

# ANALYSE TEKORTEN JEUGD DRENTHE BESTUURLIJK TRANSFORMATIE AKKOORD



## Colofon

Anka Wagenaar - Yorneo  
Auke de Jong – Gemeente Meppel  
Bennie Deems – Gemeente Emmen  
Bort Hartog – Accare  
Han Peeneman – Cosis  
Hilly de Klein – Ambiq  
Jochem Dijkstra – Gemeente Emmen  
Mariëlle van der Veen – Gemeente Tynaarlo  
Peter Oldejans – Gemeente Assen  
Pieter Hakvoort – GGZ Drenthe  
Stefan Hasselman – Gemeente Assen  
Wilbert van Houten – Gemeente Hoogeveen

Greetje Kolk – Procesbegeleider

Maart 2019

## **INHOUD**

INLEIDING .....	4
Achtergrond analyse.....	4
Doel analyse.....	4
Inhoud rapport .....	4
DE BEDOELING .....	5
TEKORTEN.....	6
ANALYSE .....	9
We constateren .....	9
AANBEVELINGEN.....	20
Verklaring tekorten .....	21
Eindconclusie .....	21
Bijlage 1 ZIN Aanbieders 80% 2016 en 2017.....	23

## INLEIDING

In de jeugdhulpregio Drenthe willen gemeenten en jeugdhulpaanbieders verder met transformeren en de zorg inhoudelijk vernieuwen en hebben hiervoor een Bestuurlijk Transformatie Akkoord Jeugd Drenthe afgesloten. 'Preventief', 'normaliserend', 'op maat' en 'dichtbij huis', 'integraal' en 'met minder regeldruk' geven de beoogde transformatie weer. Daarbij zijn de gemeenten in 2017 geconfronteerd met een tekort op het jeugdhulpbudget. De verwachting is dat ook in 2018 een tekort ontstaat.

De transformatie van de jeugdhulp wordt een 'wicked problem' genoemd<sup>1</sup>: deze zijn niet eenvoudig op te lossen, omdat er verschillende, onderling afhankelijke oorzaken zijn. Deze vraagstukken zijn te complex om met één beleidsmaatregel of door één actor op te lossen. Daarom zet het bestuurlijk akkoord in op het versterken van de samenwerking tussen gemeenten en aanbieders: we hebben elkaar nodig om het vraagstuk aan te pakken. Dit start met het gezamenlijk analyseren en bepalen van de stand van zaken, het gewenste resultaat en de aanpak die daaraan gaat bijdragen.

### Achtergrond analyse

Er zijn veel aannames en veronderstellingen betreffende de huidige situatie en tekorten. Dit leidt tot de wens tot een analyse als basis voor de vervolgstappen. Deze analyse is na ondertekening van het akkoord in het eerste kwartaal van 2019 uitgevoerd op basis van bestaande informatie bij zowel gemeenten als aanbieders, zowel financieel als op inhoud. In een 2-tal werksessies zijn de tijdens de voorbereiding van het akkoord gevonden 'constatering' geanalyseerd en is er vastgesteld of de onderliggende veronderstellingen kloppen. Door het uitvoeren van een gezamenlijke analyse is een gemeenschappelijk startpunt ontstaan. Vanuit de analyse worden uitvoeringsdoelen geformuleerd die bijdragen aan het bovenliggende doel, een kwalitatief goed jeugdhulpaanbod tegen betaalbare kosten.

### Doel analyse

*Analyseren 'constatering' en vaststellen of de onderliggende veronderstellingen betreffende de tekorten kloppen, zodat een gezamenlijke basis ontstaat voor het maken van uitvoeringsafspraken.*

### Inhoud rapport

Dit rapport geeft de resultaten van de gezamenlijke analyse weer. Om te benadrukken dat we 'de bedoeling' van de Jeugdwet centraal stellen, starten we hieronder met een aantal pijlers die moeten helpen om aan te sluiten bij de leefwereld van kinderen, jongeren en ouders.

Daarna worden in het volgende hoofdstuk grafieken met daarin de tekorten in Drenthe weergegeven. Gevolgd in het hoofdstuk daarna door de analyse van de tekorten aan de hand van de constatering uit de voorbereiding van het akkoord. Het rapport sluit af met een aantal conclusies en aanbevelingen en een verklaring van de tekorten.

---

<sup>1</sup> <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Leiding-geven-aan-transformatie.pdf>

## DE BEDOELING

De focus van het akkoord ligt op 'de bedoeling' van de transformatie. We willen nadrukkelijk aansluiten bij de leefwereld van kinderen, jongeren en ouders<sup>2</sup>.

*Jeugdhulp is bedoeld om alle kinderen de mogelijkheid te bieden gezond en veerkrachtig op te groeien in een veilige omgeving. De jeugdhulp moet mogelijk maken dat juist die kinderen bij wie sprake is van een bedreigde ontwikkeling kunnen rekenen op maatschappelijke hulp.*

Als centrale pijlers in het vasthouden aan 'de bedoeling' zien we:

### Professionele sensitiviteit voor beschermende factoren en risicofactoren

Om een juiste inschatting te maken wanneer en welke passende hulp (matched care) ingezet moet worden, wanneer af- of opgeschaald kan worden en wanneer een beroep op veerkracht en beschermende factoren passender is, is de juiste kennis nodig. De soortgelijke kennis die de huisarts inzet om te bepalen of iemand moet uitzielen of versneld gezien moet worden door een specialist. Deze kennis omvat professionele sensitiviteit voor beschermende factoren en risicofactoren. De risicofactor met de grootste voorspellende waarde op de ontwikkelingsuitkomst van kinderen is chronische stress en trauma in de kindertijd. Het versterken van traumasensitief werken neemt elementen die de groei van kinderen belemmeren weg, en vergroot het empowerment van kind en gezin.

### Negatieve Ervaringen in de Kindertijd (ACEs)

Uit onderzoek blijkt dat Negatieve Ervaringen in de Kindertijd (Adversive Childhood Experiences (ACEs)) belangrijke voorspellers zijn van psychische en somatische gezondheidsrisico's. Negatieve ervaringen veroorzaken een substantieel lagere levensverwachting. Dit is een belangrijk inzicht voor Drenthe waar de levensverwachting ongeveer 7 jaar lager ligt dan het landelijk gemiddelde. Het gaat om een cultuurverandering binnen de jeugdhulp. ACEs zijn onder andere: lichamelijke en emotionele mishandeling, seksueel misbruik, alcohol- of drugsgebruik in het gezin, delinquent gezinslid, chronische depressieve, psychiatrische of suïcidale gezinsleden en/of herhaalde opname, huiselijk geweld, gescheiden ouders, emotionele en fysieke verwaarlozing (zie link [Ted-talk](#)).



### Zorg tijdig en effectief inzetten betaalt zich (later) uit

Effectieve jeugdhulp leidt tot verbeterd maatschappelijk functioneren op volwassen leeftijd en tot verminderde kosten, blijkt uit onderzoek. De gevolgen van psychische problemen worden merkbaar in de volwassenheid, wanneer participatie op de arbeidsmarkt wordt gevraagd. Onderzoek laat zien dat effectieve interventies bij jonge kinderen, waardoor de ontwikkeling van ernstige gedragsproblemen wordt voorkomen leidt tot een besparing van € 90.000-175.000 in een mensenleven<sup>3</sup>. Ook andere onderzoeken illustreren dat preventie en vroeghulp bij kinderen niet altijd direct leidt tot een besparing in de jeugdzorg<sup>4</sup>, maar bijdraagt aan een besparing op kosten gedurende een mensenleven.

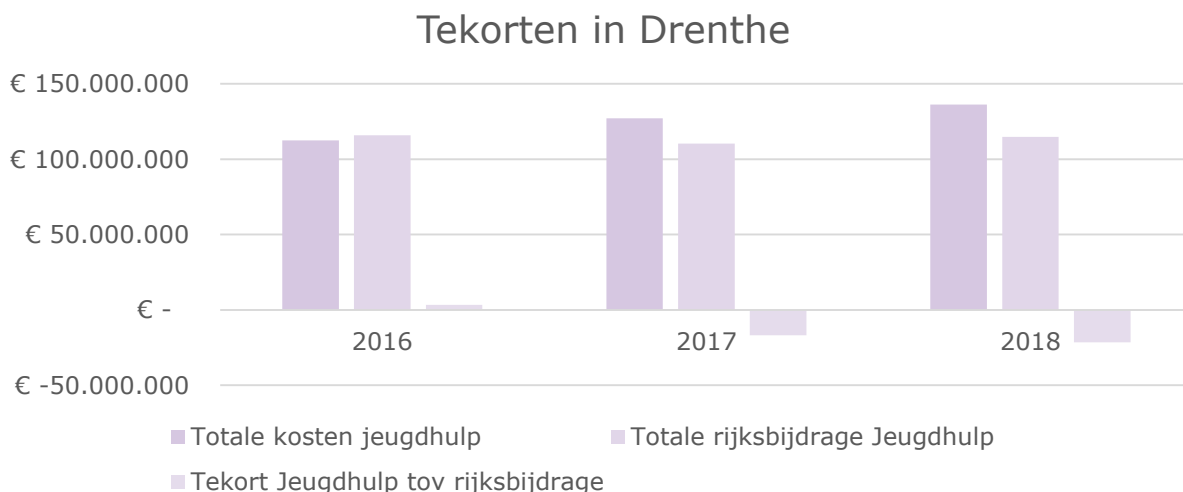
<sup>2</sup> Er zijn ook geluiden dat als professionals verder binnendringen in de leefwereld dit juist leidt tot meer verwijzingen

