

EINDADVIES  
TOEGANG TOT DE JEUGDZORG

Projectgroep Toegang  
P.H. Nota  
R.A. van der Schaft  
T.A. van Yperen

Utrecht  
28 mei 1999

© 1999 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) / Nederlands  
Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW)  
Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door  
middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder  
voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

P.H. Nota

R.A. van der Schaft

T.A. van Yperen

Ontwerp omslag

Zeno

Drukwerk

PlantijnCasparie, Heerhugowaard

ISBN 90-5050-740-9

NIZW-bestelnummer E 222343

Deze publicatie is in druk vanaf 1 juli 1999 te bestellen bij:  
Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW Uitgeverij  
Postbus 19152  
3501 DD Utrecht  
Telefoon (030) 230 66 07  
Fax (030) 230 64 91  
E-mail Bestel@nizw.nl





# INHOUDSOPGAVE

## VOORWOORD

### I. EINDADVIES OP HOOFDLIJNEN

- De aanloop
- De functies
- Vernieuwing in de praktijk
- Het belang van het kind
- Vrij toegankelijke zorg
- Het Bureau in het geheel van de zorg
- Eén Toegang
- Jeugdbescherming
- Geestelijke gezondheidszorg
- Ketenbeleid
- Kosten
- Volumebeleid

### II. DEELADVIEZEN

#### Deeladvies 1. Toegang jeugdzorg: functies en systeemeisen

- 1.1 Basismodel jeugdzorg
- 1.2 Onderscheid vrij / niet-vrij toegankelijke zorg nader uitgewerkt
- 1.3 De toeleidingsfuncties: uitwerkingen en aanvullingen
- 1.4 Regionale zorgtoewijzing: knooppunt vraag en aanbod
- 1.5 Casemanagement: regie op individueel niveau
- 1.6 Systeemeisen toegangsfuncties
- 1.7 De positie van de cliënt

#### Deeladvies 2. Positionering jeugdbescherming en AMK's

- 2.1 Inleiding
- 2.2 Kerntaken en functies
- 2.3 Nadere beschrijving van taken
- 2.4 Bedrijfsproces
- 2.5 Kwaliteitsbewaking

#### Deeladvies 3. Positionering jeugd-ggz

- 3.1 Inleiding
- 3.2 Onderzoeken naar de afbakening
- 3.3 Herpositionering jeugd-ggz
- 3.4 Toeleiding bij ernstig psychiatrische problematiek: het protocol
- 3.5 Systeemeisen en mandatering met het oog op AWBZ-zorg

## Deeladvies 4. Het Bureau Jeugdzorg en omliggende voorzieningen

- 4.1 Inleiding
- 4.2 Alleen toeleiding
- 4.3 Toeleiding en vrij toegankelijke zorg
- 4.4 Het brede Bureau Jeugdzorg
- 4.5 Werken aan samenhang

## Deeladvies 5. Bestuur en organisatie van de Bureaus Jeugdzorg

- 5.1 Inleiding
- 5.2 Een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg
- 5.3 De zorgtoewijzing

## Deeladvies 6. Kosten van de Bureaus Jeugdzorg

- 6.1 Inleiding
- 6.2 Systeemeisen als vertrekpunt
- 6.3 Uitgangspunten en aannamen
- 6.4 Berekeningsmethode
- 6.5 Kosten
- 6.6 Vervolgonderzoek

## Deeladvies 7. Stand van zaken en suggesties voor de verdere implementatie

- 7.1 Inleiding
- 7.2 De regionale ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg
- 7.3 Het Regeerakkoord, de Wet op de Jeugdzorg en de Meerjarenaafspraken
- 7.4 Aanbevelingen voor verdere implementatie

## PROJECTGROEP TOEGANG

## PUBLICATIES PROJECTGROEP TOEGANG

## VOORWOORD

Met de presentatie van dit eindrapport zit het werk van de projectgroep Toegang erop. Als voorzitter van de projectgroep heb ik het steeds belangrijk gevonden, dat we ons aan afspraken en termijnen hielden. En ik stel tevreden vast dat dat is gelukt. Dankzij de inzet van de leden van de projectgroep, maar vooral ook met de steun van veel deskundigen, die keer op keer hun commentaren leverden, is dit eindrapport met een reeks deeladviezen op tijd gereed gekomen. Het is het slotakkoord van een ontwikkelingsproces van vier jaar. In die jaren is gepoogd het proces van *Regie in de jeugdzorg* richting te geven, voorzover het de toegang tot de jeugdzorg betreft.

In het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* zijn slechts de contouren geschetst van de vernieuwde jeugdzorg. De afgelopen jaren is volop gebleken dat die ruimte voor alle partners in de jeugdzorg naast voordelen ook nadelen met zich meebracht. Het was een van de opdrachten van de projectgroep Toegang om enige orde te scheppen in de baaierd van toegangsmogelijkheden die zich in het land ontwikkelden. Want al snel bleek dat de naam 'Bureau Jeugdzorg' nog geen volwaardige toegang tot de jeugdzorg garandeert. Een bordje op de deur spijkeren en een bureau openen is sneller gedaan dan een samenwerking tot stand brengen die zoden aan de dijk zet. Zonder poldermodel, zonder veel overleg, zonder een hergroepering van functies en posities is die ene toegang van de jeugdzorg niet te realiseren. En het mag best een wonder heten dat zonder wetgeving en gewijzigde financieringsstromen er reeds zoveel tot stand is gekomen. De projectgroep heeft met het stellen van kwaliteitseisen aan de werkwijze van het Bureau Jeugdzorg (de zogeheten 'systeemeisen') en met het uitbrengen van handreikingen daar op bescheiden schaal een bijdrage aan geleverd. De systeemeisen, maar ook de handreikingen, zijn overigens niet uit de lucht komen vallen. De leden van de projectgroep hebben ze in nauwe wisselwerking met deskundige werkers en beleidsmakers ontwikkeld, ter discussie gesteld en bijgeschaafd.

Vooraf met het vaststellen van de eerste systeemeisen in 1997 is een poging ondernomen ook zonder wetgeving enige vorm van uniformiteit na te streven. Met voldoening stellen we vast dat de systeemeisen brede ondersteuning genieten en dat ze werkzaam zijn gebleken. Mede omdat de jeugdzorg voor een groot deel is gedecentraliseerd is er geen eenheidsworst ontstaan. Integendeel, in de verschillende regio's zijn zeer verschillende oplossingen gekozen voor de toegang tot de jeugdzorg. De regering heeft zich voorgenomen meer eenheid in het stelsel te creëren door een nieuwe Wet op de Jeugdzorg te maken. Het zal nog een hele toer worden om deze Wet zodanig in te vullen, dat ze recht doet aan de gegroeide verscheidenheid, maar tegelijkertijd integratie mogelijk maakt van jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en geestelijke gezondheidszorg.

Dit eindrapport en de deeladviezen die een antwoord geven op recent gestelde

vragen van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie zijn hopelijk zinvolle bijdragen voor dat wetgevingsproces. Maar bovenal zijn het aanbevelingen aan de samenwerkende partners van de jeugdzorg. Een nieuwe toegang tot de jeugdzorg biedt nieuwe kansen om tot inhoudelijke vernieuwing en verbetering te komen. Op veel plaatsen is die vernieuwing de afgelopen jaren goed op gang gekomen. Het gaat er nu om dat proces stevig door te zetten en alle werkers in de jeugdzorg er bij te betrekken. Een eenduidige toegang is bedoeld om meer samenhang en samenwerking te bewerkstelligen. Uiteindelijk moet dat er toe leiden dat jongeren, ouders en opvoeders sneller en beter weten waar ze voor informatie en hulp moeten zijn. Om dat doel zo snel mogelijk te bereiken, is het noodzakelijk alle deeltrajecten die met *Regie in de jeugdzorg* te maken hebben bij elkaar te brengen. Het opheffen van de projectgroep Toegang kan daar een bijdrage aan leveren. Zonder ophef, maar met voldoening presenteren we dit eindadvies en de deeladviezen. Moge velen er baat bij hebben.

Amsterdam, 28 mei 1999,  
Peter Lankhorst  
Voorzitter Projectgroep Toegang



## I. EINDADVIES OP HOOFDLIJNEN

### De aanloop

Vier jaar geleden is de projectgroep Toegang ingesteld door de staatssecretarissen van de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Justitie. De regering had kort tevoren in het standpunt *Regie in de jeugdzorg* (1994) duidelijk gemaakt dat er veranderingen nodig waren in de jeugdzorg.

Die zorg werd in 1993 bedreigd met een stevige bezuiniging die veel protesten opriep. De minister van VWS liet daarom onderzoeken hoe de jeugdzorg er voor stond. Er wordt hard gewerkt in de jeugdzorg, aldus het onderzoek, maar het was niet duidelijk hoe het geld voor de jeugdzorg precies werd besteed. Steeds weer bleek dat teveel kinderen op de verkeerde plaats terechtkwamen als ze hulp nodig hadden. Ook bleek dat instellingen langs elkaar heen werkten, dingen dubbel deden of niets deden voor sommige kinderen. En het was ook niet altijd duidelijk of de jeugdzorg echt iets te bieden had. Maak duidelijk wat er gebeurt en breng gelijke activiteiten bij elkaar, was kort gezegd het standpunt van de regering. Verbetering van de toegang werd zo een prioriteit. Om de veranderingen richting te geven, tekende de regering een eenvoudig schema. In dat schema stond hoe jeugdigen en hun opvoeders binnenkomen in 'de jeugdzorg'. Het schema zag er zo uit:

#### *Aanmelding*



*Screening*



*Vrij toegankelijke jeugdzorg*



*Diagnostiek*



*Indicatiestelling*



*Zorgtoewijzing*



*Plaatsing*



*Niet-vrij toegankelijke jeugdzorg*

*Casemanagement*

Met het begrip 'de jeugdzorg' worden sinds die tijd het werk in de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen aangeduid. Organisaties uit deze drie gebieden dienen er samen voor te zorgen dat alle jeugdigen en hun opvoeders vanuit één organisatie toegang krijgen tot alle vormen van jeugdzorg. Die ene organisatie heeft een duidelijke opdracht: geef antwoord op de zorgvraag die jeugdigen en opvoeders stellen. Dit antwoord moet men zoeken met als uitgangspunt het zogeheten zo-zo-zo-zo-beleid: de zorg moet zo dicht mogelijk bij huis te vinden zijn, zo kort mogelijk duren, zo licht mogelijk zijn en zo vroeg mogelijk gegeven worden (op het eerste moment dat er

aan problemen of stoornissen wat valt te doen). Als er zwaardere zorg nodig is, wordt de zorg ook vanuit die ene organisatie gezocht. Die organisatie krijgt de naam 'Bureau Jeugdzorg'. De projectgroep Toegang heeft aangegeven hoe dat Bureau moet werken.

### De functies

De projectgroep is vooral bezig geweest met het antwoord op de vraag 'wat moet er gebeuren in het bureau en in welke volgorde'. Handelingen die tot een duidelijk besluit leiden, zijn functies genoemd. De projectgroep heeft zo gekozen voor een functionele benadering en niet voor het beschrijven van de ideale organisatie van het bureau.

Dat houdt in dat de projectgroep beschrijft uit welke onderdelen het werk bestaat, hoe die onderdelen op elkaar aansluiten en wat er binnen die afzonderlijke stukjes ten minste moet gebeuren. De projectgroep is begonnen met het eenvoudige schema van de regering uit 1994 uit te werken. De jeugdige komt (al dan niet met zijn opvoeders) binnen en stelt een vraag (in functionele termen: de functieaanmelding wordt uitgevoerd). De werker van het bureau luistert naar die vraag, zet de dingen op een rij en geeft aan welke oplossing wellicht bij de vraag past (screening). Soms is er meteen een antwoord te geven (vrij toegankelijke ambulante zorg), soms moet er nog eens goed naar de zorgvraag worden gekeken (de functie diagnostiek). Als er goed naar is gekeken, geven werkers aan welke zorg zij denken dat zal helpen (de indicatiestelling). De jeugdige en zijn opvoeders besluiten dan welke zorg zij willen hebben. Is dat een vorm van niet-vrij toegankelijke zorg (alle duurdere vormen van zorg zoals pleegzorg, daghulp en residentiële zorg), dan wordt gekeken of en wanneer die zorg te bieden is (zorgtoewijzing). Vervolgens wordt die zorg gegeven (plaatsing) en houdt het Bureau Jeugdzorg in de gaten of alle afspraken worden nagekomen (casemanagement).

Het Bureau Jeugdzorg kan tevens een vraagbaak zijn voor mensen in het onderwijs, de scouting of sportverenigingen en voor huisartsen en maatschappelijk werkers als ze een vraag hebben over problemen of stoornissen van jeugdigen (consultatie, advies en deskundigheidsbevordering zijn hier de functionele termen). De provincies en drie grootstedelijke regio's zijn verantwoordelijk voor het regisseren en financieren van het Bureau en de aansluitende jeugdzorg.<sup>1</sup> De projectgroep Toegang heeft voor alle functies in het Bureau kwaliteitseisen gemaakt: de systeemeisen. Daar staat in wat er binnen een functie moet gebeuren, wat het resultaat moet zijn, hoe lang het werk mag duren en wat er moet worden opgeschreven. De projectgroep heeft daarnaast een reeks handreikingen gemaakt voor allerlei vragen die bij de verandering ontstonden.

---

<sup>1</sup> Zie Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen (Projectgroep Toegang). *Toegang tot de jeugdzorg. Functies en systeemeisen*. Utrecht: NIZW, 1997

Meerjarenafspraken toegangsfuncties Bureau Jeugdzorg (1999).

*Het Bureau Jeugdzorg zorgt voor de toeleiding van jeugdigen en hun opvoeders naar de jeugdzorg. Tot de functies van het Bureau Jeugdzorg horen de functies aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling, zorgtoewijzing, plaatsing/casemanagement, consultatie en advies, deskundigheidsbevordering en vrij toegankelijke jeugdzorg. Het Bureau Jeugdzorg vormt het scharnier tussen jeugdzorg en voorzieningen voor jeugdigen op lokaal niveau. Invulling van functies vanuit verschillende werkvelden en financieringsbronnen is daarom mogelijk. (Zie deeladviezen 1 en 4)*

### Vernieuwing in de praktijk

Het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* uit 1994 wijkt af van wat er in de Wet op de jeugdhulpverlening uit 1989 staat. De regering wilde echter eerst zien hoe men in het werk van alledag zou omgaan met de nieuwe ideeën voordat ze een hele nieuwe wet maakte. Met veel (formele) onzekerheid heeft iedereen in de afgelopen jaren hard gewerkt aan de ideeën uit *Regie in de jeugdzorg*. De provincies en de instellingen hebben hun eigen manier gevonden om de vernieuwing vorm te geven. Dat is heel verschillend uitpakkt. Iedere regio of provincie heeft op haar eigen manier het Bureau ingevuld. Soms namen instellingen het voortouw, soms de provincie. De deelnemers konden eveneens verschillen. Dat kwam omdat er instellingen waren die vonden dat ze niet mee hoefden te doen of die niet mee wilden doen. Daar kwam nog bij dat de tijd en de moeite die het kost om een nieuwe toegang te maken zijn onderschat. Zeker omdat het gewone werk doorging terwijl er tegelijk veel veranderd werd. Veel instellingen zagen de werkdruk toenemen.

Instellingen voor jeugdbescherming en geestelijke gezondheidszorg waren niet altijd even enthousiast; ook de instellingen voor niet-vrij toegankelijke zorg (geïndiceerde zorg) hadden soms bedenkingen. Veel van het werk van de Bureaus is immers bedoeld voor jeugdigen die andere of zwaardere vormen van zorg nodig hebben dan de Bureaus zelf bieden. Het Bureau moet goed kunnen zien of een kind of jongere ergens anders zorg nodig heeft. Andere instellingen moeten er op kunnen vertrouwen dat het Bureau dat werk goed doet. Dat vertrouwen komt een Bureau - temidden van alle onzekerheid - niet aangewaaid. Zeker niet als instellingen voor niet-vrij toegankelijke zorg afhankelijk worden van de manier waarop het Bureau werkt.

De instellingen die niet-vrij toegankelijke zorg geven, zijn op heel verschillende manieren betrokken bij de discussie over de vernieuwing. Soms maakten ze zelf het Bureau Jeugdzorg, soms deden ze mee, en soms vonden ze dat ze er te weinig invloed op hadden.

Die invloed is voor hen belangrijk omdat op basis van de indicatiestelling zorg wordt toegewezen. Als een jeugdige zorg krijgt toegewezen in een instelling voor niet-vrij toegankelijke zorg, kan die instelling de jeugdige niet meer weigeren. De voorziening heeft een acceptatieplicht. Voordat het Bureau Jeugdzorg bestond, konden instellingen voor zwaardere zorg zelf besluiten wie ze zorg aanboden en wie niet. In het nieuwe stelsel is er geen ontkomen aan. Instellingen voor

geïndiceerde zorg moeten jeugdigen helpen die van het Bureau Jeugdzorg komen. De ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen heeft via de huisartsen een eigen weloverwogen manier waarop jeugdigen en hun opvoeders zich aanmelden. Bovendien is er een circuit van 'zware zorg' in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De meerwaarde van het Bureau voor dit circuit was niet duidelijk.

Alle instellingen onderkennen dat het belangrijk is duidelijk te maken waar de jeugdzorg is te vinden; en het is belangrijk duidelijk te maken hoe die zorg werkt. Als dat lukt, wordt een hele zoektocht door instellingen van jeugdigen en hun opvoeders vermeden. Bovendien komt zo steeds meer deskundigheid bij elkaar. De projectgroep vindt die eenduidigheid de grote winst van de hele operatie. Ze geeft daarom nog maar eens aan wat er in het Bureau Jeugdzorg in ieder geval thuishoort. De manier waarop dat precies wordt georganiseerd, heeft de projectgroep zeker in de eerste drie jaar van haar werk minder interessant gevonden. Het regeerakkoord van het tweede kabinet Kok maakt het ook niet meer nodig om daar nog veel over te zeggen. Het kabinet kiest duidelijk voor één Bureau Jeugdzorg, en alle ervaringen uit de voorbije tijd geven de projectgroep geen redenen daar iets aan af te doen. Het is inmiddels ook duidelijk geworden dat de provincies logischerwijs de komende jaren de regisseurs en financiers van het Bureau dienen te zijn. En het is ook duidelijk dat er meer geld nodig is voor de Bureaus. Daarom is de komende jaren in ieder geval 50 miljoen gulden beschikbaar.

*De projectgroep Toegang rekent tot het Bureau belangrijke delen van het werk van de ambulante jeugdhulpverlening, de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdige en de jeugdbescherming (met uitzondering van de Raad voor de kindbescherming en de justitiële jeugdinrichtingen). (Zie deeladviezen 1,2 en 3)*

### Het belang van het kind

*Regie in de jeugdzorg* maakt duidelijk waar je de jeugdzorg kunt vinden: in het Bureau Jeugdzorg. Het zorgt er tegelijk voor dat jeugdigen en opvoeders zeker weten dat de toegewezen zorg ook zo wordt gegeven. Maar er is nog een kernelement in de hele vernieuwing van 'Regie'. Een jeugdige die zorg vraagt, mag niet afhankelijk zijn van het toevallig bestaande aanbod. Het is niet de jeugdige die bij de zorg moet passen, maar de zorg die bij de jeugdige moet passen. En het zou ook wel eens meer de zorg kunnen zijn die naar de jeugdige toe moet gaan en niet andersom.

Zorg hoort een concreet aanbod te zijn op een concrete zorgvraag. Daarom is het in al het werk van het Bureau Jeugdzorg noodzakelijk dat de jeugdige en diens opvoeders horen wat er precies gebeurt en weten waarom het gebeurt. Voor alle functies in dat Bureau geldt dat men alleen van de ene naar de andere functie kan over gaan met instemming van de zorgvragers. Om te garanderen dat de belangen van de cliënt echt voorop staan bij de moeilijkste beslissing, zit er bij het Bureau

Jeugdzorg de functie zorgtoewijzing. Die functie is er voor de jeugdige en diens opvoeders en niet voor de instellingen. Daarom staat er bij het woord 'zorgtoewijzing' in alle stukken van de projectgroep het bijvoeglijk naamwoord 'onafhankelijk' bij. Hoe de functie ook wordt uitgeoefend, de mensen die het doen, moeten laten zien dat ze het doen vanuit het belang van het kind en niet vanwege het belang van voorzieningen. Ze moeten regelen dat de vraag zo goed mogelijk wordt beantwoord.

De projectgroep vindt het belang van het kind zo groot, dat het volstrekt duidelijk moet zijn dat de zorg echt een antwoord is op de vraag van jeugdigen en hun opvoeders; voor de mensen zelf en voor de financier van de zorg. Als alles gaat zoals de projectgroep denkt dat het zou moeten gaan, wordt bij zorgtoewijzing zichtbaar wat het verschil is tussen de vragen om zorg en het aanbod aan zorg. Als er veel verschil zit tussen vraag en aanbod, hoort daar wat aan gedaan te worden. Dat moet niet weggemoffeld worden omdat een overheid het zo lastig vindt besluiten te nemen of omdat een instelling het zo lastig vindt te veranderen. Daarom is de zorgtoewijzing zo belangrijk en daarom moet ook het besturen van zo'n functie (of het toezicht erop) niet gebeuren door mensen die enig belang hebben bij een andere instelling voor jeugdzorg.

*De projectgroep Toegang adviseert de functie zorgtoewijzing zo in te vullen dat het voor alle betrokkenen (jeugdigen, opvoeders, instellingen en overheid) duidelijk is dat de belangen van de jeugdige de onafhankelijke toewijzing bepalen. (Zie deeladviezen 1 en 5)*

### Vrij toegankelijke zorg

Wie zo streng kijkt naar de zaak, roept nog een vraag op. Waarom doen we dit dan niet voor alle zorg? Waarom is er een begrip geïntroduceerd als vrij toegankelijke zorg? Waarom is er wel toewijzing nodig bij niet-vrij toegankelijke zorg? Dat is vanwege de tijd en het geld. Aanmelding en screening (te zien als een beperkte, toegespitste vorm van diagnostiek) in het Bureau Jeugdzorg vergen gemiddeld zes uur en twintig minuten werk en kosten bij elkaar iets meer dan zevenhonderd gulden. Heel vaak, zo niet meestal, is een besluit om vrij toegankelijke zorg te geven op dat moment verantwoord te nemen. Die zorg kost 4500 gulden, maar voor een groot aantal jeugdigen en hun opvoeders veel minder.

Als er dan nog iemand vanuit de functie zorgtoewijzing naar dat besluit moet kijken, kost dat (ook langs de simpelste weg) gemiddeld bijna vijfhonderd gulden en de nodige tijd. Voor veel ambulante zorg zouden dit extra bedrag en de tijd een te grote investering zijn, gelet op de uiteindelijke kosten van de zorg.

Daarom heeft de projectgroep de jeugdzorg in twee delen opgesplitst; de vrij toegankelijke zorg en de niet-vrij toegankelijke zorg. Die eerste zorg is te krijgen zonder een formele, schriftelijke zorgtoewijzing. Dat wil niet zeggen dat die zorg lukraak kan worden geleverd, maar ze is voor jeugdigen en hun opvoeders beschikbaar zonder dat er al te ingewikkeld wordt gedaan. Daar komt nog bij dat vrij toegankelijke zorg niet alleen door de jeugdzorg wordt gegeven. Het is meestal zorg die allerlei andere activiteiten aanvult en ondersteunt. Consultatiebureaus,

maatschappelijk werk, scholen en jeugdwerk geven op gemeentelijk niveau consultatie, advies en zorg aan jeugdigen en hun opvoeders. Voor hen is het Bureau de schakel met de specialistische kennis van jeugdzorg, een expertisecentrum en een partner om samen te zorgen dat er goede antwoorden worden gegeven op heel uiteenlopende zorgvragen.

Als die circa vijfhonderd gulden voor zorgtoewijzing wordt uitgegeven om een goed besluit te nemen over niet-vrij toegankelijke zorg (waarvan de kosten liggen tussen de 16.000 tot 80.000 gulden per jaar) is het wel een verstandige investering. Zeker als die dure zorg schaars is. Het Bureau is ook de plaats waar het besluit over niet-vrij toegankelijke zorg wordt voorbereid en bewaakt. Met bewaken wordt bedoeld dat een casemanager let op het nakomen van afspraken, de jeugdige en diens opvoeders op de hoogte houdt en vastlegt of de gestelde doelen zijn bereikt. De casemanager is de gids voor jeugdigen en hun opvoeders door al het werk van het Bureau. Daarom ook acht de projectgroep Toegang het beter de toewijzing te beperken tot de niet-vrij toegankelijke zorg. Dat neemt niet weg dat wel helder moet zijn dat men vrij toegankelijke zorg op goede gronden geeft. Een investering in een goed kwaliteits(zorg)systeem levert voor deze zorg meer winst op dan een verhoudingsgewijs kostbare en langdurige toetsing.

*De projectgroep Toegang rekent alle ambulante zorg die per cliënt niet meer kost dan 4500 gulden per zorgvorm, -programma of -module tot de vrij toegankelijke zorg. (Zie deeladvies 1)*

#### Het Bureau in het geheel van de zorg

Er is de afgelopen vier jaar veel gepraat over het Bureau Jeugdzorg. Steeds was er de vraag (in de jeugdzorg zelf): moet het Bureau op zichzelf staan of kan het een onderdeel zijn van een grote andere voorziening in de jeugdzorg?

De projectgroep denkt dat het Bureau een eigen positie vraagt in het hele veld van instellingen, en niet eens zozeer omdat het qua organisatie de beste oplossing is. Het scheelt misschien een paar procent in de kosten als het Bureau onderdeel is van een grote, multifunctionele instelling die alle vormen van zorg in huis heeft. Als het Bureau alleen maar de toeleiding naar de geïndiceerde zorg vervult, kan het daar nog wel onderdeel van zijn omdat al het werk dan gebeurt voor jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen.<sup>2</sup>

Maar in het verleden is telkens gebleken dat de belangen van partijen in elkaar verstrikt waren. Wie goede relaties had met een instelling voor zwaardere, geïndiceerde zorg, maakte meer kans een jeugdige daar geplaatst te krijgen. Dat bracht te grote mate van rechtsongelijkheid met zich mee. Bovendien speelde het toeval een grotere rol dan de vraag van de jeugdige zelf. Het eerste contact bepaalde vrijwel meteen of het kind terechtkwam in jeugdhulpverlening,

---

<sup>2</sup> Dit Bureau lijkt op wat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid schilderde in de regionale aanspreekpunten bij zijn advies *Jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen*. Zoetermeer, 1994

jeugdbescherming of de geestelijke gezondheidszorg. Je kon als het ware het soort zorg voorspellen aan de hand van dat eerste contact.

Jeugdigen werden vroeger uit het hele land aangemeld bij een instelling voor geïndiceerde zorg. Maar het is de bedoeling dat een jeugdige vooral zorg krijgt in de eigen regio of provincie. Sommige van die jeugdigen is hulp opgelegd, anderen zoeken vrijwillig hulp. Maar wie heeft de zorg nu het hardst nodig? De urgentie van hun zorgvragen hoort onderling afgewogen te worden. Het Bureau geeft zorg aan kinderen die dat in de regio het hardste nodig hebben. Daar is een keuze nodig, net zo goed als duidelijk hoort te zijn dat het Bureau steeds kiest (en kan kiezen) voor het belang van kinderen en hun opvoeders.

Dit zijn dus redenen om het bureau een eigen positie te geven. Er is nog een andere reden aan toe te voegen, al wordt die ingegeven door een andere benadering. Als het Bureau eigen taken vervult in het geheel van welzijn en zorg, heeft het een duidelijk andere rol dan de voorziening voor geïndiceerde zorg. Het Bureau wordt dan een voorziening in de jeugdzorg die net zo'n rol heeft als de huisarts in de gezondheidszorg. Kijken wat er aan de hand is, zo veel mogelijk helpen als het kan en als het nodig is verwijzen naar andere voorzieningen.

Het Bureau moet ruimte hebben eigen keuzes te maken op grond van situaties in het werkgebied. Het stemt de vrij toegankelijke zorg af met lokale voorzieningen die ook jeugdigen en opvoeders ondersteunen of zorg bieden, zoals het maatschappelijk werk. Het Bureau neemt deel aan buurtnetwerken met scholen, welzijnsinstellingen en politie. Het geeft consultatie aan allerlei andere instellingen over jeugdproblematiek. Het doet ten slotte zelf aan preventief werk op gemeentelijk niveau. Dat is allemaal nodig als men werkelijk wil bereiken dat er zo min mogelijk niet-vrij toegankelijke zorg nodig is. Het Bureau wordt voor dit werk een voorziening in de eerste lijn.<sup>3</sup>

Om die rol goed te spelen, moet het Bureau zijn eigen beleid kunnen maken en dan is het niet meer zo voor de hand liggend dat het deel uitmaakt van een grote multifunctionele organisatie (MFO) of multifunctionele eenheid (MFE) waarin alle soorten jeugdzorg bij elkaar zitten. Los van het feit dat er dan voor jeugdigen en hun opvoeders maar één (machtige) jeugdzorg lijkt te bestaan. Het wordt moeilijk om mensen dan duidelijk te maken dat het Bureau juist voor de cliënt het tegenwicht en houvast biedt.

De hoeveelheid zorg die het Bureau zelf geeft, hangt af van de hoeveelheid geld die overheden beschikbaar stellen. Als een gemeente vindt dat het lokaal jeugdbeleid moet aansluiten op de jeugdzorg, is ze mede verantwoordelijk voor de uitvoering van dat idee, én voor de kwaliteit en de mogelijkheden van die aansluiting. Ze zal dus middelen dienen te verschaffen. Als een provincie vindt dat

---

<sup>3</sup> De Task Force Jeugdhulpverlening koos nadrukkelijk voor deze positie, alle niet-vrij toegankelijke zorg stond in deze opvatting in de tweede lijn. Zie Task Force Jeugdhulpverlening. *Plaats maken. Op weg naar goede jeugdzorg*. Rijswijk: ministerie van WVC, 1994

het Bureau de toeleiding naar de niet-vrij toegankelijk zorg (en een paar andere taken) moet doen, hoort ze dat goed te regelen, ook in financiële zin. Waar gemeenten en provincies in ieder geval samen verantwoordelijk voor zijn, is de aansluiting tussen hun activiteiten. Die aansluiting is alleen te bouwen als iedereen duidelijk is wat wel en wat niet de taak van het Bureau Jeugdzorg is. Daarvoor zijn de provinciale beleidsplannen (Regiovisie) en de gemeentelijke plannen voor integraal jeugdbeleid belangrijke instrumenten.

*De projectgroep Toegang adviseert de positie van de Bureaus Jeugdzorg duidelijk te maken. Ze kiest voor een eigenstandig Bureau waar elke jeugdige en diens opvoeder terecht kan voor vragen rondom opvoeding en ontwikkeling en toegang krijgt tot vele vormen van jeugdzorg. Het Bureau is - vanuit het zorgperspectief - gebaat bij een vitaal en bontgeschakeerd veld van (gemeentelijke) voorzieningen waarin wordt aangesloten op wat er in de leefwereld van jeugdigen en opvoeders gaande is.*

*De projectgroep weet dat de middelen om het zo te doen nog niet aanwezig zijn. (Zie deelvragen 4 en 5)*

### Eén Toegang

Er zijn nu in alle provincies Bureaus Jeugdzorg. Het is nuttig te bekijken hoe verschillend ze precies zijn en of dat verschil kan blijven bestaan. Jeugdigen hebben in Coevorden en in Sittard per slot van rekening dezelfde rechten op dezelfde zorg. Vandaar dat de projectgroep in dit eindadvies de grote lijnen van het Bureau nog eens beschrijft.

Het tweede kabinet Kok heeft in zijn regeringsverklaring duidelijk gezegd dat er overall één Bureau Jeugdzorg moet komen met een eenduidige aansturing en een eenduidige financiering. De projectgroep vindt dat die uitspraak inhoudt dat het werk van het Bureau Jeugdzorg in één organisatie moet komen met één bestuur en één overheid – de provincie - die het Bureau betaalt. Het is aan de provincies om te zien of het Bureau Jeugdzorg op regionaal niveau zelfstandig kan werken of dat een kwalitatief goed uitgeruste organisatie alleen op provinciaal niveau is te bouwen.

Nu wordt de jeugdbescherming nog betaald door het ministerie van Justitie en wordt de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen betaald uit de AWBZ via de zorgverzekeraars. Er zijn in het dagelijks werk en in de wet- en regelgeving een paar stappen nodig om er werkelijk één Bureau van te maken. Dat begint door het werk van de instellingen voor voogdij en gezinsvoogdij, die een groot deel van het werk in de jeugdbescherming doen, in het Bureau op te nemen en de regie en de betaling ervan over te dragen aan de provincies. Als er hulp wordt gegeven omdat een kinderrechter heeft gezegd dat er hulp moet komen, vraagt dat juridisch en administratief een aantal extra taken. Voor de inhoud van (de rest van) het werk maakt het echter weinig verschil.

De projectgroep Toegang meent dat hetzelfde verhaal ook geldt voor het werk in de instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Net zo goed als een



jeugdige recht heeft op bescherming, heeft hij of zij er recht op dat een psychiatrische stoornis tijdig wordt gezien. Of een jeugdige nu binnenloopt bij een huisarts of in aanraking komt met de politie; in beide gevallen zijn bescherming en zorg van welke soort dan ook aan de orde.

Het Bureau moet zich altijd afvragen ‘wat kunnen wij het beste doen voor deze jeugdige’. Bij de ene jeugdige en diens opvoeders vraagt dat minder werk dan bij de ander, omdat het probleem niet zo moeilijk is en mensen zelf ook vinden dat hulp nodig is. Bij ingewikkelde problemen en mensen die niet op hulp zitten te wachten – omdat ze er bijvoorbeeld niets van verwachten – is er meer werk aan de winkel. Maar het soort werk blijft hetzelfde. Dat kan heel goed in één organisatie. De projectgroep weet dat deze redenering voor veel mensen niet vanzelf spreekt. Daarom zet de projectgroep haar argumenten nog eens uiteen.

### Jeugdbescherming

De Bureaus Jeugdzorg hebben de taak duidelijk te maken dat jeugdbescherming niet automatisch betekent ‘je kind kwijtraken’. Als een kind bescherming nodig heeft van zijn rechten, is die bescherming eerst gericht op de woon- en leefsituatie waar het kind in zit. Die moet veiligheid en zo veel mogelijk evenwichtigheid bieden. Kinderen beschermen begint altijd op vrijwillige basis: opvoeders steunen in hun zorgvraag en in het vinden van betere oplossingen. Alle werkers in het Bureau Jeugdzorg hebben de taak dat zo veel mogelijk te doen. Soms kan die steun echter beter worden gegeven door het kind een tijd ergens anders te laten wonen. Soms is dat de enige steun die er te geven is. Maar het is alleen steun als jeugdigen en hun opvoeders het erkennen als een manier om hun zorgvraag op te lossen. Een zelfde redenering blijft van kracht als de bescherming op onvrijwillige basis, afgedwongen gebeurt. Ook dan gaat het om steun aan jeugdigen en opvoeders, en ook dan zal iedereen uiteindelijk de aangeboden zorg moeten zien als oplossing voor zijn of haar probleem. Als een jeugdige niet meer thuis kan wonen, hoort de samenleving een andere plek te bieden. Bij voorkeur op een manier waarbij de pedagogische, psychosociale en psychiatrische opvattingen die het ingrijpen motiveren, consequent worden gebruikt vanuit het belang van het kind.

Jeugdbescherming in het Bureau Jeugdzorg zetten roept bij burgers misschien angst op. Ze zijn bang dat ze met een eenvoudige vraag het Bureau binnenkomen en dat ze – voordat ze het goed en wel beseffen – bij de kinderrechter staan. Een aantal cliëntenorganisaties in de jeugdzorg is juist ontstaan vanuit de onvrede van mensen over de manier waarop de jeugdbescherming met hen is omgegaan. Die boosheid heeft in de afgelopen jaren resultaat gehad. Er zijn betere garanties om ouders en jeugdigen invloed te geven op de beslissingen die worden genomen als de overheid vindt dat het met kinderen niet goed gaat.

