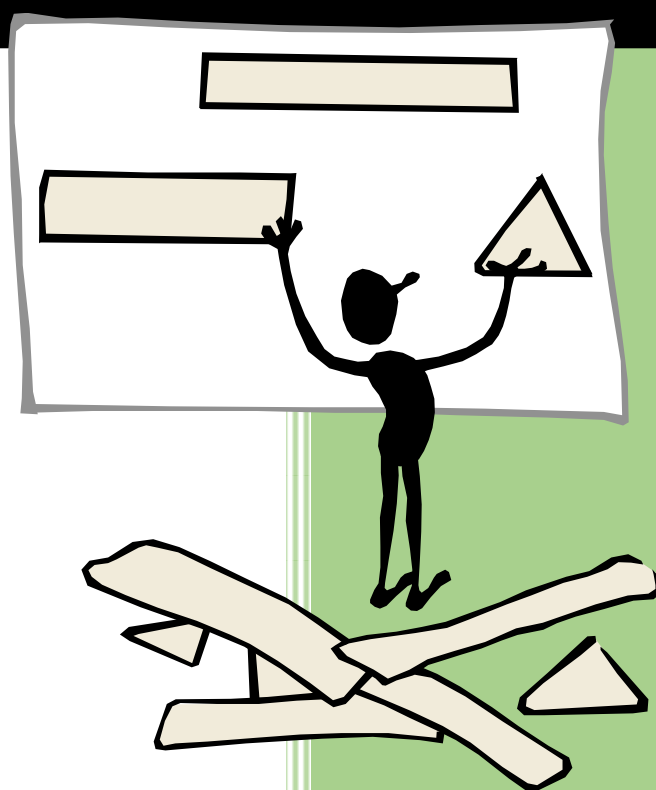


2014

# Transformatieplan jeugdhulp



Expertgroep uitwerking RTA

Pilot jeugdzorg Drenthe

12 mei 2014

# Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	2
2. Samenvatting .....	5
3. ZORGINFRASTRUCTUUR.....	8
3.1 Inleiding.....	8
3.1.1. Ambitie.....	8
3.1.2 Uitgangspunten.....	9
3.1.3. Samenvatting van de inhoudelijke uitwerking per domein.....	13
3.2 Deelaspecten.....	16
1. Bovenregionale afspraken.....	16
2. Crisisopvang .....	18
3. Huidige taken Bureau Jeugdzorg Drenthe .....	19
4. Positief opgroeien Drenthe.....	19
5. Versterking voorliggende veld .....	20
6. Kwaliteitsbeleid.....	21
7. Cliëntenbeleid .....	21
4. Continuïteit van zorg.....	23
4.1 Aantallen jeugdigen in zorg.....	23
4.2 Beschikbaar budget (bandbreedtes).....	24
5. PROCES.....	26
5.1 Intergemeentelijke samenwerking.....	26
5.2 Overlegstructuur gemeenten.....	27
5.3 Contracteren .....	28
5.4 Monitoring.....	29
5.5 Werkagenda .....	30
6. Risico's.....	34
7. Communicatieplan .....	35
Begrippenlijst.....	36
Bijlagen.....	41

## 1. INLEIDING

Dit transformatieplan is onderdeel van een groter geheel en een vervolgstap in het verder concretiseren van afspraken en de werkwijze in het kader van de decentralisatie van de jeugdhulp.

Het Transformatieplan Jeugdhulp is een tussenstap tussen het RTA en de uiteindelijke concrete afspraken en contractvorming in oktober met de aanbieders van jeugdhulp. Het is een weergave van wederzijdse afspraken (op hoofdlijnen) tussen zorgaanbieders en gemeenten en een eerste uitwerking van de intergemeentelijke samenwerking rondom jeugdhulp.

De provincie Drenthe en de twaalf gemeenten in Drenthe werken al geruime tijd samen rondom de jeugdzorg. Dit voorjaar heeft de provincie met de presentatie van het boek "Met hart en ziel" gemarkeerd dat twintig jaar jeugdzorgbeleid met passie en overtuiging is vormgegeven en dat de verantwoordelijkheid met ingang van 1 januari 2015 overgaat naar gemeenten.

Gemeenten bereiden zich vanaf 2012 voor op hun nieuwe taak. Het visiedocument "Als jeugd en toekomst tellen" is eind 2012 door alle colleges in de provincie Drenthe vastgesteld.

De Jeugdwet is op 18 februari 2014 door de 1e Kamer definitief vastgesteld. Daarmee is een laatste stap gezet op de weg naar decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten. Gemeenten worden vanaf 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de financiering en het beleid voor hulp aan jeugdigen tot 18 jaar. Een verantwoordelijkheid die nu nog door diverse organisaties wordt ingevuld (de zorgverzekeraars, het zorgkantoor, de provincie en de ministeries van VWS en VJI).

De invoering van de Jeugdwet betekent ook het leggen van een rechtstreekse verbinding tussen preventie (het lokaal voorveld, te organiseren in gebiedsgericht werken) en de jeugdhulp (niet vrij toegankelijke jeugdzorg, c.q. individuele voorzieningen die een verwijzingsbeschikking nodig hebben). De jeugdhulp is een nieuwe taak voor gemeenten, die we wettelijk verplicht in regionaal verband organiseren. Over de jeugdhulp gaat dit transformatieplan.

De inbedding van deze jeugdhulp in de gebieden/sociale wijkteams wordt vormgegeven in het voorveld en in de doorverwijzingsfunctie. Hierin ligt ook een duidelijk beleidsmatige link met het gebiedsgericht werken en de andere decentralisaties op basis van onder andere meer preventie, minder aanspraak op zware zorg en één gezin, één plan. Gemeenten zijn bij uitstek in de positie om samenhang aan te brengen tussen de verschillende decentralisaties. Gezien de aard van het transformatieplan wordt aan de vrij toegankelijke zorg en aan de uitwerking van lokale taken geen aandacht besteed. Wel wordt op verschillende plaatsen benadrukt hoe belangrijk het leggen van relaties tussen de jeugdhulp en het brede sociale domein op lokaal niveau is.

Gemeenten hebben in 2013 invulling gegeven aan de opdracht die het Rijk, het IPO en de VNG samen hebben geformuleerd. Gemeenten moesten gezamenlijk met andere gemeenten in de jeugdhulpregio een Regionaal Transitie Arrangement (RTA) vaststellen. Dat RTA moest invullen wat de regio's vanaf 1 januari 2015 gaan doen om zorg te garanderen voor jeugdigen die jeugdzorg ontvangen. Ook geeft het RTA aan welke zorginfrastructuur ingevuld wordt.

Voor de regio Drenthe is het RTA eind oktober door alle colleges vastgesteld. Onderdeel van dat RTA is een werkagenda met onderwerpen die nadere uitwerking vragen. Een van die uit te werken onderwerpen is dat het RTA nadere concretisering moet krijgen. Dit transformatieplan is die



uitwerking en verdieping van het Regionaal Transitie Arrangement dat voor de regio Drenthe in oktober 2013 is opgesteld.

Alle hiervoor genoemde documenten zijn terug te vinden op de website die rondom de transitie van de jeugdzorg is gemaakt: [www.drentsepilotjeugd.nl](http://www.drentsepilotjeugd.nl)

Het opstellen van dit transformatieplan was een interactief proces, waarbij veel functionarissen, zowel van zorgaanbieders als van gemeenten, betrokken zijn. Zonder hun inzet en tijdsinvestering was het onmogelijk geweest dit transformatieplan te presenteren.

Het voorstel dat u nu aantreft is een uitwerking van de adviezen en suggesties van de expertgroep inkoop, de werkgroepen financials, de projectgroep Spoed4jeugd, de klankbordgroep Meetbaar Beter! en de leden van de expertgroep uitwerking RTA (die in drie deelgroepen inhoudelijke aspecten hebben uitgewerkt).

Het transformatieplan in de huidige vorm is een concept dat nu wordt aangeboden ter bespreking. De twaalf colleges van burgemeester en wethouders in Drenthe kunnen de definitieve versie vervolgens in de loop van juni bespreken en vaststellen. Daarvoor is een gezamenlijk voorstel opgesteld: in dat voorstel wordt een onderscheid gemaakt tussen onderwerpen waarover gemeenten daadwerkelijk besluiten nemen (intergemeentelijke samenwerking) en besluiten waarvan gemeenten kennisnemen (de verdieping en verdere uitwerking van uitgangspunten die al in het RTA waren opgenomen).

ONDERWERP	WAT	WANNEER
Concept transformatieplan is beschikbaar	Commentaar van zorgaanbieders	Tot 20 mei 12.00 uur
	Bespreking met ambtelijk medewerkers gemeenten	22 mei
	Bespreking met wethouders jeugdzorg uit Drenthe	4 juni
Opstellen van definitieve transformatieplan	Uitwerking door ambtelijk kernteam	9 juni verzending aan gemeenten en zorgaanbieders
Definitieve transformatieplan wordt ter vaststelling aangeboden aan de afzonderlijke colleges	Interne bespreking binnen gemeentelijke organisaties en met wethouders	
Definitieve vaststelling van het transformatieplan	Bespreking in colleges van B en W	17 juni, maar uiterlijk 24 juni

Het transformatieplan bestaat uit zeven hoofdstukken. Na de inleiding (hoofdstuk 1) en de samenvatting (hoofdstuk 2) betreft hoofdstuk 3 de toekomstige zorginfrastructuur. Hoofdstuk 4 gaat over de continuïteit van zorg. Hoofdstuk 5 geeft de actuele stand van zaken aan rondom intergemeentelijke samenwerking, contractering, monitoring, doorontwikkeling van Positief opgroeien Drenthe, kwaliteitsbeleid en cliëntparticipatie. Hoofdstuk 6 benoemt de risico's voor de komende maanden en hoofdstuk 7 benoemt de uitgangspunten voor de communicatie rond transitie en transformatie.

Van belang is dat duidelijk wordt dat dit transformatieplan onderwerpen betreft die gemeenten gezamenlijk uitwerken. Daarnaast zijn er onderwerpen die per gemeente autonoom uitgewerkt zullen worden; die onderwerpen worden hier soms genoemd (bijvoorbeeld de toeleiding naar/toegang van de jeugdhulp). Daarbij gaat het in dit transformatieplan dan niet om de invulling van die onderwerpen maar om het feit dat ze ingevuld dienen te worden.

De bij dit transformatieplan betrokken zorgaanbieders vragen gemeenten om rekening te houden bij de lokale uitwerking dat de aansluiting tussen het voorliggende veld en de jeugdhulp belangrijk is. Daarbij kan te veel differentiatie een aspect zijn dat negatieve invloed heeft op de onderlinge vergelijkbaarheid van inspanningen op lokaal niveau en op het efficiënt inzetten van middelen.



## 2. LEESWIJZER

Alle betrokkenen hebben de ambitie om meer samenhang aan te brengen bij de uitwerking van het transformatieplan. Samenhang tussen de afzonderlijke domeinen (GGZ, LVB en jeugdzorg), maar ook samenhang met het voorliggende veld (daarmee wordt de vrij toegankelijke zorg bedoeld en de afzonderlijke leefdomeinen als school, buurt, kinderopvang en werk).

Een goede aansluiting tussen vrij toegankelijke zorg en jeugdhulp is essentieel. Alleen bij een optimale onderlinge afstemming en integratie van domeinen en voorliggend veld en jeugdhulp kunnen de doelstellingen van de transformatie in Drenthe worden gerealiseerd.

Gemeenten en zorgaanbieders gaan uit van behoud van ieders eigenheid en de veelkleurigheid in het aanbod van de jeugdhulp. Onderlinge samenwerking is daarbij een noodzaak.

Het gaat om een inhoudelijke, maar ook een financiële aanleiding voor een nauwere samenwerking. De transformatie van de jeugdhulp gaat immers gepaard met een bezuinigingstaakstelling van 20% ten opzichte van het budget 2012.



De betrokken partners zijn er allen op gespitst dat de transformatie geen aanleiding vormt voor een verdergaande bureaucratisering en het instellen van ongezonde prikkels. Het is belangrijk dat partners (gemeenten en zorgaanbieders) zoeken naar een goede balans tussen ruimte voor professionele uitvoering en zakelijk opdrachtgeverschap. De zorgaanbieders vragen om ruimte en vertrouwen van gemeenten. Om die reden is het voor hen van belang dat er een plek is waar hun zorg over een mogelijk te strakke regie door gemeenten kan worden besproken. In de begeleidingsstructuur rondom het transformatieplan komt er ook een bestuurlijk overleg om de bedoelde problematiek te kunnen bespreken.

Voor gemeenten geldt dat de uitwerking van het transformatieplan ook moet worden vertaald in het lokale beleidsplan en de lokale verordening jeugdhulp.

In onderdeel 3.1 van het transformatieplan zijn uitgangspunten opgenomen (die het kader vormen voor de transformatie van de jeugdhulp in Drenthe); die uitgangspunten zijn een nadere invulling van het beleidskader jeugdhulp.

De volgende kaders worden hier genoemd:

- De ordening van de jeugdhulp aan de hand van acht interventieniveaus;
- De BIG 5 jeugdhulp die richtinggevend zijn voor de verdere uitwerking van de transformatie van de jeugdhulp in onze regio;
- De niet vrijblijvende samenwerking tussen zorgaanbieders met de integrale crisisdienst en het initiatief Ouder-Kind Centra als voorbeelden;
- Afspraken over continuïteit van zorg;
- Het voor jeugdhulp beschikbare budget is het bedrag dat gemeenten ontvangen als doeluitkering jeugdhulp, minus 5% voor uitvoeringskosten (3%) en versterking voorliggende veld (2%);
- De verdeling van het totaal budget in te richten in 15 deelbudgetten. Een verdeling die flexibel wordt gehanteerd en er zoals onderstaande is aangegeven uitziet:

Domein	Onderdeel	Budget € x 1.000.000
LVB	Intramuraal	10
	Extramuraal	12
GGZ	Basis GGZ	6
	Specialistische GGZ	21
	Klinisch	4
Jeugdzorg	Ambulant	11
	Pleegzorg	6
	Jeugdzorg Plus	5
	Verblijf	8
	Deeltijd	5
	Toegang	4
Specifiek	Dyslexie	2
	JB en JR	5
	AMK	2
	PGB's	10
<b>Totaal</b>		<b>111</b>

- In totaal 20% te bezuinigen op het peiljaar 2012 (in 2015 10% waarvan 5% in bovenstaande tabel al is meegenomen, 2016 nog eens 6% en in 2017 4%);
- Afspraken over intergemeentelijke samenwerking rondom de inkoop van jeugdhulp en de bekostiging en kostenverdeling tussen gemeenten van die inkoop van jeugdhulp, die inhouden dat er twee penvoerende gemeenten worden aangewezen;
- Het hanteren van een werkagenda voor de komende maanden waarin de verdere uitwerking van de kaders en adviezen een plek heeft gekregen.

