijst met gecontacteerde zorgaanbieders staat in de bijlagen. Hieronder is de markt ingedeeld naar marktaandelen (%) van de verschillende aanbieders. De Jeugdzorgmarkt betreft de domeinen Jeugd en Opvoedhulp (J&O), GGZ en LVB.



Figuur 4 Marktaandelen zorgaanbieders

De 11 grootste aanbieders vertegenwoordigen in beide regio's bijna 80% van de markt en vormen daarmee een goede selectie van gesprekspartners voor dit arrangement.

2.3 Aandachtspunten bij het interpreteren van de cijfers

Door de complexiteit van de materie en de grote diversiteit in instellingen en zorgvormen zijn verschillende bronnen beperkt vergelijkbaar. Daarom moeten bij deze cijfers de nodige

kanttekeningen geplaatst worden, die consequenties kunnen hebben voor de budgetverdeling in 2015.

2.3.1 Onzekerheid in het macrobudget

Het budget in 2015 is gebaseerd op de cijfers uit de meicirculaire 2013. In een analyse van de berekening van de budgetten geeft de Algemene Rekenkamer aan dat niet alle afspraken correct in de cijfers zijn verwerkt (er is bijvoorbeeld ten onrechte uitgegaan van een korting op jeugdzorgplus) en ook dat ze in een aantal gevallen gebaseerd zijn op voorlopige cijfers (met name bij de ZVW en AWBZ budgetten). Bovendien zijn de afspraken in het zorgakkoord nog niet verwerkt in de budgetten, wat ook consequenties heeft voor de Jeugdwet. Er kunnen in het totaalbudget dus nog fikse verschuivingen optreden, wat ook gevolgen heeft voor het budget van individuele instellingen.

2.3.2 Verschillende financieringsvormen

Op dit moment worden de zorgvormen die overgeheveld worden naar de Jeugdwet door verschillende financieringsbronnen betaald. Deze geldstromen hebben ieder eigen rekenmethodes en sturingsmechanismen, waardoor niet alle informatie die gemeenten nodig hebben is geregistreerd. Niet alleen de huidige financiers hebben deze informatie niet gemakkelijk voorhanden, ook zorginstellingen kunnen deze gegevens niet altijd uit hun systemen halen. Het woonplaatsbeginsel, zoals dat in de wet is opgenomen, is bijvoorbeeld geen standaard onderdeel van de administratie van instellingen. Daarnaast werken veel jeugdzorginstellingen met jeugdigen tot 23 jaar, terwijl de Jeugdwet maar tot 18 jaar loopt. Het ontvlechten van de financiële administratie naar leeftijd is niet altijd eenvoudig. Dit zorgt voor onzekerheden in de gegevensuitvraag, die het beeld van de verhoudingen tussen instellingen kunnen vertekenen. Voor de uiteindelijke budgetbepaling voor 2015 is een heldere basis voor gegevensuitwisseling nodig.

2.3.3 Vrijgevestigden en PGB's

Voor de vrijgevestigden is op dit moment 10% van het budget voor ZVW gebudgetteerd. Voor PGB's (of zorg in natura (ZiN) bij kleine instellingen) is 70% van het budget gebudgetteerd. Hoewel dit op basis van landelijke cijfers redelijke aannames zijn, kunnen deze bedragen voor de regio anders uitvallen.

2.3.4 Beperkte mogelijkheid tot controle

Door de onzekerheden in de macrobudgetten en in de gegevensuitvraag is het onmogelijk de resultaten voldoende te controleren. Ook de huidige financiers hebben binnen deze termijn onvoldoende inzicht in deze getallen om een volledige controle uit te kunnen voeren. Dit betekent dat alle budgetten indicatief zijn en kunnen veranderen op basis van later verkregen informatie. Naar verwachting zal Vektis uitgesplitste informatie per zorgaanbieder leveren na oplevering van dit transitiearrangement. Deze gegevens zullen een belangrijke bron zijn voor de budgetverdeling.

2.3.5 Specialistische zorgvormen

Bij instellingen met relatief veel goedkope trajecten, zal de fluctuatie in kosten voor gemeenten over de jaren heen niet groot zijn. Voor zeer specialistische en dure zorgvormen is dit niet het geval. Bij aanbieders die veel specialistische zorg leveren, kunnen de aantallen en omzet voor een specifieke regio in verschillende jaren sterk fluctueren.

2.3.6 Landelijke afspraken

Voor de hoog specialistische zorg die landelijk wordt aangeboden zijn afspraken gemaakt in het landelijke transitiearrangement. Gemeenten blijven echter wel verantwoordelijk voor de kosten. Hiervoor is 2,2% van het budget geraamd. Landelijk werkende instellingen hebben het ene jaar geen jongeren uit de regio en het volgende jaar vijf. Dit lijkt geen grote verandering, maar met trajectprijzen van rond de €100.000 kan dit voor een regio een stevige aanslag op het budget betekenen. Voor een individuele gemeente is dit effect nog groter. Daardoor kunnen de kosten in een specifiek jaar voor een individuele gemeente of regio aanmerkelijk hoger zijn dan de landelijk geraamde 2,2%.

2.3.7 Nieuwe spelers en groei

Een aantal zorgaanbieders in de regio is relatief nieuw en heeft de afgelopen jaren een sterke groei doorgemaakt (soms per jaar een verdubbeling). Vaak zijn dit relatief kleine spelers, die vooruitlopen op de transitiedoelstellingen en innovatieve werkwijzen hanteren. Voor deze instellingen is een extrapolatie van het budget uit 2012 op instellingsniveau niet realistisch en in het kader van de transitiedoelstellingen ook niet wenselijk. Het is belangrijk om in de uiteindelijke inkoopafspraken en contracten deze instellingen in het vizier te houden. Ook bestaande instellingen zijn soms in 2013 uitgebreid ten opzichte van 2012, bijvoorbeeld door een toename in de zorgvraag. Zo is het aantal AWBZ-bedden bij Triversum eind 2012 verdubbeld. Dit leverde pas omzet op in 2013 en bij toekomstige ramingen is het belangrijk dit soort zaken mee te nemen.

2.3.8 Fusies en overnames

Instellingen groeien niet alleen door autonome groei, maar ook door fusies en overnames. Hierbij is met name van belang dat de voormalige Zonnehuizen in de eerste helft van 2012 nog onderdeel waren van Intermetzo, maar inmiddels in deze regio zijn overgenomen door de Praktijk. Voor de budgetraming 2015 moeten dit soort verschuivingen correct worden meegenomen.

2.3.9 Afbakening van het transitiearrangement

In het transitiearrangement zijn budgetten in kaart gebracht die overgeheveld worden in het kader van de Jeugdwet. Daarnaast zijn er nog andere activiteiten die de doelstellingen van de transitie kunnen versterken. Een aantal instellingen worden uit andere middelen betaald, maar zijn wel gericht op het versterken van de eigen kracht van gezinnen, waardoor de kinderen minder zorg nodig hebben. Het gaat hier bijvoorbeeld om Philadelphia, Mee en de Eigen Kracht Centrale. Deze instellingen zijn niet in het arrangement opgenomen, maar kunnen wel een belangrijke partner zijn bij het behalen van de transformatiedoelstellingen.

2.3.10 Continuïteit en aanbod

Om de zorgcontinuïteit in 2015 te garanderen, zijn twee zaken van belang. Ten eerste zit een deel van de budgetten vast in trajecten van bestaande cliënten. Dit is naar schatting minimaal 65%. Daarnaast is het voortbestaan van de bestaande instellingen van belang. Zorgcontinuïteit kan immers niet gegarandeerd worden als een instelling omvalt wegens te hoge frictiekosten. Daarom moeten niet alleen afspraken worden gemaakt over bestaande cliënten, maar ook over de verdere invulling van het jeugdstelsel vanaf 1 januari 2015.

2.3.11 Gegevens bijwerken

Gemeenten zullen periodiek onderzoek doen naar de jeugdzorgmarkt en de ontwikkelingen bijhouden zodat zij steeds een beter inzicht krijgen in de jeugdzorgmarkt.

