

## ***Indicatiestelling voor jeugd***

### ***Vijf modellen vergeleken***

vanuit het perspectief van  
financiering, professionals en cliënten

Quirien van der Zijden (redactie)  
Karel Diephuis  
Flip Dronkers  
Hans Matthaei  
Johan Woudenberg

Utrecht, juli 2009

© 2009 Nederlands Jeugdinstituut

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

**Opdrachtgever**

Nederlands Jeugdinstituut

**Redactie**

Quirien van der Zijden (Partners in Jeugdbeleid)

**Auteurs:**

Karel Diephuis

Flip Dronkers

Hans Matthaei

Johan Woudenberg

**Begeleiding:**

Tom van Yperen

Deze publicatie is tot stand gekomen in het kader van het Programma Effectieve Jeugdzorg van het Nederlands Jeugdinstituut. Doel van dit programma is het aanreiken van kennis en vaardigheden aan (aankomende) professionals in de jeugdsector zodat zij effectief kunnen handelen. De opdracht voor deze publicatie is gefinancierd vanuit het Kennisprogramma Jeugd van het Ministerie voor Jeugd en Gezin.

De publicatie is te downloaden van [www.nji.nl/publicaties](http://www.nji.nl/publicaties) en [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies)

# ***Inhoud***

<b><i>Voorwoord</i></b> .....	<b>5</b>
<b><i>Inleiding</i></b> .....	<b>7</b>
<b>1. <i>Indiceren voor jeugdzorg</i></b> .....	<b>9</b>
1.1 Wettelijke taken van bureau jeugdzorg .....	9
1.2 Indicaties door bureau jeugdzorg .....	10
1.3 Het financiële perspectief .....	13
1.4 Het professionele perspectief .....	14
1.5 Het cliëntperspectief .....	16
1.6 Bronnen .....	17
<b>2. <i>Indicatiestelling voor speciaal onderwijs</i></b> .....	<b>19</b>
2.1 Indicatiestelling voor speciale onderwijszorg .....	19
2.2 Het financiële perspectief .....	25
2.3 Het professionele perspectief .....	28
2.4 Het cliëntperspectief .....	29
2.5 Bronnen .....	31
<b>3. <i>AWBZ-indicaties voor jeugd</i></b> .....	<b>34</b>
3.1 Procedures en criteria .....	34
3.2 Het financiële perspectief .....	38
3.3 Het professionele perspectief .....	40
3.4 Het cliëntperspectief .....	41
3.5 Bronnen .....	43
<b>4. <i>Zorgverzekeringswet en jeugd-ggz</i></b> .....	<b>46</b>
4.1 De zorgverzekeringswet .....	46
4.2 Het financiële perspectief .....	49
4.3 Het professionele perspectief .....	50
4.4 Het cliëntperspectief .....	52
4.5 Bronnen .....	53
<b>5. <i>Eigen Krachtconferenties</i></b> .....	<b>54</b>
5.1 Algemene beschrijving .....	54
5.2 Het financiële perspectief .....	56
5.3 Het professionele perspectief .....	57
5.4 Het cliëntperspectief .....	58
5.5 Bronnen .....	60

<b>6. Analyse en lessen</b> .....	<b>62</b>
6.1 Inleiding .....	62
6.2 Analyse vanuit het financiële perspectief .....	62
6.3 Analyse vanuit het professionele perspectief .....	65
6.4 Analyse vanuit het cliëntperspectief .....	68
6.5 Tot slot .....	70
<b>Lijst met gebruikte afkortingen</b> .....	<b>72</b>

# Voorwoord

Kinderen en jongeren die speciale zorg nodig hebben, kunnen deze zorg niet zomaar krijgen. Er is een indicatie voor nodig die een koppeling maakt tussen de zorgvraag en het best passende aanbod. Die indicatie is van groot belang, want het gaat vaak om betrekkelijk ingrijpende en/of dure vormen van ondersteuning. Om dat toe te kennen is de nodige zorgvuldigheid vereist, zowel vanuit het financieel perspectief, als met het oog op de belangen van de cliënt en het professioneel verantwoord handelen.

Die zorgvuldigheid is vastgelegd in procedures. Ons stelsel is echter zo georganiseerd, dat jeugdigen en hun ouders voor verschillende onderdelen van de zorg met verschillende procedures te maken hebben. In een consultatieronde van het Nederlands Jeugdinstituut kwam bij veldpartners de behoefte naar voren om eens goed op een rij te zetten welke vormen van indicatiestelling er eigenlijk zijn en wat de voor- en de nadelen zijn van die verschillende vormen.

Het onderhavige rapport doet verslag van een project waarin uiteenlopende indicatieprocedures onder de loep zijn genomen. Doel ervan is professionals en beleidsmakers in het veld een korte schets te bieden van de feitelijke procedures. Hoe werkt bijvoorbeeld de indicatiestelling voor de jeugdzorg, hoe die voor het speciaal onderwijs? Met de beschrijvingen kunnen de professionals en beleidsmakers zich op de hoogte stellen van de systemen waar de cliënten vaak mee te maken hebben.

De totale indruk die het rapport achterlaat is in twee korte alinea's te schetsen:

- *Als je bent aangewezen op combinaties van zorg uit jeugdzorg, jeugd-ggz en het speciaal onderwijs, dan krijg je als ouders en jeugdige te maken met heel verschillende procedures.* Het totaalplaatje lijkt dan zo ingewikkeld, dat je bijna niet aan de indruk ontkomt dat cliënten hiermee een probleem rijker zijn geworden, in plaats van armer. In dat licht is het goed dat er momenteel veel aandacht uitgaat naar het tot stand brengen van een meer integrale indicatiestelling. Een belangrijk motto van het Ministerie voor Jeugd en Gezin is in dat kader: *Één gezin, één plan.* Dat lijkt geen overbodige luxe.

- *Vanuit financieel, professioneel en cliënt-perspectief hebben de verschillende procedures voor- en nadelen.* De vraag die daarbij meteen rijst is: als we nu toch toewerken naar een integrale indicatiestelling, wat kunnen we dan leren van deze voor- en nadelen? Als we het slim aanpakken, bouwen we een nieuwe procedure die vooral de voordelen van de bestaande vormen verpakt en de nadelen omzeilt. Een goede indicatiestelling blijft belangrijk. Op een zeker moment moet er immers een weloverwogen beslissing vallen over het best passende aanbod bij de zorgvraag. Voor die beslissing is zorgvuldigheid vereist. Dit rapport laat zien dat er zeer verschillende manieren zijn om het besluitvormingsproces procedureel en institutioneel vorm te geven. Het laat echter ook zien dat de vorm en de inhoud in een goede verhouding moeten staan. De auteurs bieden inspiratie bij het zoeken naar een nieuwe balans.

Tom van Yperen



# Inleiding

Indicatiestelling is een cruciaal verbindingsstuk tussen vraag en aanbod. De vraag van jeugdigen en gezinnen, hun problemen, de diagnose en hun doelen aan de ene kant. Het best passende zorgaanbod of specialistische onderwijszorg aan de andere kant. Binnen het jeugddomein worden diverse modellen voor indicatiestelling gehanteerd. In deze publicatie staan vijf<sup>1</sup> modellen beschreven:

1. Indicatiestelling voor jeugdzorg, zoals verzorgd door de Bureaus jeugdzorg (BJZ).
2. Indicatiestelling voor speciaal onderwijs en Leerling Gebonden Financiering (LGF), zoals uitgevoerd door de Commissies voor Indicatiestelling (CvI) binnen de Regionale Expertise Centra (REC).
3. Indicatiestelling voor Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten- zorg (AWBZ-zorg), zoals uitgevoerd door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en BJZ wanneer het jeugdigen met psychiatrische problematiek betreft.
4. Het vaststellen van de benodigde zorg binnen de Zorgverzekeringswet, voor zover het de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen betreft.
5. Het bepalen van de benodigde zorg zoals dat plaats vindt binnen de Eigen Krachtconferenties (EKC).

Naast een beschrijving proberen we antwoord te geven op de vraag wat de voor én nadelen van de verschillende modellen zijn. Daartoe beschouwen we de vijf modellen vanuit drie perspectieven: het financiële-, professionele- en het cliëntperspectief.

*Vanuit financieel perspectief* is indicatiestelling te beschouwen als een middel om schaarse middelen eerlijk te verdelen en de kosten voor zorg en onderwijs te beheersen. We beschrijven in hoeverre de indicatiestelling bedoeld is om kosten te beheersen en op welke wijze dat is vormgegeven:

- Zijn er objectieve criteria geformuleerd waaraan moet zijn voldaan om in aanmerking te komen voor de gevraagde zorg?
- Bevat het model prikkels die de voorkoming van de inzet van dure zorg bevorderen?
- Bevat het model prikkels die de vraag naar dure zorg juist opdrijven?

*Vanuit professioneel perspectief* is indicatiestelling de schakel tussen diagnostiek en interventie.

- Bij welke cliënt met welk probleem en welke diagnose biedt welke interventie de meeste kans van slagen?
- In hoeverre dragen de modellen bij aan een professionele oordeelsvorming over de best passende zorg?

---

<sup>1</sup> Gemeentelijke indicaties in het kader van de WMO en de werkwijzen die de verschillende samenwerkingsverbanden binnen het primair en voortgezet onderwijs hanteren voor verwijzing naar hun voorzieningen zijn hier buiten beschouwing gelaten,

In de beschrijvingen gaan we na in hoeverre kennis over effectiviteit van interventies bij de betreffende doelgroepen binnen de indicatiestelling wordt benut. Ook gaan we na of indicatiestellers kunnen leren van hun beslissingen.

- In hoeverre krijgen zij feedback op de effecten van hun beslissing?

Voor *cliënten* is indicatiestelling een middel om goed, snel en samenhangend het juiste antwoord op een vraag of probleem te krijgen. Ook de (juridische) positie, inclusief het versterken van de eigen kracht van cliënten krijgt aandacht vanuit dit perspectief. We geven aan op welke wijze de cliënt betrokken is bij het indicatieproces. Tevens proberen we te schetsen wat de impact is van het besluit.

- Biedt het voor cliënten handvatten om de eigen kracht te versterken en zware, belastende, zorg te voorkomen?

In het laatste hoofdstuk leggen we de 5 modellen naast elkaar. Wederom beschouwd vanuit de drie perspectieven.

- Welke lessen zijn te trekken als het gaat om indicatiestellingen voor jeugd?