In onderdeel 3.1.3 is aangegeven op welke manier de visie op jeugdhulp verder wordt geconcretiseerd door de zorgaanbieders. In dit onderdeel van het transformatieplan is met name aangegeven wat er moet gebeuren in de onderlinge afstemming tussen de zorgaanbieders.

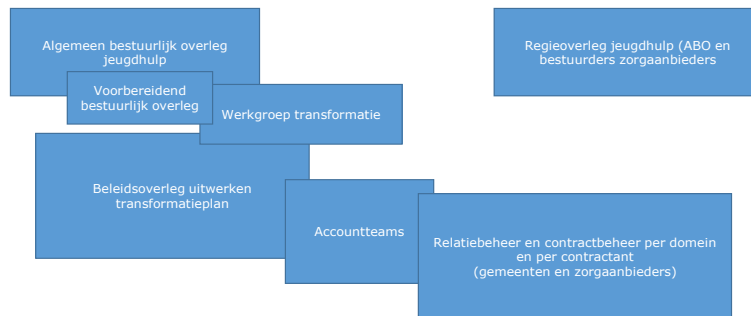
In onderdeel 3.2 is de stand van zaken rondom bovenregionale functies jeugdhulp (een overleg met partijen uit Groningen, Friesland en Drenthe) weergegeven. De nadere uitwerking van de ambitie voor bovenregionale samenwerking krijgt een plek in het ontwikkelplan dat wordt voorbereid door de betrokken zorgaanbieders. In onderdeel 3.2 is de actuele stand van zaken aangegeven voor de op te zetten integrale crisisdienst, het onderbrengen van taken van BJZ Drenthe, de verdere doorontwikkeling van PoD, de versterking van het voorliggende veld, kwaliteitsbeleid en cliëntparticipatie.

Onderdeel 4 bevat een nadere uitwerking van de continuïteit van zorg voor de minimaal 15.200 jeugdigen in zorg. Ook benodigde budgetten worden genoemd.

In onderdeel 5.1 wordt het kader voor de intergemeentelijke samenwerking rondom de jeugdhulp aangescherpt. Voorgesteld wordt om de looptijd van het RTA tot en met 2016 aan te houden als termijn waarvoor de te maken afspraken over intergemeentelijke samenwerking gelden.

Ook wordt voorgesteld om de kostenverdeling voor een groot deel van het budget via het zogenoemde solidariteitsprincipe en voor de rest van het budget via het profijtbeginsel te laten verlopen. In onderdeel 5.2 wordt de structuur geschetst die bij de intergemeentelijke samenwerking past.

Schematisch weergegeven ziet dat er zo uit:



Onderdeel 5.3 sorteert voor op het sluiten van contracten. Vanwege de beheersbaarheid en het overzicht wordt voorgesteld om het aantal contracten te beperken. Voorgesteld wordt om op basis van de bestaande infrastructuur een complete en gevarieerde infrastructuur te behouden. Dit kan door een te vormen collectiviteit van zorgaanbieders via hoofdcontractanten of door volumes van zorg toe te delen aan afzonderlijke contracten.

In onderdeel 5.4 komt de monitoring aan de orde. Het is belangrijk om in overleg met de zorgaanbieders na te gaan welke minimum set aan indicatoren volstaat.

Ook wordt voorgesteld om in te stemmen met de factlab methode als middel om informatie te verzamelen over Drentse jeugdigen in zorg.

In onderdeel 5.5. is een uitgebreide werkagenda opgenomen. Een werkagenda die voor de projectorganisatie de opdracht concreetiseert die de komende maanden ingevuld zal moeten worden.

Onderdeel 6 van het transformatieplan benoemt de risico's (de hoge snelheid waarmee nu uitwerking moet plaatsvinden, het nog steeds niet volledig duidelijke financiële kader, de leveringsplicht voor zowel het gedwongen kader als voor de verwijzingen via de huisarts, jeugdarts e.d.).

Onderdeel 7 benoemt een aantal uitgangspunten voor de communicatie over de transformatie. Het accent ligt hierbij op samenwerking en afstemming tussen gemeenten en zorgaanbieders.



## 3. ZORGINFRASTRUCTUUR

### 3.1 INLEIDING

Dit hoofdstuk is onder andere een samenvatting van de uitwerking die voor de drie domeinen is opgesteld door de zorgaanbieders via de expertgroep voorbereiding transformatieplan. De uitwerking is als bijlagen A tot en met C toegevoegd

Kinderen horen op te groeien in een omgeving die veilig is en hun ontwikkeling stimuleert. Dat is de voornaamste doel van de transitie en transformatie van de jeugdhulp. Door meer samenhang en door de organisatie van hulp dicht bij de omgeving van het kind te beleggen kan gemakkelijker ingespeeld worden bij stagnatie in opvoeden, opgroeien of ontwikkelen. Daarnaast is door een toename van het gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen (in de breedste zin) een maatschappelijke urgentie ontstaan, de kosten van het gebruik van deze voorziening te beheersen.

Een belangrijk nevendoeel van de transformatie van de jeugdhulp is om de kosten van de huidige jeugdzorg te verminderen, zonder dat dit tot onacceptabel kwaliteitsverlies en wachtlijsten leidt. Alle zorgaanbieders die het Regionaal Transitie Arrangement (RTA) hebben ondertekend, hebben aangegeven concreet te willen meewerken aan het versterken van de preventie en aan het terugdringen van de kosten voor jeugdhulp.

De afgelopen maanden is hard gewerkt aan de onderlinge samenhang en afstemming. Toch is het tot nu toe niet gelukt om één integrale infrastructuur voor de jeugdhulp vast te leggen. Enerzijds omdat er keuzevrijheid nodig is voor cliënten, anderzijds omdat monopolieposities binnen de jeugdhulp ongewenst zijn en ten derde omdat de zorgaanbieders nu nog opereren in een veld waarin onderlinge concurrentie en marktdenken belangrijke uitgangspunten zijn.

Nu er minder budget is, komt de bestaande ordening in een ander daglicht te staan. In het RTA hebben gemeenten al aangegeven dat ze uitgaan van partnerschap; onderling tussen gemeenten en tussen zorgaanbieders, maar ook tussen zorgaanbieders en gemeenten. Dit uitgangspunt verder vormgeven, vraagt de komende periode tijd van alle partners.

---

#### 3.1.1. AMBITIE

Alle aanbieders van jeugdhulp en preventie<sup>1</sup> in Drenthe, onderschrijven de ambitie dat jeugdigen in onze regio opgroeien in een gezonde, veilige en ontwikkelingsgerichte omgeving.

Ondersteuning wordt snel en op de juiste manier geboden in de nabijheid van het gezin. De ondersteuning past bij de vraag: zo gewoon mogelijk, niet te veel en niet te weinig.

Ook onderschrijven de aanbieders en gemeenten samen de ambitie om de jeugdhulpketen opnieuw in te richten. Op die manier willen ze veranderingen doorvoeren en innovatie die bijdraagt aan het realiseren van deze ambitie een prominente plek te geven in het gezamenlijke aanbod jeugdhulp en preventie.

---

<sup>1</sup> We hanteren de in de Jeugdwet gehanteerde begrippen; in eerdere documenten (Regionaal Transitie Arrangement) werden de begrippen voorliggend veld en gespecialiseerde jeugdzorg gebruikt.

De uitgangspunten en spelregels die in dit onderdeel van het transformatieplan zijn opgenomen, zijn tijdens de bespreking van de expertgroep uitwerking RTA van 17 maart 2014 vastgesteld. Een deel van de uitgangspunten is ook al in het RTA vastgelegd.

Hierna wordt een aantal uitgangspunten genoemd. Het gaat om uitgangspunten die als kader mogen worden beschouwd voor de transformatie in Drenthe.

Periodiek worden de uitgangspunten tegen het licht gehouden en zo nodig aangepast.

Dit dynamische proces van tussentijdse aanpassing van uitgangspunten is onderdeel van de in het Regionale Transitie Arrangement vastgelegde evaluatiemomenten.

De uitgangspunten vorm ook de basis voor nadere afspraken met de zorgaanbieders. Die nadere afspraken krijgen een plek in de inkoopcontracten jeugdhulp die in oktober 2014 worden gesloten.

---

#### UITGANGSPUNTEN VOOR DE ZORGINFRASTRUCTUUR (DE KETEN JEUGDHULP)

1. In Drenthe werken we met een model waarin acht interventieniveaus worden onderscheiden.
  - a. De aanbieders van jeugdhulp en preventie werken samen per interventieniveau de balans uit tussen kennis, kunde, attitude en betrokkenheid van partners vanuit de preventie en jeugdhulp.
  - b. Voor de doelgroep LVB en VB wordt vanaf interventieniveau 5 een nadrukkelijk onderscheid gemaakt in de noodzakelijke interventies (lang cyclisch of kort cyclisch, gericht op gezinssysteem of op jeugdige), omdat de aanpak tussen beide doelgroepen fundamenteel afwijkt. Voor de LVB doelgroep blijft het uitgangspunt dat er een positieve ontwikkeling tot stand komt. Voor de VB doelgroep is een stabiele situatie creëren een hoofddoel.
  - c. Er wordt uitgewerkt op welke manier de verbinding tussen jeugdhulp en preventie, de verbinding binnen de jeugdhulp (regionale voorzieningen en landelijke en bovenregionale functies) en van de jeugdhulp met de wet langdurige zorg en zorg voor 18 plussers, er uit moet komen te zien.
  - d. De aanbieders van jeugdhulp geven aan wat specifiek is aan hun individuele aanbod en wat onderdeel kan worden van een gezamenlijk aanbod.
2. De aanbieders van jeugdhulp brengen hun individuele en gezamenlijke aanbod onder in de onderstaande tabel<sup>2</sup> (deze tabel geeft het te hanteren format weer: de zorgaanbieders vullen de tabel voor 1 juli a.s. in):

---

<sup>2</sup> Zie hiervoor de door Yorneo al gehanteerde en ingevulde tabel in het transformatieplan van Yorneo (bijlage H)

INTERVENTIENIVEAU	OMSCHRIJVING	NORM	TREND	
			Prijs	Volume
4				
5				
6				
7				
8				

3. De aanbieders van jeugdhulp coördineren gezamenlijk en onderling het aanbod jeugdhulp op het 3e en 4e interventieniveau. Het gaat bij deze interventies om budget waarop lokale regie en coördinatie moet plaatsvinden. Om die reden noemen we deze interventieniveaus expliciet.
  - a. Het aanbod op het interventieniveau 4 is geen autonoom in te zetten interventie, maar een interventie die aansluit op een door een generalist gesignaleerde behoefte. Individuele gemeenten kennen de expliciete bevoegdheid hiervoor toe aan deze generalisten.
  - b. Tot de coördinatie van de inzet vanuit de jeugdhulp, behoort bijvoorbeeld het afstemmen van de betrokkenheid van en het zo mogelijk samenvoegen van het multidisciplinair FACT team met de PoD 4 functionaris of met IVH.
4. De aanbieders van jeugdhulp en preventie geven gezamenlijk invulling aan de BIG 5 jeugdhulp. Deze BIG 5 zijn richtinggevend voor de transformatie van de jeugdhulp in Drenthe.
  - a. Er wordt een ordening in de jeugdhulp tot stand gebracht die er voor zorgt dat er voor professionals in de preventie vaste gesprekspartners zijn. Dat zorgt er voor dat de expertise uit de gespecialiseerde jeugdhulp in het voorliggende veld beschikbaar is. Omgekeerd voorkomt gerichte preventie vanuit het voorliggend veld inzet van gespecialiseerde hulp.
  - b. Gezamenlijk wordt de huidige praktijk van opschalen en verbijzonderen van ondersteuningsvragen omgebogen naar het afschalen van deze vragen:
    - Daarvoor zijn samenwerken tussen professionals en bieden van scholing (oplossingsgericht werken, empowerment principes, principes van eigen kracht, ontwikkelingsgericht leren, formuleren van heldere doelen van de gevraagde interventie en ontwikkelen van een ondersteunende, coachende houding) essentiële voorwaarden.
    - De aanbieders van jeugdhulp zetten een gezamenlijk personeelsbeleid op waarbinnen de kwaliteit van de professionals centraal staat. Gemeenten en zorgaanbieders willen de aanwezige kwaliteit behouden en versterken.
  - c. De komende maanden (tot oktober 2014) wordt in samenwerking met en aansluitend op de initiatieven die gemeenten en kernpartners CJG nemen, gewerkt aan het uitwerken van:
    - Een eenvoudig triagemodel binnen de jeugdhulp.
    - Een bij de doelstellingen van de transformatie binnen de jeugdhulp passend bekostigingssysteem.
    - De rol van de procesregie/mediator.
    - Een evaluatie-instrument dat zicht houdt op de werkzaamheid van de bij de ondersteuning gestelde doelen, de effectiviteit van de hulp en de kwaliteit van de samenwerking tussen professionals.
    - Een gezinsondersteunend arrangement voor de LVB – VB doelgroep.
5. De aanbieders van jeugdhulp en preventie zetten in op ontschotten van budget en van organisatorische verbanden.
  - a. Samenwerkingsverbanden zijn niet vrijblijvend en worden geformaliseerd.

