

362.7/.8

NOTA T 1-1 X

Projectgroep Toegang
P.H. NOTA
R.A. VAN DER SCHAFT
T.A. VAN YPEREN

MULOCK HOUWER BIBLIOTHEEK

V V V
toegankelijke
jeugdzorg

Toegang tot de
jeugdzorg

TOEGANG TOT DE JEUGDZORG

VRIJ TOEGANKELIJKE JEUGDZORG

ERRATUM

Door een misverstand is door de uitgeverij van het NIZW in dit rapport van de projectgroep Toegang tot de jeugdzorg abusievelijk een advertentie opgenomen over NIZW-publicaties van een van de auteurs van dit rapport. Noch de betreffende auteur, noch de overige leden van de projectgroep waren over plaatsing van deze advertentie op de hoogte. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt geheel bij de NIZW-uitgeverij.

Projectgroep Toegang

P.H. NOTA
R.A. VAN DER SCHAFT
T.A. VAN YPEREN

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	5
KERN VAN DE DISCUSSIE	6
INHOUDELIJKE OVERWEGINGEN	8
KOSTENOVERWEGING	11
REGIOSPECIFIEKE OVERWEGINGEN	13
CONCLUSIES	15
AANBEVELINGEN	18
BIJLAGEN	19
Bijlage 1: Inhoudelijke criteria voor vrije versus niet-vrije toegang	20
Bijlage 2: Complicaties rond de voordeur	23
Bijlage 3: Berekening bij de paragraaf kostenoverwegingen	25
Bijlage 4: Terminologie	26
Bijlage 5: Reacties op het voorlopig advies 'Vrij toegankelijke jeugdzorg'	27

© 1998 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Deze uitgave kwam tot stand in opdracht van de projectgroep Toegang.

Auteurs

Drs. P.H. Nota

Drs. R.A. van der Schaft

Dr. T.A. van Yperen

Ontwerp omslag

Zeno

Drukwerk

Casparie, Heerhugowaard

ISBN 90-5050-610-0

NIZW-bestelnummer E 22344

Deze publicatie is te bestellen bij

NIZW Uitgeverij

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 66 07

Fax (030) 230 64 91

E-mail Bestel@nizw.nl

INLEIDING

Een van de acht functies die het regeringsstandpunt *Regie in de Jeugdzorg* noemt, is de functie 'eenvoudige ambulante hulpverlening'. De projectgroep Toegang heeft in haar eerste advies van juni 1996 geen nadere afbakening van deze functie gegeven. In dit deeladvies gaat de projectgroep in op de afgrenzing van de vrij toegankelijke, ambulante hulpverlening.

De ambulante hulpverlening kent verschillende taken. Een belangrijke activiteit is het direct hulp bieden aan jeugdigen en/of hun opvoeders zonder omvangrijke of intensieve toeleidings- of toewijzingsprocedures. Deze zorg kent vele vormen. Het kan gaan om een simpel advies over huisvesting of opvoeding, om een verwijzing - al dan niet met een ondersteunend telefoontje - naar een schoolbegeleidingsteam of om enkele gesprekken over het doorbreken van rolpatronen en het positief belonen van kinderen. Het kan ook gaan om een reeks contacten die een puber helpen greep te krijgen op zijn of haar toekomstperspectief, training in sociale vaardigheid, mediatietherapie of speltherapie. Ten slotte kan het nodig zijn intensievere procesmatige hulp te bieden die zich uitstrekt over een langere periode.

De ambulante hulpverlener fungeert ook als poortwachter voor het totaal van de jeugdzorg. Ambulante werkers taxeren of zij de geëigende zorg kunnen bieden of dat de jeugdigen en/of hun opvoeders intensievere vormen van zorg nodig hebben. In dat geval kan de ambulante hulpverlener optreden als 'plaatser' en de jeugdige toeleiden naar bijvoorbeeld pleegzorg of dagbehandeling. Voor dit toeleidingsproces heeft de projectgroep in haar advies *Toegang tot de jeugdzorg*¹ een aantal eisen beschreven.

De projectgroep is in navolging van het regeringsstandpunt *Regie in de jeugdzorg* uitgegaan van een tweedeling in de zorg aan jeugdigen:

- 1 'eenvoudige' ambulante hulpverlening, door de projectgroep aangeduid als 'vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg';
- 2 samenhangende (intensieve, geïndiceerde) hulpverlening, door de projectgroep aangeduid als 'niet-vrij toegankelijke jeugdzorg'.

Het hanteren van het begrip 'vrij toegankelijke zorg' suggereert dat deze zorg vanuit het perspectief van de cliënt zonder enige belemmering en in onbeperkte mate te verkrijgen is. Binnen een vernieuwde toegang tot de jeugdzorg is van een onbelemmerde toegang alleen sprake voor jeugdigen en hun opvoeders die zich wenden tot ambulante voorzieningen in de *jeugdhulpverlening*. Jeugdigen en hun opvoeders komen alleen in aanraking met *jeugdbescherming* na een civielrechtelijke of strafrechtelijke beslissing. Advies- en meldpunten kindermishandeling (AMK) en Raden voor de Kinderbescherming zijn voor

¹ Nota, P.H., R.A. van der Schaft en T.A. van Yperen. *Toegang tot de jeugdzorg. Functies en systeemeisen*. Utrecht: ministerie van VWS/NIZW, 1997.

een ieder toegankelijk, maar de primaire doelstelling van deze voorzieningen is het beantwoorden van de vraag of beschermende maatregelen noodzakelijk zijn. Om in aanmerking te komen voor een verstrekking op grond van de AWBZ in de *geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen* is strikt genomen een verwijzing van de huisarts noodzakelijk. Op grond daarvan wordt het werk van de GGZ-jeugdzorg ook wel gezien als een geïndiceerde vorm van jeugdzorg.²

De projectgroep Toegang kent op dit moment geen begrip dat zowel voor de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming, als voor de geestelijke gezondheidszorg wordt gehanteerd om het verschil aan te geven tussen zorg waar een besluit van een zorgtoewijzingsorgaan voor nodig is en zorg waarbij dat niet hoeft.

In deze notitie blijft de projectgroep spreken van 'vrij toegankelijke zorg' wanneer de hulpverlener de cliënt een hulpaanbod kan doen zonder dat een toewijzings- of indicatiebesluit³ van een zorgtoewijzingsorgaan nodig is. Het begrip 'vrij toegankelijk' houdt niet in dat de zorg overal en voor iedereen beschikbaar is. De omvang en aard van de zorg in een regio of provincie is afhankelijk van het budget en de keuzen die er worden gemaakt. De niet-vrij toegankelijke hulp is alleen beschikbaar op grond van het toewijzingsbesluit van een regionaal toewijzingsorgaan.

KERN VAN DE DISCUSSIE

De discussie over het onderscheid tussen de vrij toegankelijke en de niet-vrij toegankelijke zorg concentreert zich op de vraag of het doeltreffend en doelmatig is binnen de ambulante zorg een onderscheid te maken tussen vrij toegankelijke 'eenvoudige vormen' en niet-vrij toegankelijke 'intensieve vormen'. Het woord doeltreffend wijst naar de veronderstelling dat er naar problematiek en aanpak wezenlijke verschillen zijn die een onderscheid rechtvaardigen. Het woord doelmatig wijst naar de veronderstelde noodzaak dat intensieve ambulante hulpvormen, gelet op schaarste en kosten, uitsluitend via het formele traject van de regionale zorgtoewijzing toegankelijk zijn.

Het onderscheid is alleen doeltreffend en doelmatig als het

- aansluit bij de praktijk van de ambulante zorg;
- de cliënt niet onnodig belast;
- een minimum aan bureaucrativering van de zorg veroorzaakt;
- flexibele zorg mogelijk maakt;
- geen (overmatige) financiële belasting van de zorg met zich meebrengt.

² Op grond van de cijfers die landelijk over de ambulante GGZ voor jeugdigen beschikbaar zijn, blijken de huisartsen slechts voor een deel van de cliënten feitelijk als verwijzer op te treden. De dagelijkse praktijk kent variaties op de regelgeving.

³ In *Regie in de jeugdzorg* wordt het begrip toewijzing geïntroduceerd. In de praktijk van de AWBZ-systematiek wordt dit begrip op een andere manier gehanteerd: de financier c.q. de zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor de toewijzing. Toewijzingsbesluiten worden genomen op basis van een door de zorgaanbieders te nemen indicatiebesluit. Waar in de tekst gesproken wordt van 'toewijzingsbesluit' kan desgewenst ook 'indicatiebesluit' worden gelezen.