<sup>3</sup> [https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/\\_assets/Resources/BCC/Economic\\_value\\_of\\_mental\\_health.pdf](https://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_assets/Resources/BCC/Economic_value_of_mental_health.pdf)

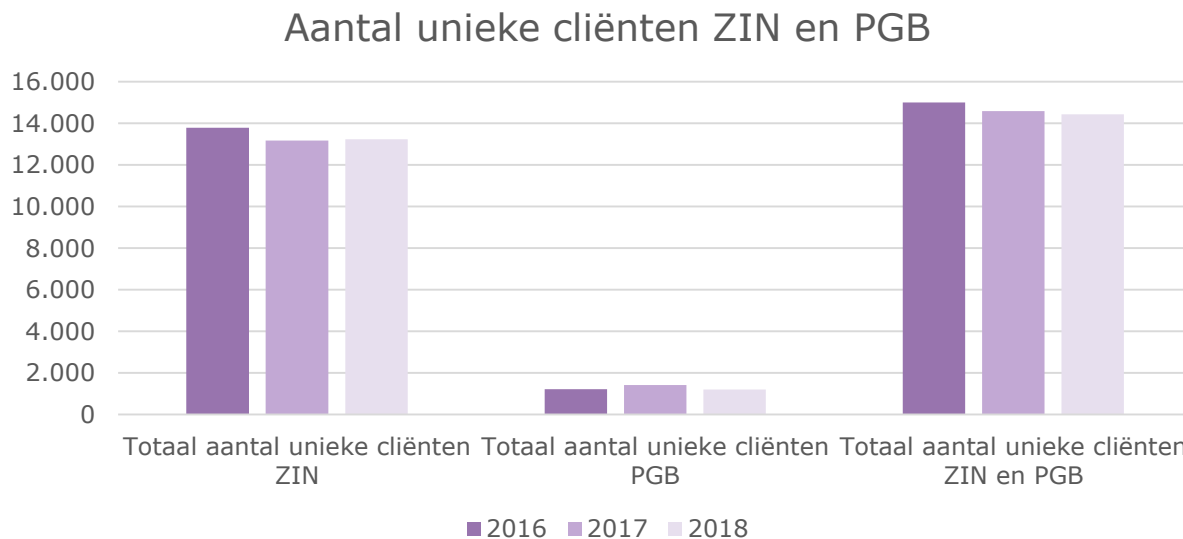
<sup>4</sup> Return on investment valt ergens anders of later

## TEKORTEN

Om inzicht te krijgen in de omvang en achtergronden van de tekorten in Drenthe, is uitvraag gedaan bij de 12 gemeenten. Het totale tekort in Drenthe bedraagt in 2017 bijna € 17 mln. op de Rijksbijdrage Jeugd. In 2016 was er nog geen tekort, onder andere doordat er dat jaar voor € 3,9 mln. aan geleverde zorg niet uitbetaald is vanwege de afgesproken budgetplafonds. Daarnaast is de rijksbijdrage in 2017 verder naar beneden bijgesteld (en is ook in 2018 minder dan in 2016). Ook voor 2018 is (op basis van een schatting) een oplopend tekort van circa € 20 mln..



Het totale aantal unieke cliënten ZIN is in Drenthe ongeveer gelijk gebleven, er is sprake van een lichte toename in 2017 (2016 geeft vertekend beeld, in realiteit is het aantal cliënten ZIN van 2016 naar 2017 ongeveer gelijk gebleven<sup>5</sup>). Overigens verschilt dit per gemeente, bij de meeste gemeenten is sprake van een lichte groei, een paar gemeenten zien een afname. Het gaat hierbij om het unieke



<sup>5</sup> Omdat in 2016 GGZ Drenthe nog geen BSN nummers in hun detailverantwoording had opgenomen, tellen cliënten die bij de GGZ in zorg waren én elders zorg ontvingen dubbel mee. Ook kan het zijn dat er daardoor cliënten met 2 trajecten als 2 unieke cliënten zijn geteld

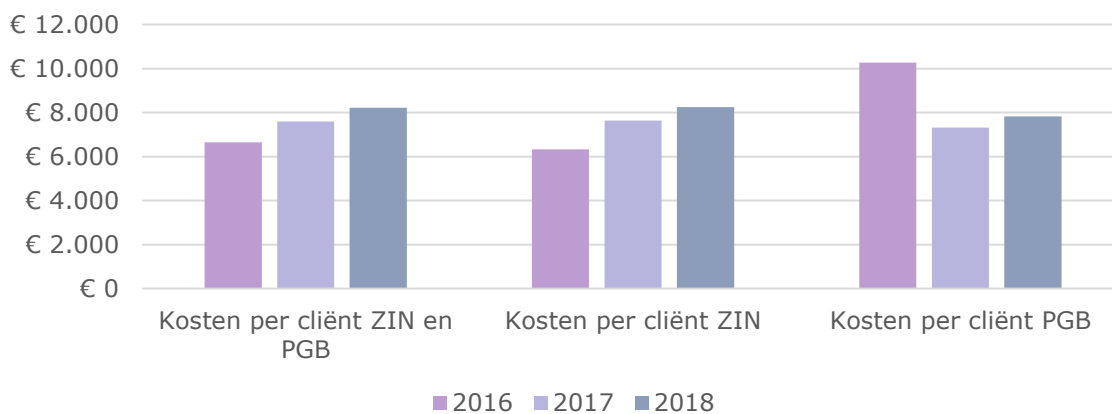
aantal BSN nummers van de gehele populatie die een indicatie voor jeugdhulp hebben ontvangen<sup>6</sup> (gespecialiseerde jeugdhulpaanbieders, Gecertificeerde Instellingen en Jeugdzorg Plus). Het totale aantal unieke BSN nummers per instelling ligt lager (één cliënt kan in een jaar bij meerdere instellingen zorg ontvangen). In 2017 gaat het om 44% van de cliënten die bij meerder aanbieders zorg ontvangt<sup>7</sup>. Er heeft de afgelopen jaren een verschuiving van PGB naar ZIN plaatsgevonden. De afname aan PGB is kleiner dan de toename ZIN.

In algemene zin constateren we dat in Drenthe het aantal kinderen in zorg niet substantieel toeneemt, terwijl de zorgkosten wel blijven stijgen. Daarmee kan de stijging in zorgkosten alleen verklaard worden doordat er per cliënt meer en/of intensievere zorg wordt geleverd. De voornaamste veroorzaker is vermoedelijk de verzwaring in problematiek. Waar het voorliggend veld de lichtere problematiek afvangt zal de zwaardere problematiek verwezen worden naar de specialistische jeugdhulp.

Voor een meer specifieke verklaring moeten we de jeugdhulp opdelen in verschillende typen zorg en deze verder analyseren. Zo wordt de toename in zorgkosten bij KDC veroorzaakt door een verschuiving van de WLZ naar de Jeugdwet. Bij begeleiding is het vermoeden dat er vooral nieuwe partijen zijn togetreden (huiswerkbegeleiding) en is het beeld dat er een verschuiving plaatsvindt van onderwijs naar jeugdhulp.

Doordat de kosten toenemen en het aantal unieke cliënten ongeveer gelijk blijft, lopen de kosten per cliënt op<sup>8</sup>. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de toegenomen complexiteit en administratieve druk. Aanbieders geven aan dat wellicht hierdoor de behandeltijd is toegenomen (en daarmee de kosten). Het is niet inzichtelijk of de behandelduur daadwerkelijk is toegenomen. De verschillen in gemiddelde kosten per unieke cliënt tussen de aanbieders en de gemeenten zijn groot en vragen om nadere analyse.