Dat houdt niet in dat onze samenleving ‘er uit’ is. De discussie over het evenwicht tussen zorg en bescherming is niet beslecht en wordt waarschijnlijk nooit beslecht omdat alle emoties er omheen blijven bestaan. Aan de ene kant stelt de samenleving het belang van het kind voorop. Iedereen verwacht dat iemand

‘namens de overheid’ ingrijpt als het niet goed lijkt te gaan met een kind. Elk kind heeft recht op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling. Het verdrag inzake de Rechten van het Kind, dat Nederland heeft getekend, legt dat vast. Soms zijn opvoeders onmachtig iets te doen, soms doen ze gewoon niets, of erger, brengen ze hun kind schade toe. Als opvoeders die evenwichtige opvoeding niet kunnen of niet willen bieden, moet het kind worden beschermd.

Opvoeders hebben er anderzijds recht op hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding zelf vorm te geven. Iedereen doet het op zijn of haar manier goed, tot het tegendeel duidelijk is. Dat hoort bij een jeugdzorg die de eigen vraag van de jeugdige centraal stelt. Daar hoort dan ook een oplossing bij waarvoor opvoeders en jeugdigen zelf zo lang mogelijk verantwoordelijkheid houden, ook al hebben opvoeders waarden en normen die niet iedereen deelt. Zorg is bovendien meestal doeltreffender als mensen vrijwillig meedoen.

Bij die aanpak past terughoudend, maar onomwonden ingrijpen als dat nodig is om het kind aan zijn of haar recht te laten komen. Jeugdbescherming heeft twee kanten. Als het kind bescherming vraagt, moet het kind die bescherming krijgen. Liefst vrijwillig, maar als dat niet lukt, dan moet het op niet-vrijwillige basis. En als het niet vrijwillig gaat, hoort het glashelder te zijn waaróm niet.

De projectgroep vindt dat een Bureau Jeugdzorg alle aspecten van jeugdproblematiek moet onderzoeken. Bescherming is daar onderdeel van. In een nieuwe Wet op de jeugdzorg hoort de vraag ‘wanneer mag en moet worden ingegrepen in de opvoeding van kinderen’ ruime aandacht te krijgen, om te zorgen dat een besluit over ingrijpen niet diffuus is of stoelt op persoonlijke overwegingen of normen van een professional. Opvoeders, jeugdigen, cliëntenorganisaties en Bureaus Jeugdzorg moeten weten waar ze aan toe zijn. Zo levert het Bureau een bijdrage aan de objectivering van het ingrijpen. In die zin wordt het Bureau ook een drempel tegen onnodige justitieel ingrijpen. Het Bureau onderzoekt bij ernstige of fundamentele schending van de rechten van het kind eerst of oplossingen zonder dwang mogelijk zijn. Lukt dat niet, dan vindt doorverwijzing naar de Raad voor de Kinderbescherming plaats in de wetenschap dat al het mogelijk is gedaan om zonder dwang tot oplossingen te komen. Een protocol kan snelle en onderbouwde doorverwijzing bevorderen.

Een nieuwe wet kan duidelijk maken dat de eigen verantwoordelijkheid van opvoeders en hun recht op steun serieus wordt genomen. Jeugdbescherming is in de eerste plaats steun, gericht op het aanspreken van de opvoeders in hun eigen verantwoordelijkheid. Bij onwil of onkunde past weloverwogen niet-vrijwillig ingrijpen. Dat zou een basishouding van alle werkers in de zorg horen te zijn. Het Bureau Jeugdzorg beoordeelt zorgvragen van jeugdigen en opvoeders. Het gaat dan in de eerste plaats om een antwoord op die zorgvraag. Als het Bureau denkt dat ingrijpen nodig is, legt het Bureau dat de Raad voor. De Raad beslist dan of ze een zaak in onderzoek neemt. Op basis van zo’n onderzoek vraagt de Raad de kinderrechter een uitspraak te doen. Zolang als veranderingen mogelijk zijn zonder dwang, wordt daaraan gewerkt. Als dwang nodig is en de kinderrechter dat besluit, wordt de uitvoering van dat besluit opgedragen aan het Bureau.

Voor Raad en Bureau is het van belang dat een en ander gebeurt op basis van goede informatie en snelle overdracht. De jeugdige en diens opvoeders moeten het geven van informatie niet ervaren als herhaalde en overbodige belasting. De Raad en het Bureau dienen hun werkwijze en hun instrumenten daarop af te stemmen. Als dat betekent dat er meer werk moet worden gedaan in het Bureau, moet dat Bureau daarvoor de middelen krijgen.

Een zelfde redenering geldt voor het werk van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Het Meldpunt geeft adviezen aan mensen die kindermishandeling vermoeden, en onderzoekt meldingen van mogelijke mishandeling. Onderzoeken en op waarheid bezien, heet dat ook wel. In het Bureau Jeugdzorg is dit werk vervat in de functies screening en diagnostiek. De Meldpunten kunnen daarom in het Bureau worden gezet. Het moet voor burgers wel duidelijk zijn waar je bij een vermoeden van kindermishandeling terecht kunt, juist omdat het om levensbedreigende gevallen kan gaan. Dat wettigt een plaats in het Bureau die apart is gemarkeerd, maar waar alle mogelijkheden zijn om snel door te schakelen naar de zorg. Als het Meldpunt het vermoeden bevestigt en aangeeft dat jeugdzorg nodig is, kan het Bureau Jeugdzorg meteen aan het werk. Als het Bureau Jeugdzorg de verantwoordelijkheid krijgt voor de uitvoering van de jeugdbescherming, komt er nog wel een andere taak bij. De instellingen voor voogdij- en gezinsvoogdij voeren nu de jeugdreclassering uit. Jeugdreclassering is, voor het goede begrip, geen straf. De Raad voor de kinderbescherming adviseert het openbaar ministerie en de rechter over de reclassering, en is verantwoordelijk voor de uitvoering als casusregisseur. Maar het werk rond die uitvoering wordt altijd uitbesteed. Dat moet in de toekomst dan ook bij het Bureau Jeugdzorg terechtkomen.

*De projectgroep Toegang vindt het perspectief van jeugdbescherming een integraal onderdeel van het werk van de Bureaus Jeugdzorg. Het is niet gewenst de onderzoeksverantwoordelijkheid van de Raad voor de kinderbescherming en het doen van een verzoek aan de kinderrechter tot ingrijpen in de opvoedingssituatie over te dragen aan het Bureau Jeugdzorg. (Zie deeladvies 2)*

### Geestelijke gezondheidszorg

Veel instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn terughoudend geweest als het ging over het Bureau Jeugdzorg. Ze willen er best aan meewerken, maar er niet in opgaan. Ze vinden dat ze ander werk doen en dat werk vanuit een bio-psycho-sociale visie alleen goed kunnen doen als ze deel uitmaken van de sector geestelijke gezondheidszorg als geheel, waarin voor jeugdigen én voor volwassenen en ouderen wordt gewerkt aan psychiatrische problematiek. Bovendien hebben ze te maken met ingrijpende veranderingen in de eigen sector. Voor die redenering valt veel te zeggen. Het werk van een kinder- en jeugdpsychiater is werk van een hoog opgeleide specialist die veel contact moet hebben met zijn of haar collega's om de kwaliteit van het werk op peil te houden. Bovendien komt het regelmatig voor dat juist de opvoeders een psychiatrische stoornis hebben en daarvoor worden behandeld. Dan is samenwerking

noodzakelijk.

Voor het signaleren en behandelen van psychiatrische stoornissen kan het Bureau Jeugdzorg niet zonder specifieke inbreng van de geestelijke gezondheidszorg. Maar veel werk in de geestelijke gezondheidszorg dat niet specifiek wordt gedaan door een kinder- en jeugdpsychiater, lijkt op het werk in de rest van de jeugdzorg. Ondersteuning en begeleiding van opvoeders, preventie, zorgprogramma's voor gezinsproblemen, identiteitsproblematiek, leerproblemen; het zijn zaken waarvoor goed geschoolde en ervaren beroepskrachten nodig zijn. Het merendeel van het werk dat nu in de ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt gedaan, vraagt per cliënt gemiddeld veel minder dan 4500 gulden. In die zin is het vrij toegankelijke zorg, ook al heeft men officieel een verwijzing van de huisarts nodig om gebruik te maken van die zorg.

Voor de huisarts zou het geen verschil hoeven te maken of hij verwijst naar het Bureau Jeugdzorg of, zoals nu, naar de RIAGG; als de huisarts er maar op kan rekenen dat de jeugdige en diens opvoeders de goede zorg krijgen. De kennis uit het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zou voor alle jeugdigen die bij een Bureau Jeugdzorg aankloppen, in te zetten (moeten) zijn. Net zo goed als alle mensen die in een Bureau Jeugdzorg werken de verantwoordelijkheid hebben zich af te vragen of het kind naast zorg - van welke aard ook - niet tegelijk bescherming nodig heeft.

Een andere minder bediscussieerde reden om geen deel uit te maken van het Bureau Jeugdzorg, ligt voor werkers in de geestelijke gezondheidszorg bij de betere CAO die ze hebben. Daar ligt in financiële zin een probleem.

De projectgroep is van mening dat alle redentaties niet rechtvaardigen dat de jeugdige en zijn opvoeders naar meer dan één plek moeten gaan om zorg te krijgen. Zeker als het gaat om jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen. Er is geen reden om het regeringsstandpunt uit 1994 los te laten. Dat is naar inhoud van het werk en naar (budgettaire) inzet het startpunt voor de vernieuwing. Alle drie de sectoren jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen horen bijeen in het Bureau, dus ook het grootste deel van het werk van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De specialistische kinder- en jeugdpsychiatrie werkt in de nieuwe sectorale organisatie van de geestelijke gezondheidszorg, maar blijft mede verantwoordelijk voor het adequaat functioneren van het Bureau Jeugdzorg bij kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek.

*De projectgroep Toegang benadrukt dat het werk van de jeugdsecties van de RIAGG hoort tot het Bureau Jeugdzorg. Om dat mogelijk te maken, is het nodig dat provincies en grootstedelijke regio's afspraken maken met de zorgverzekeraars over de inbreng in het Bureau Jeugdzorg. (Zie deeladvies 3)*

### Ketenbeleid

De twaalf provincies en drie grootstedelijke regio's regisseren het grootste deel van de jeugdzorg. De ruim vijfhonderd gemeenten in ons land zijn tegelijk actief in

het lokaal jeugdbeleid. Dat beleid omvat uiteenlopende algemene voorzieningen (zoals het maatschappelijk werk, sociale diensten, openbaar vervoer etc.) die alle leeftijdsgroepen bedienen, waaronder kinderen en jeugdigen. Het beleid omvat ook de nodige activiteiten en instellingen die zich juist op jeugdigen richten: scholen, kinderopvang, peuterspeelzalen, naschoolse opvang, spijbelopvang, werk voor randgroepen en zwerfjongeren, de toeleiding tot de arbeidsmarkt, consultatiebureaus, speeltuinen en andere vrije tijdsactiviteiten. En niet te vergeten de aandacht die gemeenten besteden aan cultuur, sport en recreatie.

Kinderen maken gebruik van deze voorzieningen. Tegelijk zijn sommige kinderen en jeugdigen klant van een zorginstelling. Het zou goed zijn om te weten wie nu precies wat doet voor kinderen en jongeren vanuit een gemeente en vanuit een provincie; omdat het leven voor kinderen één geheel is. Als een kind hulp krijgt om te praten over gevoelens en gedachten (de meest frequente en effectieve behandelvorm in de geestelijke gezondheidszorg) is het misschien wel nuttig voor het kind eens een tijd mee te doen in een lokale scoutinggroep. Als zorg en scouting elkaars vaardigheden benutten en zo mogelijk wat op elkaar afstemmen, is het kind waarschijnlijk beter geholpen. En voor een jeugdige spijbelaar die via de jeugdzorg aan dagbesteding wordt geholpen, kan een Centrum voor Werk en Inkomen wat doen aan arbeidsmarkt-toeleiding. Zorgvoorzieningen kunnen vele verbindingen leggen met andere maatschappelijke organisaties om de resultaten van hun zorg te verankeren in het dagelijks leven van de jeugdige en diens opvoeders.

Dat soort simpele dingen leggen het wel eens af in de massa van 'grote' doelen en ingewikkelde samenwerkingsvormen zoals die in de gemeentelijke plannen staan en in de 'regiovisie' van provincies. Beide plannen moeten er voor zorgen dat niet iedereen hetzelfde doet. Of erger: dat dingen níet worden gedaan.

Veel gemeenten denken dat het allemaal eenvoudiger zou zijn als de Bureaus Jeugdzorg een gemeentelijke voorziening waren. Het hele terrein van de vrij toegankelijke zorg hebben ze al grotendeels in huis. Met indicatieorganen - het Bureau Jeugdzorg in de functies diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing - bestaat er daar ook de nodige ervaring. Het Bureau Jeugdzorg krijgt gewoon een plek in de sociale, gemeentelijke infrastructuur, luidt de opvatting.

De projectgroep deelt die opvatting niet omdat ze vier redenen heeft om te denken dat het idee nu voorlopig niet werkt.

De veranderingen in de jeugdzorg zelf zijn nog lang niet afgerond. De laatste vier jaar hebben geleerd hoe langzaam culturen veranderen en hoeveel werk er vastzit aan de kwaliteitsverbetering van de zorg zelf.

In de tweede plaats is er (verhoudingsgewijs) in de hele jeugdzorg niet genoeg geld te vinden om alle gemeenten aan een goed Bureau Jeugdzorg te helpen. Zeker niet als dat Bureau ook nog voldoende ambulante zorg moet geven. In de derde plaats kan het voor een gemeente wel makkelijker worden, maar niet voor alle instellingen die zwaardere zorg geven; de zogeheten niet-vrij toegankelijke zorg. Kijken naar de vraag welke zorg een kind nodig heeft, is niet zo simpel. Het vraagt goed geschoolde en ervaren mensen en daar zijn er niet genoeg van om in alle gemeenten een Bureau Jeugdzorg neer te zetten. Er zijn meer dan vijfhonderd

gemeenten in ons land. Als elk kind recht heeft op een goed pakket van zorg en bescherming, zou bijvoorbeeld de psychiatrie onderdeel moeten zijn van dat pakket. Maar er zijn in ons land maar honderdzestig kinder- en jeugdpsychiaters, in volle werktijd gerekend. Die kunnen nooit hun bijdrage leveren als ze dat op vijfhonderd plaatsen moeten doen. Bovendien moet het Bureau kijken welke jeugdige als eerste in aanmerking komt voor zorg van alle in een week of een maand aangemelde kinderen. De urgentie van de hulp in afzonderlijke gevallen is alleen goed af te wegen als het gebeurt voor de jeugdigen in een hele provincie of regio. Als je dat vanuit gemeenten wilt doen, is een behoorlijke bureaucratie nodig om de gegevens uit al die gemeenten te combineren voor het plaatsen van kinderen in de circa honderd gespecialiseerde voorzieningen die er in het hele land zijn. Vandaar dat het opdelen van de Bureaus over gemeenten niet doeltreffend is.

Er is nog een vierde reden waarom één Bureau Jeugdzorg per regio beter is. Die reden heet doelmatigheid. De hoeveelheid geld voor jeugdzorg in ons land is beperkt. Het geld moet dus zo goed mogelijk worden gebruikt. Om dat te regelen, zijn veel instellingen in de afgelopen tien jaar gaan samenwerken. Er zijn grote multifunctionele organisaties voor zwaardere vormen van zorg ontstaan. Die organisaties hebben allerlei werk bijeengebracht en kijken kritischer naar het werk dat ze doen, de overlappingsen die er in zitten en de lacunes. Iedereen weet zo langzamerhand wel dat jeugdzorg op haar eentje niet werkt. Zorg voor kinderen is niet alleen jeugdzorg, maar ook goed onderwijs, een veilig onderdak, uitzicht op werk, een goede vrije tijdsbesteding.

Langzaam maar zeker breekt het idee door van een 'zorgprogrammatische' aanpak waarin allerlei activiteiten voor en rond jeugdigen binnen en buiten de jeugdzorg bij elkaar komen. In het programma weet iedereen wat hem of haar te doen staat en wanneer. Het idee wordt vooral uitgewerkt in de niet-vrij toegankelijke zorg. Maar het zal daar niet bij blijven. Het is te verwachten dat er programma's komen die vrij en niet vrij toegankelijke zorg omvatten en programma's waarin ook onderwijs en arbeidsmarkt een rol kunnen spelen.

Dan past in zorgprogramma's werk van voorzieningen in de gemeenten (scholen, ouderondersteuning, jeugdgezondheidszorg, welzijnswerk), jeugdzorgvoorzieningen die worden betaald door de provincie en allerlei werk dat door de rijksoverheid wordt gesteund (criminaliteitspreventie, experimenten met vernieuwing).

Het Bureau Jeugdzorg kan in dat geheel een goede rol spelen als het tenminste een vitale organisatie is die voldoende mogelijkheden in huis heeft; want het kan wel ingewikkeld zijn om een zorgprogramma uit te voeren. Als alle zorg in een multifunctionele zorgorganisatie wordt gegeven valt dat wel mee, maar zorgprogramma's lopen door buiten die instellingen.

Een zorgprogramma kan beginnen in een consultatiebureau en eindigen in de thuiszorg of de peuterspeelzaal met daartussen een activiteit uit de kinderpsychiatrie. Een zorgprogramma kan ook beginnen in een residentiële voorziening voor jeugdzorg en eindigen bij ondersteuning van een jeugdige thuis, via een jongerenorganisatie waarin alleen vrijwilligers actief zijn. Het zorgprogramma kan gegeven worden aan een gewone jongere of aan een jongere

met een licht verstandelijke handicap. Langs deze weg worden er in en vanuit jeugdzorg programma's ('ketens') gebouwd met veel andere voorzieningen waarbij de zorgvraag van de jeugdige centraal staat. Om dat goed te doen is een zekere omvang van de organisatie nodig. Die is in vele gemeenten niet te maken met de beperkte middelen die er nu voor Bureaus Jeugdzorg zijn.

Het provinciale Bureau kan juist een uitstekende, heldere schakelplek zijn voor jeugdbeleid en jeugdzorgketens. Daar komt bij dat er ook nog landelijke specialistische voorzieningen voor jeugdzorg bestaan. Doorverwijzing naar die instellingen (of het opvangen van een jeugdige die uit een landelijke justitiële inrichting komt) is vanuit de regionale en provinciale Bureaus Jeugdzorg al een hele organisatie. Vanuit zo'n vijfhonderd gemeenten zou het waarschijnlijk wel wat veel aan coördinatie vragen.

De projectgroep acht het nodig omwille van de eenduidige aansturing vast te houden aan de regierol van de provincies en grootstedelijke regio's. Het is reëel dat gemeenten steeds meer in beeld komen als ze een duidelijk jeugdbeleid neerleggen en dat willen aansluiten op de jeugdzorg. Dat maakt het noodzakelijk goede afspraken te maken over die verbinding. Maar om nu een principiestrijd te willen beslechten over zeggenschap, frustreert het uitvoeren van al dertig jaar beoogde veranderingen alleen maar.

*Het Bureau Jeugdzorg is de verantwoordelijkheid van de provincies en grootstedelijke regio's. De samenwerking tussen gemeenten en provincies wordt op een bindende en omschreven manier vastgelegd. (Zie deeladvies 4)*

### Kosten

Het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* beoogt met de verbetering van het stelsel zo veel mogelijk zorg aan zo veel mogelijk mensen te bieden. Het doel van de reorganisatie is niet in de eerste plaats om minder geld uit te geven. Wel om meer zorg aan huis te bieden; ambulante zorg. En dat is niet hetzelfde als lichte zorg die maar heel even duurt. Ambulante zorg kan heel intensief zijn; het is zwaar en hard werk voor alle betrokkenen. Maar het grote voordeel is dat een jeugdige niet weg hoeft uit het eigen huis, niet van de eigen school af hoeft en niet weg hoeft van vrienden en bekenden of de eigen softbalclub. En ook dat familie, burens, onderwijzers en andere bekenden mee kunnen helpen, soms mee moeten helpen. Een kind uit huis plaatsen hoort alleen te gebeuren als het echt niet anders kan; als het ook de beste oplossing is. Het Bureau Jeugdzorg is de plaats om die beslissingen te nemen en te zorgen dat ze worden uitgevoerd. Dat betekent dat een Bureau Jeugdzorg genoeg geld moet hebben om zijn werk te doen. Het geld voor het Bureau Jeugdzorg komt uit de middelen voor de voorzieningen voor voogdij en gezinsvoogdij, het budget van de jeugdsectie van de RIAGG en de jeugdhulpverlening.

Met dat geld moet veel worden gedaan. In de eerste plaats moeten jeugdigen die zwaardere zorg vragen op een goede manier aan die zorg komen. Het Bureau werkt hier als voordeur voor de zwaardere zorg. In opdracht van de projectgroep Toegang is uitgerekend wat zo'n toeleiding naar zorg per jeugdige gemiddeld kan

kosten; het zogeheten Kostenmodel. Toeleiding kost in dat model gemiddeld 3795 gulden.

Maar er moet meer gebeuren. Als er zwaardere zorg nodig is, is in veel gevallen ook een goede begeleiding (gids of casemanagement) van jeugdigen en opvoeders nodig. Vanuit het belang van jeugdigen en hun opvoeders is dit een kernfunctie in het Bureau. Het Bureau moet daarnaast voldoende geld hebben om vrij toegankelijke vormen van zorg te geven.

Ten slotte is er geld nodig om een goede verbinding te onderhouden met het gemeentelijk jeugdbeleid, het onderwijs, de zorg voor verstandelijk gehandicapten, toeleiding naar de arbeidsmarkt, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdreclassering. Want samenwerken houdt in dat iemand ook de tijd (en de mensen) heeft om samen te werken.

### Volumebeleid

Het Bureau verzorgt de toeleiding naar de niet-vrij toegankelijke zorg. De hoeveelheid plaatsen in die zwaardere zorg is op provinciaal niveau precies bekend. Met behulp van het kostenmodel kan per regio worden berekend hoeveel het 'toeleiden' kost inclusief casemanagement. Dat casemanagement omvat extra begeleiding. Het is te schatten hoe vaak die extra begeleiding nodig is, met name in de jeugdbescherming. Door per geval een gemiddeld bedrag te nemen, is uit te rekenen wat dat kost. Dat geld is wat betreft de projectgroep dan onderdeel van het budget voor vrij toegankelijke zorg.

Als het gaat om de vrij toegankelijke zorg en het samenwerken met allerlei andere voorzieningen is er in iedere regio wel een idee te geven wat per jeugdige of per samenwerkingsvorm nodig is. Maar in elke regio is de samenwerking anders georganiseerd. En het aantal jeugdigen dat zorg nodig heeft, verschilt van regio tot regio. Daarom valt er nu geen landelijke maatstaf te geven voor deze kosten. Het is volgens de projectgroep wel mogelijk per regio aan te geven wat een gewenst volume aan zorg (per honderdduizend jongeren) moet zijn. Anders gezegd: voor hoeveel jeugdigen en hun opvoeders moet er vrij toegankelijke zorg zijn.

Onderzoeken tonen dat vijf tot zeven procent van de jeugdigen in hun groei naar volwassenheid op enig moment meer of minder ernstige problemen heeft. Dat is een cijfer dat alleen aangeeft wat men kan verwachten. Er zit echter verschil tussen wat men kan verwachten in de achttien jaar dat opgroeien officieel duurt en de werkelijke problemen. Het is mogelijk dat in een wijk in Den Helder het aantal jongeren dat zorg nodig heeft nu tien procent bedraagt. Een even grote wijk in Venlo heeft misschien op hetzelfde moment zorg nodig voor één procent van de jeugd.

De middelen voor het Bureau Jeugdzorg zijn nu op veel plaatsen niet voldoende om de toeleiding naar de niet-vrij toegankelijke zorg kwalitatief goed te doen. Er is zeker niet genoeg geld voor een pakket vrij toegankelijke zorg. Niet alleen de huidige ambulante jeugdhulpverlening heeft capaciteitsproblemen, ook de jeugdsecties van de RIAGG zitten krap.

De projectgroep Toegang acht het daarom wenselijk dat er per regio afspraken



komen over het volume dat er hoort te zijn (in geld) in het Bureau voor de taken die het Bureau krijgt opgedragen. Dat geld komt voor een deel uit de doeluitkering naar de provincies en kan voor een deel uit de gemeenten komen. De Bureaus Jeugdzorg maken dan over de besteding van de middelen weer afspraken met die financiers en over het werk met instellingen in het gemeentelijk circuit. Het is daarbij belangrijk duidelijk te maken hoeveel geld er is voor welke taak en hoeveel jeugdigen met dat geld ten minste worden geholpen. Er moet echter wel speelruimte zijn voor het Bureau om in de uitvoering van het werk desnoods per maand andere dingen te doen. Dat heeft een reden: iedereen wil dat het Bureau Jeugdzorg vraaggericht werkt. Vraag kan van jaar tot jaar, van maand tot maand veranderen. Bovendien moet het Bureau snel inspelen op lokale en regionale problemen om te zorgen dat zo min mogelijk jeugdigen in zwaardere zorg terecht komen. Dan moet de besteding niet worden dichtgespijkerd tot op de laatste cent.

*Overheden geven aan welke taken zij het Bureau opdragen en welk bereik het Bureau dient te hebben. In combinatie met het Kostenmodel is te berekenen wat het Bureau kost. (Zie deeladvies 6)*

Ook in de jeugdbescherming zijn zulke afspraken te maken. Het is alleen niet tevoren bekend hoeveel maatregelen kinderrechtters in een jaar zullen uitspreken. Het bedrag per maatregel is te berekenen en een ook verwachting over het aantal maatregelen kan men maken. Er zal echter altijd achteraf nog bekeken moeten worden of het zo is uitpakkt; maar dat gebeurt nu ook al. Langs deze wegen groeit er de komende jaren een betere kijk op de hoeveelheid zorg die er altijd moet zijn en de hoeveelheid zorg die af en toe extra nodig is.

De projectgroep Toegang heeft geen mening over de vraag wat de beste manier is om het te betalen (de financieringssysteem). Men kan al het werk in het Bureau ‘verrichting’ noemen en per verrichting betalen zoals in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gebeurt. Dan wordt tegelijk afgesproken hoeveel verrichtingen er jaarlijks worden gedaan in het werk.

Of men houdt de oude manier van financieren aan. Er wordt – door provincies en door gemeenten – een begroting gemaakt. Met zo’n begroting is duidelijk hoeveel jeugdigen en opvoeders ten minste zorg kunnen krijgen, en wat voor zorg dat ongeveer moet zijn. Op die manier blijft de huidige financiering bestaan, alleen komt er dan een afspraak bij over het aantal te helpen cliënten in de vrij toegankelijke zorg.

De scheidslijn van de twee systemen (verrichting en begroting) loopt nu juist dwars door het nieuwe Bureau heen. De jeugdsecties van de RIAGG (en de kinderen jeugdpsychiatrische voorzieningen) worden betaald vanuit de AWBZ. Dat kost zo’n honderd miljoen gulden voor de jeugdsecties alleen. De verrichtingen zijn vrij nauwkeurig omschreven en van een prijskaartje voorzien. In jeugdbescherming en ambulante jeugdhulpverlening gaat tussen de drie- en vierhonderd miljoen gulden om. Voor jeugdbescherming en niet-vrij toegankelijke zorg zijn normen afgesproken. De ambulante jeugdhulpverlening kent geen normen. Het is een politieke beslissing om tussen die twee financieringssystemen te kiezen.

De projectgroep Toegang is ervan overtuigd dat vernieuwing van het Bureau Jeugdzorg gepaard moet gaan met de vernieuwing van het achterliggende aanbod van niet-vrij toegankelijke zorg naar inhoud en financiering. Om de cliënt maatwerk te kunnen bieden, is de ontwikkeling van zorgprogramma's en een modulair gestructureerd aanbod voorwaarde.

Toewijzing van een cliëntgebonden budget is een mogelijkheid om het Bureau Jeugdzorg deel te laten zijn van een werkelijke vernieuwing van de jeugdzorg.

*De projectgroep Toegang vindt het nodig de vernieuwing van het Bureau Jeugdzorg te vergezellen van een vernieuwing van de inhoud en financiering van het achterliggende aanbod.*

Hoe men de jeugdzorg ook betaalt, het gaat erom dat die zorg een antwoord geeft op de vragen van jeugdigen en hun opvoeders. De keuzemogelijkheden en keuzevrijheid van jeugdige en opvoeders blijven de meetlat voor de kwaliteit van die vernieuwing. Het Bureau Jeugdzorg is een middel om dat te regelen. De deeladviezen geven aan hoe de projectgroep denkt dat dit concreet kan. In het laatste hoofdstuk geeft de projectgroep aan wat er nog allemaal aan implementatie en besluiten bij komt kijken. In die zin is het advies van de projectgroep Toegang in een al dertig jaar durend proces van verandering een briefkaart van reizigers onderweg.

## II. DEELADVIEZEN

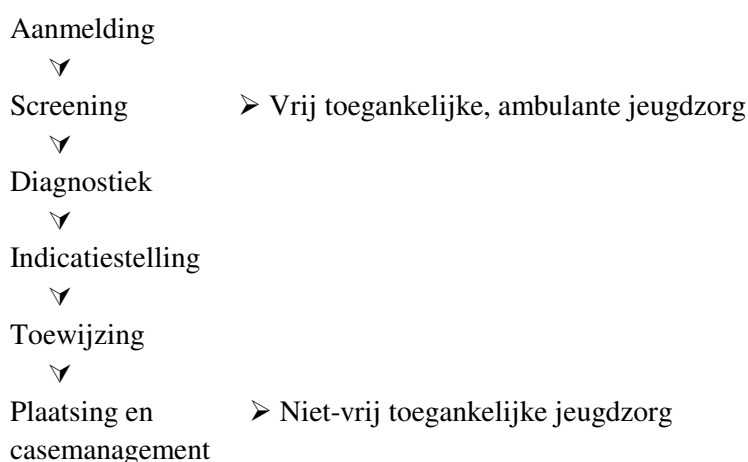


## Deeladvies 1. Toegang jeugdzorg: functies en systeemeisen

### 1.1 Basismodel jeugdzorg

In het regeeringsstandpunt in *Regie in de Jeugdzorg* (1994) is een model geschetst van een nieuwe, intersectorale toegang tot de jeugdzorg. Deze toegang is voor alle hulpvragers de poort naar het aanbod van de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming en de jeugd-ggz. Het model onderscheidt een aantal functies (zie figuur 1).

Figuur 1. Basismodel Toegang tot de jeugdzorg



Het model verdeelt de jeugdzorg in twee typen: vrij toegankelijke, ambulante jeugdzorg en niet-vrij toegankelijke jeugdzorg. Voor het inzetten van de vrij toegankelijke jeugdzorg (in het regeeringsstandpunt ‘eenvoudige ambulante hulpverlening’ genoemd) volstaat doorgaans een aanmelding en een screening of een zogeheten ‘prediagnose’. Onder de niet-vrij toegankelijke zorg (in het regeeringsstandpunt aangeduid als ‘samenhangende hulpverlening’) vallen de dure, langdurige, intensieve of specialistische hulpvormen. Aan de toekenning hiervan gaat een uitgebreider traject vooraf dat, na de aanmelding en de prediagnostiek, leidt tot een diagnose, een indicatiestelling en een formele toewijzing van de hulp.

### 1.2 Onderscheid vrij / niet-vrij toegankelijke zorg nader uitgewerkt

De projectgroep heeft het onderscheid tussen vrij en niet-vrij toegankelijke zorg gezocht in de verhouding van enerzijds de kosten van de uitvoering van de zorg en anderzijds de kosten van de toeleiding<sup>4</sup>. Een formeel toeleidingstraject van

---

<sup>4</sup> Zie Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen. *Vrij toegankelijke jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1997

diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing kost circa 3800 gulden. Deze kosten moeten in redelijke verhouding staan tot de kosten van de uit te voeren zorg. De projectgroep staat daarom de volgende verdeling voor.

- *Vrij toegankelijke jeugdzorg* bestaat uit ambulante hulpverleningsvormen (modules, programma's of trajecten), die gemiddeld per cliënt niet meer dan 4500 gulden kosten. Omgerekend in het aantal face-to-face contacten gaat het hier om ambulante hulpvormen met maximaal een duur van ongeveer vijftien contacten.

De hulpverlener stelt deze hulpvormen op grond van een aanmelding en een screening vrijelijk aan cliënten beschikbaar, zonder tussenkomst van het zorgtoewijzingsorgaan.

- Onder de *niet-vrij toegankelijke jeugdzorg* vallen de dure, langdurige, intensieve of specialistische hulpvormen: de pleegzorg, de daghulp, dag- en nachthulp, en ambulante zorgvormen die gemiddeld per cliënt meer dan 4500 gulden kosten.

Deze zorg wordt uitsluitend op grond van onderbouwde indicatiestelling en via een onafhankelijk, regionaal zorgtoewijzingsorgaan aan cliënten gegeven.

Om te bepalen of een hulpvorm, module, programma of traject vrij toegankelijk is, wordt berekend wat de gemiddelde kosten ervan per cliënt zijn. Het leeuwendeel van het ambulante aanbod valt op grond hiervan onder het vrij toegankelijke deel van de jeugdzorg. Dat geldt ook voor de hulpverlening die geboden wordt door de jeugdsecties van de RIAGG.

‘Vrij toegankelijk’ betekent niet dat de cliënt vrije toegang heeft tot de zorg of dat die zorg door de cliënt zonder meer opeisbaar is. De hulpverlener blijft de ‘poortwachter’. De projectgroep benadrukt dat aan de verstrekking van vrij toegankelijke jeugdzorg zorgvuldige afwegingen vooraf gaan. Bij de vrij toegankelijke hulp is altijd een vorm van (pre)diagnostische en indicerende oordeelsvorming aan de orde. Deze diagnostiek en indicatiestelling heeft echter geen formeel karakter. Vaak zijn het denkstappen die in of naar aanleiding van de screening worden uitgevoerd. Een kwaliteitssysteem in de instelling waarborgt de professionele besluitvorming.

De projectgroep laat de mogelijkheid open om per regio of per provincie af te spreken welke vormen van ambulante zorg onder de grens van 4500 gulden toch een formele zorgtoewijzing nodig hebben. Daarmee kan een deel van de lichtere ambulante zorg uit oogpunt van schaarste als niet-vrij toegankelijk worden aangemerkt. De projectgroep vindt het echter niet raadzaam dat regionale verschillen ontstaan op grond van inhoudelijke argumenten verbonden aan zeer specifieke werkvormen, omdat dit landelijk gezien leidt tot moeilijk verdedigbare verschillen in de mate waarin indicatie- en zorgtoewijzingscommissies medezeggenschap hebben over de aangewezen zorg. Dat doet volgens de projectgroep echter niets af aan het belang van de afbakening van de niet-vrij toegankelijke zorg met het oog op schaarste en kosten van deze zorg. Het besluit over de mate van ‘vrije’ toegankelijkheid van ambulante zorg staat regionaal in het perspectief van de zorgbehoefte en de beschikbare capaciteit.

### 1.3 De toeleidingsfuncties: uitwerkingen en aanvullingen

Per toegangsfunctie heeft de projectgroep Toegang de gehanteerde begrippen nader uitgewerkt. Tevens is het schema op onderdelen aangevuld. Voor wat betreft de functies die de toegang geven tot de vrij toegankelijke en de niet-vrij toegankelijke zorg ziet deze uitwerking er als volgt uit.

- *Advies en informatie*: dit zijn functies die worden uitgevoerd door zowel jeugdzorginstellingen als instellingen die door de gemeente worden gefinancierd in het kader van lokaal jeugdbeleid.
- *Consultatie en deskundigheidsbevordering*: deze functies zorgen voor een zodanige toerusting van verwijzers naar de jeugdzorg, dat zij specifieke problemen in een vroegtijdig stadium herkennen.
- De intakefase of de 'voorkeur' van de jeugdzorg omvat de functies *aanmelding en screening*. De screening leidt tot een eerste inschatting van de ernst en de omvang van de problematiek en de bijbehorende intensiteit van de hulpverlening.
- De functie *diagnostiek* geeft een nader onderbouwd beeld van de problematiek en de aangrijpingspunten voor een eventuele behandeling.
- *Indicatiestelling* leidt tot een uitspraak over welke vorm van niet-vrij toegankelijke hulp bij een cliënt op zijn plaats is. Daarbij is in ieder geval aangegeven welke hulp het meest wenselijk is en welke hulp minimaal noodzakelijk is. Op basis van de indicatiestelling neemt het toewijzingsorgaan een besluit over de uit te voeren hulp.
- Een *regionale instantie voor zorgtoewijzing* beslist uiteindelijk welke niet-vrij toegankelijke hulp de cliënt daadwerkelijk krijgt en welke voorziening verantwoordelijk is voor de uitvoering. In dit zorgtoewijzingsbesluit mag niet meer zorg toegekend zijn dan wat als meest wenselijk is geïndiceerd en niet minder dan wat als minimaal noodzakelijk is aangegeven. De bedoeling is dat de zorgtoewijzing zo veel mogelijk leidt tot een hulpaanbod dat in de indicatiestelling als meest wenselijk is aangemerkt. De uitvoerders hebben een acceptatieplicht: zij moeten de zorg uitvoeren die in het zorgtoewijzingsbesluit is vastgelegd.
- *Plaatsing* omvat volgens de projectgroep de concrete effectuering van de toewijzing in een vorm van niet-vrij toegankelijke hulp.
- Het *herindicatietraject* beantwoordt via evaluatieve diagnostiek en herindicatiestelling de vraag of de uitgevoerde, niet-vrij toegankelijke hulp wordt voortgezet, gewijzigd of beëindigd. Het traject wordt zo nodig afgerond met een nieuwe zorgtoewijzing en plaatsing in een vorm van vervolghulp.