Kern van het onderscheid tussen vrij en niet-vrij toegankelijk ligt in de overweging of een hulpaanbod wel of niet via de functie zorgtoewijzing moet worden toegekend.

De projectgroep Toegang heeft in haar eerdere advies de functie zorgtoewijzing beschreven aan de hand van de volgende taken:

- toetsing van (de procedure rond) diagnostiek en indicatiestelling;
- bepaling van de onderlinge urgentie van cliënten met identieke zorgvragen in relatie tot het aanbod;
- besluiten welke zorg door welke aanbieder geleverd wordt (de feitelijke toewijzing);
- signalering (op basis van registratie) van discrepantie tussen geïndiceerde hulpbehoefte en toegewezen hulpaanbod.

Het toewijzingstraject, zoals hierboven stapsgewijs is opgesomd, is een nadere uitwerking van artikel 25 van de Wet op de jeugdhulpverlening. Dit artikel geeft aan dat voor secundaire hulpverlening een besluit nodig is van een bevoegde plaatsende instantie. Onder secundaire hulp wordt verstaan pleegzorg, daghulp en dag- en nachthulp.

Als criteria voor de afbakening van 'niet-vrij toegankelijke zorg' (of in termen van de Wet secundaire zorg) stelt de projectgroep daarom dat het gaat om zorg die

- in de uitvoering geruime tijd in beslag kan nemen en/of complex van aard is;
- voor de cliënt ingrijpend is of een aanzienlijke belasting met zich meebrengt;
- schaars is;
- een aanzienlijke investering vraagt (van 15.000 tot 80.000 gulden per cliënt op jaarbasis).

Op grond van deze criteria gaat de projectgroep, in het verlengde van het regeringsstandpunt, ervan uit dat in ieder geval de pleegzorg, de daghulp en de dag- en nachthulp tot de niet-vrij toegankelijke zorg (blijven) horen.

De vraag is nu of de ambulante zorg geheel hoort tot de vrij toegankelijke zorg, of opgesplitst moet worden in een vrij toegankelijk en een niet-vrij toegankelijk deel.

De projectgroep vindt het niet zinvol om voor het merendeel van de ambulante zorg het formele toewijzingstraject op basis van diagnostiek en indicatiestelling uit te voeren langs dezelfde procedures als voor de niet-vrij toegankelijke zorg om de volgende redenen:

- de ambulante zorg zou bovenmatig bureaucratiseren;
- de flexibiliteit zou ernstig worden ingeperkt;
- er zou een scheve verhouding ontstaan tussen de kosten van zorgtoedeling en zorgverlening.

Daarnaast constateert de projectgroep dat het op dit moment niet mogelijk is op inhoudelijke gronden een scherpe grens te trekken tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke ambulante zorg. Deze constatering wordt in de reacties op een eerste versie van dit advies vrij algemeen onderschreven.

Na consultatie van de veldpartijen doet de projectgroep in dit deeladvies aanbevelingen voor de afgrenzing van de vrij toegankelijke ambulante hulpverlening. Er wordt eerst gekeken welke inhoudelijke overwegingen een rol dienen te spelen in de discussie.

Vervolgens komen het kosten-baten-aspect en de regio-specifieke overwegingen aan de orde. Op grond van overwegingen uit deze drie hoeken doet de projectgroep haar aanbevelingen.

INHOUDELIJKE OVERWEGINGEN

EENVOUDIG AMBULANT

In het regeringsstandpunt staat de vrij toegankelijke zorg aangeduid als 'eenvoudig ambulante'. De projectgroep onderkent dat de kenmerken van niet-vrij toegankelijke zorg (tijdsinvestering, complexiteit, schaarste, kosten) ook opgaan voor bepaalde vormen van ambulante zorg:

- ambulante zorg is niet altijd eenvoudig en ongecompliceerd. Ook hier kan het gaan om langdurige en ingrijpende vormen van hulp;
- ook ambulante zorg kan door de cliënt als zeer ingrijpend of belastend worden ervaren;
- ambulante zorg is schaars in relatie tot de populatie die volgens het zo-zo-zo-zo beleid in het ambulante circuit geholpen dient te worden (gericht op zo licht mogelijke, zo kort mogelijk durende en zo dicht mogelijk bij huis gegeven hulp in een zo vroeg mogelijk stadium van de zorgbehoefte);
- langduriger of intensievere trajecten binnen de ambulante zorg vragen in relatie tot het totaal van beschikbare ambulante zorg soms een aanzienlijke investering (*Families First* kost per gezin ruim 8000 gulden, een traject advies en informatie circa 300 gulden).

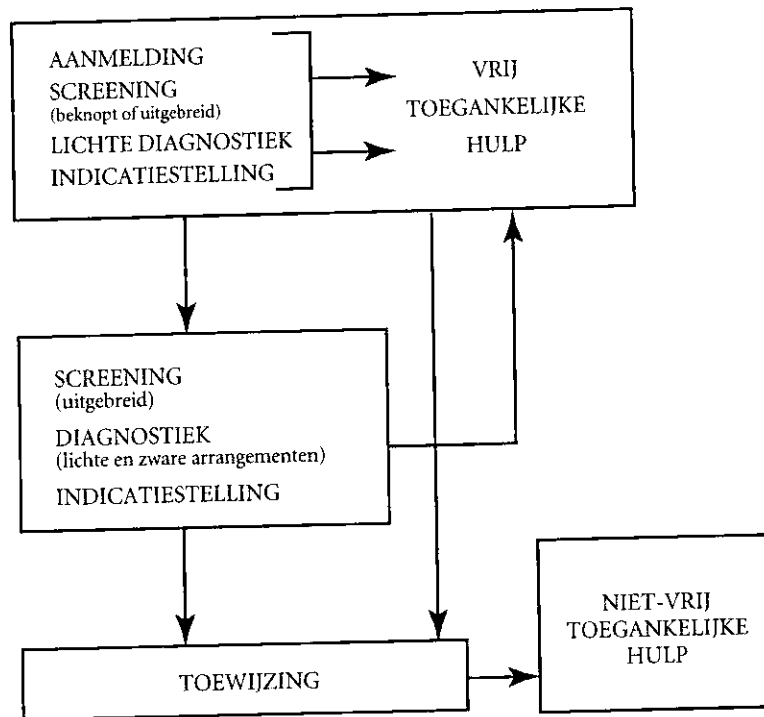
In het ambulante werk is professionele verduidelijking van zorgvraag en -antwoord een wezenlijk onderdeel van het proces. In die zin maken screenende, diagnostiserende en indicerende activiteiten of denkstappen deel uit van elk ambulante zorgaanbod. Het probleem wordt verkend (prediagnostiek/screening), de vraag verhelderd (diagnostiek), aangegeven wordt welk vervolg er nodig is (indicatie).

De mate en intensiteit waarin gebruik wordt gemaakt van de functies diagnostiek en indicatiestelling vormt op zich geen onderscheidend criterium tussen de vrij toegankelijke en de niet-vrij toegankelijke zorg. Multidisciplinaire diagnostiek en indicatiestelling kunnen ingezet worden om de beslissing over de toe te passen behandeling van welke aard dan ook (vrij of niet-vrij toegankelijk) te onderbouwen.

Schema 1 hiernaast⁴ laat zien dat ook aan vrij toegankelijke hulp een uitgebreid traject van diagnostiek en indicatiestelling vooraf kan gaan, omdat:

- men in een aantal gevallen de behoefte kan hebben om via dit traject de keuze van de specifieke vorm van vrij toegankelijke zorg te onderbouwen;
- men bij aanvang van het traject heeft getwijfeld of niet-vrij dan wel vrij toegankelijke hulp aangewezen is;
- de zorgverzekeraar een indicatiebesluit eist voorafgaand aan elke vorm van zorgverlening.

⁴ Bron: Yperen, T.A. van en L. van Geffen. *Screening, diagnostiek en indicatiestelling. Toegang tot de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW, 1997.



Schema 1: overzicht van trajecten naar vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke hulp

De projectgroep gaat ervan uit dat bij de vrij toegankelijke hulp altijd een vorm van (pre)diagnostische en indicerende oordeelsvorming aan de orde is, zij het dat de uitkomsten daarvan niet aan het zorgtoewijzingsorgaan voorgelegd worden. De functies die worden uitgeoefend in de toegang tot de jeugdzorg zijn op zich dus niet voldoende om een eenduidig onderscheid te maken tussen zorg voor en zorg achter de poort.⁵

DOELGROEP

Als de functies (diagnostiek en indicatiestelling) geen onderscheid maken, is 'zorg voor de poort' wellicht te omschrijven in termen van de populatie die de zorg ontvangt en de specifieke problemen waarvoor deze zorg een oplossing biedt. Het kan dan gaan om te omschrijven groepen jeugdigen en hun opvoeders, om meer of minder ingewikkelde problemen, de tijd die de zorg vraagt, de kenmerken van de zorg, de scholing van de beroepskrachten.

