

TECHNISCHE RAADSVRAGEN

ONDERWERP: Sociaal domein/ jeugdzorg

DATUM: 7 oktober 2018

INGEDIEND DOOR: Groenlinks

RAAG

SOCIAAL DOMEIN 7 oktober, Groenlinks

Graag zien wij een beantwoording van onderstaande vragen. Waarbij wij graag op de hoogte zijn van feiten/ bronnen etc.

1. Landelijk is er bij alle gemeenten een gemiddeld tekort van 16% op jeugd. (bron NJI) in 2017. Het tekort in Assen lijkt echter groter dan 16%; klopt dat?

Dat klopt. In 2017 heeft de gemeente Assen € 19,7 miljoen ontvangen aan integratie-uitkering jeugd. De uitgaven jeugd bedroegen echter € 24,1 miljoen. Dit resulteert in een tekort van € 4,4 miljoen oftewel 22% van de integratie-uitkering.

Wat is de reden van het grotere tekort dan landelijk (6procent meer)

Assen heeft op veel terreinen grotere problematiek dan landelijk gemiddeld: zoals een lagere gemiddelde sociaal economische score. Dit is een indicatie voor meer problematiek. Naar aanleiding van een eigen onderzoek naar het hoge gebruik van jeugdhulp in Assen hebben we eerder geconcludeerd dat er sprake lijkt te zijn van een 'vaste kern' jeugdzorg gebruikers. Daarnaast is de geschiedenis van Assen als zorgstad en de aanwezigheid van een aantal jeugdzorgaanbieders een mogelijke verklaring.

2. Hoe kan het dat het tekort in Assen groter is? Ook vergelijkbaar met andere soortgelijke steden?

We hebben geen gedetailleerd overzicht van de procentuele afwijkingen van vergelijkbare gemeenten. Wel is er veel gepubliceerd over grote tekorten op de jeugdhulp bij diverse andere gemeenten. Ook geeft de G40 in haar brandbrief aan het ministerie, mede namens Assen, aan dat er grote tekorten zijn.

3. Wat is de prognose voor 2018? Is er al een halfjaar rapportage bekend?

Deze prognose is opgenomen in de Voortgangsrapportage 2018 die u deze week ontvangt.

4. Hoe zorgt men nu dat er extra groei tegen gegaan wordt?

De Jeugdwet kent een open-einde karakter. Dit maakt sturing op groei lastig. De sturing is extra lastig, omdat naast de gemeente in de wet nog andere verwijzers zijn opgenomen (o.a. huisartsen, Gecertificeerde Instellingen). In het raadsvoorstel tekorten sociaal domein geven de verschillende richtingen aan om het tekort te beperken. Daarnaast gaan we extra inzetten op transformatie en preventie (transformatieakkoord, transformatiefonds en preventiefonds).

Zijn er voorbeelden van externe sturing die tot vermindering van groei leiden? Ofwel is er een berekening dat het minder indiceren van huisartsen en GI bijvoorbeeld zorgt voor daadwerkelijk vermindering van kosten?

Voor huisartsen hebben we hier nog geen berekening van. De resultaten van de evaluatie naar de inzet van POH'ers volgt in december. Mogelijk zorgt de inzet van een POH voor minder verwijzingen en/ of meer kwaliteit van de verwijzingen.

De Gecertificeerde Instellingen verwijzen vaak naar zware jeugdhulp en langdurige trajecten. In afstemming met de Gecertificeerde Instellingen zetten we in op

verbetering van de kwaliteit van verwijzingen en trajectduur. Daarnaast zetten we in op betere samenwerking met de jeugdreclassering om vroegtijdig problematiek op te sporen en snel passende jeugdhulp in te kunnen zetten.

5. Hoe zijn de aanbieders meegenomen in de forse tekorten?

De gemeente heeft met een groot aantal aanbieders kwartaalgesprekken. Hierin zijn de tekorten besproken. Daarnaast zijn er thema bijeenkomsten geweest waarin ook aandacht is geweest voor het tekort. Daarnaast zijn we met aanbieders in gesprek om te komen tot een Transformatieakkoord.

Hoe hebben de aanbieders gereageerd op het te kort? Welke mogelijke verklaring hebben zij? Aanbieders geven aan mee te willen denken bij het terugbrengen van het tekort, maar geven ook aan dat tekorten ook zijn ontstaan door de bezuinigingen vanuit het Rijk. Daarnaast kost de transformatie tijd.

6. Op welke wijze of uit welk voorbeeld blijkt dat zorgaanbieders een gedeelde verantwoordelijkheid dragen voor de tekorten?

Onder andere huisartsen verwijzen rechtstreeks door aan zorgaanbieders. Op basis van de deze verwijzing bepaalt de zorgaanbieders zelf het interventieniveau. Hieruit blijkt medeverantwoordelijkheid van deze partijen.

Daarom ook nemen de zorgaanbieders in het gesprek over de totstandkoming van een transformatieakkoord de verantwoordelijkheid om samen met de gemeenten te kijken naar oplossingsrichtingen. Op Drents niveau doen we dit met de vijf grote aanbieders Jeugdhulp.

Dit zijn: Accare, Ambiq, Cosis, GGZ-Drenthe en Yorneo.

Daarnaast zijn we samen met de andere gemeenten in Noord en Midden Drenthe in gesprek met zowel de WMO als de Jeugdaanbieders over een lokaal Transformatieakkoord. **Met welke doelstelling? Wat is daarin het beoogd resultaat?** Het transformatietraject in de regio Noord en Midden Drenthe beoogt de verbinding tussen het medische en sociale aspect in de keten van ondersteuning te versterken. Het idee is om zo de situatie van het gezin of volwassenen op deze manier zo snel mogelijk te normaliseren en om zo licht mogelijke ondersteuning te bieden. Het akkoord zal een set afspraken zijn waarbij de bijdragen en de rollen van de aanbieders, gemeenten en maatschappelijke partijen (o.a. onderwijs of welzijn) helder zijn om het werken aan de voorkant mogelijk te maken.