- b. De aanbieders van jeugdhulp werken samen vanuit en in bestaande locaties; het aantal grote unilocaties wordt teruggedrongen.
  - De aanbieders van jeugdhulp zorgen voor lokale aanwezigheid en zichtbaarheid van professionals.
- 6. De aanbieders van jeugdhulp en preventie vullen de regels van good governance in zodat gezorgd wordt voor waarborgen rondom veiligheid, kwaliteit, navolgbaarheid en transparantie van de behandeling c.q. hulpverlening en van het instellingsbeleid.
- 7. De zorgaanbieders nemen de onderstaande afspraken als uitgangspunt voor de verdere uitwerking van de jeugdhulp in Drenthe:
  - a. Interventies op de niveaus 7 en 8 zijn gegarandeerd beschikbaar en worden effectiever (kostenaspect) vorm gegeven.
  - b. Een instelling die generalistische ondersteuning op interventieniveau 3 biedt, kan geen aanbod van specialistische hulpverlening of behandeling aan dezelfde cliënt of cliëntgroepen doen op de hogere interventieniveaus.
  - c. Gespecialiseerde interventies en de inzet van generieke hulpverlening of behandeling, kunnen alleen worden ingezet op verzoek van de betrokken professionals van het CJG (al dan niet onderdeel van een sociaal team). Hiervoor wordt een protocol gehanteerd: het zogenoemde triagemodel. De uitwerking van dit model is onderdeel van de aanpak rondom de toegang/toeleiding die nu door gemeenten wordt ingevuld; de zorgaanbieders krijgen daarbij expliciet een rol en worden proactief betrokken.
  - d. Niet het aanbod staat centraal, maar de vraag. Zorgaanbieders werken dan ook organisatie-onafhankelijk: functionarissen werken samen en de noodzakelijke expertise wordt beschikbaar gesteld.
  - e. Het werken met Positief opgroeien Drenthe (met Veilig opgroeien Drenthe als integraal bestanddeel) is voorwaardelijk bij de inrichting van de in Drenthe gewenste keten jeugdhulp. De implementatie is een verantwoordelijkheid van de ontwikkelgroep PoD die jaarlijks een begroting en een jaarverslag presenteert over de voortgang. Onderdeel van het jaarverslag is een effectmeting van de methodiek PoD.

---

#### UITGANGSPUNT TEN AANZIEN VAN DE CONTINUÏTEIT VAN ZORG

1. Zorgaanbieders geven als collectief de garantie dat gedurende de komende drie jaar hetzelfde aantal jeugdigen dat nu in zorg is, passende jeugdhulp ontvangt. Dit is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders.

Zorgaanbieders spreken tegelijkertijd af dat er geen wachtlijsten gaan ontstaan: ieder professionele verwijzing leidt binnen maximaal negen werkdagen tot adequate hulpverlening of behandeling van de cliënt. Iedere crisismelding leidt binnen 8 uur tot een contact. Een versnelling ten opzichte van de huidige praktijk.

---

#### UITGANGSPUNT TEN AANZIEN VAN DE TRANSFORMATIEDOELEN

1. De zorgaanbieders verbinden zich aan de ketenbrede invulling van de in het transformatieplan vastgestelde overkoepelende uitgangspunten voor jeugdhulp.

Elke zorgaanbieder vertaalt de bedoelde uitgangspunten en de spelregels ten aanzien van de keten jeugdhulp voor het einde van 2014 in een eigen visie en beleid en bespreekt deze uitwerking met de collega aanbieders op het betreffende domein.

---

## UITGANGSPUNTEN TEN AANZIEN VAN DE BUDGETTAIRE KADERS

1. Gemeenten stellen niet meer budget beschikbaar voor de gespecialiseerde jeugdhulp dan zij via de doeluitkering sociaal domein onderdeel jeugdhulp van het Rijk ontvangen.

De in het Regionaal Transitie Arrangement van oktober 2013 vastgelegde bandbreedtes per domein worden aangepast op basis van de herberekening van december 2013 en zien er op basis van de huidige kennis en inzichten als volgt uit:

Tabel 1: *indicatieve bandbreedtes (waarin rekening is gehouden met ombuiging 2015 en afromen van Drentse opslag en reservering landelijke functies)*<sup>3</sup>

In de tabel zijn de laatst bekende bedragen opgenomen (situatie mei 2014). Deze bedragen kunnen op basis van de meicirculaire 2014 worden aangepast.

De verdeling over de verschillende functies is een startfoto van dit moment. De komende maanden zal de verdeling worden aangepast. Binnen het totaal van het beschikbare budget kan de verdeling wijzigen op basis van ontwikkelingen, nadere afspraken en nieuwe inzichten.

De nadere verdeling is onderwerp van gesprek tussen de accountteams en de betrokken zorgaanbieders.

Domein	Onderdeel	Budget € x 1.000.000
LVB	Intramuraal	10
	Extramuraal	12
GGZ	Basis GGZ	6
	Specialistische GGZ	21
	Klinisch	4
Jeugdzorg	Ambulant	11
	Pleegzorg	6
	Jeugdzorg Plus	5
	Verblijf	8
	Deeltijd	5
	Toegang	4
Specifiek	Dyslexie	2
	JB en JR	5
	AMK	2
	PGB's	10
Totaal		111

2. Alle zorgaanbieders die gespecialiseerde jeugdhulp leveren in Drenthe en/of aan Drentse kinderen bezuinigen de komende drie jaar 20% op hun budget 2014.

De zorgaanbieders werken dat uit in individuele transformatieplannen die per september 2014 beschikbaar zijn voor de gezamenlijke gemeenten. Deze transformatieplannen zijn een gedetailleerde weergave van de bezuinigingen en de te nemen stappen (globaal is afgesproken dat er in 2015 10% wordt bezuinigd, in 2016 nog eens 6% en in 2017 4%).

3. Gemeenten geven voor 1 oktober 2014, het moment dat meerjarige (2015 en 2016) contracten worden gesloten met instellingen, garanties voor de continuïteit van de betreffende zorgaanbieder.

Voor het budget dat ingezet wordt voor de basis GGZ, de PGB's en specialistische GGZ door kleinere aanbieders, geldt dat er voor de afspraken die voor 2016 worden gemaakt, een budget per gemeente wordt bepaald.

---

<sup>3</sup> In de tabel wordt een budget voor PGB's genoemd dat laag is; dit is een risico en vraagt om expliciete aandacht

---

## UITGANGSPUNTEN TEN AANZIEN VAN PARTNERSCHAP

1. De zorgaanbieders opereren zelfstandig op de markt van de jeugdhulp. Naast dit eigen en specifieke profiel, werken de zorgaanbieders ook samen en geven zij gezamenlijk vorm aan het volgende zorgaanbod:

- Dagbehandeling (o.a. Ouder Kind Centra)
- Verblijf (klinische c.q. residentiële setting)
- Ambulante gespecialiseerde jeugdhulp
- Integrale vroeghulp
- Crisisinterventie

**WAAROM  
MOEILIK DOEN  
ALS  
HET SAMEN KAN**

*Loesje*

De onderlinge samenwerking houdt een actieve onderlinge informatieplicht in: voornemens, innovatie en veranderingen in het zorgaanbod worden vooraf gedeeld en afgestemd.

De zorgaanbieders voeren periodiek onderling overleg: zowel op strategisch als tactisch/operationeel niveau.

2. Gemeenten richten gezamenlijk (deelname uit elk van de drie sub regio's) accountteams jeugdhulp (relatiebeheerders) per domein in. Deze accountteams voeren periodiek overleg met individuele zorgaanbieders binnen dat domein en met de zorgaanbieders gezamenlijk per domein.

Met de accountteams worden voornemens, innovatie en veranderingen in het zorgaanbod vooraf gedeeld en afgestemd. Daarmee blijven ook gemeenten goed op de hoogte van de actuele ontwikkelingen.

De accountteams volgen periodiek de mate waarin voornemens en acties uit het transformatieplan en de individuele transformatieplannen van de zorgaanbieders worden gerealiseerd. In het vervolg van dit transformatieplan wordt meer gezegd over de accountteams.

---

## UITGANGSPUNT TEN AANZIEN VAN MONITORING

1. De zorgaanbieders bevestigen de afspraken over monitoring die in het RTA zijn vastgelegd en de nadere invulling die aan deze afspraken is gegeven. De nadere invulling van deze afspraken is weergegeven in onderdeel 5.4 van dit transformatieplan jeugdhulp.

De zorgaanbieders die jeugdhulp in Drenthe willen leveren (vanaf interventieniveau 3) nemen verplicht deel aan het factlab jeugdhulp dat jaarlijks door PIONN wordt georganiseerd. De betreffende protocollen zijn in onderling overleg vastgesteld en worden geactualiseerd door de klankbordgroep Meetbaar Beter!.

---

## UITGANGSPUNT TEN AANZIEN VAN STURING EN REGIE

1. Gemeenten en zorgaanbieders richten gezamenlijk een bestuurlijk overlegplatform (regieoverleg jeugdhulp) in dat de voortgang van de transformatie, de uitvoering van het transformatieplan jeugdhulp en het RTA jeugdzorg, toetst.

Uiterlijk in oktober 2014 ligt er een uitgewerkt voorstel voor dit platform met daarin aangegeven de taken, verantwoordelijkheden e.d.

---

### 3.1.3. SAMENVATTING VAN DE INHOUDELIJKE UITWERKING PER DOMEIN

De drie te onderscheiden domeinen binnen de jeugdhulp (J-GGZ, LVB/VB en gedrag, opvoedproblematiek en jeugdzorg (plus)) hebben elk een uitwerking gezocht van het basis document dat als bijlage G is toegevoegd aan dit transformatieplan.

De inhoud van bijlage G is unaniem onderschreven door alle betrokken zorgaanbieders.

De verdere uitwerking van de domeinen J-GGZ en LVB/VB zijn interactieve processen geweest waarbij de meest betrokken partners nadrukkelijk hebben meegepraat en gediscussieerd.

Voor het domein jeugdzorg geldt dat geen tijd gevonden is om tot een interactief proces te komen waarmee een gezamenlijk standpunt tot stand gebracht kon worden. De afzonderlijke partners hebben hun eigen vertaling gemaakt. De betreffende vertalingen zijn niet bij dit transformatieplan gevoegd.

---

#### DOMEIN LICHT VERSTANDELIJK BEPERKTEN

In de nadere uitwerking van het domein LVB/VB wordt aangegeven dat vroegtijdige onderkenning van een verstandelijke beperking essentieel is naast een effectieve begeleiding van jeugdigen met een beperking.

De vroegtijdige onderkenning kan pas goed vorm krijgen als integraal wordt samengewerkt: tussen de domeinen en tussen de betrokkenen bij preventie en bij jeugdhulp.

In de uitwerking van het domein LVB/VB wordt aangegeven dat de meest betrokken partners de komende periode effectiever gaan samenwerken en dat gezocht gaat worden naar nieuwe vormen van samenwerking. Die samenwerking krijgt o.a. vorm in een samenhangend ketentraject (binnen het domein zelf), invoering van een integrale samenwerking binnen het totaal van de jeugdhulp en aansluiting bij het voorliggende veld door middel van de Integrale Vroeg Hulp methodiek in iedere sub regio te integreren binnen het CJG, gebiedsteam of sociaal team.

De partners binnen het domein LVB/VB dringen aan op het slechten van de grenzen tussen de afzonderlijke domeinen. Als start van de transformatie is een domein gerichte aanpak goed: op de langere termijn is domein overschrijdende actie noodzaak en gewenst.

Ten slotte wordt een vijftal onderwerpen genoemd dat nog nader uitgewerkt dient te worden: aanpak voor 18 plussers met LVB of VB, huisvestingskosten en vraagstuk LVB jongeren, BSO en begeleiding in het onderwijs en begeleid leren voor de doelgroep LVB.

---

#### DOMEIN JEUGD IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID ZORG

De partners in het domein J-GGZ hebben in april 2014 een verdiepende stap in samenwerking gezet.

Zij hebben de volgende drie uitgangspunten vastgelegd:

1. De bezuinigingstaakstelling wordt in de komende 3 jaar in gezamenlijkheid opgepakt. De werkgroep komt in die periode regelmatig bij elkaar om de voortgang van het transformatieproces te bespreken. Er is geen sprake van marktbescherming.
2. Er vindt een proactieve onderlinge afstemming plaats bij herplaatsing en bijscholing van personeel en huisvestingsvraagstukken. Bij een dreigend ontstaan van witte vlekken in het zorgaanbod (denk aan de beschikbaarheid en flexibiliteit van klinische plaatsen) wordt tijdig geanticipeerd en in een gezamenlijk gevoel van verantwoordelijkheid geacteerd.
3. Dubbelingen / overlap in zorgaanbod worden deels bewust gehandhaafd om de keuzevrijheid van de cliënt niet te fors in te perken. Daar waar dubbelingen leiden tot problemen in samenwerking en afstemming van zorg of overvloedig gebruik van beschikbare middelen, wordt gestreefd naar intensieve samenwerking.
4. Er wordt een gezamenlijke afgestemde ondersteuning van het voorliggende veld ingevuld.

Deze vier uitgangspunten worden vervolgens verder geconcretiseerd in een aantal ambities.

## SAMENVATTING

### OP BASIS VAN DEZE PARAGRAAF STELLEN WE VOOR OM:

De uitwerking van de BIG 5 jeugdhulp zoals in bijlage G is beschreven, als richtinggevend voor de invulling van de toekomstige zorginfrastructuur van de jeugdhulp in Drenthe aan te merken.

De genoemde uitgangspunten (3.1.2) vast te stellen als kader voor de verdere uitwerking van de transformatie jeugdhulp.

De actiepunten die zijn opgenomen in de werkagenda (onderdeel uitgangspunten) conform de daar aangegeven planning verder te concretiseren.

De uitrol van de werkmethode Positief opvoeden Drenthe op te dragen aan de ontwikkelgroep in overleg met de aanbieders van jeugdhulp.

Vastleggen dat zorgaanbieders, die jeugdigen in Drenthe jeugdhulp willen bieden, verplicht zijn om deel te nemen aan het factlab jeugdhulp dat door PIONN wordt opgezet.

De acties en werkagenda die voor het domein LVB/VB zijn opgesteld te onderschrijven en de partners uit te nodigen verder actie voor de uitwerking te ondernemen.

De uitgangspunten zoals die in de uitwerking van het domein J-GGZ zijn opgenomen, beschouwen als een werkwijze om tot de invulling van de transformatiedoelen leidt. De partners in het J-GGZ domein nadrukkelijk uitnodigen om hun ambities verder uit te werken.



## 3.2 DEELASPECTEN

### 1. BOVENREGIONALE AFSPRAKEN

Op hoofdlijnen komen de afspraken, die op de schaal van Noord Nederland voor de drie jeugdhulp regio's zijn gemaakt, er op neer dat geconcludeerd is dat samenwerken m.b.t. de zeer specialistische functies noodzakelijk is en daarbij ook voordelen biedt.

De betrokken zorgaanbieders hebben het volgende statement vastgelegd:

Met de zorg bieden we jeugdigen een duidelijk perspectief: zo snel en zo veel mogelijk weer meedoen met het 'gewone leven': op school, op het werk, in het gezin en met vrienden. We vinden het daarom belangrijk dat zorg zo veel mogelijk dichtbij de leefomgeving van de jeugdige en het gezin wordt aangeboden. Toegankelijk en efficiënt. Dat betekent onder meer dat binnen een of twee stappen passende zorg beschikbaar is.

