Fundament Essentiële Functies

Definitieve versie voor besluitvorming

1 mei 2024

INLEIDING 4

ESSENTIËLE FUNCTIES 4
BOVENREGIONALE SAMENWERKING: GEZAMENLIJKE VERWERVING OP G7 NIVEAU 4
PARTNERSCHAP 5
PROCES 5
WAAR STAAN WE OVER 7 JAAR? 5
BESCHRIJVING OPDRACHT 5

HOOFDSTUK 1 INHOUDELIJK FUNDAMENT 6

DEEL 1 VERGEZICHT OVER 7 JAAR 6
DEEL 2 UITWERKING EN BESCHRIJVING VAN DE INHOUD EN BEOOGDE DOELEN VAN DE DIENSTEN 8
1.1. TRANSFORMATIEPROCES 8
1.2. BEOOGDE DOELEN/ RESULTATEN 8
1.3. BESCHRIJVING ESSENTIËLE FUNCTIES EN DE KINDEREN/GEZINNEN DIE HIER GEBRUIK VAN MAKEN 9
1.4. INTEGRALE ZORG 10
1.5. GEEN CONTRA-INDICATIES 10
1.6. CRITERIA ESSENTIËLE FUNCTIES 10
1.7. WETTELIJK KADER 11
1.8. CONTEXT VAN DE TRANSFORMATIE 11
1.8.1. HERVORMINGSAGENDA JEUGD 11
1.8.2. AFSTEMMING LANDELIJK, REGIONAAL EN LOKAAL AANBOD 12
1.8.3. LANDELIJK BELEID 'TOEWERKEN NAAR KLEINSCHALIGHEID' 12
1.8.4. AFBAKENING G7 12
1.9. BESCHRIJVING DIENSTEN 13
1.9.1. SAMENHANG INTEGRALE ZORG 13
1.9.2. MOBIELE BRIGADE 13
1.9.3. INTEGRALE HOOGSPECIALISTISCHE ZORG 17
1.10. TOELEIDING EN INSTROOM DIENSTEN ESSENTIËLE FUNCTIES 21
1.11. UITSTROOM & NAZORG 24
1.12. KERNASPECTEN VAN KWALITEIT 25
1.12.1. WETTELIJKE KWALITEITSEISEN 25
1.12.2. KWALITEITSTANDAARDEN 25
1.12.3. INTEGRALE EN SAMENHANGENDE ZORG DOOR SAMENWERKING TUSSEN AANBIEDERS. 25
1.12.4. CASUSREGIE/ PROCESREGIE/ BEHANDELREGIE 26
1.12.5. (BE)HANDELEN OP BASIS VAN ACHTERLIGGENDE FACTOREN 27
1.12.6. INZET VAN INTERVENTIES 28
1.12.7. SYSTEMISCH WERKEN 29
1.12.8. LEEF- EN BEHANDELKLIMAAT 29
1.12.9. INZET VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN 33
1.12.10. ONTWIKKELEN EN DELEN HOOG SPECIALISTISCHE KENNIS & EXPERTISE 34
1.13. AANVULLENDE KWALITEITSEISEN VAN DE DIENSTEN 34
1.13.1. VERBLIJF: EEN GOEDE OMGEVING OM OP TE GROEIEN EN TE VERBLIJVEN 34
1.13.2. MOBIELE BRIGADE 36
DEEL 3 INGROEIMODEL VAN HUIDIGE NAAR GETRANSFORMEERDE SITUATIE 38
1.14. TRANSFORMATIEPROCES 38
1.14.1 OMSCHRIJVING PROCES 38
1.14.2. INTEGRALITEIT EN SAMENHANG IN DE OPDRACHT BEWAKEN 39
1.14.3. RUIMTE VOOR VERSCHILLEN 39
1.13.4. ONTWIKKELING SAMENWERKING 39

1.15. STARTPUNT MOBIELE BRIGADE **40**
1.15.1. BEREIK AANTAL KINDEREN EN GEZINNEN IN JAAR 1 40
1.15.2. INRICHTING IN CLUSTERS 41
1.15.3. INZET MEDEWERKERS JAAR 1 41
1.15.4. FOCUS JAAR 1 42
1.15.5. VORM EN WERKWIJZE MOBIELE BRIGADE 42
1.15.6. RANDVOORWAARDEN 42
1.16 STARTPUNT INTEGRALE HOOG SPECIALISTISCHE ZORG **43**
1.16.1. AANVULLENDE INTEGRALE ZORG VANUIT NIEUW VAKMANSCHAP 43
1.16.2. LOCATIES INTEGRAAL HOOG SPECIALISTISCH VERBLIJF JAAR 1 44
1.17 BASISNIVEAU KWALITEIT VAN DE DIENSTEN START JAAR 1 **46**
1.18. ONTWIKKELAFSPRAKEN **47**
1.19. RANDVOORWAARDEN **50**

HOOFDSTUK 2 MONITORING- EN STURINGSFUNDAMENT 52

2.1. INLEIDING **52**
2.2. KADERS EN RANDVOORWAARDEN **52**
2.3. MONITORING- EN STURINGSPLAN CONTRACTJAAR 1 **53**
2.4. MONITORING NA HET EERSTE CONTRACTJAAR **56**
2.5. STURING **57**
2.5.1. ANALYSE VAN DE DATA EN BEHEER MONITOR 57
2.5.2. OVERLEGSTRUCTUUR 57

HOOFDSTUK 3 FINANCIEEL FUNDAMENT 60

3.1. IN DIALOOG NAAR PASSENDE BEKOSTIGING EN REËLE TARIEVEN **60**
3.2. BEKOSTIGING MOBIELE BRIGADE **61**
3.2.1. BESCHIKBAARHEIDSBEKOSTIGING VOOR FLEXIBELE EN DIRECTE INZETBAARHEID 61
3.3. BEKOSTIGING INTEGRALE HOOG SPECIALISTISCHE ZORG **64**
3.3.1. BEKOSTIGING VERBLIJF ALS ONDERDEEL VAN INTEGRALE HOOG SPECIALISTISCHE ZORG 64
3.3.2. AANVULLENDE INTEGRALE ZORG 70
3.4. LEREN & ONTWIKKELEN **73**
3.5. VERDELING KOSTEN REGIO'S **74**
BIJLAGE 1 LIJST VAN VERWERVENDE REGIO'S/GEMEENTEN **75**
BIJLAGE 2 DIENSTOMSCHRIJVING MOBIELE BRIGADE **76**
BIJLAGE 3 PROCEDURE HYPERMAATWERK **81**
BIJLAGE 4 DIENSTOMSCHRIJVING INTEGRALE HOOGSPECIALISTISCHE ZORG **82**
BIJLAGE 5 TAKEN, ROLLEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN IN HET KADER VAN REGIE **85**
BIJLAGE 6 FASEN INZET MOBIELE BRIGADE **88**
BIJLAGE 7 VOORLOPIGE LIJST ESSENTIËLE FUNCTIES IN GELDERLAND **89**
BIJLAGE 8 ONTWIKKELPAD 2025-2032 **101**
BIJLAGE 9 FORMAT LEERCIRKELS **102**
BIJLAGE 10 IMPLEMENTATIEOVERLEG **104**
BIJLAGE 11 MONITORINGSOVERLEG **105**
BIJLAGE 12 OVERZICHT FTE-BEREKENING MOBIELE BRIGADE **107**
BIJLAGE 13 NORMERING KOSTPRIJSELEMENTEN JEUGDZORGPLUS **108**
BIJLAGE 14 NORMERING KOSTPRIJSELEMENTEN DRIEMILIEUSVOORZIENINGEN **108**
BIJLAGE 15 OVERZICHT OPBOUW PRODUCTEN INTEGRALE ZORG **115**
BIJLAGE 16 CONCEPT OVEREENKOMST ESSENTIËLE FUNCTIES **124**

Inleiding

We gaan het samen anders doen voor de kwetsbare kinderen en gezinnen die jeugdhulp nodig hebben!

Vanuit die insteek zijn jeugdhulpaanbieders[1] en de gemeenten binnen de G7 jeugdhulpregio's[2] halverwege 2022 gestart met de verwerving van essentiële functies. Samen kijken naar wat nodig is, waar het goed gaat en waar verbetering noodzakelijk is. Het samen verwerven van deze essentiële functies is een intensief traject, met uitdagingen en doorbraken, vanuit de gedeelde insteek om het goede te doen voor de kinderen die dit zo hard nodig hebben. Heel waardevol in dit traject is de kritische constructieve inbreng van de ervaringsdeskundigen, verwijzers, regionaal expertisenetwerken (RET) en het onderwijs. Het samen in partnerschap verwerven en uitvoeren van de essentiële functies brengt scherpte aan in de gesprekken en de uitwerking en helpt het doel voor ogen te houden: 'samen betere zorg organiseren'.

Essentiële functies

Hoewel er de laatste jaren positieve ontwikkelingen zijn in de jeugdzorg en veel kinderen passende en kwalitatief goede jeugdzorg ontvangen, zijn er ook nog steeds kinderen met een complexe zorgvraag die vastlopen in het systeem van jeugdzorg. Voor deze kinderen en gezinnen lukt het nog onvoldoende om de zorg passend te organiseren of alleen ver weg van huis. Geen enkele aanbieder kan de benodigde zorg op dat moment alleen, of in regionale samenwerking organiseren, of heeft alle benodigde expertise beschikbaar. En als de expertise wel beschikbaar is, verplaatsen we het kind daarnaartoe. Met soms vele opeenvolgende overplaatsingen als gevolg. Als aanbieders expertise bij elkaar willen brengen, dan staan (financiële) schotten en andere bezwaren zoals verantwoordelijkheden en vertrouwen in de weg. Dat gaan we in Gelderland dus anders doen! Dat vraagt om de schaarse, hoog-specialistische jeugdzorg die we niet regionaal of via het Landelijk Transitie Arrangement (LTA) [3] beschikbaar hebben (die we definiëren als **essentiële functies**) anders en beter te organiseren.

Bovenregionale samenwerking: gezamenlijke verwerving op G7 niveau

Zoals gezegd is voor de essentiële functies bovenregionale samenwerking nodig. De 7 Gelderse regio's (56 gemeenten[4]) aangeduid als G7, slaan daarom de handen ineen in. Zij kopen de essentiële functies gezamenlijk in en blijven ook na de verwerving samenwerken om de doelen te bereiken. Waarbij het uitgangspunt overeind blijft dat alles wat de regio's regionaal kunnen doen, ze ook op regionaal niveau oppakken. Maar voor een beperkt aantal complexe zorgvragen (waar op regionaal niveau onvoldoende schaalgrootte is om de daarvoor gevraagde hoog specialistische kennis en specifieke zorg te waarborgen), organiseren de regio's in de bovenregionale samenwerking de beschikbaarheid hiervan. Verder faciliteren de regio's dat aanbieders daadwerkelijk bovenregionaal met elkaar kunnen samenwerken rondom een kind.

---

[1] Verder in de tekst aangeduid als aanbieder(s).

[2] Verder in de tekst aangeduid als regio's.

[3] Landelijk transitiearrangement: Afspraken die de VNG maakt (namens alle gemeenten) met aanbieders die een essentiële, **landelijke** functie vervullen in het zorglandschap.

[4] We spreken in dit document over Gelderse Jeugdhulpregio's (G7), Gelderse kinderen en Gelderland als geografische afbakening. Onder de G7 jeugdhulpregio's vallen echter ook gemeenten die **niet** in de provincie Gelderland liggen, maar **wel** onderdeel zijn van deze verwerving. De volledige lijst met de gemeenten die onderdeel zijn van deze verwerving is opgenomen in bijlage 1.

Partnerschap

Niet alleen de G7 regio's gaan onderling samenwerken. Ook de aanbieders en regio's samen gaan een transformatieproces in waardoor de zorg van betere kwaliteit wordt en zo dichtbij huis en zo thuis mogelijk geleverd wordt. Zij hebben daarbij uitgesproken om deze belangrijke opdracht in **partnerschap** vorm te geven. Ieder vanuit de eigen rol als opdrachtnemer (aanbieders) en opdrachtgever (regio's). Belangrijke **stakeholders** zoals verwijzers, ervaringsdeskundigen, RET's en onderwijspartijen zijn betrokken tijdens de totstandkoming van het toetredingsdocument en hebben actief meegedacht en meegesproken bij de uitwerking van de opdracht. En last, but nog least, gaan de aanbieders onderling, vanuit de verschillende domeinen, de samenwerking aan om de opdracht essentiële functies gestalte te geven.

Proces

In dit fundament staat de opdracht die de regio's als opdrachtgever uitvragen verder uitgewerkt. De regio's hebben vanaf de start van de samenwerking op essentiële functies aangegeven dat zij de opdracht samen met zorgaanbieders en stakeholders uit wilden werken. De regio's hebben dat vormgegeven door marktconsultaties, overlegtafels en inhoudssessies (hoteldagen) te organiseren. Tijdens deze overleggen is inbreng vanuit verschillende standpunten ingebracht en is, in gezamenlijkheid, de opdracht verder uitgewerkt en aangescherpt.

Waar staan we over 7 jaar?

In het fundament is allereerst het **vergezicht/de stip op de horizon** geschetst. Daarbij hebben alle betrokken partijen, los van bestaande hobbels en beren op de weg, met elkaar nagedacht hoe de zorg voor de meest kwetsbare kinderen en hun gezin, idealiter vorm moet krijgen in een periode van 7 jaar. Dit vergezicht is verwoord in hoofdstuk 1 deel 1.

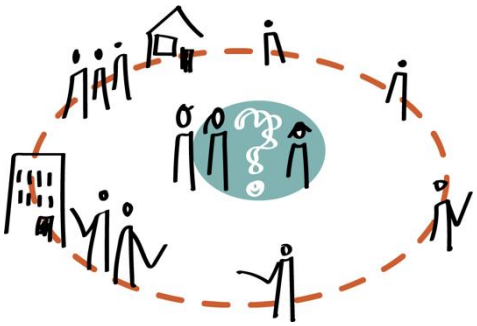
Beschrijving opdracht

In deel 2 van hoofdstuk 1 is het vergezicht verder geconcretiseerd. Dat betekent dat op inhoud beschreven is welke diensten onder de opdracht vallen, wat de beoogde doelen zijn, welke kernaspecten van kwaliteit geformuleerd zijn en welke ontwikkeling de zorg moet doormaken. Ook wordt de toegang en de instroom in de essentiële functies uitgewerkt. Daarbij is ook de afbakening en de verhouding tot lokaal, regionaal en landelijk aanbod en organisaties zoals het RET, verwijzende instanties en plaatsingscommissie beschreven. Verder is omschreven wat nodig is om een goede en effectieve uitstroom te realiseren en welk proces daarvoor wordt ingericht.
Er is een onderscheid gemaakt tussen de gewenste situatie op de langere termijn (deel 2) en de huidige situatie vanaf ingangsdatum van de opdracht met daarbij een ingroeipad. Dat laatste is te vinden in hoofdstuk 1 deel 3 'ingroeimodel'.

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de wijze waarop regio's en aanbieders monitoren en sturen op de realisatie van de gewenste transformatie en resultaten.
Hoofdstuk 3 is volledig gewijd aan de bekostiging. Het bekostigingsstelsel voor de gehele opdracht inclusief de tarieven is hierin opgenomen en de bekostigingsafspraken over leren en ontwikkelen.
Het sluitstuk van de verwerving is de overeenkomst. In de bijlagen is de conceptovereenkomst opgenomen waarin de afspraken die voortvloeien uit de opdracht zijn vastgelegd. Zoals landelijk is afgesproken, hebben we de overeenkomst behorende bij de Contractstandaard Jeugd als basis gebruikt. Tot slot wordt in dit fundament een aantal keren verwezen naar het Plan van Aanpak dat de samenwerkende aanbieders moeten indienen bij de inschrijving op de opdracht In het plan van aanpak beschrijven aanbieders op welke manier zij invulling geven aan de opdracht. Een omschrijving van het Plan van Aanpak is toegevoegd aan het toetredingsdocument.

Hoofdstuk 1 Inhoudelijk fundament

DEEL 1 VERGEZICHT OVER 7 JAAR



Over 7 jaar is er voor een kleine groep kinderen en hun gezin[5] (kleiner dan nu) integrale hoog specialistische zorg bovenregionaal beschikbaar. Aanbieders van deze zorg **werken samen** om maatwerk te bieden voor deze kinderen. Regio's hebben de randvoorwaarden gecreëerd die het mogelijk maken om dit maatwerk te leveren. Een kind en het gezin wordt niet onvrijwillig[6] doorgeplaatst en zij worden niet 'losgelaten'. Er wordt altijd toegewerkt naar een passend (regionaal) **perspectief**. Beroepsmatig handelen gebeurt altijd met zicht op dit perspectief. De omgeving van het kind maakt onderdeel uit van het perspectief. Dat kunnen de ouder(s), pleeg/gezinshuisouders, maar ook familie of vrienden zijn.

In Gelderland is **integrale hoog-specialistische zorg** inclusief verblijf beschikbaar voor deze kinderen. Er is altijd de integrale hoog-specialistische zorg aanwezig die nodig is (vanuit de verschillende domeinen J&O, LVB, J-GGZ, Verslavings- en Forensische zorg). Het verblijf is **gezinsgericht en kleinschalig**, waarmee we bedoelen dat er een relatie- en ontwikkelingsgericht klimaat is. Verblijf is waar mogelijk in een wijk, maar er zijn ook verblijfsfuncties op terreinen. Dit zijn terreinen, waar hybride verblijfsvormen zijn (gesloten, semi-open en open) en die onderdeel zijn van de maatschappij waardoor het makkelijk is om aangehaakt te blijven bij **'het normale leven'**. Uitgangspunt bij deze verblijfsvormen is dat de inhoud past bij het perspectief van het kind. Dat betekent dat niet alleen gefocust wordt op een zo kort mogelijk verblijf, maar dat het ook mogelijk is voor een kind en het gezin om zo lang als nodig is ondersteuning en bescherming te ontvangen.

De RET's in Gelderland kunnen daarnaast een bovenregionaal mobiel team **(mobiele brigade)** inzetten dat actieve en outreachende diensten verleent. Dit team is aanvullend op de huidige expertise in de RET's, snel inzetbaar, bestaat uit professionals met expertise en ervaring op het vlak van J&O, LVB, J-GGZ, Verslaving en Forensische zorg. De mobiele brigade heeft de competenties om professionals, die werken met de kinderen die gebruik maken van (regionaal gecontracteerd) verblijf en die gebruik dreigen te gaan maken van de zorg in essentiële functies, te ondersteunen. Ook ondersteunt de mobiele brigade bij uitstroom uit de essentiële functies, zodat het landen in een voorziening dicht bij huis, beter verloopt. Deze mobiele brigade signaleert, ondersteunt, voert uit, voorkomt onvrijwillige doorplaatsingen en ondersteunt bij een goede doorstroom vanuit de essentiële functies terug naar 'huis', in welke vorm dan ook. Op de langere termijn kan de mobiele brigade, waar nodig en gewenst, bijdragen aan het voorkomen van uithuisplaatsingen.

Om de essentiële functies goed te kunnen uitvoeren, is er over 7 jaar een **sterk regionaal zorglandschap** georganiseerd waarin de volgende vormen van ondersteuning zijn gewaarborgd:

- Acute crisishulp, in alle vormen, inclusief de High Intensive Care voorzieningen in de J-GGZ;

[5] We spreken in deze verwerving over 'kind en gezin'. Daarmee wordt bedoeld dat het kind centraal staat en dat in de zorg voor het kind óók de zorg voor het gezin van het kind wordt meegenomen. 'Gezin' wordt hierbij breed uitgelegd: dat kunnen ook gezinshuisouders, pleegouders of andere belangrijke personen voor het kind zijn (omgeving van het kind).
[6] Onvrijwillig = ongewenst en gedwongen. Hier wordt niet gedoeld op een door de kinderrechter opgelegde machtiging gesloten plaatsing.

- Regionale (intensieve) ambulante expertise zodat steeds minder kinderen inzet vanuit de essentiële functies nodig hebben en de zorg regionaal en zo dichtbij mogelijk kan worden georganiseerd. Dit is inclusief integrale vormen van regionale zorg;
- Verblijf (niet zijnde essentiële functies-verblijf). Daaronder vallen ook 'onvoorwaardelijk wonen' plekken en bedden met een (intensieve) J-GGZ-behandelcomponent;
- RET: een dynamische netwerkorganisatie bij vastgelopen casuïstiek.

Het bovenregionale essentiële functies zorglandschap over 7 jaar bestaat uit:
- Integrale hoog specialistische zorg inclusief verblijf voor een kleine groep kinderen;
- Mobiele Brigade.

Nieuw woordenboek

Bij een transformatieproces horen ook termen die passend zijn bij nieuwe vormen van zorg. Vanuit de ervaringsdeskundigen is dit meermaals aangegeven: de terminologie die gebruikt wordt in de huidige jeugdzorg, zoals 'verblijf' en 'casus' wordt door veel kinderen niet als gelijkwaardig en niet respectvol gevoeld. Verder gebruiken de sectoren onderling ook verschillende termen. We spreken af dat gedurende het transformatieproces ook in gezamenlijkheid een nieuw 'woordenboek' wordt ontwikkeld. In deze opdracht hanteren we de huidige termen, om de opdracht zo duidelijk mogelijk te schetsen voor iedereen. Het helpt als herkenbare definities gebruikt worden. Zo nodig wordt een definitie verder uitgelegd.

DEEL 2 UITWERKING EN BESCHRIJVING VAN DE INHOUD EN BEOOGDE DOELEN VAN DE DIENSTEN

1.1. Transformatieproces

In Deel 1 is het vergezicht, het **ideale** zorglandschap over 7 jaar beschreven. Met de opdracht die de regio's uitzetten in deze verwerving, zoeken zij samenwerkende aanbieders uit de domeinen J&O, LVB, J-GGZ, Verslavingszorg en Forensische zorg die zich willen **verbinden** aan dit vergezicht en naar dit eindplaatje toe willen werken.
In Deel 2 wordt verder geconcretiseerd wat er in de komende 7 jaar tussen de start van de samenwerking en het bereiken van het vergezicht nodig is en welke diensten worden ingekocht. Daarbij realiseren regio's zich dat wat gevraagd wordt in de opdracht een **transformatieproces** is dat een lange doorlooptijd heeft, waaraan aanbieders en regio's niet volledig kunnen voldoen vanaf de start. Daarnaast is het een proces waarin voortdurend bijgestuurd moet worden. Het zorglandschap verandert, inzichten veranderen op basis van ervaring en onderzoek, wettelijke kaders kunnen wijzigen en alle partijen leren in de uitvoering en de samenwerking.

1.2. Beoogde doelen/ resultaten

Voor een beperkt aantal hoog complexe zorgvragen is de zorg binnen Gelderland nog niet voldoende geregeld: kinderen en gezinnen vallen tussen wal- en schip bijvoorbeeld door verschillende regelgeving, betrokken partijen zijn handelingsverlegen, kinderen worden te vaak onvrijwillig doorgeplaatst, zorgtrajecten stapelen zich op omdat er bijvoorbeeld niet op tijd naar de juiste zorg verwezen is, het perspectief voor een kind en het gezin ontbreekt, het leefklimaat voor een kind is onvoldoende gezinsgericht en kleinschalig of bedden zijn niet beschikbaar omdat kinderen uit overige delen van het land geplaatst worden binnen de voorzieningen in Gelderland. De opdracht tot samenwerking op essentiële functies heeft tot doel om de zorg voor deze kinderen en hun gezinnen sterk te verbeteren!

Dat bereiken we door:

Breng expertise naar het kind en gezin, verplaats de zorg en niet het kind:
Integrale hoog specialistische expertise en ervaring met complexe zorgvragen is beschikbaar. Er is een mogelijkheid voor een verblijfsplek voor een kind waar naast de benodigde expertise die daar al aanwezig is, de ontbrekende expertise en ervaring vanuit andere zorgvormen en aanbieders aan toegevoegd wordt.

Beschikbaarheid garanderen van schaarse hoog-specialistische zorg
We garanderen de beschikbaarheid van een aantal voorzieningen door hiervoor beschikbaarheidsfinanciering af te spreken. Doel hiervan is om wachtlijsten te voorkomen en juiste hulp op het juiste moment beschikbaar te hebben. We monitoren het gebruik van de voorzieningen om beter inzicht te krijgen in de benodigde aantallen. We sturen gezamenlijk op het voorkomen en oplossen van hiaten in het zorglandschap. We stimuleren doorstroom in essentiële functies verblijf. Schaarse expertise en voorzieningen blijven daarmee beschikbaar, waarbij spreiding in Gelderland en efficiency het uitgangspunt is[7].

[7] Daarbij zoeken we naar de juiste balans tussen de wens tot spreiding en efficiency en het gegeven dat dit schaarse zorg is waaruit een zekere noodzaak tot concentratie volgt.

Kwalitatief leef- en behandelklimaat
Kinderen leven in huiselijke sfeer, volgen onderwijs en hebben vrijetijdsbesteding. Dit 'gewone' leven is leidend in diagnostiek en behandeling. We bieden relationele veiligheid in plaats van beheersmatige vrijheid. Het streven is om het aantal onvrijwillige doorplaatsingen naar 0 te brengen. Wanneer een kind op een verblijfsplek is, wordt direct perspectief geboden. Doel daarbij is zo snel als mogelijk terug naar huis of de leef plek waar het kind verbleef. Om dit te bereiken is het systeem rondom een kind altijd onderdeel van het leef- en behandelklimaat. Er wordt tegelijkertijd ingezet op wat het systeem nodig heeft om het kind weer (in een) thuis te kunnen ontvangen.

Ruimte bieden voor samenwerking door middel van krachtig opdrachtgeverschap
De regio's sturen samen op inhoud en het beschikbaar houden van schaarse expertise en voorzieningen binnen Gelderland. We werken in G7 verband aan duurzame en veilige oplossingen voor zeer kwetsbare kinderen en gezinnen. Dit is aanvullend op de lokale- en regionale oplossingen. De regio's samen faciliteren dat aanbieders krachtige opdrachtnemers kunnen zijn. De aanbieders werken samen in de beste combinaties van voorzieningen en expertises. Regio's faciliteren dit door een bekostigingssystematiek af te spreken die ruimte biedt voor de beoogde transformatie. Door langlopende afspraken te maken, 'administratief luwe' processen af te spreken en open te staan voor innovaties.

1.3. Beschrijving Essentiële functies en de kinderen/gezinnen die hier gebruik van maken

Essentiële functies zijn de integrale hoog specialistische zorgvormen (niet vallend onder een regionaal of LTA-contract) die zich richten op kwetsbare kinderen en hun gezinnen en/of netwerk. Hun zorgvragen - en de oorzaken ervan - zijn divers (heterogeen). Daarmee kan niet gesproken worden over een eenduidige of samenhangende doelgroep. Er is sprake van meervoudige en complexe zorgvragen. Niet één van de problematieken is bovenliggend, maar het is een combinatie van meerdere kernproblemen en de oplossing/aanpak/behandeling vraagt om intersectorale samenwerking. Tegelijkertijd kunnen een aantal beschermende factoren ontbreken. De combinatie van deze factoren zorgt voor ernstige ontregeling, en/of veiligheidsrisico's bij het kind zelf en in de omgeving. Het perspectief voor deze kinderen ontbreekt.

Er is geen scherpe afbakening op diagnose of problematiek op kindniveau te maken. Er valt onder andere te denken aan een combinatie van (niet limitatief):

- Achterstand in de (functie-)ontwikkeling en/of adaptieve vaardigheden en sociaal emotionele ontwikkeling.
- Gezondheidsproblemen, somatische aandoeningen.
- Forse externaliserende (waaronder forensische) gedragsproblemen.
- Ernstige internaliserende psychische klachten (zoals bijvoorbeeld stemming, trauma, dwang).
- Psychiatrische problematiek of dubbeldiagnoses zoals psychiatrische aandoeningen met verslavingsproblematiek of persoonlijkheidsproblematiek in ontwikkeling.
- Kwetsbaarheid voor slachtofferschap van mensenhandel/ criminaliteit/ middelengebruik.
- Intergenerationele problemen. Het kan daarbij gaan over trauma en hechtingsproblematiek van ouders maar ook over bijkomende problemen zoals complexe scheiding; huiselijk geweld; financiële problemen; psychiatrische problematiek ouders inclusief verslavingen of mishandeling/verwaarlozing.

De beoordeling of de zorgvraag van een kind en gezin past binnen de essentiële functies is altijd professioneel maatwerk op grond van een goede analyse (verklarende analyse).

1.4. Integrale zorg

Voor kinderen en gezinnen die een dergelijke complexe zorgvraag hebben, moeten de essentiële functies een antwoord bieden: integrale zorg van hoog-specialistische expertise en ervaring met deze kinderen en gezinnen. Met de mogelijkheid om een (tijdelijke) verblijfsplek te bieden binnen een kwalitatief hoogstaand leef- en behandelklimaat. Onderwijs en vrijetijdsbesteding moeten onderdeel zijn van de geboden integrale zorg. Daarbij wordt niet alleen gedoeld op de fysieke aanwezigheid van een onderwijsvoorziening of vrije tijdsbestedingslocatie bij of op de verblijfslocatie, maar op het realiseren van een onlosmakelijke eenheid van 24-uursverblijf. Met ambulante behandeling, onderwijs, werk/dagbesteding en vrijetijdsbesteding in passende vorm beschikbaar. Een passende vorm van onderwijs, is onderwijs dat zoveel mogelijk aansluit op de leefwereld van het kind. Waarbij gestuurd wordt op behoud van het onderwijs dat het kind al volgt en waarin niet alleen gefocust wordt op verblijfsvormen waar 'intern' onderwijs de enige optie is.

1.5. Geen contra-indicaties

Het bieden van integrale zorg betekent dat wanneer een kind en het gezin gebruik maakt van essentiële functies, alle betrokken aanbieders en regio's samenwerken en zich verbinden om de passende zorg te bieden. Partijen verplichten zich zorg te bieden op alle problematieken. Dat betekent:

- expertise toevoegen waar dat nodig is;
- opvolgende zorgtrajecten voorkomen, dan wel tijdig doorbreken (matched care in plaats van stepped care);
- altijd contact met het kind maken;
- ieder kind krijgt een perspectief.

Onderdeel van het verkrijgen van perspectief kan ook de inzet van medisch specialistische zorg zijn (bijvoorbeeld een detoxbehandeling bij verslaving of J-GGZ-behandeling bij eetproblematiek) of het organiseren van een time-out plek. Van de aanbieders en regio's wordt ook verwacht dat zij goed afstemmen en samenwerken met partijen buiten het samenwerkingsverband.

Maar simpel gezegd: 'er valt geen kind meer tussen wal en schip, we zeggen geen nee, kinderen worden niet onvrijwillig verplaatst en we zetten alles-op-alles om dit kind een perspectief te bieden.'

We zijn hier al mee gestart en vanaf 2025 intensiveren we deze beweging door het aangaan van de opdracht essentiële functies. Daarbij nemen we in ogenschouw dat aanbieders in samenwerking met regio's ook ontwikkelruimte nodig hebben om toe te groeien naar de juiste oplossingen: verblijfsplaatsen, interventies en behandelingen.

1.6. Criteria essentiële functies

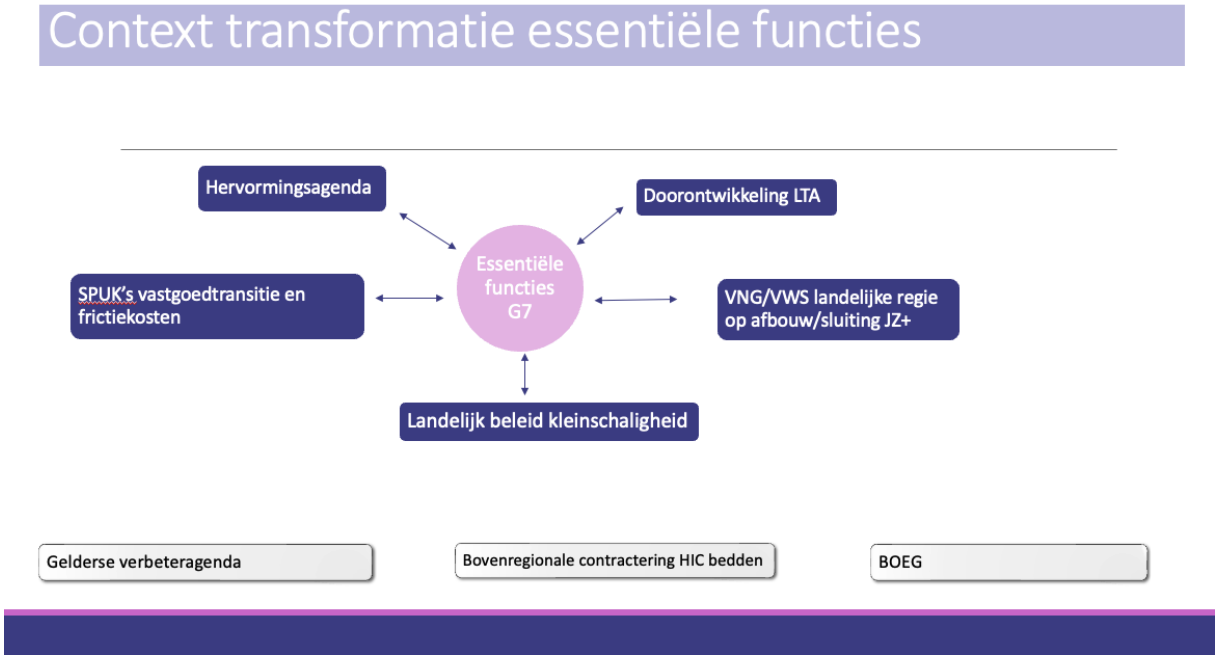
Om binnen de afbakening van de opdracht voor de essentiële functie te vallen moet een functie aan de volgende criteria voldoen:

- Er is schaarse, hoog-specialistische kennis en ervaring binnen deze functie, die voor een beperkt aantal Gelderse kinderen relevant is. Er zijn echter voldoende kinderen om die hoog-specialistische kennis wel in Gelderland beschikbaar te willen hebben en;
- Van de zorg van deze functies wordt gebruik gemaakt door kinderen uit meerdere Gelderse regio's en;
- Het betreft een geconcentreerde functie, die niet in alle regio's aanwezig is of ontwikkeld kan worden.

1.7. Wettelijk kader

De essentiële functies zijn er voor kinderen die zorg nodig hebben op grond van de Jeugdwet (inclusief juridisch kader JZ+ en de wet rechtspositie gesloten jeugdzorg die 1-1-24 in werking is getreden). Hieronder vallen ook de kinderen met ernstige psychische klachten of die met een zorgmachtiging op grond van de Wet verplichte GGZ verplichte zorg krijgen. Er zijn ook essentiële functies met verblijfsvoorzieningen waar kinderen met een verstandelijke beperking in het kader van de Wet Zorg en Dwang verblijven. Als laatste kan ook jeugdhulp in het strafrechtelijk kader worden ingezet (forensische zorg).

1.8. Context van de transformatie



1.8.1. Hervormingsagenda Jeugd

Dit traject heeft een duidelijke relatie met de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2026. Een van de punten uit de Hervormingsagenda is het verbeteren van de organisatie en inkoop van specialistische jeugdzorg. Hiervoor is de volgende opgave geformuleerd: "kwetsbare *jeugdigen die (hoog)specialistische hulp nodig hebben moeten kunnen rekenen op tijdige en passende hulp. Voor het significant verbeteren van de beschikbaarheid van deze hulp moet het stelsel worden hervormd en versterkt. Daarom zijn maatregelen nodig die zien op verplichte regionale samenwerking en regionaal contracteren, landelijk contracteren en het verminderen van de uitvoeringslasten van zowel gemeenten als jeugdzorgaanbieders (jeugdhulpaanbieders en GI's). Het cliëntperspectief wordt meegenomen om te komen tot passende hulp*." Om dit te bereiken zijn de volgende bestuurlijke afspraken gemaakt: versterken van de regio's, standaardiseren van inkoop, kwaliteit en administratie, inkopen op landelijke schaal, regievoeren op regio-overstijgende transformatie, onderzoek naar verevenen van risico's (tussen gemeenten onderling).

Vanuit deze landelijke context is het van belang dat binnen Gelderland alvast stappen gezet worden die aansluiten op de bovenstaande opgaven. Dat doen we met **robuuste bovenregionale samenwerking en uniforme afspraken**. Deel hiervan is adequate zorg beschikbaar te hebben voor deze kleine groep meest kwetsbare kinderen en hun ouders.

1.8.2. Afstemming landelijk, regionaal en lokaal aanbod

Zoals hiervoor is geschetst staat de transformatie van hoog specialistische jeugdhulp binnen Gelderland niet op zichzelf. Er zijn landelijke invloeden, maar de transformatie moet zich ook verhouden tot andere vormen van gecontracteerd aanbod op landelijk niveau (LTA), regionaal niveau (regulier regionaal aanbod) en gemeentelijk niveau (lokaal aanbod/preventief).
Uitgangspunt is dat de essentiële functies **aanvullend** zijn op de lokale en regionale oplossingen of aanbod. We verwerven deze functie gezamenlijk op G7 niveau omdat ze schaars zijn en ze beschikbaar moeten zijn voor het gehele bovenregionale gebied.

Daarnaast is er landelijk gecontracteerd aanbod (LTA) voor hoogspecialistisch aanbod dat op landelijke schaal georganiseerd is. Wat LTA gecontracteerd is, blijft dat in principe ook. Waarbij we wel zoeken naar mogelijkheden om zoveel mogelijk hoogwaardige expertise binnen het aanbod essentiële functies beschikbaar te hebben om onvrijwillige doorplaatsingen te voorkomen.

1.8.3. Landelijk beleid 'toewerken naar kleinschaligheid'

Binnen Gelderland wordt volop gewerkt aan het realiseren van kleinschalige en gezinsgerichte jeugdzorg. Zowel lokaal, regionaal als bovenregionaal. We doen dit vanuit een sterke behoefte in Gelderland om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, maar ook omdat dit voortvloeit uit landelijk beleid (Rijk) en landelijke afspraken (Rijk en VNG):

- Inspectierapport Inspectie Gezondheid Jeugd: Hiaten in Gelders aanbod voor jeugdigen met zeer complexe vraag o.a. J-GGZ en specialistisch 24-uurs verblijf;
- Kamerbrief 'Passende hulp voor jeugdigen die bescherming en veiligheid nodig hebben': Ambitie per 2025 alle gesloten jeugdhulp kleinschalig en afbouw per 2030;
- Specifieke uitkering (SPUK) vastgoedtransitie JeugdzorgPlus, voor ombouwen van het vastgoed naar kleinschalige groepen;
- Specifieke uitkering (SPUK) vastgoedtransitie driemilieusvoorzieningen (idem).

Deze landelijke opdrachten zorgen voor een verschuiving in het Gelders zorglandschap en deze ontwikkelingen hebben ook een financiële impact die we duidelijk terugzien in hogere tarieven.

1.8.4. Afbakening G7

De verwerving van de essentiële functies vindt plaats op G7 niveau. De samenwerking binnen G7 is georganiseerd en heeft een ambtelijke en bestuurlijke structuur. De G7 werkt op meerdere vlakken samen. Vanuit het Bovenregionaal Expertisenetwerk Jeugdhulp Gelderland (BOEG) zijn er verschillende trajecten om de zorg te verbeteren en hierover gezamenlijk afspraken te maken. De Gelderse verbeteragenda en de bovenregionale contractering van de HIC-bedden zijn daar goede voorbeelden van. Daarbij kent Gelderland van oudsher veel verblijfsvoorzieningen. Voor de schaarse voorzieningen die we willen verwerven is het G7 niveau een logisch verband. Daarbij moeten we wel in ogenschouw nemen dat aanbieders van essentiële functies veelal niet (geheel) Gelders georiënteerd zijn én dat omliggende regio's buiten de G7 ook gebruik maken van de essentiële functies die geografisch in Gelderland gesitueerd zijn. Tegenovergesteld maken Gelderse regio's ook gebruik van essentiële functies die niet in Gelderland liggen. Dit zijn factoren waar we rekening mee houden.

1.9. Beschrijving diensten

1.9.1. Samenhang integrale zorg

Zoals in paragraaf 1.1 is beschreven is voor de opdracht essentiële functies samenwerking tussen aanbieders uit de domeinen J&O, LVB, J-GGZ, Verslavingszorg en Forensische zorg nodig.

We verwerven twee diensten die **in samenhang** moeten worden geleverd:

- Mobiele brigade
- Integrale hoog specialistische zorg

De mobiele brigade is "de voordeur[8]" voor de essentiële functies: een team dat **actief en snel handelt** en alles inzet dat nodig is voor het voorkomen van een onvrijwillige overplaatsing. Zonder bureaucratische rompslomp. Het is het team dat voldoende capaciteit heeft om hands-on, met het netwerk samen, te werken aan oplossingen. Dit kan in de vorm van kortdurende interventies/directe ondersteuning.
De mobiele brigade is outreachend en verleent actieve consultatieve diensten. Om verblijf of een onvrijwillige doorplaatsing te voorkomen, dan wel de stagnatie die soms ontstaat rondom uitstroom uit de essentiële functies, te verminderen.

Integrale hoog-specialistische zorg is een **integraal "totaalpakket"** van zorg met verblijf voor de kinderen die in aanmerking komen voor de essentiële functies. Dat betekent dat het verblijf waar nodig op maat aangevuld is met ambulante expertise en kennis van aanbieders uit het samenwerkingsverband. Zodat zij gezamenlijk de passende zorg kunnen bieden. De samenwerkende aanbieders hebben de hoog specialistische kennis en ervaring die benodigd is voor het vormgeven van hoog specialistisch verblijf.

De samenwerkende aanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het leveren van de twee diensten als geheel, het betreft een **integrale opdracht**.

In de volgende sub paragrafen worden de diensten verder toegelicht.

1.9.2. Mobiele brigade

Kaya is 14 jaar en woont sinds een paar jaar in een pleeggezin. Ze heeft autisme. Het ging goed in het pleeggezin, maar sinds een jaar trekt ze zich steeds meer terug. In de laatste maand komt ze nauwelijks nog haar kamer uit. Ze gaat niet meer naar school en naar de zorgboerderij en komt eigenlijk het huis niet uit. Pleegmoeder maakt zich ernstige zorgen, maar weet niet meer wat ze kan doen. Kaya is niet te motiveren. De gesprekken die ze heeft met haar begeleider wil ze niet meer. Ze zegt niet meer te willen praten. De betrokken gezinsvoogd meldt zich bij het RET voor een advies.
Het RET adviseert de inzet van de mobiele brigade. Doel is weer in contact te komen met Kaya en duidelijkheid te krijgen over de oorzaken van de problemen. Daarnaast wordt er specifiek gevraagd om kennis over depressie in samenhang met autisme, om met Kaya te kijken wat haar gaat helpen. De mobiele brigade werkt met Kaya aan het herstellen van haar dagritme. Ook ondersteunt de mobiele brigade haar pleegouders om te voorkomen dat Kaya naar een leefgroep moet worden overgeplaatst.

[8] De mobiele brigade is geen verplichte tussenstap om een indicatie voor essentiële functies te verkrijgen.

Actieve consultatieve dienstverlening

De kern van de mobiele brigade is dat zij actief en outreachend werkt en ervaring, expertise en specialisme toevoegt. De mobiele brigade is flexibel, snel beschikbaar, voegt toe met actief handelen en biedt outreachende hulp gericht op het kind en het opvoedsysteem (specialistische ondersteuning). In de mobiele brigade is diverse kennis en expertise aanwezig. De medewerkers van de mobiele brigade staan naast het gezin en kind, maar ook naast de residentiële teams of gezinsouders. Het doel is om kennis en kunde naar het kind te brengen en actief toe te voegen in plaats van het kind te verplaatsen naar de zorg. Het mobiele team werkt aan een perspectief waarin weer helder is hoe de zorg passend kan worden geleverd. Bij voorkeur kan de aanbieder, die al bij het kind en gezin betrokken is, weer verder.

Nazorg

De mobiele brigade kan ook ingezet worden als een kind, na een kort verblijf in de essentiële functies, weer terug kan naar de woonplek waar het vandaan komt. De mobiele brigade neemt dan niet over, maar gaat naast het kind, het gezin en het residentiele team of gezinsouder staan.

Positionering

De mobiele brigade is een outreachend team, gevormd door de samenwerkende aanbieders. De mobiele brigade kan door een RET of RET-voorzitter worden ingezet als een casus dreigt vast te lopen, onvrijwillige doorplaatsing dreigt of daar waar het RET ziet dat er expertise gemist wordt. Het is belangrijk dat de mobiele brigade en de RET-voorzitter een korte lijn hebben. Het RET blijft altijd verantwoordelijkheid voor procesregie. De mobiele brigade neemt dat niet over.

De leden van de mobiele brigade hebben vanuit de inhoud geaccepteerd gezag (overtuigingskracht en vertrouwen) vanuit alle samenwerkingspartners binnen de essentiële functies. Bij visieverschil (tussen professionals) over wat het best passende antwoord is op de zorgvraag, kan de mobiele brigade ingezet worden om tot één helder verhaal te komen: als er een verklarende analyse ligt, brengen zij deze verder door er samen met betrokkenen, één werkhypothese van te maken waarop geacteerd kan worden. Als er nog geen verklarende analyse ligt, dan kan de mobiele brigade hierbij ondersteunen. De mobiele brigade kijkt qua oplossingen met een frisse blik/buiten kaders en denkt niet alleen in termen van ’een bed’ of ‘behandeling’. Het is van belang dat de mobiele brigade niet aan het einde van de keten zit. De mobiele brigade moet tijdig ingezet worden, om stepped care te voorkomen en matched care te realiseren.

Vaste kern

De mobiele brigade bestaat uit een vaste kern van personen die tijdelijk het gezicht en het aanspreekpunt zijn voor de casusregisseur en het kind/gezin, gezinsouder en/of residentieel team.
Het is belangrijk dat de mobiele brigade zichtbaar is en geaccepteerd gezag op inhoud heeft bij derden zoals andere zorgaanbieders, regio’s en onderwijs. De mobiele brigade moet het vermogen hebben om:

- In te kunnen schatten welke (gecombineerde) vormen van zorg en inzet helpend zijn voor het kind en de omgeving waar het kind verblijft;
- Te bedenken hoe het ‘anders kan’ ten opzichte van hetgeen al ingezet is;
- Een verbindende rol te vervullen;
- Rust te brengen in de situatie (ondersteunen bij ‘verdragen en vertragen’) en om een systeemanalyse te maken van de oorzaak van het vastlopen van de casus.

De mobiele brigade bestaat in ieder geval uit:

- Eerste aanspreekpunt/verbinder;
- Ervaren WO-geschoolde professional (2 personen) uit de diverse domeinen;
- Systeemgericht ambulant hulpverlener;

- Ervaringsdeskundige.

In het vaste kernteam is deskundigheid geborgd van J&O, J-GGZ, (L)VB, Verslavingszorg en Forensische zorg en een combinatie van kennis van kind-factoren en kennis van (professionele)opvoedfactoren aanwezig. Belangrijk is dat de verbinding met de volwassen GGZ gelegd kan worden.