### Kosten per unieke cliënt



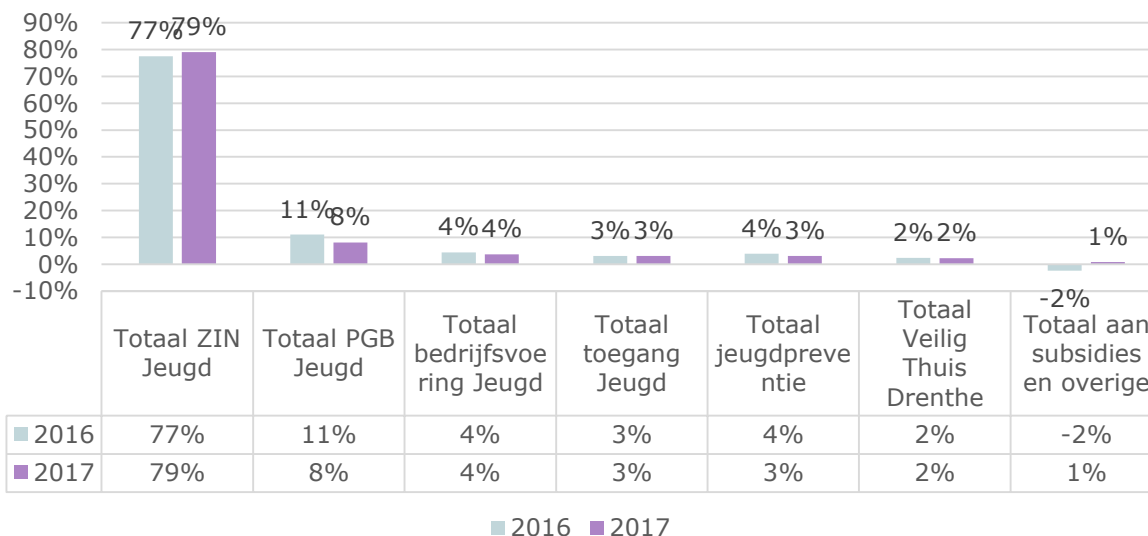
<sup>6</sup> Het aantal cliënten waarvan de indicatie daadwerkelijk tot een declaratie heeft geleid ligt iets lager

<sup>7</sup> Het is niet inzichtelijk uit welke zorg deze stapeling bestaat

<sup>8</sup> In werkelijkheid is het verschil in kosten per unieke cliënt tussen 2016 en 2017 iets minder groot

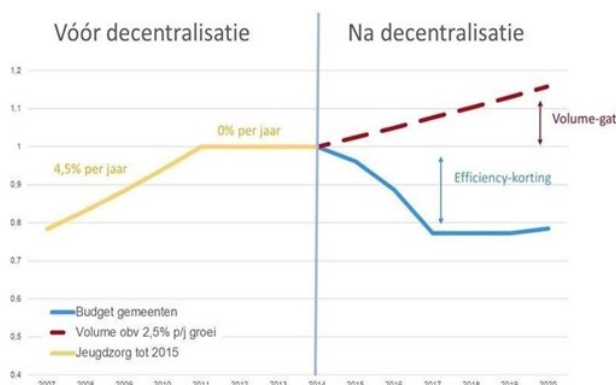
De jeugdhulp wordt betaald uit de Rijksbijdrage Jeugd<sup>9</sup>. Belangrijkste onderdeel in de uitgaven van de rijksbijdrage Jeugd zijn de uitgaven aan ZIN (gespecialiseerde jeugdhulpaanbieders, Gecertificeerde

### Uitgaven jeugdhulp Drenthe



Instellingen en Jeugdzorg Plus). Samen met de uitgaven aan PGB's, jeugdpreventie en Veilig Thuis Drenthe omvatten de uitgaven aan jeugdhulp in 2017 circa 93% van de rijksbijdrage (hierin zitten ook indirecte kosten van de aanbieders zoals de bedrijfsvoering kosten). De 'indirecte' uitgaven uit de Rijksbijdrage bestaan uit gemeentelijke bedrijfsvoering en toegang en omvatten de resterende 7%.

De grafiek hiernaast geeft een samenvattend beeld van de situatie. Na de decentralisatie is de Rijksbijdrage jeugd in Drenthe afgenomen (van 2016 naar 2017 met 5,5 mln.). Tegelijkertijd vindt er volume-groei plaats (rode stippellijn). In Drenthe was deze groei in kosten in 2017 circa 14,5 mln.. Dit resulteert in 2017 in een tekort van bijna 17 mln..



### Conclusies

- De tekorten lopen op, terwijl het aantal cliënten ongeveer gelijk blijft, en de kosten per unieke cliënt toenemen;
- Bijna 93% van de Rijksbijdrage Jeugd wordt uitgegeven aan inzet van jeugdhulp (incl. Veilig Thuis Drenthe en jeugdpreventie), waarbinnen het aandeel ZIN toeneemt. Ook het absolute bedrag dat uitgegeven wordt aan ZIN neemt toe met € 13 mln. van 2016 naar 2017;
- Hiermee is binnen Drenthe het belangrijkste doel uit de Jeugdwet, 'minder beroep op zware zorg', nog niet bereikt. Ondanks het beleid van 'sneller jeugdhulp op maat, dicht bij huis'. Het effect is op dit moment is dat er evenveel cliënten een beroep op jeugdhulp doen en dat deze hulp qua zwaarte lijkt toe te nemen.

<sup>9</sup> Onder subsidies en overige vallen: Subsidies via penvoerder/coördinerende gemeente, Effect budgetplafonds, Effect solidariteit (geen financieel effect omdat het om herverdeling van middelen gaat)



## ANALYSE

Tijdens de voorbereiding van het akkoord zijn gezamenlijk 6 'constateringen' vastgesteld. In een 2-tal werksessies hebben vertegenwoordigers van aanbieders en gemeenten informatie verzameld over deze constatering en besproken of de onderliggende veronderstellingen kloppen. Hieronder worden per constatering de verzamelde gegevens besproken en conclusies getrokken.

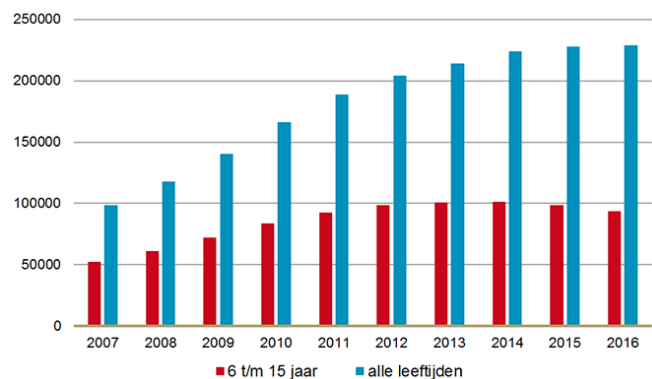
### We constateren ...

1. Dat de transformatie van jeugdhulp ook gaat over een maatschappelijke discussie over het accepteren van 'variatie op normaal'

### Veronderstellingen

- Als kinderen anders zijn dan anderen, krijgen ze te snel en ten onrechte een diagnose ('we moeten demedicaliseren');
- Door (meer) preventie en aandacht voor beschermende factoren kan inzet van zorg voorkomen worden.

Het aantal kinderen met een diagnose is in twintig jaar tijd met bijna 40 procent gestegen. Het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen is verdriedubbeld. Met name het gebruik van ADHD-medicatie is met 400 procent toegenomen<sup>10</sup>. Onderzoek laat zien dat de hogere prevalentie voor ASS (autismespectrumstoornis) vooral komt door toegenomen kennis en bewustzijn over ASS en het feit dat de diagnostische criteria voor ASS breder zijn dan de criteria die decennia geleden werden gehanteerd<sup>11</sup>.



Bij één op de vier 5-25 jarigen is minimaal 1 label is vastgesteld. En bij meer dan 40% is minimaal 1 label vastgesteld en/of bestaat het vermoeden hiervan; en bij de 9-12 jarigen is dit de helft. Met 'labels' worden Hoogsensitief, Hoogbegaafd, Dyslexie, ADHD, ADD, Hyperactief, Autisme, Dyscalculie, PDD-NOS en Asperger bedoeld<sup>12</sup>.

De veronderstelling is dat steeds meer kinderen en jongeren hulp krijgen en zoeken voor alledaagse opvoed- en opgroevragen en/of gedragsproblemen. Dit is tevens één van de aanleidingen van de Jeugdwet. Hieraan zitten 2 kanten. Aan de ene kant weten we steeds meer over stoornissen en de manieren waarop kinderen en jongeren geholpen kunnen worden en kunnen specialistische behandelingen veel betekenen voor deze kinderen. Aan de andere kant lijkt het er op dat er vaak te snel naar een medische oplossing wordt gezocht en is het de vraag of we door preventie en laagdrempelige hulp en ondersteuning dichterbij het gezin en mét het gezin zwaardere medische zorg kunnen voorkomen of verminderen.