2.4 Proces samenwerking zorgaanbieders

Er is een grote hoeveelheid aanbieders in de regio. Voor al deze aanbieders geldt dat de continuïteit van zorg van hun cliënten wordt gegarandeerd in het jaar 2015. Om de slagkracht in de regio's optimaal te benutten, hebben de samenwerkende gemeenten er voor gekozen om met een beperkt aantal aanbieders uitwerking te geven aan de uitgangspunten zoals vooraf geformuleerd. Er zijn nu 11 gesprekspartners geselecteerd. De selectie van aanbieders is gebaseerd op grootte van de omzet voor jeugdigen uit de regio, de regiobinding van de aanbieder en de spreiding over alle zorgvormen. Maandag 27 september en vrijdag 11 oktober 2013 zijn, er in een bestuurlijke conferentie afspraken gemaakt met de 11 focusinstellingen. Deze afspraken worden hieronder toegelicht.

2.4.1 Zorgaanbieders: 11 focusinstellingen

- Bureau Jeugdzorg
- De Opvoedpoli
- De Waerden
- Esdege-Reigersdaal
- GGZ NHN
- Leger des Heils
- Lijn 5
- Parlan
- Stichting de Praktijk
- Triversum
- William Schrikker Groep

2.4.2 Doelstellingen samenwerking

In de bijeenkomsten op 27 september en 11 oktober 2013 is door gemeenten en aanbieders besproken op welke wijze de geformuleerde transformatiedoelstellingen en de bezuinigingstaakstelling zonder frictiekosten kunnen worden gerealiseerd. De gemeenten hebben randvoorwaarden en beoogde resultaten benoemd die kaderstellend zijn voor het gezamenlijk zakelijk partnerschap.

- Continuïteit van zorg met de huidige aanbieders in 2015
- Taakstelling van 15% in 2015 (4% macrokorting, 11% innovatietaakstelling)
- Transformatie expliciet in 2015 a.d.h.v. een gezamenlijke innovatieagenda
- Instellingen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor €0,- frictiekosten
- Ruimte voor nieuwe aanbieders in het kader van innovatie
- Ruimte voor preventie en vroegsignalering.

De basis van de samenwerking tussen gemeenten en instellingen is het zakelijk partnerschap. Een bondgenootschap waarin met elkaar wordt gewerkt aan vernieuwing en transformatie, binnen de kaders zoals door de gemeenten geformuleerd. Gemeenten en instellingen omarmen dit partnerschap, waarbij voorafgaand door de gemeenten is aangegeven dat de macrotaakstelling (4% 2015, 10% 2016, 15% 2017) niet ter discussie staat.

Vanuit de instellingen komen twee belangrijke punten naar voren in de discussie over de invulling van de gezamenlijke agenda: de taakstelling van 15% in 2015 en het tijdpad.

De gemeenten geven aan dat de taakstelling van 15% bestaat uit twee onderdelen: een macrotaakstelling van 4% en een innovatietaakstelling van 11%. Gemeenten bepalen uiteindelijk hoe de 11% wordt ingezet, waarbij ook ruimte wordt geschapen voor nieuwe en/of kleine innovatieve spelers op de markt, waar vroegsignalering en preventie een duidelijke uitgangspunt is en de uitvoeringskosten van gemeenten hier mogelijk ook uit gefinancierd worden

2.4.3 Uitgangspunten samenwerking

De instellingen en gemeenten hebben met elkaar gesproken over de uitgangspunten van de gemeenten. De instellingen formuleren de volgende aandachtspunten:

- a. De makrokortingen zijn haalbaar, maar hebben wel een effect op de huidige dienstverlening.
- b. Het realiseren van innovatie – vooral onder de voorwaarde van 0% frictiekosten – kost tijd. Een gezamenlijk meerjarenperspectief biedt meer kans van slagen op transformatie dan een strakke sturing op een innovatietaakstelling in 11% in het jaar 2015
- c. Samenwerken aan de innovatieagenda is noodzakelijk om elkaar goed te begrijpen: wat is haalbaar? Waar kan wel/niet op gestuurd worden (bijv. jeugdbescherming)? Wat is redelijk? Waar zit ieders toegevoegde waarde? Waar is verandering mogelijk zonder de continuïteit van zorg aan te tasten?

De uitkomst van de bijeenkomsten met de zorgaanbieders is dat regio en aanbieders instemmen met een gezamenlijke agenda op basis van de volgende uitgangspunten:

- *Gezamenlijke opdracht wordt door de aanbieders gezamenlijk opgepakt*
Dat betekent dat de 11 aanbieders gezamenlijk aan de slag gaan. Innovatie, frictiekosten 0% en opvangen van de taakstelling vindt daarmee plaats tussen de aanbieders en niet alleen binnen de eigen organisatie
- *Frictiekosten zijn een gezamenlijke verantwoordelijkheid van aanbieders*
Dit vergt solidariteit tussen de aanbieders bij het opvangen van eventuele frictiekosten en het realiseren van beheersmaatregelen (mobiliteitspool e.d.) om een zachte landing tot stand te brengen.
- *Gezamenlijke innovatieagenda van gemeenten en instellingen*
Deze maakt zichtbaar waar de innovatie de komende jaren gaat plaatsvinden, waarbij -ook aandacht is voor preventie en vroegsignalering. Daarbij worden ook andere vernieuwers uit de sector betrokken, die onder dezelfde voorwaarden participeren.
- *Innovatie vindt zo vroeg mogelijk plaats, waarbij gezamenlijk wordt bepaald wat redelijk is door de innovatie te kwantificeren (business case).*
Er wordt zichtbaar gemaakt waar en voor hoeveel middelen er innovatie plaatsvindt. Niet alleen op korte termijn, maar vooral ook in latere jaren. Dat kan betekenen dat op korte termijn de innovatie minder hoog is, maar dit in latere jaren zich “dubbel terugbetaalt”.
- *Wanneer de frictiekosten het redelijke overtreffen, wordt gezamenlijk opgetrokken richting het Rijk*
Alhoewel de instellingen verantwoordelijk zijn om de frictiekosten te reduceren tot 0% wordt wel aan de instellingen gevraagd om de komende periode inzichtelijk te maken welke kosten zij zelf opvangen. Indien gemeenten en instellingen gezamenlijk vinden dat de frictiekosten het redelijke overtreffen, dan wordt er gezamenlijk opgetrokken richting het Rijk.

- *Deadline gezamenlijke innovatieagenda 31 januari 2014*
De gezamenlijk ingevulde en afgestemde innovatieagenda, inclusief financiële onderbouwing, ligt er uiterlijk 31 januari 2014.

De bijeenkomsten zijn afgesloten met een wederzijds vertrouwen in de samenwerking en concrete vervolgspraken om de innovatieagenda nader invulling te geven. Deze afspraken zijn opgenomen in de uitvoeringsagenda in de bijlage.

CONCEPT

3 Toegang en frontlijn

3.1 Toegang en frontlijn regio Alkmaar

Binnen de gemeenten is besloten dat de vormgeving van de toegang binnen de integrale aanpak wordt opgepakt. Uitgangspunt hierbij is dat elke gemeente in de regio werkt volgens het principe één huishouden, één plan, één regisseur (afgeleid van één gezin, één plan). Dit uitgangspunt is leidend voor de inrichting van de toegangsfunctie. Het voornemen daarbij is om bestaande (wachtlust)cliënten in 2014/2015 toe te leiden in lijn met het gewenste toekomstmodel voor de toegang.

De kern van de toegang is om inzicht te krijgen in de wijze waarop de klant met zijn diverse vragen zo goed mogelijk kan worden bediend. De gemeenten in de regio richten nu ieder zelf de toegang in. Onderzocht wordt of een zoveel mogelijk uniforme werkwijze kan worden vormgegeven.

Hiervoor worden eind 2013 met steun van de provincie lokaal pilots opgestart onder de titel 'Vernieuwing en transitie binnen de jeugdzorg - Regio Alkmaar'. De regio Alkmaar wil in de experimenteerperiode ervaring opdoen met een organisatiemodel dat onder meer bestaat uit de werkwijze '1 Gezin, 1 Plan' en, aansluitend op de lokale situatie, gebiedsgebonden inzet van specialistische expertise en hulp.

De samenwerking op het preventieve vlak heeft al een grote impuls gekregen vanuit de ontwikkelingen van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). Met de regionale ontwikkelingen met betrekking tot de CJG's is al een flink fundament gelegd voor verdere samenwerking. Het is logisch dat dit een vervolg krijgt in het kader van de Transitie Jeugdzorg. Dit wordt meegenomen in het regionaal beleidskader.