In de ambulante zorg is vaak één kenmerk onvoldoende om te differentiëren en gaat het om combinaties van kenmerken. Keuzes worden gemaakt op grond van werkervaring, een 'klinische blik', intuïtie of met meer of minder gevalideerde vragenlijsten.⁶ In een sector waar de professionaliteit zich verder ontwikkelt, zijn er instrumenten nodig die de

⁵ Vergelijk de Modelprocedure 'Indicatiestelling in de GGZ', Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg (IOG). Utrecht, juni 1997.

⁶ Ook in de ambulante geestelijke gezondheidszorg lijkt voor een aanzienlijk aantal cliënten een globale diagnostiek toereikend. Vermande, M., E. Faber en G. Hutschemaekers. *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg*. p. 256. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.

hulpverlener ondersteunen bij een eenduidige toepassing van de criteria die het onderscheid tussen niet-vrij toegankelijk en vrij toegankelijk markeren. Op dit moment is er geen afdoende betrouwbaar en valide instrumentarium dat op dat punt ondersteuning biedt. Het formuleren van scherpe criteria geeft dan, gegeven de stand van ontwikkeling, vooral schijnexactheid. Er zijn op dit moment hoogstens globale criteria te formuleren die richting geven aan de beslissingen van de hulpverlener.

Het besluit van een hulpverlener om al dan niet vrij toegankelijke ambulante hulp in te zetten is van meer factoren afhankelijk dan alleen van objectieve kenmerken van de problematiek en de hulpvraag. Ook de voorkeur van de cliënt kan tot gevolg hebben dat voor een vrij toegankelijke of een niet-vrij toegankelijke vorm van hulp wordt gekozen.

TIJD

In de Algemene Maatregel van Bestuur *Kwaliteit* (bijlage bij de Wet op de jeugdhulpverlening) is aangegeven dat in de ambulante zorg een hulpverleningsplan gemaakt moet worden als die zorg niet alleen uit advies, informatie en voorlichting bestaat. Hierin ligt de waarborg dat ambulante zorg die zich uitstrekt over een periode van meer dan zes weken, wordt geboden op basis van een passende diagnose en indicatie. De projectgroep Toegang acht het van belang dat ook bij vrij toegankelijke ambulante zorg van langer dan zes weken een hulpverleningsplan wordt opgesteld. Gelet echter op het aantal jeugdigen in ambulante zorg, de noodzaak tot snelle, doeltreffende en flexibele zorg en de kosten en tijd verbonden aan verwerking van deze beslissing in het formele geïndiceerde toewijzingstraject vindt de projectgroep deze termijn van zes weken op zich niet geschikt om als onderscheiding te fungeren tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke ambulante zorg.

De conclusie van de projectgroep is dat inhoudelijke criteria weliswaar van groot belang zijn voor het onderscheid vrij toegankelijke versus niet-vrij toegankelijke ambulante zorg, maar dat deze nog onvoldoende scherp en onvoldoende eenduidig zijn te stellen.

De projectgroep vindt het om die reden dan ook belangrijk dat zowel landelijk als in een regio getracht wordt overeenstemming te bereiken over de *globale* inhoudelijke criteria die het onderscheid tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke ambulante hulp markeren. De voorstellen die in bijlage 1 staan, dienen als aanzet.

KOSTENOVERWEGING

Niet alleen de inhoud van de zorg is van belang. Elke zorg heeft haar prijs. Het gaat ook om de vraag hoeveel jeugdigen met een beperkte inzet van middelen goede zorg kunnen krijgen. Vrij toegankelijke zorg kent qua financiering geen 'open eind' en de verwachtingen omtrent de mogelijkheden dienen in overeenstemming te zijn met de realiteit in middelen. Het is daarom van belang duidelijk te maken wat in een regio de totale capaciteit van vrij toegankelijke ambulante hulp is en wat de mogelijkheden zijn van niet-vrij toegankelijke ambulante zorg.

Op de overwegingen die in deze kosten-batendiscussie spelen, wordt in de volgende paragrafen nader ingegaan.

In het GGZ-circuit en de ambulante jeugdhulpverlening toont zich een scala aan methoden en technieken: van individuele adviesgesprekken en begeleiding tot intensieve gezins-hulp, vaardigheidstrainingen en psychotherapie. De cijfers uit landelijke registratie laten zien dat een dergelijk gedifferentieerd aanbod nu wordt geleverd binnen het bestaand gemiddeld aantal verstrekkingen of contacten over het totaal aantal cliënten.

De berekening van een verstrekking in de GGZ en een (face-to-face) contact in de geharmoniseerde ambulante hulpverlening stoelt echter niet op een identieke aanpak. In beide sectoren blijkt wel dat 75% van de productiecapaciteit wordt besteed aan cliëntgebonden zorgactiviteiten. Langduriger verstrekkingen uit het GGZ-circuit zijn in hun totale tijdsbesteding (op basis van onderzoek uit 1991) vergelijkbaar met langduriger trajecten uit de ambulante hulpverlening. Dat geldt ook voor een activiteit als plaatsing.

Op grond van het bestaande cijfermateriaal concludeert de projectgroep dat de prijs van ambulante zorg *gemiddeld* zeker niet boven de 4500 gulden per cliënt uitkomt en veelal nog minder zal zijn.

De projectgroep heeft in een eerder stadium berekeningen gemaakt van de prijs van een formeel traject diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing voor vormen van geïndiceerde zorg. Deze prijs ligt, op basis van bestedingen die nu reeds in de zorg worden gedaan, op circa 2500 tot 3000 gulden. Wellicht ten overvloede: dit is het gemiddelde bedrag dat nu door verschillende voorzieningen (zowel ambulante als opnemend) wordt uitgegeven om op basis van diagnostiek en indicatiestelling een onderbouwd hulpverleningsplan op te stellen.

De kosten voor het formele traject van diagnostiek, indicatiestelling en toewijzing vormen ruwweg 3 tot 6% van alle kosten van de *niet-vrij* toegankelijke zorg (daghulp en dag- en nachthulp). De pleegzorg is daarmee vergelijkbaar als men de perspectief biedende plaatsingen erbij betreft.

Gezien de verhouding van de kosten van diagnostiek, indicatiestelling en zorgtoewijzing op de totale kosten van de hulpverlening, markeert de projectgroep Toegang het overgrote deel van de ambulante zorg bij voorkeur als vrij toegankelijk. De kosten van zorgtoedeling moeten in redelijke verhouding staan tot de kosten van zorgverlening. Het is dan niet zinvol om voor het merendeel van de ambulante zorg het formele toewijzings-traject op basis van diagnostiek en indicatiestelling uit te voeren.

De projectgroep stelt daarom voor om tot de vrij toegankelijke ambulante zorg te rekenen de zorg die gemiddeld per cliënt het bedrag uit het regionaal/provinciaal calculatorisch budget⁷ van 4500 gulden niet overstijgt.

⁷ Het calculatorisch budget bestaat uit de provinciale doeluitkering van het ministerie van VWS (jeugdhulpverlening), aangevuld met componenten uit het AWBZ-fonds (jeugd-GGZ) en de Justitiebegroting (jeugdbescherming).

De vraag is hoe een dergelijk criterium te koppelen aan de werkwijze van de hulpverlener, die per cliënt op grond van een (pre-)diagnose en (pre-)indicatiestelling moet beslissen op welk soort zorgverlening een cliënt (wellicht) aangewezen is. Afhankelijk van deze beslissing weet de hulpverlener immers of hij al dan niet de route in de richting van het zorgtoewijzingsorgaan moet inslaan.

Een dergelijk besluit vereist dat het ambulante aanbod wordt gedifferentieerd in trajecten, zorgvormen, modulen en programma's waarvan (op grond van gegevens van cliënten die die zorgvorm, die module of dat programma volgens het plan hebben beëindigd) bekend is:

- wat de gebruikelijke duur daarvan is;
- wat de gemiddelde kosten daarvan zijn.