Eerder was het in de jeugdzorg noodzakelijk om kinderen van een diagnose te voorzien, zonder diagnose was er geen behandeling mogelijk. Diagnoses worden vaak gesteld op basis van checklists

<sup>10</sup> <https://www.sfk.nl/publicaties/PW/2017/Toename%20methylfenidaat%20voorbij>

<sup>11</sup> <https://www.autisme.nl/over-autisme/onderzoek-naar-autisme/prevalentiecijfers-over-autisme/>

<sup>12</sup> <https://www.twinq.nu/1-op-4-kinderen-jongeren-is-minimaal-1-label-als-adhd-add-dyslexie-autisme-hoogsensitiviteit-vastgesteld-en-blijkt-elk-nadeel-zn-voordeel/>

en houden geen rekening met context en ervaring. Vooral de context wordt over het hoofd gezien, terwijl dat een variabele factor is en waar iets aan gedaan kan worden. Er moet een beweging op gang komen meer gericht op het versterken van positieve en beschermde (omgevings)factoren, dit vraagt een bredere blik van de jeugdhulpverlener, waardoor een kanteling in de aandacht ontstaat. De versterking van de effectiviteit van de jeugdhulp bestaat uit een beweging 'naar voren': breng de kennis en ervaring naar plaatsen waar ze het gewone opgroeien en opvoeden kunnen versterken. De insteek daarbij is situaties niet te problematiseren, maar juist ter plaatse te normaliseren.

Er is spanning tussen de visie dat het hier gaat om kinderen met een neurobiologische ontwikkelingsstoornis waar deskundige en specialistische zorg nodig is en de visie dat kinderen die 'anders zijn' te snel een label krijgen en wat nodig is om de mentale gezondheid en ontwikkelingsuitkomst van deze kinderen te bevorderen.

De DBC-systematiek maakte dat een classificatie (label) nodig was om GGZ-zorg voor kinderen of extra ondersteuning in het onderwijs gefinancierd te krijgen (slagboomdiagnostiek). Dit kan voor hulpverleners een perverse prikkel zijn geweest om te classificeren, ook als duidelijk was dat de symptomen onvoldoende waren en/of andere factoren op de voorgrond staan. De indruk bestaat dat deze ontwikkeling is gekeerd, mede onder invloed van het huidige denken gericht op een positieve ontwikkeling van jeugd, omgevingsfactoren en ACEs. Daarnaast wordt gesignaleerd dat een aantal kinderen gebruik maakt van voorzieningen als bijvoorbeeld logeeropvang met een indicatie op een ontwikkelingsstoornis, terwijl opvoedings- en gezinsfactoren op de voorgrond staan, waarvoor geen hulp geboden wordt. Dit vraagt om passende indicatiestelling<sup>13</sup>.

Hoewel meer zicht is op factoren die van invloed zijn, is er (nog) geen afname in dit aantal kinderen met een diagnose. Vanuit professionals klinken signalen dat (nog) te vaak sprake is van stepped care en niet van matched care. En dat behandelaars slechts behandelen wanneer een diagnose gesteld kan worden.

## Conclusies

- De afgelopen decennia zijn er op basis van de DBC-systematiek steeds meer kinderen gediagnosticeerd met vooral ADHD en ASS waarbij weinig oog was voor de omgeving van het kind;
  - Voor normaliseren en demedicaliseren is verdere professionalisering in wijk, school en jeugdhulp nodig op gebied van positieve ontwikkeling van jeugd, omgevingsfactoren en ACEs;
  - Samenwerken tussen aanbieders met school en wijk is nodig en zal op de lange termijn bijdragen aan het doorbreken van intergenerationele overdracht;
  - Dat houdt ook in dat professionals met een andere blik de wijk in moeten, minder op zoek naar problemen en vraagstukken, en eerder bijsturen wanneer scheefgroei in ontwikkelen en opgroeien dreigt en de gezonde ontwikkeling en inbedding en mogelijkheden te vergroten en borgen.
2. Dat de diversiteit in de jeugdverwijsroutes (gemeentelijke toegangen, kinderartsen, jeugdartsen, huisartsen, GI's) de transformatie mogelijk niet bevordert

## Veronderstellingen

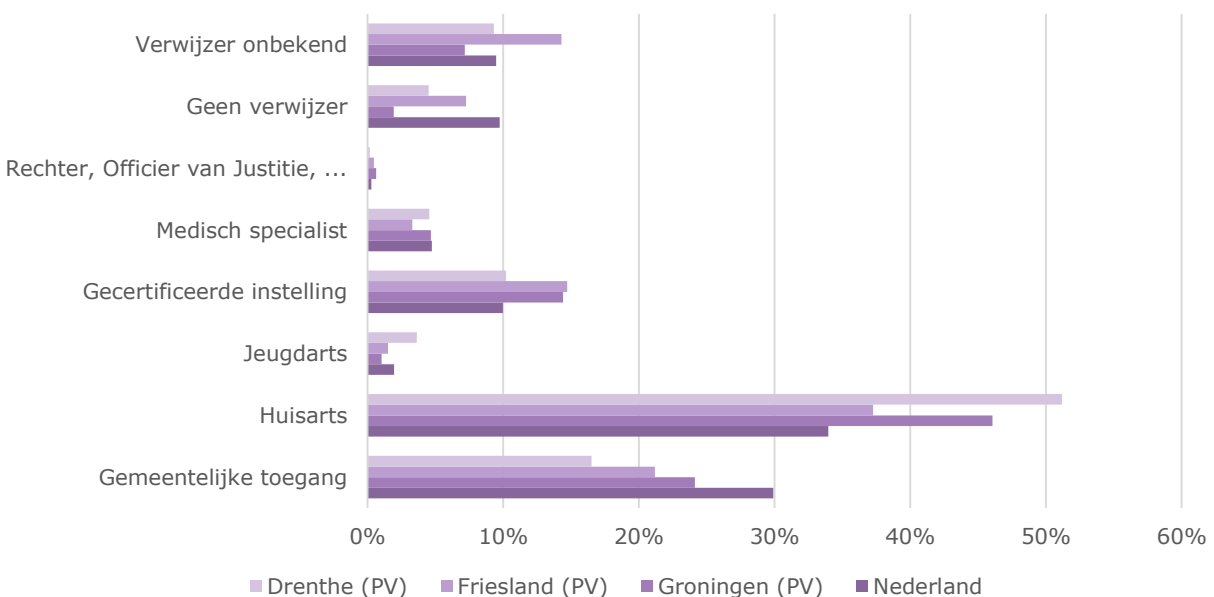
---

<sup>13</sup> Dit betreft niet de doelgroep waar Cosis logeren aan biedt. In het logeerhuis wordt het behandelklimaat gecontinueerd. Het logeren voorkomt vroegtijdig verblijf en helpt dus bij het zo lang mogelijk thuis wonen van kinderen. Het zorgt voor draagkracht en ontlasting van het systeem/netwerk wat ook weer hulpvragen van het gezin voorkomt (ouders/broertjes/zusjes). Het betreft veelal toekomstige WLZ kinderen.

- De verschillende verwijstroutes zijn gescheiden routes die bepalend zijn voor de zorg die ingezet wordt;
- Vanuit de gemeentelijke toegangen is meer druk op transformeren, terwijl de route via de huisartsen niet anders is dan voor de decentralisaties;
- Door inzet van specialistische kennis in de toegangen wordt het op- en afschalen, matched care en normaliseren bevorderd;
- Door de inzet van praktijkondersteuners jeugd wordt specialistische jeugdhulp voorkomen.

Na de decentralisatie is de diversiteit in verwijstroutes toegenomen. Voor 2015 waren vooral de huisarts en Bureau Jeugdzorg de verwijzers. Na 2015 zijn dit de huisartsen en de jeugd- en toegangsteams van de gemeenten. Naast deze teams hebben de huisartsen en jeugdartsen het verwijzmandaat behouden. Er zijn beperkt resultaten bekend van de gevolgen van deze toegenomen diversiteit in de verwijstroutes, in elk geval betekent de diversiteit een grote verandering voor de samenwerking tussen organisaties en professionals. Op dit moment is de veronderstelling dat na verwijzing meestal geen contact meer is tussen verwijzer en uitvoerder van jeugdhulp (dat lijkt vooral te gelden voor de huisarts).

Aantal verwijzingen per verwijstroute 1e helft 2018

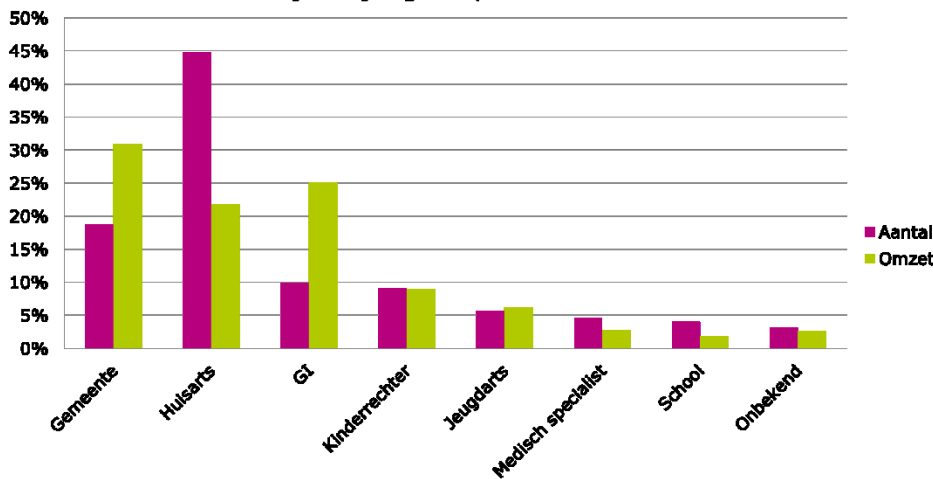


Bron: CBS Statline

Opvallend in de grafiek is dat in heel Nederland de gemeentelijke route in aantallen is toegenomen ten koste van de huisartsroute, en dat deze ontwikkeling in Drenthe minder heeft plaatsgevonden, ook in vergelijking met Friesland en Groningen.

