

TOEGANG TOT DE JEUGDZORG
Advies van de projectgroep Toegang

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

Utrecht
17 juni 1996

Inhoudsopgave

DEEL I

Toegang tot de jeugdzorg

- 1 Inleiding
- 2 Leeswijzer: Uitwerking per functie
- 3 Tenslotte

I Advies en informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering

- 1 Inleiding
- 2 Gedeelde verantwoordelijkheden
 - 2.1 Functie-vermenging
 - 2.2 Capaciteit
 - 2.3 Samenwerking
- 3 Afbakening Advies en informatie
- 4 Afbakening Consultatie en deskundigheidsbevordering

II Aanmelding en screening

- 1 Aanmelding
 - 1.1 Het signaal
 - 1.2 Differentiatie
 - 1.3 Klantgerichtheid
 - 1.4 Kwaliteit
 - 1.5 Termijnen
- 2 Screening
 - 2.1 Eenduidig
 - 2.2 Termijnen
 - 2.4 Raad voor Kinderbescherming
 - 2.5 Meldpunten kindermishandeling
 - 2.6 Crisisinterventie en bijzondere opnemings
 - 2.7 Kwaliteit

III Diagnostiek en Indicatiestelling

- 1 Inleiding
- 2 Definitie en afbakening van de functies
 - 2.1 Doel van het onderscheid
 - 2.2 Definitie en afbakening diagnostiek
 - 2.3 Definitie en afbakening indicatiestelling
 - 2.4 Onderscheid in functies - onderscheid in personen?
- 3 Uitgangspunten bij de gestelde eisen
 - 3.1 Cliëntgericht werken
 - 3.2 Onafhankelijke en geobjectiveerde uitvoering van functies
 - 3.3 Integraal werken
- 4 Voorwaarden

IV Toewijzing en plaatsing

- 1 Inleiding
- 2 Definitie en afbakening van de functie
- 3 Toewijzing: uitgangspunten bij de gestelde eisen
 - 3.1 Een functie in stappen: toetsen, urgentie bepalen en onderhandelen
 - 3.2 Cliëntgerichtheid
 - 3.3 Onafhankelijk en geobjectiveerd
 - 3.4 Integraal
4. Voorwaarden

V Evaluatie en het herindicatie-traject

1. Inleiding
2. Definitie en afbakening
 - 2.1 Evaluatie
 - 2.2 Het herindicatie-traject
3. Uitgangspunten bij de gestelde eisen
 - 3.1 Het belang van continuïteit en efficiëntie
 - 3.2 Varianten op het traject

VI Casemanagement

1. Inleiding
2. Casemanagement: begripsverheldering
 - 2.1 Basistaken casemanagement
 - 2.2 Het perspectief van de cliënt
3. Casemanagement: taken en verantwoordelijkheden
 - 3.1 Gestructureerde inschatting van de behoefte van de cliënt
 - 3.2 Vaststellen van het hulpverleningsplan
 - 3.3 Regelen van de benodigde zorg
 - 3.4 Bewaking van de continuïteit en samenhang van de zorg
 - 3.5 Evaluatie van het gebodene en aangeven van het vervolg
4. Casemanagement: in welke gevallen
 - 4.1 Basisvariant: casemanagement als methodiek van de plaatser
 - 4.2 Intensieve variant: casemanagement met accent op zorgcoördinatie
 - 4.3 Ambulant casemanagement en administratief casemanagement
 - 4.4 Casemanagement: toewijzing
5. Voorwaarden

DEEL II

Systeemeisen voor de functie aanmelding

Systeemeisen voor de functie screening

1. Definitie
2. Eisen

Systeemeisen functie diagnostiek

- 1 Definitie en afbakening
- 2 Eisen

Systeemeisen functie Indicatiestelling

- 1 Definitie en afbakening
- 2 Eisen

Systeemeisen functie Toewijzing

- 1 Definitie en afbakening
- 2 Eisen

Systeemeisen Herindicatie-traject

- 1 Definitie en afbakening
- 2 Eisen

DEEL III

Bijlagen

- Piketpalen
- Kostenplaatje Bureau Jeugdzorg
- Diagnostische trajecten: prediagnostiek, screening en diagnostiek
- Modellen voor de organisatie van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing
- Deelnemers Platform

Toegang tot de jeugdzorg

1 Inleiding

De landelijke Stuurgroep Regie in de Jeugdzorg heeft op 1 juni 1995 de projectgroep Toegang ingesteld. De projectgroep heeft als taken:

- a het uitwerken van de functies in de toegang tot de jeugdzorg (zoals geformuleerd in regeringsstandpunt Regie in de Jeugdzorg) tot voor de praktijk van de jeugdzorg bruikbare handreikingen;
- b het doen van voorstellen voor de minimaal noodzakelijke uniformering van de toegang in de vorm van systeemeisen;
- c het -in beperkte mate- aanvullend ondersteunen en faciliteren van regionale ontwikkelingen rond de vormgeving van de toegang.

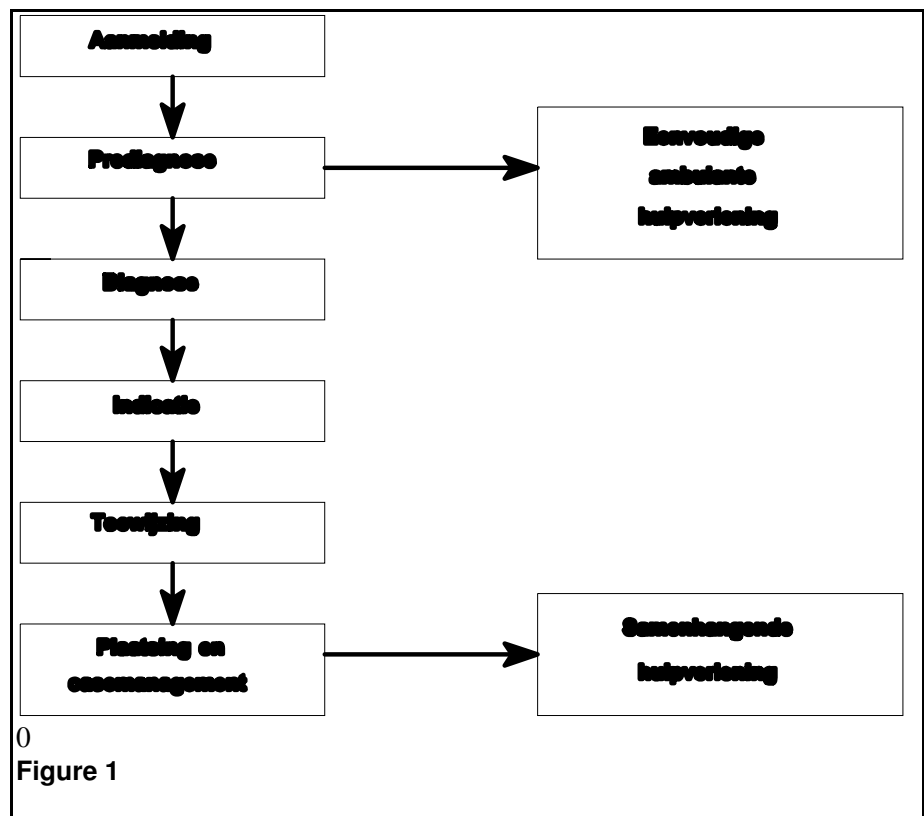
De projectgroep kiest bij haar uitwerking voor een functionele benadering. De projectgroep vat een functie op als een cluster van inhoudelijk samenhangende activiteiten die in de goede combinatie en in de juiste volgorde worden uitgevoerd. Inhoudelijk samenhangende activiteiten zijn in dit kader professionele en methodische gedragingen waarmee inhoud wordt gegeven aan een functie¹. Door de systeemeisen te verbinden met de functies is het mogelijk te variëren in de organisatorische vormgeving, en deze af te stemmen op wat regionaal wenselijk of haalbaar is. De projectgroep is terughoudend in het doen van uitspraken over de organisatie. Een uitzondering is gemaakt voor de functie toewijzing. Daaraan verbindt de projectgroep als noodzakelijke voorwaarde dat de uitvoering van deze functie op één plaats in de regio wordt geconcentreerd bij een onafhankelijke instantie.

In navolging van het regeringsstandpunt worden acht functies onderscheiden (afbeelding 1, zie volgende bladzijde).

De projectgroep heeft hieraan twee functionele clusters toegevoegd, te weten advies en informatie, en consultatie en deskundigheidsbevordering. Het opnemen van deze twee clusters van functies in de toegang maakt het mogelijk de verbinding te leggen met het lokaal preventief jeugdbeleid en inhoud te geven aan de verantwoordelijkheid vanuit de jeugdzorg voor deze verbinding.

Afzonderlijke aandacht is besteed aan activiteiten in het kader van de evaluatie en herindicatie van de zorg. Het betreft

verantwoordelijkheden vanuit de toegang tot de jeugdzorg bedoeld om de effectiviteit van de geleverde zorg te kunnen bepalen en het aanbod systematisch



af te stemmen op de vraag of behoefte van de cliënt.

De 'toegang' wordt door de projectgroep op twee manieren opgevat. Er is de toegang tot het integrale stelsel van jeugdzorg; aan deze zijn eisen te stellen van toegankelijkheid en bereikbaarheid. En er is de toegang tot het aanbod van samenhangende hulpverlening via de toewijzing. Hier gaat het om de verdelende rechtvaardigheid, waaraan eisen zijn te stellen van onafhankelijkheid en objectiviteit.

Het regeringsstandpunt 'Regie in de Jeugdzorg' heeft in de regio's de discussie over de vormgeving van de toegang een flinke impuls gegeven. Ondanks het feit dat het begrip 'Bureau Jeugdzorg' in het regeringsstandpunt in het geheel niet voorkomt¹, wordt het in de praktijk als metafoor gebruikt voor de toekomstige organisatie van de toegang. Dat roept spanning op in de verhouding tussen de bestaande organisaties en het nieuwe Bureau jeugdzorg. Deze spanning blokkeert in de regio's soms de discussie over het intersectoraal en in gezamenlijkheid maken van afspraken over de inhoud van de toegangsfuncties en de onderlinge afstemming op uitvoeringsniveau.

De mate van samenwerking in de regio, het wederzijdse vertrouwen tussen de werkvelden en provinciale beleidsvisies bepalen de wijze waarop het samenstel van functies vorm krijgt. De projectgroep beschouwt de toegang vooralsnog als een structuur die regionaal of provinciaal wordt ingevuld. De vorming van een nieuwe, zelfstandige rechtspersoon 'Bureau Jeugdzorg', waarin bestaande organisaties geheel of gedeeltelijk opgaan, is in die optiek een wenselijke, maar geen noodzakelijk voorwaarde om te komen tot de verbetering van de toegang.

2 Leeswijzer: Uitwerking per functie

De projectgroep neemt in dit advies de functies zoals genoemd in Regie in de Jeugdzorg als vertrekpunt en beschrijft deze naar inhoud. Het maken van heldere onderscheidingen tussen de functies is nodig om de verschillende verantwoordelijkheden en beslismomenten te benoemen.

Per functie volgt hier een beknopte weergave van de visie van de projectgroep. Daarbij wordt verwezen naar de betreffende hoofdstukken en paragrafen.

De functies **advies en informatie** (hoofdstuk I, paragraaf 3) zijn toegevoegd om activiteiten anders dan behandeling of begeleiding te benoemen. Het zijn functies met een preventief karakter, uitgevoerd door zowel jeugdzorg-instellingen als instellingen die door gemeente worden gefinancierd in het kader van lokaal jeugdbeleid. De projectgroep Toegang is van oordeel dat met het oog op bereikbaarheid en toegankelijkheid deze functies op lokaal niveau thuis horen. De verantwoordelijkheid voor een goede spreiding van dit aanbod ligt bij gemeenten en provinciale overheid gezamenlijk. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid, vertaald in de inzet van middelen, wordt verankerd in de regiovisie.

De functies **consultatie en deskundigheidsbevordering** (hoofdstuk I, paragraaf 4) zijn toegevoegd om inhoud te geven aan de verantwoordelijkheid van de jeugdzorg voor een zodanige toerusting van mogelijke verwijzers naar de jeugdzorg dat zij problemen in een vroegtijdig stadium kunnen herkennen. Consultatie en deskundigheidsbevordering moeten de nulde en eerste lijn in staat stellen deze problemen zoveel mogelijk op te lossen (of: vragen te beantwoorden) op de plek waar ze worden gesignaleerd, gemeld of gesteld. Deskundigheidsbevordering beoogt tevens het stimuleren van gerichte en tijdige verwijzingen naar de jeugdzorg.

¹ Het Bureau Jeugdzorg is geïntroduceerd in Plaats maken, de rapportage van de Task Force Jeugdhulpverlening. In Regie in de Jeugdzorg wordt gesproken van een functionele clustering in fysiek herkenbare eenheden.

De intakefase omvat de functies **aanmelding en screening/pre-diagnose** (hoofdstuk II). Het gaat hier om de voordeur van de jeugdzorg. Verbetering van de toegankelijkheid van de jeugdzorg veronderstelt dat aanmelding en screening op meerdere plaatsen binnen een regio mogelijk zijn. Dat impliceert dat deze functies kunnen worden uitgevoerd door zowel jeugdzorg-instellingen als door gemeentelijk gefinancierde organisaties als het algemeen maatschappelijk werk (amw) of de thuiszorg. Voorwaarde is dat uitvoering verloopt volgens de afspraken die binnen een regio tussen de verschillende aanbieders worden gemaakt, waarbij de landelijk vastgestelde kaders richtinggevend zijn.

Aanmelding en screening kunnen resulteren in het besluit dat het **vrij toegankelijke aanbod van ambulante behandeling of begeleiding**ⁱⁱ een passend antwoord is op de vraag of behoefte van de cliënt. De projectgroep kiest vooralsnog voor een afbakening van dit aanbod door het gemiddeld aantal contacten te stellen op 12. Over de afbakening van 'eenvoudige ambulante hulpverlening' ten opzichte van 'ingewikkelde ambulante hulpverlening' stelt de projectgroep Toegang een deeladvies op, dat naar verwachting begin juli gereed is. De afbakening heeft gevolgen voor de benodigde capaciteit ten behoeve van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing.

Volledigheidshalve zij hier vermeld dat aanmelding en screening ook kunnen leiden tot een vorm van **crisisinterventie**, tot een onderzoek door het **meldpunt kindermishandeling**, tot een onderzoek door de **Raad voor de Kinderbescherming**, tot de vaststelling dat waarschijnlijk niet kan worden volstaan met een vrij toegankelijke vorm van jeugdzorg, of tot een verwijzing naar andere vormen van hulp, zorg of dienstverlening buiten de jeugdzorg.

Wanneer na screening wordt vastgesteld dat waarschijnlijk niet kan worden volstaan met een vrij toegankelijke vorm van jeugdzorg is aanvullend onderzoek nodig om vast te stellen welk aanbod het meest tegemoet komt aan de vraag of behoefte van de cliënt.

De projectgroep Toegang benadrukt de noodzaak van **onafhankelijke diagnostiek en indicatiestelling** als voorwaarde om op verantwoorde wijze over te gaan tot het toewijzen van zorg.

De projectgroep Toegang vindt het daarnaast en aanvullend minimaal noodzakelijk dat er **per regio één centrale instantie voor zorgtoewijzing** in het leven wordt geroepen, los van de plaatsende en opnemende voorzieningen.

Ten aanzien van **diagnostiek en indicatiestelling** (hoofdstuk III) is de projectgroep Toegang van oordeel dat gekwalificeerde beroepsbeoefenaren door de organisatie waar zij werkzaam zijn in staat moeten worden gesteld om zich een onafhankelijk oordeel te vormen over de vraag wat er met een cliënt aan de hand is en welk aanbod daar het best bij past. Door geprotocolleerde werkwijzen, door het hanteren van naar professionele maatstaven deugdelijke methoden en door vormen van intercollegiale en multidisciplinaire toetsing is volgens de projectgroep de vereiste onafhankelijkheid voldoende gewaarborgd.

De gezamenlijke aanbieders in een regio -plaatsende en opnemende voorzieningen zijn verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van voldoende diagnostische capaciteit.

Een centrale plaats kent de projectgroep toe aan de regionale instantie belast met de **toewijzing** (hoofdstuk IV, paragraaf 1) van intensievere vormen van behandeling en begeleiding. Eén toegang tot de jeugdzorg impliceert de totstandkoming van een toewijzings-instantie in iedere regio. Dit is noodzakelijk om te komen tot een adequate selectie en distributie van hulpvragers. Voor de totstandkoming en

instandhouding van dit orgaan zijn de gezamenlijke aanbieders in een regio verantwoordelijk.

Taken van dit orgaan zijn:

- het procedureel toetsen van diagnostiek en indicatiestelling
- het bepalen van de urgentie
- het toewijzen van zorg, of van een zorgbudget
- het -op basis van registratie- signaleren van discrepanties tussen vraag en aanbod

De realisering en instandhouding van het zorgtoewijzingsorgaan 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. Zorgtoewijzing en acceptatieplicht worden hier met elkaar verbonden.

Plaatsing (hoofdstuk IV, paragraaf 2) vat de projectgroep op als de effectuering van de toewijzing. Het onderscheiden van plaatsing en zorgtoewijzing doet recht aan de eigen verantwoordelijkheid van plaatsende instanties (zoals bepaald in de Wet op de Jeugdhulpverlening) voor diagnostiek en indicatiestelling, en voor de evaluatie van de uitgevoerde behandeling of begeleiding.

Evaluatie en herindicatie (hoofdstuk V) zijn verantwoordelijkheden van de plaatsende instantie, en noodzakelijke voorwaarde om de vraag te beantwoorden of de uitgevoerde hulp moet worden voortgezet, gewijzigd of beëindigd. Aan de orde is de relatie met de functies diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing en plaatsing.

Casemanagement (hoofdstuk VI) is primair gericht op het versterken van de positie van de cliënt in het zorgverleningsproces. Door middel van casemanagement geeft de plaatsende instantie inhoud aan de verantwoordelijkheid voor een bij de hulpvraag of behoefte passende diagnostiek en indicatiestelling, voor de effectuering van de toegewezen zorg, voor het bewaken van continuïteit en samenhang, en voor de evaluatie van het geleverde.

In deel twee van dit advies zijn de systeemeisen voor de onderscheiden functies gebundeld. Het zijn de eisen waaraan naar het oordeel van de projectgroep door de uitvoerders moet worden voldaan wil een substantiële verbetering van de toegang tot de jeugdzorg. Met deze eisen wordt de minimaal noodzakelijke uniformering beoogd in de manier waarop inhoud wordt gegeven aan de toegangsfuncties.

Deel III van het advies bevat de volgende bijlagen:

- 1 Piketpalen, tussentijds advies van de projectgroep over afspraken en meetpunten voor de vernieuwing van de jeugdzorg
- 2 Enige kostenaspecten van de nieuwe constructie voor de toegang tot de jeugdzorg, een rekenmodel waarmee de capaciteit voor de toegangsfuncties wordt bepaald op basis van het aantal jeugdigen in een regio
- 3 Diagnostisch traject, een toelichting op de samenhang tussen de functies screening/prediagnose, diagnostiek en indicatiestelling.
- 4 Samenstelling van de klankbordgroepen per cluster van functies
- 5 Overzicht van deelnemers aan de platformbijeenkomsten Toegang tot de Jeugdzorg
- 6 Samenstelling projectgroep Toegang

3 Tenslotte

De projectgroep is zich er ten volle van bewust dat de praktijk van de hulpverlening minder strikt gefaseerd is dan het functionele onderscheid suggereert. Hulp heeft veeleer een cyclisch karakter heeft. Daar staat tegenover dat ook in de praktijk een aantal beslismomenten duidelijk is aan te wijzen: op enig moment wordt vastgesteld wat de hulpvraag of behoefte van de cliënt is, wat er met de cliënt aan de hand is, welk aanbod daarbij het beste past, en of dat aanbod ook binnen de grenzen van het redelijke geboden kan worden.

Als die beslismomenten in de huidige praktijk niet duidelijk worden aangewezen, dan is het vanuit het oogpunt van kwaliteit noodzakelijk dat er werkprocedures worden geïntroduceerd die het hulpverleningsproces transparant en toetsbaar maken.

De projectgroep kiest voor het regionaal centraliseren van de toewijzing tot het samenhangende aanbod van gespecialiseerde behandeling en begeleiding. Voorkomen moet echter worden dat hiermee een bureaucratisch apparaat ontstaat, wat voor de cliënt leidt tot vertraging in de effectuering van de niet-vrij toegankelijke zorg. In de organisatie van de instantie belast met de toewijzing moet gewaarborgd worden dat binnen redelijke termijnen uitsluitel te geven is over aanvragen van of namens cliënten. Voorts is gebruik van procedures noodzakelijk die efficiënt zijn, zoveel mogelijk continuïteit in de contacten met de cliënt bieden en een goede aansluiting van diagnostiek en behandeling geven.

De projectgroep wil met dit advies een bijdrage leveren aan de veranderingsprocessen op regionaal niveau, gericht op de totstandkoming van een integrale jeugdzorg en een 'adequate selectie en distributie' van hulpvragers. Zij heeft een minimaal aantal noodzakelijke voorwaarden geformuleerd waaraan de organisatie van de toegang naar haar oordeel moet voldoen. De projectgroep heeft daarnaast getracht ruimte te scheppen voor regionale differentiatie en regionale oplossingen. De projectgroep streeft daarmee naar een jeugdzorg die functioneel verbonden is met lokaal preventief jeugdbeleid en een 'voordeur' heeft die herkenbaar, toegankelijk en bereikbaar is. Haar ideaal is een jeugdzorg waarin cliënten snel en effectief worden doorgeleid naar het aanbod dat aansluit bij de vraag of behoefte en waarin de beschikbare capaciteit doelmatig en doelgericht wordt ingezet. Daarin moet het aanbod de vraag volgen. Kortom, het gaat de projectgroep om een jeugdzorg waarin de vraag of de behoefte van de cliënt daadwerkelijk het uitgangspunt is.

Utrecht, 26 januari 2010

Paul Nota
Bob van der Schaft
Tom van Yperen

DEEL I

Uitwerking van de functies voor de Toegang tot de jeugdzorg

I Advies en informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering

1 Inleiding

De jeugdzorg staat maatschappelijk gezien niet op zichzelf. Het stelsel functioneert alleen als

- het in zijn organisatie is verbonden met andere werkzaamheden en voorzieningen die zich op jeugdigen richten;
- de zorg naar haar inhoud is ingebed in het totaal van de leefwereld van de jeugdige en diens opvoeders;
- vanuit het stelsel een bijdrage wordt geleverd aan activiteiten die voorkomen dat jeugdigen (ingrijpende) zorg behoeven.

De jeugdzorg heeft daarom een aansluiting nodig op andere werkvelden en werkvormen. Organisatorische en inhoudelijke verbindingen tussen werkvelden en voorzieningen lopen volgens de projectgroep Toegang via de functies aanmelding en screening, advies, informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering. Deze functies kennen de facto een hulp-element. Wie een jeugdige de weg wijst door het stelsel van sociale zekerheid, geeft een jeugdige informatie en helpt hem of haar tegelijk; door de weg te wijzen of het probleem te verduidelijken. Soms speelt zich dat af binnen een eenmalig contact, soms zijn vier of vijf contacten nodig om het probleem te verhelderen, kennis over te dragen en handelingsalternatieven te bezien.

Voor de jeugdige en de beroepsbeoefenaren die met hem of haar van doen hebben, laat zich bij dit soort contacten geen onverbidelijke scheiding trekken tussen hulp of zorg en andere elementen. Eén eis is wel duidelijk: de functies vragen een zo groot mogelijke toegankelijkheid voor de jeugdige en/of diens opvoeders waarbij aparte aandacht nodig is om deze toegankelijkheid ook voor etnische groepen te waarborgen.

De functies advies, informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering worden binnen en buiten het stelsel jeugdzorg uitgevoerd. Scholen geven advies en informatie: voor een beroepskeuze, om school-uitval te voorkomen, om een jeugdige te helpen bij problemen thuis. Het algemeen maatschappelijk werk geeft advies en informatie aan jeugdigen en/of hun opvoeders net als het jeugd- en jongerenwerk of de jeugdgezondheidszorg in de consultatiebureaus. Het zijn allemaal activiteiten waarvoor geen indicatie vanuit de jeugdzorg nodig is om ze uit te voeren. Dat is een goede reden om het veel gebruikte begrip 'Bureau Jeugdzorg' op te vatten als een '*structuur*'. Als dezelfde functies in verschillende werkvelden bestaan en op verschillende manieren worden gefinancierd, is het noch doeltreffend noch doelmatig één werkveld een monopoliepositie toe te kennen. Het goed vervullen van deze functies voorkomt immers dat niet-vrij toegankelijke zorg nodig wordt. Goede bereikbaarheid en beschikbaarheid van functies als advies en informatie is alleen dan te verwezenlijken als ze op gemeentelijk of zelfs wijkniveau aanwezig zijn. Binnen de budgettaire mogelijkheden van de jeugdzorg is daarom de coalitie met andere vormen van zorg- en welzijnsbeleid onvermijdelijk. In dat kader is er een goede reden om de mogelijkheid te openen de functies aanmelding en screening ook buiten het strikte kader van de jeugdzorg te laten vervullen.

2 Gedeelde verantwoordelijkheden

Het regeringsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' roept vragen op over de aansluiting met andere werkvelden en met name naar de wijze waarop de verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen krijgt. De voorstellen van de projectgroep

Toegang in de notitie 'Piketpalen' maken duidelijk hoe de verschillende verantwoordelijkheden vastgelegd kunnen worden.

Er zijn twee redenen waarom bij de verbindingen die vooraf gaan aan de niet-vrij toegankelijke zorg, een strikte scheiding van verantwoordelijkheden en toedeling van bijpassende taken niet mogelijk is en er dus steeds sprake is van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van voorzieningen en overheden.

2.1 Functie-vermenging

Het regeringsstandpunt stelt dat de provincie er is voor de jeugdzorg en dat de gemeenten het lokaal preventief jeugd beleid verzorgen. Die scheiding lijkt helder, maar is het in de praktijk niet. Een scheidingslijn tussen de toegang tot de jeugdzorg, de daarachter liggende niet-vrij toegankelijke jeugdzorg en het veld van de vrij toegankelijke zorg staat los van de werkelijkheid. Gemeenten zijn regelmatig mede-financier van jongerenadviesbureau's die functies als advies, informatie, consultatie, vrij toegankelijke zorg en toeleiding tot niet-vrij toegankelijke zorg uitoefenen; provincies financieren talrijke projecten in de opvoedingsondersteuning, het onderwijs en de arbeidsmarkt-toeleiding gericht op de lokale situatie. Zorgverzekeraars financieren activiteiten zowel in gemeentelijk als provinciaal beleidskader.

Het idee van een 'Kasteel jeugdzorg' is daarom voor financiers en aanbieders op lokaal niveau aanleiding tot terugtrekkende bewegingen. Gemeenten trekken zich terug uit activiteiten met een zorgaspect omdat 'dat straks allemaal in het Bureau Jeugdzorg komt en iedere gemeente zo'n bureau krijgt'. De provincies beschikken niet over de middelen om deze taken over te nemen, zeker niet als men kijkt naar de hoeveelheid zorg die nodig is

2.2 Capaciteit

In de jeugdzorg wordt het gegeven gehanteerd dat 5%ⁱⁱⁱ van de jeugdigen min of meer ernstige psycho-sociale problematiek vertoont en voor niet-vrij toegankelijke zorg in aanmerking komt. De capaciteit van het jeugdzorg-circuit is niet of nauwelijks toereikend voor het verlenen van hulp aan zoveel jeugdigen.

Naast deze groep is er 10% van de jeugdigen die in een of andere vorm en op een of ander moment van zijn ontwikkeling (lichte) vormen van ondersteuning of hulp nodig heeft. De adequaatheid van die hulp bepaalt of de jeugdige buiten het circuit van jeugdzorg kan blijven.

Tenslotte is er nog de verantwoordelijkheid om de 85% van de jeugdigen die opgroeit zonder problematische uitingen, een netwerk van voorzieningen en mogelijkheden te bieden voor spel, sport, recreatie, ontwikkeling en oefening met de volwassenheid.

Op basis van deze demografische gegevens alleen al is de uitspraak gewettigd dat gemeentelijke en provinciale overheden een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben ten aanzien van het voorportaal van de jeugdzorg. Het wederzijds 'op elkaar afschuiven' van de financiering van activiteiten in het overgangsgebied tussen jeugd welzijns- en jeugdzorg beleid laat jeugdigen in de kou staan en kost - gelet op het beschikbare budget - alleen maar capaciteit. Beide overheden hebben een verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling en financiering van de wederzijdse aansluiting van beleid en voorzieningen gericht op jeugdigen.

2.3 Samenwerking

Een (groot) deel van de toegangsfuncties is duidelijk gedefinieerd in het provinciale zorgbeleid. Maar zonder een doeltreffende verbinding met vormen van welzijns- en zorgbeleid uit het gemeentelijke verantwoordelijkheidsgebied werkt de toegang niet. De brede toegankelijkheid en beschikbaarheid gaan dan verloren en ondermijnen de inspanningen van de afzonderlijke financiers. De invulling van

de verbinding is een verantwoordelijkheid van beide partijen, de verdeling van taken in de verbinding wordt regionaal telkens anders ingevuld.

De projectgroep Toegang beveelt aan:

Ade mogelijkheid te scheppen de functies advies, informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering onderdeel te laten zijn van de toegang tot de jeugdzorg en het bij de invulling mogelijk te maken dat zowel gemeenten als provincies verantwoordelijkheid kunnen dragen voor de uitvoering;

Bvoor de functies aanmelding, pre-diagnose en vrij toegankelijke ambulante hulp de toegang op te vatten als een structuur waar velerlei voorzieningen bij aanhaken en deel van uit (kunnen) maken. De functies kunnen worden uitgevoerd binnen één fysiek herkenbare eenheid in vormgeving en organisatie, maar het is ook mogelijk ze elders te positioneren en uit te oefenen.