# **1. Indiceren voor jeugdzorg**

**Hans Matthaei & Quirien van der Zijden**

## **1.1 Wettelijke taken van bureau jeugdzorg**

De kerntaak van bureau jeugdzorg (BJZ) is het beoordelen van verzoeken om hulp en het indiceren van de juiste zorg. Daarnaast kent het BJZ de volgende taken:

- *Ambulante zorg*

BJZ verleent als regel zelf geen hulp. Als tijdens het traject van indicatiestelling blijkt dat voor de problematiek de hulp van een lokale voorziening geschikt is dan wordt in principe daarnaar doorverwezen. Er kunnen echter omstandigheden zijn waardoor het klantvriendelijker is dat het BJZ zelf deze hulp uitvoert. In deze gevallen mag het BJZ gemiddeld vijf gesprekken voeren.

- *Zorgmeldingen*

Sommige ouders of jeugdigen komen niet zelf naar het BJZ als er problemen zijn. Het kan zijn dat bijvoorbeeld een onderwijzer of een wijkagent meldt dat een jeugdige in ernstige moeilijkheden dreigt te komen. Dan zal een medewerker van BJZ de ouders en/of de jeugdigen zelf benaderen en hen proberen te motiveren om hulp te aanvaarden.

- *Advies- en meldpunt kindermishandeling (AMK)*

Professionals en omstanders kunnen het AMK om advies vragen of een melding doen. Na een melding onderzoekt het AMK of er sprake is van kindermishandeling. Het AMK benadert de ouders en probeert hen te motiveren voor hulp. Het AMK kan de Raad voor de Kinderbescherming vragen een onderzoek te starten naar de noodzaak van een kinderschermingsmaatregel.

- *De uitvoering van jeugdbeschermingsmaatregelen*

Wanneer de kinderrechter, op verzoek van de raad voor de kinderscherming, een kinderschermingsmaatregel oplegt dan voert het BJZ die uit. De meest toegepaste kinderschermingsmaatregel is de ondertoezichtstelling. In dat geval is er toezicht op de jeugdige door de gezinsvoogd en wordt aan ouders hulp en steun bij de opvoeding geboden. Wanneer herstel van de opvoedingsverantwoordelijkheid niet haalbaar is kan de kinderrechter de ouders uit het gezag ontheffen of ontzetten. Het BJZ krijgt dan meestal de voogdij.

- *De uitvoering van jeugdreclassering*

De jeugdreclassering omvat begeleiding en toezicht in het kader van het jeugdstrafrecht. Het is de taak van de jeugdreclassering om jeugdigen door gezag, hulpverlening (soms onder dwang) en begeleiding weer een goede plek in de samenleving te geven.

▪ *Advies en deskundigheidsbevordering*

Naast bovengenoemde taken heeft het BJZ tot taak om advies te geven en bij te dragen aan de deskundigheidsbevordering van algemene voorzieningen voor jeugdigen. Hieronder valt in ieder geval onderwijs.

## **1.2 Indicaties door bureau jeugdzorg**

### **1.2.1 Aanmelding en acceptatie**

De bureaus jeugdzorg hebben gezamenlijk een Handboek indicatiestelling ontwikkeld waarin hun indicatietrajecten zijn vastgelegd. De werkwijze start met de fase van Aanmelding en acceptatie. In deze fase worden achtereenvolgens zes stappen gezet:

- Stap 1: besluit of een klant cliënt is voor bureau jeugdzorg*  
*Stap 2: toets of de cliënt eerder hulp ontvangen heeft*  
*Stap 3: verken de aard en de ernst van de problematiek*  
*Stap 4: schat de veiligheid en risico's van kindermishandeling in*  
*Stap 5: beoordeel de problematiek*  
*Stap 6: bepaal het geëigende indicatietraject*

*Bron: handboek indicatiestelling bureau jeugdzorg*

Op het moment dat een jeugdige en/of zijn ouders zich aanmelden, of aangemeld worden, gaat de BJZ-medewerker na of het BJZ bevoegd is om hen te helpen.

Onder cliënten verstaat de Wet op de Jeugdzorg:

- *Jeugdigen die de meerderjarigheidsgrens nog niet hebben bereikt,*
- *of jeugdigen van 18 tot 23 jaar voor wie voortzetting of hervatting van jeugdzorg noodzakelijk is,*
- *en hun (stief-)ouders en/of verzorgers*

Om een goede inschatting te kunnen maken van de zorgvraag maken de BJZ's gebruik van de Gestructureerde Checklist Toegang (GCT). Wanneer op enig moment in het traject signalen worden geuit die zouden kunnen wijzen op kindermishandeling dan gebruiken de BJZ's een LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling).

### **1.2.2 Het indicatietraject**

De BJZ's onderscheiden drie indicatietrajecten die verschillen van duur en intensiteit. De complexiteit van de problematiek is bepalend voor de keuze van het traject.

Wanneer er al een compleet dossier bestaat op basis van eerdere hulpverlening dan kan een versnelde werkwijze worden gehanteerd die gemiddeld binnen een week tot een indicatiebesluit moet leiden.

Bij de uitvoering van de indicatietrajecten worden vijf stappen gezet:

*Stap 1: bepaal welke informatie nodig is en van wie*  
*Stap 2: analyseer het probleem en stel een diagnostisch beeld op*  
*Stap 3: wees alert op signalen van kindermishandeling*  
*Stap 4: formuleer doelen en stel de benodigde zorg vast*  
*Stap 5: stel een ontwerp indicatiebesluit op*

*Bron: handboek indicatiestelling bureau jeugdzorg*

Naast gesprekken met ouders en kinderen maakt BJZ gebruik van informatie van voorzieningen waar de jeugdige en het gezin al contact mee hebben gehad zoals onderwijs, betrokken zorgverleners, jeugdgezondheidszorg en de huisarts. Standaard wordt de CBCL (Child Behavioral Checklist) of de SPsy (Screeningsinstrument psychische stoornissen) afgenomen bij ouders, jeugdigen en eventueel bij school of relevante derden. Zonodig wordt specialistische diagnostiek ingezet. Op basis van de verzamelde informatie wordt de QUICKSTEP ingevuld. Dit levert een globale taxatie op voor de zwaarte en de urgentie van de benodigde zorg.

### **1.2.3 Indicaties voor jeugdzorg**

In de Wet op de Jeugdzorg (WJZ) staat jeugdzorg als volgt omschreven:

- *Ondersteuning en hulp bij opgroei- en opvoedingsproblemen of dreigende zodanige problemen.*
- *Voor jeugdigen, hun ouders, stiefouders of anderen die een jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen.*

Objectieve criteria, zoals gehanteerd binnen speciaal onderwijs en de AWBZ, ontbreken. Er is daardoor geen harde scheidslijn tussen gemeentelijk aanbod (opvoedingsondersteuning en lichtpedagogische hulp) en de geïndiceerde jeugdzorg.

Een aanspraak op Jeugdzorg ingevolge de (WJZ) omvat jeugdhulp, verblijf en observatiediagnostiek. Met ingang van 2008 kan tevens voor gesloten jeugdzorg worden geïndiceerd.

### *Zorgaanspraken WJZ*

- *Jeugdhulp*
  1. Jeugdhulp Thuis
  2. Jeugdhulp Accommodatie zorgaanbieder individueel
  3. Jeugdhulp Accommodatie zorgaanbieder groep
  
- *Verblijf*
  1. Verblijf pleegouder deeltijd
  2. Verblijf pleegouder 24-uurs
  3. Verblijf Accommodatie zorgaanbieder deeltijd
  4. Verblijf Accommodatie zorgaanbieder 24-uurs
  
- *Observatiediagnostiek*
  1. Observatiediagnostiek deeltijd
  2. Observatiediagnostiek 24-uurs
  
- *Gesloten jeugdzorg*

#### **1.2.4 Inhoud indicatiebesluit**

Het indicatiebesluit van het BJZ verleent de cliënt een recht op zorg in het kader van de WJZ, de Zorgverzekeringswet (ZVW) of de AWBZ. In het kader van dit hoofdstuk behandelen we alleen de indicaties voor jeugdzorg.

In de WJZ wordt gesteld dat het BJZ in het indicatiebesluit in ieder geval aangeeft:

- Een beschrijving van de problemen of dreigende problemen, de ernst en de mogelijke oorzaken daarvan.
- Een beschrijving van de benodigde zorg en het met de zorg beoogde doel.
- De duur van de zorg, gerekend van af het moment dat de zorg is begonnen (maximaal 1 jaar).
- De termijn waarbinnen de aanspraak op Jeugdzorg tot gelding moet zijn gebracht.
- Een advies wie de zorg kan of kunnen verlenen.
- Of coördinatie van de zorg gewenst is en zo ja wie dat het beste kan uitvoeren.

Indien voorzien wordt dat de zorg waarop de cliënt is aangewezen niet op tijd beschikbaar is dan kan het BJZ vervangende zorg aanduiden. Daarvan kan de cliënt gebruik maken tot het moment waarop de aangewezen zorg beschikbaar komt.

In 2008 zijn de Bureaus jeugdzorg gestart met de ontwikkeling van een uniform formulier voor de indicatiebesluiten. Dit formulier bestaat uit drie delen: Indicatiebesluit, Onderbouwing en Formele gegevens. Het formulier is nog niet landelijk ingevoerd.

### **1.2.5 Na het indicatie besluit**

Na het indicatiebesluit blijft het BJZ een rol spelen. Enerzijds moet BJZ de cliënt, ingeval deze dat wenst, bijstaan bij het zoeken naar passende zorg. Anderzijds heeft BJZ de wettelijke plicht om de verleende zorg te volgen en te evalueren. Daarnaast moet BJZ de cliënt bij staan als deze vragen heeft over de geleverde zorg en adviseren ingeval vervolgzorg noodzakelijk blijkt.

## **1.3 Het financiële perspectief**

In dit hoofdstuk trachten we antwoord te krijgen op de vraag in hoeverre de indicatiestelling door de BJZ's bijdraagt aan kostenbeheersing. Zijn er objectieve criteria en prikkels ter voorkoming van de doorgeleiding naar dure zorg of juist prikkels die de vraag naar geïndiceerde zorg opstuwten?

Met de Wet op de Jeugdzorg werd in 2005 het recht op zorg geïntroduceerd en daarmee de indicatiestelling door Bureau jeugdzorg. Doelstelling was onder andere om de zorg meer vraaggericht te organiseren in plaats van aanbodgericht. Door een onafhankelijke indicatiestelling zou niet langer het aanbod van de zorgaanbieders bepalend zijn maar zou de zorgvraag van cliënten centraal komen te staan.

Kostenbeheersing was niet het primaire doel van de introductie van onafhankelijke indicatiestelling binnen de jeugdzorg. Er werden dan ook geen objectieve criteria geformuleerd om te bepalen of iemand al dan niet recht heeft op zorg, zoals dit wel is gebeurd binnen de AWBZ en het Speciaal Onderwijs.

