

Leeswijzer

De vraagstelling uit het onderzoek ('*wat zijn de sterkten en zwakten van het huidige Utrechtse jeugdzorgaanbod in termen van kwantiteit, kwaliteit en regionale spreiding*') is door WWRG vertaald in een door opdrachtgever geaccordeerd onderzoeksmodel (zie bijlage). Het onderzoek is uitgevoerd in 5 deelonderzoeken, te weten:

- Een kwantitatieve analyse op basis van verstrekte cijfers en informatie
- Een s/w analyse van het zorgaanbod middels documentstudie
- Een s/w analyse van de primaire processen middels documentstudie (waarin begrepen het niveau van ketenoriëntatie)
- Analyse van 53 cliëntdossiers op basis van een proportioneel gestratificeerde steekproef
- Afname van een semigestructureerde vragenlijst bij BJZ en zorgaanbieders middels gespreksrondes

Operationele onderzoekopstellingen van de genoemde deelonderzoeken zijn vooraf voorgelegd aan de begeleidingscommissie.

De eindrapportage bestaat uit zeven onderdelen, te weten:

1. Samenvatting, conclusie en aanbevelingen op hoofdlijnen
2. Deelrapportage A: kwantitatieve analyse
3. Deelrapportage B: sterkte zwakte analyse van het zorgaanbod
4. Deelrapportage C: dossieranalyse
5. Deelrapportage D: procesanalyse en ketenoriëntatie
6. Deelrapportage E: gespreksronde (inclusief door betrokkenen aangegeven punten voor zorgvernieuwing)
7. Bijlagen (onderzoekopstellingen)

In de samenvatting worden uitkomsten van de verschillende deelrapportages uitgedrukt in 5 hoofdlijnen. Per hoofdlijn worden bevindingen (s/w) en suggesties voor verbetering geformuleerd. Deze worden waar mogelijk uitgedrukt op 3 niveaus, te weten: beleidsniveau, procedureel niveau en uitvoerend niveau. De 5 hoofdlijnen zijn:

- Kwaliteit van de informatievoorziening
- Niveau van vraaggerichtheid
- Effectiviteit van het zorgaanbod
- Niveau van ketensamenwerking
- Regionale spreiding

Op basis van de bevindingen per hoofdlijn is een algemene conclusie voorzien van zeven aanbevelingen opgenomen. De aanbevelingen zijn zoveel als mogelijk aanvullend geformuleerd op al ingezette bewegingen (Integraal verbeterplan BJZ, aanbevelingen rapport Lysias, initiatieven m.b.t. informatievoorziening met de Add groep en het UVP 2008). Omwille van de leesbaarheid begint de samenvatting met deze algemene conclusie.

Hans Slager, Daan Wienke en Peter van Wijk, WWRG & Partners, 9 februari 2008.

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen op hoofdlijnen

Verloop van het onderzoek

Alle betrokkenen hebben coöperatief en in openheid meegewerkt aan het onderzoek, dat is gezien de krappe doorlooptijd en het tijdstip van onderzoek (rondom de jaarwisseling) een grote verdienste. Ook hebben we bij alle instellingen veel ideeën en betrokkenheid aangetroffen wat betreft verdere verbetering van inhoud en structuur van de jeugdzorg. De concept rapportages zijn door betrokkenen in algemene zin positief ontvangen en voorzien van constructief commentaar.

Context en algemeen beeld

Er wordt op vele fronten bijzonder hard gewerkt in Utrecht. Het UVP 2008 van de provincie Utrecht formuleert forse ambities op het terrein van het verbeteren van (de betrouwbaarheid van) de informatievoorziening, het terugdringen van de wachtlijsten, het sturen op resultaten en het vergroten van de vraaggerichtheid en effectiviteit. Verschillende verbeterinitiatieven zijn weggezet in plannen (Integraal verbeterplan BJZ, VIB, plannen van aanpak van zorgaanbieders op basis van aanbevelingen rapport Lysias, initiatieven m.b.t. informatievoorziening met de Add groep, samenwerkingsprogramma's in de keten) en verkeren nu in verschillende stadia van implementatie. Daarnaast zijn in het kader van het programma 'Utrechtse jeugd centraal' de contouren neergelegd voor het beleid voor de periode 2009-2012. Vraagsturing, ketenoriëntatie en effectiviteit nemen daarin een voorname plaats in. Het is van belang om de in dit onderzoek geconstateerde sterkten en zwakten te zien in het licht van de hiervoor genoemde en in gang gezette ontwikkelingen (het is immers mogelijk dat wij nu zwakten constateren die reeds een plaats hebben gekregen in de diverse verbeterplannen maar nog niet zo ver geïmplementeerd zijn dat ze niettemin op dit moment als zwak kunnen worden aangemerkt). Deze constatering heeft ook gevolgen voor de conclusies en

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen sterkte zwakte analyse versie def. 9 februari 2008, van Wijk,

aanbevelingen uit het rapport. Naar de mening van WWRG dienen er nu niet weer allerlei nieuwe zaken opgestart te worden, maar dient aangesloten te worden bij al lopende initiatieven, eventueel voorzien van aanvullende acties daarop.