De projectgroep Toegang benadrukt het consequent gebruik van de functionele benadering. Voor de activiteiten in en rond het 'voorportaal' van de zorg wordt daarom bewust hier het begrip preventie niet gebruikt. Het woord is een containerbegrip geworden en verwijst vooral naar een doelstelling: voorkomen dat (te) veel jeugdigen ingrijpende zorg nodig hebben. De functies advies en informatie alsmede consultatie en deskundigheidsbevordering leveren aan dat doel een bijdrage.

Het is uiteindelijk de regionale situatie die bepaalt of het doeltreffend en doelmatig is activiteiten als advies, informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering binnen of buiten het stelsel van niet-vrij toegankelijke zorg te situeren. Een dergelijke ruime opvatting kan in de functionele opvatting van de projectgroep Toegang tevens gelden voor de functies aanmelding, pre-diagnose en vrij toegankelijke hulp. Ook voor deze functies kan een gedeelde verantwoordelijkheid aan de orde zijn. De randvoorwaarden voor de functie-uitoefening worden wel via de systeemeisen vanuit de jeugdzorg gesteld om de aansluiting met de niet-vrij toegankelijke zorg tot haar recht te laten komen. De projectgroep meent dat een open en functionele benadering het in de nabije toekomst mogelijk maakt goede relaties te leggen met het terrein van het onderwijs en de beweging 'Weer samen naar school'. In die beweging worden Regionale Verwijs Commissies gevormd die de toegang naar het speciaal onderwijs verzorgen. Gelet op het feit dat een aanzienlijk deel van de jeugdigen in het speciaal onderwijs tevens gebruik maakt van zorgvoorzieningen is afstemming van groot belang.

Tenslotte meent de projectgroep dat een open benadering kan voorkomen dat rigide scheidslijnen ontstaan die vanuit het perspectief van jeugdigen en/of hun opvoeders ongewenst zijn, zoals een strikte scheiding in voorzieningentypes naar leeftijdsgroepen als 0 tot 12 en 12 jaar en ouder.

In een brief aan de Tweede kamer over indicatiestelling in de zorg (96 24 608) ontwikkelen de minister en de staatssecretaris van VWS de gedachte van een zorgloket dat zelfs op wijkniveau kan functioneren voor de ouderenzorg. Het loket heeft tot taak te voorzien in informatieverstrekking, aanmelding van zorgvragen, indicatiestelling van eenvoudige zorgvragen en praktische zorgtoewijzing in relatie tot regionale indicatieorganen. Onderzocht zou moeten worden of een parallelle aanpak in de jeugdzorg voor de uitvoering sommige functies mogelijk is. Het laat zich aanzien dat zulks niet mogelijk is rond de aansturing van de niet-vrij toegankelijke jeugdzorg gelet op de wijze waarop die zorg veelal verleend moet worden (zie daarvoor ook de notitie 'Piketpalen').

3 Afbakening Advies en informatie

De projectgroep Toegang situeert de functie advies en informatie in het terrein van de vrij toegankelijke jeugdzorg, dat is vooral op gemeentelijk niveau. De uitvoering wordt gefinancierd vanuit de gedeelde verantwoordelijkheid van gemeenten, provincies en zorgverzekeraars.

De projectgroep Toegang rekent de volgende werkzaamheden tot de functie advies- en informatie:

op cliënt-niveau

- het verstrekken van informatie en advies over wonen, werk, scholing, inkomen, vrije tijdsbesteding, daarmee samenhangende wet- en regelgeving en voorzieningen gericht op jongeren van 12 jaar en ouder;
- informatie over ontwikkeling en opvoeding aan opvoeders;
- pedagogische advisering (gemiddeld 5 contacten) aan jeugdigen en opvoeders bij eenduidige problematiek;
- vroegtijdige signalering van ontwikkelingsstoornissen alsmede problemen in thuissituaties en de sociale situaties van het kind;

op voorzieningen-niveau

- stimuleren, organiseren en begeleiden van systemen van zelfhulp en sociale ondersteuning;^{iv}
- bevorderen van een stimulerende omgeving voor de opvoeding (buurtnetwerken).

Het verstrekken van advies over (benoembare) psycho-sociale problematiek alsmede pedagogische advisering kost hoogstens gemiddeld 5 face-to-face contacten tussen de cliënt en de voorziening die de functie advies en informatie verzorgt.² De advisering of hulpverlening wordt binnen deze contacten door voorzieningen en cliënten als afgerond beschouwd. Alle contacten waarin deze afronding niet mogelijk is en een vraag naar niet-vrij toegankelijke hulp aan de orde kan zijn, worden een *aanmelding* voor niet-vrij toegankelijke zorg. Deze aanmeldingen zijn vanuit de functie advies- en informatie te definiëren als verwijzing.

De projectgroep onderkent dat het in de praktijk soms moeilijk is een scheiding aan te brengen tussen pedagogische advisering en ambulante hulp. Het onderscheid ligt in de methodische aanpak of in de markering van de setting waarin de advisering wordt gegeven. Een 'opvoed-winkel' maakt in zijn presentatie voor de cliënt al duidelijk dat het hier niet gaat om een voorziening voor maatschappelijk werk. Dat geldt ook voor een Kindertelefoon.

Naarmate het in de lokale praktijk meer komt tot gemeenschappelijke aanpak van deze werkvormen, zal de onderscheiding opnieuw gezien moeten worden. Zowel voorzieningen in niet-vrij toegankelijke zorg als lokale aanbieders van de functie advies en informatie kunnen optreden als uitvoerders. Dat geldt overigens niet alleen voor de functies advies en informatie, consultatie en deskundigheidsbevordering, maar ook voor de functies aanmelding en screening uit het toegangsstelsel. Langs deze weg kan de bereikbaarheid en beschikbaarheid voor cliënten worden vergroot.

4 Afbakening Consultatie en deskundigheidsbevordering

Duidelijker dan rond het advies- en informatiewerk is voor de functie consultatie en deskundigheidsbevordering aan te geven wat de uitwerking van deze functie -

² Het aantal van 5 contacten is ontleend aan de geldende standaard in de opvoedingsondersteuning. De vaak eenmalige advisering van de Kindertelefoon valt qua activiteit eveneens onder deze beschrijving.

gezien vanuit het concept voor de toegang - met zich mee brengt. Activiteiten behorend bij de functie advies en informatie zijn gericht op jeugdigen en opvoeders. Consultatie en deskundigheidsbevordering is gericht op intermediairen, die uit hoofde van hun beroep te maken hebben met jeugdigen en opvoeders. De projectgroep Toegang acht het een verantwoordelijkheid van voorzieningen die de functies voor de toegang uitvoeren zorg te dragen voor:

- een adequate vorm van consultatie en deskundigheidsbevordering naar de functie advies- en informatie van de expertise die in het zorg-circuit is opgebouwd;
- informatieverstrekking aan het vrij toegankelijke circuit van zorg en welzijn alsmede onderwijs over mogelijkheden van niet-vrij toegankelijke jeugdzorg en de toeleiding daartoe.

Deze consultatie en deskundigheidsbevordering is gericht op:

*a*het vergroten van de expertise in het circuit van de vrij toegankelijke zorg in het herkennen en onderkennen van hulpvragen die met niet-vrij toegankelijke jeugdzorg beantwoord dienen te worden.

*b*vergroten van het probleemoplossend vermogen van het circuit van vrij toegankelijke zorg opdat verwijzing naar niet-vrij toegankelijke zorg uit kan blijven.

De omvang waarin deze consultatie, deskundigheidsbevordering en informatie-verstrekking wordt gegeven, is in belangrijke mate gerelateerd aan het aantal jeugdigen in een regio of provincie en de hoeveelheid netwerken in welzijns-, onderwijs en zorgbeleid waar jeugd de doelgroep voor vormt.

Het is een verantwoordelijkheid van het gebied van de niet-vrij toegankelijke zorg garanties te bieden qua organisatie en financiering van deze activiteiten.

II Aanmelding en screening

1 Aanmelding

De eerste functie in de toegang is de aanmelding. Met dit woord is een begrip geïntroduceerd dat niet altijd duidelijk is te onderscheiden van het begrip 'intake'. In vele voorzieningen in welzijn en zorg staat het eerste contact met de cliënt genoteerd onder 'intake'. In het algemeen maatschappelijk werk, maar ook elders, duidt een 'intake' dikwijls het proces aan dat zich uitstrekt tot de functies aanmelding, screening en de indicatiestelling. Bij een 'intake' gaat het er vooral om te bezien of de cliënt om hulp vraagt die de voorziening ook daadwerkelijk kan en moet geven. Zo bezien is het woord 'intake' altijd verbonden met de screening van de cliënt voor het daarachter liggende instituut. In de functionele benadering van de toegang staan voorzieningen echter niet meer centraal. Het gaat om de (mogelijke) vraag naar (niet-vrij toegankelijke) zorg -inclusief meldingen van (vermoedens van) kindermishandeling- die in velerlei vormen kan worden beantwoord.

1.1 Het signaal

In de aanmelding voltrekt zich het eerste contact tussen een jeugdige en/of diens opvoeders, of tussen derden in het belang van de jeugdige, en het systeem van niet-vrij toegankelijke jeugdzorg. Als aanmelding mogelijk is op een lokatie waar ook advies en informatie wordt geboden, is het geven van een advies echter niet automatisch een aanmelding voor niet-vrij toegankelijke zorg. Gecombineerde huisvesting vraagt - zeker als er voorzieningen uit de jeugdbescherming bij zijn - om een grote helderheid en zorgvuldigheid in het vormgeven van de advies- en informatiefunctie ten opzichte van de aanmelding. Als in het advieswerk (op welke locatie dan ook) wordt geconstateerd dat er meer specifieke aandacht voor de hulpvraag van de cliënt nodig is, wordt de functionele stap gezet naar een aanmelding voor jeugdzorg.

De projectgroep Toegang definieert in de systeemeisen aanmelding als 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 projectgroep spreekt van een *signaal* omdat de aanmelding vele vormen kent. Het is niet de bedoeling het werpen van een baksteen door de ruit van een instituut te beschouwen als een 'signaal' in de zin van aanmelding. Een dergelijk signaal kan opgepakt worden door de boze eigenaar van het glasvlak, een buurtnetwerk of door de politie. Als uit gesprekken met een jeugdige blijkt dat er van psycho-sociale problematiek sprake kan zijn, is het vooral aan de gesprekspartner van de jeugdige een en ander te vertalen naar een signaal in de zin van een verwijzing c.q. een aanmelding voor jeugdzorg. Dit signaal kan komen van vele mensen, de projectgroep heeft daarom het begrip zo ruim mogelijk gedefinieerd. Als ze spreekt van '*beroepsbeoefenaren*' vallen daar politieagenten, onderwijsgevendenden, wijkverpleegkundigen onder en alle andere werknemers van voorzieningen waar bemoeienis met jeugdigen tot de taak van de voorziening hoort.

1.2 Differentiatie

In de regionale praktijk kennen de plannen voor de inrichting van de toegang vele vormen. Er zijn regio's waar voorzieningen voor jeugdzorg advies en informatiewerk doen binnen een en dezelfde locatie. Aanmelding is daar dan een doorverwijzing binnen de eigen voorziening naar de personen die bezien of een screening, terugverwijzing of crisisinterventie aan de orde is. Er zijn regio's waar

het algemeen maatschappelijk werk de functies aanmelding, screening en kortdurende hulp mede vervult en vanuit de voorzieningen uit de jeugdzorg de combinatie van de functies diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing wordt geregeld. Er zijn ook instellingen voor ambulante gezondheidszorg die nadrukkelijk het eigen spreekuur voor jeugdigen en/of hun opvoeders wensen te handhaven naast een locatie die de toegang tot de jeugdzorg regelt. En tenslotte heeft menige voorziening voor gezinsvoogdij zich al getooid met het etiket stichting voor Jeugdzorg, vooruitlopend op de vormgeving van de toegang.

Bij ontstentenis van een wettelijke richtlijn en in het licht van de wens van provincies zelf de vormgeving van het concept toegang te bepalen, moet de definitie van de aanmelding en de uitwerking daarvan (net als bij de andere functies) ruimte laten voor deze differentiatie.

1.3 Klantgerichtheid

De eerste stap bepaalt voor een groot deel (zeker gevoelsmatig) voor de jeugdige en diens opvoeders het gezicht en de sfeer van de jeugdzorg. Contact zoeken met de jeugdzorg omvat in vele gevallen de erkenning dat problemen wel eens minder eenvoudig kunnen zijn dan mensen hadden verwacht of gehoopt. Het kan even zo goed leiden tot de ervaring dat een probleem minder ingewikkeld is dan was verwacht. Dat legt voorzieningen die de aanmelding verzorgen een belangrijke taak op in een kwaliteitsbeleid rond toegankelijkheid en klantvriendelijkheid.

Vanuit het totaal van de jeugdzorg is een bereikbaarheid die een zo gering mogelijke druk legt op de jeugdige en/of diens opvoeders essentieel. Eisen dat jeugdigen zich samen met hun opvoeders moeten aanmelden of opvoeders samen met de kinderen zijn daarom af te wijzen. In dit kader is het belangrijk nadrukkelijk aandacht te schenken aan de wijze waarop de beschikbaarheid en bereikbaarheid voor met name allochtone groepen zo groot mogelijk gemaakt kan worden.

Het beschikbaar en bereikbaar zijn van de functie aanmelding is nadrukkelijk geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt. Daarom is niet gekozen voor een te vage beschrijving als 'redelijk bereikbaar'. De projectgroep stelt voor dat de aanmelding mogelijk moet zijn op een locatie die binnen 45 minuten met het openbaar vervoer is te bereiken, gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige of diens opvoeders. De voorgestelde maximale reistijd tot de plaats waar de functie aanmelding (en advies- en informatiewerk) wordt uitgeoefend, zal een punt van discussie zijn. De projectgroep acht de hier geformuleerde tijd aan de ruime kant. Er is een afweging nodig tussen de tijd die een cliënt en een zorgverlener nodig hebben en de reistijd die daarvoor verlangd kan worden. Een korte reistijd (om de zorg dichterbij jeugdigen en hun opvoeders te brengen) dwingt de jeugdzorg tot meer allianties met voorzieningen elders in welzijn en zorg voor de vormgeving van deze functie. Het is duidelijk dat vanuit een beoogde klantvriendelijkheid weinig weerstand valt te bieden aan deze opvatting. De opvatting kost echter ook geld.

De projectgroep stelt tevens dat de aanmelding mogelijk moet zijn:

- telefonisch gedurende kantooruren (8.30 - 17.00 uur);
- in persoon gedurende kantooruren alsmede twee uren in een vooravond;
- 365 dagen per jaar en 24 uur per dag in geval van crisisinterventie.

Het is nog de vraag of openstelling tijdens één vooravond voldoende tegemoet komt aan snel veranderende leefpatronen in de samenleving.

Het zou in de opvattingen van de projectgroep in de toekomst ook mogelijk moeten zijn dat onder meer op het terrein van de crisisinterventie de zorg eerder naar de cliënt komt dan de cliënt naar de zorg.

1.4 Kwaliteit

Een aanmelding is geen aanmelding als een balie-medewerker enkel en alleen een afspraak heeft gemaakt.^v Elke aanmelding beoogt te bezien of er inderdaad een vermoeden van de noodzaak voor niet-vrij toegankelijke zorg bestaat dat verder onderzocht moet worden. Het kan daarnaast een aanmelding voor crisisinterventie zijn. De uitkomst van een aanmelding is de stap naar verdere screening voor niet-vrij toegankelijke zorg, een terugverwijzing naar andere vormen van zorg of het verlenen van vrij toegankelijke ambulante zorg. Een oordeel daarover is alleen mogelijk als een hulpverlener met een jeugdige en/of diens opvoeders heeft gesproken. Dat gesprek kan zowel de feitelijke aanmelding als de screening omvatten en dient daarom binnen de beoogde termijnen plaats te vinden als er een telefonisch gemaakte afspraak aan vooraf gaat. Wie zich in persoon aanmeldt, moet echter op dezelfde tijd en plaats kunnen rekenen op dat gesprek.³

Er is één situatie waarin een aanmelding wel telefonisch kan geschieden: als de kwalificaties van de verwijzer zodanig zijn dat het volstrekt duidelijk is dat de stap van aanmelding in feite een verzoek tot screening omvat (bijvoorbeeld bij een aanmelding door een kinderarts). De verwijzer dient deze aanmelding ook volgens de systeemeisen vast te leggen en beschikbaar te stellen.

De projectgroep acht de hier geformuleerde eisen het minimum aan klantgerichte condities waarop het stelsel kan en mag worden aangesproken. Een en ander zal wellicht wet- en regelgeving vragen. Bovendien behoeven de eisen nadere uitwerking. Bepaling van een aanvaardbare verblijfsduur in de wachtkamer (om een element van verdere uitwerking te noemen) acht de projectgroep Toegang een kwaliteitseis die door voorzieningen in het kader van bejegening en klantvriendelijkheid moet worden ingevuld. Formulering van zulke eisen behoort tot de verantwoordelijkheid van de ondernemersorganisaties in de jeugdzorg.⁴

1.5 Termijnen

De projectgroep Toegang heeft in de samenstelling van de eisen voor aanmelding en screening een tijdsperiode opgenomen voor de eerste contacten met de jeugdzorg. De periode tussen het eerste aanmeldingsgesprek en een vervolgstap als screening dient binnen vijf werkdagen te worden gezet. De projectgroep onderkent dat vanuit het perspectief van zowel hulpvragers als hulpverleners er niet altijd een heldere scheiding mogelijk is tussen aanmelding, screening en kortdurende hulp. Een hulpverlener die in drie gesprekken voldoende informatie heeft verzameld voor zijn of haar besluitvorming en een antwoord kan geven op het signaal, heeft in die verwevenheid zowel de functies aanmelding, screening als kortdurende hulp vormgegeven. Begin- en eindtijden van deze contacten dienen wel te vallen binnen de totaal aangegeven perioden voor aanmelding en screening. In een registratiesysteem kan een en ander nader worden uitgewerkt.

In het kader van de activiteiten van de stuurgroep Beleidsinformatie wordt overleg gevoerd over aanpassing en afstemming van begrippen hieromtrent.

³ Het bijeenbrengen van de sectoren jeugdbescherming, jeugdgezondheidszorg en jeugdhulpverlening houdt in dat verschillende soorten ‘aanmeldingen’ op één noemer worden gebracht. Voor een RIAGG en een voorziening voor ambulante jeugdhulp is het verschil tussen het huidige begrip intake en de functies aanmelding en screening minimaal, zo niet semantisch. Voor de jeugdbescherming is de uitspraak van een onder-toezicht-stelling een aanmelding. Ook op deze aanmelding wordt een screening toegepast vanuit de systematiek van de toegang. Voor al deze aanmeldingen gelden identieke kwaliteits- en procedure-eisen met dien verstande dat bij de jeugdbescherming de wettelijke voorschriften uitgevoerd moeten worden. De vervolgstappen maken eveneens deel uit van het kader ‘toegang’. Dat geldt in principe ook voor aanmeldingen bij kinder- en jeugdpsychiatrie.

⁴ Voor de ambulante zorg heeft de VOG een pakket aan kwaliteitseisen geformuleerd dat als kader kan dienen voor kwaliteitszorg in het kader van de toegang.

2 Screening

Screening is geen eenduidig begrip. Het kan een hoogwaardige beroepsmatige taxatie zijn van een probleemsituatie die door één en dezelfde beroepskracht wordt opgelost. In dat geval worden aanmelding en screening op één locatie en door één persoon uitgevoerd. De projectgroep onderstreept dat in screening differentiaties naar zwaarte bestaan.

Screening kan inhouden dat een systematische probleemverkenning wordt uitgevoerd die indicatiestelling voor sommige vormen van vrij toegankelijke ambulante zorg voldoende onderbouwt. Dat kan op één locatie en zelfs door één persoon. Screening is in deze vorm het (gesystematiseerd) nalopen van de situatie op de belangrijkste leefgebieden van een jeugdige zonder al teveel diepgang, met daarop volgend een globale oordeelsvorming die een beperkt aantal beslissingen mogelijk maakt.

Tot de screening wordt in het veld soms ook 'basisdiagnostiek' gerekend. De projectgroep constateert dat er in het veld veel verwarring bestaat over de plaats van basisdiagnostiek. Ondermeer is de vraag of men basisdiagnostiek nu primair moet rekenen tot de functie screening, of tot de functie diagnostiek. De projectgroep stelt dat beide mogelijk zijn. Zware (uitgebreide) vormen van screening zijn net zo goed te beschouwen als een licht diagnostisch arrangement. Een diagnostisch arrangement omvat een specifieke combinatie van diagnostische activiteiten, te typeren naar aard (doelstelling), omvang en benodigd specialisme. Bij het lichtste arrangement gaat het om een vorm van basisdiagnostiek waarmee men ondermeer kan bepalen welke andere diagnostische arrangementen nodig zijn voor een adequate indicatiestelling. Gelet op dat laatste doel zal deze vorm van screening zwaardere eisen stellen aan de screener. Screening omvat dan een afgewogen oordeel over de situatie van de jeugdige, het weegt de problemen en geeft uitsluitsel over de specifieke vraag van de vervolgdagnostiek. Voor een nadere toelichting op de betekenis en de plaats van screening en basisdiagnostiek, zie ook de bijlage 'Diagnostische trajecten: prediagnostiek, screening en diagnostiek'.

2.1 Eenduidig

Het verdient volgens de projectgroep Toegang aanbeveling regionaal of provinciaal te bezien of het invoeren van een onderbouwde screeningslijst voor alle voorzieningen die aan screening doen haalbaar is. Dat gaat in de eerste instantie om de voorzieningen die de functie screening uitoefenen en betreft nadrukkelijk ook de Raad voor de Kinderbescherming en de voorzieningen voor gezinsvoogdij. Het werken met een instrument heeft het voordeel dat regionaal of provinciaal screenings en bijpassende registratie op gelijke basis wordt opgezet ten aanzien van de vraag wie voor niet-vrij toegankelijke zorg in aanmerking komt en wie niet. De begrippen uit het instrument dienen te sporen met begrippen uit het sectorale en bovensectorale registratiesysteem. Het instrument dient aan identieke voorwaarden te voldoen als het instrument voor diagnostiek. Deze eisen zijn vervat in de formulering 'voldoen aan de eisen van betrokken beroepsgroepen'. De uitkomsten van het gebruikte screeningsinstrument vormen dan 'het gewogen oordeel over het vervolgaanbod' dat het resultaat is van de screening.

2.2 Termijnen

Een screening mag in een uitgebreide vorm niet meer dan tien werkdagen vergen, zodat de jeugdige en/of diens opvoeders binnen vijftien werkdagen (oftewel drie weken) duidelijkheid hebben over de vraag of een traject richting niet-vrij toegankelijke zorg werkelijk aan de orde is. Vrij toegankelijke hulp dient binnen vijf werkdagen na het afronden van de screening beschikbaar te zijn. Alles bijeen verlopen er maximaal twintig werkdagen tussen aanmelding en het begin van vrij

toegankelijke ambulante hulp.

2.3 Vrij toegankelijke jeugdzorg

De projectgroep realiseert zich dat op het terrein van ambulante zorg enige vaagheid bestaat over het aanbod. De huidige Wet op de jeugdhulpverlening kent geen vormen van niet-vrij toegankelijke ambulante hulp. In de normharmonisatie voor de ambulante zorg is als traject 4 een vorm van intensieve ambulante zorg omschreven dat naar het aantal contacten en het tijdsverloop overeenkomsten vertoont met therapie die wordt verstrekt door de RIAGG. In beide gevallen gaat aan de zorgverlening een diagnose en indicatiestelling vooraf. In de normharmonisatie is verder onder meer het advies- en informatiewerk gedefinieerd met een maximum van vijf contacten. De overlapping tussen dit werk en vrij toegankelijke ambulante hulp van bijvoorbeeld het algemeen maatschappelijk werk is echter niet omschreven.

Onderzoek van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) laat zien dat er gereede aanleiding is deze varianten nader te bezien. De projectgroep komt hiervoor nog met nadere voorstellen die beogen vrij toegankelijke ambulante zorg adequaat te definiëren.

2.4 Raad voor Kinderbescherming

Het introduceren van het begrip aanmelding roept de vraag op naar de relatie met de Raad voor Kinderbescherming. De specifieke functie van de Raad vraagt om een aparte markering van het raadswerk. De Raad biedt toegang tot de jeugdzorg. Screening kan leiden tot de uitvoering van een raadsonderzoek. Is de uitkomst dat vrijwillige hulp mogelijk en wenselijk is, dan is het raadsonderzoek te beschouwen als een aanvulling op de screening. Leidt het raadsonderzoek uiteindelijk tot de toewijzing van een (gezins)voogd, dan is deze verantwoordelijk voor de organisatie van aanvullende diagnostiek en indicatiestelling.

Het verdient aanbeveling de screeningsmethodiek van de Raad af te stemmen op de screeningsmethodiek binnen de toegangsconstructie om zo de grootst mogelijke eenduidigheid te scheppen in het stelsel van jeugdzorg.

2.5 Meldpunten kindermishandeling

De Bureaus Vertrouwensarts/meldpunten kindermishandeling voeren de functies (aan)melding en screening (maar ook consultatie en deskundigheidsbevordering) uit voor een specifieke doelgroep en problematiek. Functioneel bezien maken de meldpunten deel uit van de toegang tot de jeugdzorg. Voor de organisatorische vormgeving van de meldpunten kindermishandeling zijn varianten denkbaar. Een commissie onder leiding van prof.dr. J. Hermanns beziet momenteel de functie en positionering van de meldpunten kindermishandeling. Uitspraken over de meldpunten worden na afronding van het werk van deze commissie gedaan.

2.6 Crisisinterventie en bijzondere opnemings

Op basis van het aanmeldingsgesprek en de screening die in dat gesprek - of in een of meer vervolggesprekken- plaatsvindt kan worden vastgesteld dat een vorm van crisisinterventie geboden is. Ook tijdens de (ambulante) behandeling of begeleiding kan een moment komen dat crisisinterventie noodzakelijk maakt. Voor de toewijzing van het aanbod crisisinterventie geldt een ander traject dan voor overige vormen van niet-vrij toegankelijke vormen van samenhangende hulpverlening. Crisisinterventie is 7x24 uur per dag toegankelijk, en wordt zo snel mogelijk gerealiseerd. Toewijzing en plaatsing worden gemeld aan de regionale toewijzingsinstantie; verantwoording van het toewijzingsbesluit vindt achteraf plaats.

Het besluit een vorm van crisisinterventie toe te wijzen moet beargumenteerd worden vastgelegd opdat toetsing mogelijk is. Voorafgaand aan het besluit is intercollegiaal of multidisciplinair overleg wenselijk. Aanbieders van crisisinterventie stellen hun specifieke deskundigheid ten behoeve van dit overleg beschikbaar. Waar overleg voorafgaand aan het besluit tot crisisinterventie mogelijk is, moet dit gebeuren. Het is echter geen noodzakelijke voorwaarde om tot crisisinterventie over te kunnen gaan.

Toetsing van het besluit crisisinterventie toe te wijzen is een verantwoordelijkheid van de instantie belast met zorgtoewijzing, die daartoe zonnodig specifieke deskundigheid kan inschakelen. Toetsing is nodig om te signaleren en zo mogelijk te voorkomen dat -bij beperkte capaciteit- oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van het regionaal beschikbare aanbod crisisinterventie.

Bij een verzoek gericht op het verkrijgen van een machtiging om een jeugdige in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen, wordt gehandeld conform de bepalingen van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen.^{vi}

2.7 Kwaliteit

De definities van aanmelding en screening openen in de ogen van de projectgroep ook de mogelijkheid voor kwaliteitsbewaking door voorzieningen zelf en voor toetsing door voorzieningen en financiers. Bij een screening zijn er vier mogelijke uitkomsten gedefinieerd. Het is in het kader van een Kwaliteitsinformatie en sturingssysteem (KWIS) goed mogelijk te bezien of de jeugdigen die naar één van de vier uitkomsten zijn verwezen, daar ook daadwerkelijk het vervoltraject hebben doorlopen. Daarbij dient natuurlijk te worden verdisconteerd dat hulpverlening een proces is dat zich niet beperkt tot één meetmoment.

Wie vanuit de screening naar een diagnostisch arrangement wordt verwezen, zal wellicht in 80% van de gevallen een dergelijk arrangement voltooien. Veranderende situaties en ervaringen kunnen er aanleiding toe zijn dat in deze trajecten enige uitval wordt gezien. Voorzieningen en financiers dienen zich provinciaal of regionaal te beraden over acceptabele bandbreedtes in deze verschijnselen opdat beide partijen kwaliteit benoembaar en toetsbaar maken. Een tweede consequentie van de mogelijkheid om de functies aanmelding en screening door meer voorzieningen te laten vervullen dan alleen door voorzieningen uit de jeugdzorg houdt in dat extra aandacht nodig is voor de wijze waarop de jeugdigen en diens opvoeders door het zorgsysteem heen worden geleid. Een en ander wordt bij het case-management nader uitgewerkt.

III Diagnostiek en Indicatiestelling

1 Inleiding

Diagnostiek en indicatiestelling zijn geen scherp te isoleren activiteiten. Het oordelen over de aard van de problematiek en de te verlenen hulp gebeurt ook in andere functies. Bij de aanmelding en de screening/prediagnose wordt een beeld van de problematiek gevormd en vindt indicatiestelling plaats (in dit geval of met vrij toegankelijke hulpverlening kan worden volstaan of niet). Een strikte scheiding tussen diagnostiek en behandeling heeft geen zin. Immers ook behandeling draagt bij tot een verdere diagnostische beeldvorming. Andersom geldt dat het proces van diagnostiek en indicatiestelling op zich al voor de cliënt 'therapeutische waarde' kan hebben. Dit laat zien dat de hier beschreven functies min of meer verweven zijn door het gehele hulpverleningsproces.

Ondanks deze verwevenheid met andere functies zijn aan diagnostiek en indicatiestelling specifieke eisen te stellen. Alvorens op de principes die aan deze eisen ten grondslag liggen in te gaan, worden de functies eerst afgebakend.