Bij de uitvoering van elk van deze functies is de instemming van de cliënt vereist. Tot de toegangsfuncties rekent de projectgroep ten slotte ook het *casemanagement*. Dit omvat de activiteiten van de plaatser om te komen tot passende diagnostiek en indicatiestelling, begeleiding van de cliënt, opstellen van het hulpverleningsplan, effectuering van de toegewezen zorg, bewaking van continuïteit en samenhang, evaluatie en herindicatie.

#### 1.4 Regionale zorgtoewijzing: knooppunt vraag en aanbod<sup>5</sup>

In de opzet van de nieuwe toegang tot de jeugdzorg heeft de zorgtoewijzing een belangrijke sleutelfunctie. Het biedt de koppeling tussen vraag en het niet-vrij toegankelijke aanbod. In de diagnostiek is de problematiek geanalyseerd (wat is er aan de hand) en in de indicatiestelling staat wat de aangewezen hulp is (wat moet er aan de problematiek gedaan worden). Op basis van die indicatiestelling neemt het toewijzingsorgaan een besluit over de uit te voeren hulp. In het toewijzingsbesluit worden de mogelijkheden van het beschikbare aanbod betrokken, maar die mogelijkheden zijn niet doorslaggevend.

Het toewijzingsbesluit geeft aanbieders van zorg een acceptatieplicht. De aanbieders kunnen op grond van eigen overwegingen (van welke aard ook) geen cliënten weigeren. Op deze wijze bepaalt de vraag het aanbod.

Naast deze taak - toewijzing van zorg - heeft het orgaan aanvullende taken:

- *procedurele toetsing van diagnostiek en indicatiestelling*. Het orgaan toetst of de voorafgaande informatieverzameling is verlopen conform de vereisten. Dit is een procedurele toets, geen inhoudelijke.
- *bepaling van de urgentie van cliënten onderling*. Het toewijzingsorgaan moet bepalen welke cliënt het meest urgent hulp nodig heeft, in het geval twee of meer cliënten in aanmerking komen voor eenzelfde aanbod waarvoor slechts één plaats beschikbaar is.
- *signalering van discrepanties tussen vraag en aanbod*. Ten slotte is - op basis van registratie - het toewijzingsorgaan een bron van beleidsinformatie over de afstemming van het regionale aanbod op de vraag. Immers, naarmate de geïndiceerde minimaal noodzakelijke hulp minder vaak te leveren blijkt, en tegelijkertijd een beperkt beroep wordt gedaan op wel beschikbare capaciteit, ligt het voor de hand regionale middelen anders in te zetten.

De voorzitter van het toewijzingsorgaan is onafhankelijk. Een of meer vaste medewerker(s) moet(en) zorgdragen voor een adequate bereikbaarheid van het orgaan tijdens kantooruren. Tot deze categorie medewerkers hoort een functionaris (bijvoorbeeld een secretaris) die de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het zorgtoewijzingsorgaan in snel handelen kan vertalen.

Tevens bestaat het orgaan uit een kleine groep van deskundigen die de urgentiebepalingen en doelmatigheidstoets verrichten. Zij worden aangezocht op hun vermogen dossiers onderling te kunnen afwegen op de urgentie van de zorgvraag, met inachtneming van onder meer jeugdbeschermingsaspecten of ernstig psychiatrische problematiek. Bovendien moeten zij in staat zijn te controleren of de doelmatigheidstoets inhoudelijk afdoende is gedekt en, waar nodig, deze aan te vullen. De groep voert geen inhoudelijke discussies over de kwaliteit van de diagnostiek en de indicatiestelling tenzij daar procedurele of aperte, inhoudelijke gebreken in zijn aan te wijzen.

---

<sup>5</sup> Voor een uitgebreide bespreking zie Yperen, T.A. van, R.A. van der Schaft en P.H. Nota. *Zorgtoewijzing. Knooppunt van vraag en aanbod*. Utrecht: NIZW, 1999



De praktijk zal leiden tot het ontstaan van een taakverdeling en een werkroutine in de zorgtoewijzing die na verloop van tijd het proces doet versnellen. De projectgroep blijft daarom van mening dat alle aanvragen voor niet-vrij toegankelijke zorg het orgaan passeren. Zonder dat kan het stelsel geen verantwoording afleggen over de vraag of de schaarse zorg terecht is gekomen bij de jeugdige die daar op dat moment behoefte aan had.

## 1.5 Casemanagement: regie op individueel niveau

### *1.5.1 Inleiding*

Casemanagement in de toegang tot de jeugdzorg moet volgens de projectgroep op twee manieren worden opgevat: als basisfunctie in het toeleidingstraject naar vormen van niet-vrij toegankelijke zorg, en als variant of module van vrij toegankelijke ambulante hulpverlening. Beide soorten casemanagement maken deel uit van het reguliere aanbod van het Bureau Jeugdzorg. Door de beide soorten te combineren, ontstaat een plusvariant van casemanagement, voor cliënten die een uitgebreidere vorm van begeleiding, ondersteuning of hulp nodig hebben als overbrugging naar of in combinatie met een vorm van geïndiceerde jeugdzorg. Het werk van (gezins)voogden bestaat in de opvatting van de projectgroep Toegang uit deze plusvariant van casemanagement, maar dan in een specifieke juridische context (zie deeladvies 2)

### *1.5.2 Casemanagement als basisfunctie in het toeleidingstraject*

Casemanagement als basisfunctie is voor iedere cliënt beschikbaar die op grond van de screening wordt doorgeleid binnen het Bureau Jeugdzorg naar toewijzing en plaatsing in de niet-vrij toegankelijke hulp. De casemanager is hierbij de gids voor de cliënt. De casemanager voert daarbij alle activiteiten van de plaatser uit om te komen tot een passende diagnostiek en indicatiestelling, voor de effectuering en evaluatie van de toegewezen zorg, en voor de bewaking van continuïteit en samenhang op het niveau van de individuele cliënt. Binnen de basisfunctie onderscheiden we vijf basistaken:

- *Beoordelen: inschatten van de zorgbehoefte van de cliënt.*  
De casemanager levert hieraan zelf een bijdrage aan het op systematische wijze inschatten van de zorgbehoefte van de cliënt, en zorgt voor een met passende (aanvullende) diagnostiek onderbouwde indicatiestelling. Daarvoor schakelt hij zo nodig gedragswetenschappers en andere specialisten in. In de indicatiestelling is aangegeven wat er met de cliënt aan de hand is, en welke zorg als respectievelijk meest wenselijk en minimaal noodzakelijk is te beschouwen (de bandbreedte).
- *Plannen: opstellen van een samenhangend hulpverleningsplan.*  
De casemanager is verantwoordelijk voor de totstandkoming van een samenhangend globaal hulpverleningsplan. Het basismateriaal hiervoor bestaat uit de indicatiestelling en het toewijzingsbesluit. In het toewijzingsbesluit is vastgelegd op welke zorg de cliënt aanspraak kan maken. Het besluit vormt het kader voor het globale hulpverleningsplan.

- *Schakelen: regelen van het benodigde zorgaanbod.*  
Voorafgaand aan het toewijzingsbesluit behartigt de casemanager het belang van zijn cliënt door te trachten de (volgens de indicatiestelling) meest aangewezen zorg toegewezen te krijgen. Naarmate de frictie tussen vraag en aanbod groter is, neemt de zwaarte van dit onderhandelingsmoment toe, en ook de frequentie van dit soort momenten.  
Met het toewijzingsbesluit in de hand kan de casemanager plaatsing in de toegewezen vorm van geïndiceerde jeugdzorg effectueren.
- *Volgen: bewaken van de voortgang en de samenhang van de hulp.*  
De casemanager doet dit gedurende het toeleidingstraject naar geïndiceerde zorg (tot en met plaatsing), en op afstand tijdens de uitvoering van die zorg, op voorwaarde dat in deze coördinerende taak voorzien is door de aanbieder van de geïndiceerde zorg. Is dat niet het geval, dan is de casemanager de eerst aangewezen voor het bewaken van de continuïteit tijdens de uitvoering.
- *Toetsen: evaluatie van de hulp en aangeven van het vervolg.*  
De casemanager maakt bij plaatsing afspraken met de uitvoerder van de toegewezen zorg over het moment en de wijze waarop de geleverde hulp wordt geëvalueerd. Deze evaluatie is grondslag voor de herindicatie, die steeds na zes maanden wordt uitgevoerd. De besluitvorming over de herindicatie is vanuit het toewijzingsorgaan in principe gedelegeerd naar de casemanager. De casemanager meldt voortzetting, wijziging of beëindiging van de hulp bij het toewijzingsorgaan.

### 1.5.3 Casemanagement en de cliënt

Gedurende het toeleidingstraject krijgt de cliënt mogelijk te maken met andere hulpverleners, in het bijzonder met gedragswetenschappers en (medisch) specialisten ten behoeve van aanvullende diagnostiek. Anders dan aanmelding en screening worden deze functies in de praktijk vaak regionaal meer geconcentreerd uitgevoerd, dus niet steeds in de directe omgeving van de cliënt. Wanneer de toeleiding resulteert in zorgtoewijzing en plaatsing, krijgt de cliënt opnieuw te maken met aansluitings- en overdrachtsmomenten, die het risico van discontinuïteit en gebrek aan samenhang met zich meebrengen. Vooral bij kwetsbare ('moeilijk plaatsbare') cliënten kan dit leiden tot voortijdige beëindiging van de hulp.

De casemanager begeleidt de cliënt gedurende het toeleidingstraject, en informeert hem over de resultaten van screening, diagnostiek en indicatiestelling, en over het toewijzingsbesluit. De casemanager vraagt de cliënt om diens instemming op momenten dat zulks vereist is. De casemanager beheert het cliëntdossier, en is verantwoordelijk voor de totstandkoming van de indicatiestelling en het globale hulpverleningsplan.

Gedurende het toeleidingstraject is de casemanager eerste aanspreekpunt voor de cliënt (en diens omgeving). Naast het bieden van informatie is er in de basisvariant van casemanagement beperkte ruimte voor begeleiding en (pedagogische) advisering. In combinatie met casemanagement als vorm van vrij toegankelijke, ambulante hulp ontstaat er ruimte voor intensievere ondersteuning.

Indien de toegangsfuncties conform de vastgestelde systeemeisen worden uitgevoerd, dan komt het minimaal noodzakelijk aantal face-to-face contacten tussen casemanager en cliënt op ten minste vier. In het *eerste contact* vindt de kennismaking plaats, worden de resultaten van screening besproken, geeft de casemanager informatie over het vervolgtraject, de klachtenregeling en de eventuele cliëntenvertrouwenspersoon, en worden vervolgafspraken gemaakt ten behoeve van aanvullende diagnostiek en indicatiestelling. Overigens hoeft niet te worden uitgesloten dat de casemanager ook de aanmelding en de screening voor zijn rekening heeft genomen, waarmee de continuïteit voor de cliënt is bevorderd. In de praktijk is dit alleen niet in alle gevallen mogelijk. In het *tweede contact* worden de resultaten van diagnostiek en indicatiestelling besproken en geeft de casemanager informatie over de mogelijkheid van second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise. De casemanager vraagt de cliënt om instemming met de indicatiestelling, informeert over het vervolgtraject en maakt een afspraak voor het vervolcontact. In het *derde contact* bespreekt de casemanager het toewijzingsbesluit en het daarop gebaseerde globale hulpverleningsplan met de cliënt, en informeert hem over de mogelijkheid van een bezwaarschrift en herindicatie. Als dat mogelijk is, geeft de casemanager informatie over de opnemende voorziening, eventuele financiële consequenties en de rechtspositie van de cliënt. In dit contact of in een eventueel extra (niet noodzakelijkerwijs face-to-face) contact wordt de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger gevraagd in te stemmen met plaatsing in de toegewezen voorziening, module of programma. Het *vierde contact* is de feitelijke plaatsing en daarmee de overdracht van een deel van de (coördinerende) taken van de casemanager naar de behandelings- of zorgcoördinator van de uitvoerende voorziening. Voor de cliënt is dit de kennismaking met de verblijfs- of behandelsetting en met de mensen die daarbij horen.

Na plaatsing volgt de casemanager de uitvoering van de toegewezen zorg, en is verantwoordelijk voor de evaluatie en herindicatiestelling. Evaluatie van de geleverde hulp vindt plaats met betrokkenheid van de cliënt. Op die momenten, minimaal halfjaarlijks, is er dus een vervolcontact tussen casemanager en cliënt. Gedurende de uitvoering van de toegewezen zorg is de casemanager op afroep beschikbaar voor zowel cliënt als behandelaar. Dit kan nodig zijn bij wijzigingen in de situatie van de cliënt, voortijdige beëindiging van de hulp of veranderde opvattingen van de behandelaar over de meest aangewezen zorg (buiten het kader van het toewijzingsbesluit).

#### *1.5.4 Casemanagement als ambulante ondersteuningsvorm*

Aanvullend op het casemanagement als basistaak in het toeleidingstraject kan aan de cliënt vanuit de toegang extra ondersteuning worden geboden. Dit is per definitie van toepassing in geval van maatregelhulp, waar ondersteuning en belangenbehartiging plaatsvinden op grond van de wettelijke verantwoordelijkheid van de (gezins)voogd voor de cliënt.

Intensievere vormen van ondersteuning door de casemanager zijn noodzakelijk als

het uitvalrisico hoog is. Inschatting van de noodzaak van aanvullend casemanagement is gebaseerd op de combinatie van de mogelijkheden en vermogens van de cliënt, de situatie van de cliënt en de complexiteit en duur van het traject na de screening. Vormen van ondersteuning zijn het begeleiden, motiveren en adviseren van de cliënt en het behartigen van diens belangen. Begeleiding is aangewezen als de cliënt mogelijk of waarschijnlijk niet met alleen minimale ondersteuning (basistaak casemanagement) in staat is zijn weg door de toegang te vinden. Begeleiding kan zich richten op de jeugdige zelf, maar ook opvoeders of andere betrokkenen uit de sociale omgeving van de cliënt. Het kan in de praktijk nodig zijn de cliënt voortdurend te motiveren voor hulp in de periode voorafgaand aan toewijzing en plaatsing in een vorm van geïndiceerde zorg, bijvoorbeeld omdat termijnen als (te) lang worden ervaren of worden overschreden. De bemoeienissen van de casemanager met de cliënt en diens omgeving zijn erop gericht voortijdige uitval te voorkomen. Daarnaast kan het nodig zijn tijdens de toeleidingsfase reeds met interventies te starten, omdat de situatie of de problematiek van de cliënt daarom vraagt. Ook hier kan de duur van het toeleidingstraject een rol spelen. Pedagogische adviesgesprekken met de cliënt, opvoeders of sociale omgeving zijn mogelijke interventies. Behandeling behoort niet tot het takenpakket van de casemanager, maar de activiteiten van de casemanager kunnen wel een rol spelen in een behandelingsstrategie. Ten slotte kan belangenbehartiging aan de orde zijn, in het bijzonder externe belangenbehartiging. Gedacht moet dan worden aan toeleiding naar onderwijs of arbeid, of het regelen van huisvesting of inkomen.

Genoemde activiteiten zijn in principe bestanddelen van een module vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg, waarvoor een gemiddelde prijs geldt van minder dan 4500 gulden per cliënt. Deze module kan los van het casemanagement worden aangeboden, bijvoorbeeld in de vorm van leun-en-steun-contacten voor moeilijk bereikbare jeugdigen. Worden deze activiteiten echter door dezelfde functionaris aangeboden als degene die de basisfunctie casemanagement uitvoert, dan wordt daarmee een zogeheten plusvariant van casemanagement gevormd. Bij hulpverlening in een justitieel kader wordt deze plusvariant per definitie aangeboden.

## 1.6 Systeemeisen toegangsfuncties

### *1.6.1 Algemene systeemeisen*

De toeleiding tot de zorg verloopt zoals gezegd via een aantal functies: aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing en plaatsing. Voor deze functies zijn door de projectgroep in 1997 definities en minimale kwaliteitseisen ('systeemeisen') voor de uitvoering van de functies geformuleerd. Vanaf dat moment zijn er enkele aanvullingen en wijzigingen voorgesteld. In het onderstaande worden de systeemeisen per functie weergegeven. Aanvullingen die gelden bij crisisinterventies en bij buiten- en bovenregionale plaatsingen komen in

aparte paragrafen aan de orde. Aanvullende eisen met het oog op de jeugdbescherming en de jeugd-ggz komen in respectievelijk deeladvies 2 en 3 aan bod.

#### Systeemeisen voor de functie *Aanmelding*

Onder aanmelding wordt verstaan: ieder signaal van een minderjarige, diens opvoeders, de niet-professionele omgeving van jeugdige en opvoeders en beroepsbeoefenaren die bij de jeugdige en diens opvoeders zijn betrokken.

De aanmelding beoogt: een gewogen oordeelsvorming over het signaal.

De aanmelding leidt tot:

- het verrichten van een pre-diagnose/screening binnen vijf werkdagen na het eerste contact;
- terug- of doorverwijzing naar vormen van niet-geïndiceerde zorg binnen 24 uur waartoe advies en consultatie worden gerekend;
- crisisinterventie binnen twee uur;
- beëindiging van het contact.

De aanmelding is mogelijk:

- telefonisch gedurende kantooruren (08.30 - 17.00 uur);
- in persoon gedurende kantooruren alsmede gedurende twee uren in een vooravond;
- op een locatie die binnen maximaal 45 minuten is te bereiken gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige of diens opvoeders;
- 365 dagen per jaar gedurende 24 uur per dag in geval van crisisinterventie.

Bij een aanmelding worden vastgelegd:

- de personalia van de jeugdige en/of opvoeders;
- de reden tot aanmelding;
- het advies of besluit dat de cliënt wordt gegeven;
- de afspraken met de verwijzer/jeugdige en/of opvoeders.

Bij een aanmelding wordt informatie verstrekt over:

- privacy-regelingen;
- klachtrecht;
- de te volgen procedures.

#### Systeemeisen voor de functie *Screening (pre-diagnose)*

Onder screening wordt verstaan: een eerste analyse van de hulpvraag op een wijze die voldoet aan de eisen van de betrokken beroepsgroepen.

De screening beoogt:

- een gewogen oordeel over het vervolgaanbod;
- een intersubjectief oordeel over de besluitvorming tot crisisinterventie.

In het gewogen oordeel wordt specifiek omschreven of AWBZ-verstrekingen passen bij de hulpvraag. Het aanbod wordt daarmee getoetst op doelmatigheid.

De screening leidt tot:

- verwijzing naar vormen van hulp-, zorg- of dienstverlening buiten de geïndiceerde jeugdzorg;
- eenvoudige/kortdurende ambulante hulp binnen vijf werkdagen na afronding van de screening;
- aanwijzing van een diagnostisch arrangement;
- uitvoering van een diagnostisch (basis)arrangement binnen tien werkdagen na afronding van de screening;
- besluit tot crisisinterventie;
- geen verdere activiteiten.

De screening moet mogelijk zijn:

- binnen ten hoogste drie contacten in een periode van tien werkdagen;
- op een locatie die binnen 45 minuten met openbaar vervoer is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders;
- binnen tien dagen na aanvang van een crisisinterventie.

Het screeningsproces verloopt met betrokkenheid van de cliënt.

De resultaten van de screening worden met de cliënt besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

Bij een screening worden vastgelegd:

- het advies of besluit dat de cliënt wordt aangereikt op basis van het vastgelegde gewogen oordeel;
- afspraken over vervolgtrajecten;
- de voorziening of persoon die verantwoordelijk is voor het contact met de jeugdige en/of diens opvoeders in het vervolgtraject;
- het besluit tot crisisinterventie en melding daarvan bij het zorgtoewijzingsorgaan.

#### Systeemeisen voor de functie *Diagnostiek*

Onder diagnostiek wordt verstaan: het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en het cliëntsysteem, waarin de hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, alsook de

aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband zijn gebracht.

De diagnostiek beoogt met professionele distantie een beeld te scheppen dat een beargumenteerd oordeel over de benodigde hulpverlening mogelijk maakt.

De diagnostiek moet mogelijk zijn:

- op een locatie die goed is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders;
- voor alle hulpvragen van jeugdigen en hun opvoeders, op grond van adequaat aangeleverde gegevens;
- binnen dertig werkdagen, gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek.

Het proces verloopt voor de cliënt inzichtelijk. Vóór de aanvang van de diagnostiek wordt de cliënt:

- schriftelijke informatie verschaft over de procedure van de diagnostiek, de indicatiestelling en de toewijzing;
- uitleg gegeven van het (juridisch) kader waarbinnen het onderzoek wordt verricht;
- gewezen op het feit dat verslaglegging wordt gedaan in het cliëntdossier;
- gewezen op rechten zoals inzagerecht en recht op een second opinion.

Op onderdelen volgt een herhaling en/of uitbreiding van informatie.

Het diagnostisch proces verloopt voorts:

- met betrokkenheid van de cliënt;
- onafhankelijk en geobjectiveerd, ondersteund met volgens professionele maatstaven deugdelijke methoden en middelen;
- integratief: gericht op het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp en voor zover nodig multidisciplinair, multidimensioneel en vanuit verschillende referentiekaders.

De diagnostiek leidt tot een in een rapport vastgelegde *diagnose* die een professioneel onderbouwde omschrijving bevat van het gevormde beeld en die de informatie aanreikt voor de besluitvorming over de al dan niet benodigde hulpverlening binnen alle vormen van jeugdzorg.

De resultaten worden met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de diagnose besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- de vraagstellingen die centraal staan;
- voor zover van toepassing: de samenstelling van en de taakverdeling binnen het diagnostisch team;
- de methoden en middelen die gehanteerd zijn;
- het verloop van het proces, inclusief een heldere datering van de activiteiten;
- de resultaten, inclusief de diagnose;
- de argumenten en contra-argumenten die tot de diagnose hebben geleid;
- de geldigheidsduur van de diagnose;
- het resultaat van de bespreking van de diagnose met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

Aan de plaatser wordt standaard op initiatief van de diagnosticus verslag gedaan van het onderzoek, de bevindingen en de geldigheidsduur daarvan.

In de omgang met de cliëntgegevens worden de wettelijke en eventuele instellingsspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzagerecht en het instemmingsrecht in acht genomen.

#### Systeemeisen voor de functie *Indicatiestelling*

Onder indicatiestelling wordt verstaan: het, op basis van de verzamelde en geïnterpreteerde diagnostische gegevens, op onafhankelijke en geobjectiveerde wijze vaststellen welk hulpaanbod geëigend is naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie.

De indicatiestelling beoogt tot een geobjectiveerd (op expliciete argumenten gebaseerd, navolgbaar, intersubjectief getoetst) oordeel te komen over de vraag of een hulpaanbod geëigend is en, zo ja, welk doel die hulp moet dienen en in welke vorm de hulp moet worden geboden.

De indicatiestelling moet mogelijk zijn:

- op een locatie die goed is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders, indien de cliënt bij de indicatiestelling in aanwezigheid gehoord wordt;
- voor alle hulpvragen, nadat de voor de indicatiestelling benodigde informatie is verzameld;
- voor alle vormen van jeugdzorg;
- binnen dertig werkdagen, gerekend vanaf de start van de uitvoering van de functie diagnostiek.

Het proces van indicatiestelling verloopt:

- met betrokkenheid van de cliënt;
- onafhankelijk en geobjectiveerd, ondersteund met volgens professionele maatstaven deugdelijke methoden en middelen en via een procedure van



intercollegiale of multidisciplinaire toetsing.

- integratief: gericht op het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp en voor zover nodig multidisciplinair en vanuit verschillende referentiekaders.

De resultaten worden met de cliënt zo spoedig mogelijk na het vaststellen van de indicatie besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

De indicatiestelling leidt tot een rapport, waarin minstens zijn opgenomen:

- een rapport over het diagnostisch proces (met vermelding van de vraagstellingen, de samenstelling en taakverdeling van het diagnostisch team, de gehanteerde methoden en middelen, het verloop van het proces en de diagnose waarop de indicatiestelling is gebaseerd);
- een uitspraak over de vraag of hulp al dan niet nodig is en, in het eerste geval,
  - \* welk(e) doel(en) die hulp globaal moet dienen;
  - \* welke geëigende vorm(en) van hulpverlening in het licht van dat doel of die doelen geboden zou(den) moeten worden;
  - \* welke alternatieve vorm(en) van hulpverlening aangewezen zijn, mocht(en) de vorm(en) die grotere voorkeur genieten niet voorhanden zijn, en welke hulp minimaal noodzakelijk wordt geacht;
- indien geen hulp van niet-vrij toegankelijke aard geboden is, uitspraken over het meest aangewezen vervolgtraject voor de cliënt en de alternatieven die in dat geval voorhanden zijn;
- uitspraken over de termijn(en) waarop de hulp beschikbaar moet zijn;
- het resultaat van de bespreking van de indicatiestelling met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- welke personen en disciplines bij de indicatiestelling zijn betrokken;
- wat het verloop is van het proces, met een heldere datering van de activiteiten;
- datgene wat in het rapport van de indicatiestelling is vermeld;
- welke argumenten en contra-argumenten er zijn in de overwegingen die tot de indicatie hebben geleid;
- de geldigheidsduur van de indicatiestelling, met een maximum van twee maanden.

Aan de plaatser wordt standaard op initiatief van de indicatiesteller verslag gedaan van de indicatiestelling, de bevindingen en de geldigheidsduur daarvan.

In de omgang met de cliëntgegevens worden de wettelijke en eventuele instellingsspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzage-recht en het instemmingsrecht in acht genomen.

### Systeemeisen voor de functie Toewijzing

Onder toewijzing wordt verstaan het koppelen van de indicatiestelling aan een concreet te leveren zorgpakket.

De toewijzing beoogt:

- voorafgaand aan het overleg met de uitvoerende voorzieningen te toetsen of het rapport van de indicatiestelling aan de systeemeisen voldoet, en te bepalen wat de urgentie van de casus is ten opzichte van de andere casus waarvoor een aanbod moet worden gecreëerd;
- vervolgens in overleg/onderhandeling met uitvoerende voorzieningen een optimale koppeling tot stand te brengen tussen de geïndiceerde hulp en de uit te voeren hulp.

Bij de zorgtoewijzing van een AWBZ-verstrekking vindt de voor die verstrekking vereiste doelmatigheidstoets plaats.

De toewijzing moet mogelijk zijn:

- voor alle geïndiceerde hulpvragen, die volgens de systeemeisen van de indicatiestelling tot stand zijn gekomen;
- centraal, voor alle vormen van jeugdzorg;
- binnen ten hoogste dertig werkdagen na het in werking treden van de functie diagnostiek.

De zorgtoewijzing verloopt:

- onafhankelijk en inzichtelijk, ondersteund met deugdelijke middelen;
- rekening houdend met het belang van geïntegreerde (samenhangende) hulp.

Ten aanzien van de positie van de patiënt geldt bij de zorgtoewijzing in het algemeen het volgende<sup>6</sup>:

- de voorkeur van de cliënt (of de wettelijk vertegenwoordiger) moet zijn gewogen in de indicatiestelling, en als zodanig onderdeel vormen van het dossier dat het zorgtoewijzingsorgaan ter besluitvorming krijgt voorgelegd;
- het zorgtoewijzingsorgaan dient uit te gaan van de rangorde in de alternatieven voor de indicatiestelling, die mede zijn bepaald op grond van voorkeur van de cliënt;
- indien men bij de toewijzing moet kiezen tussen gelijkwaardige alternatieven, is de stem van de cliënt (bij niet-vrijwillige hulpverlening: de gezagsdrager van de jeugdige) doorslaggevend.

Onder gelijkwaardige alternatieven worden in dit verband verstaan, alternatieven die:

---

<sup>6</sup> Zie ook protocol cliënten met vermoedelijk ernstige psychiatrische problematiek.

- \* van een zelfde rangorde zijn in de prioritering van de alternatieven in de indicatiestelling;
- \* of van een verschillende rangorde zijn, maar waarvan de cliënt zijn of haar positie op een eventuele wachtlijst van elk alternatief afzonderlijk accepteert.

De toewijzing leidt tot een samenhangend hulpaanbod:

- dat voor de cliënt naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie als geëigend geïndiceerd is of dat in het geval de geëigende zorg niet beschikbaar is, volgens de alternatieven en de rangorde van de indicatiesteller zo dicht mogelijk bij de geëigende optie ligt, doch niet minder omvat dan de in de indicatiestelling als minstens noodzakelijk aangegeven hulp;
- dat is vastgelegd in een schriftelijk rapport over de te verlenen hulp, gespecificeerd naar de aard (doelstelling), inhoud en de omvang van de hulp, met vermelding van de locatie, de geplande datum van plaatsing, de noodzakelijk geachte periode van uitvoering en de datum en procedure van herindicatie en/of evaluatie;
- voor een maximale periode van hulp voor zes maanden;
- dat zo goed als mogelijk geaccepteerd wordt door de cliënt en als werkbaar wordt geacht door de uitvoerende voorziening(en);
- waarvan de uitvoering in de voorziening(en) binnen ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling kan worden gerealiseerd.

Met de cliënt worden zo spoedig mogelijk na het vaststellen van het toewijzingsbesluit de resultaten doorgesproken.

Tegen het besluit van het zorgtoewijzingsorgaan kan de cliënt achteraf beroep aantekenen.

Bij de toewijzing wordt in het cliëntdossier vastgelegd:

- welk alternatief dat geformuleerd is in de indicatiestelling via de toewijzing is gerealiseerd;
- welke personen en disciplines bij de toewijzing zijn betrokken;
- wat het verloop is van het proces, inclusief een heldere datering van de activiteiten;
- hoe de toewijzing luidt;
- welke argumenten en contra-argumenten er zijn in de overwegingen die tot de toewijzing hebben geleid;
- het resultaat van de bespreking van de toewijzing met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten;
- de geldigheidsduur van de toewijzing;
- wie de verantwoordelijke aanbieder(s) is (zijn);
- wie de verantwoordelijke plaatsende instantie/casemanager is.

Aan de plaatser en de uitvoerende voorziening(en) wordt standaard op initiatief van het toewijzingsorgaan verslag gedaan van de toewijzing.

### Systemeisen voor de functie *Plaatsing*

Onder plaatsing wordt verstaan: de aanmelding van een jeugdige bij een uitvoerder van geïndiceerde jeugdzorg.

De plaatsing beoogt: levering aan de cliënt van de hem (of haar) toegewezen zorgvarianten of -programma's.

De plaatsing leidt tot:

- uitvoering van toegewezen zorgvarianten of -programma's.

Een plaatsing kan alleen dan plaatsvinden als voorzien is in:

- een vastgelegde acceptatie door aanbieder(s) van zorgvarianten of -programma's;
- uitvoering ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling;
- een rapportage waarin opgenomen de diagnostische bevindingen, de indicatiestelling, het oordeel van de cliënt hierover, een samenhangende beschrijving op hoofdlijnen van de doelen en de aard van de geïndiceerde zorg, en het besluit van de instantie belast met de toewijzing;
- aanwijzing van een casemanager als (eind)verantwoordelijke voor de zorglevering;
- een vastgelegde instemming met de plaatsing van de jeugdige en/of diens opvoeders/gezagdragers.

Bij plaatsing worden (op gestandaardiseerde wijze) vastgelegd:

- datum aanvang zorglevering;
- afspraken met de jeugdige en/of diens opvoeders (c.q. degene die het gezag over de jeugdige uitoefent);
- afspraken met de betrokken aanbieder(s) van geïndiceerde zorgvarianten of zorgprogramma's over ten minste de wijze van tussentijdse evaluatie, wijziging of beëindiging van het hulpaanbod;
- afspraken met een casemanager, in ieder geval over diens specifieke taken en bevoegdheden.

Informatie wordt verstrekt over:

- profiel van de opnemende voorziening;
- procedures;
- ouderbijdrageregelingen;
- rechtspositie van de jeugdige en/of diens opvoeders (inclusief privacyvoorschriften en klachtenregeling).

### Systemeisen voor het Herindicatietraject

Onder het herindicatietraject wordt verstaan: de functies ‘diagnostiek’, ‘indicatiestelling’, ‘toewijzing’ en ‘plaatsing’ die worden ingezet in het kader van de vraag wat het resultaat is van de eerder ingezette vorm van hulp en of de hulp kan worden beëindigd of moet worden gecontinueerd en, in geval van continuering, met welk doel en in welke vorm dat moet gebeuren.

Het herindicatietraject beoogt: een kwaliteitsoordeel over de verleende hulp mogelijk te maken en een antwoord te geven op de vraag of de niet-vrij toegankelijke hulp kan worden beëindigd of moet worden voortgezet.

Bij het toewijzingsbesluit is bepaald op welke wijze het herindicatietraject bij een casus dient te verlopen. Op regionaal niveau worden afspraken gemaakt over de varianten die daarbij mogelijk zijn en welke systeemeisen daarvoor gelden. Minstens worden daarbij de volgende eisen gehanteerd.

Het herindicatietraject moet mogelijk zijn:

- gedurende de uitvoering van de hulpverlening, of anders met een zo kort mogelijke onderbreking van de hulp;
- binnen een tijdsbestek van maximaal dertig werkdagen.

Minstens wordt een procedure gevolgd waarin de uitvoerende voorziening schriftelijk rapport uitbrengt over de verleende hulp en de resultaten en de casemanager/plaatser:

- op grond van het rapport van de uitvoerende voorziening een herindicatie stelt;
- de herindicatie aan een intersubjectieve toetsing onderwerpt;
- de verdere besluitvorming pleegt inzake de continuering van de hulp;
- de resultaten van het herindicatietraject verantwoordt aan de instantie die belast is met de zorgtoewijzing.

De resultaten worden met de cliënt zo spoedig mogelijk na het afronden van verschillende onderdelen besproken, voor zover dit naar professionele maatstaven niet tot nadeel van de cliënt leidt en voor zover de persoonlijke levenssfeer van een ander daarmee niet wordt geschaad.

De cliënt kan een verzoek indienen voor een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise.

In het geval van een ondertoezichtstelling kan de gezinsvoogdij-instelling een verzoek indienen voor een second opinion, aanvullend onderzoek of een contra-expertise. Gezien de wettelijke verantwoordelijkheden van de gezinsvoogdij-instelling in het kader van een OTS - en omdat de gezinsvoogdij-instelling in de meeste gevallen tevens optreedt in de rol van plaatser/casemanager - dient aan dit verzoek te worden voldaan.

Bij voogdijen kan tevens de jongere van zestien jaar of ouder en kunnen ook de pleegouder(s) een verzoek indienen.

Het herindicatietraject leidt tot een rapport waarin minstens zijn opgenomen:

- een evaluatief oordeel over de kwaliteit van het hulpproces en het resultaat daarvan;
- een herindicatie, met daarin een antwoord op de vraag of de niet-vrij toegankelijke vorm van zorg niet of wel voortgezet moet worden en, in het laatste geval, of voortzetting van het reeds ingezette hulpverleningstraject geëigend is, dan wel welke bijstellingen of andere vorm(en) van hulpverlening geboden zijn;
- indien beëindiging van niet-vrij toegankelijke hulp is geïndiceerd, een advies over het vervolgtraject;
- indien voortzetting van de niet-vrij toegankelijke hulp is geïndiceerd, een toewijzingsbesluit;
- het resultaat van de bespreking(en) met de cliënt, een eventueel gedaan verzoek voor een second opinion, aanvullend onderzoek of contra-expertise en de daaropvolgende handelingen en besluiten.

In het cliëntdossier wordt vastgelegd:

- een beschrijving van het gevolgde herindicatietraject;
- datgene wat in het rapport van het herindicatietraject is vermeld.

