

Regionaal transitiearrangement voor de transformatie jeugdzorg in de regio Drenthe

Assen

24 oktober 2013

Inhoud

Inhoud	2
Samenvatting	4
Een regionaal transitiearrangement.....	4
De ondertekenaars van dit RTA stemmen in met de volgende zaken:	6
Het arrangement is geldig onder de volgende voorbehouden:	7
Inleiding.....	8
Partners	10
Namens de huidige financiers:	10
Namens de zorgaanbieders:.....	10
Namens de gemeenten.....	11
Reikwijdte	12
Status.....	13
Evaluatiemomenten en – criteria	13
2014.....	14
Visie	16
Transformatie.....	16
Toetsingskader	17
Het Drentse model	18
Het inhoudelijke element.....	18
Het financiële element.....	19
Specifieke afspraken in relatie tot regionaal transitiearrangement	20
Toegangstaken	20
JB/JR.....	20
AMK.....	20
Het jonge kind	21
Pleegzorg	21
WachtlIJst cliënten	21
Andere zorgarrangementen.....	21
Spoedopvang.....	21
Continuïteit van zorg	22
Aantallen en cijfers	22

Drentse cijfers.....	22
Financiële bandbreedtes (per domein).....	24
Afspraken.....	24
Domeinen.....	25
Transformatieplan	28
De noodzakelijke zorginfrastructuur (een samenhangende geïntegreerde jeugdzorgketen).....	29
Vooraf.....	29
De samenhangende keten.....	30
Vrij toegankelijke ondersteuning: het groene gedeelte van de jeugdzorg.....	30
Via verwijzing beschikbare behandeling en hulpverlening: <i>het gele (ambulante) en rode deel van de jeugdzorg.</i>	30
De gemeenten	32
Budget.....	32
Inkoopbeleid	32
Samenwerking	33
Frichtiekosten	34
Bovenregionale paragraaf.....	35
Budgettair kader	38
Mogelijke frichtiekosten	38
Werkagenda	39
Werk in uitvoering.....	40
Bijlage 1 (zorgvormen)	41

Samenvatting

Een regionaal transitiearrangement

In de voorbereiding op de decentralisaties van de jeugdzorg naar de gemeenten (per 1-1-2015) hebben Rijk (VWS en VenJ), provincies (IPO) en gemeenten (VNG) landelijk een transitieplan (13 mei 2013) opgesteld om goed voorbereid te zijn op deze transitie en transformatie van de zorg voor Jeugd.

In dit plan staat de afspraak dat gemeenten, in overleg met relevante aanbieders en huidige financiers (provincie en zorgverzekeraar) een Regionaal Transitiearrangement (hierna te noemen RTA) opstellen. In dit arrangement staat beschreven hoe de samenwerkende gemeenten de continuïteit van zorg voor jeugdigen die reeds zorg ontvangen, de daarvoor benodigde zorginfrastructuur en het beperken van de frictiekosten realiseren. Het RTA wordt opgesteld in de 41 jeugdzorgregio's die landelijk zijn vastgesteld. In dit geval is Drenthe (12 gemeenten) 'de door het rijk aangewezen regio'.

Toetsing van dit arrangement zal plaatsvinden door de transitiecommissie stelselherziening jeugd (TSJ). Bij het ontbreken van een arrangement zal een aanwijzing van het Rijk volgen.

Het landelijke transitieplan gaat er van uit dat gemeenten en hun samenwerkingspartners, primair verantwoordelijk zijn om de beoogde transformatie te realiseren. Deze transformatie van de jeugdzorg schept kansen voor een beter georganiseerde jeugdzorg waarbij de jeugdige en zijn ouders centraal staan maar een transformatie is tevens noodzakelijk om de forse bezuinigingstaakstelling die gepaard gaat met deze transitie te realiseren.

De bezuinigingstaakstelling houdt in dat de transitie van de jeugdzorg gepaard gaat met een landelijke korting van 15 %.

Gemeenten in de regio Drenthe (gemeenten en zorgaanbieders) werken al geruime tijd aan verbetering van de jeugdzorg en willen een verdere transformatie middels dit RTA zo vroeg mogelijk, met ingang van 1 januari 2014, inzetten.

Het RTA zoals het nu voorligt, sorteert voor op de bezuinigingstaakstelling. Gemeenten krijgen door dit RTA vanuit de huidige financier (provincie) en relevante zorgaanbieders extra middelen (4% van het budget (in geld of mankracht)) in 2014 en 2015 om al in 2014 de lokale preventieve dienstverlening te versterken en de indicatiestelling om te buigen. Dit moet ervoor zorgen dat in 1 januari 2015 de zorg die gecontinueerd moet worden past binnen het daarvoor beschikbare budget. Dit RTA zorgt ervoor dat de betreffende aanbieders garanderen dat de zorginfrastructuur hiervoor in 2015 toereikend en sluitend is binnen de daarvoor beschikbare budgetten. Zorgaanbieders zijn bereid hetzelfde aantal of meer cliënten te helpen voor minder budget.

In het RTA wordt voorgesteld om naast de landelijke taakstelling, ook een eigen Drentse taakstelling van 5% op te leggen. Met die taakstelling wordt de uitrol van Positief Opvoeden Drenthe (POD) de basisinfrastructuur en worden bovenlokale uitvoeringskosten gefinancierd.

In dit RTA wordt de zorginfrastructuur voor de zorg voor jeugd beschreven zoals gemeenten die voor ogen hebben, die aansluit bij de Drentse visie 'Als jeugd en toekomst tellen' die door gemeenten is vastgesteld en waaraan de relevante zorgaanbieders zich hebben geconformeerd. Zij zijn bereid hun gespecialiseerde aanbod in te richten op de wensen van gemeenten.

Gemeenten zullen dit RTA samen met lokale partners en relevante zorgaanbieders nader uitwerken in drie plannen:

1. Een bovenregionaal (Noord-Nederlands) transformatieplan (gereed april 2014)
2. Een regionaal (Drents) transformatieplan voor de uitwerking van de zorgstructuur van de gespecialiseerde zorg (gereed april 2014) – de niet-vrij toegankelijke ondersteuning (interventieniveau 5-8).
3. Drie subregionale plannen (ZuidOost, ZuidWest, en Noord-Midden Drenthe) voor de uitwerking van de versterking van de preventieve dienstverlening (gereed december 2013) – vrij toegankelijke ondersteuning (interventieniveau 1-4)

Ad 1.

Voor de bovenregionale zorginfrastructuur op Noord-Nederlandse schaal wordt, in samenhang met de regionale en subregionale uitwerkingsplannen, een bovenregionaal transformatieplan opgesteld.

De gespecialiseerde vormen van jeugdzorg zijn in ieder geval de vormen die landelijk op een lijstje van landelijke functies staan en de functies die bovenregionaal uitgevoerd moeten worden. De VNG noemt in haar factsheet van juni 2013 de volgende functies:

- Zorg voor jeugdigen met een verstandelijke beperking en zorgzwaarte 4 en 5;
- Zorg voor jeugdigen met ernstige gecombineerde problematiek die zowel op GGZ als VB terrein ligt;
- Specialistische GGZ kinder- en jeugdpsychiatrie
- Jeugdzorg plus

Ad 2.

Het regionale (Drentse) transformatieplan is van toepassing op de gespecialiseerde zorg in 2015 en 2016. Er is voor een meerjarige periode gekozen omdat de opdracht tot continuïteit van zorg met de daarbij behorende bezuinigingstaakstelling weinig ruimte biedt voor transformatie.

In dit RTA conformeren zorgaanbieders zich aan de taakstelling om in 2014, 2015 en 2016 te transformeren binnen het beschikbare budget. Daarbij garanderen de zorgaanbieders dat alle cliënten die zorg nodig hebben binnen het beschikbare budget worden geholpen middels een passend zorgarrangement. Hiermee wordt de continuïteit van zorg gewaarborgd.

Gezien de aard van de gespecialiseerde jeugdzorg is samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk en soms zelfs wettelijk verplicht. In het RTA wordt aangegeven dat gemeenten ten minste met betrekking tot een aantal met name genoemde zorgfuncties regionaal¹ moeten samenwerken en inkopen. Genoemd worden jeugdzorg plus, jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR), het algemeen meldpunt kindermishandeling (AMK) en een aantal gespecialiseerde vormen van jeugdzorg.

Ad 3.

Middels de subregionale uitwerkingsplannen kunnen gemeenten de lokale dienstverlening in het huidige voorliggende veld versterken in samenhang met het gehele sociale domein. De samenhang met de andere decentralisaties kan hierbij worden vormgegeven. Gemeenten kunnen met name in de versterking van dit lokale veld de lokale kleur vormgeven. Hierbij is de vraag per gebied leidend voor de wijze waarop de lokale dienstverlening wordt versterkt. Er wordt aangesloten bij de ontwikkelingen rondom de Wmo, de Participatiewet en Passend Onderwijs. Daarbij wordt vooral gezocht naar een gezinssysteem gerichte aanpak, volgens het principe 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Afspraken in het kader van dit regionale transitiearrangement staan die integratie binnen het sociale domein niet in de weg.

¹ Met de regio wordt hier de gehele provincie Drenthe bedoeld; niet de (sub)regio's binnen Drenthe.

Over mogelijke frictiekosten gaat dit RTA ook; ze worden in algemene zin genoemd en er wordt een inschatting gemaakt van de omvang. Mogelijke acties worden ook genoemd, maar de zorgaanbieders in Drenthe stellen zich op het standpunt dat er enerzijds eerst duidelijkheid zal moeten zijn over hun aandeel in de gewenste zorgketen (het is onontkoombaar dat in het huidige aanbod wordt gesaneerd) maar anderzijds dat zij individueel de verantwoordelijkheid zullen moeten nemen om de frictiekosten te beperken en terug te dringen.

De in het RTA ingezette lijn, maakt het mogelijk om de komende jaren te anticiperen op de ontwikkelingen: dat maakt sturen op het beperken van de frictiekosten ook goed mogelijk.

Het RTA Drenthe bevat ten slotte een bovenregionale paragraaf waarin is aangegeven op welke manier samen met de regio's Friesland en Groningen gezorgd wordt voor een bovenregionaal zorgaanbod.

Meicirculaire en financieel kader

In de Meicirculaire 2013 staan de budgetten aangegeven die de gemeenten ontvangen voor de Jeugdzorg waar zij per 2015 verantwoordelijk voor worden. Deze budgetten uit de Meicirculaire bevatten veel onzekerheden.

In de Meicirculaire is uitgegaan van het laagste scenario (met de hoogste kortingsbedragen en de laagste groeipercentages). Zo is het macrobudget landelijk 3,6 miljard, maar wordt gelet op de onzekerheden voor de verdeling over de gemeenten, door het rijk uitgegaan van 3,3 miljard.

In het budget 2015 is de bezuiniging van 5% (taakstelling 2015) al verwerkt. De verwerkte taakstelling bedraagt voor 2015 € 120 miljoen. Deze taakstelling loopt verder op tot € 300 miljoen in 2016 en € 450 miljoen vanaf 2017.

De definitieve verdeling van de budgetten over gemeenten voor 2015 vindt plaats op basis van historische gegevens en wordt bekend gemaakt in de mei circulaire van 2014. Vanaf 2016 wordt geleidelijk het objectief verdeelmodel ingevoerd. De inschatting is dat er nog wijzigingen optreden, temeer daar de landelijke onzekerheid in gegevens zich ook op lokaal niveau voordoet.

Dit Regionale transitiearrangement is alleen geldig binnen de definitieve kaders van de beschikbare budgetten en kan bijgesteld worden als de definitieve client aantallen bekend zijn.