Overigens geldt dit niet als gekeken wordt naar de omzet. Dan is de gemeentelijke toegang de belangrijkste route (gevolgd door de GI's), zoals blijkt uit de volgende grafiek (alleen gegevens beschikbaar van Emmen). Dat de gemeentelijke toegang de verwijstroute is waarin de meeste kosten omgaan, is ook terug te zien in de verdeling per route per interventieniveau (grafiek niet opgenomen, alleen gegevens beschikbaar van Emmen).

Verwijzers jeugdhulp ZIN 2017 Emmen



Het effect van de inzet van wijkteams als gemeentelijke toegang op het Wmo-zorggebruik is recent door het SCP onderzocht. De onderzoekers stellen dat de onderzoeksresultaten ook lijken te gelden voor jeugdhulp<sup>14</sup>. Uit het onderzoek blijkt hoe beter toegangsmedewerkers opgeleid zijn, hoe beter ze in staat zullen zijn zelfstandig de juiste keuzes te maken. Omgekeerd vergroot een laag kennisniveau bij gemeentelijke medewerkers de afhankelijkheid van de kennis van aanbieders. Er is (nog) weinig bekend over het verwijzen naar voorliggende voorzieningen door toegangsmedewerkers.

Dit sluit aan op de bevindingen uit de NJI publicatie 'Samen om het kind', namelijk dat eerstelijns hulpverleners die samenwerken met specialisten minder snel doorverwijzen naar de specialistische hulp<sup>15</sup>. Specialistische aanbieders kunnen toegangen versterken en een manier van samenwerking realiseren waardoor de wijkteams zich door hen ondersteund voelen in het indicatieproces. De toegangen hebben meerwaarde als er specifieke kennis beschikbaar.

## Conclusies

- De jeugdverwijsroutes verschillen sterk qua aantallen, omzet en interventieniveaus;
- Allen voorzien ze in een andere behoefte en vraag, en bedienen daarmee een andere doelgroep;
- Ze vormen veelal gescheiden werelden, waardoor er (te) weinig overzicht, verbinding en samenwerking is. Per saldo lijkt de aanbieder te bepalen welke zorg nodig is;
- Bij huisartsen is er feitelijk niet veel veranderd sinds de. Via de inzet van huisartsenondersteuners Jeugd proberen gemeenten bij te dragen aan passende verwijzingen. Er is nog weinig kwantitatieve informatie over het effect van de inzet op het zorggebruik;
- Elke jeugdhulpaanbieder heeft (van oudsher) een eigen belangrijke verwijsroute. Zo ontvangt de Jeugd GGZ haar verwijzingen voornamelijk via de huisarts, terwijl de jeugdhulp voor kinderen en jongeren met een verstandelijke of psychische beperking vooral via de gemeentelijke toegangen verwezen wordt;
- In Drenthe gaan in vergelijking tot heel Nederland (nog) veel verwijzingen via de huisartsen en minder via de gemeentelijke toegangen (die vaak complexere zorg verwijzen dan huisartsen). Het is onduidelijk waarom dit zo is;
- De GI's hebben een eigen taak en rol qua verwijzingen en zijn daarin autonoom ten opzichte van gemeenten (thema is onderdeel van Transformatieplan Zorg voor Jeugd);

<sup>14</sup> <https://www.cpb.nl/de-wijkteambenadering-nader-bekeken>, blz. 52

<sup>15</sup> <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Samen-om-het-kind-De-handen-ineen-voor-specialistische-jeugdhulp.pdf>

- Uit het onderzoek van het SCP blijkt dat verhogen van kennis in de gemeentelijke toegangen het op- en afschalen en normaliseren bevordert en zorgt dat een verwijzing via de toegang meerwaarde heeft;
- Het verder verbeteren van de kwaliteit en het ontwikkelen van een visie en werkwijze op de toegang van jeugdhulp is noodzakelijk.

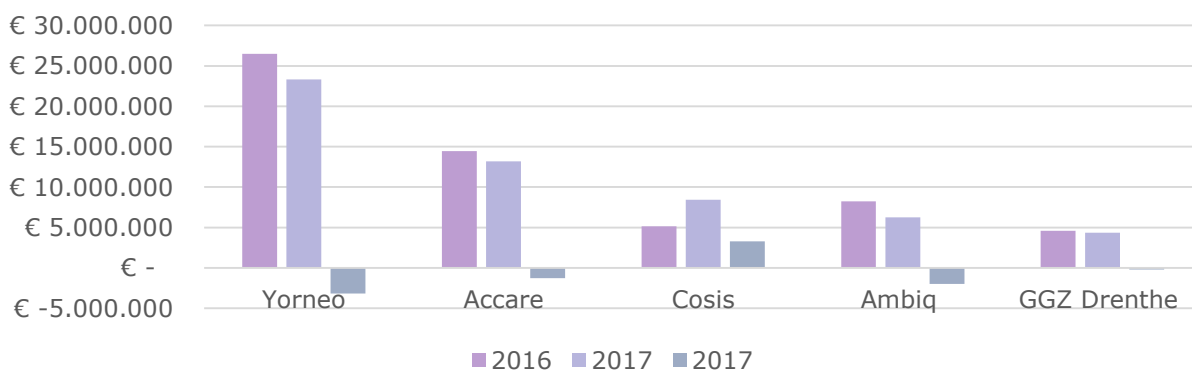
3. Dat er verschillende beelden zijn bij de rol en bijdrage van de kleinere zorgaanbieders aan de transformatie

### Veronderstellingen

- De middelgrote en kleine aanbieders hebben een groeiend zorgaandeel;
- De middelgrote en kleine aanbieders zorgen voor differentiatie in het aanbod;
- De kleine aanbieders verschillen qua kwaliteit;
- De 5 grote zorgaanbieders kunnen de kleinere aanbieders ondersteunen, versterken en aanvullen.

In totaal waren er in 2017 in Drenthe bijna 250 jeugdhulpaanbieders met een contract (in 2017 werden daarvan circa 200 daadwerkelijk ingezet). Waarvan de 5 grootste 57% van de omzet omvatten (dit is 10% minder dan in 2016). In de grafiek is te zien dat alleen Cosis een toename heeft in zorgomzet. Dit valt onder andere te verklaren door de aanscherping van de criteria in de WLZ

### Ontwikkeling zorgkosten ZIN



waardoor er kinderen uit de WLZ naar de Jeugdwet zijn overgedragen per 1 juli 2017. Ook alle nieuwe instroom (veelal jonge kinderen) is via de Jeugdwet. Er is nog geen nieuw evenwicht tussen nieuwe instroom en uitstroom naar WLZ. Door het ontbreken van een afwegingskader wordt vaak pas op een leeftijd van 8-9 jaar aantoonbaar dat sprake is van een blijvende intensieve zorgbehoefte, waarmee toegang tot de WLZ mogelijk wordt. De zorgkosten voor deze kinderen zijn in de Jeugdwet ongeveer 15% lager dan de kosten die zij in de WLZ hadden (lagere tarieven Jeugdwet).

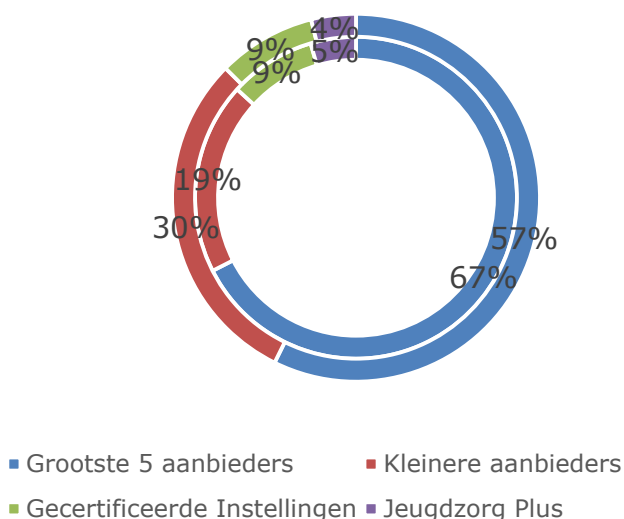
De spreiding van de kosten over de verschillende aanbieders is tussen 2016 en 2017 toegenomen (zie bijlage 1 voor detail tabellen). Er is een verplaatsing opgetreden van de grotere naar de middelgrote, vaak meer lokale aanbieders. In 2016 waren er 46 kleine aanbieders met minder van € 20.000 omzet, in 2017 waren dat er 78.

