

DEELRAPPORTAGE A

Kwantitatieve analyse sterkte/zwakte zorgaanbod

Vooraf

In algemene zin kan gesteld worden dat de betrouwbaarheid van de in deze analyse gehanteerde cijfers relatief laag is. Deels komt dit door problemen in de informatievoorziening van BJZ Utrecht (met name het feit dat het moeilijk blijkt te zijn alle bij BJZ beschikbare informatie zo uit te voeren dat er overzichten ontstaan op basis waarvan analyses mogelijk zijn), voor een ander deel ligt de oorzaak in het feit dat zorgaanbieders onderling nogal eens verschillende definities en indelingen hanteren. Daarnaast is de lage betrouwbaarheid van de informatievoorziening een landelijk probleem (zie ook de landelijke benchmark van PWC juli 2006) waar de gehele branche mee te maken heeft (gebrek aan voortgang in de PxQ systematiek, geen landelijke eenduidigheid in definitie en telling van zorgaanbieders en modules, etc.) Het is dan ook lastig om harde conclusies te ontleen aan de cijfers. Niettemin zijn er wel een aantal opvallende zaken te noemen, welke hieronder worden weergegeven.

Sterken, zwakten en voorlopige conclusies

Puntsgewijs worden de volgende zaken genoemd:

- Er is geen valide informatie beschikbaar over het aantal indicatiebesluiten gedifferentieerd naar zorgaanpraak en zorgvorm, als gevolg van uitvoerproblemen bij BJZ. Dit maakt het opstellen van een deugdelijke vraag/aanbod analyse erg lastig. Hierdoor is het niet mogelijk om vanuit de cijfers aan te tonen of het aanbod voldoende vraaggericht is. BJZ werkt hier hard aan en stelt dat dit eind 2008 (inclusief testfase) op orde is
- Eenduidige definities en formats voor gegevensverwerking en analyse ontbreken veelal (overzichten van zorgaanbieders verschillen naar aard en inhoud, tevens gebrek aan landelijke eenduidigheid). De zorgaanbieders hebben dit opgepakt met een opdracht aan de Add-Groep. Onderzoekers vinden het hierbij opvallend dat dit traject al een jaar loopt (aanvraag op 1 december 2006, quick scan uitgevoerd in mei/juni 2007, vervolgonderzoek 6 februari 2008) en dat bij navraag nog geen nadere gegevens beschikbaar blijken te zijn. Ook vinden onderzoekers de conclusie van de Add-groep op basis waarvan nu het vervolgtraject wordt ingezet ('geen structurele belemmeringen') bijzonder algemeen. Voorts hebben wij niet kunnen constateren in hoeverre het nu te bouwen informatiesysteem de integratie van IJ en Care-4 mogelijk maakt en aansluit bij landelijke standaarden.
- Voor wat betreft aard en aantal geleverde producten geldt dat daar relatief betrouwbare provinciestatistieken van zijn. Uit de cijfers wordt echter niet duidelijk in hoeverre en op welke wijze zorgaanbieders gebruik maken van de mogelijkheid om intern verschuivingen aan te brengen in het zorgaanbod, op basis van informatie van BJZ (art 7 subsidieverlening)
- De capaciteit wordt voornamelijk historisch bepaald en nog weinig op een meer dynamisch model waarbij vraaganalyse en parameters zoals bezetting en doorlooptijd worden betrokken.
- Wachtlijstbeheer geschiedt op onderdelen in de keten en niet op de keten als geheel

- Trendanalyses die bijvoorbeeld de toename van ambulante zorgtrajecten kunnen verklaren zijn nog niet aanwezig
- De regionale spreidingsanalyse laat zien dat er een hiaat lijkt te zijn aan de noordwest kant van Utrecht als het gaat om het zorgaanbod.

De algemene conclusie op grond van bovenstaande is dan ook dat de kwaliteit van de informatievoorziening op moment van het onderzoek relatief laag is waardoor het doen van kwantitatieve uitspraken over de vraaggerichtheid van het aanbod bemoeilijkt wordt. Conclusie is ook dat daar door BJZ en zorgaanbieders nu hard aan gewerkt wordt (verbeterprogramma BJZ en gezamenlijk traject met de Add-Groep). Wij geven de provincie in overweging deze trajecten adequaat te monitoren en de in onderstaande analyse geconstateerde zaken op te nemen cq. te verwerken in de nu lopende verbetertrajecten.

Gehanteerde bronnen

Zie onderstaande tabel en het overzicht kengetallen

Tabel: Gebruikte bronnen voor de kwantitatieve analyse

Provincie	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeringsprogramma 2006, 2007, 2008 • Wachtlijstoverzichten 2007 (aug, okt, nov) • Bijlage 'Wachtlijsten en -tijden bij de geïndiceerde jeugdzorg' • Rapport Beleidsauditcommissie Provincie 2007 'Sturen in vertrouwen'
BJZ	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarverslag 2006
Zorgaanbieders	<ul style="list-style-type: none"> • Jaarverslagen 2006 of gelijkwaardig materiaal 2006 (behalve LSG Valkenheide) jaarverslagen 2007 waren niet voorhanden • Jaarplannen 2008 (missen in 4 gevallen cijfermatig materiaal) • Diverse documenten waarin enkele getallen
CBS jeugd	<ul style="list-style-type: none"> • CBS http://jeugdstatline.cbs.nl/
Rijksoverheid	<ul style="list-style-type: none"> • Landelijk beleidskader Jeugdzorg 2005-2008, VWS
Derden	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport doelmatigheidsonderzoek Lysias, september 2006
Andere provincies	<ul style="list-style-type: none"> • Uitvoeringsprogramma's 2007/2008

Tabel 1: Kengetallen Jeugdzorg Utrecht 2006-2007

wachtlijst	1 apr 2006	1 juli 2006	1 okt 2006	31 dec 2006	1 apr 2007	1 juli 2007	1 okt 2007
Int. Ambulant	118	169	165	214	236	264	365
Dagbehandeling	72	111	82	92	66	105	88
Pleegzorg	69	82	59	77	85	71	78
Residentieel	128	99	110	91	110	103	106
Totaal	387	461	416	474	497	543	473 (ex dubb)
aantal geaccepteerde aanmeldigen BJJZ (UVP 2008 H3.2)	1 ^e halfjaar 2006 1.594 (bron: landelijk format kwartaalrap)		2 ^e halfjaar 2006 1.191 (<i>minder betrouwbaar door verandering referentie woordenboek</i>)		1 ^e kw 2007 986	2 ^e kw 2007 nb	3 ^e kw 2007 948
	totaal 2.785						
Gem.doorlooptijd aanmelding tot indicatiestelling -in dagen (Jaarverslag BJJZ 2006)	1 ^e kw 2006 111	2 ^e kw 2006 129	3 ^e kw 2006 144	4 ^e kw 2006 157	1 ^e kw 2007 nb	2 ^e kw 2007 78,8	3e kw 2007 81,6
aantal IB's 2006 (UVP 2008)	4.964 (incl. telling herindicaties 1 ^e halfjr 2006)				1221 (nieuwe indicaties)	1218	1248
capaciteit ZA's 2006 (UVP 2008; H 4.1.1)	cap. 2006 2.654				cap. 2007 2.779		
In/uitstroom 2006 (UVP 2008)	instroom 2006		uitstroom 2006		verschil instroom- uitstroom 2006		gem. bezetting 2006
Int. ambulant	863		636		+227		100%
Dagbehandeling	418		389		+29		95%
Pleegzorg	397		330		+67		96%
Residentieel	725		703		+22		95%
Totaal	2.403		2.058		+345		

Analyse en overwegingen.