Utrecht presteert niet aantoonbaar slechter of beter dan andere provincies. Ook zijn er relatief weinig verschillen in het profiel van het hulpaanbod (voor cijfers: zie deelrapportage A), op sommige punten loopt Utrecht voorop, hierbij kan gedacht worden aan de prestatie-afspraken met betrekking tot doelrealisatie en klanttevredenheid en de integratie jeugdzorg onderwijs (invoering van ' kader integraal indiceren' , ' utrechtse jeugd centraal'). Op andere punten loopt Utrecht wat achter, dan gaat het met name om de kwaliteit van de informatievoorziening, de beschrijving van het hulpaanbod (modules) en de participatie in effectiviteitsprogramma's zoals bijv. de benchmark zorgaanbieders (Valkenheide participeert hier wel in) en zicht op effectiviteit van het Nji.

Algemene conclusie en aanbevelingen

De algemene conclusie is dat in Utrecht veel in gang gezet is in diverse verbeterprogramma's en dat deze de tijd moeten krijgen om effectief geïmplementeerd te worden. Conclusie is ook dat vraaggerichtheid van de zorg en aantoonbare effectiviteit nog in de kinderschoenen staat. Meer in het bijzonder blijkt dit uit het volgende:

- Er bestaat geen gefundeerd inzicht in de vraag omdat hier onvoldoende informatie over uitgevoerd kan worden (BJZ registreert wel aantal meldingen en aantal indicaties, maar nog niet volledig vragen van cliënten naar aard /ernst van de problematiek en meeste gewenste zorg en van afgegeven indicatiebesluiten worden nog geen inhoudelijke trendanalyses gemaakt). Overigens beschikt BJZ met het hanteren van de ISIS-tabel (soort categorieënmodel voor de registratie van problemen) wel over instrumentarium om hier meer gefundeerd onderzoek naar te doen. Dientengevolge is het lastig een uitspraak te doen over de mate waarin het zorgaanbod voldoende vraaggericht is, anders dan de mate waarin het zorgaanbod voldoet aan de vraag zoals verwoord in de afgegeven indicatiebesluiten. Dat laatste is over het algemeen het geval. Tot slot is er bij professionals veel inzicht in wat de werkelijke vragen van cliënten zouden zijn, deze informatie wordt echter onvoldoende systematisch ontsloten.
- De *aantoonbare effectiviteit* van het zorgaanbod is nog relatief laag, gemeten op de 'ladder van effectiviteit' zoals gehanteerd in het onderzoek (een gemiddelde score van 16,1 op een range van 4 tot 27). Dit heeft met name te maken met het feit dat de beschrijving van de zorgmodulen erg

divers is en dat de beschrijvingen nog onvoldoende gebaseerd zijn op de erkenningscriteria van de landelijke databank 'effectieve interventies' van het Nji. Wel zijn bij een toenemend aantal instellingen een aantal modules al gebaseerd op wetenschappelijk bewezen methodes (in het bijzonder bij Trajectum, Timon en LSG Valkenheide). De *effectiviteit van de geleverde zorg* staat op een iets hoger peil daar alle instellingen al gestructureerd doelrealisatie en klanttevredenheid meten. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat veel respondenten doelrealisatie nog beleven als iets dat 'moet' van de provincie met als gevolg dat opgestelde rapportages nog weinig gebruikt worden voor interne analyse. Ditzelfde beeld geldt voor het meten van klanttevredenheid. Met deze conclusie wijkt Utrecht overigens niet sterk af van het landelijke beeld. Overal verkeert effectiviteit in een beginnend stadium van ontwikkeling, er zijn diverse landelijke initiatieven in gang gezet (programma 'zicht op effectiviteit' Nji, benchmark zorgaanbieders MO Groep, programma prestatie-indicatoren IPO) en sommige provincies zijn al wat verder met de effectiviteit van het aanbod (Brabant, Gelderland) terwijl anderen wat verder zijn met doelrealisatie (zoals Utrecht).

- De *ketensamenwerking* tussen BJZ en zorgaanbieders is sterk verbeterd, onder andere middels hernieuwde samenwerkingsafspraken. Uit het dossieronderzoek blijkt dat de praktijk hier nog iets op achterloopt (een score van 56% op 'aansluiting ZA – BJZ). Verder blijkt dat de methodische positie van de casemanager nog verbetering behoeft. Als het om *intersectorale samenwerking* gaat dan is de score nog mager, weliswaar zijn er veel initiatieven aan de 'voorkant' (preventie, jeugdzorg – onderwijs, participatie BJZ in lokale structuren), maar gezamenlijke zorgprogramma's met bijv. ggz, jji en lvg ontbreken nog grotendeels (behoudens enkele instellingsgebonden initiatieven). Voorts is de samenwerking met het reguliere onderwijs nog weinig structureel en weinig resultaatgericht. Ook aan de 'achterkant' (aansluiting jeugdzorg met sectoren als volwassenzorg, wonen, onderwijs en arbeid) verdient ketensamenwerking meer aandacht.
- Uit de analyse van *regionale spreiding* blijkt dat het aantal zorgvragen uit de regio Woerden, noordwest geen gelijke tred lijkt te houden met de lokaties waar het zorgaanbod wordt uitgevoerd (sterk geconcentreerd in het midden en oosten van de provincie). Nader onderzoek zal moeten aantonen of de realisatie van zorgaanbod in deze regio daadwerkelijk nodig is.