In feite komen alle jeugdigen en opvoeders die ondersteuning en hulp bij opgroei- en opvoedingsproblemen nodig hebben in aanmerking voor jeugdzorg.

Uit onderzoek blijkt dat de vraag naar jeugdzorg sterk is toegenomen. De afgelopen jaren is er sprake van een verdubbeling van het aantal gebruikers: van 38.208 in 1997 naar 77.872 in 2007 (Sociaal Cultureel Planbureau, 2007).

Het SCP constateert dat deze toename slechts voor 25% te verklaren is uit demografische factoren (aantal jeugdigen, aantal eenoudergezinnen, aantal jeugdigen van allochtone afkomst). De overige 75% kan niet verklaard worden uit demografische factoren.

Beleidsontwikkelingen dan wel veranderingen in de behoefte (bijvoorbeeld het manifest worden van nieuwe groepen gebruikers) zijn daarmee van grote invloed op de groei. In welke mate de invoering van de Wet op de Jeugdzorg hierin een rol speelt valt niet te zeggen. De indicatiestelling door de BJZ's heeft in ieder geval niet tot een stabilisatie of afname van de zorgvraag geleid.

Tegelijkertijd klinkt er wel kritiek op de indicatiestelling zoals die nu is vormgegeven binnen de BJZ's. Door de Commissie Zorg om Jeugd (2009) wordt dit als volgt verwoord:

“De kosten van het vaak lange indicatietraject overstijgen nogal eens die van de uiteindelijk ingezette hulp. De wachttijd tot de daadwerkelijke hulpverlening duurt lang, waardoor de problemen kunnen verergeren en een nieuwe indicatie is vereist”.

De afgelopen jaren hebben diverse commissies zich gebogen over het jeugdzorgstelsel en geconstateerd dat de gescheiden financiering en aansturing van de gemeentelijke (eerste lijn) en de provinciale taken (tweede lijn) tot gevolg hebben dat de juiste financiële prikkels om kostenbesparend te werken ontbreken (Commissie Zorg om jeugd, 2009; Commissie Financiering Jeugdzorg, 2009; Werkgroep IBO financiering jeugdbeleid, 2007; Operatie Jong, 2007).

Eenzijds ontbreken financiële prikkels om de preventie en eerste lijnszorg te versterken. De inverdien effecten daarvan liggen in de tweede lijn, op provinciaal niveau, en komen dus niet beschikbaar voor de gemeentelijke voorzieningen. Preventie en versterking van de eerste lijn “lonen” dus niet.

Omgekeerd leiden wachtlijsten in de tweede lijn tot een zwaardere belasting en meerkosten in de eerste lijn zonder dat de provincie hieraan hoeft bij te dragen. Ten slotte wordt ook het hebben van wachtlijsten in de jeugdzorg keer op keer beloond met extra middelen vanuit de Rijksoverheid.

Binnen deze context en zonder objectieve criteria om te differentiëren tussen eerste en tweede lijnszorg, kan de indicatiestelling door BJZ onmogelijk een bijdrage leveren aan de kostenbeheersing van het stelsel.

## ***1.4 Het professionele perspectief***

Diagnosticeren, indiceren en behandelen vormen een dynamisch proces. Er is sprake van een continue evaluatieve cyclus waarbij het diagnostische beeld onder invloed van de behandeling en de ontwikkeling van jeugdigen aan verandering onderhevig is (de Bruyn, 1995).

Een indicatiebesluit kan daarom niet alleen gebaseerd worden op wat er aan de hand is, ook de te voorspellen effecten van de behandeling spelen een rol. Als indicatiestelling en behandeling uit elkaar worden gehaald, zoals ingeval van de jeugdzorg, dan moet eigenlijk aan een aantal basisvoorwaarden zijn voldaan:

- Een objectieve maat om aan te geven wat het probleem is.
- Een objectieve maat om aan te geven wat de effecten zijn van de behandeling: weten wat werkt gegeven het probleem.
- Een vorm van indicatie die voldoende ruimte biedt om gedurende de behandelfase te kunnen variëren.

Uit onderstaande beschrijving blijkt dat met name aan de eerste twee voorwaarden binnen de jeugdzorg (nog) onvoldoende kan worden voldaan.

Om de hulpvraag en de problemen van cliënten in kaart te brengen maken de BJZ's gebruik van diverse checklists en instrumenten (GCT, CBCL, SPsy, LIRIK). Daarnaast

wordt informatie opgevraagd bij derden (onderwijs, hulpverleners). Op basis hiervan stellen medewerkers een diagnostisch beeld op. Deze vorm van beschrijvende diagnostiek bevat veel informatie maar leent zich slecht voor categorisering en objectivering. Voor een systematische en betrouwbare categorisering en objectivering van dat beeld zijn inmiddels twee samenhangende classificaties ontwikkeld, een voor de ernst van de problematiek (de STEP) en een voor de aard van de problematiek (de CAP-J). Het gebruik van deze classificaties is in de sector echter nog geen gemeengoed.

De tweede voorwaarde is dat bekend is wat werkt, gegeven het beschreven probleem. Er is inmiddels veel kennis beschikbaar over effectieve interventies. In de databank “Effectieve Jeugdinterventies” van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) staan ruim 80 programma’s. Overigens behoort slechts een deel daarvan tot het domein van de geïndiceerde jeugdzorg.

Pas de laatste jaren is de effectiviteit van de jeugdzorg onderwerp van gesprek en de zorg van jeugdzorgaanbieders aan het worden. De eerder genoemde Commissie Financiering Jeugdzorg (Van Linschoten en anderen, 2009) signaleert dat de sector in deze nog onvoldoende volgens de actuele stand van kennis opereert. Terwijl uit experimenten is gebleken dat het transparant maken van effectiviteit een belangrijke impuls kan geven aan verhoging van de doelmatigheid en doeltreffendheid van zorg (Leijssen, 2008). Een van de aanbevelingen van de commissie is om van zorgaanbieders te vragen dat zij een deel van hun budget investeren in de implementatie van werkzame behandelprincipes en effectieve interventies.

Er valt nog veel werk te verzetten (inclusief het ‘saneren’ van niet-effectieve programma’s) voordat de indicatiesteller en de cliënt weten welk effect te verwachten valt van een programma of interventie.

De derde voorwaarde is dat, wanneer diagnostiek en indicatiestelling gescheiden worden van de behandeling, het indicatiebesluit ruimte laat voor variatie tijdens de behandeling. Binnen de jeugdzorg is er inmiddels sprake van de zogenaamde globale indicatiestelling. Bureau jeugdzorg indiceert wel de functies (jeugdhulp, verblijf, observatiediagnostiek) met enige specificatie (de zorg vindt thuis plaats, bij de zorgaanbieder of in een pleeggezin, in deeltijd of in de vorm van 24-uurs opvang etc.). Maar de duur en de omvang van de te leveren zorg hoeft sinds 2008 niet meer te worden geïndiceerd. Daarmee krijgt de zorgaanbieder ruimte voor zorg op maat.

Overigens dient zich daarbij wel de vraag aan of de ruime, en voor cliënt belastende, informatieverzameling binnen BJZ zich nog wel verhoudt tot zo’n globale indicatie. Bij het uitvoeren van de doorbraakprojecten binnen de BJZ’s werd geconstateerd dat medewerkers de neiging hebben om veel meer informatie te verzamelen dan noodzakelijk is voor de beantwoording van de vraag welke functie te indiceren (Van Deur en anderen, 2008). De indicatie trajecten duren hierdoor langer dan noodzakelijk. Daarbij komt dat door de lange wachttijden bij de zorgaanbieders veel informatie verouderd is op het moment dat de zorg daadwerkelijk van start gaat.

Tot slot is er nog de vraag of de indicatiestellers van Bureau jeugdzorg in staat worden gesteld om te leren van hun beslissingen. In hoeverre krijgen zij feedback op de door hen genomen besluiten? De Wet op de Jeugdzorg verplicht de BJZ's te volgen of de geïndiceerde zorg daadwerkelijke wordt geleverd en de geformuleerde doelen zijn bereikt. Dit biedt mogelijkheden voor feedback. In de praktijk lijkt deze mogelijkheid nog onbenut te blijven, mede doordat het vaak niet de indicatiestellers zijn die de cliënt volgen, maar andere functionarissen binnen BJZ, de zogenaamde casemanagers.

## **1.5 *Het cliëntperspectief***

In dit hoofdstuk beschouwen we de positie van de cliënt binnen het indicatieproces van bureau jeugdzorg. Wat is de juridische positie van de cliënt? In hoeverre levert het model bij aan het versterken van de eigen kracht van cliënten binnen de jeugdzorg?

Het versterken van de positie van de cliënt is een belangrijke doelstelling van de Wet op de Jeugdzorg. De positie van de cliënt is op diverse plaatsen binnen de wet verankerd. Zo moet aan het indicatiebesluit een aanvraag van de cliënt ten grondslag liggen en het ontwerpbesluit moet met de cliënt worden besproken. Ook bestaat er een bezwaarprocedure en is er een wettelijk recht op een second opinion over eventueel gebruikte tests en onderzoeksgegevens. Een indicatiebesluit geeft de cliënt recht op zorg. De cliënt kan vervolgens zelf een zorgaanbieder uitkiezen, desgewenst met ondersteuning van het BJZ.

Hoe werkt dit in de praktijk uit voor cliënten van Bureau jeugdzorg? In 2008 is in opdracht van het ministerie voor Jeugd en Gezin, in het kader van het terugdringen van de regeldruk, een onderzoek gedaan (Van Bostelen en anderen, 2008). Daarin komen onder meer de ervaringen van cliënten naar voren met indicatieprocedures en besluiten. De top 5 van de cliëntenrespons ziet er als volgt uit:

1. De indicatieprocedure is onduidelijk
2. Bij iedere organisatie opnieuw het verhaal vertellen
3. Veel verschillende hulpverleners binnen één instelling
4. Veel formulieren moeten invullen
5. Onvoldoende zicht op gemaakte keuzes en mogelijkheden

Het betreft hier ervaringen in de brede jeugdzorg (dus niet alleen de provinciale jeugdzorg) van cliënten, afkomstig uit enkele provincies en grote steden. Het Ministerie voor Jeugd en Gezin heeft een actieplan gelanceerd waarin opgenomen is dat indicatiebesluiten in begrijpelijk Nederlands moeten worden opgesteld en dat cliënten beter geïnformeerd moeten worden over het hiermee uitgedrukte recht op zorg.