3.2 Toegang en frontlijn regio West Friesland

'Toeleiding' naar jeugdhulp is het proces vanaf het moment waarop een jeugdige of een gezin met een ondersteuningsvraag (opnieuw) in beeld komt, tot het moment waarop passende ondersteuning wordt geboden. Dit proces start met het opvangen van signalen in de leefomgeving. In de regio West Friesland stellen we de volgende resultaten voor voor de plek waar deze signalen terecht kunnen komen.

3.2.1 Signalen

De plek waar signalen en vragen rondom opvoeden en opgroeien terecht komen, is laagdrempelig en herkenbaar: digitaal, telefonisch en fysiek. De plek waar signalen opgevangen worden is een 'voordeur' die herkenbaar, toegankelijk en bereikbaar is en heeft ten doel een bijdrage te leveren bij de totstandkoming van een integraal aanbod in de Jeugdzorg. Het oplossen van de vragen hoeft dus niet direct bij (de partners van) het CJG, maar kan bijvoorbeeld ook via de vindplaatsen en de direct betrokken partijen.

3.2.2 Preventie

Preventie is leidend boven hulpverlening. De functie informatie en advies wordt versterkt. Dit kan op een digitale of telefonische wijze. Als een burger liever persoonlijk contact heeft bij een fysiek punt, dan kan de burger hiervoor terecht bij de lokale partners op de vindplaatsen of kunnen zij terecht bij het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). De mogelijkheid om met een vraag naar het fysieke inlooppunt van het wijkteam (of CJG) te gaan met vragen over opvoeden en opgroeien, die er in iedere gemeente is, blijft eveneens bestaan. Welke plek dit is, is per gemeente afhankelijk.

3.2.3 Organisatie

De organisatie van deze toegang is zodanig ingericht, dat er integrale expertise aanwezig is. De cliënt is het vertrekpunt en niet het aanbod. Om die reden wordt naast een samenhangend aanbod van activiteiten ook ingezet op de samenwerking van partners uit de verschillende domeinen, te weten onderwijs, zorg en veiligheid. Scholen bijvoorbeeld zijn een belangrijke plek om problemen vroeg te signaleren, zodat snel en adequaat lichte zorg verleend kan worden en voorkomen kan worden dat problemen escaleren.

3.2.4 Aansluiting

Goede aansluiting moet worden gerealiseerd met o.a. huisartsen en vrijgevestigde psychologen en (para)medici. Het is noodzakelijk dat er fors wordt geïnvesteerd in de samenwerking tussen professionals in de wijken en gebieden en deze partijen. De huisarts speelt een belangrijke rol voor het welbevinden van jeugd, in het bijzonder ligt er een rol binnen de jeugd-ggz. Naast triage en doorverwijzing heeft de huisarts ook een rol bij de lichte (en het voorkomen van onnodig zware) GGZ-hulpverlening, bijvoorbeeld in het geval van het verstrekken van medicatie en het voeren van enkele gesprekken, waarbij de POH-ggz (Praktijkondersteuners Huisarts) ingezet kan worden. Mede omdat psychische problemen zich kunnen uiten in lichamelijke klachten (bijvoorbeeld buikpijn of slecht slapen) zullen ook in de toekomst veel jeugdigen een beroep op de huisarts blijven doen voor zowel somatische als psychische klachten.

3.2.5 Professionals

Van de professionele opvoeders wordt gevraagd dat zij:

- zichtbaar zijn in de wijk zijn
- aansluiten bij de beleving, oplossingen en kracht van het gezin
- beschikken over kennis om de ernst van de situatie in te schatten en hiernaar te handelen (op tijd opschalen)
- een inschatting kunnen maken van wat nodig is
- eenvoudige hulp laagdrempelig, toegankelijk, op maat en dichtbij huis bieden
- schakelfunctionarissen zijn naar meer specialistische hulp en naar de nulde lijn.

3.2.6 Gebiedsgericht

Zowel de plek waar signalen terecht komen, als de plek waar het eerste contact met een professional plaatsheeft en de zorg wordt ingezet, worden gebiedsgericht georganiseerd. De toegang wordt straks georganiseerd in de directe woon- en leefomgeving van de burger, het zogenaamde wijkgericht werken. Hiermee bouwen we voort op de netwerkstructuren van de CJG-ontwikkeling, die we gaan omvormen tot een wijkteam (doorontwikkeling op CJG team). Het wijkteam staat voor nabijheid en verbondenheid, maakt deel uit van de buurtvoorzieningen en is herkenbaar en laagdrempelig.

Het CJG is in de afgelopen jaren in de gemeenten een begrip geworden en uitgegroeid tot dé plek waar laagdrempelige opvoed- en opgroei-ondersteuning en jeugdgezondheidszorg wordt aangeboden en van waaruit vaak diverse andere activiteiten voor jeugdigen en gezinnen plaatsvinden of geïnitieerd worden. Dit kan lokaal verschillen. CJG's vinden we namelijk in West-Friesland bij o.a. bij gezondheidscentra, een welzijnsstichting en WMO-loketten. Wat niet verschilt is de werkwijze.

Voorstel is om het gebiedsgericht werken uit te werken door het vormen van gebiedsteams in regio West-Friesland. Hiermee bouwen we voort op de ervaringen van de CJG-ontwikkeling en het Koplopersproject. De gebiedsteams vormen naast het digitale loket de basisinfrastructuur van de jeugdzorg in de regio. De teams zijn georganiseerd langs de natuurlijke leefroutes van de inwoners. Dit betekent dat ze aansluiten bij de natuurlijke vindplaatsen zoals scholen, gezondheidscentra en CJG's.

3.2.7 Generalisten

Generalisten zijn de eerste 'aanspreekpunten' in de lokale situatie. Zij zijn de contactpersonen die de hulpvraag en de situatie van het gezin met hen in kaart brengen, de vraag verhelderen, beoordelen en analyseren. Op basis daarvan kunnen zij helpen het netwerk van het gezin te mobiliseren, zelf hulp en/of ondersteuning bieden of andere hulp inzetten. Voor de gezinnen is het de generalist die de vaste contactpersoon is en op een breed gebied de vragen van het gezin beantwoordt. Voor de organisatie (het wijkteam/ het CJG) hebben en behouden zij een zeker specialisme, zodat zij al naar gelang de situatie effectief ingezet kunnen worden en ondersteuning kunnen bieden aan de andere lokale medewerkers (generalisten). De generalisten in de wijkteams zitten dicht tegen de 'vindplaatsen' aan en zijn de vaste aanspreekpunten. Er zijn korte lijnen tussen de vindplaatsen met de generalisten, of zij werken in de vindplaats zelf. Zo wordt een aanzienlijk deel van de beschikbare capaciteit 'aan de voorkant' ingezet. Zij zijn toegerust om een integrale analyse te maken van een hulpvraag en zijn in staat om te normaliseren en te ontzorgen. Hierdoor krijgen de wijkteams een zeer belangrijke rol.

Bovenstaande zal onderdeel zijn van het regionaal beleidskader en zal waar nodig nog verder concreet worden uitgewerkt.

4 Overig

4.1 Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg NHN (BJZ NHN) zal per 1 januari 2015 het onderdeel Toegang (casemanagement en indicatie) niet meer uitvoeren. De gemeenten zullen dus een andere organisatie moeten inrichten voor de toegang. Of de capaciteit hiervan - in een andere vorm - in het stelsel kan worden belegd, is momenteel onderwerp van nadere uitwerking en hangt mede samen met de wijze waarop de gemeenten vorm geven aan de frontlijn in hun gemeenten. Binnen de regio's zal in 2014 met Bureau Jeugdzorg NHN worden samengewerkt om te testen in welke model de toeleiding gaat plaatsvinden. Er zal in de verschillende gemeenten geëxperimenteerd worden met sociale wijkteams maar ook wordt gekeken naar de rol en plek van bijvoorbeeld de consultants sociale zaken met betrekking tot jeugdzorg-vragen en wordt er gekeken naar de plaatsing van de Centra voor Jeugd en Gezin. De uitwerking hiervan wordt onderdeel van het regionaal beleidskader.

4.2 Pleegzorg

De afspraken over continuïteit van pleegzorg kennen geen maximumduur. De uitvoering wordt door de aanbieder in de regio's, gecontinueerd zoals deze in 2014 is.