Aan de plaatsers, de wettelijke vertegenwoordigers en, voor zover mogelijk, de jeugdige, als ook aan de uitvoerende voorziening, wordt standaard op initiatief van de met het traject belaste instantie(s) verslag gedaan van de uitkomsten van het traject en de geldigheidsduur van de daaruit voortvloeiende conclusies.

#### *1.6.2 Eisen bij crisisinterventie*

Bij crisisinterventie geldt als regel dat, omwille van het snelle handelen, functies worden overgeslagen en er achteraf de juistheid van de beslissingen wordt getoetst. Gaat het om interventies waarbij hulp moet worden opgelegd of waarvoor een machtiging van de kinderrechter nodig is, dan moeten voorafgaand of tijdens het inzetten van de spoedhulp de daarvoor vereiste procedures worden afgewikkeld.

In alle gevallen geldt dat minimaal aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a de urgentie van de interventie is met argumenten onderbouwd;
- b voor de urgentie, aard en doel van de interventie is geen ander alternatief dan crisisinterventie;
- c als aan voorwaarde a en b is voldaan, dan kan het zorgtoewijzingsorgaan of een door het orgaan daartoe aangewezen instantie tot voorlopige toewijzing van de crisisinterventie besluiten;
- d in geval van een opname onder de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) gelden de volgens die wet geldende procedures;
- e het zorgtoewijzingsorgaan ontvangt van de plaatsers binnen vijf werkdagen na de voorlopige toewijzing van de crisisinterventie een schriftelijk indicatierapport. Na ontvangst van het rapport toetst het toewijzingsorgaan de procedure en geeft schriftelijk een beschikking af;
- f het zorgtoewijzingsorgaan kan op grond van het schriftelijk indicatierapport de voorlopige toewijzing ongedaan maken. De plaatsing dient dan binnen een door het zorgtoewijzingsorgaan gestelde termijn te worden afgebroken. Vervolgens

- vindt er een herindicatie plaats. De toewijzing verloopt daarna uitsluitend schriftelijk;
- g het zorgtoewijzingsorgaan of de door het orgaan aangewezen instantie die bevoegd is crisisinterventie toe te wijzen, kan zich altijd van een voorlopige toewijzing onthouden;
  - h voorlopige toewijzingen zijn alleen te verstrekken als en voorzover deze niet strijdig zijn met wettelijke bepalingen, maatregelen van bestuur en (overige) beleidsregels die zijn gesteld aan de mandatering van het zorgtoewijzingsorgaan door de financiers in de jeugdzorg.

### *1.6.3 Eisen bij buiten- en bovenregionale plaatsingen*

Het komt geregeld voor dat jeugdigen niet in hun eigen regio terecht kunnen. Plaatsing in een instelling buiten de regio of in een landelijke voorziening moet dan mogelijk zijn. In het kader daarvan geldt het volgende:

Andere regio's en landelijk opererende instellingen accepteren geen cliënten meer zonder:

- het fiat en de bemiddeling van het zorgtoewijzingsorgaan in de regio waaruit de cliënt afkomstig is;
- een besluit van het zorgtoewijzingsorgaan in de regio waar de cliënt naar toe gaat, of van het punt waar plaatsingen in landelijk georganiseerde voorzieningen worden geregeld.

Hiermee wordt voorkomen dat er cliëntenstromen ontstaan die zich aan het zicht en de verantwoordelijkheden van de regionale zorgtoewijzer onttrekken. Overigens zullen buiten- en bovenregionale voorzieningen zich in toenemende mate op verbindingen met de regio's moeten richten. Plaatsingen van jeugdigen buiten hun normale omgeving moet pas in het uiterste geval aan de orde zijn. De zeer specialistische functie van landelijk opererende voorzieningen moet daarin volstrekt helder zijn. Gelet op de zorgprogrammering wordt het steeds interessanter om te bezien of deze specialistische functies door de landelijke voorzieningen ook geleverd kunnen worden als onderdeel van zorgprogramma's in de regio's. Daar komt bij dat jeugdigen die tijdelijk buiten of boven de regio worden geplaatst, na beëindiging van de plaatsing vaak een vervolgaanbod moeten krijgen in de regio waar ze wonen. Samenwerking met regionale zorgtoewijzingsorganen kan in dat verband de samenhang en continuïteit in de zorg aan jeugdigen alleen maar ten goede komen.

### 1.7 De positie van de cliënt

Veel voorstellen die de Projectgroep doet, zijn bedoeld om de toeleiding van de zorg meer onafhankelijk te maken van de uitvoering van de zorg. Daarom gaat het leeuwendeel van het advies over de professionals en de instellingen (Bureau Jeugdzorg, Zorgtoewijzingsorgaan, Uitvoerders) en de procedures die deze professionals en instellingen moeten hanteren.

Een fundamenteel doel achter deze voorstellen is dat de nieuwe Toegang tot de Jeugdzorg de positie van de cliënt ten opzichte van jeugdzorgaanbieders versterkt. Het Bureau Jeugdzorg is bedoeld als een voor de cliënt eenduidige toegang tot alle vormen van jeugdzorg, laagdrempelig en geografisch goed bereikbaar. De cliënt moet een vrije keus hebben welk Bureau hij of zij benadert. In de werkwijze van het Bureau Jeugdzorg moet de cliënt centraal staan. In de systeemeisen komt dit onder meer tot uiting in het volgende.

- De cliënt ontvangt bij de aanmelding informatie over privacyregelingen, dossiervorming, inzagerecht, klachtrecht en de te volgen procedures. In de eventuele volgende stappen in de toegang volgt een herhaling en/of uitbreiding van informatie.
- Alle stappen in de toegang verlopen met betrokkenheid van de cliënt. De resultaten worden met de cliënt besproken.
- De werkwijze in het Bureau Jeugdzorg is onafhankelijk en geobjectiveerd en wordt ondersteund met deugdelijke methoden en middelen. Belangrijke beslissingen worden intersubjectief en/of interdisciplinair getoetst.
- De cliënt heeft recht op een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise. In aanvulling op de systeemeisen is te overwegen dit te laten uitvoeren door een daarvoor gecertificeerde, onafhankelijke deskundige.
- Het zorgtoewijzingsorgaan toetst op het naleven van de systeemeisen. Dat houdt in dat het ook toetst of de cliënt adequaat bij de screening, diagnostiek en indicatiestelling is betrokken geweest. Vervolgens wordt bij de zorgtoewijzing geprobeerd de meest wenselijke zorg toe te kennen. Wat meest wenselijk is, is mede bepaald op grond van voorkeur van de cliënt. Indien men bij de toewijzing moet kiezen tussen gelijkwaardige alternatieven, is de stem van de cliënt doorslaggevend. De cliënt kan tegen een zorgtoewijzingsbesluit beroep aantekenen.

Voor een goed verloop van het een en ander is voor iedere cliënt die op grond van de screening wordt doorgeleid naar diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing en plaatsing in de niet-vrij toegankelijke hulp een casemanager beschikbaar. De casemanager treedt op als 'gids', belangenbehartiger en ondersteuner van de cliënt.

De projectgroep Toegang tekent bij de beschreven maatregelen aan dat deze niet automatisch een cliëntgerichte werkwijze tot gevolg hebben. Voor dat laatste is een attitude en een methodiek in de hulpverlening nodig, waarin op een hulpvraaggerichte wijze wordt gezocht naar het meest passende aanbod. De hier beschreven maatregelen moeten de (verdere) ontwikkeling van deze vraaggerichtheid beter mogelijk maken. Waar nodig zullen echter ook de hulpverleners zelf (verder) moeten worden geschoold in het hanteren van de vereiste attitude en methodiek.



## Deeladvies 2. Positionering jeugdbescherming en AMK's

### 2.1 Inleiding

De rol van Bureau Jeugdzorg in beschermingszaken verdient nadere aandacht. In de samenwerkingsconstructies die de Bureaus Jeugdzorg veelal zijn, is de verdeling van taken en verantwoordelijkheden niet altijd helder vastgelegd. Om die reden gaat de projectgroep in op de rol van de Raad voor de Kinderbescherming ten opzichte van het Bureau Jeugdzorg en de wijze waarop de (gezins)voogdij en het Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) opgaan in het Bureau Jeugdzorg. Aan de orde is hier de wijze waarop binnen het Bureau juridische maatregelen bij opvoedings- en verzorgingsproblemen worden uitgevoerd, voor zover deze het Bureau raken.

### 2.2 Kerntaken en functies

Op het raakvlak van de jeugdbescherming en de jeugdzorg opereren in de huidige constellatie vier partners, elk met specifieke kerntaken en functies. Delen daarvan worden onderdeel van het Bureau Jeugdzorg.

#### *Het Bureau Jeugdzorg*

De kerntaken van het Bureau Jeugdzorg zijn:

- toeleiding van cliënten tot passende jeugdzorg en evaluatie van die zorg;
- het bieden van vrij toegankelijke jeugdzorg;
- afstemming en samenwerking met relevante partners.

Hiertoe voert het Bureau Jeugdzorg de functies aanmelding, informatie en advies, consultatie en deskundigheidsbevordering, screening, diagnostiek, indicatiestelling, plaatsing, casemanagement en herindicatie uit. Het casemanagement kent twee vormen (zie deeladvies 1): in de basisvariant heeft de casemanager voornamelijk coördinerende taken; in de plusvariant biedt de casemanager, naast coördinerende taken, ook begeleiding/ondersteuning.

Aan één of meer Bureaus Jeugdzorg is een regionale zorgtoewijzing gekoppeld.

Bij zorgtoewijzing naar Justitiële Jeugd Inrichtingen (JJI's) wordt gebruik gemaakt van de centrale selectie en plaatsing door het ministerie van Justitie<sup>7</sup>.

#### *Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)<sup>8</sup>*

---

<sup>7</sup> Ministerie van Justitie. *Programma Kwaliteitszorg JJI. Selectie en plaatsing JJI. Eindrapport*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, 1998

<sup>8</sup> Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling. *Advies- en meldpunten kindermishandeling. Eindrapport van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling*. Roermond: 1997  
*Standpunt Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Standpunt van de

Het AMK is bedoeld als een duidelijk herkenbare, gemakkelijk bereikbare en toegankelijke voorziening, waar iedereen terecht kan die vermoedt of ontdekt dat een kind wordt mishandeld. Personen of instanties kunnen zich rechtstreeks tot het AMK wenden. Kerntaken van het AMK zijn:

- melders adviseren en consultatie bieden over welke stappen de melders onder eigen verantwoordelijkheid kunnen ondernemen als zij vermoeden dat er sprake is van mishandeling;
- het onder verantwoordelijkheid van het AMK verrichten van onderzoek om te beoordelen (verifiëren) of er daadwerkelijk sprake is van mishandeling en het, waar nodig, op gang brengen van vervolghulp.

Het AMK biedt zelf geen hulp, noch leidt inschakeling van het AMK automatisch tot jeugdzorg. Voor de uitvoering van de kerntaken richt het AMK zich op de uitvoering van de volgende functies: bieden van advies en consult, in ontvangst nemen van meldingen voor nader onderzoek, onderzoeken en beoordelen van zaken die gemeld zijn, verwijzen en overdragen van zaken, coördineren van het op gang brengen van hulp en geven van feedback aan melders. Het AMK kan verwijzen naar de Raad voor de Kinderbescherming.

#### *Raad voor de Kinderbescherming*<sup>9</sup>

De overheid heeft de publieke verantwoordelijkheid om op te komen voor het recht van kinderen op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling en uitgroei naar zelfstandigheid. De Raad voor de Kinderbescherming heeft als overheidsorganisatie de functie daadwerkelijk op te komen voor kinderen van wie het fundamentele recht op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling en uitgroei naar zelfstandigheid ernstig wordt bedreigd (de zogeheten publieke waarborgfunctie). Het opkomen voor de belangen van kinderen krijgt in het werk van de Raad gestalte in drie taken<sup>10</sup>.

De eerste is de beschermingstaak in situaties met ernstige opvoedings- en verzorgingsproblemen (het onvermogen van ouders om hun opvoedingstaak uit te voeren, ernstige conflictsituaties bij ouders onderling of tussen ouders en kind, kindermishandeling, kinderen over wie niet in gezag is voorzien).

De tweede taak van de Raad heeft betrekking op scheidings- en omgangszaken (advisering van de rechtelijke macht met betrekking tot vraagstukken van gezag en

---

staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de staatssecretaris van Justitie. Rijswijk: 1998

<sup>9</sup> Raad voor de Kinderbescherming. *Werkwijze en Organisatie Primair Proces Beschermingszaken (W.O.P.P.-rapport)*. Utrecht: Raad voor de Kinderbescherming, 1995

Wergroep Corona. *Forensische diagnostiek, een zorg voor de jeugdzorg. Alternatieven voor de samenwerkings- en afstemmingsproblemen tussen de jeugd-ggz en de jeugdbescherming*. Den Haag: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport en Ministerie van Justitie, 1997  
Ministerie van Justitie. *Beleidsnotitie Raad voor de Kinderbescherming in het komende decennium* (concept 22 maart 1999). Den Haag: Ministerie van Justitie, 1999

<sup>10</sup> Voor een uitgebreidere opsomming, zie Ministerie van Justitie. *Normenrapport II*. Den Haag: Ministerie van Justitie, 1992

omgang na (echt)scheiding).

De derde taak betreft strafzaken (selectie/onderzoek gericht op voorlichting aan justitiële activiteiten, coördinatie van taakstraffen en casusregievoering inzake jeugdreclassering).

Opkomen voor de fundamentele rechten van het kind is geen exclusieve taak voor de Raad; alle werkers in de jeugdzorg dienen hiervoor te staan. De eerste taak van de Raad (beschermingstaak) raakt het Bureau Jeugdzorg het meest. Het gaat hier om de raadstaken:

- initiatief nemen tot het instellen van een onderzoek, of het naar aanleiding van een melding van anderen beslissen of een onderzoek wordt ingesteld;
- het op grond van het onderzoek beantwoorden van de vraag of de fundamentele rechten van het kind geschonden worden (of dreigen geschonden te worden) en of ter afwending van deze (dreigende) schending de kinderrechter moet worden verzocht een kinderbeschermingsmaatregel te nemen (de zogeheten ‘rekwesterende functie’).

In dit kader voert de Raad de volgende functies uit: bieden van informatie, advies en consult, intake (aanmelding en screening), het uitvoeren van een Raadsonderzoek, acuut ingrijpen in een opvoedingssituatie (‘interventie’) en verwijzing. Ook instanties die niet tot de Raad behoren (waaronder het Bureau Jeugdzorg) kunnen bruikbare feitelijke en diagnostische gegevens leveren. De onderzoeksfunctie van de Raad is daarmee te omschrijven als het afwegen van (al dan niet door de Raad verzamelde) informatie en het op grond daarvan nemen van gemotiveerde beslissingen.

#### *De (gezins)voogdij*

De kerntaak van de (gezins)voogdij-instelling is het uitvoeren van een kinderbeschermingsmaatregel. Tevens geeft de (gezins)voogdij-instelling, onder regie van de Raad, uitvoering aan de begeleiding van jeugdigen in het kader van jeugdreclassering.

De meest voorkomende kinderbeschermingsmaatregel die de kinderrechter uitsprekt is de ondertoezichtstelling (ots). De (gezins)voogdij werkt in de eerste periode (zes weken) van de ots aan de opstelling en uitvoering van een hulpverleningsplan. De hulp die wordt geboden, kan bestaan uit opvoedingsondersteuning door de (gezins)voogdij, of ook uit aanvullende (vrij of niet-vrij toegankelijke) jeugdzorg die de (gezins)voogdij noodzakelijk acht.<sup>11</sup> Voor de realisering van aanvullende hulpvormen doet de gezinsvoogdij via het Bureau Jeugdzorg een beroep op de andere partners in de jeugdzorg. In ernstige gevallen kan de gezinsvoogdij de rechter vragen om een machtiging tot (uithuis)plaatsing van de jeugdige in een residentiële voorziening of een pleeggezin.

De wijze waarop de uitvoering van het werk van de (gezins)voogdij-instelling gestalte krijgt, komt overeen met die van de casemanager van het Bureau Jeugdzorg. Het casemanagement heeft in dit geval twee specifieke kenmerken. Ten

---

<sup>11</sup> Vlaardingenbroek, P. De inhoud van de ondertoezichtstelling. In E. Deijkers e.a. (Red.), *De gezinsvoogdij in theorie en praktijk*. Utrecht: Vedio, pag. 15-22, 1995

eerste gaat het altijd om de *plusvariant* van het casemanagement. Ten tweede heeft de casemanager te maken met een specifieke *juridische context* waarin de hulpverlening is geplaatst: de (gezins)voogd is bijvoorbeeld niet alleen belangenbehartiger van de jeugdige, maar ook gezagsdrager. De (gezins)voogd dient zich aan een strikt protocol te houden dat onder meer voorschrijft welke activiteiten wanneer aan de rechter moet worden gerapporteerd. Het handelen van de casemanager wordt hier, met andere woorden, niet alleen bepaald door het feit dat er pedagogische begeleiding en ondersteuning gegeven moet worden, maar ook door een ‘pakket’ van juridische voorschriften, vastgelegd in uiteenlopende wetten<sup>12</sup>.

#### *Samenwerking met behoud van kerntaken*

De projectgroep is van oordeel dat de vorming van het Bureau Jeugdzorg alleen succesvol verloopt als het Bureau Jeugdzorg en de Raad hun taken complementair uitoefenen. De takenpakketten van het AMK, de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering worden deel van het Bureau. Het Bureau moet de garanties bieden dat deze takenpakketten volgens de geldende kwaliteitseisen en wet- en regelgeving worden uitgevoerd.

### 2.3 Nadere beschrijving van taken

Recent onderzoek van het SCO-Kohnstamm Instituut laat zien dat de wijze waarop en de mate waarin de jeugdbescherming in het Bureau Jeugdzorg participeert nogal verschilt. Tegelijk constateren de onderzoekers een mogelijk nadelig effect van het niet-dwingend voorschrijven van de vormgeving van het Bureau Jeugdzorg. Iedere locatie probeert opnieuw oplossingen te vinden voor voorspelbare problemen bij de inrichting van het Bureau. Wanneer in het ontwikkelingsproces van de Bureaus Jeugdzorg te veel vrijheden geboden worden, zijn er zoveel ‘ontsnappingsmogelijkheden’ dat van de intenties van *Regie in de jeugdzorg* weleens weinig zou kunnen overblijven.<sup>13</sup>

#### *De taken van Bureau Jeugdzorg*

Bij de positionering van de taken gaat de Projectgroep Toegang ervan uit dat het Bureau Jeugdzorg - conform het regeerakkoord - bestaat uit een onafhankelijk rechtspersoon onder één wet, aansturing en financiering. Het Bureau Jeugdzorg is een particuliere organisatie (bijvoorbeeld de Stichting Bureau Jeugdzorg) die in de

---

<sup>12</sup> Wet op de Jeugdhulpverlening, het burgerlijk recht (met name Boek I van het Burgerlijk Wetboek), het burgerlijk procesrecht, het administratief recht en het administratief procesrecht (met name de Awb en de Wet persoonsregistraties), het strafrecht en het strafprocesrecht

<sup>13</sup> Vergeer, M.M., E.C. Mellink, J. de Savorin Lohman en E. Roede. Bescherming en jeugdzorg. *De positie van de jeugdbescherming binnen Bureau Jeugdzorg*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut, 1998 (pag. 50)

toekomst valt onder de Wet op de Jeugdzorg. In het Bureau Jeugdzorg is de intersectorale toeleiding samengebracht.

#### *De taken van de AMK's*

De Projectgroep Toegang ondersteunt volledig het streven naar een duidelijk herkenbaar, gemakkelijk bereikbaar en toegankelijk AMK. Van belang is dat het AMK zich als een expertisecentrum op het terrein van kindermishandeling profileert dat niet automatisch toeleidt naar welke vorm van zorg dan ook. Het AMK moet voldoen aan de volgende criteria: specificiteit en neutraliteit in de presentatie, directe beschikbaarheid van hulpverlening, directe beschikbaarheid van kindbescherming, een gemakkelijk bereikbare afstemming met het lokaal jeugdbeleid en een schaalgrootte van minstens duizend contacten op jaarbasis.<sup>14</sup>

In het regeringsstandpunt staat het voornemen dat de Raad - voor zover het (vermoedens van) kindermishandeling betreft - de gehele intakefunctie overdraagt aan het AMK.<sup>15</sup> Dit stelt de Raad voor het probleem dat haar intake wordt verdeeld over de Bureaus Jeugdzorg en de AMK's. Dit werkt mogelijk versnippering in de hand.

De Projectgroep Toegang vindt - in het verlengde van het standpunt van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling<sup>16</sup> - dat het AMK per regio of provincie deel hoort uit te maken van het Bureau Jeugdzorg. De werkgroep heeft de belangrijkste redenen (onder meer beschikbaarheid van opvoedingsondersteuning) al aangedragen. Gezien de noodzakelijke schaalgrootte van een AMK kan dat betekenen dat het AMK in een provincie bij één (vestiging van) Bureau Jeugdzorg aanhaakt en daarmee een regiofunctie vervult. De positie van de Raad ten opzichte van het AMK is dan dezelfde als die ten opzichte van het Bureau Jeugdzorg in het algemeen. Intake-capaciteit van de Raad wordt in één geheel overgeheveld naar Bureau Jeugdzorg, met een geoormerkt deel dat ten goede komt aan de AMK-functies.

De projectgroep signaleert dat bij het onderbrengen van de AMK's (waar dan ook) een probleem ontstaat. Het AMK krijgt de - nog wettelijk te regelen - bevoegdheid ongevraagd en zonder medeweten van de betreffende personen onderzoek te starten in het privéleven van personen. Het Bureau Jeugdzorg zou - net als andere organisaties - daarmee een taak onder haar hoede krijgen die naar het oordeel van de projectgroep onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie moet vallen. De projectgroep acht het ongewenst een dergelijke taak in het Bureau

---

<sup>14</sup> *Standpunt Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Standpunt van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van Justitie. Rijswijk: ministerie van VWS, 1998 (pag. 12-13)

<sup>15</sup> *Standpunt Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Standpunt van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van Justitie. Rijswijk: ministerie van VWS, 1998 (pag. 10)

<sup>16</sup> *Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling. Advies- en Meldpunten Kindermishandeling*. Eindrapport. Roermond: Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling, 1997 (pag. 17-18)

Jeugdzorg te positioneren.

#### *De taken van de Raad*

Achter meldingen bij de Raad gaat altijd een dilemma schuil.

- Zaken moeten aan de ene kant niet lichtvaardig worden aangemeld; er moeten goede gronden zijn waarom men deze stap neemt. Zeker van professionele hulpverleners mag men verwachten dat zij bij een melding over voldoende informatie beschikken om de melding te rechtvaardigen.
- Men moet aan de andere kant ook niet te lang wachten met melden. Uitstel van het melden kan immers tot nog meer schade bij een kind leiden.

Om adequaat met dit dilemma om te gaan, moet er een goede afstemming zijn in de taken van het Bureau Jeugdzorg en die van de Raad voor de Kinderbescherming. Het is niet mogelijk en niet gewenst dat, omwille van deze afstemming, het Bureau Jeugdzorg en de Raad in één organisatie opgaan. De Raad voor de Kinderbescherming is een overheidsinstelling en valt onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie. De taak van de Raad is vastgelegd in het Burgerlijk Wetboek Boek I. Vanwege haar bijzondere positie kan de Raad haar functies niet overdragen aan een organisatie als het Bureau Jeugdzorg, noch kan zij in bestuurlijk opzicht onderdeel vormen van Bureau Jeugdzorg. Een dergelijke overdracht zou ook ongewenst zijn, omdat er vanuit het cliëntperspectief een vermenging ontstaat van een organisatie wiens eerste verantwoordelijkheid is zorg te bieden en een organisatie die bevoegd is justitieel in te grijpen. De Raad staat daarom buiten het Bureau Jeugdzorg.

Hoewel de Raad dus geen onderdeel is van Bureau Jeugdzorg, is zij wel medeverantwoordelijk voor de samenhang in de toegang tot de jeugdzorg, net zoals het Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk is voor een juiste en onderbouwde verwijzing naar de Raad. De projectgroep Toegang adviseert daarom het Bureau Jeugdzorg zodanig toe te rusten dat het als een adequate drempel voor de Raad voor de Kinderbescherming werkt. Het Bureau Jeugdzorg wordt het eerste aanmeldingspunt. De Raad hevelt op haar beurt een landelijk vast te stellen percentage van haar intake-capaciteit (de financiële middelen van de Raad om een intake uit te voeren) over naar het Bureau Jeugdzorg. Op deze wijze wordt de capaciteit van Bureau Jeugdzorg dusdanig versterkt, dat het Bureau in de meeste zaken (basisdiagnostisch) onderzoek kan plegen alvorens het Bureau zaken aanmeldt bij de Raad. Meldingen die langs deze weg door Bureau Jeugdzorg bij de Raad terechtkomen, vinden plaats aan de hand van een landelijk protocol dat aangeeft wanneer en op welke wijze een verzoek tot onderzoek aan de Raad kan (of moet) worden gedaan en wanneer de Raad weer terugverwijst naar het Bureau Jeugdzorg.

De Raad blijft verantwoordelijk voor:

- het inhoudelijk en procedureel toetsen van door anderen dan de Raad verzamelde informatie, om te zien of de Raad de verantwoordelijkheid kan nemen voor een intake- of een rekwesbeslissing;
- intake-activiteiten in die situaties waarin de juridische bevoegdheden van Bureau Jeugdzorg tekortschieten;
- intake-activiteiten in voorkomende gevallen waarin professionals, omwille van

hun beroepsgeheim, geen andere instanties willen of kunnen inlichten dan de Raad voor de Kinderbescherming;

- een directe toegankelijkheid van de Raad in crisissituaties.

Vanuit deze positie biedt de Raad voor opvoedings- en verzorgingsproblemen in hoofdzaak een indirect toegankelijke (tweedelijns)voorziening, maar waar nodig ook een direct toegankelijke voorziening. De Raad dient het Bureau Jeugdzorg (via consultatie en deskundigheidsbevordering vanuit de Raad) ondersteuning te bieden bij de verdere ontwikkeling van de houding, vaardigheid en deskundigheid die nodig is vanuit de beschermingsoptiek in het algemeen.

De Raad garandeert bij een beslissing om een onderzoek uit te voeren dat dit onderzoek met de grootste zorgvuldigheid (met naar professionele maatstaven adequate methoden en instrumenten, intersubjectief en interdisciplinair getoetst, met inachtneming van de rechten van betreffende personen) wordt uitgevoerd. De Raad kan werkzaamheden in het kader van het onderzoek uitbesteden aan het Bureau Jeugdzorg. Het Bureau Jeugdzorg voert dan in opdracht van de Raad een forensisch-diagnostisch arrangement uit, gericht op specifieke deelvragen van het Raadsonderzoek. Deze handelwijze is vergelijkbaar met de nu reeds gebruikelijke praktijk van het extern laten verrichten van Raadsonderzoek. De projectgroep wijst er tegelijk op dat bij uitbesteding van Raadsonderzoek aan het Bureau Jeugdzorg het risico ontstaat dat in de beleving van de cliënt de instantie die zorg biedt (het Bureau Jeugdzorg) en de instantie die een maatregel voorbereidt (de Raad) niet helder te scheiden zijn. Daarom moet bij elke zaak voorafgaand aan de uitbesteding van een onderzoek aan het Bureau Jeugdzorg zijn overwogen of de specifieke taken van de Raad en het Bureau Jeugdzorg (en de daarbij behorende bevoegdheden en verantwoordelijkheden) in de perceptie van de jeugdige en zijn gezagsdragers voldoende helder blijven. Uitvoering van het onderzoek in Bureau Jeugdzorg dient geprotocolleerd te gebeuren.

#### *De taken van de (gezins)voogdij-instelling*

De huidige (gezins)voogdij-instellingen zijn particuliere stichtingen. Eerder in dit deeladvies werd het werk van deze instellingen vergeleken met het werk van de casemanager (plusvariant) in Bureau Jeugdzorg. Een belangrijke toevoeging is de juridische context van het werk van de (gezins)voogdij-instelling.

De projectgroep adviseert het werk van de (gezins)voogdij-instelling onder te brengen in het Bureau jeugdzorg. De projectgroep adviseert in dit verband het (gezins)voogdijwerk en de jeugdreclassering te herdefiniëren als plusvarianten van casemanagement in een specifieke, juridische context. Die context bepaalt of het gaat om casemanagement bij voogdijzaken, gezinsvoogdijzaken of jeugdreclasseringszaken<sup>17</sup>. De Bureaus Jeugdzorg dienen te voldoen aan de

---

<sup>17</sup> Het casemanagement bij jeugdreclasseringszaken moet in dit verband niet verward worden met de zogeheten ‘casusregie’ die in geval van jeugdreclassering wordt uitgevoerd door de Raad voor de Kinderbescherming. De ‘casusregie’ geeft gestalte aan de verantwoordelijkheid van de Raad bij jeugdreclasseringszaken. De Raad legt onder die verantwoordelijkheid gewoonlijk de uitvoering van het jeugdreclasseringswerk neer bij de (gezins)voogdij-instelling. In de nieuwe situatie legt de Raad dit neer bij het casemanagement jeugdreclasseringszaken van Bureau

voorwaarden die gelden om (gezins)voogdijwerk en jeugdreclassering te kunnen uitvoeren. De aard en de uitvoering van het casemanagement bij voogdizaken, gezinsvoogdizaken of jeugdreclasseringszaken worden volgens de projectgroep bepaald door vier zaken waar rekening mee dient te worden gehouden:

- erkenningsregeling (gezins)voogdij-instellingen;
- de wettelijke context van deze vormen van casemanagement;
- protocollen voor de uitvoering van het werk;
- de voor het werk eventueel benodigde speciale, inhoudelijke methodieken van pedagogische begeleiding, ondersteuning en hulpverlening.

Van belang is dat het onderbrengen van voogdij, gezinsvoogdij en jeugdreclassering in het Bureau Jeugdzorg gepaard gaat met een explicitering van de specifieke vereisten die gelden bij deze werkvormen. Naar het oordeel van de projectgroep zijn in de huidige vereisten juridische en inhoudelijk-methodische aspecten sterk vervlochten. De projectgroep adviseert een werkgroep in te stellen die uiterlijk 1 oktober 1999 de bestaande regelingen en protocollen voor de werkvormen nader expliciteert op:

- de inhoudelijk-methodische vereisten die gelden bij deze werkvormen;
- het juridische 'pakket' van voorschriften waaraan de werkvormen moeten voldoen.

De werkgroep doet in haar rapportage voorstellen over de eventueel noodzakelijke aanpassingen van de bestaande juridische voorschriften, voor zover deze voorschriften de gewenste, inhoudelijke methodiek van deze vormen van casemanagement in het Bureau Jeugdzorg onnodig in de weg staan.

#### *De taken van landelijke (gezins)voogdij-instellingen*

Een aantal landelijk georganiseerde instellingen biedt (gezins)voogdij en reclasseringswerk gebaseerd op een bepaalde levensbeschouwelijke grondslag en/of gericht op specifieke doelgroepen zoals licht verstandelijk gehandicapten of minderjarige asielzoekers. De keuze voor regionale en provinciale vormgeving van de toegang houdt in dat op dit niveau antwoord nodig is op een breed scala van hulpvragen en voorkeuren van cliënten. Waar nu kennis van met name (gezins)voogdijwerk gebaseerd op levensbeschouwelijke grondslag, licht verstandelijk gehandicapten of minderjarige asielzoekers landelijk is gebundeld, ligt het in de rede over een reeks van jaren te komen tot een situatie waarin dergelijke kennis is ingebed in de regio of provincie. Tot het moment waarop dit naar kwaliteit en inhoud mogelijk is, moet een landelijke voorziening casemanagers leveren aan een Bureau Jeugdzorg in afzonderlijke regio's onder de conditie dat de cliënt daarom verzoekt of de screening of indicatiestelling uitwijst dat zulks voor adequate zorgverlening noodzakelijk is.

#### 2.4 Bedrijfsproces

De jeugdige en/of zijn opvoeder(s) komen met een groot aantal functies van de

---

Jeugdzorg.



partners in de toegang in aanraking. In een ongunstig geval is er sprake van een traject waarbij er een aanmelding is bij Bureau Jeugdzorg, gevolgd door een melding en verificatieonderzoek van het AMK, met vervolgens een procedure van de Raad en daarop de inschakeling van het casemanagement (gezins)voogdijzaken in Bureau Jeugdzorg. De vereiste zorgvuldigheid in de oordeelsvorming en de noodzakelijke scheiding van verantwoordelijkheden maakt dit soort trajecten in voorkomende gevallen onontkoombaar.

#### *Efficiëntie en doelmatigheid informatieverzameling*

De projectgroep Toegang constateert dat in de uitgebreide vorm van screening (basisdiagnostiek) in Bureau Jeugdzorg, in de intake en het onderzoek van de Raad en in het aanvullende onderzoek van de casemanager bij (gezins)voogdijzaken doorgaans dezelfde informatie over de problematiek wordt ingewonnen. Het verschil ligt vooral in de te onderscheiden vraagstellingen die men met dit materiaal beantwoordt en de uitgebreidheid of diepgang waarmee men onderwerpen bekijkt. Het is efficiënt als deze informatie met een (per provincie) zelfde soort instrument, of in ieder geval met goed op elkaar aansluitende instrumenten, wordt verzameld. Bij de beantwoording van de onderscheiden kernvragen moet steeds worden nagegaan welke informatie reeds beschikbaar is, en welke informatie aangevuld of geactualiseerd dient te worden. Bijvoorbeeld, in het geval dat een rapport van een raadsonderzoek niet voldoende informatie oplevert om de casemanager bij een gezinsvoogdijzaak in staat te stellen een hulpverleningsplan te formuleren, zal de casemanager aanvullend onderzoek moeten (laten) doen.

#### *Markering beslismomenten*

Voor de cliënten, Bureau Jeugdzorg en de Raad moet volstrekt eenduidig zijn waar de belangrijke beslismomenten in het primaire proces liggen en wie verantwoordelijk is voor het nemen van de beslissing en voor het vervolg op de uitkomst van de beslissing. Meldingen bij het AMK en het moment waarop bij de Raad een verzoek tot onderzoek wordt gedaan, moet per zaak altijd duidelijk gemarkeerd en als zodanig gedocumenteerd zijn.

#### *Wachlijsten*

Het moet altijd helder zijn wie verantwoordelijk is voor een aangemelde zaak gedurende het verblijf op een wachtlijst. In geval van bij de Raad aangemelde zaken ligt de toezichthoudende verantwoordelijkheid altijd bij de Raad. Bureau Jeugdzorg heeft immers besloten dat vrijwillige hulpverlening bij de betreffende cliënt niet meer mogelijk is. De Raad is echter geen hulpverlenende organisatie. Indien het Bureau Jeugdzorg de cliënt de jeugdige of de opvoeder(s) gedurende het verblijf op de wachtlijst van de Raad moet ondersteunen, doet zij dit onder de formele regie en eindverantwoordelijkheid van de Raad. De inzet van financiële middelen voor een dergelijke ondersteuning komt voor rekening van de Raad als opdrachtgever. Indien de omstandigheden tijdens de wachttijd tot het

raadsonderzoek dat noodzakelijk maken, moet de Raad ingrijpen.<sup>18</sup>

## 2.5 Kwaliteitsbewaking

Als algemene leidraad voor de kwaliteitsbewaking gelden de systeemeisen voor de functies in de toegang (zie deeladvies 1). De systeemeisen gelden vanaf het moment dat een cliënt zich bij Bureau Jeugdzorg heeft gemeld. Het moment waarop het AMK of de Raad de cliënt overdraagt aan Bureau Jeugdzorg, of het moment waarop Bureau Jeugdzorg betrokken wordt bij de uitvoering van een jeugdbeschermingsmaatregel, geldt als een (nieuwe) aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. In opdracht van de Raad kan het Bureau Jeugdzorg een forensisch-diagnostisch arrangement uitvoeren. Voor een dergelijk arrangement heeft de Werkgroep Corona de systeemeisen van de projectgroep Toegang verder toegespitst.<sup>19</sup> Voor de forensisch-diagnostische arrangementen worden deze toegespitste eisen aangehouden, in aanvulling op de algemene richtlijnen voor diagnostisch raadsonderzoek door extern deskundigen<sup>20</sup>.