Tot op heden is dat recht op zorg overigens nog weinig in praktijk gebracht. Voor zover bekend heeft er nog geen cliënt die op een wachtlijst terecht is gekomen, het recht op zorg via de rechter opgeëist. Tevens is niet bekend hoeveel cliënten bezwaar aantekenen



tegen een indicatiebesluit voor provinciale jeugdzorg. De indruk bestaat dat de bezwaarcommissies meer werk hebben met de AWBZ indicatiebesluiten waar cliënten het niet mee eens zijn, zeker als het om Persoonsgebonden budgetten (PGB's) gaat.

Eerder in dit hoofdstuk kwam al aan de orde dat er een lacune is ontstaan in de 1e lijns jeugdzorg doordat prikkels ontbreken om te investeren op preventie. Voor de cliënt brengt dat het gevaar met zich mee dat te snel naar te zware hulp wordt uitgeweken. Je gaat er naar binnen met een hulpvraag en je komt er met een indicatiebesluit uit. De Centra voor Jeugd en Gezin moeten daarop het antwoord gaan bieden waardoor de Bureaus jeugdzorg zich naast hun overige taken, meer als indicatie-organen kunnen profileren.

In hoeverre is de werkwijze van Bureau jeugdzorg gericht op empowerment, het versterken van de eigen kracht van cliënten? In hun werkwijze nemen de BJZ's de eigen kracht van cliënten mee in de beoordeling. Er is expliciet aandacht voor de sterke kanten, inclusief een afweging van draagkracht versus draaglast (MOgroep, 2007).

Aan de andere kant zijn cliënten voor het aanvragen van een indicatie sterk afhankelijk van de medewerkers van het Bureau jeugdzorg. Er bestaat geen mogelijkheid om zelf een aanvraagformulier in te vullen en (waar nodig met bijvoeging van onderzoeksrapportages ed.) zelf een indicatieaanvraag in te dienen, zoals binnen de AWBZ en het Speciaal Onderwijs wel het geval is. Na de overheveling van de AWBZ-indicaties voor jeugdigen met psychiatrische problematiek van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) naar BJZ (in 2005) ontving de vereniging van budgethouders Per Saldo hierover veel klachten.

Binnen de provinciaal gefinancierde jeugdzorg bestaat geen Persoonsgebonden budget of rugzak. Ouders en jongeren kunnen wel kiezen bij welke zorgaanbieder zij hun aanspraak verzilveren. In veel provincies zijn de zorgaanbieders echter gefuseerd tot een grote organisatie en valt er weinig meer te kiezen voor cliënten. Daarnaast is er voor cliënten niet of nauwelijks informatie over de kwaliteit en de effectiviteit van de geboden zorg. Noch kunnen cliënten wachttijden van zorgaanbieders vergelijken.

## **1.6 Bronnen**

Bostelen, E. van, Buys Ballot, B., Dumas, B., Mehlkopf, P., Spoelman, E., Visser, A., (2008). *Nulmeting ervaren regeldruk in de brede jeugdketen*. Utrecht, Cap Gemini

Bruyn, E.E.J. de, Pameijer, N.K., Ruijsenaars, A.J.M. en Aarle, E.J.M. van (1995). *Diagnostische besluitvorming; handleiding bij het doorlopen van de diagnostische cyclus*. Leuven, Acco

Commissie Zorg om jeugd (2009). *Van Klein naar Groot*. Den Haag, VNG

- Van Deur, H., & Van Odenhoven, R. (2008). *Handboek Doorbraak in de jeugdzorg. Beter presteren door blijven verbeteren*. Utrecht, NJi
- Eijck, S. van (2006) *Koersen op het kind*. Den Haag, Operatie Jong
- Leijsen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft, Eburon
- Linschoten, R.L.O., Unger, B., Yperen, T.A. van (2009). *Het eerste advies van de commissie financiering jeugdzorg*
- Ministerie van VWS (2004). *Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden
- Ministerie van VWS (2004). *Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden
- Ministerie voor Jeugd en Gezin (2008). *Actieplan ervaren regeldruk*. Den Haag, ministerie voor Jeugd en Gezin
- MOgroep (2007). *Handboek Indicatiestelling Bureaus jeugdzorg*. Utrecht, MOgroep
- Sociaal Cultureel Planbureau (2009). *De jeugd een zorg: Ramings en verdeelmodel 2007*. Den Haag, SCP
- Werkgroep IBO financiering jeugdbeleid (2007) *Het kind van de rekening: eindrapportage*. Interdepartementaal beleidsonderzoek, 2005-2006, nr. 2

## **2. Indicatiestelling voor speciaal onderwijs**

**Johan Woudenberg**

### **2.1 Indicatiestelling voor speciale onderwijszorg**

#### **2.1.1. Vormen van zorg in het onderwijs**

Binnen het onderwijs bestaat op dit moment het onderscheid tussen het regulier onderwijs en speciaal onderwijs (Leerling gebonden financiering). Binnen het reguliere onderwijs wordt op verschillende manieren extra zorg gegeven aan leerlingen die dat nodig hebben.

##### *Regulier onderwijs*

Op het moment dat een leerling extra ondersteuning nodig heeft schakelt de leerkracht als eerste de *interne leerlingbegeleider en/of de interne zorgcommissie* in. Binnen de reguliere school kan vervolgens een handlungsplan worden opgesteld en extra interne begeleiding worden geboden.

Indien een leerkracht zich zorgen maakt over het algemeen functioneren van een leerling, niet alleen op school maar ook thuis of in zijn vrije tijd, dan kan deze leerling worden besproken in het *Zorg Advies Team (ZAT)*. In dit ZAT zijn onderwijs, jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en vaak ook politie, maatschappelijk werk en leerplicht vertegenwoordigd. Vanuit het ZAT kan de leerkracht worden ondersteund of kan andere hulpverlening in gang worden gezet. (Negen van de tien scholen in het voortgezet onderwijs heeft een ZAT, in het primair onderwijs is de dekkinggraad veel lager).

Indien een leerling meer of meer specialistische ondersteuning nodig heeft dan intern geboden kan worden, dan kan de school een beroep doen op het *regionale samenwerkingsverband*.

Binnen het primair onderwijs zijn deze samenwerkingsverbanden ontstaan in het kader van het programma *Weer Samen Naar School (WSNS)*. Ieder samenwerkingsverband heeft een *Permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL)*. Deze PCL kan onderzoek (laten) doen, een school adviseren of een kind doorverwijzen naar het *Speciaal Basis Onderwijs (SBAO)*; niet te verwarren met Speciaal Onderwijs dat wordt afgekort als SO; VSO voor Voortgezet Speciaal Onderwijs). Onder het SBAO vallen de voormalige LOM- en MLK-scholen.

In het voortgezet onderwijs wordt gewerkt met *Regionale VerwijzingsCommissies (RVC)*. Deze commissie bepaalt of een leerling in aanmerking komt voor *Leerweg Ondersteunend Onderwijs (LWOO)* of *Praktijk Onderwijs (PRO)*.

### *Leerling Gebonden Financiering (LGF)*

Als de hierboven beschreven reguliere zorgstructuur ontoereikend is kunnen ouders een indicatie aanvragen voor Leerling Gebonden Financiering (LGF). Hiervoor kunnen zij terecht bij een *Regionaal Expertise Centrum* (REC). Met een indicatie voor LGF kunnen ouders kiezen voor een plaats op een speciale school óf een *Leerling Gebonden Budget*, het zogenaamde “rugzakje”. Dit is een budget om de leerling van extra hulp te voorzien in het reguliere onderwijs. Sinds januari 2006 kan dit rugzakje niet alleen worden aangevraagd voor primair en voorgezet onderwijs maar ook voor het *Middelbaar Beroeps Onderwijs* (MBO).

Een Regionaal Expertise Centrum (REC) is een samenwerkingsverband van scholen voor speciaal onderwijs. Samen zijn ze verantwoordelijk voor de kwaliteit en de spreiding van voorzieningen in hun werkgebied. De taken van de REC's zijn vastgelegd in de Wet op de Expertise Centra (WEC):

- Het inrichten en in stand houden van een Commissie voor Indicatiestelling (CvI)
- Het coördineren van de ambulante begeleiding voor kinderen met een rugzak
- Het coördineren van de onderzoeksactiviteiten van (V)SO-scholen in de regio ten behoeve van de indicatiestelling
- Desgevraagd ouders ondersteunen bij het aanvragen van een indicatie
- Desgevraagd ouders ondersteunen bij het zoeken van een geschikte school

De beslissing over het recht op Leerling Gebonden Financiering ligt in handen van de CvI's. Deze commissies zijn gekoppeld aan de REC's maar werken onafhankelijk van de speciale scholen. Ouders kunnen bij een negatieve indicatie beroep aantekenen bij een *Bezwaar Advies Commissie* (BAC).

De scholen voor Speciaal Onderwijs zijn onderverdeeld in vier clusters. Iedere regio heeft voor ieder van deze vier clusters een expertise centrum.

*Cluster I: visueel gehandicapte leerlingen*

*Cluster II: scholen voor auditief en communicatief gehandicapte leerlingen*

*Cluster III: scholen voor verstandelijk/ lichamelijk gehandicapte leerlingen*

*Cluster IV: scholen voor leerlingen met ernstige gedragsproblemen*

In totaal zijn er 34 REC's. Deze vertonen onderling grote verschillen. In omvang: het kleinste REC is een samenwerkingsverband van drie scholen, in het grootste REC werken 24 scholen samen. Maar er zijn ook verschillen in ambitieniveau. Sommige REC's beperken zich in de onderlinge samenwerking tot het wettelijke minimum. Andere REC's trekken gezamenlijk op in hun kwaliteitsbeleid, scholing en inhoudelijke ontwikkeling .

Tot januari 2008 werd het toezicht op de indicatiestelling uitgevoerd door de *Landelijke Commissie Toezicht Indicatiestelling (LCTI)*. De LCTI adviseerde tevens het Ministerie van Onderwijs inzake de landelijk vastgestelde indicatiecriteria. Op dit moment is het toezicht in handen van de (onderwijs)inspectie. De advisering over de indicatiestelling is onderdeel geworden van het takenpakket van de ECPO (*Evaluatie- en advies Commissie Passend Onderwijs*)



### **2.1.2. Het indicatieproces**

#### *Aanmelding*

Ouders die hun kind willen aanmelden voor speciaal onderwijs wenden zich tot een *Commissie voor Indicatiestelling* (CvI) voor het gewenste onderwijscluster.

De indicatieprocedure begint op het moment dat de CvI van de ouders een compleet dossier heeft ontvangen. Een dossier is compleet als het een ingevuld aanmeldingsformulier plus de benodigde informatie bevat over de stoornis, de onderwijsbeperking en de al geboden zorg. Er is een landelijk aanmeldingsformulier, waarin staat aangegeven welke aanvullende gegevens moeten worden meegezonden. De criteria verschillen per onderwijscluster.