Kinderen en jeugdigen worden ambulante behandeld, tenzij meer nodig is, kinderen wonen in hun eigen gezin, tenzij anders nodig is. Klinische behandelplaatsen of residentiële woonvormen vervangen we zo veel mogelijk door ambulante behandelvormen of vervangende woonvormen zoals gezinshuizen en pleeggezinnen. We streven er uiteindelijk naar dat zo weinig mogelijk kinderen een beroep hoeven doen op bovenregionale of landelijke zorgfaciliteiten.

Deze ambitie willen we realiseren door daadwerkelijk onze verantwoordelijkheid te nemen voor kinderen, jeugdigen en gezinnen met complexe problematiek, op een effectieve manier kennis te delen en over te dragen aan voorliggende voorzieningen. Daarnaast willen we de kwaliteit en de organisatie van de zorg verbeteren en de effecten ervan meetbaar maken door onderzoek te faciliteren en stimuleren.

De betrokken partners stellen voor om een hoofdlijnenakkoord te sluiten en werken de onderlinge afspraken rondom aanbod van jeugdhulp, coaching en consultatie en onderzoek verder uit in een zogenoemd ontwikkelplan. De uitwerking van de afspraken en het hoofdlijnenakkoord zijn 1 juli 2014 beschikbaar.

Het bovenregionale aanbod ziet er zoals in de onderstaande tabel is aangegeven uit en gaat gepaard met de genoemde kosten. Ander aanbod wordt via de regio's geregeld.

Opmerking: de hiernavolgende tabel is een weergave van alle modules die de zorgaanbieders hebben aangemeld. Later (in het ontwikkelplan) zal in dit totaal aanbod op basis van de in de notitie opgenomen criteria worden gesaneerd.

De uitwerking van dit onderdeel van het transformatieplan is overgenomen uit een advies dat voor de drie Noordelijke provincies is opgesteld door de verantwoordelijke zorgaanbieders met een landelijke en bovenregionale functie.

Het advies is als bijlage E aan het transformatieplan toegevoegd.

Tabel 2 overzicht van bovenregionaal (en landelijk) aanbod jeugdhulp

Bijlage 1 bij de notitie Samenwerken in de 3 noordelijke provincies  
Tabellen inventarisatie bovenregionale en regionale functies (versie 15 mei 2014)

Tabel 1 ADVIES bovenregionaal zorgaanbod (CONSENSUS 13 mei 2014)

Type voorziening	Aanbieder(s) + (naam module)	Cliënten			Herkomst cliënten	Leeftijd	Budgetten				LTA	
		Plaatsen <sup>1</sup>	Nieuw/jaar <sup>2</sup>	Doorlooptijd <sup>3</sup>			Totaal	Groningen	Friesland	Drenthe		
<b>Complexe doelgroepen</b>												
<b>Combinatieproblematiek op meerdere van de volgende domeinen: (forensische) psychiatrie, gedragsproblemen/verslaving, en/of LVB</b>												
Verslaving/psychiatrie/gedragsproblemen/LVB	Klinisch <sup>4,5</sup>	VNN, Poortje/Elker, Reik (DOK3)	18			GR/FR/DR	12-23					x
Verslaving/psychiatrie/gedragsproblemen/LVB	Klinisch <sup>6</sup>	Jeugdhulp Friesland (Woodbrookers, JZ*) <sup>4</sup>	24	48	6 mnd	FR/GR/DR	12-18					x
Verslaving/psychiatrie/gedragsproblemen/LVB <sup>1</sup>	Klinisch <sup>6</sup>	Poortje (Wilster)	120			GR	12-18					x
Psychiatrie/gedragsproblemen	Klinisch	Jeugdhulp Friesland (IRB: JZ* 12*)	6	10	6-8 mnd	FR/GR/DR	6-12					x
LVB + psychiatrie/gedragsproblemen	Klinisch	Ambiq (ZIB)	60			GR/FR/DR	7- 23					✓
<b>Ernstige psychiatrische problematiek (evt.) in combinatie met: spoedeisend karakter/crisis</b>												
Ernstige eetstoornissen	Klinisch	Accare (Smilde)	15	59	55 dagen	GR/FR/DR	0-18					x
<b>Trauma en/of geweld en/of veiligheid</b>												
Eengerelateerd geweld	Klinisch	Fier Fryslan (ZAHIR)	16			Landelijk	14-23	€1.420.953 <sup>5</sup>	€163.851	€ 1.173.942	€82.800	✓
Loverboys	Klinisch	Fier Fryslan (ASJA)	24			Landelijk	12-23					
Complex trauma	Klinisch	Fier Fryslan (METTA)	24			FR/DR/DR	12-23					x
Geweld in afhankelijkheidsrelaties	Klinisch	Fier Fryslan (GIA)	33			FR/GR/DR	0-18					x
Ernstige systeemproblematiek	Klinisch	GGZ Drenthe (Gezinspsychiatrie Bellen)	84	180	4-9 mnd	DR/FR/GR	2-18					x
<b>Weinig voorkomende problematiek</b>												
<b>GGZ (specialistisch ambulant)</b>												
Ticstoornissen	Ambulant	Accare	-	10		Landelijk	0-23					x
Liaisonpsychiatrie (incl. diagnostiek ernstige VB) <sup>6</sup>	Ambulant	Accare i.s.m. UMG	-	150		GR/FR/DR	0-23					x
Genderproblematiek	Ambulant	Lentis Jonx (Genderteam)	-	20		GR/FR/DR	0-23	€ 30.000				x
FASD	Ambulant	Lentis Jonx (FASD team)	-	50		GR/FR/DR	0-23	€ 50.000				x
Doven	Ambulant	Lentis Jonx (Doventeam)	-	40		GR/FR/DR	0-23	€120.000				x

**Vaardigheden bij de tabel**

V/G G=gedwongen kader /V=vrijwillig kader

1. In geval van klinische voorziening: het aantal cliëntplaatsen (peiljaar 2013)

2. Aantal nieuwe aanmeldingen per jaar (peiljaar 2013)

3. Doorlooptijd

4. I.s.m. Poortje

5. Totale budget (ZAHIR, METTA & ASJA) voor minderjarige cliënten (<18) uit de 3 noordelijke provincies (In totaal 95 cliënten, 9 uit Drenthe, 16 uit Groningen en 70 uit Friesland)

6. De zorg voor jongeren met een psychose wordt vormgegeven samen met het UCP (UMCG). Signalering en diagnostiek gebeurt zoveel mogelijk door de samenwerkende instellingen. Indien opname nodig blijkt, gebeurt dat binnen het UCP.

## SAMENVATTING

Over de kosten van het uiteindelijke bovenregionale (en landelijke) aanbod van jeugdhulpfuncties, stellen wij voor om deze op basis van solidariteit als gezamenlijke gemeenten (in de drie betrokken regio's jeugdhulp) te dragen.

Ook de bovenregionale functies leggen wij een bezuinigingstaakstelling van 20% voor de komende twee jaar op. In 2015 wordt 10% gekort, in 2016 16% en in 2017 20%.

---

### 2. CRISISOPVANG

Voor het uitwerken van crisisopvang vanaf 1 januari 2015 voor de volle breedte van de jeugdhulp, is een projectgroep in het leven geroepen. Aan de hand van het in de regio Friesland ontwikkelde plan voor een samenhangend werkproces rondom crisismeldingen, werkt deze projectgroep aan een eigen Drentse uitwerking.

De projectgroep legt nu twee kernvragen (zie hierna onder 2 en 3) voor aan de bestuurders van de betrokken zorgaanbieders en aan gemeenten.

De projectgroep stelt voor:

1. In te stemmen met het voornemen dat er voor Drenthe één gezamenlijke crisisdienst wordt ingesteld.
2. Vast te leggen dat er met één centraal telefoonnummer wordt gewerkt voor crisismeldingen en dat er een gezamenlijke frontoffice wordt ingericht.
3. Op korte termijn starten met twee inhoudelijke werkgroepen (verbindingen -ICT en telefonie- en triage crisisdienst).

Het budgettaire volume dat nodig is om de crisisdienst in stand te houden bedraagt €<sup>4</sup>

Dit budget wordt gerekend tot het budget dat via het solidariteitsprincipe wordt verrekend door de gezamenlijke gemeenten. Het budget wordt aangemerkt als specifiek budget: het is herkenbaar en onderscheiden.

## SAMENVATTING

Een centrale integrale crisisdienst voor de totale jeugdhulp in Drenthe inrichten, die via één centraal telefoonnummer te bereiken is.

Het benodigde budget voor de crisisdienst als programmabudget te oormerken en als één budget beschikbaar te stellen aan de samenwerkende zorgaanbieders.

Het projectplan crisisinterventie in september 2014 vast te stellen.

---

<sup>4</sup> Dit bedrag wordt uiterlijk 15 mei a.s. inzichtelijk en maakt dan onderdeel uit van het transformatieplan

---

### 3. HUIDIGE TAKEN BUREAU JEUGDZORG DRENTHE

Bureau Jeugdzorg Drenthe zal met ingang van 1 januari 2014 niet meer bestaan. Een deel van de taken wordt ondergebracht bij de GGD (AMK) en een deel in de op te richten gecertificeerde instelling voor JB en JR.

Op verschillende momenten is de afgelopen periode door gemeenten een besluit genomen ten aanzien van de huidige taken van Bureau Jeugdzorg Drenthe. De landelijke afspraken rond de taken en toekomst van de Bureaus Jeugdzorg lagen hieraan ten grondslag.

Concreet betekent dit dat de afspraken die zijn vastgelegd in de brief die de gezamenlijke gemeenten op 4 maart 2014 hebben verzonden, van toepassing zijn. De brief is als bijlage F bij dit transformatieplan gevoegd.

Heel specifiek is de situatie dat de in de brief van maart de gemaakte afspraken over de financiering van onvermijdelijke overproductie bij de JB en JR, zich niet verhouden met budgetbegrenzing die hierna in onderdeel 4 tabel 3 (pagina 15) wordt voorgesteld. De leveringsplicht geldt hier voor de gemeenten en de afspraak is dat de vraag (aantal uitgesproken maatregelen) het uiteindelijke toe te delen budget bepaalt, niet de grens van het verwachte benodigde budget.

De recente besluiten ten aanzien van 2 Noord, het AMHK en de toegang taken BJZ (faciliterend werkgeverschap via 2 Noord voor de komende twee jaar) noemen we hier slechts. In andere documenten zijn deze besluiten verder uitgewerkt en is de te volgen procedure en planning ook aangegeven.

### SAMENVATTING

De specifieke afspraken die inmiddels al met BJZ Drenthe gemaakt zijn over het AMHK en over 2 Noord, zijn bovenliggend ten opzichte van de generieke afspraken in dit transformatieplan. De budgetgaranties die voor de beide genoemde functies zijn afgegeven in de brief van eind 2013 en die herhaald zijn in de brief van 4 maart 2014 gelden dan ook onverkort.

---

### 4. POSITIEF OPGROEIEN DRENTHE

Zoals al in het RTA is aangegeven, zijn de uitgangspunten van PoD het fundament voor de transformatie van de jeugdhulp in Drenthe. In hoofdstuk 3 van dit transformatieplan is dit in het onderdeel ambitie nog eens nadrukkelijk onderschreven.

De uitwerking van de Big Five jeugdhulp (zie bijlage G) borduurt nadrukkelijk voort op de principes van PoD. Hierna zijn de BIG 5 in één oogopslag weergegeven.



ing van  
Drenthe is  
document  
de website  
ot  
jeugd.nl

- Eigen kracht van burgers. Bij 80 - 90 % door eigen kracht juiste hulp.
- Regisseur / Mediator: stagnatie bij hulpverlener, client of omgeving ?
- Matched care in maximaal 2 stappen
- Geen verslechtering in wachttijd, geen overdiagnostiek
- Op *alle interventieniveau's* zijn zorg, kennis en attitude in samenhang

Ook voor PoD geldt dat de komende periode veel werk moet worden verzet om de inhoud van de werkmethode Positief opvoeden Drenthe<sup>5</sup> nader uit te werken. Voor die nadere uitwerking wordt op dit moment een document voorbereid en een begroting gemaakt voor 2015 en 2016, die op 25 juni 2014 tijdens de bijeenkomst van het Algemeen Bestuurlijk Overleg jeugdhulp aan de orde worden gesteld.

Onderwerpen die in het document uitgewerkt zullen worden zijn de doorontwikkeling van interventie 3 en 4, een verheldering over de inrichting en positionering van het specialistische overleg en de voorgestelde ontwikkelstructuur.

In het kader van PoD is het van belang om vast te stellen dat een deel van de begroting van Yorneo afgestemd is op de uitrol van PoD (werkmethode). Dit conform de opdracht en uitgangspunten van de provincie Drenthe. Gemeenten moeten vastleggen of zij een dergelijke ontwikkeling (tot medio 2016) voortgang willen geven. Gezien de inhoud van het RTA ligt het voor de hand dit besluit inderdaad te nemen.

Concreet stellen we dan ook voor de begroting van Yorneo (bijlage H) als richtinggevend document vast te stellen als het gaat om het contracteren van jeugdhulp. Dit budgettaire kader past binnen de afspraken die gemaakt zijn over bandbreedtes per domein in het RTA en die in dit transformatieplan worden herbevestigd.

## 5. VERSTERKING VOORLIGGENDE VELD

In het RTA is aangegeven dat per sub regio een plan versterking voorliggend veld wordt opgesteld. Inmiddels zijn die plannen daadwerkelijk opgesteld en beschikbaar.

Tijdens de bespreking van de plannen versterking voorliggende veld kwam aan de orde dat het belangrijk is om een onderscheid te maken tussen de versterking van het voorliggende veld door middel van kennis en expertise die nu in het gespecialiseerde jeugdhulp beschikbaar is en de versterking van het voorliggende veld als zodanig.

Dat houdt in dat de preventie gericht ingezet wordt. Dit is een lokaal onderwerp: gemeenten bepalen de wijze waarop zij de versterking van preventie inhoud geven. Daarvoor staat hen lokaal

<sup>5</sup> Positief opvoeden Drenthe moet onderscheiden worden van Positief opgroeien Drenthe: dat laatste betreft de overkoepelende ambitie voor de toekomstige jeugdhulp; het eerste betreft een specifieke werkmethode in de laagste vier interventieniveaus.

budget ter beschikking en (incidenteel voor 2014 en 2015) het budget dat ten behoeve van de versterking voorliggende veld ter beschikking is gesteld.