De ondertekenaars van dit RTA stemmen in met de volgende zaken:

- Gemeentelijke samenwerking op regionaal (Drenthe) en bovenregionaal (Noord Nederland) niveau tot en met 2016 op het gebied van gespecialiseerde jeugdzorg, AMHK en JB/JR.
- Samenwerking van zorgaanbieders binnen de benoemde domeinen om te komen tot passende zorgarrangementen die aansluiten bij de vraag van gemeenten.
- Een zorginfrastructuur voor de gespecialiseerde zorg in te richten onder regie van de samenwerkende gemeenten, uitgewerkt in het regionale (Drentse) en bovenregionale (Noord-Nederlandse) transformatieplan (gereed april 2014).
- Voor 1 april 2014 is concreet aangegeven welke (financiële) prikkels worden gebruikt om de transformatiedoelen te realiseren en inspanningen om die doelen te bereiken, te stimuleren.
- Versterking van de lokale preventieve zorginfrastructuur te realiseren door middel van beschikbaar stellen van 4% van het budget van 2014 en 2015 door betreffende zorgaanbieders en het opstellen van de subregionale plannen onder regie van de gemeente (gereed januari 2014).
-

- De volgende bezuinigingstaakstellingen worden door de zorgaanbieders gerealiseerd:

	Incidentele korting	Structurele regionale korting	Structurele landelijke korting	Beschikbaar voor zorgaanbieders (2014 =100)
2015	4% ²	5%	5%	86
2016			6%	84
2017			4%	80

- Evaluatiemomenten waarop bijstelling plaatsvindt zijn vastgelegd om de gewenste transformatie te kunnen monitoren: de evaluatiemomenten zijn vastgesteld in maart 2014 - november 2014 – maart 2015 - november 2015 – juni 2016. In de uitwerking van het RTA zullen de heroverwegingsmomenten worden uitgewerkt in beoordelingscriteria en maatregelen.
- Uitgegaan wordt van de financiële kaders in de meicirculaire 2013
- Partijen zijn gebonden aan de gemaakte afspraken voor de duur waarvoor ze zijn gemaakt. De concretisering van de gemaakte (financiële) afspraken is mede afhankelijk van:
 - Het uiteindelijke budgettaire volume dat gemeenten beschikbaar gesteld krijgen voor de jeugdzorg in relatie tot aannames van nu (€108 M voor de regio Drenthe)
 - Het uiteindelijke aantal cliënten in zorg in relatie tot de aantallen zoals gehanteerd in het historisch verdeelmodel (meicirculaire 2013)
 - De betaalbaarheid van de door de zorgaanbieders per 2015 gehanteerde 'kostprijzen' in vergelijking met de huidige kostprijzen.
 - Goedkeuring door de gemeenteraad.
- Met het vaststellen van het RTA wordt een aantal inspanningsverplichtingen aan de zorgaanbieders opgelegd:
 - Vanaf 1 januari 2014 wordt een eenduidige categorisering van de hulpvragen gehanteerd, zodat snel duidelijk is of generalistische ondersteuning volstaat bij de betreffende hulpvraag;
 - Voor 1 maart 2014 zijn de cliëntadministraties zo ingericht dat ze een goed beeld geven van de aantallen jeugdigen in zorg;
 - Voor 1 april 2014 is concreet aangegeven, op basis van het opgestelde transformatieplan, welke mogelijke frictiekosten voortvloeien uit de uit te werken zorginfrastructuur en op welke wijze die frictiekosten worden beperkt.

Het arrangement is geldig onder de volgende voorbehouden:

- Goedkeuring van de afzonderlijke gemeenteraden;
- Het daadwerkelijk inwerkingtreden van de Jeugdwet;
- Concrete duiding op landelijk niveau van de doelgroep die onder de werking van de romp AWBZ gaat vallen en de doelgroep die onder de werking van de Jeugdwet gaat vallen;
- De afspraken met betrekking tot JB en JR worden gemaakt onder voorbehoud van certificering van de op te richten instelling.
- De afspraken met aanbieders van jeugdzorg worden gemaakt onder voorbehoud dat deze aanbieders voldoen aan die kwaliteitseisen in de jeugdwet en AMvB die op voorhand toetsbaar zijn.

² Deze incidentele korting is in 2015 beschikbaar voor de versterking van het voorliggende veld; (dat is ook in 2014 het geval) in 2016 maakt deze 4% onderdeel uit van de landelijke korting van 6%. Voor zorgaanbieders geldt dat zij al in 2014 4% budget inleveren en in 2016 nog 2% extra. Kiezen zorgaanbieders er voor om in 2014 en 2015 de versterking van het voorliggende veld via inzet van personeel vorm te geven, dan zal in 2016 wel 6% van hun budget worden bezuinigd.

Inleiding

Voor u ligt het regionale transitiearrangement voor de regio Drenthe. In dit document is uitgewerkt welke basisafspraken de huidige financiers van de jeugdzorg, de relevante aanbieders en de twaalf gemeenten in Drenthe hebben gemaakt.

We geven inhoud aan de afspraken die op grond van het landelijke implementatieplan transitie jeugdzorg, geregeld moeten worden, maar we kiezen er in Drenthe voor om de reikwijdte van de afspraken groter te maken. We gaan niet alleen uit van een transitie per 1 januari 2015, maar we gaan vanaf 1 januari 2014 daadwerkelijk aan de slag met de transformatie van de jeugdzorg.

Wij kiezen voor een doorlooptijd tot 1 januari 2017. Dat doen we omdat we ons realiseren dat transformatie een proces van meerdere jaren is, omdat we met het toevoegen van een aanzienlijke bezuinigingstaakstelling de noodzaak om te transformeren groter maken, omdat we de transformatie geleidelijk door willen voeren. In het transitiearrangement werken wij dan ook de volgende vier onderwerpen uit:

1. De visie op en transformatie van de jeugdzorg in Drenthe
2. De continuïteit van zorg
3. De noodzakelijke zorginfrastructuur
4. Mogelijke frictiekosten en maatregelen om die frictiekosten tegen te gaan.

Het regionale transitiearrangement is een belangrijk, niet vrijblijvend document; de betrokken partners gaan invulling geven aan de genoemde lijnen en ontwikkelingen en zijn gebonden aan de afspraken die zijn vastgelegd, met in achtneming van hetgeen in dit arrangement is geregeld.

Met dat niet vrijblijvende karakter worden drie zaken bedoeld:

- De zekerheid dat jeugdigen continuïteit van zorg wordt geboden (garantie door zorgaanbieders);
- De zekerheid dat er een zorginfrastructuur in stand blijft, waarmee jeugdigen ook in de toekomst adequate zorg wordt geboden;
- De zekerheid dat er maatschappelijk verantwoord wordt omgegaan met investeringen in, opgebouwde kennis met betrekking tot en inhoud van de huidige jeugdzorg. Lokale overheden zorgen als nieuwe financier voor zo minimaal mogelijke kapitaalvernietiging, zonder verantwoordelijk te zijn voor de frictiekosten.

Uiteraard is het regionale transitie arrangement een momentopname: eind 2013 is nog niet te voorspellen op welke manier de zorgbehoefte, de zorgvraag en de indicatiestelling zich in het komende jaar daadwerkelijk zal ontwikkelen. Op dit moment geven de cijfers onvoldoende zicht op het daadwerkelijke volume jeugdigen in zorg en het gebruik van de jeugdzorg.

Toch geeft het arrangement wel aan over welke hoofdpunten partners het eens zijn. In de "geest van" deze hoofdpunten zal ook in geval de situaties van vraag en aanbod ingrijpend zijn gewijzigd, vanaf 2014 worden gehandeld.

Het regionale transitiearrangement regelt aan de andere kant, geen zaken voor de lange termijn; het transitiearrangement beschrijft het kader voor een overgangstermijn van drie jaar (2014 tot 2017).

In maart 2014 (als de aantallen jeugdigen in zorg naar verwachting beter te bepalen zijn en het transformatieplan jeugdzorg gereed is), november 2014 (als de landelijke gegevensuitwisseling over jeugdigen in zorg plaatsvindt), maart 2015, november 2015 en medio 2016 (als gezien wordt of de transformatie voldoende op koers is), wordt na onderling overleg met zorgaanbieders, door gemeenten (colleges van burgemeester en wethouders) vastgelegd, op welke manier de afspraken uit dit regionale transitiearrangement respectievelijk in 2015 en 2016, concreet ingevuld gaan worden.

Gemeenten zullen om deze beslissingen goed voor te kunnen bereiden, hun partners die betrokken zijn bij dit regionale transitiearrangement, een rol en positie geven.

De Provincie Drenthe tekent het Regionaal transitie Arrangement Drenthe en draagt daarmee mede verantwoordelijkheid in het 1e uitvoeringsjaar 2014.

De provincie heeft daartoe middels haar ontwerp Uitvoeringsprogramma jeugdzorg 2014 de volgende voornemens vastgelegd:

- Voor het jaar 2014 wordt een bedrag van 1.2 mio. euro vrijgemaakt dat naar gemeenten zal worden overgemaakt voor een verdere versterking van de lokale infrastructuur passende in de visie van de Drentse pilot jeugd. De Provincie is betrokken bij de inzet van deze middelen. Voorwaarde is dat gemeenten het RTA Drenthe uitvoeren met een extra overgangsjaar in 2016.
- De Provincie ziet er op toe daar zorgaanbieders Yorneo (als hoofdaannemer voor de LWI's) en Bureau Jeugdzorg een deel van hun budget ombuigen naar de wensen van gemeenten.
- De Provincie draagt € 375.00 bij ten behoeve van de uitvoeringskosten van de Drentse Pilot Jeugd

De Provincie is niet mede verantwoordelijk voor de uitvoering van het RTA in 2015 en 2016, maar ondersteund de kaders die erin worden gesteld.

De grootste zorgverzekeraar (Achmea) is nadrukkelijk gevraagd en benaderd om mee te denken en te praten over het RTA. Helaas is de zorgverzekeraar in de praktijk niet actief betrokken geweest bij de gesprekken over het nu voorliggende RTA. Dit ondanks herhaalde pogingen (ook bestuurlijk) en signalen die ook door de zorgaanbieders zijn afgegeven.

De zorgverzekeraar heeft aangegeven het RTA niet te ondertekenen.

Gegeven de relatief beperkte tijd die beschikbaar was om tot dit regionale transitiearrangement te komen, bevat het arrangement onderwerpen die om nadere uitwerking vragen. Het transitiearrangement beschrijft niet de situatie die er per 1 januari 2015 zal zijn; de komende maanden is nodig om die situatie tot stand te brengen en daarna is nog tijd nodig om de veranderingen ook daadwerkelijk tot resultaten te laten leiden.

De laatste paragraaf van dit transitiearrangement bevat om die reden een werkagenda voor de komende maanden.

Partners

Het regionale transitiearrangement voor de provincie Drenthe wordt bestuurlijk gedragen door de volgende partners.

Namens de huidige financiers:

De heer A. van der Tuuk (gedeputeerde van de provincie Drenthe)

Namens de zorgaanbieders:

Mevrouw M. Ganzinga Msc (orthopedagoog generalist en praktijkhouder 1^e lijns orthopedagogiek en psychologiepraktijk)

Mevrouw I. Kuipers (directeur Drenthe Ambiq)

De heer W. Hadderingh (Bestuurder Promens Care)

De heer drs. J.P. van der Vlugt (voorzitter Raad van bestuur van het Poortje jeugdinstellingen)

De heer drs. B. Anker (interim directeur GGD Drenthe)

De heer E.S. van der Haar (psychiater bestuurder GGZ Drenthe)

De heer. P. Overgoor (directeur algemene zaken Accare divisie Drenthe/Overijssel)

De heer drs. P. Stam (directeur bestuurder Yorneo, mede namens LWI)

De heer C. Wierda (directeur bestuurder Bureau Jeugdzorg Drenthe)

De heer drs. F. Wiersma (vrijgevestigde klinisch kinder- en jeugdpsycholoog/ -psychotherapeut)

De heer J.N.M. van Scheijen (directeur de Trans)

De heer P. de Kroon (bestuurder van Boeijen)

Namens de gemeenten

Aa en Hunze	wethouder H. Dijkstra
Assen	wethouder A. Langius
Borger Odoorn	wethouder F. Alberts
Coevorden	wethouder T. Pot
De Wolden	wethouder M. Pauwels
Emmen	wethouder M.H. Thalens-Kolker
Hoogeveen	wethouder A. Bargerman
Meppel	wethouder M. Jansen
Midden-Drenthe	wethouder H. van Hooft
Noordenveld	wethouder O. Keizer
Tynaarlo	wethouder L.M. Kremers
Westerveld	wethouder A.M. Kleine Deters

Reikwijdte

Het arrangement betreft de zorgproducten die in bijlage 1 zijn opgenomen. Het gaat in dit regionale transitiearrangement om de zogenoemde "niet vrij toegankelijke" jeugdzorg.

Binnen het sociale domein is jeugdzorg een element; met name in het vrij toegankelijke deel van de jeugdzorg zal de komende jaren nadrukkelijk gekeken worden naar mogelijkheden om activiteiten te bundelen en te integreren en zo aan te sluiten bij de ontwikkelingen rondom de Wmo, de Participatiewet en Passend Onderwijs. Daarbij wordt vooral gezocht naar een gezinssysteem gerichte aanpak, volgens het principe 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur. Afspraken in het kader van dit regionale transitiearrangement kunnen en mogen die integratie binnen het sociale domein niet in de weg staan.

Het arrangement heeft een doorlooptijd van drie jaar: 2014, 2015 en 2016.

In 2014 behouden de huidige financiers (provincie, ministerie van VWS, zorgkantoor en zorgverzekeraars) hun verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Gemeenten worden in 2014 nadrukkelijk betrokken bij het vastleggen van afspraken en het voorsorteren op de transitie per 1 januari 2015.

In 2015 en 2016 zijn gemeenten eindverantwoordelijke; de provincie, het zorgkantoor en de zorgverzekeraars wordt gevraagd om als sparringpartner voor de gezamenlijke gemeenten beschikbaar te blijven.

Gemeenten bepalen in de loop van de komende drie jaar, tussentijds of de transformatie voldoende op koers is. Het gaat dan om inzet van budget, aantallen jeugdigen in zorg, de kwaliteit en effectiviteit van de geleverde zorg en om de invulling van de gewenste bewegingen waarmee de visie die ten grondslag ligt aan dit regionale transitiearrangement, vorm krijgt.