Bovenstaande aspecten zijn *basaal* voor de kwaliteit van de zorg en de sturing daarop, en dienen dan ook verbeterd te worden, juist in het licht van de ingezette beleidsambities zoals in Utrechtse jeugd centraal. Naar de mening van WWRG & Partners moeten dan ook op deze terreinen (informatievoorziening, vraaggerichtheid en aantoonbare effectiviteit) een beperkt aantal verbeteracties uitgevoerd worden, aanvullend op het al ingezette beleid.

Aanbeveling 1: verbeteren kwaliteit informatievoorziening (Provincie)

Wij geven de provincie in overweging om –aanvullend op het integrale verbeterplan BJZ en het projectplan van de Add groep- een eenduidig informatiemodel te ontwerpen (cq. het bestaande informatiemodel aan te scherpen) voorzien van definities en formats die door alle partijen geaccepteerd worden (gebaseerd op landelijke uitgangspunten). Als gronden hiervoor gelden de Wet op de Jeugdzorg en de PxQ systematiek. Eenduidigheid van informatie is landelijk ook nog steeds een aandachtspunt (zie recent getekende convenant tussen programma ministerie Jeugd met ZonMW , RIVM en Nji over 'eenheid van taal'). Het is wenselijk dat Utrecht daar zo veel mogelijk bij aansluit en –'for the time being'- zorgdraagt voor het feit dat gehanteerde en uitgewisselde informatie zoveel mogelijk eenduidig en valide is.

Een dergelijk model is een voorwaarde voor het kunnen plegen van harde uitspraken op het terrein van vraaganalyse en effectiviteit van zorg. Hierin dienen o.a. de volgende zaken geregeld te worden:

- De mogelijkheid om indicatiebesluiten uit te splitsen naar zorgaanspraak en module zodat deugdelijke vraaganalyse mogelijk worden
- Op definitieniveau eenduidigheid in de vertaalslag indicatiebesluit, zorgaanspraak en zorgmodule (Gelderland beschikt met GIZ over een mooie good practice)
- Een meer dynamische definitie van de grondslagen van capaciteitstoekenning te bepalen (op basis van de parameters: vraag, instroom/uitstroom, bezetting en doorlooptijd) en de mogelijkheid bezien om capaciteitstoekenning te baseren op meerjarige ramingen zodat er voor zorgaanbieders meer continuïteit ontstaat bij het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen
- Middels het informatiemodel scherper zicht te krijgen op de vraag in hoeverre zorgaanbieders zorg flexibel inzetten (zie 10% regeling) en in hoeverre deze flexibilisering bijdraagt aan substitutie evan werkvormen en innovatie (nieuwe diensten met practise- en evidence-based methoden) naast het bestaande aanbod
- Sturen op effectiviteit meer onderdeel te maken van de reguliere besturing door naast doelrealisatie en klanttevredenheid ook probleemafname onderdeel te laten uitmaken van het informatiemodel en door (op termijn! en afgestemd met aanbeveling 3) bonus/malus prikkels in te bouwen voor de mate waarin modulen voldoen aan effectiviteitskenmerken

Tot slot geven wij de provincie in overweging het traject met de Add-Groep adequaat te monitoren en te realiseren dat de in onderhavig rapport geconstateerde gebreken in de informatievoorziening daarin meegenomen worden.

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen sterkte zwakte analyse versie def. 9 februari 2008 , van Wijk,

Aanbeveling 2: Ontwikkelen van vraaggericht indiceren (BJZ)

Wij geven BJZ Utrecht in overweging om een systematiek voor vraaggericht indiceren te ontwikkelen. Hierbij gaat het om de volgende punten:

- Beschrijf in het indicatiebesluit (en onderliggende stukken) altijd de vraag van de cliënt in zijn eigen termen, pas daar een professionele beschouwing op toe (probleemanalyse) en druk dat uit in doelen en benodigde zorg (toepassen regulatieve cyclus)
- Indiceer op 'meest gewenst' en 'minimaal noodzakelijk' zodat zichtbaar wordt of datgene wat de client wil/nodig heeft ook echt beschikbaar is. Op basis van analyses op deze gegevens (patronen) kunnen zorgaanbieders hun aanbod beter afstemmen

WWRG snapt terdege dat vraaggericht indiceren in grote mate ook een kwestie is van professionele attitude (zie ook het positieve inspectierapport over indicaties bij BJZ Utrecht en de te verwachten uitkomsten van het Nji onderzoek inzake de vraag in hoeverre de gestelde indicaties de eigenlijke zorgvraag weerspiegelen) en dat de 'pure vraag' van cliënten methodisch een lastig vraagstuk is bij verwijzingen door derden en bij gedwongen hulpverlening (jeugdbescherming). De Deltaplan methode heeft echter aangetoond (zie onderzoek PI Research, Slot, 2005) dat het ook in een gedwongen kader mogelijk en noodzakelijk is om vragen/behoefte van cliënten te identificeren en daarbij aan te sluiten. Een systematiek voor vraaggericht indiceren zou naar de mening van WWRG dan ook dienen te bestaan uit een stevig methodisch repertoire én een registratiesystematiek op basis waarvan kwantificering van de vraag mogelijk wordt.