Het gaat op dit moment om € 1.000.000 dat via de provinciale budgetten jeugdzorg is vrijgemaakt. Ook in 2015 is een dergelijk budget beschikbaar; daarna is dit budget niet meer voorhanden.

Gemeenten zullen zich in de loop van 2015 dienen te beraden op de vraag of het voorliggende veld voldoende is toegerust op de nieuwe uitdagingen.

Via de Federatie van directeurs welzijn en via de GGD Drenthe worden initiatieven genomen om in alle gemeenten vanuit het perspectief "T shape professionals" een training- en scholingsprogramma uit te voeren voor functionarissen in bijvoorbeeld het jeugdwerk of het school maatschappelijk werk.

---

## 6. KWALITEITSBELEID

In de nieuwe Jeugdwet (2014) en in de memorie van toelichting zijn diverse kwaliteitseisen opgenomen t.a.v. het nieuwe jeugdzorgbeleid. Een deel van deze eisen moet door aanbieders zelf worden verzorgd (gemeenten hebben toezicht). En een deel van de eisen moet worden uitgevoerd door gemeenten.

De Jeugdwet gaat uit van een grotere mate van verantwoordelijkheid voor de kwaliteit en doelmatigheid van ondersteuning, hulp en zorg door de veldpartijen.

De overheid stuurt op hoofdlijnen en is verantwoordelijk voor de borging van het publieke belang.

Van jeugdhulpaanbieders wordt verwacht dat ze zich als maatschappelijk ondernemer gedragen, van gemeenten dat ze regie voeren en sturen op kwaliteit, 'good governance', innovatiekracht, vermindering regeldruk en ruimte voor de professional. Net als in de zorg heeft de wetgever bij de jeugdhulp onder meer tot taak een aantal basiseisen te stellen waardoor het voor partijen die met de jeugdhulpaanbieders te maken hebben, inzichtelijker wordt welke keuzes de aanbieder heeft gemaakt, mede in relatie tot het eventuele grotere organisatorische verband waarvan de aanbieder deel uitmaakt.

In de Drentse Pilot jeugd wordt allereerst uitgezocht aan welke kwaliteitseisen het nieuwe jeugdzorg beleid moet voldoen en wat de verschillende aanbieders in Drenthe al aan kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld. In Drenthe bestaat in de verschillende domeinen een rijke traditie van kwaliteitsbeleid (resultaatmeting, monitoring, cliënttevredenheid, werken met evidence based programma's). We hebben de ambitie om dit beleid in stand te houden en waar mogelijk nodig verder uit te bouwen. We kunnen vanuit deze expertise een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van landelijk beleid.

Medio 2014 is de analyse kwaliteitsbeleid beschikbaar.

---

## 7. CLIËNTENBELEID

In februari 2014 zijn er op voorstel van de expertgroep transformatieplan jeugdhulp gesprekken gevoerd met cliënten die op dit moment gebruik maken van de jeugdhulp, met (pleeg)ouders van cliënten in de jeugdhulp, met vertegenwoordigers van cliëntenraden, met cliëntvertrouwenspersonen en met de Stichting pleegwijzer.

Het samenvattende verslag van deze gesprekken die met name over jeugdhulp gingen, is als bijlage P aan dit transformatieplan toegevoegd. Over preventie en lichte problematiek is niet veel gesproken.

De uitkomsten van de gesprekken zijn een oproep aan de betrokken organisaties om bij de uitwerking van hun voornemens voor de toekomst goed



te kijken naar de praktische vertaling en de concrete consequenties voor cliënt en hun ouders.

Als het gaat om communicatie en informatie wordt in de gesprekken gevraagd om gerichte en concrete informatie. Informatie die zich op de afzonderlijke cliënten richt. Maar ook informatie die zich op de professionals richt die een belangrijke rol hebben als vertrouwenspersoon, ondersteuner en/of behandelaar. Ten slotte is informatie nodig voor de belangenbehartigers en vertegenwoordigers van de cliënten binnen de jeugdhulp.

De gesprekken leiden tot de conclusie dat cliëntenraadpleging toegevoegde waarde heeft en structureel ingevuld dient te worden. Dit is een oproep aan alle betrokken partners bij het inrichten van het vervolgproces.

CONCEPT

## 4. CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Continuïteit van zorg garanderen en invullen is één van de belangrijkste voorwaarden die het Rijk stelt aan gemeenten in het kader van de decentralisatie van de jeugdhulp. Het betreft dan de jeugdigen die op 31 december 2014 een indicatie hebben voor jeugdhulp. Die indicatie moet ook in 2015 gestand gedaan worden. Daarnaast is het onze kernopdracht om via afspraken het noodzakelijke zorgaanbod binnen de niet vrij toegankelijke jeugdhulp beschikbaar te laten komen. Continuïteit van zorg is daarbij een belangrijk richtsnoer.

Met betrekking tot de inkoop van zorg houdt continuïteit van zorg in dat de lopende behandelingen (of de behandelingen die wel zijn geïndiceerd, maar als gevolg van bijvoorbeeld wachtlijsten niet gestart zijn) afgemaakt kunnen worden. Dit gebeurt op basis van de al bekende indicatie. De duidelijkheid over de consequenties voor de contractering gerelateerd aan dit aspect van continuïteit van zorg kan pas worden gegeven als landelijk de eenmalige gegevensoverdracht heeft plaatsgevonden (september 2014).

In het RTA is daarnaast een andere vorm van continuïteit van zorg vastgelegd. Gemeenten en zorgaanbieders hebben afgesproken dat hetzelfde aantal jeugdigen dat in 2014 jeugdhulp ontving ook in 2015 en 2016 passende jeugdhulp wordt geboden zonder dat de wachtlijsten groter worden. De korting die eind 2016 20% van het budget ten opzichte van het budget 2014 bedraagt, heeft hier geen invloed op.

Hiermee hebben de zorgaanbieders een resultaatverplichting aangenomen. De verdere uitwerking hiervan dient op korte termijn via de accountteams plaats te vinden.

### 4.1 AANTALLEN JEUGDIGEN IN ZORG

Bepalend voor het aantal jeugdigen in zorg is het factlab dat in september 2014 wordt gehouden.

Wij stellen voor om de deelname aan dit factlab verplicht te stellen voor alle aanbieders van jeugdhulp, die in 2015 Drentse kinderen in zorg willen houden c.q. nemen. In september 2014 zullen op basis van de uitkomsten van het factlab per domein aantallen jeugdigen in zorg worden vastgesteld.

Op het moment dat de eenmalige gegevensoverdracht heeft plaatsgevonden, kan worden bepaald welk aandeel van het aantal jeugdigen in zorg gevormd wordt door jeugdigen met een al afgegeven indicatie.

In de hiernavolgende tabel zijn de uitkomsten van het factlab uit februari 2014 verwerkt. De tabel geeft het **aantal** jeugdigen in zorg weer.

<b>uitkomsten factlab februari 2014</b>	Begroting	ZVW	AWBZ	totaal
ambulant	2.986	5.280	473	8.739
dagbehandeling	150	2	334	486
verblijf	601	129	308	1.038
JB/JR	982			982
	4.719	5.411	1.115	<b>11.245</b>

Bij deze tabel moet een aantal opmerkingen worden gemaakt.

Dit onderdeel van het transformatieplan is een nadere uitwerking van het vastgestelde RTA. De uitwerking is aangekondigd in de werkagenda bij het RTA.

De uitkomsten van het factlab van februari 2014 zijn als bijlage I aan het transformatieplan toegevoegd.



- Het gaat om gegevens van 11 instellingen. Daarmee is niet het totale aantal jeugdigen in zorg in beeld; er hebben teveel instellingen niet meegedaan.
- In de kolom verblijf bij de begroting gefinancierde zorg is ook de pleegzorg meegenomen. In de kolom AWBZ is bij verblijf ook het aantal jeugdigen in zorg meegenomen dat onder de wet langdurige zorg zal vallen. Er is immers nu duidelijkheid over de begrenzing van die doelgroep.
- Aangenomen mag worden dat voor de begroting gefinancierde zorg en de AWBZ gefinancierde zorg, het merendeel van de jeugdigen in zorg in beeld zijn. In ieder geval iedereen die zorg in natura via de AWBZ ontvangt. Niet in beeld zijn de cliënten bij de kleinere zorgaanbieders in de GGZ en de cliënten die via een PGB zorg inkopen bij bijvoorbeeld een zorgboerderij. Op basis van landelijke cijfers blijkt dat ongeveer 20% van de cliënten in de GGZ bij deze kleinere aanbieders zorg ontvangt.
- We gaan ervan uit dat 10% van de jeugdigen in zorg bij grote instellingen hun gegevens van jeugdigen in zorg niet hebben ingediend. In onze regio is het budget voor PGB's twee maal zo groot als voor zorg in natura binnen de AWBZ. Er mag worden aangenomen dat in ieder geval het dubbele aantal jeugdigen in zorg is met behulp van een PGB, in vergelijking met het aantal dat in zorg is via de deelnemers aan het factlab. Waarschijnlijk zijn dat overigens jeugdigen die ook al in beeld zijn bij een andere zorgaanbieder.
- De cijfers in de tabel zeggen niets over het totale aantal jeugdigen dat op jaarbasis in zorg is. In deze tabel gaat het om het aantal jeugdigen in zorg per 1 januari 2013. Er is in de cijfers geen rekening gehouden met gemiddelde verblijfsduur c.q. gemiddelde duur van behandelingen of hulpverleningstrajecten.
- De tabel geeft geen inzicht in unieke cliënten. Uit het factlab komt naar voren dat er 8.241 unieke cliënten zijn meegenomen in de tellingen.

Een tweede tabel waarin de bovenstaande onzekerheden zijn verwerkt, ziet er als volgt uit:

<b>uitkomsten factlab februari 2014</b>	Begroting	ZVW	AWBZ	totaal
ambulant	2.986	5.280	473	8.739
dagbehandeling	150	2	334	486
verblijf	601	129	308	1.038
JB/JR	982			982
	4.719	5.411	1.115	<b>11.245</b>
<b>aannames</b>				
non deelname		601		601
correctie GGZ (80%)		1.082		1.082
correctie PGB's (66%)			2.230	2.230
				<b>15.158</b>

#### 4.2 BESCHIKBAAR BUDGET (BANDBREEDTES)

In de onderstaande tabel zijn bandbreedtes aangegeven die een globale benadering weergeven. Er kan en zal onderling bij het vastleggen van contracten worden geschoven met budgetten (m.u.v. de specifieke zaken die genoemd zijn). De genoemde bedragen gelden als uitgangspunt voor het contracteren van jeugdhulp in 2015.

De bandbreedtes wijken af van de bandbreedtes die in het RTA zijn genoemd. Dat komt omdat er in december 2013 een verhoging van het budget heeft plaatsgevonden.

Tabel 1: indicatieve bandbreedtes (waarin rekening is gehouden met ombuiging 2015 en afromen van Drentse opslag en reservering landelijke functies)<sup>6</sup>

Domein	Onderdeel	Budget € x 1.000.000
LVB	Intramuraal	10
	Extramuraal	12
GGZ	Basis GGZ	6
	Specialistische GGZ	21
	Klinisch	4
Jeugdzorg	Ambulant	11
	Pleegzorg	6
	Jeugdzorg Plus	5
	Verblijf	8
	Deeltijd	5
	Toegang	4
Specifiek	Dyslexie	2
	JB en JR	5
	AMK	2
	PGB's	10
Totaal		111

De hierboven weergegeven verdeling van budget moet de komende jaren onder invloed van het ingezette beleid veranderen. Het doel van de transformatie jeugdhulp is immers dat er meer budget wordt ingezet in ambulante trajecten en minder in klinische of residentiële jeugdhulp. Jaarlijks zal getoetst worden of deze transformatiedoelen worden gerealiseerd. In het onderdeel monitoring hebben we dat verder uitgewerkt.

De ontwikkeling van meer ambulant naar minder residentieel of klinisch mag geen negatieve consequenties hebben voor de afspraken over continuïteit van zorg in 2015 en 2016.

Het hiervoor genoemde bedrag is het beschikbare budget op basis van het peiljaar 2012. Dat is het peiljaar waarop de ombuigingen worden toegepast.

Binnen het LVB domein wordt op dit moment een werkwijze gehanteerd waarmee kosten die aan jeugdigen zijn verbonden, onderdeel zijn van de budgetten voor volwassenen. Nu is dat (gegeven het gehanteerde bekostigingssysteem) geen probleem; vanaf 1 januari kan dat wel het geval zijn. Het accountteam LVB zal specifiek aandacht besteden aan dit punt. Een ander punt van aandacht is het feit dat de vervoerkosten die gekoppeld zijn aan jeugdhulp, integraal onderdeel moeten zijn van de werkbudgetten. De huidige betaling uit Wmo budget is vanaf 1 januari 2015 niet meer mogelijk.

## SAMENVATTING

OP BASIS VAN HET VOORGAANDE IN DEZE PARAGRAF STELLEN WE VOOR OM:

Deelname aan het factlab jeugdhulp verplicht te stellen voor zorgaanbieders die jeugdhulp binnen interventieniveaus 3 tot en met 8 aan Drentse kinderen willen aanbieden.

Uit te gaan van het gegeven dat in 2015 in ieder geval aan 15.200 jeugdigen jeugdhulp zal kunnen worden verleend.

Het definitieve aantal jeugdigen in zorg dat valt onder de afspraak van continuïteit van zorg, te bepalen op basis van de uitkomsten van de éénmalige gegevensoverdracht cliënten jeugdhulp en de uitkomsten van de in september 2014 te houden factlab.

De in het RTA opgenomen bandbreedtes aan te passen conform de verdeling zoals hiervoor in tabel 1 is aangegeven. Deze verdeling als een eerste ordening beschouwen en de komende periode werken aan de nadere uitwerking. Die uitwerking vraagt om een flexibele uitwerking en oog voor de dynamiek binnen de jeugdhulp.

<sup>6</sup> In de tabel wordt een budget voor PGB's genoemd dat laag is; dit is een risico en vraagt om expliciete aandacht

## 5. PROCES

### 5.1 INTERGEMEENTELIJKE SAMENWERKING

De uitwerking die in dit hoofdstuk is weergegeven is een samenvatting van de adviezen die als bijlagen J en K zijn toegevoegd aan dit transformatieplan

Gemeenten hebben in overleg met de grotere zorgaanbieders en een vertegenwoordiging (via KLIK) van de vrijgevestigde psychologen, orthopedagogen en pedagogen in Drenthe, hun beeld over de toekomstige samenwerking rondom de inkoop en bekostiging van jeugdhulp vastgelegd.