Bij de uitvoering van de functies screening, diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing in de context van (gezins)voogdij- en reclasseringszaken gelden de systeemeisen van de toegang (zie deeladvies 1). De termijnen die in de systeemeisen worden genoemd, zijn ondergeschikt aan de termijnen die gelden in de protocollen van de uitvoering van de (gezins)voogdij.<sup>21</sup> De projectgroep adviseert in deze protocollen op te nemen dat bij een aanvraag van een machtiging van de rechter voor uithuisplaatsing van de jeugdige aan de systeemeisen van screening, diagnostiek en indicatiestelling moet zijn voldaan. De toetsing op deze eisen wordt verricht door het zorgtoewijzingsorgaan.

Bij de uitvoering van de AMK-functies gelden de systeemeisen zoals die specifiek voor deze functies nader worden ingevuld. De termijnen die in deze systeemeisen worden genoemd, gelden vanaf de datum waarop een melder contact heeft

---

<sup>18</sup> Zie Vergeer, M.M., E.C. Mellink, J. de Savorin Lohman en E. Roede. Bescherming en jeugdzorg. *De positie van de jeugdbescherming binnen Bureau Jeugdzorg*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut, 1998 (p. 41 en p. 43)

<sup>19</sup> Werkgroep Corona. *Forensische diagnostiek, een zorg voor de jeugdzorg. Alternatieven voor de samenwerkings- en afstemmingsproblemen tussen de jeugd-ggz en de jeugdbescherming*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie, 1997.

<sup>20</sup> Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Justitie, 1997. *Richtlijnen voor het (laten) verrichten van extern onderzoek*. Opgesteld ten behoeve van de kindbescherming en de (gezins)voogdij. Den Haag, april 1995

<sup>21</sup> Vedivo. *Protocolleboek voogdij en gezinsvoogdij*. Utrecht: Vedivo, 1994

opgenomen met het AMK. De termijnen gelden tot het moment dat het AMK haar bemoeienis met de zaak beëindigt.

De intake-beslissing en het nader onderzoek van de Raad voor de Kinderbescherming worden uitgevoerd volgens de eisen die specifiek gelden voor deze taken van de Raad.<sup>22</sup> De termijnen die in deze eisen worden genoemd, gelden vanaf het moment waarop de Raad een melding heeft ontvangen. De termijnen gelden tot het moment dat de Raad haar bemoeienis met de zaak beëindigt.

---

<sup>22</sup> Zie de eerder genoemde eisen van de Werkgroep Corona en de Richtlijnen voor het (laten) verrichten van extern onderzoek. Zie verder ook: Ministerie van Justitie. *Normenrapport II. Overzicht van beleidsuitgangspunten voor de behandeling van categorieën zaken door (de sociale afdelingen van) de Raden voor de Kinderbescherming*. Den Haag: ministerie van Justitie, 1992  
Raad voor de Kinderbescherming. *Werkwijze en Organisatie Primair Proces Beschermingszaken*. Utrecht: Raad voor de Kinderbescherming, 1995

## Deeladvies 3. Positionering jeugd-ggz

### 3.1 Inleiding

De discussie over de inrichting van de (brede) jeugdzorg woedt al ruim dertig jaar. Ook bij de invoering van de Wet op de jeugdhulpverlening in 1989 is deze discussie niet beslecht. Tien jaar na dato lijkt het debat over de positie van de jeugd-ggz te worden herhaald, ook al is de context veranderd.

In de landelijke benadering is de jeugd-ggz onderdeel van het integrale jeugdzorgstelsel. De staatssecretarissen van Justitie en VWS hebben in een brief aan de Tweede Kamer (14 april 1998) geschreven dat ‘de ene toegang tot de jeugdzorg een onontbeerlijke voorwaarde is voor de verbetering van de werking van het stelsel’. Deze toegang dient volgens de bewindspersonen dekkend te zijn voor de regio. Samenwerking en afspraken tussen alle in de regio opererende jeugdzorgvoorzieningen is daarvoor noodzakelijk. In het regeerakkoord voor het tweede kabinet Kok is nog pregnanter gesteld dat het Bureau Jeugdzorg een onafhankelijke rechtspersoon dient te zijn, onder één gezag en één financiering.

De jeugd-ggz stelt dat zij weliswaar is gebaat bij een goede afstemming en samenwerking met de andere velden in de jeugdzorg, maar dat zij geen deel hoeft uit te maken van de herordening naar één nieuw Bureau Jeugdzorg. In formele zin heeft de jeugd-ggz door de zorgverzekeraars of het rijk daartoe geen opdracht of aanwijzing gehad. De provincies en grootstedelijke regio's zijn weliswaar als regisseurs aangewezen voor de vernieuwing van de toegang, maar stuiten echter op de beperkte reikwijdte van hun bevoegdheden en de grenzen van hun regisseursrol. Zij hebben tot nu toe geen formele zeggenschap over activiteiten in de jeugd-ggz, die worden gefinancierd vanuit de AWBZ op aansturing van de zorgverzekeraars.

Eind 1998 is de nieuwe Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg van de minister van VWS verschenen.<sup>23</sup> Daarin staat dat het de missie is van de ggz om psychische en psychiatrische stoornissen te voorkomen en te behandelen, maar dat ze die missie niet alleen kan uitvoeren. De ggz moet niet een integraal aanbod op alle levensterreinen (willen) leveren. Het uitgangspunt van de minister voor de komende jaren is daarom gericht op wat zij betitelt als normalisatie: algemeen waar mogelijk, categoriaal waar noodzakelijk. De notitie houdt de lijn vast van de in de ggz ingezette ontwikkeling: regionale circuitvorming in grootschaliger voorzieningen. De RIAGG's gaan in dat circuit op waarbij de lokale overheid de voornaamste partner is als het gaat om versterking van samenwerking en afbakening van verantwoordelijkheden. De beleidsvisie pleit voor een versterking van de eerste lijn door onder meer bevordering van samenwerking tussen huisarts, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsycholoog. De minister stelt dat de

---

<sup>23</sup> Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1998

toegang tot de jeugdzorg - en dus ook de jeugd-ggz - loopt via de Bureaus Jeugdzorg<sup>24</sup>, die daarmee worden neergezet als een eerstelijnsvoorziening. Als jeugd aan de orde komt in de beleidsvisie is dat vooral op het terrein van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Speerpunten in dat terrein zijn de vorming van een zelfstandig georganiseerd regionaal kinder- en jeugdpsychiatrisch circuit met een betere differentiatie van de zorg en de samenwerking van daar uit met andere voorzieningen in jeugdzorg.

De vraag is nu of de jeugd-ggz moet worden beschouwd als integraal deel van het stelsel jeugdzorg of dat zij daarin een aparte positie inneemt naar aard en financiering der werkzaamheden. Het een en ander is afhankelijk van de vraag in hoeverre de aard van de werkzaamheden duidelijk is af te bakenen.

### 3.2 Onderzoeken naar de afbakening

#### *3.2.1 Onderzoek van de projectgroep Toegang*

Voor een advies aan de provincie Utrecht onderzocht de projectgroep Toegang de mogelijkheden van samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de jeugd-ggz in deze provincie<sup>25</sup>.

De Utrechtse jeugd-ggz-instellingen beschouwen zich als gespecialiseerde instellingen werkend vanuit het 'bio-psycho-sociale model'. Centraal staan niet alleen opvoedingsonmacht maar ook de cognitieve stoornis in het kind. Dat geeft de kinder- en jeugdpsychiatrie een eigen plaats, zeker als het werk plaatsvindt in de setting van een academisch ziekenhuis of een gespecialiseerde kliniek. Het behandelaanbod van de RIAGG jeugdzorg wordt aangeduid als 'therapie', met behandelbaarheid en motivatie als voorname peilers. In de ogen van de RIAGG jeugdzorg houdt de jeugdhulpverlening zich vooral bezig met pedagogische onmacht en 'draagkracht en draaglast' problematiek. Vanuit de ambulante ggz gaat men slechts in een zeer beperkt aantal gevallen over tot het inschakelen van de Raad voor de kindbescherming. De multidisciplinaire diagnostiek van de RIAGG wordt ingezet ter onderkenning van ernstig psychiatrische stoornissen. In dat kader draagt de kinder- en jeugdpsychiatrie als discipline eindverantwoordelijkheid voor diagnose, indicatiestelling en behandeling. De RIAGG jeugdzorg geeft aan ook geconfronteerd te worden met een groep cliënten die een lichter aanbod vragen dan de RIAGG kan leveren. Men ontwikkelt daarom een kortdurend behandelaanbod. Een werkvorm als videohometraining hoort volgens de RIAGG eerder in het

---

<sup>24</sup> In algemene zin stelt de minister dat de toegang tot de gespecialiseerde ggz alleen nog maar mogelijk is via verwijzing van huisarts of specialist. De toegang tot de jeugd-ggz - inclusief de kinder- en jeugdpsychiatrie - geschiedt echter via de Bureaus Jeugdzorg (zie Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg, paragrafen 3.2 en 4.1).

<sup>25</sup> Projectgroep Toegang. *Advies van de projectgroep Toegang aan de provincie Utrecht over de participatie van de jeugd-ggz in het Bureau Jeugdzorg*. Utrecht, 1999

Bureau Jeugdzorg thuis.

Instellingen in de jeugd-ggz onderkennen dat een deel van de jeugdigen kampen met problematiek waarop de ggz een antwoord kan en moet bieden. Dat schept verantwoordelijkheid op stelselniveau om te zorgen dat ieder kind langs de kortst mogelijk weg terechtkomt op de plaats waar passende zorg wordt geboden. Er bestaat bij de ggz dan ook grote bereidheid capaciteit te leveren aan consultatie, screening en diagnostiek in het Bureau Jeugdzorg, om daar tijdige onderkenning van psychiatrische problematiek te regelen. Maar in het ggz-veld overheerst de mening dat de RIAGG niet moet worden losgemaakt uit de 'natuurlijke omgeving'. Er zijn veel kinderen met een psychiatrische stoornis waarvan ook de ouders zo'n stoornis hebben. Daarnaast zijn er jeugdigen die naar volwassenheid groeien met een psychiatrische stoornis. Samenwerking met de volwassenen-ggz is dan noodzakelijk. Een bijkomende vrees is dat de publieke en politieke aandacht voor externaliserend probleemgedrag ten koste gaat van de aandacht voor problematiek waarvoor internalisering een kernbegrip is, juist in de jeugd-ggz. Voegt men daarbij de 'veiligheid' van de AWBZ-financiering, dan gaat de voorkeur in het Utrechtse ggz-veld doorgaans uit naar samenwerking binnen het ggz-circuit en niet binnen het Bureau Jeugdzorg.

Voorstanders van het integrale Bureau Jeugdzorg menen daarentegen dat één plek waar aanmelding en screening voor de gehele jeugdsector plaatsvinden voor beide partijen winst oplevert. Het Bureau stelt dat een kwart van de ggz-cliënten bij toevallige aanmelding in het Bureau even goed daar geholpen kan worden. Niet de vraag naar het professioneel eigendom van de problematiek moet worden gesteld, maar er moet vanuit een algemene verantwoordelijkheid voor jeugdzorg (vrijwillig of niet) beslist worden welke zorg voor de cliënt aangewezen is. Dan is de vraag naar het onderscheid in voorzieningen niet langer relevant. Het Bureau Jeugdzorg vraagt juist meer aandacht voor geëxternaliseerde problematiek waarin sociale vraagstukken en opvattingen een grote rol spelen. Deelname van de discipline van de kinder- en jeugdpsychiatrie aan de zorgtoewijzing wordt door het Bureau gezien als een belangrijke voorwaarde om de verbindingen tussen de circuits te versterken. Het betrekken van toewijzingen naar zware zorgvormen in de ggz - in het geheel van toewijzingen in de jeugdzorg - kan bevorderen dat ggz en jeugdzorg beter samenwerken in zorgprogrammatische werkvormen. Daarbij wordt in het bijzonder gedacht aan die jeugdigen die zijn uitbehandeld of niet meer behandelbaar zijn in het ggz-circuit, maar voor wie nazorg en het scheppen van een hanteerbare woon- en leefsituatie een permanent beroep zal doen op omgeving of zorgvoorzieningen.

Beide partijen (de jeugd-ggz en het Bureau Jeugdzorg) hebben zorgen over de beschikbare capaciteit in (gekwificeerde) menskracht voor de uitvoering van taken in de zorg aan jeugdigen.

### *3.2.2 Het onderzoek 'Vraag en aanbod RIAGG jeugdzorg'*

Opvoeders bespreken hun probleem in 64 procent van de gevallen met een huisarts voordat zij bij de RIAGG aankomen. Een aanzienlijk percentage cliënten (soms zo'n dertig procent) meldt zich buiten de huisarts om rechtstreeks aan bij de

RIAGG. Het onderzoek *Vraag en aanbod in de RIAGG-jeugdzorg*<sup>26</sup> laat zien dat 75 van de honderd meldingen uitmondten in een reguliere intake, in 66 van de honderd gevallen start de behandeling en 47 van de honderd aangemelde cliënten voltooiën een reguliere behandeling. Zeventien procent van de bij de huisarts naar de RIAGG verwezen cliënten bereikt de RIAGG-jeugdzorg niet, acht procent wordt na verkorte intake afgewezen.

Het rapport concludeert dat in de RIAGG-jeugdzorg vele hulpvragers met vele hulpvragen door vele hulpverleners op adequate wijze worden bediend. Maar er zijn ook veel cliënten die de hulp 'mislopen'. Coördinatieproblemen veroorzaken vroegtijdige uitval, de uitgebreide diagnostiek is minder dan gedacht te beschouwen als meest gepaste zorg en de directe link tussen diagnostiek (voorfase voor uitgebreide behandeling) en behandeling in de RIAGG zelf is niet altijd in het voordeel van de cliënt.

Het vermoeden is gerechtvaardigd dat juist de 'afhakende' populatie een aanzienlijk deel beslaat van de cliënten in het 'grijze' gebied waarover zowel het Bureau Jeugdzorg als de RIAGG zich zorgen maken. Dat 'grijze gebied' is het terrein tussen specifieke ggz-problematiek en specifieke beschermingsproblematiek. Anders gezegd: het is het grote gebied van de jeugdhulpverlening waarin problemen in de opvoeding niet eenduidig te definiëren zijn als psychiatrisch of zijn aan te vatten met een civielrechtelijke maatregel, maar waarin een mengeling van orthopedagogische problemen, ouderlijke onmacht en maatschappelijke invloeden (inkomen, sociale status, woonsituatie) een negatieve invloed heeft op de ontwikkelingen van jeugdigen.

De beschrijving van zorgprogramma's in *Vraag en aanbod in de RIAGG-jeugdzorg* laat zien dat voor meer dan vijftig procent van de uitgevoerde zorg en de daarbij toegepaste interventievormen (pedagogische ondersteuning, herstel van evenwicht in het gezin, structurerende en corrigerende technieken) de inzet van een kinder- en jeugdpsychiater marginaal, zo niet puur formeel is. Het blijkt dat na de RIAGG-interventie sociale problemen bij de cliëntèle het minst verminderen en problemen van internalisering het sterkst afnemen. Er is dus alle reden om de opgebouwde deskundigheid op dat laatste gebied in te bedden in de brede jeugdzorg die wellicht meer slagkracht kan opbrengen in de aanpak van sociale problematiek.

Het rapport beveelt aan meer algemeen en kortdurend aanbod te ontwikkelen; een aanbod dat echter niet moet leiden tot meer specialistische, maar tot meer generalistische hulp. Met name van minder gemotiveerde en minder meewerkende cliëntensystemen lijkt de RIAGG te veel te vragen. Het rapport pleit er daarom voor meer de weg naar de cliënt te zoeken in plaats van andersom.

*3.2.3 Het grensvlakonderzoek 'Recht van overpad'* In de afweging van wat men tot de geestelijke gezondheidszorg zou moeten rekenen, blijken disciplines een belangrijker factor te zijn dan zorgactiviteiten, althans voor beroepsgroepen in het

---

<sup>26</sup> Vermande, M, E. Faber en G. Hutschemaekers. *Vraag en aanbod in de RIAGG-jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997

veld. Het grensvlakonderzoek *Recht van overpad*<sup>27</sup> geeft aan dat specifieke ggz-problematiek vooral wordt gekenschetst door de inzet van de discipline kinder- en jeugdpsychiatrie als diagnosticus, behandelaar of eindverantwoordelijke voor de behandeling. Het gaat dan om:

- psychofarmacotherapie door de kinder- en jeugdpsychiater;
- psychiatrisch onderzoek door de kinder- en jeugdpsychiater;
- psychotherapie met jeugdigen door de kinder- en jeugdpsychiater;
- ontwikkelingsanamnese door de kinder- en jeugdpsychiater;
- gezins(psycho)therapie door de kinder- en jeugdpsychiater;
- gezinsonderzoek door de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

Alle andere activiteiten en disciplines, aldus het rapport, behoren tot alle zorgsectoren (waaronder ook de ggz). Het onderzoek beschrijft twee visies op de afstemming van sectoren in de zorg. Een meerderheid pleit voor een beperkt pakket voor de ggz dat vanuit één organisatorische eenheid wordt aangeboden, een minderheid pleit voor een breed interdisciplinair zorgaanbod waarbij de jeugd-ggz geen aparte organisatorische eenheid is.

De onderzoekers wijzen erop dat er in theorie wel een onderscheid is te maken in de aard van de zorgvraag waar de psychiatrie en de jeugdhulpverlening zich op richten, maar dat dit onderscheid in de praktijk veel diffuser is. Er is een grote overlap in de doelgroepen die in de verschillende jeugdzorgsectoren terecht komen. Het schijnbare onderscheid in aard van de zorgvraag wordt onder meer verklaard uit een verschil in visie op de problemen: de problemen worden in de jeugdhulpverlening meer contextueel omschreven, terwijl de jeugd-ggz ze meer op individueel niveau benoemt. In dit verband wordt gepleit voor een verbreding van de diagnostiek aan de voordeur van de jeugdzorg.

Ook in de zorgactiviteiten bestaat volgens de onderzoekers veel overlap.

Zorgactiviteiten die in principe in de jeugdhulpverlening worden uitgevoerd, zijn ook in de ggz nodig als aanvulling op de specifieke zorg van de jeugd-ggz. De inflexibiliteit in het stelsel zit vooral op instituutsniveau. Als specifieke kwaliteit van de jeugd-ggz zien de onderzoekers de diagnostiek in deze sector. Gepleit wordt voor een versterking van de jeugd-ggz in de diagnostiek en consultatie aan de voordeur in de jeugdzorg. Een andere specifieke kwaliteit bestaat in de werkzaamheden van de kinder- en jeugdpsychiater. Gepleit wordt voor een flexibilisering van het aanbod in de vorm van programma's en modules zodat het combineren van hulpvormen beter mogelijk is.

Soortgelijke bevindingen staan ook al in het rapport *Hoe uitzonderlijk is de RIAGG-jeugdzorg?*<sup>28</sup>.

---

<sup>27</sup> Berben, E., C. Konijn, F. Verheij, M. Donker, M. Steketee, E. Roede en J. de Savorin Lohman. *Grensvlakproblematiek in de jeugdzorg*. Amsterdam/Rotterdam: Erasmus Universiteit/SCO-Kohnstamm Instituut, 1997

<sup>28</sup> Konijn, C en A. Schuur. *Hoe uitzonderlijk is de RIAGG-jeugdzorg?*. Utrecht: NcGv, 1992



### 3.3 Herpositionering jeugd-ggz

#### *3.3.1 Naar kernactiviteiten*

Volgens het beschreven grensvlakonderzoek bestaat het specifiek-karakteristieke domein van de jeugd-ggz uit de activiteiten van de kinder- en jeugdpsychiater en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige: psychofarmacotherapie door de kinder- en jeugdpsychiater, psychiatrisch onderzoek door de kinder- en jeugdpsychiater, psychotherapie door de kinder- en jeugdpsychiater, ontwikkelingsanamnese door de kinder- en jeugdpsychiater, gezins(psycho)therapie door de kinder- en jeugdpsychiater en gezinsonderzoek door de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Waar in deze kernactiviteiten het woord 'door' staat zou, zo meent de projectgroep, veel gewonnen zijn als dat simpele woord 'door' serieus wordt genomen. De discipline kinder- en jeugdpsychiatrie beschikt in ons land over (in fulltime eenheden uitgedrukt) circa honderd zestig beroepsbeoefenaren. Het is de vraag of deze groep mensen de formele verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid op zich kan nemen voor het hele veld van de huidige jeugd-ggz. Een dergelijke aanspraak is in termen van kwaliteitszorg en uitoefening van de verantwoordelijkheid niet waar te maken. De zorgverzekeraars zouden in dat perspectief moeten overwegen het terrein van de AWBZ-verstrekkingen in de jeugdzorg te beperken tot de reeds genoemde verstrekkingen voor zover deze ook daadwerkelijk door de kinder- en jeugdpsychiater of de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige worden uitgevoerd.

#### *3.3.2 Naar kernfuncties*

De ontwikkeling van het kerngebied waarop de jeugd-ggz zich richt, verloopt niet alleen via een afbakening van kerntaken, maar ook via de functies. Daarin zijn te onderscheiden:

- a. de diagnostiek en indicatiestelling in het kader van de toeleiding tot kinder- en jeugdpsychiatrische zorg;
- b. specialistische behandelingsactiviteiten binnen of vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg;
- c. de diagnostiek en indicatiestelling niet (specifiek) gericht op de toeleiding tot de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg;
- d. behandelingsactiviteiten niet specifiek binnen of vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg;
- e. preventie en voorlichting.

De projectgroep meent dat de jeugd-ggz in de functie diagnostiek van het Bureau Jeugdzorg een rol hoort te hebben. De verantwoordelijkheid van het stelsel om jeugdigen op de juiste plaats te krijgen, hoort mede door de huidige ggz te worden gedragen. Waar een diagnostisch arrangement vrijwel stevast leidt tot een specifieke kinder- en jeugdpsychiatrische behandeling (functie a) of waar er sprake is van specialistische behandelactiviteiten binnen of vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg (functie b) is er geen reden vruchteloze discussies te voeren over integratie. Positionering van deze functies in de kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening ligt voor de hand. Met behulp van een protocol (zie paragraaf 3.4) is de verwijzing naar deze functie adequaat te regelen.

Diagnostiek en behandelprogramma's niet (specifiek) gericht op de kinder- en jeugdpsychiatrische zorg (functies c en d) en preventie en voorlichting (functie e) zouden bij een goede hantering van de kerntaken van de jeugd-ggz thuishoren in het totaal van de jeugdzorg. Behandelingen als videohometraining, individuele begeleiding vanuit steunende, corrigerende en structurerende methoden, mediatietherapie gericht op pedagogische ondersteuning - goed voor een groot deel van de behandelingen in de RIAGG - zouden derhalve onder het totaal van de jeugdzorg vallen. De programma's zijn omschreven in *Vraag en aanbod*<sup>29</sup> waarin tevens wordt aangegeven dat de kinder- en jeugdpsychiater en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige respectievelijk vijf en negen procent van de kinderen behandelen en respectievelijk zes en zeven procent van hun ouders (dertien procent van de totale populatie). Het serieus nemen van het begrip 'door' in de kerntaken van de ggz kan dan niet anders dan op termijn tot herordening van een aanzienlijk taken- en functie-pakket van de RIAGG jeugdzorg leiden. Een dergelijke herordening impliceert niet dat de banden met de kerntaken van de jeugd-ggz worden doorgesneden. Integendeel, het is mogelijk om in het kader van zorgmodularisering en zorgprogrammering intensief samen te werken tussen de nieuwe ggz-voorzieningen en het Bureau Jeugdzorg. Dit kan blijken uit bijvoorbeeld de nazorg voor uitbehandelde cliënten waar gezamenlijke zorgprogramma's van ggz en jeugdzorg een belangrijk aandeel zouden kunnen leveren in de vermaatschappelijking van de jeugdzorg. Een Bureau Jeugdzorg met intense maatschappelijke vertakkingen kan voor deze jeugdigen dan een belangrijke bijdrage leveren aan die nazorg.

Deelname van een kinder- en jeugdpsychiater in de zorgtoewijzing op die momenten waar dat vanuit de cliënt aan de orde moet zijn, zou zelfs binnen de beperkte menskracht tot de mogelijkheden moeten horen. De naar de projectgroep herhaaldelijk uitgesproken intenties tot samenwerking in signalering, consultatie en deskundigheidsbevordering, inbreng in diagnostiek en de wens om zorgprogramma's op te bouwen waarin jeugdzorg een aandeel levert in de aanpak of nabehandeling van typische ggz-zorg, rechtvaardigen een zeker optimisme ten opzichte van de toekomstige ontwikkelingen. Veel zal daarbij afhangen van de vraag of de afdelingen jeugdzorg van de RIAGG bereid en in staat zijn de consequenties te trekken uit hun eigen keuzen die steeds nadrukkelijker wijzen in de richting van de beschreven kerntaken en kernfuncties van de ggz-zorg.

### 3.3.3 Naar posities

Tegelijk met de discussie over het kerngebied van de jeugd-ggz wordt ook gesproken over de verhouding van die ggz (in het totaal van de jeugdzorg) ten opzichte van de nulde-, eerste-, tweede- en derdelijnsposities. De relatie tussen RIAGG en huisarts staat daarbij vanuit de ggz, ook in de recente Beleidsvisie, centraal. Gezien het aanzienlijk aantal cliënten dat deze verwijzing niet invult, is het wenselijk het Bureau Jeugdzorg als eerstelijnsvoorziening met een uitgebreider en verbeterd pakket voor de jeugdzorg te positioneren. In een herpositionering van

---

29 Vermande, M, E. Faber en G. Hutschemaekers. *Vraag en aanbod in de RIAGG-jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997

de jeugd-ggz (en een adequate uitvoering van de aanmelding en screening) kan het Bureau Jeugdzorg zeer goed functioneren als eerstelijnsvoorziening en verwijzingsinstantie voor huisartsen. Relaties met het medische circuit en de circuits van diensten en zorg voor volwassenen (algemeen maatschappelijk werk, volwassenen-ggz, woonvoorzieningen, arbeidstoeleiding) zijn met een meer integrale optiek beter vanuit het Bureau Jeugdzorg op te bouwen.

De projectgroep Toegang adviseert de nieuwe, tot haar kerntaken teruggebrachte, ggz-jeugdzorg duidelijk te positioneren als tweede- en derdelijnsvoorziening voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Aanmelding geschiedt via het Bureau Jeugdzorg of, bij een vermoeden van ernstig psychiatrische problematiek, rechtstreeks bij een als een in kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek gespecialiseerd loket (zie het protocol *Patiënten met vermoedelijk ernstig psychiatrische problematiek* in paragraaf 3.4).

Een herpositionering van de jeugd-ggz is alleen zinvol als tegelijk het orthopedagogisch karakter - en waar nodig het multidisciplinaire karakter - van de interventies in het Bureau Jeugdzorg wordt versterkt. Duidelijke afspraken blijven nodig rondom consultatie en deskundigheidsbevordering vanuit de nieuwe ggz naar het Bureau Jeugdzorg. Het terrein van zorgprogrammering is voor allen een belangrijk ontwikkelingsgebied.

#### *3.3.4 Conclusie ten aanzien van de positie van de jeugd-ggz*

Twee recente, politieke uitspraken stellen een duidelijk kader. Het laatste regeerakkoord stelt dat er, in het verlengde van eerder ingezet regeringsbeleid, per regio één toegang tot de jeugdzorg komt: het Bureau Jeugdzorg, als onafhankelijke rechtspersoon onder één gezag en één financiering. De recente Beleidsvisie van de minister van VWS over de geestelijke gezondheidszorg houdt de lijn vast van regionale circuitvorming in grootschaliger ggz-voorzieningen. De toegang tot de jeugd-ggz geschiedt via de Bureaus Jeugdzorg. Een protocol is overeengekomen met betrekking tot situaties waarin een rechtstreekse verwijzing van een arts naar een voorziening voor kinder- en jeugdpsychiatrie aan de orde is of kan zijn (zie paragraaf 3.4).

De projectgroep ziet bij de positionering van de jeugd-ggz drie opties:

1. Ondersteuning bieden aan de ggz-circuitvorming waar de gehele ggz, inclusief de huidige afdelingen jeugd van de RIAGG's, organisatorisch in wordt ondergebracht. Dit doet in de ogen van de projectgroep echter geen recht aan het uitgangspunt dat de nieuwe onafhankelijke rechtspersoon Bureau Jeugdzorg een samenvoeging inhoudt van de toeleidingsfuncties en de vrij toegankelijke zorg van de drie jeugdsectoren.
2. De gehele jeugd-ggz, of in ieder geval de gehele afdeling jeugdzorg RIAGG, maakt zich los van de organisatie van de ggz-circuits en wordt vervolgens ondergebracht in de algemene jeugdzorg. Dit bemoeilijkt echter de verbinding van de kerncompetenties van de kinder- en jeugdpsychiatrie met de ggz-circuits.
3. De jeugd-ggz beperkt zich tot de door de projectgroep genoemde kerntaken en -functies van de kinder- en jeugdpsychiatrie, onder te brengen in de ggz-circuits.

De overige ambulante jeugd-ggz wordt verbonden aan de organisatie Bureau Jeugdzorg en de algemene jeugdzorg. De toegang tot het ggz-circuit verloopt via het Bureau Jeugdzorg of via een protocol dat de toeleiding regelt voor cliënten met vermoedelijk ernstig psychiatrische problematiek. Deze optie acht de projectgroep Toegang in de lijn van de politieke uitspraken en in de context van de huidige ontwikkelingen in het veld de meest wenselijke.

De projectgroep Toegang adviseert dan ook de jeugdsecties van de ambulante geestelijke gezondheidszorg onder te brengen in het Bureau Jeugdzorg. De enige te rechtvaardigen uitzondering kan liggen in de aan de kinder- en jeugdpsychiater voorbehouden behandelingen.

De projectgroep realiseert zich dat de positionering van de jeugd-ggz uiteindelijk een politieke keuze is. De projectgroep adviseert de rijksoverheid en de provincies de principiële discussie met de zorgverzekeraars en de voorzieningen voor jeugd-ggz te voeren over het feitelijke kerngebied van die zorg. De uitvoering van de eigen ggz-keuzen kan daarin centraal staan. Een dergelijke operatie levert - voor alle duidelijkheid - geen financiële winst op. Als er meer kinder- en jeugdpsychiaters beschikbaar zijn, zal het budget van de jeugd-ggz in de nieuwe kern vergroot moeten worden. Middelen van de RIAGG-jeugdzorg (en de daaraan verbonden disciplines) buiten het kerngebied moeten ingezet worden in het Bureau Jeugdzorg. Dat kan voor de betrokken professionals in een reeks zorgprogramma's een nieuw werkverband betekenen, maar vanuit oogpunt van een doelmatige en doeltreffende zorg zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk kan het alsnog een belangrijke winst zijn.

#### 3.4 Toeleiding bij ernstig psychiatrische problematiek: het protocol

Voor gevallen waarin verwijzers ernstig psychiatrische problematiek vermoeden, moet als verbijzondering van de Toegang tot de jeugdzorg gewerkt worden met een aanvullend protocol. Dat protocol moet garanderen dat bij ernstig psychiatrische problematiek bij een jeugdige diens recht op gezondheidszorg wordt gewaarborgd (in de vorm van kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek en, zo nodig, behandeling). Daarnaast dient dit protocol te waarborgen dat aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing voldoen aan de systeemeisen die zijn ontwikkeld voor de toegang tot de jeugdzorg en aan de bestaande wet- en regelgeving op het terrein van de GGZ. Zodoende worden barrières tussen de zorgcircuits voorkomen. Het Indicatie Overleg GGZ (IOG) en de projectgroep Toegang hebben in opdracht van de staatssecretaris van VWS een dergelijk protocol opgesteld, bekend geworden onder de titel *Patiënten met vermoedelijk ernstig psychiatrische problematiek*.

Bij de uitwerking van de opdracht is van diverse zijden (waaronder de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Inter Provinciaal Overleg en het Nederlands Instituut van Psychologen) aangedrongen op een nadere omschrijving van de term 'ernstig psychiatrische problematiek'. De Projectgroep Toegang en het IOG

constateren echter dat de operationalisering van dit begrip veel discussie geeft, zonder dat dit leidt tot een werkbare consensus. Soortgelijke aanduidingen, zoals ‘ernstige psychische problemen’ of ‘ernstige psychopathologie’, ‘aperte psychiatrische problematiek’ of ‘evidente psychiatrische problematiek’ roepen evenzo discussie op. Op dit moment is slechts een voorlopige oplossing mogelijk voor de afgrenzing van het begrip. Hoewel de aanduiding ‘ernstig psychiatrische problematiek’ de indruk kan wekken van een pleonasme (in de discussies is er door partijen op gewezen dat in principe alle psychiatrische problematiek ernstig is) zijn het IOG en de Projectgroep Toegang het erover eens dat de aanduiding de bedoeling van dit protocol onderstreept. Het gaat met name om die problemen die door verwijzers typisch als ‘vermoedelijk ernstig psychiatrisch’ worden aangeduid. Denk daarbij bijvoorbeeld aan jeugdschizofrenie, ernstige depressie, autisme en ernstige eetstoornissen.

Een meer exacte afbakening van het begrip kan niet los worden gezien van een verdere protocol- en programmaontwikkeling, waarin is vastgelegd welke inhoudelijke aandachtsgebieden en disciplines van belang zijn voor een adequate screening, diagnosticering, indicatiestelling, zorgtoewijzing en hulpverlening bij verschillende categorieën cliënten of patiënten. Van essentieel belang is verder dat verwijzers, ‘loket-functionarissen’, screeners, diagnostici, indicatiestellers en dergelijke feedback krijgen over de uitkomsten van hun handelingen en beslissingen. Langs die weg kunnen procedures en beslissingscriteria aangescherpt worden. Bovendien zal er aandacht moeten worden besteed aan een goede toerusting van verwijzers en functionarissen bij de verschillende voordeuren van de jeugdzorg, opdat de signalering van psychiatrische en niet-psychiatrische problematiek en het invoeren van expertise adequaat geschiedt. Scholing, consultatie, en wellicht bepaalde screeningsinstrumenten zullen hierin verbetering moeten brengen.

Een ander gesignaleerd probleem bij de uitwerking van het protocol is dat de terminologie zoals gehanteerd in de systeemeisen van de toegang en in de ggz niet altijd gelijkkluidend is.

- De AWBZ kent geen onderscheid in vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg. Voor alle AWBZ-verstrekingen, zowel die binnen de vrij als de niet-vrij toegankelijke jeugdzorg vallen, is een indicatieadvies en een indicatiebesluit nodig. Professionals kunnen zelf ‘vrij toegankelijke’ AWBZ-verstrekingen toekennen, alleen als zij daartoe door het regionale zorgkantoor zijn gemandateerd. ‘Niet-vrij toegankelijke’ AWBZ-verstrekingen worden alleen via een zorgtoewijzingsorgaan toegekend.
- In de AWBZ wordt een onderscheid gemaakt tussen het indicatieadvies en het indicatiebesluit. Een uitspraak in de screening of de indicatiestelling over de gewenste zorg heet in AWBZ-termen een indicatieadvies. De zorgverzekeraar voert over dit advies een doelmatigheidstoets uit. Dit gebeurt aan de hand van een integrale afweging van de passendheid van de geïndiceerde functies en activiteiten, de voorkeuren van de patiënt, de verwachte bevordering of herstel van de zelfredzaamheid en de doelmatigheidstoets in engere zin (de bepaling van de balans tussen kosten en effect/kwaliteit). In AWBZ-termen valt het

zorgtoewijzingsbesluit formeel onder de noemer 'indicatiebesluit'. Het recht op zorg dat een patiënt ontleent aan een indicatiebesluit, valt binnen de acceptatieplicht die voor het zorgtoewijzingsbesluit geldt.

Met dit op de achtergrond wordt hier het protocol geschetst. De tekst is op 27 juli 1998 door de staatssecretaris van VWS op hoofdlijnen vastgesteld. De projectgroep Toegang en het Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg (IOG) hebben op 15 september 1998 de overeengekomen definitieve versie aan de staatssecretaris gezonden. Het protocol beperkt zich tot de hoofdlijnen van het proces van de toegang tot de jeugdzorg bij een vermoeden van ernstig psychiatrische problematiek. De concrete organisatorische en bestuurlijke invulling dient, binnen de kaders van dit protocol, per regio te geschieden in de vorm van een samenwerkingsovereenkomst tussen de partners (zorgverzekeraars, provincie, justitie en de instellingen) in de regio. Bovendien is het wenselijk dat de betrokken beroepsgroepen zich buigen over de vraag of, en zo ja welke, nadere inhoudelijke protocollen te ontwikkelen zijn voor het handelen in de toegang bij specifieke typen problemen of hulpvragen.