Puntsgewijs komen de volgende zaken aan de orde

1. Capaciteit in relatie tot de vraag
2. Wachtlijsten en planning
3. Instroom en uitstroom, bezetting en behandelduur
4. Profiel hulpaanbod
5. Geografische spreiding

Bijlage: Utrecht in vergelijking met andere provincies op basis van CBS cijfers

1. Capaciteit

1.1 Vaststelling capaciteit in relatie tot de vraag

De basis voor de jaarlijkse beschikking is *aantal trajecten per hulpvariant x normbedrag in 1 jaar*. Hierbij wordt door de Provincie gerekend met in het verleden bewezen doorstroom in de aangegeven capaciteit (inschatting op historische gronden van aantallen: bed, stoel, caseload/verrichting, pleeggezin). Sinds 2004 kent de provincie Utrecht de extra middelen die zij ontvangt van het rijk voor wachtlijstbestrijding niet meer structureel toe aan de zorgaanbieders, maar via offertetrajecten, om zodoende maximaal in te kunnen spelen op de vraag. (in de toekomst is de provincie voornemens om ook het historisch bepaalde aanbod gedeeltelijk te flexibiliseren).

Het is onderzoekers opgevallen dat de presentatie van capaciteitscijfers in de jaarverslagen/jaarplannen van de zorgaanbieders varieert; er lijkt geen eenduidig format voor de cijfers te zijn in het veld.

Het vaststellen van de capaciteit met een jaarlijkse frequentie op basis van historische gronden levert een aantal *problemen* op, te weten:

- de capaciteit (in termen van aantallen trajecten) geeft nog geen antwoord op de vraag hoeveel kinderen/jeugdigen daar mee geholpen kunnen worden, daarvoor zijn ook de parameters 'bezettingsgraad' en 'behandelduur' nodig, immers met een hogere bezettingsgraad kunnen bij een gelijkblijvende capaciteit meer kinderen geholpen worden, idem geldt dit voor het bekorten van de gemiddelde behandelduur. Beide parameters worden door de provincie wel gemeten (de bezettingsgraad wordt gesteld op 95% en de behandelduur is onderwerp van de kwartaalgesprekken) maar worden niet in samenhang gehanteerd bij het bepalen van de *benodigde* capaciteit
- de verhouding tussen capaciteit en zorgaanspraak is niet duidelijk (hetgeen een gevolg is van het feit dat bij de invoering van de Wjz een functiegerichte PxQ financiering werd beoogd, maar deze is niet doorgevoerd). Hierdoor is het aantal en type geïndiceerde zorgaanspraken (zoals afgegeven door BJZ) geen betrouwbare indicator voor het benodigde volume aan capaciteit
- het vaststellen op basis van historische gronden houdt onvoldoende rekening met fluctuaties en tendensen in de vraag. Het zou mogelijk moeten zijn om op basis van de geprognosticeerde vraag (ontwikkelingen in aantal en aard geïndiceerde zorgaanspraken) te bepalen wat de benodigde capaciteit in een bepaalde periode dient te zijn.

Juist dit laatste punt is van belang omdat indien de vraag de capaciteit overstijgt er een wachtlijst ontstaat. Theoretisch gezien zou de wachtlijst voor een deel opgelost kunnen worden door wijzigingen aan te brengen in de parameters 'bezettingsgraad' en 'gemiddelde behandelduur', zoals het fictief rekenvoorbeeld in tabel 2 laat zien. Het begrip 'niet geschoonde wachtlijst' behoeft enige uitleg: 26% van de wachtenden van deze niet geschoonde lijst betreft jeugdigen die volgens de definitie van het rijk 'opgeschoond' zouden kunnen worden (hebben 2 zorgaanspraken waarvan er 1 gerealiseerd is). De Provincie vindt dit echter principieel onjuist, omdat dit cliënten betreft die nog steeds wachten op (een deel van) geïndiceerde zorg (vaak juist het 'first best' aanbod) en in die zin als wachtenden geteld moeten worden.

Nu zou betoogd kunnen worden dat het niet wenselijk is om de bezettingsgraad te verhogen (dat kan namelijk gevolgen hebben voor de normprijzen), of dat bekorting van de gemiddelde behandelduur leidt tot een vermindering van de effectiviteit van de zorg.

Het fictieve voorbeeld laat echter wel zien dat door gebruik van andere parameters het begrip capaciteit meer dynamisch gehanteerd kan worden en daarmee beter kan aansluiten op de daadwerkelijke vraag aan zorgconsumptie. Hierbij dienen nog een tweetal opmerkingen gemaakt te worden, te weten:

- door bescheiden bonus/malus prikkels te verbinden aan de bezettingsgraad (nacalculatie bij onder/boven bezetting op basis van een overeengekomen norm van 95%) kan een stimulans ontstaan om meer kinderen te helpen. De provincie Overijssel is hier mee aan het experimenteren. Ook kan door bijv. het vergoeden van aankomst en vertrekdag bij verblijf (zit nu niet in de normprijs) een positieve stimulans geboden worden.
- Het is niet bewezen dat het verkorten van de behandelduur leidt tot minder effectieve zorg. Sterker nog, ervaringen met de 'Doorbraakmethode' leren dat procesoptimalisaties mogelijk zijn met tenminste gelijkblijvende effectiviteit. Ook is er wetenschappelijk onderzoek voorhanden dat laat zien dat behandelduur en effectiviteit niet lineair met elkaar verbonden zijn (langer is niet altijd effectiever) en dat de effectiviteit zelfs sterk afneemt wanneer er een tijds kloof ontstaat tussen 'einde behandeling' ('we zijn eigenlijk klaar') en 'einde zorg' (jeugdige stroomt uit). Het is dan ook de vraag of het verbeteren van uitstroommogelijkheden niet zou kunnen leiden tot een daling van de gemiddelde behandelduur.

tabel 2: fictief rekenvoorbeeld afname wachtlijst

Capaciteit zorgaanbieders in 2007	2.779
Niet opgeschoonde wachtlijst >9 weken (incl. dubbeltellingen, 01-11-2007)	400
Schone wachtlijst >9 weken Pleegzorg wachtlijst (01-11-2007)*	49
	----- -
Reëel aantal wachtenden >9 weken	351
<u>Maatregelen (hypothetisch)</u>	
Van 95% naar 98% bezetting	83
Verkorting behandelduur met 5%	142
	----- -
	126
De reële wachtlijst >9 weken bedraagt 351 jongeren; we hebben de wachtlijst voor pleegzorg afgevoerd*. We houden nu nog 12,6% van de totale capaciteit over (351). Door enkele procesrendement verbeteringen bij de aanbieders en/of door lichte verkorting van de behandelduur (bv 5%) moet de wachtlijst >9 weken drastisch te reduceren zijn.	
* Uit de Rading Jaarplan 2008, p9 'Voor pleegzorg is altijd een wachtlijst. Deze wachtlijst is niet gerelateerd aan een tekort aan capaciteit' Zie voor verdere uitleg aldaar.	