Aanbeveling 3: Richt een programma ontwikkeling effectiviteit in (zorgaanbieders).

Wij geven de zorgaanbieders in overweging om gezamenlijk een programma 'ontwikkeling effectiviteit' in te richten en daarbij gebruik te maken van landelijke gegevens uit de benchmark zorgaanbieders van de MO Groep en de programma's 'zicht op effectiviteit'. Een dergelijk programma dient te bestaan uit drie onderdelen:

1. Het ontwikkelen van een provinciale *jeugdzorgcatalogus* bestaande uit een integraal model waarin het niveau van indiceren, de zorgaanspraken en de zorgmodules qua taal en qua typologie op elkaar zijn afgestemd (modulen ingedeeld naar zorgaanspraken, voorzien van per werkvorm en leeftijdscategorie gestandaardiseerde doelen waarop geïndiceerd kan worden) NB: bij standaarddoelen geldt wederom de opmerking zoals hierboven gemaakt bij vraaggericht indiceren: het gaat enerzijds om de methodische bepaling van de unieke doelen van de cliënt en anderzijds om een vertaling van die unieke doelen in een classificatiesysteem

2. Het vaststellen van een *eenduidig format voor de beschrijving van zorgmodulen*, gebaseerd op het NIZW-format en op de criteria van de Erkeningscommissie 'effectieve interventies' zodat meer aantoonbaar wordt wat de effectiviteit van verschillende modulen is.
3. Het verbeteren van de *effectiviteit van de verleende zorg* door de uitkomsten van doelrealisatie te koppelen aan de uitkomsten van klanttevredenheid (exit vragenlijsten) en probleemafname (gezamenlijke afspraken over gebruik van diagnostische instrumenten). Sluit hierbij aan bij het landelijke programma prestatie indicatoren. Neem hiervoor de tijd zodat de informatie betrouwbaarder wordt (en niet beleefd wordt als 'moeten') en ook gebruikt wordt als interne sturingsinformatie met als focus voortdurend 'leren en verbeteren'.
4. Het verbeteren van de effectiviteit van de zorg door te investeren in programma's voor verdere professionalisering van medewerkers (zie ook onderstaande toelichting)

Met de onderdelen 1 en 2 hebben de zorgaanbieders recent een begin gemaakt middels een afspraak om hier gezamenlijk in op te trekken.

Wij geven zorgaanbieders in overweging deze aanbeveling integraal op te nemen in programmaliijn 3 (kwaliteit en effectiviteit) van Utrechtse Jeugd Centraal.

Toelichting

Ten aanzien van aanbeveling 2 en 3 willen wij nog het volgende opmerken: Uit diverse onderzoeken (Slot 2002, Van Yperen et al 2003) weten we dat effectiviteit van een interventie voor ongeveer 50% afhangt van zogenaamde 'a-specifieke factoren', het gaat daarbij om zaken als: duidelijk communiceren, oprechte interesse tonen, afspraken nakomen, etc. Anders gezegd: *professioneel gedrag* levert een aanzienlijke bijdrage aan het verbeteren van de effectiviteit van de zorg. Het is dan ook van belang dat tegelijkertijd met het verbeteren van de effectiviteit van de zorg (zie aanbeveling 2 en de punten 1 t/m 3 van aanbeveling 3) initiatieven worden ontplooid om te komen tot een *nieuw soort professionaliteit* waarbij de werkers hun professionele vaardigheden verder ontplooiën, juist *binnen* wetenschappelijk onderbouwde modulen en als effectief bekend staande interventies.

Aanbeveling 4: Verdere versterking ketensamenwerking BJJ en zorgaanbieders (BJZ en ZA)

Wij geven BJJ en de zorgaanbieders in overweging om de ketensamenwerking te versterken –aanvullende op de reeds ingezette samenwerkingsafspraken- op de volgende punten:

- Versterk de *methodische positie* van de casemanager door bij het afstemmingsgesprek en in de HVP op te nemen: contactfrequentie, wie doet wat en taakverdeling tussen casemanager en behandelcoördinator volgens de methode '1 kind 1 plan'
- Richt een uitwisselingsmogelijkheid in op middenkader niveau in waarin snel over en weer gemeld kan worden welke informatie gemist wordt en hoe dat komt. Evalueer periodiek en stel op grond daarvan bij. NB: het gaat hierbij niet

om het weer opbouwen van extra structuren maar om de waarborg dat men elkaar snel en naadloos weet te vinden én dat ervaringen structureel gebruikt worden voor permanente verbetering.