#### Protocol *Patiënten met vermoedelijk ernstig psychiatrische problematiek*

Onderhavig protocol geeft op hoofdlijnen uitwerking van de procedure die gevolgd moet worden bij verwijzingen naar de jeugdzorg bij een vermoeden van ernstig psychiatrische problematiek. Deze uitwerking volgt de functies die achtereenvolgens bij de Toegang aan de orde zijn.

##### *1. Aanmelding*

Bij een verwijzing en een aanmelding met een vermoeden van ernstig psychiatrische problematiek draagt de professional in de Toegang zorg voor het direct of zo snel mogelijk inschakelen van de juiste expertise bij de screening in de Toegang.

Indien een arts of een andere gekwalificeerde verwijzer<sup>30</sup> het vermoeden heeft van de aanwezigheid van een ernstig psychiatrische problematiek, en op grond hiervan de jeugdige naar de jeugdzorg verwijst met het verzoek een kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek te plegen, kan hij rechtstreeks verwijzen naar een specifieke ggz-instelling. Deze instelling fungeert dan als loket voor de jeugdzorg. Op regionaal niveau dienen tussen alle partners in de Toegang afspraken te worden gemaakt over deze loketfunctie. De afspraken worden vastgelegd in de samenwerkingsovereenkomst zoals genoemd in de inleiding.

Voor de goede orde: de gekwalificeerde verwijzer kan zo nodig ook direct naar het Bureau Jeugdzorg verwijzen met het verzoek om kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek te laten doen. In deze situatie garandeert de toegang dat zo snel

---

<sup>30</sup> In de regio wordt door alle partijen gezamenlijk bepaald wie of welke instellingen als gekwalificeerde verwijzer kunnen optreden.

mogelijk kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek plaatsvindt.

## 2. *Screening*

De screening die na de aanmelding volgt, moet onder meer duidelijk maken of er sprake is van uitsluitend kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek. Bij een aanmelding met een vermoeden van een ernstig psychiatrische problematiek dient de vraag of dit vermoeden juist is altijd onder eindverantwoordelijkheid van een kinder- en jeugdpsychiater te worden beantwoord, ook wanneer de getaxeerde problematiek van samengestelde aard is. Bij een getaxeerde problematiek of hulpbehoefte van een samengestelde aard waarbij expertise uit verschillende disciplines is vereist, draagt de functionaris die verantwoordelijk is voor de totstandkoming van de screening zorg voor de inbreng van deze expertisen. De betrokkenheid van deze deskundigen kan variëren van consultatie tot de inzet van een multidisciplinair en/of intersectoraal ('voorkeur')team.

Op grond van de screening kan een aanbod van *vrij toegankelijke zorg* (zie deeladvies 1) worden verstrekt. Bestaat dit aanbod uit een AWBZ-verstrekking, dan wordt de uitkomst van de screening beschouwd als een indicatieadvies en vindt de toekenning plaats via een door het zorgkantoor daartoe gemandateerd persoon of orgaan.

Bestaat op grond van de screening het vermoeden dat een *niet-vrij toegankelijk zorgaanbod* is aangewezen, dan wordt zo nodig tot een traject van nadere diagnostiek en indicatiestelling overgegaan (zie onder 3). Is op grond van de screening reeds voldoende informatie voorhanden en voldoet deze informatie aan de systeemeisen om tot toewijzing van niet-vrij toegankelijke zorg over te gaan, dan vindt deze toewijzing op gezag en volgens de procedure van het regionale zorgtoewijzingsorgaan plaats (zie ook onder 4).

## 3. *Nadere diagnostiek en indicatiestelling*

De diagnostiek moet zijn georganiseerd in een diagnostisch arrangement dat is toegesneden op de tot dan toe getaxeerde aard en samenstelling van de problematiek en de hulpbehoefte. Bij een getaxeerde problematiek van een samengestelde aard waarbij verschillende expertisen vereist zijn, draagt de functionaris die verantwoordelijk is voor de totstandkoming van de diagnostiek zorg voor de keuze of de samenstelling van het juiste arrangement. Bij kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek wordt gebruik gemaakt van een arrangement waarvan kinder- en jeugdpsychiatrische expertise deel uitmaakt.

Op grond van de diagnostiek en de indicatiestelling kan een aanbod van *vrij toegankelijke zorg* worden verstrekt. Bestaat dit aanbod uit een AWBZ-verstrekking, dan wordt de uitkomst van de indicatiestelling beschouwd als een indicatieadvies en vindt de toekenning plaats via een door het zorgkantoor daartoe gemandateerd persoon of orgaan.

Is een vorm van *niet-vrij toegankelijke zorg* geïndiceerd, dan vindt de toewijzing van deze zorg plaats op gezag en volgens de procedure van het regionale zorgtoewijzingsorgaan (zie ook onder 4).

#### 4. *Zorgtoewijzing*

Het regionale zorgtoewijzingsorgaan kan door het regionale zorgkantoor gemandateerd worden voor het toewijzen van AWBZ-gefinancierde jeugd-ggz<sup>31</sup>. De zorgtoewijzing vindt plaats conform de systeemeisen. Dat betekent onder andere dat er per regio een centraal zorgtoewijzingsorgaan is dat de toewijzing regelt van alle jeugdigen tot de niet-vrij toegankelijke jeugdzorg.

Ten aanzien van de positie van de patiënt geldt bij de zorgtoewijzing in het algemeen (niet alleen voor gevallen met een vermoeden van ernstig psychiatrische problematiek) het volgende.

- De voorkeur van de patiënt (of de wettelijk vertegenwoordiger) moet zijn gewogen in de indicatiestelling, en als zodanig onderdeel vormen van het dossier dat het zorgtoewijzingsorgaan ter besluitvorming krijgt voorgelegd.
- Het zorgtoewijzingsorgaan dient uit te gaan van de rangorde in de alternatieven voor de indicatiestelling, die mede zijn bepaald op grond van voorkeur van de patiënt.
- Indien men bij de toewijzing moet kiezen tussen gelijkwaardige alternatieven, is de stem van de patiënt (bij niet-vrijwillige hulpverlening: de gezagsdrager van de jeugdige) doorslaggevend.  
Onder gelijkwaardige alternatieven worden in dit verband verstaan: alternatieven die voldoen aan de formele vereisten van het toekennen van een verstrekking en die:
  - \* van een zelfde rangorde zijn in de prioritering van de alternatieven in de indicatiestelling;
  - \* of van een verschillende rangorde zijn, maar waarvan de patiënt zijn of haar positie op een eventuele wachtlijst van elk alternatief afzonderlijk accepteert.
- Tegen het besluit van het zorgtoewijzingsorgaan kan de patiënt achteraf beroep aantekenen.

#### *Uitzonderingen*

Voor de procedures in de verschillende regio's gelden, ongeacht de organisatievorm, enkele uitzonderingen.

- In alle regio's geldt voor *crisisgevallen* de regel dat crisisopvang en -interventie via de kortste weg plaatsvindt. Formaliteiten in het kader van de toegang in het algemeen worden hier achteraf gepleegd, tenzij het gaat om specifieke vereisten waaraan moet zijn voldaan alvorens tot crisisopvang en -interventie over te gaan (zie bijvoorbeeld protocollen die gelden in het kader van de wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen).
- Voorts is voor de *consultatie* van hulpverleners in de jeugdzorg<sup>32</sup> door een verwijzer geen formele aanmelding bij de jeugdzorg noodzakelijk en wenselijk.

---

<sup>31</sup> Zorgverzekeraars Nederland zal de voorwaarden waaronder het mandaat wordt gegeven nog nader uitwerken.

<sup>32</sup> Denk aan het invoeren van een kinder- en jeugdpsychiater in een algemeen ziekenhuis.



### 3.5 Systeemeisen en mandatering met het oog op AWBZ-zorg

De vraag is hoe zorgverzekeraars in staat zijn een verzekeringsindicatie af te geven voor zorg gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ kent namelijk geen onderscheid in vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg. Bovendien is de toewijzing van zorg (in AWBZ-termen: het indicatiebesluit) voorbehouden aan de financiers van de zorg.

Het Indicatie Overleg GGZ (IOG) heeft een modelprocedure ontwikkeld voor de toekenning van AWBZ-verstrekkingen voor het hele veld van de GGZ. Het IOG en de projectgroep Toegang hebben een tweetal systeemeisen aangegeven langs welke weg de verstrekkingen in de jeugd-ggz kunnen plaatsvinden:

- In het gewogen oordeel van de screening wordt specifiek omschreven of AWBZ-verstrekkingen passen bij de hulpvraag. Het aanbod wordt daarmee (analoog aan de modelprocedure van het IOG) getoetst op doelmatigheid.
- Bij de zorgtoewijzing van een AWBZ-verstrekking vindt de voor die verstrekking vereiste doelmatigheidstoets plaats (analoog aan de modelprocedure van het IOG).

Concreet komt dit op het volgende neer.

- Professionals kunnen zelf AWBZ-verstrekkingen toekennen die in termen van de voorstellen van de projectgroep Toegang tot het vrij toegankelijk deel gerekend worden. De zorgkantoren accepteren het oordeel op basis van de screening als een vorm van hulpvraagverduidelijking op grond waarvan een indicatieadvies wordt gesteld. Het indicatieadvies geldt als indicatiebesluit voor een AWBZ-verstrekking waarvoor geen toewijzing door een regionaal zorgtoewijzingsorgaan voor de jeugdzorg nodig is. Onder nader te bepalen voorwaarden mandateren de zorgkantoren regionale uitvoerders van de functie screening in de jeugdzorg voor het toekennen van deze AWBZ-verstrekkingen, indien deze uitvoerders werken volgens de systeemeisen.
- Niet-vrij toegankelijke AWBZ-verstrekkingen worden alleen via een door de zorgverzekeraars gemandateerd zorgtoewijzingsorgaan toegekend. Het zorgkantoor accepteert de zorgtoewijzing (conform de systeemeisen) als indicatiebesluit (conform de AWBZ). Het zorgkantoor mandateert het regionale zorgtoewijzingsorgaan in de jeugdzorg voor het toekennen van AWBZ-verstrekkingen, onder voorbehoud van toetsing door het zorgkantoor op de AWBZ verzekeringsgerechtigheid.

Een instantie die een bevoegdheid mandateert naar een uitvoeringsorgaan<sup>33</sup> heeft de mogelijkheid een aantal *beleidsregels* mee te geven die verbonden zijn aan de mandatering<sup>34</sup>. Deze beleidsregels geven aan welke formele handelingen in de

---

<sup>33</sup> In ons geval mogen we ook spreken van mandatering naar een bestuursorgaan, want dat wordt de zorgtoewijzing dan formeel.

<sup>34</sup> Onder beleidsregels kunnen bijvoorbeeld ook de voorwaarden voor de

toewijzing moeten worden uitgevoerd. Ook kunnen ze bijvoorbeeld de condities specificeren waaronder deze handelingen verkort kunnen worden uitgevoerd. Dat alles met inachtneming van de systeemeisen voor de zorgtoewijzing. Tevens kunnen de beleidsregels aangeven wat de reikwijdte van de functie zorgtoewijzing moet zijn. De projectgroep is van mening dat *alle* toewijzingen (ook bij overeenstemming tussen partijen en ook de toewijzingen van kinder- en jeugdpsychiatrische zorg) het orgaan moeten passeren. Dat is nodig vanwege de daaraan verbonden belangen, sturing en beheer van de capaciteit. De mandaterende financiers moeten, zo meent de projectgroep, via de beleidsregels de middelen voor toewijzing, de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de uitkomsten van het proces en de vrijheidsgraden voor partijen uitwerken. Langs deze weg kunnen de financiers bepalen welke bevoegdheden in zorgtoewijzing komen te liggen en met welke intensiteit het besluitvormingsproces wordt gevolgd.

---

erkenningssystemen voor plaatsende instanties vallen.

## Deeladvies 4. Het Bureau Jeugdzorg en omliggende voorzieningen

### 4.1 Inleiding

De jeugdzorg is een maatschappelijke voorziening met een niet geringe omvang. Jaarlijks vraagt de jeugdzorg circa 1,2 miljard gulden aan uitgaven. In de toegang neemt het terrein van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen – en dan met name de jeugdsecties van de RIAGG – ruim honderd miljoen van de uitgaven voor haar rekening, de voorzieningen voor voogdij en gezinsvoogdij zo'n tweehonderd miljoen gulden en de ambulante jeugdhulpverlening naar schatting tussen de tachtig en honderd miljoen gulden. De overige middelen worden besteed aan zwaardere zorgvormen zoals pleegzorg, dagbehandeling en dag- en nachtbehandeling die per jaar per kind tussen de zestienduizend en tachtigduizend gulden vragen. In aantallen zijn het circa achtduizend plaatsen in de pleegzorg, zo'n vijfduizend in de dagbehandeling en zo'n tienduizend in dag- en nachtbehandeling. Een deel van alle zorg wordt op vrijwillige basis gegeven, een deel op basis van civiel- of strafrechtelijke maatregelen.

Een belangrijke, zo niet de belangrijkste, overweging bij het in gang zetten van een vernieuwing van de toegang tot die zorg, was gelegen in de onzekerheid die bestond (en nog steeds bestaat) als het gaat om de vraag of de juiste kinderen op de juiste plaats in de zorg terechtkomen.

*Regie in de jeugdzorg* was gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de toeleiding tot zwaardere zorgvormen: om te verhinderen dat kinderen in instellingen verblijven waar de goede zorg niet beschikbaar is, om te voorkomen dat jeugdigen onnodig lang moeten wachten op de goede zorg, om te voorkomen dat jeugdigen het verblijf in zorgvoorziening beëindigen omdat ze de zorg niet ervaren als antwoord op hun vraag, en om de doelmatigheid en doeltreffendheid van de sector als geheel te vergroten.

In dezelfde periode heeft de regering ook stappen ondernomen om het lokaal preventief jeugd beleid nieuwe impulsen te geven, om het basis- en voortgezet onderwijs te verbeteren en om de toeleiding tot het speciaal onderwijs in nieuwe banen te leiden. De voorstellen om jeugd beleid steeds meer de vorm te geven van een hechte keten, hebben de discussie over de samenhang in het totale jeugd beleid op de politieke agenda van regering, provincies en gemeenten geplaatst. Vraagstukken in de sfeer van de openbare orde (criminaliteitspreventie, jeugdreclassering) zijn mede door nieuwe initiatieven van de regering (c.q. het ministerie van Justitie) bij die discussie betrokken.

Een nieuwe inrichting van de toegang tot de jeugdzorg – concreet het Bureau Jeugdzorg – zal dus een positie moeten bepalen in het geheel van vernieuwingsbewegingen rondom het jeugd beleid.

### 4.2 Alleen toeleiding

Het Bureau Jeugdzorg is eerst en vooral het centrale punt in het terrein van jeugdzorg dat de toeleiding tot de niet-vrij toegankelijke zorg regelt. Het is mogelijk om de taakstelling van het Bureau tot deze rol ('indicatieorgaan') te beperken. Een dergelijke beperking brengt ook eigen opvattingen met zich mee over de positie en verantwoordelijkheden van het Bureau in het totale jeugd beleid. Een dergelijk Bureau kan alleen doelmatig opereren als het op regionaal of provinciaal niveau alle aanmeldingen voor niet-vrij toegankelijke zorg volgens de systeemeisen afhandelt. Het moet voor alle andere voorzieningen herkenbaar zijn als de plaats waar het besluit over jeugdzorg valt. In die rol kan het een beperkte mate van consultatie bieden, gericht op de vraag of jeugdigen in aanmerking komen voor deze zorgvormen. Het Bureau is dan de voordeur van het jeugdzorgstelsel in de tweede lijn. Als het Bureau slechts de toeleiding verzorgt, is het de taak van de instelling(en) voor niet-vrij toegankelijke zorg om hun aanbod af te stemmen op de vraag van jeugdigen en om dit aanbod in te bedden in het geheel van activiteiten rond de jeugdigen. Vraagstukken van werkgelegenheid, opleiding en vrije tijdsbesteding zijn slechts aan de orde voor jeugdigen voor wie een indicatie is afgegeven, en worden op individueel niveau ingevuld en ondersteund door casemanagement vanuit het Bureau.

Er zijn in enkele regio's vormen van het Bureau ontwikkeld die vanuit deze opvatting werken. Het is dan vooral de zorgleverancier die nu een vorm van aansluiting bouwt op lokaal beleid. Daar waar in regio's of provincies het proces van schaalvergroting heeft geleid tot het ontstaan van één jeugdzorgorganisatie is herkenbaarheid en eenduidigheid geregeld.

Dat neemt natuurlijk niet weg dat voor cliënten in de vrij toegankelijke zorg (waaronder de pedagogische advisering) een aansluiting met speciaal onderwijs, vrije tijdsorganisaties of arbeidsmarkt tot stand moet komen. Het bieden van een adequaat integraal aanbod voor juist deze groep kan bij de beperkte taakstelling van het Bureau een terrein blijven dat wordt gevuld vanuit de sociale infrastructuur op gemeentelijk niveau.

#### 4.3 Toeleiding en vrij toegankelijke zorg

Toeleiding naar niet-vrij toegankelijke zorg is vanuit de historie van het werk een te beperkte taak voor het Bureau Jeugdzorg. Logisch en noodzakelijk voor veel cliënten is het toevoegen van een tweede taak: het geven van vrij toegankelijke ambulante zorg. Dat betekent dat een Bureau niet alleen een besluit neemt over de vraag of een jeugdige recht heeft op niet-vrij toegankelijke zorg. Het Bureau neemt – net als in het eerste alternatief – ook een afgewogen besluit over een alternatief dat naar inhoud en doelstellingen met een vrij toegankelijke zorgvorm bereikt kan worden, maar is tevens in staat dat alternatief te leveren.

Het Bureau en de voor het Bureau verantwoordelijke overheid (of overheden) zullen dan tegelijk antwoord moeten geven op de vraag wat de reikwijdte en inhoud van die vrij toegankelijke zorg is. Het bieden van vrij toegankelijke zorg

als tweede taak van het Bureau Jeugdzorg brengt een tweede groep jeugdigen binnen het stelsel van jeugdzorg. Ook voor deze groep dient de vraag naar de aansluiting tussen zorg en andere interventies beantwoord te worden. Deze vraag behoort tot de eigen competentie van het Bureau omdat het voor deze jeugdigen optreedt als autonome zorgleverancier naast de instellingen voor niet-vrij toegankelijke zorg. Er zijn dan zwart-wit gezegd twee cliëntengroepen met differentiaties in hun problematiek (de groep in vrij en de groep in niet-vrij toegankelijke zorg) voor wie verbindingen met andere instellingen geregeld moeten worden.

Het is nodig in het oog te houden dat een scheiding in vrij en niet-vrij toegankelijke zorg niet automatisch ook een indeling is in lichte en zware problematiek. Er is complexe problematiek die in de dagelijkse praktijk uitstekend beantwoord kan worden met vrij toegankelijke zorg. Net zo goed als er minder complexe problematiek is die – bijvoorbeeld vanwege omstandigheden in de leefsituatie – met niet-vrij toegankelijke zorg wordt aangepakt. Zo is het denkbaar dat een cliënt voor wie de jeugdzorg een naar middelen beperkte interventie doet, wel aanzienlijke inspanningen vereist om interventies op meerdere leefgebieden af te stemmen. Ook kan een cliënt die in de duurste jeugdzorginstelling verblijft vrijwel geen interventies op andere leefgebieden als onderwijs vereisen. Het veld van jeugdzorg zet nu de eerste stappen naar een modulair opgebouwd zorgstelsel waarin zorgprogramma's worden beschreven. Combinaties van vrij en niet-vrij toegankelijke zorg behoren tot de reële mogelijkheden met als centrum de niet-vrij toegankelijke zorg. Maar het is evengoed mogelijk zorgprogramma's te bedenken waarin de rol van niet-vrij toegankelijke zorgvormen verhoudingsgewijs marginaal is. Er bestaat dus geen eenduidigheid vooraf in cliëntproblematiek of interventiebreedte als het gaat om de vraag vrij of niet-vrij toegankelijke zorg.

Het is duidelijk dat steeds vaker de breedte van de interventie voor jeugdigen en hun opvoeders wel aan de orde is. In het speciaal onderwijs heeft veertig tot vijftig procent van de kinderen tegelijk te maken met enige vorm van jeugdzorg. Bij jeugdigen die te maken hebben met een civiel- of strafrechtelijke interventie is hun integratie in de samenleving vaak het centrale motief voor de interventie. Die integratie kan alleen vruchtbaar tot stand komen als de verbinding met scholen, arbeidsmarkt en vrije tijd wordt gelegd.

Waar de zorgsector nog worstelt met de eigen herordening, wordt vanuit het maatschappelijk krachtenveld steeds meer aangedrongen op samenhang en eenduidigheid in de interventies: het ketenbeleid dat door C. Schuyt is voorgesteld. En onder het begrip interventie rekenen we hier alle activiteiten van overheden, instellingen voor jeugdigen en opvoeders in de terreinen zorg, welzijn, onderwijs, arbeidsmarkt en vrije tijd die erop zijn gericht het mogelijk te maken dat jeugdigen door een evenwichtige opvoeding volwaardig deelnemen aan het maatschappelijk leven (van peuterspeelzaal tot psychiatrische kliniek). Het ligt voor de hand dat bijvoorbeeld basisscholen en scholen voor voortgezet onderwijs, en met hun vele anderen, duidelijkheid willen over de vraag wie voor

wat in de zorgsector verantwoordelijk is. Het rapport *Plaats maken*<sup>35</sup> beschouwt de eerste lijn als centraal punt in het stelsel van jeugdzorg. De eerstelijnsgedachte vasthouden betekent een verdere taakverbreding van het Bureau Jeugdzorg.

#### 4.4 Het brede Bureau Jeugdzorg

Het Bureau Jeugdzorg is niet alleen de plaats waar de toeleiding tot niet-vrij toegankelijke zorg plaatsvindt en vrij toegankelijke jeugdzorg wordt gegeven, maar het dient tevens uit te groeien tot de plaats waar interventies vanuit orthopedagogische, psychiatrische en beschermingskaders worden afgestemd op het geheel van andere maatschappelijke interventies. Zo komt weer een ander perspectief op de inrichting van het Bureau Jeugdzorg op tafel. De projectgroep heeft in een van haar eerste publicaties hier al een oriëntatie op geboden.<sup>36</sup> Op gemeentelijk niveau is de afgelopen jaren het begrip jeugd beleid nieuw leven ingeblazen. Of dat nu de noemer droeg van integraal jeugd beleid, preventief jeugd beleid of integraal preventief jeugd beleid maakt niet veel uit. Het gaat om het besef dat een samenleving niet alleen voor jeugdigen moet zorgen als het fout dreigt te gaan, maar ook een scala aan voorzieningen nodig heeft om de jeugd aan die samenleving te laten participeren (en dat vol te houden bij het bereiken van de meerderjarigheid). En als men dan toch die voorzieningen maakt, is het verstandig te bezien welke jeugdigen in problemen kunnen komen en of dat is af te wenden met vroegtijdige, lichte, samenhangende interventies naar jeugdigen en opvoeders. In het onderwijs wordt bezien of de school in zo'n perspectief een rol kan hebben. Initiatieven voor een verlengde schooldag, naschoolse opvang, vensterscholen, intensieve leerlingbegeleiding, zorgbreedtecommissies et cetera raken niet alleen onderwijsaspecten, maar ook aspecten van vrije tijd en zorg. De school wordt daarbij gezien als het centrale element in het leven van jeugdigen, met de vitale taakstelling om jeugdigen adequaat uit te rusten voor hun maatschappelijke carrière. Deze ontwikkeling leidt sommigen tot de opvatting dat jeugdzorg beter kan functioneren als onderdeel van het onderwijs dan als aparte sector. Zonder zover te gaan zal echter duidelijk zijn dat een verbinding tussen zorg en onderwijs noodzakelijk is. Dat geldt eens te meer in het speciaal onderwijs waar de introductie van een 'rugzak' de keuzevrijheid van opvoeders heeft verstrekt. Indien een jeugdige door een indicatiecommissie toelaatbaar wordt geacht voor vormen van speciaal onderwijs, kunnen opvoeders zelf besluiten of dit onderwijs (in de vorm van een budget 'rugzak') wordt gegeven op een gewone school of op een school voor speciaal onderwijs. Deze laatste scholen worden op dit moment gereorganiseerd tot 'expertisecentra'. Waar bijna de helft van de jeugdigen op deze scholen ook te maken heeft met jeugdzorg, zal de versterking van de opvattingen

---

35 Task Force Jeugdhulpverlening. *Plaats maken. Op weg naar goede jeugdzorg*. Rijswijk: ministerie van WVC, 1994

<sup>36</sup> Kwakkelstein, P. *Naar een lokaal toegepaste jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1998

van opvoeders doorklinken in de zorg die zij wensen.

Het is echter niet alleen de verbinding van jeugdzorg en onderwijs waarin het Bureau Jeugdzorg een rol kan hebben. Het ministerie van Onderwijs werkt aan de oprichting van eigen indicatiecommissies voor het speciaal onderwijs. Deze commissies zullen als het gaat om kinderen met ernstige gedragsstoornissen – een van de vier rugzakcategorieën – in aanzienlijke mate moeten beschikken over dezelfde expertise als het Bureau Jeugdzorg bij de uitoefening van de functies diagnostiek en indicatiestelling. Het beter benutten van schaarse expertise en het afstemmen van zorg en onderwijs in vele vormen van uitvoering zal in de toekomst verdergaande samenwerking – zo niet integratie – noodzakelijk maken.

Daartoe moet het Bureau Jeugdzorg op lokaal niveau opereren. En omdat gemeenten niet alleen meer aandacht besteden aan hun jeugdbeleid, maar steeds meer te zeggen krijgen over het onderwijsbeleid, ligt het voor de hand deze gemeenten als serieuze partner te beschouwen bij de toekomstige vormgeving van het Bureau Jeugdzorg. Het zou een vernieuwing van de regievoering rond het stelsel jeugdzorg betekenen als dit partnerschap niet uitmondt in een strijd om middelen of zeggenschap.

Om de jeugdzorg goed te laten functioneren, is aansluiting met lokaal jeugdbeleid en onderwijs nodig (om maar twee partners te noemen). Maar om jeugdbeleid en onderwijs goed te laten verlopen zijn er verbindingen met de jeugdzorg nodig. Om goede zorg te geven is aanvulling vanuit gemeenten in vrij toegankelijke zorgvormen en verbindingen nodig. Temeer daar er op gemeentelijke niveau instellingen actief zijn met een grote doeltreffendheid en een erkende, toegankelijke status zoals de consultatiebureaus en de club- en buurthuizen. Die terreinen moeten hun eigenstandigheid behouden omdat ze de mogelijkheid bieden ouders op een natuurlijke manier te benaderen. Het opbouwen van een Bureau Jeugdzorg betekent zo een pleidooi voor versterking van de rol van andere voorzieningen op hun eigen terrein. Het Bureau biedt de mogelijkheid netwerken te verbinden, deskundigheden te vergroten en beter bereikbaar te maken en kastje en muur samen te ballen aan een balie als het perspectief van jeugdzorg aan de orde is.

Het neerzetten van een Bureau Jeugdzorg betekent ook niet dat de rol van niet-vrij toegankelijke voorzieningen aan de voorkant van het stelsel is uitgespeeld. Zij kunnen een bijdrage leveren aan tijdige onderkenning van problematiek, zij kunnen hun deskundigheid inbrengen in het ontwikkelen van nieuwe programma's. In die stromen is het Bureau verkeersagent en schakel. Een casemanager gezinsvoogdij kan voor een onder toezicht gestelde jongere die thuis verblijft, baat hebben bij snelle toegang tot de ondersteuning die scholen bieden aan jeugdigen. Diezelfde toegang wordt gevraagd vanuit een intensief zorgprogramma of vanuit een ambulante jeugdzorgwerker. Het Bureau Jeugdzorg kan voorkomen dat die werkers allemaal hun eigen netwerk moeten opbouwen en dat scholen door vier afzonderlijke instellingen worden benaderd voor eenzelfde vraag.

Maar om uitvoering te geven aan een dergelijke taakstelling dient het Bureau over menskracht en middelen te beschikken die het nu niet bezit. Vele instellingen voor niet-vrij toegankelijke zorg hebben op grond van het belang van cliënten

samenwerking gezocht en gevonden met het onderwijs. Deze samenwerking krijgt pragmatisch vorm vanuit een veelal beperkt zorgaanbod en beperkte middelen en is in even zeer beperkte zin toegankelijk voor alle jeugdigen en hun opvoeders. Jeugdzorg en aanpalende sectoren waarin het beroepsmatig werken met jeugdigen centraal staat, moeten zich in de komende jaren intensief buigen over doeltreffende en doelmatige vormen van samenwerking en samenhang. Het Bureau Jeugdzorg kan daarin de regisseur zijn van de inhoudelijke ontwikkeling; zowel als expertisecentrum – maar dan vanuit de jeugdzorg – vanuit de kernfuncties als expertisecentrum in het verbindingsgebied lokaal jeugdbeleid en provinciaal zorgbeleid.

Het werken van het Bureau in deze hoedanigheden zal in ieder geval voor de cliënten een verduidelijking van de huidige situatie zijn. Het staat tegelijk buiten kijf dat dit een aanzienlijke opgave zal worden voor het werkveld en de beroepsgroepen.

#### 4.5 Werken aan samenhang

De overheden hebben in het zogeheten Bestuursakkoord nieuwe stijl gezegd dat ‘gemeenten steeds meer verantwoordelijkheid hebben gekregen voor het ontwikkelen en in stand houden van de sociale infrastructuur. De taken zijn veelomvattend: welzijn, sport, onderwijs, gezondheid, zorg, huisvesting, werk, inkomen, integratie van minderheden, veiligheid en criminaliteitsbestrijding. Provincies vervullen hierbij op een aantal terreinen een ondersteunende rol’.

Op het terrein van de jeugdzorg gaat de rol van de provincie verder dan een ondersteunende rol. Zij is regisseur van het vernieuwingsproces waarvan de Bureaus Jeugdzorg deel uitmaken. Maar de regisseurs van lokaal en provinciaal beleid kunnen – als zij de beschikbare middelen doeltreffend en doelmatig willen aanwenden – niet zonder elkaar; net zomin als de instellingen in beide gebieden dat kunnen.

Gemeenten zullen in die situatie een samenhangende visie op jeugdbeleid moeten hebben om van hun kant regievoering mogelijk te maken. De provinciale Regiovisies bieden de gelegenheid voor gemeenten en jeugdzorg een visie op de aansluiting neer te leggen. Naar de mening van de projectgroep Toegang draait de aansluiting niet alleen om een herkenbare en bereikbare toegang tot de jeugdzorg en het op lokaal niveau beschikbaar zijn van voldoende vrij toegankelijke zorg. Overheden en werkvelden zullen hun samenwerking vooral vorm moeten geven in het afstemmen van reeksen interventies naar jeugdigen en hun opvoeders, en in het signaleren van witte vlekken, overlappingen en overbodigheden.

Voor het Bureau Jeugdzorg betekent dat veel aandacht en investering in de functies consultatie en advies, en deskundigheidsbevordering over jeugdzorgvraagstukken bij andere instellingen en beroepsgroepen. Het betekent ook voortdurende aandacht voor nieuwe vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorgprogramma's die in het kader van het aloude (en nog steeds



valide) zo-zo-zo-zo-idee activiteiten in zorg, hulp en dienstverlening samenbrengen en beter benutten.

Niemand zal ontkennen dat het onderwijs een belangrijk vertrekpunt en een goed schakelstation kan zijn in de aansluiting tussen jeugdzorg en jeugdbeleid. Alle jeugdigen moeten van hun vierde tot hun zestiende jaar naar school. Daar nemen de aandacht en de mogelijkheden voor zorg, mede dankzij actief gemeentelijk beleid, toe. Naast het consultatiebureau is het de plaats waar vaak het eerst wordt gezien dat het met een jeugdige niet goed lijkt te gaan. Het is een plaats waar ook maatschappelijk gezien een grote waarde aan wordt toegekend, niet het minst in de ogen van opvoeders.

Alle participanten in de aansluiting staan in de komende jaren voor twee kunststukjes. Het eerste is het adequaat invullen van de eigen verantwoordelijkheden en taken. Het tweede kunststukje is met elkaar te zorgen hoe de 'wegen van beleid' waarover de jeugdige moet lopen voor onderwijs, zorg en welzijn allemaal dezelfde breedte hebben en op elkaar aansluiten. Het vraagstuk van de bestuurlijke verantwoordelijkheid daarvoor is van grote importantie. De Adviescommissie voor de nieuwe Wet op de jeugdzorg zal uitspraken moeten doen over de bestuurlijke verantwoordelijkheden en dus over reikwijdte van de diverse werkgebieden. De projectgroep Toegang spreekt de verwachting uit dat zo'n uitspraak mede wordt gedaan in het licht van het behoud van in gang gezette veranderingen.

## Deeladvies 5. Bestuur en organisatie van de Bureaus Jeugdzorg

### 5.1 Inleiding

In het Regeerakkoord Paars II staan de uitgangspunten voor de inrichting van de eenduidige toegang tot de jeugdzorg. Het Bureau Jeugdzorg wordt een onafhankelijke rechtspersoon onder één gezag met één financiering. In de afgelopen jaren zijn regionaal samenwerkingsconstructies ontwikkeld met een wisselende participatie van de deelsectoren jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz. Er zijn nieuwe rechtspersonen gekomen waarin regionale aanbieders hun toegangsfuncties en -activiteiten onderbrengen. Ten aanzien van de bestuurlijke en organisatorische vormgeving blijven de onderlinge verschillen tussen de regio's groot.

Het richtinggevend kader voor de inrichting van de toegang bestaat nu uit:

- de functies en systeemeisen voor de toegang tot de jeugdzorg;
- criteria voor het onderscheid tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke jeugdzorg;
- het protocol voor verwijzing van cliënten met ernstig psychiatrische problematiek;
- de tekst van het Regeerakkoord.

In het in opdracht van de projectgroep Toegang door KPMG uitgevoerde onderzoek naar de operationalisering van het Kostenmodel Toegang<sup>37</sup> is één van de conclusies dat snel duidelijkheid moet komen over de gewenste eindsituatie van de Bureaus Jeugdzorg. De projectgroep Toegang is in haar vervolgoopdracht gevraagd nader te adviseren over de invulling van de bestuurlijke en organisatorische vormgeving van de toegang.

De projectgroep baseert zich in dit deeladvies op eerdere advisering in opdracht van de provincie Noord-Brabant over de gewenste organisatorische en bestuurlijke vormgeving van het Bureau Jeugdzorg en de zorgtoewijzing, en de reacties daarop van de diverse betrokkenen<sup>38</sup>. In een handreiking met betrekking tot heeft de projectgroep Toegang concrete uitgangspunten geformuleerd voor de vormgeving van de functie toewijzing.<sup>39</sup> Voor de vormgeving worden hier varianten geschetst die binnen de huidige omstandigheden aanvaardbaar zijn. Aangegeven wordt daarnaast aan welke voorwaarden de bestuurlijke en organisatorische vormgeving

---

<sup>37</sup> Operationalisering kostenmodel toegang, KPMG, Den Haag 1999

<sup>38</sup> Projectgroep Toegang. *Met beide benen op de grond. Advies aan de provincie Noord-Brabant*. Utrecht: Projectgroep Toegang, 1998

<sup>39</sup> Yperen, T.A. van, R.A. van der Schaft en P.H. Nota. *Zorgtoewijzing, knooppunt van vraag en aanbod*. Utrecht: NIZW, 1999

uiteindelijk moet voldoen. Daarmee wil de projectgroep – in het verlengde van het Regeerakkoord – voor dit aspect de eindtermen bieden voor diegenen die regionaal verantwoordelijk zijn voor de vormgeving van de Bureaus Jeugdzorg.

De projectgroep onderscheidt in dit advies het Bureau Jeugdzorg als toeleidingsorganisatie en (mede)aanbieder van vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg, en de *regionale zorgtoewijzingsinstantie*, zijnde de uitvoeringsorganisatie voor de functie zorgtoewijzing.

Hierna wordt ingegaan op de organisatorische randvoorwaarden, eisen waaraan het Bureau Jeugdzorg moet voldoen, en de consequenties daarvan voor de bestuurlijke inbedding en samenstelling. Op dezelfde wijze wordt de toewijzing behandeld.