Samenvattend geeft WWRG de provincie in overweging een meer dynamisch model voor capaciteitsbepaling te ontwikkelen dat gebaseerd is op de hierboven beschreven en in samenhang gebrachte variabelen en overwegingen. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van landelijke benchmark gegevens. Ook is een verdere interne modellering bij de zorgaanbieders wenselijk.

2. Wachlijsten en capaciteitsplanning

Er is sprake van schijnoptimalisatie indien één radertje sneller loopt dan de anderen. Het terugdringen van wachlijsten heeft alleen waarde als er *afgestemd gepland* wordt tussen BJZ, aanbieders en financier op het capaciteitsvraagstuk. Immers capaciteitsvergroting en efficiencyvergroting bij zorgaanbieders kennen een lagere ontwikkelsnelheid dan die van verbetering (snelheid) van de processen aanmelding, screening en indicatiestelling bij BJZ.

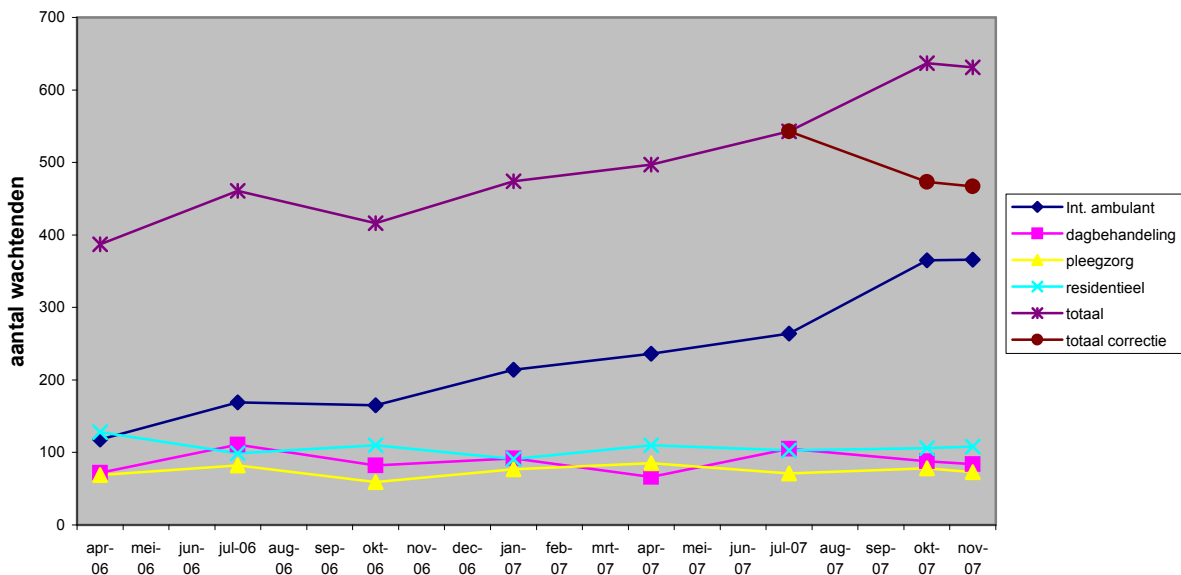
De Provincie heeft productie-quota afgesproken met BJZ. Een regelmatig overleg over *trends* en prognoses in samenhang met aanbodcapaciteit zou een quoterings moeten (kunnen) valideren.

2.1 Ontwikkeling wachtlijst

De groei van de wachtlijst wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door ambulante hulpverlening (ongeveer de helft). Het lijkt erop dat BJZ indicatiebesluiten preferentieel voor ambulant afgeeft in navolging op de trend reeds eerder ingezet in 2006. Voor de overige hulpvormen is het wachtlijstpatroon redelijk constant.

De vraag rijst waarom de groei aan indicaties (cq wachtlijst) nagenoeg geheel van het type ambulant is. Is dit vanwege populariteit, vanuit het idee om de andere zorgtypen te ontzien, vanuit kosten overwegingen, of omdat er daadwerkelijk meer vraag is naar ambulante zorg?

Wachtlijst ontwikkeling



Opmerking betreffende deze grafiek over de validiteit van enkele getallen: wachtlijsten dienen opgeschoond te zijn voor correcte interpretatie. Opschoning betreft het fenomeen dubbeltelling van meerdere zorgaanspraken voor 1 jeugdige. De landelijke definitie van opschonen is: 1 jeugdige reeds in zorg en wachtend op een 2^e hulpvorm wordt als 1 geteld. Een jeugdige met 2 (of meer) zorgaanspraken en wachtend op beide wordt als 2 geteld door de Provincie Utrecht omdat de provincie graag wil weten welke zorg nodig is. In de grafiek zijn de wachtlijstgegevens voor 1 oktober en 1 november 2007 niet-opgeschoonde gegevens; het ontbrak de onderzoekers aan de schone gegevens. Voor de overige gegevens gaan de onderzoekers er van uit dat deze inderdaad opgeschoond zijn. Voor het meetpunt 1 oktober 2007 is wel één opschoningsgegeven bekend nl. het wachtlijsttotaal 473-opgeschoond versus 637 niet-opgeschoond; met andere woorden er is zo'n 26% verschil (164 in getal). Vermoedelijk is een groot deel van de dubbeltelling van het ambulante type (ambulante ondersteuning als secundaire zorgaanspraak) maar we kunnen niet inschatten hoe groot. Verder kan een deel van de dubbeltellingen ambulant als *primaire* zorgaanspraak hebben. We kiezen er daarom voor om geen gecorrigeerde waarden te geven voor ambulant. We geven in de grafiek wél 2 waarden voor het wachtlijst-totaal waarbij een correctie van 26% is toegepast op de meetpunten 1 oktober en 1 november 2007 (het korte bruine lijntje 'totaal correctie').