Indien de resultaten onvoldoende zijn, worden de afspraken die in dit regionale transitiearrangement zijn opgenomen, opgezegd en gaan gemeenten zich bezinnen op een andere manier om de gestelde transformatiedoelen te gaan realiseren.

Indien er sprake is van gewijzigde omstandigheden (aantallen jeugdigen in zorg of beschikbaar budget), leidt dat ook tot aanpassing van de verderop in dit document genoemde bandbreedtes.

Het arrangement heeft betrekking op alle cliënten die op 31 december 2014 in zorg zijn en cliënten die op die datum een aanspraak op zorg hebben. Daarnaast heeft het arrangement betrekking op de afspraken over de bandbreedtes die worden gehanteerd in 2014, 2015 en 2016 voor de afzonderlijke zorgdomeinen. Daarmee betreft het arrangement de afspraak dat alle jeugdigen die in 2015 en 2016 zorg nodig hebben, ook daadwerkelijk die passende zorg geboden krijgen. De professionele verwijzing zal vanaf 2015 onder gemeentelijke verantwoordelijkheid plaatsvinden. Met de huisartsen c.s. zal worden vastgelegd op welke manier zij hun rol als verwijzer gaan invullen, aansluitend op de nieuwe wetgeving en budgettaire verantwoordelijkheid van gemeenten.

Het arrangement is bestuurlijk vastgesteld door alle besturen van de genoemde zorgaanbieders (de afzonderlijke vrijgevestigde klinisch kinder- en jeugdpsycholoog en orthopedagoog hebben op persoonlijke titel ondertekend), het college van Gedeputeerde Staten van Drenthe en de colleges van burgemeester en wethouders van alle twaalf Drentse gemeenten.

Het arrangemente is geldig onder de volgende voorbehouden:

- Goedkeuring van de afzonderlijke gemeenteraden. De transitiearrangementen geven een voornemen om bepaalde budgetten te alloceren. De allocatiefunctie is een verantwoordelijkheid van de afzonderlijke gemeenteraden.
- Het daadwerkelijk inwerkingtreden van de Jeugdwet. Het is een bestuurlijk voornemen dat de Jeugdwet op 1 januari 2015 wordt aangenomen, op basis van het voorstel zoals dat nu voorligt. Wij maken het voorbehoud dat het arrangemente geldt voor zover voorstel van Wet zoals dat nu voorligt, niet op relevante onderdelen wordt aangepast.
- Concrete duiding op landelijk niveau van de doelgroep die onder de werking van de romp AWBZ gaat vallen en de doelgroep die onder de werking van de Jeugdwet gaat vallen; in het regionale transitiearrangemente is uitgegaan van de verwachtingen die in augustus 2013 bestaan.
- De afspraken met betrekking tot JB en JR worden gemaakt onder voorbehoud van certificering van de op te richten instelling.
- De afspraken met aanbieders van jeugdzorg worden gemaakt onder voorbehoud dat deze aanbieders voldoen aan die kwaliteitseisen in de jeugdwet en AMvB die op voorhand toetsbaar zijn. Het gaat er om dat aanbieders voorzien in een effectieve en laagdrempelige klachtenbehandeling, medezeggenschap, systematische kwaliteitsbewaking en in een meldcode voor huiselijk geweld en kindermishandeling.

Status

Het regionale transitiearrangemente is zoals gezegd geen vrijblijvend document. Partners zijn gebonden aan de gemaakte afspraken. Daarbij geldt dat de concretisering van de gemaakte (financiële) afspraken mede afhankelijk is van:

- De mate waarin de gestelde transformatiedoelen worden gerealiseerd.
- Het uiteindelijke budgettaire volume dat gemeenten beschikbaar gesteld krijgen voor de jeugdzorg in relatie tot aannames van nu (€ 108 M);
- Het uiteindelijke aantal cliënten in zorg in relatie tot de aantallen van nu;
- De betaalbaarheid van de door de zorgaanbieders in 2015 en latere jaren gehanteerde trajectprijzen;

Evaluatiemomenten en – criteria

Gemeenten hebben als onderdeel van het regionaal transitiearrangemente afspraken gemaakt over het opmaken van de tussentijdse stand van zaken met betrekking tot de gewenste transformatie van de jeugdzorg.

We leggen tussentijdse evaluatiemomenten vast in maart 2014, november 2014, maart 2015, november 2015 en juni 2016.

Die tussentijdse momenten bieden de gelegenheid om te bepalen of condities nog steeds actueel zijn en of ze wellicht als gevolg van ontwikkelingen bijgesteld dienen te worden. Ook wordt op die momenten bepaald of de transformatie voldoende op koers ligt. Indien de resultaten onvoldoende zijn, worden de afspraken die in dit regionale transitiearrangemente opgezegd en gaan gemeenten zich bezinnen op een andere manier om de gestelde transformatiedoelen te gaan realiseren.

Indien er sprake is van gewijzigde omstandigheden (aantallen jeugdigen in zorg of beschikbaar budget), leidt dat ook tot aanpassing van de verderop in dit document genoemde bandbreedtes.

Hieronder geven we evaluatiecriteria aan die in ieder geval gehanteerd zullen worden; in het op te stellen transformatieplan worden de criteria aangescherpt en aangevuld. Het is namelijk ook van belang elementen te monitoren die te maken hebben de algemene doelstellingen van de transformatie. Het gaat bij de evaluatie in ieder geval, naast de condities (budget en bandbreedtes), om drie elementen die periodiek gezien worden:

1. In hoeverre is de gewenste transformatie daadwerkelijk effectief. Daarvoor gebruiken we zes elementen als indicator:
 - a. Het aantal jeugdigen in zorg;
 - b. De aard van de zorg die hen wordt geboden (kijkend naar interventieniveau);
 - c. De duur van de zorg (gemiddelde doorlooptijden)waarbinnen de benoemde doelen (opgesteld in samenwerking met de cliënt) zijn gerealiseerd.
 - d. De effectiviteit van de zorg (resultaatmeting inclusief cliënttevredenheid)
 - e. De mate waarin de jeugdige "recidive" laat zien in relatie tot de aangeboden interventie;
 - f. De mate waarin het aantal AMHK meldingen afneemt en wordt opgepakt door het voorliggende veld;
 - g. De mate waarin wordt voorkomen dat de jeugdige een "draaideurklant" wordt voor de zwaardere vormen van jeugdzorg.
2. In hoeverre er sprake is van een afname van het totale aantal jeugdigen in zorg. Daarvoor gebruiken we de registratie in Meetbaar Beter! als indicator. Het aantal jeugdigen uit de jeugdmonitor bepaalt ook het ter beschikking te stellen budget;
3. In hoeverre er sprake is van een toename van kortdurende interventies. Daarvoor gebruiken we per instelling de gemiddelde doorlooptijd als indicator. Via Meetbaar Beter! wordt deze gemiddelde doorlooptijd (per zorgvorm) gemonitord;

Om hun toekomstige positie invulling te geven, worden in de afspraken met zorgaanbieders prikkels om tot de transformatiedoelen te komen opgenomen. Over deze prikkels (en het voorkomen dat verkeerde prikkels worden ingebouwd) gaan gemeenten met zorgaanbieders in gesprek. Uiterlijk in april 2014 is een set afspraken over de te hanteren (financiële) prikkels opgesteld en vastgesteld door gemeenten. Gemeenten nemen het initiatief voor dit gesprek en gebruiken de voltallige expertgroep inkoop als platform voor nader overleg over de vast te leggen prikkels.

2014

In Drenthe kiezen we er voor om al in 2014 te starten met de transformatie; om die reden nemen wij aan dat al in 2014 zichtbare vorderingen worden behaald in de indicatiestelling door BJZ Drenthe en het CIZ (als het om jeugdigen gaat). Wij spreken af dat er al in 2014 bewegingen op gang zijn gebracht die passen bij de gewenste transformatie: goede analyse van de vraag via de preventieve dienstverlening, een niet organisatiegebonden indicatie (indicatie betreft slechts het noodzakelijke aanbod), zo licht mogelijk zorgaanbod dichtbij en aansluitend bij de eigen sociale context en maatwerkarrangementen.

Betrokkenheid van huisartsen bij die gewenste manier van werken, is essentieel. In de komende maanden verkennen wij de mogelijkheden om huisartsen te laten aansluiten bij de transformatie van de jeugdzorg. Op lokaal niveau zijn al goede ervaringen opgedaan; deze worden uitgebouwd.

De essentie van de transformatie zit in maatwerkarrangementen, die per cliënt c.q. gezinssysteem worden samengesteld en passen binnen de sluitende ketenjeugdzorg en uitgaan van het principe 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur.

Het uiteindelijke doel van de transformatie jeugdzorg is dat er (vroegtijdig) breder naar de vraag van de cliënt gekeken en geluisterd wordt en dat de integrale preventieve dienstverlening een groter deel van de totale zorgvraag op kan lossen. Dat wat nodig is voor de cliënt aan ondersteuning, hulp of behandeling, om zelfstandig te kunnen participeren in de samenleving, wordt in een voor die cliënt passend arrangement aangeboden. Zorgaanbieders en gemeenten werken de komende jaren aan het uitwerken van deze notie.

Zorgaanbieders leggen vast dat zij in 2014 en 2015 een inspanningsverplichting hebben om 4% van hun budget vrij te maken (in geld en/of mankracht) om in te zetten voor de versterking van de preventieve dienstverlening (het voorliggende veld³). Indien zorgaanbieders er voor kiezen (een deel van) deze inspanning in menskracht te laten plaatsvinden, zal vanaf 2016 alsnog een daadwerkelijke bezuiniging doorgevoerd worden tot het landelijke bezuinigingspercentage van 6% is bereikt.

Voor de versterking van de preventieve dienstverlening wordt voor 1 januari 2014 per subregio, een plan gemaakt in overleg met aanbieders vrij toegankelijke zorg en de zorgaanbieders uit het "niet vrij toegankelijke veld". Inzet bij het tot stand brengen van het gezamenlijke subregionale plan is om een optimale sluitende zorginfrastructuur in te gaan vullen waarbinnen maatwerkarrangementen een plek krijgen. Onderdeel van dat plan is hoe de versterking van de preventieve dienstverlening vorm krijgt, Het gaat erom, hoe de expertise van de zorgaanbieders uit het "niet vrij toegankelijke veld" wordt ingezet. Uitgangspunt is om de kennis en kunde van de preventieve dienstverlening kwalitatief te verbeteren en of en welke kennis (in taken of functies) aanvullend beschikbaar moet zijn in de lokale zorgstructuur. Daarbij wordt nadrukkelijk de relatie met andere transitieën gezocht en tot stand gebracht.

Gemeenten bepalen aan de hand van de vraag hoe de versterking van preventieve dienstverlening vorm moet krijgen. Gemeenten (colleges van burgemeester en wethouders) stellen het plan versterking van de preventieve dienstverlening, als subregionaal plan, vast.

³ Wij gebruiken de term voorliggende veld in dit regionale transitiearrangement niet meer: het refereert te veel aan het huidige aanbod. Wij gaan op zoek naar passende arrangementen en samenwerking.

Visie⁴

De kern van de transformatie is dat gemeenten en provincie in Drenthe, alle leefmilieus waarin kinderen zich bevinden met elkaar willen verbinden rond één samenhangende visie op opvoeden en samenleven.

Centraal binnen die visie staat het benutten en aanboren van de eigen mogelijkheden van de hulpvrager en diens sociale context.

Het doel van de transformatie is dat volwassenen binnen alle leefmilieus hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding nemen, zodat kinderen in Drenthe een optimale context voor opvoeden en opgroeien geboden wordt en onnodige problematisering en medicalisering van gedrag voorkomen wordt.

De uitwerking van Positief Opvoeden Drenthe (PoD) is één een specifiek Drentse en eigen invulling van preventie en lichte ondersteuning én de manier om intensieve hulp dichtbij te organiseren.

Ook het hanteren van de indeling in interventieniveaus (1 tot en met 8) is voor partners in Drenthe essentieel en leidend om tot een sluitende zorgketen te komen.

Deze Drentse eigenheid moet gewaarborgd worden, wordt verder uitgebouwd en wordt als basis gehanteerd voor de verdere inrichting van de jeugdzorgketen.

De visie voor de toekomstige jeugdzorg hebben gemeenten en provincie vastgelegd in het document "als jeugd en toekomst tellen".

De uitgangspunten die in deze visie zijn vastgelegd, zijn onverkort van toepassing op het regionale transitiearrangement.