- Versterk de intersectorale samenwerking bij de uitvoering van de zorg door intersectorale programma's en co-producties te ontwikkelen samen met het onderwijs, de ggz, lvg en jji's . Spreek de bestaande brede bestuurscommissie aan op het ontwikkelen van concrete plannen terzake (bijv. het verbeteren van verbindingen tussen de WSNS werkverbanden, de ZAT's en de jeugdzorg)
- Voorzie de samenwerking op ketenniveau van wederzijdse toets en verbeterinstrumenten door bijv. over en weer te auditen en visiteren

Aanbeveling 5: versterking ketensamenwerking aan de 'achterkant' (ZA)

De overgang van jeugdzorg naar andere vormen van zorg of instroom in het volwassenecircuit blijkt een relatief zwak punt. Diverse zorgaanbieders melden wel ontwikkelingen op dit vlak (samenwerking met ROC, verslavingszorg, samenwerking met speciaal onderwijs), maar dit gebeurt nog veel los van elkaar.

Wij geven zorgaanbieders in overweging te investeren in samenwerking met instanties voor scholing, werk en inkomen en instanties voor volwassenenzorg door bijvoorbeeld gezamenlijke programma's en doorstroombeleid te ontwikkelen. Tevens geven wij in overweging bestaande modules zoals 'vertrektraining' daar meer op toe te snijden. Het experimentele schema ketenkwaliteit (zie deelrapportage D) kan gehanteerd worden als toetssteen bij het bepalen van de effectiviteit van ketensamenwerking.

Aanbeveling 6: Meer evenwicht in regionale spreiding (provincie)

Uit de analyse blijkt dat het westelijk deel van Utrecht (Woerden en noordwest, zie deelrapportage kwantitatieve analyse) qua zorgaanbod onderbedeeld lijkt te zijn (met name residentieel en daghulp). Wij geven de provincie in overweging hier nader onderzoek naar te doen (cq. de vraag aanbod analyse van BJZ daarvoor te gebruiken) en (eventueel op basis daarvan) te bevorderen dat in de regio Woerden ook residentieel en daghulp zorgaanbod beschikbaar komt.

Aanbeveling 7: Zorgvernieuwing planmatiger aanpakken (ZA)

Uit de door betrokkenen aangegeven suggesties voor zorgvernieuwing blijkt dat zorgvernieuwing nog sterk bepaald wordt door gebeurtenissen (Kanaleneiland) en nog weinig op basis van planmatig onderzoek en gebleken effectiviteit. Tegelijkertijd stelt bijv. het HKZ schema (in rubriek 6) eisen aan de planmatige en onderbouwde wijze waarop zorgvernieuwing moet plaatsvinden. Ook gebeurt zorgvernieuwing nog veel afzonderlijk van elkaar. Voorts zijn de onderlinge verschillen in het

zorgaanbod relatief klein (en daar waar deze verschillen gearticuleerd worden blijkt dat ze nauwelijks aantoonbaar zijn op de effectiviteitsladder)

Wij geven de zorgaanbieders in overweging om:

- Zorgvernieuwing adequaat te koppelen aan de eisen uit rubriek 6 van het HKZ schema
- Alleen nieuwe modules te ontwikkelen die aantoonbaar gebaseerd zijn op de criteria van de erkenningscommissie effectieve interventies
- Meer gezamenlijk op te trekken in zorgvernieuwing en daarbij gebruik te maken van elkaars sterke punten, die nader van elkaar te preciseren en meer marktgericht te opereren vanuit het perspectief wat nodig is in de provincie als geheel (nadere specialisatie ten opzichte van elkaar). De bestaande 10% regeling (de mogelijkheid om 10% van het bestaande aanbod flexibel in te zetten cq. om te bouwen op basis van inhoudelijke overwegingen) zou gebruikt kunnen worden om hierin meer ondernemend te opereren en actief vindplaatsgericht werken te bevorderen (zie ook het model van 'wrap around care' zoals door Hermanns genoemd in de tafelrede van de manifestatie Utrechtse Jeugd Centraal)

BIJLAGE

Samenvattend overzicht van bevindingen (sterkten/zwakten en verbeter suggesties)

Hieronder volgt het samenvattend overzicht van bevindingen en verbeter suggesties op basis van de verschillende deelrapportages. Bovengenoemde conclusie en aanbevelingen zijn hierop gebaseerd.