2 Definitie en afbakening van de functies

2.1 Doel van het onderscheid

In het traject richting niet-vrij toegankelijke vormen van hulp bestaan fasen waarin een systematisch en expliciet oordeel wordt gevormd over de vraag welke hulp nodig is. Bij diagnostiek ligt daarbij het accent op vormen van een onafhankelijk en geobjectiveerd beeld van de aard van de zorgvraag. Bij indicatiestelling wordt een verbinding gelegd tussen enerzijds de zorgvraag en anderzijds het zorgaanbod dat geëigend is.

De projectgroep onderscheidt diagnostiek en indicatiestelling ten opzichte van de toewijzing. Dit heeft een aantal redenen.

Ten eerste wordt in de diagnostiek en indicatiestelling expliciet stilgestaan bij de vraag wat de hulpvraag van de cliënt is en welke hulp nodig is, los van het bestaande aanbod. Dit moet voorkomen dat er 'automatisch' voor een bepaalde organisatie of aanbieder wordt gekozen, bijvoorbeeld omdat de verantwoordelijke professional die aanbieder het beste kent.

Ten tweede gaat het bij diagnostiek en indicatiestelling om anderssoortige activiteiten dan bij toewijzing. Bij de eerstgenoemde functies dient, zoals gezegd, de deskundige zich een geobjectiveerd en onafhankelijk oordeel te vormen van de hulpvraag en de benodigde zorg. Bij toewijzing wordt een koppeling tot stand gebracht tussen dat wat nodig wordt geacht en dat wat door zorgaanbieders gerealiseerd kan worden. Dat maakt, in tegenstelling tot wat in de diagnostiek en indicatiestelling gebeurt, in de toewijzing onderhandeling met zorgaanbieders essentieel.

Ten derde wordt de indicatiestelling losgekoppeld van de toewijzing om op een algemener niveau duidelijk te krijgen in welke mate het beschikbare hulpaanbod (in een instellingen, of in een regio) voldoende antwoord geeft op de hulpvragen die zich voordoen. Vormen van niet-vrij toegankelijke hulp die niet in het bestaande aanbod aanwezig zijn, kunnen aanleiding geven tot het creëren van een nieuwe hulpvormen.

2.2 Definitie en afbakening diagnostiek

Onder diagnostiek wordt verstaan: het volgens methodische principes opbouwen van een gedetailleerd beeld van de jeugdige en van 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^{vii}.

Het doel van de diagnostiek is een beeld te scheppen, op grond waarvan men in de functie indicatiestelling een beargumenteerd oordeel over de benodigde hulpverlening vormt. Het beeld wordt opgebouwd in een proces van oordeelsvorming waar (inter)subjectieve interpretatie van gegevens deel van uitmaakt. De methodische werkwijze is erop gericht deze interpretaties zoveel mogelijk transparant en intersubjectief toetsbaar te maken.

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. Onder deze diagnose wordt niet verstaan een labeling van de problematiek in enkele kernachtige aanduidingen (zoals bijvoorbeeld een diagnostische classificatie met behulp van het Multi-Axiaal Classificatiesysteem of de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Nadrukkelijk gaat het hier om een concluderend relaas van de diagnosticus (ook wel genoemd 'de diagnostische formulering') waarin de hulpvraag, de problematiek en de daarmee samenhangende factoren, alsook de aangrijpingspunten voor een mogelijke oplossing in een zinvol onderling verband staan.

2.3 Definitie en afbakening 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^{viii} 5.

De indicatiestelling wordt als een proces van oordeelsvorming opgevat dat los staat van de concrete toewijzing van zorg. Doel van de indicatiestelling is tot een op expliciete argumenten gebaseerd, navolgbaar en inhoudelijk intersubjectief getoetst oordeel te komen over de vraag of een hulpaanbod geëigend is en, zo ja, welk doel die hulp moet dienen en welke vorm de hulp moet krijgen.

De indicatiestelling leidt tot een rapport⁶ met daarin vermeld de diagnose en een uitspraak over de vraag of niet-vrij toegankelijke hulp nodig is. Indien de conclusie luidt dat dergelijk hulp niet nodig is, geeft men aan welk vervolgtraject voor de cliënt dan wenselijk is (bijvoorbeeld helemaal geen hulp, of wellicht een vorm van vrij toegankelijke hulp). Is de conclusie dat niet-vrij toegankelijke hulp wèl is geboden, dan dient te worden aangegeven welk(e) doel(en) die hulp globaal dient, welke geëigende vorm van hulpverlening in het licht van dat doel of die doelen geboden wordt, en de termijn waarop de hulp beschikbaar moet zijn. De doelen vormen de kaders waarbinnen men de hulpvormen kiest. Bovendien worden deze doelen later geconcretiseerd in het hulpverleningsplan. Deze concretisering zijn vervolgens weer de toetssteen bij de evaluatie van de hulp.

De indicatie bevat tevens uitspraken over alternatieven, voor het geval de geëigende vorm niet voorhanden is. Concreet betekent dit het volgende:

- een indicatiestelling bestaat uit het aangeven van minstens twee mogelijkheden van hulpverlening, in een rangorde naar voorkeur (eerste voorkeur, tweede etc.);
- binnen een rang kunnen twee of meer gelijkwaardige alternatieven voorkomen;
- de voorkeur met de hoogste rangorde (eerste voorkeur, eerste keus, 'first best')

⁵ In de Wet op de jeugdhulpverlening wordt het begrip indicatiestelling niet gehanteerd. In artikel 19 van de wet wordt gesproken van "een oordeel over de meest aangewezen behandeling". Bij de omschrijving van het begrip indicatiestelling vermijdt de projectgroep Toegang te spreken over het vaststellen van de meest *aangewezen* behandeling, om een mogelijke verwarring met het begrip *toewijzing* te voorkomen. Zij geeft er de voorkeur aan bij de indicatiestelling te spreken over het vaststellen van de meest *geëigende* zorg.

⁶ Op dit punt wordt de begripshantering gevolgd van de Wet op de jeugdhulpverlening. In artikel 29 wordt aangegeven dat ondermeer het onderzoek en de vaststelling van de meest aangewezen te achten behandeling in een schriftelijk rapport moeten worden vastgelegd.

geeft de hulp aan die het meest wenselijk is, terwijl de voorkeur met de laagste rangorde de hulp aangeeft die minimaal noodzakelijk wordt geacht.

De geformuleerde alternatieven geven, met andere woorden, de geïndiceerde zorgbandbreedte aan, waarbinnen de zorgtoewijzing plaatsvindt. Bij het formuleren van deze bandbreedte wordt geen rekening gehouden met de uitvoerbaarheid gezien het huidige aanbod; wel dient de de voorgestelde hulp naar professionele maatstaven in principe uitvoerbaar te zijn.

Onduidelijk is nog in hoeverre in de praktijk de overwegingen die worden gemaakt bij het formuleren van de bandbreedte overlappen met de overwegingen die worden gemaakt in de functie van de toewijzing. Ervaring en onderzoek moeten in de komende jaren uitwijzen of de scheiding tussen indicatiestelling en toewijzing op dit punt voldoende kan worden gerealiseerd.

2.4 Onderscheid in functies - onderscheid in personen

De afbakening van diagnostiek en indicatiestelling veronderstelt niet dat bij elke functie een ander persoon of een ander team hoort. De functies geven verschillende stappen aan die leiden tot een uiteindelijke, centrale zorgtoewijzing. Deze stappen kunnen ook door dezelfde personen of dezelfde teams worden gezet (zie ook de bijlage 'Modellen voor de organisatie van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing').

3 Uitgangspunten bij de gestelde eisen

Aan de eisen die aan diagnostiek en indicatiestelling worden gesteld, ligt een aantal principes ten grondslag. Alvorens op de eisen in te gaan, worden deze principes toegelicht.

3.1 Cliëntgericht werken

Vanuit de cliënt bezien vormen diagnostiek en indicatiestelling een belangrijke weg naar toewijzing van zorg. De intensiviteit van het traject en de specialisten die erbij zijn betrokken, kunnen bijdragen aan het gevoel van de cliënt dat er in zijn hulpbehoefte wordt voorzien: de cliënt kan zich bijvoorbeeld erkend voelen in de ernst van de problematiek.

De functies brengen voor de cliënt echter ook risico's mee. De procedure kan bureaucratisch, omslachtig en verwarrend overkomen en een gevoel van machteloosheid geven. Ondermeer om die reden dient het proces en de inhoud voor de cliënt inzichtelijk te zijn. Daarnaast is het volgende van belang.

3.1.1 Toegankelijkheid en lokatie

De specialistische aard van de functies en de noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking geven mogelijk aanleiding tot een regionale concentratie in één of slechts enkele locaties. De functies moeten echter tegelijkertijd toegankelijk zijn voor de cliënt. Dat pleit weer voor een deconcentratie. Per regio zal bezien moeten worden wat een optimale spreiding is.

De projectgroep benadrukt de mogelijkheid onderscheid te maken in verschillende diagnostische arrangementen. Een arrangement omvat een specifieke combinatie van diagnostische activiteiten, te typeren naar aard (doelstelling), omvang en benodigd specialisme (zie ook hoofdstuk II, paragraaf 2). Lichte arrangementen die vragen om een deskundigheid die op veel plaatsen beschikbaar is, zijn lokaal of in centrumgemeenten uit te voeren. Zware arrangementen die vragen om bijzondere specialisten lenen zich voor meer concentratie. Voor een bespreking van dit aspect, zie ook de bijlage 'Modellen voor de organisatie van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing'.

3.1.2 *Betrokkenheid*

Het is van belang om de cliënt bij de diagnostiek en de indicatiestelling te betrekken. De cliënt moet daarom geregeld over de procedure worden voorgelicht. De cliënt dient voorts een inbreng te kunnen leveren. Zo geldt bij de diagnostiek de cliënt doorgaans als een belangrijke informant. Indien relevant, worden ook andere informanten bij de diagnostiek betrokken (leerkrachten, groepsleiders etc.).

In de indicatiestelling weegt de voorkeur van de cliënt als een belangrijke factor mee in het bepalen van het hulpaanbod en de rangorde in alternatieven (zie paragraaf 2.3). Indien er bij de zorgtoewijzing de mogelijkheid bestaat te kiezen uit verschillende, gelijkwaardige alternatieven, is de voorkeur van de cliënt van doorslaggevend belang. Voorts bepalen bij vrijwillige hulp de ouders en de jeugdige (afhankelijk van zijn of haar leeftijd) altijd de grens van de hulpverlening. Waar nodig onderhandelt de casemanager of diens vertegenwoordiger met de cliënt over de indicatie. Overigens betekent dit niet dat de casemanager de wil van de cliënt zonder meer volgt. De casemanager weegt de inbreng van de cliënt zwaar, maar met de noodzakelijke professionele distantie. Is er een maatregel van de kindbescherming, dan kan de met het gezag beklede instelling of persoon ook tegen de wil van de ouders en/of de jeugdige besluiten tot het uitvoeren van hulpverlening. Voor de uithuisplaatsing is daarbij binnen de ondertoezichtstelling een machtiging van de rechter nodig.

Ten slotte dienen de resultaten van de diagnostiek en de indicatiestelling met de cliënt te worden 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^{ix}. Per geval wordt beoordeeld welke persoon de bespreking met de cliënt het beste kan voeren en wanneer dat het beste kan. De bespreking hoeft niet per definitie door de casemanager gevoerd te worden.

Bijvoorbeeld, soms zal de cliënt in vertrouwen aan een diagnosticus zeer persoonlijke ervaringen verteld hebben. Als deze diagnosticus niet ook de casemanager is, kan het onwenselijk zijn om de bespreking van de resultaten van de diagnostiek en de indicatiestelling door de casemanager te laten uitvoeren. Ook het moment waarop de bespreking gevoerd wordt, kan verschillend zijn. Soms is er tijdens het proces van diagnostiek en indicatiestelling al voldoende contact met de cliënt geweest om geen aparte bespreking te hoeven voeren. Bij voorkeur komen de diagnostiek en de indicatiestelling tegelijk in één overleg (het 'resultaatgesprek') aan de orde.

Het resultaat van de bespreking(en) met de cliënt dient vastgelegd te worden in de rapportage.

De eis van betrokkenheid mag overigens niet leiden tot een te zware belasting van de cliënt. Wat als 'te zwaar' geldt, hangt af van de belangen en de vermogens van de cliënt om bij het proces betrokken te zijn.

3.1.3 *Continuïteit*

Voorkomen moet worden dat de scheiding in functies een te grote discontinuïteit in het hulpverleningsproces oplevert. De functies moeten daarom inhoudelijk en organisatorisch goed aansluiten op het voorgaande traject. Een goede communicatie en terugkoppeling naar het voortraject, zodat een wederzijdse afstemming ontstaat, is daarvoor van belang. Gegevens die verzameld zijn in de screening moeten beschikbaar zijn voor de diagnostiek. Indien al voldoende informatie is verzameld in het voorafgaande traject, kunnen delen van de procedure voor diagnostiek worden 'overgeslagen'. Als de screeningsfase al een duidelijke indicatie heeft opgeleverd, kan in de functie indicatiestelling worden volstaan met een inhoudelijke toetsing.

Indien hulp nodig is tijdens de periode waarin de diagnostiek en de indicatiestelling worden uitgevoerd, dan zijn daarvoor in ieder geval drie mogelijkheden:

- a. de casemanager voorziet in ambulante begeleiding tijdens die periode;

- b. er wordt gebruik gemaakt van een procedure die leidt tot crisisinterventie, gevolgd door nadere diagnostiek;
- c. er wordt een kort traject van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing gevolgd, leidend tot een voorlopige plaatsing in een zorgfunctie met nadere diagnostiek als belangrijk bestanddeel.

Plaatsingen in het kader van b. en c. gelden voor een beperkte periode. Op grond van de verzamelde gegevens kan na die periode een herindicatie worden gesteld.

Ook de aansluiting met het vervolgtraject van toewijzing, plaatsing en samenhangende hulp is van belang. Speciale aandacht vraagt daarbij het feit dat diagnostiek en indicatiestelling gericht op plaatsing niet noodzakelijk een gedetailleerd individueel hulpverleningsplan mogelijk maakt⁷. De diagnostiek en de indicatiestelling moeten het in elk geval mogelijk maken dat de doelen van de hulp en het benodigde hulpaanbod in algemene termen kunnen worden aangegeven. De rapportage van de diagnostiek en de indicatiestelling moet voldoende richting geven om zorg toe te kunnen wijzen, maar tevens voldoende ruimte bieden aan de behandelaar om de zorgverlening verder 'op maat' vorm te geven. De plaatsing geschiedt dan op basis van een globaal hulpverleningsplan, waarin de afspraken tussen de cliënt, de plaatsers en de uitvoerende voorziening op hoofdlijnen zijn vastgelegd. Daarna wordt door de uitvoerende voorziening, indien nodig, zelfstandig informatie aangevuld om een definitief, gedetailleerd hulpverleningsplan op te stellen dat een uitwerking vormt van het toewijzingsbesluit en het globale plan. Om echter te voorkomen dat een cliënt eerst ten behoeve van de diagnostiek en de indicatiestelling in het kader van de plaatsing 'door de molen' moet en daarna bij de uitvoerende voorziening weer in het kader van het opstellen van een gedetailleerd hulpverleningsplan uitgebreid wordt gediagnostiseerd, is een goede uitwisseling van gegevens essentieel. Bovendien is van belang per regio een goede afstemming te vinden tussen enerzijds de functies diagnostiek en indicatiestelling in het kader van de toegang en anderzijds de diagnostische activiteiten ten behoeve van de gedetailleerde hulpverleningsplanning door de uitvoerende voorziening. Deze afstemming betreft minstens twee onderwerpen:

- welke mate van detaillering men verwacht van de diagnostiek, indicatiestelling en besluitvorming over het doel en de vorm van de hulp in het kader van de toegang;
- welke (aanvullende) diagnostische activiteiten men verwacht van de uitvoerende voorziening ten behoeve van het werken met een gedetailleerde hulpverleningsplanning.

3.1.4 Snelheid

De cliënt is gediend bij een snelle procedure. De diagnostiek, de indicatiestelling en de toewijzing mogen bij elkaar maximaal 30 werkdagen in beslag nemen, gerekend vanaf de 'start' van de functie diagnostiek. Het gaat hier om een *maximale* duur. Als bijvoorbeeld bij de screening al voldoende informatie is verzameld, dan kan de procedure veel korter duren. Dient daarentegen uitgebreide (observatie-)diagnostiek te worden gepleegd, dan is de periode van zes weken wellicht te kort. In die gevallen kan men gebruik maken van een (kort) traject van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing dat leidt tot een plaatsing in een zorgfunctie (module, programma) met diagnostiek als belangrijk bestanddeel. (Zie

⁷ Volgens het Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening is wellicht daarom de *uitvoerende* voorziening verantwoordelijk voor de opstelling van een gedetailleerd hulpverleningsplan. In de Nota van toelichting op het Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening (Stb. 1990, 503) wordt hierover het volgende opgemerkt: "Een hulpverleningsplan dient te worden opgesteld door de uitvoerder van de voorziening die de hulp verleent. Voor voorzieningen die slechts hulp kunnen verlenen na een plaatsingsbeslissing door een plaatsende instantie (...) dient het hulpverleningsplan aan te sluiten op het rapport van de plaatsende instantie als bedoeld in artikel 29, derde lid, van de Wet op de jeugdhulpverlening." en "Aan het hulpverleningsplan worden zodanige eisen gesteld, dat het de feitelijke hulpverlening aan de jeugdige gedetailleerd zal weergeven".

ook paragraaf 3.1.3).

De termijn van 30 werkdagen kan in het kader van onderzoek door de Raad van Kinderbescherming worden aangepast, conform de aldaar geldende bepalingen.

3.1.5 Geldigheidsduur van de diagnose en indicatie

Cliënten mogen niet worden achtervolgd door achterhaalde diagnoses of mogen geen hulp krijgen op grond van verouderde indicaties. Aan de cliënt wordt daarom de geldigheidsduur van de diagnose en de indicatie gemeld (voor zover dat niet tot nadeel van de cliënt leidt - zie ook paragraaf 3.1.2). De termijn wordt vastgelegd in het dossier. Voor de indicatie geldt thans de wettelijke geldigheidstermijn van twee maanden⁸. In het kader van de toegang betekent dit dat de toewijzing en de plaatsing binnen twee maanden na de vaststelling van de indicatiestelling moeten zijn gerealiseerd. Wordt die termijn overschreden, dan is een herindicatie noodzakelijk.

De projectgroep Toegang constateert dat de geldigheidstermijn van de indicatiestelling bij het bestaan van wachtlijsten voor plaatsingen een knelpunt kan opleveren. Indien maatregelen in de toewijzing (zie het hoofdstuk over de Toewijzing) niet kunnen bijdragen tot een voldoende afname van wachtlijsten, en frequente herindicaties door het overschrijden van de geldigheidstermijn van de indicatie noodzakelijk zijn, zal de omvang van de cliëntenstroom waarmee de toegang belast is navenant toenemen. Een capaciteitsprobleem bij de uitvoerende voorzieningen kan zich daardoor gaan manifesteren tot in de toegang. Het belang van het behandelen van cliënten op grond van een actuele indicatiestelling kan daarmee op gespannen voet komen te staan met het belang van andere cliënten om niet voor de functies diagnostiek en indicatiestelling op een wachttijd te hoeven te staan.

3.1.6 *Second opinion, aanvullend onderzoek en contra-expertise*⁹

De cliënt moet een verzoek tot een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise kunnen indienen.

- Bij een second opinion worden de onderzoeksgegevens vanuit het eerste onderzoek overlegd aan een tweede deskundige van dezelfde discipline of van hetzelfde specialisme of aan een tweede team van deskundigen met een zelfde samenstelling, waarbij de gegevens opnieuw worden geïnterpreteerd en er opnieuw wordt gerapporteerd.
- Bij een aanvullend onderzoek wordt na een eerste onderzoek ter aanvulling een tweede onderzoek verricht door een deskundige die een andere discipline of een ander specialisme vertegenwoordigt dan in het eerste onderzoek aanwezig was.
- Bij een contra-expertise wordt de vraagstelling die centraal staat in het onderzoek geheel opnieuw onderzocht door een deskundige van dezelfde discipline of hetzelfde specialisme of door een team van dezelfde samenstelling als in het eerste onderzoek.

In een protocol is vastgelegd hoe met deze verzoeken wordt omgegaan. De plaatsers/casemanager bepaalt of het verzoek van de cliënt gehonoreerd wordt. Het verzoek van de cliënt en het besluit van de casemanager worden opgenomen in de rapportage, evenals de eventuele resultaten van de second opinion, het aanvullend onderzoek of de contra-expertise.

3.1.7 *Privacy, inzage en instemming*

In het belang van betrokkenheid van de cliënt, de continuïteit en de inzichtelijkheid is communicatie over en toegankelijkheid van cliëntgegevens essentieel. Daarbij dienen echter de wettelijke en eventuele aanvullende, instellingspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzagerecht en

⁸ Zie artikel 25 van de Wet op de Jeugdhulpverlening

⁹ De beschrijving is afgeleid van de notitie *Richtlijnen voor het (laten) verrichten van extern onderzoek*. Den Haag, april 1995, opgesteld ten behoeve van de Kinderbescherming en de (Gezins)voogdij.

het instemmingsrecht in acht te worden genomen.

3.2 Onafhankelijke en geobjectiveerde uitvoering van functies

Als belangrijk principe geldt dat de diagnostiek en de indicatiestelling onafhankelijk en geobjectiveerd dienen te zijn. In het onderstaande wordt op de begrippen nader ingegaan.

3.2.1 Onafhankelijkheid

De projectgroep stelt zich op het standpunt dat strikte onafhankelijkheid in diagnostiek en indicatiestelling niet mogelijk is. De functies vinden immers altijd plaats in een sociale en een maatschappelijke context. In de diagnostiek en de indicatiestelling vindt een afweging plaats van verschillende visies, zoals die van de cliënt, alsook die van de beroepsbeoefenaar. Voorts geldt de invloed van geldende (sub)culturele normen en waarden, waarvan een aantal is vastgelegd in wettelijke kaders. Een belangrijk wettelijk uitgangspunt dat ten aanzien van de indicatiestelling voor de jeugdhulpverlening geldt, is dat de hulp plaats vindt in de minst ingrijpende vorm, zo dicht mogelijk bij de plaats waar de jeugdige duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode^x. Naast de invloed van dergelijke kaders heeft de betrokken professional de algemene, maatschappelijke verantwoordelijkheid om in de indicatiestellingen oog te houden voor datgene wat in redelijkheid aan draagkracht van een gemeenschap gevraagd kan worden.

Met een onafhankelijke diagnostiek en indicatiestelling wordt hier bedoeld, dat -de oordeelsvorming met professionele distantie geschiedt, los van oneigenlijke belangen of onredelijke verlangens van ondermeer de cliënt, de financiers en de zorgaanbieders;

-het oordeel over de geëigende zorg primair is gericht op de zorgvraag en niet op het zorgaanbod.

Het principe van onafhankelijkheid in de uitoefening van de functies diagnostiek en indicatiestelling stelt het professioneel-autonome handelen centraal. Het maatschappelijk functioneren van dit professioneel-autonome handelen wordt mogelijk door de formele kwalificatie voor de uitoefening van het beroep (bijvoorbeeld een academische opleiding), de accreditatie binnen de beroepsgroep ten aanzien van te verrichten handelingen (door bijvoorbeeld een bevestiging van de diagnostische bevoegdheid) en door de handhaving van de professionele standaarden door een beroepscode of door tuchtrecht. Voorts kan het autonome handelen door bestuurlijke of organisatorische maatregelen bevorderd worden (zie ook de bijlage 'Modellen voor de organisatie van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing'). Een organisatorisch en bestuurlijk onafhankelijke Toegang is echter geen noodzakelijke voorwaarde voor de realisering van het onafhankelijkheidsprincipe. De eerste verantwoordelijkheid ligt bij de deskundige, aan wie de uitvoering van een vakbekwame diagnostiek en indicatiestelling is opgedragen.

3.2.2 Geobjectiveerd

Het principe van professionele autonomie is onlosmakelijk verbonden aan de eis van het geobjectiveerd handelen. Onder 'geobjectiveerd' wordt hier verstaan: de diagnostiek en de indicatiestelling worden op een inzichtelijke, transparante, navolgbare, toetsbare wijze uitgevoerd. Met andere woorden, de diagnostiek en de indicatiestelling dienen voor de cliënt, melders en anderen op zodanige wijze te worden verricht, dat zowel de procedure als de inhoud op kwaliteit en juistheid toetsbaar en navolgbaar zijn.

De belanghebbenden moeten op de hoogte zijn van de procedure. Bij voorkeur is er een protocol dat, onderscheiden naar vrijwillige hulpverlening en jeugdbescherming, aangeeft volgens welke procedure de besluitvorming verloopt. Voor cliënten kan de informatie over de procedure zijn vastgelegd in een eenvoudige

brochure.

Voorts is vereist dat van zowel de procedure als de inhoud van het proces verslag wordt gedaan in het cliëntdossier.

3.2.3 Ondersteunende methodieken en middelen

Er zijn verschillende professionele methodieken en middelen beschikbaar die de mate van onafhankelijkheid en geobjectiveerdheid vergroten. Van belang is dan dat de methoden en middelen voldoen aan de kwaliteitsstandaarden van de betrokken disciplines. Welke standaarden dit zijn, wordt door de beroepsgroepen bepaald. Vanuit de opvattingen die thans met name ten aanzien van de diagnostiek bij een aantal beroepsgroepen naar voren zijn gebracht¹⁰, zijn de volgende punten richtinggevend voor de te hanteren eisen.

- Het diagnostisch proces dient minstens te worden geleid door expliciete, door de diagnosticus geformuleerde vraagstellingen (of: hypothesen). Deze vraagstellingen kunnen overeenkomen met die van de cliënt of de verwijzer. Indien relevant, kan de diagnosticus ook zelf (eigen of aanvullende) vragen formuleren.
- De informatieverzameling is gericht op het op methodische wijze beantwoorden van de geformuleerde vraagstellingen. In de oordeelsvorming bij zowel de diagnostiek als de indicatiestelling vindt een expliciete afweging plaats van argumenten en contra-argumenten.
- Gebruikte instrumenten, normen en criteria moeten in principe voldoen aan de eisen van betrouwbaarheid en validiteit. Eventuele gebreken hierin moeten door maatregelen worden ondervangen. Men toetst bijvoorbeeld informatie uit één bron of uit één instrument aan informatie uit andere bronnen of instrumenten.
- De distantie en inzichtelijkheid kan worden bevorderd door gebruik te maken van gestandaardiseerde procedures en expliciete en genormeerde criteria.

Protocollen dienen helder aan te geven wanneer besluiten worden onderworpen aan een procedure van intersubjectieve (intercollegiale of interdisciplinaire) toetsing. Wordt een indicatiestelling door één deskundige uitgevoerd, dan dient deze altijd op inhoud intersubjectief te worden getoetst.

Het streven gebruik te maken van expliciete normen zal vaak op praktische problemen stuiten. Instrumenten die een adequate normering bieden zijn schaars (zeker waar het allochtone cliënten betreft). Maatschappelijke, professionele of persoonlijke normen blijken bovendien vaak moeilijk te expliciteren. Indicatiecriteria die gelden om een behandeling al dan niet geëigend te achten, zijn veelal nog vaag. Voor de gelijkheid en reproduceerbaarheid van de oordeelsvorming blijft het desondanks van belang, daar waar mogelijk, uit te gaan van expliciete normen.

3.3 Integraal werken

Bij de functies van diagnostiek en indicatiestelling wordt uitgegaan van een integrale benadering. Dit principe heeft zowel betrekking op de input en de output van de functies, als ook op het proces.

3.3.1 Input en output: alle hulpvragen en alle vormen van jeugdzorg

De diagnostiek moet toegankelijk zijn voor alle hulpvragen van jeugdigen die tot het terrein van de jeugdzorg gerekend worden. Dit houdt in dat het zowel om jeugdigen gaat die thans worden aangemeld bij de jeugdhulpverlening, als de jeugdbescherming en de ggz voor jeugdigen. Per regio moeten er afspraken komen

¹⁰ Zie bijvoorbeeld

Beroepsbekwaamheidsregistratie (BBR) Klinisch- en Orthopedagogen, Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO), Utrecht: 1996.

Regelment betreffende de Basisaantekening Psychodiagnostiek. Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Amsterdam: 1994.

over de vraag of bij alle typen aanmeldingen eerst de functie screening moet worden doorlopen, voorafgaand aan de diagnostiek. Het antwoord is afhankelijk van afspraken over het minimumpakket aan gegevens dat door de aanmelder/verwijzer wordt aangeleverd om de screeningsfase over te kunnen slaan.

De diagnostiek omvat mede onderzoeken verricht op verzoek van een rechter, de raad of de gezinsvoogdij-instelling. Onderscheid moet daarbij worden gemaakt tussen enerzijds diagnostiek ter bepaling van een (aanvullend) hulpaanbod en anderzijds diagnostisch onderzoek als voorbereiding op de besluitvorming door de rechter.

De indicatiestelling is gericht op alle vormen van niet-vrij toegankelijke jeugdzorg. Daartoe worden tenminste gerekend de residentiële en semi-residentiële zorg, pleegzorg en intensieve ambulante vormen van jeugdzorg.

De integrale benadering moet een samenhang in het hulpaanbod tot gevolg hebben. Indicering van één van de hierboven beschreven (provinciaal gefinancierde) hulpvormen in samenhang met lokale (gemeentelijke) of landelijke voorzieningen, met vrij toegankelijke voorzieningen en voorzieningen buiten het zorgcircuit, zoals onderwijs, moet op termijn tot het pakket van mogelijkheden in de indicatiestelling gaan horen.

3.3.2 *Proces: multidisciplinair en multidimensioneel*

De integraliteit van diagnostiek en indicatiestelling komt in het proces tot uitdrukking in een multidisciplinaire en een multidimensionele benadering.

Onder *multidisciplinair* wordt verstaan: met betrokkenheid van een orthopedagoog, psycholoog, kinder- of jeugdpsychiater, kinder- of jeugdarts en maatschappelijk werker.