Transformatie

Onze transformatiedoelen zijn:

- ▶ Passende en gerichte inzet van interventies, waarbij lichtere, kortdurende en gerichte interventies in eigen sociale context, waar mogelijk, zware, langdurende interventies buiten die eigen sociale context vervangen
- ▶ Vraaggericht werken (nog meer) inhoud geven:
 - Empowerment hulpvrager
 - Doelen hulpvrager staan centraal
 - Mogelijkheden sociale omgeving hulpvrager volledig benutten
- ▶ Hoogwaardige vroegtijdige onderkenning (signalering en 1^e diagnose)
 - Kwaliteitsverbetering in voorliggende veld en bij PoD interventies is voorwaarde
- ▶ Generalistische schakelpunten (voor inzetten zorg tot interventieniveau 4 en nabijhalen specialistische zorg)
- ▶ Specialistische schakelpunten die organisatie onafhankelijk werken en een multidisciplinaire samenstelling kennen:
 - Orthopedagoog
 - Jeugdarts
 - Jeugd en kinderpsychiater
 - Jeugdpsycholoog
 - Jeugdhulpverlener
 - Raad van de Kinderbescherming
- ▶ Één sluitende (**samenwerkende**) keten jeugdzorg voor alle jeugdigen (inclusief dwang en drang)

⁴ De visie over de toekomst van de jeugdzorg, is geschetst in het door alle gemeentebesturen in Drenthe vastgestelde document "Als jeugd en toekomst tellen".

- De vanuit de doelstelling van de cliënt belangrijke ondersteuning, hulp en/of behandeling is ten allen tijde, snel en zonder bureaucratische drempels, beschikbaar.
- Er wordt met een gezamenlijk, geïntegreerd, dynamisch, bindend plan per gezin gewerkt waarvoor een team verantwoordelijk is, waarvan een functionaris is aangewezen die als coördinator fungeert en waarin het behandeldoel duidelijk is aangegeven (1gezin, 1plan, 1regisseur)
- Zorgaanbieders zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor beschikbaarheid noodzakelijk ondersteuning, hulp en behandeling
- Zorgaanbieders zorgen samen voor het functioneren van het generalistische en specialistische verwijfsplatform

Toetsingskader

- Het grootste deel van de jeugdigen onder 19 jaar kan volstaan met een goed functionerend aanbod van interventies gericht op het eigen gezin en sociale omgeving en het 1^e en 2^e interventieniveau.
- Een beperkt deel van de totale jeugd (aanneمة uitgaande van de landelijk gepresenteerde prevalentiegegevens⁵ is dat het gaat om 11% van de jeugdigen) heeft behoefte aan ondersteuning vanaf het interventieniveau 3 tot en met 6. Omdat we uitgaan van een versterking van de preventie en lichte ondersteuning, zal het aantal zorgcontacten van jeugdigen binnen de intensievere ondersteuning afnemen.
- Het deel van de jeugdigen dat aangewezen is op wonen en hulp (dagbehandeling, residentiële opvang of jeugdzorg plus (interventieniveaus 7 en 8)) is (uitgaande van de prevalentiegegevens) 3,5%; die hulp moet gegarandeerd worden, maar kan kostenefficiënter worden georganiseerd.
- Voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking kan de noodzaak van chronische ondersteuning spelen; daarbij is dan sprake van hulp op verschillende interventieniveaus (3 – 5).

Uiteindelijk zal er in 2017 een situatie ontstaan dienen te zijn, waarin het aanbod aan jeugdzorg optimaal is afgestemd op de behoefte en vraag van de cliënt.

De andere jeugdzorg die dan is ontstaan, gaat er van uit dat door onderlinge elkaar versterkende samenwerking tussen de zorgaanbieders, de volgende hoofdpunten te herkennen zijn:

- ▶ Ondersteuning, hulp en behandeling binnen de samenhangende jeugdzorg keten is:
 - Aantoonbaar van toegevoegde waarde (bewezen effectief)
 - Verbonden aan de primaire leef- en opvoedmilieus
- ▶ Ondersteuning, hulp en behandeling is gericht op:
 - Kansen
 - Veiligheid en recht op evenwichtig opgroeien
 - Versterken van de sociale netwerken rondom de jeugdige (eigen kracht)
 - Vergroten van de handelingsbekwaamheid bij opvoedingsonmacht van pedagogische professionals (opvoeden versterken)
 - Duurzame oplossingen voor zorgvragen over jeugdigen (gezin centraal)
- ▶ Ondersteuning, hulp, behandeling en signalering zijn van hoge kwaliteit
 - Gaat uit van een analyse op alle relevante leefdomeinen (Movisie)
 - Maakt onderscheid in eenduidige en complexe problematiek
 - Bepaalt (relevante deskundigheid ingezet) wat passende ondersteuning, hulpverlening of behandeling is

⁵ We refereren aan de uitkomsten in het onderzoek "jeugdigen in zorg" van het SCP en Ceberon van juni 2013

- ▶ Het is belangrijk om als professionals, snel een gezamenlijk perspectief met hulpvrager en betrokken systeem vast te stellen over de ondersteuning aan de jeugdige en haar gezin (1gezin, 1 plan)
 - Opties daarbij zijn
 - Terugkeer naar of werken vanuit de eigen sociale context
 - Zelfstandig leven als jeugdige
 - Langdurige vrijwillige ondersteuning is noodzakelijk
 - Het gaat om chronische problematiek met bijbehorende ondersteuning
 - Het ondersteuningplan dat zo tot stand komt, moet een dynamisch karakter hebben

Het Drentse model

Jeugdzorg is er primair om jeugdigen te empoweren. Soms ook om problemen te beheersen, tijdig te herkennen en ze te behandelen. Door vroegtijdige en de goede interventies, kan escalatie van problematiek worden voorkomen en wordt een bijdrage geleverd aan het verminderen van de behoefte aan hulp en ondersteuning in de toekomst.

Wij zetten de beschikbare middelen zo in, dat de visie die in de paragraaf hiervoor is opgenomen, gerealiseerd wordt. Daartoe hebben we een model ontwikkeld.

Het model bestaat uit twee elementen: een inhoudelijk element en een financieel element.

Het inhoudelijke element

Bij het ontwikkelen van een verdeelmodel voor de middelen voor jeugdzorg binnen de Drentse Pilot Jeugd is het vertrekpunt dat we lichtere hulp willen, die dichterbij huis wordt aangeboden en die aansluit bij de eigen kracht van opvoeders en het gezinsysteem. Met het noemen van dit vertrekpunt, geven we aan dat alle betrokken zorgaanbieders (vrij toegankelijk en niet vrij toegankelijk) hun aandeel hebben in de transformatie die daarmee noodzakelijk is.

Binnen de Drentse Pilot Jeugd is aangegeven dat het een belangrijk doel van de pilot zou moeten zijn om de kosten van de huidige jeugdzorg te verminderen, zonder dat dit tot onacceptabel kwaliteitsverlies en wachtlijsten leidt.

Daarnaast is een doel om percentages van kinderen met serieuze opvoedproblematiek en jeugdigen in zware zorg, naar beneden te brengen, doordat de preventieve dienstverlening een groter deel van de totale zorgvraag op kan lossen. **Hierdoor komt budget beschikbaar vanuit de gespecialiseerde jeugdzorg, dat ingezet kan worden voor de preventieve dienstverlening.**

Daarmee worden deze percentages een maat voor de succesvolheid van de Drentse transformatie.

De eerste voorwaarde om de percentages te kunnen gebruiken als maat voor de succesvolheid van de Drentse transformatie, is dat altijd gevraagd gaat worden naar het gebruik van jeugdzorg in het afgelopen jaar. En dat dit gebruik meerjarig (tot de betreffende jeugdige 19 jaar is) wordt gevolgd. We beginnen met deze monitoring vanaf de ijkdatum 1 januari 2013.

Een belangrijk punt van zorg is namelijk dat de huidige meting zich richt op het zorggebruik in een bepaald jaar en dus niet een norm levert voor het zorggebruik van een populatie jeugd tijdens het gehele opgroeien.

Dit doet dus onmiddellijk de noodzaak voor een aanvullend standpunt ontstaan: hoe vaak mag hetzelfde gezin of dezelfde jongere gebruik maken van jeugdzorg tijdens zijn jeugd? En wat voor zorg zou dat dan mogen zijn?

Op basis van de praktijk trekken we de conclusie dat als een kind eenmaal gebruik gaat maken van jeugdzorg, er in de meeste gevallen sprake is van veelvuldig gebruik van deze voorzieningen.

Daarmee is het niet realistisch als doel te stellen dat jeugdigen na afname van jeugdzorg daarna nooit meer gebruik maken van jeugdzorg, maar zou het realistischer zijn als doel te stellen dat jeugdigen na afname van jeugdzorg, vaker voldoende hebben aan een (herhaalde) ondersteuning vanuit de generalistische jeugdzorg (PoD 3, PoD 4 en bijvoorbeeld eerstelijns psychiatrie).

Het doel is dan te voorkomen dat kinderen die eenmaal in de gespecialiseerde zorg terecht komen daar vervolgens ook steeds weer in terugkomen als dit niet strikt noodzakelijk is.

De zorgaanbieders committeren zich aan de noodzaak om een bonus/malus regeling te ontwikkelen in relatie tot een "succesvol" verloop van het handelingsplan en de recidive van een jeugdige.

Het is belangrijk om daarbij na te gaan welk paradigma centraal staat bij de transformatie van de jeugdzorg.

Het financiële element

Een ander vertrekpunt bij het ontwikkelen van een verdeelmodel voor de middelen voor jeugdzorg binnen de Drentse Pilot Jeugd is, dat de zorgaanbieders in Drenthe werken met uniforme (voor dezelfde interventies worden dezelfde prijzen gehanteerd) budgetten.

Zij komen op basis van die uniforme budgetten, in de loop van 2014 met voorstellen over trajectprijzen die gedifferentieerd zijn met behulp van de interventieniveaus die wij in Drenthe hanteren.

De bedoelde afspraken en te hanteren planning zijn onderdeel van het uiterlijk in april 2014 beschikbare transformatieplan jeugdzorg Drenthe.

Het vorenstaande houdt ook in dat er gezamenlijk onderzocht wordt, wat het specifieke karakter van een interventie is. Als het gaat om andersoortige interventies, worden ook andere budgetten gehanteerd.

Onderdeel van het transformatieplan jeugdzorg is dat de zorgaanbieders zich verbinden aan de afspraak dat zij volledig participeren in de transformatie en het op te stellen transformatieplan. De afzonderlijke instellingsbudgetten worden in 2015 en 2016 ingezet om de transformatie van de jeugdzorg te realiseren conform de uitgangspunten en criteria die onderdeel uitmaken van het genoemde transformatieplan.

Specifieke afspraken in relatie tot regionaal transitiearrangement

Toegangstaken

Voor de huidige toegangstaken van BJZ Drenthe wordt op dit moment, binnen de wettelijke kaders, op lokaal niveau in alle twaalf Drentse gemeenten geëxperimenteerd met het onderbrengen van die taken binnen de lokale infrastructuur.

Voor de toeleiding betekent dit dat er wordt gewerkt met twee schakelpunten, de eerste is het generalistische schakelpunt waar met de ouders gesproken wordt en waar nodig vrij toegankelijke zorg of consult wordt ingezet. Het tweede is een specialistisch schakelpunt (waar ook ouders en de jeugdige nadrukkelijk betrokken zijn) waar overstijgende expertise aanwezig is met een triagefunctie maar die ook voorziet in een kort consult of een gerichte diagnose.

Waar nodig ontvangen ouders ondersteuning bij hun hulpvraag. Deze vorm van uitvoeringscoördinatie of procescoördinatie, wordt ingezet vanuit het generalistische voorliggende veld (bijvoorbeeld wijkteam, jeugdverpleegkundige). Ook bij de inzet van specialistische zorg en/of een gezinsvoogd blijft deze ondersteuning vanuit het generalistische voorliggende veld bij het gezin. Uiterlijk op 1 januari 2015 zullen gemeenten in Drenthe de toeleiding- en casemanagementfunctie hebben belegd. Voor 2014 wordt daarvoor een overgangssituatie gecreëerd waarin het huidige BJZ kan afbouwen, overdragen en/of werkers overstappen.

JB/JR

In Noord-Nederland wordt onderzocht of de JB/JR-functie samengevoegd kan worden en zo aangeboden aan de provincies Friesland, Groningen en Drenthe. Bespreking zijn hierover gaande tussen de gemeenten in deze provincies en deze gemeenten hebben de bestuurders van de Bureaus Jeugdzorg gevraagd of zij een dergelijke organisatie willen en kunnen vormen. Gemeenten hebben een plan van eisen neergelegd en de bestuurders werken een voorstel uit. Verwachting is dat tenminste een samenwerking ontstaat tussen Drenthe en Groningen en de gemeenten in deze provincies JB en JR per 1 januari 2015 via deze organisatie afnemen.

AMK

In juni 2013 is een plan van aanpak voor de samenvoeging van het AMK (Bureau Jeugdzorg Drenthe) met het SHG (GGD Drenthe) onder verantwoordelijkheid van GGD Drenthe vastgesteld. In een aantal stappen wordt het betreffende organisatieonderdeel van BJZ ondergebracht bij de GGD. Tegelijkertijd worden werkprocessen, procedures en systemen vanaf mei 2013 samengevoegd tot een samenhangend AMHK. Vanaf 1 januari 2015 wordt het AMHK uitgevoerd door de organisatie GGD die zorg draagt voor borging in het voorliggende veld van de lokale gemeenten in Drenthe.