Het eerste aanspreekpunt van de mobiele brigade vormt een belangrijke verbinding met de voorzitter van het RET[9]. De RET-voorzitter zorgt voor de verbinding met de contractmanager en beleidsadviseur van de op casusniveau verantwoordelijke gemeente. Ook zorgt de RET-voorzitter voor de verbinding met het onderwijs (samenwerkingsverband).

Geen behandeling en geen overname regie

De mobiele brigade draagt geen eigenstandige behandelverantwoordelijkheid. Medewerkers van de mobiele brigade zijn zelfstandig verantwoordelijk voor hun advies en steunende activiteiten, zij ondersteunen binnen het kader waarbinnen zij zijn opgeleid en bevoegd zijn. De mobiele brigade is actief ondersteunend (directe ondersteuning in de vorm van kortdurende interventies) en geeft advies aan de zittende regiebehandelaar. Deze draagt verantwoordelijkheid voor uitvoer van het advies. Het advies kan een doorverwijzing naar (opname in) verblijf essentiële functies zijn, maar ook actieve toevoeging van deelbehandeling aan wat al aanwezig is.
Als het kind gebruik gaat maken van verblijf binnen de essentiële functie wordt behandelregie daar belegd. De mobiele brigade neemt niet de casusregie over, deze blijft bij de casusregisseur (lokaal team of jeugdbeschermer/jeugdreclasseerder) en het kind/gezin. De mobiele brigade voegt (tijdelijk) ervaring en expertise toe. Vanzelfsprekend is de mobiele brigade wel verantwoordelijk voor het eigen handelen en advisering.

Doorzettingsmacht

De mobiele brigade moet geaccepteerd gezag hebben op inhoud naar zowel aanbieders als regio's: als de mobiele brigade adviseert om bepaalde zorg in te zetten, dan zorgen aanbieders binnen het samenwerkingsverband ervoor dat deze inzet tijdig beschikbaar is vanuit hun organisatie. En regio's betalen voor deze inzet zonder een administratief complex proces.

Inzet mobiele brigade

De mobiele brigade kan de volgende inzet leveren:

Maatwerk
• Actieve dienstverlening en kortdurende interventies (handelingsgericht): gericht op het kind en de sociale omgeving waarbinnen het kind woont • Actieve ondersteuning van medewerkers van zorgaanbieders Psycho-educatie en training van betrokken ouders/professionals op persoon/context/situatie afgestemde ondersteuningsadviezen • Vliegende keep (het kortdurend ondersteunen van een kind en het gezin of bij de zorgaanbieder, niet zijnde in crisis) om onvrijwillige doorplaatsingen te voorkomen • Out-of-the-box oplossingen uitwerken • Duiding van het systeem: het gedrag van het kind en het (professionele) netwerk kunnen 'lezen' en duiden en hier handelingsadviezen aan koppelen
Uitstroom bevorderen
• Kennisoverdracht verzorgen aan zorgaanbieders of het netwerk thuis waar het kind na verblijf in essentiële functies naartoe gaat

[9] In de clustering van de mobiele brigade wordt rekening gehouden met 7 RET's

- (In samenwerking met de lokale toegang/GI) verbinding leggen met de reguliere jeugdhulp, zodat er gedurende of na afloop van de betrokkenheid van de mobiele brigade passende (na)zorg beschikbaar is. Er vallen hierdoor geen gaten in de hulpverlening
- Beschikbaar zijn na overdracht, als back-up voor de reguliere jeugdhulp (waakvlamcontact). Hier kan de verwijzer een goede rol in vervullen

Plan met advies voor passende zorg

- Advies toevoegen aan bestaande verklarende analyse en perspectiefplan essentiële functies, communicatie hierover met het RET en de gezamenlijke voordeur van de essentiële functies

Verstevigen lokaal veld

- Kennis en ervaring brengen naar het lokale/regionale veld gericht op het kind en de situatie, wat leidt tot bredere kennisoverdracht. De inzet van de mobiele brigade richt zich op het vergroten van het lerend vermogen van de zorgaanbieders waar zij diensten verleent.

Verklarende analyse

Als er bij de start van de inzet van de mobiele brigade geen verklarende analyse is, dan ondersteunt de mobiele brigade erin dat die verklarende analyse er snel komt. Ook hier neemt de mobiele brigade het werk niet over. De verwijzer blijft aan zet voor het opstellen van de verklarende analyse. In de verklarende analyse wordt ook de school en bredere omgeving van kind en het systeem meegenomen. Als er wel een verklarende analyse is wanneer de mobiele brigade wordt ingezet, fungeert de verklarende analyse als vertrekpunt[10]. Waar nodig brengt het mobiele team de verklarende analyse verder zodat er een eenduidige werkhypothese komt.

Flexibel inzetbaar, maar geen crisis

De mobiele brigade is flexibel inzetbaar, zodat het systeem en de betrokken professionals, de inzet van de mobiele brigade ontvangen op de tijden waarop dit nodig is. Dit kan ook buiten kantooruren zijn, bijvoorbeeld als de mobiele brigade mee moet kijken bij eet- of slaapmomenten. Voor de mobiele brigade geldt geen wachtlijst. Inzet van de mobiele brigade is uiterlijk binnen 3 werkdagen beschikbaar. De complexe zorgvragen waar het binnen essentiële functies om gaat, kunnen geen vertraging oplopen. De mobiele brigade is echter geen crisisteam. Er moet snel gehandeld worden, maar niet acuut. In de transformatie willen we organiseren dat, hoewel de mobiele brigade zonder vertraging in te zetten is, dit planbare zorg blijft.

Andere oplossingen: niet méér van hetzelfde

Het gaat in alle trajecten van de mobiele brigade om inzet op maat en het vinden van oplossingen waar dat eerder in het traject nog onvoldoende gelukt is. De mobiele brigade zoekt naar de mogelijkheden om het anders te doen. Vanuit integraliteit en een diversiteit van verschillende zorgvormen en competenties (domein overstijgend). De mobiele brigade richt zich op het toevoegen van expertise aan een situatie en niet op het overnemen ervan.

Nauwe samenwerking met de casusregisseur, onderwijs

De mobiele brigade is een tijdelijke toevoeging in het hulpverleningstraject van een kind. Zij nemen niet over en zijn na verloop van tijd weer uit beeld. Daarom moet de mobiele brigade gedurende het traject een nauwe samenwerking met alle betrokken partijen in het hulpverleningsproces realiseren.

Geen contra-indicaties

De mobiele brigade hanteert geen contra-indicaties, als er vanuit het RET een verzoek komt om ingezet te worden. Zij kunnen op basis van geaccepteerd gezag wel zeggen dat (over)plaatsing naar verblijf in

[10] Er zijn 3 modellen voor het maken van een Verklarende Analyse in omloop. Dit zijn het 7-factorenmodel van Bureau Peers, het model van Accare (Hilde Tempel) of 'De gedeelde verklarende Analyse, eerst begrijpen, dan behandelen' van Molendrift.

de essentiële functies (niet) nodig is. In dat geval geeft de mobiele brigade aan wat er nodig is om hulp passend vorm te geven en in te vullen buiten de essentiële functies.

Wat biedt de mobiele brigade niet?

Om de positie van de mobiele brigade goed te duiden bevat onderstaande opsomming een toelichting op wat de mobiele brigade niet is en niet biedt:

- De mobiele brigade neemt het zorgtraject niet over. Zij voegen uitsluitend toe vanuit geaccepteerd gezag op inhoud.
- Het is niet nodig de mobiele brigade bij iedere overweging voor het inzetten van verblijf in te schakelen.
- De mobiele brigade biedt geen consultatie[11], maar actieve outreachende consultatieve dienstverlening. Consultatie en advies blijft een regionaal product. Er kan een glijdende schaal ontstaan als een paar keer regionaal consultatie en advies is ingezet en dit niet toereikend is. Het Bovenregionaal Expertisenetwerk Gelderland (BOEG) beschikt over een lijst met 'super experts' of 'pareltjes' die geconsulteerd kunnen worden bij hele specifieke problematieken.
- De mobiele brigade gaat niet over de inzet vanuit het onderwijs. Zij kunnen, vanuit geaccepteerd gezag op inhoud, wel partijen bij elkaar brengen die het onderwijs voor het kind moeten regelen.
- De mobiele brigade bepaalt niet het perspectief van het kind. Perspectief wordt altijd bepaald in samenspraak tussen het kind en gezin, casusregisseur en professionals.

In bijlage 2 is een volledige dienstomschrijving van de mobiele brigade opgenomen.

1.9.3. Integrale hoogspecialistische zorg

Kinderen en gezinnen die gebruik maken van de essentiële functies ontvangen integrale hoog-specialistische zorg gecombineerd met verblijf, onderwijs en vrijetijdsbesteding. Aanbieders uit verschillende domeinen (onder andere J&O, LVB, J-GGZ, Verslavingszorg, Forensische zorg) werken samen om de benodigde zorg te leveren en de specifieke kennis en vaardigheden in te zetten waar behoefte aan is binnen dit totaalpakket.

Integrale hoogspecialistische zorg vergt 'nieuw vakmanschap'

De kinderen die een beroep moeten doen op de essentiële functies hebben een zorgvraag die niet eenduidig en rechtlijnig in te vullen is. Er is sprake van co-morbiditeit. Voor deze kinderen is een andere manier van kijken en ook een andere manier van handelen nodig. Deze zorgvragen los je niet sec op 'in de behandelkamer' en niet sec door het kind op te nemen in een verblijfsvoorziening. De complexiteit en samenloop van problemen zorgt er voor dat **integraliteit van zorg** ontzettend belangrijk is. Het **samenvoegen** van expertise, ervaring, vaardigheden en houding, vanuit de verschillende domeinen, waardoor een wisselwerking ontstaat tussen leren en proberen enerzijds en het verbeteren van beleid anderzijds. Opgedane inzichten vanuit een individuele behandeling van een kind worden altijd overgebracht naar de groep waar een kind verblijft. Het over- en weer brengen van expertise en ervaring tussen de verschillende vakgebieden, maar ook tussen de individuele behandelingen en het leer- en ontwikkelklimaat op de groepen brengt de zorg voor deze kinderen op een hoger niveau. Hierdoor ontstaat **'nieuw vakmanschap'**. Het samen ontwikkelen, vakmanschap delen, ander vakmanschap ontvangen en samen leren zorgt voor de integrale hoog-specialistische zorg die nodig is en waarin allen onvoorwaardelijk betrokken zijn bij het kind en het gezin.

[11] Activiteit waarbij een zorgprofessional met bepaalde expertise op verzoek van een collega zorgprofessional advies geeft over een specifiek kind/gezin die door andere professionals en/of in een andere setting wordt behandeld of begeleid. De consultatie kan, afhankelijk van de vraagstelling en specifieke situatie, op verschillende manieren worden vormgegeven. De consultatie kan bestaan uit onderling overleg tussen consultvrager en consultgever of participatie in een multidisciplinair overleg. Hierbij worden het kind en/of ouder niet gezien.

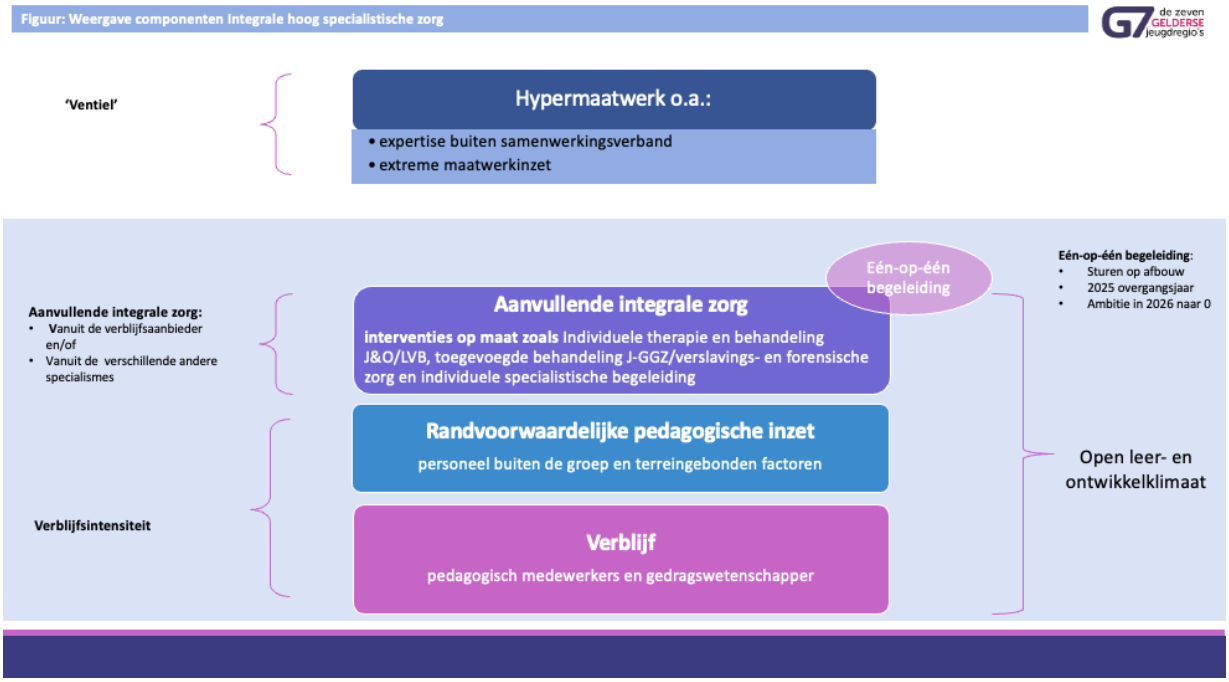
Mick is 16 jaar en woont al een aantal jaren niet meer thuis. Het lukt niet om langere tijd ergens te blijven wonen. Hij heeft op 5 andere woonplekken gewoond. Op de driemilieusvoorziening plek waar Mick nu woont gaat het niet goed. Mick is agressief (verbaal en fysiek) naar de andere kinderen op de groep, gaat niet meer naar school, het vermoeden is dat Mick harddrugs gebruikt naast het blowen en misschien ook dealt. Mick wil niet praten over wat er aan de hand kan zijn en ook al is er al een verklarende analyse, de betrokken hulpverlening ziet geen andere oplossing dan Mick te plaatsen in een JeugdzorgPlusinstelling. De betrokken wijkcoach meldt Mick aan bij de Essentiële functies. Zij nemen hem op in een hybride groep, waarbij ze de verklarende analyse her-evalueren. Mick krijgt een ervaringsdeskundige buddy en er wordt expertise van een verslavingsspecialist met forensische kennis toegevoegd aan de groep. Er blijkt dat Mick de vaardigheden mist om zijn traumagedrag onder controle te houden, hier wordt met Mick een plan op gemaakt, in een tijdelijke veilige omgeving.

Componenten integrale hoog-specialistische zorg

De integrale hoogspecialistische zorg bestaat uit een aantal componenten. Deze componenten komen ook terug in het bekostigingsmodel:

- Verblijf
- Randvoorwaardelijke pedagogische inzet
- Aanvullende integrale zorg
- Een-op-één begeleiding (2025 overgangsjaar, ambitie vanaf 2026 naar 0)
- Hypermaatwerk

In onderstaande figuur wordt de samenhang tussen de componenten inzichtelijk gemaakt.



Verblijf (residentiële voorziening) als onderdeel van integrale hoog specialistische zorg

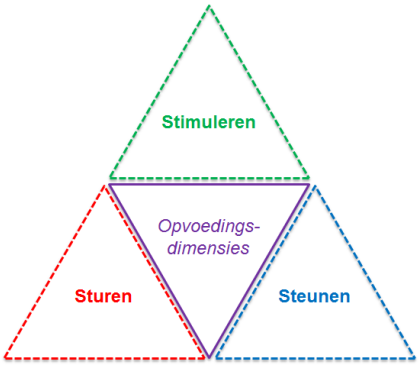
Onderdeel van de integrale hoog-specialistische zorg is een verblijf in een residentiële voorziening. Onder verblijf verstaan we het primaire proces op de groep. Het verblijf op een groep onder begeleiding

van pedagogisch medewerkers en daaraan gekoppelde inzet van gedragswetenschapper(s)[12] ten behoeve van de groep. Kinderen gaan alleen naar een residentiële voorziening als een ambulante vorm van behandeling niet meer passend is vanwege bestaande risicofactoren, door persoonlijke en/of omgevingskenmerken en/of gebrek aan draagkracht van het gezin van herkomst of de locatie waar het kind verblijft. Kinderen worden vrijwillig geholpen in verblijf of gedwongen geplaatst met een maatregel van de kinderrechter.

De kinderen die tijdelijk verblijf nodig hebben, zijn aangewezen op specifiek opvoeden. Dat houdt in dat het leefklimaat, de verblijfssituatie en relatie bewust gehanteerd worden met het oog op vermindering van gedragsproblemen en vergroting van competenties van de kinderen en het gezin.
Direct vanaf de start van het verblijf zijn de prognose voor behandeling en het perspectief na het verblijf onderwerp van gesprek. In principe is verblijf een onderdeel van een ambulant traject, en niet andersom. Samenwerking met ouders wordt gezien als een voorwaarde voor een duurzaam vervolg na het verblijf.

In een orthopedagogisch model voor residentiële behandeling wordt gesproken over het drieluik: verblijf op de groep (voorheen wonen genoemd), dagbesteding (bij kinderen meestal onderwijs) en vrijetijdsbesteding. Verder hoort daar ook de leefsfeer van het gezinssysteem/sociale netwerk bij.
Het fundament van het leer- en ontwikkelklimaat binnen verblijf in een residentiële voorziening wordt gevormd door de behandeling in het drieluik, het aanbod van activiteiten en omgang in de pedagogische relatie. Een open leef-, leer- en behandelklimaat biedt de randvoorwaarden voor kinderen om tot leren en ontwikkeling te komen. En voor medewerkers heeft dit zijn weerslag in het werkklimaat.

Een open leer- en ontwikkelklimaat bestaat uit vier elementen:
Ondersteuning: steun, sensitiviteit en responsiviteit van de professionele opvoeders.
Groei: autonomie, zingeving ("heeft mijn verblijf zin") en ervaren dat je dingen leert die je voorbereiden op een leven buiten de residentiële voorziening.
Structuur (zonder repressie)**:** eerlijkheid van de professionals, beperkte hoeveelheid regels en handhaving, aanwezigheid van privacy en afwezigheid van verveling.
Sfeer: mate waarin veiligheid en vertrouwen tussen kinderen onderling gekoesterd wordt door zowel de fysieke als sociale omgeving binnen de residentiële voorziening.



Randvoorwaardelijke pedagogische inzet[13]
Naast de groepsbegeleiding is er een schil van personeel en zo nodig terreingebonden factoren die bijdragen aan het leer- en ontwikkelklimaat van een kind buiten de groep. Hierbij valt te denken aan activiteitenbegeleider, beveiligers met pedagogische insteek, ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorger, 'vliegende keeps' die bij kunnen springen bij begeleiding naar onderwijs, bij incidenten of na individuele therapie. Ook een medische dienst kan hier onder vallen. Dit zijn personeelsleden en functies die niet groepsgebonden zijn, maar ook niet onder individuele begeleiding of behandeling zijn te scharen.
Omdat de administratieve toedeling van kosten van personele inzet op terreinen per aanbieder verschilt, is in het kader van de bekostiging en het opstellen van tarieven een verfijning in definities

[12] In de diverse werkvelden worden diverse bewoordingen gebruikt, het woord gedragswetenschapper doelt hier op een WO of WO (+) opgeleide professional, te denken valt aan psychologen, orthopedagogen en psychiaters.
[13] In het bekostigingsmodel spreken we hier over "personeel buiten de groep/terreingebonden factoren"

afgesproken. Deze verfijning dient alleen om in dialoog tot een eenduidig gesprek over bekostiging en tarieven te komen en maakt geen onderdeel uit van het inhoudelijk gesprek over de inrichting van zorg.

Aanvullende integrale zorg

Naast de componenten verblijf en het personeel buiten de groep/terreingebonden factoren, hebben kinderen soms ook individuele interventies op maat nodig. Zoals behandeling (therapeutische interventies bijvoorbeeld EMDR, cognitieve gedragstherapie, speltherapie etc.) of individuele specialistische begeleiding. Deze behandeling en begeleiding kan in de meeste gevallen worden geboden door de aanbieders waar het kind verblijft. De zorg wordt aanvullend geboden boven op de verblijfsplek. Kernpunt van de essentiële functies is dat de aanbieders binnen een samenwerkingsverband **integrale zorg** leveren aan een kind vanuit het uitgangspunt dat niet het kind verplaatst, maar de zorg naar het kind toe wordt gebracht. Dat betekent dat aanbieders binnen het samenwerkingsverband afspraken maken over het toevoegen van expertise en ervaring op het moment dat een kind dat nodig heeft en de aanbieder waar het kind verblijft deze niet kan bieden. Deze zorg wordt aanvullend geboden boven op de verblijfsplek en is **direct beschikbaar**, wordt geboden door medewerkers die **integraal kunnen werken** en is tevens **gericht** op het kind en de pedagogisch werkers **op de groep**. Het is daarbij ontzettend belangrijk dat de medewerkers die de aanvullende integrale zorg leveren **tijd en ruimte** krijgen om het 'nieuw vakmanschap' te ontwikkelen. Er is tijd nodig voor reflectie, voor leren, voor elkaar leren kennen en voor het vormen van een integraal aanbod. Om dit 'nieuw vakmanschap' op te zetten en te ontwikkelen, is ervoor gekozen een klein aantal medewerkers vanuit de verschillende domeinen (J&O/LVB, J-GGZ, Verslaving en Forensisch) vrij te maken voor deze taak, zodat zij ook daadwerkelijk beschikbaar zijn. Het gaat dan om 9 fte totaal: 3 fte vanuit de J-GGZ, 3 fte vanuit J&O/LVB en 3 fte vanuit verslaving/forensisch. De overige inzet voor de aanvullende integrale zorg wordt op basis van ureninzet bekostigd. Inzet van de aanvullende integrale zorg verloopt via de betrokken casusregisseur. De inzet van de aanvullende integrale zorg worden gemonitord en geëvalueerd.

Een-op-een begeleiding

In de huidige situatie wordt vaak intensieve individuele een-op-een begeleiding op de groep ingezet. Dat kan een signaal zijn dat het kind niet op een goede plek zit. Het kind heeft dan iets anders nodig dan wat er op die plek in de essentiële functies wordt geboden. In de getransformeerde situatie beperken we een-op-een begeleiding **vanaf 2026 tot 0**, omdat deze zorgvorm inhoudelijk niet bijdraagt aan goede zorg en het een grote financiële kostenpost is. Hierbij houden we wel voor ogen dat een-op-een begeleiding alleen kan worden afgebouwd als kleinschaligheid is gerealiseerd én de overige componenten van de integrale hoogspecialistische zorg voldoende ontwikkeld zijn. We gebruiken 2025 als een **overgangsjaar**, waarin de integrale hoogspecialistische zorg gestalte krijgt en kan groeien. In dat jaar analyseren en leren we van de een-op-een begeleiding die nog wordt ingezet: hoeveel wordt er ingezet en waarom? Een-op-een begeleiding is er voor zeer hoge uitzonderingen, waarbij ernstig gevaar dreigt voor het kind, medewerkers en andere kinderen op de groep, dat niet anderszins is af te wenden of te organiseren. De een-op-een begeleiding valt vooralsnog binnen de essentiële functies omdat we eenduidige afspraken willen maken over de inzet van een-op-een begeleiding en we het goed willen monitoren. Afspraak die we maken is dat een-op-een begeleiding altijd ingezet wordt:

- op basis van een onderbouwd plan waarin afbouw is voorzien;
- voor de duur van maximaal twee maanden.

Als na twee maanden nog steeds een-op-een begeleiding nodig is, voeren regio's en aanbieders hier opnieuw overleg over en is het alleen nog mogelijk om een-op-een begeleiding in te zetten in de vorm van hypermaatwerk.

Hypermaatwerk

Zoals hierboven bij de omschrijving van de aanvullende integrale zorg al wordt benoemd, is de kernverantwoordelijk en verplichting voor het samenwerkingsverband en de regio's om een kind niet

los te laten, expertise en zorg toe te voegen als dat nodig is en de zorg in integraal verband aan te bieden. Daarover maken we (financiële)afspraken. Het is echter niet mogelijk om alle variaties van vraagstukken die binnen de essentiële functies ondersteund worden op voorhand te overzien. Sommige situaties kunnen zo **extreem** zijn dat deze **tijdelijk** vragen om een out-of-the-box oplossing. Voor die situaties schiet het op dat moment ingerichte aanbod essentiële functies tekort. Deze out-of-the-box oplossing is de **laatste mogelijkheid** die geboden kan worden voor een kind, als al het andere niet werkt. Voorbeelden zijn een chalet waar een volledig team professionals wordt ingezet, of het vrij houden van een plek om elders tijdelijke behandeling te volgen. Bij het komen tot een plan voor een out-of-the-box oplossing voor kinderen die binnen de doelgroep van de essentiële functies vallen, werken aanbieders vanuit hun inhoudelijke en transformatieve verantwoordelijkheid voor integrale zorg en behandelregie, altijd samen met het RET die de verantwoordelijkheid voor procesregie draagt. Uitgangspunt is hierbij dat aanbieders en regio's **altijd** tot een oplossing komen. Het bekostigen van deze vorm van zorg noemen we hypermaatwerk. Hypermaatwerk wordt betaald door de gemeente die verantwoordelijk is voor het kind (op basis van het woonplaatsbeginsel). De inhoud, dus 'hoe' het hypermaatwerk wordt vormgegeven voor een individueel kind, stellen partijen samen op met het kind, ouder(s), aanbieders, verwijzers, regio's, onderwijs etc. Dit wordt vastgelegd in een plan van aanpak. Dat plan van aanpak bevat niet alleen de manier waarop de hypermaatwerkoplossing wordt vormgegeven, maar ook de kostenopbouw, afspraken over wederzijdse verantwoordelijkheden en een risicoparagraaf. Over alle onderdelen van het plan van aanpak kan gesproken worden en aanpassingen op worden doorgevoerd, maar uiteindelijk moeten partijen toewerken naar een geaccordeerd plan van aanpak. We laten deze kinderen immers niet los! Hypermaatwerk wordt altijd tijdelijk ingezet en aanbieders en regio's spannen zich in het hypermaatwerk tot het minimum te beperken. Hoewel de bekostiging van het hypermaatwerk vanuit een individuele gemeente gebeurt, is het wél **input voor de leercyclus** van essentiële functies. De opbrengsten van de leercyclus gebruiken we namelijk om het aanbod van de essentiële functies verder te transformeren. In bijlage 3 is de procedure opgenomen die de werkwijze ten aanzien van het hypermaatwerk vastlegt.

Langdurig woonperspectief

In sommige situaties heeft een kind een langdurig woonperspectief nodig en stroomt een kind door naar een levensbestendige verblijfsplek waar het kind met ondersteuning in onvoorwaardelijkheid kan toewerken naar volwassenheid. Wanneer het kind met zijn woonvraag terecht kan in de regionale voorzieningen, zijn deze voorliggend.

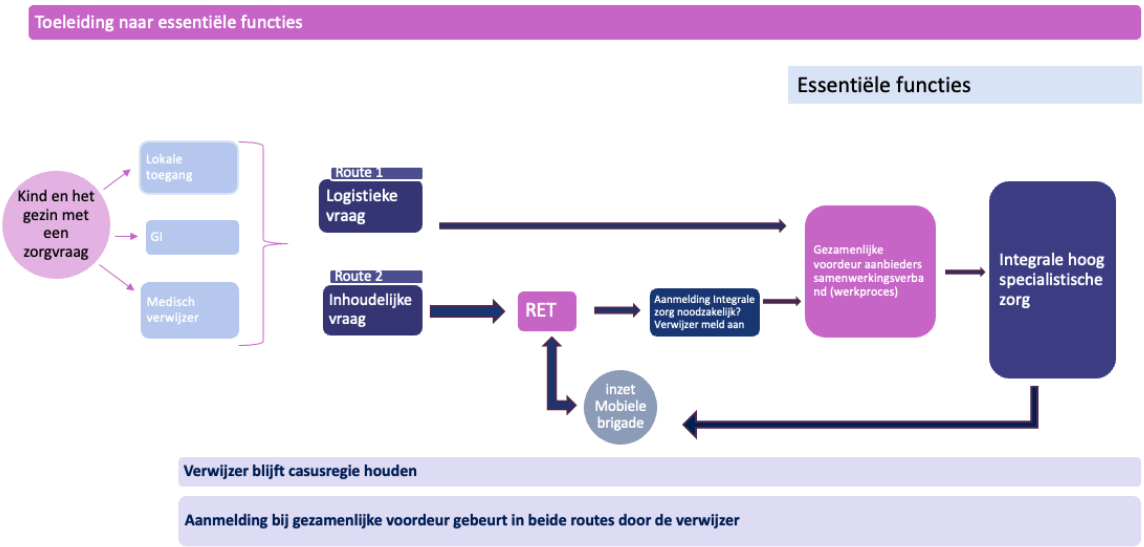
18-/18+

De (wettelijke- en financiële) schotten die in werking treden als een kind 18 wordt, zijn voor veel kinderen die verblijven in essentiële functies een groot struikelblok. Deze schotten moeten beslecht worden. Regio's hebben de mogelijkheid om continuïteit van zorg te bieden aan kinderen die de leeftijd van 18 passeren met inzet van verlengde jeugdhulp als dat noodzakelijk is. Het is daarom van belang dat alle betrokkenen tijdig anticiperen op het perspectief (zie ook de leefdomeinen in paragraaf 1.12.5), waaronder een woonplek na het 18^{e} jaar. De mobiele brigade kan hier ondersteunend worden ingezet en de aanbieders binnen het samenwerkingsverband kunnen (intern) toeleiden naar de volwassen zorg. In bijlage 4 is een volledige dienstomschrijving van de integrale hoogspecialistische zorg opgenomen.

1.10. Toeleiding en instroom diensten essentiële functies

Onderstaande figuur geeft een schematische weergave[14] van de toegang en instroom in de beschreven diensten.

[14] Zowel de schematische weergave als de tekstuele uitleg gaan uit van een versimpelde weergave van de werkelijkheid. In veel gevallen is de zorgvraag en het zorgtraject al eerder gestart.



Een kind en het gezin met een zorgvraag voor essentiële functies kan zich melden bij de lokale toegang van een gemeente (soms ook regionaal georganiseerd) of bij een medisch verwijzer zoals de huisarts, kinderarts of psychiater. In een aantal gevallen is de gecertificeerde instelling al betrokken en heeft het kind een jeugdbeschermingsmaatregel. Deze drie instanties samen zijn de wettelijke verwijzers naar jeugdhulp[15].
De verwijzer bekijkt, altijd op basis van de **verklarende analyse**, of sprake is van een situatie zoals omschreven in paragraaf 1.3. en of er noodzaak is tot het inzetten van essentiële functies.

Logistieke vraag (route 1)

Als de verwijzer beoordeelt dat de inzet van integrale hoog specialistische zorg nodig is[16], kwalificeren we dat als een 'logistieke vraag' en meldt de verwijzer aan bij de gezamenlijke voordeur van de aanbieders. De gezamenlijke voordeur is het aanmeldproces dat aanbieders samen inrichten en heeft tot doel de zorgvraag te inventariseren, in te schatten waar de vraag opgepakt moet worden en deze daarnaartoe door te leiden. Daarmee richt het aanmeldproces zich op het effectief hulp organiseren, het inzetten van nieuw vakmanschap gericht op de transformatie en organiseren van kruisbestuiving tussen de organisaties in het samenwerkingsverband. Met het aanmeldproces ontstaat een eenduidig en herkenbare toegang tot de essentiële functies.

Inhoudelijke vraag (route 2)

Als de verwijzer beoordeelt dat het kind en het gezin weliswaar onder de omschrijving van paragraaf 1.3. valt, maar niet duidelijk is of inzet van essentiële functies nodig is, dan wel de verwijzer niet weet welke zorg (eventueel essentiële functies) ingezet moeten worden, meldt de verwijzer zich bij het RET. In de figuur 'toeleiding naar essentiële functies' noemen we dit een inhoudelijke vraag. Elk van de 7 regio's in Gelderland heeft een RET. De rol van het RET binnen de essentiële functies is het leren kennen van het kind en het gezin en de zorgvraag die er ligt. Het RET probeert een stokkend zorgproces te doorbreken, als het reguliere zorgsysteem geen passende oplossingen biedt. Het RET kan vervolgens **inzet van de mobiele brigade** adviseren, wanneer een zorgvraag geen antwoord kan vinden bij het RET. De voorzitter van het RET en het eerste aanspreekpunt van de mobiele brigade staan in nauw contact.

---

[15] De 'medisch verwijzers' hebben op grond van de Jeugdwet de bevoegdheid om te verwijzen. Zij kunnen echter in het traject essentiële functies niet de casusregierol oppakken zoals de overige verwijzers (GI en lokale toegang). De medisch verwijzers handelen slechts vanuit de verwijzende rol. Waar gesproken wordt over casusregie wordt dan ook het lokale team of de GI bedoeld.
[16] Als de kinderrechter een machtiging gesloten jeugdzorg heeft afgegeven, meldt de plaatsingscommissie Oost een kind aan bij de gezamenlijke voordeur.

Als er vanuit het RET-netwerk inclusief de mobiele brigade geadviseerd wordt om integrale hoog specialistische zorg in te zetten, meldt de **verwijzer** aan bij de gezamenlijke voordeur van de samenwerkende aanbieders.

Toeleiding

Toeleiding naar integrale hoog specialistische zorg gaat dus via twee routes: ofwel direct naar de gezamenlijke voordeur bij een logistieke vraag (route1), ofwel via het RET (eventueel met inzet mobiele brigade) naar de gezamenlijke voordeur (route 2). De verwijzer blijft altijd als casusregisseur en aanmelder verantwoordelijk en aanmelding bij de gezamenlijke voordeur gebeurt ook altijd door de verwijzer. Er is een **sterke voorkeur voor route 2, de aanmeldingsstroom via het RET** (met eventueel inzet van de mobiele brigade): de essentiële functies zijn schaarse functies en alleen bedoeld voor de kinderen en gezinnen met complexe meervoudige problematiek, waarbij inzet van het RET en de mobiele brigade in de meeste gevallen zeer helpend kan zijn.
Inzet van de mobiele brigade gaat altijd in afstemming met het RET / de voorzitter van het RET, behalve als een kind al in integraal hoog specialistisch verblijf zit. Als dan een onvrijwillige overplaatsing dreigt of de verblijfsaanbieder heeft ondersteuning nodig bij de uitstroom van een kind, meldt de verblijfsaanbieder, altijd in overleg met de casusregisseur, direct aan bij de mobiele brigade.

Proces van aanmelding

Als een verwijzer een kind aanmeldt, bevat de aanmelding[17]:

1. Verklarende analyse;
2. Perspectiefplan essentiële functies met duidelijke omschrijving wat het doel van plaatsing binnen de integrale hoog specialistische zorg is;
3. Aanzet tot een veiligheidsplan: welke stappen worden doorlopen om crisis te voorkomen en wat spreken de betrokkenen af mocht er een crisis zich voordoen. Dit plan wordt ingevuld tijdens het traject en wordt dan een onderdeel van het perspectiefplan essentiële functies. Dit is een levend document, dat wordt aangepast naar wat het kind nodig heeft;
4. Beschikking met declaratiecode voor berichtenverkeer/ afspraak wanneer de beschikking afgegeven zal zijn.

Afwijzing bij gezamenlijke voordeur

Het kan voorkomen dat vanuit de gezamenlijke voordeur de beoordeling komt dat een aanmelding 'te licht is'. Dat wil zeggen dat zij van mening zijn dat er regionaal passend aanbod is. De gezamenlijke voordeur kan dan, in overleg met de verwijzer, verwijzen naar het RET voor een regionale oplossing.
Wanneer de verwijzer, al dan niet na inzet van het RET en eventueel de mobiele brigade, van mening blijft dat een kind moet worden toegelaten tot integrale hoog specialistische zorg en de gezamenlijke voordeur wijst alsnog af, dan kan de beschreven escalatieladder zoals vastgelegd in de overeenkomst worden gevolgd.

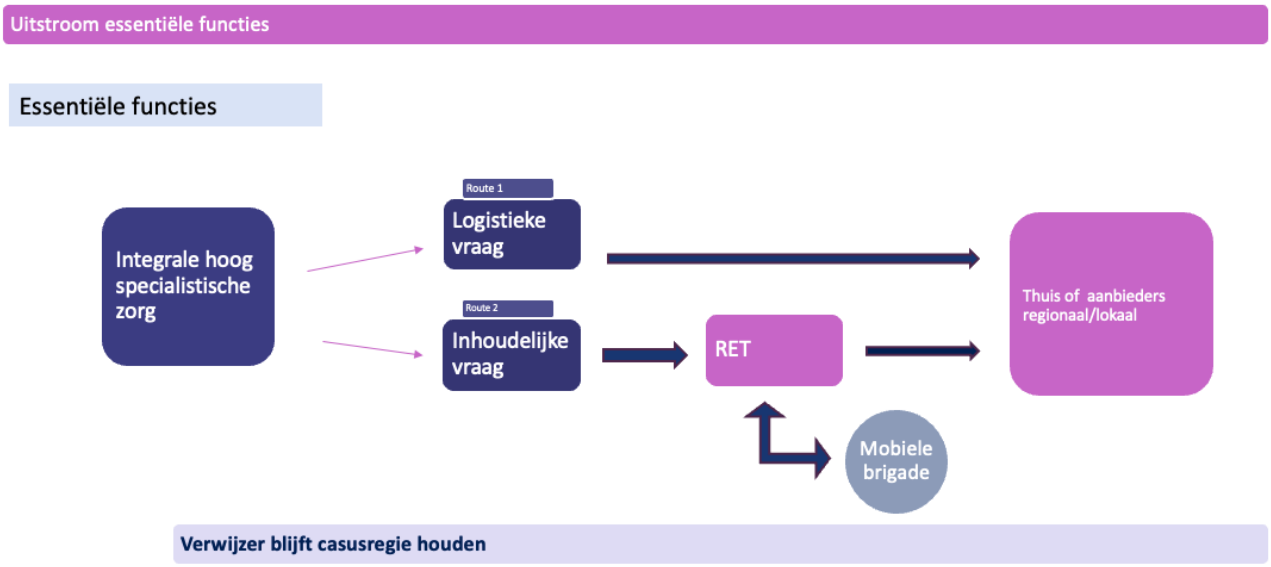
Plaatsingen binnen of buiten Gelderland:

Het uitgangspunt is dat als een kind in een verblijfsvoorziening geplaatst wordt, er wordt gekeken naar de dichtstbijzijnde passende plek binnen het geografische gebied van de Gelderse regio's. Dit houdt in dat wanneer een kind geplaatst wordt binnen het integraal hoog-specialistisch verblijf er eerst gekeken wordt welke plek inhoudelijk het meest passend is binnen het samenwerkingsverband, binnen het geografische gebied van de regio's. Wanneer de meest passende locatie voor het kind buiten het geografische gebied van de regio's ligt, maar dichter bij de oorspronkelijke woonplek van het kind is, kan in afstemming en overleg met alle betrokkenen, voor deze locatie gekozen worden.

[17] De regio's hebben verschillende aanmeldroutes (301- en 315 route). Hier moet aandacht voor zijn in het implementatietraject.

1.11. Uitstroom & Nazorg

Onderstaande figuur geeft een schematische weergave van de uitstroom en de nazorg van de essentiële functies.



Voor een goede en effectieve uitstroom vanuit de Essentiële functies zijn de volgende drie uitgangspunten van belang:

1. De betrokkenheid bij het kind en het gezin en het in contact blijven met het kind;
2. Er is altijd iemand die casusregie heeft;
3. Er is altijd een perspectiefplan essentiële functies.

Vanuit de combinatie van deze drie belangrijke uitgangspunten gelden de volgende afspraken om tot een goede en effectieve uitstroom vanuit de Essentiële functies te komen:

- Via de multidisciplinaire overleggen (MDO's) worden de medebehandelaars en de casusregisseur in het gehele zorgtraject consequent en actief betrokken en uitgenodigd voor de MDO's;
- Er moet tijdig gestart worden met het vormgeven van de uitstroom. Uitstroom is onderdeel van het perspectiefplan, maar het is ook van belang minimaal drie tot zes maanden van tevoren daadwerkelijk aan de slag te gaan met het regelen van een vervolgplek. Dit geldt zeker bij kinderen die bijna 18 jaar worden. Het is cruciaal om vanaf 16,5 jaar, samen met het kind, te zoeken naar een goede vervolgplek, zodat minimaal drie maanden voor de 18^{e} verjaardag het vervolg duidelijk is;
- De regiebehandelaar is samen met het kind aan de leiding. Zij bepalen samen wanneer uitstroom aan de orde is. De casusregisseur is daar consequent en actief bij betrokken;
- De casusregisseur organiseert/zoekt een passende vervolgplek en blijft altijd als vast contactpersoon betrokken;
- Ook de mobiele brigade kan een rol spelen en een zachte landing bij een (regionale) zorgaanbieder of thuis mogelijk maken;
- Een warme overdracht (zoveel mogelijk fysiek, samen met het kind en het gezin) vanuit de verblijfsaanbieder binnen essentiële functies naar de 'ontvangende partij' (thuis of andere woon/verblijfsplek) is verplicht. De warme overdracht kan ook 'andersom' plaatsvinden: de ontvangende partij werkt tijdelijk mee bij verblijf essentiële functies;
- Als nazorg nodig is, of een 'waakvlamcontact', kan dit geboden worden vanuit de essentiële functies.

Stagnatie bij uitstroom

Wanneer er onvoldoende vervolgplekken zijn voor de uitstroom, dan is het aan de regio om dit te organiseren. Is er geen passend aanbod voor een individueel kind, dan wordt er een aanmelding gedaan bij het RET.

1.12. Kernaspecten van kwaliteit

Uit de beschrijving van de diensten blijkt duidelijk dat de zorg getransformeerd moet worden. Aanbieders en regio's hebben daarbij een bepaald basisniveau van kwaliteit voor ogen waaraan alle aanbieders essentiële functies moeten voldoen. Dit is uitgewerkt onder de kernaspecten van kwaliteit.

1.12.1. Wettelijke kwaliteitseisen

Gemeenten zijn op grond van de Jeugdwet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de jeugdhulp. De eisen die zij stellen aan de kwaliteit kunnen ze vastleggen in de contracten met de aanbieders. Voor de veiligheid, gezondheid en rechtspositie van kinderen zijn ook een aantal landelijke kwaliteitseisen gesteld. De landelijke kwaliteitseisen die aan aanbieders gesteld zijn, staan in hoofdstuk 4 van de Jeugdwet. Alle aanbieders:

- Bieden verantwoorde hulp, die veilig, doeltreffend, doelmatig, en cliëntgericht is en afgestemd op de behoefte van het kind of de ouder (art. 4.1.1 eerste lid)
- Hebben kwalitatief en kwantitatief voldoende personeel zodat ze verantwoorde hulp kunnen bieden (norm van verantwoordelijkheidstoedeling) (art. 4.1.1 tweede lid)
- Werken met een familiegroepsplan, hulpverleningsplan of plan van aanpak (art. 4.1.3)
- Hebben een kwaliteitssysteem (art. 4.1.4)
- Werken met medewerkers die een Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG) hebben (art. 4.1.6)
- Hebben een verplichte meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling (art. 4.1.7)
- Hebben een meldplicht bij calamiteiten en geweld (art. 4.1.8)
- Hebben een vertrouwenspersoon (4.1.9)
- Hebben een klachtenregeling en -commissie (4.2.1)
- Hebben een cliëntenraad (4.2.5).

De Jeugdwet bepaalt dat de samenwerkende inspecties toezicht houden op deze kwaliteitseisen.

1.12.2. Kwaliteitstandaarden

Daarnaast hebben aanbieders binnen hun eigen beroepsgroep verschillende kwaliteitsstandaarden. Dat zijn richtlijnen, veldnormen, zorgstandaarden, kwaliteitskaders, generieke modules, zorgpaden, protocollen en handelingsprotocollen die gelden voor een beroepsgroep of een bepaalde dienst of product. Aanbieders voeren de diensten waarop zij inschrijven uit conform de voor hen geldende kwaliteitsstandaarden.

1.12.3. Integrale en samenhangende zorg door samenwerking tussen aanbieders.

Hét kernaspect van de kwaliteit van de diensten essentiële functies is dat aanbieders, regio's en andere professionele structuren samen werken en de zorg voor een kind oppakken vanuit partnerschap. Zij zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de zorgvraag van het kind en het gezin. (Financiële) schotten, sectorale en organisatiegrenzen worden geslecht om de zorgvraag optimaal en passend te beantwoorden.

De verschillende onderdelen van de zorg (verblijf, de randvoorwaardelijke pedagogische inzet, aanvullende integrale zorg, hypermaatwerk, mobiele brigade, contact met ouders/netwerk, onderwijs, vrijetijdsbesteding) zijn op elkaar afgestemd en vormen een geïntegreerd geheel. Dat wil zeggen dat ze inhoudelijk en procesmatig op elkaar zijn afgestemd en dat hier duidelijke afspraken over zijn gemaakt.

Het werken aan integrale en samenhangende zorg betekent dat aanbieders de samenwerking in de keten moeten vormgeven: hoe werk je samen, stem je zorg en interventies op elkaar af, maak je afspraken over taken, rollen en verantwoordelijkheid, wanneer stap je in of uit, hoe blijf je in contact met het kind en hoe blijft het kind en zijn/haar netwerk centraal staan in de gezamenlijke inspanning. Aanbieders die zich verbinden in een samenwerkingsverband verbinden zich eraan om deze thema's uit te werken (in een plan van aanpak zoals dat beschreven is in hoofdstuk 5) en de benodigde afspraken vast te leggen met elkaar.
Onderdeel van die afspraken is ook het in kaart brengen van de risico's die het samenwerken op deze schaal en voor deze doelgroep met zich meebrengt en de maatregelen die genomen worden voor het beheersen van de risico's. Een deel van deze mitigerende maatregelen maakt onderdeel uit van de afspraken en procedures die opgenomen worden in de overeenkomst. Te denken valt aan de escalatieladder bij het weigeren van zorg voor een kind of de procedure voor het uittreding uit de overeenkomst. Er zijn echter ook risico's die zich voor kunnen doen binnen het samenwerkingsverband. Voorbeeld daarvan kan zijn dat een enkele aanbieder niet kan leveren of de kwaliteit van de geleverde zorg niet voldoet. Dit heeft invloed op de gehele kwaliteit van levering of de zorgcontinuïteit en is een risico voor de samenwerking onderling. De aanbieders in het samenwerkingsverband maken een risicoanalyse met de bijbehorende beheersmaatregelen. Deze maakt onderdeel uit van het Plan van Aanpak (hoofdstuk 5).

1.12.4. Casusregie/ procesregie/ behandelregie

Casusregie

In principe voeren kinderen samen met hun ouders de regie. Als dat niet kan, ondersteunt de professional. Deze professional, die de regie voert over de ondersteuning van het gezin, is de casus regisseur. Zij staan naast kinderen en hun ouders en doen wat nodig is. De casusregisseur is de consulent van de lokale toegang[18]. Bij uitvoering van een jeugdbeschermingsmaatregel door een Gecertificeerde Instelling (GI) is dat een jeugdbeschermer/ jeugdreclasseerder. De bevoegdheden van de casusregisseur liggen besloten in het professioneel handelen en het mandaat dat daarbij hoort. Bij casusregie hoort in ieder geval de bevoegdheid om het handelen van alle betrokken professionals op elkaar af te stemmen, met als doel één samenhangend traject van zorg voor het kind en het gezin te realiseren.