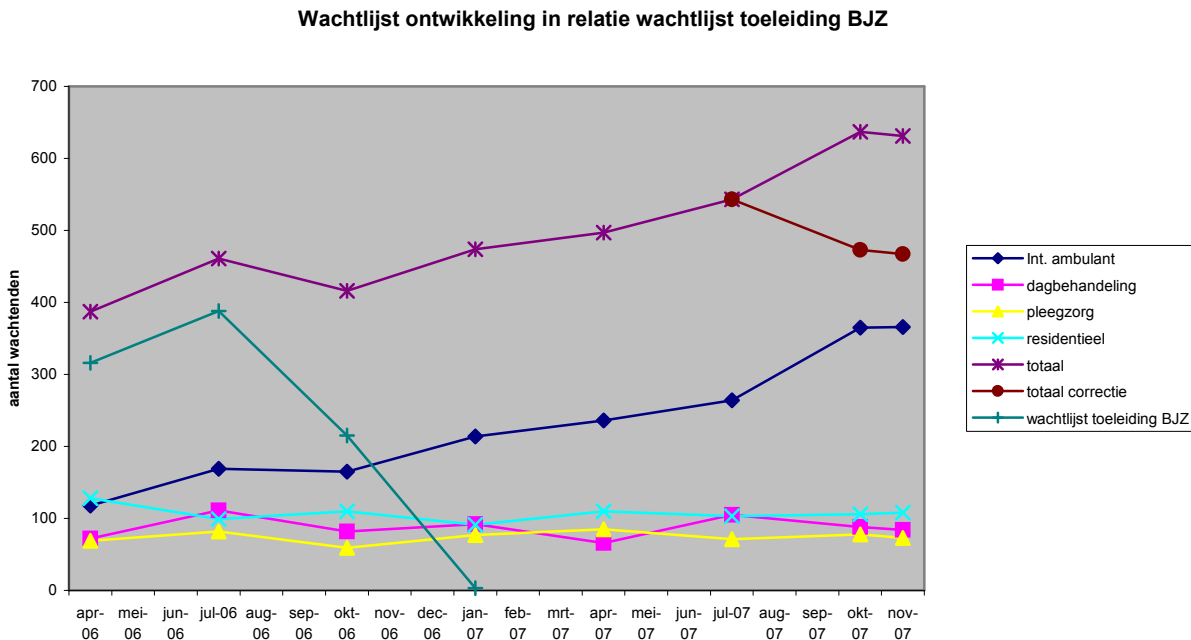
Neemt de wachtlijst toe als gevolg van meer instroom of minder uitstroom, of door toename van het aantal aanmeldingen bij BJZ, of door toename van zorgduur ?

Voor geen van deze vragen was/is helaas geen adequaat cijfermateriaal beschikbaar. In H3 wordt het patroon van instroom/uitstroom behandeld maar dit betreft de eindcijfers van de jaren 2003-2006 (jaartotalen) en niet de meer *dynamische* cijfers (bijv. per maand) die vereist zijn om betere uitspraken te kunnen doen. Ook voor een vergelijking met aanmeldingen BJZ of zorgduur zijn dynamische cijfers nodig, met name met betrekking tot 'vraaggericht indiceren'.

2.2 Wachtlijst indicatiestelling BJZ

Het terugdringen van de wachtlijst indicatiestelling bij BJZ in de periode juli-december 2006 middels een eenmalige financiële injectie heeft in een vergroting van de cliëntenwachtlijst geresulteerd en met name op ambulant zoals onderstaande grafiek aantoont. Het lijkt er op dat méér indicaties produceren er toe leidt dat de capaciteit nog verder volstroomt (communicerende vaten).

Een tweede verklaring voor de stijgende cliëntenwachtlijst zou groei in *vraag* kunnen zijn. Uit cijfers BJZ (aantal aanmeldingen) had duidelijk kunnen worden of er sprake is van een groeiende vraag. De cijfers van BJZ zijn echter dermate onbetrouwbaar dat er geen analyse gedaan kan worden en dus ook geen conclusies getrokken kunnen worden.



Een mogelijke verklaring voor het opvallende patroon uit bovenstaande tabel zou de volgende kunnen zijn:

- Met de zogenaamde 'Ross gelden' (tijdelijke middelen op basis van landelijke eisen) is het zorgaanbod uitgebreid

- Daarbovenop heeft de provincie 1 miljoen uitgetrokken om de wachtlijst bij BJZ weg te werken
- Het is mogelijk dat de tijdelijke ophoging van de capaciteit (Ross gelden) niet overeenkwam met het aantal wachtenden bij BJZ. Dan is de paradoxale conclusie dat het aantal jeugdigen dat zorg nodig heeft (a.g.v. versnellingen bij BJZ) groter is dan de tijdelijke ophoging van het zorgaanbod met als gevolg dat als de tijdelijke ophoging is 'volgestroomd' er toch opnieuw wachtlijsten ontstaan
- Ook is het mogelijk dat de snelheid waarmee de zorgaanbieders hun capaciteit konden vergroten (personeel aantrekken etc) geen gelijke tred heeft gehouden met de snelheid waarmee BJZ indicaties is gaan afgeven.

Bovenstaande laat eens te meer zien dat het belangrijk is om de wachtlijst integraal aan te pakken over de gehele keten en de doorstromingsnelheden van BJZ en zorgaanbieders op elkaar af te stemmen.

2.3 Opvallende daling aantal wachtenden >9 weken

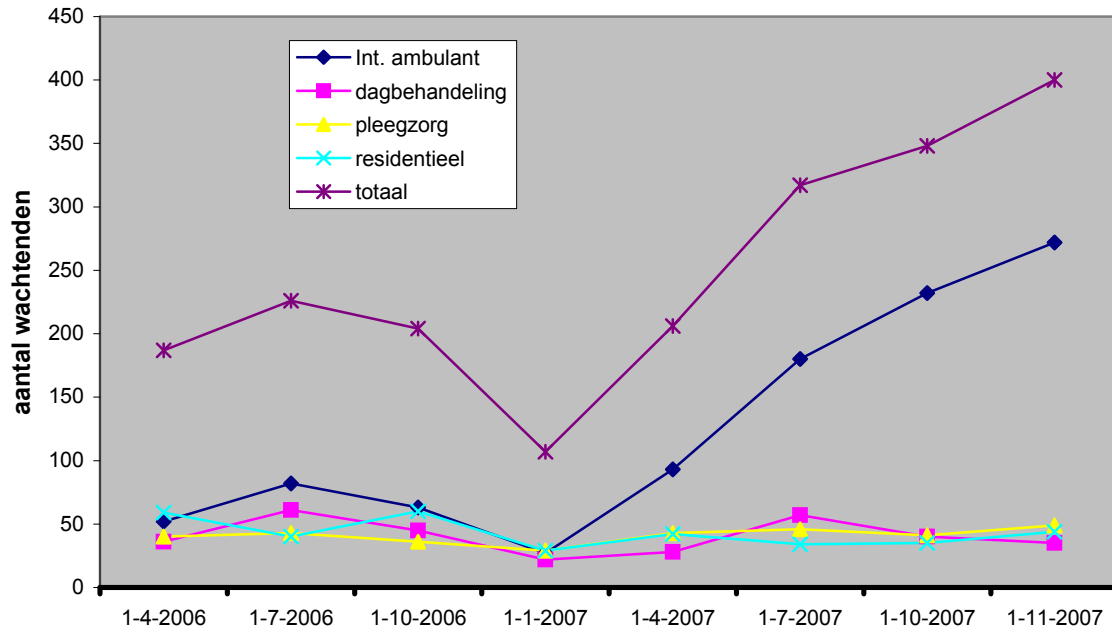
In het 2^e halfjaar van 2006 gebeurt er iets opvallends op de wachtlijst: het aantal wachtenden 'langer dan 9 weken' daalt sterk (van 204 naar 107 ofwel 50%). De daling, ingezet vanaf juli 2006, geldt voor alle vier hulpvormen.