Gemeenten hebben niet de intentie om op het nu beschikbare budget (€ 1.700.000) te korten. **Het AMHK wordt gezien als achtervang in het gehele jeugdstelsel en juist bij de (huidige) groei van het aantal meldingen (door bijvoorbeeld wetgeving meldcode) is bezuinigen op voorhand risicovol.**

Gemeenten kunnen zich voor deze taaksoort geen wachtlijst permitteren; gemeenten vragen wel om te zoeken naar mogelijkheden om efficiënter te werken en het feit dat twee organisatieonderdelen worden samengevoegd ook budgettair te vertalen waardoor de verwachting is dat op termijn een taakstelling wel realiseerbaar is.

Het jonge kind

Vooruitlopend op de nadere uitwerking van dit voornemen, leggen de zorgaanbieders in Drenthe zich vast op de afspraak dat zij in de loop van 2014 gezamenlijk een integrale voorziening, gericht op kinderen tot vijf jaar met een ontwikkelingsachterstand, gaan opzetten waar over alle jeugdzorgdomeinen heen, een multidisciplinaire observatie, diagnostiek, hulpverlening en behandeling wordt geboden. Voor deze kinderen en hun ouders ontstaat daarmee één samenhangend zorgaanbod, aansluitend bij de nu in ontwikkeling zijnde totale zorginfrastructuur. Ook MEE Drenthe als participant in het experiment vroegtijdige onderkenning, wordt betrokken bij de uitwerking van de betreffende plannen. Dit voornemen loopt vooruit, maar zal ook moeten aansluiten op de verdere uitwerking van een sluitende keten jeugdzorg.

Pleegzorg

Via de bestaande constructie van hoofdaannemerschap, wordt op dit moment ook de verantwoordelijkheid voor het bieden van pleegzorg via Yorneo ingevuld. Aan die situatie wordt met de afspraken in het regionale transitiearrangement niets veranderd. Naast de pleegoudervergoedingen (€ 2.400.000), maakt ook het budget voor verblijf van jeugdigen in pleegzorg, onderdeel uit van het Yorneo ter beschikking staande budget. **Voor pleegzorgplaatsingen hanteren we geen maximumduur (ook niet in relatie tot de continuïteit van zorg).**

Wachtlijst cliënten

Met het in stand houden van de zorginfrastructuur zoals in dit regionale transitiearrangement is uitgewerkt, zorgen de gemeenten voor een voldoende toegeruste infrastructuur; ook cliënten die op 31 december 2014 hun indicatie niet hebben omgezet in een traject, kunnen die indicatie in de loop van 2015 daadwerkelijk omzetten in een traject. De bij het transitiearrangement betrokken zorgaanbieders geven de garantie dat er in 2015 en 2016 geen wachtlijsten zijn langer dan de wettelijke maximum termijn van 9 weken.

Andere zorgarrangementen

In het op te stellen transformatieplan (april 2014) wordt ook aangegeven welk budget wordt ingezet voor andere zorgarrangementen.

Spoedopvang

De zorgaanbieders in Drenthe zullen, als onderdeel van het op te stellen transformatieplan, aangegeven op welke manier vanaf 2015 invulling wordt gegeven aan noodzakelijke spoedopvang (ambulant en verblijf) en op welke wijze deze aansluit bij de vraag vanuit het lokale veld.

Continuïteit van zorg

Aantallen en cijfers

Drentse cijfers

In deze paragraaf worden aantallen jeugdigen in zorg genoemd; het gaat daarbij om aantallen waarvan op dit moment wordt aangenomen dat ze weergeven hoeveel jeugdigen in zorg zijn.

Of de aantallen die genoemd zijn, ook juist zijn, is niet te zeggen. Zorgaanbieders nemen voor hun rekening dat hun eigen cliëntadministraties uiterlijk per 1 maart 2014 zodanig op orde zijn, dat er wel gegevens te destilleren zijn over aantallen jeugdigen in zorg, het betreffende zorgaanbod⁶ en de kosten van dat zorgaanbod.

Omdat de uitkomsten van het op 20 augustus 2013 georganiseerde factlab ons geen inzicht geven in betrouwbare gegevens over jeugdigen in zorg, hebben we gebruik gemaakt van de eigen Drentse jeugdmonitor Meetbaar beter! en de begin augustus 2013 bekend gemaakte Vektis gegevens over jeugdigen die in 2011 via de ziektekostenverzekeringwet aanspraak hadden op jeugdzorg dan wel in 2012 via de AWBZ.

Daarnaast hebben we de uitkomsten uit de CBS jeugdmonitor (gegevens van 2010 en 2011) gebruikt en indien daaruit onvoldoende informatie te halen was, hebben we soms instellingen zelf rechtstreeks gevraagd naar aantallen jeugdigen in zorg (voor het gehele subsidiejaar 2012)

Onze voorlopige inschatting is dat we in de loop van een jaar (situatie 2012 als uitgangspunt genomen) in Drenthe, ongeveer 17.750 jeugdigen in zorg hebben. Dat is afgezet tegen het totale aantal jeugdigen in onze provincie 17,12%. Gebaseerd op landelijke prevalentiegegevens⁷ zou verwacht mogen worden dat 13,49% van de jeugdigen daadwerkelijk "in zorg" zouden zijn.

Uitgaande van een vergelijking van beide percentages over 2012, gaat het om bijna 3800 jeugdigen die wel zorg ontvangen. Wij benadrukken dat deze afwijkende uitkomst, te maken heeft met het feit dat Drenthe van oudsher een zorginfrastructuur kent die ook jeugdigen uit andere regio's opvang biedt. Jeugdigen die nu nog als Drentse inwoners worden gezien, zullen als het woonplaatsbeginsel (nieuwe Jeugdwet) wordt geëffectueerd, wellicht voor rekening van gemeenten buiten onze regio komen. Lukt dat niet volledig dan zal Drenthe een beroep doen op een groter aandeel van het macrobudget jeugdzorg.

⁶ Tot het zorgaanbod rekenen we bijvoorbeeld ook de dyslexiezorg die nu nog via de ZvW beschikbaar komt.

⁷ Hiervoor hebben we gebruik gemaakt van de in juni 2013 verschenen rapportage van het SCP en Ceberon over de historische verdeling van de middelen jeugdzorg.

Het indicatieve aantal en de verdeling van deze jeugdigen over de verschillende domeinen, ziet er als volgt uit:

herkomst cijfers	aantal	domein	landelijk prevalenties
MB!	680	JB	1.367
	360	JR	487
	202	spoedopvang jeugdhulp, 127 ambulante en 75 verblijf	
	457	pleegzorg	539
		verblijf	
SCP	457	begrotingsgefinancierd	456
	275	ABWZ/GGZ	218
	382	AWBZ/LVG	
	119	GGZ	114
	83	Jeugdzorg plus	52
	149	dagbehandeling (Yorneo)	
		ambulant	
	1.453	begrotingsgefinancierd	932
	1.839	GGZ 1e lijn	1.792
CBS	8.165	GGZ 2e lijn	5.801
Vektis	3.117	LVG/GGZ	2.217
totaal	17.738		13.975
	693	AMK meldingen	849
	1.668	meldingen BJZ	1.657
totaal	2.361		2.506

We hebben met de zorgaanbieders afgesproken, dat de Drentse jeugdmonitor Meetbaar Beter! de plaats is waar alle gegevens over jeugdigen in zorg worden verzameld. Vanaf 2014 is ook de sector LVG opgenomen in Meetbaar Beter!.

Aan de cijfers die we hanteren, kennen we geen absolute waarde toe; het gaat om een eerste indicatie van aantallen jeugdigen in zorg. We gebruiken de monitoring van de toekomstige cijfers om te kunnen bepalen of de met de transitie beoogde ontwikkelingen zich ook daadwerkelijk voordoen.

Financiële bandbreedtes (per domein)

In deze paragraaf worden budgetten genoemd; het gaat daarbij om budgetten waarvan op dit moment wordt aangenomen dat ze weergeven hoeveel budget gemeenten via de doeluitkering sociaal beleid onderdeel jeugdzorg gaan ontvangen vanaf 2015.

Of de budgetten die genoemd zijn, ook juist zijn, is niet te zeggen. Gemeenten zorgen er voor dat de goede budgetten uiterlijk in mei 2014 bekend zijn. Zorgaanbieders maken de afspraken in dit zorgarrangement onder voorwaarde dat er budgetten beschikbaar komen die overeenkomen met de huidige budgetten. Op die budgetten worden de genoemde bezuinigingen doorgevoerd. Indien de beschikbare budgetten niet overeenkomen, dan worden in het transformatieplan afspraken gemaakt die de afspraken uit het regionale transitiearrangement vervangen.

Bepalend voor de effectuering van de onderstaande afspraken is uiteindelijk de daadwerkelijke zorg die wordt verleend. De werkelijke zorgconsumptie zal binnen de genoemde bandbreedtes dienen plaats te vinden.

Afspraken

Innovatiebudget

De zorgaanbieders verbinden zich aan de afspraak dat zij zich ook in 2015 en 2016 inzetten voor het realiseren van de in dit regionale transitiearrangement genoemde transformatiedoelen. De transformatiedoelen worden hiermee gedurende de doorlooptijd van het regionale transitiearrangement gerealiseerd. Voor 2014 zullen zorgaanbieders de mogelijkheden die de huidige financiers hen bieden om tot de bedoelde transformatie over te gaan zo veel als mogelijk is benutten. Met Achmea worden, binnen de afzonderlijke productieafspraken, afspraken gemaakt over de invulling van het speerpunt "preventie" zoals deze zorgverzekeraar die kent.

Continuïteit van zorg

De zorgaanbieders in Drenthe zullen alle jeugdigen in 2015 en 2016 ondersteuning, hulp of behandeling geven binnen het beschikbare budget. De gerealiseerde transformatie (die zou moeten leiden tot minder jeugdigen in zorg via een professionele verwijzing of tot korter durende trajecten) zal consequenties moeten hebben voor de aantallen jeugdigen in zorg per interventieniveau: die consequenties gaan we volgen via Meetbaar Beter! zoals we in de paragraaf "Drents model" eerder in dit regionale transitiearrangement al aangegeven hebben. De verdeling van middelen zal aan de resultaten van de transformatie worden gekoppeld.

Uitvoeringskosten

Gemeenten reserveren vanaf 2015 3% van het beschikbare budget voor de uitvoeringskosten waarmee zij geconfronteerd worden. Tot de uitvoeringskosten wordt ook de instandhouding van de Drentse jeugdmonitor Meetbaar beter! gerekend en de kosten die gemoeid zijn met het gezamenlijk optrekken bij de inkoop van jeugdzorg.

Positief Opgroeien Drenthe

De werkwijze Positief Opgroeien Drenthe is het fundament voor de toekomstige jeugdzorgketen in Drenthe en het fundament voor onze verwachting dat er met minder budget gezorgd kan worden voor adequate zorg voor jeugdigen. Essentieel uitgangspunt is dat met het hanteren van de PoD werkwijze, de kwaliteit van

preventieve dienstverlening (preventie, signalering en 1^e diagnosestelling) toeneemt, maar met name dat een effectieve aanpak wordt gehanteerd. Om die reden reserveren we vanaf 2015, structureel 2% van het totale budget voor de uitrol van PoD in het voorliggende veld. De stuurgroep PoD is verantwoordelijk voor die uitrol.

Versterking preventieve dienstverlening

In 2014 en 2015 wordt eenmalig budget (4% van het totale budget per jaar) vrijgemaakt en ingezet voor de versterking van de preventieve dienstverlening. Voor deze versterking stellen partners voor 1 januari 2014 per subregio, een plan op, waarbij gemeenten, afhankelijk van de vraag in hun gebied, uiteindelijk de vorm en inhoud van die versterking bepalen.

De partners die in 2014 hun bijdrage niet in klinkende munt beschikbaar stellen, krijgen de korting alsnog in 2016 (zie tabel pag. 26). Overigens is de genoemde 4% onderdeel van de algemene budgetkorting van 2016 (het resterende aandeel van 2% wordt in 2016 aanvullend gekort).

Lokaal budget

Gemeenten willen de gelegenheid hebben om ook in 2015 en 2016 lokale accenten te stellen; met de zorgaanbieders worden daarover afspraken gemaakt op het moment dat er daadwerkelijke inkoopverplichtingen worden aangegaan.

Domeinen

De onderstaande verdeling in bandbreedtes, is gebaseerd op de gegevens die in de meicirculaire van 2013 zijn opgenomen. Wij hanteren in eerste aanleg zes domeinen: jeugd-GGZ (ziekttekostenverzekering) jeugd LVB (AWBZ; onderverdeeld in zorgaanbod zonder verblijf en zorgaanbod met verblijf), jeugdzorg plus, JB/JR en begrotingsgefinancierde jeugdzorg.

Wij maken bij de budgetverdeling vooraf twee kanttekeningen. De eerste is dat de in de meicirculaire genoemde budgetten onvoldoende rekening houden met het in de Jeugdwet opgenomen woonplaatsbeginsel.

De tweede kanttekening betreft het feit dat aannemelijk is dat het objectieve verdeelmodel negatief uitvalt voor de gemeenten in de provincie Drenthe.

Beide kanttekeningen zullen er toe leiden dat de definitieve budgetten die via de meicirculaire 2014 beschikbaar worden gesteld, afwijken van de budgetten die hierna in de tabel zijn genoemd.