Procesregie

Procesregisseurs kunnen betrokken worden om te komen tot het realiseren van passende zorg voor kinderen en het gezin bij vastgelopen, complexe zorgvragen. Een procesregisseur voert onafhankelijke procesregie en heeft geen ander belang dan het bieden van passende zorg. De procesregisseur neemt de casus niet over, die verantwoordelijkheid blijft bij de verwijzer. De procesregisseur treedt niet in de professionele operationele verantwoordelijkheid van de verwijzer, maar draagt zorg voor een integrale aanpak. De procesregisseur is bevoegd om in overleg met de casusregisseur partijen bijeen te roepen voor overleg en afstemming om te komen tot een integrale aanpak waarbij prioriteiten worden bepaald. Als procesregie vastloopt schaalt de procesregisseur, na overleg met de betrokken partijen, naar het management of bestuur van de betrokken professionals en organisaties.

De procesregie bij vastgelopen, regionale zorgvragen ligt bij het RET. Het RET kan ook een procesregisseur van BOEG inzetten. Beiden voeren deze functie tijdelijk uit.

Behandelregie

Behandelregie is uitsluitend van toepassing wanneer er behandeling plaatsvindt. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat in overleg met het kind en het gezin een geïntegreerd behandelplan wordt opgesteld. De regiebehandelaar moet er ook voor zorgen dat dit behandelplan

[18] Lokale toegang is in de regio's verschillend geregeld en wordt verschillend aangeduid. Met de term lokale toegang wordt bedoeld de toegang tot jeugdzorg vanuit de verantwoordelijkheid van het college van B&W op grond van de Jeugdwet.

wordt uitgevoerd. De regiebehandelaar is daarmee eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling, de vaststelling, uitvoering en evaluatie van het behandelplan. In de Jeugdwet staan functies die zelfstandig beroepsbekwame regiebehandelaar in de jeugdhulp mogen zijn, benoemd. Het gaat hier om de gz-psycholoog, de kinder- en jeugdpsycholoog NIP, de kinder- en jeugdpsychiater, de klinisch psycholoog, de orthopedagoog-generalist en de verpleegkundig specialist. De taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar staan uitvoerig beschreven in het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ en de daaruit voortvloeiende Veldafspraken. Het Landelijk Kwaliteitsstatuut gaat niet over de zorg die valt onder de Jeugdwet, maar de term regiebehandelaar is niet voorbehouden aan de volwassenen GGZ en mag ook in de J-GGZ gebruikt worden. Binnen de essentiële functies gaan zorgaanbieders met elkaar samenwerken. Wanneer behandelaren van meerdere aanbieders betrokken zijn, spreken zij duidelijk vooraf af wie eindverantwoordelijk is voor en regie voert over het gehele zorgtraject. Daarbij is elke betrokken behandelaar verantwoordelijk voor de eigen bijdrage en heeft regie over de eigen bijdrage aan het zorgtraject (wie is de regiebehandelaar en wie is mede- of deelbehandelaar). Wanneer een kind verblijft binnen de essentiële functies ligt de totale regie over het zorgtraject bij de regiebehandelaar van de verblijfsvoorziening. Goede onderlinge afstemming over de behandeling en het zorgtraject en de daarbij horende verantwoordelijkheden is daarbij noodzakelijk.
In bijlage 5 zijn de taken, rollen en verantwoordelijkheden ten aanzien van de casus- proces en behandelregie verder uitgewerkt.

1.12.5. (Be)handelen op basis van achterliggende factoren

Bezint eer ge begint is een ouderwets gezegde, maar de betekenis is nog steeds van toepassing. Uit het rapport 'betrek mij gewoon'[19] blijkt dat er te veel behandeld wordt op symptomen en op signaalgedrag, in plaats van op factoren die 'achter' dit gedrag liggen en het mogelijkerwijs in stand houden. Het begint bij **goed en oordeelvrij luisteren**, bij het vormen van een goed en volledig beeld van hoe de dingen met elkaar samenhangen en bij goed samenwerken. Een helder gezamenlijk beeld, een eenduidige verklarende analyse en interventies die aansluiten bij de verklarende factoren, zijn onontbeerlijk om een blijvend resultaat te behalen.

Verklarende analyse

Daarom zetten we altijd in op een gedeelde verklarende analyse. Deze helpt bij het kiezen van een passende aanpak voor een kind en voor het stellen van concrete doelen en vervolgstappen. Er moet eerst worden begrepen en pas daarna (ge)behandeld. Oók als de situatie acuut lijkt of er sprake is van onveiligheid. Een verklarende analyse is handelingsgericht en brengt de oorzakelijke invloeden en omstandigheden in kaart, die een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van de problematiek. Dat betreft zowel de contextuele factoren (bijvoorbeeld ouders, gezin of school) als de persoonskenmerken van een kind en ouders. De verklarende analyse beschrijft de aanleiding voor het zoeken van hulp (waarom nu?), de aard en de ernst van de problemen, de bevorderende factoren en de risicofactoren evenals een werktheorie over samenhang en verandermogelijkheden. Het draagt daarmee bij aan goede gedragen besluitvorming in de aanpak. Een verklarende analyse moet aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Informatie van alle betrokkenen- het kind, gezinsleden, informele steunfiguren, onderwijs en professionals – wordt bij elkaar gelegd. Daarvan wordt een gezamenlijk beeld gevormd en wordt gezocht naar verklaringen voor de ontstane klachten en problemen. Op basis van deze analyse worden passende interventies gekozen.
- De analyse is overzichtelijk en begrijpelijk en goed te delen. Het helpt het kind en het gezin om hun eigen situatie en wat er aan de hand is te begrijpen
- Een eenmaal gemaakte verklarende analyse is niet eeuwig geldig, maar vormt de werktheorie voor keuzes van interventies, voor de behandeling. Deze wordt dus regelmatig geëvalueerd en bijgesteld.

[19] Betrek mij gewoon, op zoek naar verbeterkansen voor de jeugdhulp in het casusonderzoek Ketenbreed leren, Spijk-de Jonge e.a., november 2022

Er zijn 3 modellen voor het maken van een Verklarende Analyse in omloop. Dit zijn het 7-factorenmodel van Bureau Peers, het model van Accare (Hilde Tempel) en 'Verklarende Analyse, eerst begrijpen, dan behandelen' van Molendrift.

Het perspectiefplan essentiële functies [20]:
Het perspectiefplan essentiële functies beschrijft op basis van de verklarende analyse wat het best passende toekomstperspectief is voor een kind en het gezin en wat zij nodig hebben aan zorg en ondersteuning om dat te bereiken en welke stappen er worden gezet. Een perspectiefplan wordt altijd opgesteld met een kind en het gezin en blijft altijd 'van het kind'. Er is geen verplicht format[21] voor een perspectiefplan, maar belangrijk is dat er in het schetsen van het perspectief, aandacht is voor een stevige basis op de vijf leefdomeinen die kinderen nodig hebben. De leefdomeinen zijn support, school & werk, wonen, inkomen en welzijn.
Onderdeel van het perspectiefplan is het veiligheidsplan[22] waarin wordt opgenomen hoe om wordt gegaan met de veiligheid van een kind. Belangrijk is om in kaart te brengen in hoeverre het kind zelf het risico loopt in een onveilige situatie terecht te komen, en wat het risico is dat hij zelf grensoverschrijdend gedrag gaat vertonen en hoe daarbij te handelen. Dit wordt gedaan door middel van een risicotaxatie.

Daarnaast moet bij de start van het verblijf in het veiligheidsplan omschreven worden hoe escalatie naar een crisissituatie bij het kind en zijn (professionele) opvoeders voorkomen kan worden. Het bevat in ieder geval maar niet uitsluitend:

- Hoe herkent de omgeving de signalen van een op handen zijnde crisis?
- Hoe handelen de betrokken wanneer het kind in crisis raakt?
- Hoe herkent het kind de signalen van een op handen zijnde crisis bij zichzelf? En wat kan het kind zelf doen in zo'n situatie?
- Wie is de gewenste belangrijke volwassen van het kind in deze situatie?

Dit veiligheidsplan wordt gedurende het verblijf verbeterd samen met het kind en de (professionele) opvoedomgeving en heeft ten doel het verminderen van handelingsverlegenheid en verhogen van (zelf)regie.

1.12.6. Inzet van interventies

Bij zorg en behandeling binnen de essentiële functies gaat het vaak over interventies die van dynamische aard zijn, waarbij het beloop niet goed voorspelbaar is. Vaak gaat het om multidisciplinaire interventies, die met elkaar interacteren en die voortdurend een adaptief leervermogen vergen. Bij de inzet van interventies, maakt de aanbieder gebruik van *evidence based* en *practice based* methodieken. Conform de geldende richtlijnen en veldnormen. Als de aanbieder kan aantonen dat deze afwezig zijn, er voor de betreffende problematiek of combinatie van problemen geen veldnormen bestaan of dat deze gezien de ondersteunings- of zorgvraag dat deze niet afdoende zijn (bij meervoudige problematiek neemt de evidence snel af), dan maakt de aanbieder gebruik van historisch en in de branche gangbare methodieken. Als blijkt dat deze in de betreffende situatie niet effectief zijn, kan uitgeweken worden naar andere interventies, waarbij altijd geldt 'pas toe of leg uit'. Verwacht wordt dat de aanbieders van essentiële functies op de hoogte zijn van de 'state of the art' in het veld en in de wetenschap. Een regiebehandelaar is te allen tijde, verantwoordelijk voor het besluit over de inzet van methodieken of interventies.

[20] Het perspectiefplan essentiële functies is een benaming die gekozen is omdat partijen het belangrijk vinden dat altijd gewerkt wordt vanuit het perspectief van een kind. Aanbieders hanteren in de praktijk echter verschillende benamingen zoals behandelplan, signaleringsplan, crisisplan, zorgpad etc. Er is gekozen voor de toevoeging 'essentiële functies', om geen verwarring te krijgen met het perspectiefplan vanuit de GI's.
[21] Richtlijn "samen beslissen" of het dialoogmodel.
[22] Ook hier zijn diverse namen in omloop zoals signaleringsplan en crisisplan, welke hier ook mee worden bedoeld.

1.12.7. Systemisch werken

Een ander belangrijk kernaspect van kwaliteit is het werken vanuit een systeembenadering. Een kind maakt namelijk altijd onderdeel uit van een systeem:

- Het allerbelangrijkste uitgangspunt is dat er altijd voor wordt gezorgd dat er contact blijft met een kind. Er is altijd een onvoorwaardelijk aanwezige volwassene die in contact blijft en een kind bijstaat vanuit gelijkwaardigheid. De meest onvoorwaardelijke volwassene horen de ouders te zijn. Wanneer zij niet beschikbaar zijn of hun rol onvoldoende kunnen invullen, kunnen ook andere volwassenen een rol spelen als onvoorwaardelijk beschikbaar persoon: een professional of een andere belangrijke volwassene, Jouw Ingebrachte Mentor (JIM) of een ervaringsdeskundige.
- Een ander belangrijk uitgangspunt bij de begeleiding en ondersteuning van een kind is dat het gezin breed wordt betrokken, waarmee we ook het systeem bedoelen. Dit betekent dat de kinderen, ouders, familie, onderwijs, informele steunfiguren, ervaringsdeskundigen en professionals integraal samen werken bij het inzetten en oplossen van de (zorg)vragen. Tijdens de intakeprocedure, de diagnostiek, het verblijf en ter voorbereiding van vertrek wordt dus gewerkt met alle betrokken partijen. Daar waar mogelijk wordt tegelijkertijd om de tafel gezeten met betrokkenen en in gezamenlijkheid het gesprek gevoerd om met mensen in plaats van over mensen in gesprek te zijn.
- Er wordt oordeelloos geluisterd naar kinderen en hun ouders, de ervaringen worden serieus genomen en er wordt, vanuit verschillende deskundigheid, gelijkwaardig samengewerkt met kinderen en hun ouders.
- ‘Zorg’ voor het systeem (ten behoeve van het kind) maakt onderdeel uit van de inzet: het gezin/systeem wordt geholpen samen met het kind te functioneren. Er wordt ook gewezen op problematiek binnen het systeem die niet kindgebonden is, maar óf samenhangt met andere individuen binnen het systeem óf in de samenwerking tussen mensen binnen het systeem.

1.12.8. Leef- en behandelklimaat

Een open leer- en ontwikkelklimaat is een veilige, gestructureerde en rehabiliterende omgeving waarin sprake is van veel ondersteuning, duidelijke kansen voor groei, minimale repressie en waarbinnen een goede balans tussen flexibiliteit en controle voor een prettige sfeer zorgt[23].
Dit bereiken we door:

Relationele veiligheid

De zorg is zo nabij en zo kleinschalig (en huiselijk) mogelijk. Waarbij nabijheid van het netwerk en de hulpverlening cruciaal is, onderwijs zoveel mogelijk door kan gaan en er perspectief is voor de langere termijn. De sfeer binnen het verblijf is gezinsgericht, evenals de bejegening van de kinderen. Er is een positief open leefklimaat – een basishouding waarbij veiligheid de basis vormt.
Er wordt relationele veiligheid geboden: nabijheid, hoop en contact bieden aan een kind. De pedagogisch begeleider blijft naast het kind en gezin staan. Dat betekent dat de pedagogisch begeleider in principe niet overneemt, maar er kan een situatie ontstaan waarin overnemen wel nodig is. Dit is niet het uitgangspunt. Wanneer hier gegronde redenen voor zijn moet dit zo snel en zo transparant mogelijk met alle betrokkenen besproken te worden. We gaan uit van ‘Nee, tenzij... ‘. Wanneer een kind niet meer in gelijkwaardigheid kan deelnemen aan een gesprek wordt relationele nabijheid ingezet om toch weer in gesprek te komen. Vaak betekent dat dat er nabijheid en afleiding geboden wordt als de spanning bij een kind (te) hoog oploopt, om te voorkomen dat een kind afgezonderd moet worden en het contact met het kind verloren gaat.

[23] Richtlijn Residentiële jeugdhulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming, NVO, BPSW en NIP,2015

Traumasensitief werken

Er wordt traumasensitief gewerkt. Veel kinderen ervaren dat bijvoorbeeld bepaalde gevoelens er niet mogen zijn. Of dat er in het geval van trauma onvoldoende rekening wordt gehouden met triggers waardoor kinderen kwetsbaar, emotioneel gedrag vertonen. Nabijheid, rust, hoop en contact bieden is heel passend en sluit goed aan. Dat hoort bij het bieden van relationele veiligheid en is daarmee traumasensitief. Wat ook belangrijk is dat medewerkers het ingewikkelde gedrag begrijpen en verdragen dat kinderen in deze situaties laten zien. Zodat er sensitief gehandeld kan worden op basis van de onderliggende, in eerste instantie onzichtbare, emotie in plaats van het gedrag. Zo ontstaat er op een veilige manier een vertrouwensrelatie.

Cultuur sensitief werken

Professionals zijn zich bewust dat hun eigen culturele normen niet voor iedereen gelden. Ze houden rekening met de culturele achtergrond en waarden van het kind en het opvoedsysteem. Daarbij houden ze rekening met religie, voedingsgewoonten, beleving van gender etc. en faciliteren ze het uitvoeren van cultuur sensitieve handelingen van ieder kind. De zorg moet hierop afgestemd worden. Professionals stellen zich open en nieuwsgierig op, zodat ze een ander leren kennen, verschillen waarderen en integreren in de bestaande gang van zaken.

Medewerkers beschikken over een professionele houding van waaruit de professional voorspelbaar en betrouwbaar is. De insteek is dat de professional samen met het kind en ouders wil gaan begrijpen wat zij nodig hebben, om vervolgens samen met hen te zoeken naar wat zij aan zorg en ondersteuning nodig hebben. De verklarende analyse is hier leidend in.

Kleinschaligheid en huiselijkheid

'Een kleinschalige voorziening is een 24/7-verblijf binnen een gesloten of open residentiële jeugdzorginstelling, op een instellingsterrein of in een woonwijk, van maximaal zes – en bij voorkeur vier – jongeren tussen 8 en 23 jaar, in een huiselijke setting door een vast team van begeleiders met een minimum ratio op de groep van 1 op 4, waarbij een intensieve, individuele behandeling en/of begeleiding op maat – en zolang als nodig – wordt gegeven, met perspectief op wonen, zorg en onderwijs/arbeid tijdens verblijf en/of daarna.'[24] Dat is op dit moment de meest gangbare en uitgewerkte definitie van een kleinschalige voorziening. Deze definitie kan op basis van de 5-jarige studie over kleinschalige voorzieningen die het Consortium Kleinschaligheid op dit moment uitvoert, bijgesteld worden.

Voor de kinderen die binnen de essentiële functies vallen is veel nabijheid en continuïteit nodig. Twee pedagogisch medewerkers op 4-6 kinderen is daarbij gangbaar. Belangrijk is dat dit twee 'vaste gezichten' zijn.
In kleinschalige verblijfvoorzieningen is meer nabijheid, ruimte en aandacht voor kinderen. Hierdoor kan er meer zorg op maat geboden worden. Te veel kinderen bij elkaar geeft stress; er is een overdaad aan stimuli, er ontstaat te veel onrust. Goede relatievorming tussen kinderen onderling en met de begeleiding is in een grote groep lastig. In een kleinere groep lukt het beter kinderen aandachtvolle zorg te bieden. Werken vanuit de relatie helpt om minder restrictief en reactief te werken. Minder regels, meer afspraken en overeenstemming. Er is meer ruimte om het normale leven zoveel mogelijk vorm te geven. Denk aan sporten, onderwijs, vriendjes, broertjes en zusjes. Alles wat bij 'gewoon' opgroeien hoort. Het is belangrijk dat medewerkers hier ook lef in tonen en creatief in zijn. Actief en gelijkwaardig samenwerken met het gezin en/ of andere belangrijke naasten zoals JIM, leerkrachten en ervaringsdeskundigen, is een belangrijke pijler. Dit is beter te organiseren vanuit kleinschaligheid. In een kleinere groep lukt het beter bepaalde spel- of therapieactiviteiten te ondernemen. De lijn om toe

[24] F. Ammerlaan e.a. kleinschalig verblijf voor kinderen en jongeren in de jeugdhulp, Academische Werkplaats Risicojeugd en Consortium Kleinschaligheid in de Jeugdzorg, 20 mei 2022.

te werken naar kleinschalige groepen is een kwaliteitseis die voortkomt uit een landelijke ingezette lijn, maar ook uit regionaal beleid.

Kleinschalig en huiselijk kan verschillend worden vormgegeven. Ten eerste weten we nog niet exact wat precies 'kleinschalig' is en hoe je dat het beste vorm kunt geven. Daarbij is er niet één ideale 'maat kleinschaligheid' dat past voor ieder kind. Dat betekent dat er zoveel mogelijk[25] gewerkt wordt met groepen die een mix zijn van leeftijd, gender en problematiek, waarbij een goede matching essentieel is. De grootte van de groep moet daarbij passend zijn. Hiervoor worden nadrukkelijk de uitkomsten van de studie(s) van het Consortium Kleinschaligheid gevolgd.

Geen vrijheidsbeperkende maatregelen

Zoals hiervoor al is aangegeven zorgen kleinschalige groepen ervoor dat er meer aandacht is voor kinderen. Er is meer tijd en ruimte voor maatwerk. Dat is belangrijk voor de kinderen zelf, maar ook voor de professional. Zodat die in plaats van het 'controleerbaar houden van de groep', meer ruimte voelt om signalen op te merken van een kind dat zich gespannen of gefrustreerd voelt. Een professional moet de ruimte hebben om 'opmerkzaam' te zijn. Het inzetten van beheersmaatregelen gebeurt op basis van de afspraken die zijn vastgelegd in de veldnormen terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen en de Jeugdwet.
Een beheersmaatregel waar we volledig van af stappen zijn de gedwongen afzonderingen. De kwaliteitseis die we stellen is dat er geen gedwongen afzonderingen zijn: om dit te bereiken moet er voldoende tijd en echte aandacht per kind georganiseerd worden en moeten teams en professionals hierin (blijvend) getraind worden. Er wordt niet gesepareerd of afgezonderd zonder dat het kind daar om vraagt. Dat vereist het vermogen om (ondraaglijk) leed en risico's te verdragen, onveilig gedrag te managen en ontwikkeling te stimuleren samen met degenen die om hulp vragen. Dat vraagt lef om te verdragen en niet-risicomijdend te werken van iedereen die betrokken is bij het kind: aanbieders, ouders/voogd, regio's en verwijzers. Daarnaast vraagt het om 'niet-afrekenen'. Als alles gedaan is om een kind te helpen, er verdragen en vertraagd is en uiteindelijk een ernstig incident plaatsvindt, rekenen we elkaar hier niet op af, maar blijven we elkaar stevig vasthouden. Wel evalueren we en spreken we elkaar aan op naleving van afgesproken zorgvuldige zorg.

Kleine, stabiele teams

We gaan ervan uit dat de groepen begeleid worden door kleine stabiele teams die vanuit aandachtvolle zorg continuïteit en veiligheid bieden. Daarbij wordt zo min mogelijk ingehuurd personeel ingezet.
De medewerkers worden getraind en opgeleid om een goed pedagogisch behandelklimaat neer te zetten. Zij blijven reflecteren op hun handelen door middel van intervisie en supervisie.
Het team is divers. De klik met de doelgroep is belangrijk. Het doorgronden en aansluiten bij de behoefte van de doelgroep en het individuele kind is het uitgangspunt. Het team is in staat om het gedrag te duiden en te vertalen naar de dagelijkse praktijk van het kind. Het streven is naar een evenwichtige mix van HBO SKJ-geregistreerde en MBO-professionals volgens de norm van verantwoorde werktoedeling. Een team bestaat niet alleen uit medewerkers die alleen gesprekken voeren maar ook uit medewerkers die activiteiten ondernemen met kinderen, bijvoorbeeld samen sporten of muziek maken.
Belangrijk is dat medewerkers ruimte krijgen om te reflecteren op eigen handelen. Aanbieders zetten continu in op de ontwikkeling van het vakmanschap van de hulpverleners. En hebben blijvend oog voor hun vitaliteit en dragen hierin door goed werkgeverschap te tonen bij aan het behoud van personeel.
De aanbieder maakt ten behoeve van de doorontwikkeling van de hulpverleners gebruik van de kennis/richtlijnen/instrumenten die door diverse beroepsverenigingen, brancheverenigingen en kennisinstituten wordt ontwikkeld.

[25] Hoe kleiner de groep, hoe meer divers er gewerkt kan worden. Hoe specifieker de hulpvraag, hoe meer hier methodisch op ingezoomd moet worden. Heterogeniteit is dus niet altijd mogelijk.

Volledig dagprogramma

Voor elk kind in een verblijfsvoorziening is een volledig regulier integraal dagprogramma beschikbaar. Hierin werken we zoveel als mogelijk terug naar school en sluiten we aan bij het gewone leven. Waarin het zoveel mogelijk doorgaan van het 'normale leven' een onderdeel is. Sporten bij de lokale sportvereniging kan bijvoorbeeld mogelijk worden gemaakt door de sportcoach te ondersteunen. Mee doen aan een brede range van activiteiten, ook activiteiten waar mogelijk risico's aan verbonden zijn, is belangrijk voor de ontwikkeling en veerkracht van kinderen. Om zich goed te kunnen ontwikkelen hebben kinderen nieuwe, gevarieerde en positieve ervaringen nodig. Er zijn voldoende activiteiten naschools: er is personeel beschikbaar zodat kinderen sociale en sportieve activiteiten kunnen doen.
De casusregisseur is verantwoordelijk voor het oplossen van het vervoersvraagstuk, waarover de regio's voor kinderen binnen de essentiële functies uniforme afspraken gaan maken.

Deelname aan onderwijs heeft prioriteit[26]. Kinderen met gedragsproblemen ondervinden vaak problemen op school. 'Uitvallen' op school leidt vaak tot meer problemen. Het is van belang dat kinderen onderwijs blijven volgen gedurende de tijd dat ze zorg ontvangen. Ook als dat in een verblijfsvoorziening is en vooral ook ná de tijd. Dat vergt inzet van zowel aanbieders, scholen als regio's. We streven naar een doorlopende en ononderbroken ontwikkeling van een kind en daarvoor is een soepele overgang en een warme overdracht van het onderwijs nodig wanneer ze in een verblijfsvoorziening terechtkomen en van daaruit weer uitstromen. Om dit te bereiken is een aanpassing van het huidige stelsel voor voortgezet onderwijs nodig[27]. Onder andere door de samenwerkingsverbanden passend onderwijs geleidelijk aan meer verantwoordelijkheid te geven voor het onderwijs aan kinderen die voorheen in gesloten jeugdhulp geplaatst zouden worden, en voor het onderwijs aan kinderen in kleinschalige gesloten en open(woon)voorzieningen. Concreet betekent dit dat na plaatsing van een kind in verblijf de school van herkomst verantwoordelijk blijft en dat kinderen bij die school ingeschreven blijven. Dit helpt om het contact te blijven houden met het kind en de verantwoordelijkheid te houden. Weer terug naar de school waar het kind vandaan kwam, moet hierdoor makkelijker worden. Dit vergt wel dat aanbieders in de tijd dat een kind in een verblijfsvoorziening is, het contact met school faciliteren en continueren. En bij aanvang van het verblijf al afspraken maken met school over de terugkeer na het verblijf. Het vormgeven van een pedagogisch vierkant (kind, ouders, onderwijs en zorg) is daarbij belangrijk. Andere mogelijkheden hiervoor zijn bijvoorbeeld digitale (leer)middelen. Er kan ook gezocht worden naar mogelijkheden om een kind dat in een verblijfsvoorziening zit, wél het onderwijs op de reguliere school te laten volgen. Van belang is ook transparant en helder te zijn tegenover het kind over wat het betekent als het kind met onderwijs stopt. Het is niet de bedoeling het kind angst aan te jagen, maar vaak is het voor kinderen onduidelijk wat de gevolgen van schooluitval zijn voor hun droom loopbaan/toekomst. Met de inzet van extra begeleiding op de reguliere school, vanuit de expertise en ervaring van de aanbieders essentiële functies, lukt het scholen grotendeels wel een kind passend onderwijs te bieden. Waarbij regio's zich ook realiseren dat een deel van de kinderen die onder de essentiële functies vallen, behoefte blijven houden aan residentieel onderwijs.

Residentieel onderwijs

De verblijfsvoorzieningen die onder de essentiële functies vallen, zijn voorzieningen die (meestal) residentieel onderwijs bieden. Soms is dat onderwijs vormgegeven binnen het gebouw waar ook de leefgroepen van de kinderen zijn (vaak bij JeugdzorgPlus), soms is er een schoolgebouw op het terrein. Met het verkleinen van de groepen en de lijn om minder kinderen in een verblijfsvoorziening op te nemen, daalt ook het aantal kinderen dat gebruik maakt van residentieel onderwijs[28] en de groepen

[26] Onderwijs heeft prioriteit, waarbij wel oog moet zijn voor de reflectie dat onderwijs in sommige situaties voor kinderen ook stress-verhogend werkt in plaats van bijdraagt aan rust en regelmaat. In deze gevallen kunnen positieve ontwikkelingen ook tijdelijk gezocht worden in andere contacten en activiteiten voor, van en door het kind.
[27] Kamerbrief uitkomst herbezinning residentieel onderwijs nr. 37317886, 31 maart 2023
[28] Kanttekening: Vaak wordt er ook gebruik gemaakt van de scholen cluster IV door jeugd uit de regio.

bestaan uit veel uiteenlopende leeftijden en niveaus. Er moet dan ook gezocht worden naar alternatieve vormen om een breed onderwijsaanbod op elk onderwijsniveau en vak te realiseren. Er wordt gedacht aan het toevoegen van docenten op de school op terrein, zodat er meer in onderwijsniveau gedifferentieerd kan worden en aangesloten bij de diversiteit in de groep.
Daarnaast is een goede uitstroom naar het vervolgonderwijs of de arbeidsmarkt cruciaal. De 'ontvangende partijen' zijn soms terughoudend om kinderen aan te nemen die uit een residentiële voorziening komen. Van aanbieders en onderwijsinstellingen samen wordt verwacht dat zij kinderen goed voorbereiden op vervolgonderwijs en de arbeidsmarkt en dat ze actief de verbinding leggen en 'nazorg' bieden om de ontvangende partijen te ondersteunen bij het overnemen van deze kinderen.

In het RET-netwerk zou standaard het onderwijs (bijvoorbeeld samenwerkingsverband passend onderwijs of leerplicht) beschikbaar moeten zijn, zodat zij een bijdrage kunnen leveren bij vastgelopen casuïstiek en het (vervolg)onderwijs mede georganiseerd kan worden. Van regio's wordt verwacht dat zij in het OOGO (op overeenstemming gericht overleg) afspraken maken met onderwijs over de randvoorwaarden die nodig zijn voor deelname en beschikbaarheid aan het RET-netwerk.

1.12.9. Inzet van ervaringsdeskundigen

In de regel wordt altijd het hele netwerk van een kind ingezet. Hulpverleners zijn een passant in het leven van een kind en als het werk goed uitgevoerd wordt maken ze zichzelf (meestal) overbodig. Daarom moet er nauw samen gewerkt worden met de volwassenen die een goede relatie hebben met de kinderen, zogenaamde steunfiguren[29]. Wanneer gezinnen op een wachtlijst staan kunnen zorgaanbieders en regio's zich inzetten om de zorg op gang te brengen door deze kinderen en gezinnen te koppelen aan ervaringsdeskundigen of vrijwilligersorganisaties.
Daarnaast zijn er nog meer verschillende doelen waarvoor het waardevol en aantoonbaar van meerwaarde is om ervaringsdeskundigen in te zetten binnen de essentiële functies. Ervaringsdeskundigen praten vanuit een ander perspectief met een kind dan een traditionele hulpverlener. Ze hebben gemeenschappelijke ervaringen, waardoor het makkelijk is om in contact te komen en te blijven met een kind. Dat biedt steun aan een kind, omdat een ervaringsdeskundige min of meer weet wat een kind heeft doorgemaakt. Verder kunnen ervaringsdeskundigen een goede hulp zijn bij het (her)opbouwen van een netwerk voor een kind. Kinderen die (langere) tijd in een verblijfsvoorziening hebben geleefd moeten soms opnieuw een netwerk opbouwen. Het is dan prettig dat er tijd en aandacht is van een ervaringsdeskundige die mee helpt voorbereiden op 'weer terug naar school' of naar werk of die begeleiding biedt bij de sociale omgang. Ook is het een alternatieve manier om feedback vanuit het kind bij aanbieders te krijgen.
Om ervaringsdeskundigen duurzaam en effectief in te zetten moeten een aantal randvoorwaarden vervuld zijn.

- Er is draagkracht en bereidheid binnen de aanbieders om ervaringsdeskundigen in te zetten. Het maakt onderdeel uit van de cultuur binnen de organisatie, op alle niveaus, om in gelijkwaardigheid te werken met ervaringsdeskundigen.
- Er is een duidelijke visie en opdracht waarmee de ervaringsdeskundige te werk moet gaan, voordat ze in dienst treden. Ervaringsdeskundigheid is multi-inzetbaar en het is belangrijk dat de aanbieder de opdracht voor de ervaringsdeskundige zo duidelijk mogelijk heeft.
- Ervaringsdeskundigheid krijgt een plek in verschillende lagen in de organisatie.
- Primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden zijn gewaarborgd, ervaringsdeskundigen worden op dezelfde manier vergoed als andere hulpverleners in loondienst.
- Er is ruimte voor Intervisie en supervisie momenten, met andere professionals en ervaringsdeskundigen.

Een basis profiel van een ervaringsdeskundige is: integriteit, transparantie, betrouwbaarheid, proactieve houding. Voor het overige is het maatwerk. Per aanbieder en opdracht kunnen andere

[29] Bijvoorbeeld JIM Eindrapport-Steunfiguren-Jeugdzorg-2023.pdf (han.nl).

kwaliteitseisen aan een ervaringsdeskundige gesteld worden. Het is daarom van belang om hier als organisatie van tevoren over na gedacht te hebben.

1.12.10. Ontwikkelen en delen hoog specialistische kennis & expertise

Voor de kinderen die binnen de essentiële functies zorg ontvangen is de samenwerking tussen aanbieders onontbeerlijk. Juist het samenvoegen van ervaring en expertises en vanuit verschillende perspectieven naar een oplossing zoeken is daarbij van waarde. Op deze manier wordt nieuw vakmanschap gevormd. Het is de bedoeling om van en met elkaar te leren. Daarvoor is het nodig dat aanbieders actief aan kennisdeling en uitwisseling van expertise werken. Dit geldt zowel onderling als richting aanbieders die regionaal gecontracteerd zijn.
Daarvoor gelden de volgende eisen:

- Aanbieders benutten beschikbare wetenschappelijke inzichten en volgen de actuele stand van de wetenschap zoals via landelijke kenniscentra: Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Landelijk Kenniscentrum LVB, de databank effectieve jeugdhulp van het NJI;
- Aanbieders voldoen aan de beroepsontwikkeling via (her-)registraties SKJ/BIG/ Beroepsverenigingen;
- Er vindt kennisdeling plaats door intersectorale samenwerking bij projecten;
- Er is sprake van kennisdeling en aansluiting bij academische werkplaatsen en consortia.

1.13. Aanvullende kwaliteitseisen van de diensten

Naast de kernaspecten van kwaliteit worden er aanvullende kwaliteitseisen gesteld aan de diensten die onder de opdracht vallen.

1.13.1. Verblijf: een goede omgeving om op te groeien en te verblijven

Soms ontvangt een kind tijdelijk zorg in verblijf. Vanuit het kern kwaliteitsaspect ‘kleinschalig en gezinsgericht’ gelden voor verblijfsvoorzieningen een aantal specifieke, aanvullende kwaliteitseisen.

Terrein en wijk

Voor sommige kinderen is het nodig om er soms even helemaal uit te zijn in een volledig andere omgeving. Een terrein biedt begrenzing en dat is soms nodig om niet impulsief te handelen, afstand te nemen van de verleidingen of bescherming te ontvangen voor invloeden van buitenaf. Maar een repressieve omgeving zoals een (gesloten) terrein dat is, moet over tien jaar een uitzondering zijn, bedoeld voor hele kleine groep kinderen die zonder de inzet van de beschermende factor (terrein) ernstig belemmerd worden in hun ontwikkeling.
De terreinvoorzieningen die vermoedelijk nog nodig zullen zijn, moeten er ook anders uitzien. Ze zijn erop gericht om kinderen zo normaal mogelijk op te laten groeien. Een terreinvoorziening moet een diverse omgeving zijn, bijvoorbeeld door fysieke aansluiting te zoeken bij reguliere woonwijken. Een terreinvoorziening moet ook passend ingericht zijn voor de verschillende zorgvragen. Kinderen met autisme vragen een andere omgeving dan kinderen in afhankelijkheidsrelaties of kinderen met hechtingsproblematiek of combinaties daarvan.

Eisen aan een gebouw

Als we het kernaspect ‘kleinschalig en gezinsgericht’ hanteren zijn er ook minimale eisen te stellen aan de gebouwen waarin kinderen verblijven:

- Alle kinderen hebben een eigen (slaap)kamer.
- Er zijn faciliteiten voor logees. Denk aan familiekamers of chalets, zodat naasten aanwezig kunnen zijn of mee kunnen zorgen of mee behandeld kunnen worden. Daarbij gaat het niet alleen om ouders, maar kijken we ook naar andere belangrijke mensen voor het kind waardoor ze zich veiliger en minder eenzaam voelen.

- Het gebouw is huiselijk en kindvriendelijk: zonder tralies, stalen wc potten in de slaapkamers, voormalige gevangenisdeuren etc. Veiligheidsmaatregelen, zoals hekken en camera's etc. zijn zoveel mogelijk aan het zicht onttrokken en waar mogelijk opgenomen in een (groene) omgeving. De gebouwen zijn ingericht zoals 'thuis', in overleg met de kinderen op de groep zelf. Er zijn mogelijkheden voor kinderen om zelf hun kamer in te richten en bepaalde belangrijke spullen, zoals een dekbed of posters van thuis, mee te nemen. 's Avonds na een bepaalde tijd de buitendeur op slot doen, hoort echter weer bij het normale leven. Dat doen ouders thuis ook. We realiseren ons ook dat woonvoorzieningen aan eisen moeten voldoen (zoals brandwerendheid), waardoor niet altijd dezelfde keuzes gemaakt kunnen worden als thuis. En er bij de aanschaf van meubilair rekening gehouden moet worden met het gedrag van sommige kinderen. Als het uitgangspunt maar steeds is, zo thuis mogelijk.

Eisen aan de groepen

Ook een (leef)groep waar een kind verblijft wordt volgens de kernaspecten van kwaliteit vormgegeven. Het betekent dat:

- Het opleidingsniveau van de bezetting op de groep moet goede mix zijn van HBO- MBO, waarbij de norm van verantwoorde werktoedeling leidend is. Het kwaliteitskader jeugd is hierbij van toepassing: de combinatie van professional gerelateerde parameters en kindgerelateerde parameters bepaalt welke vakbekwaamheid nodig is. De kind gerelateerde indicatoren zijn het uitgangspunt en bepalen of er sprake is van een situatie waarin een niet-geregistreerde professional zelfstandig kan werken, of dat de inzet van een geregistreerde professional noodzakelijk is. De verantwoordelijkheden, taken en activiteiten van de niet-geregistreerde professional zijn hoofdzakelijk gericht op de uitvoering. De geregistreerde professionals hebben een cruciale rol bij beoordeling, besluitvorming en vaststelling (naast hun rol in de uitvoering). De zorgaanbieder maakt een gemotiveerde afweging voor de juiste mix van het opleidingsniveau van de bezetting van de groep en maakt dit aannemelijk en herleidbaar. Daarnaast is niet alleen het opleidingsniveau van belang. De begeleiding op een groep moet ook diversiteit bieden in de zin van gender, etniciteit, leeftijd etc. Naast opleiding is ervaring met kinderen uit deze doelgroep minstens zo belangrijk.
- Behandeling 'op de groep' zit ook in het voorbeeldgedrag op een groep. Leren wat gezond en gewoon is. Voorbeelden daarvan zijn een fruitschaal op tafel en niet roken in het bijzijn van de kinderen. We beseffen ons terdege dat voor de meeste kinderen die binnen de EF zorg nodig hebben 'gezond en gewoon' zo ver van hen vandaan is geweest, vaak voor zo lange tijd, dat gezond en gewoon gedrag heel beangstigend en confronterend kan zijn.
- Op de groep (en waar mogelijk door de groep) wordt gekookt en gewassen, net als thuis. Met ouders, opa's en oma's of andere mensen uit het netwerk worden afspraken gemaakt dat ze komen 'meeleven' (koken, de muur schilderen, blijven slapen etc.).
- Als een kind op een verblijfsplek komt, is er voor hem of haar een 'zachte/veilige landing': vóór binnenkomst wordt een goede, passende plek geregeld voor een kind. Daarbij wordt nabijheid geboden, zeker de eerste dagen. Vormen van nabijheid zijn een groepsbroertje of zusje, intensiever sociaal contact of meer activiteiten gezamenlijk ondernemen. Er wordt contact gehouden met ouders/netwerk en de hulpverlening. De vorm en frequentie van het contact met ouders/netwerk wordt besproken en vormgegeven met het kind. Het is belangrijk om de kinderen niet af te snijden van alles wat hiervoor al is geweest.
- In de nacht is er altijd een pedagogisch medewerker aanwezig, volgens de norm verantwoorde werktoedeling, die nabijheid kan bieden. Aan een groep is altijd een vaste orthopedagoog verbonden. Er is 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van personeel.

Eisen aan de randvoorwaardelijke pedagogische inzet

Binnen een verblijfvoorziening is ook een schil van personeel en terreingebonden factoren die bijdragen aan het leer- en ontwikkelklimaat van een kind. De aanvullende eisen voor deze schil zijn als volgt:

- Personeel dat op het terrein een functie heeft, werkt en handelt ook vanuit het principe van relationele veiligheid en nabijheid voor het individuele kind. Daar is meer voor nodig dan alleen het verkleinen van groepen. Dat vereist ook de inzet van andere methodieken. Relationele veiligheid bieden vereist ook inzet van betekent ook dat personeel met een 'veiligheidstaak' niet optreedt vanuit een repressieve insteek.
- Bij de opbouw van de randvoorwaardelijke pedagogische inzet wordt rekening gehouden met de mogelijkheden voor inzet van ervaringsdeskundigen.

Veiligheid van medebewoners en van medewerkers

Het is belangrijk dat professionals op een veilige manier zorg kunnen verlenen. En dat de andere kinderen op een groep beschermd kunnen worden. Waar deze veiligheid in het gedrang is, hebben zorgaanbieders en regio's elkaar nodig om in gesprek te gaan met kinderen en hun ouders om tot werkbare afspraken te komen en ingrepen als deze noodzakelijk zijn.

Professionele ruimte

Professionals hebben professionele ruimte nodig waardoor ze eigenaarschap kunnen ervaren voor de zorg die ze verlenen. Dat is belangrijk om met plezier naar het werk te gaan en voor zorgaanbieders om hun professionals te kunnen behouden. Dat vraagt van zorgaanbieders ook dat er ruimte is voor ontwikkeling, intervisie en reflectie op het vakmanschap.

Evalueren passende zorg

Samenwerking tussen de verschillende sectoren J&O, LVB, J-GGZ, Verslavingszorg en Forensische zorg is essentieel om de essentiële functies succesvol te organiseren. In die samenwerking is het noodzakelijk om zorgtrajecten regelmatig en doelgericht te evalueren. Bij dergelijke evaluaties is het kind en het gezin altijd betrokken. Ook de casusregisseur wordt hiervoor uitgenodigd.

1.13.2. Mobiele brigade

De mobiele brigade moet in ieder geval expertise en ervaring kunnen toevoegen op de gebieden J&O, LVB, J-GGZ, Forensische- en Verslavingszorg. Het team heeft een intersectorale blik en het mandaat/geaccepteerd gezag om te kunnen bieden wat nodig is.

Kwaliteitsaspecten

De mobiele brigade moet verschillende kwaliteitsaspecten 'in huis hebben'. We gaan daarbij uit van het team als geheel, de medewerkers van de brigade voldoen samen aan de eisen:

- Deskundigheid: Het gaat in alle trajecten van de mobiele brigade om maatwerk, ieder kind en diens ouders/netwerk is anders. Dit vraagt erom dat de medewerkers traumasensitief en cultuursensitief werken en altijd werken vanuit contact met het kind. Zij kunnen gelijkwaardig samenwerken met het kind en het gezin. Zij zijn bekwaam en hebben expertise en ervaring op specifieke onderdelen (van specialistische jeugdzorg). Tegelijkertijd stellen zij zich lerend op.
- Senioriteit/gezag: Zij moeten beschikken over een goed inschattingsvermogen, kunnen relativeren en rust uitstralen. Zij hebben ofwel vanuit ervaring ofwel van nature gezag. Zij hebben een ego dat groot genoeg is om heel klein te kunnen zijn. Hierdoor kunnen zij de samenwerking opzoeken en een verbindende rol vervullen.
- Creativiteit: de mobiele brigade gaat niet méér van hetzelfde doen of alleen nog meer specialismes toevoegen. De mobiele brigade zoekt naar de mogelijkheden om het anders te

doen, vanuit aanvullende en samenhangende diversiteit van verschillende zorgvormen en competenties. Zij durven intelligent ongehoorzaam te zijn en zij kennen en schrikken niet van de doelgroep. Daarbij hebben ze lef en een lange adem. Zij durven de last van het kind, het gezin en de betrokken hulpverleners centraal te stellen en passend te ondersteunen.

- Kennis van het zorglandschap: Zij kennen de organisaties van de aanbieders en het zorglandschap goed en kennen de juiste medewerkers van de diverse aanbieders (bruggenbouwers).

Rugdekking

Daarbij geldt dat competenties belangrijker zijn dan een specifiek professioneel profiel, hoewel deze natuurlijk sterk met elkaar samenhangen. De medewerkers van de mobiele brigade hebben permanente rugdekking nodig om het werk te kunnen doen. Daarmee bedoelen we steun vanuit de eigen organisatie, maar ook vanuit de regio's. Als we andere resultaten willen behalen, zullen we anders moeten handelen dan we gewend zijn. Dit zal ook andere dilemma's met zich meebrengen dan we gewend zijn. Deze dilemma's of risico's moeten aanbieders, regio's en verwijzers met z'n allen willen aangaan en dragen.

Samenwerking

Een belangrijk aspect in de samenwerking binnen de mobiele brigade is dat helder moet zijn wie welke regie voert (zie ook het eerdere overzicht van de diverse regievormen). Het is ook van belang om een heldere werkwijze af te spreken voor die gevallen waarbij de collega's van de mobiele brigade in de samenwerking zelf een visieverschil ontwikkelen.

DEEL 3 INGROEIMODEL VAN HUIDIGE NAAR GETRANSFORMEERDE SITUATIE

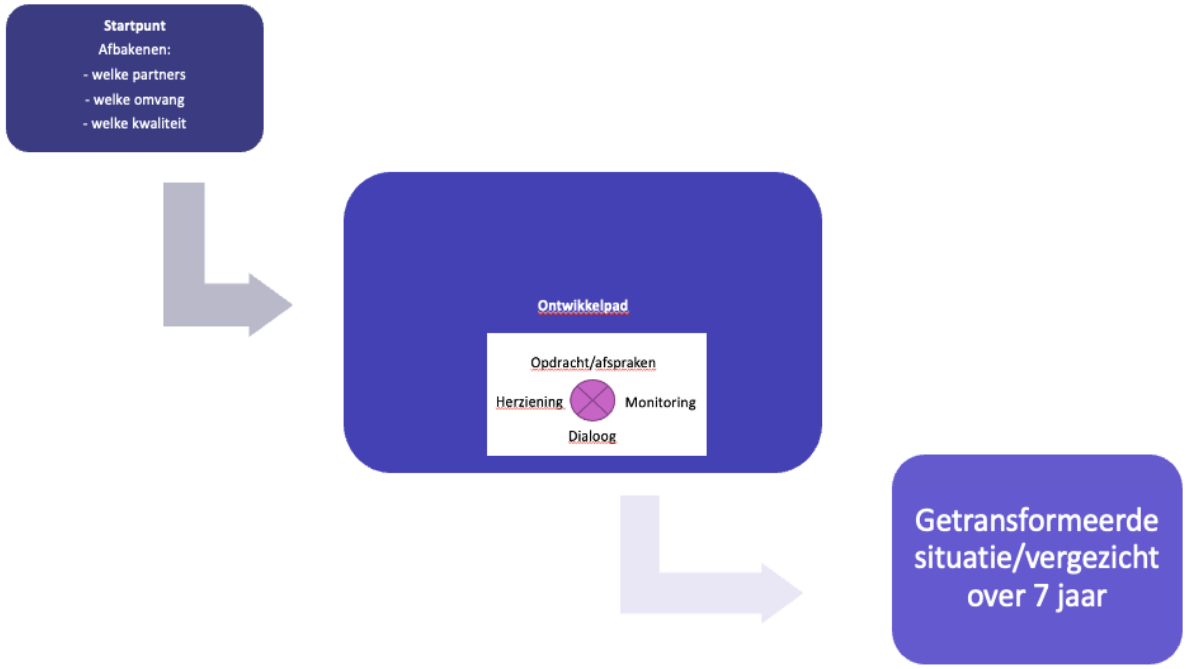
In deel I van dit hoofdstuk is de getransformeerde situatie beschreven: waar werken we naartoe en hoe ziet de gewenste zorg binnen Essentiële functies eruit? Wat is het vergezicht/de stip op de horizon. In deel 2 is nader geconcretiseerd welke doelen en resultaten we willen behalen, welke criteria gelden, welke diensten worden ingekocht bij deze verwerving en welke kernaspecten van kwaliteit we daaraan stellen. We nemen een tijdsbestek van 7 jaar om het vergezicht, de getransformeerde situatie te bereiken, waarbij we tijd en ruimte nemen om te leren en te ontwikkelen. Omdat we weten dat een transformatie van deze omvang niet in één keer te realiseren is. Dat betekent dat we werken met een ingroeimodel. In deel 3 wordt de startsituatie beschreven (vanaf het eerste contractjaar) en het ingroeipad om te komen tot het vergezicht in 2032.