	Aantal aanbieders 80% kosten ZIN	Aantal aanbieders 90% kosten ZIN	Aantal aanbieders 99% kosten ZIN	Totaal aantal ingezette aanbieders
<b>2016</b>	7	19	79	139
<b>2017</b>	15	36	122	198

De verdeling van de kosten over de verschillende groepen aanbieders geeft hetzelfde beeld: het aandeel van de Gecertificeerde Instellingen en de Jeugdzorg Plus verandert nauwelijks (alleen het aandeel Jeugdzorg Plus gaat van 5 naar 4%), terwijl het aandeel kosten van de grootste aanbieders kleiner is geworden en is verplaatst naar de kleinere aanbieders. Dit geldt iets minder voor het aandeel cliënten.

Zorgaanbieder	Aandeel uitgaven 2017	Aandeel cliënten 2017
Yorneo	42%	25%
Accare	24%	42%
Cosis	15%	5%
Ambiq	11%	4%
GGZ Drenthe	8%	25%
Totaal 5 grote aanbieders	100%	100%
Aandeel totaal ZIN	57%	61%

## Verdeling uitgaven aanbieders 2016 en 2017



### Conclusies

- De kleinere aanbieders hebben een groeiend zorgaandeel, maar veroorzaken niet dat er meer kinderen zorg ontvangen (totaal aantal kinderen in Drenthe met jeugdhulp is stabiel). Er is sprake van een verschuiving van de grote naar de kleinere aanbieders. De kosten verschuiven meer dan de kinderen, de gemiddelde kostprijs per unieke cliënt ligt bij de kleinere aanbieders hoger, dit vraagt om nader onderzoek;
- De kleine aanbieders bieden een divers aanbod en lijken de wachtlijst problemen op te lossen. Het is onduidelijk of de jeugdigen op hun plek zitten bij de kleinere aanbieders ('better safe than sorry');
- Bij een deel van het aanbod zijn vraagtekens of het aanbod als jeugdhulp beschouwd moet worden en of er beter afgebakend moet worden wat wel en niet onder jeugdhulp wordt verstaan;

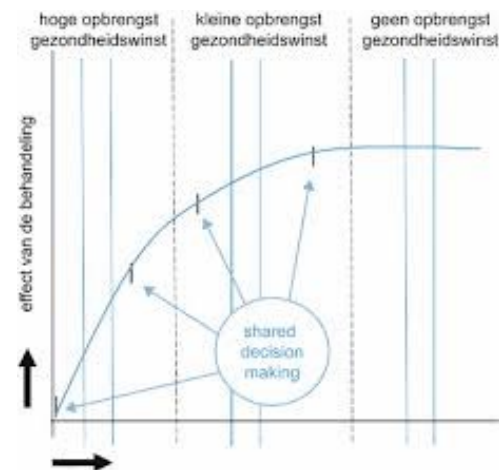
- De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft in 2018 aangegeven dat de Jeugdwet onvoldoende toegespitst is op kleine jeugdhulpaanbieders<sup>16</sup>. De inspecties pleiten voor een ander (wettelijk) pakket aan kwaliteitseisen dat meer recht doet aan het type hulp deze kleine aanbieders bieden. Voor kleinschalige woonvormen is wel een toetsingskader beschikbaar;
  - De veronderstelling is dat grotere en de kleinere zorgaanbieders elkaar kunnen ondersteunen, versterken en aanvullen. Er bestaan voorbeelden waarin kleinere aanbieders gebruik maken van 'collegiaal consult' bij grotere aanbieders.
4. Dat we nog te weinig van elkaar en van onze ervaringen leren waardoor de transformatie niet bevordert wordt

### Veronderstellingen

- Professionals hebben te weinig ruimte en tijd, en er is onvoldoende organisatie om te leren op de werkvloer;
- We maken te weinig gebruik van wetenschappelijke kennis en van elkaars kennis.

De beroepsverenigingen jeugd adviseren gemeenten bureaucratie en regeldruk tegen te gaan, meer te investeren in voorlichting en preventie en professionals de ruimte te geven te innoveren<sup>17</sup>. In het transformatieplan Zorg voor de jeugd is 'Investeren in vakmanschap' één van de actielijnen<sup>18</sup>, die in Drenthe vertaald is in het opzetten van een Drentse Jeugdacademie die bij moet dragen aan het inrichten van een lerende omgeving in Drenthe.

Zorgvuldige diagnostiek en indicatiestelling door daartoe opgeleide professionals is een noodzakelijke voorwaarde om te komen tot een zorgvuldige besteding van de middelen en matched care. Daarbij is het van belang dat de meest effectieve behandelingen worden ingezet, behandelingen die qua gezondheidswinst een hoge opbrengst hebben. Alleen dan kan de gewenste afschaling van intensiteit en zorgzwaarte worden gerealiseerd. Evaluatie van behandelresultaat na vaststaande perioden moet leiden tot het opnieuw beoordelen of het huidige hulpaanbod passend is. Client en hulpverlener beslissen samen (shared decision making) en overleggen waar nodig met de verwijzer (gemeente) hoe deze zorg gerealiseerd kan worden.



Daar hoort ook bij dat behandelingen die niet effectief zijn, en behandeltrajecten die weinig tot geen gezondheidswinst opbrengen stopgezet worden. En ook te stoppen wanneer een voldoende goed resultaat is bereikt. De veronderstelling is dat in de jeugdhulpketen op dit gebied verbeterlagen gemaakt kunnen worden. Verbeterslagen die kunnen leiden tot betere en goedkopere zorg. Ketenbreed leren kan als vliegwiel in deze ontwikkeling ingezet worden.

Om lessen te trekken uit trajecten die weinig succesvol waren of van jeugdigen die (te) laat in zorg zijn gekomen is ketenbreed leren een mooi instrument. De doelgroep die thans bij de FACT Jeugdteams behandeld wordt, kan hiervoor benut worden. Bijkomend voordeel is dat de 5 organisaties

<sup>16</sup> <https://www.igj.nl/actueel/nieuws/2018/05/22/inspecties-signaleren-enkele-knelpunten-in-de-jeugdwet>

<sup>17</sup> <https://www.nji.nl/nl/Actueel/Nieuws-uit-de-jeugdsector/2018/Gemeente,-geef-professional-meer-ruimte>

<sup>18</sup> file:///C:/Users/info\_000/Downloads/Voortgang%20programma%20Zorg%20voor%20de%20Jeugd.pdf

die meedoen aan dit akkoord allen betrokken zijn bij FACT Jeugd. We kunnen hieruit lessen trekken die voor de hele keten van belang zijn.

Ook gemeenten leren nog weinig van elkaar, gegevens zijn te versnipperd en onderling niet goed vergelijkbaar, waardoor kennis verloren gaat.

## Conclusies

- Uit allerlei signalen blijkt dat professionals inderdaad te weinig ruimte hebben om te leren op de werkvloer en het werken in deze sector minder aantrekkelijker wordt;
  - Er is behoefte aan meer leren en ontwikkelen en gebruik maken van wetenschappelijke kennis. Recente ontwikkelingen zoals de ontwikkeling naar een Drentse Jeugdacademie komen hieraan tegemoet;
  - De BGZJ pleit voor het gebruik maken van de ontwikkelcirkel lerend jeugdhulpstelsel, ook omdat te weinig bekend is over welke effecten in de dagelijkse praktijk geboekt worden en wat precies werkt bij wie en waarom<sup>19</sup>;
  - Het inzichtelijk maken en monitoren van de effecten van jeugdhulp helpt op termijn in het vergroten van de effectiviteit. Aanbieders hebben hierin het initiatief, bijvoorbeeld in het ontwikkelen van een dashboard waardoor gezamenlijk de ontwikkelingen gemonitord kunnen worden;
  - Ketenbreed leren kan als vliegwiel ingezet worden om in de hele keten van jeugdhulp belangrijke lessen te trekken. Omdat we willen leren over kosten en effectiviteit is noodzakelijk dat professionals breed vanuit alle terreinen betrokken worden. Dit zijn professionals met kennis over inhoud, organisatie en financiën en de gebruikers van deze zorg.
5. Dat er door de zorgaanbieders veel administratieve druk ervaren wordt en dat dit de transformatie de afgelopen periode in de weg heeft gestaan

## Veronderstellingen

- De huidige inrichting van de administratie is veeleisend en een te grote kostenpost en teveel gebaseerd op wantrouwen (van controleren naar monitoren);
- Er zit veel tijd tussen signaal/vraag en inzet van zorg, door ingewikkelde indicatieprocedures en discussies over toegang en inzet van zorg;
- Jeugdprofessionals zijn een (te groot) deel van hun tijd bezig met administratie, waardoor de zorg duurder lijkt te worden.