In de tabel is de incidentele korting van 2014 of 2015 niet verwerkt; of dat kan is afhankelijk van de afspraken die in het kader van het plan versterking voorliggende veld worden gemaakt. Op pagina 7 van het RTA is de onderstaande tabel (daar met toelichting) opgenomen:

	Incidentele korting	Structurele regionale korting	Structurele landelijke korting	Beschikbaar voor zorgaanbieders (2014 =100)
2015	4%	5%	5%	86
2016			6%	84
2017			4%	80

	totaal budget meicirculaire 2013	jeudzorg ziekttekostenverzekering	jeugdzorg zonder verblijf AWBZ	jeugdzorg verblijf AWBZ	begrotingsgefinancierde jeugdzorg	jeugdzorg plus	JB/JR
Totale meicirculaire 2013 (= indicatie 2015)	107.513.496	22.747.617	23.715.216	6.858.183	37.848.204	5.928.804	10.415.467
versterking voorliggend veld (2%)	2.150.270	454.952	474.304	137.164	756.964	118.576	208.309
uitvoeringskosten (3%)	3.225.405	682.429	711.456	205.745	1.135.446	177.864	312.464
budget 2015	102.137.821	21.610.236	22.529.455	6.515.274	35.955.794	5.632.364	9.894.694
ombuiging 2016 (6%)	6.128.269	1.296.614	1.351.767	390.916	2.157.348	337.942	593.682
budget 2016	96.009.552	20.313.622	21.177.688	6.124.357	33.798.446	5.294.422	9.301.012
ombuiging 2017 (4%)	3.840.382	812.545	847.108	244.974	1.351.938	211.777	372.040
budget 2017	92.169.170	19.501.077	20.330.580	5.879.383	32.446.508	5.082.645	8.928.972

De in de bovenstaande tabel verwerkte gegevens, hebben we vergeleken met de ons bekende gegevens over werkelijk zorggebruik.

In 2012 werd in totaal⁸ voor € 34.400.000 AWBZ zorg ingekocht t.b.v. jeugdigen tot 19 jaar, via Persoonsgebonden budgetten. Dit bedrag ligt hoger dan het totale AWBZ deel in de meicirculaire.

Het volume voor de PGB's moet op grond van landelijke afspraken worden teruggedrongen; er zal echter wel een mogelijkheid om PGB's te verstrekken blijven bestaan in het regiem van de Jeugdwet.

Gemeenten en zorgaanbieders spreken in het transformatieplan af op welke manier zij dat zij streven naar een stapsgewijze vermindering van het PGB volume binnen de totale kosten van de jeugdzorg, in gaan vullen.

In 2011 werd (wederom gebaseerd op de Vektisgegevens van augustus 2013) voor € 32.200.000 uitgekeerd via de Ziektekostenverzekeringswet t.b.v. jeugdigen uit Drenthe. Ook dit bedrag is veel hoger dan het aandeel van het Zvw deel in de meicirculaire.

De volgende tabel laat zien hoe de verdeling van het beschikbare budget er op basis van de jaarrekeningen 2012 uit zou zien. De budgetten die voor de vrijgevestigden zijn opgenomen, zijn ramingen, die niet gebaseerd zijn op een optelsom van jaarrekeningen of aangiften.

Uit de tabel komt naar voren dat de gegevens die gebruikt zijn voor het berekenen van de meicirculaire, onvolledig zijn.

⁸ Gebaseerd op de in augustus 2013 gepresenteerde Vektisgegevens

	ZvW	AWBZ	begroting	totaal
Accare	13.105.000	5.880.000		18.985.000
Ambiq	91.000	8.903.000		8.994.000
BJZ Drenthe			4.655.000	4.655.000
AMK			1.700.000	1.700.000
JB			1.400.000	1.400.000
JR			4.800.000	4.800.000
GGZ-Drenthe	8.012.000			8.012.000
LWI'en			1.466.000	1.466.000
Promens Care		17.758.896		17.758.896
de Trans		1.795.000		1.795.000
Vrijgevestigden	14.000.000	21.000.000		35.000.000
Wilster			6.482.906	6.482.906
Yorneo	4.240.000	1.550.000	18.840.000	24.630.000
pleegzorg			6.920.000	6.920.000
Totalen	39.448.000	56.886.896	46.263.906	142.598.802
Vektisgegevens	32.189.875	48.060.732		
meicirculaire	22.561.504	30.573.399	54.192.475	107.327.378

Al met al is de financiële basis waarop partners nu afspraken willen maken in dit regionale transitiearrangement, wankel. Op dit moment kiezen we er toch voor om de bedragen die genoemd zijn in de meicirculaire 2013 als uitgangspunt te nemen. We houden er echter wel rekening mee dat de bedragen zullen wijzigen; bij de tussentijdse evaluatie van november 2014 zullen we in onderling overleg bepalen welke aanpassingen in de budgetverdeling gaan plaatsvinden. Dit gebaseerd op de bedragen die gemeenten via de meicirculaire 2014 beschikbaar krijgen.

In de onderstaande tabel zijn de bandbreedtes aangegeven die gebaseerd zijn op de budgettaire kaders die bepaald zijn op basis van de meicirculaire 2013. Onderdeel van de genoemde budgetten zijn de afspraken in landelijke arrangementen, bovenregionale arrangementen en die, die uiteindelijk in het transformatieplan worden opgenomen (budgetruimte voor nieuwe aanbieders bijvoorbeeld).

	2015	2016	2017
Ziektekostenverzekering	21.500.000	20.500.000	19.000.000
subbudget vrijgevestigden	PM	PM	PM
AWBZ zonder verblijf	22.500.000	21.000.000	20.000.000
subbudget PGB	PM	PM	PM
AWBZ met verblijf	6.500.000	6.000.000	6.000.000
subbudget PGB	PM	PM	PM
begrotingsgefinancierd	25.300.000	23.800.000	22.300.000
subbudget pleegzorg	9.000.000	8.500.000	8.000.000
subbudget AMK	1.700.000	1.700.000	1.700.000
jeugd zorg plus	5.500.000	5.500.000	5.000.000
JB/JR	10.000.000	9.500.000	9.000.000
	102.000.000	96.500.000	91.000.000

De zorgaanbieders zien op dit moment af van een verdere verdeling van de genoemde deelbudgetten naar individuele organisaties en instellingen omdat dit niet past bij het gezamenlijk geformuleerde doel van de transformatie van de jeugdzorg in Drenthe. De transformatie zal immers in moeten houden dat alle elementen uit de hierna uitgewerkte samenhangende geïntegreerde jeugdzorgketen beschikbaar zijn, maar in steeds wisselende, bij de cliëntsituatie passende samenstelling.

Zoals al vaker gezegd is in dit arrangement, wordt deze doelstelling uitgewerkt in een transformatieplan dat door zorgaanbieders en gemeenten gezamenlijk wordt opgesteld. Gemeenten houden de regie in dit proces en zijn opdrachtgever en financier.

De nadere duiding van budgetten per instelling, maakt onderdeel uit van het in april 2014 op te stellen transformatieplan.

Transformatieplan

Het hiervoor meerdere malen genoemde transformatieplan, is een belangrijk document voor onze regio. In dat transformatieplan wordt dit RTA verder uitgewerkt. Het transformatieplan borduurt voort op dit RTA; er worden onderwerpen verder uitgewerkt en geconcretiseerd. Over continuïteit van zorg, over de zorginfrastructuur, maar ook over concrete budgetten die per aanbieder beschikbaar zijn de komende jaren, maken gemeenten en zorgaanbieders afspraken in het transformatieplan.

Gemeenten (colleges van burgemeester en wethouders) stellen het regionale (en bovenregionale) transformatieplan vast op basis van de overeenstemming die bereikt is over de inhoud van het transformatieplan.

De noodzakelijke zorginfrastructuur (een samenhangende geïntegreerde jeugdzorgketen)

Een van de uitgangspunten in de Drentse visie is dat lokaal wordt geregeld wat lokaal kan worden geregeld. Daarom zal binnen de zorginfrastructuur ruimte zijn om lokale en subregionale accenten te leggen; de zorgaanbieders onderschrijven het belang van lokale kleuring van hun aanbod.

Afspraken die gemaakt worden in het landelijke transitiearrangement, zijn onverkort van toepassing naast de afspraken die in dit regionale transitiearrangement zijn vastgesteld. Het resultaat van de landelijke afspraken is een 'raamovereenkomst' tussen gemeenten en aanbieders van jeugdzorg gericht op de specifieke functie die de raamovereenkomst betreft. De raamovereenkomst beschrijft de rechten en plichten tussen de gemeenten en aanbieders.

Binnen de kaders van deze raamovereenkomst kunnen individuele regionale samenwerkingsverbanden of individuele gemeenten de zorg 'afroepen' overeenkomstig de in de overeenkomst gestelde voorwaarden.

Over bovenregionale functies hebben de regio's Friesland, Groningen en Drenthe gezamenlijke afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn opgenomen in de paragraaf "bovenregionale functies" in dit transitiearrangement. De budgetten die gekoppeld zijn aan de afspraken over bovenregionale functies, maken onderdeel uit van de bandbreedtes die per jeugdzorgdomein zijn genoemd.

Vooraf

Wij benadrukken dat de signalering in het zogenoemde "voorliggende veld" (interventieniveaus 1, 2 en 3), van een zodanig niveau moet worden, dat adequate ondersteuning, hulp en behandeling tijdig (dus soms ook direct aan het begin van de contacten al intensieve gespecialiseerde interventies) en passend beschikbaar komt en niet onnodig lang wordt gegeven. Voor ons geldt dat die adequate ondersteuning invullen, voor alle interventies binnen de jeugdzorgketen, een centrale opdracht is.

De zorgaanbieders spreken af om, vanaf 1 januari 2014, de hulpvragen duidelijker onder te verdelen en daar een passende aanpak bij te formuleren.

Soms is er enkelvoudige problematiek die prima door een werker opgepakt kan worden; soms is er meervoudige problematiek waarvoor (één of) meerdere samenwerkende specialismen ingezet dienen te worden. Soms kan ook "een specialist" enkelvoudige problematiek oplossen, indien en omdat zo, snel naar een oplossing wordt toegewerkt. Soms vraagt problematiek in een gezin om meerhandige ondersteuning, soms is enkelhandige ondersteuning veel beter.

De wens om snel een passende aanpak te duiden, legt nadruk op een goede probleemanalyse van de hulpvraag (met het doel van de interventies expliciet benoemd) en een brede analyse (alle leefdomeinen), in een zo vroeg mogelijk stadium van het contact van een jeugdige met een werker uit de jeugdzorgketen. Deze werker moet in staat zijn deze analyse goed te maken c.q. anderen tijdig in te schakelen om tot een goede analyse te komen.

De versterking van het voorliggende veld houdt o.a. in dat gemeenten gaan sturen op de noodzakelijke training, scholing van de werkers in het voorliggende veld en op het nakomen van afspraken over de kwaliteit van de interventies via hun opdrachtgeverrol. Daartoe wordt per subregio een plan opgesteld om het "voorliggende veld" te versterken.

Dit plan is uiterlijk medio december klaar en vastgesteld door de betreffende colleges en directies van de CJG kernpartners.

De samenhangende keten

Bij het bepalen van de gewenste aanpak gaat het niet alleen om te sturen op vermindering van de aantallen jeugdigen die gebruik maken van gespecialiseerde zorg/interventies, maar vooral om te sturen dat de juiste diagnose en de juiste zorg op het juiste moment worden geboden, op het verkorten van deze zorg/interventie zodat er weer zorg van interventieniveaus 3-4 mogelijk is. Dat is een verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en met name van de individuele werkers binnen de keten. De partners die dit regionale transitiearrangement ondertekenen, zullen in hun personeelsbeleid nadrukkelijk aandacht besteden aan de andere eisen die gesteld worden aan kennis en kunde van de betrokken professionals.

Kort samengevat ziet de toekomstige zorginfrastructuur er uit zoals hierna wordt uitgewerkt. De essentie van de transformatie zit in maatwerkarrangementen, die per cliënt worden samengesteld en passen binnen de sluitende ketenjeugdzorg. Het uiteindelijke doel van de transformatie jeugdzorg is dat er (vroegtijdig) breder naar de vraag van de cliënt gekeken en geluisterd wordt en dat de preventieve dienstverlening een groter deel van de totale zorgvraag op kan lossen. De gezamenlijke inzet van alle partners (zowel in het vrij toegankelijke als in het niet vrij toegankelijke deel van de jeugdzorg), krijgt vorm in twee onderling samenhangende plannen: de versterking van de preventieve dienstverlening (januari 2014) en het transformatieplan (april 2014).

Dat wat nodig is voor de cliënt of cliëntsysteem aan ondersteuning, hulp of behandeling, om zelfstandig te kunnen participeren in de samenleving, wordt in een voor die cliënt passend arrangement aangeboden.

De keten ziet er als volgt uit:

Vrij toegankelijke ondersteuning: het groene gedeelte van de jeugdzorg.