1.14. Transformatieproces

1.14.1 Omschrijving proces

We starten op 1 januari 2025 met het verwerven van twee diensten, maar we beogen méér dan sec twee diensten te verwerven. Het doel is om partners te contracteren die de visie van de regio's omarmen en zich, onderling en samen met de regio's als partner, willen verbinden aan duurzame beschikbaarheid en transformatie van de essentiële functies in Gelderland. Hiervoor is het nodig dat we met elkaar een proces af spreken waarin we kunnen leren, groeien en bijsturen. Dat betekent dat we verschillende fasen in dit proces onderscheiden:

Figuur : Fasen transformatieproces



Het startpunt is gebaseerd op de huidige situatie en vormt de afbakening van de opdracht bij aanvang. De afbakening betreft:

- De partners die in dit transformatieproces stappen en de opdracht gezamenlijk vormgeven en invullen;
- De omvang van de opdracht bij de start;
- de basiskwaliteit die van de aanvang vereist wordt.

Na de start volgt het ontwikkelpad. Zoals de figuur laat zien, is er flexibiliteit en ruimte nodig in het proces om aanpassingen te doen waar en wanneer dat nodig is. Dit vereist goede monitoring, een goede dialoog en een herzieningsprocedure. Door middel van de herzieningsprocedure kunnen de afspraken op onder andere de volgende onderwerpen aangepast worden: kwaliteit, omvang, spreiding van locaties en bekostiging. De herzieningsprocedure gaat altijd over wijzigingen voor het jaar dat volgt op het lopende jaar (T+1). Uitgangspunt is dat alle elementen van het herzieningsmodel door partijen gezamenlijk worden geanalyseerd: zijn er afwijkingen en zijn er aanpassingen van de afspraken nodig? Zijn er beheersmaatregelen te nemen door zowel de regio's als de aanbieders? Op basis van de analyse wordt besloten wel of niet tot aanpassingen van de afspraken over te gaan. Een verdere concretisering van de herzieningsprocedure volgt in hoofdstuk 2 vorm en sturing.

1.14.2. Integraliteit en samenhang in de opdracht bewaken

Aanbieders voeren de integrale opdracht in samenhang uit, vanuit een samenwerkingsverband. Die samenhang geldt ook voor de regio's: zij verwerven de twee diensten in gezamenlijkheid op bovenregionaal niveau. Dit houdt in dat er een gezamenlijke verwerving is, waarin de 7 regio's afspreken onder exact dezelfde afspraken en voorwaarden een overeenkomst te sluiten met de samenwerkende aanbieders. Een transformatie zoals beschreven in deel 1 kan alleen bereikt worden als alle partijen zich verbinden, dezelfde lijnen uitzetten, sturen op de overeengekomen resultaten en dezelfde randvoorwaarden hanteren. Dat geldt niet alleen voor de start, maar is noodzakelijk voor het gehele transformatieproces. De integraliteit en samenhang in de opdracht moet bewaakt worden. Herzieningen, die door middel van de herzieningsprocedure leiden tot wijzigingen in de overeenkomst, worden doorgevoerd voor alle partijen die deelnemen in deze verwerving.

1.14.3. Ruimte voor verschillen

Dit betekent niet dat er een 'eenheidsworst' gecreëerd wordt voor heel Gelderland. Er moet ruimte zijn voor de verschillen binnen regio's of samenwerkende regio's. Het zorglandschap in de regio's is historisch gegroeid, verschillend ingericht en de behoefte aan zorginzet kan ook verschillend zijn tussen de regio's (couleur locale). Daarbij is het voor aanbieders ondoenlijk om tot een effectieve en efficiënte inrichting van de essentiële functies te komen als zij daarbij aan verschillende eisen van regio's moeten voldoen. Aan de aanbieders in het samenwerkingsverband wordt gevraagd een onderbouwd voorstel uit te werken voor de organisatorische vormgeving van de twee diensten, waarbij zij recht doen aan de couleur locale en de meest effectieve en efficiënte inrichting van de zorg, maar de integraliteit en samenhang in de opdracht niet uit het oog verliezen. De aanbieders werken dit uit in het plan van aanpak.

Voor de mobiele brigade gelden daarbij als extra aandachtspunten de reisafstand van de medewerkers van de mobiele brigade (maximaal 1 uur), de noodzaak voor de mobiele brigade om het zorglandschap goed te kennen en de behoefte voor de deelnemers van de mobiele brigade om elkaar fysiek te kunnen ontmoeten. Het ligt voor de hand om voor de mobiele brigade te denken in organisatorische eenheden (clusters). Het samenwerkingsverband werkt in het plan van aanpak- op basis van een 'vlekkenplan van expertise en organisaties' - een voorstel uit om tot invulling van 3 clusters te komen, waarmee een dekkend aanbod wordt gerealiseerd.

1.13.4. Ontwikkeling samenwerking

Om te kunnen starten met de transformatieopdracht moeten eerst de juiste partijen elkaar vinden. Om echt het verschil te kunnen maken voor de kinderen en gezinnen die dat nodig hebben en te komen tot de gewenste essentiële functies willen de regio's samenwerken met:
Aanbieders die zich willen richten op Gelderland:

- Aanbieders die op locaties in Gelderland essentiële functies aanbieden én een substantieel aandeel Gelderse kinderen willen en kunnen opnemen;

- Aanbieders die zich in de ontwikkeling van hun aanbod specifiek willen richten op de zorgvragen van Gelderse kinderen en gezinnen.

Aanbieders die de transformatiedoelen onderschrijven en deze in partnerschap met de regio's in Gelderland willen realiseren (krachtig opdrachtnemerschap):

- Aanbieders die innovatief en vooruitstrevend zijn en buiten de gebaande paden kunnen werken;
- Aanbieders die open en transparant functioneren;
- Aanbieders die bereid zijn (eventueel als hoofdaannemer) in een samenwerkingsverband te werken met andere aanbieders. Dat vergt aanbieders die buiten het eigen organisatiebelang kunnen denken;
- Aanbieders die bereid zijn om kennis naar de regio's en andere aanbieders te brengen. En indien nodig zorgaanbod tussen locaties ook anders te organiseren.

Om daar te komen ligt er ook voor de regio's een grote taak. Zij moeten samen krachtig opdrachtgeverschap organiseren door:

- Bereid te zijn samen te werken met de andere Gelderse regio's zodat aanbieders één opdrachtgever ervaren. Dat vergt dat regio's buiten het eigen regiobelang kunnen denken;
- In iedere regio een voldoende stevige basis te bieden aan kinderen en gezinnen zodat zo min mogelijk essentiële functies ingezet hoeven te worden;
- In de regio's voldoende alternatieven voor de inzet van essentiële functies te ontwikkelen en daarin willen en kunnen investeren;
- Voldoende formatie beschikbaar te stellen om deze opdracht bovenregionaal ten alle tijde uit te kunnen voeren;
- Als regio open en transparant te functioneren en bereid te zijn dit transformatieproces echt samen met aanbieders te doen.

1.15. Startpunt mobiele brigade

De mobiele brigade is een nieuwe dienst die vanaf de ingangsdatum van de nieuwe overeenkomst wordt ingezet. Ervaring leert dat een nieuw team niet meteen 'gevonden' wordt door andere partijen in het zorglandschap. De mobiele brigade gaat weliswaar zelf actief en outreachend aan de slag, maar ook zij moeten in hun rol en werkzaamheden groeien. Daarvoor is een ingroeipad voorzien.

1.15.1. Bereik aantal kinderen en gezinnen in jaar 1

Uitgaande van de doelen van de mobiele brigade is voor het eerste jaar de keuze gemaakt dat de mobiele brigade zich richt op het voorkomen van instroom in de essentiële functies en met name instroom in de JeugdzorgPlus. Als vertrekpunt voor de omvang van de mobiele brigade in het eerste jaar is aansluiting gezocht bij het aantal unieke kinderen dat in 2022 instroomde in de JeugdzorgPlus. In de tabel hieronder is de verdeling van de instroom per regio te zien.

Figuur 2: instroom van unieke kinderen in de JeugdzorgPlus per regio op basis van jaarrapportage TLS

Regio	Instroom 2022
Achterhoek	23
Centraal Gelderland	28
Food Valley	5
MIJ/OV	13
Noord-Veluwe	6
Rivierenland	9
Rijk van Nijmegen	10

Voor **jaar 1** gaan we (puur als rekenkundige aanname) uit van het streven dat de mobiele brigade 100% van het aantal kinderen dat nu in een jaar tijd instroomt in de JeugdzorgPlus moet kunnen bereiken. Dat zijn in totaal zo'n 100 kinderen en gezinnen. Dat betekent dat de mobiele brigade zich moet richten op een bereik van 100 kinderen in het eerste jaar voor het gehele gebied in Gelderland. Het betreft kinderen die vaak al in een vorm van verblijf wonen en waar zij dermate probleemgedrag laten zien dat onvrijwillige doorplaatsing naar JeugdzorgPlus dreigt. In dergelijke situaties (geen crisis) gaat de mobiele brigade als eerste haar ondersteunende dienstverlening inzetten (presentie, verdragen, vertragen, verklarende analyse) om onvrijwillige overplaatsing of plaatsing in de JeugdzorgPlus af te wenden. Dat betekent dus niet dat alleen kinderen die (bijna) instromen in de JeugdzorgPlus in aanmerking komen voor de inzet van de mobiele brigade. Het aantal kinderen dat ingestroomd is in de JeugdzorgPlus is alleen gebruikt als **richtgetal** voor het bereik in het eerste jaar van de mobiele brigade.

1.15.2. Inrichting in clusters

De mobiele brigade is actief en outreachend en verleent de diensten voor kinderen en gezinnen binnen de G7. De mobiele brigade hoeft niet in elke regio apart te worden ontwikkeld, maar moet wel in elke regio inzetbaar zijn. De samenwerkende aanbieders organiseren de mobiele brigade in clusters. De regio's hebben een voorstel gedaan voor de indeling in 3 clusters. De zorgaanbieders werken in het plan van aanpak een concreet voorstel uit hoe de clustervorming er voor hen het meest effectief en efficiënt uit ziet. Dat betekent dat zij daarbij rekening houden met de overwegingen van de regio's (reistijd en afstand voor gezinnen en zorgaanbieders, aantal kinderen in een cluster, cijfers over het gebruik van essentiële functies). Daar voegen zij aan toe: de beschikbaarheid van expertise en locaties van aanbieders en historische afspraken over werkgebieden. Het werken in clusters neemt echter niet weg dat kinderen, gezinnen en regionaal opererende zorgaanbieders en verwijzers uit de diverse regio's, op dezelfde dienstverlening moeten kunnen rekenen. Belangrijk daarbij is dat de mobiele brigades de werkwijzen gelijk houden.

1.15.3. Inzet medewerkers jaar 1

De mobiele brigade is een integrale samenwerking van J&O, LVB, J-GGZ, Verslaving- en Forensische zorg en bestaat ten minste uit een:

- Eerste aanspreekpunt/verbinder
- Ervaren WO-geschoolde professional (2 personen) uit de diverse beroepsgroepen
- Systeemgericht ambulant hulpverlener
- Ervaringsdeskundige

Eerste aanspreekpunt/verbinder

Het team heeft een eerste aanspreekpunt/verbinder nodig, die het team op poten zet en de inbedding van het team in de RET-netwerken vormgeeft. Deze functie is allereerst verantwoordelijk voor de belangrijke verbinding met het RET/de RET-voorzitter. Verder moet de werkwijze van de mobiele brigade uitgewerkt en doorontwikkeld worden en moet er goed geëvalueerd worden. Deze taken behoren bij de functie van eerste aanspreekpunt. Zeker het eerste jaar kost dit extra indirecte ureninzet boven op de inzet per casus. Voor die indirecte extra inzet wordt 12 uur per week gerekend gedurende het eerste jaar.

Fasen inzet mobiele brigade

De mobiele brigade wordt tijdelijk en kortdurend ingezet. Voor de inzet van de mobiele brigade zijn een aantal fasen te onderscheiden die zijn uitgewerkt in bijlage 6.

Op basis van de uitgewerkte fasen en de werkzaamheden die daarbij horen, is een grofmazige ureninschatting gemaakt van gemiddeld 60 uur per kind. De ureninzet moet goed gemonitord worden in het eerste jaar om te zien wat de daadwerkelijk inzet zal zijn. De inschatting van de omvang van de

mobiele brigade is nog niet gebaseerd op ervaring. Die is er immers niet. Echter, wanneer er te veel capaciteit beschikbaar blijkt te zijn, kan de mobiele brigade al eerder dan gepland starten met de uitvoering van de overige opdrachten. Monitoring van de inzet van de mobiele brigade moet uitwijzen of dit mogelijk is.

Reistijd

De medewerkers van de mobiele brigade werken outreachend. Zij gaan grotendeels ter plaatse hun inzet plegen. Dat betekent dat zij reistijd hebben per kind en gezin dat ze helpen. De reistijd wordt ingeschat op 40 uur per kind en gezin. Ook hiervoor geldt dat uit monitoring moet blijken of deze raming klopt.

Opstarttijd en -kosten

Goede interprofessionele samenwerking gaat niet vanzelf. De vorm en structuur van samenwerking, bekendheid met elkaar en elkaars perspectieven, onderlinge communicatie, afspraken over registratie, verantwoordelijkheden en rolverdeling zijn belangrijke elementen in de samenwerking. In de opstartfase van de mobiele brigade is er extra tijd nodig voor de medewerkers in de mobiele brigade om de samenwerking vorm te geven. Verder is het van belang om elkaar in de opstartfase vaker fysiek te zien. In het eerste jaar ramen we daarvoor in totaal 4 uur per week per medewerker van de mobiele brigade.

1.15.4. Focus jaar 1

De mobiele brigade heeft 4 verschillende taken, zie daarvoor de omschrijving in paragraaf 1.9.2., maar voor het eerste contractjaar is gekozen de inzet te richten op het maatwerk voor kinderen en gezinnen die (dreigen) onvrijwillig overgeplaatst te worden met dreiging van gesloten plaatsing:

- Handelingsverlegenheid wegnemen bij betrokken professionals
- Specifieke kennis toevoegen (consultatie/korte begeleiding/specialistische ondersteuning (kortdurend 6-8 gesprekken of 10 uur inzet)
- Onvrijwillige doorplaatsingen voorkomen
- Ondersteunen van het netwerk van een kind

1.15.5. Vorm en werkwijze mobiele brigade

De mobiele brigade is een team van de aanbieders. De invulling van de vorm, structuur en werkwijze is dan ook aan aanbieders om uit te werken. Zij nemen dit op het Plan van Aanpak. Daarbij wordt in ieder geval ook rekening gehouden met:

- Publicatie/bekendmaking opdracht van mobiele brigade richting verwijzers en regionaal gecontracteerde aanbieders
- Werkafspraken met regio's/verwijzers/zorgaanbieders
- Verbinding met RET/contractmanagers/GI's/Toegangen

Binnen de mobiele brigade werken veel verschillende domeinen/beroepsgroepen met elkaar samen. Er moeten onderling afspraken gemaakt worden over deze samenwerking. In het Plan van Aanpak werken aanbieders dit verder uit.

1.15.6. Randvoorwaarden

Dossiervorming

Belangrijke randvoorwaarde voor de samenwerking van de mobiele brigade is de dossiervorming, zodat iedere betrokken medewerker zijn individuele verantwoordelijkheid kan nemen. Dossiervoering is in iedere professionele standaard verplicht. De gezamenlijke verantwoordelijkheid kan gedragen worden vanuit de combinatie van individuele verantwoordelijkheden voor de delen van de essentiële informatie, zodat de bijdrage of adviezen van de mobiele brigade landen in het al lopende zorgdossier

van het kind. Het is dan wel van belang het gezamenlijke proces van besluitvorming goed vast te leggen. Hier komt het belang van een (gezamenlijke) registratie naar voren.

Gezamenlijke leerstructuur

De mobiele brigade moet opstarten en leren en groeien. Leren moet plaatvinden op verschillende niveaus. Het team van de mobiele brigade moet leren samenwerken als team, de mobiele brigade moet leren samenwerken met de omgeving (en andersom) en we moeten leren van de ervaringen die opgedaan worden binnen de mobiele brigade zodat de werkzame elementen herkend worden. In hoofdstuk 2 vorm en sturing wordt de leercyclus van de mobiele brigade uitgewerkt. Van belang is in ieder geval dat er ruimte is, in tijd en financiën, voor de gezamenlijke leercyclus.

Mogelijkheid tot bijsturing

Het is enorm belangrijk de inzet van de mobiele brigade goed te monitoren, zodat op basis daarvan bijgestuurd kan worden op de uren inzet of de vorm en structuur van de mobiele brigade. Tegelijkertijd moet voorkomen worden dat onevenredig veel tijd verloren gaat met het administreren ten behoeve van de monitoring. In hoofdstuk 2 vorm en sturing is dit geconcretiseerd.

1.16 Startpunt integrale hoog specialistische zorg

De dienst integrale hoog specialistische zorg kenmerkt zich – zoals de beschrijving al weergeeft - door integraliteit en samenwerking. Gelukkig starten aanbieders en regio's hierbij niet op nul. Op vele gebieden wordt al samengewerkt (regionale samenwerkingsverbanden, deelname in de RET's, onvoorwaardelijk wonen huizen etc.) en kennis uitgewisseld (bijvoorbeeld Consortium Kleinschaligheid). Voor de essentiële functies is een verdieping en doorontwikkeling van het integraal werken echter noodzakelijk. Het ontwikkelen van nieuw vakmanschap. De zorgvragen van de kinderen en gezinnen die een beroep doen op de essentiële functies kenmerken zich door complexiteit en meervoudige problematiek. Zij hebben meestal niet genoeg aan zorg vanuit één domein/beroepsgroep en juist door de schotten die nu bestaan worden zij niet adequaat geholpen en stapelen de zorgtrajecten en verblijfplekken zich op.

1.16.1. Aanvullende integrale zorg vanuit nieuw vakmanschap

Om echt goed te kunnen samenwerken is het nodig dat partijen elkaar kennen, elkaars bevoegdheden kennen, elkaars taal verstaan, verwachtingen naar elkaar expliciteren en bij elkaar checken of is gedaan wat is afgesproken. Samenwerking vraagt dan van professionals dat zij in staat zijn om samen hardop te denken, de eigen belangen of die van de eigen organisatie ondergeschikt te maken.

Om dit te bereiken is ten eerste een bepaald type professional nodig die de competenties en de vaardigheden heeft om integraal te werken. We noemen dit ook wel sociale reflexiviteit (Linders, 2019)[30].

Het volgende profiel is hierbij passend:
Medewerkers die in de essentiële functies samenwerken om integrale zorg te ontwikkelen:

- Stellen de behoeften van het kind en het gezin/ het sociale netwerk voorop, denken voorbij organisatiebelangen of de persoonlijke professionele mening;
- Hebben het lef om breed te willen kijken naar gedrag of de situatie van het kind en hun gezin, verder dan klachten en (symptoom)gedrag;

[30] https://lectorensociaalwerk.nl/wp-content/uploads/2018/03/Verkenning-sociale-reflexiviteit-2018-03-26-docx.pdf

- Creëren kansen en stimuleren het inzetten van (ook minder voor de hand liggende) oplossingsrichtingen;
- Zijn positief kritisch, meedenkend en ideeënrijk. Zij zijn van nature geneigd om 'ja, én' te denken in plaats van 'ja, maar';
- Verdragen onvoorspelbare en risicovolle situaties, werken daarin samen en houden elkaar scherp, zijn verbindend. Zij kunnen elkaar en anderen constructief confronteren;
- Hebben een houding van "niet-weten", zijn nieuwsgierig naar de kennis, beleving en ervaring van de ander;
- Zijn in staat om expertise toe te voegen, maar erkennen dat het kijken vanuit meerdere perspectieven noodzakelijk is en dat "de waarheid" niet bestaat;
- Kunnen overstijgend denken (hebben een helicopterview op zorg en problematiek in gezinnen), kunnen goed samenvatten, prioriteren en gezamenlijk besluiten nemen over een als eerste te nemen stap;
- Kunnen keuzes verantwoorden en onderbouwen, en kunnen reflecteren op de eigen mensvisie, zorgvisie en normen en waarden.

Het type professional dat beschreven is, is niet in groten getale aanwezig binnen de organisaties van aanbieders. Dat hoeft ook niet, zeker niet direct vanaf de start. De essentiële functies zijn er voor een kleine, maar zeer kwetsbare, groep kinderen en gezinnen en het is van belang dat zich rondom deze kleine groep een netwerk van professionals kan vormen dat opereert vanuit het nieuwe vakmanschap. Die vanuit dat netwerk integrale zorg inzetten, waarbij die zorg goed op elkaar is afgestemd en elkaar versterkt.

Ten tweede hebben de professionals in dat netwerk, tijd nodig om elkaar te leren kennen. Belangrijk is dat zij elkaar fysiek kunnen ontmoeten, letterlijk samen kunnen werken bijvoorbeeld op de verblijfslocaties, tijd hebben om gesprekken te hebben met elkaar. Dat vergt financiële ruimte voor indirecte tijd. In de opstartfase zal dat meer indirecte tijd vergen dan later in het proces, maar ook professionals die goed ingespeeld zijn op elkaar en integraal kunnen samenwerken, blijven tijd nodig hebben om te reflecteren, evalueren en investeren in de samenwerking.

Het is wel van belang dat de professionals die deelnemen in het netwerk ook voldoende binding houden met de organisaties waar zij werken en de kennis en expertise die ze opdoen door het werken in het netwerk (het nieuwe vakmanschap) over dragen aan de professionals waar ze buiten het netwerk mee samenwerken.

Startpunt

De aanbieders nemen in het plan van aanpak een onderbouwd voorstel op, waarin zij laten zien hoe ze de integrale zorg binnen essentiële functies vorm willen geven met de aanbieders binnen hun samenwerkingsverband. Hoe gaan zij het netwerk vormgeven? De inzet vanuit de afzonderlijke aanbieders zal wellicht verschillend zijn, al naar gelang het type expertise dat zij bieden of de demografische factoren. Randvoorwaarde om deze integrale aanvullende zorg, het netwerk, vorm te kunnen geven is dat er financiële ruimte is (zonder schotten) om deze professionals in te kunnen zetten.

1.16.2. Locaties integraal hoog specialistisch verblijf jaar 1

Gelderland kent van oudsher veel verblijfsvoorzieningen voor jeugdhulp. Veel van deze verblijfsvoorzieningen zijn 'terreinen', locaties waar kinderen 24/7 verblijven, naar school gaan en vrijetijdsbesteding hebben. Daarnaast zijn er ook alternatieven voor deze terreinen ontwikkeld of in

ontwikkeling. Dan is een verblijfsvoorziening gesitueerd in een woonwijk, bijvoorbeeld in een aangepast woonhuis.

Voor de schaarse verblijfsvoorzieningen essentiële functies die we willen verwerven is het G7 niveau (Gelderland) een logisch verband. Daarbij moeten we wel in ogenschouw nemen dat aanbieders van essentiële functies veelal niet (geheel) Gelders georiënteerd zijn én dat omliggende regio's ook gebruik maken van de essentiële functies die geografisch in het G7 werkgebied gesitueerd zijn. Tegenovergesteld maken de regio's ook gebruik van essentiële functies die niet in het G7 werkgebied liggen, maar wel (geografisch gezien) nabij zijn gelegen.

Voor het startpunt in jaar 1 zijn alle huidige Gelderse verblijfsvoorzieningen[31] langs de criteria gelegd:

1. Er is schaarse, hoog-specialistische kennis bij de voorziening, die voor slechts een beperkt aantal Gelderse kinderen relevant is. Er zijn echter voldoende kinderen om die hoog-specialistische kennis wel in Gelderland beschikbaar te willen hebben en;
2. Van de zorg van de voorzieningen wordt gebruik gemaakt door kinderen uit meerdere Gelderse regio's en;
3. Het betreft een geconcentreerde voorziening in Gelderland, die niet in alle regio's aanwezig is of ontwikkeld kan worden.

Daar is een lijst uit voortgekomen van voorzieningen en locaties die op dit moment voldoen aan de definitie van Essentiële functies (bijlage 7). Dit zijn de voorzieningen en de locaties waar de regio's transformatieafspraken over willen maken. Deze transformatieafspraken zijn gericht op de verblijfsplekken die gebruikt worden door kinderen die uit de G7 regio's komen en verblijfsvoorzieningen op locaties in Gelderland, met oog op het door ontwikkelen en beter spreiden en waarborgen van beschikbaarheid binnen Gelderland. Dit betekent niet dat kinderen uit de G7 regio's alleen op locaties binnen Gelderland geholpen kunnen worden[32]

Het is goed om op te merken dat niet alle verblijfsvoorzieningen direct vanaf contractjaar 1 voldoen aan alle kwaliteitseisen. Net als voor de mobiele brigade geldt voor de dienst integrale hoog specialistische zorg dat er een startpunt is (jaar 1) en ontwikkelafspraken om naar het vergezicht over 7 jaar te komen. Aanbieders geven per voorziening op een passende manier invulling aan de kwaliteits- en transformatie eisen.

Omvang integraal hoog specialistisch verblijf jaar 1

Om een inschatting te maken van de omvang van het integraal hoog-specialistisch verblijf wordt verwezen naar het historisch gebruik van het aantal Gelderse kinderen op de locaties. Dit historisch gebruik geeft een indicatie van de mogelijke omvang van de opdracht voor jaar 1.
Voor de verblijfsvoorzieningen JeugdzorgPlus en onvoorwaardelijk wonen is het noodzakelijk om in het kader van de transformatieafspraken een exacte omvang van het aantal plekken weer te geven dat voor het tijdvak 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025 verworven wordt. Voor deze verblijfsplekken wordt een beschikbaarheidsfinanciering afgesproken. Het gaat om 43 plekken voor dit tijdvak voor JeugdzorgPlus en 22 plekken voor Onvoorwaardelijk wonen.

Ontwikkeling locaties

De omvang van terreinvoorzieningen in de toekomst in Gelderland is moeilijk te voorspellen. Daarbij moet onderscheid gemaakt worden tussen terreinvoorzieningen voor J&O en LVB- kinderen. Duidelijk is dat de terreinvoorzieningen de komende jaren moeten veranderen. Of het mogelijk is om af te bakenen en af te bouwen is afhankelijk van de alternatieven die hiervoor ontwikkeld worden.

[31] Met uitzondering van moeder-kindhuizen en gezinshuizen. De regio's hebben in algemene zin bepaald dat deze verblijfsvoorzieningen beschikbaar moeten zijn in het regionaal gecontracteerde veld.
[32] Het gebruik van verblijfslocaties buiten Gelderland is uitgewerkt aan de hand van 'meest passende zorg'.

Alternatieven waardoor een terreinvoorzieningen niet meer nodig is (eerder oplossen van problematieken die bescherming vragen) maar ook alternatieven in de vorm van vervolgvoorzieningen in de keten. Nu verblijven kinderen regelmatig te lang op de terreinvoorzieningen omdat vervolgvoorzieningen deze kinderen niet willen opnemen na hun behandeling.
Integrale hoog specialistische zorg wordt momenteel vooral op terreinen in instellingen geboden. We moeten ons wel realiseren dat, als deze zorg meer in de wijk wordt geboden, deze zorg nog steeds hoog complex is. Dat vraagt het nodige van de bewoners in een wijk, zoals rugdekking voor de buren, maar ook fysieke ruimte en waarborgen van veiligheid in- en om een huis. Het evenwicht tussen zoveel mogelijk in de wijk en alleen als het noodzakelijk is zorg op een terreinvoorziening, zal de komende jaren moeten blijken. Ook hiervoor geldt dat de afbouw van terreinvoorzieningen alleen gerealiseerd kan worden in samenwerking en partnerschap tussen aanbieders onderling en in samenwerking met regio's.

Herijking lijst

Duidelijk is in ieder geval dat de lijst van locaties een startpunt is op basis van de huidige situaties en dat er jaarlijks een herijking van deze lijst moet plaatsvinden. Het ontwikkelpad wordt gebruikt om tot de gewenste afspraken in de transformatie te komen. Aanbieders en regio's blijven in dialoog om de lijst actueel te houden, te voorzien van een passend aantal kinderen per groep en aan te laten sluiten bij de afgesproken beweging naar getransformeerde zorg en duurzame beschikbaarheid. Locaties worden daarbij telkens langs de genoemde criteria gelegd. Gedurende de opdracht ontwikkelen de verblijfslocaties zich zodanig dat de spreiding van de verblijfslocaties over Gelderland zich verbetert, zonder dat dit betekent dat in alle regio's een voorziening aanwezig is. Regio's inspireren elkaar met regionale alternatieven en spreken elkaar aan op het ontwikkelen van regionaal aanbod, zodat de essentiële functies een schaarse voorziening blijft met een beperkte omvang. De procedure voor aan de herijking komt aan bod in hoofdstuk 2 vorm en sturing.

1.17 Basisniveau kwaliteit van de diensten start jaar 1

De verwerving beslaat een transformatieproces van 7 jaar. Duidelijk en logisch is dat bij de start van de overeenkomst het eindresultaat nog niet gerealiseerd is. Om bij het eindresultaat te komen spreken we een verwachte beweging, fasering en planning af. Aan de geformuleerde kwaliteitseisen in deel 2 wordt voortdurend gewerkt.
Vanaf de start van de overeenkomst (jaar 1) wordt echter wel een **basisniveau** ten aanzien van de kernaspecten van kwaliteit van het samenwerkingsverband verwacht:

- Aanbieders voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen en de kwaliteitsstandaarden die voor hen van toepassing zijn;
- Aanbieders (be)handelen op basis van achterliggende factoren, wat betekent dat er altijd eerst een Verklarende Analyse is gemaakt en er een perspectiefplan is alvorens de zorg start. De mobiele brigade kan hier een bijdrage aan leveren;
- Aanbieders hebben de organisatie zodanig ingericht dat voldaan wordt aan de vereisten voor systemisch werken;
- Aanbieders hebben Integrale en samenhangende zorg tussen de disciplines/beroepsgroepen binnen het samenwerkingsverband vormgegeven;
- Aanbieders en regio's werken op basis van werkafspraken rondom casusregie/procesregie/behandelregie;
- In de mobiele brigade is de inzet van een ervaringsdeskundige geborgd.

1.18. Ontwikkelafspraken

In de vorige paragrafen is het startpunt van de overeenkomst (jaar 1) weergegeven inclusief het basisniveau van kwaliteit dat we eisen. In deze paragraaf staan de ontwikkelafspraken over langere tijd: welke beweging verwachten we, waar leggen we de focus, welke fasering hanteren we en wat hebben we daarbij nodig?

We geven de verwachte beweging weer aan de hand van de doelen die we gesteld hebben:

I. Breng expertise naar het kind en gezin, verplaats de zorg en niet het kind

Dit betekent niet letterlijk dat behandelaren naar kinderen en gezinnen thuis gaan om daar te helpen, maar veel meer de beweging waarin we bovenal redeneren vanuit wat het kind en het gezin rondom het kind, nodig heeft en we kinderen niet telkens overplaatsen. Van daaruit gaan we de zorg die daarvoor nodig is organiseren met elkaar (integraal). Omdat we alleen samen de zorg en ondersteuning integraal kunnen organiseren én door het verbinden van die taken synergie ontstaat.

Verwachte beweging

Dat vraagt een beweging van éénieder:

- Van de regio's om vanuit co-creatie en partnerschap naar de aanbieders te kijken en van aanbieders dat zij buiten hun vertrouwde professionele structuren durven organiseren en samenwerken. Voor integrale samenwerking is nodig dat de betrokken partijen (vanuit hun autonoom belang) zich gezamenlijk 'verbinden' aan de zorgvraag van een kind en het gezin in een interactief proces, waarvoor ze gedeelde regels, normen en structuren hebben vastgesteld. Dat vergt lef en is ook een groeiproces.
- In de cultuur en de 'menselijke samenwerking'. Om de integrale zorg te kunnen leveren aan kinderen binnen de essentiële functies moet de expertise en ervaring vanuit verschillende beroepsgroepen geleverd worden. Iedere beroepsgroep heeft zijn eigen visie, opleiding, stijlen, werkwijzen etc. Daar kunnen belemmeringen uit ontstaan die de samenwerking in de weg staan. Professionals onderling moeten leren samenwerken en ruimte krijgen om te mogen leren en fouten te maken, zeker in de complexe hulpvragen die binnen essentiële functies voorliggen.

Focus

Een samenwerking zoals we die nastreven en de 'omslag in het denken', waarbij de zorg echt rondom het kind en gezin georganiseerd kan worden, moet groeien en langzaam, maar gestaag, tot stand komen. De focus ligt vooralsnog op het werken aan het 'nieuw vakmanschap 'en het opzetten van de mobiele brigade.

Fasering

Gedurende en na afloop van het eerste jaar samenwerken, maken we de balans op: evalueren op welke vlakken het goed gaat, waar nog belemmeringen zitten en hoe die kunnen worden opgelost. Daarna kunnen volgende stappen worden gezet. Dat kunnen stappen op veel verschillende vlakken zijn: werken aan een gezamenlijk EPD, gezamenlijke trainingen, concrete afspraken over fysieke gezamenlijke momenten, maar ook gedeelde protocollen of werkafspraken.

Benodigdheden

Voor het eerste jaar is ruimte nodig voor deze groep mensen. Ruimte in de zin van tijd om elkaar op alle fronten te leren kennen en samen op te trekken bij complexe hulpvragen. Maar ook ruimte om niet direct afgerekend te worden op 'resultaten' en ruimte om te mogen experimenteren met oplossingen die buiten de gebaande structuren lopen.
Dat vergt budget, maar ook het simpelweg beschikbaar hebben en beschikbaar kunnen maken van deze mensen.

II. Beschikbaarheid garanderen van schaarse hoog-specialistische zorg:

Verwachte beweging

De essentiële functies is schaarse zorg voor een kleine groep kinderen. We willen deze zorg toekomstbestendig maken: de vorm en inhoud moet getransformeerd worden en tegelijkertijd verwachten we dat de groep kinderen die gebruik gaat maken van deze zorg minder groot wordt. We vragen dus hoog-specialistisch aanbod voor een steeds kleinere groep kinderen in een kleinschalige omgeving. Om deze specifieke zorg beschikbaar te houden zijn verschillende factoren die van invloed waaraan 'gesleuteld' moet worden:

- Organisatieschaal: er is een minimumaantal kinderen nodig om deze zorgvorm nog aan te kunnen bieden. Dat geldt zowel voor de inhoud (het ontwikkelen en onderhouden van kennis en expertise) als voor de bedrijfseconomische kant (worden de kosten voldoende gedekt?)
- Arbeidsmarkt: kunnen de aanbieder beschikken over voldoende personeel met een bepaalde expertise en ervaring om in dit hoog-specialistische aanbod te kunnen voorzien?
- Verwijzingen: onderkennen de verwijzers dat deze vorm van jeugdhulp nodig is en passen zij voldoende matched care toe? Door verkeerd te verwijzen of te lang stepped-care uit te voeren ontstaat een zwaardere hulpvraag.
- Concurrentie: de groep kinderen die gebruik maakt van de essentiële functies is klein en wordt nog kleiner. Zo streven de regio's naar 10% minder instroom per jaar van kinderen in de JeugdzorgPlus. Daarnaast willen we graag een goede spreiding van de zorg binnen Gelderland. Te veel aanbod en onvoldoende focus op specialisaties kan ertoe leiden dat aanbieders een zorgvorm niet meer kunnen bieden. En samenwerking komt daarmee ook minder goed tot stand.
- Bekostiging en tarief: bij deze schaarse voorzieningen is een passende tariefstructuur belangrijk. Dit kan een stelsel zijn van verschillende vormen van bekostigen.
- Administratieve lastendruk: alle verschillende eisen aan overeenkomsten en grote verantwoordingslast leidt tot een complexe bedrijfsvoering bij aanbieders. Dat zit de zorg in de weg en kost veel geld.

Focus

Een passende bekostigingsstructuur ontwerpen en het verlagen van de administratiedruk zijn factoren die in de verwerving direct meegenomen kunnen worden. Dit zijn randvoorwaarden die al geformuleerd zijn. Voor het eerste jaar leggen we de focus op complementaire expertise (factor concurrentie). Deze hangt namelijk ook sterk samen met de samenwerking die zo hard nodig is en de organisatieschaal die minimaal nodig is voor het beschikbaar houden van de essentiële functies. Voorstel is om in het eerste jaar te komen tot een verdieping van het zorglandschap: welke aanbieder heeft welke expertise en specifiek aanbod, wat is nodig op termijn en hoe kan dit zorglandschap van schaarse zorg zo goed mogelijk worden ingericht? Hierbij wordt de lijst met voorzieningen herijkt op basis van de criteria zoals genoemd in paragraaf 1.6.

Fasering

Nadat in het eerste jaar een verdieping gemaakt is, gaan aanbieders en regio's een doorontwikkeling maken op de andere factoren zoals de arbeidsmarktproblematiek en verbeteringen in de verwijzingen.

Benodigdheden

Een 'startfoto' waarop alle expertise en aanbod is weergegeven (uitgangspositie). Verder vergt het van aanbieders onderling dat zij een gezamenlijke verdiepingsslag durven maken. Daar is transparantie en vertrouwen voor nodig. Eenzelfde mate van transparantie en vertrouwen wordt van regio's gevraagd. Ook zij moeten duidelijk zijn in hun visie en de doelen die ze stellen.

III. Kwalitatief leef- en behandelklimaat

Verwachte beweging

Een open leer- en ontwikkelklimaat is een veilige, gestructureerde en rehabiliterende omgeving waarin sprake is van veel ondersteuning, duidelijke kansen voor groei, minimale repressie en waarbinnen een goede balans tussen flexibiliteit en controle voor een prettige sfeer zorgt. Er zijn veel aspecten benoemd waarop verbetering moet plaats vinden om een kwalitatief leef- en behandelklimaat te bereiken:

- Relationele veiligheid
- Traumasensitief werken
- Cultuur sensitief werken
- Kleinschaligheid en huiselijkheid
- Geen vrijheidsbeperkende maatregelen
- Kleine, stabiele teams
- Volledig dagprogramma
- Residentieel onderwijs

Focus

Voor het eerste jaar leggen we de focus op het verder door ontwikkelen van traumasensitief werken, het toewerken naar de volledig werken volgens de richtlijnen vrijheidsbeperkende maatregelen en het verder doorvoeren van relationele veiligheid. Deze aspecten hangen namelijk nauw met elkaar samen. Verder wordt, onder meer via de stimuleringsmiddelen vanuit de SPUK's af- en ombouw JeugdzorgPlus, separeerruimtes en driemilieusvoorzieningen, toegewerkt naar kleinschaligheid en huiselijkheid.

Fasering

Het leer- en ontwikkelklimaat is uit verschillende elementen opgebouwd die een onderlinge samenhang hebben en een wisselwerking. De gedachte is dat door de groepen kleinschalig en huiselijk in te richten, het makkelijker is om kleine, stabiele teams te vormen. Het bieden van kleine en stabiele teams draagt weer bij aan het kunnen bieden van relationele veiligheid etc. Het is dan ook lastig om de elementen volledig afzonderlijk van elkaar te faseren. Ook hier geldt dat op basis van de monitoring en evaluaties de verdere fasering ingevuld moet worden.

Benodigdheden

Traumasensitief werken, relationele veiligheid bieden en het beperken van vrijheidsbeperkende maatregelen vergt aanpassing in de cultuur en de werkhouding van professionals. Om dit te bereiken is scholing nodig, maar ook ervaring opdoen in de praktijk en daarbij de mogelijkheden om te mogen leren. Aan de andere kant is ook borging nodig: ondersteuning van de professionals door de organisaties waar ze werken, want deze omslag werken kan ook (het gevoel van) onveiligheid met zich mee meebrengen. Hier moet aandacht en ondersteuning voor zijn.

IV. Ruimte bieden voor samenwerking door middel van krachtig opdrachtgeverschap

Verwachte beweging

De regio's gaan met de samenwerking op essentiële functies en de verwerving die daaruit voort is gekomen, samen sturen op inhoud en het beschikbaar houden van schaarse expertise en voorzieningen binnen Gelderland. Zij moeten gaan werken aan duurzame en veilige oplossingen voor zeer kwetsbare kinderen en gezinnen en onderkennen dat de samenwerking op bovenregionaal niveau meerwaarde heeft: het is effectiever en efficiënter om schaars aanbod in een groter verband te organiseren.

Focus

Alles regio's werken vanaf 2025 met een uniform proces voor essentiële functies en bewaken dat zij gezamenlijk de lijnen blijven uitzetten. Hiervoor richten ze een passende governance structuur in.

Fasering

De transformatie van schaarse voorzieningen brengt een herinrichting van het zorglandschap met zich mee. Het is niet precies te voorspellen hoe deze herinrichting en de fasering gaat verlopen, want de

beschikbaarheid en noodzaak van schaarse essentiële functies is ook afhankelijk van de snelheid en het succes van alternatieven voor de essentiële functies.

Benodigdheden

Om te kunnen sturen en de behoefte aan essentiële functies te kunnen bepalen, is een bovenregionale monitoring cruciaal. Er is data nodig om inzicht te krijgen in de bewegingen die plaats gaan vinden.

In bijlage 8 is het ontwikkelpad over de jaren 2025-2031[33] opgenomen.

1.19. Randvoorwaarden

Om de transformatie succesvol te laten verlopen zijn er een aantal algemene randvoorwaarden:

I. Een sterk regionaal en lokaal zorglandschap

Een sterk regionaal en lokaal zorglandschap is cruciaal voor het behalen van de doelen die nagestreefd worden binnen de essentiële functies:

- Instroom in essentiële functies verminderen, zodat afbouw van essentiële functies wordt behaald;
- Voldoende alternatieve voorzieningen opbouwen ter vervanging van de afbouw essentiële functies;
- Voldoende vervolg- en woonplekken voor kinderen, zodat de door- en uitstroom binnen de essentiële functies niet stokt;
- RET's ontwikkelen zich naar een regionaal netwerk waarbinnen wordt samengewerkt bij vastgelopen casuïstiek en knelpunten worden opgelost. Met een sterk RET, komt de noodzakelijke verbinding tussen de essentiële functies en het regionale veld tot stand;
- In iedere regio een samenwerking tussen volwassenhulp en jeugdhulp tot stand brengen. Zodat bijvoorbeeld de Volwassen GGZ direct ingezet wordt als het met kinderen niet goed gaat en de ouder psychiatrische problematiek heeft.

De doorontwikkeling van het regionale en lokale veld heeft ook tijd nodig en niet alles kan in één keer gerealiseerd worden. De focus in het eerste jaar ligt op het verminderen van de instroom in de essentiële functies en dan specifiek vermindering instroom in de JeugdzorgPlus[34]. Waarbij de kanttekening moet worden geplaatst dat hierdoor in eerste instantie een 'waterbed effect' kan ontstaan met de andere verblijfsvoorzieningen binnen de essentiële functies. Door te focussen op het verminderen in de instroom, wordt het duidelijker voor welke kinderen de essentiële functies wel beschikbaar moeten blijven. Deze afbakening helpt bij het maken van de verdiepingsslag op het toekomstig benodigde zorglandschap. Een tweede focuspunt is het ontwikkelen van een sterk RET in ieder regio. Dit is namelijk een belangrijke voorwaarde voor het optimaal benutten van de mobiele brigade.

II. Aansluiting onderwijs & vervoer

Het belang van (het blijven volgen van) onderwijs als onderdeel van het zorgtraject dat een kind doorloopt is al meermaals aan de orde gekomen. De praktijk is echter weerbarstiger dan de theorie. Onderwijs is qua structuur en financiering geen onderdeel van 'zorg'. Regio's en

[33]De definities/omschrijvingen worden nog aangepast en de tijdplanning verfijnd

[34] Dit is ook een landelijke lijn die gevraagd wordt van regio's

samenwerkingsverbanden moeten in de eigen regio in de OOGO's[35] aan de slag gaan, om te kijken hoe ze aanbieders kunnen helpen om te zorgen dat er voor alle kinderen zorg beschikbaar is die aansluit bij het niveau en ontwikkelingsmogelijkheden.
Onderdeel van het kunnen blijven volgen van onderwijs is het vervoer van en naar school of de dagbesteding. Voor kinderen die in essentiële functies verblijven is lang niet in alle gevallen het vervoer goed geregeld, waardoor een kind feitelijk nog steeds geen onderwijs kan blijven volgen. De aansluiting met onderwijs is daarmee een gezamenlijke verantwoordelijkheid waarin zorgaanbieders en regio's gezamenlijk optrekken richting de daarbij noodzakelijke partners.
Naast vervoer van en naar school, zijn ook gezamenlijke, eensluidende afspraken nodig over vervoer van en naar dagbesteding, vrijetijdsbesteding of behandelingen die poliklinisch plaatsvinden. Iedere gemeente heeft dit op eigen wijze georganiseerd, dit zorgt voor schotten in de uitvoering van integrale zorg.

[35] OOGO = op overeenstemming gericht overleg. Dit is een verplicht overleg tussen de samenwerkingsverbanden passend onderwijs en gemeentebestuurders binnen een regio. Het OOGO stemt onder andere de samenwerking van onderwijs en door gemeenten gefinancierde hulp af.

Hoofdstuk 2 Monitoring- en sturingsfundament

2.1. Inleiding

In de transformatieopgave die we samen vormgeven is het gezamenlijk monitoren en sturen op de vastgestelde doelen van essentieel belang. Van belang is om inzichtelijk te maken in welke mate de doelstellingen worden bereikt. We gaan ontwikkelen, leren en bijsturen en daarvoor hebben we feiten en cijfers nodig en inkleuring daarvan door verhalen en observaties van de kinderen en gezinnen en de hulpverleners die hen ondersteunen ('tellen en vertellen').