4.3 Jeugdbescherming en jeugdreclassering

De gemeente waarborgt de veiligheid van jeugdigen en kan ingrijpen als die veiligheid in het geding is. Gemeenten moeten over een toereikend aanbod van gecertificeerde instellingen beschikken, zodat zeker is gesteld dat de uitspraak van de rechter - of een andere instantie - kan worden uitgevoerd. De samenwerkende gemeenten sluiten hiertoe contracten af met gecertificeerde instellingen. De gemeenten stellen regionale richtlijnen op voor de handhaving van, en de uitvoering van hulp in het kader van jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringsmaatregelen, volgens de wettelijke kwaliteits- en uitvoeringseisen, waarbij zoveel als mogelijk op maat werken op cliëntniveau gehandhaafd blijft. Routing en logistiek van jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR) worden op casuïstiek niveau geïntegreerd. Binnen welke entiteit en op welk niveau is op dit moment onderwerp van discussie. Geopteerd wordt voor een doorontwikkeling van de JB en JR functies, die nu binnen de huidige vestiging van BJZ NHN worden uitgeoefend tot een gecertificeerde instelling voor de regio. De regio's kiezen ervoor om - zeker in de eerste fase na de transitiedatum - naast de dwangmaatregelen, ook de "drang" binnen de gecertificeerde instelling te positioneren. De positionering van dwang en drang is onderwerp van bespreking bij de innovatieagenda wordt verwerkt in het regionaal beleidskader

4.4 Afspraken landelijk transitiearrangement

Voor zover de cliënten uit deze regio specialistische jeugdzorg ontvangen die onder het landelijk transitiearrangement vallen, gelden de voorwaarden van dat arrangement. Ook de, door de VNG, het ministerie van VWS en Jeugdzorg Nederland vast te stellen behandelrichtlijn en trajectprijs voor de JeugdzorgPlus zal onderdeel gaan uitmaken van deze landelijke afspraken.

4.5 AMHK

Gemeenten worden verantwoordelijk om op bovenlokaal niveau een Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling (AMHK) te organiseren. In het AMHK worden het huidige Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en Steunpunt Huiselijk Geweld

(SHG) geïntegreerd. Het doel van de integratie is een betere samenhang in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Hierdoor zal een integrale en systeemgerichte aanpak voor het gezin worden bevorderd. Het AMHK wordt wettelijk verankerd in de Wmo. Met de inwerkingtreding van de Jeugdwet zal voor dit punt de Wmo worden gewijzigd. Het nieuwe AMHK heeft in ieder geval taken op het gebied van advies, onderzoek en consultatie op het terrein 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, eengerelateerd geweld (jeugd en volwassenen) en ouderenmishandeling.

In het kader van de continuïteit van zorg zijn afspraken gemaakt met Bureau Jeugdzorg. Het AMK zal, als onderdeel van bureau Jeugdzorg, de wettelijke taken blijven uitvoeren voor zowel de huidige cliënten als voor nieuwe cliënten tot 1 januari 2015. In het kader van de continuïteit na 1 januari 2015 worden in nauwe samenspraak met Bureau Jeugdzorg en de Steunpunten Huiselijk Geweld (en met ondersteuning vanuit het ondersteuningsprogramma van de VNG) plannen ontwikkeld voor de vorming van een (boven)regionaal AMHK, dat op 1 januari 2015 operationeel zal zijn. Hiertoe zullen op korte termijn door de betrokken gemeenten bestuurlijke besluiten worden genomen met betrekking tot de taakstelling, de schaalgrootte, de bestuurlijke aansturing en een projectorganisatie. Bijzondere aandacht zal daarbij worden besteed aan het beperken van de transitiekosten. Daarbij wordt de planning aangehouden uit bijlage A. De besluiten worden onderdeel van het regionaal beleidskader.

4.6 Inkoop

De mogelijkheden worden onderzocht om de bestaande inkoop- en bekostigingssystemen te continueren in het overgangsjaar 2015. Dat betekent o.a. verzoek aan zorgverzekeraars om (in samenwerking met gemeenten) het huidige systeem in 2015 indien gewenst te continueren. Er wordt op dit moment onderzocht of en hoe de zorgverzekeraars een rol kunnen spelen bij de inkoop en financiële afwikkeling van alle domeinen. De mogelijkheid wordt onderzocht om bestaande cliënten en wachtlijstcliënten door de zorgverzekeraar in kaart te laten brengen zodat de juiste zorgvormen ingekocht kunnen worden.

De inkoop van gespecialiseerde jeugdzorg (JB/JR) wordt verzorgd door de gecertificeerde instellingen in de regio. De bestaande instellingen werken als onderaannemer van deze instellingen. De regie over volume en kosten van de inkoop ligt bij de regio. De vormgeving van de inkoop is nog in ontwikkeling en wordt verder uitgewerkt in het regionaal beleidskader.

Op 23 mei 2013 is in de regio Alkmaar een convenant gesloten met zorgverzekeraar VGZ. Dit convenant is bijgevoegd. VGZ verzorgt in het grootste deel van Noord-Holland-Noord ook het zorgkantoor. Castricum behoeft extra aandacht, aangezien deze gemeente valt onder het zorgkantoor van Achmea. Deze verzekeraar geeft geen prioriteit aan deze gemeente, waardoor samenwerking tot op heden niet tot stand is gekomen.

Op 27 september 2013 hebben de regio's Alkmaar en West-Friesland overlegd met VGZ. De volgende onderwerpen zijn besproken, welke 17 oktober 2013 nader worden uitgewerkt.

- Borgen van prestatie afspraken door zorgverzekeraars
- Zorg continuïteit
- Afwikkeling van financiële stromen (administratie) / systemen
- Waarborgen van kennis / meedenken met beleidskader
- Inkoopfunctie integraal (over meerdere domeinen)
- Meerjarenperspectief / (inkoop) beleid
- Programma van eisen / bestek
- Regionaal / centraal
- (Bestuurlijke) aanbesteding
- Samenwerking rond huisarts

Belangrijke noot voor het inkoopproces is dat VGZ 7 maanden nodig heeft curatieve GGZ in te kopen. Dat wetende heeft de regio de intentie om eind januari tot sluitende afspraken te komen over hoe, wat en door wie in te kopen

In de regio Drechtsteden loopt een pilot tussen de gemeenten en VGZ waar zij experimenteren in de inkoop samenwerking. Regio Alkmaar en West-Friesland onderzoeken of aansluiting bij deze pilot zinvol is.

Met de provincie is hetzelfde gesprek gevoerd op maandag 23 september. Er is toen besloten een uitvoeringsprogramma op te stellen waar de regio's samen optrekken met de provincie op verschillende thema's. Dit gesprek wordt ook 17 oktober voortgezet. De uitvoeringsagenda zoals deze is opgenomen in de bijlage is dan onderdeel van afstemming. Eén en ander wordt uiteindelijk verwerkt in het regionaal beleidskader.

5 Bestuurlijke afstemming

De samenwerkende gemeenten stemmen in met de inhoud van dit Regionaal Transitiearrangement.

CONCEPT

Bijlage A: Uitvoeringsagenda Regionaal Beleidskader – Concept

In deze concept-uitvoeringsagenda hebben wij de belangrijkste onderdelen in kaart gebracht voor de landing van de jeugdzorg per 1 januari 2015. Deadline voor alle uitwerkingen en besluitvorming ligt op 31 januari 2014, zodat voor de verkiezingen is besloten over de landing zodat het inkoop proces tot 31 december 2014 zijn beslag kan krijgen.

Blok 1: Regionale beleidsvisie (deadline: 15 november)

- Lokale en regionale visie op jeugdzorg en afstemming
- Functioneel ontwerp
- Toegang en frontlijn lokaal
- Verdeling lokale/ regionale/ bovenregionale inkoop zorgvormen
- Regionale samenwerking op specialistische zorgvormen
- Informatiebijeenkomst zorgaanbieders en vrijgevestigden
- Overzicht zorgvormen die bijzondere aandacht vereisen (Pleegzorg, JB, JR, Crisis, Beschermd wonen)
- Start uitwerking innovatieagenda met zorgaanbieders (deadline 31 januari 2014)

Blok 2: Governance (deadline: 15 december)

Dit blok kan pas van start nadat visie en functioneel ontwerp zijn vastgesteld.