#### *Toetsing*

De CvI bestaat uit onafhankelijke deskundigen, zoals een gedragswetenschapper, een arts of een maatschappelijk werker. De samenstelling van de commissie hangt af van het soort cluster waarvoor geïndiceerd wordt. Het CvI neemt de beslissing over toelating op basis van de landelijk vastgestelde criteria.

De landelijke criteria voor de indicatiestelling hebben betrekking op drie aspecten:

- De ernst van de stoornissen en/of beperkingen
- De belemmering die de leerling daarvan bij het onderwijs ondervindt
- De mogelijkheden van de reguliere zorg (vanuit het onderwijs of een zorginstantie)

De indicatietermijn is 8 weken en kan zo nodig worden verlengd met nog eens 8 weken. Hierbij wordt gerekend vanaf het moment dat de complete aanmelding<sup>2</sup> is ingediend. Een ambtelijk secretaris, ondersteund door één of meer administratieve medewerkers beoordeelt of een dossier compleet is:

- Is er voldoende informatie om een indicatiebesluit te kunnen nemen?
- Vallen aard en ernst van de stoornissen binnen de voor de gewenste schoolsoort geldende criteria?
- Valt de ernst van de beperking van de onderwijsparticipatie binnen de geldende criteria en is de zorg vanuit het regulier onderwijs voldoende is aangetoond?
- Is de zorg vanuit het regulier onderwijs en/of vanuit de zorgsector ontoereikend?

Is op al deze vragen een positief antwoord te geven, dan volgt een positief pre-advies aan de CvI. De CvI neemt deze adviezen meestal over.

Is het interpreteren van de aangeleverde gegevens niet eenduidig of is een vraag onvoldoende of negatief beantwoord, maar is het dossier wel compleet, dan bespreekt

---

<sup>2</sup> Het compleet maken van het dossier, inclusief de benodigde rapportages en onderzoeken, kost de ouders vaak weken tot maanden. In de praktijk wordt het indicatiedossier - al dan niet met hulp vanuit het beoogde REC – compleet gemaakt door een functionaris van de setting van waaruit het kind voor verwijzing wordt aangemeld. Het hangt meestal af van de beschikbaarheid en aanwezige expertise in de verwijzende setting in welk tempo het totale (indicatie)proces wordt doorlopen.

de CvI het dossier ter vergadering en vormt een eigen oordeel bijvoorbeeld door beredeneerd af te wijken van de criteria.

### *Beschikking*

De CvI geeft een positieve of negatieve indicatiebeschikking af. Deze beschikking zegt (alleen) iets over de toelaatbaarheid van de leerling voor de aangegeven schoolsoort. In de beschikking worden geen uitspraken gedaan over de aard en de omvang van de extra ondersteuning die de leerling nodig heeft.

Wanneer niet helemaal duidelijk is welke schoolsoort het beste is voor een kind kan de CvI kiezen voor een observatieplaatsing. Het kind wordt voor een periode van minimaal 3 maanden tot maximaal 1 jaar geplaatst op een school voor Speciaal Onderwijs. In die periode moet een antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag van de CvI, waarna een definitief besluit kan worden genomen. In praktijk wordt hier weinig gebruik van gemaakt.

Een indicatiebeschikking is geldig voor een bepaald aantal jaren. Wanneer de indicatietermijn is verstreken en de leerling<sup>3</sup> wil gebruik blijven maken van de LGF-regeling dan moet opnieuw een beschikking worden aangevraagd: een herindicatie. De indicatietermijnen variëren per schoolsoort tussen de 3 en de 4 jaar.

### *Na het indicatiebesluit*

In geval van een positieve beschikking kunnen de ouders hun kind aanmelden bij een school voor (voortgezet) speciaal onderwijs. Het REC<sup>4</sup> heeft tot taak ouders te begeleiden bij het vinden van een passende school.

Ouders kunnen er ook voor kiezen om hun kind met een rugzakje naar een reguliere school te laten gaan. Er bestaat geen Speciaal Onderwijs op MBO-niveau. Hier is men dus automatisch aangewezen op het rugzakje.

## **2.1.3 Relevante ontwikkelingen**

### *Ontwikkelingen in de praktijk*

---

<sup>3</sup> De formulering ‘..en de leerling wil..’ is in dit verband opvallend: heel vaak wil een school of willen de ouders een (her)indicatie aanvragen. Het is niet bekend in hoeveel gevallen ook de leerling zelf een wens heeft. Dit element zit in geen enkel indicatiecriterium en wordt ook niet gevraagd door de CvI. Er wordt beslist over de leerling en niet mét de leerling. In enkele regio’s is hierop een uitzondering gemaakt door leerlingen ouder dan 12 jaar de aanmelding mede te laten ondertekenen.

<sup>4</sup> In de praktijk zijn ook hier vaak functionarissen van de verwijzende instantie of school bij betrokken.

In de praktijk zijn de afgelopen jaren in verschillende regio's initiatieven ontstaan om knelpunten binnen de sector onderwijs (tussen de diverse vormen van indicatiestelling) en tussen de sectoren onderwijs en (jeugd)zorg op te lossen.

Enkele voorbeelden:

- Eén loket voor verwijzing naar en indicatie voor alle vormen van onderwijs.
- Verregaande samenwerking tussen twee soorten clusters, vooral tussen cluster 3 en 4.
- Clusteroverstijgende én sectoroverstijgende ambulante begeleiding .
- Diverse gezamenlijke initiatieven van jeugdzorg en onderwijs om te komen tot een integrale aanpak: één-kind-één-plan en één-zorg-routes.
- Het project Vroeg, Voortdurend en Integraal. Daarin werken partijen uit de gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en Speciaal Onderwijs samen aan ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg en onderwijs.
- Het project integraal indiceren waarin partijen samenwerken rond integrale indicaties voor Speciaal Onderwijs, jeugdzorg en AWBZ-zorg.

#### *Ontwikkelingen richting Passend Onderwijs*

Passend Onderwijs moet er de komende jaren in resulteren dat geen kind meer tussen wal en schip valt. Alle leerlingen moeten het onderwijs en de zorg krijgen die ze nodig hebben, ook de leerlingen met speciale onderwijsbehoeften. De positie van ouders moet sterker worden. Dit betekent dat het wettelijke onderscheid tussen regulier en speciaal (basis)onderwijs gaat verdwijnen en er een zorgplicht komt voor schoolbesturen.

Staatsecretaris Dijksma wil met haar invoeringsplan Passend Onderwijs bereiken dat:

- het kind daadwerkelijk centraal komt te staan
- de zorg voor kinderen met speciale behoeften vanuit één loket wordt geregeld;
- de kwaliteit van extra onderwijszorg verbetert;
- de complexe regelgeving eenvoudiger wordt
- (de groei van) het speciaal onderwijs beter beheersbaar wordt.

Naast een investering in de opleiding van leerkrachten en het wettelijk regelen van de verantwoordelijkheid van besturen, kondigt zij aan dat de regelgeving rond de indicatiestelling voor speciale onderwijszorg wordt vereenvoudigd en beter wordt afgestemd op de indicatiestelling voor jeugdzorg en de zorg vanuit de AWBZ.

Bij de vernieuwing van de zorgstructuur moet de zorgplicht van scholen centraal komen te staan. Scholen krijgen de verantwoordelijkheid om voor alle leerlingen (ongeacht hun behoefte) een passend onderwijsarrangement te realiseren. Wanneer een school dit aanbod niet (volledig) zelf kan verzorgen, moet zij dit in overleg met andere scholen realiseren.

Het is de bedoeling dat de huidige bekostigingssystematiek en de indicatiestelling zullen worden aangepast. De komende jaren moeten experimenten uitwijzen hoe het beste vorm kan worden gegeven aan Passend Onderwijs per regio. Pas daarna zal de



wetgeving worden aangepast. Overal in het land zijn op dit moment initiatieven die vooruitlopen op deze ontwikkeling.

## **2.2 *Het financiële perspectief***

### **2.2.1 *Kostenbeheersing***

Om de open eind financiering van de onderwijszorg onder de WEC en de LGF beheersbaar te houden werd veel verwacht van het formuleren van harde criteria die in handen van een onafhankelijk commissie er voor zouden zorgen dat de zorg uitsluitend daar kwam waar hij werkelijk nodig was. Deze uitwerkingsrichting werd voor het eerst uitvoerig besproken in het advies van Rispens (1996).

Kostenbeheersing is en was een belangrijke doelstelling bij het vaststellen van de indicatiecriteria. Carlo Hover (2007) concludeert in zijn afsluitende rapport over de LCTI, verwijzend naar bevindingen uit een evaluatierapport van het SCO-Kohnstamm instituut uit 2006, zelfs dat “de beheersingsdrang van het ministerie in de ogen van velen, te vaak leidend is geweest bij het opstellen en hanteren van indicatiecriteria”.

In hoeverre is het gelukt de vraag naar speciale onderwijszorg te beheersen? De ervaring heeft geleerd (Rijswijk en anderen, 2007) dat ondanks de aanwezigheid van een gedetailleerd en zorgvuldig toegepast indicatiestellingsysteem, vaker dan bedoeld een positieve indicatie wordt toegekend. Het systeem dreigt aan zijn eigen succes ten onder te gaan volgens deze auteurs. Met name de forse toename van leerlingen met aan autisme verwante stoornissen, ADHD en gedragsproblemen baart de betrokkenen in het onderwijs zorgen.

Uit de door het Ministerie van OC&W gepubliceerde kerncijfers 2004-2008 blijkt dat er sprake is van een forse toename van het aantal indicaties voor speciaal onderwijs:

- In de scholen voor voortgezet speciaal onderwijs nam het aantal leerlingen met bijna de helft toe.
- Een groot aantal kinderen met een indicatie voor speciaal onderwijs ging niet naar een speciale school maar bleef met extra begeleiding (de rugzak) binnen het regulier onderwijs: het aantal kinderen met een rugzak in het primair onderwijs is ruim verdubbeld, in het voortgezet onderwijs meer dan verdrievoudigd.
- De stijging van het aantal indicaties voor speciaal onderwijs is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan een toename van cluster 4 leerlingen (CBS, 2008).