De aanbieders hebben de inhaalslag van bijna 100 plaatsen vermoedelijk kunnen realiseren via incidentele middelen (zie blz. 29/30 UVP 2007). Na 1 januari 2007 is er direct weer een sterke stijging te zien van de wachtlijst (wederom hoofdzakelijk ambulante).

wachtlijst > 9 weken	1 apr 2006	1 juli 2006	1 okt 2006	1 jan 2007	1 apr 2007	1 jul 2007	1 okt 2007	1 nov 2007
Int. ambulante	52	82	63	27	93	180	232	272
Dagbehandeling	36	61	45	22	28	57	40	35
Pleegzorg	40	43	36	29	43	46	41	49
Residentieel	59	40	60	29	42	34	35	44
Totaal	187	226	204	107	206	317	348	400

Voor de grafiek met 'wachtenden > 9 weken' zijn de getallen tussen 1 oktober 2006 en 1 november 2007 niet opgeschoond (ook als zodanig aangeduid in het UVP 2008).

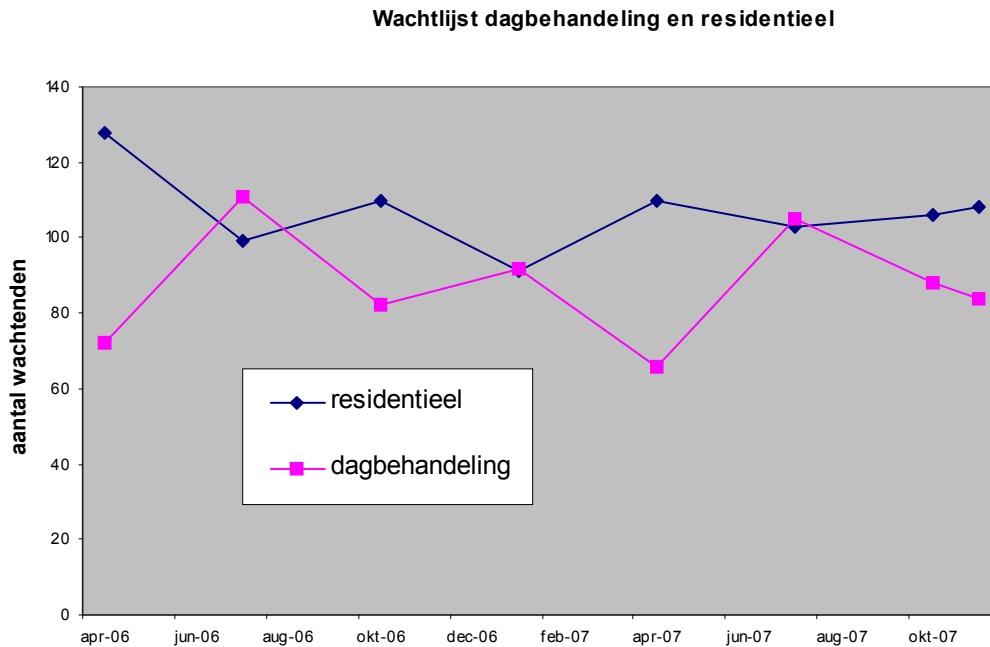
Wachlijst ontwikkeling - wachtperiode > dan 9 weken



2.4 Spiegelpatroon

Het valt op dat de wachtlijsten voor dagbehandeling en residentieel gespiegeld in ontwikkeling zijn (op basis van de wachtlijst-alle wachttijden); mogelijk komt dit door 'second best' indiceren cq. onderlinge vervanging alhoewel dit niet met zekerheid vastgesteld kan worden en er dus een slag om de arm gehouden moet worden. Uitgaande dat de verklaring juist is kijkt BJZ naar de wachtlijstontwikkeling voor de ene hulpvorm en indiceert dan op de andere hulpvorm.

Onderstaande grafiek (op een kleinere) schaal laat het patroon duidelijk zien:



Van uit het oogpunt van hulpverlening is er wel iets voor te zeggen second-best te gebruiken (om wachtlijsten te ontlasten), maar zoals de grafiek laat zien heeft het eigenlijk geen zin. De wachtlijsten voor beide vormen blijven immers bestaan en gemiddeld wordt niemand sneller geholpen.

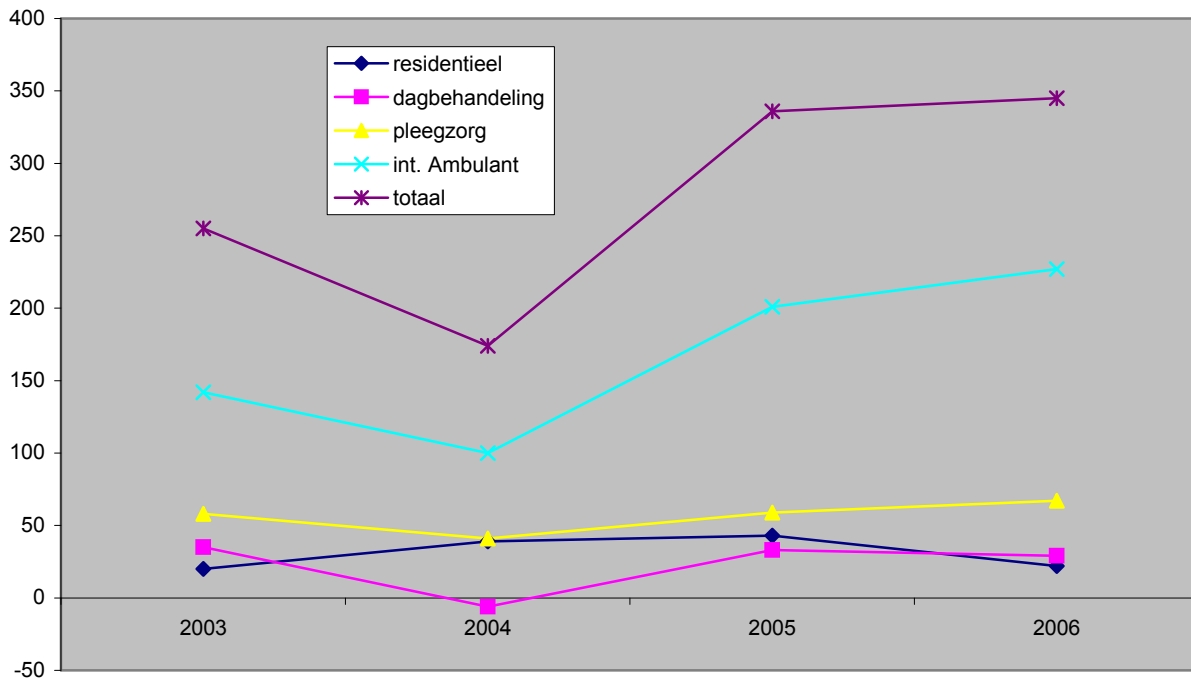
Opmerking. De meetpunten zijn steeds per kwartaal (behalve het laatste meetpunt; 1 extra maand). Indien ook de tussenliggende meetpunten (per maand) beschikbaar zouden zijn geweest, zou er mogelijk een iets genuanceerder beeld kunnen ontstaan.