- Gedetailleerde verdeling lokale/ regionale/ bovenregionale inkoop zorgvormen
- Conceptplan (boven-) regionale risicodeling inclusief inventarisatie risico's bovenregionale samenwerking
- Conceptplan bekostigingssystematiek 2015
- Samenwerkingsvehikel regio's (publiekrechtelijk of privaatrechtelijk)

Blok 3: Inkoop (deadline: 15 januari)

Dit blok kan pas van start nadat het onderdeel Governance is afgesloten.

- Invulling overdrachtsagenda provincie en zorgverzekeraar
- Inventarisatie bestaande sturingsmechanismen en verbinding met management- en informatiesystemen
- Onderzoek mogelijkheden voor kennis- en informatieoverdracht (inclusief overdracht cliëntgegevens)
- Conceptplan kwaliteitseisen en sturingsmechanismen (monitoring en verantwoording)
- Rol kleine zorginstellingen en vrijgevestigden
- Vaststellen voorlopige budgetten
- Verfijning analyse jeugdzorgmarkt
- Programma van eisen en kwaliteitscriteria
- Samenwerkingsvehikel regio's: model inkoop
- Opstellen verordening

Blok 4: Agenda's partners

Dit blok loopt parallel aan de voorgaande blokken en wordt uiterlijk 31 januari afgesloten.

Innovatieagenda zorgaanbieders

- Continuïteit van zorg, geen automatisme voor volledige continuïteit zorginstellingen

- Taakstelling 15% in 2015
- Transformatie expliciet maken t.b.v. het jaar 2015
- Instellingen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0% frictiekosten
- Ruimte voor nieuwe aanbieders
- Ruimte voor preventie en vroegsignalering

Overdrachtsagenda huidige financiers

- Aansluiting uitvoeringsprogramma
- Aansluiting inkoopafspraken
- Overdracht kennis, verbeterpunten, innovatie, ervaringen met zorgaanbieders
- Beperking frictiekosten
- Overdracht cliëntgegevens

Blok 5: Contracten

Dit blok kan pas van start wanneer de voorgaande blokken zijn afgesloten.

- Gemeentelijke implementatie (toeleiding)
- Afsluiten contracten zorgaanbieders
- Afsluiten contracten inkoop

Bestuurlijk proces (nader te bepalen)

- Consultatie gemeenteraden en afstemming zienswijze
- Afstemming Colleges B&W
- Definitieve besluitvorming in gemeenteraden
- Adviestrajecten voor WMO raden en voor cliëntenraden en cliëntorganisaties

Uitvoeringsagenda regionaal beleidskader jeugdzorg															
Onderdelen	Verantwoordelijk	Oktober	November	December	Januari										
		45	46	47	48	49	50	51	52	1	2	3	4	5	31-jan
Blok 1: Regionale Beleidsvisie (Partners: Gemeenten / Regio / Zorginstellingen) PM															
Lokale en regionale visie op jeugdzorg + afstemming (o.a. ontzorgen, demedicaliseren, civil society)															
Functioneel ontwerp (lokaal wat lokaal kan, regionaal wat regionaal moet)															
Toegang en frontlijn (lokaal) (inclusief behoud van expertise BJZ) (Wijkteams, Huisartsen, CJC's, Scholen, etc.)															
Samenwerking gemeenten op specialistische zorgvormen (Regionaal)															
Innovatieagenda (innovatietaakstelling 11% in 2015, € 0,- fractiekosten)															
Overzicht zorgvormen die bijzondere aandacht vereisen (bijvoorbeeld pleegzorg, JB, JR, crisiszorg, beschermd wonen)															
Blok 2: Governance (Partners: Gemeenten / Regio / Provincie / Zorgverzekeraar) PM															
Uitwerken gedetailleerd plan voor welke zorgvormen gemeentelijk, regionaal of bovenregionaal worden ingekocht															
Opstellen conceptplan voor (boven)regionale risicodeling, inclusief inventarisatie risico's															
Opstellen conceptplan bekostigingssystematiek 2015															
Oprichten samenwerkingsvehikel regio (s) (publiekrechtelijk of privaatrechtelijk)															
Blok 3: Inkoop (Partners: Gemeenten / Regio / Provincie / Zorgverzekeraar) PM															
Samenwerking provincie/ zorgverzekeraar (aansluiting uitvoeringsprogramma en inkoopafspraken) 17 okt. Afspraak															
Opstellen conceptplan kwaliteitseisen en sturingsmechanismen (monitoring en verantwoording)															
Rol van kleine zorginstelling en vrijgevestigden															
Vaststellen voorlopige budgetten															
Verfijning analyse jeugdzorgmarkt															
Programma van eisen															
Opstellen van model voor inkoop (al dan niet ism zorgverzekeraar) (samenwerkingsvehikel, zie governance)															
Opstellen verordening															
Afsluiten contracten met zorginstellingen (na 31 januari)															
Blok 4: Agenda's partners															
Innovatieagenda zorgaanbieders															
Continuïteit van zorg, geen automatisme voor volledige continuïteit huidige instellingen.															
Taakstelling van 15% in 2015.															
Transformatie expliciet maken tbv het jaar 2015.															
Instellingen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor 0% fractiekosten.															
Ruimte voor nieuwe aanbieders															
Ruimte voor preventie en vroegsignalering															
Overdrachtsagenda provincie en zorgverzekeraars															
Kennis en verbeterpunten, innovatie, ervaringen met zorgaanbieders															
Beperking fractiekosten met behulp huidige financiers															
Inventarisatie van bestaande sturingsmechanismen en verbinding met management- en informatiesystemen															
Onderzoek naar mogelijkheden voor kennis- en informatieoverdracht (inclusief overdracht cliëntgegevens)															
Onderzoek naar voor- en nadelen verschillende bekostigingssystematieken															
Blok 5: Implementatie (na 31 januari)															
Implementatieagenda (toeleiding)															
Afsluiten contracten zorgaanbieders															
Afsluiten contracten inkoop															
Bestuurlijk proces (nader te bepalen)															
Consultatie gemeenteraden + afstemming zienswijze															
Afstemming Colleges B&W															
Definitieve besluitvorming in gemeenteraden															
Adviestrajecten voor WMO raden en voor cliënt enraden en cliëntorganisaties															

Bijlage B: AMHK

Oktober 2013:

Inventarisatie

- Bureau Jeugdzorg en de SHG's brengen in kaart hoe de huidige dienstverlening zich verhoudt tot de wettelijke taken voor het toekomstig AMHK en wat er nodig is om aan deze wettelijke taken te kunnen voldoen, c.q. welke taken er nu worden uitgevoerd die na 1 januari 2015 bovenwettelijk zijn
- BJZ en de SHG's geven daarnaast een advies met betrekking tot het vanuit het veld gewenste ambitieniveau, vertaald naar eventueel uit te voeren bovenwettelijke werkzaamheden, inclusief de hiermee gepaard gaande kosten (indicatief)
- Gemeenten brengen in kaart welke elementen van de visie op de toekomst van de Jeugdzorg van invloed zijn op de vorming van het AMHK
- Het maken van een regioanalyse en stakeholderanalyse.

November 2013:

Bestuurlijke besluiten m.b.t.:

- De schaalgrootte van het AMHK
- De visie op taken en werkwijze AMHK
- Hoe om te gaan met het behouden van opgebouwde deskundigheid binnen het huidige AMK en het SHG in relatie tot de continuïteit na 1 januari 2015 (principebesluiten)
- Vaststellen projectopdracht aan (boven)regionale werkgroep
- Bestuurlijke aansturing van het project vorming AMHK.

Instellen projectgroep AMHK, die direct aan de slag gaat met:

- Bespreken regio- en stakeholderanalyse
- Het maken van een inschatting van de gevolgen van de invoering van de Wet meldcode op het aantal te verwachten meldingen
- Onderzoeken welke financiële middelen voor het AMHK beschikbaar zijn na 1 januari 2015
- Het formuleren van een concept-visie op de taken en werkwijze van het AMHK
- Het doen van voorstellen m.b.t. de (boven)regionale organisatie en bestuurlijke inbedding van het AMHK
- Het doen van voorstellen m.b.t. het beperken van de transitiekosten
- Het maken van een takenoverzicht, gekoppeld aan de kosten, die voor de uitvoering van (deel)taken gemaakt moeten worden.