De projectgroep stelt voor de afspraak 'vrij toegankelijk is de zorg die het bedrag van 4500 gulden niet overstijgt' voor de praktijk hanteerbaar te maken door deze op te vatten als: *vrij toegankelijk is de zorgvorm, de module, het programma of het traject waarvan de kostprijs gemiddeld per cliënt het bedrag van 4500 gulden niet overstijgt*. Op grond van deze opvatting beschikt de hulpverlener over een ijkpunt bij de overweging of een voor een cliënt noodzakelijke geachte hulpvorm al dan niet via een zorgtoewijzingscommissie moet worden toegekend. Door uit te gaan van een gemiddelde kostprijs heeft men binnen zekere marges de ruimte om in individuele gevallen de onvoorziene uitloop van de zorg op te vangen.

Aanvullend stelt de projectgroep voor om de cliënt als afnemer van vrij toegankelijke zorg de mogelijkheid van een *second opinion* te bieden (zoals dat ook kan in het geval van niet-vrij toegankelijke zorg). Deze *second opinion* (in de vorm van indicatiestelling en toewijzing) wordt aangeboden en uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het zorgtoewijzingsorgaan.

Op dit moment is differentiatie in hulpvormen slechts grofweg te maken. Dat betekent dat ook de beslissing om een hulpaanbod niet via de zorgtoewijzingscommissie toe te wijzen, op dit moment uitsluitend kan worden genomen op basis van zeer globale indicatoren van de gemiddelde kostprijs en duur van breed gedefinieerde zorgvormen (zoals bijvoorbeeld 'Traject 4' van de normharmonisatie in de ambulante zorg).

Naarmate de ambulante hulpverlening erin zal slagen de differentiatie in hulpvormen, modulen en programma's scherper te formuleren, zal ook het onderscheid in vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg voor de hulpverleners in de toegang scherper worden.

In de voorstellen van de ondernemersorganisaties voor ambulante zorgtrajecten is een traject 4 als omliggende zorgvorm opgenomen. Het gemiddelde zorgaanbod per cliënt in dit traject kost circa 4200 gulden en is verdeeld over veertien face-to-face contacten. In de opvatting van de projectgroep is het traject 4 vrij toegankelijke zorg. Het besluit om met een cliënt dit traject aan te gaan, kan een voorziening zelf nemen. De praktijk leert dat sommige cliënten het traject eerder afsluiten en anderen later, zonder dat dit wezenlijke verschillen in intensiteit of aanpak inhoudt. Dat individuele cliënten in dit traject meer

dan 4500 gulden vergen, vraagt voor deze zorg geen besluit van een toewijzingsorgaan zolang op jaarbasis het *gemiddeld* voorgeschreven zorgaanbod niet wordt overschreden. Dit geeft het management voldoende mogelijkheden tot sturing en kwaliteitsbewaking. Traject 4 zou buiten de vrij toegankelijke zorg gaan vallen, als het aantal contacten gemiddeld stelselmatig oploopt tot bijvoorbeeld achttien en dus per gemiddelde cliënt in het traject boven de 4500 gulden uitkomt. Het is te verwachten dat het traject 4 net als de zorgprogramma's van de RIAGG-jeugdzorg, in de nabije toekomst nauwkeuriger wordt beschreven en ingedeeld naar gedifferentieerde zorgvormen. Besluiten over deze vormen kunnen dan weer aan de hand van de kosten van de zorgvorm in vrij of niet-vrij toegankelijk worden geplaatst.

REGIOSPECIFIEKE OVERWEGINGEN

Ondernemers in de zorg hebben te maken met een overheid die doeltreffendheid en doelmatigheid van het stelsel nadrukkelijk wenst te bewaken. Om dat mogelijk te maken is in de opbouw van de vernieuwde toegang een zorgtoewijzingsorgaan geplaatst. Dit onafhankelijk orgaan toetst de procedure die tot toewijzing heeft geleid en biedt tegelijk de mogelijkheid de regionaal beschikbare zorg en budgetten te beheren. De omvang van de regionale budgetten is historisch gegroeid en wordt niet bepaald door geobjectiveerde verdeelsleutels. Dat leidt tot verschillen in de regio's wat betreft de beschikbare zorg en de manier waarop die zorg wordt ingezet.

De projectgroep laat daarom de mogelijkheid open om per regio of per provincie afspraken te maken om delen van de ambulante capaciteit tot de niet-vrij toegankelijke zorg te rekenen.

De projectgroep vindt het echter niet raadzaam dat regionale verschillen zouden ontstaan op grond van inhoudelijke argumenten, omdat dit landelijk gezien kan leiden tot moeilijk verdedigbare verschillen in de mate waarin indicatie- en zorgtoewijzingscommissies medezeggenschap hebben over de aangewezen zorg.

Dat doet niets af aan het belang van de afwegingen rond niet-vrij toegankelijke ambulante zorg op grond van een economische component: de schaarste en de verhoudingsgewijs hoge prijs. Het besluit over de mate van 'vrije' toegankelijkheid van ambulante zorg zal regionaal telkens staan in het perspectief van de zorgbehoefte en de beschikbare capaciteit.

Van alle honderd Nederlandse jongeren zullen er vijftien op enig moment in hun groei naar volwassenheid zorg nodig hebben. Voor een klein, tijdelijk probleem of voor een langdurige ingewikkelde stoornis. In de niet vrij-toegankelijke jeugdzorg is (verhoudingsgewijs) plaats voor 1 van deze vijftien jeugdigen. De overige veertien zullen in de vrij toegankelijke zorg moeten worden geholpen, al is te voorzien dat de hoeveelheid ambulante zorg niet toereikend is om deze veertien jeugdigen te helpen. Het budget voor de ambulante zorg is beperkt. Schematisch gezien kan op landelijk niveau de verhouding vraag-aanbod zoals hieronder worden weergegeven:

	Ambulante jeugdzorg	Overige (niet-ambulante) jeugdzorg
Jeugdigen in zorg als percentage van het totaal aantal jeugdigen in Nederland	4-14%	0,5-1%
Gebruikers van het jeugdzorgaanbod	90-95%	5-10%
Totaal beschikbaar jeugdzorgbudget	10-20%	80-90%

Schema 2: verhouding vraag-aanbod in de ambulante jeugdzorg en de overige (niet-ambulante) jeugdzorg

Provinciale zorgvoorzieningen en gemeentelijk betaalde voorzieningen in zorg en welzijn staan voor de gezamenlijke opgave hun budget aan ambulante hulp op elkaar af te stemmen. Het schaarse aanbod, de veel grotere vraag en de beperkte middelen dienen binnen de regio niet alleen door verschillende overheden, maar ook door verschillende financiers te worden afgewogen. En dan gaat het niet alleen om de afweging tussen vrij toegankelijk en niet-vrij toegankelijke zorg, maar ook om het gebied waarin zorg nog niet nodig lijkt: preventie. Dat is een aanzienlijke opgave omdat ook vanuit andere sectoren een toenemend beroep wordt gedaan op de jeugdzorg, bijvoorbeeld vanuit het onderwijs.

Zoals eerder vermeld zijn er per regio/provincie verschillen in de omvang van het budget voor ambulante zorg, en ook soms aanzienlijke verschillen in de beschikbaarheid van ambulante methoden of werkvormen. Een programma *Families First* (kosten per gezin circa 8000 gulden) is bijvoorbeeld momenteel niet in alle regio's in het land aanwezig of in gelijke mate beschikbaar. Video-home-training is per gezin weliswaar goedkoper, maar de vaardigheden om deze methodiek toe te passen zijn evenmin in overvloed aanwezig, waarmee deze aanpak verhoudingsgewijs tot schaars product wordt. Verschillen zijn ook aanwezig in de wijze waarop RIAGG's hun aanbod inrichten.

De projectgroep is van oordeel dat de financiers (provincie, gemeenten, zorgverzekeraars en justitie) met de afzonderlijke zorgaanbieders tot overeenstemming moeten komen over het totale provinciale/regionale ambulante zorgaanbod. Op basis van productiecijfers van ambulante zorg moeten aanbieders en financiers jaarlijks afspraken maken over de inzet van dit volume aan zorg, al dan niet in de bestaande trajecten, verstrekkingen of therapieën.

De projectgroep acht het wenselijk dat per regio of provincie wordt bezien welk ambulante zorgaanbod (volume) nodig is in relatie tot de vraag. De regiovisie zou hiervoor een instrument kunnen zijn, als men in de regio beschikt over een betrouwbare registratie. Zowel in de screening en de vrij toegankelijke ambulante zorg, als in de indicatiestelling en de zorgtoewijzing moeten conform de systeemeisen gegevens worden vastgelegd. Toegangsregistratie, te koppelen aan de beleidsregistratie en de kwaliteitssystemen, maakt van jaar tot jaar inzichtelijk welk ambulante aanbod in de regio nodig en beschikbaar is. Zo is per gebied aan te geven welke gespecialiseerde of intensieve methoden in de ambulante zorg voorhanden zijn en worden gewenst. Het is aan de regiopartners om te bepalen welke vormen van ambulante hulp die vallen onder de grens van 4500 gulden toch via de zorgtoewijzingscommissie moeten lopen.