Daarvoor zijn twee adviezen opgesteld. Het gaat om een eindadvies van de werkgroep financials (bijlage J) en het eindadvies van de expertgroep inkoop (bijlage K).

Voorgesteld wordt ten aanzien van contracteren vooralsnog (2015-2016) te kiezen voor een lichte samenwerkingsvorm en een penvoerende gemeente aan te wijzen en daarbij functiescheiding aan te brengen tussen inkoop en budgetbeheersing. Geadviseerd wordt te kiezen voor twee penvoerende gemeenten die elk als bedrijfsbureau voor de andere elf Drentse gemeenten fungeren. Het gaat hierbij om de gemeente Hogeveen als penvoerder inkoop en de gemeente Emmen als penvoerder budgetbeheersing.

De hoofdlijnen die aan de orde zijn bij de genoemde penvoerden gemeenten, zijn uitgewerkt in de adviezen die als bijlagen J en K aan het transformatieplan zijn toegevoegd.

Kortheidshalve verwijzen wij naar de eindadviezen voor een inhoudelijke duiding van de voorstellen die hierna zijn opgenomen in dit transformatieplan.

In het eindadvies van de werkgroep financials zijn voorstellen opgenomen over uitgangspunten en voorwaarden, over kostenverdeling en over de opzet van een bedrijfsbureau financiën. Wij stellen voor deze voorstellen over te nemen.

De werkgroep adviseert om zowel het profijtbeginsel als verdelingsystematiek te gaan hanteren (voor de interventies op niveau 4 en 5) als het solidariteitsprincipe (voor de interventies vanaf niveau 6); dit omdat het gebruik van de zwaardere vormen van jeugdhulp grote financiële risico's met zich meebrengt, slechts in beperkte mate beïnvloedbaar is en de resultaten van een ander meer preventief beleid, niet direct zichtbaar zijn.

Naast de genoemde voorstellen bevat het advies van de werkgroep financials ook een aantal actiepunten. Deze zijn opgenomen in de werkagenda van dit transformatieplan.

In het eindadvies van de expertgroep inkoop zijn voorstellen opgenomen over de opzet van een bedrijfsbureau inkoop, over sturing en verantwoording, over contracteren en over het instellen van accountteams per domein.

Wij stellen voor deze voorstellen over te nemen; ze worden expliciet genoemd in onderdeel 5.3 van dit transformatieplan.

In bijlage N bij dit transformatieplan is vanuit een juridische invalshoek een agenda toegevoegd die gehanteerd wordt bij de verdere uitwerking van de rol en taak van de penvoerende gemeenten.

Ook voor de expertgroep inkoop geldt dat zij in het eigen eindadvies actiepunten heeft opgenomen. Deze zijn opgenomen in de werkagenda bij het transformatieplan.

## SAMENVATTING

DE VOLGENDE UITGANGSPUNTEN EN VOORWAARDEN VAST TE STELLEN:

Afspraken hebben een looptijd die gelijk is aan die van het RTA.

Budget jeugdhulp conform de circulaire gemeentefonds is taakstellend.

Goede monitoring per interventieniveau.

Behoedzaam financieel beleid gedurende de looptijd van het RTA.

Qua kostenverdeling aansluiten op de in Drents verband afgesproken interventieniveaus.

Uitwerken van een eenvoudig verrekenmodel tussen gemeenten onderling.

Het beschikbare budget wordt zoveel mogelijk voor hulp ingezet en dus zo min mogelijk voor overhead.

Hanteer het solidariteitsbeginsel voor interventieniveaus 6 tot en met 8, crisisinterventie en pleegzorg. Hanteer voor interventieniveau 4 en 5 het profijtbeginsel.

De bijdrage van iedere gemeente voor de jeugdhulpkosten die worden verrekend op basis van solidariteit is gelijk aan het relatieve aandeel dat een gemeente ontvangt van het Rijk. Voor de kosten van de jeugdhulp waar het profijtbeginsel voor is afgesproken gaat er verrekend worden op basis van werkelijke kosten, dus prijs \* hoeveelheid (p\*q).

Kies voor een lichte samenwerkingsvorm en wijs een penvoerende gemeente aan. Breng functiescheiding aan tussen inkoop en budgetbeheersing en kies daarom voor twee penvoerende gemeenten die elk als bedrijfsbureau voor de andere elf Drentse gemeenten fungeren.

AANVULLEND OP DE VOORSTELLEN VAN DE WERKGROEP EN EXPERTGROEP STELLEN WIJ VOOR OM:

Te besluiten om op korte termijn (juni 2014) te starten met een overleg met de betrokken zorgaanbieders, via het accountteam GGZ, over de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de landelijke afspraak dat het voertuig DBC systematiek de komende drie jaar nog gehanteerd dient te worden. Doel van dit overleg is de voor de transformatie essentiële ruimte en mogelijkheden te creëren binnen het kader van deze DBC systematiek.

Via het accountteam LVB aandacht te besteden aan de kosten die gekoppeld zijn aan jeugdigen LVB'ers die nu in een voorziening voor Verstandelijk Beperkten onderdak hebben.

Als gemeenten in juni 2014 een gerichte en gezamenlijke actie te starten om inzichtelijk te krijgen wie als individu via een zogenoemd persoonsgebonden budget (pgb) budget claims kan doen gelden voor de jeugdhulp. Deze actie dient er in te resulteren dat uiterlijk in september duidelijk is wie en voor hoeveel budget aanspraak gedaan zal worden op de landelijke vastgelegde continuïteit van zorg in 2015.

### 5.2 OVERLEGSTRUCTUUR GEMEENTEN

In overleg met de gemeentesecretarissen is een memo opgesteld waarin de voor de jeugdhulp gehanteerde overlegstructuur voor de korte termijn is uitgewerkt. Deze memo is bijgevoegd als bijlage M bij het transformatieplan.

In deze memo wordt aangegeven dat de eind 2013 aangepaste overlegstructuur jeugdhulp tussen gemeenten ook de komende jaren in stand wordt gehouden. Er wordt gewerkt met een bestuurlijke portefeuille verdeling rondom aangewezen (acht) dossiers. De betreffende portefeuillehouder trekt samen met de ambtelijk trekker van het betreffende dossier op, om de doelen en acties die actueel zijn voor het betreffende dossier te realiseren.

In de memo is vastgelegd dat ambtelijke accountteams worden ingericht, dat met een beleidsoverleg transformatieplan jeugdhulp gewerkt gaat worden en dat er penvoerende gemeenten komen (alle drie als tijdelijke elementen van de projectstructuur die in 2015 en 2016 in stand gehouden wordt).

De portefeuillehouders jeugd hebben in hun overleg van 4 juni 2014 bevestigd dat het Algemeen Bestuurlijk Overleg jeugdhulp gedurende twee jaar in stand gehouden wordt: daarmee is de onderlinge samenwerking tussen gemeenten op het terrein van de jeugdhulp te borgen. Daarnaast stemmen zij in met een aangepaste samenstelling van het Voorbereidend Bestuurlijk Overleg jeugdhulp, waarin naast de voorzitter van het ABO, ook portefeuillehouders en gemeentesecretarissen uit elk van de sub regio's deelnemen.

### 5.3 CONTRACTEREN

In het eindadvies van de expertgroep inkoop wordt ook aandacht besteed aan het contracteren van de jeugdhulp. De expertgroep stelt het onderstaande voor. (De nadere uitleg van het onderstaande is terug te vinden in het eindadvies van de expertgroep inkoop (bijlage K); korthedshalve verwijzen wij voor de nadere motivatie van het onderstaande naar deze bijlage K).

Het uitgangspunt voor het contracteren is continuïteit van zorg. Het is vanuit een oogpunt van kostenbeheersing en tijdinvestering onmogelijk om met alle aanbieders contracten te sluiten.

Daarom wordt gekozen voor een beperkt aantal contractanten. Dat is mogelijk in de vorm van een collectiviteit waarbij zorgaanbieders zich vrijwillig kunnen aansluiten, in de vorm van een contractant (voor een bepaalde functie of voor een bepaald volume van het gewenste aanbod (sub contractanten) en zelfs voor een heel domein). De contractanten die ook namens anderen contracten sluiten voor een functie of domein (hoofdcontractanten), zijn verplicht afspraken te maken met andere aanbieders die ook die functie uitvoeren of op het betreffende domein opereren.

De expertgroep inkoop stelt voor om de huidige domeinindeling te hanteren en in gesprek te gaan met een vertegenwoordiging van elk domein. In de huidige jeugdzorg worden drie domeinen onderscheiden, te weten de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gefinancierd via de zorgverzekeringswet, de (licht) verstandelijk beperkten (LVB) gefinancierd via de AWBZ en de opvoed- en opgroei-ondersteuning en JB/JR, de begroting gefinancierde jeugdzorg.

De voorgestelde aanpak is wenselijk om voor het overgangsjaar 2015 ruimte te creëren voor een optimale transitie en daarnaast de transformatie verder in gang te zetten. Het is van belang om tijd te nemen voor de nieuwe werkelijkheid en te borgen dat er passende jeugdhulp beschikbaar is voor de jeugd in elke gemeente. Deze eerste jaren worden daarnaast benut om toe te werken naar resultaatgericht contracteren (trajecten of populatie).

Als uitgangspunt voor het contracteren is gekozen voor een groeimodel. Als minimumoptie is gekozen om te werken met prestatiegericht contracteren. Daarbij is de huidige situatie het startpunt voor het maken van afspraken. Er wordt toegewerkt naar resultaatgericht contracteren vanaf 2017 of eerder als dat mogelijk is.

De gemeenten zullen de contracten tussen hoofdcontractant en sub contractanten monitoren en de veelkleurigheid van het aanbod bewaken en borgen (ook kleinere aanbieders hebben en houden een positie). Het doel is om werkbaarheid en transparantie te krijgen en om geen strakke verhoudingen te creëren tussen hoofd- en sub contractanten binnen de jeugdhulp. Bovendien is deze werkwijze noodzakelijk om te voorkomen dat aanbieders onnodig afvallen en wellicht op den duur omvallen waardoor de toekomstige markt vertroebelt.

In het advies van de expertgroep is een uitgebreide werkagenda opgenomen. Deze werkagenda is opgenomen in de werkagenda in onderdeel 5.5 van dit transformatieplan.

De beschikbare middelen voor het AMK zijn onderdeel van de begroting gefinancierde jeugdzorg. Het samenvoegen van het AMK met het SHG tot het AMHK onder de vlag van de GGD Drenthe als extra taak, vraagt een nadere uitwerking waarbij de centrumgemeente Emmen (voor de SHG taak) een speciale positie inneemt. De wijze van contracteren van het AMHK dient in overleg met de centrumgemeente nader uitgewerkt te worden.

## SAMENVATTING

CONFORM HET ADVIES VAN DE EXPERTGROEP INKOOP

Uitgaan van de huidige aanbieders om te zorgen voor voldoende variatie en keuzevrijheid voor cliënten. Om het aantal contractanten te beperken wordt gewerkt met een systeem van hoofd- en sub contractanten. Hierbij kunnen ook collectiviteiten als contractant fungeren.

Minimaal prestatiegerichte contracten sluiten, maar indien mogelijk resultaatgericht contracteren.

Een eenvoudig en transparant systeem van sturing en control invullen, waarbij ervaring opdoen een belangrijk uitgangspunt is en het systeem zich richt op de toegang, het gebruik van ingekochte zorg door de afzonderlijke gemeenten, op bewaken van de budgettaire kaders, op kwaliteit van de aanbieders en op kwaliteit van de dienstverlening (zoals leveringsplicht, overgangsrecht e.d.).

De verantwoordingssystematiek van de provincie Drenthe (zie bijlage O) als streefbeeld nemen voor de verantwoordingsystematiek die wordt ingevuld binnen de jeugdhulp.

De expertgroep inkoop in stand laten gedurende de looptijd van het RTA.

De in het advies van de expertgroep opgenomen werkagenda onverkort vaststellen.

## 5.4 MONITORING

In het RTA is aangegeven dat de voortgang van de transformatie gevolgd gaat worden. Om het resultaat van de transformatie te kunnen volgen, is door PIONN een voorstel geformuleerd over een zogenoemde transformatie- en transitie-meter.

Met dit instrument worden de indicatoren van zowel de resultaten (transformatiemeter) als de processen (wordt de transformatie uitgevoerd zoals bedoeld: de transitie-meter), gevolgd.

Samen met de periodieke meting van aantallen jeugdigen in zorg, leidt de voorgestelde monitoring tot een sluitend zicht op de resultaten van de transformatie van de jeugdhulp. Die informatie vormt de basis van nadere afspraken in contracten.

In bijlage D wordt een voorstel gedaan om het volgende te besluiten: (dit voorstel nemen we niet zonder meer over; zie motivatie hierna)

- In te stemmen met de richtinggevendende indeling van de vijftien indicatoren uit de transformatie- en transitie-meter;
- In te stemmen met het ook inventariseren van de interventies op niveau 2 en 3 via de transformatie- en transitie-meter.

Wij vinden het belangrijk om aan te geven dat monitoring alleen zin heeft als ook de betrokken zorgaanbieders (in zowel het voorliggende veld als binnen de jeugdhulp) meedoen aan de discussie over indicatoren. Daarom neemt een vertegenwoordiger van elk onderscheiden domein binnen de jeugdhulp plaats in de klankbordgroep Meetbaar Beter!

Ook is het van groot belang het aantal indicatoren te beperken; een te groot aantal indicatoren zorgt voor een te grote belasting van zorgaanbieders. Ook dit aspect is onderwerp van gesprek in de klankbordgroep.

In het RTA is ook aangegeven dat in maart 2014, november 2014, maart 2015, november 2015 en juni 2016 tussentijdse evaluaties plaatsvinden. Die tussentijdse momenten bieden de gelegenheid om te bepalen of condities nog steeds actueel zijn en of ze wellicht als gevolg van ontwikkelingen bijgesteld moeten worden. Ook wordt op die momenten bepaald of de transformatie voldoende op koers ligt. Als de resultaten onvoldoende zijn, worden de afspraken uit het RTA opgezegd en gaan gemeenten zich bezinnen op een andere manier om de gestelde transformatiedoelen te realiseren.

Als er sprake is van gewijzigde omstandigheden (aantallen jeugdigen in zorg of beschikbaar budget), leidt dat ook tot aanpassing van de financiële kaders.

De eerste evaluatie in maart 2014 betrof met name een procesevaluatie. In bijlage L is die evaluatie weergegeven.