<i>Leerlingen met indicatie speciaal onderwijs x 1.000</i>		<b>2004</b>	<b>2008</b>
<b>Primair onderwijs</b>	Aantal leerlingen dat school voor speciaal onderwijs bezoekt	34,4	34,5
	Aantal leerlingen dat met extra begeleiding (rugzak) reguliere basis school bezoekt	9,0	18,6
	<b>Totaal leerlingen met indicatie in po</b>	<b>43,4</b>	<b>53,1</b>
<b>Voortgezet onderwijs</b>	Aantal leerlingen dat school voor speciaal voortgezet onderwijs bezoekt	22,7	31,7
	Aantal leerlingen dat met extra begeleiding (rugzak) regulier voortgezet onderwijs volgt	4,6	17,1
	<b>Totaal leerlingen met indicatie in vo</b>	<b>27,3</b>	<b>48,8</b>

De vraag is nu of er *binnen* het systeem prikkels zijn aan te wijzen die deze groei veroorzaken. Twee van deze prikkels springen dan in het oog:

*De aantrekkingskracht van de rugzak*

Dankzij het rugzakje is er, volgens Hover (2007), opvallend minder gêne om een etiket of label aan een kind te plakken. Ouders verwachten daarmee het recht op passende onderwijszorg te kunnen claimen. Ook scholen en andere verwijzers hebben het beeld dat een stoornis op zichzelf een indicatie impliceert. Dit heeft een aanzuigende werking en genereert een toename van het aantal gediagnosticeerde kinderen met ADHD, PDD-NOS en gedragsstoornissen.

Meijer (2004) vindt deze psychiatriëring van het onderwijs zorgwekkend omdat alle aandacht voor de bijzondere kenmerken van de leerling voorkomt dat we aandacht besteden aan de essentie: hoe komt het dat de leerkracht zijn professionele taak niet optimaal kan uitoefenen en hoe kan hierbij het beste ondersteund worden? Pameijer (2008) ziet het classificeren iets genuanceerder omdat een label ook ondersteunend kan zijn voor kind, ouder en leraar.

### *Beloning voor verwijzende scholen*

Voor scholen is verwijzen naar een WEC-voorziening aantrekkelijker dan verwijzen naar eigen zorgoplossingen, zoals SBO-scholen, omdat er in het geval van verwijzing geen ‘zorggeld’ mee hoeft. Het beschikbare budget voor een leerling in de WEC-sector is hoger dan voor een leerling op een SBO-school. Hover spreekt in zijn rapport zelfs over ‘de dollartekens in de ogen en strategisch gedrag bij scholen’.

Daarbij heeft verwijzen als effect dat de verwijzende school, als zij zorgvuldig de verwijzingsprocedures doorloopt, de indruk wekt veel werk te verzetten in het belang van de leerling om te zorgen dat de leerling op de juiste plaats terecht komt. Dit heeft een belonende waarde en leidt de focus af van het eigen handelen.

### **2.2.2 Kosten van indicatiestelling**

Een REC ontvangt voor het inrichten en in stand houden van de CvI een budget. De hoogte van dit budget is circa € 180,- per beschikking. Voor het beoordelen van een indicatieaanvraag is een gelimiteerd aantal minuten beschikbaar.

De kosten die eigenlijk zichtbaar gemaakt zouden moeten worden zijn de kosten van het voortraject: in veel gevallen gaat het, na het doorlopen van een voortraject slechts om een herbeoordeling door de CvI, maar zijn de grootste kosten al gemaakt.

Om te voldoen aan de cluster-criteria worden op reguliere scholen vele verschillende functionarissen ingezet om criteriagegevens te leveren. We denken hierbij aan de intern begeleider, de ambulante begeleider, leerling-coördinatoren, bouwcoördinatoren, zorgcoördinatoren, zorgmanagers en, niet onbelangrijk, de reguliere leerkrachten.

Veel van de benodigde gegevens kunnen worden betrokken uit de leerling-volggegevens en het leerling-dossier van een school, maar moeten worden omgewerkt om te passen in het voorgeschreven format (een kleine greep: aanmeldingsformulier, onderwijskundig rapport, didactische gegevens, logboek van inspanningen, evaluaties van deze inspanningen, verzuimregistraties, contactverslagen met externen, verslaglegging van contacten met externe hulpverlening, verslagen van externe hulpverleners, toestemmingsverklaringen, diagnostische onderzoeksverslagen, ondertekende diagnostische onderzoeksverslagen, etc.).

De kosten die aan de indicatiestelling vooraf gaan zijn moeilijk zichtbaar te maken. Het verzamelen, beoordelen en integreren van deze onderzoeksgegevens gebeurt op de centra voor verstandelijk gehandicapten, de scholen voor speciaal basisonderwijs, de Medisch Kinder Dagverblijven, organisaties voor maatschappelijke dienstverlening of binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Vaak is het aanleveren van gegevens voor indicatiestelling een ‘binnengeslopen’ dienstverlening, waar geen bekostiging tegenover staat en waar geen rekening voor wordt ingediend.

De kosten voor het indicatietraject zijn feitelijk vele malen hoger dan de zichtbare kosten die een REC maakt om een Commissie voor Indicatiestelling, inclusief bureaustkosten, in stand te houden.

De vraag dringt zich op in hoeverre de kosten van het indicatietraject in verhouding staan tot de zorg die het oplevert.

Het is het onderzoeken waard hoeveel begeleidingsminuten, klassenverkleining, instructietijd, leermiddelen en expertiseontwikkeling een school realiseert met de LGF. Deze gegevens zouden afgezet moeten worden tegen de (administratieve) last die ontstaat op een reguliere school om te voldoen aan de eisen voor een (her)indicatie.

### **2.3 *Het professionele perspectief***

Vanuit professioneel perspectief is het doel van indicatiestelling om een onderbouwd antwoord te geven op de vraag: wat is de beste aanpak, gegeven de problemen en de situatie van de jeugdige?

Ofwel: welke interventies in het onderwijs zijn bewezen succesvol? En leiden de huidige indicatieprocessen naar deze bewezen succesvolle interventies?

Essentieel kenmerk van indicatiestelling onder de WEC is de slagboomsystematiek: een positieve beschikking geeft toegang tot een speciale school of rugzak. De koppeling tussen, in het aangeleverde dossier beschreven, problemen en diagnose en bewezen effectieve interventies wordt in het geheel niet gemaakt.

Een tweede kenmerk is dat de huidige indicatiestelling een geïndividualiseerd proces is. Marzano (2007) heeft een meta-analyse van 35 jaar onderwijsresearch gepubliceerd onder de titel: *Wat werkt op school?*. De belangrijkste randvoorwaarden voor succes van de behandeling, begeleiding, ondersteuning of remediëring van een kind of leerling blijken veelal individu overstijgend: de groep, de leerkracht en de zorgstructuur. Het huidige indicatieproces gaat geheel voorbij aan deze randvoorwaarden.

Veel bij de diagnostiek betrokken gedragswetenschappers (psychologen en orthopedagogen) zijn van mening dat de huidige wijze van indicatiestelling een bedreiging is voor, en afbreuk doet aan de kwaliteit van de zorg. En dus ook aan de ondersteuning in het onderwijs. Zij maken zich hard voor een wijze van indicatiestelling die wél bijdraagt aan het primaire proces. In “Niet de procedure maar het kind centraal” (Werkgroep Leerling Gebonden Financiering, 2005) pleiten zij ervoor om bij het toekennen van onderwijszorg een handelingsgericht model te hanteren. In dat model (Pameijer en anderen, 2004) is aandacht voor zowel kindfactoren als beschermende en andere contextuele factoren.

Daarbij veronderstellen zij dat bij een handelingsgerichte werkwijze een preventief effect zal optreden. Hierdoor hoeven de kosten voor speciale onderwijszorg niet te

stijgen. Tevens krijgen kinderen tijdig, en niet pas wanneer ze aan een criterium voldoen, de juiste aanpak en ondersteuning.

Critici vrezen echter de mogelijk hoge kosten van dit model. Vooral als het model ingezet wordt bij betrekkelijk eenvoudige indicering (zoals een gehoorapparaat voor een slechthorende of een bril voor een slechtziende leerling).

Daar valt tegen in te brengen dat een handelingsgerichte werkwijze vraaggestuurd werkt: een eenvoudige vraag leidt tot een eenvoudig traject. Een eenvoudig traject zal in de regel kort en goedkoop zijn.

Ter illustratie:

*Bij enkele samenwerkingsverbanden voor Weer Samen Naar School, waar gewerkt wordt volgens de handelingsgerichte methodiek (Transparant Beschikken) is een opvallend lager verwijzingspercentage dan bij andere samenwerkingsverbanden voor het basisonderwijs. (In het Gooi: gemiddeld 2% tegenover 4% beschikkingen voor het speciale basisonderwijs)*

## **2.4 Het cliëntperspectief**

*Verschillende cliëntbelangen*

Bij de indicatiestelling binnen het onderwijs zijn feitelijk verschillende cliënten met verschillende belangen aan te wijzen:

- De leerling, die op enige wijze belemmeringen bij het leren of het functioneren binnen de schoolse setting ondervindt.
- De leerkracht, die merkt dat zijn repertoire of zijn middelenarsenaal tekort schiet.
- De ouder die merkt dat zijn of haar kind beperkingen tegenkomt.
- De klas en de school die hinder ervaart van een medeleerling die een groot appèl doet op de beschikbare (zorg)middelen en die een ongewenste sfeerbepalende inbreng heeft.

Het zijn echter alleen de ouders die een indicatie voor speciaal onderwijs kunnen aanvragen.

Sinds 2008 bestaat daarop één uitzondering: een wijzigingswet (Wet op het Primair Onderwijs art 77b) maakt het mogelijk dat het bevoegd gezag van een school een indicatieverzoek voor cluster 4 kan indienen, wanneer ouders de ernst van de problematiek niet wensen te onderkennen. Hier strijden twee cliëntbelangen en is de school erkend als cliënt.

Bij indicaties voor WEC-voorzieningen wordt aan leerlingen niets gevraagd. De aanvraag voor een indicatie wordt door de ouders gedaan (wettelijk vertegenwoordigers).

Ouders vullen een aanvraagformulier in en moeten bovendien hun fiat geven voor het uitwisselen van diagnostische gegevens ten behoeve van de indicatiestelling.

Ouders geven, door het zetten van hun handtekening, aan dat zij het onderwijskundig rapport hebben gelezen en akkoord gaan met de inhoud. In het vervolg op de

indicatiestelling zijn ouders betrokken, omdat zij akkoord moeten gaan met het handelingsplan dat de school ten uitvoer gaat brengen. Met deze eisen is de greep van ouders (als cliëntgroep) op het onderwijs aanzienlijk versterkt. Nog gunstiger zou het zijn wanneer hun ervaringskennis structureel zou worden benut.

### *Keuzevrijheid*

De gedachte achter de Leerling Gebonden Financiering is dat leerlingen en ouders meer vrijheid hebben om een school te kiezen: het geld volgt de leerling. Bij keuze voor een rugzak is het mogelijk om, langer dan voorheen het geval was, deel te blijven nemen aan het reguliere onderwijs.