Het gaat hier om de minimale beschikbaarheid van de disciplines. Soms zal een monodisciplinair onderzoek volstaan. En voorbeeld daarvan is de situatie waarin een arrangement van basisdiagnostiek door een casemanager volstaat. Monodisciplinaire indicatiestelling vraagt echter altijd om een intercollegiale of multidisciplinaire toetsing.

Het aantal bij de diagnostiek betrokken disciplines kan ook worden uitgebreid (bijvoorbeeld met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, een logopedist, een fysiotherapeut), afhankelijk van de hulpvraag of de problematiek van de cliënt.

Onder *multidimensioneel* wordt verstaan:

- de diagnostische beeldvorming is gericht op de gedragsmatige, de intrapsychische, relationele en de sociale dimensies, het functioneren van het gezin en de opvoeders en, voor zover relevant, tevens de lichamelijke aspecten;
- het functioneren van de jeugdige en de opvoeders is in de context geplaatst van de bredere omgeving (school, buurt, vriendenkring etcetera);
- in het beeld zijn zowel de manifeste problemen, als ook de op dat moment nog niet tot manifeste problematiek leidende risicofactoren en de protectieve factoren betrokken;
- in zowel de diagnostiek als de indicatiestelling worden verschillende referentiekaders (bijvoorbeeld systeemtheoretisch, biologisch) betrokken.

Ook ten aanzien van de multidimensionaliteit geldt dat de aandachtspunten waar feitelijk naar wordt gekeken per situatie kunnen verschillen. Afhankelijk van het geval zal het ene aspect meer worden uitgediept dan het andere.

De verschillende varianten kunnen in arrangementen gestandaardiseerd worden^{xi}, onderscheiden naar 'zwaarte'. Een licht arrangement kan bestaan uit een afname van een instrument voor basisdiagnostiek dat door een HBO-opgeleide professional wordt afgenomen, en waarin vervolgens in samenspraak met een academisch opgeleide diagnost een diagnose- en indicatiestelling wordt gepleegd. In een zwaar arrangement wordt bijvoorbeeld een uitgebreid diagnostisch team

ingezet van een pedagoog, een kinder- en jeugdpsychiater, een kinderarts, een maatschappelijk werker en een logopedist, die elk naast een standaard-deel tevens een speciale diagnostiek uitvoeren.

4 Voorwaarden

In de vorige paragraaf is een aantal principes genoemd die ten grondslag liggen aan de eisen die gesteld worden aan de functies diagnostiek en indicatiestelling. Voor realisering van de principes dient in ieder geval aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- de organisatie(s) waarin de functies zijn ondergebracht, bieden de randvoorwaarden voor de diagnostici en indicatiestellers om professioneel autonoom te kunnen werken;
- de betrokken professionals zijn vakbekwaam en formeel gekwalificeerd voor de uitoefening van het beroep, met de noodzakelijke (bij)scholing in het functioneren binnen het nieuwe stelsel;
- er bestaan regionale (en gemeentelijke) afspraken om de diagnostiek en de indicatiestelling een doelmatige plaats te geven in het proces van aanmelding tot en met samenhangende hulpverlening, om de continuïteit in de hulpverlening aan cliënten te garanderen, en om de efficiëntie van het proces te bewaken;
- de betrokken voorzieningen beschikken over voldoende capaciteit om de functies zoals bedoeld uit te oefenen;
- de betrokken voorzieningen en beroepsgroepen maken afspraken omtrent de (verdere) kwaliteitsontwikkeling en -bewaking.

IV Toewijzing en plaatsing

1. Toewijzing

1.1 Inleiding

In de toewijzing wordt een koppeling tot stand gebracht tussen de geïndiceerde hulp en de concreet uit te voeren hulp. Er vindt als het ware een 'matching' plaats tussen de vastgestelde hulpbehoefte en het aanbod. In deze matching wordt bepaald welke alternatieven, die in de indicatiestelling zijn aangegeven, uitvoerbaar zijn door na te gaan welke instellingen de geïndiceerde hulp kunnen uitvoeren. De matching resulteert in een toewijzingsbesluit, dat geaccepteerd wordt door de aanbieders van geïndiceerde zorg.

De functie is een centrale schakel tussen hulpvragers en aanbieders. De hulpvragers, vertegenwoordigd door een casemanager, en de zorgaanbieders ontmoeten elkaar hier om tot goede afspraken te komen over een concreet, aan een cliënt te leveren zorgpakket. De invulling van dit concrete pakket gebeurt binnen de kaders van de indicatiestelling. Dat wil zeggen dat de toewijzing gebeurt binnen de doelstelling en de vormen van de hulpverlening zoals die in de indicatiestelling zijn aangegeven.

1.2 Definitie en afbakening

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

Het doel van de toewijzing is een koppeling tot stand te brengen tussen de geïndiceerde en de uit te voeren hulp. Men tracht een hulpaanbod te creëren dat overeenkomt of zo dicht mogelijk ligt tegen de eerste keus in de indicatiestelling. Daartoe worden al de in de regio aanwezige (en voor zover relevant ook de landelijk georganiseerde) hulpvormen en lokaties van jeugdzorg als mogelijkheden in de koppeling betrokken.

De toewijzing leidt tot een samenhangend hulpaanbod voor een gespecificeerde periode. Het toewijzingsbesluit heeft een geldigheid van zes maanden, waarbij de diagnose, de indicatiestelling en de doelstelling van de hulp, de inhoud, omvang, de geplande datum van plaatsing, de periode van uitvoering en de datum en procedure van herindicering en/of evaluatie in een schriftelijk rapport zijn vastgelegd. Is bij de indicatiestelling en de toewijzing vastgesteld dat een hulpaanbod van langer dan zes maanden nodig is, dan wordt dit in het rapport vermeld, met dien verstande dat om de zes maanden een herindicatie en een nieuw toewijzingsbesluit volgt.

Het toewijzingsrapport fungeert in samenhang met het rapport over de diagnostiek en de indicatiestelling als algemeen kader voor de gedetailleerde hulpverleningsplanning. Als zodanig heeft het toewijzingsrapport de functie van -een globaal en voorlopig hulpverleningsplan en -een contract tussen de plaatsers en de opnemende voorziening(en).

De instantie die belast is met de toewijzing is verantwoordelijk voor het proces en de uitkomst van de toewijzing. Bij de plaatsing wordt de uitvoerende voorziening verantwoordelijk voor de inhoudelijke uitvoering van het plan.

1.3 Uitgangspunten bij de gestelde eisen

1.3.1 Een functie in stappen: toetsen, urgentie bepalen en onderhandelen

De toewijzing verloopt globaal in drie fasen. In de eerste fase wordt de indicatiestelling procedureel getoetst, daarna wordt de urgentie van de casus bepaald en ten slotte wordt met de uitvoerende voorzieningen overlegd of onderhandeld over de uitvoering.

Procedurele toetsing

De toewijzing geschiedt op basis van de indicatiestelling die eerder heeft plaatsgevonden. Van belang is te voorkomen dat tijdens het overleg met de uitvoerende voorzieningen moet worden geconstateerd dat het rapport van de indicatiestelling niet voldoet aan de gestelde eisen. Voorafgaand aan het overleg met de uitvoerende voorzieningen toetst daarom de instantie die verantwoordelijk is voor de zorgtoewijzing of het rapport van de indicatiestelling aan de systeem-eisen die daarvoor zijn gesteld voldoet. Ondermeer wordt nagegaan of er een 'bandbreedte' van geïndiceerde zorg is aangegeven en of de cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiger de gelegenheid is geboden zijn commentaar op de indicatiestelling te leveren. Is aan deze eisen niet voldaan, dan dient de indicatiesteller daar alsnog zorg voor te dragen.

In de toewijzing wordt de indicatiestelling niet *inhoudelijk* op juistheid getoetst (dat is in de intersubjectieve toetsing in de functie indicatiestelling gebeurd). Hier gaat het uitsluitend om het beantwoorden van de vraag of het aangeleverde materiaal (het rapport) aan de vereisten voldoet.

Urgentiebepaling

Bij de indicatiestelling is een uitspraak gedaan over welk hulpaanbod geëigend is naar aard (doelstelling), inhoud, omvang en urgentie. Deze urgentiebepaling kwam tot stand op grond van overwegingen binnen de context van het individuele geval en los van de vraag wat het beschikbare aanbod is. De instantie die belast is met de zorgtoewijzing bepaalt de urgentie nader, nu echter ten opzichte van alle toe te wijzen casus en met het oog op het totaal aan beschikbare aanbod in de regio. Eventueel hoort de instantie die belast is met de zorgtoewijzing daartoe de casemanager.

De urgentiebepaling die hier wordt verricht is geen onderwerp van onderhandeling met de uitvoerende instanties en vindt daarom voorafgaand aan de uiteindelijke zorgtoewijzing plaats.

Onderhandelen binnen de grenzen

Na de procedurele toetsing en de nadere urgentiebepaling voert de instantie die belast is met de zorgtoewijzing overleg met de uitvoerende voorziening(en) over de vraag waar de noodzakelijke hulp wordt uitgevoerd.

De indicatiestelling bepaalt de grenzen van dit overleg. Er kan, met andere woorden, geen hulp worden toegewezen buiten de geïndiceerde bandbreedte van de meest wenselijke en de minimaal noodzakelijke hulp en de eventueel daarbinnen geformuleerde alternatieven.

De projectgroep Toegang beveelt aan in elke provincie een deel van het zorgbudget te reserveren voor de zorgvragen die een urgent karakter hebben en waarvoor de geïndiceerde zorg niet beschikbaar is. De instantie die belast is met de zorgtoewijzing poogt op basis van een aan de geïndiceerde zorgbreedte verbonden budget op andere manieren te voorzien in deze zorgvragen.

1.3.2 Cliëntgerichtheid

Betrokkenheid

Zeker in het kader van de samenstelling van een vrijwillig hulpaanbod is het van belang de voorkeur van de cliënt bij de keuze van de in te zetten hulp mee te laten wegen. Bij de zorgtoewijzing is de cliënt minstens in twee opzichten betrokken. Ten eerste is bij vrijwillige zorgverlening altijd de zorgvrager (de jeugdige en/of diens opvoeders) de uiteindelijk opdrachtgever voor de zorg. In de indicatiestelling

is de voorkeur van de cliënt met betrekking tot ondermeer de prioritering van de alternatieven met professionele distantie meegewogen. In de zorgtoewijzing weegt de stem van de opdrachtgever nadrukkelijk mee, vertegenwoordigd door de plaatser/casemanager. Moet bij de toewijzing gekozen worden tussen gelijkwaardige alternatieven, dan is in ieder geval in de vrijwillige hulpverlening de stem van de cliënt van doorslaggevend belang. Bij jeugdbeschermingszaken dient de (gezins)voogd met de indicatiestelling te hebben ingestemd. Het tweede aspect van de toewijzing waarbij de cliënt betrokken is, betreft de accordering van het besluit. Zo spoedig mogelijk nadat het resultaat van het overleg met de uitvoerende voorzieningen vastgesteld is, wordt dit met de cliënt doorgesproken.

Continuïteit

De hulp die toegewezen wordt, dient binnen de geldigheidstermijn van de indicatie (twee maanden) gerealiseerd te zijn. Dit houdt in dat de toewijzing moet aansluiten op het wachtlijstbeheer. De projectgroep constateert hier een knelpunt dat voort kan vloeien uit capaciteitsproblemen bij zowel de uitvoerende voorzieningen als bij de toegang (zie ook paragraaf 3.1.5 van de toelichting op de functies diagnostiek en indicatiestelling). Wordt voorzien dat realisering binnen de geldigheidstermijn van de indicatie niet haalbaar is, dan kan dat een reden zijn om bijvoorbeeld:

- een alternatief dat bij de indicatie is aangegeven, toe te wijzen, of
- een geïndiceerd alternatief tijdelijk toe te wijzen, als tussenoplossing voor een daarop volgend hulpaanbod waarvoor een wachtlijst geldt;
- over te gaan tot een toekenning van een vraaggebonden budget om andere mogelijkheden te creëren om te voldoen aan de zorgvraag.

Biedt geen van deze opties een oplossing, dan zullen andere maatregelen genomen dienen te worden die de wachtlijstproblematiek hanteerbaar maken.

Snelheid

De toewijzing moet plaats vinden binnen de totale termijn van 30 werkdagen die geldt voor de functies diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing gezamenlijk. De termijn kan in het kader van onderzoek door de Raad van Kinderbescherming worden aangepast, conform de aldaar geldende bepalingen.

Geldigheidsduur van de toewijzing

De zorg wordt toegewezen voor een maximum van zes maanden, gerekend vanaf het moment waarop de uitvoering van de hulp is gestart.

Second opinion, aanvullend onderzoek en contra-expertise

Het toewijzingsbesluit geeft aan welke hulp men voor de cliënt geschikt en uitvoerbaar acht. Het toewijzingsbesluit impliceert echter niet een door de cliënt afdwingbaar recht op de aangegeven hulp. Indien de cliënt zich niet met de toewijzing kan of wil verenigen, moet aan deze de mogelijkheid bekend zijn een verzoek tot een second opinion, een aanvullend onderzoek of een contra-expertise te kunnen indienen. Voor een nadere toelichting hierop, zie paragraaf 3.1.6 van de toelichting op de functies diagnostiek en indicatiestelling.

Voor de uitvoerende voorzieningen geldt een acceptatieplicht. Met andere woorden, zij zijn gehouden het toewijzingsbesluit uit te voeren.

Privacy, inzage en instemming

In het belang van betrokkenheid van de cliënt, continuïteit en inzichtelijkheid is communicatie over en toegankelijkheid van cliëntgegevens essentieel. Daarbij dienen echter de wettelijke en eventuele instellingsspecifieke regelingen inzake de bescherming van de privacy van de cliënt, het inzagerecht en het instemmingsrecht in acht te worden genomen.

1.3.3 Onafhankelijk en geobjectiveerd

Het onafhankelijke zorgtoewijzingsorgaan

Bij de toewijzing worden de belangen van de cliënt en de uitvoerende voorzieningen nadrukkelijk meegewogen. De uitkomst van de zorgtoewijzing zou idealiter echter niet bepaald mogen worden door belangen van zorgaanbieders of financiers. De projectgroep Toegang beveelt daarom aan een regionaal zorgtoewijzingsorgaan in het leven te roepen dat onafhankelijk opereert van zorgleveranciers en financiers^{xii}. Idealiter zouden de werkers bij dit orgaan niet bij vormen van zorglevering mogen zijn betrokken. De projectgroep Toegang constateert echter dat nog niet duidelijk is wat het effect is van een dergelijke bezetting op de kwaliteit van de besluiten. Daarom stelt zij voor op dit moment als minimum-eis te stellen dat het toewijzingsorgaan functioneert onder een onafhankelijk voorzitter die hoofdverantwoordelijk is voor de besluitvorming en niet bij vormen van zorglevering is betrokken.

De werkers van het zorgtoewijzingsorgaan

- a. wegen de belangen van de cliënt en de uitvoerende voorzieningen vanuit de eigen verantwoordelijkheid van het orgaan mee in de besluitvorming en
- b. gaan in de uitvoering van de functie uit van het totaal beschikbare aanbod van voorzieningen.

Indien de toegang leidt tot de oprichting van een fysieke eenheid (een 'Bureau Jeugdzorg'), omvat deze dus minstens een zorgtoewijzingsorgaan. Dit orgaan is verantwoordelijk voor de formele toewijzing. De uitspraken van het orgaan zijn bindend voor de uitvoerende voorzieningen. Het orgaan is tevens verantwoordelijk voor de jaarlijkse rapportage aan de financiers (overheden en zorgverzekeraars) van de discrepanties tussen de vraag en het aanbod. Het beschikt over de bevoegdheid om een aan de geïndiceerde zorgbreedte verbonden budget voor een cliënt beschikbaar te maken indien niet op andere manieren voorzien kan worden in de zorgvraag.

Met het scheppen van een toewijzingsorgaan ontstaat er feitelijk een stelsel van drie partijen dat bij de toewijzing is betrokken:

- de op dit moment erkende plaatsers,
- de uitvoerende voorzieningen en
- het toewijzingsorgaan.

In de verdere ontwikkeling van het stelsel moeten afspraken worden gemaakt over welke en in hoeverre functies en verantwoordelijkheden van de verschillende plaatsers overgedragen worden aan het zorgtoewijzingsorgaan.

Inzichtelijke werkwijze

De procedure dient voor de betrokken partijen zowel qua procedure als inhoud navolgbaar en toetsbaar te zijn. De belanghebbenden zijn van de procedure op de hoogte. Bij voorkeur is er een protocol dat, onderscheiden naar vrijwillige hulpverlening en jeugdbescherming, aangeeft volgens welke procedure de besluitvorming verloopt.

Van zowel de procedure als de inhoud van het proces wordt verslag gedaan in het cliëntdossier.

Het toewijzingsorgaan zoals voorgesteld door de projectgroep legt jaarlijks verantwoording af van de toewijzingen en de bestedingen van het budget dat is ingezet voor cliënten waarvan de geïndiceerde zorg niet in het bestaande aanbod kon worden gerealiseerd.

Ondersteunende methodieken en middelen

Ten behoeve van de inzichtelijkheid dient de toewijzing gebaseerd te zijn op een systematische afweging van de argumenten en contra-argumenten om tot de keuze

van een alternatief te komen. Voorts moet er een goed overzicht bestaan van de voorhanden zijnde voorzieningen en de eventuele geldende wachtlijsten. Concreet betekent dit dat er een goede regionale sociale kaart moet bestaan, met een registratiesysteem dat op betrouwbare en valide wijze aangeeft op welke plaats welk aanbod beschikbaar is.

1.3.4 Integraal

Input en output: alle hulpvragen en alle vormen van jeugdzorg

De functie toewijzing wordt ingezet voor alle hulpvragen waarvoor in de voorgaande functie een indicatie is afgegeven.

In het verlengde van wat voor de functies diagnostiek en indicatiestelling is aangegeven, geldt ook voor toewijzing het streven samenhang in de (provinciaal en gemeentelijk gefinancierde, in verschillende sectoren geboden) hulp vorm te geven.

Proces: centraal

In de functie toewijzing wordt het totaal beschikbare aanbod van voorzieningen betrokken. De functie vormt daarmee een centrale plaats waarin vraag en aanbod integraal bijeen worden gebracht.

1.4. Voorwaarden

Voor de realisering van de hier genoemde principes dient in ieder geval aan de volgende voorwaarden te zijn voldaan:

- de zorgtoewijzing geschiedt in overleg met, doch autonoom ten opzichte van de financiers en zorgaanbieders;
- de organisatie waarin het zorgtoewijzingsorgaan is ondergebracht, biedt de randvoorwaarden om autonoom te kunnen werken;
- de betrokken professionals zijn vakbekwaam, met de noodzakelijke (bij)scholing in het functioneren binnen het nieuwe stelsel;
- er bestaan regionale (en gemeentelijke) afspraken om de zorgtoewijzing een doelmatige plaats te geven in het proces van aanmelding tot en met samenhangende hulpverlening, om de continuïteit in de hulpverlening aan cliënten te garanderen, en om de efficiëntie van het proces te bewaken;
- het zorgtoewijzingsorgaan beschikt over voldoende capaciteit om de activiteiten zoals bedoeld uit te kunnen oefenen;
- er is een goed overzicht van de voorhanden zijnde voorzieningen, de capaciteit, de bezetting en de eventueel geldende wachtlijsten;
- de belanghebbende voorzieningen en beroepsgroepen maken afspraken omtrent de kwaliteitsontwikkeling en -bewaking van de zorgtoewijzing.

2. Plaatsing

2.1 Inleiding

Plaatsing wordt opgevat als de effectuering van het toewijzingsbesluit. Om die reden is plaatsing als functie onderscheiden van casemanagement. Plaatsing is een in het hulpverleningsproces duidelijk aanwijsbaar moment, terwijl casemanagement een aantal taken en verantwoordelijkheden omvat die betrekking hebben op het gehele proces, zowel voorafgaand aan zorgtoewijzing en plaatsing, als volgend op de opname in een uitvoerende voorziening.

Plaatsing is een activiteit die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van een plaatsende instantie. Het realiseren van een kwalitatief verantwoorde plaatsing vraagt om methodisch handelen door de betrokken hulpverlener. De methodiek van het casemanagement waarborgt dat de noodzakelijke stappen voorafgaand aan zorgtoewijzing en plaatsing worden gezet.

2.2 Afbakening van de functie

De plaatsende instantie, en namens deze de plaatser, draagt zorg voor de begeleiding van de cliënt naar de uitvoerende of opnemende voorziening, zodat de toegewezen zorg een aanvang kan nemen. Het toewijzingsbesluit geeft de cliënt en de plaatsende instantie de garantie dat de behandeling of begeleiding begint binnen de wettelijk voorgeschreven termijn van ten hoogste twee maanden na de indicatiestelling.

De plaatser/casemanager is verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt over het genomen zorgtoewijzingsbesluit. Bij de hulpverlening in een vrijwillig kader wordt nogmaals getoetst of dit besluit tegemoet komt aan de vraag van de cliënt. In geval van maatregelhulp maakt de (gezins)voogd deze beoordeling.

De plaatser begeleidt de cliënt gedurende de periode tussen zorgtoewijzing en effectuering van de toegewezen zorg, zodat discontinuïteit wordt voorkomen en de cliënt kan worden voorbereid op de behandeling. Daartoe behoort het informeren van de cliënt over wat hem of haar te wachten staat, welke procedures worden gevolgd, welke rechten de cliënt en diens wettige vertegenwoordigers hebben, en welke kosten verbonden zijn aan de hulp.

De plaatsende instantie blijft verantwoordelijk voor de begeleiding van de cliënt en de contacten met het cliëntensysteem gedurende de uitvoering van de geïndiceerde zorg.

2.3 Toelichting op de gestelde eisen

De verantwoordelijkheden van de plaatsende instantie zijn vastgelegd in artikel 29 van de Wet op de Jeugdhulpverlening. Deze verantwoordelijkheden hebben globaal betrekking op de diagnostiek en indicatiestelling. De eisen waaraan de uitvoering van deze functies moet voldoen zijn beschreven in de desbetreffende hoofdstukken.

De eisen waar het hier om gaat hebben betrekking op de activiteit van het plaatsen, opgevat als de effectuering van de zorgtoewijzing. In de zorgtoewijzing zijn afspraken gemaakt over de voorziening die het toegewezen aanbod realiseert, en over de termijn waarop de levering kan plaatsvinden. Daarmee is inhoud gegeven aan de acceptatieplicht: er is een contract tot stand gekomen tussen de plaatsende instantie (namens de cliënt), en de aanbieder van de toegewezen zorg. Deze afspraken hebben ook betrekking op de bevoegdheden van de casemanager, in zoverre deze afwijken van de wettelijk vastgelegde taken en bevoegdheden van de plaatsende instantie. Dit is van belang wanneer op grond van de complexiteit van het toegewezen hulpaanbod nodig is. Bij een complex hulpaanbod zijn gelijktijdig, en over langere tijd, meerdere

hulpverleners vanuit verschillende instanties betrokken. Complex is ook wanneer meerdere leden uit hetzelfde cliëntsysteem gelijktijdig hulp of zorg ontvangen. Coördinatie vindt dan plaats op basis van een afgesproken behandelingsstrategie, bijvoorbeeld in het kader van meersporenbeleid. Over de inzet van de verschillende leveranciers van het programma zijn sluitende afspraken gemaakt bij de toewijzing.

De plaatsers is verantwoordelijk voor de overdracht van het rapport waarin de diagnostische bevindingen, de indicatiestelling en een samenhangende beschrijving op hoofdlijnen van de doelen en de aard van de geïndiceerde zorg zijn vermeld. Op basis van dit rapport, en met gebruikmaking van de diagnostische bevindingen, kan de opnemende voorziening een individueel behandelingsplan opstellen. Behandelingsdiagnostiek door de opnemende voorziening moet zo veel als nodig, maar zo min als verantwoord mogelijk plaatsvinden. Dubbeldiagnostiek en onnodige belasting van de cliënt moet worden voorkomen.

De plaatsers is verantwoordelijk voor het beheer van het dossier van de cliënt, en voor het vastleggen van gegevens ten behoeve van instellings- of instellingsoverstijgende registratie.

2.4 Voorwaarden

De voorwaarden waaraan in geval van een plaatsing moet zijn voldaan liggen vast in artikel 29 van de Wet op de Jeugdhulpverlening. Een plaatsende instantie zorgt ervoor dat onderzoek wordt verricht naar de problemen en stoornissen van de betrokken jeugdige en stelt vast welke hulpverlening voor de jeugdige het meest aangewezen is. Diagnostiek en indicatiestelling resulteren in een eerste taxatie van de zorgbehoefte. Dit wordt vastgelegd in een rapportage.

Hulp wordt verleend op verzoek -namens de cliënt- van de plaatsende instantie; deze is, anders gezegd, verantwoordelijk voor het regelen van de benodigde hulp. De plaatsende instantie stelt daarbij telkens de termijn vast gedurende welke de hulpverlening nodig is, tot een maximum van zes maanden.

De plaatsende instantie zorgt voor een evaluatie van de hulpverlening en stelt vast of voortzetting geïndiceerd is. De plaatsende instantie is ervoor verantwoordelijk dat bij diagnostiek en (her)indicatiestelling de cliënt en diens ouders of wettelijke vertegenwoordigers worden betrokken, en de daarvoor in aanmerking komende uitvoerder.

De wettelijke taken van de functionaris belast met een plaatsing komen grotendeels overeen met die van de casemanager. Niet expliciet als wettelijke verantwoordelijkheden van de plaatsers benoemd -maar wel van belang voor de kwaliteit van de hulpverlening- zijn de zorg voor continuïteit en samenhang, en het behartigen van het belang van de cliënt.

Voorzieningen zijn door de provinciale en grootstedelijke overheden als plaatsende instantie erkend op grond van de Wet op de Jeugdhulpverlening (art. 27) of op grond van de AMVB^{xiii}. In de praktijk functioneren op dit moment binnen een regio meerdere erkende plaatsers vanuit de jeugdhulpverlening, jeugdbescherming en jeugd-geestelijke gezondheidszorg. Op grond van de AMVB zijn als plaatsende instantie erkend instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, sociaal pedagogische diensten, kinder- en jeugdpsychiatrische (poli)klinieken, ziekenhuizen en FIOM-bureaus.

Naar het oordeel van de projectgroep Toegang is het een noodzakelijke voorwaarde dat provincies de erkenningen verbinden met de mate waarin erkende plaatsers voldoen aan de systeemeisen die gelden voor de toegangsfuncties. Als bevorderende factor beschouwt de projectgroep het verder reduceren van het aantal erkende plaatsers. Het koppelen van de erkenning aan de instantie voor zorgtoewijzing is mogelijk, mits die instantie ook voldoende wordt geëquipeerd

om de taken en verantwoordelijkheden van de plaatsende instantie uit te voeren.
Dat wil zeggen dat de zorgtoewijzingsinstantie over de bij de functies plaatsing en casemanagement behorende capaciteit.

V Evaluatie en het herindicatie-traject

1. Inleiding

Wettelijk moet na een periode van ten hoogste zes maanden beoordeeld worden welke resultaten met de hulp zijn bereikt, en of de geleverde hulp in voldoende mate aansluit bij de indicatiestelling. De uitvoerende voorzieningen stellen hiervoor een rapportage op ten behoeve van de plaatser. Deze plaatser beslist over het vervolgtraject^{xiv}. De projectgroep spreekt bij deze activiteiten over een behandelingsevaluatie en een herindicatie.

Bij behandelingsevaluatie en herindicatie staat de vraag centraal of het proces en het resultaat van de hulpverlening aan de doelen en de geldende kwaliteitsstandaarden heeft voldaan. Bovendien beantwoordt het de vraag of stopzetting, dan wel voortzetting of verandering van het hulptraject geëigend is. Het handelen van de hulpverlener staat doorgaans in een continue wisselwerking met het evaluatief oordelen. De hier bedoelde evaluatie en het herindicatie-traject geven fasen aan, waarin expliciet en formeel de balans van het resultaat van de hulp wordt opgemaakt. De plaatser, ten deze vertegenwoordigd door de casemanager, is voor het tot stand komen van deze balansopmaak verantwoordelijk.

Hoewel niet in het regeringsstandpunt 'Regie in de Jeugdzorg' genoemd, zijn expliciete behandelingsevaluatie en herindicatie op verschillende plaatsen aan de orde:

- a. Ten behoeve van bijstelling van de vrij toegankelijke hulp oordeelt de uitvoerend hulpverlener over het nut van deze hulp. Ook bij de afsluiting van de hulpvorm vindt een moment van evaluatie plaats.
- b. Ten behoeve van eenvoudige, tussentijdse bijstellingen van het hulpverleningsplan voor niet-vrij toegankelijke hulp kan het nodig zijn dat de uitvoerende voorziening een evaluatief moment tijdens de hulp inlast. Ook niet-planmatige beëindiging van de hulp door de cliënt dient door de instelling te worden geëvalueerd.
- c. Zoals gezegd, vereist de Wet op de Jeugdhulpverlening dat na elke zes maanden van secundaire hulpverlening er een herindicatie plaats vindt. Bovendien stelt de Wet dat de plaatsende instantie uiteindelijk bepaalt of beëindiging van de hulp aangewezen is. In termen van de toegang betekent dit dat de uitvoerder rapporteert over de verleende hulp en de evaluatie daarvan. Bovendien vindt er een herindicatie plaats vindt voor stopzetting of continuering van de hulp. Indien er sprake is van voortzetting van hulp is de plaatser/casemanager verantwoordelijk voor het tot stand komen van een nieuw toewijzings- en plaatsingsbesluit.

Evaluatie in het kader van de functie vrij toegankelijke hulp (situatie a) wordt gezien als een onderdeel van die hulp. Deze wordt hier niet verder beschreven. In deze paragraaf staan de evaluatie en herindicatie centraal die betrekking hebben op de niet-vrij toegankelijke hulp (situaties b en c).