December 2013:

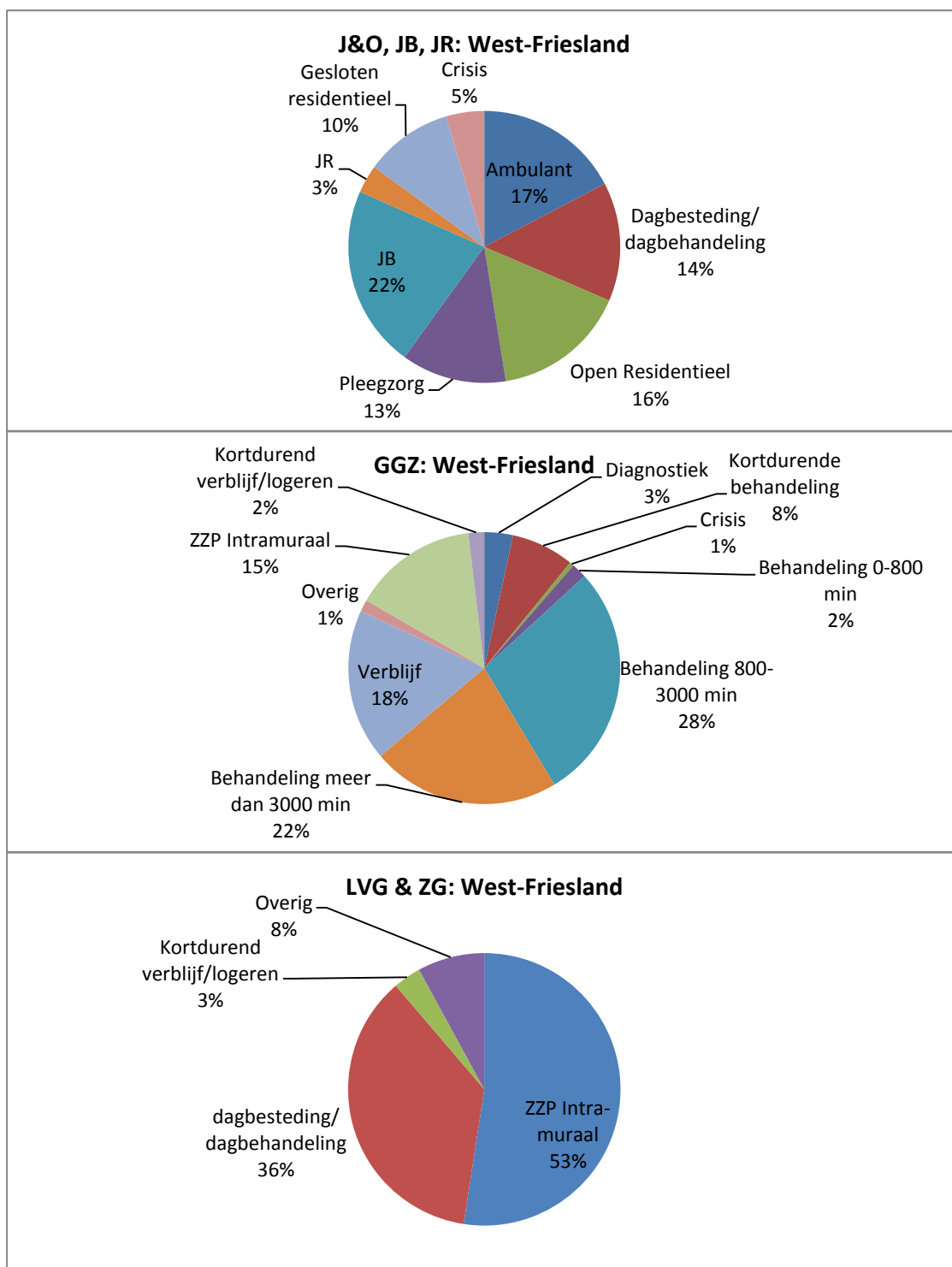
Bestuurlijke besluiten m.b.t.:

- De inzet van financiële middelen na 1 januari 2015
- Het vaststellen van het gewenste ambitieniveau
- De organisatie van het AMHK op hoofdlijnen, inclusief bestuurlijke inbedding en aansturing.

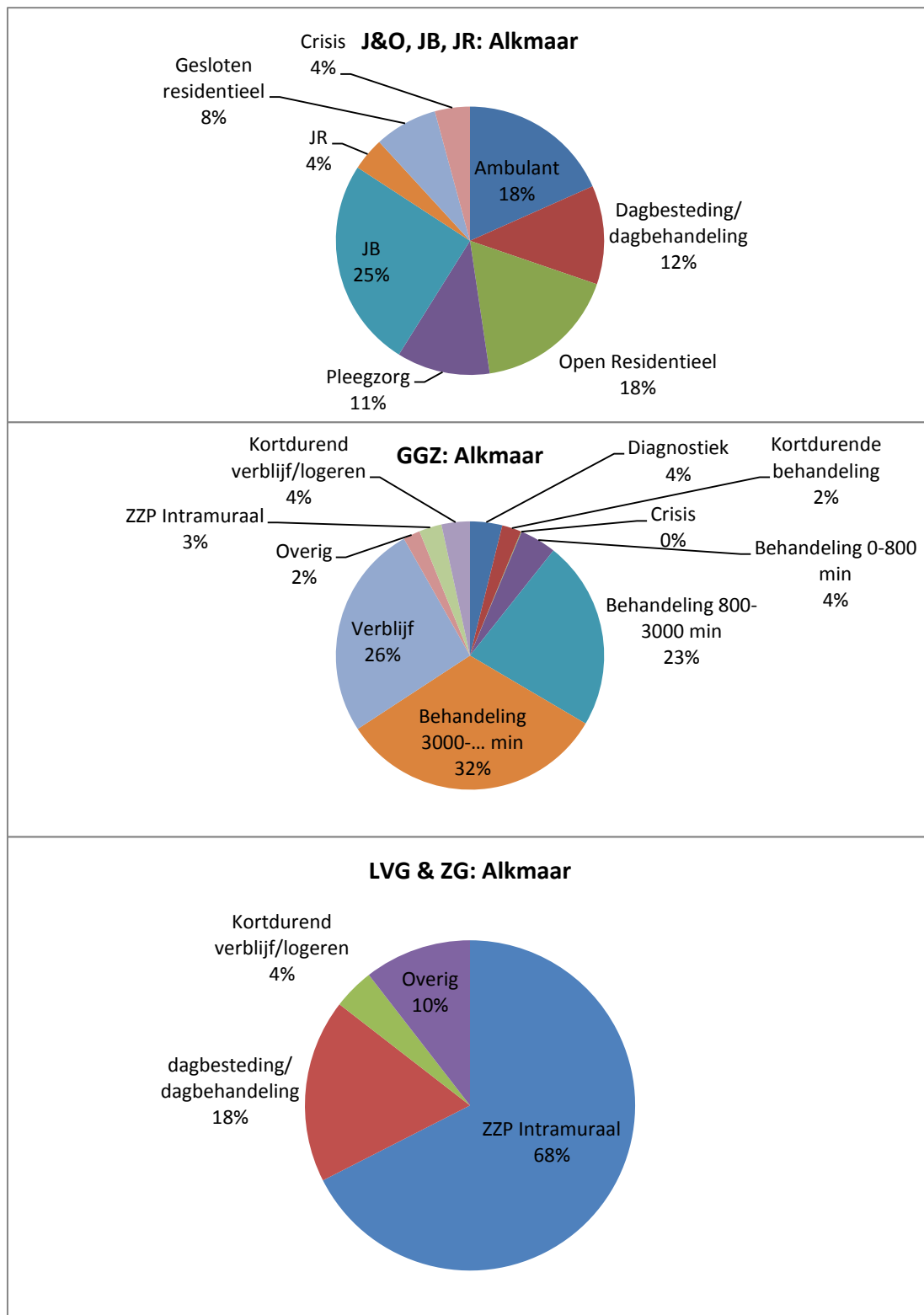
- Januari - juni 2014: Uitwerken bestuurlijke besluiten door de werkgroep:
- Vertalen ambitieniveau naar concrete werkzaamheden en daarmee gepaard gaande kosten
 - Uitwerken organisatie en besturingsmodel
 - Opstellen business case
 - Voorbereiden bestuurlijke besluitvorming.
- Sept./oktober 2014: Bestuurlijke besluitvorming:
- Businessplan AMHK.
- Nov./december 2014: Voorbereiden implementatie na 1 januari 2015.