Vanuit partnerschap tussen aanbieders en regio's sturen en monitoren we op gelijke en eenduidige wijze. Dit vraagt helderheid in de rolverdeling en verantwoordelijkheden die daarbij horen. Concreet betekent dit dat dat we werken met dezelfde brongegevens, definities en indicatoren. We doen het bovendien simpel: maar wat we doen, doen we goed.
We werken samen vanuit de volgende gedeelde waarden:

- De gezamenlijke ambitie die we hebben is leidend en dat vraagt transparantie, openheid en vertrouwen in de juiste intenties van alle betrokkenen om zich in te zetten;
- Samenwerking: vanuit vertrouwen en transparantie delen we informatie. We gaan voor gezamenlijke analyse en duiding van data om te leren en verbeteren;
- We richten het zo eenvoudig mogelijk in en we spannen ons allen in om de noodzakelijke inzichten boven tafel te krijgen.

2.2. Kaders en Randvoorwaarden

De transformatie essentiële functies betreft een uitdagende en complexe opdracht, waarbij het van belang is om scherp te definiëren binnen welke kaders deze opdracht wordt uitgevoerd.

1. Getransformeerd aanbod

Het eerste kader betreft de kerndoelstellingen van de opdracht: het organiseren en duurzaam beschikbaar houden van getransformeerd aanbod van integrale hoog-specialistische zorg.

2. Uitvoeringskaders

Het tweede belangrijke kader wordt gevormd door de afspraken over kwaliteit en effectiviteit zoals deze worden beschreven in het Inhoudelijk fundament. Belangrijke onderdelen van dit uitvoeringskader zijn verwijzingen naar de geldende relevante wet- en regelgeving, afspraken over geldende branche- en sectorale kwaliteitsstandaarden en overige afspraken over de kwaliteit van de inzet van hulp en uitvoering van de opdracht.

3. Afspraken bekostiging

We kiezen voor een bekostigingsstelsel (hoofdstuk 3) waarin met een combinatie van meerdere bekostigingsvormen de verschillende onderdelen van de opdracht worden bekostigd. Het bekostigingsstelsel biedt de financiële kaders waarbinnen de kwalitatieve uitvoering van de essentiële functies plaatsvindt.

4. Randvoorwaarden

Om tot een effectieve gezamenlijke monitoring en sturing op de essentiële functies te komen, is het als laatste van belang dat wordt voldaan aan de relevante randvoorwaarden:

- Concrete doelstellingen waaraan en heldere kaders waarbinnen wordt gewerkt;
- Concrete en werkbare afspraken over wat, hoe, door wie en wanneer wordt gemonitord en hoe, door wie en wanneer vervolgens sturing plaatsvindt.

Het is van belang om periodiek te toetsen of nog aan alle randvoorwaarden wordt voldaan om gezamenlijk effectief te monitoren en sturen.

2.3. Monitoring- en sturingsplan contractjaar 1

Voor het inrichten van effectieve monitoring van en sturing op de uitvoering van de essentiële functies is een monitoring- en sturingsplan gemaakt voor het eerste contractjaar. Er zijn drie hoofdthema's geformuleerd waarover we data en informatie verzamelen:

1. Kind en gezin
2. Kind en gezin & Samenwerking
3. Samenwerking

Per hoofdthema is een aantal monitoringsvariabelen uitgewerkt (subonderwerp). Daarna is per subonderwerp aangegeven welke monitoringsmethodiek gebruikt wordt. Daarbij is het uitgangspunt zoveel mogelijk gebruik te maken van het berichtenverkeer, zodat we aan kunnen sluiten bij de G7 monitor[36] waar al afspraken over zijn gemaakt op G7 niveau in het kader van de Gelderse Verbeteragenda Jeugdbescherming. Ook zijn per subonderwerp de indicatoren/meetgegevens uitgewerkt. Als laatste zijn de sturingsafspraken weergegeven.

Onderwerp	Sub-onderwerp	Monitorings-methodiek	Indicatoren - meetgegevens	Sturingafspraak
Kind en gezin	**Client tevredenheid** Inzicht in de reden van doorplaatsing	**Feedback van kinderen en gezinnen** Leefklimaat onderzoek "In gesprek met…"[37]	**Kwantitatief** Cijfer dat kind/gezin geeft voor de zorg Input verbeteren leefklimaat door kinderen Leefklimaat via StroomOp monitor (kinderen in verblijf)	**Respons** Minimaal 33% **respons** bij kwantitatieve onderzoeken
	Kwaliteit van de jeugdhulp (ook 'zachte aspecten': leefklimaat, kleinschalige groepen, kleine stabiele teams,	Bezoek met interview/onafhankelijk kwalitatief onderzoek door ervaringsdeskundigen[38] (zonder toezicht begeleiding). Deze aangekondigde interviews zijn	**Kwalitatief** Input van kind/gezin voor verbeteren van de zorg en voorkomen van doorplaatsingen	**Jongerenraden** Inzetten om kinderen te enthousiasmeren mee te doen aan de onderzoeken en response te vergroten **Werkafspraken** Verbeterplannen opstellen aan de hand van

[36] Monitor Gelderse verbeteragenda (GVJB) uitgevoerd door Initi8.
[37] Bijvoorbeeld een exitgesprek om tevredenheid te meten. Dit moet een veilig en objectief gesprek zijn buiten de behandelrelatie.
[38] Tijdens de implementatieperiode worden nadere afspraken gemaakt over de uitvoering van deze bezoeken en interviews. O.a. over de minimale eisen die gesteld worden aan de ervaringsdeskundigen die de bezoeken uitvoeren. Tijdens de implementatie worden, in afstemming met de ervaringsdeskundigen, nadere afspraken gemaakt.

	relationele veiligheid etc.)	aanvullend op de cliënt tevredenheids-onderzoeken en leefklimaat onderzoeken van de aanbieders.		de verbeterpunten van de kinderen, professionals (organisatie) en overige bronnen
	Doorplaatsing: Aantal (onvrijwillige) doorplaatsingen[39] binnen EF	**Berichtenverkeer** Aantal interne doorplaatsingen aangegeven door aanbieders (beperkt beschikbaar) **Feedback van kinderen en gezinnen** Via tevredenheidsonderzoek en interviews door ervaringsdeskundigen	**Kwantitatief** Aantal doorplaatsingen in cijfers via berichten verkeer (tellen) **Kwalitatief** Aantal doorplaatsingen voorzien van duiding via aanbieders (vertellen) en Ervaring kinderen (vertellen)	**Geen normstelling** We monitoren de beweging: is er reductie van onvrijwillige doorplaatsingen op gang gekomen? Hoe verhoudt zich dit tot kleinschalige groepen? Geen afrekening op basis van normen. **Leren** Cijfers als input voor het gesprek over de redenen van doorplaatsing. **Werkafspraken** Werkafspraken over het reduceren van het aantal "onvrijwillige" doorplaatsingen*
	Kosten	**Berichtenverkeer** 1. Declaraties berichtenverkeer - Verblijf in EF - 1-op-1 begeleiding 2. Kosten beschikbaarheid 3. Kosten mobiele brigade	**Kwantitatief** 1. Omvang in aantallen en kosten 2. Bezetting per aanbieder 3. Aantal keren inzet/bijdrage leveren/ totale ureninzet gemiddeld per kind/totale	1. De cijfers als input voor gesprek, maar de duiding en het verhaal zullen meegenomen worden om te verbeteren. Werkafspraken om 1 op 1 begeleiding te reduceren. 2. Beschikbaarheids-afspraken starten in 2025 op basis van gebruik per aanbieder. 3. Omvang team en (bijstellen) doelstelling mobiele brigade.

[39] Een onvrijwillige overplaatsing is een overplaatsing zonder overleg met het kind/gezin, zonder het bekijken en bespreken van alternatieven en/of op stel en sprong. Dus ongewenst en gedwongen. Ongewenste doorplaatsing = vanuit machteloosheid van de instelling. Gedwongen doorplaatsing = vanuit het perspectief van het kind gevoeld als dwang.

		4. Kosten integrale zorg bij verblijf in EF **Handmatig bijhouden** 5. Kosten hypermaatwerk[40]	ureninzet/ reistijd 4. Omvang van de inzet van integrale zorg voor kinderen in verblijf bij EF/ bijdrage per aanbieder 5. Som van de kosten van alle hypermaatwerk afspraken	4. Analyse en duiding. 5. Werkafspraken om reductie noodzaak hypermaatwerk te realiseren. **Algemeen** Monitoring of de financiering reëel is/eerlijk tarief.
Kind en gezin/ samen werking	**Perspectief plan** **Verklarende Analyse**	Checklist op proces regievoering (mate waarin de uitvoering volgens de rol en verantwoordelijkheids-verdeling wel/niet tot het beoogde resultaat leiden). De verdeling van, rollen, taken, verantwoordelijkheid, als twee (of meer) aanbieders betrokken zijn bij de zorg. Kwaliteitssysteem aanbieders: de big 5 moet in het perspectiefplan benoemd zijn. Steekproefsgewijs aanwezigheid van de verklarende analyse[41] turven in aantal dossiers.	**Kwantitatief en kwalitatief** Aanwezigheid Perspectiefplan Kwaliteit van het perspectiefplan (benoemen big 5) Aanwezigheid Verklarende Analyse bij binnenkomst	**Kwaliteitsdialogen** Structureel inplannen tussen aanbieders en G7 (reflecteren, leren en verbeteren)[42] De uitkomsten van de checklist zullen besproken worden in de gesprekken. Duiding en analyse en maken van werkafspraken voor verbetering.

[40] NB. Van belang om af te spreken met welke code(s) hypermaatwerk via het berichtenverkeer gedeclareerd kunnen worden
[41] De verklarende analyse dient aan de gestelde kwaliteitseisen te voldoen.
[42] Als een verbetermaatregel wordt afgesproken is deze niet vrijblijvend (voor zowel regio's als aanbieders). Tijdens de volgende kwaliteitsdialoog komen we hierop terug.

		Regie op en samenhang in het hulpplan voor de client		
Samen werking	**Samenwerking regio's en zorg-aanbieders**	**Procesevaluatie** Tussen aanbieders en regio's in open dialoog, n.a.v. punten die in de verslagen van de periodieke overleggen zijn vastgelegd over het verbeteren van essentiële functie aanpak (zie voorbeelden hierboven)	**Kwalitatief en kwantitatief** Beschreven doelen behaald? Leiden de werkafspraken tot de gewenste verbeteringen?	**Kwaliteitsdialogen** structureel inplannen tussen aanbieders en G7 (reflecteren, leren en verbeteren) **Jaarlijkse beoordeling** van de mate waarin de samenwerking rond de EF opleveren wat ermee beoogd wordt. **Werkafspraken** De uitkomsten van de procesevaluatie worden besproken in de gesprekken en waar nodig worden de processen bijgesteld.

2.4. Monitoring na het eerste contractjaar

Tijdens de looptijd van de essentiële functies maken we nadere afspraken over de onderstaande monitoringsaspecten. Er kunnen de komende jaren aspecten bijkomen en afvallen.

Onderwerp	Sub-onderwerp	Monitoringsmethodiek	Indicatoren – meetgegevens	Sturingafspraak
Kind en gezin	**Wachttijd bij uitstroom EF**	**Registratie moment** "Uitbehandeld" in EF en registratie van moment van plaatsing in regionaal aanbod.	Aantal **wachtende kinderen** op vervolgplek per regio **Gemiddelde wachttijd**	**Werkafspraken** Verbetering van de uitstroom/versterken van het regionaal vervolg zorgaanbod.
Kind en gezin	**Trajectduur** (aandacht voor LVB doelgroep)	**Declaraties berichtenverkeer** Verblijfsduur en behandeltrajecten.	**Gemiddelde doorlooptijd** van aanééngesloten trajecten in EF. **Wachttijd op behandeling in EF** **Vertellen**: Effect van Mobiele brigade op effectiviteit zorg in EF	Cijfers als input voor **gesprek** Cijfers duiden in **dialoog** **Analyse** van cijfers en verhaal vormen input voor afspraken voor verbetering van EF en het maken van werkafspraken.

Kind en gezin/ samenwerking	**Toeleiding naar zorg/ Wachttijd op behandeling in verblijf EF.**		**Treek-normen**	

2.5. Sturing

"Monitoring is nog geen sturing". Met de essentiële functies gaan de aanbieders en de regio's een langdurige samenwerking aan, met als doel transformatie van de zorg, zodat kinderen met complexe problematiek een volledig en passend zorgaanbod ontvangen. In paragraaf 1.18 zijn de ontwikkelafspraken uitgewerkt. Aan de hand van de uitkomsten van deze afspraken wordt de overeenkomst gedurende de looptijd uitgevoerd en aangepast. Sturing op de essentiële functies is namelijk ook sturing op de transformatie. De ontwikkelafspraken bevatten acties, waarbij actiehouders zowel de aanbieders als de regio's zijn.

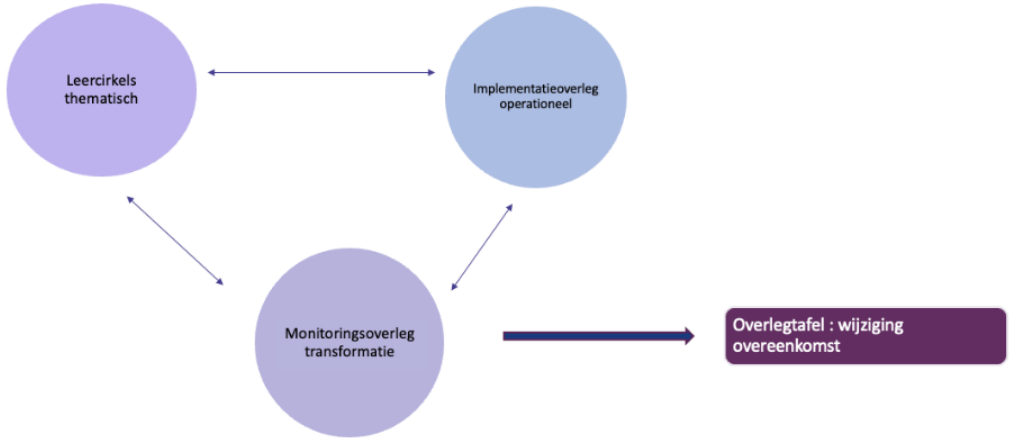
2.5.1. Analyse van de data en beheer monitor

Van het grootste belang is dat de data die verkregen wordt uit de monitoring de juiste duiding krijgt. Zeker in een veranderende omgeving waar ontwikkelingen plaatsvinden die nog onbekend zijn. Voor een deel van de data vindt duiding plaats in de overleggen die worden ingericht (zie paragraaf 2.5.2.), maar daaraan voorgaand moet de data op een juiste manier ontsloten worden. Dit vergt dat (een of meerdere) ingevoerde en toegewijde mensen vanuit de G7 worden aangewezen voor deze taak.

De indicatoren zoals opgenomen in het monitoringsplan zijn indicatoren die bij de start van de overeenkomst worden gehanteerd. Tijdens de looptijd worden deze uitgebreid met indicatoren die nodig zijn om de beoogde transformatie te monitoren en bij te sturen. De keuze van aanvullende indicatoren vindt jaarlijks plaats, op basis van de ervaringen met het vormgeven van de essentiële functies. Het monitorings- en sturingsplan en de monitor wordt hierop aangepast.

2.5.2. Overlegstructuur

Om op basis van de monitoring te kunnen sturen, is een overlegstructuur nodig. De structuur voor monitoring en sturing is een tijdelijke structuur die op basis van ervaringen aangepast kan worden. Wellicht is het mogelijk om op termijn de onderdelen in elkaar te schuiven. We hanteren een lerende loop uit drie overleggen:



LEERCIRKELS

Om de transformatie rondom de essentiële functies effectief te laten verlopen richten we leercirkels in. Deze leercirkels zijn **thematische momenten van gezamenlijke reflectie** op het proces en resultaat van de transformatie om vervolgens constructief verder te gaan. Het hoofddoel van dit overleg is om het transformatieproces van de essentiële functie optimaal te stimuleren en te blijven verbeteren, waarbij we voortdurend het doel voor ogen houden. Thema's kunnen voortkomen uit het Implementatieoverleg of het Monitoringsoverleg. Ook wordt gebruik gemaakt van overige bronnen zoals informatie van het Consortium Kleinschaligheid en de Leerwerkplaatsen. Centraal tijdens deze leercirkels zijn het verkrijgen van inzichten:

- Doen we de juiste dingen? Wat is succesvol?
- Waar moeten we bijsturen om de bedoeling te realiseren? Wat moet worden aangepast? Door wie? Wanneer?

Deze leercirkels worden eens per kwartaal gehouden en sluiten aan bij de afgesproken ontwikkelafspraken. Aanwezig zijn de opdrachtgevers (regio's), opdrachtnemers (aanbieders) en andere direct betrokkenen zoals ervaringsdeskundigen, RET, verwijzers, onderwijs. In bijlage 9 is een format opgenomen waarin de leercirkels verder geconcretiseerd zijn.

IMPLEMENTATIEOVERLEG

Het doel van het implementatieoverleg is het sturen op de afgesproken kaders/ randvoorwaarden en werkafspraken die voortkomen uit de overeenkomst. Dit betreft zowel de afspraken die voor aanbieders zijn geformuleerd, als de afspraken die voor de regio's zijn geformuleerd. Het implementatieoverleg wordt gevoerd aan de hand van praktische zaken die opgelost moeten worden in het realiseren van de doelen. De input (cijfers en duidingen – tellen en vertellen) is aanleiding voor een dialoog over de gemaakte afspraken en de verbetermogelijkheden naar aanleiding van de gemonitorde trends. Het doel van de essentiële functies wordt bewaakt en waar nodig worden afspraken gemaakt over bijsturing.

In dit document en de Overeenkomst zijn de gemaakte afspraken door regio's en aanbieders vastgelegd. Deze afspraken bevatten o.a. de rolverdelingen, verantwoordelijkheden, randvoorwaarden etc. We moeten ook rekening houden met zaken/vraagstukken die in de samenwerking naar voren komen die niet volledig worden afgedekt door de contractafspraken. Daarom is het noodzakelijk dat vanaf de start aanbieders en regio's onderwerpen adresseren die (nog) niet volgens afspraak worden gerealiseerd. Aanbieders en regio's maken afspraken over de prioritering van het voldoen aan deze kaders. Uit het implementatieoverleg kunnen thema's voortkomen voor de leercirkels.

Het implementatieoverleg vindt in het eerste jaar maandelijks plaats. De invoering van essentiële functies vraagt van alle partijen aanpassing van werkprocessen, onder andere in de toeleiding naar zorg. Dit brengt praktische zaken met zich mee die opgelost moeten worden. In bijlage 10 wordt de werkwijze van het implementatieoverleg verder uitgewerkt.

MONITORINGSOVERLEG

Het doel van dit overleg is het nader duiden, toelichten en bespreken van de gerealiseerde, gemeten aspecten uit het monitoringplan en voorstellen te formuleren voor het aanpassen van de afspraken zoals die zijn vastgelegd in de Overeenkomst. Het betreft hier zowel de kwalitatieve als de kwantitatieve data. Ook kunnen er bespreekpunten ingebracht worden vanuit het implementatieoverleg. Wanneer de realisatie niet in de gewenste richting gaat, maken partijen nadere afspraken om de gewenste richting weer te bereiken. Als dat afspraken zijn waarvoor de Overeenkomst moet worden gewijzigd, levert het monitoringsoverleg een voorstel aan bij de Overlegtafel Herzieningsprocedure (zie onder). Op deze wijze wordt in dit overleg in gezamenlijkheid gestuurd op het realiseren van de beoogde doelen van de essentiële functies. Uit het monitoringsoverleg kunnen thema's worden aangedragen voor bespreking in de leercirkels en andersom.
De frequentie van het monitoringsoverleg is gesteld op 1 keer per kwartaal. In bijlage 11 wordt nader ingegaan op de werkwijze.

OVERLEGTAFEL HERZIENINGSPROCEDURE

Zoals hierboven aangegeven kunnen tijdens de looptijd van de overeenkomst wijzigingen worden doorgevoerd. Hiervoor is een procedure afgesproken. Via het monitoringsoverleg kan een voorstel tot wijziging van de overeenkomst worden aangedragen bij de Overlegtafel Herzieningsprocedure. Deze Overlegtafel is een fysiek overlegorgaan op G7 niveau, bestaande uit vertegenwoordigers van de regio's en de aanbieders. De overlegtafel bespreekt de voorstellen uit het monitoringsoverleg en adviseert de regio's en de aanbieders over concrete aanpassingen van de overeenkomst. In de Overeenkomst is de procedure behorende bij de Overlegtafel Herzieningsprocedure verder uitgewerkt.

BESTUURLIJK OVERLEG

Regio's en zorgaanbieders organiseren een bestuurlijk overleg waarin zij minimaal 1 keer per jaar met elkaar de ingezette transformatie en de opbrengsten/resultaten hiervan bespreken. Ten minste 1x per jaar worden bestuurders van andere samenwerkingspartners voor een deel van dit overleg uitgenodigd. Onderwerpen als kindtevredenheid en de kwaliteit van de jeugdhulp komen aan de orde. Daarnaast bespreken zij de effectiviteit van kleinschaligheid.

Hoofdstuk 3 Financieel fundament

De regio's en aanbieders willen komende jaren een fundamentele transformatie van de essentiële functies realiseren. We willen kinderen die nu tussen wal en schip vallen echt beter gaan helpen, dat schaarse hoog-specialistische expertise goed geborgd en optimaal ingezet wordt en dat dure voorzieningen die voor een beperkte groep kinderen ingezet worden betaalbaar en beschikbaar blijven, nu en in de toekomst.
Belangrijke hoofddoelen in deze transformatie zijn:

1. Breng expertise naar het kind en gezin, verplaats de zorg en niet het kind;
2. Beschikbaarheid garanderen van schaarse hoog-specialistische zorg;
3. Kwalitatief leef- en behandelklimaat bieden;
4. Ruimte bieden voor samenwerking door middel van krachtig opdrachtgeverschap.

Om deze grote opgave met elkaar te realiseren zijn in relatie tot bekostiging en financiën de volgende uitgangspunten van belang:

1. **Tijd: alle partijen hebben tijd nodig om de opgave te realiseren.** Aanbieders om de zorg te transformeren en anders te organiseren, regio's om de randvoorwaarden te creëren en de regionale landschappen te transformeren. Financiële afspraken over tarieven en bekostiging moeten kunnen meebewegen met ontwikkelingen en de transformatie. We beginnen met afspraken die passen bij hoe de zorg er nu uit ziet.
2. **Ruimte: financiële afspraken moeten ondersteunend zijn aan de ontwikkelopgave van de opdracht.** In de keuze voor bekostigingsmodellen zoeken we welke modellen de gewenste ontwikkeling optimaal ondersteunen. Modellen die zekerheid of ruimte geven of modellen die helder bekostigen op werkelijke inzet. Aanbieders moeten hun expertise en ervaring optimaal kunnen inzetten om tot matched care te komen.
3. **Reële tarieven: de financiële afspraken moeten reëel zijn.** Dat betekent zowel een reële dekking van kosten voor de gevraagde kwaliteit en ontwikkeling als ook een scherpe afspraken die passen bij een efficiënte bedrijfsvoering.

Bovenstaande uitgangspunten helpen om gedurende de hele overeenkomst passende financiële afspraken te blijven houden. Aanbieders en regio's blijven daarom gedurende de rit afspraken monitoren om deze aan te passen waar nodig.
Het vertrekpunt (de tarieven en bekostiging waar we mee starten) houdt rekening met hoe de zorg nu is georganiseerd en de kwaliteit die daarbij nu geleverd wordt. Natuurlijk willen we zo snel mogelijk de gewenste kwaliteitsverbetering realiseren. En waar mogelijk geldt deze kwaliteitsverbetering vanaf de start van de overeenkomst. Maar voor veel punten geldt ook dat aanbieders en regio's tijd en geld nodig hebben om de gewenste verbetering in gang te zetten en te realiseren.

In dit hoofdstuk beschrijven we de bekostiging van de verschillende onderdelen die gezamenlijk de opdracht voor de essentiële functie vormen. Het gaat hier om de diensten Mobiele Brigade en Integrale hoog specialistische zorg en om de leer- en ontwikkelopgave die in de bekostiging is opgenomen als 'Leren & Ontwikkelen'.

3.1. In dialoog naar passende bekostiging en reële tarieven

Het is voor aanbieders én regio's van belang om goede afspraken te maken over bekostiging en tarieven. De uitdaging ligt daarbij in een goede balans tussen scherpe tarieven die passen bij een efficiënte bedrijfsvoering en voldoende financiële dekking van de kosten die gemaakt worden bij de gevraagde kwaliteit in deze opdracht. Aanbieders en regio's hebben aan de overlegtafel een zorgvuldig proces doorlopen waarin gezamenlijk onderstaande processtappen zijn gezet.

De bovenstaande processenstappen laten zien dat de partijen aan de overlegtafel gezamenlijk:

- De definities hebben besproken en vastgesteld zodat ingebrachte data vergelijkbaar zijn en gesprekspartners helderheid hebben over wat onder verschillende begrippen wordt verstaan;
- De werkwijze om tot de keuze voor een bekostigingsmodel en tarieven op te bouwen hebben besproken en vastgesteld. Voor de verschillende diensten zijn hier keuzes op maat gemaakt.
- Cijfers hebben verzameld, besproken en geduid. Waar mogelijk zijn resultaten uit de bekostiging en tariefsopbouw zoveel mogelijk plenair en gezamenlijk besproken. Waar het (met oog op bedrijfsgevoeligheid) noodzakelijk was, hebben gesprekken tussen gemeenten en individuele aanbieders plaatsgevonden. De algemene lijn uit individuele gesprekken zijn later plenair gedeeld aan de overlegtafel.
- Concept-tarieven hebben besproken waarbij gemeenten hebben toegelicht hoe in een eerste voorstel de parameterwaarden tot stand zijn gekomen, met welke inhoudelijke onderbouwing en met welke rekenwijze. Waarop aanbieders hebben gereageerd en hebben aangegeven op welke onderdelen waarden wel of niet passend waren. In dialoog en afstemming zijn parameterwaarden in consensus vastgesteld.
- De definitieve concepttarieven hebben afgestemd. Na het in consensus afstemmen van de concepttarieven zijn de tarieven, de onderliggende parameterwaarden en de bijbehorende onderbouwing met de bijbehorende onderbouwing gezamenlijk vastgesteld.

Voor elke stap hebben één of meerdere overlegmomenten plaatsgevonden, waarbij aanscherpingen, aanvullingen en nieuwe inzichten steeds zijn meegenomen. Een volgende processtap werd pas gezet nadat aanbieders en regio's in consensus de voorgaande stap hadden afgerond. De onderstaande beschrijving van bekostiging en tarieven is dan ook het resultaat van een geheel in consensus doorlopen proces, waarbij de balans tussen het dekken van kosten en het streven naar efficiëntie bewaard is gebleven.

3.2. Bekostiging mobiele brigade

In paragraaf 1.9.2 staat de opdracht van de Mobiele Brigade volledig uitgewerkt. Een aantal kenmerken van de mobiele brigade is belangrijk voor de wijze van bekostiging. De mobiele brigade is een team dat actief en snel handelt. Zonder bureaucratische rompslomp. Het is het team dat voldoende capaciteit heeft om hands-on, met het netwerk samen, te werken aan oplossingen. Het is van belang om op te merken dat crisis geen onderdeel uitmaakt van de essentiële functies. De lokaal en regionaal ingekochte producten SEZ, ASH en crisisdiensten GGZ zijn voorliggend als het een crisissituatie betreft. De mobiele brigade wordt alleen ingezet als binnen het lokale en regionale veld geen oplossing voor handen is. Het geleidelijk ontwikkelen van het mobiele team moet helpen om een gepaste capaciteit te contracteren en dubbele bekostiging van capaciteit te voorkomen.

3.2.1. Beschikbaarheidsbekostiging voor flexibele en directe inzetbaarheid

Bij de inrichting van de bekostiging van de Mobiele Brigade zijn twee uitgangspunten van belang:

1. Expertise en capaciteit moet beschikbaar en flexibel inzetbaar zijn om actief en snel te kunnen handelen;
2. De mobiele brigade is een nieuw concept waarbij we klein beginnen en al lerende ontdekken welke invulling en omvang passend zijn. De afspraken vormen een groeimodel dat kan meebewegen met de ontwikkeling van de mobiele brigade.

OPBOUW FTE BEKOSTIGING MOBIELE BRIGADE VOOR HET TOTAAL

Aan de overlegtafel hebben aanbieders en regio's gezamenlijk de invulling en inrichting van de mobiele brigade besproken en uitgewerkt. Een belangrijke keuze hierbij is de keuze voor Fte-bekostiging. Met het bekostigen van Fte's kunnen aanbieders medewerkers beschikbaar stellen en vrij plannen om met

elkaar de mobiele brigade op te zetten en in te vullen. Juist ook in de ontwikkelfase is het van belang dat betrokken medewerkers uren kunnen inzetten voor het inrichten en ontwikkelen van en het leren in de mobiele brigade. Om tot een raming van het benodigde budget voor de Mobiele Brigade te komen hebben de aanbieders en gemeenten aan de overlegtafel de volgende stappen doorlopen:

1. Raming aantal Fte: Er is op inhoud een raming gemaakt van de tijd die nodig is om de beoogde doelen te halen. Hierboven is toegelicht dat 10.000 uur per jaar nodig is om 100 kinderen te kunnen helpen. Bij de start is er daarnaast een verbinder nodig die circa één Fte beschikbaar en inzetbaar is.
2. Toedeling naar gewenste functies: aan de overlegtafel hebben aanbieder en regio's besproken welke functies idealiter in de Mobiele Brigade zitten. Daarbij is gekozen voor een ervaringsdeskundige, een GZ-psycholoog, een Sociaal Pedagogisch Verpleegkundige en een Systemisch ambulant werker. Alle functies moeten een gelijk aandeel hebben in inzetbaarheid en beschikbaarheid. Dat betekent dat door de 10.000 uur te verdelen over deze functies alle functies voor 2500 uur per jaar beschikbaar moeten zijn. Dat vertaalt zich in 2,0 Fte per functie per jaar.
3. Bereken Fte-prijs per functies per jaar: om tot een Fte-prijs per functie te komen zijn de volgende deelstappen doorlopen:
   a. Indeling in passende schalen: aan de overlegtafel is besproken – en hebben aanbieders aangegeven – in welke schalen de medewerkers zijn ingeschaald, die in de mobiele brigade ingezet zouden moeten worden. Voor de invulling van de tarieven is in afstemming met aanbieders gebruik gemaakt van de cao's GGZ, Jeugdzorg en Welzijn. Als medewerkers uit verschillende schalen in de mobiele brigade zouden kunnen deelnemen, dan is de hoogste schaal meegenomen in de berekening van de kosten zodat de bekostiging geen belemmering vormt voor een optimale bezetting van de mobiele brigade. Voor de SPV-er geldt dat medewerkers uit verschillende schalen in de mobiele brigade kunnen deelnemen. In de bekostiging is voor de hoogste schaal gekozen.
   b. Berekenen gemiddeld salaris per functie: Voor elke functie is het gemiddelde salaris berekend van de medewerker die in die functie wordt ingezet, door 95% van het maximumsalaris te berekenen. Daarmee gaan we ervanuit dat er ruimte is om de meest ervaren en hoog ingeschaalde medewerkers in de mobiele brigade in te zetten.
   c. ORT: De mobiele brigade levert planbare zorg en levert geen crisiszorg. In de meeste gevallen zal de mobiele brigade op reguliere tijden ingezet kunnen worden. Om wel flexibel inzetbaar te zijn en eventueel ook buiten kantooruren mee te kijken met bijvoorbeeld eet- en of slaapmomenten, wordt er gerekend met een ORT-percentage van 1%.
   d. Vakantiegeld: Hier is het in Cao's vastgelegd percentage van 8% gekozen. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd en in consensus vastgesteld.
   e. Eindejaarsuitkering: Hier is het in Cao's vastgelegd percentage van 8,33% gekozen. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd en in consensus vastgesteld.
   f. Sociale premies: Er is gekozen voor een waarde van 29,0% om daarmee aan de sluiten op de waarde in de verblijfsvoorzieningen voor JeugdzorgPlus en Driemilieusvoorziening. Dit percentage lijkt eerder iets te hoog dan te laag, maar biedt daarmee een goede basis om medewerkers in relatief hogere salarisschalen en in vaste dienst in te zetten.
   g. Overhead: De benchmark voor de GGZ komt momenteel uit op circa 33% (zie de benchmark care van Berenschot[43] zoals opgenomen in de VNG-rekentool). Dit percentage is gebaseerd op een brede en diverse groep van aanbieders, waarin zowel grote als kleine aanbieders zijn betrokken, en weerspiegelt een gemiddelde in de sector. In deze opdracht voor de essentiële functies lijken voornamelijk grotere partijen deel te gaan die vooral hoog-specialistische zorg leveren. Er is er daarnaast voor gekozen om overhead als vast bedrag mee te nemen en niet als percentage. Dit om te voorkomen dat de overhead in de hogere salarisschalen onredelijk hoog uitvalt. Met een bedrag van € 45.000 euro per Fte

[43] https://www.berenschot.nl/benchmarken/benchmark-care

per jaar ligt het percentage overhead gemiddeld rond de 49%. Andere tariefonderzoeken in Gelderland bevestigen deze waarde als reëel. Aan de overlegtafel is deze parameterwaarde besproken en vastgesteld.

h. Marge: De norm voor risico/marge is gesteld op 3%, dat is conform de door de zorgaanbieders opgegeven waarde en valt binnen de bandbreedte van landelijk gangbare waarden.

i. Aantal productieve uren per jaar: Aanbieders hanteren uiteenlopende waarden voor het aantal productieve uren voor de eigen organisatie. In afstemming hebben aanbieders en gemeenten een waarde vastgesteld van 1250 uur die als gemiddelde en reëel wordt gezien, waarbinnen medewerkers hun uren kunnen besteden voor het uitvoeren van de activiteiten van de mobiele brigade (zowel directe als indirect gebonden tijd).

In de bijlage 12 bij het Fundament Essentiële Functies is de tabel opgenomen met daarin de ingevulde waarden per parameter, zoals hierboven besproken. Het is van belang te benoemen dat de mobiele brigade een nieuwe dienst is. Tijdens de uitvoering van de opdracht gaan aanbieders en gemeenten gezamenlijk leren hoe de Mobiele Brigade optimaal ingezet kan worden en functioneert. Onderdeel hiervan is om ook te leren wat een realistische raming van kosten is.

De Mobiele Brigade weet per jaar 100 kinderen[44] te bereiken.

De inschatting is dat per kind gemiddeld 100 uur inzet nodig is. Deze 100 uur bestaat uit 60 uur directe cliëntgebonden tijd en 40 uur indirect cliëntgebonden tijd (waaronder reistijd). In totaal is er per jaar dus 10.000 uur nodig om 100 kinderen te kunnen helpen[45]. Deze uren worden gelijk verdeeld over de vier functies in de mobiele brigade, zoals genoemd in paragraaf 1.9.2. Dit betekent 2500 uur per functie per jaar. Voor de vijfde functie van verbinder geldt dat deze tijdelijk voor ongeveer 12 uur per week per cluster inzetbaar is. Aan de overlegtafel hebben aanbieders en regio's besproken wat een passende inschaling is van de functies in de mobiele brigade en welke kosten er per ingeschaalde functie in een fte vallen. Een uitgebreid overzicht van de berekening van (opbouw van de) kosten per Fte voor de functies binnen de mobiele brigade is opgenomen als bijlage 12 bij deze beschrijving.
De onderstaande tabel geeft een overzicht van de geraamde kosten voor de mobiele brigade in het eerste jaar (prijspeil 2024).

Kosten mobiele brigade				
Functie	**Aantal uren**	**Aantal fte**	**Kosten per functie**	**Opmerkingen**
Ervaringskundige	2500	2,0	€ 252.807	HBO denk- en werkniveau. SKJ-registratie en HBO-diploma niet verplicht. CAO Welzijn
GZ-er	2500	2,0	€ 328.814	Berekend o.b.v. van schaal 12 Jeugdzorg, kan ook FWG 65 worden ingezet
SPV	2500	2,0	€ 284.014	FWG 55 of 60. Berekend op FWG 60 CAO GGZ
Systemisch ambulant medewerker	2500	2,0	€ 264.324	Berekend o.b.v. FWG 55 CAO GGZ
Verbinder	1250	1,0	€ 132.162	Berekend o.b.v. FWG 55 CAO GGZ
Totaal	**11.250**	**9**	**€ 1.262.122**	

[44] Het aantal van 100 kinderen is een eerste raming om een startpunt te creëren. Op basis van ervaringen in de praktijk kunnen gemeenten en aanbieders een scherpere ambitie voor vervolgjaren formuleren en beter inschatten wat welke invulling van de Mobiele Brigade nodig is om de ambities te realiseren.
[45] Het eerste jaar is er een ingroei- en leerperiode (schatting 4 uur per week per medewerker). Dit zal het daadwerkelijke bereik van het aantal kinderen beïnvloeden. Dit volgen we met de monitoring.

De hierboven genoemde kosten worden voor ingang van de overeenkomst geïndexeerd[46] naar prijspeil 2025. Op de inzet en bekostiging van de mobiele brigade zijn de volgende afspraken van toepassing:

- Met het accepteren van de opdracht accepteren aanbieders de leveringsplicht voor de inzet van het genoemde aantal uren van de genoemde functies in de mobiele brigade, conform de kwaliteitsafspraken die in hoofdstuk 1 zijn beschreven;
- De kostenraming zoals in de tabel hierboven is opgenomen, kan niet worden overschreden zonder nadrukkelijke schriftelijke toestemming van de regio's (opdrachtgever);
- Gedurende het jaar worden de inzet, activiteiten en resultaten door de aanbieders en regio's gemonitord, met als doel om gezamenlijk te leren hoe de mobiele brigade optimaal ingericht en ingezet kan worden. Het resultaat van de monitoring kan leiden tot wijziging van afspraken over de inzet en invulling van de mobiele brigade. Een eerste moment waarop de inzet van de mobiele brigade wordt gemonitord is na het eerste half jaar;
- Aanbieders en gemeenten maken in het kader van de implementatie afspraken over de verantwoording van de ontvangen financiële middelen. De wijze van verantwoorden moet daarbij aan sluiten bij de wijze waarop aanbieders gedurende het jaar gezamenlijk monitoren en sturen;
- Als er sprake is van langdurig ziekteverzuim[47], dan treden aanbieders en regio's in overleg over het nakomen van de leveringsplicht, het invullen van vervanging en het dekken van het financiële risico dat met de langdurige ziekte gepaard gaat.

3.3. Bekostiging Integrale hoog specialistische zorg

Integrale hoog specialistische zorg bestaat uit een deel verblijf en een deel zorg die gericht op het individuele kind in de context van de verblijfsvoorziening wordt ingezet. De bekostiging van beide componenten wordt hieronder beschreven.

3.3.1. Bekostiging verblijf als onderdeel van integrale hoog specialistische zorg

Algemene uitgangspunten

- Onderdeel van de integrale hoog specialistische zorg zijn residentiele voorzieningen die voldoen aan de criteria voor de essentiële functies (paragraaf 1.6). In bijlage 7 is een lijst opgenomen met een inventarisatie van residentiele voorzieningen die in de huidige situatie voldoen aan de criteria. Dit is een dynamische lijst: er kunnen nog (getransformeerde) residentiele voorzieningen bijkomen en voorzieningen afvloeien zodra deze niet meer aan de criteria voldoen en daarmee niet meer binnen de scope van de essentiële functies vallen;
- Met aanbieders die worden toegelaten tot de overeenkomst maken de regio's transformatieafspraken over het ontwikkelen van beter passend aanbod en het verbeteren van de kwaliteit;
- Aanbieders en regio's monitoren de inzet en kosten van residentiele voorzieningen om te leren hoe de afspraken optimaal ingericht kunnen worden om bij te dragen aan de gewenste ontwikkeling en inzet van residentiele voorzieningen;
- Voor de bekostiging van de residentiele voorzieningen wordt gebruik gemaakt van het intensiteitenmodel. Dit is een objectief tariefmodel, waarmee er ruimte ontstaat om voor groepen met een verschillende begeleidingsintensiteit een verschillend tarief te hanteren. Het intensiteitenmodel werkt met genormeerde kostprijselementen, waarbij het geheel van de elementen aanbieders de mogelijkheid biedt kostendekkend te kunnen werken. Voor de residentiele voorzieningen waar het intensiteitenmodel niet aansluit om tot een passend tarief te komen is aan de hand van dezelfde kostprijselementen een andere tariefopbouw gekozen;

[46] Indexatie op basis van de indexeringsmethode zoals vastgelegd in de dan geldende contractstandaarden jeugd.
[47] Aanbieders maken na 2 weken ziekteverzuim een inschatting of het ziekteverzuim langdurig gaat worden en nemen z.s.m. contact op met de regio's als de inschatting positief uitvalt.

- Gedurende de overeenkomst blijven aanbieders en regio's in overleg om te zorgen dat de bekostiging blijft aansluiten bij de transformatie van de voorzieningen.

Type voorzieningen

Voor de volgende soorten residentiele voorzieningen zijn bekostigingsafspraken gemaakt:

- JeugdzorgPlus
- Driemilieusvoorzieningen
- Onvoorwaardelijk wonen
- Gezinsopname
- Kliniek Verslaving

JeugdzorgPlus

Voor de JeugdzorgPlus voorzieningen maken regio's en aanbieders met de overeenkomst voor essentiële functies afspraken over:

1. De beschikbaarheid van benodigde plekken voor kinderen in de G7;
2. De ombouw van residentiele voorzieningen naar meer kleinschalige voorzieningen;
3. De afbouw van het aantal plekken naar een noodzakelijk in de tijd te bepalen minimum.

Om deze doelen met bekostiging te faciliteren en te stimuleren hanteren regio's en aanbieders het intensiteitenmodel om tot tariefafspraken te komen. Ze maken jaarlijks afspraken over het garanderen van de beschikbaarheid van plekken voor JeugdzorgPlus voor kinderen in de G7.

TARIEVEN JEUGDZORGPLUS IN HET INTENSITEITENMODEL

Aanbieders en regio's hebben aan de hand van het intensiteitenmodel in kaart gebracht wat reële tarieven zijn voor verschillende groepen JeugdzorgPlus op locaties binnen Gelderland. Dit tariefmodel berekent aan de hand van het aantal kinderen op een groep en het aantal netto roosteruren op die groep een begeleidingsintensiteit. De begeleidingsintensiteiten zijn in bandbreedtes ingedeeld. En per bandbreedte is een etmaaltarief bepaald.

Aan de hand van een invulformat hebben aanbieders aangegeven welke kosten zij – op verschillende kostprijselementen – maken voor de verschillende groepen JeugdzorgPlus die zij binnen de G7 bieden. Ook hebben ze ingevuld hoeveel kinderen er in een groep zitten en hoeveel roosteruren aan de groep zijn gekoppeld. Aan de hand van een dialoog over deze ingevulde formats zijn aanbieders en regio's tot een norm per kostprijselement gekomen en een integraal tarief per etmaal per intensiteitsbandbreedte. Een overzicht van de normen per kostprijselement en toelichting over de manier waarop de normen tot stand zijn gekomen, is opgenomen als bijlage 13 bij dit document.

Het resultaat van het gezamenlijk onderzoek naar en de dialoog over reële en passende tarieven voor JeugdzorgPlus is opgenomen in de onderstaande tabel. Dit zijn tarieven in prijspeil 2024. Voor ingang van de overeenkomst worden de tarieven geïndexeerd naar prijspeil 2025 conform de methodiek die daarvoor in de overeenkomst is opgenomen.

Voorziening Verblijf	Tarief	Eenheid	Bandbreedte
Intensiteit K	€ 582,27	per etmaal	4,5 tot 5,0
Intensiteit L	€ 623,72	per etmaal	5,0 tot 5,5
Intensiteit M	€ 665,16	per etmaal	5,5 tot 6,0
Intensiteit N	€ 706,61	per etmaal	6,0 tot 6,5
Intensiteit O	€ 748,05	per etmaal	6,5 tot 7,0
Intensiteit P	€ 789,50	per etmaal	7,0 tot 7,5
Intensiteit Q	€ 830,94	per etmaal	7,5 tot 8,0
Intensiteit R	€ 872,39	per etmaal	8,0 tot 8,5
Intensiteit S	€ 913,83	per etmaal	8,5 tot 9,0
Intensiteit T	€ 955,28	per etmaal	9,0 tot 9,5
Intensiteit U	€ 996,72	per etmaal	9,5 tot 10,0
Intensiteit V	€ 1.038,17	per etmaal	10,0 tot 10,5
Intensiteit W	€ 1.077,31	per etmaal	10,5 tot 11,0
Intensiteit X	€ 1.121,06	per etmaal	11,0 tot 11,5
Intensiteit Y	€ 1.162,51	per etmaal	11,5 tot 12,0
Intensiteit Z	€ 1.203,95	per etmaal	12,0 tot 12,5

Aan de overlegtafel hebben aanbieders en regio's consensus bereikt over de keuze voor de normering en de tarieven die deze normering heeft opgeleverd. Er is afgesproken om de inzet van de verschillende groepen (met verschillende groepsgroottes) goed te monitoren. Met name voor de gekozen huisvestingsnorm is het van belang om in beeld te houden of de beweging naar meer kleinschaligheid zich blijft verhouden tot de gekozen norm voor dit kostprijselement.
Aanbieders en regio's volgen samen de komende jaren de onderzoeksresultaten van het Consortium Kleinschaligheid ten aanzien van de huisvestingscomponent (norm) om ook de inzichten die hier worden opgedaan te benutten. Uiteraard worden ook andere uitkomsten met interesse gevolgd. Daarnaast gaan aanbieders en regio's gezamenlijk aan de slag met de (nieuwe) SPUK-frictiekosten. Ze inventariseren gezamenlijk welk deel van de (verandering in de) huisvestingskosten ten laste van het SPUK-budget kan worden gebracht.
Als er nieuwe groepen voor JeugdzorgPlus worden ontwikkeld of ingebracht, die niet eerder onderdeel waren van de tarievendialoog, dan kan met behulp van het invulformat en de vastgestelde normering worden berekend wat de bijpassende begeleidingsintensiteiten en etmaaltarieven voor deze groepen zijn.