2 Definitie en afbakening

2.1 Evaluatie

Met het oog op de systeemeisen wordt onderscheid gemaakt naar eenvoudige tussentijdse evaluatie van de uitvoerende voorziening van niet-vrij toegankelijke hulp, evaluatie van de uitvoerende voorziening die leidt tot wijziging van het toewijzingsbesluit en eindevaluatie.

2.1.1 Eenvoudige tussentijdse evaluatie door de uitvoerende voorziening

Onder eenvoudige tussentijdse evaluatie door de uitvoerende voorziening wordt

verstaan al die evaluatieve activiteiten van de voorziening die niet in het kader van de wettelijk verplichte halfjaarlijkse herindicatie en niet in de eindfase van de hulp plaats vinden, en die niet leiden tot wijzigingen van de doelstelling, vorm en termijn van de hulp zoals omschreven in het toewijzingsrapport. De uitvoerende voorziening is verantwoordelijk voor de eenvoudige tussentijdse evaluatie. Voor deze eenvoudige tussentijdse evaluaties heeft de projectgroep geen systeemeisen geformuleerd, behoudens de vereiste dat de casemanager op de hoogte gehouden wordt van de vorderingen.

2.1.2 Evaluatie door uitvoerende voorzieningen, met wijziging toewijzingsbesluit

Onder evaluatie door de uitvoerende voorziening met wijziging van het toewijzingsbesluit wordt verstaan al die evaluatieve activiteiten van die voorziening die niet in het kader van de wettelijk verplichte halfjaarlijkse herindicatie en niet in de eindfase van de hulp plaats vinden, en die aanleiding geven tot wijziging van de doelstelling, vorm en termijn van de hulp zoals omschreven in het toewijzingsrapport.

Het orgaan dat belast is met de toewijzing is verantwoordelijk voor de wijziging van het toewijzingsbesluit. De procedure voor deze wijziging en de daarvoor geldende systeemeisen zijn dezelfde als die voor het herindicatie-traject (zie aldaar).

2.1.3 Eindevaluatie

Onder eindevaluaties worden verstaan al die evaluatieve activiteiten die worden uitgevoerd in het kader van beëindiging van de niet-vrij toegankelijke hulp. De procedure voor deze evaluatie en de daarvoor geldende systeemeisen zijn dezelfde als die voor het herindicatie-traject (zie aldaar).

2.2 Het herindicatie-traject

Onder het herindicatie-traject wordt verstaan de functies 'diagnostiek', 'indicatiestelling', 'toewijzing' en 'plaatsing', ingezet in het kader van de vraag

- a. wat het resultaat is van de eerder ingezette vorm van hulp (evaluatie) en
- b. 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 (herindicatie);
- c. welke voorziening(en) de eventueel geïndiceerde hulp moet(en) uitvoeren (toewijzing).

De onder b. en c. genoemde besluiten vallen onder de verantwoordelijkheid van de instantie(s) die belast is (zijn) met de toegang.

3 Uitgangspunten bij de gestelde eisen

3.1 Het belang van continuïteit en efficiëntie

In het belang van de cliënt dient bij een herindicatie-traject met het oog op een eventuele voortzetting van de hulp extra aandacht besteed te worden aan de continuïteit van de hulpverlening. Het traject betekent voor de betrokken professionals dat er een expliciete besluitvorming moet plaatsvinden over stopzetting, continuering of wijziging van het hulptraject. Het mag voor de cliënt niet betekenen dat de hulp gedurende die bezinning achterwege blijft. Het traject zal daarom parallel moeten lopen aan de laatste weken van het hulpverleningstraject dat op grond van de vorige toewijzing is gestart. Kan onderbreking van de hulp niet worden voorkomen, dan moet deze zo kort mogelijk zijn. Bovendien zal een zorgvuldige, maar tegelijk zo compact mogelijke procedure gehanteerd moeten worden die de cliënt (en de uitvoerende voorziening) snel zekerheid oplevert.

Daarnaast geldt dat de uitvoerende voorziening tijdens de hulpverlening vaak gegevens en indrukken verzamelt die zeer bruikbaar zijn voor het herindicatie-traject. Benutting van deze gegevens moet, ongeacht door wie en waar het herindicatie-traject wordt uitgevoerd, mogelijk zijn.

3.2 Varianten op het traject

Het traject kan op verschillende manieren zijn georganiseerd. Voorbeelden zijn: Aeen (vanuit de toegang gezien) lichte variant, waarbij de uitvoerende voorziening schriftelijk rapport uitbrengt over de verleende hulp en de resultaten, op grond waarvan de plaatser/casemanager een herindicatie stelt, deze aan een korte intersubjectieve toetsing onderwerpt, de verdere besluitvorming pleegt inzake de continuering van de hulp, en de resultaten verantwoordt aan de instantie die belast is met de zorgtoewijzing;

Been (vanuit de toegang gezien) wat zwaardere variant, waarbij de uitvoerende voorziening schriftelijk rapport uitbrengt over de verleende hulp en de resultaten, de plaatser/casemanager de informatie zo nodig aanvult en vervolgens in samenwerking met een onafhankelijke indicatiesteller en het zorgtoewijzingsorgaan de verdere besluitvorming verzorgt;

Ceen (vanuit de toegang gezien) zware variant, waarin de uitvoerende voorziening schriftelijk rapport uitbrengt over de verleende hulp, en vervolgens een evaluatieve diagnostiek en herindicatiestelling onafhankelijk van de uitvoerende voorziening plaats vindt, op grond waarvan het toewijzingsorgaan de verdere besluitvorming verzorgt.

De projectgroep Toegang beveelt aan dat er op regionaal niveau afspraken worden gemaakt over de varianten voor de uitvoering van het herindicatie-traject. De principes die in de hoofdstukken over diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing zijn aangegeven, vormen daarbij uitgangspunt. De hier geschetste lichte variant (A) geldt als basis waarop minimaal uitvoering wordt gegeven aan de verantwoordelijkheden van de uitvoerende en de plaatsende instantie. Zwaardere varianten gelden als opties die, indien nodig, beschikbaar moeten zijn. In het toewijzingsrapport dient in elk geval te zijn aangegeven op welke wijze de evaluatie bij beëindiging van de hulp, en/of hoe de halfjaarlijkse herindicatie plaatsvindt, en wie de bevoegdheid heeft te beslissen dat het herindicatietraject anders wordt georganiseerd dan aanvankelijk is vastgelegd. In geval van een tussentijdse evaluatie die aanleiding geeft tot een wijziging van het toewijzingsbesluit zoals omschreven in het toewijzingsrapport, beslist de casemanager hoe het herindicatie-traject eruit zal zien.

VI Casemanagement

1. Inleiding

In het regeringsstandpunt Regie in de Jeugdzorg is het belang aangegeven van de afstemming van het hulpaanbod op de vraag, en van de manier waarop het hulpaanbod wordt georganiseerd, gecoördineerd en verantwoord. Dit geldt met name de groeiende groep jongeren met meervoudige problemen die gebaat zijn met een breedsporige aanpak. Bij de verbetering van de jeugdzorg kan de functie casemanagement een rol spelen. Op casemanagement als zodanig wordt in 'Regie' niet verder ingegaan.

Eerder noemde de Task force jeugdhulpverlening in haar rapportage (Plaats maken, 1994) case-coördinatie noodzakelijk in het geval zorg wordt verleend in opdracht van een rechter (zoals thans de (gezins)voogd case-coördinator kan zijn) en in gevallen waarin naast de jeugdhulpverlening andere instanties intensief betrokken zijn, bijvoorbeeld bij seksueel misbruik.

De door het GOJ ingestelde werkgroep Plaatsing was (in: Voorstellen Verbetering van de toegang tot de jeugdzorg, 1993) van oordeel dat alle cliënten in aanmerking komen voor casemanagement, maar zeker de cliënten die meer varianten doorlopen.

In Regie in de Jeugdzorg wordt casemanagement verbonden met plaatsing. De projectgroep Toegang beschouwt casemanagement als een methodiek om inhoud te geven aan de verantwoordelijkheden van de plaatsende instantie c.q. de functionaris die belast is met plaatsing. In het merendeel van de gevallen vormen casemanagement-activiteiten onderdeel van ambulante begeleiding, uitgevoerd door één hulpverlener. De projectgroep ziet daarnaast voor een beperkt aantal cliënten de wenselijkheid of noodzaak van casemanagement als aparte functie. De casemanagement-activiteiten worden in dat geval uitgevoerd door een daartoe vrijgestelde functionaris, die nadrukkelijk niet als uitvoerend hulpverlener/behandelaar optreedt. Bij deze intensieve variant van casemanagement liggen belangrijke verantwoordelijkheden op het terrein van de zorgcoördinatie: het regelen, afstemmen en toetsen van de benodigde zorg vanuit het belang en het perspectief van de cliënt.

2. Casemanagement: begripsverheldering

2.1 Basistaken casemanagement

Casemanagement wordt door de projectgroep Toegang opgevat als een vanuit de toegang uitgevoerde functie met als doel de zorg te realiseren die het best aansluit bij de vraag of behoefte van de cliënt. Casemanagement is gericht op het bevorderen van de continuïteit en samenhang in de zorg, en op het toetsen van de geleverde zorg in relatie tot de vraag of behoefte van de cliënt.

Er bestaat geen algemeen geaccepteerde en duidelijke definitie van casemanagement. Wel bestaat er overeenstemming over een aantal basistaken van casemanagement^{xv}:

1. de taxatie van de zorgbehoefte
2. het vaststellen van een globaal hulpverleningsplan
3. het regelen van de benodigde hulpverlening
4. bewaking van de voortgang en samenhang
5. evaluatie van het gebodene
6. belangenbehartiging

2.2 Het perspectief van de cliënt

Activiteiten in het kader van casemanagement hebben expliciet als doel de positie van de cliënt in het hulpverleningsproces te versterken door het informeren, betrekken en ondersteunen van de cliënt bij de verschillende fasen van de zorgverlening, en door waar nodig diens belangen te behartigen.

Onder cliënt wordt hier de jeugdige of diens wettige vertegenwoordigers verstaan. Dat laat onverlet dat de activiteiten van de casemanager zich ook kunnen richten op het cliëntsysteem: opvoeders, gezinsleden, de sociale omgeving van de jeugdige, maar wel steeds in het belang van de jeugdige.

De casemanager is voor de cliënt de vertegenwoordiger van en verbindingsschakel met het zorgsysteem, en als zodanig eerste aanspreekpunt. De casemanager is verantwoordelijk voor het informeren van de cliënt, voor het betrekken van de cliënt bij belangrijke beslissingen in het hulpverleningsproces, en (waar nodig) ook voor de onderhandeling met de cliënt over de hulpvraag en het mogelijke aanbod.

Om deze taak goed uit te kunnen voeren is geregeld -en in de aanvangsfase van de zorgverlening intensief- contact met de cliënt een voorwaarde. Casemanagement draagt er in het belang van de cliënt toe bij dat de plaatsende instantie methodisch en gestructureerd omgaat met de wettelijke verantwoordelijkheid voor het tijdig en regelmatig informeren en betrekken van de cliënt bij de hulpverlening.

De taken van de plaatser/casemanager worden hierna verder uitgewerkt voor de jeugdzorg, in relatie tot de overige functies in de toegang.

3 Casemanagement: taken en verantwoordelijkheden

3.1 Gestructureerde inschatting van de behoefte van de cliënt

Voorafgaand aan toewijzing van gespecialiseerde behandeling of begeleiding wordt vastgesteld wat er met de cliënt aan de hand is (diagnostiek) en welke zorg of hulp als meest aangewezen is te beschouwen (indicatiestelling)^{xvi}. De functionaris die verantwoordelijk is voor plaatsing/casemanagement heeft minimaal de verantwoordelijkheid voor de procesgang: zorgen dat de benodigde diagnostiek uitgevoerd wordt en dat de indicatie wordt gesteld, het betrekken en informeren van de cliënt in dit traject.

Daarnaast kan de plaatser/casemanager onder condities inhoudelijk bijdragen aan de uitvoering van diagnostiek en indicatiestelling. Hij moet zelf kunnen bijdragen aan het inschatten van de behoefte van de cliënt. In ieder geval moet hij in staat zijn tot het uitvoeren van een licht diagnostisch arrangement, en kunnen beoordelen of/welke aanvullende diagnostiek noodzakelijk is. Voorts is hij ervoor verantwoordelijk dat indicatiestelling plaatsvindt. Een indicatie wordt alleen gesteld als aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Hierin kan gedifferentieerd worden naar zwaarte van de problematiek en geïndiceerde zorg. In een lichte variant (indicatiestelling door de plaatser/casemanager op basis van monodisciplinaire diagnostiek) zijn voldoende garanties geboden door ten minste protocollering, toepassing van een diagnostisch instrument en intercollegiale en eventueel multidisciplinaire toetsing¹¹. Werkwijze en resultaten moeten schriftelijk worden verantwoord in de indicatiestelling. Zwaardere varianten vragen daarnaast om multidisciplinaire oordeelsvorming.

¹¹ In het Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening, art. 7 wordt bepaald dat een uitvoerder van een voorziening van ambulante hulpverlening er zorg voor moet dragen dat een of meer daartoe uitgeruste beroepskrachten het werk begeleiden van andere beroepskrachten en vrijwilligers. Daarmee is een (beperkte) wettelijke basis gegeven aan de gewenste waarborgen, met name aan intercollegiale toetsing.

De casemanager is ervoor verantwoordelijk dat de cliënt wordt betrokken bij het vaststellen van de behoefte of hulpvraag. In dit verband past ook dat de casemanager onderhandelt met de cliënt over de vraag^{12 13}.

3.2 Vaststellen van het hulpverleningsplan

De plaats/casemanager is verantwoordelijk voor het vastleggen van de diagnostische bevindingen en de indicatiestelling, en van het resultaat van de bespreking met de cliënt hierover, in een rapportage^{xvii}. Deze rapportage bevat een samenhangende beschrijving op hoofdlijnen van de doelen en de aard van de zorg die in relatie tot de vraag van de cliënt als meest aangewezen is te beschouwen. De rapportage vormt de input voor de onderhandelingen in het kader van de zorgtoewijzing. De rapportage fungeert in samenhang met het besluit tot zorgtoewijzing als kader voor de gedetailleerde individuele behandelingsplannen¹⁴ die opgesteld worden door uitvoerders van gespecialiseerde zorg of hulp. De rapportage van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing is ook toetsingskader bij de evaluatie van de geleverde zorg of hulp.

De projectgroep Toegang wijst erop dat hier een onderscheid wordt gevolgd tussen de rapportage van diagnostiek en indicatiestelling die voorafgaand aan zorgtoewijzing wordt opgesteld, en het hulpverlenings- of behandelingsplan dat door de zorgaanbieders na plaatsing in een aanbod van samenhangende hulpverlening c.q. zorgprogramma. In de huidige wet- en regelgeving zijn uitvoerders verantwoordelijk voor de totstandkoming van een hulpverleningsplan wanneer de hulpverlening (inclusief ambulante hulp) langer duurt dan zes weken. Wanneer meerdere uitvoerders betrokken zijn bij de levering van de geïndiceerde zorg kan een casemanager/zorgcoördinator worden belast met de verantwoordelijkheid voor de onderlinge afstemming van de verschillende hulpverleningsplannen.

De rapportage over diagnostiek en indicatiestelling is een voorwaarde voor zorgtoewijzing/ plaatsing en voor de evaluatie van de geleverde zorg of hulp. Als zodanig is het opstellen van deze rapportage een verantwoordelijkheid van de plaatsende instantie.

De rapportage van diagnostiek en indicatiestelling moet voldoende richting geven om tot zorgtoewijzing te kunnen besluiten en tegelijkertijd voldoende ruimte bieden aan de behandelaar om cliënt- en problematiekgerelateerde keuzes te maken in de verdere zorgverlening.

De casemanager ziet erop toe dat de indicatiestelling met de cliënt wordt besproken en diens oordeel vastgelegd wordt. In de meeste gevallen zal de casemanager deze bespreking zelf voeren, maar niet uitgesloten wordt dat een andere daartoe aangewezen persoon dit doet. Waar dit naar professionele maatstaven verantwoord is moet zoveel mogelijk tegemoet worden gekomen aan de voorkeur van de cliënt. Het resultaat van de bespreking wordt vastgelegd in de rapportage. De cliënt wordt geïnformeerd over de mogelijkheid van een second opinion, aanvullend onderzoek of een contra-expertise. De casemanager besluit over een verzoek hiertoe van de cliënt. Het verzoek van de cliënt en het

¹² Onderhandelen is nodig als de cliënt geneigd is te overvragen, maar evenzeer wanneer de cliënt van oordeel is dat met minder ingrijpende zorg kan worden volstaan dan geïndiceerd. Inzet van de casemanager is een zo groot mogelijke congruentie te bereiken tussen het oordeel van de cliënt en dat van de indicatiestellers, waarbij het oordeel van de cliënt als zwaarwegend moet worden beschouwd.

¹³ Ook wanneer hulp in een niet-vrijwillig kader wordt geboden zal met de cliënt onderhandeld worden over vraag en aanbod. Zie o.a. Deijkers e.a. (red.). *De gezinsvoogdij in theorie en praktijk*, Vedio, Utrecht 1995, blz. 39 e.v.

¹⁴ Zie Besluit kwaliteitsregels jeugdhulpverlening, art. 5, tweede lid, waarin is bepaald welke elementen ten minste deel uit moeten maken van een hulpverleningsplan in geval vrijwillige hulpverlening langer dan zes weken duurt. In het derde lid van hetzelfde artikel zijn de voorwaarden bepaald voor de totstandkoming of wijziging van een hulpverleningsplan.

beargumenteerde besluit van de casemanager worden vastgelegd in de rapportage, evenals de eventuele resultaten van deze vormen van aanvullend onderzoek. Bij de hulpverlening in een vrijwillig kader kan zorgtoewijzing pas plaatsvinden als de cliënt heeft ingestemd met de indicatiestelling en het daarop gebaseerde perspectief. Bij hulpverlening in een justitieel kader wordt de (gezins)voogd geacht vanuit het belang van de cliënt te handelen en op grond daarvan de rapportage op te stellen.

3.3 Regelen van de benodigde zorg

De casemanager moet ervoor zorgen dat de cliënt de meest aangewezen zorg krijgt. De plaatsers/ casemanager verbindt de hulpvraag of problematiek van de cliënt, het professionele oordeel hierover en het geïndiceerde aanbod met de beschikbare zorg of hulp. Deze verbinding wordt gelegd in de fase van de zorgtoewijzing, waar de matching plaatsvindt tussen het wenselijke en het mogelijke. In deze fase behartigt de plaatsers/casemanager de belangen van de cliënt door met de aanbieders van gespecialiseerde behandeling of begeleiding te onderhandelen over een zorgaanbod dat het beste past bij de vraag of problematiek van de cliënt. Uitgangspunt daarbij is het bepaalde in artikel 23 van de Wet op de Jeugdhulpverlening: "Hulpverlening vindt plaats in de minst ingrijpende vorm, zo dicht mogelijk bij de plaats waar de jeugdige duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode en voldoet ook overigens aan de eis dat zij voor de jeugdige de meest aangewezen is te achten."

Het meest aangewezen zorgaanbod bestaat niet per definitie alleen uit gespecialiseerde -niet vrij toegankelijke- zorg of hulp. De plaatsers/casemanager moet in staat zijn ook te putten uit het aanbod van vrij toegankelijke varianten, zoals uitgevoerd door lokaal werkende voorzieningen of instanties op het gebied van onderwijs, arbeidstoeleiding, vrijetijdsbesteding, etc. De ontwikkeling van zorgprogramma's moet er toe bijdragen dat een bij bepaalde problematieken passende mix van vrij toegankelijke en niet vrij toegankelijke modules in samenhang worden aangeboden.

De plaatsers/casemanager is verantwoordelijk voor de in artikel 29 van de Wet JHV vastgelegde taken van de plaatsende instantie.

3.4 Bewaking van de continuïteit en samenhang van de zorg

De plaatsers/casemanager is verantwoordelijk voor de voortgang van het zorgproces. Binnen de toegang is voortgangsbewaking aan de orde vanaf het moment dat plaatsing/casemanagement aangewezen wordt geacht (op basis van screening), bij het doorlopen van de fasen van diagnostiek-indicatiestelling-zorgtoewijzing tot en met de plaatsing. Na plaatsing is bewaking van de samenhang van de toegewezen zorg nodig wanneer bij de hulpverlening aan een cliënt of cliëntensysteem gelijktijdig meerdere organisaties zijn betrokken. Door middel van casemanagement/zorgcoördinatie kan de continuïteit worden gewaarborgd wanneer bij de uitvoering van opeenvolgende vormen van hulp (onderdelen van een zorgprogramma) over langere tijd meerdere organisaties of afdelingen van organisaties betrokken zijn. Bij complexe zorgarrangementen is de (vrijgesteld) casemanager verantwoordelijk voor een goede afstemming tussen de verschillende onderdelen. De casemanager/zorgcoördinator beschikt daartoe over de bevoegdheid betrokken hulpverleners aan te spreken op hun verantwoordelijkheid.

Om deze taak goed uit te kunnen voeren is regelmatig contact met de cliënt voorwaarde, zodat een beeld ontstaat op de mate waarin deze de aangeboden zorg of hulp als samenhangend (en doelgericht- zie paragraaf 3.5) ervaart. Denkbaar is overigens dat zorgcoördinatie in gevallen waarin sprake is van een complex zorgarrangement 'op afstand' wordt uitgevoerd, zonder directe contacten met de

cliënt of het cliëntsysteem. Het gaat dan om de coördinatie van een meersporen-beleid, uitgevoerd door verschillende hulpverleners, gericht op meerdere personen tegelijkertijd.

3.5 Evaluatie van het gebodene en aangeven van het vervolg

Zoals eerder is aangegeven, moet wettelijk na een periode van ten hoogste zes maanden beoordeeld worden welke resultaten met de zorg of hulp zijn bereikt, en of de uitgevoerde hulp in voldoende mate aansluit bij de indicatiestelling. De uitvoerende voorzieningen stellen hiertoe een rapportage op die besproken wordt met de plaatser/casemanager. De plaatser/casemanager stelt vast of voortzetting of beëindiging van de hulp aangewezen is, en meldt dit aan de instantie die belast is met zorgtoewijzing. Op deze wijze wordt uitvoering gegeven aan de verantwoordelijkheden van de plaatsende instantie.

Herindicatiestellingen moeten evenals de indicatiestelling met een aantal minimale waarborgen worden omgeven in de vorm van intercollegiale of multidisciplinaire toetsing, afhankelijk van de zwaarte van de beslissing. Dat wil zeggen dat in een aantal gevallen de casemanager op eigen gezag de herindicatie stelt. In een beperkt aantal complexe gevallen wordt aanvullende deskundigheid op het gebied van diagnostiek en indicatiestelling betrokken bij de herindicatiestelling.

De plaatser/casemanager zorgt ervoor dat bij de evaluatie van de uitgevoerde hulp de cliënt wordt betrokken en gehoord. Ook hier geldt dat bij hulpverlening in een vrijwillig kader de cliënt moet instemmen met beëindiging of de indicatie voor eventuele vervolghulp.

De casemanager legt de resultaten vast van de evaluatie, de op grond daarvan genomen besluiten, en het oordeel van de cliënt.

4 Casemanagement: in welke gevallen

Gelet op bovengenoemde taken en verantwoordelijkheden doen zich vervolgens de volgende vragen voor:

- =in welke gevallen wordt casemanagement in combinatie aangeboden met vormen van ambulante begeleiding en behandeling door dezelfde hulpverlener, en wanneer moet een vrijgesteld casemanager worden toegewezen;
- =welke instantie is verantwoordelijk voor de besluitvorming over de toewijzing van een casemanager, en onder welke voorwaarden.

Wanneer de vraag of behoefte van de cliënt als vertrekpunt wordt genomen is een differentiatie mogelijk binnen het casemanagement. Op grond van overwegingen van doelmatigheid en effectiviteit is deze differentiatie ook wenselijk. De projectgroep Toegang maakt een onderscheid tussen plaatsing/casemanagement in combinatie met ambulante begeleiding en behandeling uitgevoerd door één en dezelfde hulpverlener, en casemanagement met het accent op zorgcoördinatie.

4.1 Basisvariant: casemanagement als methodiek van de plaatser

In het merendeel van de gevallen wordt volstaan met toewijzing van een casemanager die tevens als hulpverlener bij de cliënt is betrokken. Deze hulpverlener wordt belast met de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het casemanagement. De casemanager is dan gekwalificeerd tot het uitvoeren van vrij toegankelijke vormen van ambulante hulpverlening: ondersteuning, begeleiding, advisering, en in beperkte mate behandeling. Het takenpakket van de casemanager (basisvariant) valt hier samen met dat van de hulpverlener die een plaatsing voorbereidt en uitvoert.

Het accent ligt daarbij op de activiteiten die vooraf gaan aan plaatsing. Tijdens de uitvoering van de geïndiceerde zorg beperkt de rol van de casemanager zich in

principe tot het volgen op afstand, en het toetsen van de geleverde zorg. De plaatser/casemanager moet beschikbaar zijn voor zowel de cliënt als de uitvoerend hulpverlener. Voor de cliënt is de casemanager de onafhankelijk contactpersoon, die met en namens de cliënt onderhandelt over de geleverde zorg. Voor de uitvoerder van geïndiceerde zorg is de casemanager aanspreekpunt voor het in collegiaal overleg oplossen van knelpunten in de voortgang van de hulpverlening, of in de leefsituatie van de cliënt. Waar nodig speelt de casemanager een rol bij het scheppen van voorwaarden in de thuissituatie van de cliënt met de bedoeling dat de cliënt na beëindiging van de zorg niet opnieuw een beroep hoeft te doen een vorm van gespecialiseerde behandeling of begeleiding.

In de vrijwillige jeugdzorg is de casemanager bij voorkeur degene die in de intakefase betrokken is geweest bij de cliënt. Bij hulpverlening in een justitieel kader is de (gezins)voogd de voor de hand liggende casemanager. Bij overgang van hulpverlening van een vrijwillig naar een justitieel kader moet discontinuïteit in het casemanagement voorkomen worden. In sommige gevallen zal de (gezins-)voogd zijn verantwoordelijkheden 'op afstand' moeten nemen, dat wil zeggen niet zozeer zelf uitvoeren maar erop toezien dat aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan. Dit vraagt om een heldere afbakening van taken en verantwoordelijkheden tussen betrokken hulpverlener en (gezins)voogd.

4.2 Intensieve variant: casemanagement met accent op zorgcoördinatie

In een beperkt aantal gevallen ('de moeilijkste doelgroepen' respectievelijk 'zwaardere probleemgroepen' uit Regie in de Jeugdzorg) wordt een casemanager toegewezen die geen behandelaarstaken heeft als uitvoerend hulpverlener. Casemanagement wordt toegewezen op grond van de ernst en complexiteit van de problematiek, en omdat de geïndiceerde vervolghulp geboden wordt door verschillende instanties en/of vanuit verschillende sectoren. Bij deze intensieve variant van casemanagement liggen belangrijke verantwoordelijkheden op het terrein van het regelen, afstemmen en toetsen van de benodigde zorg vanuit het belang en het perspectief van de cliënt. De belangrijkste taken van de casemanager liggen niet zozeer op het terrein van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing -al is betrokkenheid in dat stadium zeker niet uitgesloten- maar vooral op het gebied van de coördinatie van de toegewezen zorg na plaatsing. In tegenstelling tot de basisvariant casemanagement hier dus geen rol op afstand, maar een intensieve betrokkenheid bij de uitvoering van complexe zorgarrangementen.

Overwogen moet worden de casemanager een budget ter beschikking te stellen waarmee hij benodigde zorg, hulp of diensten buiten het reguliere aanbod voor de cliënt kan inkopen.

Voor de jeugdbescherming betekent dit dat de casemanager niet per definitie de gezinsvoogd is, maar dat dit anderzijds ook niet moet worden uitgesloten, als aan de minimumvoorwaarden van tijd, kwaliteit en onafhankelijkheid wordt voldaan.

Een variant op deze intensieve vorm van casemanagement wordt toegepast wanneer meerdere hulpverleners gelijktijdig betrokken zijn bij samenhangende hulpverlening aan meerdere, tot één systeem behorende cliënten. De vrijgestelde casemanager is dan verantwoordelijk voor de ontwikkeling en coördinatie van een zogenaamd meersporenbeleid. In die gevallen is het niet noodzakelijk, en soms zelfs onwenselijk, dat de casemanager/zorgcoördinator contacten onderhoudt met leden van het cliëntstelsel.

4.3 Ambulant casemanagement en administratief casemanagement

In de praktijk wordt het begrip casemanagement ook gehanteerd om een vorm van 'outreaching' ambulante zorg aan te duiden. Casemanagement is dan gericht op

cliënten die naar het oordeel van betrokken hulpverleners een vorm van behandeling of begeleiding nodig hebben, maar daar niet toe gemotiveerd zijn. Doel van deze variant van casemanagement is dan het in stand houden van het contact met de jeugdige, en het motiveren van de jeugdige zich aan te melden voor een vorm van jeugdzorg. Deze variant wordt opgevat als vorm van vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg.

Eveneens in de praktijk vaak afzonderlijk benoemd is het zogenaamde administratieve casemanagement, waarmee beoogt wordt de cliënt te kunnen volgen in de tijd door de verschillende hulpvarianten heen. Voor een goed functioneren van dit administratieve casemanagement is nodig dat dit op regionaal niveau centraal wordt uitgevoerd. Koppeling met de instantie belast met zorgtoewijzing ligt dan voor de hand, omdat daar ook inzicht moet zijn in de regionaal beschikbare capaciteit en de wachtlijsten voor de verschillende hulpvarianten. Deze regionale administratie fungeert tevens als leverancier van gegevens aan de landelijke instantie voor beleidsinformatie^{xviii}.

Het vastleggen van cliëntgegevens en het aanleveren van deze gegevens aan een regionale administratie behoort tot de verantwoordelijkheid van de casemanager.