Op dit moment is er geen reden om de kaders in het RTA aan te passen of gemaakte afspraken op te zeggen. Nadat dit transformatieplan is vastgesteld, zijn de kaders op onderdelen verder aangescherpt en uitgewerkt.

## SAMENVATTING

In overleg met de klankbordgroep Meetbaar Beter! de definitieve set indicatoren bepalen.

Elk domein van de jeugdhulp een positie geven in de klankbordgroep.

Gezien de uitgangspunten van de transformatie van de jeugdhulp ook binnen de preventie de voortgang van de transformatie en transitie te monitoren.

## 5.5 WERKAGENDA

In de onderstaande tabel is voor de komende maanden aangegeven welke acties ondernomen dienen te worden. De tabel bevat tal van acties en geeft aan welk intensief traject de komende tijd doorlopen dient te worden.

ONDERWERP	WAT	WIE	DATUM
Uitgangspunten	De aanbieders van jeugdhulp en preventie werken samen de balans uit die er per interventieniveau dient te zijn tussen kennis, kunde, attitude en betrokkenheid van partners vanuit de preventie en vanuit de jeugdhulp. Het overleg over toegang en toeleiding wordt aangevuld met gesprekspartners uit de jeugdhulp domeinen.	Zorgaanbieders inclusief kernpartners CJG	Doorlopend proces tijdens RTA periode; periodieke monitoring van voortgang, resultaten en effect
	Aanbieders van jeugdhulp brengen hun individuele en gezamenlijke aanbod onder in de tabel op pagina 4 van het transformatieplan 2014.	Zorgaanbieders	Vóór 1 november 2014
	De invulling van de BIG 5 jeugdhulp wordt gezamenlijk op een gestructureerde wijze ingevuld. De wijze waarop dit proces wordt gestuurd en gecoördineerd, is een vraagstuk dat voor 1 november 2014	Zorgaanbieders inclusief kernpartners CJG	Doorlopend proces tijdens RTA periode; periodieke monitoring van voortgang,

	moet zijn beantwoord.		resultaten en effect
	Uitwerken en vastleggen van een gezamenlijk personeelsbeleid.	Zorgaanbieders	Vóór 1 november 2014
	Uitwerken van een gezinsondersteunend arrangement voor de doelgroep LVB – VB.	Zorgaanbieders en kernpartners CJG	
	Formaliseren van onderlinge samenwerkingsverbanden, gezamenlijke programma's, projecten en pilots.	Zorgaanbieders	Vóór 1 november 2014
	Uitwerken wat de rol is van de procesregie c.q. mediaton. Een belangrijk aandachtspunt is dat procesregie geen doel op zich is.	Zorgaanbieders en kernpartners CJG	Voor 1 oktober 2014
	Transformatieplannen waarin is aangegeven op welke manier de bezuinigingen de komende drie jaar door individuele instellingen wordt gerealiseerd.	Zorgaanbieders	Voor 1 september 2014
	Inrichten van een periodiek overleg tussen zorgaanbieders ten einde onderling partnerschap uit te bouwen	Zorgaanbieders	Mei 2014
	Inrichten van een gezamenlijk overleg platform op bestuurlijk – strategisch niveau (regie overleg jeugdhulp).	Zorgaanbieder, kernpartners CJG en gemeenten	Voor 1 oktober 2014
	De noodzakelijke administratieve processen bij zowel gemeenten als zorgaanbieders zijn op orde zodat de transitie van de jeugdhulp per 1 januari 2015 kan plaatsvinden.	Gemeenten en zorgaanbieders	Uiterlijk op 1 november 2014
	De regels van good governance worden op korte termijn vertaald in een document waarin voor de zorgaanbieders de uitgangspunten zijn vastgelegd.	Zorgaanbieders i.o.m. gemeenten	Uiterlijk 1 juni 2014
Bovenregionale functies	Hoofdlijnenakkoord en ontwikkelingsplan opstellen en voorleggen aan de gemeenten in de drie Noordelijke regio's jeugdhulp.	Zorgaanbieders	Uiterlijk 1 juli 2014
	De in Drenthe gehanteerde werkwijze met accountteams afstemmen met de andere regio's die betrokken zijn bij de bovenregionale afspraken.	Kwartiermaker	Medio mei 2014
Crisisopvang	Uitwerken van een projectplan crisisinterventie Drenthe.	Projectgroep Spoed4jeugd Drenthe	1 oktober 2014
Positief opvoeden Drenthe	Doorontwikkeling van de werkmethode PoD uitwerken zoals is aangegeven in het ontwikkeldocument dat wordt voorgelegd aan het ABO	Ontwikkelgroep PoD Zorgaanbieders	21 mei 2014



	jeugdhulp van 24 juni 2014. Bij de doorontwikkeling worden ook de aanbieders jeugdhulp als partner betrokken voordat het ontwikkeldocument wordt vastgesteld.		
Versterking voorliggende veld	Bepalen of de versterking van het voorliggende veld voldoende is doorgevoerd om er voor te zorgen dat de toeloop naar zwaardere vormen van jeugdhulp absoluut en relatief is teruggelopen.	Gemeenten en kernpartners CJG	Medio 2015
Continuïteit van zorg	Uitvoeren factlab in 2e helft 2014.	PIONN	September 2014
	Nagaan of er bezwaar bestaat tegen het vastleggen van budgetafspraken op basis van het bekende en vastgestelde budget jeugdhulp 2013.	Financials gemeenten en financials zorgaanbieders	Oktober 2014
Intergemeentelijke samenwerking	Risicoverdeling (overschrijding budget, fluctuatie aantallen jeugdigen in zorg, substantiële wijzigingen van aard van het gebruik van jeugdhulp) tussen opdrachtgever en opdrachtnemer uitwerken.	Zorgaanbieders en accountteams werken dit vraagstuk uit	1 juli 2014
	Nadere afspraken maken over voorwaarden en condities die gelden bij invulling penvoerderschap.	Penvoerende gemeente en de andere elf Drentse gemeenten	1 juli 2014
	Voortzetten van de acties en lobby om aandacht te vragen voor een eerlijker objectief verdeelmodel middelen jeugdhulp.	Bestuurlijk dossierhouder	Doorlopend proces tot moment waarop concreet voorstel vanuit BZK wordt voorgelegd
	In overleg tussen gemeenten en direct betrokken organisaties (BJZ en CIZ) onderzoeken wat de precieze omvang is van het PGB budget en wat de mogelijkheden zijn om te sturen.	Gemeenten, BJZ Drenthe, CIZ	1 oktober 2014
	Een beleidsoverleg transformatie instellen en starten met de werkzaamheden van accountteams.	ABO en gementesecretarissen overleg	Mei/juni 2014
Contracteren	Starten met voorbereidende gesprekken over contracteren met zorgaanbieders.	Expertgroep inkoop, accountteams en zorgaanbieders	Juni 2014
	Uitwerken van contractvoorwaarden inkoop en verantwoordingssystematiek.	Expertgroep inkoop, accountteams en zorgaanbieders	Voor 1 oktober 2014
Monitoring	Indicatoren op te nemen in de transformatie en transitimeter met elkaar (gemeenten en zorgaanbieders) bespreken en laten vaststellen door bestuurders (colleges).	Klankbordgroep MB! en accountteams	Mei 2014 overleg, juni vaststelling

	Toegang en instroom binnen de jeugdhulp nadrukkelijk monitoren.	Klankbordgroep MB! en accountteams	Jaarlijks terugkerend proces
Uitkomsten werkatelier 7 mei	Afstemmingsoverleg bijeenroepen aanbieders dyslexiezorg in Drenthe.	Zorgaanbieders dyslexie	Voor 1 juni 2014
	Er dient aandacht te zijn voor de afstemming tussen de jeugdhulp, het voorliggende veld en de veiligheidsketen.	JB/JR aanbieder AMHK CJG partners	Voor 1 september 2014

CONCEPT

## 6. RISICO'S

Het transformatieplan is een document op hoofdlijnen; hoewel het RTA verder geconcretiseerd is, blijft er toch nog veel over dat moet worden uitgewerkt.

Daarvoor wordt de komende maanden gewerkt aan nadere detaillering. Het is aannemelijk dat dit in twee stappen gaat plaatsvinden. De principe besluiten die nu aan u worden voorgelegd worden in de periode tot 1 juli 2014 nader uitgewerkt. Dat is een parallel proces ten opzichte van het besluitvormingsproces rondom dit transformatieplan.

De nadere uitwerking borduurt voort op de voorstellen die in het transformatieplan worden gedaan; dat is nodig om de noodzakelijke voortgang te behouden.

We durven deze werkwijze aan omdat de concretisering van het RTA niet inhoudt dat er fundamenteel andere keuzes zijn gemaakt.

We doen die nadere uitwerking in het aangegeven tempo omdat we denken dat er geen onomkeerbare beslissingen en stappen worden gezet. In juli is er gelegenheid om te bepalen of de condities voor het penvoerderschap acceptabel zijn. In juli is er tijd om te bepalen of het door de accountteams voorbereide beleidskader ook politiek bestuurlijk acceptabel is.



Een tweede risico is verbonden aan de landelijke afspraak dat er continuïteit van zorg dient te worden gegarandeerd in 2015. De exacte omvang van de aanspraken die gedaan kunnen worden in dit kader is, zoals hiervoor ook al is aangegeven, niet bekend.

Pas in het najaar zal via de eenmalige gegevensoverdracht duidelijk worden welke budgetten gereserveerd moeten blijven voor het garanderen van de bedoelde continuïteit van zorg.

Ten slotte wijzen we op de specifieke situatie van de gedwongen jeugdhulpmaatregelen (JB en JR): hier is sprake van een leveringsplicht. Dat beïnvloedt de kostenbeheersing mogelijk.

De verwijzingsbevoegdheid van huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten is in dat verband ook een nadrukkelijk aandachtspunt. Als geen afstemming via het CJG of betreffende sociale team plaatsvindt, komt budgetbeheersing in het gedrang.

Hier ligt een opdracht voor de gemeenten: zij zullen met de huisartsen c.s. sluitende afspraken moeten maken. De positie van de jeugdartsen van de GGD als kernpartners van het CJG wordt daarbij nadrukkelijk benut.

In de onderliggende adviezen die als bijlage J en K bij het transformatieplan zijn gevoegd, is een risicoparagraaf opgenomen; die risicoparagrafen worden verder uitgewerkt en de rapportages daarover maken onderdeel uit van adviezen en contractvoorwaarden voor de daadwerkelijke inkoop. In de werkagenda is dit expliciet opgenomen.

## 7. COMMUNICATIEPLAN

De gevolgen van de veranderingen binnen de jeugdhulp zijn groot. Dat geldt voor individuele cliënten, betrokken professionals, voor organisaties en gemeenten. Dat vraagt om zorgvuldige communicatie.

In het communicatieplan wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende doelgroepen.

Het gaat daarbij om:

- Politiek bestuurlijke organen zoals colleges en gemeenteraden
- Belangenorganisaties en gemeentelijke adviesraden
- Organisaties binnen de jeugdhulp
- Professionele en vrijwillige organisaties op het gebied van jeugd
- Cliënten
- Algemeen publiek



Het communicatieplan biedt uiteindelijk duidelijkheid over de doelen per doelgroep en de verschillende middelen die worden ingezet om deze doelen te bereiken. Het streven is dat de samenwerkende partijen zo veel mogelijk de zelfde boodschap uitdragen richting met name cliënten en publiek. Daarom is afstemming en samenwerking op het gebied van communicatie cruciaal. Bij de totstandkoming en vaststelling van het RTA zijn hiermee al goede ervaringen opgedaan.

Een belangrijk uitgangspunt bij de communicatie is tijdigheid en transparantie. Dat betekent dat betrokkenen goed op de hoogte zijn van de planning en de verschillende stappen die na vaststelling van het transformatieplan worden gezet. En wanneer er sprake is van duidelijkheid.

Voor het informeren van cliënten is samenwerking tussen zorgaanbieders en gemeenten van groot belang. Het verdient de voorkeur om bij de communicatie over veranderingen gebruik te maken van de relatie tussen professional en cliënt. Daarvoor is het nodig dat professionals bijtijds concrete instrumenten aangereikt krijgen om invulling te geven aan deze communicatie. Richting cliënten en publiek ligt het voor de hand om de nadruk te leggen op de continuïteit van zorg voor de eerste twee jaar van de transformatie.

Om de eenduidigheid op het gebied van communicatie te bevorderen is het aan te bevelen om voor de regio Drenthe één bestuurlijk aanspreekpunt aan te wijzen die het woord kan voeren over regionale ontwikkelingen en besluiten.

**Accountteam**

Een accountteam is een team van experts dat door de gezamenlijke gemeenten ten behoeve van relatiebeheer en contractbeheer wordt ingezet. Het accountteam onderhoudt de contacten met de contractanten in één van de drie domeinen (LVB, GGZ of jeugdzorg) van de jeugdhulp. De accountteams bestaan uit inhoudelijk, financieel en inkoop technische experts.

**AWBZ**

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is een verzekering tegen bepaalde, voornamelijk langdurige, ziektekosten. De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekering vallen, zoals langdurige zorg thuis of opname in een verpleeghuis of instelling voor gehandicaptenzorg.

**Begroting gefinancierde Jeugdzorg**

De begroting gefinancierde jeugdzorg is één van de drie domeinen (de andere twee zijn J-GGZ en J-LVB) die onder de Jeugdwet zijn samengebracht onder het begrip jeugdhulp. Jeugdzorg is een algemene omschrijving voor alle maatschappelijke zorgvoorzieningen voor jeugdigen. Dus alles naast en buiten de directe primaire opvoedingsrelatie van ouders en hun kinderen. Meer specifiek gaat het om de jeugdzorg die nu een verantwoordelijkheid is van de provincie, de gesloten jeugdzorg die nu onder regie van Volksgezondheid Welzijn en Sport wordt uitgevoerd en de jeugdbescherming en jeugdreclassering die valt onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Veiligheid en Justitie.

**DBC**

DBC staat voor Diagnose Behandeling Combinatie. Een DBC is een code die wordt gebruikt om de diagnose en behandeling die bij een klacht horen vast te leggen. Een DBC beschrijft het hele traject dat wordt doorlopen, van het eerste het telefonische intakegesprek met een hulpverlener van de aanmeldservice tot en met de laatste administratieve handeling door de betreffende behandelaar.

De DBC systematiek blijft als bekostigingstitel in 2015 – 2018 toegepast worden binnen de J-GGZ; één van de domeinen die onder de werking van de Jeugdwet vallen.