BESCHIKBAARHEID PLEKKEN JEUGDZORGPLUS

Aanbieders en regio's hebben de ambitie om komende jaren gezamenlijk een goede balans te vinden tussen de beschikbaarheid van plekken voor JeugdzorgPlus voor kinderen in de G7 en een gecontroleerde afbouw van deze plekken. Ze maken daarom jaarlijks afspraken over het aantal etmalen dat de regio's gezamenlijk voor JeugdzorgPlus plekken garanderen. Het aantal gegarandeerde etmalen kan jaarlijks worden bijgesteld op basis van historische gegevens.
De beschikbaarheidsfinanciering van de JZPlus voor het contractjaar 2025 is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- <u>Bepaling omvang (q):</u>
  - Regio's en aanbieders spreken beschikbaarheid af op basis van etmalen.
  - Het aantal gegarandeerde etmalen is bepaald per aanbieder op basis van de piekbezetting over de periode jan 2022 t/m juni 2023, gecorrigeerd voor een trendmatige aanpassing van 10% en

etmalen die in deze periode zijn geleverd door aanbieders, anders dan de JZPlus aanbieders die deelnemen in de beschikbaarheid.
  - Er is gekozen voor een afspraak op basis van etmalen in plaats van beschikbaarheid van fysieke bedden, omdat de JZPlus aanbieders niet exclusief jongeren uit de G7 regio's opnemen. In combinatie met de diversiteit aan doelgroepen op de voorzieningen, is het momenteel op voorhand te complex om een reële afbakening te maken van de exacte fysieke bedden voor de G7 regio's en hiervan de benutting vast te stellen.
  - Voor 2025 garanderen de regio's gezamenlijk de bekostiging van *14.600* Etmalen. Dit staat gelijk aan een gemiddelde bezetting van *40* (etmalen/ 365 dagen per jaar).
  - Voor 2025 garanderen de aanbieders de beschikbaarheid van JZPlus plekken voor 43 (gemiddelde bezetting + 10%) jeugdigen gedurende het gehele jaar.
  - De afspraak over beschikbaarheid van etmalen wordt per aanbieder gemaakt en afgerekend. Dit leggen we vast in de overeenkomst

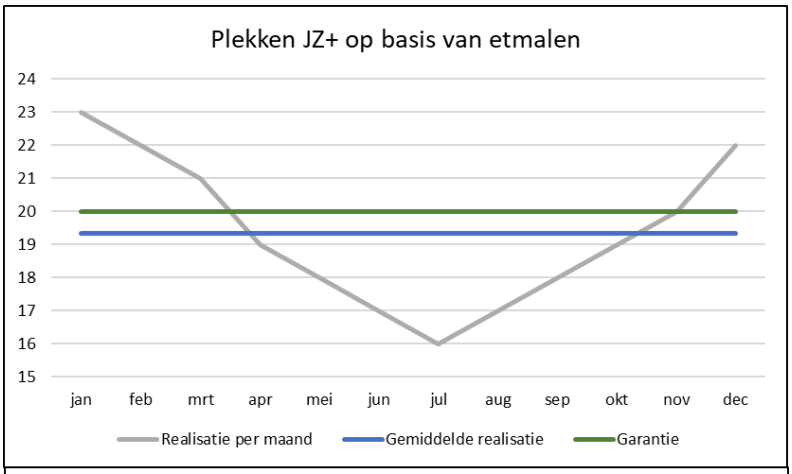
- <u>Bepaling garantiebedrag:</u>
  - Na afloop van het jaar wordt per aanbieder het garantiebedrag bepaald op basis van het gegarandeerde aantal etmalen maal het werkelijk gerealiseerde gemiddelde JZPlus tarief van dat jaar.

- <u>Afrekening over een jaar:</u>
  - In het jaar factureren aanbieders op basis van werkelijke geleverde zorg op basis van P*Q (P is inclusief 10% voor de bezettingsgraad).
  - Na afloop van het jaar wordt per aanbieder het factuurbedrag vergeleken met het garantiebedrag. Als het totale factuurbedrag:
    - **Lager** is dan het garantiebedrag, dan betalen de regio's het verschil tussen het factuurbedrag en het garantiebedrag aan de aanbieders
    - **Hoger** is dan het garantiebedrag, vindt er geen afrekening plaats.

ONTWIKKELAFSPRAKEN VANAF 2026 EN VERDER

Met de beschikbaarheidsbekostiging voor JeugdzorgPlus nemen aanbieders en gemeenten gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de transformatie en beschikbaarheid van JeugdzorgPlus en het delen van risico's die daarbij komen kijken. Voor gemeenten is het van belang om een goede balans te vinden tussen het betalen voor de garantie op beschikbaarheid van plekken en niet te veel betalen ten opzichte van de kosten voor de werkelijk ingezette hulp. Voor aanbieders is het van belang een goede balans te vinden tussen de gegarandeerde omzet en de kosten die gemaakt worden voor het beschikbaar houden van voldoende capaciteit om het gegarandeerd aantal etmalen op de piekmoment beschikbaar te hebben. Van belang is om op basis van de monitoring en de (kwantitatieve en kwalitatieve) data die daaruit voortkomt ontwikkelafspraken te maken over de transformatie en het gecontroleerd afbouwen van de JeugdzorgPlus plekken. Over het jaar 2025 is gekozen voor een garantie van beschikbaarheid en garantiebedrag dat gebaseerd is op de piekbelasting gedurende het jaar. Bij de afspraken voor 2026 e.v. wordt voor het bepalen van de garantie en het garantiebedrag een doorontwikkeling gemaakt door te kijken naar de verhouding tussen de piekbelasting en het gemiddelde gerealiseerde etmalen, met als doel het optimum te vinden tussen de gewenste garantie, het daarvoor benodigde garantiebedrag en de daadwerkelijk gerealiseerde etmalen. Zowel aanbieders als regio's spannen zich in toe te werken naar dit optimum.

Onderstaand figuur laat een (fictief) voorbeeld zien van een afrekening beschikbaarheid JeugdzorgPlus.



Voorbeeld afrekening:	
- Garantie etmalen:	7.300 (20 * 365 dgn)
- Realisatie etmalen:	6.935 (19 * 365 dgn)
- Verschil in etmalen:	365
- Gemiddeld tarief:	€800,-
- Garantiebedrag:	€5.840.000 (20 * 365dgn * 800,-)
- Factuurbedrag:	€5.548.000 (19 * 365dgn * 800,-)
- Verschil te betalen door regio:	€292.000,-

Driemilieusvoorzieningen

PXQ BEKOSTIGING

Voor driemilieusvoorzieningen is er minder – dan bij JeugdzorgPlus – zicht op het gebruik van de voorzieningen die binnen de afbakening van de essentiële functies vallen. Omdat er geen exact beeld is van het gebruik van deze voorzieningen door kinderen in de G7, worden voor de bekostiging van deze verblijfsvoorzieningen alleen PxQ afspraken gemaakt. Daarbij worden werkelijk ingezette etmalen afgerekend (door middel van een etmaaltarief) en geen afspraken gemaakt over beschikbaarheid.

TARIEVEN DRIEMILIEUSVOORZIENINGEN

Voor de bekostiging van de driemilieusvoorzieningen is een vergelijkbare aanpak als bij JeugdzorgPlus gehanteerd – aan de hand van het intensiteitenmodel – om tot reële tarieven te komen. Er is na bespreking van de ingevulde formats van driemilieusvoorzieningen geconstateerd dat de normering grotendeels gelijk kan zijn. Er is daarom ook gekozen voor een grotendeels uniforme normering voor de beide voorzieningen. Alleen daar waar andere waarden werden gevonden in de data (zoals bij de bezettingsgraad, de taxikosten en de PNIL) is er een afwijkende norm vastgesteld. Een overzicht van de normen per kostprijselement en toelichting over de wijze waarop de normen tot stand zijn gekomen, is opgenomen als bijlage 14 bij deze beschrijving.
Het resultaat van het gezamenlijk onderzoek naar en de dialoog over reële en passende tarieven voor driemilieusvoorzieningen is opgenomen in de onderstaande tabel. Dit betreffen tarieven in prijspeil 2024. Voor ingang van de overeenkomst worden de tarieven geïndexeerd naar prijspeil 2025 conform de methodiek die daarvoor in de overeenkomst is opgenomen.

Voorziening Verblijf	Tarief	Eenheid	Bandbreedte
Intensiteit K	€ 527,59	per etmaal	4,5 tot 5,0
Intensiteit L	€ 567,42	per etmaal	5,0 tot 5,5
Intensiteit M	€ 607,24	per etmaal	5,5 tot 6,0
Intensiteit N	€ 647,06	per etmaal	6,0 tot 6,5
Intensiteit O	€ 686,77	per etmaal	6,5 tot 7,0
Intensiteit P	€ 726,59	per etmaal	7,0 tot 7,5
Intensiteit Q	€ 762,21	per etmaal	7,5 tot 8,0
Intensiteit R	€ 801,77	per etmaal	8,0 tot 8,5
Intensiteit S	€ 841,32	per etmaal	8,5 tot 9,0
Intensiteit T	€ 880,87	per etmaal	9,0 tot 9,5
Intensiteit U	€ 920,42	per etmaal	9,5 tot 10,0
Intensiteit V	€ 959,98	per etmaal	10,0 tot 10,5
Intensiteit W	€ 999,53	per etmaal	10,5 tot 11,0
Intensiteit X	€ 1.039,08	per etmaal	11,0 tot 11,5
Intensiteit Y	€ 1.078,63	per etmaal	11,5 tot 12,0
Intensiteit Z	€ 1.118,19	per etmaal	12,0 tot 12,5

Onvoorwaardelijk wonen

VAN ESSENTIËLE FUNCTIES NAAR REGIONALE FUNCTIES

Op de lijst van residentiële voorzieningen essentiële functies (bijlage 7) staan meerdere locaties voor Onvoorwaardelijke Wonen. Deze voorzieningen voldoen in de huidige situatie aan de criteria voor essentiële functies. Dat betekent dat deze voorzieningen onderdeel zijn van de overeenkomst essentiële functies en daarvoor bekostigingsafspraken gemaakt worden. Daarbij is afgesproken dat de regio's aan zet zijn om dergelijke voorzieningen in het regionaal zorglandschap op te nemen en om deze daarmee (waar mogelijk) vanaf 2027 van de bovenregionale lijst essentiële functies af te voeren. Zij worden dan onderdeel van de regionale contractering.

TARIEVEN ONVOORWAARDELIJK WONEN

De Onvoorwaardelijk Wonen locaties zijn in 2024 al op basis van het Intensiteitenmodel gefinancierd (via BOEG). De gekozen normeringen, berekende tarieven en de indeling in de intensiteiten bandbreedtes gebruiken we als basis voor de bekostiging van Onvoorwaardelijk Wonen in de overeenkomst essentiële functies (vanaf januari 2025). Onderdeel van de bekostiging is dat deze bestaat uit een PxQ deel (waarbij alle werkelijk ingezette etmalen tegen een etmaaltarief worden afgerekend) en een beschikbaarheidsafspraak: als de vooraf geraamde totale kosten niet gedekt worden door de totaalopbrengst van de werkelijke ingezette etmalen, dan wordt het verschil bijbetaald door de regio's. Ofwel, de garantie door regio's = totaalfactuurbedrag per jaar – totale jaarlijkse kosten voorziening Onvoorwaardelijk Wonen. In 2024 is –in opdracht van BOEG- tariefonderzoek uitgevoerd naar de Onvoorwaardelijk Wonen voorzieningen. Daar is een etmaaltarief uit voort gekomen en een garantiebedrag. Het garantiebedrag is als volgt opgebouwd: 365 maal etmaaltarief maal 0,9 maal het aantal bedden.
Bij Onvoorwaardelijk Wonen kan geen sprake zijn van 'overcapaciteit' omdat alle aanwezige bedden meegenomen worden in het garantiebedrag. Wel kan het zijn dat na een jaar blijkt dat de kosten van de gehele voorziening lager zijn dat het totaal gefactureerde bedrag. In dat geval betaalt de aanbieder het te veel gefactureerde bedrag terug.

Verblijfsvoorziening Gezinsopname

Er is een Gezinsopname die (mogelijk) in combinatie met een opname JeugdzorgPlus kan worden geboden. Deze voorziening staat ook op de lijst in bijlage 7. In de dialoog aan de overlegtafel hebben aanbieder en regio's vastgesteld dat de kostenopbouw van deze voorziening zich lastig laat vertalen naar het invulformat dat hoort bij het intensiteitenmodel. Daarom is afgesproken dat het intensiteitenmodel niet gebruikt wordt voor deze verblijfsvoorziening voor gezinsbehandeling. Er is een inhoudelijke toelichting op de inrichting en organisatie van de voorziening en een kosten- en tariefsopbouw opgesteld en ingebracht. Daarbij is gebruik gemaakt van dezelfde kostprijselementen als voor JeugdzorgPlus en de driemilieusvoorzieningen. Hieruit volgen etmaaltarieven per ingezet etmaal, waarbij er verschillende etmaaltarieven worden gehanteerd voor gezinnen met een verschillend aantal kinderen.

Kliniek Verslavingszorg

Voor de verblijfsplekken in klinieken voor verslavingszorg – die op de lijst in bijlage 7 staan –is het intensiteitenmodel niet passend is om tot een goede opbouw van een reëel tarief te komen. Het Nza-tarief[48] wordt door de aanbieders en regio's wel als een passend uitgangspunt gezien. Voor verblijfsplekken in klinieken voor verslavingszorg is de prestatie 'verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)' vastgesteld als passend product. Het daar bijbehorend tarief is € 453,74 per ingezet etmaal, prijspeil 2024. De jaarlijkse indexatie van het tarief vindt plaats via de methodiek zoals beschreven in de overeenkomst.

3.3.2. Aanvullende integrale zorg

In paragraaf 1.9.3 is beschreven dat kinderen naast verblijf soms ook individuele interventies op maat nodig hebben. Zoals ook benoemd in hoofdstuk 1 zijn de volgende uitgangspunten bij deze aanvullende integrale zorg van belang: deze zorg wordt aanvullend geboden boven op de verblijfsplek en is direct beschikbaar, wordt geboden door medewerkers die integraal kunnen werken en is tevens gericht op het kind en de pedagogisch werkers op de groep. Het is daarbij ontzettend belangrijk dat de medewerkers die de aanvullende integrale zorg leveren tijd en ruimte krijgen om het 'nieuw vakmanschap' te ontwikkelen.

Om tot een passende inzet van integrale zorg te komen gelden de volgende mechanismen:

a. Alleen kinderen met een essentiële functies beschikking die in verblijf zijn komen in aanmerking voor integrale zorg;
b. Inzet van integrale zorg is altijd op aanwijzing van de casusregisseur (en bij stagnatie wordt het RET ingeschakeld);
c. Er wordt altijd eerst zoveel als mogelijk gebruik gemaakt van de inzet van de fte's die op basis van beschikbaarheid worden bekostigd. Pas als inzet van de beschikbare fte's niet mogelijk is, (bijvoorbeeld omdat er op dat moment meer capaciteit gevraagd wordt dan de 9 fte waarvoor is gekozen, of niet de juiste inzet kan worden geleverd op dat moment) wordt overgegaan op P*Q bekostiging;
d. De inzet van de aanvullende integrale zorg worden gemonitord en geëvalueerd.

Combinatie fte-bekostiging en PxQ-bekostiging

BESCHIKBAARHEID OP FTE-BASIS VOOR 9 FTE TOTAAL

Om dit 'nieuw vakmanschap' op te zetten en te ontwikkelen, is ervoor gekozen een klein aantal medewerkers vanuit de verschillende domeinen (J&O, LVB, J-GGZ, Verslaving en Forensisch) vrij te maken voor deze taak, zodat zij ook daadwerkelijk beschikbaar zijn. Het gaat dan om 9 fte totaal: 3 fte vanuit de J-GGZ, 3 fte vanuit J&O/LVB en 3 fte vanuit verslaving/forensisch.

[48] Tarieven die de Nederlandse zorgautoriteit (Nza) vaststelt op basis van kostprijsonderzoek.

De overige inzet voor de aanvullende integrale zorg wordt op basis van ureninzet bekostigd.

Na het sluiten van de overeenkomst bespreken de dan gecontacteerde aanbieders met regio's welke medewerkers (met welke functies) in de integrale zorg worden ingezet. We monitoren of de functiemix die wordt ingezet voor het beschikbaarheidsdeel past bij de vraag naar integrale zorg. Zodat de inzet in het kader van de beschikbaarheidsfinanciering voor het volgende jaar (t+1, of zoveel eerder als noodzakelijk) bijgesteld kan worden als dat nodig is. Op basis van onderstaande tabel vullen de aanbieders de bekostiging in met de daadwerkelijke bezetting van de integrale zorg. De tabel is prijspeil 2024.

Twee voorbeelden:

1. Als een gecontracteerde aanbieder als onderdeel van de Fte-bekostiging voor 1 Fte een psychiater inzet, dan wordt deze inzet vergoed voor € 245.171;
2. Als een gecontracteerde aanbieder als onderdeel van de Fte-bekostiging voor 0,5 Fte een klinisch psycholoog inzet, dan wordt deze inzet vergoed voor € 104.104,50 (= 0,5 maal € 208.209).

Prijspeil 2024

					ORT	Vakantie	Eindejaars		Sociale premies	Overhead		Marge		
Schaal Jeugdzorg	**Functiebenaming (niet uitputtend)**	**Max salaris**	**95%**	**Per jaar**	**1%**	**8%**	**8,33%**	**Premiedrage**	**29%**	**€ 45.000**	**Totaal**	**3%**	**Fte tarief**	**Aantal uren**
schaal 9	Jeugdzorgwerker B	€ 4.573	€ 4.344	€ 52.131	€ 521	€ 4.170	€ 4.690	€ 61.513	€ 17.839	€ 45.000	€ 124.352	€ 3.731	€ 128.082	1250
schaal 10	Jeugdzorgwerker A	€ 5.005	€ 4.755	€ 57.057	€ 571	€ 4.565	€ 5.133	€ 67.325	€ 19.524	€ 45.000	€ 131.849	€ 3.955	€ 135.804	1250
schaal 11	Gedragswetenschapper	€ 5.758	€ 5.470	€ 65.641	€ 656	€ 5.251	€ 5.905	€ 77.454	€ 22.462	€ 45.000	€ 144.915	€ 4.347	€ 149.263	1250
schaal 12	GZ-psycholoog	€ 6.605	€ 6.275	€ 75.300	€ 753	€ 6.024	€ 6.774	€ 88.852	€ 25.767	€ 45.000	€ 159.619	€ 4.789	€ 164.407	1250
FWG 55 of 60	Sociaal Psychatrisch verpleegkundige	€ 5.352	€ 5.084	€ 61.013	€ 610	€ 4.881	€ 5.489	€ 71.993	€ 20.878	€ 45.000	€ 137.871	€ 4.136	€ 142.007	1250
FWG 55	Vaktherapeut/ Systemisch ambulant medewerker	€ 4.801	€ 4.561	€ 54.733	€ 547	€ 4.379	€ 4.924	€ 64.583	€ 18.729	€ 45.000	€ 128.313	€ 3.849	€ 132.162	1250
FWG 60	Psycholoog / systeemtherapeut	€ 5.352	€ 5.085	€ 61.018	€ 610	€ 4.881	€ 5.489	€ 71.999	€ 20.880	€ 45.000	€ 137.878	€ 4.136	€ 142.015	1250
FWG 65	GZ-psycholoog / systeemtherapeut	€ 6.284	€ 5.970	€ 71.639	€ 716	€ 5.731	€ 6.445	€ 84.531	€ 24.514	€ 45.000	€ 154.045	€ 4.621	€ 158.666	1250
FWG75	Klinische psycholoog	€ 9.056	€ 8.603	€ 103.238	€ 1.032	€ 8.259	€ 9.288	€ 121.818	€ 35.327	€ 45.000	€ 202.145	€ 6.064	€ 208.209	1250
FWG AMS	Kinder- en Jeugdpsychiater	€ 11.124	€ 10.568	€ 126.814	€ 1.268	€ 10.145	€ 11.409	€ 149.635	€ 43.394	€ 45.000	€ 238.030	€ 7.141	€ 245.171	1250

De bovenstaande tabel komt overeen met de tabel die voor de mobiele brigade is opgesteld. Er zijn enkele functies toegevoegd om voor de integrale zorg de juiste expertises en functies in te kunnen zetten. Bij de beschrijving van de bekostiging van de mobiele brigade is een onderbouwing opgenomen van de opbouw van de Fte-tarieven en de gekozen parameterwaarden. Deze onderbouwing is ook op bovenstaande tabel van toepassing. Aan de overlegtafel hebben aanbieders en gemeenten afgestemd dat met de gekozen parameterwaarden een passende bandbreedte ontstaat waarbinnen gewerkt kan worden.

PXQ VOOR DE OVERIGE INZET AANVULLENDE INTEGRALE ZORG

Als geen inzet vanuit de fte-bekostigde medewerkers mogelijk is (bijvoorbeeld omdat er op dat moment meer capaciteit gevraagd wordt dan de 9 fte waarvoor is gekozen, of niet de juiste inzet kan worden geleverd op dat moment) wordt de zorg ingezet op basis van een PxQ financiering.
Op basis van een eerste inventarisatie van huidige tarieven in de zeven regio's zijn aanbieders en regio's tot onderstaande tarieven gekomen (prijspeil 2024).

Specialistische behandeling GGZ	€2,35 per minuut, €141,- per uur	Directe en indirecte cliëntgebonden tijd declarabel.
Specialistische behandeling LVB/J&O	€1,94 per minuut, €116,40 per uur	Directe en indirecte cliëntgebonden tijd declarabel.
Individuele Specialistische begeleiding	€1,52 per minuut, €91,20 per uur	Directe cliëntgebonden tijd declarabel .
Een-op-een begeleiding[49]	€1,21 per minuut, €72,60 per uur	Directe cliëntgebonden tijd declarabel .

[49] Zie voor de afspraken over de tijdelijke inzet een-op-een begeleiding paragraaf 1.9.3

In bijlage 15 is per product ter onderbouwing van het tarief een functiemix opgenomen. Om tot de hiervoor beschreven tarieven en functiemixen te komen zijn de volgende overwegingen meegenomen:

1. Om de beperkte beschikbare tijd optimaal te benutten zijn de tarieven tot stand gekomen door een gemiddelde te nemen van de tarieven die in de zeven jeugdhulpregio's voor redelijk vergelijkbare, bestaande diensten wordt gehanteerd. Aan de overlegtafel zijn deze tarieven met aanbieders besproken en in consensus afgestemd.
2. Ter onderbouwing van deze tarieven hebben de regio's een functiemix opgesteld. Een eerste voorzet voor de functiemixen is gebaseerd op informatie uit kostprijsonderzoeken van aanbestedingen die regio's recent hebben uitgevoerd[50]. Met name de gebruikte functies, Cao's en schalen zijn als input gebruikt voor de functiemix. Voor de parameterwaarden en de kostenopbouw per functies is aangesloten bij de eerdere tabellen van de mobiele brigade en de Fte-inzet voor de integrale zorg. Alleen voor enkele lagere functieschalen is gekozen voor een iets lagere waarde voor de parameter overhead, omdat deze parameter anders onevenredig zwaar meeweegt in de tarieven voor de functies. De functiemixen zijn aan de overlegtafel besproken en in consensus vastgesteld.
3. Aanbieders en gemeenten hebben aan de overlegtafel met elkaar in consensus vastgesteld dat de tarieven voor deze diensten voor integrale zorg (die met een PxQ-bekostiging kunnen worden ingezet) gelden als een bandbreedte waarbinnen aanbieders goed kunnen werken.
4. Omdat het een transformatietraject is, met (deels) nieuwe diensten wordt er op basis van monitoring geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Als uit monitoring blijkt dat de functiemix behorend bij het tarief 2025 te veel afwijkt van de werkelijkheid in de praktijk, dan kan dit leiden tot een bijstelling van de mix (en/of het tarief) naar boven of naar beneden.

Om te zorgen dat de tarieven voor integrale zorg ook in de toekomst passend en reëel zijn voeren gemeenten en aanbieders in 2025 een tariefonderzoek uit naar de FTE-variant en de PxQ-varianten van de Integrale zorg. Uitgangspunt is daarbij om de inzet in fte en de vier huidige PxQ producten te voorzien van aan de praktijk getoetste herijkte reële tarieven. In de loop van 2025 kunnen de ervaringscijfers van de werkelijke inzet van verschillende functies in de integrale zorg als input dienen voor het eventueel bijstellen van de functiemixen. Ook kan het tariefonderzoek bijdragen aan het herijken van de parameter waarden die we voor de tarieven van de integrale zorg hanteren.

DEFINITIES TEN BEHOEVE DECLARATIES INTEGRALE ZORG[51]

Voor de inzet van de hier beschreven producten voor integrale zorg zijn de volgende definities in dialoog en consensus opgesteld en vastgesteld:

Direct cliëntgebonden tijd

De uren waarbij de professional direct contact heeft met het kind, ouder of wettelijk vertegenwoordiger, verzorger, familie of netwerk (niet zijnde de professionals verbonden aan de zorg voor het kind) ten behoeve van de begeleiding/behandeling. Dit kan zowel face-to-face als telefonisch of elektronisch zijn. Een Multidisciplinair Overleg (hierna: MDO) waar het kind bij aanwezig is geldt ook als directe cliëntgebonden tijd. De directe cliëntgebonden tijd is gericht op de begeleiding/ behandeling van het kind en levert handvatten voor omgeving om de effecten van de begeleiding/ behandeling richting het kind te versterken.

Indirect cliëntgebonden tijd

De uren die de Professional besteedt aan zaken rondom een contactmoment (de direct cliëntgebonden tijd), maar waarbij het kind, ouder of wettelijk vertegenwoordiger, verzorger, familie of netwerk (niet

[50] In Bijlage 15 zijn de functies, de cao-schalen en de tarieven per functie opgenomen die zijn gebruikt om tot de functiemix te komen.

[51] Voor alle inzet geldt dat in het geval er uren ingezet worden in de vorm van groepsaanbod, de ureninzet gedeeld wordt door het aantal kinderen dat op de groep verblijft.

zijnde de professionals verbonden aan de zorg voor het kind) zelf niet aanwezig zijn zoals: administratie, verslaglegging, rapportageoverleg over het kind (dus ook de tijd die anderen dan de directe professional hieraan besteden, zoals een MDO), analysetijd (bijvoorbeeld ten behoeve van diagnostiek), reistijd (van en naar het kind), voorbereidingscoördinatie met andere professionals in het gezin (wanneer nodig).

Niet-cliëntgebonden tijd
De uren van een professional die niet toe te schrijven zijn naar een kind zoals vakantie, ziekte, opleiding, niet-productieve tijd, werkoverleg, beleid, intervisie, reflectie, reistijd (naar locaties, werkoverleg, enz.).

3.4. Leren & Ontwikkelen

Met het verwerven van de essentiële functies ligt er een ambitieuze opgave voor aanbieders en regio's. Om de gezamenlijk opgave te kunnen realiseren is van belang dat ze gezamenlijk investeren in de uitvoering van de overeenkomst. Zij faciliteren ook beiden het leren en ontwikkelen van hun medewerkers. De onderstaande afspraken over de bekostiging van leren en ontwikkelen gelden voor het eerste contractjaar. Aan het einde van het eerste jaar bekijken regio's en aanbieders opnieuw wat nodig is in het kader van Leren & Ontwikkelen.

Bekostiging van leren & ontwikkelen

Opdrachten en projecten voor innovatie en transformatie (zoals bijvoorbeeld de ontwikkeling van nieuwe diensten) die voortkomen uit de leercirkels kunnen worden aangemeld voor bekostiging van uit de BOEG gelden[52]. Indien BOEG geen mogelijkheden voor financiering heeft, bespreken aanbieders en regio's de mogelijkheden van alternatieve financiering.

Als opdrachtgever vergoeden de regio's de inzet van betrokkenen bij het gezamenlijke proces van leren en ontwikkelen.

De volgende overleggen komen in aanmerking voor vergoeding:

1. Implementatie overleggen: deze zijn gericht op de bespreking van de voortgang van de implementatie en operationele knelpunten en de oplossingen daarvan. We gaan uit van een frequentie van 10 keer per jaar, met een duur van 2 uur en een half uur voorbereiding. We gaan uit van een maximumaantal van 16 deelnemers vanuit aanbieders die vergoed worden. Aanbieders stemmen onderling de vertegenwoordiging en deelname af.
2. Leercirkels: Deze zijn gericht op de bespreking van de voortgang, visie en ontwikkeling op de langere termijn en bespreking van de jaarlijkse uitvoeringsagenda. We gaan uit van een frequentie van vier keer per jaar, met een duur van 4 uur + 1 uur voorbereiding per keer. We gaan uit van een maximumaantal van 16 deelnemers vanuit aanbieders die vergoed worden. Aanbieders stemmen onderling de vertegenwoordiging en deelname af.

Onderstaande tabel bevat een raming van de kosten. Deze kosten komen ten laste van de regio's. Hierbij is de inzet van medewerkers van aanbieders, van 2 ervaringsdeskundigen en een procesbegeleider meegenomen.

[52] Hiervoor wordt de reguliere aanvraag- en toewijzingsprocedure BOEG gevolgd.

Inschatting ureninzet bijeenkomsten Leren & Ontwikkelen:				
Overleggen:	Implementatie-overleggen	Leercirkels	Totaal	Toelichting
Frequentie (p/j):	10	4	14	
Duur overleg (uur):	2,5	5,0		(incl. voorbereidingstijd)
Deelnemers (#)*:	33	33		
Totale uren per jaar	825	660	1.485	
*op basis van: 7 regio's (2 p/regio) + 16 aanbieders + 2 ervaringsdeskundigen + 1 procesbegeleider				
Inschatting kosten bijeenkomsten Leren & Ontwikkelen (prijspeil 2024):				
Omschrijving		Kosten	Toelichting	
Verletkosten deelnemers totaal		€ 111.000	(1.485 uur * €75,- p/u excl. BTW)	
Kosten vergaderlocatie (inschatting)		€ 5.000	(10 dagdelen * €393,25 incl. BTW + €1000,- overig)	
Subtotaal		€ 116.000		
Minus verletkosten 7 regio's		€ -47.000		
Totaal		€69.000		
Overige kosten leren & ontwikkelen:		PM		

3.5 Zorg en BTW

De uitvoering van essentiële functies heeft betrekking op de levering en uitvoering van zorg. De uitvoering van de essentiële functies betreft geen inhuur van personeel. Er is daarom geen btw van toepassing op deze kosten. Als onderdeel van de implementatie worden afspraken gemaakt over de manier waarop de aanbieders – die de diensten in de essentiële functies zoals de mobiele brigade en integrale zorg invullen – kosten kunnen declareren. De verantwoordelijkheid voor het inrichten van deze diensten en het voorkomen van Btw-verplichtingen ligt bij aanbieders. De regio’s denken mee over hoe aanbieders de Btw-verplichtingen kunnen voorkomen.

3.6 Verdeling kosten regio’s

De gemeenten en regio’s willen duurzame afspraken maken met de samenwerkende aanbieders over de capaciteit en beschikbaarheid van verblijfsvoorzieningen en over de inzet van schaarse hoog-specialistische expertise binnen de essentiële functies.
Een deel van de verblijfsvoorzieningen en in te zetten hoog-specialistische expertise bekostigen we daarom met beschikbaarheidsbekostiging. Dit betekent dat de gemeenten met een verdeelsleutel de kosten voor deze diensten verdelen. Bij de start van de overeenkomst geldt dit voor de verblijfsvoorzieningen van JeugdzorgPlus en Onvoorwaardelijk wonen. Ook voor de Mobiele Brigade en een deel van de Integrale Zorg is een vorm van beschikbaarheidsbekostiging afgesproken.
Voor de verdeling van de beschikbaarheidsbijdrage tussen de gemeenten hanteren de gemeenten het aantal jeugdigen tussen 0 en 17 jaar op basis van cijfers van het CBS van januari van het voorgaande jaar (t-1). Jaarlijks worden de cijfers van de verdeelsleutel geactualiseerd.
Deze verdeelsleutel wordt ook toegepast op de kosten voor de bijeenkomsten Leren & Ontwikkelen.

BIJLAGE 1 Lijst van verwervende regio's/gemeenten

Kleur op de kaart	Naam jeugdhulpregio	Deelnemende gemeenten
	Achterhoek	Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost-Gelre, Oude IIssel streek, Winterwijk
	Foodvalley	Barneveld, Ede, Nijkerk, Renswoude, Rhenen, Scherpenzeel, Veenendaal
	Midden-IJssel/Oost-Veluwe	Apeldoorn, Brummen. Epe, Hattem, Heerde, Lochem, Voorst, Zutphen
	Noord-Veluwe en Zeewolde	Elburg, Ermelo, Harderwijk, Nunspeet, Oldebroek, Putten, Zeewolde
	Centraal Gelderland	Arnhem, Doesburg, Duiven, Lingewaard, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Wageningen, Westervoort, Zevenaar
	Rijk van Nijmegen	Berg en Dal, Beuningen, Druten, Heumen, Mook en Middelaar, Nijmegen, Wijchen
	Rivierenland	Buren, Culemborg, Maasdriel, Neder-Betuwe, Tiel, West-Betuwe, Maas-en Waal, Zaltbommel

BIJLAGE 2 Dienstomschrijving Mobiele Brigade

Dienstomschrijving mobiele brigade

Criteria	Omschrijving
Omschrijving	Actieve outreachende en consultatieve dienstverlening
Resultaat	Door inzet van de mobiele brigade krijgt een kind en gezin passende ambulante zorg van specialisten en experts die werkzaam zijn binnen de essentiële functies. De mobiele brigade heeft een aantal doelen: ○ Leveren van maatwerk (kortdurend 6-8 gesprekken of 10 uur inzet): - Handelingsverlegenheid wegnemen bij betrokken professionals[53] - Specifieke kennis toevoegen (consultatie/korte begeleiding/specialistische ondersteuning) - Onvrijwillige doorplaatsingen voorkomen - Ondersteunen van het netwerk van een kind ○ Uitstroom uit verblijfsvoorzieningen essentiële functies bevorderen, gebaseerd op terugkeer naar de regio (bij voorkeur thuis): ondersteunen bij terugkeer of als achtervang functioneren als het mis dreigt te gaan. ○ Advies toevoegen aan bestaande verklarende analyse en perspectiefplan essentiële functies, communicatie hierover met het RET en de gezamenlijke voordeur essentiële functies. ○ Verstevigen van het lokale veld (zowel verwijzers als lokale/regionale zorgaanbieders) door middel van actieve outreachende consultatieve dienstverlening opdat een kind passende zorg krijgt en onnodige instroom bij verblijf in de essentiële functies wordt voorkomen.
Wie komen in aanmerking?	Essentiële functies zijn de integrale hoog specialistische zorgvormen die zich richten op kwetsbare kinderen en hun gezinnen en/of netwerk. Hun zorgvragen – en de oorzaken ervan – zijn divers (heterogeen). Daarmee kan niet gesproken worden over een eenduidige doelgroep. Er is sprake van meervoudige en complexe zorgvragen. Niet één van de problematieken is bovenliggend, maar het is een combinatie van meerdere kernproblemen en de oplossing/aanpak/behandeling vraagt om intersectorale samenwerking. Tegelijkertijd kunnen een aantal beschermende factoren ontbreken. De combinatie van factoren zorgt voor ernstige ontregeling, en/of veiligheidsrisico's bij het kind zelf en in de omgeving. Het perspectief voor deze kinderen ontbreekt. Er is geen scherpe afbakening op diagnose of problematiek op kindniveau te maken. Zie hiervoor de uitleg in paragraaf 1.3. De beoordeling of de zorgvraag van een kind en gezin past binnen de essentiële functies is altijd professioneel maatwerk op grond van een goede analyse (gedeelde verklarende analyse). Afbakening: De kinderen die in aanmerking komen voor inzet vanuit de mobiele brigade behoren tot deze beschreven groep en dreigen zonder tussenkomst van de mobiele brigade onvrijwillig doorgeplaatst te worden, hebben geen duidelijk perspectief omdat de reeds ingezette ondersteuning onvoldoende

[53] Hierbij denken we dan aan betrokken hulpverlening maar ook aan bijvoorbeeld de verwijzers (het lokale team, GI's)

	(samenwerkende) expertise en kennis heeft voor deze meervoudige, complexe zorgvraag, of er geen verbinding (meer) is met het kind. De mobiele brigade is er voor de kinderen die niet geholpen worden omdat er handelingsverlegenheid optreedt, onvrijwillige overplaatsing dreigt of als een kind na verblijf in de essentiële functies weer terug kan naar de plek waar het woonde en dat alleen kan, als er tijdelijk specialistische ondersteuning beschikbaar is om die overgang goed te laten verlopen. Inzet van de mobiele brigade gaat altijd via het RET, behalve als een kind al in integraal hoog specialistisch verblijf zit. Als dan een onvrijwillige overplaatsing dreigt of de verblijfsaanbieder heeft ondersteuning nodig bij de uitstroom van een kind, meldt de verblijfsaanbieder, altijd in overleg met de casusregisseur, direct aan bij de mobiele brigade. Omdat er sprake kan zijn van direct contact tussen de mobiele brigade en het kind/(pleeg)ouders moet het kind/(pleeg)ouders toestemming geven voor de inzet van de mobiele brigade.
Omschrijving en kenmerken van de dienst	*Vaste kern* De mobiele brigade bestaat uit een vaste kern van personen die tijdelijk het gezicht en het aanspreekpunt zijn voor de casusregisseur en het kind/gezin, gezinsouder en/of residentieel team. Het is belangrijk dat de mobiele brigade zichtbaar is en geaccepteerd gezag op inhoud heeft bij derden zoals andere zorgaanbieders, regio's en onderwijs. De mobiele brigade moet het vermogen hebben om: • In te kunnen schatten welke (gecombineerde) vormen van zorg en inzet helpend zijn voor het kind en de omgeving waar het kind verblijft • Te bedenken hoe het 'anders kan' ten opzichte van hetgeen al ingezet is • Een verbindende rol te vervullen • Rust te brengen in de situatie (ondersteunen bij 'verdragen en vertragen') en om een systeemanalyse te maken van de oorzaak van het vastlopen. De mobiele brigade bestaat in ieder geval uit: • Eerste aanspreekpunt/verbinder • Ervaren WO-geschoolde professional (2 personen) uit de diverse beroepsgroepen • Systeemgericht ambulant hulpverlener • Ervaringsdeskundige In het vaste kernteam is deskundigheid geborgd van J&O, J-GGZ, (L)VB, verslavingszorg en forensische zorg en een combinatie van kennis van kind-factoren en kennis van (professionele)opvoedfactoren. Belangrijk is dat de verbinding met de volwassen GGZ gelegd kan worden. Het eerste aanspreekpunt van de mobiele brigade vormt een belangrijke verbinding met de voorzitter van het RET. De RET-voorzitter zorgt voor de verbinding met de contractmanager en beleidsadviseur van de op casusniveau verantwoordelijke gemeente. Ook zorgt de RET-voorzitter voor de verbinding met het onderwijs (samenwerkingsverband). De casusregisseur (lokaal team of jeugdbeschermer, jeugdreclasseerder) blijft samen met het kind en het gezin de regie houden.

	Geen eigenstandige behandelverantwoordelijkheid De mobiele brigade draagt geen eigenstandige behandelverantwoordelijkheid. Medewerkers van de mobiele brigade zijn zelfstandig verantwoordelijk voor hun advies en steunende activiteiten, zij ondersteunen binnen het kader waarbinnen zij zijn opgeleid en bevoegd zijn. De mobiele brigade is actief ondersteunend (directe ondersteuning in de vorm van kortdurende interventies) en geeft advies aan de zittende regiebehandelaar. Deze draagt verantwoordelijkheid voor uitvoer van het advies, dat kan via medewerkers van de essentiële functies /integrale zorg. Het advies kan een doorverwijzing naar (opname in) verblijf essentiële functies zijn, maar ook actieve toevoeging van deelbehandeling aan wat al aanwezig is. *Doorzettingsmacht* De mobiele brigade moet geaccepteerd gezag hebben op inhoud naar zowel aanbieders als regio's: als de mobiele brigade adviseert om bepaalde zorg in te zetten zorgen aanbieders binnen de essentiële functies ervoor dat deze inzet tijdig beschikbaar is vanuit hun organisatie en regio's betalen voor de inzet zonder een administratief complex proces. *Inzet mobiele brigade* De mobiele brigade kan de volgende inzet leveren: o Maatwerk: • Actieve dienstverlening (handelingsgericht): gericht op het kind en de sociale omgeving waarbinnen het kind woont; • Actieve ondersteuning van medewerkers van zorgaanbieders Psycho-educatie en training van betrokken ouders/professionals op persoon/context/situatie afgestemde ondersteuningsadviezen; • Vliegende keep (het kortdurend ondersteunen van een kind en het gezin of bij de zorgaanbieder, niet zijnde in crisis) om onvrijwillige doorplaatsingen te voorkomen; • Out-of-the-box oplossingen uitwerken. • Duiding van het systeem: het gedrag van het kind en het (professionele) netwerk kunnen 'lezen' en duiden en hier adviezen aan koppelen. o Uitstroom bevorderen: • Kennisoverdracht verzorgen aan zorgaanbieders of het netwerk thuis waar het kind na verblijf in essentiële functies naartoe gaat; • (In samenwerking met de lokale toegang/GI) verbinding leggen met de reguliere jeugdhulp, zodat er gedurende of na afloop van de betrokkenheid van de mobiele brigade passende (na)zorg beschikbaar is. Er vallen hierdoor geen gaten in de hulpverlening; • Beschikbaar zijn na overdracht, als back-up voor de reguliere jeugdhulp (waakvlamcontact). Hier kan de verwijzer een goede rol in vervullen. o Plan met advies voor passende zorg: • Advies toevoegen aan bestaande verklarende analyse en perspectiefplan essentiële functies, communicatie hierover met het RET en de gezamenlijke voordeur essentiële functies. o Verstevigen lokaal veld: • Kennis en ervaring brengen naar het lokale/regionale veld gericht op de casus, wat kan leiden tot kennisoverdracht breder dan de casus. De inzet

van de mobiele brigade richt zich op het vergroten van het lerend vermogen van de zorgaanbieders waar zij diensten verlenen.

Verklarende analyse
Als er bij de start van de inzet van de mobiele brigade geen verklarende analyse is, dan ondersteunt de mobiele brigade erin dat die verklarende analyse er snel komt. Ook hier neemt de mobiele brigade het werk niet over, de verwijzer blijft aan zet voor het opstellen van de verklarende analyse. In de verklarende analyse wordt ook de school en bredere omgeving van kind en het systeem meegenomen.
Als er wel een verklarende analyse is wanneer de mobiele brigade wordt ingezet, fungeert de verklarende analyse als vertrekpunt[54]. Waar nodig brengt het mobiele team de verklarende analyse verder zodat er een eenduidige werkhypothese komt.

Flexibel inzetbaar
De mobiele brigade is flexibel inzetbaar, zodat het systeem, de betrokken professionals, de inzet van de mobiele brigade ontvangen op de tijden waarop dit nodig is (dit kan ook buiten kantooruren zijn, bijvoorbeeld als de mobiele brigade mee moet kijken bij eet- of slaapmomenten). Voor de mobiele brigade geldt geen wachtlijst. Inzet van de mobiele brigade is uiterlijk binnen 3 werkdagen beschikbaar. De complexe zorgvragen waar het binnen essentiële functies om gaat, kunnen geen vertraging oplopen. Het blijft echter planbare zorg.

Geen crisis
De mobiele brigade is geen crisisteam. Er moet snel gehandeld worden (binnen 3 werkdagen), maar niet acuut. In de transformatie willen we organiseren dat, hoewel de mobiele brigade zonder vertraging in te zetten is, dit planbare zorg blijft.

Andere oplossingen: niet méér van hetzelfde
Het gaat in alle trajecten van de mobiele brigade om inzet op maat en het vinden van oplossingen waar dat eerder in het traject nog onvoldoende gelukt is. De mobiele brigade zoekt naar de mogelijkheden om het anders te doen, vanuit integraliteit en een diversiteit van verschillende zorgvormen en competenties (domein overstijgend). De mobiele brigade richt zich op het toevoegen van expertise aan een casus en niet op het overnemen van een casus.

Nauwe samenwerking met de casusregisseur, onderwijs
De mobiele brigade is een tijdelijke toevoeging in het hulpverleningstraject van een kind. Zij nemen niet over en zijn na verloop van tijd weer uit beeld. Daarom moet de mobiele brigade gedurende het traject een nauwe samenwerking met alle betrokken partijen in het hulpverleningsproces realiseren.

Geen contra-indicaties
De mobiele brigade hanteert geen contra-indicaties, als er vanuit het RET een verzoek komt om ingezet te worden. Zij kunnen op basis van geaccepteerd gezag

[54] Er zijn 3 modellen voor het maken van een Verklarende Analyse in omloop. Dit zijn het 7-factorenmodel van Bureau Peers, het model van Accare (Hilde Tempel) en 'De gedeelde verklarende Analyse, eerst begrijpen, dan behandelen' van Molendrift.

	wel zeggen dat (over)plaatsing naar verblijf in de essentiële functies (niet) nodig is. In dat geval geeft de mobiele brigade aan wat er nodig is om hulp passend vorm te geven en in te vullen buiten de essentiële functies.

BIJLAGE 3 Procedure hypermaatwerk

Voor de inzet van hypermaatwerk spreken we de volgende procedure af. Deze nemen we op als werkafspraak in een bijlage bij de overeenkomst:

1. De aanbieder en/ of verwijzer die de regieverantwoordelijkheid heeft over het kind kan gedurende het hele jaar een aanvraag voor hypermaatwerk indienen.
2. De aanvraag voor hypermaatwerk kan alleen worden ingediend als deze voorafgaand met het kind en ouders/voogd en verwijzer besproken is. De uitkomst van dit overleg moet (digitaal) vastliggen in het perspectiefplan van het kind.
3. Wanneer een aanvraag voor hypermaatwerk wordt ingediend, wordt ter informatie gesignaleerd (volgens de escalatieladder) richting de bovenregionaal contractmanager. Deze betrekt indien nodig procesmatig wethouder of college.
4. De aanvraag voor hypermaatwerk wordt altijd in samenspraak met de gemeente die verantwoordelijk is voor het kind op grond van het woonplaatsbeginsel Jeugdwet gedaan.
5. De aanvraag voor hypermaatwerk gaat altijd vergezeld van een Plan van Aanpak gericht op het kind: in dit plan staat uitgewerkt waarom hypermaatwerk moet worden ingezet, met wie dit is afgestemd, wat het hypermaatwerk concreet inhoudt (inclusief een kostenoverzicht en een tijdplanning en risicoparagraaf), welk doel dit beoogt en wat het perspectief is.
6. De gemeenten, aanbieder en het kind en ouders bespreken de aanvraag en het plan van aanpak minimaal 2 keer tezamen: eenmaal voorafgaand aan de aanvraag en eenmaal nadat de aanvraag gedaan is, zodat er ruimte is voor reflectie en duiding bij het kind en diens ouders/ netwerk.
7. De gemeente of de aanbieder kan advies inwinnen bij het CCE over de aanvraag voor hypermaatwerk.
8. De gemeente beslist zo spoedig mogelijk de aanvraag voor hypermaatwerk toe te wijzen of af te keuren (via een regionale contactpersoon). Als voor de formalisatie een collegebesluit nodig is, gebeurt dit zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen drie weken na het gesprek over de aanvraag en het plan van aanpak.
9. Van punt 8 kan worden afgeweken als het CCE wordt ingezet voor advies. Het CCE heeft uiterlijk 8 weken nodig voor een advies. De termijn voor de terugkoppeling van de formele beslissing wordt dan met maximaal 8 weken uitgesteld. De startdatum van het hypermaatwerk kan nooit eerder zijn dan de ambtelijke toekenning van de gemeente.
10. Gemeenten realiseren zich dat er in het geval van een aanvraag voor hypermaatwerk alle voorliggende alternatieven op voorhand overwogen zijn en deze onvoldoende inhoudelijk passend zijn bevonden door de betrokken deskundigen. Wanneer de gemeente toch besluit een aanvraag voor hypermaatwerk af te wijzen, gaan de bovenregionaal contractmanager, gemeente, aanbieder en kind en ouders binnen 3 dagen in gesprek. Hierbij wordt de escalatieladder gevolgd.
11. Bij een toekenning van het hypermaatwerk geeft de gemeente een beschikking af voor de inzet van het hypermaatwerk. De zorgaanbieder legt na ontvangst de beschikking vast in het perspectiefplan van het kind en informeert het kind en ouders over de beslissing.
12. Gemeente en aanbieder spreken een tijdschema af waarbinnen zij de inzet van het maatwerk en de resultaten tussentijds volgen, bespreken en waar nodig bijsturen zoals overeengekomen bij PVA bij plaatsing.