Bijlage C: Omzet uitgesplitst naar zorgvorm

West-Friesland



Alkmaar



Bijlage D: Partners RTA

Projectcommissie Transitie Jeugdzorg regio's Alkmaar en West-Friesland

Dhr. H. de Vries	Regio Alkmaar
Dhr. A. van Staalduinen	Regio Alkmaar
Mw. I. Sneekes	Regio Alkmaar
Dhr. M. El Feddali	Regio West-Friesland
Mw. J. van Leeuwen	Regio West-Friesland

Projectleiders regio Alkmaar

Dhr. H. de Vries	Gemeente Alkmaar
Mw. M. Zweers	Gemeente Bergen
Mw. I. Sneekes	Gemeente Castricum
Mw. A. Poel	Gemeente Graft-De Rijk
Dhr. M. van Lochem	Gemeente Heerhugowaard
Mw. E. de Graaff	Gemeente Heiloo
Mw. N. Wijnker	Gemeente Langedijk
Mw. E. Willemse	Gemeente Schermer

Projectleiders regio West-Friesland

Dhr. M. El Feddali	Gemeente Hoorn
Mw. S. Evers	Gemeente Drechterland
Mw. I. Reus	Gemeente Enkhuizen
Mw. N. Klaver	Gemeente Koggenland
Dhr. W. Jansen	Gemeente Koggenland
Mw. S. Proost	Gemeente Medemblik
Mw. J. van Leeuwen	Gemeente Opmeer
Mw. L. Smaal	Gemeente Stede Broec

Wethouders regio Alkmaar

Mw. M. Hamberg	Gemeente Alkmaar
Dhr. J. Mesu	Gemeente Bergen
Dhr. B. Meijer	Gemeente Castricum
Dhr. J. Klukhuhn	Gemeente Graft-De Rijk
Dhr. C. Kwint	Gemeente Heerhugowaard
Dhr. F. Dellemijn	Gemeente Heiloo
Mw. I. Schrijver	Gemeente Langedijk
Dhr. J. Stroomer	Gemeente Schermer

Wethouders regio West-Friesland

Dhr. M. Pijl	Gemeente Hoorn
Dhr. D. te Grotenhuis	Gemeente Drechterland
Dhr. M. Olierook	Gemeente Enkhuizen
Dhr. W. Bijman	Gemeente Koggenland
Dhr. D. Kuipers	Gemeente Medemblik
Mw. E. Deutekom	Gemeente Opmeer
Mw. L. Groot	Gemeente Stede Broec

Provincie

Mw. M. Ammerlaan
Dhr. T. Smeelen

Provincie Noord-Holland
Provincie Noord-Holland

Zorgverzekeraars

Mw. M. Flaming
Mw. M. van der Lei-Brouwer

VGZ
VGZ

Zorgaanbieders bij bestuurlijke conferentie

Dhr. A. Jacobs	Bureau Jeugdzorg
Mw. L. Schmitz	Bureau Jeugdzorg
Mw. D. Nubé	Bureau Jeugdzorg
Mw. D. van der Meij	De Opvoedpoli
Mw. J. Doeleman	De Opvoedpoli
Mw. A. Boujahma	De Waerden
Mw. D. Druif	Esdege-Reigersdaal
Mw. L. de Koning	GGZ NHN
Dhr. B. Cnossen	GGZ NHN
Mw. L. Ouchene	Leger des Heils
Dhr. J. van Someren	Leger des Heils
Dhr. S. Goossen	Lijn 5
Mw. N. Ziesemer	Lijn 5
Mw. E. Rienstra	Parlan
Dhr. J. Laghuwiz	Parlan
Dhr. S. van Eunen	Stichting de Praktijk
Mw. I. van Hooff	Triversum
Dhr. G. Berden	Triversum
Dhr. J. de Boer	William Schrikker Groep
Dhr. H. Verbruggen	William Schrikker Groep

Gecontacteerde zorgaanbieders voor gegevensuitvraag

ADHD Centrum Hoorn
Almata
Bascule
Bosman GGZ
Bureau Jeugdzorg NH
Carehouse
Curium LUMC
De Hoop GGZ
De Praktijk
De Rading
De Waag
De Waerden
Eigen Kracht Centrale
Eleos
Esdege Reigersdaal
GGZ Centraal Fornhese
GGZ NHN

Instituut Jesri!
Intermetzo
Juzt
Karakter
Koraalgroep (incl. De Hondenberg en Maashorst en de la Salle)
Leekerweide
Leger des Heils
Lijn5
Lindenhorst
MEE NWH
Opvoedpoli
Parlan
Parnassia (incl GGZ Dijk en Duin en Brijder)
Philadelphia
Pluryn
Psya
Regionaal Instituut voor Dyslexie
Raphaëlstichting (incl Queeste)
's Heerenloo
SGJ
Stichting Taalhulp
Triversum
Vitree
William Schrikker Groep

Vrijgevestigden

Annemiek Hoes-Mercx
Basic trust
Explora
Groepspraktijk Kinder-, Jeugd- en Psychotherapie Praktijk de Laat
Kinder- en Jeugdpsychologen Alkmaar
Kinderpsychiater Pam
Kinderpsychologen Heerhugowaard
Tactus
T. Stekelbos

Bijlage E: Convenant Wijkgericht werken doe je samen

Partijen

De verzekeraars : VGZ Zorgverzekeraar N.V.
IZZ Zorgverzekeraar N.V.
IZA Zorgverzekeraar N.V.
UMC Zorgverzekeraar N.V.
Zorgverzekeraar Cares Gouda N.V.
N.V. Univé Zorg

zowel elk voor zich als tezamen aangeduid als 'De Zorgverzekeraar'

Zorgkantoren Coöperatie VGZ regio Noord-Holland Noord
hierna te noemen 'Het Zorgkantoor'

en

de colleges van Burgemeester & Wethouders van de Gemeenten Alkmaar, Bergen, Heerhugowaard, Heiloo, Graft-De Rijp, Langedijk, Schermer en Castricum, hierna te noemen regio Alkmaar,

spreken in dit convenant de intentie uit om de samenwerking op een aantal terreinen waar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) elkaar raken, nader vorm te geven met als doel:

Het bevorderen van de gezondheid en kwaliteit van leven en de zelfredzaamheid van mensen in combinatie met het terugdringen van de (groei van de) kosten van de Wmo, Zvw en de AWBZ.

De partijen werken samen op basis van de volgende uitgangspunten:

- het convenant geldt in principe voor alle burgers woonachtig in de convenantgemeenten;
- klanten/burgers worden zo lang mogelijk in de eigen omgeving geholpen ('nabije zorg', maatschappelijke participatie);
- de efficiency en samenhang in het zorg- en hulpaanbod op het terrein van de AWBZ, Zvw, WPG en de Wmo wordt vergroot;
- vernieuwing in het aanbod en in de financiering van het aanbod vindt plaats via gezamenlijke pilots en experimenten;
- op basis van een jaarlijkse evaluatie worden de speerpunten in de samenwerking bepaald.

Partijen operationaliseren de algemene doelstelling in de volgende (sub)doelstellingen:

1. Stimuleren van zelfredzaamheid en participatie van cliënten en burgers.
2. Organiseren van preventie.
3. Een wijkgerichte aanpak van gezondheids- en hulpvragen.
4. Inhoudelijke afstemming en samenwerking op specifieke zorgthema's.
5. Substitutie van middelen.

Ad. 1 Het stimuleren van zelfredzaamheid en participatie van cliënten en burgers

De burger (die dit wenst) leeft zo lang als mogelijk in zijn/haar eigen omgeving. Met goed functionerende sociale netwerken kunnen beperkingen worden opgevangen.

Als een burger zich meldt bij de gemeente, het zorgkantoor of de zorgverzekeraar, wordt de volgende aanpak voorgestaan:

- allereerst wordt uitgegaan van de eigen kracht van burgers;
- vervolgens worden oplossingen gezocht in de eigen omgeving;
- aanvullend op de eigen kracht en de inzet van het sociale netwerk kunnen collectieve en individuele voorzieningen worden ingezet.