3. Instroom/uitstroom

3.1 Netto instroom

De getallen voor instroom en uitstroom zijn bekend over 2003-2006 maar nog niet over 2007. We hebben de in- en uitstroom waarden van elkaar afgetrokken zodat de 'netto instroom' overblijft. De grafiek 'netto instroom' hieronder geeft dan het groeipatroon per hulpvorm. De lijnen zijn de mate van groeisnelheid en zolang de lijn boven 0 is, is er sprake van groei.

Netto instroom 2003-2006



Pleegzorg, dagbehandeling en residentieel groeien min of meer consistent in de onderste zone (ca. 0-60). Intensief ambulante dienstverlening is de snelste groeier (meest steile helling) maar levert ook in absolute zin de grootste bijdrage (zone 100-250) aan de groei; ca 65% van de totale groei.

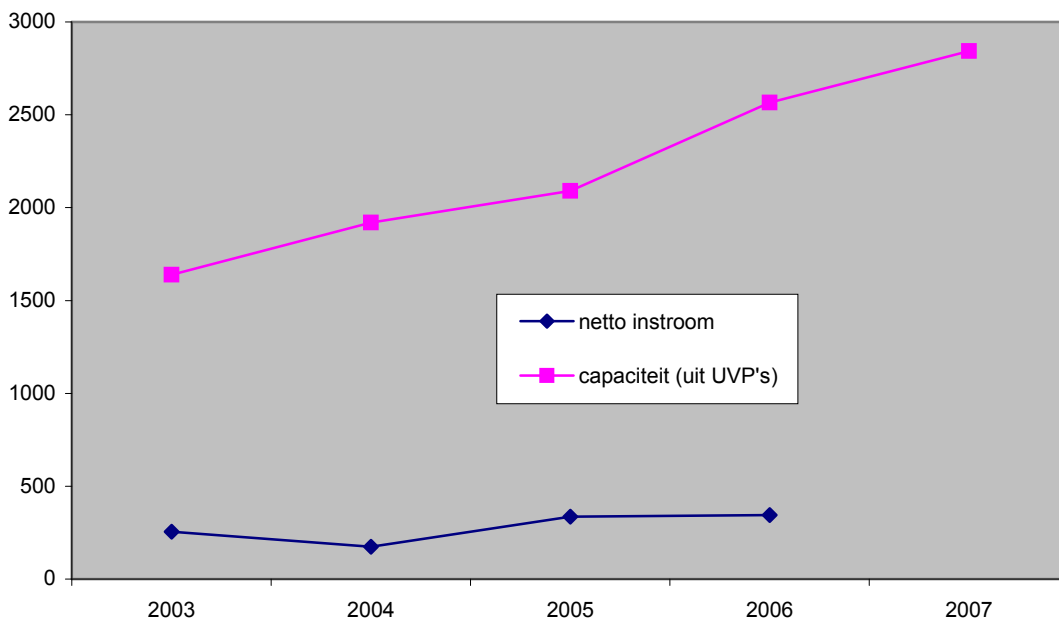
3.2 Netto instroom en capaciteitsgroei

Vergelijking van de groeicurve van de 'netto instroom' met de groeicurve van capaciteit van zorgaanbieders 2003-2006 (+ 2007; alleen de capaciteit) leert dat ze niet exact dezelfde hellingshoeken hebben, hetgeen wel de verwachting is. Immers, groei van netto instroom is direct gerelateerd aan groei in capaciteit. Groei in residentieel en dagbehandeling is afhankelijk van zowel fysieke capaciteit (voorzieningen) als personele capaciteit; groei in pleegzorg en ambulans is primair afhankelijk van personele capaciteit.

Vanwege het verschil in hellingshoeken zouden we onderbezetting kunnen concluderen maar de bezettingsgraden zijn doorgaans 95-100% in het veld (UVP 2008 H4.1.1) en het verschil in hellingshoek is duidelijk meer dan 5%. Een alternatieve verklaring is dat de gemiddelde behandelduur stilaan langer is geworden. Het ontbreekt echter aan adequaat cijfermateriaal betreffende de behandelduur (gedetailleerde verdelingen in de populaties en niet alleen het totaal gemiddelde).

We komen hiermee op het reeds eerder aangehaalde punt hoe 'capaciteit' eigenlijk gedefinieerd is (discussie capaciteit; H1). In- en uitstroom getallen zijn in dit opzicht eigenlijk de 'harde' getallen en capaciteit de 'zachte'

Groeicurves capaciteit & netto instroom



Als we de gegevens voor instroom, uitstroom én gemiddelde behandelduur vergelijken krijgen we het volgende beeld voor 2005 en 2006

Tabel: Percentage instroom vs uitstroom (in:uit) en gemiddelde behandelduur (maanden)

hulpvariant	in:uit 2005	gem bhd 2005	in:uit 2006	gem bhd 2006
residentieel	106%	11	103%	11
dagbehandeling	111%	14	107%	14
pleegzorg	120%	16	120%	19
int. Ambulant	146%	7	135%	7*
totaal	119%		116%	

Het valt alleen op dat de gemiddelde behandelduur bij pleegzorg stijgt (van 16 naar 19 maand). Vanwege de vele varianten in pleegzorg hulp levert de parameter gemiddelde behandelduur in deze hulpvorm echter weinig sturingsinformatie op.

In het algemeen heeft de parameter 'gemiddelde behandelduur' een beperkte waarde; het is meer interessant om te kijken naar de *verdeling* van de behandelduur in een populatie.