BIJLAGE 4 Dienstomschrijving Integrale hoogspecialistische zorg

Dienstomschrijving integrale hoog specialistische zorg

Criteria	Omschrijving
Omschrijving	Integrale hoog-specialistische zorg inclusief verblijf (eventueel met gesloten machtiging op grond van artikel 6.1.2. Jeugdwet, een beschikking van de rechter op grond van de Wet Zorg en Dwang of een strafrechtelijke beslissing voor de inzet van jeugdhulp[55])
Resultaat	De ernstige belemmering in de ontwikkeling van het kind en het gezin is weggenomen en beide hebben een passend perspectief voor het vervolgtraject.
Wie komen in aanmerking?	Essentiële functies zijn de integrale hoog-specialistische zorgvormen die zich richten op kwetsbare kinderen en hun gezinnen en/of netwerk. Hun zorgvragen – en de oorzaken ervan – zijn divers (heterogeen). Daarmee kan niet gesproken worden over een eenduidige doelgroep. Er is sprake van meervoudige en complexe zorgvragen. Niet één van de problematieken is bovenliggend, maar het is een combinatie van meerdere kernproblemen en de oplossing/aanpak/behandeling vraagt om intersectorale samenwerking. Tegelijkertijd kunnen een aantal beschermende factoren ontbreken. De combinatie van factoren zorgt voor ernstige ontregeling, en/of veiligheidsrisico's bij het kind zelf en in de omgeving. Het perspectief voor deze kinderen ontbreekt. Er is geen scherpe afbakening op diagnose of problematiek op kindniveau te maken. Zie hiervoor de uitleg in paragraaf 1.3. De beoordeling of de zorgvraag van een kind en gezin past binnen de essentiële functies is altijd professioneel maatwerk op grond van een goede analyse (gedeelde verklarende analyse). Daarop aanvullend: De kinderen die in aanmerking komen voor integraal hoog-specialistisch verblijf op basis van een gesloten machtiging op grond van de Jeugdwet hebben ernstige opgroei-, opvoedingsproblemen of ontwikkelingsproblemen die de ontwikkeling van het kind naar volwassenheid ernstig belemmeren; en waarbij verblijf noodzakelijk is om te voorkomen dat het kind zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. Er is dan sprake van een bedreiging van de veiligheid van het kind. De kinderen die in aanmerking komen voor integraal hoog-specialistisch verblijf op basis van een rechterlijke machtiging in het kader van de Wet zorg en dwang, hebben 'ernstig nadeel' waaronder wordt verstaan het bestaan van of het aanzienlijk risico op: a) Levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van het kind of een ander; b) Bedreiging van de veiligheid van het kind al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;

[55] niet zijnde zorg binnen de JJI

	c) De situatie dat het kind met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept; d) De situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is. Voor de kinderen die op grond van een strafrechtelijke beslissing jeugdhulp opgelegd krijgen, geldt dat zij een delict gepleegd hebben en jeugdhulp nodig hebben om het risico op gevaar voor het kind en de maatschappij te voorkomen (forensische zorg).
Omschrijving en kenmerken van de dienst	*Samenwerken en toevoegen expertises* Bij deze dienst gaat het om integrale hoog specialistische zorg inclusief verblijf, onderwijs en vrijetijdsbesteding voor de kinderen zoals hierboven beschreven. Aanbieders uit verschillende disciplines (onder andere J&O, LVB, J-GGZ, verslavingszorg, forensische zorg) werken samen om de benodigde zorg te leveren en de specifieke kennis en vaardigheden in te zetten waar behoefte aan is. De integrale uitvoering van deze zorg is hét kernpunt van deze dienst. Voor de visie op de het onderwijs wordt verwezen naar de kwaliteitseisen. *Verblijf als onderdeel van een zorgtraject* Uitgangspunt is dat verblijf in de essentiële functies zoveel mogelijk voorkomen wordt. De mobiele brigade wordt (waar mogelijk) als eerste beste optie ingezet om verblijf of overplaatsing te voorkomen. Als verblijf wordt ingezet, dan is vanaf de start van het verblijf het perspectief voor het kind duidelijk, is dit perspectief vastgelegd in een perspectiefplan essentiële functies en wordt hier naartoe gewerkt. De inzet van integraal hoog-specialistisch verblijf is een logisch onderdeel van de zorg aan het kind en het gezin en is uitdrukkelijk geen onderbreking van het zorgtraject. De casusregisseur blijft casusregie houden als integrale hoog-specialistische zorg ingezet wordt. Daarbij wordt het traject niet afgesloten, maar blijft men samen optrekken. Uiteindelijk is het doel om weer logisch terug te keren naar de plek waar het kind vandaan kwam. Dan wel waar het kind kan wonen. *Open leer- en ontwikkelklimaat* Het fundament voor integraal hoog-specialistisch verblijf wordt gevormd door de behandeling in de dagelijkse leefsferen (groep, school en vrije tijd), het aanbod van activiteiten en omgang in de pedagogische relatie. Integraal hoog-specialistisch verblijf heeft een open leef-, leer- en behandelklimaat. Een kind in een verblijfsvoorziening verblijft op een groep. Een groep wordt begeleid door pedagogisch medewerkers en een groepsgebonden schil (gedragswetenschapper[56]). Daarnaast zijn er bij een verblijfsvoorziening ook indirecte functies, die niet direct met roosteruren aan een groep verbonden zijn, maar ook geen ambulante/extra begeleiding of behandeling gericht op een kind bieden. Deze indirecte functies noemen we de randvoorwaardelijke pedagogische inzet (personeel buiten de groep/terreingebonden factoren): dit kan bijvoorbeeld een medewerker zijn die kinderen even onder de hoede neemt na een indringende therapiesessie of een medewerker die in het activiteitencentrum werkt. Deze medewerker kan ook een ervaringsdeskundige zijn. Tijdens het verblijf leveren aanbieders binnen een samenwerkingsverband **integrale** zorg aan een kind vanuit het uitgangspunt dat niet het kind verplaatst,

[56] Gedragswetenschapper is een verzamelnaam voor de volgende functies: regiebehandelaar, behandel coördinator, Kinder- en jeugdpsychiater, maatschappelijk werker en gezinsbehandelaar.

	maar de zorg naar het kind toe wordt gebracht. Dat betekent dat aanbieders binnen het samenwerkingsverband afspraken maken over het toevoegen van expertise en ervaring (vanuit de domeinen J&O, LVB, J-GGZ, Verslaving en Forensisch) op het moment dat een kind dat nodig heeft en de aanbieder waar het kind verblijft deze niet kan bieden. Deze zorg wordt aanvullend geboden boven op de verblijfsplek en is direct beschikbaar, wordt geboden door medewerkers die integraal kunnen werken, is altijd gericht op het kind en de pedagogisch werkers op de groep. Deze inzet wordt benoemd als “aanvullende integrale zorg”. De mogelijkheid voor aanvullende integrale zorg is een zeer belangrijke component in de zorg voor deze kinderen en gezinnen. Naast aanvullende integrale zorg kan in het jaar 2025 individuele een-op-een begeleiding worden ingezet als de situatie daarom vraagt. 2025 is daarbij een overgangsjaar, ambitie is om vanaf 2026 geen een-op-een begeleiding in te zetten. Een-op-een begeleiding wordt altijd ingezet op basis van een onderbouwd plan voor de duur van maximaal twee maanden. Als na twee maanden nog steeds een-op-een begeleiding nodig is, voeren regio’s en aanbieders hier opnieuw overleg over en is het alleen nog mogelijk om een-op-een begeleiding in te zetten in de vorm van hypermaatwerk. Het beschreven leer- en ontwikkelklimaat is voor het overgrote deel van de kinderen voldoende. In uitzonderlijke gevallen is er inzet nodig die niet past binnen de bestaande vormen van behandeling en begeleiding: we spreken dan van hypermaatwerk. Dit gaat over creatieve oplossingen die buiten alle bestaande kaders vallen en waarvoor een aparte besluitvormingsprocedure geldt voordat deze oplossingen kunnen worden ingezet.

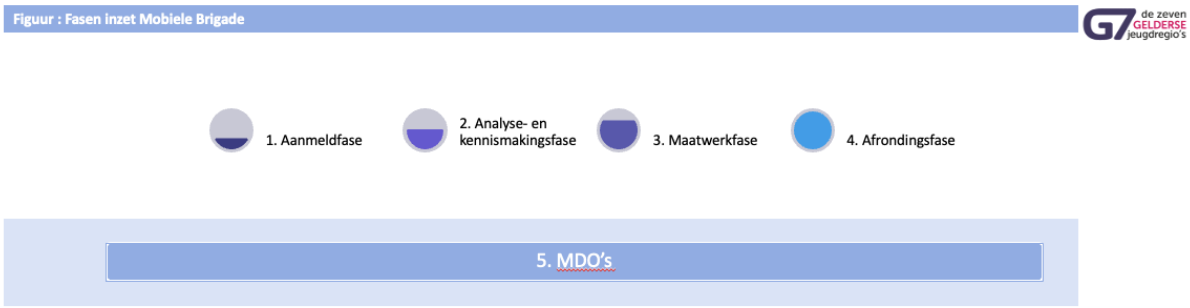
BIJLAGE 5 Taken, rollen en verantwoordelijkheden in het kader van regie

Regierol	Functionaris(sen)	Verantwoordelijkheid	Samenwerking
Casus regisseur	Consulent lokaal team of Jeugdbeschermer	Regie voeren over de totale ondersteuning aan het gezin. Casusregisseur staat naast het kind en ouders en handelt volgens het mandaat dat bij die functie hoort De casusregisseur is altijd eindverantwoordelijk voor de regie over de totale ondersteuning, ook als ondersteuning vanuit RET, BOEG of Mobiele Brigade (MB) wordt geboden De casusregisseur is verantwoordelijk voor het opstellen van de verklarende analyse en het perspectiefplan	Ouders en kind - Regievoering Aanbieder: - Verwijzing - Deelname MDO - Vervolgtoewijzing RET: - Advies vragen - tijdelijke procesondersteuning Procesregisseur BOEG: - Tijdelijke proces ondersteuning MB: - Tijdelijke procesondersteuning zowel bij 1) Verwijzing naar EF 2) Stagnatie tijdens verblijf in EF 3) Uitstroom vanuit EF naar regionaal aanbod
Proces regisseur	(leden van het) RET	Procesregisseurs kunnen betrokken worden om te komen tot het realiseren van passende zorg voor kinderen en het gezin bij vastgelopen, complexe zorgvragen. Een procesregisseur voert onafhankelijke procesregie en heeft geen ander belang dan het bieden van passende zorg. Procesregisseurs betrekken altijd actief de casusregisseur bij adviezen en eventuele acties.	Ouders en kind: - Geeft advies over integrale aanpak Casusregisseur: - RET geeft advies over integrale aanpak (bij plaatsing in EF, en bij stagnerende uitstroom in EF) - Laat eindverantwoordelijkheid casus altijd aan casusregisseur. Aanbieder: - Kan aanbieder verzoeken om voor

Regierol	Functionaris(sen)	Verantwoordelijkheid	Samenwerking
			betreffende casus een passend aanbod te bieden. Mobiele brigade - Kan MB om inzet vragen in de casus. BOEG regisseur - Kan voor een casus BOEG regisseur vragen om bijdrage te leveren aan het realiseren van een passend aanbod.
Proces regisseur	BOEG (Bovenregionaal Expertisenetwerk Gelderland) proces regisseur	Procesregisseurs kunnen betrokken worden om te komen tot het realiseren van passende zorg voor kinderen en het gezin bij vastgelopen, complexe zorgvragen. Een procesregisseur voert onafhankelijke procesregie en heeft geen ander belang dan het bieden van passende zorg. Procesregisseurs betrekken altijd actief casusregisseur bij adviezen en eventuele acties.	Casusregisseur: - Procesregisseur BOEG ondersteunt casusregisseur in het vinden van een passend zorgaanbod. RET: - BOEG procesregisseur levert inzet na een verzoek hiertoe van het RET.
Proces regisseur	Mobiele Brigade	Mobiele brigade geeft hands-on ondersteuning om de voortgang van het zorgproces te ondersteunen. De mobiele brigade neemt de casusregie niet over. Ondersteuning/advies bij het realiseren van een verklarende analyse Hands on interventies voor kind/gezin/verblijfslocaties om stagnerend zorgproces weer op gang te brengen	Casusregisseur; - Werkt samen met casusregisseur om stagnatie in het zorgproces op te heffen, bijv. m.b.t. verklarende analyse, advies over behandelinzet. RET: - Pleegt inzet op verzoek van RET. Adviseert casusregisseur om casus aan te melden

Regierol	Functionaris(sen)	Verantwoordelijkheid	Samenwerking
		Advies over eventuele inzet van J-GGZ-behandeling Hands on interventie om een vervolgplek in de regio voldoende toe te rusten voor opvangen van een kind uit EF.	bij RET bij stagnerende uitstroom. Aanbieder: Zet kortdurende interventies in (hands on) op locatie van aanbieder om stagnerend zorgproces vlot te trekken.
Behandel regie	Regiebehandelaar	Behandelregie is uitsluitend van toepassing wanneer er behandeling plaatsvindt. De regiebehandelaar zorgt ervoor dat in overleg met het kind en het gezin een geïntegreerd behandelplan wordt opgesteld. De regiebehandelaar moet er ook voor zorgen dat dit behandelplan wordt uitgevoerd. De regiebehandelaar is daarmee eindverantwoordelijk voor de diagnosestelling, de vaststelling, uitvoering en evaluatie van het behandelplan.	Aanbieder: - Werkt samen met het begeleidingsteam van de locatie waar het kind verblijft. Behandelaren: - coördineert de inzet van de diverse behandelaren. Casusregisseur: - Deelname aan MDO (indien van toepassing). Mobiele brigade: - Ontvangt advies/aanbevelingen e.d. van mobiele brigade, werkt samen met mobiele brigade bij interventies op locatie.
Behandelaar	(deel)Behandelaar	Stemt inzet af met regiebehandelaar. Is eindverantwoordelijk voor de door hem/haar zelf geleverde behandeling.	Regiebehandelaar

BIJLAGE 6 Fasen inzet mobiele brigade



1. Aanmeldfase

Tijdens de aanmeldfase wordt samen met de verwijzer en de RET-voorzitter bekeken of de mobiele brigade ondersteuning kan bieden aan het kind en het gezin.

2. Analyse en kennismakingsfase

Een traject bij de mobiele brigade start altijd met een analysefase. De analysefase is nodig om in kaart te brengen wat er speelt bij het kind, in het gezin en op de verblijfsplek. Dit doet de mobiele brigade samen met de verwijzer en de RET-voorzitter, want vaak is er al veel bekend. Daarnaast is het in deze fase belangrijk om in kaart te brengen welke hulp er al eerder is ingezet, en wat daarin wel en niet heeft gewerkt. De mobiele brigade toetst de werkhypothese en vult deze aan. In sommige gevallen ondersteunt de mobiele brigade alleen de professionals die betrokken zijn bij het hulpverleningstraject. In de situaties dat de mobiele brigade rechtstreeks ondersteuning verleent aan het kind en het gezin is de kennismakingsfase een belangrijk onderdeel, omdat er een basis van vertrouwen moet zijn voordat het contact met deze kinderen en het gezin start.

3. Maatwerkfase

De mobiele brigade behandelt niet zelf, maar voert 6-8 gesprekken (maximale inzet 10 uur). De intensiteit van de inzet van specifieke expertise uit de mobiele brigade verschilt per kind. Als de mobiele brigade adviseert om wel behandeling in te zetten, wordt de behandeling ingezet vanuit de aanbieders die samenwerken binnen essentiële functies of indien mogelijk en beter passend, een regionale zorgaanbieder met de benodigde expertise.

4. Afrondingsfase

Zodra de afrondingsfase start wordt er samen met het kind en het gezin en de overige betrokken hulpverleners gekeken of er nog behandeling of begeleiding van buiten de mobiele brigade nodig is. Wanneer dit het geval is, zorgt de mobiele brigade voor een warme overdracht. Een warme overdracht is minimaal (bij voorkeur) een fysiek gesprek tussen de mobiele brigade en de professionals (aanbieder, verwijzer) die verder gaan met het zorgtraject. Als de mobiele brigade rechtstreeks het kind en het gezin ondersteund heeft, dan zijn het kind en het gezin ook aanwezig bij de overdrachtsgesprekken.

5. Multidisciplinaire overleggen

De mobiele brigade evalueert de hulp die zij biedt doorlopend. Elke week vinden er tussen de professionals in de teams casuïstiekbesprekingen/MDO's plaats. Tijdens deze overleggen wordt de voortgang van het maatwerk ten behoeve van het gezin en ieders inzet geëvalueerd aan de hand van de doelen. Een duidelijke structuur en sturing in het multidisciplinaire overleg is van belang om de helikopterview over het traject te behouden. Het eerste aanspreekpunt heeft een belangrijke rol in de evaluaties: deze persoon houdt de doelen scherp tijdens de MDO's en behoudt de overall verbinding met het RET en de verwijzer.

BIJLAGE 7 Voorlopige lijst essentiële functies in Gelderland

Versie 23 april 2024

Type voorziening	***Aantal plekken (capaciteit)/ groepen/ leeftijd***	***Aantal Gelderse kinderen/ aandeel Gelderse kinderen /aantal plekken op jaarbasis***	***Aanbieder en locatie***	***Invulling onderwijs/ samenwerkingspartners***
Open driemilieusvoorziening KIB (kleinschalige intensieve behandelgroep) voor complexe gedragsproblematiek: 12- kinderen met complexe hulpvragen (2x3 kinderen), oudere kinderen vaak meiden met GGZ-randproblematiek). Ombouw capaciteit De Es De Koppel De Stiepel 1 De Wissel	38 totaal 6 8 8 8	 In 2022: 5k/ 62,5% /3,8p 12k/ 60%/ 4,8p 12k/ 70,6%/ 5,6p 5k /55,6% /4,4p	Pactum in Lochem	VSO-school Lochem. Is afgestemd op de ontwikkelingsmogelijkheden van leerlingen/ samenwerking met J-GGZ, verslavingszorg en LVB-specialisten. Voorziening is aan het vermaatschappelijken. Er komen bedrijfjes, een maakplaats voor kunst en cultuur etc.
JeugdzorgPlus 2 gesloten groepen voor diagnostiek en crisisopvang 1 besloten groep voor meiden (loverboy problematiek) 1 licht beschermde groep voor	78 totaal	In 2022:	Pactum in Zetten	- Cluster 4 school – het Meforta College – op het terrein; - leerwerkbedrijf De Lingeboerderij; - middelbare school in de buurt of naar het ROC; - door (virtueel) stage te lopen;

kinderen met een licht verstandelijke beperking 4 licht beschermde gemengde groepen 1 licht beschermde groep voor 12 tot 15-jarigen Adelaar Driehoek Havik Kube Piramide Prisma (tot 19/5/22) Rietkamp Tympaan	 10 11 10 8 11 9 9 10	 10k/ 30,3%/ 3p 14k/ 20,3%/ 2,2p 12k /36,4%/ 3,6p 9k/ 42,9%/ 3,4 p 3k/ 27,7%/ 3p 2k/ 18,2%/ 1,6p 3k/ 14,3%/ 1,3p 6k/ 15,8%/ 1,6 p		- door zich verder te oriënteren op beroepen en scholing. / Kinderen met internaliserende problematiek worden samen met een J-GGZ-aanbieder behandeld
Open 3 hybride groepen complexe gedragsproblematiek. Op- en afschaling met JeugdzorgPlus/ Buurskamp en Buizerd 3x5 kleinschalig	15	In 2022: 12k/ 60%/ 4,8p 12k/ 57,1%/ 4,6p	Pactum in Zetten	Zie onderwijs bij Pactum voor JeugdzorgPlus
Open driemilieusvoorziening Kleinschalige behandel en voorzieningen De Glind. IKB (Intensief Kleinschalig Behandelen) 5 plekken normaal begaafd (alle leeftijden) gemengde groep (ASS, trauma/hechting, laag sociaal emotionele ontwikkeling)	14		Pluryn in De Glind	In het dorp: De Beatrixschool en de J.H. Donnerschool. De Beatrixschool is een kleinschalige christelijke basisschool. Op de J.H. Donnerschool kunnen leerlingen van 4 tot 18 jaar speciaal onderwijs en speciaal voortgezet onderwijs volgen.

IKB, 5 plekken, normaal begaafd (alle leeftijden) jongens groep (trauma/hechting, laag sociaal emotionele ontwikkeling) Maatwerkvoorziening, 2 plekken, LVB+, 14-20 jaar, jongens, LVB+, trauma/hechting, laag sociaal emotionele ontwikkeling. Maatwerkvoorziening, 2 plekken (wordt uitgebreid naar 4), normaal begaafd, 12-18 jaar, meiden, orthopsychiatrie.				
JeugdzorgPlus Tornado (10-14 jaar capaciteit 2x4=8) Polar (LVB-capaciteit: 12) Meidengroep (LVB, capaciteit: 12) Taurus (capaciteit: 12) Terp (capaciteit: 12) Mustang (capaciteit: 12) Amazone (hybride meidengroep capaciteit: 6)	76[58]	63k/ 63% (maart 2023) Tornado (28,5% uit G7) Amazone (54,5% G7)	Pluryn in Eefde[2]	VSO Eefde

[58] Bij Pluryn zijn per maart 2023 totaal 309 kinderen in zorg (verblijf) met woonplaatsbeginsel een Gelderse gemeente. Daarvan zitten er 280 op een Gelderse locatie. Let wel, dit betreft alleen de verdeling van de Gelderse kinderen binnen Pluryn. Het kan zijn dat deze kinderen op een locatie verblijven, die straks niet onder essentiële functies valt.

Heliant (hybride jongensgroep capaciteit: 6)[57] **Open** Eefde Open jeugdzorg – gemengde groep (capaciteit: 8) Hybride groep, jonge kind (10-14 jaar), NIDOS-kinderen (incidenteel) Ortho psychiatrische problematiek	8	Heliant (70% G7)		
Orthopedagogisch Behandel Centrum (OBC) J.P. Heije in Oosterbeek. Leefgroepen: 14 OBC groepen. Aantal WLZ plekken op het terrein is nihil. Periferie/aanleungroepen (grenzend aan het terrein) • Hartensteinlaan (IKB ASS) • Hegendahl • Cardanuslaan • Waldeck Pyrmondtstraat • Co morbide met psychopathologie (o.m. hechtingsproblematiek, angst- en stemmingsklachten, trauma,	88 op het terrein waarvan 24 LTA (KIB ASS) 2x4 2x6 1x5 en 1x 6 1x4 en 1x5	99k/ 69% (maart 2023)	Pluryn/ J.P. Heije in Oosterbeek[2]	School: de Vaart of het Vierbeek College op het terrein. De Vaart is er voor leerlingen van 6 tot 13 jaar. Het Vierbeek College geeft voortgezet speciaal onderwijs aan leerlingen van 12 tot 20 jaar.

[57] Groepen Heliant en Amazone worden hybride ingezet, dus kinderen met een gesloten machtiging gecombineerd met kinderen met een voorwaardelijke machtiging of alleen een machtiging uithuisplaatsing. In overleg met de inspectie Jeugd. Wordt gemonitord.

autisme) en milieuproblematiek (life events, belastende omgevingsfactoren in het gezin zoals persoonlijke problemen van ouders.				
Orthopedagogisch Behandel Centrum. Voor kinderen en jongvolwassenen met licht tot matig verstandelijke beperking en complexe gedragsproblematiek Vanaf 1 juli 2023 alleen vanaf 16 jaar en ouder (samen met Kemnade). Prostitutie/loverboyproblematiek: Slachtoffers Binnenlandse mensenhandel. IQ tussen 40-60 en sterke gedragsproblemen (SGMVB) en Niet aangeboren hersenletsel (NAH) Het uitstroomprofiel van deze doelgroep is WLZ. Door deze ontwikkeling kan het zijn dat er minder kinderen met een jeugdwet indicatie geplaatst worden.	47 op het terrein WLZ – 16+	22k/ 47% (maart 2023)	Pluryn/ Werkenrode in Groesbeek	Voor onderwijs werkt de locatie nauw samen met Werkenrode School, Dominicus College / Monnikskap, Kristallis, Tarcisius en REA College.
Orthopedagogisch Behandel Centrum 12-21 jaar LVB en complex gedrag. *Voor de LVG 5 en de kliniek intensieve behandeling autisme valt*	96 op het terrein	24K/ 25% (maart 2023)	Pluryn/ De Beele in Voorst	Op het terrein van De Beele in Voorst staan twee scholen die vallen onder de Bolster: De Start (12-16 jaar) en De Wegwijzer (16-20 jaar).

de Beele onder het LTA (JSGLVG). Dijk A (7 kinderen 15-18 jaar) Dijk B (6 kinderen 15-18 jaar) (Gebouw de Terp wordt verbouwd tot 2x4=8 Gebouw De Donk 3 behandelgroepen, 17 kinderen (12 t/m/ 18 jaar) LVB en ASS met bijkomen psychiatrie en/of gedragsproblematiek Periferie/aanleun groepen (grenzend aan het terrein) • Klarenbeek • Gietelo	 10 10			
Orthopedagogisch Behandel Centrum (OBC) LVB Zwaar/ KIT (Kort Intensieve Trauma), ook ambulant in te zetten. Kinderen die (deels) een LTA-beschikking krijgen qua inhoud (behandeling en aanpak) vallen onder de definitie van een essentiële functie. Vaak zijn dit kinderen met een complex profiel (“oude” LVB 5+ of 6 indicatie) waarbij meer nabijheid en een	60 (bezet) 137 (capaciteit)	±5%	’s Heerenloo/ Groot Emaus in Ermelo	Emaus College in Ermelo is Voortgezet Speciaal Onderwijs

hogere intensiteit van behandeling gevraagd wordt dan op basis van het reguliere aanbod (en de daarbij behorende tarieven) kan worden geboden. Dan wordt een LTA-beschikking aangevraagd om (tijdelijk) extra ondersteuning te kunnen bieden.				
JeugdzorgPlus Totaal 9 groepen JeugdzorgPlus: Capaciteit: • Hoog forensisch profiel (3 groepen van 6) • Bijzondere Zorg Afdeling (2 groepen van 6) • Kinderen met seksueel grensoverschrijdend gedrag (1 groep van 6) • Intensieve Behandel Afdeling (1 groep van 6)	42 plekken verdeeld over 7groepen x 6 kinderen. Leeftijd 12-18 (af en toe 18+)	Januari 2023/ 9%/ 5 Gelderse kinderen in zorg	iHUB Horizon – 't Anker in Harreveld	VSO Scholengemeenschap St. Aloysius in Harreveld – VMBO en MBO op niveau 1 en 2 (er komt een nieuw gebouw) / Samenwerking met diverse organisaties voor doorstroom of behandeltrajecten.
Open Open residentiële jeugdzorg 12–18 jaar Zware problematiek hoog forensisch profiel verslavingen. Op- en afschaling met JeugdzorgPlus	40 plekken 4 groepen, 12-18 jaar (af en toe 18+)	Januari 2023/ 8%/ 3 Gelderse kinderen in zorg	iHUB Horizon - Prisma in Harreveld	Ombouw naar 4 x 6 betekent minder plekken beschikbaar.

Met ingang van 1/1/2024 werkt iHUB toe naar uitsluitend hybride groepen.				
Onvoorwaardelijk Wonen Kinderen met ASS en ernstige gedragsproblematiek in de Biotstraat 2 woningen met ieder 4 kinderen (Toegang alleen via RET)	8	85% (5 van de 6)	Pactum (Biotstraat) in Nijmegen	Onderwijs op maat in de buurt / Samenwerking met Karakter. Is getransformeerd aanbod voor beperkt aantal kinderen in Gelderland.
Onvoorwaardelijk wonen ASS-kinderen vanaf 8 jaar – 't Huis (toegang alleen via RET)	4	100%	Entrealindenhout 't Huis in Ubbergen	School in de buurt beschikbaar
Onvoorwaardelijk wonen Kinderen met ernstige externaliserende gedragsproblematiek – De Lodge 1 (3 kinderen) en De Lodge 2 (3 kinderen) (toegang alleen via RET)	6	100%	Entrealindenhout De Lodge in Arnhem	Per kind maatwerk.
Onvoorwaardelijk wonen Onvoorwaardelijk wonen Kinderen met externaliserende gedragsproblematiek	4	100%	EntreaLindenhout 'Woonhuis' in Ubbergen	Per kind maatwerk
Gezinsopname Studio's voor gezinsbehandeling, op het terrein en daar buiten (in Harreveld en Winterswijk) (De integrale gezinsaanpak kan met gesloten verblijf worden gecombineerd, wat een	18 plekken, per plek 1 gezin dus dit kunnen meerdere kinderen zijn. Kinderen van alle leeftijden.	Januari 2023/ 33%/ 6 Gelderse gezinnen in zorg	iHUB in Harreveld	Samenwerking met diverse scholen in de regio (PO en VO) zodat alle kinderen in het gezin onderwijs kunnen volgen tijdens hun verblijf.

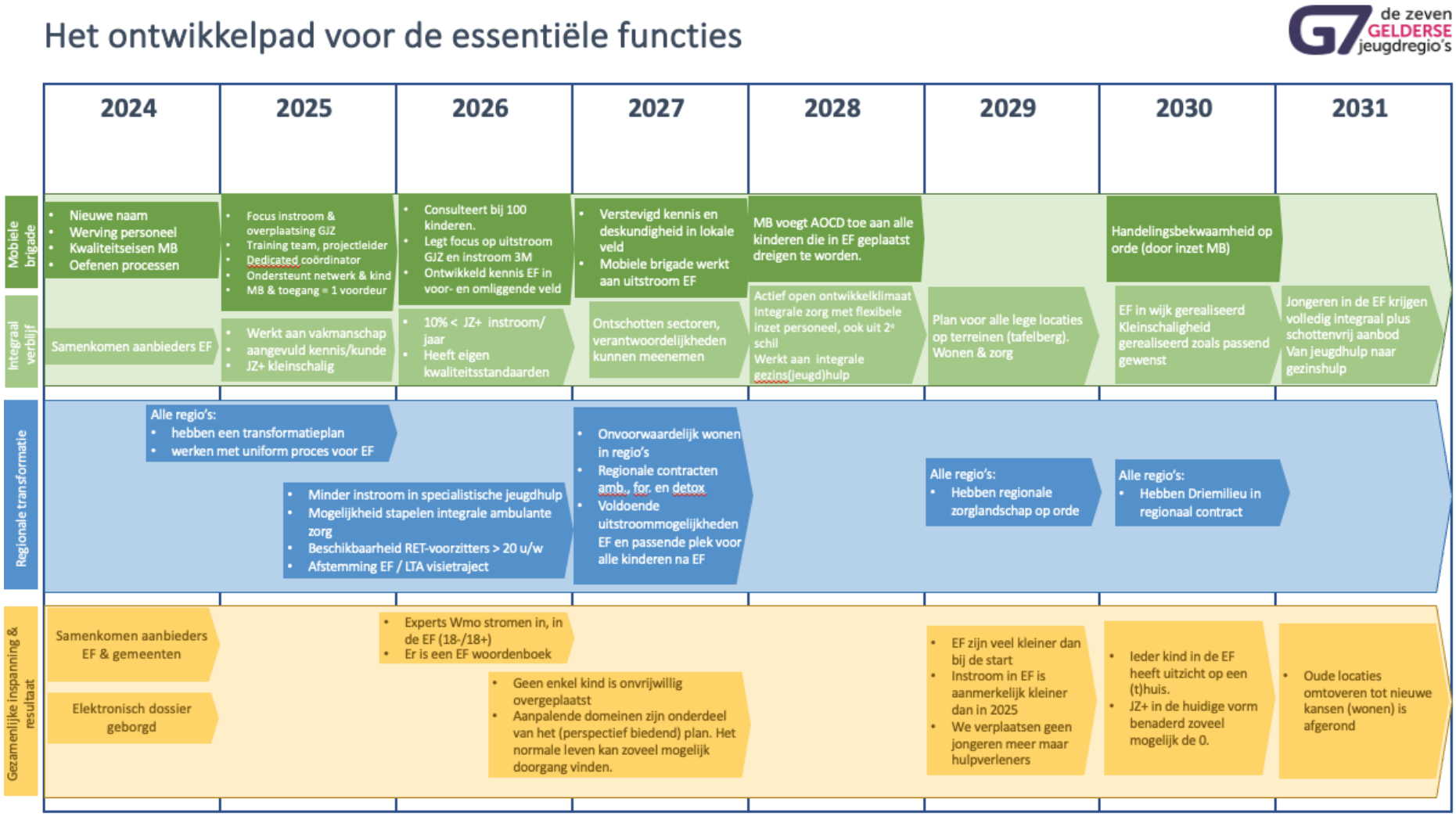
meerwaarde heeft en daardoor onder essentiële functies valt)				
JEUGD GGZ ***(Indien geen verblijfsfunctie staan de aanbieders in de lijst vanwege de beschikbare expertise voor het leveren van integrale zorg en inzet in de mobiele brigade)***	***Aantal verblijfsplekken***		***Aanbieder***	***Toelichting/ onderwijs***
Ambulante Jeugd GGZ Verblijf is via een ander contract geregeld	N.v.t.		Karakter	Kinder- en jeugdpsychiatrie voor kinderen van 0-18 jaar. Academische functie.
Ambulante Jeugd GGZ, geen opname capaciteit in Gelderland	Niet in Gelderland		Dimence (Jeugd GGZ)	Behandeling met verblijf in een klinische setting is er alleen voor het kind voor wie ambulante behandeling geen optie (meer) is. Verblijfsduur varieert van 1 tot 2 jaar waarbij toegewerkt wordt naar een passende woon- en werkomgeving. Dimence biedt hoog specialistisch verblijf voor kinderen in Deventer.
Ambulante jeugd GGZ, er is wel een HIC in Doetinchem. Deze neemt beperkt jeugd op omdat HIC niet geschikt is voor jonge leeftijd.	Voor kinderen beperkte opname mogelijkheden. Dit is leeftijdsafhankelijk		Stichting GGNet	
Ambulante jeugd GGZ, geen opname capaciteit in Gelderland	Niet in Gelderland		GGZ Centraal	Landelijk netwerk HIC Jeugd. Op dit moment zijn er 12 bedden in Almere.

				Waarvan 8 bedden HIC Jeugd (high intensive care) en 6 bedden MC (medium care)
Ambulante jeugdhulp – eetstoornissen	Sporadische opname		GGNet – Amarum locatie Nijmegen	De klinische functie (de opname bedden) zijn voor kinderen boven de 18 jaar is. En die worden door de zorgverzekeraar betaald. Bij hoge uitzondering worden kinderen beneden de 18 jaar opgenomen en dan wordt dit door de betreffende gemeente van het kind vergoed.
Ambulante jeugdhulp-eetstoornissen Locatie Gelre Ziekenhuis in het Regionaal GGZ Centrum (RGC)	Kinderafdeling Gelre ziekenhuis		GGNet – Amarum (TOP GGZ landelijk voor volwassenen vanaf 18 jr.) Voor jeugd ambulant locaties in Zutphen en Nijmegen. In Zutphen is een behandelkliniek.	De klinische functies is geen opnamesetting maar een klinische behandelsetting. Vanaf 18 jr. wordt vergoed door zorgverzekeraar. Bij hoge uitzondering worden kinderen beneden de 18 jaar opgenomen en dan wordt dit door de betreffende gemeente vergoed.
Ambulante jeugd GGZ	Niet in Gelderland		Accare	Alleen klinische opname in Smilde en Deventer, wel polikliniek in Apeldoorn en Harderwijk (ook FACT-team). Forensisch team werkt vanuit Deventer.
Ambulante jeugd GGZ	Geen verblijf		Pro Persona	Poliklinische behandeling kinder- en jeugdpsychiatrie van 4-18 jaar (met uitloop naar volwassenenzorg van Pro Persona) Crisisfunctie in de regio.

Specialistische klinische opname voor psychiatrische zorg (F)	17 (4 voor 18-kinderen)	50% opname 18-zijn Gelderse kinderen	Tactus/ Jeugdkliniek in Zutphen	Klinische behandeling aan kinderen van 13 – 23 jaar. Hier verblijven kinderen met verslavingsproblematiek voor wie een ambulant traject niet voldoende is.
Specialistische Klinische opname Kinderen tussen 16-24 jaar (ook forensisch)	11		Iriszorg/ Jeugdkliniek in Tiel	Klinische behandeling aan kinderen van 16 – 24 jaar. Hier verblijven kinderen met verslavings- en/of psychiatrische problematiek voor wie een klinische opname noodzakelijk is.
Specialistische Klinische opname *Behandelcentrum jeugdigen, kliniek autisme Arnhem (YOUZ) Klinkelbeekseweg 19 in Arnhem (Leeftijd 2-13 jaar). Tijdelijke opname mogelijk. Er zijn 3 groepen voor ieder 6 kinderen. (Geen crisisplaatsingen). Er is een laagdrempelige consultatielijn 088 357 4440 (ma/do van 12.00 – 12.30 uur)* ***LTA-contract***	*21*		*YOUZ - Dr. Leo Kannerhuis kinder- en jeugdpsychiatrie in Arnhem*	*Onderwijs in samenwerking met SO de Brouwerij in Klas Paars op locatie. Indien mogelijk met scholen in de regio.*
Specialistische Klinische opname *Behandelcentrum jongeren, kliniek autisme in Oosterbeek* ***LTA-contract***	*24 bedden in Oosterbeek 24 bedden in Nijmegen*		*Dr. Leo Kannerhuis in Oosterbeek en Nijmegen*	*Geen onderwijs op locatie, wel onderwijs op SO de Brouwerij indien nodig.*

Forensische polikliniek Kairos is een specialistische instelling voor ambulante forensische psychiatrische behandeling voor jongeren van 16 tot 23 jaar met seksueel grensoverschrijdend gedrag en agressie regulatie problematiek of overig (dreigend) delict gedrag. Consultatie is mogelijk voor jongeren vanaf 14 jaar.	Geen verblijf		Kairos in Nijmegen, Tiel en Arnhem (onderdeel van de Pompestichting en vallend onder Pro Persona)	

BIJLAGE 8 Ontwikkelpad 2025-2032



BIJLAGE 9 Format leercirkels

LEERCIRKEL: TRANSFORMATIE ESSENTIELE FUNCTIES **DATUM EN LOCATIE**
Aanwezig: **Afwezig:**
Draagvlak voor bijeenkomst en doelen van transformatie essentiële functies – de leercirkel sluit aan bij de afgesproken ontwikkelagenda
Altijd mee starten! Praktijkvoorbeelden maar ook altijd de pijlers benoemen • Niet het kind verplaatsen, maar de zorg • Beschikbaarheid van schaarse hoogspecialistische zorg is gegarandeerd • Kwalitatief leef- en behandelklimaat • Ruimte voor samenwerking door krachtig opdrachtgeverschap en opdrachtnemerschap *Maar ook* • Het gewone leven versterken • Samenwerken met het onderwijs • Verbetering van het leefklimaat - bieden van relationele veiligheid
Randvoorwaarden voor bijeenkomst en samenwerking binnen essentiële functies
• Het open karakter van het gesprek en goede samenwerking moet een plek krijgen voordat we in gesprek gaan over feiten/ervaringen.
Informatie delen (ook relevante landelijke informatie)
• Clienttevredenheid W.o. aantal onvrijwillige doorplaatsingen Aantal doorplaatsingen tellen • Duiden doorplaatsingen • Afhechtingsvragen beantwoorden: - Hadden we anders kunnen (samen)werken om een doorplaatsing te voorkomen? - Had het kind eigenlijk iets anders nodig gehad? - Was voor het kind nut en noodzaak van de doorplaatsing duidelijk? Begrijpt het kind wat hem is overkomen? - Welke patronen zijn te ontdekken?
• Indicatoren van transformatie in beeld brengen, bestaan o.a. uit: 1. Verklarende analyse 2. Perspectiefplan 3. Uitvoering van het toeleidingsproces 4. Uitstroom uit EF/aansluiting op regionaal aanbod – informatie van de RET's over hiaten in het regionale zorglandschap en informatie vanuit de mobiele brigade
• Cijfers en grafiek, zie tool 'Samen in gesprek over cijfers'
• Ervaringen van gesprekspartners inbrengen, bestaan o.a. uit: 1. Samenwerking aanbieders/regio's 2. Hoe functioneert de mobiele brigade en wat is het effect 3. Samenwerking aanbieders binnen EF m.b.t. maatwerk in verblijf

• Proces van transformatie in beeld: waar staan we en waar gaan we naartoe?
2 Analyse
• Wat kunnen we concluderen? Wat valt op? In lijn van verwachting?
• Welke uitgangspunten ter verbetering komen hieruit voort? Korte termijn/lange termijn
3 Constructief maken
• Welke acties koppelen we hieraan?
• Wie doet wat? Wanneer?
• Vooruitblikken volgende bijeenkomst

Risico van de leercirkels:

- Te operationeel
- Te veel tijd naar incidenten
- Te strategisch
- Te aanschouwend
- Op den duur wordt het als minder relevant beschouwd wat ten koste gaat van inhoudelijke input + aanwezigheid + in beweging blijven
- Wisselende aanspreekpunten

Beheersmaatregelen:

- Goed voorzitterschap/projectleiding
- Goede voorbereiding (met name op punt indicatoren van transformatie in beeld brengen)
- Opvolgen van acties, verbetering goed zichtbaar maken en 'vieren'
- *'Mag het ook een beetje leuk zijn?'* vraagt aandacht (relationeel is belangrijk)

BIJLAGE 10 Implementatieoverleg

Inhoudelijke aspecten die besproken worden tijdens het implementatieoverleg:
Kind en gezin en Samenwerking:
- Cliënttevredenheid
- Regievoering op het cliënttraject: leidt de verdeelde/bepaalde verantwoordelijkheid tot het gewenste resultaat
- Aanwezigheid verklarende analyse
- Aanwezigheid perspectiefplan.
- Het uitvoeren van het toeleidingsproces, hanteren van de gemaakte afspraken.
- Regionale uitstroommogelijkheden/aansluiting op de uitstroom uit EF.

Regievoering proces Jeugdhulp:
- Verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals in relatie tot verschillende richtlijnen, rolverdeling regiebehandelaar, behandelaar etc.
- Samenhang van de zorg voor de cliënt. Gezamenlijk voeren zorgdossier (voorbeeld gebruik OZO om dossiers te koppelen)

Bespreking van bovenstaande aspecten gebeurt met het oog op de doelstellingen van de essentiële functies:
- Niet het kind verplaatsen, maar de zorg
- Beschikbaarheid van schaarse hoogspecialistische zorg is gegarandeerd
- Kwalitatief leef- en behandelklimaat
- Ruimte voor samenwerking – krachtig opdrachtgeverschap en opdrachtnemerschap

Wijze van bespreken:
1. Knelpunten prioriteren op basis van impact op meeste kinderen/ernst van stagnatie van een proces.
2. Belangrijkste knelpunten:
   - Verbeterafspraak implementeren contractkaders
   - Waar kaders ontbreken voorstel voor verbetering opstellen en doornemen met achterban.
3. Lijst bijwerken later te adresseren knelpunten.

Te betrekken functies:
- Regio's: Contractmanagement/beleidsadviseur(s) (RET is geborgd via aansluiting met contractmanager)
- Samenwerkingspartner: Accounthouder samenwerkingsverband, lijnfunctionaris aanbieder(s) essentiële functies.

BIJLAGE 11 Monitoringsoverleg

Agenda onderwerpen
Zie opsomming monitoringplan met focus op het ontwikkelpad en de afspraken en mijlpalen die zijn afgesproken.

Deelnemers:

Regio's:	Contractmanager(s)/financieel adviseur(s)/beleidsadviseur(s)
Aanbieders:	Accounthouder(s)/financieel adviseur(s)/lijnmanager(s)

Verantwoordelijkheid aanleveren gegevens:
Aanbieders:
Informatie binnen de EF verzamelen over:
- Inzet mobiele brigade
- Inzet hypermaatwerk

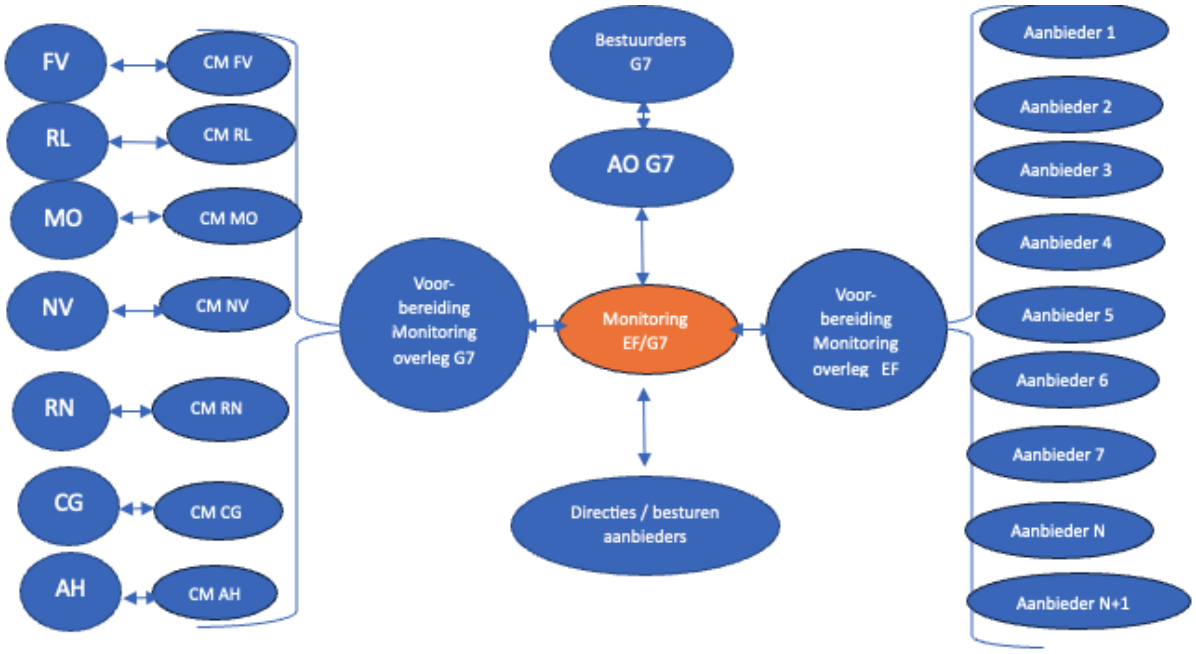
Contractmanager regio's:
Informatie van elke regio verzamelen over:
- Aantal kinderen EF wachtend op een vervolgplek in de regio
- Inzet hypermaatwerk.