4.4 Casemanagement: toewijzing

Op grond van de screening kan al worden besloten de verantwoordelijkheid voor de zorgcoördinatie neer te leggen bij een uitvoerend hulpverlener, of een aparte casemanager aan te wijzen. De toewijzing van een onafhankelijk casemanager wordt bovendien onderbouwd met een indicatiestelling, en gelegitimeerd in de zorgtoewijzingsfase. Daarmee is gewaarborgd dat de casemanager bij een samengesteld zorgaanbod zijn taak als zorgcoördinator en behartiger van cliëntbelangen adequaat en vanuit een onafhankelijke positie kan uitvoeren.

5 Voorwaarden

Het vraagstuk van de voorwaarden die moeten zijn gerealiseerd wil de casemanager zijn taken op een kwalitatief verantwoorde wijze (voor de cliënt en voor de organisatie) kunnen uitvoeren hangt samen met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de casemanager.

Vanuit zijn positie in de toegang en belast met de uitvoeringsverantwoordelijkheid voor het regelen van de benodigde zorg heeft de casemanager (onder condities) de volgende taken en bevoegdheden:

- het inschakelen van de voor diagnostiek en indicatiestelling benodigde deskundigen
- het opstellen van een samenhangende rapportage over de hulpvraag, de diagnostische bevindingen en de indicatiestelling, met inbegrip van het oordeel van de cliënt over de indicatiestelling
- het adviseren met betrekking tot de zorgtoewijzing aan de daarmee belaste regionale instantie
- het plaatsen in het toegewezen aanbod
- het opstellen van een rapportage over de geleverde zorg in relatie tot de vraag of behoefte van de cliënt, de oorspronkelijk toegewezen zorg, en het oordeel van de cliënt over de geleverde zorg
- het adviseren met betrekking tot voortzetting of beëindiging van de zorgverlening aan de regionale instantie belast met de toewijzing van zorg.

Om zijn taken te kunnen uitvoeren moet de casemanager toegang hebben tot relevante informatie. Na plaatsing wordt het door de casemanager opgebouwde dossier verder aangevuld door de uitvoerders van de geïndiceerde zorg. De casemanager beheert het dossier van de cliënt, wat impliceert dat overdracht van

informatie moet plaatsvinden naar de casemanager. Over de minimale inhoud van het cliëntendossier, de toegang tot de informatie en de overdracht daarvan worden afspraken gemaakt.

Om samenhang en continuïteit in de hulp te waarborgen moet de casemanager in ieder geval wanneer herindicatiestelling aan de orde is, maar zonnodig ook op andere momenten kunnen onderhandelen met de uitvoerders van de toegewezen zorg over vorm en inhoud van het aanbod.

De casemanager wordt gelegitimeerd in zoverre hij handelt vanuit het belang van de cliënt, en formeel vanuit zijn bevoegdheden als plaatsner.

De extra bevoegdheden van de casemanager/zorgcoördinator (zonder uitvoerende taken) hebben vooral betrekking op de sturingsmogelijkheden in het hulpverleningsproces. Voor zijn functie als zorgcoördinator moet de casemanager overige betrokken hulpverleners kunnen aanspreken en zonnodig bijsturen. Waar de plaatsner/casemanager vooral afstemt vanuit een positie gelijkwaardig aan die van overige betrokken zorgverleners, is de casemanager/zorgcoördinator formeel ook eindverantwoordelijk voor de continuïteit en samenhang van de geleverde zorg. Over de hiermee samenhangende bevoegdheden moeten sluitende afspraken gemaakt worden tussen de bij de levering van de aangewezen zorg betrokken instanties en personen.

Activiteiten van de casemanager

Om de beoogde effecten voor de cliënt en op de hulpverlening te kunnen bewerkstelligen zijn de volgende activiteiten minimaal noodzakelijk:

- Regelmatig face to face contact met de cliënt. Onderscheid kan worden gemaakt tussen de contacten in de toegangsfase van de hulp (diagnostiek t/m zorgtoewijzing, plaatsing-opname), en in de vervolgfase (uitvoering geïndiceerde zorg). De intensiteit van dit contact moet nader worden bepaald.
 - Regelmatig contact met bij de zorgverlening aan de cliënt betrokken hulpverlenende instanties en personen. Vorm en omvang moeten nader worden bepaald.
 - Beheer van het dossier over de cliënt, en registratie van cliënt- en hulpverleningsgegevens.
- Minimale inhoud van dossier en te registreren items moeten nader worden bepaald (o.a. in samenhang met SSIJ).
- Initiëren van het proces van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing. De casemanager kan een bijdrage aan diagnostiek leveren, is betrokken bij de indicatiestelling, en adviseert vanuit zijn kennis van (de situatie van) de cliënt de instantie belast met zorgtoewijzing. De casemanager maakt deel uit van de beraadslagingen, en heeft als inzet de voor zijn cliënt aangewezen zorg gerealiseerd te krijgen.
 - Opstelling van een rapportage waarvan ten minste deel uitmaken de diagnostische bevindingen en de op grond daarvan gestelde indicatie, alsmede het oordeel van de cliënt over de indicatiestelling. De rapportage is input voor de besluitvorming over zorgtoewijzing. De minimale eisen te stellen aan deze rapportage zijn vastgelegd in de Wet JHV.
 - Uitvoering van de plaatsing in het geïndiceerde aanbod. Dit impliceert dat de formele verantwoordelijkheid voor de plaatsing (zie Wet JHV) berust bij de casemanager, respectievelijk de organisatie waarvoor deze werkzaam is.
 - Voeren van overleg met de uitvoerder van de geïndiceerde zorg over de inhoud van het hulpverleningsplan. De verantwoordelijkheid voor het plan berust krachtens de Wet JHV bij de uitvoerende voorziening. De casemanager draagt er zorg voor dat ook de cliënt hierbij wordt betrokken.
 - Evaluatie van de verleende zorg ten hoogste zes maanden na aanvang van deze zorg, of zoveel meer als bij de zorgtoewijzing/plaatsing is overeengekomen. Toetsen van uitvoering aan hulpverleningsplan en indicatiestelling/zorgtoewijzing. Toetsen aan oordeel van de cliënt. Op basis daarvan besluiten tot voortzetting, wijziging of beëindiging van de zorg.

De projectgroep Toegang zal bevorderen dat voor de jeugdzorg een methodiek casemanagement wordt ontwikkeld waarin bovenstaande taken en verantwoordelijkheden nader worden uitgewerkt.

DEEL II

Systemeisen

Systeemeisen voor de functie aanmelding

Onder aanmelding voor de toegang tot de jeugdzorg 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 5 werkdagen na het eerste contact;
- terug- of doorverwijzing naar vormen van niet-geïndiceerde zorg binnen 24 uur waartoe advies en consultatie worden gerekend;
- crisis-interventie binnen 2 uur;
- beëindiging van het contact.

De aanmelding moet mogelijk zijn:

- 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 crisis-interventie.

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)

1. Definitie

Onder screening wordt verstaan:

- een eerste analyse van de hulpvraag op een wijze die voldoet aan de eisen van de betrokken beroepsgroepen;^{xix}
- toetsing van de besluitvorming tot crisisinterventie.¹⁵

2. Eisen

De screening beoogt:

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

De screening leidt tot:

- verwijzing naar vormen van hulp-, zorg- of dienstverlening buiten de geïndiceerde jeugdzorg;
- eenvoudige/kortdurende ambulante hulp binnen 5 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;
- legitimering van 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 is te bereiken gerekend vanaf de woonplaats van de jeugdige en/of diens opvoeders;
- binnen tien dagen na aanvang van een crisisinterventie.

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 oordeel over het besluit tot crisisinterventie.

¹⁵ Het gaat hier de facto om diagnostiek 'achteraf'. Bij de functie diagnostiek dient de toetsing van besluiten tot crisis-interventie onderdeel te zijn van de werkzaamheden.

Systeemeisen functie diagnostiek

1 Definitie en afbakening

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.

2 Eisen

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 30 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 verricht wordt;
 - 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 functie Indicatiestelling

1 Definitie en afbakening

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.

2 Eisen

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 verzameld is;
- voor alle vormen van jeugdzorg;
- binnen 30 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 worden 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 functie Toewijzing

1 Definitie en afbakening

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 uitvoerende hulp.

2 Eisen

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 30 werkdagen na het in werking treden van de functie diagnostiek.

Het proces van toewijzing verloopt:

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

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.

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

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.

Systeemeisen functie plaatsing

1 Definitie

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.

2 Eisen

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 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 -programma's;
- afspraken met een case-manager, 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 privacyvoor-schriften en klachtenregeling).

Systeemeisen Herindicatie-traject

1 Definitie en afbakening

Onder het herindicatie-traject 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 herindicatie-traject 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.

2 Eisen

Bij het toewijzingsbesluit is bepaald op welke wijze het herindicatie-traject 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 herindicatie-traject 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 30 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 worden 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 geschaadt.

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

Het herindicatie-traject leidt tot een rapport waarin minstens zijn opgenomen:

- een evaluatief oordeel over de kwaliteit van de 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 herindicatie-traject;
- datgene wat in het rapport van het herindicatietraject is vermeldt.

Aan de plaatser, 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.

DEEL III

Bijlagen

Bijlage: Piketpalen

1 Vernieuwing van de toegang tot de jeugdzorg

Het vormgeven van de toegang tot de (geïndiceerde) jeugdzorg - zoals die summier is omschreven in het regeringsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' - betekent dat professionele en institutionele verantwoordelijkheden en taken in de jeugdzorg opnieuw worden geordend.

Dit houdt voor alle partijen in dat de voorwaarden waaronder het stelsel van jeugdzorg functioneert en de organisatie ervan veranderen.

Voor de voorzieningen concentreert de verandering zich rond:

- de manier waarop men de inhoud van de te verlenen zorg bepaalt (diagnostiek en indicatiestelling);
- de wijze waarop de organisaties de zorg toewijzen en de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het verlenen van zorg;
- de wijze waarop de zorgaanbieders de zorgvrager tegemoet treden.

Deze verandering draait rondom drie kernprincipes:

1 Klantgerichtheid.

De zorgvrager krijgt een grotere en belangrijker plaats toegekend in het geheel. Voor jeugdigen en/of hun opvoeders dient - meer dan voorheen - duidelijk te zijn hoe beslissingen over zorgverlening tot stand komen, waar die beslissingen op stoelen en hoe de zorgvrager invloed heeft op dat proces.

2 Objectiviteit en onafhankelijkheid.

De beslissingen die men neemt (in diagnostiek en indicatiestelling) om de zorg te bepalen (en te geven) dienen een grotere mate van objectiviteit en onafhankelijkheid te krijgen. Anders gezegd: het handelen van professionele werkers zal doorzichtiger en controleerbaar zijn op basis van een onafhankelijke functie-uitoefening.

3 Integraal werken.

Zorgaanbieders binnen de huidige sectoren van jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg moeten binnen de grenzen van het beschikbare budget naar de optimale zorg voor de jeugdige en/of diens opvoeders zoeken.

Inhoud, organisatie en randvoorwaarden van het stelsel komen in de uitwerking van het regeringsstandpunt 'Regie' dus opnieuw aan de orde.

2 Vernieuwing van inhoud

In het proces van een vernieuwde toegang tot de zorg zijn zeven functies van belang. Aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling, zorgtoewijzing (plaatsing) en case-management vormen de te onderscheiden stappen in het proces dat vragers van zorg soms geheel, soms gedeeltelijk doorlopen. Het onderscheid van de stappen is een theoretisch onderscheid dat soms wel en soms niet in de praktijk zichtbaar zal zijn. Naarmate de benodigde zorg zwaarder van karakter is, zullen de afzonderlijke stappen voor alle betrokkenen duidelijker zijn; al was het maar omdat aan die stappen meer werk vastzit. Hoe groter de gevolgen voor de cliënt, hoe groter de uitgave voor de zorg, hoe zorgvuldiger de overweging om de zorg te geven gemaakt moet worden. Daarmee is niet gezegd dat minder zware vormen van zorg nauwelijks overweging vragen. Wie bij een eerstelijnsvoorziening aanklopt, mag evenzeer verwachten dat de overwegingen van de zorgverleners doordacht en onderbouwd zijn. Stappen als aanmelding, een lichte screening en een indicatie voor kortdurende ambulante hulp zullen binnen enkele gesprekken tussen zorgvrager en zorgverlener duidelijk zijn. Hulp kan dan

wellicht binnen vijf tot tien dagen voorhanden zijn. Een beslissing tot het tijdelijk uit huis plaatsen van een jeugdige in een residentiele voorziening kan soms tien weken vergen.

In alle gevallen rust op de zorgverleners de taak de beslismomenten in hun werk vast te leggen en te verantwoorden.

3 Vernieuwing van organisatie

De organisatie van het proces van jeugdzorg omvat de kernactiviteiten van voorzieningen in de (geestelijke) jeugdgezondheidszorg, de jeugdbescherming en de jeugdhulpverlening. Het zijn deze voorzieningen die jeugdigen en/of hun opvoeders ter zijde staan bij de verduidelijking van de zorgvraag en die hen de feitelijke zorg geven. 'Regie in de jeugdzorg' gaat ervan uit dat de wijze waarop de beslissing tot zorgverlening tot stand komt in functionele zin voor alle drie de terreinen gelijk is, wáár de vraag om zorg ook is neergelegd. Op die manier is het mogelijk een overzicht te krijgen van de totale zorgbehoefte op regionaal, provinciaal en landelijk niveau en is het mogelijk de werkvelden te laten profiteren van elkaars sterke kanten. Afwegingen rond zorg zijn dan niet meer een zaak van een enkel werkveld, maar een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle drie de werkvelden.

'Regie in de jeugdzorg' en de uitwerking door de projectgroep Toegang beoogt door de functionele ordening de feitelijke toewijzing van de zorg op basis van een gedegen indicatie tot het centrale, gezamenlijke beslismoment in de jeugdzorg te maken.

Het verlenen van geïndiceerde jeugdzorg is verhoudingsgewijs slechts een klein deel in het totale aanbod aan zorg, hulp, advisering en ondersteuning is dat voor jeugdigen en/of hun opvoeders beschikbaar is. Voor elke jeugdige die in aanmerking komt voor geïndiceerde zorg zijn er vier a vijf jeugdigen die met vormen van (intensieve) ambulante hulp, ondersteuning en advisering worden geholpen. 'Regie in de jeugdzorg' kan in de uitwerking dus niet zonder een doeltreffende en doelmatige verbinding met al die voorzieningen onder gemeentelijke of provinciale regie die zulke activiteiten verrichten. Functies als aanmelding, screening en kortdurende ambulante hulp krijgen in de uitwerking van de projectgroep Toegang daarom een reikwijdte die meer omvat dan alleen de toeleiding tot geïndiceerde zorg.

4 Vernieuwing in voorwaarden

Bij een nieuwe inrichting van het stelsel van jeugdzorg en de verbinding van dat stelsel met andere vormen van jeugdbeleid is het van belang aan te geven hoe overheden, financiers en inspectie het vernieuwde stelsel toetsen en sturen, alsook hoe zorgleveranciers hun activiteiten verantwoorden.

1 Voor de gemeentelijke overheden betreft het de wijze waarop het lokaal jeugdbeleid aansluit op het stelsel van jeugdzorg. Het betreft ook de wijze waarop binnen de gemeentelijke verantwoordelijkheid zorgfuncties een plaats krijgen met ondersteuning vanuit de jeugdzorg en omgekeerd.

2 Voor provinciale overheden gaat het om de wijze waarop zij uitvoering geven aan de regio-visie en zorgen voor een adequate verbinding van zorgvraag en -aanbod op de deelterreinen van geestelijke gezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdhulpverlening alsmede het terrein van het lokaal jeugdbeleid.

3 Het rijk ziet toe op omvang en besteding van de doeluitkering jeugdhulpverlening, de wijze waarop zorgverzekeraars en zorgleveranciers uitvoering geven aan de AWBZ en beziet in hoeverre subsidies op het terrein van openbare orde strekken tot handhaving van die orde.

4 Zorgleveranciers geven aan op welke wijze zij de kwaliteit van zorg waarborgen alsmede de wijze waarop zijn voorzien in een genoegzaam aanbod van zorg.

5 Zorgleveranciers hebben de verantwoordelijkheid om zorgvragers duidelijkheid te verschaffen over toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid van het zorgaanbod en de wijze waarop zorgverstrekking geschiedt.

De vormgeving van een nieuw stelsel leidt tot nieuwe afspraken en meetpunten rond de werking van het stelsel ('piketpalen'). Immers, de consequenties van een nieuwe inrichting van de jeugdzorg moeten voor alle partijen zichtbaar en toetsbaar zijn. Dit geldt ook voor de voortgang van de beoogde veranderingen.

5 Tussen decentraal en centraal

Het regeringsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' heeft een globale omschrijving gegeven van de inrichting van een nieuw stelsel voor jeugdzorg. Provincies en werkveld is ruimte gelaten deze omschrijving in te vullen. Het regeringsstandpunt zegt dat de functies per regio zodanig geclusterd dienen te worden dat per regio een of meer fysiek herkenbare eenheden ontstaan. In de discussie naar aanleiding van 'Regie' en in navolging van de Task Force is aan deze eenheden de naam 'Bureau Jeugdzorg' gegeven. De stuurgroep 'Regie in de jeugdzorg' heeft de projectgroep Toegang opdracht gegeven het onderdeel 'toegang tot de jeugdzorg' nader gestalte te geven.

De projectgroep Toegang heeft als vertrekpunt voor haar werkzaamheden genomen dat herordening van het stelsel zich voltrekt binnen de bestaande budgettaire kaders. Dat betekent dat veranderingen tot stand moeten komen met beperkte middelen of via een proces van verdere ombouw. Zoiets kan alleen als provincies de ruimte hebben die herordening te doen op grond van de eigen beleidsruimte en beleidsvisie, toegesneden op de regionale maat. Tegelijk bestaat de noodzaak uit oogpunt van rechtsgelijkheid tot een zekere eenheid in taken en verantwoordelijkheden in het zorgstelsel. Tijdens haar werkzaamheden en de vele intensieve discussies die zijn gevoerd met klankbordgroepen van regionale projectleiders, provinciale ambtenaren, expertgroepen en met het management van voorzieningen is duidelijk geworden dat er vier gebieden liggen (op grond van het regeringsstandpunt 'Regie') die het werken op een nieuwe manier met ingang van 1 januari 1998 zichtbaar kunnen maken.

5.1 Eerste meetpunt: Afstemming gemeentelijke en provinciaal beleid

De gemeenten binnen een provinciaal zorggebied en de provinciale overheid maken afspraken over:

- de wijze waarop lokale en provinciale overheden hun verantwoordelijkheid nemen in termen van het beschikbaar stellen van middelen voor de uitvoering van de functies en de samenhang waarin zij dat doen;
- de wijze waarop en de mate waarin functies worden vervuld op gemeentelijk, regionaal of provinciaal niveau in de gezamenlijke aanpak van de toegang tot de jeugdzorg.
- de wijze waarop uitvoerende voorzieningen verantwoording afleggen over de geleverde productie;
- het aantal jeugdigen waarvoor functies als advies en informatie en (kortdurende) ambulante hulp minimaal beschikbaar zijn.

Deze afspraken zijn op hun beurt weer onderdeel van de provinciale regiovisie. Het ministerie van Justitie en de zorgverzekeraars leveren eveneens een aandeel in afspraken op dit niveau.

Toelichting

5.1.1. Samenhang

Ervaringsgegevens uit diverse regio's laten zien dat minimaal circa 4% van de jeugdigen en/of hun opvoeders gebruik maakt van voorzieningen als opvoedingswinkels, jongereninformatiepunten, kortdurende ambulante hulp van maatschappelijk werk, RIAGG's, adviesbureaus, schoolmaatschappelijk werk zonder dat een en ander hoeft te leiden tot geïndiceerde zorg. Een procent of minder van de jeugd maakt gebruik van vormen van geïndiceerde zorg.

De projectgroep Toegang heeft duidelijk gemaakt dat een bereikbaar en beschikbaar aanbod van lichte advies- en hulpvormen op lokaal en regionaal niveau niet is te verwezenlijken zonder een gecombineerde inspanning en verantwoordelijkheid van overheden en zorgfinanciers.

De meetpunten op dit terrein moeten duidelijk maken dat de functies in een toereikende mate beschikbaar zijn, samenhangen en zo nodig snelle doorleiding naar zorg waarborgen. Tegelijk kan het zo mogelijk worden inzicht te verkrijgen in het benodigde volume van activiteiten. Dat houdt in dat functies als aanmelding, screening, advies en informatie en kort-durende ambulante hulp onder zowel gemeentelijke als onder provinciale regie en financiering te plaatsen zijn.

5.1.2 Het Bureau Jeugdzorg als fysieke eenheid

In de discussie over het regeringsstandpunt 'Regie' wordt herhaaldelijk gesproken van een Bureau Jeugdzorg als één fysieke eenheid die alle zeven functies zoals eerder genoemd, vervult.

Een en ander leidt tot bijvoorbeeld het misverstand dat gemeenten het subsidie intrekken van al die voorzieningen die naar hun mening jeugdzorg geven (zoals het algemeen maatschappelijk werk) in de veronderstelling dat zo'n Bureau Jeugdzorg dat ter plaatse overneemt op kosten van de provincie. Op die manier ontstaat onvermijdelijk een grote lacune in het hele zorgaanbod, met name waar het de zorg, advisering en ondersteuning betreft in vormen van lichte en kortdurende ambulante hulp die worden gegeven mede om te voorkomen dat geïndiceerde zorg nodig is. Als gevolg van zo'n uitleg is het waarschijnlijk onmogelijk te voldoen aan redelijke eisen voor beschikbaarheid en bereikbaarheid van jeugdzorg, al was het maar omdat in vele regio's de middelen niet voorhanden zijn om tot adequate spreiding van zo'n Bureau als fysieke eenheid te komen.

De toeleiding tot de geïndiceerde zorg is geen geïsoleerd proces. Een vernieuwde toegang tot de zorg die alleen maar toeleidt naar geïndiceerde zorg is geen oplossing voor problemen van afstemming, vraagverheldering en een grotere klantgerichtheid van alle mogelijke vormen van jeugdzorg. Landelijk en provinciaal zorgbeleid dat verbonden dient te zijn met lokaal preventief en geïntegreerd jeugd beleid vraagt om regionale en lokale positionering. Dat is met de huidige middelen alleen te bereiken als voorzieningen buiten de jeugdzorg worden erkend als partners in de samenwerking en als leveranciers van functies uit het regeringsstandpunt. Die coalitie komt niet tot stand als dat allemaal moet gebeuren binnen één fysieke eenheid per regio.

De projectgroep Toegang acht het daarom gewenst een scherp onderscheid te maken tussen wat *noodzakelijk* is voor de vernieuwing van de toegang en dat wat *wenselijk* is.

Noodzakelijk zijn de veranderingen om te voldoen aan de voorwaarden rondom de cliëntgerichtheid, objectiviteit en integrale benadering. Die veranderingen zijn te bereiken met een functionele herordening. In de ogen van de projectgroep kan dat in een aantal regio's ook zonder een organisatorische herordening van de uitvoerende voorzieningen. De noodzaak tot zo'n herordening is niet per definitie gegeven. De functionele herordening kan zich uitstrekken tot deelname van gemeentelijke gefinancierde voorzieningen.

Wat wenselijk is, wordt vooral regionaal of provinciaal bepaald. Indien het regionaal mogelijk is een goed bereikbaar en beschikbaar Bureau jeugdzorg te maken als één fysieke eenheid, is er ook weinig reden daar niet toe over te gaan.

Overhaaste interpretaties van het regeringsstandpunt leiden intussen ook tot bijvoorbeeld de her en der geuite wens om de afdeling Jeugdzorg los te maken uit de RIAGG en samen te voegen met voorzieningen voor gezinsvoogdij en ambulante jeugdhulpverlening in de verwachting dat daarmee de toegang tot de zorg is geregeld. Een dergelijke organisatorische verandering is geen nadrukkelijke voorwaarde voor de gewenste functionele veranderingen. Er zijn op rijksniveau geen beslissingen genomen die een dergelijke aanpak zonder instemming van RIAGG's en zorgverzekeraars mogelijk maken. Vele RIAGG's geven te kennen hun verbindingen met het circuit van de gezondheidszorg in brede zin te willen handhaven. Het is heel wel mogelijk de RIAGG's die plaats te laten houden binnen een vernieuwde toegang tot de jeugdzorg en hun directe toegankelijkheid te handhaven. Mits de organisatie in de vervulling van de toegangsfuncties 'meegaat' in de herordening. In de functionele herordening is het besluit over toewijzing van geïndiceerde zorg in het hele werkveld een besluit dat noodzakelijkerwijs eenzelfde grondslag en besluitvormingsprocedure vraagt.

In de huidige verdeling van de doeluitkering naar plaatsende en opnemende voorzieningen gaat in het provinciale budget gemiddeld circa 5% van de middelen naar ambulante voorzieningen, 20 tot 30% naar voorzieningen voor dagbehandeling en meer dan 70% naar pleegzorg en residentiele zorg. Dat maakt dat er een uiterst bescheiden capaciteit beschikbaar is om fysieke eenheden voor alle zeven functies te vormen, zeker als deze eenheden ook een nieuwe organisatievorm moeten krijgen. In dat geval is overheveling van budgetten onafwendbaar. Provincies hebben echter geen zeggenschap over het budget van de AWBZ dat wordt aangewend ten behoeve van de RIAGG's en de kinder- en jeugdpsychiatrie en ook niet over het subsidie van het ministerie van Justitie aan het voogdij- en gezinsvoogdijwerk en de gemeentelijke uitgaven in het jeugdbeleid. Deze voorzieningen zijn bovendien belast met specifieke taken en verantwoordelijkheden en kunnen daarom maar een bescheiden aandeel leveren in een vernieuwde toegang.

De projectgroep constateert dat er op dit moment enerzijds in alle drie de werkvelden in de jeugdzorg een grote bereidheid bestaat tot het herijken en herordenen van werkzaamheden, maar dat er tegelijk grote verschillen in cultuur, deskundigheden en werkopvattingen zijn. De projectgroep meent dat er (te)veel energie en geld nodig is om de drie gebieden op dit moment onder te brengen in één fysieke eenheid. Dit geldt met name waar de functionele herordening van functies als diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing beoogt een eind te maken aan het huidige sectorale ad hoc-beleid.

Dat geldt eens te meer waar de projectgroep in het stelsel van systeemeisen duidelijk meent te kunnen maken dat met een functionele herijking van werkwijzen eenzelfde doel kan worden bereikt.

5.2 Tweede meetpunt: Afstemming tussen overheden en zorgaanbieders
Provinciale overheden en zorgaanbieders geven in een regiovisie aan op welke wijze vraag en aanbod zich verhouden en hoe doeltreffendheid en doelmatigheid worden getoetst. Op de meetmomenten in het toeleidingsproces wordt zichtbaar in hoeverre de onafhankelijke diagnostiek en indicatiestelling en de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorgtoewijzing resulteren in een beter functioneren van de jeugdzorg.

Afspraken omtrent doelmatigheid en doeltreffendheid omvatten:

- de mate waarin diagnostische arrangementen ten eerste leiden tot daadwerkelijke levering van het geïndiceerde aanbod en ten tweede de mate waarin het

geïndiceerde aanbod volgens plan wordt geleverd;

- de mate van tevredenheid van zorgvragers ten aanzien van het geleverde zorgaanbod.
 - het percentage uitval van zorgvragers in het traject van de toegang;
 - het percentage zorggebruikers dat een geïndiceerd traject niet afrondt;
 - de mate van (jaarlijkse) bijstelling van het zorgaanbod (naar inhoud en volume) op grond van geconstateerde discrepanties tussen vraag en aanbod.
- Meetpunt voor deze discrepantie vormt het verschil tussen geïndiceerd aanbod en geleverde vraag.

De kwaliteit van de uitvoering wordt zichtbaar gemaakt in de verantwoording van de voorzieningen over het niveau van kwaliteitszorg alsmede door vast te leggen (bijvoorbeeld in productieafspraken):

- de uitvoering van de systeemeisen;
- het aantal aanmeldingen voor geïndiceerde zorg;
- het aantal en soort van diagnostische arrangementen waarbij vooraf een afspraak over een minimaal productievolume nodig is;
- het aantal indicatiestellingen voor geïndiceerde zorg;
- de geleverde zorgproductie op basis van het overeengekomen volume waarmee tevens de grenzen van de acceptatieplicht zijn gegeven;
- de mate waarin vastgelegde termijnen zijn verwezenlijkt;
- de mate waarin afspraken omtrent doelmatigheid en doeltreffendheid zijn verwezenlijkt.

Toelichting

5.2.1 Onafhankelijkheid

A Bij discussies over de constructie voor een vernieuwing van de toegang beoogt het begrip onafhankelijkheid aan te geven dat opnemende voorzieningen geen invloed of zeggenschap hebben op indicatiestellingen ten behoeve van geïndiceerde zorg. Anders gezegd is de indicatiestelling verbonden met de zorgvraag en niet met het aanbod.

Onafhankelijke diagnostiek en indicatiestelling garanderen dat het budget wordt besteed aan het zorgaanbod dat een antwoord is op de werkelijke zorgvraag. Die garantie raakt zorgvragers, plaatsende voorzieningen en overheden in gelijke mate.

Naast deze inhoudelijke reden voor onafhankelijkheid zal tevens duidelijk zijn dat bedrijfseconomische overwegingen van opnemende voorzieningen geen sturing mogen geven aan de beantwoording van de zorgvraag.

Het begrip onafhankelijkheid is vanuit de inhoud positief te duiden. De zwaarte die het momenteel in de discussie heeft wordt sterk ingegeven door het negatieve perspectief op het handelen van opnemende voorzieningen. Voor het waarheidsgehalte van dit perspectief zijn geen geobjectiverde gegevens beschikbaar. Een tekort aan plaatsen of differentiaties in het zorgaanbod als zodanig kan niet gelden als bevestiging van de juistheid van de veronderstelling.

B In de beoogde constructie van een nieuwe toegang verbindt de projectgroep Toegang het begrip onafhankelijkheid met de functies diagnostiek en indicatiestelling. De diagnostiek geeft geobjectiverde oordeelsvorming over de aard van de zorgvraag. De indicatiestelling geeft een intersubjectief en geobjectiveerd oordeel over het zorgaanbod dat het beste bij de zorgvraag past.