*de beperkte waarde van gemiddelde behandelduur geldt met name ook bij intensief ambulant omdat de doorlooptijd daar sterk afhangt van de frequentie van de contacten. Bovendien verschillen de Intensief Ambulant trajecten qua intensiteit en duur (IA bij crisis, regulier, Families First etc.). Het is naar de mening van onderzoekers wel wenselijk hier meer gedetailleerde informatie over te verzamelen omdat ambulant een steeds groter deel van de totale zorg gaat uitmaken.

4. Profiel hulpaanbod

Een kleine benchmark met een 4-tal andere provincies levert géén opvallende zaken op betreffende het profiel van het aanbod in de provincie Utrecht. Onder profiel verstaan we de relatieve (procentuele) verhouding van de soorten hulpverlening.

- capaciteitscijfers 2007 uit uitvoeringsprogramma's 2008 of 2007
- begrotingen excl. wachtlijstmiddelen of andere provinciale subsidies
- De V&D monitor van PWC juli 2006 (cijfers 2005 powerpoint sheet no.43) geeft een ander beeld maar de betrouwbaarheid en juistheid van sommige cijfers wordt zeer laag ingeschat

Tabel1: kengetallen 2007

kengetallen	capaciteit					verblijf (1+2+3)		jeugdhulp (4)	
	1 ple	2 dag	3 res	4 amb	tot	begroting verblijf	budget per plaatsing verblijf	begroting jeugdhulp	budget per plaatsing jeugdhulp
Overijssel *	551	363	446	1.330	2.690	42.031.341	30.905	4.108.466	3.089
Gelderland	1.097	487	853	nb	nb	64.221.435	26.353	19.319.018	nb
Utrecht	793	445	575	984	2.779	45.911.427	25.323	7.107.603	7.223
Noord Holland**	840	397	521	nb	nb	41.940.538	23.856	5.821.350	nb
Groningen	584	212	492	681	1.969	17.843.820	13.854	3.346.408	4.914

* cijfers uit UVP 2007 (dus begrote capaciteit en begrote subsidie)

** cijfers voor 2008 (over 2007 wel capaciteitscijfers beschikbaar maar er is geen subsidievaststelling 2007 opgenomen in het document)

nb: niet bekend/capaciteit niet gegeven

Tabel 2 profiel 2007 (%)

percentages verblijf	1 ple	2 dag	3 res	tot*
Overijssel	41	27	33	101
Gelderland	45	20	35	100
Utrecht	44	25	32	101
Noord Holland	48	23	30	101
Groningen	45	16	38	99

*afwijkingen van 100 veroorzaakt door afronding

Tabel 3 ratio verblijf en jeugdhulp 2007 (%)

ratio budget verblijf en jeugdhulp	verblijf	jeugdhulp
Overijssel	91	8
Gelderland	77	23
Utrecht	87	13
Noord Holland	88	18
Groningen	84	16

Ook bij bovenstaande tabellen moeten we een aantal slagen om de arm houden vanwege de relatief lage betrouwbaarheid. Zo zou bijv. het verschil tussen Utrecht en Overijssel bij het budget jeugdhulp per plaatsing (7223 versus 3089) het gevolg kunnen zijn van het feit dat in Overijssel ook licht ambulante hulp gefinancierd wordt, terwijl dit in Utrecht door het lokale veld wordt geleverd; ook zou een deel van de ambulante hulp in het budget verblijf per plaatsing kunnen zitten (gecombineerde zorgaanpakken verblijf + jeugdhulp). Zeker is dit echter niet.

Vergelijking van de capaciteit ambulant is weinig zinvol vanwege de grote variatie in hulpvormen en vanwege ontbrekende gegevens (tabel 1). Wel opvallend is het verschil in ratio budgettering (tabel 3); Gelderland investeert relatief veel in ambulant (23%) en Overijssel relatief weinig (8%).

Als we kijken naar verblijf (pleegzorg, daghulp, residentieel) is Utrecht vergelijkbaar met Gelderland en Overijssel in profiel (Tabel 2). Het gemiddelde budget per plaatsing verblijf is wél sterk verschillend (Tabel 1, een factor 2 in hoogste-laagste). Dit is opvallend daar de profielen toch redelijk gelijk zijn. De provincie Groningen heeft het grootste percentage residentieel en gemiddelde de laagste kosten; dit terwijl residentieel toch een dure variant is. Uiteraard zal verdiepend onderzoek meer concrete verklaringen opleveren maar dit valt buiten de scope van de vraag.

Het is dan ook nauwelijks mogelijk algemene conclusies te trekken op basis van bovenstaande overzichten, behalve dan dat het profiel van Utrecht nauwelijks afwijkt van de overige provincies én dat het budget per plaatsing jeugdhulp aan de hoge kant lijkt, niet alleen in vergelijking met Overijssel, maar ook in vergelijking met Groningen.

7. Geografische spreiding

Het jaarverslag 2006 van BJZ geeft het onderstaande overzicht van aanmeldingen per gemeente:

BIJLAGE 2: GEMEENTEN

Productie per gemeente

Gemeente	Aanmeldingen Jeugdhulpverlening	Caseload Jeugd-bescherming 31-12-2006	Caseload Jeugd-reclassering 31-12-2006
Abcoude	17	<10	0
Amersfoort	610	223	81
Baam	55	29	<10
Breukeken	31	<10	<10
Bunnik	27	<10	0
Bunschoten	38	10	<10
De Bilt	76	44	11
De Ronde Venen	50	19	<10
Eemnes	25	<10	<10
Houten	120	39	12
IJsselstein	105	42	20
Leusden	80	17	<10
Loenen	<10	<10	<10
Lopik	41	11	<10
Maarssen	94	34	15
Montfoort	29	<10	0
Nieuwegein	234	70	28
Oudewater	16	<10	0
Renswoude	10	<10	<10
Rhenen	45	12	<10
Soest	146	35	11
Utrecht	826	498	245
Utrechtse Heuvelrug	91	21	19
Veenendaal	217	54	26
Vianen	54	<10	<10
Wijk bij Duurstede	50	16	13
Woerden	127	39	11
Woudenberg	33	<10	<10
Zeist	145	81	33