Contractafspraken beheren

Data analist:
Verzamelen gegevens uit GVJB monitor (INITI8):
- Aantallen verblijf per aanbieder/regio
- Aantallen gestapelde producten per aanbieder/regio
- Analyse aantal doorgeplaatste kinderen
- Analyse wachttijd ambulante behandelproducten EF op basis van verschil ingangsdatum toewijzing en startdatum behandeling binnen EF

Monitoren trends en signalen.

De contractmanager van elke jeugdzorgregio inventariseert ter voorbereiding op dit overleg, de signalen over de ervaringen met de aanbieders van het samenwerkingsverband. Hierbij worden minimaal signalen van het RET, consulenten en jeugdbeschermers/verwijzers verzameld. De werkwijze is per regio te bepalen, in aansluiting van al bestaande kanalen. Vanuit de G7 wordt voor deze interne informatieronde geen werkwijze voorgeschreven. Regio's borgen zelf dat ze de benodigde informatie aanleveren. Het ophalen van informatie wordt geïnitieerd door de contractmanager uit de betreffende regio. De contractmanager uit de regio kan de standaard agenda voor het contractmanagement overleg G7 gebruiken ter voorbereiding van informatie. De regio's bundelen deze informatie ter bespreking met de aanbieders in het monitoringsoverleg.
Globaal Schema voor de informatieverzameling en terugkoppeling er als volgt uit:



In bovenstaand globaal schema, kunnen nog wijzigingen komen als gevolg van de governance afspraken die de regio's met elkaar gaan maken en die de aanbieders onderling met elkaar gaan maken. Daar komen ook afspraken uit voort over de overkoepelende afstemming/ klankbordafspraken etc. tussen bestuurders van de regio's, de aanbieders en overige stakeholders. Deze kunnen dan in een nieuw overzicht worden opgenomen.

Te betrekken functies bij monitoringsoverleg
Regio's: Contractmanagement/beleidsadviseur(s) (RET is geborgd via aansluiting met contractmanager)
Aanbieders: Accounthouder samenwerkingsverband, lijnfunctionaris aanbieder(s) essentiële functies.

BIJLAGE 12 Overzicht Fte-berekening mobiele brigade

Prijspeil 2024

						ORT	Vakantie	Eindejaars		Sociale premies	Overhead		Marge				kosten mobiele brigade		
Schaal Jeugdzorg	**Rol in MB**	**Functiebenaming (niet uitputtend)**	**Max salaris**	**95%**	**Per jaar**	**1%**	**8%**	**8,33%**	**Premiedragend**	**29%**	**€ 45.000**	**Totaal**	**3%**	**Fte tarief**	**Aantal uren**	**Uurtarief**	**aantal uren**	**Aantal fte**	**Kosten per functie**
schaal 8	ervaringskundige	Ervaringsdeskundige (hbo denk- en werkni	€ 4.479	€ 4.255	€ 51.061	€ 511	€ 4.085	€ 4.594	€ 60.250	€ 17.472	€ 45.000	€ 122.722	€ 3.682	€ 126.404	1250	€ 101	2500	2,0	€ 252.807
schaal 9		Jeugdzorgwerker B	€ 4.573	€ 4.344	€ 52.131	€ 521	€ 4.170	€ 4.690	€ 61.513	€ 17.839	€ 45.000	€ 124.352	€ 3.731	€ 128.082	1250	€ 102			
schaal 10		Jeugdzorgwerker A	€ 5.005	€ 4.755	€ 57.057	€ 571	€ 4.565	€ 5.133	€ 67.325	€ 19.524	€ 45.000	€ 131.849	€ 3.955	€ 135.804	1250	€ 109			
schaal 11		Gedragswetenschapper	€ 5.758	€ 5.470	€ 65.641	€ 656	€ 5.251	€ 5.905	€ 77.454	€ 22.462	€ 45.000	€ 144.915	€ 4.347	€ 149.263	1250	€ 119			
schaal 12	GZ-er	GZ-psycholoog	€ 6.605	€ 6.275	€ 75.300	€ 753	€ 6.024	€ 6.774	€ 88.852	€ 25.767	€ 45.000	€ 159.619	€ 4.789	€ 164.407	1250	€ 132	2500	2,0	€ 328.814
FWG 55 of 60	SPV (berekend op FWG 60)	Sociaal Psychatrisch verpleegkundige	€ 5.352	€ 5.084	€ 61.013	€ 610	€ 4.881	€ 5.489	€ 71.993	€ 20.878	€ 45.000	€ 137.871	€ 4.136	€ 142.007	1250	€ 114	2500	2,0	€ 284.014
FWG 55	Systemisch ambulant medewerker	Vaktherapeut/ ../..	€ 4.801	€ 4.561	€ 54.733	€ 547	€ 4.379	€ 4.924	€ 64.583	€ 18.729	€ 45.000	€ 128.313	€ 3.849	€ 132.162	1250	€ 106	2500	2,0	€ 264.324
FWG 60		Psycholoog	€ 5.352	€ 5.085	€ 61.018	€ 610	€ 4.881	€ 5.489	€ 71.999	€ 20.880	€ 45.000	€ 137.878	€ 4.136	€ 142.015	1250	€ 114			
FWG 65	GZ-er	GZ-psycholoog	€ 6.284	€ 5.970	€ 71.639	€ 716	€ 5.731	€ 6.445	€ 84.531	€ 24.514	€ 45.000	€ 154.045	€ 4.621	€ 158.666	1250	€ 127			
FWG 55	Verbinder		€ 4.801	€ 4.561	€ 54.733	€ 547	€ 4.379	€ 4.924	€ 64.583	€ 18.729	€ 45.000	€ 128.313	€ 3.849	€ 132.162	1250	€ 106	576	0,5	€ 60.900
																Totaal	**10576**	**8,4608**	**€ 1.190.860**

kosten mobiele brigade				
Functie	**aantal uren**	**Aantal fte**	**Kosten per functie**	**Opmerkingen**
Ervaringskundige	2500	2,0	€ 252.807	HBO denk- en werkniveau. SKJ-registratie en HBO diploma niet verplicht. CAO Welzijn
GZ-er	2500	2,0	€ 328.814	Berekend obv van schaal 12 Jeugdzorg, kan ook FWG 65 worden ingezet.
SPV	2500	2,0	€ 284.014	FWG 55 of 60. Berekend op FWG 60 CAO GGZ
Systemisch ambulant medewerker	2500	2,0	€ 264.324	Berekend obv FWG 55 CAO GGZ
Verbinder	576	0,5	€ 60.900	Berekend obv FWG 55 CAO GGZ
Totaal	**10576**	**8,5**	**€ 1.190.860**	

BIJLAGE 13 Normering kostprijselementen JeugdzorgPlus

Variabele	Toelichting op gekozen norm
Capaciteitsplaatsen	In deze overeenkomst staan de ontwikkeling naar kleinschaligheid en passende inzet van pedagogische medewerkers en de randvoorwaardelijke pedagogische inzet op de groep centraal. Hierbij is het van belang om onderscheid te kunnen maken in verschillen in begeleidingsintensiteit voor groepen van dezelfde omvang. Het doel is om in te kunnen zetten wat nodig is op een specifieke groep. Dit betekent dat twee groepen van eenzelfde omvang een verschillende begeleidingsintensiteit nodig kunnen hebben. Ieder tarief is berekend op basis van 1 capaciteitsplaats. Het tarief is hierdoor te beschouwen als het tarief van één kind extra op een groep.
Netto roosteruren groepsbegeleiders per jaar	Het is een bewuste beleidsmatige keuze – gericht op het stimuleren van kwaliteit - om aanbieders de ruimte te geven om op basis van hun expertise in te laten schatten hoeveel pedagogische medewerkers en het randvoorwaardelijke pedagogische inzet op de groep. De netto roosteruren per jaar zijn conform de opgaaf van de zorgaanbieder. Het aantal roosteruren wordt altijd overgenomen, net als het aantal uren van het personeel buiten de groep en de terreingebonden factoren. Wat wel wordt genormeerd, is het aantal uren dat per fte geleverd kan worden (zie: inroosterbare uren per jaar groepsbegeleiders).

Bezettingspercentage	Kinderen zitten tijdelijk in een voorziening voor JZ+. Wanneer er een wisseling plaatsvindt, dan heeft de groep tijd nodig om te wennen aan het vertrek van een kind en de komst van een nieuw kind. Ook moet vaak de kamer na vertrek van een kind opgefrist worden. Gegeven de doorlooptijd die nodig is bij wisselingen van kinderen op een groep en de complexiteit van de matching met deze zorgzwaarte en deze groepsgrootte, is een hoger bezettingspercentage incidenteel wellicht haalbaar, maar structureel niet. Het bezettingspercentage heeft in de tariefsopbouw geen grote rol. Er wordt gerekend met 90,0% Deze waarde komt overheen met de door de zorgaanbieders opgegeven waarden. Deze 90,0% heeft vooral effect bij het bepalen van de begeleidingsintensiteit. Door het bezettingspercentage van 90,0% wordt 'het aantal netto roosteruren per kind' niet bepaald op basis van de groepsgrootte, maar op basis van de groepsgrootte x 90,0%. In plaats van - bijvoorbeeld – 5 kinderen op de groep, wordt de begeleidingsintensiteit bepaald op basis van 5 x 90,0% = 4,5 kinderen op de groep. Per (gemiddeld aanwezig) kind zijn hierdoor meer roosteruren beschikbaar dan wanneer gerekend zou worden met 5 kinderen. Door de hogere begeleidingsintensiteit die zo ontstaat, worden de 10,0% bezettingsverlies gecompenseerd doordat de groep in een hogere verblijfsintensiteit valt of kan vallen.
Inroosterbare uren per jaar groepsbegeleider	Om tot de gewenste kwaliteit van zorg te komen is afgesproken dat aanbieders hun medewerkers ruimte bieden voor reflectie op hun handelen door middel van intervisie en supervisie. Aan de overlegtafel hebben aanbieders en gemeenten gesproken over een goede waardering hiervan in de tariefsopbouw. Concreet betekent dit het waarderen van een goede balans tussen een efficiënte inzet op de groep en ruimte voor niet groepsgebonden inzet zoals intervisie en supervisie. Het aantal netto roosteruren moet door een team van groepsbegeleiders worden geleverd. De omvang van dat team is genormeerd. Voor iedere 1.400 roosteruren wordt maximaal 1 fte bekostigd. Een zorgaanbieder die méér fte inzet, krijgt dat extra deel niet bekostigd. De norm van 1.400 uur komt overeen met het gemiddelde van de gerapporteerde waarden. Bovendien ligt dit aantal uren goed in lijn met de data van andere recente tariefuitvragen die Bijleveld Advies heeft uitgevoerd (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)). In minder recente uitvragen lag dit gemiddelde hoger, rond de 1.450 uur per fte. Door de krapte op de arbeidsmarkt en door de pandemie is dit aantal op dit moment niet altijd meer haalbaar.
Personeel buiten de groep/ terreingebonden factoren	Naast de groepsbegeleiding is er een schil van personeel, en zo nodig terreingebonden factoren. Hierbij valt te denken aan activiteitenbegeleider, beveiligers met pedagogische insteek, ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorger, ‘vliegende keeps’ die bij kunnen springen bij begeleiding naar onderwijs, bij incidenten of na individuele therapie. Ook een medische dienst kan hier onder vallen. Dit zijn personeelsleden en

	functies die niet groepsgebonden zijn, maar ook niet onder individuele begeleiding of behandeling zijn te scharen. Gemeenten vinden het van belang dat de aanbieders de ruimte hebben om op basis van hun expertise in te schatten welke randvoorwaardelijke pedagogische inzet passend is bij de behoefte van de doelgroep die gebruik maakt van de voorziening. Deze variabele is alleen zichtbaar in aangeleverde data, niet in de normeringen. Het staat zorgaanbieders vrij de omvang van dit personeel zelf te bepalen.
Fte gedragswetenschapper per capaciteitsplaats	Gedragswetenschappers zijn professionals die ondersteunend aan het primaire proces op de groep werken. Dit is weliswaar genormeerd, maar aanbieders zijn vrij om hier rond dit gemiddelde flexibel in te zetten om aan te sluiten op de behoefte van dat moment. De gedragswetenschapper wordt toegerekend als een formatie-omvang per kind in de groep. De norm is gesteld op 0,12 fte per capaciteitsplaats, het gemiddelde van de gerapporteerde waarden. De gerapporteerde waarden variëren van 0,10 tot 0,18 fte per capaciteitsplaats.
Fte ervaringsdeskundige per capaciteitsplaats	Een belangrijk kernaspect van kwaliteit is het werken vanuit een systeembenadering. Een kind maakt namelijk altijd onderdeel uit van een systeem. Het allerbelangrijkste uitgangspunt is dat er altijd voor wordt gezorgd dat er contact blijft met een kind. Vanuit dit oog punt is actief en gelijkwaardig samenwerken met het gezin en/ of andere belangrijke naasten zoals JIM, leerkrachten en ervaringsdeskundigen, is een belangrijke pijler. Voor de inzet van ervaringsdeskundigen – een hulpverlener die door één van de drie zorgaanbieders wordt ingezet - is daarom 0.05 fte per capaciteitsplaats meegenomen.
Percentage ort groepsbegeleiders	In de nacht is er altijd een pedagogisch medewerker aanwezig, volgens de norm verantwoorde werktoedeling, die nabijheid kan bieden. Aan een groep is altijd een vaste orthopedagoog verbonden. Er is 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van personeel. We vinden het van belang dat medewerkers goed gecompenseerd worden voor onregelmatige tijden die gewerkt (moeten) worden. En willen daarom aanbieders de ruimte bieden hun medewerkers daarin te vergoeden. We sluiten daarom het gemiddelde van het gerapporteerde percentage van de twee instellingen. Deze twee instellingen rapporteerden dezelfde ort: 9,0%. Dit is een percentage opslag dat aansluit bij recent en ouder referentie materiaal waarover Bijleveld Advies beschikt (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)).

Percentage ort terreinbegeleiders	De ort-percentages van groepsbegeleiders en personeel op het terrein liggen in de praktijk dicht bij elkaar. Er zijn op inconveniente tijdstippen minder activiteiten, maar wel weer meer beveiliging. Daarnaast zijn er avond- en weekend coördinatoren. Om die reden is gekozen voor hetzelfde percentage als bij groepsbegeleiders: 9,0%. Dit cijfer is getoetst bij en overeengekomen met de zorgaanbieders.
Percentage ort gedragswetenschapper	De onregelmatigheidstoeslag van de gedragswetenschappers is genormeerd op basis van ervaringen uit andere onderzoeken en niet op basis van data van aanbieders. Aangezien de gedragswetenschapper geen nachtdiensten draait, is gekozen voor een lager percentage dan 9,0%, namelijk 2,0%. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld. Het percentage heeft vanwege de geringe omvang overigens een beperkte impact op het tarief.
Vakantiegeld	Wettelijk percentage 8%. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Eindejaarsuitkering	Cao-percentage 8,33%. Eenmalige hogere uitkeringen zijn niet meegenomen, vooral vanwege het risico dat deze later niet meer uit het tarief gehaald worden. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Effectief percentage sociale lasten	Dit percentage is opgevraagd in het tarievenonderzoek. De waarde is met 29,0% duidelijk hoger dan de gerapporteerde waarden, welke gemiddeld 27,5% is. De waarde van 29% is gehandhaafd vanuit eerdere berekeningen rondom SPUK driemilieu-middelen, maar is eerder iets te hoog dan te laag.
Aandeel PNIL in groepsbegeleiding	Gemeenten en aanbieders zien een hoge PNIL als onwenselijk, zowel inhoudelijk als financieel. In de huidige arbeidsmarkt is het echter niet mogelijk om de PNIL met enkele eenvoudige maatregelen omlaag te brengen. Voor dit tariefonderzoek gaan we daarom uit van een realistische PNIL-waarde. In 2022 lag bij aanbieders de PNIL gemiddeld rond 10%. Om komende jaren niet te krap te zitten kiezen de gemeenten voor een hogere norm van 15%, zodat eventuele stijging in arbeidskrapte nog kan worden opgevangen binnen het tarief. In de tariefbepaling wordt ervan uitgegaan dat van alle benodigde uren 85,0% met bestaande formatie wordt geleverd en 15,0% met inhuur. Aanbieders en regio’s zien een effectieve aanpak van de arbeidsmarkt wel als een gezamenlijk ontwikkelthema. De verwachting is overigens dat een verhoging van de kwaliteit en de beweging naar meer kleinschaligheid bijdraagt aan een verbetering van de werkomgeving voor medewerkers. Een aantrekkelijkere werkomgeving draagt bij aan het aantrekken van vast personeel en het verlagen van de PNIL.

Kosten PNIL per uur inclusief BTW	De kosten voor PNIL zijn apart opgevraagd. Het uurtarief is benaderd door met het percentage inhuur op de totale loonkosten het aandeel inhuur op de totale roosteruren te berekenen. De gemiddelde inhuurkosten 2022 waren €60,43 (pp2023). Voor prijspeil 2024 is dat verhoogd naar €65,00 euro per uur. Dat is inclusief (eventuele) BTW. De waarde van €65,00 euro ligt goed in lijn met benchmarkgegevens uit recente tarievenonderzoeken. Dit uurtarief is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Gemiddeld salaris groepsbegeleiders	Het streven is naar een evenwichtige mix van HBO SKJ-geregistreerde en MBO-professionals volgens de norm van verantwoorde werktoedeling. Een team bestaat niet alleen uit medewerkers die alleen gesprekken voeren maar ook uit medewerkers die activiteiten ondernemen met kinderen, bijvoorbeeld samen sporten of muziek maken. Opleidingsniveaus zijn tariefmatig lastig om te normeren. In de praktijk is er weinig variatie in het feitelijke gemiddelde maandsalaris. Om die reden is het maandsalaris voor de berekening gebruikt als normerende factor, in plaats van de opleidingsniveaus, als vertaling van het streven naar een evenwichtige mix van HBO SKJ-geregistreerde en MBO-professionals volgens de norm van verantwoorde werktoedeling. Alle salariskosten zijn daarom een rekenkundig gemiddelde van de gerapporteerde waarden, geïndexeerd van prijspeil 2023 naar 2024 met 8,68%: €3.873 voor groepsbegeleiders en terreinbegeleiders, €5.936 voor gedragswetenschappers en €2.583 voor de ervaringsdeskundigen. Er is een betrekkelijk lage spreiding op deze variabelen. De salarissen zijn opgevraagd op prijspeil 2023 en naar prijspeil 2024 gebracht met een indexatie van 8,68%, de stijging die de cao-jeugdzorg is overeengekomen. De gerapporteerde waarden sluiten goed aan bij de cao-bedragen die passen bij deze functies en sluiten goed aan op gegevens uit recente tarievenonderzoeken die Bijleveld Advies heeft uitgevoerd (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)).
Gemiddeld salaris terreinbegeleiders	
Gemiddeld salaris gedragswetenschapper	
Gemiddeld salaris ervaringsdeskundige	

Opslag overhead per fte	In de fase van de overlegtafel is de opbouw van de overhead per aanbieder niet gedetailleerd uitgediept om tot een inhoudelijke norm te komen. De overhead is uitgevraagd in het tarievenonderzoek als vast bedrag per fte hulpverlener: €34.799 (prijspeil 2024). Op basis van de aangeleverde waarden bleek dat 2 van de 3 een enigszins gelijkwaardige overhead bleken te hebben, waarbij het gemiddelde een evenwichtige en passende bijdrage leverde in de opbouw van het totaaltarief. Bovendien ligt dit gemiddelde dicht bij een waarde (33.000) die ook in andere recente rapportages terugkomt. De norm voor overhead is daarmee ongeveer 4% hoger dan de benchmarkgegevens van recente tarievenonderzoeken van Bijleveld Advies (zoals IJsselland 2023 en OZJT/Samen14 2023 (concept)). Deze specifieke dataset bestaat echter uit de zwaarste zorg bij grotere gespecialiseerde zorgaanbieders. In dat licht is de afwijking met de benchmark nog acceptabel. Om tot een passende rekenkundige norm te komen is de uitschieter daarom weggelaten en is een bedrag van €34.799 is als rekenkundige norm geaccepteerd. Zowel door gemeente als aanbieder.
Looncomponent overhead	De component 'overhead' in de tariefsopbouw is bedoeld ter dekking van kosten van overheadpersoneel en materiële kosten zoals kantoorkosten, ICT-kosten en apparaatskosten. De verhouding van 75% loon en 25% materieel over alle verblijfskosten, is voor verblijfsgroepen over het algemeen een acceptabele norm. Om deze norm over ALLE verblijfskosten te halen, moet de OVERHEAD voor 70% uit loonkosten bestaan en voor 30% uit materiële kosten. Deze verhouding is vooral dan relevant, wanneer de lonen en de inflatie (materiële index) niet in gelijke mate zijn gestegen. Voor de analyse van de aangeleverde kostengegevens is de verhouding relevant om de kosten te indexeren naar prijspeil 2024. Deze verhouding is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Materiële component overhead	

Huisvestingskosten per plaats	De ontwikkeling en transformatie is een van grote ontwikkelopgaven van deze overeenkomsten. De beweging naar kleinschaligheid en minder terrein en meer wijk maakt dat huisvesting en huisvestingskosten de komende jaren nog een gespreksthema zal zijn. Als realistisch vertrekpunt is er de normstelling van de huisvestingkosten is er daarom gekozen om deze te baseren op een gemiddelde, waarbij de kosten van de groep met de hoogste gerapporteerde waarde en de groep met de laagste gerapporteerde waarde buiten beschouwing zijn gelaten. De norm van huisvestingkosten is een bedrag per capaciteitsplaats: €25.818 op prijspeil 2024. De norm is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Verzorgingskosten en taxikosten per etmaal	Op 16/1/24 hebben aanbieders en gemeenten besproken dat het wenselijk is om de taxikosten komende jaren omlaag te brengen. Hiervoor is ook afstemming nog met externe partijen zoals de Rechtbank. Als realistisch vertrekpunt zijn de verzorgingskosten inclusief taxikosten zijn genormeerd op de gemiddeld gerapporteerde waarde door de zorgaanbieders: €38,21. De taxikosten betreft beveiligd vervoer van en naar de rechtbank, een activiteit die verband houdt met het gesloten karakter van de JZ+. Onderstaand wordt deze post uitgesplitst en toegelicht.
Waarvan verzorgingskosten	Het reguliere deel van de verzorgingskosten, dus exclusief de taxikosten, €20,87. Hoewel deze kosten duidelijk hoger zijn dan de verzorgingskosten van de driemilieuvoorzieningen (rond 15 euro) en de verzorgingskosten die in recente tarievenonderzoeken zijn gerapporteerd op reguliere behandelgroepen (rond 13 euro), zijn de gerapporteerde waarden goed te verklaren gezien de omstandigheden waarin de kinderen in JZ+ binnenkomen
Waarvan taxikosten	De taxikosten zijn apart benoemd. In de gerapporteerde informatie maken de taxikosten onderdeel uit van de verzorgingskosten, waardoor deze in vergelijking met de beschikbare benchmarkgegevens erg hoog werden. De gerapporteerde verzorgingskosten zijn om die reden gesplitst in 'reguliere' verzorgingskosten en taxikosten. De splitsing heeft plaatsgevonden op basis van de verhouding tussen taxikosten en reguliere verzorgingskosten. Deze verhouding is: van de gerapporteerde verzorgingskosten is 56% regulier en 44% taxikosten. Per kind per jaar bedragen de taxikosten ongeveer €4.000.
Percentage risico/marge	De norm voor risico/marge is gesteld op 3%, dat is conform de door de zorgaanbieders opgegeven waarde en valt binnen de bandbreedte van landelijk gangbare waarden.

BIJLAGE 14 Normering kostprijselementen driemilieusvoorzieningen

Variabele	Toelichting op gekozen norm (let op: alles prijspeil 2024)
Capaciteitsplaatsen	In deze overeenkomst staan de ontwikkeling naar kleinschaligheid en passende inzet van pedagogische medewerkers en de randvoorwaardelijke pedagogische inzet op de groep centraal. Hierbij is het van belang om onderscheid te kunnen maken in verschillen in begeleidingsintensiteit voor groepen van dezelfde omvang. Het doel is om in te kunnen zetten wat nodig is op een specifieke groep. Dit betekent dat twee groepen van eenzelfde omvang een verschillende begeleidingsintensiteit nodig kunnen hebben. Ieder tarief is berekend op basis van 1 capaciteitsplaats. Het tarief is hierdoor te beschouwen als het tarief van één kind extra op een groep.
Netto roosteruren groepsbegeleiders per jaar	Het is een bewuste beleidsmatige keuze – gericht op het stimuleren van kwaliteit - om aanbieders de ruimte te geven om op basis van hun expertise in te laten schatten hoeveel pedagogische medewerkers en het randvoorwaardelijke pedagogische inzet op de groep. De netto roosteruren per jaar zijn conform de opgaaf van de zorgaanbieder. Het aantal roosteruren wordt altijd overgenomen, net als het aantal uren van het personeel buiten de groep en de terreingebonden factoren. Wat wel wordt genormeerd, is het aantal uren dat per fte geleverd kan worden (zie: inroosterbare uren per jaar groepsbegeleiders).

Bezettingspercentage	Kinderen zitten tijdelijk in een voorziening voor driemilieu. Wanneer er een wisseling plaatsvindt, dan heeft de groep tijd nodig om te wennen aan het vertrek van een kind en de komst van een nieuw kind. Ook moet vaak de kamer na vertrek van een kind opgefrist worden. Gegeven de doorlooptijd die nodig is bij wisselingen van kinderen op een groep, is een hoger bezettingspercentage incidenteel wellicht haalbaar, maar structureel niet. Het bezettingspercentage heeft in de tariefsopbouw geen grote rol. Er wordt gerekend met 95,0%. De praktijk van één van de zorgaanbieders wijst uit dat dit een haalbare en realistische norm is. Onder deelnemende aanbieders en gemeenten is consensus over deze norm. Deze 95,0% heeft vooral effect bij het bepalen van de begeleidingsintensiteit. Door het bezettingspercentage van 95,0% wordt 'het aantal netto roosteruren per kind' niet bepaald op basis van de groepsgrootte, maar op basis van de groepsgrootte x 95,0%. In plaats van - bijvoorbeeld - 5 kinderen op de groep, wordt de begeleidingsintensiteit bepaald op basis van 5 x 95,0% = 4,75 kinderen op de groep. Per (gemiddeld aanwezig) kind zijn hierdoor meer roosteruren beschikbaar dan wanneer gerekend zou worden met 5 kinderen. Door de hogere begeleidingsintensiteit die zo ontstaat, worden de 5,0% bezettingsverlies gecompenseerd doordat de groep in een hogere verblijfsintensiteit valt of kan vallen.

Inroosterbare uren per jaar groepsbegeleider	Om tot de gewenste kwaliteit van zorg te komen is afgesproken dat aanbieders hun medewerkers ruimte bieden voor reflectie op hun handelen door middel van intervisie en supervisie. Aan de overlegtafel hebben aanbieders en gemeenten gesproken over een goede waardering hiervan in de tariefsopbouw. Concreet betekent dit het waarderen van een goede balans tussen een efficiënte inzet op de groep en ruimte voor niet groepsgebonden inzet zoals intervisie en supervisie. Het aantal netto roosteruren moet door een team van groepsbegeleiders worden geleverd. De omvang van dat team is genormeerd. Voor iedere 1.400 roosteruren wordt maximaal 1 fte bekostigd. Een zorgaanbieder die méér fte inzet, krijgt dat extra deel niet bekostigd. De norm van 1.400 uur is iets minder dan het gemiddelde van de gerapporteerde waarden (1.419). Bovendien ligt dit aantal uren goed in lijn met de data van andere recente tariefuitvragen die Bijleveld Advies heeft uitgevoerd (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)). In minder recente uitvragen lag dit gemiddelde hoger, rond de 1.450 uur per fte. Door de krapte op de arbeidsmarkt en door de pandemie is dit aantal op dit moment niet altijd meer haalbaar.
Personeel buiten de groep / terreingebonden factoren	Naast de groepsbegeleiding is er een schil van personeel, en zo nodig terreingebonden factoren. Hierbij valt te denken aan activiteitenbegeleider, beveiligers met pedagogische insteek, ervaringsdeskundigen, geestelijk verzorger, 'vliegende keeps' die bij kunnen springen bij begeleiding naar onderwijs, bij incidenten of na individuele therapie. Ook een medische dienst kan hier onder vallen. Dit zijn personeelsleden en functies die niet groepsgebonden zijn, maar ook niet onder individuele begeleiding of behandeling zijn te scharen. Gemeenten vinden het van belang dat de aanbieders de ruimte hebben om op basis van hun expertise in te schatten welke randvoorwaardelijke pedagogische inzet passend is bij de behoefte van de doelgroep die gebruik maakt van de voorziening. Deze variabele is alleen zichtbaar in aangeleverde data, niet in de normeringen. Het staat zorgaanbieders vrij de omvang van dit personeel zelf te bepalen.

Fte gedragswetenschapper per capaciteitsplaats	Gedragswetenschappers zijn professionals die ondersteunend aan het primaire proces op de groep werken. Dit is weliswaar genormeerd, maar aanbieders zijn vrij om hier rond dit gemiddelde flexibel in te zetten om aan te sluiten op de behoefte van dat moment. De gedragswetenschapper wordt toegerekend als een formatie-omvang per capaciteitsplaats van de groep. De norm is gesteld op 0,13 fte per capaciteitsplaats, het gemiddelde van de gerapporteerde waarden. De gerapporteerde waarden variëren van 0,10 tot 0,20 fte per capaciteitsplaats.
Percentage ort groepsbegeleiders	In de nacht is er altijd een pedagogisch medewerker aanwezig, volgens de norm verantwoorde werktoedeling, die nabijheid kan bieden. Aan een groep is altijd een vaste orthopedagoog verbonden. Er is 24/7 beschikbaarheid en bereikbaarheid van personeel. We vinden het van belang dat medewerkers goed gecompenseerd worden voor onregelmatige tijden die gewerkt (moeten) worden. En willen daarom aanbieders de ruimte bieden hun medewerkers daarin te vergoeden. We sluiten daarom het gemiddelde van het gerapporteerde percentage van de twee instellingen. Deze twee instellingen rapporteerden dezelfde ort: 9,0%. Dit is een percentage opslag dat aansluit bij recent en ouder referentie materiaal waarover Bijleveld Advies beschikt (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)).
Percentage ort terreinbegeleiders	De ort-percentages van groepsbegeleiders en personeel op het terrein liggen in de praktijk dicht bij elkaar. Er zijn op inconveniente tijdstippen minder activiteiten, maar wel weer meer beveiliging. Daarnaast zijn er avond- en weekend coördinatoren. Om die reden is gekozen voor hetzelfde percentage als bij groepsbegeleiders: 9,0%. Dit cijfer is getoetst bij en overeengekomen met de zorgaanbieders.
Percentage ort gedragswetenschapper	De onregelmatigheidstoeslag van de gedragswetenschappers is genormeerd op basis van ervaringen uit andere onderzoeken en niet op basis van data van aanbieders. Aangezien de gedragswetenschapper geen nachtdiensten draait, is gekozen voor een lager percentage dan 9,0%, namelijk 2,0%. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld. Het percentage heeft vanwege de geringe omvang overigens een beperkte impact op het tarief.
Vakantiegeld	Wettelijk percentage 8%. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.

Eindejaarsuitkering	Cao-percentage 8,33%. Eenmalige hogere uitkeringen zijn niet meegenomen, vooral vanwege het risico dat deze later niet meer uit het tarief gehaald worden. Dit cijfer is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Effectief percentage sociale lasten	Dit percentage is opgevraagd in het tarievenonderzoek. De waarde is met 29,0% duidelijk hoger dan de gerapporteerde waarden, welke gemiddeld 27,5% is. De waarde van 29% is gehandhaafd vanuit eerdere berekeningen rondom SPUK driemilieu-middelen, maar is eerder iets te hoog dan te laag.
Aandeel PNIL in groepsbegeleiding	Gemeenten en aanbieders zien een hoge PNIL als onwenselijk, zowel inhoudelijk als financieel. In de huidige arbeidsmarkt is het echter niet mogelijk om de PNIL met enkele eenvoudige maatregelen omlaag te brengen. Voor dit tariefonderzoek gaan we daarom uit van een realistische PNIL-waarde. In 2022 lag bij aanbieders de PNIL gemiddeld rond 10%. Om komende jaren niet te krap te zitten kiezen de gemeenten voor een hogere norm van 15%, zodat eventuele stijging in arbeidskrapte nog kan worden opgevangen binnen het tarief. In de tariefbepaling wordt ervan uitgegaan dat van alle benodigde uren 85,0% met bestaande formatie wordt geleverd en 15,0% met inhuur. Aanbieders en regio's zien een effectieve aanpak van de arbeidsmarkt wel als een gezamenlijk ontwikkelthema. De verwachting is overigens dat een verhoging van de kwaliteit en de beweging naar meer kleinschaligheid bijdraagt aan een verbetering van de werkomgeving voor medewerkers. Een aantrekkelijkere werkomgeving draagt bij aan het aantrekken van vast personeel en het verlagen van de PNIL.
Kosten PNIL per uur inclusief BTW	De kosten voor PNIL zijn apart opgevraagd. Het uurtarief is benaderd door met het percentage inhuur op de totale loonkosten het aandeel inhuur op de totale roosteruren te berekenen. De gemiddelde inhuurkosten 2022 waren €60,43 (pp2023). Voor prijspeil 2024 is dat verhoogd naar €65,00 euro per uur. Dat is inclusief (eventuele) BTW. De waarde van €65,00 euro ligt goed in lijn met benchmarkgegevens uit recente tarievenonderzoeken. Dit uurtarief is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Gemiddeld salaris groepsbegeleiders	Het streven is naar een evenwichtige mix van HBO SKJ-geregistreerde en MBO-professionals volgens de norm van verantwoorde werktoedeling. Een team bestaat niet alleen uit medewerkers die alleen

Gemiddeld salaris terreinbegeleiders	gesprekken voeren maar ook uit medewerkers die activiteiten ondernemen met kinderen, bijvoorbeeld samen sporten of muziek maken. Opleidingsniveaus zijn tariefmatig lastig om te normeren. In de praktijk is er weinig variatie in het feitelijk gemiddelde maandsalaris. Om die reden is het maandsalaris voor de berekening gebruikt als normerende factor, in plaats van de opleidingsniveaus, als vertaling van het streven naar een evenwichtige mix van HBO SKJ-geregistreerde en MBO-professionals volgens de norm van verantwoorde werktoedeling. Alle salariskosten zijn een rekenkundig gemiddelde van de gerapporteerde waarden, geïndexeerd van prijspeil 2023 naar 2024 met 8,68%: €3.664 voor groepsbegeleiders en terreinbegeleiders, €5.680 voor gedragswetenschappers en €2.583 voor de ervaringsdeskundigen. Er is een betrekkelijk lage spreiding op deze variabelen. De salarissen zijn opgevraagd op prijspeil 2023 en naar prijspeil 2024 gebracht met een indexatie van 8,68%, de stijging die de cao-jeugdzorg is overeengekomen. De gerapporteerde waarden sluiten goed aan bij de cao-bedragen die passen bij deze functies en sluiten goed aan op gegevens uit recente tarievenonderzoeken die Bijleveld Advies heeft uitgevoerd (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)).
Gemiddeld salaris gedragswetenschapper	
Gemiddeld salaris ervaringsdeskundige	
Opslag overhead per fte	In de fase van de overlegtafel is de opbouw van de overhead per aanbieder niet gedetailleerd uitgediept om tot een inhoudelijke norm te komen. Aan de start van dit ambitieus ontwikkeltraject is het niet mogelijk om inhoudelijk de overhead op detail te vergelijken en normeren. Op basis van de aangeleverde waarden bleek dat één van de aanbieders een overhead aanleverde - als vast bedrag per fte hulpverlener: €33.128 (prijspeil 2024) – die een evenwichtige en passende bijdrage leverde in de opbouw van het totaaltarief. Bovendien ligt deze waarde dicht bij een waarde (33.000) die ook in andere recente rapportages terugkomt. De gekozen norm voor overhead verschilt daarmee ongeveer -1% van de benchmarkgegevens van recente tarievenonderzoeken van Bijleveld Advies (zoals IJsselland 2023 en OZJT/Samen14 2023 (concept)). Om tot een passende rekenkundige norm te komen is de uitschieter daarom weggelaten en is een bedrag van €33.128 is als rekenkundige norm geaccepteerd. Zowel door gemeente als aanbieders.
Looncomponent overhead	De component 'overhead' in de tariefsopbouw is bedoeld ter dekking van kosten van overheadpersoneel en materiële kosten zoals kantoorkosten, ICT-kosten en apparaatskosten. De verhouding van 75% loon en 25% materieel over alle verblijfskosten, is voor verblijfsgroepen over het algemeen een acceptabele norm. Om deze norm over ALLE verblijfskosten te halen, moet de OVERHEAD voor 70% uit loonkosten bestaan en voor 30% uit materiële kosten. Deze verhouding is vooral dan relevant, wanneer de lonen en de inflatie (materiële index) niet in gelijke mate zijn gestegen. Voor de analyse van de aangeleverde kostengegevens is

Materiële component overhead	de verhouding relevant om de kosten te indexeren naar prijspeil 2024. Deze verhouding is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Huisvestingskosten per plaats	De ontwikkeling en transformatie is een van grote ontwikkelopgaven van deze overeenkomsten. De beweging naar kleinschaligheid en minder terrein en meer wijk maakt dat huisvesting en huisvestingskosten de komende jaren nog een gespreksthema zal zijn. Als realistisch vertrekpunt is er de normstelling van de huisvestingkosten is er daarom gekozen om deze te baseren op een gemiddelde, waarbij de kosten van de groep met de hoogste gerapporteerde waarde en de groep met de laagste gerapporteerde waarde buiten beschouwing zijn gelaten. De norm van huisvestingkosten is een bedrag per capaciteitsplaats: €22.701 op prijspeil 2024. Dit bedrag is ongeveer €10.000 hoger dan de kosten van een capaciteitsplaats in behandelgroepen anders dan JeugdzorgPlus of driemilieuvoorziening. De norm is aan de zorgaanbieders voorgelegd (op 16/1/24) en in consensus vastgesteld.
Verzorgingskosten per etmaal	De verzorgingskosten zijn genormeerd op de gemiddeld gerapporteerde waarde door de zorgaanbieders: €14,90. Deze verzorgingskosten vallen goed in het bereik van data verkregen uit vergelijkbare onderzoeken van Bijleveld Advies (zoals Food Valley 2023, IJsselland 2023, OZJT/Samen14 2023 (concept)).
Waarvan verzorgingskosten	nvt bij driemilieu
Waarvan taxikosten	nvt bij driemilieu
Percentage risico/marge	De norm voor risico/marge is gesteld op 3%, dat is conform de door de zorgaanbieders opgegeven waarde en valt binnen de bandbreedte van landelijk gangbare waarden.

BIJLAGE 15 Overzicht opbouw producten integrale zorg

Overzicht van de kosten per Fte voor de functies die (met Fte-bekostiging kunnen worden ingezet als onderdeel van integrale zorg.

						ORT	Vakantie	Eindejaars		Sociale premies	Overhead		Marge			Uurtarief
CAO	**Schaal**	**Functiebenaming (niet uitputtend)**	**Max salaris**	**95%**	**Per jaar**	**1%**	**8%**	**8,33%**	**Premiedragend**	**29%**	**€ 45.000**	**Totaal**	**3%**	**Fte tarief**	**# uren**	
Jeugdzorg	Schaal 9	Jeugdzorgwerker B	€ 4.573	€ 4.344	€ 52.131	€ 521	€ 4.170	€ 4.690	€ 61.513	€ 17.839	€ 45.000	€ 124.352	€ 3.731	€ 128.082	1250	€ 102
Jeugdzorg	Schaal 10	Jeugdzorgwerker A	€ 5.005	€ 4.755	€ 57.057	€ 571	€ 4.565	€ 5.133	€ 67.325	€ 19.524	€ 45.000	€ 131.849	€ 3.955	€ 135.804	1250	€ 109
Jeugdzorg	Schaal 11	Gedragswetenschapper	€ 5.758	€ 5.470	€ 65.641	€ 656	€ 5.251	€ 5.905	€ 77.454	€ 22.462	€ 45.000	€ 144.915	€ 4.347	€ 149.263	1250	€ 119
Jeugdzorg	Schaal 12	GZ-psycholoog	€ 6.605	€ 6.275	€ 75.300	€ 753	€ 6.024	€ 6.774	€ 88.852	€ 25.767	€ 45.000	€ 159.619	€ 4.789	€ 164.407	1250	€ 132
GGZ	FWG 60	Sociaal Psychatrisch verpleegkundige	€ 5.352	€ 5.085	€ 61.018	€ 610	€ 4.881	€ 5.083	€ 71.592	€ 20.762	€ 45.000	€ 137.354	€ 4.121	€ 141.474	1250	€ 113
GGZ	FWG 55	Vaktherapeut/Syst. Amb.med./..	€ 4.801	€ 4.561	€ 54.733	€ 547	€ 4.379	€ 4.559	€ 64.219	€ 18.623	€ 45.000	€ 127.842	€ 3.835	€ 131.677	1250	€ 105
GGZ	FWG 60	Psycholoog / systeemtherapeut	€ 5.352	€ 5.085	€ 61.018	€ 610	€ 4.881	€ 5.083	€ 71.592	€ 20.762	€ 45.000	€ 137.354	€ 4.121	€ 141.474	1250	€ 113
GGZ	FWG 65	GZ-psycholoog / systeemtherapeut	€ 6.284	€ 5.970	€ 71.639	€ 716	€ 5.731	€ 5.967	€ 84.054	€ 24.376	€ 45.000	€ 153.429	€ 4.603	€ 158.032	1250	€ 126
GGZ	FWG75	Klinische psycholoog	€ 9.056	€ 8.604	€ 103.244	€ 1.032	€ 8.260	€ 8.600	€ 121.136	€ 35.129	€ 45.000	€ 201.265	€ 6.038	€ 207.303	1250	€ 166
GGZ	FWG AMS	Kinder- en Jeugdpsychiater	€ 11.124	€ 10.568	€ 126.813	€ 1.268	€ 10.145	€ 10.564	€ 148.790	€ 43.149	€ 45.000	€ 236.939	€ 7.108	€ 244.047	1250	€ 195
						ORT	**Vakantie**	**Eindejaars**		**Sociale premies**	**Overhead**		**Marge**			**Uurtarief**
CAO	**Schaal**		**Max salaris**	**95%**	**Per jaar**	**1%**	**8%**	**8,33%**	**Premiedragend**	**29%**	**€ 45.000**	**Totaal**	**3%**	**Fte tarief**	**# uren**	
Jeugdzorg	Schaal 5		**3.312**	€ 3.147	€ 37.762	€ 378	€ 3.021	€ 3.397	€ 44.558	€ 12.922	€ 30.000	€ 87.480	€ 2.624	€ 90.105	1250	€ 72
Jeugdzorg	Schaal 6		**3.571**	€ 3.393	€ 40.713	€ 407	€ 3.257	€ 3.663	€ 48.040	€ 13.932	€ 30.000	€ 91.972	€ 2.759	€ 94.731	1250	€ 76
Jeugdzorg	Schaal 7		3.864	€ 3.671	€ 44.047	€ 440	€ 3.524	€ 3.963	€ 51.974	€ 15.072	€ 30.000	€ 97.046	€ 2.911	€ 99.957	1250	€ 80
GHZ	FWG 35		3.338	€ 3.171	€ 38.055	€ 381	€ 3.044	€ 3.424	€ 44.903	€ 13.022	€ 30.000	€ 87.925	€ 2.638	€ 90.563	1250	€ 72
GHZ	FWG 40		3.582	€ 3.403	€ 40.839	€ 408	€ 3.267	€ 3.674	€ 48.189	€ 13.975	€ 45.000	€ 107.163	€ 3.215	€ 110.378	1250	€ 88
GHZ	FWG 50		4.321	€ 4.105	€ 49.261	€ 493	€ 3.941	€ 4.432	€ 58.126	€ 16.857	€ 45.000	€ 119.983	€ 3.599	€ 123.582	1250	€ 99
Jeugdzorg	Schaal 8		4.197	€ 3.987	€ 47.847	€ 478	€ 3.828	€ 4.304	€ 56.458	€ 16.373	€ 45.000	€ 117.830	€ 3.535	€ 121.365	1250	€ 97
GHZ	FWG 60		5.442	€ 5.170	€ 62.038	€ 620	€ 4.963	€ 5.581	€ 73.203	€ 21.229	€ 45.000	€ 139.432	€ 4.183	€ 143.615	1250	€ 115
GHZ	FWG 65		6.405	€ 6.084	€ 73.013	€ 730	€ 5.841	€ 6.569	€ 86.153	€ 24.984	€ 45.000	€ 156.138	€ 4.684	€ 160.822	1250	€ 129
Jeugdzorg	Schaal 13		7.578	€ 7.199	€ 86.385	€ 864	€ 6.911	€ 7.772	€ 101.931	€ 29.560	€ 45.000	€ 176.491	€ 5.295	€ 181.786	1250	€ 145

Overzicht functiemix per product dat met PxQ-bekostiging kan worden ingezet als onderdeel van integrale zorg.

1 op 1 begeleiding						
Cao	Schaal	Tarief	Mix	Totaaltarief	Minutentarief	Afgerond uurtarief
Jeugdzorg	Schaal 5	€ 72	45%	€ 32		
Jeugdzorg	Schaal 6	€ 76	15%	€ 11		
GHZ	FWG 35	€ 72	35%	€ 25		
GHZ	FWG 40	€ 97	5%	€ 5		
	Totaal		**100%**	**€ 74,02**	**€ 1,2336**	**€ 73,80**
Specialistische begeleiding						
Cao	Schaal	Tarief	Mix	Totaaltarief	Minutentarief	Afgerond uurtarief
GHZ	FWG 35	€ 72	8%	€ 6		
Jeugdzorg	Schaal 7	€ 80	32%	€ 26		
Jeugdzorg	Schaal 8	€ 97	32%	€ 31		
Jeugdzorg	Schaal 9	€ 102	28%	€ 29		
	Totaal		**100%**	**€ 91,14**	**€ 1,5191**	**€ 91,20**
Behandeling LVB / J&O						
Cao	Schaal	Tarief	Mix	Totaaltarief	Minutentarief	Afgerond uurtarief
GHZ	FWG 50	€ 99	28%	€ 28		
GHZ	FWG 55	€ 105	30%	€ 32		
GHZ	FWG 65	€ 126	20%	€ 25		
GHZ	FWG 75	€ 166	10%	€ 17		
Jeugdzorg	Schaal 11	€ 119	7%	€ 8		
Jeugdzorg	Schaal 13	€ 145	5%	€ 7		
	Totaal		**100%**	**€ 116,78**	**€ 1,9464**	**€ 117,00**
Behandeling GGZ						
Cao	Schaal	Tarief	Mix	Totaaltarief	Minutentarief	Afgerond uurtarief
GGZ	FWG 55	€ 105	28%	€ 29		
GGZ	FWG 65	€ 126	29%	€ 37		
GGZ	FWG75	€ 166	31%	€ 51		
GGZ	FWG AMS	€ 195	12%	€ 23		
	Totaal		**100%**	**€ 141,00**	**€ 2,3500**	**€ 141,00**

BIJLAGE 16 Concept Overeenkomst essentiële functies