**Factlab**

Een factlab is een bijeenkomst waar privacygevoelige informatie (cliëntgegevens) van een organisatie door een onafhankelijke partij op een dusdanige manier wordt versleuteld dat de aangeleverde gegevens niet meer tot personen herleidbaar zijn.

Van alle deelnemende organisaties worden de cliëntgegevens op dezelfde wijze versleuteld. Het resultaat is een geanonimiseerd gekoppeld bestand, op basis waarvan het aantal unieke cliënten die bij meerdere organisaties in zorg zijn, inzichtelijk gemaakt kunnen worden.

**FACT team**

FACT staat voor flexible assertive community treatment. FACT is een effectieve manier om mensen met langdurige psychiatrische problemen buiten de muren van een ggz-instelling (transmuraal) te behandelen. Een multidisciplinair team werkt intensief met de cliënt en andere belangrijke personen uit zijn of haar omgeving samen:

A = assertive; de zorg wordt actief, outreachend aangeboden ('bemoeizorg');

C = community; thuis, op straat, in de wijk;

T = treatment; behandeling, begeleiding, ondersteuning bij herstel.

Het voornaamste doel van FACT is om cliënten zo dicht mogelijk in hun eigen leefomgeving met continuïteit te begeleiden, behandelen en ondersteunen. De behandeling en begeleiding sluiten aan op het gewone leven van de cliënt. Een FACT-team richt zich daarom niet alleen op het verminderen van de psychische klachten, maar ook onderwerpen als wonen, werken, sociale relaties en vrijetijdsbesteding.

FACT-teams zoeken daarbij actief contact met familie, de buurt en andere instanties (zoals woningcoöperaties, de wijkagent, de huisarts). Meerdere teamleden kunnen tegelijk of afwisselend actief betrokken zijn bij de directe hulpverlening.

### Good governance

Good governance houdt in dat door de zorgaanbieders op een door de twaalf Drentse gemeenten gewenste manier gezorgd wordt voor:

- het waarborgen van de onderlinge samenhang van de wijze van sturen, beheersen en toezicht houden van organisaties;
- dat de maatregelen gericht zijn op een efficiënte en effectieve realisatie van beleidsdoelstellingen;
- dat over de waarborgen en maatregelen op een open wijze wordt gecommuniceerd en verantwoording wordt afgelegd ten behoeve van de belanghebbenden.

De meerwaarde van het governance model ligt vooral bij de notie dat de samenhang van de elementen gericht op realisatie van de doelstellingen en de daarbij benodigde transparantie belangrijk is.

### Integrale vroeghulp (IHV)

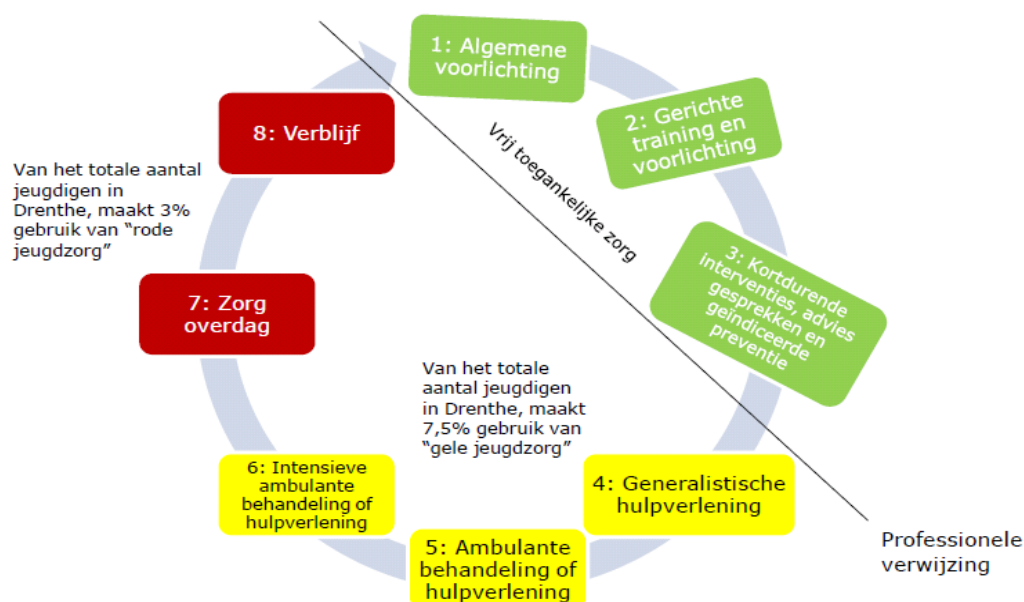
Integrale Vroeghulp, biedt kinderen van nul tot zeven jaar met een (vermoedelijke) ontwikkelingsachterstand en hun ouders een preventieve aanpak. Preventie staat voorop. Hieronder wordt verstaan: vroegsignalering, vroegdiagnostiek en vroege interventie. De praktijk wijst uit dat al op zeer jonge leeftijd (vanaf zes maanden) met de juiste interventieprogramma's binnen een gezin veel verbetering kan worden gerealiseerd. Door ouders en kind met effectieve programma's in een zo vroeg mogelijk stadium te ondersteunen, kan achteruitgang worden voorkomen of zelfs een verbetering van de ontwikkeling worden gerealiseerd.

### Interventieniveaus jeugdhulp

In Drenthe hanteren gemeenten en zorgaanbieders een uniforme indeling van de jeugdhulp: daarvoor worden acht interventieniveaus onderscheiden, die zich zoals onderstaand is aangegeven tot elkaar verhouden.

De eerste drie interventieniveaus rekenen we tot de vrij toegankelijke jeugdhulp.

## De Drentse jeugdzorgketen



Hieronder zijn de interventieniveaus kort uitgewerkt:

Specifiek voor de VG sector zijn integrale vroeghulp (interventieniveau 3) en specialistische buitenschoolse opvang (interventieniveau 2) beschikbaar.

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

Tot de **ambulante** behandeling en hulpverlening 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 20 contactmomenten (interventieniveau 6) heeft/hebben met de betreffende hulpverlener/behandelaar(s).

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

Tot **zorgoverdag** (interventieniveau 7) rekenen we dagbehandeling. Voor het VG domein is dagbesteding een specifieke functie 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.

## **Jeugdbescherming**

Jeugdbescherming is een maatregel die de rechter dwingend oplegt wanneer een gezonde en veilige ontwikkeling van een kind of jongere in de leeftijd van 0 tot 18 jaar (ernstig) wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet (voldoende) helpt.

Er zijn drie jeugdbeschermingsmaatregelen die de rechter kan opleggen: een OTS of onder toezichtstelling (veruit de meest voorkomende jeugdbeschermingsmaatregel), ontzetting uit de ouderlijke macht of ontheffing uit de ouderlijke macht.

## **Jeugd GGZ**

Jeugd-ggz is één van de drie domeinen (de andere twee zijn de begroting gefinancierde jeugdzorg en J-LVB) die onder de Jeugdwet zijn samengebracht onder het begrip jeugdhulp. De J-GGZ is de plek waar de kennis van psychologie, kinderpsychiatrie en orthopaedagogiek is geïntegreerd.

Onder het begrip J-GGZ wordt zowel diagnostiek als behandeling verstaan.

Bij de J-GGZ gaat het om specialistische voorzieningen, zoals bijvoorbeeld klinische behandeling, dagbehandeling, specialistische poli's voor eetstoornissen, voor dwangstoornissen, voor Autisme Spectrum Stoornissen. Ook crisisdiensten voor spoedeisende situaties, 7X24 uren bereikbaarheidsdiensten behoren tot de J-GGZ.

## **Jeugdhulp**

1°. ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, of opvoedingsproblemen van ouders;

2°. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, en

3°. het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, met dien verstande dat de leeftijdsgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht.

## Jeugd LVB

De jeugdhulp voor Licht verstandelijk beperkte jeugdigen (LVB) is één van de drie domeinen (de andere twee zijn J-GGZ en begroting gefinancierde jeugdzorg) die onder de Jeugdwet zijn samengebracht onder het begrip jeugdhulp. Bij jeugd LVB gaat het om de totale zorg voor (jonge) licht verstandelijk beperkte mensen met gedragsproblematiek en/of psychiatrische problematiek. Binnen deze doelgroep wordt onderscheid gemaakt tussen cliënten met milde en met zware problematiek. Bij de cliënt met milde problematiek is sprake van beperkt sociaal aanpassingsvermogen. De cliënt met zware problematiek heeft te maken met een stapeling van aanvullende gedrags- en psychiatrische problemen.

## Jeugdreclassering

Jeugdreclassering betreft het toezicht en de begeleiding van jeugdigen die onder het strafrecht vallen. Het gaat dan om toezicht en begeleiding op last van de Raad voor de Kinderbescherming of het Openbaar Ministerie c.q. op last van de Kinderrechter.

Toezicht en begeleiding door de jeugdreclassering wordt op verschillende momenten in het strafrecht ingezet. In het vrijwillige kader voorafgaand aan de zitting (opdracht door de Raad voor de Kinderbescherming). Op beslissing van de officier van justitie als onderdeel van een strafbeschikking, of op beslissing van de rechter in het kader van de schorsing van de voorlopige hechtenis en als voorwaarde bij een voorwaardelijk opgelegde sanctie. Als de rechter een zogenaamde 'gedrag beïnvloedende maatregel' oplegt, wordt deze begeleid door de jeugdreclassering.

De jeugdreclassering speelt ook een grote rol bij de terugkeer van cliënten in de samenleving na verblijf in een justitiële jeugdinrichting. Denk hierbij aan scholings- en trainingsprogramma's en verplichte nazorg.

Jeugdreclassering kan worden uitgevoerd in een reguliere variant en een intensieve variant.

## Niet vrij toegankelijke jeugdhulp

Deze jeugdhulp is pas toegankelijk:

- nadat de door het college van burgemeester en wethouders aangewezen functionarissen (binnen gebiedsteam, sociaal team of CJG) tot de conclusie komen dat een bepaalde vorm van niet vrij toegankelijke jeugdhulp nodig is, en de gevraagde verleningsverwijzing is vastgelegd, is er toegang voor de cliënt tot deze hulpvorm,
- na verwijzing van een huisarts, jeugdarts of medisch specialist,
- na een uitspraak van de rechter.

## Meetbaar Beter!

De monitor Meetbaar Beter is de plek waar alle informatie over jeugd(hulp) in Drenthe samen komt. De monitor ontsluit versnipperde informatie (uit bestaande databestanden) en brengt deze samen als beleidsinformatie, in de vorm van trends, prognoses en vergelijkingen (%).

In de monitor komt op wijk- en gemeenteniveau een basisset van indicatoren beschikbaar onder de thema's: jeugdigen, gezinnen, onderwijs, kindcentra, jeugdwerkloosheid, uitkeringen, veiligheid, signaleren van psychosociale problemen en zorgdomeinen (bv. JGZ, GGZ etc.).

In de monitor Meetbaar Beter worden de cijfers van de deelnemende organisaties gepresenteerd.

## PoD

Positief opgroeien Drenthe is een visie over de noodzaak om voor een samenhangend positief opvoedklimaat te willen zorgen. Positief opgroeien Drenthe gaat uit van het principe van bewezen effectief werken.

Gemeenten in Drenthe hebben Positief Opgroeien Drenthe gekozen als fundament voor de jeugdhulp.

Positief Opgroeien Drenthe neemt als vertrekpunt dat de noodzaak voor inzet van hulpverlening in belangrijke mate voorkomen kan worden door het versterken en verbinden van leefmilieus.



## **PIONN**

PIONN is een onderzoeksinstituut voor praktijk gestuurd onderzoek en is (nu nog) een zelfstandig onderdeel van Yorneo. Bij PIONN hebben de Drentse gemeenten de uitvoering van de Drentse jeugdmonitor en het factlab jeugdhulp belegd.

### **Preventie**

Doelbewuste initiatieven die anticiperen op risicofactoren (= handelen voordat het probleem ontstaat) en ageren wanneer eerste signalen zich ontwikkelen en de problematiek aan het ontstaan is, gericht op jeugdigen en op psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking of op de ouders bij opvoedingsproblemen.

### **RTA**

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.

In Drenthe is het RTA in elk van de twaalf colleges vastgesteld op 24 oktober 2013 en in de gemeenteraden besproken in de maanden november en december 2013 en januari 2014.

### **T-shape professional**

Dit is een term die wordt gehanteerd als gesproken wordt over excellente beroepsbeoefenaren. Het is een term die de Hanze Hogeschool in Groningen hanteert. Het betreft een breed georiënteerde specialist die als sociaal werker opereert op wijk- of buurtniveau. De sociaal werker is gespecialiseerd door de vakachtergrond die zij/hij bezit, maar is breed georiënteerd door omgevingsgerichtheid, wendbaarheid en flexibiliteit.

### **Vrij toegankelijke ondersteuning**

Preventie, informatie en advies en lichte vormen van ondersteuning (tot en met interventieniveau 3) die direct benaderbaar zijn voor ouders en jeugdigen.

## BIJLAGEN

- A: Uitwerking domein LVB en VB
- B: Uitwerking domein GGZ
- C: Uitwerking domein opvoeden, opgroeien en jeugdzorg (plus)
  - C1 Transformatieplan BJZ Drenthe
  - C2 Transitie jeugd VNN in Drenthe
- D: Advies van de stuurgroep en ontwikkelgroep Meetbaar Beter! over de transitie- en transformatiemonitor
- E: Notitie over bovenregionale functies jeugdhulp in Noord Nederland
- F: Brief van de gezamenlijke gemeenten aan de staatssecretaris van VWS en van VJI over zekerheidstelling aan BJZ Drenthe
- G: Nadere uitwerking van de BIG 5 jeugdhulp
- H: Transformatieplan jeugdhulp 2015 Yorneo
- I: Uitkomsten factlab jeugdhulp februari 2014 PIONN
- J: Eindadvies van de werkgroep gemeentelijke financials d.d. 28 april 2014
- K: Eindadvies van de expertgroep inkoop d.d. april 2014
- L: Tussentijdse stoplicht rapportage voortgang uitwerking RTA van april 2014
- M: Notitie aan ambtsoverleg gemeentesecretarissen van april 2014
- N: Juridisch advies over de verdere uitwerking van intergemeentelijke samenwerking in de meest lichte vorm
- O: Voorwaarden provinciaal verantwoordingsmodel
- P: Samenvattend verslag cliëntenraadpleging bij transformatieplan (februari 2014)