1. Kwaliteit van de informatievoorziening

<i>Context en kader</i>	
<p>Bij het beschouwen van de hieronder genoemde sterkten en zwakten moet gerealiseerd worden dat BJZ en de zorgaanbieders van 'ver' komen als het gaat om vertrouwen en samenwerken. De afgelopen periode is er veel geïnvesteerd in het normaliseren van betrekkingen en het opbouwen van onderling vertrouwen. Dat is goed gelukt. Op deze basis zijn recent een aantal verbetertrajecten ingezet zoals het integrale verbeterplan BJZ, het opvolging geven aan de aanbevelingen uit het Lysias rapport en het verbeteren van de informatievoorziening met de Add Groep. Als gevolg van het feit dat deze trajecten in verschillende stadia van ontwikkeling verkeren kan het zijn dat onderzoekers nu zwakten constateren die echter al wel zijn 'meegenomen' in de genoemde verbetertrajecten. Genoemde verbeter suggesties moeten dan ook in dat licht gezien worden.</p> <p>Voorts geldt dat veel van de hier geconstateerde punten voor verbetering raken aan landelijke ontwikkelingen, zoals PxQ, het format beleidsinformatie e.d. De zwakten zijn in deze gevallen niet typisch 'utrechts' maar komen in de gehele sector voor. Het is dan ook wenselijk zo veel mogelijk aan te sluiten bij landelijke ontwikkelingen.</p>	
<i>Sterkten en zwakten</i>	<i>Suggesties voor verbetering</i>
<p>STERK</p> <ul style="list-style-type: none">- gestandaardiseerde wachtlijstoverzichten maandelijks aan provincie- formats bij beschikking zijn beschikbaar, zodat meer gestandaardiseerde gegevensverwerking mogelijk is- reeds ingezette verbeterprogramma's zoals Integraal verbeterprogramma BJZ, het traject met de Add groep en plannen van de zorgaanbieders op het Lysias rapport- de door de provincie ontwikkelde formats voor kwartaaloverzichten <p>ZWAK</p> <ul style="list-style-type: none">- Er is geen valide informatie beschikbaar over het aantal indicatiebesluiten gedifferentieerd naar zorgaanpak en	<ul style="list-style-type: none">- Ontwerp en implementeer een eenduidig informatiemodel, cq. stel het bestaande model bij op basis van de constateringen zoals gedaan in de linker kolom (gebaseerd op landelijk aanvaarde uitgangspunten) voorzien van definities en formats die door alle partijen (BJZ, zorgaanbieders en provincie) geaccepteerd worden. Laatdit aansluiten op het ingezette traject met de Add-Groep- Baseer de capaciteitstoekenning op meerjarige trendanalyses en dynamische parameters zoals vraaganalyse, bezetting en doorlooptijd- Organiseer wachtlijstbeheer op het niveau van de gehele keten.- Verbeter het digitale wachtlijstbeheer door IJ en Care-4 compatibel te maken en/of een provinciale webportal in te richten

<p>zorgvorm. Dit maakt het opstellen van een deugdelijke vraag/aanbod analyse erg lastig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eenduidige definities en formats voor gegevensverwerking en analyse ontbreken veelal (overzichten van zorgaanbieders verschillen naar aard en inhoud.) - Toekenning van extra middelen geschiedt op basis van éénjarige overzichten ('wegwerken wachtlijsten') en nog weinig op basis van meerjarige trendanalyses. - Wachtlijstbeheer vindt plaats op onderdelen en nog niet op de keten als geheel - Er is geen eenduidig systeem waarin doelen uit het indicatiebesluit worden gekoppeld aan zorgaanpakken. Ook een eenduidig systeem voor de omschrijving van zorgmodulen en de koppeling van zorgaanpakken en modulen ontbreekt. - de kwaliteit van de dossiervoering is wisselend en onderling sterk verschillend. Ook zijn dossiers incompleet in die zin dat niet alle stukken van BIZ in de dossiers van de zorgaanbieders terug te vinden zijn (IB 100%, indicatiestellingsformulier 60%, screeningsdocument < 40%, checklist niet aangetroffen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel een eenduidig classificatiemodel voor de registratie van aard/ernst problematiek op basis waarvan analyses mogelijk worden - Ontwikkel een eenduidig model waarin het niveau van indicatie (incl. doelen), zorgaanpakken en de omschrijving van zorgmodulen op elkaar afgestemd worden. Hanteer een eenduidig model voor de omschrijving van zorgmodulen op basis van landelijk aanvaarde uitgangspunten - Ontwikkel als zorgaanbieders een eenduidig model voor dossiervoering - Richt uitwisseling op middenkaderniveau in met een meldsysteem voor incompleetheit van informatie,
--	---

2. Niveau van vraaggerichtheid

<i>Context en kader</i>	
<p>De BIZ's zijn momenteel bezig met de invoering van VIB (verbetering indicatiestelling), het is wenselijk de versterking van de vraaggerichtheid zo goed mogelijk aan te laten sluiten cq. af te stemmen met de ontwikkelingen in het kader van VIB</p> <p>BIZ Utrecht laat het NJi onderzoeken in hoeverre de indicaties als vraaggericht kunnen worden aangemerkt. De uitkomsten van dit onderzoek zijn begin maart beschikbaar.</p>	
<i>Sterkten en zwakten</i>	<i>Suggesties voor verbetering</i>
<p>STERK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aspect vraaggerichtheid is in de professionele attitude sterk aanwezig - De hernieuwde samenwerkingsafspraken tussen BIZ en ZA zoals vastgelegd in het recent aangescherpte afstemmingsprotocol 	<ul style="list-style-type: none"> - Ontwikkel een systematiek voor vraaggericht indiceren middels het aangeven van het onderscheid tussen 'meest gewenst' en 'minimaal noodzakelijk'. Op deze wijze wordt scherper zichtbaar waar werkelijk behoefte aan is, aan de hand waarvan ramingen voor het