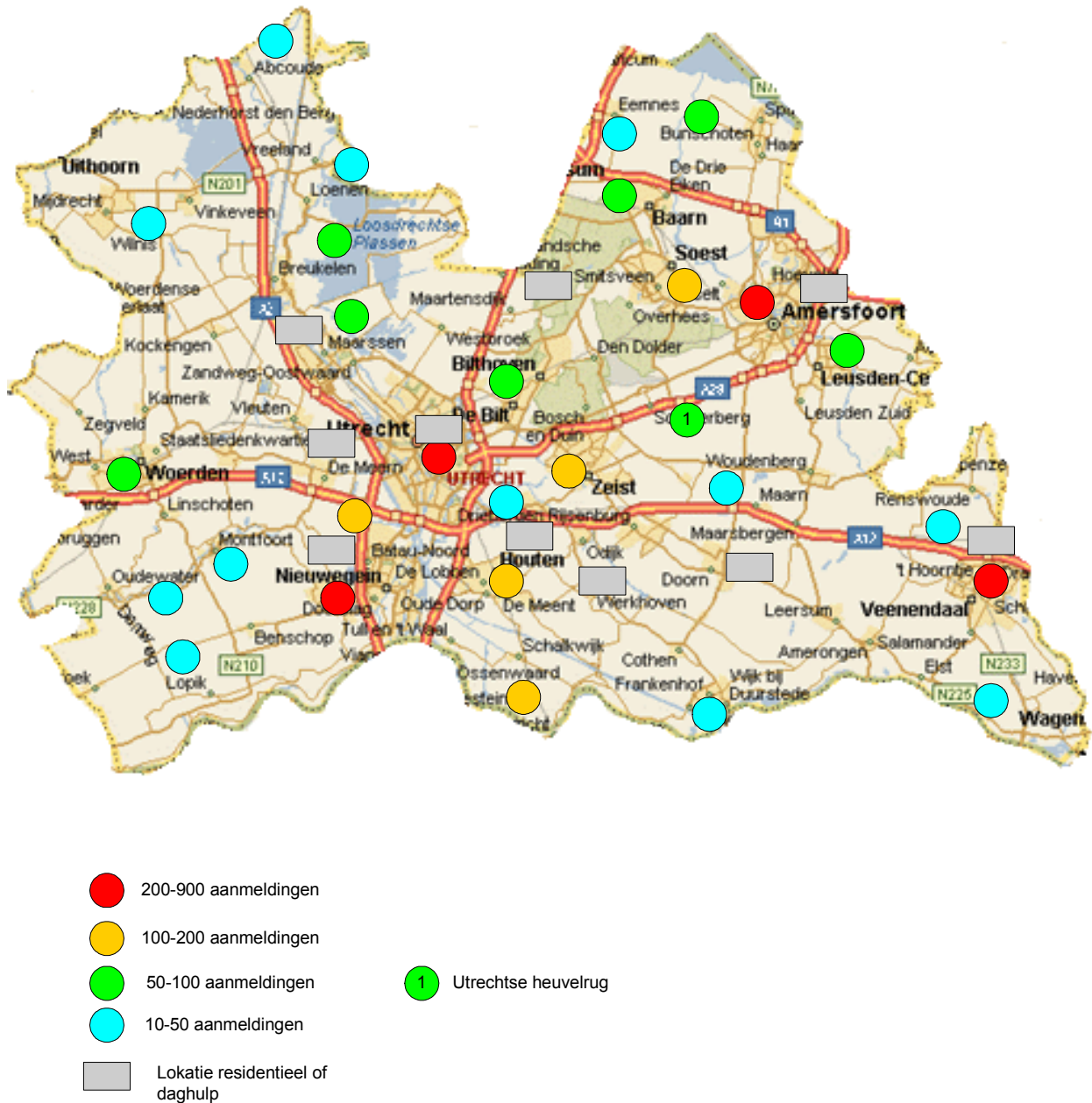
Bron: BJZ jaarverslag 2006; totaal 3.402 aanmeldingen

Vervolgens kijken we naar de geografische spreiding van de hulpverlening (exclusief pleegzorg en ambulante); voor deze vormen is de lokatie niet wezenlijk van belang):

Tabel: Lokaties daghulp & residentiële hulpverlening

	capaciteit residentieel	Lokatie	capaciteit daghulp	Lokatie
De Rading	100	-Hollandsche Rading -Utrecht -Leidsche Rijn -Maarssenbroek	100	-Hollandsche Rading -Utrecht -Houten
Meerwijck	62	-Amersfoort -Nieuwegein -Utrecht -Amersfoort	28	-Maarssenbroek -Nieuwegein
Timon	56	-Bunnik -Zeist -Houten Utrecht	12	-Zeist -Odijk
Trajectum	62	-Zeist	208	-Soesterberg -Utrecht -Veenendaal
UJL	107	-Amersfoort -Utrecht -Veenendaal	0	-
Valkenheide	80	-Maarsbergen	8	-Maarsbergen
Zandbergen	88	-Amersfoort -Utrecht	78	-Amersfoort -Utrecht

Als we de twee overzichten bij elkaar voegen wordt duidelijk dat Utrecht een blinde vlek heeft in de westelijke helft voor het aanbod residentieel/daghulp. De 'zwaarte' scheidslijn voor zowel de vraag (rode en oranje stippen) als het aanbod loopt ongeveer diagonaal van zuidwest naar noordoost. Met name het noordwest kwadrant van de provincie lijkt een gebrek aan voorzieningen te hebben. Het is dan ook wenselijk om nader te onderzoeken of het aantal aanmeldingen vanuit de regio Woerden/noordwest rechtvaardigt dat in die regio zorgaanbod gerealiseerd wordt.



Bijlage: Utrecht kleine provincie ?

CBS <http://jeugdstatline.cbs.nl/>

-2005

-Aantal jongeren 0-24 jaar

-aantal aanmeldingen bij BJZ

Rangorde provincies naar grootte

2005	# jongeren 0-24 jaar
Zuid-Holland	1.063.826
Noord-Holland	756.584
Noord-Brabant	725.150
Gelderland	608.858
Utrecht	371.296
Overijssel	355.075
Limburg	315.255
Friesland	200.514
Groningen	176.988
Drenthe	140.700
Flevoland	132.635
Zeeland	110.428

Utrecht is de 5^e provincie in de rangorde naar aantal jongeren 0-24 jaar. Dus niet echt een kleine provincie te noemen, meer een middenmoter. Een deel van de stratum zal evenwel 'import' zijn (studenten).

Rangorde vraagniveau BJZ (aanmeldingen)

2005	# aan meldingen	# jongeren 0-24 jaar	vraagniveau aanmelding : aantal jongeren (x 1000)
Limburg	5.837	315.255	18,5
Flevoland	2.030	132.635	15,3
Drenthe	1.832	140.700	13,0
Zuid-Holland	13.863	1.063.826	13,0
Noord-Holland	8.934	756.584	11,8
Gelderland	7.043	608.858	11,6
Zeeland	1.175	110.428	10,6
Noord-Brabant	7.454	725.150	10,3
Overijssel	3.397	355.075	9,6
Utrecht	3.433	371.296	9,2
Groningen	1.537	176.988	8,7
Friesland	1.338	200.514	6,7

Het vraagniveau ofwel de ratio *aantal aanmeldingen:aantal jongeren* is een indicatie voor de werkdruk van een provincie; hoe hoger het getal hoe hoger de benodigde capaciteit. De provincie Utrecht staat op plaats 10 van 12.