Hoewel er bij de overdracht van de taken naar de gemeenten standaarden voor factureren en verantwoord zijn afgesproken, ervaren jeugdzorgaanbieders nog steeds veel administratieve lasten<sup>20</sup>. Er is in opdracht van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport door bureau jb Lorenz onderzoek gedaan naar de administratieve last in de jeugdhulp, waarin geconcludeerd wordt dat *'onduidelijkheid over de status van standaarden en verschillende interpretaties voor aanbieders leiden tot complexiteit, misverstanden en vertragingen in het toeleiden en afhandelen van jeugdhulp'*<sup>21</sup>. Het ministerie onderzoekt momenteel de werkdruk bij jeugdwerkers. Rita Verdonk is

<sup>19</sup> <https://www.nji.nl/nl/Producten-en-diensten/Publicaties/NJi-Publicaties/Opkomen-voor-een-effectievere-jeugdhulp>

<sup>20</sup> file:///C:/Users/info\_000/Downloads/erminderen\_van\_administratieve\_lasten\_in\_de\_verantwoording\_van\_jeugdhu  
lpaanbieders\_aan\_gemeenten.pdf

<sup>21</sup> file:///C:/Users/info\_000/Downloads/erminderen\_van\_administratieve\_lasten\_in\_de\_verantwoording\_van\_jeugdhu  
lpaanbieders\_aan\_gemeenten.pdf



sinds januari 2019 aangesteld om de administratiedruk te verminderen door middel van het programma Ontregel de Zorg.

Naast het onderzoek van jb Lorenz benoemt de Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) de blijvend hoge administratieve lasten in haar eindrapportage als probleem. De TAJ wijst met name op de hoge kosten hiervan voor de zorgaanbieders<sup>22</sup>. In het recent verschenen rapport van Berenschot 'Handreiking Kostprijzen voor de jeugd ggz' wordt gepleit voor meer standaardisatie tussen producten<sup>23</sup>, omdat dit zou leiden tot een beter te voeren discussie rondom kostprijzen en tarieven en leidt tot minder kosten voor de bedrijfsvoering van aanbieders en een betere sturing op het bedrijfsresultaat van de aanbieder.

In onderstaande tabel is een poging gedaan een inschatting te maken van de totale kosten in Drenthe. De gegevens zijn niet allemaal op basis van 2017, en er sprake van definiëringsverschillen, daarom moeten de getallen heel voorzichtig gehanteerd worden en is de onderlinge vergelijking tussen de aanbieders niet goed. Cosis verwacht dit jaar een afname van de administratieve lasten dankzij de implementatie van een nieuw Elektronisch Cliënten Dossier (ECD).

<b>Extra administratiekosten in Drenthe van aanbieders op jaarbasis 2017</b>	<b>Extra kosten</b>
Ambiq	€ 262.467
GGZ	€ 319.000
Cosis	€ 409.920
Accare	€ 419.000
Yorneo	€ 192.000
Totaal	€ 1.602.387
Totaal alle aanbieders	€ 2.572.022

Wanneer we het bedrag van € 1.6 mln. als uitgangspunt nemen, en het aandeel van 61% van de cliënten van de 5 aanbieders, extrapoleren naar 100%, gaat het op jaarbasis om circa € 2.5 mln..

De aanbieders geven aan dat extra kosten worden gemaakt op de afdelingen zelf, doordat begeleiders meer regelwerk hebben om toewijzingen binnen te krijgen. Dit wordt in het onderzoek van het ministerie ook genoemd als oorzaak. Toewijzingen worden vaker voor een kortere periode afgegeven dan in de oude situatie, waardoor er vaker toewijzingen aangevraagd moeten worden. Meer inzetten op prognosticeren na intake en daar de beschikking op afgeven.

Kijkend naar de werkzaamheden dan gaat dit binnen de centrale ondersteuning onder andere om:

- Kennis over de verschillende producten en contracten;
- Verwerken en verantwoorden contractvereisten;
- Inrichting en onderhoud Clientdossier op Jeugdwet producten;
- Administratieve handelingen omtrent toewijzingen;
- Toewijzingen hebben kortere looptijden dan voorheen;
- Afsluiten contracten en productieverantwoordingen.

Binnen de zorglocaties:

<sup>22</sup> <https://www.skipt.nl/actueel/id37331-jeugdhulp-onder-druk-door-bureaucratie-bij-gemeenten.html>

<sup>23</sup> <https://www.binnenlandsbestuur.nl/Uploads/2019/2/Handreiking--Kostprijzen-voor-de-jeugd-ggz-.1.pdf>

- Kennis van de producten/toewijzingen;
- Ouders ondersteunen bij het regelen van een beschikking;
- Afstemming met gemeente/verwijzer;
- Zorgdragen dat zorg geleverd kan worden binnen een geldige toewijzing: achter toewijzingen aan bellen/misverstanden oplossen/verkeerd afgegeven producten aanpassen.

### Conclusies

- Uit de beschikbare onderzoeken en de door de aanbieders aangeleverde informatie blijkt dat de huidige inrichting van de administratie veeleisend is en een grote kostenpost;
  - Er ontstaat ook regedruk door overleg over toewijzingen met de gemeentelijke toegangen;
  - Het verminderen van de administratieve lasten, kan de directe zorgtijd bij de aanbieders verhogen;
  - Door het organiseren van 'schrapsessies' ontstaat meer inzicht in de administratieve druk<sup>24</sup>.
6. Dat het meer samenwerken door iedereen wordt genoemd als belangrijke voorwaarde tot transformatie, maar dat dit desondanks nog steeds niet goed van de grond komt

### Veronderstellingen

- Er is weinig vooruitgang in de samenwerking met het onderwijs;
- De onderlinge samenwerking tussen zorgaanbieders en de samenwerking met het preventieve veld moet beter.

Het thema samenwerken is al jaren onderwerp van gesprek als het gaat over de jeugdhulp en het onderwijs. Iedereen is het er over eens dat een sterke verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp noodzakelijk is om kinderen optimale ontwikkelkansen te bieden en hoe beter er wordt samengewerkt tussen school, huisarts en gemeente, hoe minder gebruik gemaakt hoeft te worden van specialistische jeugdhulp. Op sommige plekken komt deze verbinding goed tot stand, maar op andere niet of niet goed genoeg. Daardoor heen speelt de grensvlak discussie jeugdhulp – passend onderwijs. Hulp die nodig is om onderwijsdoelen te bereiken valt niet onder de Jeugdwet, maar moet door school worden ingezet. Het is in elk geval niet logisch dat er tekorten in de jeugdhulp zijn, terwijl de budgetten voor passend onderwijs niet uitgegeven worden. Steeds meer scholen experimenteren met jeugdhulpverleners op locatie. In Enschede is in het primair en voortgezet onderwijs altijd een jeugdhulpspecialist aanwezig die (ongeïndiceerde) ondersteuning biedt<sup>25</sup>.

Er is veel discussie over de relatie tussen inzet van preventie en het verminderen van zorg<sup>26</sup>. Prof. dr. Tom van Yperen stelt dat '*De gemeente investeert namens de samenleving in jeugdpreventie. Dat mag wat kosten, maar dan heb je ook wat*'. Prof. dr. Wim Groot daarentegen stelt '*Aandacht voor preventie heeft de jeugdzorg duurder gemaakt en niet geleid tot vermindering van het aantal jongeren met een zware hulpvraag*'. Als belangrijke pijler in de transformatie is dit laatste verontrustend. Het lijkt een vicieuze cirkel: door niet te investeren in preventie, neemt de vraag naar duurdere tweedelijnszorg toe, waarna er bezuinigd moet worden op preventie. In Drenthe zijn de uitgaven aan jeugdpreventie uit de Rijksbijdrage jeugd tussen 2016 en 2017 afgenomen.

<sup>24</sup> <https://jeugdhulpfriesland.nl/nieuws/eerste-schrapsessie-jeugdzorg-bij-jeugdhulp-friesland>

<sup>25</sup> <https://www.poraad.nl/nieuws-en-achtergronden/op-steeds-meer-plekken-jeugdhulp-in-de-school>

<sup>26</sup> <http://magazines.sociaalweb.nl/financien-jeugdhulp-hoe-krijgt-u-deze-op-orde#!/stelling-preventie-maakt-jeugdhulp-duurder>

## **Conclusies**

- Het is van belang dat gemeenten, zorgaanbieders en het voorveld beter samen gaan werken en samen nadenken over wie welke hulp nodig heeft. Dit is voor de decentralisatie niet gelukt en komt ook nu niet voldoende van de grond. Toch is dit één van de pijlers onder de transformatie, door de zorg lokaler en dichterbij te organiseren moet deze samenwerking een impuls krijgen. De gemeente heeft hierin een initiërende en regisserende rol;
- De uitgaven aan jeugdpreventie nemen in Drenthe vanuit de rijksbijdrage iets af. Hiermee lijkt ook in Drenthe de bovengenoemde vicieuze cirkel aan de orde te zijn. Door de tekorten wordt er bezuinigd op preventie, waardoor het voorkomen van zwaardere zorg in het geding komt. Dit vraagt om anders kijken en meer inzetten op beschermende factoren;
- Het inzetten van specialistische, ongeïndiceerde jeugdhulp in het onderwijs biedt kansen de verbinding met het onderwijs van de grond te krijgen.