De diagnostiek omvat een taxatie op basis van een deskundig oordeel van de problematiek. Deze taxatie kan in steeds toenemende mate alleen worden gedaan door daartoe gekwalificeerde beroepsgroepen. Elk van deze beroepsgroepen ontwikkelt eigen professionele standaarden voor de wijze waarop de taxatie wordt

verricht, de instrumenten waarmee dat wordt gedaan en de oordelen die bij het instrumentgebruik passen.

Het maatschappelijk functioneren van de beroepsgroepen wordt gegarandeerd door:

- . de formele kwalificatie voor de uitoefening van het beroep (bijvoorbeeld een academische opleiding);
- . de accreditatie binnen de beroepsgroep ten aanzien van te verrichten handelingen (bijvoorbeeld een diagnostische bevoegdheid);
- . de handhaving van de professionele standaarden door een beroepscode of tuchtrecht.

Wie gebruik wenst te maken van hun vaardigheden is ten principale onderworpen aan de wijze waarop de betreffende beroepsgroep heeft vastgelegd dat zij kan en mag handelen. (Het handelen van een orthopedagoog in het kader van diagnostiek in de jeugdzorg wordt zo vergelijkbaarder met de wijze waarop huisartsen en advocaten handelen.)

Het gebruik van het begrip onafhankelijkheid ten aanzien van de uitoefening van de functies diagnostiek en indicatiestelling kan dan ook alleen maar in dit kader.

Conclusie:

De professionele autonomie in de uitoefening van de functies diagnostiek en indicatiestelling is een noodzakelijke voorwaarde voor de verbetering van de toegang tot de zorg. In de organisatie moeten de voorwaarden worden geschapen die deze autonomie mogelijk maken.

Het aandringen op een 'onafhankelijke stichting Bureau jeugdzorg' is daarom geen antwoord op de vraag naar een adequate koppeling van zorgvraag en aanbod omdat het geen sturing kan en mag geven aan het professioneel handelen van beroepsgroepen aan wie omwille van eisen van vakbekwaamheid de uitvoering van diagnostiek en indicatie is opgedragen.

Noch directie en bestuur van een onafhankelijke stichting, noch directie en bestuur van een residentiele voorziening mogen van de beroepsbeoefenaar verwachten dat hij of zij het professioneel handelen laat bepalen door bijvoorbeeld bedrijfseconomische overwegingen van de voorziening.

Het handelen van een psycholoog in dienst van een onafhankelijk Bureau jeugdzorg of in dienst van een residentiele voorziening zal ten aanzien van een hem of haar voorgelegd diagnostisch vraagstuk altijd beantwoord moeten worden vanuit de professionele verantwoordelijkheid. Waar de betreffende beroepsbeoefenaar het handelen niet vanuit professionele protocollen of instrumenten kan verantwoorden, is er sprake van een tuchtrechtelijk probleem.

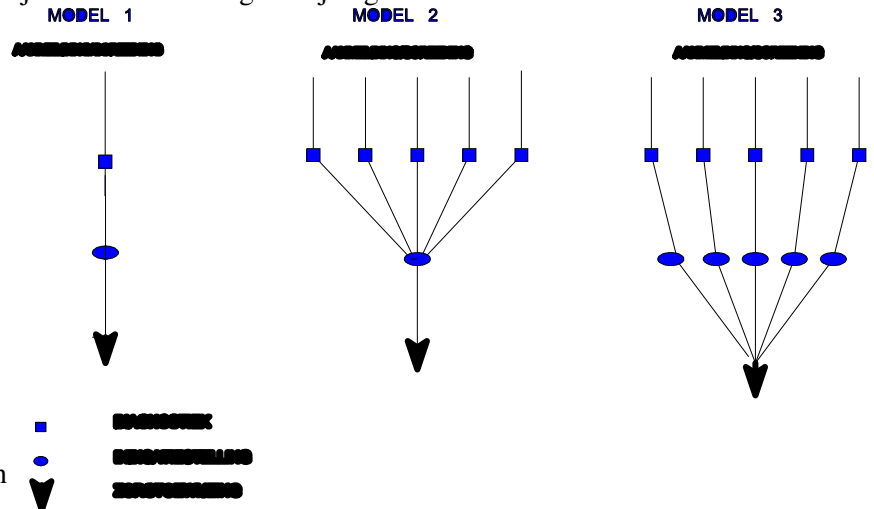
C De garantie van een onafhankelijk (professioneel) oordeel over de juiste koppeling van zorgvraag en aanbod (indicatiestelling) ligt in:

- . de omschrijving van de functies in een vernieuwde toegang;
- . afspraken met beroepsgroepen aan wie uitvoering van functies is opgedragen over de protocollering van die uitvoering (bijvoorbeeld over de validiteit van het gebruikte instrumentarium);
- . intersubjectieve toetsing van de uitvoering;
- . afspraken met voorzieningen omtrent de kwaliteitszorg rond de functies diagnostiek en indicatiestelling;
- . verantwoording naar overheden en zorgverzekeraars van de uitkomsten van het professioneel en institutioneel handelen.

5.2.2 Het begrip 'gezamenlijke verantwoordelijkheid'

Het vormgeven aan de functies uit de nieuwe toegang kan schematisch op een reeks manieren. Concrete invulling en vervulling van de systeemeisen is afhankelijk van de regionale situatie. In elk schema is er echter een centraal moment in het proces waarop alle lijnen bijeenkomen: de zorgtoewijzing.

Bij het uitwerken van de ideeën uit 'Regie in de jeugdzorg' wordt op vele plaatsen herhaaldelijk gesproken van een 'gezamenlijke verantwoordelijkheid' van plaatsende en opnemende voorzieningen voor het vervullen van de functies uit het regeringsstandpunt 'Regie'. De functionele ordening die is aangebracht in de toeleiding naar de geïndiceerde jeugdzorg vergt een zorgvuldige benadering van het begrip gezamenlijkheid.



Drie functies staan centraal:

- een geobjectiveerde analyse van de zorgvraag (diagnostiek);
- een verbinding van zorgvraag en zorgaanbod onafhankelijk van de bestaande zorgvormen (indicatiestelling);
- toewijzing van zorg in de wetenschap dat er bij opnemende voorzieningen een acceptatieplicht ontstaat ten aanzien van geïndiceerde zorgvragen.

A Diagnostiek

Een systeem eis luidt dat het proces van diagnostiek en indicatiestelling een onafhankelijke basis kent. Tegelijk mag die onafhankelijkheid het vervullen van de acceptatieplicht door zorgverlenende voorzieningen niet in de weg staan. Het proces van diagnostiek en indicatiestelling moet zo verlopen dat bestaande zorgleveranciers in staat zijn een behandelingsplan te maken zonder dat zij zijn genoodzaakt alsnog diagnostiek te verrichten die de indicatiestelling in discussie brengt. In die zin vindt er een scheiding plaats tussen diagnostiek en behandeling die nadrukkelijk niet beoogt de behandelingsdiagnostiek te onttrekken aan de zorgleveranciers.

Het is noodzakelijk dat de beroepsverenigingen in het veld van jeugdzorg de verantwoordelijkheid op zich nemen om de professionele autonomie in diagnostiek en indicatiestelling te waarborgen en te verantwoorden. De uitoefening van deze verantwoordelijkheid vraagt echter wel dat deze professionals oog hebben voor de financiële kaders die het beschikbare zorgvolume bepalen.

B Indicatiestelling

Het stellen van een indicatie op basis van de diagnostiek is naast de zorgtoewijzing een sleutelmoment in de vernieuwde procesgang. Op een aantal plaatsen in het land wordt de indicatiestelling - die voortkomt uit de diagnostiek - in een apart indicatieteam getoetst. Aan deze teams nemen professionals uit voorzieningen die geïndiceerde zorg verlenen deel. Deze toetsing geschiedt vanuit een professioneel kader en wordt met protocollen omgeven om te waarborgen dat de oordeelsvorming ook een autonoom, multi-disciplinair en multi-dimensioneel karakter heeft. Voor zover het begrip gezamenlijke verantwoordelijkheid hier in werkveld-termen aan de orde is, reikt die tot de verantwoordelijkheid een dergelijk team te voorzien van een adequate bezetting. Ze mag echter niet zover reiken dat de gedachte kan ontstaan dat voorzieningen voor geïndiceerde zorg de indicatiestelling op welke wijze dan ook aansturen.

C Zorgtoewijzing

In de opvattingen van de projectgroep Toegang is de enige functie waar gezamenlijke verantwoordelijkheid **deels** tot uitdrukking komt de zorgtoewijzing. Op basis van de (getoetste) indicatiestelling dienen plaatsende en opnemende voorzieningen tot zorglevering te komen.

Deze zorgtoewijzing kent in tegenstelling tot de voorafgaande fase onderhandelingsaspecten. De zorgvrager (jeugdigen en/of diens opvoeders) is bij vrijwillige zorgverlening altijd de uiteindelijke opdrachtgever voor de zorg. De getoetste indicatiestelling geeft aan wat er naar de mening van de deskundigen voor zorg nodig is. Het is nog de vraag of de zorgvrager die opinie kan en wil delen. Dat geldt ook vanuit de gezagsverantwoordelijkheid bij een zorgvraag in een justitieel kader waar een gezinsvoogd opdrachtgever is. Onderhandeling is tevens denkbaar ten opzichte van de locatie voor zorglevering indien er meerdere lokaties of zorgvormen mogelijk zijn. Dat geldt eveneens in die gevallen waar teruggevallen moet worden op een tweede keuze. De wijze waarop dit proces verloopt, ligt vast binnen de systeem eisen; in de vormgeving is gezamenlijke verantwoordelijkheid voor deze aspecten nodig.

In een brief aan de Tweede Kamer (kamerstuknr 24 608) stellen de minister en de staatssecretaris van VWS: 'slechts de wetgever/overheid behoort uitspraken te

doen over de aard de inhoud en de omvang van de zorg. Eveneens is het aan de wetgever voorbehouden invulling te geven aan "het zijn aangewezen op zorg" '. In de brief zeggen de bewindslieden het van belang te vinden een scheiding te hebben tussen feitelijke indicatiestelling en financiering, toewijzing en uitvoering van zorg omdat zorgaanbieders geneigd kunnen zijn te indiceren naar de mogelijkheden die zij zelf bieden. Dat geldt ook voor de financiers, aldus de bewindslieden. Zij stellen voor onafhankelijke indicatie-organen tot stand te brengen. De leden hiervan zijn niet direct bij de zorgverlening betrokken. Een indicatiestelling mag louter gebaseerd zijn op het onafhankelijk oordeel van terzake deskundige professionals.

De projectgroep Toegang vindt dat zij in de systeemeisen rond de functies diagnostiek en indicatiestelling de garanties heeft geschapen om de onafhankelijke oordeelsvorming te verankeren in de jeugdzorg.

De projectgroep meent dat de uitoefening van de functie 'zorgtoewijzing' nader beschouwing verdient omdat het gegronde vermoeden bestaat van een aanzienlijke spanning tussen beschikbaar budget en zorgvraag in de jeugdzorg. Bovendien bestaat er nu nog een fenomeen als de voorraangsregeling voor justitiële cliënten.

De indicatiestelling in de jeugdzorg dient naast de meest geëigende zorg een indicatie te bevatten van de minimaal noodzakelijke zorg. Deze twee indicaties vormen de mogelijke *zorg-bandbreedte* van de betreffende vraag.

In de zorgtoewijzing is de afweging aan de orde of de zorg binnen deze bandbreedte is te leveren en of zij is te leveren op een termijn die niet automatisch leidt tot herindicatie en alle daaraan verbonden procedures.

Voor het totaal van de zorgvragen zal het duidelijk moeten zijn wat de afweging is in urgentie tussen identieke zorgvragen. Immers, een zorgvraag vanuit justitieel kader kan minder urgent zijn dan een vrijwillige zorgvraag. Deze urgentie kan aangereikt worden vanuit de onafhankelijke indicatiestelling, ze is echter slechts op te lossen in het totaal van de lopende zorgvragen.

In de zorgtoewijzing zijn daarom van belang:

- de urgentie tussen onderling identieke zorgvragen;
- de beschikbaarheid van de geïndiceerde zorg indien aanwezig;
- de discrepantie tussen zorgvraag en beschikbaar aanbod;
- de besteding van het jaarlijks beschikbaar zorgvolume.

De uitkomst van deze afweging zou idealiter niet bepaald mogen worden door belangen van zorgaanbieders of financiers. De projectgroep Toegang beveelt daarom aan (naar analogie met de voorstellen uit de brief van de bewindslieden) een toewijzingsorgaan in het leven te roepen dat onafhankelijk is van zorgleveranciers en financiers. Uitvoerende werkers bij dit orgaan zouden ook niet bij vormen van zorglevering mogen zijn betrokken. Anders gezegd: indien een Bureau Jeugdzorg een fysieke eenheid wordt, omvat die eenheid minimaal een zorgtoewijzingsorgaan.

Het (provinciale/regionale) orgaan is per indicatiestelling verantwoordelijk voor:

- het toetsen van de indicatiestelling op de van toepassing zijnde systeemeisen;
- het vaststellen van de urgentie van de indicatiestelling ten opzichte van indicatiestellingen met identieke zorg-bandbreedtes;
 - onderzoek naar de beschikbaarheid van de geïndiceerde zorg binnen de zorg-bandbreedte;
 - de formele zorgtoewijzing.

Indien de toetsing uitwijst dat niet aan de systeemeisen is voldaan, wordt de indicatiestellende voorziening verzocht alsnog daarvoor zorg te dragen.

Indien er wel aan de eisen is voldaan en de zorg binnen de bandbreedtes verkrijgbaar is, brengt het zorgtoewijzingsorgaan opnemende voorzieningen en

case-manager bijeen teneinde te komen tot een concreet zorgaanbod. De volgorde van levering wordt bepaald door de urgentie ten opzichte van de indicatiestellingen voor gelijke zorg-bandbreedtes. De uitspraken van het zorgtoewijzingsorgaan ten opzichte van de urgentie zijn bindend voor plaatsende en opnemende voorzieningen.

Indien de geïndiceerde zorg binnen de bandbreedte niet leverbaar is, zal een andere handelswijze nodig zijn. De projectgroep beveelt aan in elke provincie een deel van het zorgbudget te reserveren voor zorgvragen die een urgent karakter hebben en waarvoor de geïndiceerde zorg niet beschikbaar is in volume of vorm.

Het zorgtoewijzingsorgaan heeft de mogelijkheid van dit aparte budget aan de geïndiceerde zorgbreedte een budget te verbinden en via dit budget te voorzien in de zorgbehoefte. Het orgaan legt jaarlijks verantwoording af over deze bestedingen. De projectgroep verwacht dat naarmate de zorgprogrammering meer haar intrede doet, de behoefte aan een dergelijke bestedingsruimte vermindert, zo niet verdwijnt.

Het zorgtoewijzingsorgaan is met het oog op deze aanpak verantwoordelijk voor:

- het registreren van discrepantie tussen vraag en aanbod;
- de zorgtoewijzing uit het 'zwevend' budget;
- verantwoording van de besteding van dit budget.

Naar verwachting is het nodig een instrument te ontwikkelen voor de urgentie-bepaling tussen identieke zorgvragen.

5.3 Derde meetpunt

Op basis van het totaal aan regio-visies legt het rijk verantwoording af in het Macro-kader. Dit macro-kader is tevens richtsnoer voor afspraken met de vertegenwoordigers van zorgleveranciers programmatie vernieuwing in het aanbod.

5.4 Vierde meetpunt

Zorgleveranciers komen met de financiers een stelsel van 'Leidschendam-afspraken' overeen waarin de doelstellingen van kwaliteitszorg en de wijze van verantwoording is vastgelegd. De zorgleveranciers hebben een resultaat-verplichting ten aanzien van de kwaliteitszorg.

Paul Nota,
Bob van der Schaft,
Tom van Yperen

Bijlage: Enige kostenaspecten van de nieuwe constructie voor de toegang tot de jeugdzorg

Deze exercitie beoogt enige kostenaspecten van een vernieuwde toegang tot de jeugdzorg te berekenen op basis van de functies die rondom die toegang worden vervuld. Het is een vingeroefening uitgaande van een aantal aannamen. Voor elke regio kunnen afwijkende aannamen worden ingevoerd ten aanzien van bijvoorbeeld het aantal jeugdigen of ten aanzien van dagdelen en prijsverhoudingen.

Stap 1. Zorgvolume

Het uitgangspunt is een model-regio waarin 100.000 jeugdigen wonen tussen 0 en 18 jaar.

Op basis van rapporten van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is het percentage jeugdigen met min of meer ernstige psycho-sociale of psychiatrische problematiek op 5% van het totaal aantal jeugdigen gesteld.

Het WRR-rapport en de SCP-rapportage geven aan dat het met 85% van de jeugd goed gaat en dat 15% met problemen te maken kan hebben in de groei naar volwassenheid. Deze populatie van vijftien procent vertoont geen identieke problemen, maar kent wel gradaties in de ernst van de problematiek. Uit dit deel van 15% van de jeugd zou een derde deel, oftewel 5% van het totaal aantal jeugdigen, min of meer ernstige problematiek vertonen. Deze 5% wordt in dit stuk gezien als het 'zorgvolume' waarmee een nieuwe inrichting van de toegang te maken kan krijgen.

Het aantal jeugdigen (en/of hun opvoeders) dat minimaal voor enigerlei vorm van zorg (geïndiceerd of niet) alsmede advies en informatie in aanmerking komt, bedraagt dus 5000 jeugdigen.

In de model-regio is het zorgvolume 5000 jeugdigen.

Stap 2. Verdeling van het zorgvolume

Uit ervaringsgegevens en het beschikbaar budget op provinciaal niveau is een verdeling te maken voor de intensiteit van de zorg.

- Op jaarbasis 4% van de jeugdigen is te helpen met niet-geïndiceerde zorg (advies en informatie en de diverse vormen van ambulante hulp).
- Op jaarbasis komt 1% van de jeugdigen voor geïndiceerde zorg in aanmerking.

Op basis van ervaringsgegevens (bijvoorbeeld registraties van JAC's en

RIAGG's) wordt aangenomen dat **binnen** het volume vrij toegankelijke zorg:

-2% van het totaal aantal jeugdigen in de regio in de niet-geïndiceerde zorg met vormen van *ambulante hulp* wordt geholpen (met een gemiddelde van 12 face-to-face contacten) en dat

-2% van het totaal aantal jeugdigen en/of hun opvoeders met *advies en informatie zoals* omschreven in de systeemeisen-notitie van de projectgroep Toegang (met een gemiddelde van 3 face-to-face contacten) wordt geholpen.

Het is de vraag waar het aantal cliënten dat langer dan zes maanden ingeschreven bij de RIAGG thuishoort. De bekostiging van deze hulp loopt via de AWBZ en heet daar een 'verstrekking'.

De huidige Wet op de jeugdhulpverlening kent geen geïndiceerde ambulante hulp.

Beide vormen van zorg zijn hier gerekend tot de niet-geïndiceerde (intensievere) ambulante hulp en beogen dus 2% van de populatie te voorzien van hulp. De projectgroep is overigens wel geneigd cliënten met een dergelijke inschrijvingsduur bij het Riagg te rekenen tot de geïndiceerde zorg. Dat geldt ook voor traject 4 uit de normvoorstellen ambulante hulp van de VOG. In de definitie van deze trajecten is opgenomen dat een diagnose en indicatiestelling deel uitmaken van het traject. Verderop wordt nog ingegaan op de budgettaire kanten van deze zaak.

Stap 3. **Kosten van het zorgvolume**

1 De kosten van het volume 2% jeugdigen dat met (intensievere) ambulante hulp wordt geholpen, is berekend vanuit het traject 4 voor de normharmonisatie ambulante hulp. Het uitgangspunt daarvoor is een zorg die zich uitstrekt over gemiddeld 12 face-to-face contacten met een prijs van 330 gulden per contact. Een contact heeft een tijdsduur van 3 uur en omvat voor- en nawerk voor de professional. De prijs van een traject van 12 contacten is dus 12×330 gulden = 3960 gulden.

Dit volume (intensievere) niet-geïndiceerde zorg (waarin functies als aanmelding, screening / basisdiagnostiek zijn verwerkt) kost voor de modelregio 7.920.000 gulden.

Het gaat om 2000 jeugdigen en/of hun opvoeders en de kosten zijn dan 2000×3960 gulden. In dit bedrag zijn alle organisatiekosten verwerkt met uitzondering van de huisvesting.

2 De kosten van het volume 2% jeugdigen dat met (lichte) vormen van ambulante hulp wordt geholpen, is berekend met behulp van het gegeven dat deze hulp een gemiddelde van 3 face-to-face contacten kan omvatten met een prijs van 330 gulden per contact. De prijs van een zorgpakket is dan 990 gulden.

Dit volume (lichte) niet-geïndiceerde zorg (waarin functies als advies en informatie en consulatie en deskundigheidsbevordering zijn opgenomen) kost voor de model-regio 1.980.000 gulden.

De prijs komt tot stand door het aantal cliënten te vermenigvuldigen met de prijs per hulpverlening: 2000×990 gulden. Het aantal inschrijvingen bij de Riagg met een duur van minder dan zes maanden maakt deel uit van dit volume.

3 Het totale volume ambulante zorg kost dan voor 4% van de totale populatie jeugdigen 9.900.000 gulden.

4 Voor 1% van de jeugdigen in de regio is geïndiceerde zorg nodig. Deze zorg wordt alleen verstrekt als de functies diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing adequaat zijn verricht. Voor een nieuwe inrichting van de toegang is het van belang te weten welke kosten zijn gemoeid met de vervulling van deze functies oftewel de berekening van de benodigde diagnostische capaciteit. Het is daarbij niet relevant waar deze diagnostiek wordt verricht of wie het doet. Het gaat om de capaciteit die nodig is in het systeem jeugdzorg voor een goede toeleiding van alle jeugdigen waarvoor geïndiceerde zorg nodig is.

Er dienen 1000 jeugdigen op jaarbasis gediagnostiseerd en geïndiceerd te worden. De projectgroep hanteert voor een *gemiddeld diagnostisch arrangement* een tijd van 4 dagdelen oftewel *16 uur*. Deze arbitraire keuze is gemaakt op basis van de ervaring dat een diagnostische arrangement bij de universiteiten (ambulatoria) - die gezien kunnen worden als een zware vorm van diagnostiek - 5 dagdelen

vergt. Voor het gemiddelde van de populatie heeft de projectgroep voor 4 dagdelen gekozen.
 Voor 1000 jeugdigen vergt diagnostiek en indicatiestelling dus 16.000 mensuren.
 Bij een effectieve werktijd van 1245 uur per werknemer per jaar is er 12,85 FTE nodig om in een en ander te voorzien (16.000/1245).
 Met een gemiddeld bruto loonsom van 100.000 gulden kost dat 1.285.000 gulden.
 Aan dit bedrag wordt een (vermoedelijk te laag) bedrag aan overhead, organisatie etc. toegevoegd van 20%, zijnde 257.000 gulden.
 Het verrichten van de functies diagnose en indicatiestelling kost dus per 1000 jeugdigen 1.542.000 gulden. Oftewel 1542 gulden per jeugdige uit de 1%-groep die geïndiceerde zorg vereist.

Uit het cijfermateriaal van de regio Utrecht heeft de projectgroep berekend dat het daar werkende PIT-team dat de indicaties toetst en de zorgtoewijzing regelt, per jeugdige 350 gulden kost (all-in inclusief in dit geval huisvesting).
 In dit bedrag zijn opgenomen een secretariaat, huisvesting en organisatie daarvan en de professionele uren gemoeid met toetsing en toewijzing.

Het diagnostiseren van 1000 jeugdigen kost dus per jeugdige totaal 1892 gulden.

Het verrichten van de functies diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing komt voor de model-regio op in totaal 1,89 miljoen gulden.

De functies aanmelding, screening, vrij-toegankelijke ambulante hulp, diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing kosten een model-regio met 100.000 jeugdigen waarvan 5% in jeugdzorg aandacht krijgt 11,79 miljoen gulden.

Aanmelding, screening/advies en informatie/ consultatie en deskundigheidsbevordering

f 1.980.000

Vrij-toegankelijke ambulante hulp met een intensiever karakter f7.920.000

Diagnose, indicatiestelling en zorgtoewijzing

f 1.890.000

De jeugdigen die uithuis worden geplaatst op basis van een OTS zijn qua basis-functies (diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing) in deze berekening verdisconteerd. Dat geldt niet voor het werk aan case-management dat de (gezins)voogdij-voorziening verricht. De jeugdigen die wel onder toezicht staan, maar niet uithuis worden geplaatst zijn voor ambulante hulp verrekend in de intensieve ambulante trajecten alweer met uitzondering van het case-management. Om per regio een model-berekening na te kunnen bouwen is het van belang over de cijfers van de Riagg's te beschikken en deze toe te rekenen aan de juiste functies.

Wat niet in de berekening is meegenomen is het volume van het algemeen maatschappelijk werk in jeugdhulpverlening. Verder moet opgemerkt worden dat vanuit de projectgroep nader wordt bezien of de hier gebruikte afbakening om onderscheid te maken tussen licht en intensief ambulant terecht is. Het NIZW verricht onderzoek naar nadere onderbouwing en afbakening van de ambulante hulp.

Per regio is het mogelijk te bezien wat de capaciteit aan geïndiceerde zorg feitelijk is. Het provinciaal plan geeft aan wat de goedgekeurde capaciteit is. Alle erkende capaciteit in de jeugdhulpverlening omvat pleegzorg (met TGV), semi-residentiele zorg en residentiele zorg. Als een uitspraak beschikbaar is over de vraag welke ambulante capaciteit tot geïndiceerde zorg wordt gerekend, is het mogelijk

capaciteiten (van bijvoorbeeld de Riagg's) te herordenen rond de diverse functies en zorgvormen.

De capaciteit is weer te geven in % van de totale populatie jeugdigen.

Indien men de overstap wil maken naar de vraag hoeveel indicaties op jaarbasis tot stand komen is het nodig van cliënten in de onderscheiden varianten de verblijfsduur te berekenen.

Een capaciteit van 30 plaatsen in een TGV met een gemiddelde verblijfsduur van 3 jaar, betekent dat er per jaar gemiddeld tien indicaties TGV gesteld kunnen worden. Een dergelijke berekening over alle varianten geeft een gemiddelde verblijfsduur voor het totaal van de varianten en dus een aanduiding van de benodigde indicatiestellingen op jaarbasis. In dit volume is een taxatie opgenomen van het aantal indicaties van gezinsvoogdij-voorzieningen en andere plaatsers voor cliënten die buiten de regio worden geplaatst.

Concrete cijfers per regio kunnen een en ander verscherpen naar de berekeningen. Van pupillen van de gezinsvoogdij-voorzieningen die niet in geïndiceerde zorg verblijven, wordt verondersteld dat zij deel uitmaken van het volume niet-geïndiceerde zorg voor zover het gaat om activiteiten die geen case-management betreffen. Vormen van kort-durende ambulante hulp vanuit de gezinsvoogdij zijn zodoende in het rekenmodel opgenomen.

De projectgroep acht een bedrag van een kleine 1890 gulden om te zorgen dat een hulpvrager op de goede plaats in de zorg terecht komt, een geringe investering.

Waar per jaar in pleegzorg circa 15.000 gulden wordt uitgegeven, in semi-residentieel tussen de 40.000 en de 50.000 gulden en in residentieel werk tussen de 60.000 en de 80.000 gulden is 1890 gulden een verhoudingsgewijs bescheiden investering om te zorgen dat de beschikbare capaciteit goed wordt toegewezen en benut.

Waarschuwing: Berekeningen op deze basis geven een globale aanduiding. Op dergelijk cijfermateriaal geldt de wet van de grote getallen. Concrete afwijkingen kunnen daarom van marginaler omvang zijn dan verwacht.

Bijlage: De begrippen prediagnostiek, screening en (basis)diagnostiek

Inleiding

Over diagnostiek wordt in de literatuur redelijk veel gepubliceerd. Er worden verschillende termen gebruikt om het proces aan te duiden van duidelijking van de problematiek en bepaling van welke behandelingsmogelijkheden er zijn. Onder het algemene concept 'diagnostiek' treft men begrippen aan als intake, screening, basisdiagnostiek, verklarende diagnostiek, verdiepingsdiagnostiek, indicerende diagnostiek, enzovoorts.

In het regeringsstandpunt 'Regie in de jeugdzorg' worden de termen prediagnostiek en diagnostiek gebruikt om twee onderscheiden functies aan te duiden. In discussies over de invulling van die functies blijken verschillende begrippen te worden gebruikt die voor verwarring zorgen. Zo wordt de term 'basisdiagnostiek' gebruikt om een vorm van prediagnostiek of screening aan te duiden, andere keren wordt het begrip gebruikt in het kader van de functie 'diagnostiek'.

Deze notitie biedt ter verheldering een beknopte plaatsbepaling van verschillende begrippen. In handreikingen die verschijnen naar aanleiding van de systeemeisen zal op dit onderwerp nader worden ingegaan.