<ul style="list-style-type: none"> - Mogelijkheid bij BJZ om de ISIS tabel te hanteren. Deze tabel (categorieënmodel voor problemen) maakt het mogelijk om analyses op probleemcategorieën te maken - Een werkgroep van BJZ en zorgaanbieders die het indicatiebesluit en de doelen uit het HVP van de zorgaanbieder beter op elkaar proberen af te stemmen. 	<p>zorgaanbod gemaakt kunnen worden (volgens de eenduidige taal zoals aanbevolen bij het onderdeel informatievoorziening)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maak in de formats van het IB en de HVP een duidelijker onderscheid tussen vraag van de cliënt (in eigen taal) en de beschouwing daarop van de professional
<p>ZWAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indiceren gebeurt in de praktijk sterk op basis van professionele kennis ('dit is typisch een kind voor...') en op basis van ruimte ('daar is plek') - Bij indicaties wordt geen onderscheid gemaakt tussen 'meest gewenst' en 'minimaal noodzakelijk' (BJZ laat NJI onderzoeken of dit nuttig is) Daardoor zijn er nauwelijks ramingen mogelijk om het zorgaanbod vraaggerichter te maken ('hier is behoefte aan') - Soms zijn probleemcategorieën ingevuld in het indicatiestellingsformulier, maar meestal niet - De score op vraaggerichtheid bedraagt 44%, dwz in 44% van de onderzochte zaken is de vraag van de cliënt herkenbaar in het IB (zie deelrapportage dossieranalyse, de mate waarin in het IB de vraag van de cliënt herkenbaar is), de vraag van de cliënt zit veelal verstopt, in de formats is hier onvoldoende ruimte voor (de werkelijke vraag komt bij BJZ alleen voor in de aanmelding, daarna niet meer, bij de HVP's altijd vertaald) - Handtekeningen van cliënten ontbreken Soms (vaker bij het IB dan bij het HVP van de zorgaanbieder) - Het is niet altijd duidelijk of de cliënt tekent 'voor akkoord' (dus instemt) of 'voor gezien' - De score wat betreft aansluiting doelen HVP op doelen IB bedraagt 56%. Het is niet altijd duidelijk op basis waarvan de zorgaanbieder tot andere doelen komt dan in het IB geformuleerd. 	

3. Effectiviteit van het zorgaanbod

<p style="text-align: center;"><i>Context en kader</i></p> <p>Er draaien momenteel verschillende landelijke programma's op het gebied van (de ontwikkeling van) effectiviteit. In vrijwel alle provincies geldt dezelfde constatering als in Utrecht, nl. dat effectiviteitsontwikkeling nog in een beginnend stadium verkeert</p>
--

Samenvatting, conclusie en aanbevelingen sterkte zwakte analyse versie def. 9 februari 2008 , van Wijk,

(zie ook de landelijke rapportage 'zicht op effectiviteit' van het Nji). Het is wenselijk in een Utrechts programma zo veel mogelijk aan te sluiten bij de best practices die landelijk beschikbaar zijn (Nji, MO Groep)

De zorgaanbieders hebben recent besloten gezamenlijk op te trekken in het ontwikkelen van eenduidige modulebeschrijvingen.

<i>Sterkten en zwakten</i>	<i>Suggesties voor verbetering</i>
<p>STERK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Structureel meten van doelrealisatie - Model procesbeschrijvingen van Timon - Wetenschappelijke onderbouwingen van sommige modules bij Timon, Trajectum en Valkenheide - Meten klanttevredenheid bij Trajectum - Placemat doelrealisatie bij Valkenheide - Eenduidig model voor modules bij de Rading <p>ZWAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - Standaard risicotaxatie ontbreekt (nog) bij BJZ - Het zorgaanbod is verschillend beschreven en soms verouderd - Veel zorgaanbieders zijn bezig met nieuwe beschrijvingen, maar onderlinge coördinatie ontbreekt - Veel beschrijvingen lenen zich niet voor keuzes op basis van een indicatiebesluit - Vaak onvoldoende doorvertaling van visie en doelen naar methoden, activiteiten en werkwijzen - Geen bewuste keuze voor methoden die als 'evidence based' te boek staan - De procesbeschrijvingen verschillen onderling qua opbouw, inhoud en detaillering - Geen structurele meting van klanttevredenheid op casusniveau - Geen structurele meting van probleemafname aan de hand van een basisdiagnostisch instrument. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kies voor één format voor modulebeschrijvingen, gebaseerd op landelijk aanvaarde uitgangspunten - Stem de procesbeschrijvingen onderling op elkaar af - Normeer het aanbod aan de hand van de criteria van de Erkenningscommissie effectieve interventies - Start een effectiviteitsprogramma waarin doelrealisatie, klanttevredenheid en probleemafname integraal met elkaar verbonden worden. Maak hierbij gebruik van landelijke ervaringen (MO Groep, Nji) - Versterk het methodisch gebruik van doelrealisatie (wordt nog veel beleefd als moeten) - Stem het gebruik van diagnostische instrumenten tussen BJZ en zorgaanbieders op elkaar af (ijking en validatie)