# AANBEVELINGEN

## **1. Vergroten aandacht voor beschermende factoren**

Daarvoor is het van belang dat de Drentse gemeenten, zorgaanbieders en het voorveld een gezamenlijke visie ontwikkelen en een werkwijze implementeren gericht op deze factoren. De Drentse Jeugdacademie kan hierin een rol spelen. Durf het echt anders te doen met elkaar, domein overstijgend, aanbieder overstijgend en hierbij gebruik makend van de brede expertise die beschikbaar is in Drenthe. Uitgangspunt zou hierbij versterking van het voorliggend veld moeten zijn. Hierbij ontstaat voor ouders een heldere route.

## **2. Vergroten samenwerking tussen toegangen van jeugdhulp en aanbieders**

Door het vergroten van kennis in de verwijzroutes komt de cliënt snel bij de juiste jeugdhulp terecht. Het gaat hierbij om het verbeteren van de samenwerking en het overdragen van kennis tussen de toegangen met de jeugdhulp (via de ladder van samenwerking). Met de GI's worden vanuit het transformatieplan Zorg voor Jeugd nieuwe afspraken gemaakt.

## **3. Afbakenen jeugdhulp en vergroten kwaliteit en effectiviteit van het totale aanbod**

Het is de vraag of de inzet van kleine aanbieders duurder is. Hier zou nader onderzoek naar gedaan moeten worden. Daarnaast kan gedacht worden aan het afbakenen van jeugdhulp en het stellen van kwaliteitseisen aan alle jeugdhulpaanbieders.

## **4. Verbeteren zorgkwaliteit en effectiviteit door meer gebruik wetenschappelijke kennis**

De Drentse aanbieders en gemeenten moeten meer lerend vermogen ontwikkelen. Door doorlooptijden en behaalde resultaten te monitoren en te bepalen wat nodig is voor vervolg en afschaling (informatievoorziening op orde maken). Bijdragen aan de Drentse Jeugdacademie en continue scholen van professionals.

## **5. Verminderen administratieve belasting en vergroten doelmatigheid van zorg**

Om het jeugdstelsel echt te veranderen en goede en betaalbare zorg te realiseren, hebben de Drentse gemeenten en zorgaanbieders beide een aandeel in het verminderen van de administratieve belasting en het vergroten van de efficiency (bijvoorbeeld door het organiseren van schrapessies). Gemeenten kunnen meer doen om de onderlinge eenduidigheid te vergroten en meer regelruimte aan aanbieders geven, waardoor de administratieve belasting afneemt. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders de eigen bedrijfsvoering op orde te hebben (verhogen directe zorgtijd).

## **6. Verbeteren samenwerking**

De Drentse grote en kleinere aanbieders kunnen de handen meer ineen slaan door de verschillende werkwijzen op elkaar af te stemmen en toe te werken naar een samenhangend aanbod van ambulante en klinische voorzieningen in Drenthe (in 2017 gaat het om 44% van de populatie die bij meerdere aanbieders zorg ontvangt). Verder onderzoeken welke cliënt waar hulp ontvangt is nodig. Daarnaast nemen de Drentse gemeenten regie op de samenwerking met het lokale veld, waaronder het onderwijs (bijvoorbeeld ongeïndiceerde inzet van jeugdhulpverleners in het onderwijs).

## Verklaring tekorten

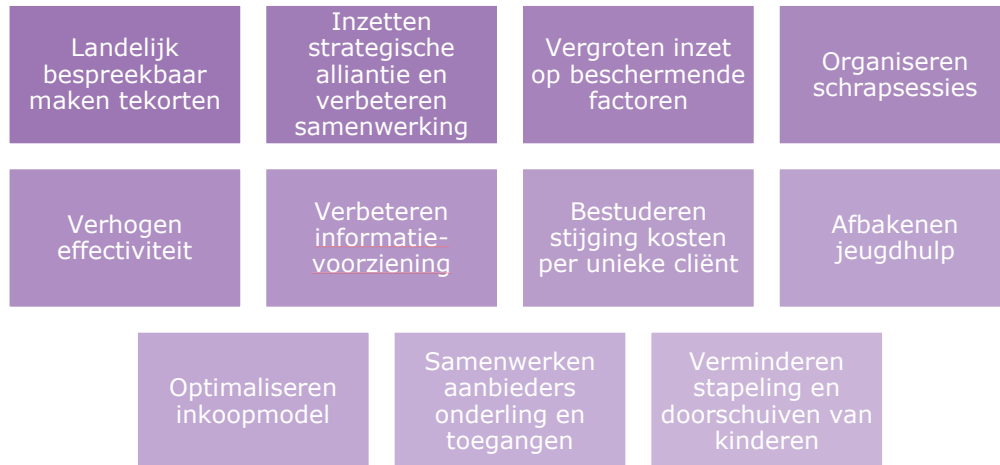
Samenvattend zijn de volgende factoren van invloed op de tekorten in Drenthe in 2017:

- De (te vroege en te grote) efficiency korting bij de start van de Jeugdwet (in Drenthe gaat het in 2017 om 5,5 mln. minder Rijksbijdrage jeugd);
- De aanname dat de decentralisatie en het dichterbij organiseren van jeugdhulp tot een afname van volume zou leiden (in Drenthe zijn de jeugdhulpkosten in 2017 met circa 14,5 mln. toegenomen);
- De decentralisatie heeft geleid tot extra administratiekosten (de eerste grove inschatting door de 5 grootste aanbieders duidt op circa 2.5 mln.). Daarnaast lijken er extra administratiekosten gemaakt te worden bij verwijzers en gemeenten;
- De kosten ZIN zijn per cliënt gestegen (in 2017 ten opzicht van 2016 met circa € 1.300 per cliënt ZIN, bij circa 13.000 unieke cliënten ZIN gaat het om in totaal circa 17 mln.). Het lijkt er op dat een toenemende complexiteit en de administratieve lasten tot langere behandelduur leiden en deze toename deels verklaren;
- Er heeft een toename van cliënten en kosten bij de middelgrote en kleinere aanbieders plaatsgevonden. In totaal is de omzet van de middelgrote en kleinere aanbieders met circa 12,5 mln. gestegen;
- In Noord Midden Drenthe lijkt mede op basis van het inkoopmodel een verschuiving van interventieniveau 5 naar 6 opgetreden (een grove berekening komt op circa 1.5 mln. extra kosten);
- Door de aanscherping van de criteria in de WLZ zijn kinderen uit de WLZ naar de Jeugdwet overgedragen per 1 juli 2017 (Cosis schat in dat het om circa € 300.000 extra kosten gaat);
- Het lijkt er op dat een deel van de geboden jeugdhulp onder passend onderwijs valt (bijvoorbeeld educatieve dagbesteding);
- De veronderstelling is dat de eigen bijdrage in de Wmo voor een verschuiving uit de Wmo naar de Jeugdwet heeft veroorzaakt.

## Eindconclusie

We concluderen dat het vinden van knoppen waaraan gedraaid kan worden om te komen tot het terugdringen van de tekorten niet eenvoudig is, maar dat we wel een aantal zoekrichtingen hebben gevonden. Het gaat er vooral om in gezamenlijkheid afspraken te maken en te werken volgens een verbetercyclus, waarbij verbeteracties afgesproken, gemonitord en bijgesteld worden, zodat resultaten geboekt worden.

De belangrijkste sleutels voor het oplossen van de tekorten en het bevorderen van de transformatie zijn:



## BIJLAGE 1 ZIN AANBIEDERS 80% 2016 EN 2017

2016	Aanbieders	Procentueel cumulatief aandeel
1.	Yorneo	35%
2.	Accare	54%
3.	Ambiq	65%
4.	Cosis	72%
5.	GGZ Drenthe	78%
6.	Timpaan Support BV incl. GGZ	79%
7.	BEZINN	81%

2017	Aanbieders	Procentueel cumulatief aandeel
1.	Yorneo	28%
2.	Accare	43%
3.	Cosis	53%
4.	Ambiq	60%
5.	GGZ Drenthe	66%
6.	BEZINN	68%
7.	Leger des Heils Noord (W&G)	70%
8.	Timpaan Support BV incl. GGZ	71%
9.	OCRN (dyslexie plus GGZ)	73%
10.	De Trans	74%
11.	Lentis (incl. bovenregionaal)	76%
12.	Verslavingszorg Noord Nederland (regionaal en bovenregionaal)	77%
13.	Auti-start	78%
14.	Icare	79%
15.	ko-bus	80%