Enkele begrippen toegelicht

- *Prediagnostiek.* Letterlijk zou men onder prediagnostiek kunnen verstaan een proces van oordeelsvorming dat aan de diagnostiek vooraf gaat ('pre' betekent immers 'voor'). Het begrip valt min of meer samen met de term 'intake', zoals dat bij verschillende instellingen wordt gebruikt. Prediagnostiek moet een beslissing mogelijk maken over de vraag of een vrij toegankelijke vorm van hulpverlening, een intensiever diagnostisch- en hulpverleningstraject, of geen van beide nodig is. Feitelijk gaat het hier om een proces waar diagnostische oordeelsvorming, zij het vaak beperkt, wel degelijk een rol speelt. De letterlijke betekenis van prediagnostiek geeft dan ook niet helemaal weer wat er in deze functie feitelijk gebeurt.
- *Screening.* Screening omvat een eerste analyse van de hulpvraag. Daartoe worden de belangrijkste leefgebieden van een jeugdige systematisch en zonder al te veel diepgang nagelopen, met daarop volgend een globale oordeelsvorming die een beperkt aantal beslissingen mogelijk maakt. Screening wordt in de praktijk vaak geplaatst in de eerste fasen van de hulpverleningscyclus, om een eerste, globale oriëntatie te krijgen op de aanwezige problemen, de oorzaken en om een eerste beslissing te kunnen nemen over hulpverleningstrajecten of trajecten voor verdere diagnostiek die hier in aanmerking lijken te komen. De breedte en de diepte van de screening kan verschillen. er zijn vormen van screening die zeer oppervlakkig en in de breedte beperkt zijn. Er bestaan echter ook vormen die bijzonder uitgebreid zijn.
- *Basisdiagnostiek.* De term 'basisdiagnostiek' is in de jeugdhulpverlening recentelijk geïntroduceerd door Van der Ploeg en Scholte en heeft inmiddels op veel plaatsen ingang gevonden. De term geeft het op systematische wijze verzamelen aan van een vaste reeks psychosociale gegevens over de jeugdige en zijn omgeving, en de ordening van deze gegevens tot een overzichtelijk geheel. Het ontstane beeld kan gebruikt worden als leidraad bij het uitzetten van een traject van hulpverlening. In relatie tot het begrip wordt vaak de Vragenlijst Sociale en Pedagogische Situatie (VSPS) genoemd als middel waarmee basisdiagnostiek kan worden bedreven (zie ook Scholte, 1993).

• *Diagnostiek*. De vraag wat diagnostiek precies is, kan discussie opleveren, omdat het begrip op nogal verschillende manieren wordt ingevuld. Ook zijn er allerlei afgeleide begrippen in omloop, zoals classificerende diagnostiek, verklarende diagnostiek, indicerende diagnostiek, plaatsingsdiagnostiek, evaluatieve diagnostiek etcetera. Daarnaast hanteren verschillende disciplines de begrippen diagnostiek en diagnose niet eenvormig. De projectgroep Toegang definieert de overkoepelende term 'diagnostiek' als: 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 worden gebracht.

Verschillen en overlap. De toelichting op de begrippen laat zien dat er sprake is van verschil en overlap. Een verschil tussen screening en diagnostiek is ondermeer dat screening een globale oordeelsvorming mogelijk maakt, terwijl diagnostiek moet leiden tot een gedetailleerd beeld. Een overlap bestaat in het feit dat zowel screening als diagnostiek gericht zijn op oordeelsvorming over de vraag wat er aan de hand is en wat er aan vervoltraject nodig is.

Ook uit de beschrijving van screening en basisdiagnostiek blijkt een duidelijke overlap. Het verschil lijkt hierin te bestaan, dat screening zowel in lichte als in uitgebreide (zware) varianten kan voorkomen, terwijl men bij basisdiagnostiek al gauw denkt aan uitsluitend de uitgebreide vorm van screening. Helemaal duidelijk is het onderscheid echter niet.

Het onderscheid tussen prediagnostiek en diagnostiek

De vraag is: horen screening en basisdiagnostiek nu primair thuis in de prediagnostiek of kunnen ze (ook) tot de diagnostiek worden gerekend? Om dit te bepalen moet men de doelstelling van prediagnostiek en diagnostiek in beschouwing nemen.

Het belangrijkste doel van *prediagnostiek* is dat er een scheiding wordt gemaakt in gevallen voor vrij toegankelijke hulpverlening en gevallen waarvoor een intensiever traject nodig is. De informatie die men voor deze scheiding nodig heeft, hoeft niet altijd even uitgebreid te zijn. Grofweg zijn er drie soorten gevallen te onderscheiden:

- gevallen waarbij op grond van de aanmelding al direct duidelijk is dat er vrij toegankelijke of niet-vrij toegankelijke hulp geboden is (zoals bij crisissituaties);
- gevallen waarbij een lichte vorm van screening nodig is om een goed besluit te kunnen nemen;
- gevallen waarbij er een uitgebreide vorm van screening of basisdiagnostiek nodig is om een goed besluit te kunnen nemen.

Het is weinig voor de hand liggend *alle* cliënten die zich bij de toegang aanmelden aan de zwaarste vorm van screening (of aan basisdiagnostiek) te onderwerpen. Het is immers weinig efficiënt (en daarom te kostbaar) om in veel gevallen informatie te verzamelen die men eigenlijk, gezien de te nemen beslissing, niet nodig heeft. Bovendien is het de vraag of men van de cliënten allerlei informatie mag vragen, die men meestal toch niet gebruikt.

De projectgroep Toegang beschouwd de screening als het belangrijkste kenmerk van de prediagnose. Om hierover duidelijkheid te scheppen, wordt in de tekst van de systeemeisen dan ook steeds gesproken van screening. Zij gaat er echter tevens van uit dat voor de meeste cliënten een lichte vorm van screening zal volstaan. Slechts voor twijfelgevallen bij de vraag welk vervoltraject moet worden ingezet, zal een zwaardere screening of basisdiagnostiek nodig zijn.

Het doel van *diagnostiek* is het opbouwen van een gedetailleerd beeld van de problematiek van de jeugdige en het cliëntsysteem. Om aan te duiden wat de reikwijdte van de detaillering moet zijn, is het handig te spreken in termen van

'diagnostische arrangementen'. Een arrangemente omvat een specifieke combinatie van diagnostische activiteiten, te typeren naar aard (doelstelling), omvang en benodigd specialisme.

Een zware vorm van screening of basisdiagnostiek zou men kunnen zien als een licht diagnostisch arrangement. Het is een vorm van diagnostiek die weliswaar uitgebreid is, maar niet diepgaand. De vereiste graad van specialisatie is niet hoog. Daarnaast zijn er arrangementen denkbaar die op aspecten dieper ingaan en/of waarvoor meer specialisme nodig is.

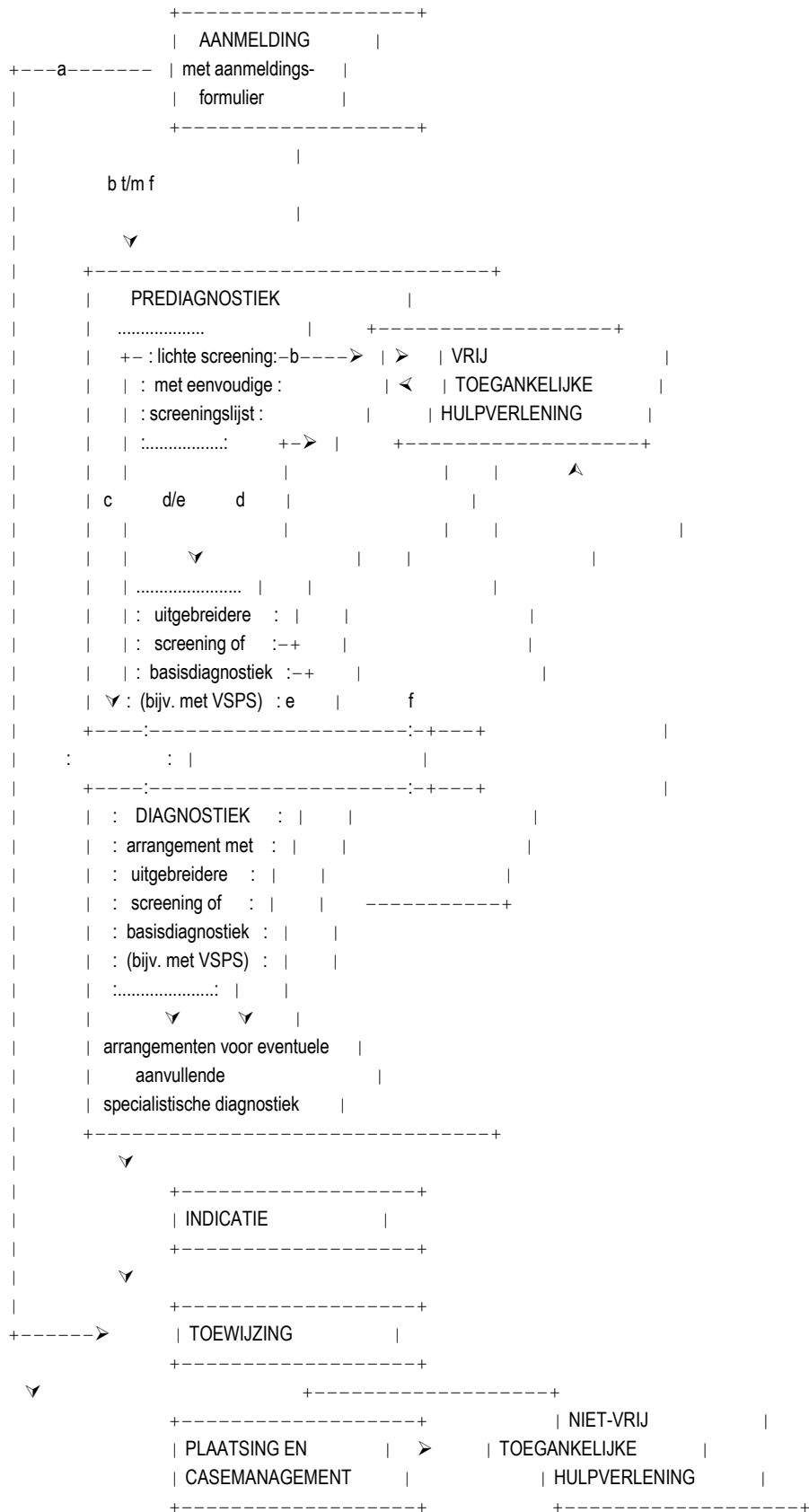
De conclusie is dat er geen scherpe scheidslijn te trekken is tussen wat nu precies tot prediagnostiek moet worden gerekend en wat tot diagnostiek. Lichte screening lijkt het meest gebruikelijk in de prediagnostiek. Zwaardere vormen van screening en basisdiagnostiek bevinden zich feitelijk in het overgangsgedebied van wat de één tot de functie prediagnostiek rekent en de ander tot de functie diagnostiek. In welke functie(s) men het plaatst is een kwestie van goede onderlinge afstemming.

Illustraties: routes in screening, basisdiagnostiek en diagnostiek

De volgende figuur laat enkele routes van cliënten zien die op verschillende momenten te maken kunnen krijgen met screening, basisdiagnostiek en diagnostiek. Het gaat hier om *voorbeelden*. er zijn nog meer en andere routes denkbaar.

- *Route a* loopt van de aanmelding direkt door naar de intensieve hulp, bijvoorbeeld in het kader van crisisinterventie.
- *Route b* geeft de situatie weer, waarbij er na de aanmelding eerst een betrekkelijk lichte screening volgt, waarop wordt besloten tot eenvoudige ambulante hulp. Ook is hier mogelijk dat er na aanmelding direct wordt overgegaan tot vrij toegankelijke hulp, met een 'ingebouwde' lichte screening.
- *Route c* maakt het mogelijk direct na een lichte screening door te stappen naar het intensievere traject van specialistische diagnostiek en hulpverlening. Soms zal er in het intensievere traject eerst een uitgebreide vorm van screening (of basisdiagnostiek) worden gedaan om te bepalen welke hulp of welk diagnostisch arrangement er verder nodig is. Of deze uitgebreidere screening hier kan of mag worden gedaan, is ondermeer afhankelijk van afspraken die men heeft gemaakt over de informatie die bij de aanvang van de functie diagnostiek aanwezig moet zijn.
- *Route d of e* wordt bijvoorbeeld gevolgd als men na de eerste screening nog twijfelt over de vraag of nu wel of niet een intensiever traject op zijn plaats is. In dat geval kan men vóór die beslissing nog een moment inbouwen van verdere exploratie via een uitgebreidere screening. Voorziet men bij de aanmelding al dat een zwaardere screening van belang is, dan slaat men de lichte screening over en zet men bijvoorbeeld direct basisdiagnostiek in gang. Afhankelijk van de uitkomst gaat men alsnog naar de eenvoudige ambulante hulp (d) of daar het intensievere traject (e). Volgt men route e, dan is in de diagnostiek een uitgebreide screening niet meer nodig. Of deze vorm van uitgebreide screening of basisdiagnostiek tot de functie prediagnostiek wordt gerekend, of als een licht diagnostisch arrangement wordt beschouwd, is afhankelijk van de afspraken die hierover zijn gemaakt.
- *Route f* geeft de situatie weer, waarbij er een verwijzing plaats vindt naar de eenvoudige ambulante hulp, nadat men eerst het intensievere diagnostische traject is ingegaan.

Tussen het blokje van screening en eenvoudig ambulante hulp staan twee pijltjes. Deze geven aan dat de screening eventueel tijdens de eenvoudige ambulante hulp kan plaatsvinden.



Bijlage: Modellen voor de organisatie van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing

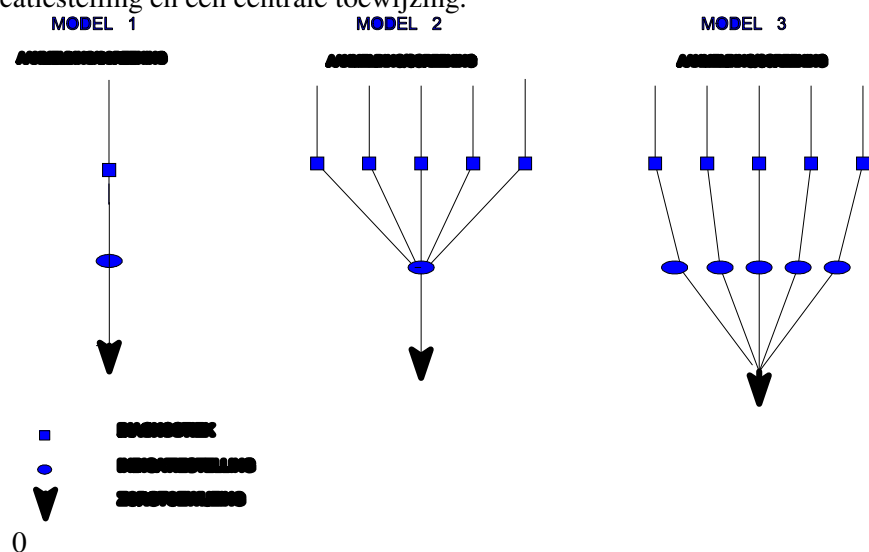
Inleiding

In de beschrijving van de systeemeisen is niet ingegaan op de vraag hoe de diagnostiek, indicatiestelling en de toewijzing het best kan worden georganiseerd. De projectgroep Toegang heeft volstaan met het aangeven van de belangrijkste principes die bepalend zijn voor de eisen die aan de functies worden gesteld. Tegelijk constateert de projectgroep dat er veel behoefte is aan een nadere discussie over de vraag hoe het een en ander in de praktijk kan worden georganiseerd. Het antwoord op deze vraag bestaat niet in de presentatie van één ideaal-model. Er zijn verschillende aspecten die bij de organisatie van de diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing van belang zijn:

- kunnen de functies centraal of decentraal worden uitgevoerd?
 - kunnen de functies door verschillende of dezelfde personen, teams of instanties worden uitgevoerd?
 - hoe is de onafhankelijkheid in de uitvoering van de functies organisatorisch te bevorderen?
- In deze notitie wil de projectgroep enkele keuzemomenten kort bespreken.

Basismodel

De onderstaande figuur geeft modellen die bij de organisatie van de diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing mogelijk zijn. Model 1 schetst een opzet waarbij de functies allen centraal worden uitgevoerd. Model 2 gaat uit van een diagnostiek die op verschillende plaatsen kan worden bedreven, en een centraal indicatie- en toewijzingsteam. Model 3 geeft een opzet aan van een decentrale diagnostiek en indicatiestelling en een centrale toewijzing.



Een aantal essentiële keuzes die aan de orde zijn bij de organisatie zullen hier verder afzonderlijk worden besproken, uitgaande van de basismodellen.

Centraal of decentraal

Het antwoord op de vraag of de functies centraal of decentraal moet worden geplaatst ligt voor een deel vast: in ieder geval geschiedt de zorgtoewijzing op één plaats in de regio. Voor het overige kunnen de diagnostiek en de indicatiestelling verschillend zijn georganiseerd. In het hoofdstuk over de functies diagnostiek en indicatiestelling wees de projectgroep erop dat de specialistische aard van de functies en de noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking mogelijk aanleiding geven tot een regionale concentratie in één of slechts enkele locaties. De noodzaak van de toegankelijkheid van de functies voor de cliënt pleit daarentegen weer voor een deconcentratie. De projectgroep wees ook op de mogelijkheid bij de keuze voor een model onderscheid te maken in verschillende diagnostische arrangementen. De uitvoeringscapaciteit die nodig is voor lichte arrangementen, moet

op veel plaatsen beschikbaar zijn. Deze lichte arrangementen moeten daarom op lokaal niveau of in centrumgemeenten uitgevoerd kunnen worden. Zware arrangementen die vragen om bijzondere specialismen lenen zich voor meer concentratie.

Verschillende of dezelfde teams

Een tweede keuzemoment betreft de vraag of de functies door één en hetzelfde team (of dezelfde persoon) kunnen worden uitgevoerd, of dat er sprake is van verschillende stappen die door verschillende teams of personen dienen te worden uitgevoerd. Overwegingen van efficiëntie en continuïteit pleiten sterk voor een diagnostiek en een indicatiestelling die zoveel mogelijk in één hand (één team, één persoon) worden gehouden. Essentieel is dan wel dat bij de indicatiestelling de inhoudelijk-intersubjectieve toetsing is gewaarborgd.

Bij de toewijzing gaat het om een anderssoortige functie, waarin inhoudelijke overwegingen minder aan de orde zijn, en procedureel toetsen en het matchen van de vraag en het aanbod op de voorgrond staan. Om die reden is een scheiding tussen enerzijds personen, teams of instanties die aan de diagnostiek en de indicatiestelling uitvoering geven en anderzijds die de zorgtoewijzing plegen minder bezwaarlijk.

Organisatie van de onafhankelijkheid

In de diagnostiek en de indicatiestelling geldt de onafhankelijkheid (de professionele autonomie) waaronder de beeld- en besluitvorming tot stand komt als een belangrijk principe. Bij zorgtoewijzing is van belang dat er, onder een onafhankelijk voorzitterschap, een goede matching komt tussen de vraag van de cliënt/plaatser en het aanbod van de zorginstellingen.

Op dit moment ziet de projectgroep Toegang drie organisatievormen in de regio's ontstaan die functies van diagnostiek en indicatiestelling verder scheiden van de uitvoering.

1 Aparte organisaties. Een mogelijkheid om de onafhankelijkheid vorm te geven is het onderbrengen van de functies in een aparte organisatie, los van de aanbieders van zorg. Dit houdt in:

- een aparte rechtspersoon, met een eigen bestuur;
- geen personele unie met het bestuur van de mfo's;
- een eigen rechtstreekse subsidierelatie met de financier(s);
- een casemanager vormt de vaste aanspreekpersoon van de cliënt.

2 Gescheiden verantwoordelijkheden binnen één organisatie. In sommige regio's zijn of worden organisaties gevormd waarin de functies in de toegang en de uitvoering van de hulpverlening zijn samengebracht. In deze constructie wordt een gescheiden verantwoordelijkheid ten aanzien van de diagnostiek en indicatiestelling vastgelegd door:

- de beslissingsbevoegdheid bij deze functies te leggen bij een aparte divisie die belast is met deze functies;
- afzonderlijke verantwoording van deze functies naar de financier, die garandeert dat er geen vermenging op grond van financiële belangen kan optreden;
- expliciete regeling van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de gezinsvoogdij-instelling voor zaken met een ondertoezichtstelling.

3 Gezamenlijke onderneming. Een derde mogelijkheid is het vormgeven van de functies als een 'joint venture' van plaatsende en uitvoerende instellingen. De beslissingsbevoegdheden liggen bij een team. Bij staken van de stemmen heeft het teamhoofd (resp de voorzitter) een doorslaggevende invloed. Het teamhoofd behoort dan geen werknemer te zijn van een der uitvoerende voorzieningen in de regio. Bij deze vorm kan de inhoudelijke know how van de uitvoerende voorzieningen worden benut voor een diagnostiek die een bruikbare basis vormt voor een doeltreffende indicatiestelling en hulpverleningsplanning.

De projectgroep spreekt geen absolute voorkeur uit voor een van deze drie opties. De projectgroep is wel van mening dat in mogelijkheid 2 (gescheiden verantwoordelijkheden binnen één organisatie) het moeilijk is zelfs de schijn van belangenverstrengeling ten opzichte van de buitenwereld (de publieke opinie, de politiek) te vermijden. Daarom is de projectgroep van mening dat regio's die

kiezen voor deze optie een extra verantwoordelijkheid hebben om vast te leggen en uit te werken hoe de gescheiden verantwoordelijkheden worden gegarandeerd. Daarnaast zal ook in een dergelijke constructie het zorgtoewijzingsorgaan altijd moeten worden voorzien van een voorzitter die geen werknemer is van een der uitvoerende voorzieningen.

Leden van het Platform van regionale procesmanagers van veranderingen in de Jeugdzorg

- Boekhout, de heer G. GGD-Flevoland
Postbus 1120 8200 BC Lelystad
- Boonen, de heer P. SJ Limburg
Postbus 972 6040 AZ Roermond
- Bouman, de heer A. RSJ Haaglanden
Torenstraat 172 2513 BW Den Haag
- Braak, de heer J. van den Plangroep Het Gooi
Nieuwe Leliestraat 15
1015 SH Amsterdam
- Breunesse, mevrouw M.J. Ministerie van VWS, DJB
Postbus 5406 2280 HK Rijswijk
- Deijkers, mevrouw E. VeDiVo
Nieuwegracht 98 3512 LX Utrecht
- Dijk, de heer R. van Provincie Overijssel
Postbus 10078 8000 GB Zwolle
- Ebbenhorst, de heer M. Federatie Jeugdhulpverlening
Postbus 3251 2001 DG Haarlem
- Gilse , mevrouw M. van Samenwerkingsverband JHV Gelderland 3
Boulevard Heuvelink 2 6828 KP Arnhem
- Gommers, de heer P. Program
Postbus 25196 3001 HD Rotterdam
- Grisnich, mevrouw F. Provinciaal Ontwikkelings Instituut Z&W
Postbus 1489 9701 BL Groningen
- Groen, mevrouw drs. A.L.M. Ministerie van Justitie
Postbus 20201 2500 EH Den Haag
- Harten-Oudijk, mevrouw J.A. van Vossenbrink 29 7491 DH Delden
- Houbraken, de heer W. RSJ Zuidoost-Brabant
dr. Poletlaan 1 5626 NC Eindhoven
- Jonge, de heer J. de Jeugdzorg Friesland
Postbus 1266 8900 CG Leeuwarden
- Langemeijer, de heer drs. F.A.W.M. Jeugdzorg Friesland
Postbus 1266 8900 CG Leeuwarden
- Lankhorst, drs. P. Stadsdeel Bos en Lommer
Postbus 57239 1040 BC Amsterdam
- Leeuwen, Mw. I. van Jeugdzorg Drenthe
Stationsstraat 9 9401 KV Assen

Maar, de heer P. de STAMM
Postbus 954 9400 AZ Borger

Meyknecht, mevrouw G. SOJA
Nieuwe Leliestraat 15
1015 SH Amsterdam

Mol, de heer T. Samenwerkingsverband JHV Gelderland
Boulevard Heuvelink 2 6828 KP Arnhem

Montfoort, de heer dr A.J. van Tilanuslaan 7 3445 CR WOERDEN

Peelen, de heer H. RSJ Noord-Holland Noord
Kennemerstraatweg 81 1814 GD Alkmaar

Pols, de heer J. Vereniging Ontw.JHV West-Brabant
Laan van België 55 4701 CJ Roosendaal

Praag, de heer O. van Iduna
Postbus 65 8000 AB Zwolle

Ravenhorst, de heer K. VOG
J.C. van Markenlaan 3 2285 VL Rijswijk

Rest, mevrouw E. van NVAGG
Postbus 8400 3503 RK Utrecht

Rouwenhorst, mevrouw I. Samenwerkingsverband JHV Gelderland
Boulevard Heuvelink 2 6828 KP Arnhem

Schouten, de heer drs J.A.M. Samenwerkingsverband JHV Zeeland
Postbus 407 4330 AK Middelburg

Thielen, mevrouw H. VOG
J.C. van Markenlaan 3 2285 VL Rijswijk

Timmermans, mevrouw A. Iduna
Postbus 65 8000 AB Zwolle

Veringmeijer, de heer C.L.W.M. SJU
F.C. Donderstraat 1 3572 JA Utrecht

Wibaut, mevrouw L. RDO Jeugdzorg Zuid-Holland Noord
Fruitweg 50 2321 DA Leiden

Zijl, de heer M.A. van BOZ
Willem II straat 23 5038 BA Tilburg

Zijlmans, de heer C.J.M. Ministerie van VWS - DJB
Postbus 5406 2280 HK Rijswijk

ook het eerste interimrapport van de Werkgroep meldpunt kindermishandeling "Raamwerk voor modelprojecten", Rijswijk, maart 1995, blz. 13.

De projectgroep geeft de voorkeur aan deze omschrijving boven het begrip eenvoudige ambulante hulp uit Regie in de jeugdzorg.

Diekstra, R.F.W. et al (red.). Jeugd in ontwikkeling. Wetenschappelijke inzichten en overheidsbeleid. Den Haag, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1992).

M. et al. Rapportage Jeugd 1994. Rijswijk, Sociaal Cultureel Planbureau (1994)

omschrijving komt uit een VOG-notitie over advies- en informatiewerk en geeft aan dat vanuit dit werk als 'makelaar' kan worden opgetreden naar allerlei verbanden waarin belangen van de orde zijn.

beemt niet weg dat een balie-medewerker een rol kan hebben in het advies- en informatiewerk.

Maatsblad 1995, 290

genomen staat het begrip diagnostiek voor de *leer* of de *kunst* van het doorgronden van de problematiek. Zuiverder zou zijn om te spreken over diagnosestelling als we het hebben over van het diagnostisch beeld. In het spraakgebruik wordt het echter het begrip 'diagnostiek' veelvuldig als synoniem voor 'diagnosestelling' gebruikt. Hier wordt aangesloten op dat spraakgebruik. Het deel is deze definitie gebaseerd op het advies van de nota *Indicatiestelling en zorg op maat. Advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid en het College voor ziekenhuisvoorziening* (NRV, oktober 1994). De aldaar gehanteerde definitie luidt: "Indicatiestelling is het resultaat van een geformaliseerd proces van het op objectieerbare wijze vaststellen van de hulpbehoeften van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang." (p. 9).

Projectgroep Toegang wijst in dit verband op voorbeelden die in diverse wetsartikelen en regelingen ten aanzien van het inlichten van de cliënt zijn geformuleerd. De Wet op de jeugdhulpverlening, artikel 42 aan dat een cliënt desgevraagd inzage heeft in de vastgelegde gegevens. In artikel 44, derde lid, van de wet wordt echter aangegeven dat "Inlichtingen over, inzage in of afschrift van de gegevens kan ... worden geweigerd, indien de persoonlijke levenssfeer van een ander dan de jeugdige daardoor zou worden geschaad." In de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), artikel 1:201, wordt het voorbehoud gemaakt dat informatie kan worden onthouden indien deze informatie naar professionele maatstaven tot nadeel van de cliënt kan leiden. In de richtlijnen voor het (laten) uitvoeren van onderzoek voor de raden van kindbescherming en instellingen voor (gezins)voogdij (Verslag van de werkgroep externe deskundigen [bureaus], Den Haag, april 1995), treft men de volgende aan: "De verstrekking kan (geheel of gedeeltelijk) achterwege blijven voor zover dit noodzakelijk in het belang is van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander" en over, inzage in of afschrift van bescheiden kan evenwel aan de wettelijk vertegenwoordiger worden geweigerd, indien verstrekking van de gegevens een ernstige bedreiging opleveren voor de evenwichtige ontwikkeling van het kind" (pag. 19).

Wet op de jeugdhulpverlening, artikel 23

Artikel 3.1.1 en de notitie *Diagnostiek en indicatiecentrum voor kinderen en jeugdigen, RIAGG Noord-Limburg / RIAGG Midden-Limburg / Mutsaertsstichting, juni 1995*. Het voorstel van de Projectgroep is analoog aan het voorstel van de minister en de staatssecretaris van VWS in de brief aan de Tweede Kamer 'Indicatiestelling in de zorg' (vergaderjaar 1995-1996). Het betreft de trekking tot de indicatiestelling in ondermeer de verpleging, verzorging, gehandicaptenzorg en ggz, zij het dat in die brief om verschillende redenen het onafhankelijke orgaan voor de indicatiestelling wordt voorgesteld.

Besluit aanwijzing categorieën instellingen of instanties die voor erkenning in aanmerking komen

Wet op de jeugdhulpverlening, artikel 31.

Van Lieshout in De Graaff (red.). Case Management. Een zorg minder? SWP, Utrecht 1991, blz. 68.

Art. 29 Wet JHV: Een plaatsende instantie draagt er zorg voor dat onderzoek wordt verricht naar de problemen en stoornissen van de betrokken jeugdige en stelt de cliënt in kennis van het meest aangewezen is te achten.

Zie de Wet JHV, art. 29, derde lid: "De werkzaamheden (waaronder de diagnostische bevindingen en de indicatiestelling-red.) worden telkens in een rapport schriftelijk vastgelegd."

De Stuurgroep structurering informatievoorziening jeugdzorg heeft voorgesteld in het kader van de 'bron- en beleidsinformatie' gegevens op cliëntniveau sectoraal te verzamelen. De inrichting van een regionale zorgtoewijzingsinstantie met daaraan gekoppeld de administratie van cliëntgegevens maakt een directe verbinding tussen regionale en landelijke gegevens mogelijk.

De omgeving van de functies in de toegang bepaalt de beroepsgroepen die betrokken kunnen zijn. In het ene model kan dat een psychiater zijn, in het andere een maatschappelijk werker. Het aanbod aan 'krijgt in de praktijk gestalte door te werken met valide screeningsinstrumenten die de kwaliteit van de professionele beroepsuitoefening inzichtelijk en toetsbaar maken. Screeningsinstrumenten die op vraagverheldering, een gestandaardiseerd begrippen- en wegingskader.