Voor een deskundig advies blijven de ouders echter aangewezen op anderen. Ouders serieus nemen is een verantwoordelijke opdracht voor scholen. Om deze opdracht goed uit te kunnen voeren dient de school oog te hebben voor de acceptatieproblematiek en de mogelijke ruis die deze acceptatieproblematiek veroorzaakt bij het maken van ingrijpende keuzes. Dit vraagt om een helder omschreven deskundigheidsniveau en ethisch commitment van de begeleiders, adviseurs en ondersteuners.

Uit recent onderzoek (Stoutjesdijk, 2009) blijkt dat binnen cluster 4 onderwijs niet de keuze van ouders doorslaggevend is maar de ernst van de gedragsproblemen. Leerlingen met een cluster 4 indicatie die met een rugzak het regulier onderwijs bezoeken kampen gemiddeld genomen met minder zware problematiek dan degenen die met eenzelfde indicatie de cluster 4 school bezoeken.

Tot slot dient vermeld te worden dat er per regio forse verschillen zijn in het gebruik van rugzakvoorzieningen: in sommige regio's worden bijvoorbeeld rugzakleerlingen niet toegelaten tot het speciale basisonderwijs. In andere regio's is deze beleidskeuze niet gemaakt. De keuze voor dergelijk beleid stelt de individuele cliënt voor een voldongen feit. De ouder heeft wel het recht om plaatsing af te dwingen, maar er is geen heldere jurisprudentie, waardoor deze verschillen in de praktijk blijven bestaan. Daarnaast is de weg naar een klachtencommissie voor velen moeizaam of onoverzichtelijk, dus over het algemeen legt men zich neer bij de situatie .

*De gevolgen van Passend Onderwijs voor de positie van ouders en leerlingen*  
Staatsecretaris Dijkma heeft in een brief een drastische herziening aangekondigd waarbij straks alleen nog WEC-voorzieningen van kracht zullen zijn voor leerlingen met een ernstige handicap bij wie de indicatie eenvoudig gesteld kan worden, zoals leerlingen met zintuiglijke of verstandelijke beperkingen.

Wat dit gaat betekenen voor de onderwijskansen van leerlingen met andere, maar zeer goed objectiveerbare problematiek is nog niet geheel duidelijk. Waarschijnlijk worden zij overgelaten aan samenwerkingsverbanden met behulp van budgetfinanciering. Ook is nog onduidelijk of daar een transparante indicatiestelling aan vooraf zal gaan.

## 2.5 Bronnen

- Bruyn, E.E.J. de, Ruijssenaars, A.J.J.M., Pameijer, N.K., & Aarle, E.J. M. (2003). *De Diagnostische cyclus: een praktijkleer*. Leuven, ACCO
- CBS (2008) *Landelijke jeugdmonitor, rapportage 2de kwartaal 2008*. Voorburg/Heerlen, CBS
- ECPO (2008). *Werkplan ECPO 2008-2012*. Den Haag, ECPO
- Hover, C. (2007). *Indicatiestelling revisited*, afsluitend rapport LCTI katern 2. Den Haag, LCTI.
- Marzano, R.J. (2007). *Wat werkt op school: research in actie*. Middelburg, Bazalt
- Meijer, C.J.W. (red.) (2004). *WSNS welbeschouwd*. Antwerpen/Apeldoorn, Garant.
- Meijer, W. (2004). Professionele hulpverlening in de basisschool. Maar wie is eigenlijk de professional? *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 1, 24 – 26
- OCW (2009). *Kerncijfers 2004-2008*. Den Haag, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
- OCW (2005). Regeling indicatiecriteria en aanmeldingsformulier (lgf). *Gele Katern*, 6, p 20-39. Den Haag, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
- OCW (2002). *Conceptregeling Indicatiecriteria leerlinggebonden financiering*. Den Haag, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
- Overmaat., M., Vergeer, M., Ledoux., G. m.m.v. Felix, C. (2006). *Het functioneren van de LCTI*. Amsterdam, SCO-Kohnstamm Instituut
- Pameijer, N.K. (2008) Handelingsgericht classificeren in het onderwijs. In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 100-116. Utrecht, Agiel
- Pameijer, N.K., Beukering, T.J.E. van (2004). *Handelingsgerichte diagnostiek. Een praktijkmodel voor diagnostiek en advisering bij onderwijsleer- en opvoedingsproblemen*. Leuven, ACCO
- Resing, W.C.M., Evers, A., Koomen, H.M.Y., Pameijer, N.K., Bleichrodt, N., (2005). *Indicatiestelling speciaal onderwijs en leerlinggebonden financiering, condities en instrumentarium*. Amsterdam: Boom

- Rispens, J. (1996). *Indicatiestelling in een systeem van leerlinggebonden financiering in het speciaal onderwijs*. Utrecht, Vakgroep Pedagogiek van de Rijksuniversiteit Utrecht
- Rijswijk, C.M. van (2007). Van schoolsoortgebonden indicatiestelling naar indicatiestelling op basis van benodigde zorg. In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46, 481-497. Utrecht: Agiel
- Rijswijk, C.M. van, Berclaer-Onnes, I.A. van (Red.) (2007). *Indicatiestelling in onderwijs en zorg Hoeksteen of obstakel?* Amsterdam, Boom
- Stoutjesdijk, R., Scholte, E.M. (2009). Cluster 4 speciaal onderwijs: een vergelijking tussen leerlingen op cluster 4 scholen en cluster 4 rugzak leerlingen. In: *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 48, 161-169
- Tellegen, P. (2004). *De waan van het IQ*. Internet; [www.testresearch.nl](http://www.testresearch.nl)
- Werkgroep *Leerling gebonden financiering (2005)*. *Niet de procedure maar het kind centraal*. Amsterdam/Utrecht, NIP/NVO
- Werkgroep NIP/NVO (2003). *Praktijkrichtlijnen voor orthopedagogen en psychologen werkzaam in het onderwijs*. Amsterdam/Utrecht, NIP/NVO
- Woudenberg, D.J. (2004). *Rugzak of Aapje?* Internet: [www.testresearch.nl](http://www.testresearch.nl)





## **3. AWBZ-indicaties voor jeugd**

### **Quirien van der Zijden**

#### **3.1 Procedures en criteria**

##### **3.1.1 De AWBZ**

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is in 1968 ingesteld voor onverzekerbare risico's. De AWBZ is complementair aan de Zorgverzekeringswet (ZVW), die is bedoeld voor de geneeskundige zorg.

Jeugdigen komen in aanmerking voor AWBZ-gefinancierde zorg als zij zijn aangewezen op langdurige en/of chronische zorg als gevolg van een ziekte, stoornis of aandoening. Het gaat daarbij om een van de volgende vijf grondslagen:

<b>Grondslag</b>	<b>Te indiceren door</b>
Somatische aandoening	CIZ
Lichamelijke handicap	CIZ
Zintuiglijke handicap	CIZ
Verstandelijke handicap	CIZ
Psychiatrische stoornis	BJZ

Wanneer jeugdigen aanspraak willen maken op de AWBZ is (sinds 2005) het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) de instelling die besluit of deze aanspraken gehonoreerd kunnen worden.

De enige uitzondering hierop zijn de AWBZ-indicaties voor jeugdigen tot 18 jaar met een psychiatrische stoornis. Deze worden afgegeven door Bureau jeugdzorg.

CIZ en BJZ zijn publiekrechtelijke organen die uitvoering geven aan de wet. Het door deze instanties af te geven indicatiebesluit heeft de status van een beschikking op een (door de cliënt te ondertekenen) aanvraag voor zorg.

##### **3.1.2 De indicatieprocedure**

Kenmerkend voor de benadering van de zorgvraag is het zogenaamde trechtermodel. Dit model kent drie stappen:

###### *1: De zorgsituatie van het kind*

Bij het in kaart brengen van de zorgsituatie van het kind wordt gekeken naar de volgende aspecten:

- De grondslag: de indicatiesteller stelt vast of er sprake is van een van de grondslagen. Bij een combinatie van grondslagen wordt vastgesteld welke dominant is.

- De beperkingen of participatie-problemen die het kind tengevolge van de aandoening of handicap ondervindt
- De woon- en leefsituatie waarin het kind zich bevindt en voorzieningen waar al gebruik van wordt gemaakt

De indicatiesteller beoordeelt deze aspecten en stelt opgrond daarvan vast wat de zorgsituatie is van het kind.

### *2: Bruto zorgbehoefte*

Vervolgens stelt de indicatiesteller vast of er andere zorg geleverd zou kunnen worden. Het gaat hier om drie soorten zorg:

- **Gebruikelijke zorg:** De AWBZ gaat ervan uit dat huisgenoten voor elkaar zorgen. De zorg van ouders, of van verzorgers die tot het huishouden behoren, voor een kind zonder beperkingen wordt als gebruikelijke zorg beschouwd. Gebruikelijke zorg kan niet geïndiceerd worden. Voor het bepalen van de aard en de omvang van de zorg wordt de situatie vergeleken met die van een kind zonder beperkingen. Bijvoorbeeld: hulp bij het wassen, aankleden en het eten van een kind van 2 jaar is gebruikelijke zorg. Dergelijke hulp bieden aan een 12-jarige wordt niet als gebruikelijk beschouwd.
- **Wettelijk voorliggende voorzieningen:** AWBZ-zorg wordt alleen geboden als er geen andere wettelijke voorzieningen zijn. Vanuit de AWBZ gezien zijn bijvoorbeeld jeugdzorg en speciaal onderwijs wettelijk voorliggende voorzieningen.
- **Algemeen gebruikelijke voorzieningen:** Ook als er algemeen gebruikelijke voorzieningen zijn zoals peuterspeelzalen en kinderopvang waarbinnen de gevraagde zorg regulier aanwezig is dan zal daarvoor geen AWBZ-indicatie worden afgegeven.

Na een afweging van de mogelijkheden van deze vormen van zorg stelt de indicatiesteller de zogenaamde Bruto zorgbehoefte vast.

### *3: Netto zorgbehoefte*

Ten slotte beoordeelt de indicatiesteller in hoeverre er mantelzorg geboden wordt of kan worden. Bij mantelzorg gaat het om zorg die in aard en omvang meer is dan gebruikelijke zorg en die wordt geboden, of geboden gaat worden, op initiatief van mensen die al dan niet tot het huishouden behoren. Het gaat hier om ouders, inwonende kinderen en huisgenoten als zij meer doen dan de gebruikelijke zorg. Of om burens, vrienden, vrijwilligers, uitwonende kinderen of grootouders. Als mantelzorg meer is dan de gebruikelijke zorg, dan valt het volgens de geldende regels van de AWBZ in principe onder te indiceren zorg. Wanneer de mantelzorger overbelast dreigt te raken of aangeeft (een deel van) de mantelzorg niet meer te leveren dan kan voor deze zorg een indicatie worden gegeven.