In het vrij toegankelijke deel van de ondersteuning (gericht op ondersteuning van de primaire opvoed- en opvoedcontext), zijn naast algemene voorlichting (interventieniveau 1) en gerichte training en voorlichting (interventieniveau 2), ook kortdurende interventies (tot zes contactmomenten), geïndiceerde preventie en adviesgesprekken (interventieniveau 3) beschikbaar. Specifiek voor de VG sector zijn in dit onderdeel van de jeugdzorgketen, ook integrale vroeghulp (interventieniveau 3) en specialistische buitenschoolse opvang (interventieniveau 2) beschikbaar.

Tussen het vrij toegankelijke deel van de ondersteuning en het aanvullende deel met behandeling, wordt de generalistische hulpverlening (interventieniveau 4) gepositioneerd. Deze hulpverlening betreft interventies tot 12 gesprekken.

Via verwijzing beschikbare behandeling en hulpverlening: *het gele (ambulante) en rode deel van de jeugdzorg.*

Tot de ambulante behandeling en hulpverlening (aanvullend op de sociale context en gericht op aandoeningen en beperkingen van cliënt) rekenen we tal van professionele interventies; deze hebben als overeenkomstig kenmerk dat de cliënt en het betreffende

systeem tussen de twaalf (interventieniveau 5) en meer dan 24 contactmomenten (interventieniveau 6) heeft/hebben met de betreffende hulpverlener/behandelaar(s).

Ook de "samengestelde FACT teams" en vergelijkbare platforms voor multidisciplinaire behandeling, rekenen we tot de ambulante behandeling/hulpverlening; de betreffende interventie kan ook hogere interventieniveaus betreffen.

Tot het interventieniveau 5 worden ook Jeugdbescherming en – reclassering en het AMK gerekend.

Tot zorg overdag (interventieniveau 7) rekenen we dagbehandeling. Voor het VG domein is dagbesteding een specifieke functies binnen dit interventieniveau. In het GGZ domein in "bed op recept" een specifieke functie.

Tot verblijf (interventieniveau 8) rekenen we (zeer) intensieve behandeling, de BOPZ plaatsen, spoedopvang (en daarbij zouden we ook de vrouwenopvang willen betrekken), jeugdzorg plus, de pleegzorg en langdurig of kortdurig verblijf. Voor het VG domein zijn logeeropvang en verblijf met behandeling (langdurig chronische verblijf) een specifiek zorgaanbod.

Weergegeven in een afbeelding, ziet de toekomstige zorginfrastructuur er als volgt uit; de essentie zit in het feit dat er in de toekomst, uit de diverse bestanddelen, maatwerk arrangementen per cliënt worden samengesteld:

De Drentse jeugdzorgketen



De gemeenten

Budget (per gemeente)

Gemeenten zullen dit regionale transitie arrangement de komende periode samen met de zorgaanbieders uitwerken en concretiseren. Voor gemeenten geldt dat zij hun opdrachtgeverrol zullen invullen en in de loop van 2014 tot daadwerkelijke aanbesteding en inkoop van jeugdzorgarrangementen zullen overgaan.

De afspraken die in dit regionale transitiearrangement zijn gemaakt over bandbreedtes per jeugdzorgdomein en de inhoud van de sluitende jeugdzorgketen, zijn bij de inkoop uitgangspunt van handelen. Dat geldt niet als de situaties die hiervoor zijn genoemd zich voordoen (ander budget, andere aantallen jeugdigen in zorg en onbetaalbare trajectprijzen).

Indien er sprake is van gewijzigde omstandigheden (aantallen jeugdigen in zorg of beschikbaar budget), leidt dat ook tot aanpassing van de hiervoor in dit document genoemde bandbreedtes.

Wij hechten er aan om aan te geven dat het regionale transitiearrangement geen inkoopdocument is en ook geen volledige omschrijving van een mogelijk bestek bevat.

Inkoopbeleid

Omdat dit transitiearrangement een grotere reikwijdte heeft dan uitsluitend de genoemde zorgcontinuïteit, is het geldende aanbestedingsbeleid van toepassing. Gemeenten zullen gezamenlijk hun inkoopstrategie bepalen voor de komende jaren; het is daarbij zoeken naar een goede en verstandige aanpak in relatie tot de geldende regelgeving en zorgvuldigheid.

Wij hebben het concept regionale transitiearrangement vrijgegeven voor inspraak. Daarmee is een transparante procedure gevolgd. Alle zorgaanbieders zijn (direct of indirect) betrokken geweest bij het opstellen van dit regionale transitiearrangement.

Samenwerking tussen gemeenten

Gemeenten gaan voor de implementatie van afspraken in dit regionale transitiearrangement samenwerken.

Hieronder is aangeven voor welk zorgaanbod, gemeenten op welk niveau gaan samenwerken.

Wat	Lokaal	Subregionaal	Regionaal	Bovenregionaal
JB/JR				X
AMK			X	
Jeugdzorg +				X
J-GGZ			X	
Vrijgevestigde	X			
J-LVB			X	
Jeugdhulp			X	
Generalistische hulpverlening		X		
ZIB, BOPZ				X
Top klinische zorg				X
PGB's	X			

Voor de regionale en bovenregionale samenwerking gaan de Drentse gemeenten na op welke wijze zij die samenwerking gaan invullen en concretiseren.

Gemeenten zullen onderling overleg vaststellen welke consequenties (bonus/malus regeling) zij willen verbinden aan de uitkomsten van de monitoring van het verwijsgedrag van individuele gemeenten.

Fricatiekosten

Het gaat in deze paragraaf om een duiding van mogelijke frictiekosten als gevolg van het regionale transitiearrangement.

We hanteren de aanname dat een omzetsdaling, een evenredig percentageel gevolg heeft voor het personeelsbestand en de huisvestingsbehoefte.

Het duiden van de omvang van de frictiekosten in het regionale transitiearrangement bindt gemeenten niet voor de oplossing van de frictiekosten.

De frictiekosten beperken zich tot

- De kosten van een eventueel sociaal plan
- De kosten die gepaard gaan met voortijdig beëindigen van huurovereenkomsten
- De kosten die gepaard gaan met afschrijving en in stand houden van overbodige gebouwen (maximaal kosten voor drie jaar)

In dit transitiearrangement kiezen we voor echte transformatie: niet bestaande zorgstructuur is uitgangspunt, maar de gewenste zorgstructuur is uitgangspunt van handelen. Daardoor is het lastig om frictiekosten nu te berekenen; we volstaan dan ook met een indicatie van de mogelijke frictiekosten.

Er zal in totaal tot 2017, ongeveer € 16.000.000 omgebogen moeten worden binnen de jeugdzorg; daarvan zal een groot deel (80% - 90%) personele kosten betreffen. Het gaat dan om 200 FTE's die in het geding zijn.

Van die 200 FTE's zal een groot deel niet meer inzetbaar zijn binnen de jeugdzorg; wij gaan er van uit dat 15% wel "herplaatsbaar" is. Daarmee komen naast feitelijke frictiekosten, ook maatschappelijke kosten om de hoek kijken (bijstand e.d.).

Gegeven de omvang van de ombuigingen is het onontkoombaar dat met een aantal nu bestaande zorgvormen, in de toekomst gestopt zal moeten worden; dat pleit voor een verkenning van de gewenste (en betaalbare) zorginfrastructuur en voor een verkenning naar wat minder kan c.q. moet. Die verkenning is onderdeel van het transformatieplan. Transformeren is onontkoombaar gegeven de voorgaande conclusies, om die reden is het aannemelijk dat een groot deel van het uiteindelijk voor jeugdzorg beschikbare budget per instelling, voor 1 januari 2017 is omgebogen (ingezet conform de transformatiedoelen).

Een eerste raming van de frictiekosten waarover we spreken komt uit op een bedrag van € 35.000.000.

Partijen zullen zich optimaal inspannen de frictiekosten tot het minimum te beperken en voor zover mogelijk voor eigen rekening te nemen. Voor zover het niet mogelijk is de kosten te beperken, wordt een beroep gedaan op nog te onderzoeken collectieve oplossingen en worden de huidige financiers op hun verantwoordelijkheden aangesproken.

De gemeenten zijn niet aansprakelijk voor eventuele frictiekosten, ook niet als gevolg van de gekozen langere overgangperiode.

Bovenregionale paragraaf

De transitie managers in de drie Noordelijke regio's constateren dat de problematiek in hun regio's op het eerste gezicht veel overeenkomsten heeft. Ook de historisch gegroeide zorginfrastructuur kent veel overeenkomsten.

Gezien de aard van de gespecialiseerde jeugdzorg is samenwerking tussen gemeenten noodzakelijk en soms zelfs wettelijk verplicht. Gemeenten dienen ten minste met betrekking tot een aantal met name genoemde zorgfuncties regionaal⁹ samen te werken en inkopen. Genoemd worden jeugdzorg plus, jeugdbescherming (JB) en jeugdreclassering (JR), het algemeen meldpunt kindermishandeling (AMK) en een aantal gespecialiseerde vormen van jeugdzorg.

De gespecialiseerde vormen van jeugdzorg zijn in ieder geval de vormen die landelijk op een lijstje van landelijke functies staan en de functies die bovenregionaal uitgevoerd moeten worden.

Om die reden gaan de regio's samenwerken om een beter zicht te verkrijgen op verklaringen achter de zorgconsumptie in de regio's. Daartoe zal op korte termijn een gezamenlijk onderzoeksvoorstel worden opgesteld.

We zoeken aansluiting bij de al bestaande monitoring door Meetbaar Beter (PIONN) over gebruik van jeugdzorg waarbij afstemming gezocht wordt door PIONN met ZonMW en het NJI (SEJN)

Samen met de regio Friesland en de regio Groningen hebben we als regio Drenthe, gesprekken gevoerd met zorgaanbieders die zeer gespecialiseerde zorg leveren.

De regio's hebben onderling afgesproken zo veel als mogelijk is, gezamenlijk op te willen trekken als het gaat om de plek die deze voorzieningen hebben binnen de toekomstige zorginfrastructuur. Daarmee is ook de zorgcontinuïteit aan de orde.

Onder voorwaarde dat er sprake is van daadwerkelijke transformatie, kunnen er in alle drie regio's meerjarige afspraken gemaakt worden. Alle betrokken zorgaanbieders hebben uitgesproken, dat zij met volle overtuiging invulling wensen te geven aan de gewenste transformatie.

Met de zorgaanbieders is afgesproken dat er een integraal en gezamenlijk bovenregionaal transformatieplan wordt opgesteld, dat aansluit op de regionale en lokale ontwikkelingen met betrekking tot de transformatie van de jeugdzorg. Het is van belang dat er een goede aansluiting komt tussen de zeer gespecialiseerde zorg en de zorg in de voorliggende interventieniveaus.

Uit onze gesprekken met de bovenregionale zorgaanbieders (Accare, De drie BJZ in de regio's, Jeugdhulp Friesland, Ambiq en het Poortje jeugdinstituten) blijkt dat de lijst die gehanteerd wordt om landelijke functies te onderkennen, volgens het veld gebaseerd is op "oud denken". De lijst is een overblijfsel van een oude situatie waarin via het Ministerie categorale jeugdzorgvoorzieningen over het land heen werden gespreid. Die situatie is niet meer van deze tijd: zorgaanbieders kunnen prima regionaal of bovenregionaal een (beter) alternatief invullen of hebben dat al lang gedaan. Een goed voorbeeld is het feit dat op de lijst van landelijke functies 12- voorzieningen staan; het is helemaal in tegenspraak met alle doelstellingen van de transformatie om zulke jonge kinderen uit hun sociale context te halen en 200 km verderop in een voorziening te plaatsen. De noodzakelijke behandeling kan ook veel dichterbij huis worden geboden zodat de contacten met de eigen sociale context eenvoudiger in stand blijven.

In Noord-Nederland willen we het bovenregionale alternatief uitwerken in een transformatieplan dat voor 1 april 2014 samen met de relevante zorgaanbieders uit de drie regio's wordt opgesteld.

⁹ Met de regio wordt hier de gehele provincie Drenthe bedoeld; niet de (sub)regio's binnen Drenthe.

Een gezamenlijk vastgestelde notie bij het opstellen van het transformatieplan is dat bij klinische zorg eigenlijk niet over bedden gesproken zou moeten worden (verkeerde financiële prikkel), maar over een keten van poliklinische activiteiten, deeltijdbehandeling of dagbehandeling en klinische opname (ook wel intensieve behandeling genoemd), die zoveel mogelijk uitgevoerd wordt in de natuurlijke leefomgeving van het kind/jongere, en waarbij de expertise van het klinische team gebruikt wordt en het verblijf op een bed zo kort mogelijk is.

Als op deze manier naar intensieve zorg wordt gekeken, is het van belang hoe dit bovenregionaal wordt ingekocht en daarbij kiezen de regio's er voor om ook naar andere klinische bedden te kijken (bijv. residentiële bedden, bedden voor LVB).

De bovenstaande noties zijn onderwerpen die uitgewerkt worden in het op te stellen bovenregionale transitieplan.