Partijen zijn verantwoordelijk voor een vangnet voor kwetsbare inwoners. Door de verschuivingen in de AWBZ en de (gedeeltelijke) afschaffing van de Zorgzwaartepakketten zullen meer mensen zelfstandig thuis blijven wonen; dit vraagt een gezamenlijke aanpak.

Ad. 2 Organiseren van preventie

Door 'nabije zorg', voorlichting en ondersteuning wordt gestreefd naar het zoveel mogelijk voorkomen van ziekte en gespecialiseerde zorg. De volgende preventieactiviteiten worden onderscheiden:

- Algemene preventie, gericht op bewustwording en de sterking van de eigen kracht en het sociale netwerk van burgers.
- Doelgroepgerichte preventie (bijvoorbeeld 'alcohol en jeugd').
- Preventieactiviteiten in relatie tot behandeling of curatie waarbij preventie wordt ingezet om de zelfredzaamheid (op termijn) te vergroten of stabiel te houden.

Partijen zijn verantwoordelijk voor een goede infrastructuur (verantwoordelijke organisaties, budgetten, prestatieafspraken) van waaruit effectieve preventieactiviteiten gerealiseerd kunnen worden.

De rolverdeling tussen de samenwerkende partijen zal de komende jaren verder worden vormgegeven.

Ad. 3 Een wijkgerichte aanpak van gezondheids- en hulpvragen

Partijen werken samen aan een wijkgerichte aanpak. Centraal in de werkwijze staat het ontwikkelen van een wijknetwerk bestaande uit een breed zorgnetwerk en een wijkteam. In een zorgnetwerk wordt op laagdrempelige wijze informatie, ondersteuning en hulp geboden, zoveel mogelijk met inzet van eigen kracht, familie en vrijwilligerswerk, mantelzorg, scholen, wijkagent, etc.

In het wijkteam werken verschillende hulp- en dienstverleners, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen en ouderenadviseurs met elkaar samen. De grootte en samenstelling van het team kan verschillen en is afhankelijk van de hulp- en zorgbehoefte in die wijk.

Het wijkteam werkt vanuit een integrale benadering en streeft naar een optimale samenhang in het zorg- en hulpaanbod. Het aanbod zal zoveel mogelijk 'nabij' worden georganiseerd. Indien hierbij gespecialiseerde zorg nodig is, blijkt dit uit een doorverwijzing via de poortwachter vanuit de 'nabije zorg'. In een beperkt aantal wijken in Alkmaar en Heerhugowaard wordt geëxperimenteerd met de wijkgerichte aanpak.

Ad. 4 inhoudelijke afstemming en samenwerking op specifieke zorgthema's

Voor de burger met een hulpvraag op het gebied van de geestelijke gezondheid, verslaving, huiselijk geweld, schuldenproblematiek of andere (multi)problematiek waardoor participatie in de samenleving wordt bemoeilijkt, wordt in samenwerking met de centrumgemeenten een bijdrage geleverd aan de vermindering van de problematiek op de prestatievelden 'maatschappelijke opvang', 'huiselijk geweld', 'openbare geestelijke gezondheidszorg' en 'verslavingszorg' binnen de Wmo. Gewenst resultaat is dat de effectiviteit van de geleverde zorg binnen deze prestatievelden wordt vergroot en de zorg wordt verbeterd. Dit kan door het afstemmen van financieringsstromen van De Gemeenten, Het Zorgkantoor en De Zorgverzekeraar. Deze afstemming geldt eveneens voor vraag en aanbod.

De partijen intensiveren de samenwerking op diverse thema's, waaronder:

- Bevorderen samenredzaamheid door uit te gaan van eigen kracht en het inzetten van het sociaal netwerk.
- Scheiden wonen en zorg.
- Sluitende en samenhangende zorgketen op het gebied van de (O)GGZ (Openbare)Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg, dakloosheid, huiselijk geweld en kindermishandeling.
- Mantelzorgondersteuning.
- Overheveling AWBZ (begeleiding en persoonlijke verzorging).
- Decentralisatie jeugdzorg.
- De uitvoering van de wijkgerichte aanpak voor de kwetsbare burgers zal in een beperkt aantal wijken met Alkmaar en Heerhugowaard plaatsvinden.

Ad. 5 Substitutie van middelen.

De zorg in de nabijheid van de burgers organiseren betekent ook dat de middelen voor de zorg daar terecht dienen te komen. In lijn met het streven van substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg en eerstelijnszorg door nuldelijnszorg streven partijen ook naar een doelmatige inzet van de desbetreffende middelen. Hierover zullen nadere afspraken worden gemaakt.

Looptijd convenant

Dit convenant heeft een looptijd van 1 juni 2013 tot en met 1 juni 2015. Jaarlijks wordt het convenant geëvalueerd en waar nodig bijgesteld.

Aan dit convenant wordt vanaf 1 september 2013 een jaarprogramma toegevoegd waarin de (sub)doelstellingen uit het convenant worden vertaald in resultaatgerichte afspraken.

In drievoud opgemaakt en ondertekend:

Het Zorgkantoor

Vertegenwoordigd door
Ir. J.F.A. van Noorden

Directeur Zorgkantoren

Op 23 mei 2013



De Zorgverzekeraar

Vertegenwoordigd door
H.H. Hoekstra

Teammanager Integrale Zorg
regio Noord

Op 16 mei 2013



De Gemeenten in de regio Alkmaar

Vertegenwoordigd door
De Wethouders

Het colleges van Burgemeester
& Wethouders regio Alkmaar

Op 23 mei 2013



Bijlage F: Toetsingskader RTA

	Onderwerp	Aanwezig?
1	Het arrangement heeft in ieder geval betrekking op het jaar 2015	Ja/nee
2	Het arrangement heeft betrekking op cliënten die op 31-12-2014 in zorg zijn en op cliënten die op 31-12-2014 een aanspraak op zorg hebben, maar deze zorg op dat moment nog niet krijgen	Ja/nee
3	Het arrangement heeft betrekking op alle zorg waarvoor gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk worden	Ja/nee
4	Het arrangement heeft betrekking op zorgaanbieders, uitvoerders van jeugdbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en activiteiten van het AMK	Ja/nee
5	Het arrangement heeft betrekking op maatregelen voor jeugdbescherming en jeugdreclassering en de activiteiten van het AMK	Ja/nee
6	De afspraken over continuïteit van pleegzorg in het arrangement kennen geen maximumduur	Ja/nee
7	Het arrangement geeft aan hoe en bij wie de toeleidingsfuncties met ingang van 2015 zijn belegd	Ja/nee
8	Het arrangement geeft aan of bestaande aanbieders de zorg aan “zittende cliënten” in 2015 met de voorgenomen budgetten van gemeenten zullen continueren	Ja/nee
9	Het arrangement geeft aan hoe gemeenten de zorgcontinuïteit van “wachlijstcliënten” realiseren	Ja/nee
10	Het arrangement geeft aan welk budget gemeenten in 2015 voornemens zijn aan te wenden per aanbieder, per type zorg en voor hoeveel jeugdigen en trajecten (hierbij kan rekening worden gehouden met het onderscheid in hulpaanbieders, zoals beschreven in de uitwerking van de arrangementen die is bijgevoegd bij de brief van de Staatssecretaris van VWS van 26 juni jl.)	Ja/nee
11	Het arrangement bevat een inventarisatie van de frictiekosten per aanbieder	Ja/nee
12	Het arrangement omvat een onderbouwing van de frictiekosten per aanbieder op basis van de door de gemeenten aangegeven plannen over zorginkoop per 1-1-2015	Ja/nee
13	Uit het arrangement blijkt op welke wijze en in hoeverre de frictiekosten worden beperkt	Ja/nee
14	Het arrangement is opgesteld na goed overleg met de huidige financiers en de relevante aanbieders	Ja/nee
15	Het arrangement is opgesteld door de samenwerkende gemeenten in een regio	Ja/nee
16	De regio die een arrangement heeft opgesteld stemt overeen met de indeling die aan de VNG is aangereikt	Ja/nee
17	Het arrangement is op bestuurlijk niveau in de regio vastgesteld	Ja/nee
18	Het arrangement is uiterlijk 31 oktober 2013 door de TSJ ontvangen	Ja/nee