CONCLUSIES

Ambulante zorg is geen kant-en-klaar product. Het is vaak een zoekproces, zowel van de kant van de jeugdigen en/of hun opvoeders als van de kant van de hulpverleners. Samen bezien zij welk probleem aan de orde is, hoe moeilijk of hoe simpel dat probleem is en welke hulp nodig is. De jeugdige en/of hun opvoeders kunnen een andere visie of inschatting van een probleem hebben dan de hulpverlener. Er kan een verschil zijn tussen de gevraagde hulp, de gewenste hulp en de noodzakelijke hulp. Het benoemen en overbruggen van die verschillen kan tijd vragen. En soms gaat er tijd overheen voordat iemand die hulp vraagt, ook bereid is de geboden hulp te aanvaarden.

De projectgroep Toegang heeft een functioneel proces beschreven waarin functies als aanmelding, screening, diagnostiek enzovoort, elkaar logisch en in afgebakende stappen opvolgen. De werkelijkheid van alledag in de hulpverlening is niet zo schematisch en niet zo afgebakend. Mensen aarzelen, willen nog eens over het gesprek nadenken, laten hun emoties de vrije loop, durven hun hulpverlener nog niet te vertrouwen of worden geconfronteerd met weer een nieuw probleem.⁸ Die werkelijkheid vraagt van ambulante hulpverleners een flexibele opstelling. Dat kan alleen als in aansturing, besluitvorming en financiering die flexibiliteit mogelijk is.

Tegelijk zullen ook ambulante zorgaanbieders duidelijk moeten maken wat het werk inhoudt en wat het kost. Daarover moet verantwoording worden afgelegd. De projectgroep beoogt met haar voorstellen voor de afbakening van de vrij toegankelijke zorg die spanning tussen flexibiliteit en beheersing te overbruggen. Daarom kiest de projectgroep voor wat zij een *volume-benadering* noemt. In die benadering wordt geen landelijk geldende, gedetailleerde productomschrijving gegeven en geen uitgewerkt, laat staan verplicht, stappenschema gepresenteerd. In de volume-benadering wordt van twee kanten de ambulante zorg als vrij toegankelijk afgebakend.

- 1 Provinciale en lokale overheden en zorgverzekeraars bepalen met elkaar het volume dat voor vrij toegankelijke ambulante zorg in de regio beschikbaar is. Een dergelijk volume heeft een relatie met het aantal jeugdigen in de regio en staat in verhouding tot een geobjectiveerd oordeel over de hulpbehoefte in die regio. Uitgaande van een bepaalde prijs per contact (of verstrekking) en van het totaal aantal cliënten is het financieel volume te benoemen. Daarvan afgeleid is te bepalen wat het gemiddelde aanbod per cliënt kost

Binnen het totaal aan beschikbaar volume is in de regio af te spreken welk deel van het ambulante volume wordt ingezet in de functie consultatie en deskundigheidsbevordering en in functies als diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing, plaatsing en casemanagement. De projectgroep maakt daarmee onderscheid tussen de functie consultatie en deskundigheidsbevordering en de functie vrij toegankelijke zorg.

⁸ Gegevens uit het onderzoek naar de RIAGG-jeugdzorg (noot 3) laten zien dat 47% van de cliënten uiteindelijk de behandeling op reguliere wijze afsluit.

Consultatie en deskundigheidsbevordering richten zich met name op intermediairen in werkvelden als onderwijs, lokaal welzijnsbeleid en vrije tijd.

Verder heeft men de mogelijkheid regionaal en provinciaal uit te maken of en in welke omvang relatief schaarse ambulante activiteiten in het niet-vrij toegankelijke deel vallen.

In termen van de kosten per cliënt verwacht de projectgroep met het maximum van 4500 gulden een afbakening te hebben gemaakt van vrij toegankelijke zorg die vrijwel alle reguliere bestaande ambulante zorgaanbiedingen in jeugdhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen omvat.⁹

Jaarlijks wordt bezien of met het beschikbare budget antwoord is te geven op zorgvragen van jeugdigen en/of hun opvoeders, waarbij niet-vrij toegankelijke zorg *niet* aan de orde is.

- 2 De hulpverleners en het management van de voorzieningen hebben binnen het beschikbare volume 'vrij toegankelijk' de mogelijkheid de ambulante zorg af te stemmen op de zeer diverse zorgvragen. Voor een scherp onderscheid tussen vrij en niet-vrij toegankelijke ambulante zorgvormen is een nadere invulling nodig van de gebruikelijke duur en kosten van die verschillende zorgvormen. Op grond van een dergelijke differentiatie is de hulpverlener in staat te bepalen voor welk type ambulant zorgaanbod de zorgtoewijzingscommissie ingeschakeld moet worden.

Bij het ontbreken van die differentiatie is voor de regio het bedrag van 4500 gulden per cliënt als ijkpunt neergezet voor de verdeling van het totale volume van de vrij toegankelijke ambulante zorg. Het management en de hulpverleners hebben de mogelijkheid om binnen dit volume zorgvragen te beantwoorden met een passend aanbod. Met een goed registratiesysteem is van maand tot maand duidelijk welk volume is ingezet en welk volume dus nog overblijft.¹⁰

Op het niveau van de cliënt betekent dit dat de hulpverlener, naast de regionale criteria die worden gehanteerd voor het onderscheid vrij/niet-vrij, een oriëntatiepunt heeft om van goedkopere of duurdere vormen *binnen* het vrij toegankelijke aanbod te spreken. Op het niveau van de gehele cliëntpopulatie dragen de aanbieders er zorg voor dat de keuze voor de goedkopere en de duurdere varianten in balans blijft en het totale beschikbare volume niet te boven gaat. Tevens dragen zij er zorg voor dat goed af te bakenen ambulante zorgvormen, die structureel boven het gemiddelde van 4500 gulden uitkomen, in het niet-vrij toegankelijke deel worden geplaatst. Het blijft noodzakelijk om heldere afspraken te maken tussen financiers en aanbieders over de inzet van het calculatorisch budget voor alle vormen van jeugdzorg. Het vastleggen en

⁹ Tot de leveranciers van vrij toegankelijke zorg worden gerekend de Jongerenadvies-centra, de Adviesbureaus, de afdelingen Jeugdzorg van de RIAGG's en activiteiten van andere voorzieningen in de functies preventie, aanmelding, screening, ambulante zorg alsmede consultatie en advies.

¹⁰ Op basis van een hulpverleningsplan kan een cliënt een traject aangeboden krijgen van zelfs twintig contacten zonder dat formele toewijzing aan de orde is. In volume-termen moeten die twintig contacten dan wel passen binnen het gemiddeld aantal contacten per cliënt voor een gedefinieerd traject, zorgprogramma of module.

vergelijken van indicatiestellingen en toewijzingsbesluiten biedt inzicht in de discrepantie tussen de manifeste vraag en het gerealiseerde niet-vrij toegankelijke aanbod. De functie toewijzing moet zodanig worden georganiseerd dat deze signaleringstaak voor het niet-vrij toegankelijke deel van de zorg kan worden uitgevoerd. Met behulp van kwaliteitssystemen moet deze signalering ook in het vrij toegankelijke deel gestalte krijgen. De functie screening is daarbij een zichtbaar meetmoment.

AANBEVELINGEN

De projectgroep Toegang beveelt aan:

- van vrij toegankelijke ambulante zorg te spreken voor de ambulante zorg die gemiddeld per cliënt het bedrag van 4500 gulden in zorgvorm, module, programma of traject niet overstijgt;
- per regio/provincie af te spreken welke specifieke vormen van ambulante zorg die vallen onder de grens van 4500 gulden niettemin een formele zorg-toewijzing nodig hebben. Daarmee kan een deel van de ambulante zorg ook als niet-vrij toegankelijk worden aangemerkt;
- ook voor de cliënten van de vrij toegankelijke jeugdzorg de mogelijkheid in te bouwen van een second opinion in de vorm van een tweede indicatiestelling en zorgtoewijzing.