7. Op welke wijze of uit welk voorbeeld blijkt dat derde verwijzers ook een gedeelde verantwoordelijkheid dragen voor de tekorten?

Bij alle huisartsen in Assen is een praktijkondersteuner jeugdhulp huisartsen gepositioneerd. Het doel van deze inzet is o.a. vroegsignalering van problematiek en minder inzet van specialistisch zorg. Op dit moment evalueren we de inzet van deze praktijkondersteuners.

Vanuit het landelijke transformatiefonds willen we in Drenthe starten met een zo kort en effectief mogelijke procedure naar de juiste jeugdhulp in combinatie met Jeugdbescherming/Jeugdreclassering. We zijn hierover in gesprek met de Gecertificeerde Instellingen (de aanbieders van Jeugdbescherming/Jeugdreclassering).

8. Waaruit blijkt dat de gemeente in control is t.a.v. de cijfers voor de jeugdzorg? Is er zicht op de instroom/ uitstroom en om welke problematiek het voornamelijk gaat?

De gemeente beheert en bewaakt het budget, en kan op basis van beschikkingen en zorgmeldingen prognostiseren hoe het verloop zal zijn. De gemeente kan hierop slechts beperkt sturen, omdat het verwijsrecht in de wet breder is toebedeeld. 70% van de indicaties zijn doorverwezen door andere verwijzers.

9. Hebben ondanks de financiële tekorten de zorg wel geleid tot positieve effecten? Zou het kunnen dat ondanks de tekorten dat de burger wel adequaat en juist

geholpen is? Zo ja, waaruit blijkt dit? En hoe zijn de positieve effecten gemeten? “doen we de juiste dingen?” Of is het zo dat we het ons niet lukt, de juiste zorg te leveren en er sprake is van “een forste investering, die zich niet uitbetaalt?”

Uit de klanttevredenheidsonderzoeken 2017 blijkt dat gebruikers positief zijn over de wachttijd en het eerste gesprek. Dit geldt ook voor de zorg en ondersteuning die zij kregen en het kunnen meebeslissen over de keuze van de zorgaanbieder en zorgvorm. Het effect van de hulp op de gemoedstoestand en het gedrag van het kind ervaren de meeste respondenten als positief.

We evalueren het resultaatgericht inkopen en voeren continu meten in. Hiermee krijgen we nog meer zicht op de ervaringen van gebruikers van de jeugdhulp. We hebben in de aanbesteding kwaliteitseisen opgenomen. Hierop monitort contractmanagement.

10. Is er een effecten meting gedaan wat er wezenlijk en feitelijk is veranderd sinds de gemeente de zorg in regie heeft? Is dit tegen elkaar afgezet (voor 2015 en na 2015?)

We hebben geen beeld van voor 2015 voor Assen, aangezien de gemeente toen de jeugdzorg niet uitvoerde.

Uit de landelijke evaluatie van de Jeugdwet blijkt:

- met de decentralisatie is een goede beweging in gang gezet.
- ouders zijn positief over de hulp.
- kwetsbare kinderen en ouders hebben soms moeite om de weg naar de juiste hulp te vinden. Dit heeft onder andere te maken met de organisatie van wijkteams.
- De samenwerking tussen domeinen jeugdhulp, het onderwijs en bijvoorbeeld de schuldhulpverlening behoeft verbetering.

11. Op welke problematieken komt de meeste zorg inzet in Assen voor en is dit meegenomen in het ontwikkelen van passende preventief beleid? Zo ja, welke? De vijf grote aanbieders gebruiken 45 % van het budget.

We zien diverse problematiek, zo zien we de effecten van schuldenproblematiek en (problematische) echtscheidingen. Binnen de preventieve opvoedondersteuning is hier met nadruk aandacht voor en vanuit de verschillende beleidsterreinen zetten we hier op in.

Waar blijkt dat uit? Zijn er voorbeelden van een integraal preventief beleid?

Op dit moment voert Vaart Welzijn in samenwerking met Actium, GKB, WPDA, Omnia en vrijwilligersorganisaties een project uit rond preventie en vroegsignalering van schulden uit (aanpak betalingsachterstanden). Doel is primair om escalatie te voorkomen maar is tevens gericht op het integraal aanpakken van de oorzaken van de financiële problematiek, ook op andere leefdomeinen.

Er zijn meer voorbeelden van collectieve activiteiten die door de buurtteams of vanuit Mijn Buurt Assen worden ingezet om vanuit 1 leefdomein breder de problematiek aan te pakken, al dan niet samen met instellingen en vrijwilligers: bijv. Summerbreak, klussendienst. Buurtbakkie-Oost, Ouder & Kind café.

Yorneo, Vaart Welzijn en GGD hebben een gezamenlijk aanpak op scholen voor kinderen die te maken hebben met complexe echtscheidingen (KEES: Kinderen en (Echt)scheiding).

12. In het raadsvoorstel t.a.v. de tekorten op het sociaal domein wordt er gesproken over het tegen gaan van de te korten: is er een effectenmeting gedaan tav de maatregelen? Die staat echter niet uitgewerkt.

Na het besluit van de Raad zullen wij de maatregelen nader uitwerken, waarin wij de effecten van de maatregelen meenemen.

Zou je niet voordat je een voorstel doet, ook moeten weten of er een beoogd positief effect is? We verwachten in totaal een positief effect van 2 miljoen euro, met ingang van 2020. Na besluit van uw raad werken we de maatregelen uit inclusief taakstellende bezuinigingsbedragen.