## 5.2 Een onafhankelijk Bureau jeugdzorg

### *5.2.1 Inleiding*

Het Bureau jeugdzorg wordt een onafhankelijke rechtspersoon, onder één gezag met één financiering. Het Regeerakkoord laat aan duidelijkheid niets te wensen over. Bestuur en management dragen geen andere verantwoordelijkheden in de jeugdzorg dan voor het Bureau.

Het Bureau Jeugdzorg is het organisatorisch en bestuurlijk verband dat uitvoering geeft aan de toegangsactiviteiten. Daaronder vallen de bekende functies aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling, plaatsing en casemanagement. Volgens de projectgroep kan het Bureau Jeugdzorg niet functioneren zonder een substantieel volume vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg, advies en informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering.

In navolging van de aanbevelingen over de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's)<sup>40</sup> en het regeringsstandpunt over dit onderwerp<sup>41</sup> gaan we ervan uit dat het AMK deel uitmaakt van de organisatie Bureau Jeugdzorg.

In het (nieuwe) Bureau Jeugdzorg worden mensen en middelen ondergebracht die nodig zijn om uitvoering te kunnen geven aan de toegangsfuncties. In een aantal gevallen zitten die mensen en middelen nu nog bij (bestaande) instellingen voor jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz. De (vrij toegankelijke)

---

<sup>40</sup> Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling. *Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Eindrapport van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling*. Roermond: 1997

<sup>41</sup> Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Eindrapport van de Werkgroep Meldpunt Kindermishandeling. Roermond, 1997  
Standpunt Advies- en meldpunten kindermishandeling. Ministeries van VWS en Justitie: Rijswijk/Den Haag, 1998

ambulante jeugdhulpverlening hoort in zijn geheel op te gaan in het Bureau Jeugdzorg. Een deel van de intakecapaciteit van de Raad voor de Kinderbescherming wordt ingebracht in het Bureau Jeugdzorg. De (gezins)voogdij en de jeugdreclassering maken deel uit van het Bureau Jeugdzorg. Het aanbod van de RIAGG-jeugdzorg gaat grotendeels op in het Bureau Jeugdzorg.

Het Bureau Jeugdzorg is (of wordt) een zelfstandige organisatie, waarin mensen en middelen worden ondergebracht afkomstig van het JAC, het BVA, de Raad<sup>42</sup>, de instelling voor (gezins)voogdij en jeugdreclassering, en de RIAGG-jeugdzorg. Alleen op die manier krijgt de organisatie een zodanige schaal dat waarborgen worden geboden voor kwaliteit in uitvoering en management.

Het Bureau Jeugdzorg moet regionaal als gelijkwaardige partner functioneren van de MFO('s). Er moet voldoende uitvoeringscapaciteit zijn om de toegangs- en toeleidingsfuncties volgens de systeemeisen uit te voeren. Het Bureau Jeugdzorg moet over een voldoende volume vrij toegankelijke jeugdzorg beschikken om het merendeel van de aangemelde cliënten naar te kunnen verwijzen en om een bijdrage te leveren aan de verbinding met het lokale aanbod voor jeugdigen en opvoeders. Naast voldoende uitvoeringscapaciteit moeten de ondersteunende diensten zodanig zijn georganiseerd dat kwaliteit en continuïteit te waarborgen zijn.

Er zijn provincies en grootstedelijke regio's waarbij het werkgebied van het Bureau Jeugdzorg samenvalt met de provinciegrenzen. In de provincies en grootstedelijke regio's waar dat niet het geval is, moet de betreffende overheid uiteindelijk bepalen of het Bureau Jeugdzorg op provinciale of op regionale schaal georganiseerd moet worden, rekening houdend met de hierboven geschetste eisen.

In de omslag naar een vraaggericht stelsel is het Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor het zo scherp mogelijk beschrijven van de zorgvraag. De aanbieders van modulen en programma's leveren zo veel mogelijk hulp-op-maat. Spanning tussen vraag en aanbod wordt gereguleerd en gereduceerd door de zorgtoewijzingsinstantie.

De overdracht van mensen en middelen vanuit bestaande organisaties naar het nieuwe Bureau Jeugdzorg vraagt om oplossing van een aantal juridische belemmeringen. De Bureaus Jeugdzorg zijn niet in de Wet op de Jeugdhulpverlening gedefinieerd en niet is aangegeven welke wettelijke regelingen van toepassing zijn of worden op de Bureaus Jeugdzorg<sup>43</sup>. In de Wet op de Jeugdzorg moeten deze wettelijke belemmeringen en onduidelijkheden worden opgelost. In de periode voorafgaand aan de totstandkoming van de Wet is de

---

<sup>42</sup> Hier is een voorbehoud op zijn plaats. De Raad blijft als onafhankelijke organisatie bestaan naast het Bureau Jeugdzorg, met een eigen verantwoordelijkheid. Zie ook deeladvies 2.

<sup>43</sup> Zie Unen, A.A.W. van. Bureaus jeugdzorg: intersectoraal beleid versus sectorale wetgeving. *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht*, maart 1999

rijksoverheid ervoor verantwoordelijk zo snel mogelijk helderheid te beiden over de beoogde reikwijdte van de Wet, verdeling van (bestuurlijke) verantwoordelijkheden en financieringssystematiek.

### 5.2.2 Onafhankelijkheid

De scheiding in verantwoordelijkheden tussen plaatsende en opnemende voorzieningen is vastgelegd in de huidige Wet op de jeugdhulpverlening. De Wet maakt een onderscheid tussen plaatsende instanties en uitvoerders van jeugdhulpverlening. Een plaatsende instantie moet een zodanige werkwijze toepassen "... dat is gewaarborgd dat de plaatsingstaken (zoals beschreven in art. 29 Wet JHV) onafhankelijk van de overige werkzaamheden worden uitgevoerd en dat één deskundige met de verantwoordelijkheid voor deze taken is belast."

De plaatsingstaken hebben betrekking op de uitvoering van de toegangsfuncties screening, diagnostiek en indicatiestelling, plaatsing en evaluatie/herindicatie.

Het begrip Bureau Jeugdzorg wordt voor het eerst gehanteerd in *Plaats maken*, rapport van de Task Force Jeugdhulpverlening (april 1994). In dit rapport wordt een herkenbare eerste lijn bepleit. Het Bureau Jeugdzorg moet *de* plaatsende instantie voor minderjarigen worden. De taak en verantwoordelijkheid van de plaatsers moet worden versterkt, aldus de Task Force, opdat de eerste lijn het centrale punt wordt in het stelsel. "Bovendien is het alleen dan mogelijk een systeem van checks and balances te creëren, waarmee wordt tegengegaan dat ouders en minderjarigen zich geplaatst zien tegenover een gesloten instantie"<sup>44</sup>. Het Bureau Jeugdzorg is daarmee de instantie die kan bijdragen aan de omslag van een aanbodgericht naar een vraaggericht stelsel.

In Toegang tot de Jeugdzorg, functies en systeemeisen van de projectgroep Toegang, is de *functionele* onafhankelijkheid vereist van de activiteiten waarmee uitvoering wordt gegeven aan diagnostiek en indicatiestelling, en aan zorgtoewijzing. De projectgroep relateert die onafhankelijkheid aan de omslag naar een vraaggericht stelsel. Het is de verantwoordelijkheid van de autonome professional in zijn of haar diagnostiek en indicatiestelling de vraag of behoefte van de cliënt als vertrekpunt te nemen, los van oneigenlijke of onredelijke verlangens van onder meer de cliënt, de financier of de zorgaanbieders.

Gekwalificeerde beroepsbeoefenaren moeten door de organisatie waar zij werkzaam zijn, in staat worden gesteld om zich een onafhankelijk, professioneel oordeel te vormen. In de uitvoering is de vereiste onafhankelijkheid naar het oordeel van de projectgroep voldoende gewaarborgd met geprotocolleerde werkwijzen, door het hanteren van naar professionele maatstaven deugdelijke methoden en door vormen van intercollegiale en multidisciplinaire toetsing.

De projectgroep heeft de toegang steeds beschouwd als een structuur die regionaal of provinciaal wordt ingevuld door plaatsers en opnemers vanuit de deelsectoren

---

<sup>44</sup> Task Force Jeugdhulpverlening. *Plaats maken*. Rijswijk: Ministerie van VWS, pag. 31, 1994

jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz. De vorming van een nieuwe, zelfstandige rechtspersoon Bureau Jeugdzorg, waarin bestaande jeugdzorgorganisaties geheel of gedeeltelijk opgaan, is in de 'Systeemeisen' benoemd als een wenselijke, maar niet noodzakelijke voorwaarde om te komen tot de verbetering van de toegang. Daarmee is ruimte geboden voor provinciale en regionale varianten, maar ontstond ook onduidelijkheid over de bijdragen die vanuit de betrokken subsectoren moesten worden geleverd aan de nieuwe toegang.

Expliciete uitspraken over de organisatorische (en bestuurlijke) vormgeving van de toegang zijn te vinden in het advies van de projectgroep aan de provincie Noord-Brabant (september 1998). De projectgroep bepleit in het advies de totstandkoming van zelfstandige Bureaus Jeugdzorg met een onafhankelijk bestuur, omwille van de scheiding van bestuurlijke verantwoordelijkheden tussen plaatsers en uitvoerders. Ze pleit ook voor de realisering van een onafhankelijk zorgtoewijzingsorgaan per regio. Alleen zo kan de cliënt duidelijk worden gemaakt dat de zorgvraag centraal staat in het Bureau Jeugdzorg, en wordt de belangenscheiding tussen plaatter en opnemende voorzieningen afdoende gewaarborgd (Met beide benen op de grond, blz. 7).

Bestuurders van het Bureau Jeugdzorg moeten geen andere verantwoordelijkheid dragen in de jeugdzorg. Deze bestuurlijke autonomie is voorwaarde voor de geloofwaardigheid van het Bureau Jeugdzorg om de vraag of behoefte van de cliënt objectief te beschrijven, en om zich in te zetten voor de realisering van een aanbod dat het best aansluit bij datgene wat als meest wenselijk wordt beschouwd. Daarnaast is een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg uiteindelijk ook een voorwaarde om de cliënt te waarborgen dat de hulpvraag wordt gezien vanuit een integraal perspectief. Op die manier wordt bevorderd dat een integrale zorg en zorgvisie tot stand komt, waarin zowel het psychosociale als het beschermings- als het psychiatrisch perspectief herkenbaar terug te vinden zijn. De drie deelperspectieven komen zo evenredig tot hun recht.

### *5.2.3 De jeugdbescherming en de toegang*

Het onderbrengen van jeugdbeschermingstaken en activiteiten in het Bureau Jeugdzorg heeft een aantal juridische consequenties voor de toegangsorganisatie. Die gevolgen verschillen per takenpakket: aan de orde zijn de eisen vanuit de (gezins)voogdij en de Raad voor de Kinderbescherming.

Het onderbrengen van taken en bevoegdheden van instellingen voor (gezins-)voogdij in het Bureau Jeugdzorg vereist dat het Bureau een rechtspersoon is en wordt erkend als gezinsvoogdij-instelling. Voorwaarde is verder dat de specifieke juridische vereisten gekoppeld aan de uitvoering van een maatregel een duidelijke plek krijgen. Binnen die vereisten kan worden gedifferentieerd naar voogdij, gezinsvoogdij of jeugdreclassering.

De Raad voor de Kinderbescherming blijft een onafhankelijke organisatie naast het Bureau Jeugdzorg, met als kerntaken het doen van onderzoek en het indienen

van verzoeken bij de kinderrechter. De Raad valt rechtstreeks onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie, en blijft in een aantal gevallen (bijvoorbeeld bij levensbedreigende situaties) rechtstreeks toegankelijk. In de uitvoering moet de Raad een bijdrage leveren aan de activiteiten van het Bureau Jeugdzorg. Financiële middelen en expertise van de Raad worden ingebracht in het Bureau Jeugdzorg om zo veel mogelijk zaken op vrijwillige basis te kunnen oplossen en om doorverwijzing naar de Raad zo gefundeerd mogelijk te laten verlopen (zie verder deeladvies 2). In de praktijk zullen met de overheveling van financiële middelen vaak ook medewerkers van de Raad een overstap maken (van de Raad naar het Bureau Jeugdzorg).

De organisatie Bureau Jeugdzorg moet verder in staat zijn een AMK te beheren, op zodanige wijze dat voldaan wordt aan de criteria als genoemd in het Standpunt Advies- en Meldpunten Kindermishandeling.

#### *5.2.4 De praktijk van de Bureaus Jeugdzorg op dit moment*

De door de projectgroep bepleite functionele onafhankelijkheid van een beperkt aantal toegangsfuncties is in de regionale praktijk van meet af aan verbonden met de organisatorische onafhankelijkheid van het Bureau Jeugdzorg, waarmee werd aangesloten bij het eerder genoemde rapport *Plaats maken*. Die ontwikkeling is nu verankerd in het Regeerakkoord.

De Bureaus Jeugdzorg zoals die op dit moment in het land voorkomen, zijn het product van de samenwerking tussen de bestaande regionale jeugdzorgaanbieders. De (mate van) participatie van de deelsectoren jeugdbescherming en jeugd-ggz verschilt. Bestaande en mogelijke samenwerkingsvormen variëren tussen samenwerkingsovereenkomsten, joint ventures, holding- of concernconstructies en fusies. De gemaakte keuzes lopen regionaal sterk uiteen en lijken in hoge mate afhankelijk van de regionale en provinciale krachtsverhoudingen.

De regionale ontwikkelingen laten zien dat de werkelijkheid van dit moment nog niet samenvalt met de politiek-bestuurlijke opvattingen over hoe het Bureau Jeugdzorg eruit moet zien. In de praktijk zijn eind 1998 drie varianten zichtbaar<sup>45</sup>. De vierde variant is als herkenbaar perspectief toegevoegd.

- 1. Het Bureau Jeugdzorg als netwerkorganisatie.* In deze variant zijn formele afspraken gemaakt tussen de participanten over de uitvoering van de toegangsfuncties. De coördinatie is in handen van een stuurgroep waarin de participanten vertegenwoordigd zijn. In een aantal regio's wordt de uitvoerende coördinatie neergelegd bij (de directeur van) het Bureau Jeugdzorg, inclusief de aansturing van de gedetacheerde of tewerkgestelde uitvoerend hulpverleners. Deze variant komt in de praktijk steeds minder voor. Het is een model dat past in de ontwikkeling naar een hechtere organisatievorm.
- 2. Het Bureau Jeugdzorg als eigenstandige organisatie met een eigen bestuur.*

---

<sup>45</sup> Rapportage Meetpunten en regionale consultaties Toegang tot de Jeugdzorg, Projectgroep Toegang, januari 1999

Deze variant lijkt tegemoet te komen aan de uitgangspunten zoals geformuleerd in het Regeerakkoord. Lijkt, omdat de kanttekening moet worden geplaatst dat in de huidige praktijk het bestuur in een aantal gevallen bestaat uit de directeuren van de bestaande regionale jeugdzorginstellingen. In die gevallen kunnen we moeilijk spreken van een onafhankelijke rechtspersoon, ook al hebben deze besturen vaak een onafhankelijk voorzitter.

Deze variant, met verschillende uitwerkingen, komt men nu in het merendeel van de regio's tegen.

3. *Het Bureau Jeugdzorg als onderdeel van een multifunctionele organisatie.* In deze variant is het Bureau Jeugdzorg een relatief zelfstandige divisie, afdeling of werkmaatschappij binnen een groter geheel. De verhouding tussen toegang en uitvoering, met daartussen de toewijzing, is vastgelegd in procedures en protocollen. In die procedures en protocollen is de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van de onderscheiden onderdelen gewaarborgd.

In een aantal regio's wordt de functie zorgtoewijzing onafhankelijk uitgevoerd, buiten de multifunctionele organisatie.

Deze variant komt in een beperkt aantal regio's voor.

4. *Het Bureau Jeugdzorg als onderdeel van een concern of holding.* Een variant in opkomst, als vervolgstap op het Bureau Jeugdzorg als netwerkorganisatie, als reactie op de richtinggevende uitspraken in het Regeerakkoord, of als gevolg van een combinatie van factoren. In dit model is het Bureau Jeugdzorg een zelfstandige organisatie met een eigen bestuur. Het Bureau Jeugdzorg participeert samen met andere regionale jeugdzorgaanbieders in een holding, aangestuurd door de directies.

In de praktijk is deze variant wel in ontwikkeling, maar nog nergens gerealiseerd.

#### 5.2.5 Mogelijke varianten

Van de hierboven geschetste varianten in de bestuurlijke en organisatorische vormgeving van het Bureau Jeugdzorg voldoen er twee aan de eis van onafhankelijkheid, te weten het Bureau Jeugdzorg als eigenstandige organisatie met een eigen bestuur, en het Bureau Jeugdzorg dat als eigenstandige organisatie deel uitmaakt van een holding van regionale jeugdzorgaanbieders.

Tegen de concern- of holding-constructie pleit dat in deze variant de regie sterk bij de aanbieders komt te liggen. Dat roept mogelijk spanning op met de rol van de provinciale en grootstedelijke overheden als regisseur van het regionale vernieuwingsproces in de jeugdzorg en naar de invloed van de gebruikers van de zorg. De overheden zijn democratisch gelegitimeerd om kaders te stellen waarbinnen de aanbieders inhoud kunnen geven aan hun verantwoordelijkheid. In de regiovisie stellen aanbieders, gebruikers, financiers en overheden vast hoe de jeugdzorg wordt ingericht en hoe het regionale jeugdzorgaanbod wordt ingezet, in samenhang met het lokale aanbod voor jeugdigen en opvoeders.

Een tweede tegenargument is dat in de concernvorming de bestuurlijke onafhankelijkheid van het Bureau Jeugdzorg niet in alle gevallen waargemaakt wordt. De holding is feitelijk een multifunctionele organisatie (MFO) met daarbinnen een



divisie Bureau Jeugdzorg. De onafhankelijkheid van het Bureau Jeugdzorg is verankerd in procedures en protocollen. Er wordt niet voldaan aan de eis van onafhankelijkheid in juridische zin.

De projectgroep Toegang onderkent dat deze variant in de ontwikkelingsfase, waarin de meeste Bureaus Jeugdzorg zich nog steeds bevinden, een aantal voordelen heeft. Het management is zowel in kwalitatieve als in kwantitatieve zin binnen de MFO's doorgaans sterker ontwikkeld dan binnen de nieuwe, formeel onafhankelijke en (dus) in de praktijk vaak bescheiden Bureaus Jeugdzorg. De reallocatie of beschikbaarstelling van mensen en middelen, nodig om het gebrek aan capaciteit op te lossen voor de uitvoering van de verschillende toegangsfuncties, wordt in de praktijk ervaren als gemakkelijker *binnen* een organisatie dan *tussen* twee organisaties. De ombouw van het aanbod zodanig dat beter aangesloten wordt op de vraag, vindt in de praktijk ook sneller plaats wanneer toegang en uitvoerende hulpverlening binnen hetzelfde organisatorische kader plaatsvinden dan wanneer het Bureau Jeugdzorg en de MFO binnen een regio naast (of tegenover) elkaar staan.

De voordelen in de ontwikkeling naar operationele Bureaus Jeugdzorg, waarin de toegangsfuncties conform de geldende (systeem- en kwaliteits)eisen worden uitgevoerd, laten onverlet dat de Bureaus Jeugdzorg uiteindelijk formeel-bestuurlijk onafhankelijke organisaties moeten worden, met een eigenstandig management. De projectgroep heeft daarvoor de volgende argumenten.

1. De politieke realiteit: in het Regeerakkoord is de keus voor een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg gemaakt. De verantwoordelijkheid voor de adequate uitvoering van de toegangsfuncties is duidelijk bij één organisatie neergelegd. Diezelfde organisatie kan worden aangesproken op de verbindingen met het lokale aanbod voor jeugdigen en opvoeders, met het (speciaal) onderwijs en met de zorg voor licht verstandelijk gehandicapten. Een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg vergroot de sturingsmogelijkheden van de overheden op de jeugdzorg, omdat toeleiding, toewijzing en uitvoering organisatorisch van elkaar zijn gescheiden.
2. Het perspectief van een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg is voorwaarde om een substantiële toegangsorganisatie te kunnen ontwikkelen, met voldoende uitvoerings-, staf- en managementcapaciteit, zowel naar omvang als naar kwaliteit. Het Bureau Jeugdzorg vraagt daarmee om herkenbare en afzonderlijke investeringen, die expliciet ten goede komen aan de verbetering van de toegang. Een substantiële toegangsorganisatie is nodig om evenwicht te scheppen tussen vraag en aanbod en de organisaties die daarin voorzien.
3. Voor de cliënt biedt een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg een betere waarborg voor hulpverlening die aansluit op de vraag vanuit alle relevante perspectieven: het pedagogische, het psychosociale en het psychiatrische. Het Bureau Jeugdzorg is verantwoordelijk voor het formuleren van indicatiestellingen en het realiseren van plaatsingen die zo veel mogelijk tegemoet komen aan de vraag of behoefte van de cliënt. Onafhankelijkheid van de uitvoering in organisatorische en bestuurlijke zin versterkt die positie.

4. Een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg maakt het mogelijk in de nieuwe wet een aantal juridische belemmeringen en onduidelijkheden beter op te lossen. Het Bureau Jeugdzorg moet om die reden in de nieuwe Wet op de jeugdzorg helder worden gepositioneerd ten opzichte van bestaande wet- en regelgeving.

Een onafhankelijk Bureau Jeugdzorg is niet in alle bovengenoemde gevallen een noodzakelijke voorwaarde om te voorzien in de vereiste waarborgen. De projectgroep is wel van mening dat bestuurlijke en organisatorische onafhankelijkheid in hoge mate de totstandkoming bevordert van een stelsel van jeugdzorg dat vraaggericht, transparant en flexibel is.

### 5.3 De zorgtoewijzing

Een centrale plaats kent de projectgroep toe aan de regionale toewijzing van ingrijpende, specialistische, kostbare of schaarse vormen van behandeling, begeleiding of verzorging: de geïndiceerde jeugdzorg. Een onafhankelijke zorgtoewijzing is naar het oordeel van de projectgroep een noodzakelijke voorwaarde om een vraaggericht aanbod te realiseren, zowel op het niveau van de individuele cliënt, als op (regionaal, provinciaal en landelijk) stelselniveau. De realisering en instandhouding van het toewijzingsorgaan is een verantwoordelijkheid van plaatsende en opnemende voorzieningen gezamenlijk. De *functionele* onafhankelijkheid van dit orgaan wordt gewaarborgd door de benoeming van een onafhankelijk voorzitter die verantwoordelijk is voor de besluitvorming.<sup>46</sup> De organisatorische en bestuurlijke aspecten van de zorgtoewijzing zijn uitgewerkt in *Zorgtoewijzing, knooppunt van vraag en aanbod*, handreiking van de projectgroep Toegang over deze nieuwe functie in de jeugdzorg.<sup>47</sup> Het betreffende hoofdstuk zeven van deze handreiking wordt hier samengevat.

Het zorgtoewijzingsbesluit geeft primair de cliënt uitsluitsel over de zorg waarop hij of zij aanspraak kan maken, en is daarmee voor die cliënt van grote betekenis. Het besluit is in principe bindend voor alle partijen. Een besluit van zorgtoewijzing raakt jeugdigen en hun opvoeders (dus ook gezinsvoogden belast met de uitvoering van een ondertoezichtstelling) in hun belangen. Zij moeten de mogelijkheid hebben op te komen voor hun visie op die belangen. De jeugdige en diens opvoeders moeten daarom bezwaar kunnen maken tegen het besluit. Bezwaar wil zeggen dat de cliënt 'een voorziening tegen een besluit' kan vragen bij de instantie die het besluit genomen heeft. Als het bezwaar niet het door de cliënt gewenste gevolg heeft, moet men in beroep kunnen gaan bij een andere instantie dan de instantie die het besluit heeft genomen. Dat zou een provinciale

---

<sup>46</sup> Nota e.a. *Toegang tot de jeugdzorg, functies en systeemeisen*. Utrecht: NIZW, 1997

<sup>47</sup> Yperen, T.A. van, R.A. van der Schaft en P.H. Nota. *Zorgtoewijzing, knooppunt van vraag en aanbod*. Utrecht: NIZW, 1999

klachtencommissie kunnen zijn, maar ook de rechter.

Voor procedures van bezwaar en beroep moet (op grond van de Algemene wet bestuursrecht) een rechtspersoon een besluit nemen. Het zorgtoewijzingsorgaan moet een rechtspersoon zijn of daar onderdeel van uitmaken. Op grond van dit principe onderscheidt de projectgroep de volgende mogelijke (en deels bestaande) varianten:

1. een onafhankelijke rechtspersoon: de stichting regionaal toewijzingsorgaan jeugdzorg;
2. toewijzing als activiteit ondergebracht bij een andere rechtspersoon, met procedurele waarborgen voor de onafhankelijkheid:
  - \* bij het Bureau Jeugdzorg;
  - \* bij een multifunctionele organisatie (MFO)<sup>48</sup>;
  - \* bij een regionaal samenwerkingsverband jeugdzorg;
  - \* bij een holding waarin Bureau Jeugdzorg en MFO participeren;
3. toewijzing jeugdzorg bij een regionaal indicatieorgaan dat eenzelfde rol vervult in andere sectoren: speciaal onderwijs – regionale expertise centra –, gehandicaptenzorg, ouderenzorg;
4. een provinciale zorgtoewijzingscommissie, ingesteld op basis van een provinciale verordening zoals mogelijk gemaakt door de Provinciewet. Erkenning en legitimering door Bureau Jeugdzorg en MFO zijn voorwaarden voor een goed functionerende zorgtoewijzingsinstantie. Om die reden vallen een aantal van de genoemde mogelijkheden af.

De projectgroep vindt strikt genomen dat de toewijzing zou moeten worden uitgevoerd door een onafhankelijke rechtspersoon voor deze taak. Nadeel daarvan is dat een nieuwe rechtspersoon wordt toegevoegd aan het jeugdzorgcircuit. Dit zou bureaucratiesering in de hand kunnen werken, en kunnen leiden tot beperkingen in de betrokkenheid van Bureau Jeugdzorg en MFO.

Ditzelfde geldt voor de twee laatstgenoemde mogelijkheden. In optie 3 kan toewijzing een doel op zich worden, in de hand gewerkt door de clustering van deze activiteit voor de verschillende zorgsectoren. In de laatste variant wordt het oplossen van matchingsproblemen wellicht te snel van de provinciale overheid gevraagd, in plaats van te worden opgevat als een primaire verantwoordelijkheid van de jeugdzorgaanbieders zelf.

Blijven over de onder 2 genoemde varianten. Al eerder heeft de projectgroep aangegeven deze opties aanvaardbaar te vinden, zij het dat de onafhankelijkheid van de zorgtoewijzingsinstantie met de harde garanties moet zijn omgeven. Noch de besluitvorming, noch de procedurele toetsing van indicatiestellingen, noch de urgentiebepaling moeten kunnen worden beïnvloed door belangen van plaatsers of opnemer. De zorgtoewijzingsinstantie moet volstrekt onafhankelijk kunnen rapporteren en adviseren op basis van de registratie van de vraag naar en de mogelijkheden van het regionale aanbod. Alleen dan kan het toewijzingsorgaan een rol spelen in de totstandkoming van een vraaggericht stelsel.

---

<sup>48</sup> lees: MFO, of MFE, of soortgelijke organisatie waar allerlei vormen van jeugdzorg bijeen zijn gebracht.

De uiteindelijke keuze voor of legitimering van een van de onder 2 genoemde varianten is een politiek besluit. De projectgroep onderkent de voordelen voor de beeldvorming richting cliënt van het onderbrengen van de toewijzing bij het Bureau Jeugdzorg. Het Bureau Jeugdzorg wordt dan de organisatie die verantwoordelijk is voor het bepalen van de vraag van de cliënt, én voor het regelen van de zorg of hulp die daar het beste bij past. Het leveren van de toegewezen zorg (inclusief de verfijning in de uitvoering die daarbij past) is dan de verantwoordelijkheid van de opnemende voorzieningen.

De tweede variant, het onderbrengen van de toewijzing bij een MFO, kan de indruk wekken dat toewijzing neerkomt op het reguleren van de eigen instroom, ook al is de onafhankelijkheid van de toewijzing procedureel goed geregeld. Deze variant lijkt verder de ongelijke verhouding (in financiële en personele zin) tussen Bureau Jeugdzorg en MFO te versterken.

Om die reden heeft deze variant niet de voorkeur van de projectgroep.

Het onderbrengen van de zorgtoewijzing bij het regionaal samenwerkingsverband jeugdhulpverlening maakt zichtbaar dat de zorgtoewijzing een belang en een verantwoordelijkheid zijn van zowel plaatsende als opnemende voorzieningen. In zekere zin ligt de uitvoering van de toewijzingsprocedure in het verlengde van de wettelijke taak van de RSJ's om een jeugdhulpadviesteam (JHAT) in stand te houden. Veel samenwerkingsverbanden spelen daarnaast een rol bij de totstandkoming van regiovisies in de jeugdzorg, die de afstemming van vraag en aanbod op regionaal niveau als onderwerp hebben. Als nadelen kunnen genoemd worden dat de RSJ's kwetsbare, want kleine organisaties zijn. In een aantal provincies bestaat het RSJ niet meer. De regionale schaal zal in een aantal provincies op termijn te klein blijken te zijn.

De laatste variant, toewijzing bij een holding, heeft voordelen vergelijkbaar met die van onderbrenging bij een samenwerkingsverband, maar heeft als bezwaar dat toewijzing te sterk onderdeel wordt van de organisatie van aanbieders van jeugdzorg (zowel Bureau Jeugdzorg als MFO). Dat heeft mogelijk gevolgen voor de geloofwaardigheid van de zorgtoewijzingsinstantie, zowel voor de cliënt als voor de regievoerende overheid. Dit bezwaar is ook van toepassing op het onderbrengen van het Bureau Jeugdzorg in een holding.

Samenvattend is de projectgroep van oordeel dat het onderbrengen van de zorgtoewijzing bij het Bureau Jeugdzorg de voorkeur geniet, op voorwaarde dat de onafhankelijke besluitvorming volstrekt gewaarborgd is. De organisatie moet zodanig zijn ingericht, dat zij tegemoet komt aan eisen van snelheid en doelmatigheid. Cliënten van wie is vastgesteld dat ze zwaardere vormen van jeugdzorg nodig hebben, moeten niet gehinderd worden door bureaucratie of slechte bedrijfsvoering bij de effectuering van hun aanspraken.

## Deeladvies 6. Kosten van de Bureaus Jeugdzorg

### 6.1 Inleiding

In opdracht van de projectgroep Toegang heeft KPMG Management Consulting een onderzoek opgezet naar de kosten van de nieuwe functionele inrichting van de toegang tot de jeugdzorg. Het onderzoek heeft geresulteerd in een kostenmodel voor de nieuwe functionele ordening van de toegang.

De noodzaak voor een dergelijke opdracht lag in de eerste plaats in de formulering en herordening van een reeks deels nieuwe, deels bestaande functies in de toegang tot de jeugdzorg. Voor de functies zijn een serie kwaliteitseisen geformuleerd waarvan duidelijk moest worden welke financiële consequenties uitvoering van de functies conform deze eisen met zich brachten.

De vernieuwing heeft tot gevolg dat de verschillende financieringssystemen van de sectoren die onderdeel uitmaken van de nieuwe toegang in een organisatie bijeen komen. De functies worden uitgevoerd door organisaties die volgens een begrotingssystematiek worden gefinancierd (al dan niet op een cliëntgebonden wijze, zoals de jeugdhulpverlening) en door organisaties die werken op basis van een betaling per verstrekking (zoals de ambulante geestelijke gezondheidszorg). In deze organisaties bestaan van elkaar afwijkende definities en kostenramingen voor de verschillende werkzaamheden. Het onderzoek diende handvatten te bieden voor een financiering van de functies in de nieuwe toegang.

In de werkterreinen gelden verschillende collectieve arbeidsovereenkomsten. Daar waar op het terrein van de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en de jeugdbescherming als normbedragen te kenschetsen middelen worden verstrekt voor gedefinieerde handelingen of activiteiten, is het terrein van de jeugdhulpverlening in de afgelopen jaren slechts gedeeltelijk geharmoniseerd.

Voor pleegzorg en (semi-)residentiële zorg zijn door het Interprovinciaal overleg en de ondernemersorganisaties normbedragen afgesproken (aan de hand van de intensiteit van de zorg) op basis van de prijs van een capaciteitsplaats per jaar.

In de ambulante jeugdhulpverlening heeft ondanks intensief overleg geen harmonisatie plaatsgevonden, al hebben de ondernemersorganisaties daar wel voorstellen voor gepresenteerd. De bestaande registraties kunnen slechts indicaties geven voor de kostprijzen van de verschillende activiteiten in de ambulante jeugdhulpverlening. Deze onzekerheden over de kostenaspecten van de toegang vormden een nadere reden om een onderzoeksopdracht te verstrekken.

### 6.2 Systeemeisen als vertrekpunt

De opzet van het onderzoek omvat een berekeningsmodel voor de kosten dat is getoetst aan de hand van een functie in de toegang. Na deze toetsing is het onderzoek uitgebreid naar andere functies in de toegang om een zo compleet mogelijk beeld te geven van de kosten van het beoogde Bureau Jeugdzorg. De dagelijkse praktijk is nadrukkelijk niet als vertrekpunt gekozen. Het

vertrekpunt is gelegd bij de systeemeisen zoals de projectgroep die heeft geformuleerd en die in februari 1997 zijn geaccepteerd in het Gestructureerd Overleg Jeugdbeleid. De beoogde toegangsconstructie was in 1997 en begin 1998 – toen het onderzoek is uitgevoerd – nog vrijwel nergens als zodanig in werking. En als er al een Bureau Jeugdzorg bestond, verschilde de inrichting daarvan van regio tot regio. Dat betekende dat de praktijk geen basis kon bieden voor een valide kostenmodel, en dat gekozen diende te worden voor een expertmatige en ideaaltypische benadering.

In die benadering is een vertaling gemaakt van de systeemeisen naar de relevante kostenfactoren bij de uitvoering van functies. De factoren zijn door interviews getoetst aan de inzichten uit de praktijk. Het resultaat van dit onderzoek is een model dat een transparant en consistent beeld biedt van de kosten voor de toegangsconstructie op basis van de systeemeisen en de relevante kostenfactoren. Het model is overigens slechts een eerste stap in de aanpak die moet leiden naar een valide financieringsgrondslag voor dit deel van de jeugdzorg.

In het kostenmodel zijn de kosten berekend voor het geheel van het toeleidingstraject vanuit de sectoren geestelijke gezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdhulpverlening naar vormen van niet-vrij toegankelijke zorg. Dat wil niet zeggen dat de kosten voor de afzonderlijke sectoren uit het totaal zijn te herleiden. Specifieke verschillen zijn vereffend omdat de exploitatie van de nieuwe toegang wordt gezien als een verantwoordelijkheid van alle drie de sectoren. Voor de jeugdhulpverlening geldt verder dat in de toegang niet alleen kosten zijn verrekend vanuit de ambulante zorg, maar ook vanuit (semi-)residentiële instellingen waar deze bij gebrek aan middelen in het veld taken op zich nemen die thuishoren binnen de nieuwe toegang, zoals diagnostiek en indicatiestelling.

Differentiaties naar problematiek of cliëntgroepen zijn differentiaties binnen het totaal en moeten dus ook in dat geheel hun plaats krijgen.

### 6.3 Uitgangspunten en aannamen

Het Kostenmodel is gebaseerd op een reeks publicaties rondom de inrichting en financiering van de jeugdzorg en op gesprekken met instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

Bij het kostenmodel zijn drie uitgangspunten belangrijk. De intersectorale verantwoordelijkheid voor de toegang houdt – als eerste uitgangspunt - in dat de functies door verschillende instanties op een zelfde wijze worden uitgevoerd. Ten tweede is het kostenmodel alleen gericht op de toegang. Dat houdt in dat met name de functie casemanagement alleen is berekend voor zover deze functie binnen de toegang plaatsvindt. Het uitvoeren van casemanagement in de zin van begeleiding van jeugdigen en hun opvoeders bij plaatsing is niet verwerkt in het model.

Bewaking en evaluatie van de zorg horen onder de naam herindicatie wel tot het kostenmodel. Ten slotte heeft het kostenmodel het onderscheid in vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg van de projectgroep gevolgd. De

kosten van deze twee vormen van zorg maken geen van beiden onderdeel uit van de berekeningen in het kostenmodel.

Het gebrek aan valide en te verifiëren gegevens omtrent de kosten, verbonden aan de uitvoering van bestaande functies die gelijkenis zouden vertonen met die uit de toegang, heeft het nodig gemaakt te werken met aannames.