BIJLAGEN

INHOUDELIJKE CRITERIA VOOR ONDERSCHIED TUSSEN VRIJ EN NIET-VRIJ TOEGANKELIJKE JEUGDZORG	20
COMPLICATIES ROND DE VOORDEUR	23
BEREKENING BIJ DE PARAGRAAF KOSTENOVERWEGINGEN	25
TERMINOLOGIE	26
REACTIES OP HET VOORLOPIG ADVIES 'VRIJ TOEGANKELIJKE JEUGDZORG'	27

BIJLAGE 1

INHOUDELIJKE CRITERIA VOOR ONDERSCHIED TUSSEN VRIJ EN NIET-VRIJ TOEGANKELIJKE JEUGDZORG

De projectgroep Toegang heeft in de hoofdtekst van dit rapport de vrij toegankelijke jeugdzorg afgebakend op grond van kostprijs en schaarste. Dat is een eerste stap in een proces dat in de komende jaren veel uitwerking vraagt. De vraag is hoe in het traject van aanmelding, prediagnostiek/screening, diagnostiek en indicatiestelling de differentiatie naar vrij of niet-vrij toegankelijke zorg inhoudelijk is te onderbouwen. We gaan uit van de kenmerken van de problematiek, de hulpvraag en/of de behandeling. Discussies met het veld maken duidelijk dat daarvoor geen enkelvoudig criterium is te geven. Het betreft een combinatie van kenmerken die maakt dat een aanbod tot het vrij of het niet-vrij toegankelijke wordt gerekend. Deze kenmerken zijn te vertalen naar indicaties en contra-indicaties voor niet-vrij toegankelijke hulp (en andersom: naar contra-indicaties en indicaties voor vrij toegankelijke hulp).

Ten aanzien van deze indicaties en contra-indicaties is het volgende schema denkbaar:

*Indicaties niet-vrij toegankelijk;
Contra-indicaties vrij toegankelijk*

*Contra-indicaties niet-vrij toegankelijk;
Indicaties vrij toegankelijk*

- | | |
|--|--|
| a) Zware problematiek, een meervoudige klacht/hulpvraag van de cliënt en/of complexe problematiek | Lichte problematiek, een enkelvoudige klacht/hulpvraag van de cliënt en/of enkelvoudige problematiek |
| b) Een geïndiceerd meervoudig of complex (ambulant) aanbod | Een geïndiceerd enkelvoudig of eenvoudig ambulant aanbod |
| c) De prognose van de behandelingsduur en behandelingsintensiteit overschrijdt de veertien contacten | De prognose van de behandelingsduur en -intensiteit is veertien contacten of minder |
| d) De behandeling wordt ingeschat als zeer ingrijpend, risicovol of belastend voor de cliënt | De behandeling wordt niet ingeschat als zeer ingrijpend, risicovol of belastend voor de cliënt |

Schema 3: indicaties en contra-indicaties voor inhoudelijk onderscheid vrij / niet-vrij toegankelijk ambulant aanbod

Vaak is het niet voldoende als er slechts één indicatie aanwezig is om de differentiatie te maken. Meestal zijn er *minstens twee* van dergelijke indicaties nodig, bijvoorbeeld één uit a of b (dat wil zeggen: het gaat om complexe hulpvragen of een complex aanbod) en één uit c of d (dat wil zeggen: het gaat om langdurige of voor de cliënt ingrijpende hulp).

De genoemde indicaties en contra-indicaties zijn globaal van aard en dienen nader te worden geoperationaliseerd. Bij deze operationalisering stelt de projectgroep voor aandacht te besteden aan onder meer de volgende aspecten:

AD A

De zwaarte (ernst) van de problematiek wordt bepaald door de mate waarin deze een adequaat functioneren gezien leeftijd en cultuur belemmert. Andere bepalende factoren zijn: de frequentie en situationele bepaaldheid van de problematiek, de voorgaande duur en de achtergrond van de problematiek, de mate waarin de problematiek ingrijpt in of bedreigend is voor het welzijn van de cliënt en/of zijn omgeving (waaronder ook de mate waarin de problematiek een beperking oplevert voor het psychisch, sociaal en beroepsmatig of schoolse functioneren), de mate waarin de problematiek door de betrokkenen als zwaar wordt beleefd en het ingeschatte beloop van de problematiek zonder een zorgaanbod. Tevens wordt de zwaarte of de ernst van de problematiek bepaald door de mate waarin aanwezige protectieve factoren een stabiel tegenwicht vormen bij voorkomende problemen.

De complexiteit van de problematiek en de hulpvraag wordt uitgedrukt in termen van het aantal problemen en vragen dat wordt gesignaleerd per leefgebied en over de verschillende leefgebieden heen. Het is gebruikelijk hierbij als gebieden te onderscheiden:

- het psychisch functioneren;
- het algemeen cognitief/verstandelijk functioneren;
- het functioneren van de schoolse vaardigheden, taal, spraak en motoriek;
- het lichamelijk functioneren;
- het functioneren in de opvoedingssituatie (gezin en school) en van de opvoeders;
- het functioneren in de buurt, het werk, de maatschappij.

AD B

Bij de ingeschatte meervoudigheid en complexiteit van het aanbod gaat het om de vraag met welke inzet van mensen en middelen de doelstelling van de hulp gerealiseerd wordt. Met andere woorden, het gaat erom hoeveel behandelaars er bij een casus betrokken worden en uit hoeveel onderdelen (soorten hulp) het zorgaanbod bestaat. Voor wat betreft dat laatste, het aantal soorten hulp, dient in de nabije toekomst in het kader van de zorgprogrammering tevens een relatie gelegd te worden met de vraag of een hulpaanbod uit één module van hulp bestaat, of uit een combinatie van modulen. Waar het de doelstelling van de zorg is om met de inzet van één behandelaar of met één soort hulp resultaat te bereiken, spreekt men van een eenvoudig aanbod. Bij een groot aantal vormen van vrij toegankelijke hulp zal het gaan om een zorgverlening waarbij de hulpverlener die de prediagnostiek heeft gedaan ook de ambulante hulp verleent.

AD C

Het criterium dat betrekking heeft op de prognose van de behandelingsduur is hier gesteld op ongeveer veertien contacten. Dit aantal is afgeleid van experimenten in de ambulante jeugdhulpverlening rond het daar beschreven zogeheten 'traject 4'. In de ambulante geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen kan het gewenst zijn dit criterium anders te leggen. Sommige voorzieningen hebben een gemiddelde van tien contacten/verstrekkingen, andere komen hoger uit.

In ieder geval geldt het volgens de projectgroep als een contra-indicatie voor een vrij toegankelijk aanbod indien in een *vroeg* stadium van de hulp voorzien kan worden dat de hulp vermoedelijk meer dan veertien contacten zal omvatten. De grens van veertien contacten betekent echter niet dat vrij toegankelijke hulp niet korter of langer kan duren. Blijkt dat tijdens de uitvoering van de vrij toegankelijke hulpverlening meer dan veertien contacten nodig zijn, dat zijn er twee mogelijkheden.

- De eerste mogelijkheid is dat men de hulpverlening doorzet zonder een formele zorgtoewijzing. Dit soort voortzettingen zullen vooral aan de orde zijn bij lichte vormen van steun en begeleiding over een langere periode en bij een afronding van een hulpaanbod dat iets langer duurt dan veertien contacten. Binnen de totale capaciteit van de vrij toegankelijke hulp is er voor dergelijke voortzettingen slechts ruimte voor zover dat past binnen de afspraken die hierover in de regio zijn gemaakt.
- De tweede mogelijkheid is dat men via zorgtoewijzing een ruimer en langduriger aanbod voor de cliënt creëert.

Bovenstaande overwegingen hebben betrekking op een situatie waarin tijdens de uitvoering van de hulp verlenging nodig blijkt. Dergelijke strategieën kunnen tevens toegepast worden bij cliënten die frequent een beroep doen op de zorg (drie maal binnen vijf jaar).¹¹

De projectgroep onderstreept dat, welke oplossing men in dergelijke situaties ook kiest, een overschrijding van de geplande behandelingsduur aanleiding moet zijn voor een evaluatie van het aanbod met als doel een heroverweging van de aard van het aanbod.

AD D

De mate waarin een behandeling ingrijpend, risicovol of belastend is voor de cliënt is moeilijk nader te specificeren. Niettemin is het aspect van belang te wegen bij de differentiatie naar vrij en niet-vrij toegankelijke hulp. Bij behandelingen waarvan bekend is dat deze voor de cliënt als risicovol, ingrijpend of belastend gelden, is een formeel traject van diagnostiek, indicatiestelling, toewijzing en herindicatie/evaluatie van belang ter bescherming van zowel de cliënt als de hulpverlener. Gegarandeerd moet immers zijn dat dergelijke vormen van hulp slechts worden toegepast via een procedure waarin de meeste zorgvuldigheid, intersubjectiviteit en selectiviteit structureel is ingebouwd.