Daar waar het gaat om "drang en dwang" is de betrokkenheid van JB/JR organisaties bij de discussie over het bovenregionale transformatieplan vanzelfsprekend. De drie provinciale bureaus jeugdzorg hebben de bereidheid uitgesproken deel te nemen aan het overleg over het bovenregionale transformatieplan.

De functies die bovenregionaal worden aangeboden, zijn relatief dure voorzieningen; het zijn ook voorzieningen die op dit moment "bed" als bekostigingsgrondslag kennen. In de transformatiegedachte gaat het nadrukkelijker om samengestelde arrangementen vanuit het perspectief van de jeugdigen en de sociale context.

In het bovenregionale (Noord-Nederlandse) transformatieplan zal deze gedachte verder uitgewerkt dienen te worden. Dat vraagt tevens om het gezamenlijk vastleggen van een bijpassende bekostigingsstructuur.

Ter illustratie kan worden aangegeven dat Accare in 2007 142 bedden in stand hield en daar 399 kinderen behandelde; in 2012 werden 69 bedden in stand gehouden, maar wel 352 kinderen behandeld. De kosten per kind zijn aanzienlijk afgenomen.

In het op te stellen bovenregionale transformatieplan zal worden uitgewerkt op welke manier de basisgedachte van de transformatie (zorg zo licht mogelijk, zo dicht mogelijk bij huis) verder vorm gaat krijgen. Het is daarbij voorspelbaar dat de gewenste zorginfrastructuur accent zal leggen op het lokale aanbod en pas als dat onontkoombaar is zal kiezen voor bovenregionaal zorgaanbod.

Over welke **functies** hebben we het?

Jeugdzorgplus

Specialistische behandeling in een afgezonderde driemilieus context; waarin de vrijheid van de jeugdige wordt beperkt om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt of onttrokken wordt aan de hulp die nodig is.

Specialistische ambulante psychiatrische zorg

Deze ambulante hulp is erop gericht de gezonde ontwikkeling en dus de zelfstandigheid van kinderen en jongeren (een beperkte groep te weten jeugdigen met een hierna genoemde stoornis) te stimuleren en maatschappelijke uitval te beperken. In de behandeling wordt gewerkt aan het verminderen van klachten (bijvoorbeeld angst, somberheid of agressie), maar ook aan het aanleren van oplossingsstrategieën waarmee kinderen en jongeren in de toekomst beter en zoveel mogelijk zelfstandig kunnen functioneren. Het gaat hierbij om hulp bij:

- Ernstige psychiatrische stoornissen (o.a. autisme, psychosen of persoonlijkheidsstoornissen)
- Complexe behandelingen (second-opinions alle problematiek, VG diagnostiek, consultatie regionale professionals)
- Laagfrequentie psychiatrische problemen (o.a. ticstoornissen)

Klinische zorg voor eetstoornissen

Deze functie, geconcentreerd voor Noord-Nederland in Smilde, biedt aan 300 jeugdigen (waarvan er 150 uit Noord Nederland komen) behandeling bij eetstoornissen, in een transmurale setting (een keten waarin kliniek, polikliniek en dagbehandeling worden gecombineerd).

Klinische zorg (psychiatrische problematiek en gedragsproblematiek)

Hulp en verblijf als noodzakelijke (beschikbaarheid)achtervang binnen de totale geïntegreerde jeugdzorgketen. Bovenregionaal gaat het in ieder geval om hulp en verblijf voor jeugdigen met een verstandelijke beperking en zorgzwaarte 4 en 5, om hulp en verblijf voor jeugdigen met ernstige gecombineerde problematiek die zowel op GGZ als VB terrein ligt en om specialistische klinische zorg op het terrein van GGZ kinder- en jeugdpsychiatrie.

Omdat wordt ingezet op het terugdringen van dure zware vormen van zorg, is het aannemelijk dat de klinische zorg (mede gezien vanuit bedrijfseconomisch perspectief) niet op het niveau van onze afzonderlijke regio's in stand te houden is. We onderzoeken de komende periode in overleg met de betrokken zorgaanbieders op welke wijze er op Noord-Nederlandse schaal een betaalbare vorm kan worden gekozen voor het in stand houden van (noodzakelijke) klinische voorzieningen binnen de brede jeugdzorg. Jaarlijks wordt de behoefte aan klinische zorg geactualiseerd op basis van een meerjaren reductiedoelstelling.

Wetenschappelijk onderzoek

Het is van groot belang dat de academische infrastructuur voor de KJP (ook t.b.v. de bredere jeugdzorg) behouden blijft. Accare voert die taak uit in een soort van verlengde arm constructie met het UMCG. Zij bekostigen veel onderzoek uit derde geldstromen (o.a. subsidies ZoNMW). Deze subsidies zijn zelden voldoende om ook bijvoorbeeld implementatiekosten te betalen en vragen dus matching (medebekostiging): gemeenten willen op de schaal van Noord Nederland nadenken of en hoe een budget beschikbaar worden gesteld.

Budgettair kader

Ten behoeve van de bovenstaande functies worden op dit moment de volgende budgetten (omzetcijfers) ingezet.

Functie	Aanbieder	Bovenregionaal budget	Cumulatief budget
Jeugdzorg plus	Het Poortje justitiële inrichtingen	€ 17.598.678	
Specialistische ambulante psychiatrische zorg	Accare Drenthe en Accare UC	€ 2.300.000	
Klinische zorg voor eetstoornissen	Accare Drenthe	€ 1.850.000	
Klinische zorg	Accare Drenthe en Accare UC	€ 16.000.000	
	Ambiq	€ 5.500.000	
Wetenschappelijk onderzoek	Accare UC	€ 1.000.000	

Mogelijke frictiekosten

Door de bovenregionale afspraken die we maken in het uiteindelijke transformatieplan, zullen de mogelijke frictiekosten worden beperkt.

Over de omvang van de frictiekosten is tot het moment waarop dit transformatieplan is afgerond, niet veel te zeggen.

Duidelijk is dat de in deze paragraaf genoemde zorgfuncties, intensieve zorgfuncties betreffen waarbij veel personeel betrokken is en waar gebruik gemaakt wordt van klinieken e.d..

De gemiddelde frictiekosten zijn voor de bovenregionale functies hoger dan voor de regionale functies.

Werkagenda

1. Een voorwaarde om de percentages over zorgconsumptie, te kunnen gebruiken als maat voor de succesvolheid van de Drentse transformatie, is dat altijd gevraagd wordt naar het gebruik van jeugdzorg in het afgelopen jaar. We beginnen met deze monitoring vanaf de ijkdatum 1 januari 2013. Hiervoor worden via de expertgroep doorontwikkeling Drentse jeugdmonitor Meetbaar Beter! afspraken gemaakt.
2. Meetbaar Beter! wordt zodanig ingericht dat er beleidsinformatie beschikbaar is om de tussentijdse evaluatiemomenten en – criteria zijn opgenomen in de monitor. Daarvoor maken gemeenten voor 1 januari 2014 afspraken met PIONN.
3. Om hun toekomstige positie invulling te geven vinden gemeenten het belangrijk dat in de afspraken met zorgaanbieders goede prikkels om tot de transformatiedoelen te komen worden opgenomen. Over deze prikkels gaan gemeenten met zorgaanbieders in gesprek. Uiterlijk in april 2014 is een set afspraken over de te hanteren (financiële) prikkels opgesteld en vastgesteld door gemeenten.
4. Uiterlijk in april 2014 is een door de zorgaanbieders in het “gespecialiseerde veld” een transformatieplan jeugdzorg Drenthe opgesteld.
 - a. Gemeenten voeren regie op de inhoud van om het transformatieplan.
 - b. De zorgaanbieders verbinden zich aan de afspraak dat zij de budgetten in 2014, 2015 en 2016 inzetten om de transformatie van de jeugdzorg te realiseren.
 - c. De uitgangspunten en criteria voor transformatie worden in dit transformatieplan geduid.
 - d. De rol en plek van de specialistische zorg(aanbieders)gegeven de betekenis van de Drentse visie en Positief Opvoeden Drenthe wordt in het transformatieplan uitgewerkt voor de verschillende interventieniveaus.
 - e. Zorgaanbieders werken uit op welke manier alle elementen uit de samenhangende geïntegreerde jeugdzorgketen beschikbaar zijn, maar in wisselende, bij de cliëntsituatie passende samenstelling. Zij geven aan wat hun bijdrage en inzet is ten behoeve van de kwaliteitsverbetering van de preventieve dienstverlening. Wat er minder kan, wat verdwijnt en hoe de nieuwe arrangementen er uit zien. Zij werken daarbij primair vanuit het cliëntbelang en opereren organisatieonafhankelijk.
 - f. Onderdeel van het transformatieplan is een bonus/malus regeling in relatie tot een “succesvol” verloop van het handelingsplan en de recidive van een jeugdige.
 - g. De partners die dit regionale transitiearrangement ondertekenen, zullen in hun personeelsbeleid nadrukkelijk aandacht besteden aan de andere eisen die gesteld worden aan kennis en kunde van de betrokken professionals.
 - h. Op basis van het transformatieplan wordt in 2015 o.a. uitgewerkt wat de uniforme budgetten en trajectprijzen geordend naar interventieniveau, zijn.

5. Het monitoren van het verwijsgedrag per gemeente is belangrijk. Het gaat dan om het volgen van de "zorgloopbaan" van een jeugdige en zijn gezin over meerdere jaren (0 – 18/23), waarbij ook de bij de jeugdige en zijn gezin betrokken zorgaanbieders vermeld worden. Vanaf 1 januari 2014 gaan we dit verwijsgedrag volgen en onderling vergelijken (bijvoorbeeld het verwijsgedrag ten aanzien van de PGB's)
6. Passend bij en vooruitlopend op de nog te ontwikkelen zorgstructuur werken de zorgaanbieders in Drenthe in de loop van 2014 een integrale voorziening uit, gericht op kinderen tot vijf jaar met een ontwikkelingsachterstand, op, waar over alle jeugdzorgdomeinen heen, een multidisciplinaire observatie, diagnostiek, hulpverlening en behandeling wordt geboden.
7. De zorgaanbieders spreken af om, vanaf 1 januari 2014, de hulpvragen duidelijker onder te verdelen en daar een passende aanpak bij te formuleren.
8. Met de indicerende instanties (BJZ Drenthe en CIZ) worden voor 2014 afspraken gemaakt over de wijze waarop hun indicatietaken zo veel als mogelijk conform de doelstellingen van de Drentse visie uitgevoerd worden.
9. Met de huisartsen als erkende verwijzers binnen de jeugdzorg, worden in de loop van 2014 op subregionaal niveau afspraken gemaakt over de aansluiting met de nog te ontwikkelen nieuwe zorgstructuur.
10. Uiterlijk begin januari 2014 is er in iedere Drentse subregio een plan "versterking preventieve dienstverlening" opgesteld in overleg met de CJG kernpartners in die subregio en met vertegenwoordigers van het "gespecialiseerde veld".
11. De zorgaanbieders spreken af dat zij uiterlijk op 1 maart 2014 hun afzonderlijke administraties voldoende op orde hebben gebracht om betrouwbare gegevens te kunnen leveren. Een aantal zorgaanbieders is bereid om via een pilot aanpak te zorgen dat de bedoelde gegevens in januari 2014 uit hun administraties zijn af te leiden.
12. Met de zorgaanbieders die bovenregionale functies inhoud geven, is afgesproken dat er uiterlijk op 1 april 2014, een integraal en gezamenlijk bovenregionaal (Noord-Nederlands)transformatieplan wordt opgesteld, dat aansluit op de regionale (Drentse) en lokale ontwikkelingen met betrekking tot de transformatie van de jeugdzorg.
13. Gemeenten maken uiterlijk in november 2014 afspraken met aanbieders over de zorgproductie 2015.
14. Gemeenten bepalen in onderling overleg op welke wijze zij de uitwerking en effectuering van het regionale transitiearrangement de komende jaren coördineren en op welke wijze zij samenwerken.
15. Gemeenten zullen onderling overleg vaststellen welke consequenties (bonus/malus regeling) zij willen verbinden aan de uitkomsten van de monitoring van het verwijsgedrag van individuele gemeenten.

Werk in uitvoering

Wij hebben het concept regionale transitiearrangement vanaf 4 september 2013 vrijgegeven voor inspraak.

Bijlage 1 (zorgvormen)

In het regionale transitiearrangement betrokken zorgvormen (zie ook de schets van de gewenste zorginfrastructuur)

zorgproduct	subproduct
intake	
onderzoek	
jeugdbescherming	
jeugdreclassering	
AMK	
	informatie en advies
	onderzoek
	hulpverlening
ambulante hulp	
	maximaal 5 contactmomenten
	maximaal 12 contactmomenten
	maximaal 20 contactmomenten
	meer dan 20 contactmomenten
(gespecialiseerd) casemanagement	
deeltijd verblijf	
	dagbesteding
	dagbehandeling
verblijf	
pleegzorg	
langdurige zorg (> 1 jaar)	
jeugdzorg plus	
ambulante woonbegeleiding	
	persoonlijke verzorging
	begeleiding
spoedopvang	
	ambulant
	verblijf