Voor de loonkosten is een gewogen gemiddelde gebruikt van de CAO's in het veld.

De in het model gehanteerde tijd per activiteit is een gemiddelde van de tijd voor activiteiten ten opzichte van verschillende doelgroepen. Zo is de tijd voor de functie screening (6,08 uur) het gemiddelde voor het screenen van zowel 'eenvoudige' als 'complexe' problematiek bij cliënten.

Vergelijkbare activiteiten bij vergelijkbare organisaties hebben in het model tot een eerste afbakening geleid, een afbakening die vervolgens is getoetst aan diverse praktijksituaties.

Het kostenmodel is - in een laatste aanname - opgebouwd zonder verschillende organisatievormen op hun eigenheid door te rekenen. In plaats daarvan is gewerkt met vaste overheadpercentages die in hoofdlijnen al te vinden zijn in het uit 1988 daterende rapport van de Commissie Harmonisatie van Normen. Het percentage overhead op de loonkosten van 25 procent kan als hoog worden gekenmerkt, maar verdisconteert met name de kosten van de eisen voor bereikbaarheid voor de toegang.

In het kostenmodel zijn de kosten van crisisinterventie, advies, informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering alsmede de kosten verbonden aan heroverweging van besluiten op verzoek van cliënten niet opgenomen. In deze omschrijving gaat het om zaken als het geven van advies over wonen, werk, inkomen en vrijetijdsbesteding en pedagogische advisering aan jeugdigen en opvoeders wanneer de adviezen gemiddeld niet meer dan vijf face-to-face contacten vragen. Buiten het model valt ook de reclasseringsfunctie van de Raad voor de Kinderbescherming. Dat houdt in dat alle kosten die verbonden zijn aan de verbinding met het lokaal jeugdbeleid of preventie dus geen deel uitmaken van het model zoals dat is gepresenteerd.

De projectgroep Toegang acht het kostenmodel een bruikbaar vertrekpunt voor de opzet van een nieuw financieringssysteem voor de Bureaus Jeugdzorg. Het model biedt de mogelijkheid de werkelijke uitgaven te onderzoeken en te vergelijken met het model. Zo wordt een stap gezet naar meer inzicht en kennis van de kostenaspecten van de Bureaus.

#### 6.4 Berekeningsmethode

De systeemeisen van de projectgroep Toegang geven de minimale randvoorwaarden voor uitoefening van een functie en de kwaliteit die daaraan moet worden toegekend. Voor elk van de functies is aan de hand van deze systeemeisen een functieprofiel opgesteld, en is de personele inzet berekend die

aan dat functieprofiel verbonden is. Deze inzet is afgeleid van het aantal uren dat nodig is voor de uitoefening van de functie, en van het opleidingsniveau dat van uitvoerders verwacht moet worden. Het functieprofiel is opgebouwd uit een reeks relevante dimensies: positionering, bereikbaarheid, resultaat, werkwijze en klantgerichtheid. De feitelijke formatie is berekend aan de hand van het kwantitatieve aantal cliënten, het gemiddelde van de complexiteit van hun problematiek en de doorlooptijd van de functie. In het model zijn naast directe activiteiten de niet-cliënt gebonden activiteiten, de leiding en ondersteuning alsmede de materiële kosten verwerkt. Voor de verschillende functies zijn gewogen intersectorale gemiddelden van de loonkosten becijferd alsmede een realistische inschatting van verzuim, overleg, deskundigheidsbevordering en niet-productieve arbeidsuren. Van de 1612 beschikbare uren per werker in volledige betrekking blijft zodoende 76 procent over als effectieve inzet. In de overhead zijn in tegenstelling tot de gebruikelijke opbouw van normprijzen in de jeugdhulpverlening, wel de huisvestingslasten opgenomen. Dat brengt de verhouding tussen personele en materiële kosten in de uiteindelijke functieprijs op een verhouding 80-20.

Om inzicht te geven in de uitwerking van het kostenmodel geeft de projectgroep voorbeeldmatig weer hoe de kostenberekening van de functie aanmelding is gemaakt. Aanmelding (elk signaal van een minderjarige, diens opvoeders, de niet-professionele omgeving van de jeugdige en de beroepsbeoefenaren die bij de jeugdige en diens opvoeders zijn betrokken) vraagt registratie van een minimaal aantal cliëntgegevens, een aanduiding van de problematiek, een gesprek met de cliënt om te bepalen of een screening nodig is voor vrij toegankelijke of niet-vrij toegankelijke zorg en het maken van een afspraak voor een dergelijke screening (een aanmelding kan zowel telefonisch als in persoon worden gedaan). Registratie vraagt geautomatiseerde ondersteuning en het voldoen aan vereisten vanuit de Wet op de persoonsregistraties.

De functie aanmelding is de functie waarin wordt vastgesteld of vrij of niet-vrij toegankelijke zorg aan de orde is. De functie dient een lage drempel te hebben voor jeugdigen en hun opvoeders. Dat houdt onder meer in dat de locatie tijdens kantooruren en twee uren per week in de vooravond bereikbaar is. Dit leidt bij de berekening van kosten tot invoering van een component voor inconveniënte uren. Het 'resultaat' van de functie is een afspraak voor een screeningsgesprek en invoer van relevante gegevens in een informatiesysteem, of het besluit dat de jeugdige geen cliënt is voor jeugdzorginstellingen. Om de functie uit te voeren, is een beroepskracht vereist met een HBO-opleiding en een ruime werkervaring. Met een gemiddelde werktijd van vijftien minuten per cliënt komen de kosten van de uitvoering van de functie 'aanmelding' zodoende op 27 gulden (per cliënt).

## 6.5 Kosten

Op basis van het model ziet de kostenverdeling per functie in de toegang er als volgt uit:



### tabel met kosten ongeveer hier ###

Het bedrag van 3795 gulden dat is gemoeid met het uitvoeren van alle functies in de toegang voor de 'gemiddelde cliënt' omvat 27,41 uur werk. Het casemanagement omvat de administratieve zijde van casemanagement tussen de verschillende toegangsfuncties in.

Voor een cliënt die is opgenomen in de niet-vrij toegankelijke zorg en na een half jaar verblijf daar een herindicatie vraagt, houdt dit de uitvoering in van de functies herindicatie, toewijzing en plaatsing met een werktijd van twee uur en kosten van 907 gulden.

Ten aanzien van casemanagement nog het volgende. In het Kostenmodel wordt casemanagement gerelateerd aan de verschillende functies in het toeleidingstraject. Het accent ligt op de begeleiding van de cliënt naar een vorm van niet-vrij toegankelijke zorg, en op de coördinatie van het toeleidingstraject. Als resultaat van casemanagement is geformuleerd dat de cliënt in een aanvaardbaar tempo de verschillende toeleidingsfuncties heeft doorlopen en dat de functies zijn uitgevoerd conform de systeemeisen.

In het Kostenmodel is het grootste deel van de activiteiten van de casemanager verwerkt in de beschrijving van de functies diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing, plaatsing, evaluatie en herindicatie. Per functie is extra tijd berekend bovenop de inhoudelijk vereiste gesprekstijd om ook aandacht te kunnen besteden aan de procesmatige vereisten van de hulpverlening: in totaal zeven uur. Als toegevoegde activiteit van de casemanager wordt in het kostenmodel het regelmatige contact met de cliënt onderscheiden. Hiervoor is anderhalf uur beschikbaar. Met deze uitleg van het Kostenmodel heeft de hulpverlener die de basisfunctie casemanagement (inclusief evaluatie/herindicatie) uitvoert, per cliënt gemiddeld 8,5 uur beschikbaar. Binnen die uren moeten de vereiste cliëntcontacten plaatsvinden, maar ook voorwaardelijke activiteiten worden uitgevoerd als de participatie in cliëntbesprekingen, opbouw en beheer van het cliëntdossier, registratie, het opstellen van een globaal hulpverleningsplan, evaluatieverslag en herindicatiebesluit.

Het Kostenmodel is nog onvoldoende in de praktijk beproefd om conclusies te trekken over het werkelijkheidsgehalte ervan. De projectgroep sluit niet uit dat de ervaring leidt tot een verruiming van het aantal uren dat beschikbaar is voor de uitvoering van casemanagement als basistaak in het toeleidingstraject.

Nogmaals: Het kostenmodel is een model en geen berekening vanuit de feitelijke werkzaamheden of kosten in de bestaande sectoren van de jeugdzorg. Het geeft aan wat gezien de aannamen en systeemeisen de gemiddelde kosten kunnen zijn indien een jeugdige de toegang doorloopt en wordt geplaatst in een instelling voor niet-vrij toegankelijke zorg. Voor afwijkende cliëntgroepen gelden vanzelfsprekend afwijkende waarden. Maar de vooronderstelling is dat voor het totaal van cliënten de toeleiding naar niet-vrij toegankelijke zorg voor dit bedrag in deze tijd in een gezamenlijk opererend werkveld mogelijk moet zijn als de totale kosten worden omgezet in de kosten per afzonderlijke cliënt.

Er zijn geen cijfers beschikbaar die het mogelijk maken een landelijk valide aanwijzing te geven voor de kosten van de nieuwe toegang tot de jeugdzorg. Daar waar regionaal het aantal goedgekeurde capaciteitsplaatsen in de niet-vrij toegankelijke zorg bekend is en de doorloopsnelheid in de verschillende zorgsoorten voorhanden is, is het mogelijk te berekenen welke kosten volgens het model met toeleiding van cliënten in die regio zijn gemoeid. Een dergelijke berekening geeft dan alleen het totaal van toeleidingskosten aan. De middelen voor die toeleiding zijn dan echter nog steeds verdeeld over alle instellingen in alle drie de sectoren van jeugdzorg.

Dergelijke berekeningen zijn onder meer gemaakt in de provincies Gelderland en Noord-Brabant en duiden op een structureel financieringstekort in de toeleiding. Het onderzoek maakt verder duidelijk dat er discrepanties bestaan tussen het huidige werk van de voorzieningen voor voogdij en gezinsvoogdij en de wijze waarop de toegangsfuncties ideaaltypisch ingevuld worden.

Het model en de provinciale onderzoeken zijn niet bruikbaar als landelijke indicatie voor het tekort aan middelen in de nieuwe toegang tot de jeugdzorg. Er is bijvoorbeeld in Gelderland een hoeveelheid vrij toegankelijke zorg in ondergebracht die niet voldoet aan de omschrijving zoals de projectgroep die voor deze zorg heeft gemaakt. De berekening in Gelderland neemt gezien de beschrijving feitelijk alleen een hoeveelheid pedagogische advisering op in de constructie van het beoogde Bureau Jeugdzorg. Het is onduidelijk waar en in welke mate de vrij toegankelijke zorg wordt gefinancierd.

Het bedrag van 50 miljoen gulden dat door de minister van Financiën uit de intensiveringsmiddelen Impuls Sociale Infrastructuur beschikbaar is gesteld voor de toegangsfuncties in de jeugdzorg, is gebaseerd op een raming van de staatssecretarissen van VWS en Justitie van de kosten die 75 miljoen gulden omvatte. Die raming ging alleen over de toegangsfuncties en niet over het volume vrij toegankelijke zorg en de schakelfunctie met het lokaal jeugdbeleid.

## 6.6 Vervolgonderzoek

Op instigatie van de projectgroep is een vervolgonderzoek gedaan door KPMG naar verdere operationalisering van het kostenmodel. Dit onderzoek beoogde aan te geven hoe in de bestaande registraties gegevens verzameld (kunnen) worden

voor een concretisering of aanpassing van het kostenmodel. De aannames uit het eerste onderzoek zouden met behulp van praktijkgegevens op hun validiteit onderzocht kunnen worden. Het vervolgonderzoek laat zien dat de verschillen tussen locaties van het Bureau Jeugdzorg op het gebied van registratie zodanig zijn dat het vrijwel onmogelijk is de eerdere aannames te bevestigen of te ontkrachten. Er worden keuzen gemaakt voor uiteenlopende en vaak niet-uitwisselbare registratiesystemen in de Bureaus Jeugdzorg die een landelijke generalisatie van gegevens in de weg staan.

Regio's investeren ieder voor zich aanzienlijke middelen in de opbouw van een registratiesysteem dat is verbonden met de keuzes en samenwerkingsvormen die in de regio zijn gevonden onder de titel 'Bureau Jeugdzorg'. De verschillen tussen die samenwerkingsvormen zijn zodanig dat zij een extra belemmering vormen om tot een algemeen geldende gegevensverzameling te komen rond de functies in de nieuwe toegang. Het vervolgonderzoek beveelt daarom aan op korte termijn dergelijke regionale initiatieven te bevroren ten gunste van een op de functies in de toegang toegesneden ontwikkeling van een eenduidig, landelijk registratie- en informatiesysteem.

De projectgroep Toegang ondersteunt deze conclusie voor een deel. Zonder een werkelijk eenduidige afbakening van de functies in de toegang in een eensluidende constellatie is het onmogelijk gegevens te verzamelen die uitsluitel geven over de kosten van het Bureau Jeugdzorg. Het kan echter niet de bedoeling zijn alle regio's een eensluidend registratiesysteem voor het hele werk op te leggen, omdat dat registratiesysteem aan moet sluiten op de regionale diagnostische instrumenten en bijpassende registraties. Het regionale systeem moet werken voor het hele Bureau en alle disciplines (intersectoraal) en tegelijk landelijk uitwisselbare (interregionale) gegevens opleveren, onder meer over gradaties in problematiek en bereik onder verschillende groepen in de samenleving. De ervaringen met de nieuwe planning- en control-cyclus hebben laten zien dat de opbouw van dergelijke systemen geruime tijd vergt.

De projectgroep acht het wijs de discussie over de financiering van het Bureau Jeugdzorg niet in isolement te voeren. De ontwikkeling van zorgprogramma's is op grote schaal ingezet. Deze programma's kunnen dwars door voorzieningen en het bestaande aanbod heen lopen. Een financiering van capaciteitsplaatsen en afrekening op bezettingsgraad daarvan is niet flexibel genoeg voor de ontwikkeling van zorgprogramma's. Dat geldt nog sterker waar die programma's zich niet beperken tot de niet-vrij toegankelijke zorg, maar combinaties opleveren van vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg en aanbod uit onderwijs, arbeidsmarkttoeleiding en vrije tijd. Wie steeds de nadruk legt op de cliëntgerichtheid van de zorg, zou in de financiering van het antwoord eveneens een cliëntgerichtheid kunnen overwegen. Dat leidt logischerwijs tot het idee van een cliëntgebonden budget. De toewijzing zou dan naar rato van de ernst van de zorgvraag en de intensiteit van het benodigde antwoord een budget kunnen toedelen waarmee in levering van de zorg kan worden voorzien. De mate waarin met het budget een antwoord is gegeven op de zorgvraag, wordt dan bepalend in

het financieringssysteem en de verantwoording van uitgaven. De capaciteit van de jeugdzorg wordt dan beoordeeld op de kwaliteit van de zorgaanbiedingen en niet op de gevulde bedden. Dit kan voor instellingen een prikkel zijn nieuwe wegen te zoeken in inhoud en opbouw van een zorgaanbod; mits die prikkel wordt vergezeld van mogelijkheden om kwaliteit te belonen, ook voor de werkers in de jeugdzorg. Een dergelijk stelsel staat of valt met de mogelijkheid valide uitspraken te doen over de doeltreffendheid van zorgmodulen en programma's alsmede een rationale onderbouwing te geven van de relatie tussen budget en zorgvraag.

## Deeladvies 7. Stand van zaken en suggesties voor de verdere implementatie

### 7.1 Inleiding

Voorjaar 1999 is te zien dat het in 1994 gekozen beleidsuitgangspunt van één toegang tot de jeugdzorg een onomkeerbare ontwikkeling in gang heeft gezet. In het gehele land zijn regionale Bureaus Jeugdzorg tot stand gekomen als concretisering van dat beleidsuitgangspunt. De verschillen tussen die Bureaus in opzet en bereik zijn ondertussen nog groot; toch lijkt de omslag van divergentie naar convergentie plaats te vinden.

In iedere provincie of grootstedelijke regio zijn een of meer Bureaus Jeugdzorg tot stand gebracht, waarvan de voordeurfuncties en een deel van de hulpverlening vaak ook nog gedeconcentreerd worden uitgevoerd<sup>49</sup>.

In alle regio's zijn werkafspraken gemaakt over de uitvoering van de toegangsfuncties. Bij die afspraken zijn in een groeiend aantal regio's zowel de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming als de jeugd-ggz betrokken. In een aantal regio's blijft de betrokkenheid vooralsnog beperkt tot twee van de drie jeugdzorg-sectoren. In veel gevallen hebben de afspraken bovendien betrekking op een deel van de functies, en moeten ze voor de overige functies nog worden uitgewerkt. Anders gezegd: er wordt hard gewerkt aan de realisering van de nieuwe toegang, maar nog nergens is het karwei af.

De aandacht voor de toegang tot de jeugdzorg heeft processen in gang gezet en versneld. Het beoogd resultaat van deze regionale processen is een nieuwe ordening van de toegang, waarin beter wordt samengewerkt tussen jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz, en tussen de jeugdzorg en het gemeentelijke aanbod voor jeugdigen en opvoeders. Waar nodig en mogelijk worden werkprocessen en organisaties geïntegreerd; waar dat niet haalbaar is wordt de afstemming geoptimaliseerd. In die zin is er sprake van een onomkeerbaar proces.

Het gaat nog veel tijd, creativiteit en stuurmanskunst kosten om de Bureaus Jeugdzorg zoals die voor ogen staan ook daadwerkelijk gerealiseerd te krijgen, dat wil zeggen intersectoraal uitvoering gevend aan de toegangsfuncties conform de systeemeisen. En: tijdens de verbouwing gaat de verkoop gewoon door.

De systeemeisen zijn begin 1997 formeel als richtinggevend kader geaccepteerd; vanuit de regionale praktijk van de zich ontwikkelende Bureaus Jeugdzorg zijn de systeemeisen nooit fundamenteel bestreden of als onuitvoerbaar gekwalificeerd. Dat neemt niet weg dat nog niet definitief vastgesteld kan worden wat er voor nodig is om de systeemeisen onverkort in de praktijk toe te passen.

### 7.2 De regionale ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg

---

<sup>49</sup> Rapportage Meetpunten en regionale consultaties Toegang tot de jeugdzorg, projectgroep toegang, Utrecht 14 januari 1999

De gemaakte afspraken tussen de deelsectoren jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-ggz concentreren zich op clusters van activiteiten in de toegang. De afspraken hebben bijvoorbeeld betrekking op de samenstelling en werkwijze van voordeurteams en screeningsoverleggen, diagnostiektteams, indicatieoverleggen en zorgtoewijzingscommissies. Per Bureau Jeugdzorg zijn op dit moment sommige functies verder ontwikkeld en uitgewerkt dan andere functies. De accenten die daarbij worden gelegd verschillen per regio, maar steeds is de verwachting dat uiteindelijk over de uitvoering van alle functies in de toegang afspraken worden gemaakt en procedures worden vastgelegd.

Bij het maken en uitvoeren van die afspraken is in alle gevallen de jeugdhulpverlening betrokken; de participatie van de jeugdbescherming en de jeugd-ggz is wisselend.

Het aantal regio's waarin de participatie van de jeugd-ggz probleemloos lijkt te verlopen is beperkt. In veel regio's behoudt de RIAGG een eigen instroom, inclusief eigen aanmeldings- en screeningsprocedures. Dit geldt in versterkte mate voor de poliklinieken van kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen.

In een aantal regio's levert de RIAGG een bijdrage aan de uitvoering van de functies screening, diagnostiek en indicatiestelling in het Bureau Jeugdzorg; in een enkel geval gebeurt dat vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrische voorziening.

Onduidelijk is in welke mate de toegang tot het behandelaanbod van de RIAGG (en van de kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen) via de toewijzingsprocedure in de jeugdzorg verloopt. In ten minste één regio is het grootste deel van het behandelaanbod van de RIAGG jeugdzorg als vrij toegankelijk benoemd.

Het effect van het overeengekomen protocol voor jeugdigen met een ernstig psychiatrische stoornis is (nog) niet zichtbaar.

Bij het beoordelen van de participatie van de jeugdbescherming in de toegang is een onderscheid gemaakt tussen de Raad en de instelling voor (gezins)voogdij. Er zijn regio's waar de Raad voornemens is haar aanmeldingsfuncties te verleggen naar het Bureau Jeugdzorg of het AMK. De Raad participeert in die gevallen in de uitvoering van de functies aanmelding en screening. Daarnaast lijken er ongeveer evenveel regio's te zijn waar de Raad een (aan)meldingsfunctie behoudt naast het Bureau Jeugdzorg, soms vooruitlopend op de vorming van een AMK.

De instellingen voor (gezins)voogdij nemen in de meeste regio's deel in de Bureaus Jeugdzorg, maar nemen daarbinnen gelet op de verantwoordelijkheden van de (gezins)voogden weer een eigenstandige positie in. Vooral de (beperkte) gvi-capaciteit voor de uitvoering van de functies diagnostiek en indicatiestelling wordt gebundeld met vergelijkbare (beperkte) capaciteit van de (ambulante) jeugdhulpverlening. Plaatsingen door (gezins)voogden verlopen in bijna alle regio's via het toewijzingsorgaan jeugdzorg.

De opnemende voorzieningen voor jeugdhulpverlening leveren vooral capaciteit voor de uitvoering van de functies diagnostiek en indicatiestelling wanneer toegang en uitvoering in één organisatie zijn ondergebracht. In regio's waarin

sprake is van een Bureau Jeugdzorg als zelfstandige organisatie naast één of meer MFO's wordt maar zeer beperkt stafkracht ingezet in de toegang.

In de regio's waar een toewijzingsorgaan functioneert zijn opnemende voorzieningen betrokken door menskracht in te zetten in toewijzingsteams. In de meeste regio's wordt het toewijzingsorgaan beheerd door het Bureau Jeugdzorg. Daar waar het Bureau Jeugdzorg deel uitmaakt van een MFO worden ook de toewijzingsactiviteiten uitgevoerd door die MFO. De onafhankelijkheid is dan procedureel geregeld.

Veel Bureaus Jeugdzorg steken energie in een goede verbinding met het lokale aanbod voor jeugdigen. Deels is dit een strategie om hoog opgelopen verwachtingen aan de kant van gemeenten bij te stellen, deels ligt aan deze inzet een zorginhoudelijke visie ten grondslag. In een aantal gevallen gaat het om het bundelen van capaciteit van gemeentelijke voorzieningen met die van het Bureau Jeugdzorg om gezamenlijke projecten uit te voeren.

Een kleiner aantal Bureaus Jeugdzorg positioneert zich (vooralsnog) als tweedelijnsorganisatie, die toegang biedt tot een gespecialiseerd zorg- en behandelingsaanbod. Deze opstelling lijkt beïnvloed te worden door de mate waarin de jeugd-ggz in de toegang participeert. Anders gezegd: waar de jeugd-ggz deel uitmaakt van het Bureau Jeugdzorg kiest men eerder voor een tweedelijnspositie.

Alle Bureaus Jeugdzorg lopen op tegen vraagstukken die samenhangen met registratie en de ondersteuning van de werkprocessen (met name screening, diagnostiek en indicatiestelling) met diagnostische instrumenten.

De huidige registratiesystematiek komt in onvoldoende mate tegemoet aan de behoefte van de Bureaus Jeugdzorg en de zorgtoewijzingsorganen om op regionaal niveau intersectoraal gegevens te verzamelen ten behoeve van beleidsinformatie over de integrale jeugdzorg. In een aantal regio's wordt een regionale databank opgezet om te voorzien in de behoefte aan actueel inzicht in vraag en aanbod. De zorgtoewijzing vraagt als nieuwe (schakel)functie om een eigen ondersteuning door middel van geautomatiseerde gegevens invoer, doorvoer en uitvoer. De ontwikkeling daarvan is overgelaten aan het vrije spel der maatschappelijke krachten, waardoor regionale oplossingsrichtingen uiteenlopen.

Ter ondersteuning van de uitvoering van de functies screening, diagnostiek en indicatiestelling bestaat een groot aantal instrumenten. De keuze voor een instrument wordt bepaald door de deelsector waarbinnen wordt gewerkt. Vanuit de Bureaus Jeugdzorg bestaat grote behoefte aan beperking en een grotere eenduidigheid, en in feite de vraag naar een landelijke standaard.

Behartigenswaardige constatering zijn gedaan in de voor de Projectgroep uitgevoerde operationalisering van het Kostenmodel Toegang (Operationalisering kostenmodel toegang, KPMG, Den Haag, 16 maart 1999). Dit onderzoek is erop gericht geweest om de verantwoordings- en managementinformatiebehoefte in beeld te brengen, nodig om met het kostenmodel te kunnen werken.

Vastgesteld wordt dat er door de Bureaus Jeugdzorg veel initiatieven worden ondernomen om het kostenmodel in te voeren. Die invoering stuit evenwel op

problemen die te maken hebben met omissies dan wel onduidelijkheden in de meer fundamentele besluitvorming over de Bureaus Jeugdzorg:

- gebrek aan eenduidige en consistente begripsdefinities;
- de complexiteit van de financieringsstromen;
- de moeizame totstandkoming van concrete afspraken over samenwerking tussen de onderscheiden deelsectoren van jeugdzorg;
- het gebrek aan concrete normstellingen (zoals fte's gekoppeld aan productievolume);
- de onduidelijkheid over de gewenste eindsituatie (naar organisatievorm en takenpakket).

Het Regeerakkoord, de Wet op de jeugdzorg en de Meerjarenaafspraken dragen bij aan het reduceren van genoemde omissies en onduidelijkheden.

### 7.3 Het Regeerakkoord, de Wet op de jeugdzorg en de Meerjarenaafspraken

In de regionale praktijk wordt het effect zichtbaar van de passage in het Regeerakkoord over het Bureau Jeugdzorg en de aankondiging van de Wet op de Jeugdzorg. Het benadrukken van de zelfstandigheid en de onafhankelijkheid van het Bureau Jeugdzorg heeft op een aantal plaatsen geleid tot een grotere terughoudendheid van de kant van de geestelijke gezondheidszorg. Het perspectief van vernieuwing van wet- en regelgeving heeft de domeindiscussie tussen provincies en gemeenten over de regieverantwoordelijkheid voor het front office van de jeugdzorg en de bijbehorende eenvoudige vormen van ambulante jeugdzorg opnieuw opgeroepen.

Er zit veel tijd tussen het moment waarop de Wet op de Jeugdzorg is aangekondigd en de feitelijke start van het traject dat moet leiden tot de totstandkoming van de Wet. Regionaal pakt deze windstilte verkeerd uit.

Het na september 1998 geruime tijd uitblijven van een nadere aanduiding van het landelijke kader heeft op een aantal plekken geleid tot vertraging in de voortgang van de ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg. Regionaal gemaakte keuzes zijn opnieuw ter discussie gesteld.

Onduidelijkheid over de reikwijdte en de strekking van de Wet op de Jeugdzorg leidt tot het terugtrekken op de vertrouwde bastions, de keuze voor zekerheid, en het uitbannen van de risico's die de implementatie van een intersectorale en integraal werkende toegang met zich meebrengt.

De medio april 1999 overeengekomen Meerjarenaafspraken voor de periode 1999-2003 maken een beweging ten positieve mogelijk: de afspraken zijn concreet en resultaatgericht. Duidelijk is welke partijen verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de afspraken. Die uitvoering zal gefaseerd plaatsvinden, waarbij de implementatie vergezeld gaat van de structurele inzet van extra middelen voor de jeugdzorg.

Voor zover de projectgroep kan overzien, heeft de duidelijkheid van de Meerjarenaafspraken (en daarmee de bevestiging van provincies en grootstedelijke



regio's in hun rol) een gunstig effect op de regionale ontwikkelingen.

#### 7.4 Aanbevelingen voor verdere implementatie

Hiervoor is de voortgang geschetst van de ontwikkeling van de Bureaus Jeugdzorg begin 1999. Op basis van de constatering in de voorgaande paragrafen doet de projectgroep afsluitend een aantal aanbevelingen voor verdere implementatie. Deze aanbevelingen zijn primair gericht op het in te stellen landelijk programmamanagement.

##### *1. Waarborg binnen het Bureau Jeugdzorg de belangen en de rechten van de cliënt.*

Het Bureau Jeugdzorg is de regionale toegangsorganisatie met als kerntaak het zodanig vertalen van de vraag of behoefte van de cliënt, dat deze zich gesteund voelt. Het Bureau heeft regionaal ook een relatief monopolie op de toegang tot de jeugdzorg. Het Bureau leidt daarin toe naar de vrijwillige jeugdzorg, maar als het niet anders kan ook naar de jeugdbescherming.

De belangenbehartiging en de rechten van de cliënt moeten daarom binnen dat Bureau duidelijk geregeld zijn. Duidelijk moet ook zijn wat de cliënt van het Bureau kan verwachten.

##### *2. Investeer in methodieontwikkeling en in training, scholing en deskundigheidsbevordering.*

Het Bureau Jeugdzorg zal moeten groeien als organisatie die binnen het stelsel de vraag vertegenwoordigt. De medewerkers van het Bureau moeten niet alleen leren vraaggericht te werken. Ze moeten ook leren te werken vanuit een meervoudig perspectief: een combinatie van het pedagogisch, psychosociaal, psychiatrisch en beschermingsperspectief. Het vraagt om een attitudeverandering van uitvoerenden, staf, management en ondersteuning. En het vraagt om de ontwikkeling van nieuwe methodieken en andere manieren van werken. Het stelt bovendien hoge eisen aan het management van de toegangsorganisaties. De organisatieontwikkeling, de integratie van werkprocessen en de cultuurverandering die nodig is, zal nog wel enige jaren in beslag nemen. Een investering in het primaire proces en in het management is hoe dan ook noodzakelijk.

##### *3. Geef volstrekte duidelijkheid over de inbreng vanuit de RIAGG's en vanuit de jeugdbescherming in de Bureaus Jeugdzorg, en over de relatie met de AMK's.*

Voor de uitvoering van de Meerjarenaafspraken is duidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de jeugdzorgafdelingen van de RIAGG en de inbreng van mensen en middelen in het Bureau Jeugdzorg een absolute voorwaarde. Ditzelfde geldt voor de jeugdbescherming. De projectgroep vindt dat de jeugdzorgafdelingen van de RIAGG en de instellingen voor (gezins)voogdij onderdeel moeten worden van het Bureau Jeugdzorg. Om dat in praktijk te brengen zijn heldere, bestuurlijke uitspraken nodig, waaraan zo nodig ook consequenties worden verbonden.

De Bureaus Jeugdzorg kunnen taken als diagnostiek en indicatiestelling, en toeleiding naar varianten van niet-vrij toegankelijk jeugdzorg zonder inzet van mensen en middelen vanuit de jeugd-ggz en de jeugdbescherming niet naar behoren uitvoeren. Het integrale karakter van de toegang moet gewaarborgd zijn. Daarnaast moet helderheid worden geboden over de gewenste positie van de AMK's in (relatie tot) de Bureaus Jeugdzorg.

#### *4. Onderbouw en verbreed het kostenmodel voor de toegang.*

Het in opdracht van de Projectgroep ontwikkelde Kostenmodel Toegang vormt mede de basis voor de uitvoering van de Meerjarenaafspraken. De projectgroep benadrukt dat het Kostenmodel een eerste oefening is om de kosten per functie van de toegang te berekenen. Het Kostenmodel moet de komende jaren op basis van praktijkervaringen en kengetallen worden onderbouwd.

Het Kostenmodel heeft bovendien betrekking op een beperkt aantal functies en activiteiten van de Bureaus Jeugdzorg. Naast een nadere onderbouwing is ook verdere verfijning en eventueel uitbreiding van het Kostenmodel nodig.

Dat kan alleen als de Bureaus Jeugdzorg ook beschikken over een passend management- en beleidsinformatiesysteem.

#### *5. Verbind de onderscheiden vernieuwingstrajecten in de jeugdzorg met elkaar.*

Onder de noemer *Regie in de Jeugdzorg* zijn de afgelopen jaren verschillende vernieuwingstrajecten in gang gezet of geïntensiveerd: registratie en beleidsinformatie, zorgprogrammering, kwaliteit, lokaal preventief jeugd beleid en toegang tot de jeugdzorg.

Gelet op de verscheidenheid aan registratiesystemen voor de productie van management- en beleidsinformatie moet er op landelijk niveau een minimum-programma van eisen worden overeengekomen voor de registratie in de toegang. De ontwikkeling van een modulair gestructureerd jeugdzorgaanbod moet landelijk en regionaal breed worden gestimuleerd. Het Bureau Jeugdzorg moet toewijzingsbesluiten in modulaire termen gaan formuleren om de cliënt maatwerk te kunnen bieden.

Kwaliteitssystemen zijn nodig voor het bewaken van zowel de uitvoering van de toegangs- en toeleidingsfuncties door het Bureau Jeugdzorg, als voor de uitvoering van de vrij toegankelijk ambulante jeugdzorg.

Het kwaliteitsbeleid specifiek voor de Bureaus Jeugdzorg vraagt om aanvullende ontwikkeling en ondersteuning.

Voor de werking van de Bureaus Jeugdzorg is het nodig dat deze trajecten met elkaar in verband worden gebracht en waar mogelijk worden geïntegreerd.

## PROJECTGROEP TOEGANG

In het verlengde van het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* werd op 1 juni 1995 door de toenmalige *Stuurgroep Regie in de jeugdzorg* besloten tot de instelling van de *projectgroep Toegang*. De projectgroep is op 4 september 1995 daadwerkelijk met haar werk begonnen en blijft actief tot 1 juni 1999.

Tot leden van de projectgroep zijn benoemd:

- de heer P.A. Lankhorst (voorzitter);
- mevrouw A.L.M. Groen (secretaris *Stuurgroep Regie in de jeugdzorg*), tot 1 april 1997;
- de heer C.J.M. Zijlmans, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 1 april 1997 tot 1 februari 1999;
- de heer R.M.C. Prikkel, namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, vanaf 1 februari 1999;
- de heer D. Brons, namens het ministerie van Justitie, vanaf 1 april 1997;
- de heer P.H. Nota, namens de Stichting Overleg Jeugdvoorzieningen Nederland (SOJN);
- de heer R.A. van der Schaft, namens het Inter Provinciaal Overleg (IPO);
- de heer A.J. van Montfoort, namens het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), tot 1 april 1996;
- de heer T.A. van Yperen, namens het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW), vanaf 1 april 1996.

De projectgroep is gehuisvest bij het NIZW te Utrecht, Catharijnesingel 47. Secretariële ondersteuning is geboden door mevrouw A.H. Goossens (tot 1 januari 1998), mevrouw M.A. Bothof (van 1 januari 1998 tot 1 maart 1999) en mevrouw M. Hellema (vanaf 1 maart 1999).

## PUBLICATIES PROJECTGROEP TOEGANG

De volgende publicaties zijn te bestellen bij het NIZW

### Adviezen

Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen. *Toegang tot de Jeugdzorg. Functies en systeemeisen*. Utrecht: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / NIZW, 1997 (NIZW-bestelnummer: E22234)

Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen. *Vrij toegankelijke jeugdzorg*. Utrecht: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / NIZW, 1998 (NIZW-bestelnummer: E22344)

Projectgroep Toegang / Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg  
*Protocol Patiënten met vermoedelijk ernstige psychiatrische problematiek*.  
Utrecht: Projectgroep Toegang / IOG, 1998 (Aan te vragen bij secretariaat cluster Jeugdzorg en Welzijn, telefoon (030) 230 63 53.)

Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen. *Eindadvies Toegang tot de Jeugdzorg*. Utrecht: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / NIZW, 1999. (NIZW-bestelnummer: E 222343)

### Handreikingen

Bellaart, H.B. *Transculturele toegang tot de jeugdzorg. Commentaar op het advies van de Projectgroep Toegang*. Utrecht: NIZW, 1997. (NIZW-bestelnummer: E22342)

Kwakkelstein, P.H. *Naar een lokaal toegepaste jeugdzorg. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1997. (NIZW-bestelnummer: E22343)

Schaft, R.A. van der, T.A. van Yperen en P.H. Nota. *Casemanagement. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1999. (NIZW-bestelnummer: E222341)

Yperen, T.A. van, en L. van Geffen. *Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1997 (NIZW-bestelnummer: E22341)

Yperen, T.A. van, P.H. Nota en R.A. van der Schaft. *Zorgtoewijzing. Knooppunt van vraag en aanbod*. Utrecht: NIZW, 1999 (NIZW-bestelnummer: E222342)