4. Niveau van ketensamenwerking

<i>Context en kader</i>
<p>Het landelijke beeld is te diffuus om goed bij aan te sluiten. Behoudens landelijke trajecten als de CJG's en aansluiting onderwijs – jeugdzorg zijn er weinig algemene lijnen zichtbaar. Wel zijn er best practices beschikbaar mbt de samenwerking met het onderwijs en de ggz (bijv. Amsterdam).</p>

Het programma Utrechtse Jeugd Centraal zet sterk in op ketensamenwerking. Het is dan ook wenselijk de hier gedane constatering op te nemen in dit programma

<i>Sterkten en zwakten</i>	<i>Suggesties voor verbetering</i>
<p>STERK</p> <ul style="list-style-type: none"> - BJZ en zorgaanbieders hebben samenwerking vastgelegd in bindende afspraken, eind 2007 zijn deze vernieuwd - Uit de dossieranalyse blijkt dat deze afspraken nog onvoldoende worden nageleefd - Samenwerking met speciaal onderwijs, ROC, verslavingszorg en woningstichtingen door sommige aanbieders <p>ZWAK</p> <ul style="list-style-type: none"> - De mate waarin het afstemmingsgesprek plaatsvindt lijkt sterk af te hangen van het belang dat de zorgaanbieder daaraan hecht. Idem wat betreft de aanwezigheid van de casemanager bij evaluatie en eindgesprek. De methodische bijdrage van de casemanager wordt door zorgaanbieders als wisselend ervaren - De ketensamenwerking is geborgd op het niveau van afspraken. Controle- en verbetermechanismen op het niveau van de keten als geheel (bijv. audits over en weer) ontbreken - De samenwerking met voorzieningen aan de 'achterkant' (werk, scholing, inkomen, volwassenzorg, chronische zorg) is nog erg gefragmenteerd en in een beginnend stadium - Samenwerking met andere zorgsectoren zoals ggz, lvg en jji verkeren nog in een beginnend stadium en zijn sterk instellingsgebonden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor de recent vernieuwde samenwerkingsafspraken frequent - Voorkom dat de zorgaanbieder 'het werk' van BJZ gaat overdoen door duidelijke afspraken te maken over 'indicatiediagnostiek' en 'behandeldiagnostiek' - Versterk de methodische rol van de casemanager door vanuit het adagium '1 kind 1 plan' in het HVP op te nemen wat de concrete bemoeienis is van de CM tijdens de uitvoering van de zorg en maak deze afspraken ook onderdeel van de evaluatie en eindgesprek - Borg de ketensamenwerking op een structureel hoger niveau door controle- en verbetermechanismen in te bouwen op de keten als geheel (prikkels om elkaars dienstverlening te verbeteren) en monitor dit middels wederzijdse audits - Investeer in de samenwerking met voorzieningen aan de 'achterkant' die een versnelde uitstroom uit de jeugdzorg mogelijk maken (wonen, doorstroombeleid, terugkeerarrangementen en volwassenzorg) - Investeer in integrale zorgprogramma's en coproducties met ggz en lvg op provinciaal niveau

5. Regionale spreiding

Context en kader

Landelijk zijn er geen cijfers of rekenmodellen beschikbaar op basis waarvan regionale spreiding bepaald kan worden

In 2006 is eerder geconstateerd dat regio noordwest onderbedeeld zou zijn. Destijds was de conclusie dat er geen herspreiding van het zorgaanbod nodig zou zijn

<i>Sterkten en zwakten</i>	<i>Suggesties voor verbetering</i>
<p>STERK</p> <ul style="list-style-type: none">- Overzicht aanmeldingen regionaal van BJZ- Snelheid waarmee men nieuwe initiatieven wil ontwikkelen op basis van gesignaleerde vindplaatsen (Kanaleneiland, campus model, 8 to 8 school) <p>ZWAK</p> <ul style="list-style-type: none">- Overzicht van geïndiceerde zorg naar regio is niet voorhanden- In Woerden en noordwest lijkt minder zorgaanbod voorhanden te zijn, terwijl daar het aantal aanmeldingen toeneemt.	<ul style="list-style-type: none">- Neem in het informatiemodel (zie hoofdlijn 1) standaard het aspect regionale spreiding op en meet aan de hand van postcodes hoe herkomst en aanbod zich tot elkaar verhouden, gebruik hierbij ook demografische gegevens van aantallen jeugdigen per woonplaats (zie CBS bijlage)- Bepaal opnieuw (aan de hand van de vraag aanbod analyse van BJZ of op basis van aanvullend onderzoek) of er zorgaanbod in de regio noordwest nodig is- Bevorder het vindplaatsgericht werken van zorgaanbieders (op basis van markt- en trendanalyses) en bezie in hoeverre daar in de bekostigingssystematiek flexibele prikkels voor nodig zijn (aanvullend op de reeds bestaande 10% regeling).