Bij een verdere invulling van de inhoudelijke indicaties en contra-indicaties wil de projectgroep signaleren dat een scherpe operationalisering het gevaar in zich bergt van schijnexactheid. Er is op dit moment geen afdoende betrouwbaar en valide instrumentarium voorhanden om de operationalisering sluitend vorm te geven. Belangrijker is het daarom om in dit stadium van de ontwikkeling van de toegang op *hoofdlijnen* overeenstemming te hebben over het inhoudelijke onderscheid vrij toegankelijke versus niet-vrij toegankelijke ambulante hulp. Aan de hand van die overeenstemming kan aan de nadere operationalisering worden gewerkt.

¹¹ Zie ook Modelprocedure 'Indicatiestelling in de GGZ', Indicatie Overleg Geestelijke Gezondheidszorg / IOG. Utrecht, juni 1997.

BIJLAGE 2

COMPLICATIES ROND DE VOORDEUR

De vernieuwing van de toegang tot de jeugdzorg houdt regionaal ook een herstructurering in van de manier waarop de zorg wordt aangeboden. De vlag 'bureau Jeugdzorg' waaronder het veranderingsproces veelal vaart, dekt zeer verschillende ladingen. De inrichting van het veld van voorzieningen vertoont vooralsnog grote verschillen. In enkele provincies zijn functies rond de toegang samen met de zorg zelf onderdeel van een multifunctionele organisatie. In andere provincies zijn toegangsfuncties en zorgverlening opgenomen in gescheiden verbanden. De deelname van (ambulante) geestelijke gezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdhulpverlening heeft telkens een ander karakter. Waar in de ene regio de RIAGG, de jeugdbescherming en de ambulante hulpverlening al onder een dak samenwerken, worden in een regio vijftig kilometer verder oude institutionele scheidslijnen overeind gehouden en wordt er nog maar minimaal functioneel samengewerkt. Dat houdt in dat er regionaal ook verschillen bestaan ten aanzien van de manier waarop circuits van ambulante zorg aangesloten worden op de niet-vrij toegankelijke vormen van zorg.

Er zijn regio's waar voorzieningen voor maatschappelijk werk ook functies als aanmelding, screening en ambulante zorg vervullen. Als multidisciplinaire diagnostiek aan de orde is, wordt een regionaal jeugdzorgteam aangesproken dat de verantwoordelijkheid draagt voor de indicatiestelling ten behoeve van niet-vrij toegankelijke zorg.

Er zijn ook regio's waar ambulante zorg wordt gezien als zorg *in* de toegang. Een team van (zorg-)medewerkers verzorgt de functies aanmelding, screening en ambulante zorg en eventueel ook de eerste stappen voor de functies diagnostiek en indicatiestelling. Weer elders is gekozen voor een nadrukkelijk onderscheid tussen aanmelding en screening en het verlenen van zorg in welke vorm ook. Gespecialiseerde teams doen vanuit het zorgcircuit 'voor deur-diagnostiek' die leidt tot verwijzing naar vormen van ambulante zorg of naar diagnostische arrangementen. Het geven van de ambulante zorg gebeurt in aparte werkeenheden.

In al deze structuren (allemaal dikwijls aangeduid als 'bureaus Jeugdzorg') is er discussie over de mate van autonomie die in het stelsel jeugdzorg mogelijk is rond de beslissing tot het verlenen van ambulante zorg die minder schaars is, minder specialismen of multidisciplinariteit vraagt en die door de jeugdigen en hun opvoeders wordt gezien als 'vrij toegankelijk'. Aan de autonomie-vraag is meteen verbonden het onderwerp van de betrokkenheid van voorzieningen, werkvelden en bestuurslagen. Kan een lokale overheid met inzet van het algemeen maatschappelijk werk de functie van vrij toegankelijke ambulante jeugdzorg invullen of hoort ook die zorg exclusief tot het domein van de provinciale jeugdzorg en de daarin gefinancierde voorzieningen? Hoe verhouden lokaal jeugd- en onderwijsbeleid zich tot het provinciale beleid?

De projectgroep Toegang bepleit mede met het oog op deze verschillen een ruimhartige afbakening van het begrip 'vrij toegankelijke ambulante zorg'. Een vroegtijdige en onvol-

doende onderbouwde beslissing over deze zorg kan remmend werken op regionale ontwikkelingen. Daar komt bij dat het onderbrengen van delen van het ambulante volume in het niet-vrij toegankelijke aanbod de mogelijkheid biedt om scherper zicht te krijgen op de vraag naar dit (specifieke) ambulante aanbod en de eventuele discrepantie met de beschikbare capaciteit. Deze discussie kan voorlopig beperkt blijven tot het domein van de brede jeugdzorg zonder verlamdend te werken op de aansluiting tussen jeugdbeleid, onderwijsbeleid en vrijetijdsbeleid.

BIJLAGE 3

BEREKENING BIJ DE PARAGRAAF KOSTENOVERWEGINGEN

In het GGZ-circuit blijkt - op basis van registratiegegevens van de NVAGG - dat het gemiddeld aantal verstrekkingen per cliënt in de afdeling jeugdzorg *acht* bedraagt. Haalt men alle eenmalige contacten uit deze telling dan blijkt het aantal verstrekkingen per cliënt *tien* te zijn. Deze registratie komt tot stand op basis van gegevens uit alle afdelingen jeugdzorg van alle RIAGG's in ons land. Het gemiddeld aantal verstrekkingen - buiten de eenmalige contacten - loopt binnen de RIAGG's onderling uiteen van acht tot dertien. Deze verstrekkingen zijn geregistreerd op cliëntniveau. Er is op dit moment onvoldoende materiaal beschikbaar om uitspraken te doen over het aantal verstrekkingen per cliënt-systeem bij de RIAGG's.

De prijs van een verstrekking bedraagt in de GGZ-jeugdzorg circa 220 gulden. Als de prijs van een verstrekking in de geestelijke gezondheidszorg wordt afgeleid van het totaal GGZ-budget én van het totaal aantal verstrekkingen in die zorg komt de prijs circa 50 gulden hoger uit. Dat geeft aan dat het genoemde bedrag vooral gezien moet worden als een indicatie.

Bij de ambulante voorzieningen voor jeugdhulpverlening is het gemiddeld aantal contacten - op basis van de tellingen in het experiment met de Jhvis-registratie - per cliënt *zes*. Dit gemiddelde geldt voor het hele klantenbestand. Als de contacten worden geteld in de trajecten 3 en 4 (plaatsing en procesmatige hulp), is het gemiddeld aantal contacten per cliënt in die trajecten *veertien*.

De prijs van een contact bedraagt circa 300 gulden. De normharmonisatie is in de ambulante jeugdhulpverlening echter nog niet ingevoerd. Ook deze prijs heeft dus een indicatief karakter.

BIJLAGE 4

TERMINOLOGIE

In een vernieuwde toegang tot de jeugdzorg worden werkzaamheden uit de jeugdbescherming, jeugdhulpverlening en geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen bijeen gebracht. Een definitie van vrij toegankelijke zorg raakt daarom in eerste instantie de RIAGG's, de poliklinieken kinder- en jeugdpsychiatrie en de ambulante voorzieningen in de jeugdhulpverlening. Vanwege de verschillende financieringssystemen waarin men opereert, zijn verscheidene termen in omloop voor (vrijwel) identieke functies.

In de AWBZ-systematiek moet een huisarts optreden als 'verwijzer' naar de RIAGG. Zonder zo'n verwijzing wordt niet aan de formele vereisten voldaan om tot een AWBZ-gefinancierde verstrekking te komen. Dat geldt ook voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. In het rapport *Modelprocedure Indicatiestelling in de GGZ* van het Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg (IOG) worden de termen indicatieadvies en indicatiebesluit gebruikt. In een indicatiecommissie wordt met de cliënt door een lid van die commissie een indicatieadvies opgesteld. De commissie toetst dit advies onder meer op passendheid en doelmatigheid en neemt vervolgens een indicatiebesluit dat aangeeft uit welke AWBZ-verstrekkingen een cliënt kan kiezen. Voor AWBZ-gefinancierde aanbieders geldt dan een acceptatieplicht. Formeel gezien hebben de zorgverzekeraars de bevoegdheid om te bepalen of een cliënt aanspraak mag maken op een verstrekking. In de voorstellen van het IOG ziet de zorgverzekeraar af van de indicatiebeoordeling en zorgtoewijzing indien een doelmatigheidstoets wordt toegepast op het indicatieadvies.

De bevoegdheid om de toets uit te voeren en het besluit te nemen worden door de zorgverzekeraars gemandateerd aan een Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Het werk van het RIO wordt uitgevoerd door de al genoemde indicatiecommissie voor de (hele) GGZ, dus ook voor zorg aan volwassenen en ouderen. Het indicatiebesluit uit het IOG heeft dezelfde status voor de GGZ als het begrip zorgtoewijzing in de systeemeisen voor de toegang.

In de voorstellen van de projectgroep Toegang is weliswaar sprake van verwijzers, maar is een verwijzing geen dwingende voorwaarde voor zorglevering van welke aard ook. In de jeugdzorg geeft het begrip vrij toegankelijk aan dat de professional eigenstandig een besluit kan nemen zorg te bieden die is omschreven als vrij toegankelijk. In termen van de IOG-systematiek neemt de professional een dergelijk besluit ook, maar dient er een formele verwijzing te zijn van een huisarts en een mandaat van de zorgverzekeraars. Om niet-vrij toegankelijke jeugdzorg toe te kennen is een besluit nodig van een zorgtoewijzingsorgaan dat grotendeels dezelfde taken heeft als een indicatiecommissie in de GGZ: het toetsen van een indicatiestelling en het toewijzen van zorg binnen de bandbreedte van het indicatieadvies. Deze bandbreedte omvat de minimaal noodzakelijke zorg en de meest gewenste zorg. Een besluit van een zorgtoewijzingsorgaan impliceert acceptatieplicht van de indicatie door opnemende jeugdzorgvoorzieningen. Het zorgtoewijzingsorgaan kan door de provincie worden aangemerkt als de enige erkende plaats in de regio en heeft daarmee een formele basis voor het optreden als verwijzer.

BIJLAGE 5

REACTIES OP HET VOORLOPIG ADVIES 'VRIJ TOEGANKE- LIJKE JEUGDZORG'

De projectgroep Toegang heeft op 4 april jl. het conceptadvies *Vrij toegankelijke jeugdzorg* op ruime schaal verspreid, vergezeld van de uitnodiging op dit concept te reageren. Hieronder worden de ingekomen reacties samengevat en voorzien van commentaar.

Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)

Het NIP vraagt in zijn reactie nadere uitwerking van de effecten die een onderscheid tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke hulp hebben op de motivatie van de ouders.

Het door de projectgroep gemaakte onderscheid is primair van betekenis voor de zorgverlener en de zorgverlenende instanties. De cliënt heeft geen boodschap aan dit onderscheid: die moet snel de hulp of zorg krijgen die past bij zijn vraag of behoefte. De zorgverlener dient de cliënt duidelijk te maken dat het in sommige gevallen meer tijd en moeite kost om vast te stellen welke hulp het beste past bij de vraag of behoefte van de cliënt, en om de hulp daadwerkelijk te realiseren. De motivatie van de cliënt wordt in sterke mate gevoed door het optreden van de zorgverlener en niet door de wet- en regelgeving.

Sommige vormen van hulp zijn schaars en daardoor beperkt beschikbaar. Lange wachttijden hebben wel een negatieve invloed op de motivatie van de cliënt. De door de projectgroep voorgestelde afbakening van de niet-vrij toegankelijke jeugdzorg moet bijdragen aan een snelle en gerichte 'selectie en distributie' van cliënten (*Regie in de Jeugdzorg*, p. 12). De projectgroep verwacht dat dit effect langs twee wegen wordt bereikt.

Eenzijds kan het volume vrij toegankelijke zorg zo groot mogelijk gemaakt worden, zodat de hulp snel wordt geboden aan een relatief groot deel van de jeugdzorg-cliënten. Anderzijds kan de toedeling van de regionaal beschikbare capaciteit aan geïndiceerde vormen van zorg verlopen via één toegang, waardoor die capaciteit beter wordt benut. In regio's waar ervaring is opgedaan met centrale zorgtoewijzing heeft dit geleid tot het krimpen of verdwijnen van wachtlijsten.

De projectgroep meent dat in een nieuwe toegangsconstructie tot de jeugdzorg de bejegening van de jeugdige en/of zijn opvoeders bij het eerste contact tussen zorgvrager en zorgaanbieders een cruciaal element is. De beschikbaarheid en bereikbaarheid en de wijze waarop men de zorgvragers benadert, bepalen of er voldoende vertrouwen ontstaat om als basis te dienen voor een mogelijke vorm van zorg. Het verschil tussen vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke zorg ligt vanuit de zorgvrager gezien in de manier waarop zorgaanbieders verduidelijken welk antwoord past bij de zorgvraag. Een concreet en snel te leveren aanbod van beperkte duur en intensiteit is dan de invulling van het begrip vrij toegankelijk. Als aan een jeugdige en/of zijn opvoeders goed wordt uitgelegd dat probleemanalyse en de formulering van een passend zorgaanbod meer aandacht vraagt,

is daarmee een stap gezet naar de aanvaarding van (en participatie in) een meer tijd vergend traject dat beoogt de juiste zorg te kiezen. Helderheid van handelen zal hier de motivatie van de cliënt kunnen steunen.

Daarnaast moet er goed 'overgestoken' kunnen worden van een vrij naar een niet-vrij toegankelijk aanbod. De keuze voor vrij toegankelijke zorg betekent niet dat de route naar de niet-vrij toegankelijke zorg is afgesloten. Een vrij toegankelijk traject kan worden benut om de cliënt te motiveren in te gaan op een wenselijk geacht aanbod van niet-vrij toegankelijke zorg.

De klantgerichte aspecten van het kwaliteitsbeleid van de voorzieningen die de eerste contacten met de zorgvragers voeren, zijn naar de mening van de projectgroep van cruciaal belang in de aanvaarding van alle zorgvormen.

Het NIP spreekt zorg uit over de mogelijkheden die er in de praktijk zijn om zorgproducten te vertalen in beleidstermen. De projectgroep Toegang wil juist met het oog op deze problematiek op politiek-bestuurlijk niveau eerst komen tot een afbakening van het regionaal volume. Zo ontstaat ruimte om in de dagelijkse praktijk binnen dit volume een bij de regionale vraag of behoefte passende invulling te geven aan dit aanbod. Het is de doeltreffendheid van het aanbod die leidt naar een exactere definiëring van zorgvarianten en -differentiaties in de ambulante zorg. Het kwaliteitsbeleid dat zorgt voor doeltreffendheid, is de peiler die het management van voorzieningen kan benutten om politiek-bestuurlijke acceptatie van zorgvormen te krijgen die niet per slogan zijn 'te verkopen'.

Het NIP vraagt aandacht voor het uitblijven van voldoende specifieke zorgaandacht voor kinderen in het speciaal onderwijs. Uit de gegevens van de stichting Registratie blijkt dat 48% van de jeugdigen na afloop van dagbehandeling in speciaal onderwijs verblijft. Bij ambulante en residentiële zorg zijn deze percentages 12 respectievelijk 17%. De projectgroep Toegang wil dit najaar nadere aandacht besteden aan de relatie met het speciaal onderwijs ook in het licht van het uitwerkingsoverleg dat door het ministerie van Onderwijs wordt gevoerd rond de leerling gebonden financiering in het speciaal onderwijs. Een nieuwe vorm van indicatiestelling in het onderwijs zal afstemming vragen met de indicatiestelling voor de jeugdzorg. Dit najaar moet worden gezien of de afstemming zodanig wordt verzorgd dat het kastje 'zorg' en de muur 'onderwijs' niet meer kunnen fungeren als ping-pong tafel voor jeugdigen.

RIAGG Midden-Limburg

Deze RIAGG stelt dat het gemiddelde cliëntsysteem bij deze voorziening 2,5 persoon omvat. Zij zegt daarom dat 'als de gemiddelde cliënt 10 contacten ontvangt, de gemiddelde behandeling 6750 gulden vraagt'. De projectgroep Toegang beschikt niet over landelijk representatieve gegevens die dit gemiddelde en de prijsberekening van deze RIAGG onderbouwen. De RIAGG geeft overigens niet aan of iedere persoon binnen het cliëntsysteem daadwerkelijk tien contacten ontvangt binnen planmatig afgesloten behandelingen en geeft geen inzicht in de vraag of deze contacten allemaal separaat plaatsvinden of een mate van gezamenlijkheid hebben. Het gemiddeld aantal contacten per cliëntsysteem blijft zodoende buiten beeld.