Op basis van een afweging van de beschikbaarheid, de bereidheid, de belastbaarheid en de bekwaamheid van de mantelzorgers om vrijwillig zorg te bieden wordt de Netto zorgbehoefte vastgesteld. Deze wordt vastgelegd in het indicatiebesluit.

### **3.1.3 Het indicatiebesluit**

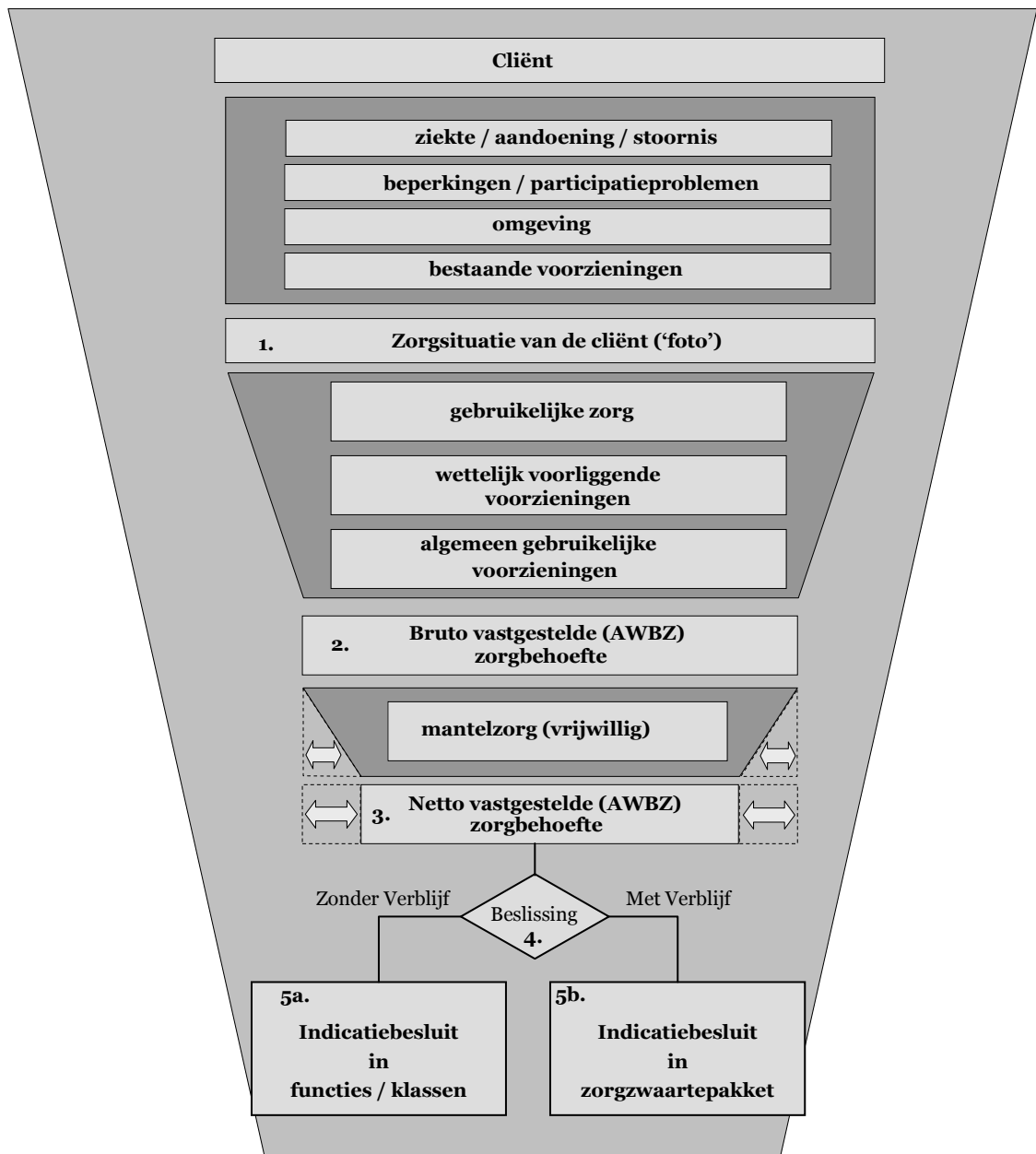
Na het vaststellen van de netto zorgbehoefte besluit de indicatiesteller of een indicatie mét of zónder verblijf is aangewezen.

Gaat het om een indicatiebesluit voor verblijf dan wordt een zogenaamd Zorgzwaartepakket (ZZP) geïndiceerd. In dit Zorgzwaartepakket is naast het verblijf zelf alle overige zorg inbegrepen die de jeugdige behoeft zoals behandeling, begeleiding of verpleging.

Gaat het om een indicatiebesluit zonder verblijf, dan worden de functies geïndiceerd waarop de jeugdige recht heeft. De AWBZ kent voor jeugdigen vier functies:

- Persoonlijke verzorging
- Verpleging
- Begeleiding
- Behandeling

Per functie wordt aangegeven hoeveel uren of dagdelen per week de jeugdige de betreffende zorg nodig heeft. Dit gebeurt in zogenaamde klassen. Nadat het indicatiebesluit is afgegeven bepaalt de aanvrager zelf of hij de zorg in natura wenst te ontvangen of in de vorm van een Persoons Gebonden Budget (PGB). Voor de functie Behandeling is echter geen PGB mogelijk.



### 3.1.4 Werkwijze CIZ versus werkwijze BJZ

De vormgeving van het indicatieproces door respectievelijk CIZ en BJZ kent overeenkomsten en verschillen. De overeenkomst is, dat beide indicatie-organen zich houden aan de bovengenoemde regels en systematiek. Het belangrijkste verschil is, dat het CIZ is ingericht om ingediende aanvragen te beoordelen terwijl BJZ zelf onderzoek doet.

Het CIZ vormt zich een beeld van de situatie op basis van een ingevuld aanvraagformulier en mee gezonden documenten. Zonodig kan het CIZ aanvullende informatie verzamelen in een telefoongesprek met de aanvrager, een huisbezoek of door het opvragen van aanvullende (medische) informatie.

Medewerkers van Bureau jeugdzorg voeren zelf onderzoek uit om de aard en de ernst van de problematiek in beeld te brengen. Zij voeren daartoe gesprekken met ouders en

kinderen, vullen vragenlijsten in en verzamelen informatie bij derden. Het is dan de taak van BJZ om op basis van diagnostiek de cliënt te helpen bij het formuleren van de hulpvraag en de bijbehorende zorgaanspraak.

Kort samengevat: het CIZ doet aan claimbeoordeling en BJZ doet aan casusbeoordeling. De taak van BJZ is dus veel breder dan die van het CIZ, hetgeen ook tot uitdrukking komt in de kosten van het indicatieproces. Dat van het Bureau jeugdzorg is duurder.

### **3.1.5 Vereenvoudiging indicatiestelling**

In haar brief aan de Tweede Kamer van 12 juni 2009 schetst Staatsecretaris Bussemaker de toekomst van de AWBZ (Bussemaker, 2009).

Een van de thema's is de vereenvoudiging van de indicatiestelling. Gesteld wordt dat professionals, zorgaanbieders en cliënten zo min mogelijk hinder moeten ondervinden van indicatiestelling voor AWBZ. Zorgprofessionals en zorgaanbieders krijgen een meer actieve rol in het proces van indicatiestelling. De huisarts, wijkverpleegkundige of zorgaanbieder kan voortaan digitaal een indicatieadvies uitbrengen aan het CIZ, dat op basis van de verschaft informatie het indicatiebesluit af geeft. Daarnaast worden in de grotere gezondheidscentra indicatiestellers vanuit het CIZ gedetacheerd.

## **3.2 Het financiële perspectief**

### *Algemene groei van de AWBZ:*

De uitgaven voor de AWBZ zijn sterk gestegen. Extreme groei van het Persoons Gebonden Budget, waar geen daling van zorg in natura tegenover staat, gecombineerd met signalen over niet bedoelde aanwending van middelen vragen om een kritische bezinning. Zo stelt Staatsecretaris Bussemaker in haar brief aan de Tweede kamer van juni 2008. Ook in de AWBZ in natura doet zich een toename van de zorg voor waarvan de Staatsecretaris zich afvraagt of het allemaal wel gaat om onbetwistbare zorg.

Het kabinet wil de onbetwistbaarheid en de geloofwaardigheid van de AWBZ veiligstellen en nam daarom eind 2008 de zogenaamde pakketmaatregelen. De criteria zijn verder aangescherpt, grondslagen zijn komen te vervallen en de eigen bijdrage is ingesteld.

### *Groei van de indicaties voor jeugd:*

In de periode 2005 – 2007 groeide het aantal positieve indicatiebesluiten genomen door het CIZ gemiddeld met 10% per jaar. De groei van het aantal indicaties onder jeugdigen is aanmerkelijk hoger: binnen het CIZ met 17 tot 19 %, binnen de BJZ's in 2007 met gemiddeld 33%.

<b>CIZ</b> Indicatiebesluiten voor jeugd	Aantal positieve Indicatiebesluiten <b>2007</b>	Groei 2005 - 2007
0 – 11 jaar	35.787	+ 17,4 %
12 – 17 jaar	20.637	+ 19,2 %

*Bron: Trendrapportage CIZ 2007*

<b>BJZ</b> Indicatiebesluiten AWBZ (jeugdggz)	Aantal positieve Indicatiebesluiten <b>eerste 3 kwartalen</b> <b>2007</b>	Groei in 2007 (ten opzichte van 2006)
Totaal	31.200	+ 33 %
PGB	18.000	+ 42 %
ZIN	13.200	+ 22 %

*Bron: Price Waterhouse Coopers / analyse instroom PGB-regeling jeugd-GGZ*

Onderzoeksbureau Price Waterhouse Coopers (2008) noemt een aantal oorzaken voor de enorme toename van het aantal indicaties afgegeven door BJZ, en dan vooral de toename van het aantal PGB's:

- De PGB-regeling voorziet in een behoefte aan praktische ondersteuning van kinderen met een psychiatrische stoornis en hun ouders. Door het ontbreken van aanbod in natura voor deze functies komen cliënten op dit moment automatisch in een PGB-regeling terecht.
- Het aanbod in natura dat er wel is sluit niet goed aan bij de zorgvraag
- Ook zijn er maatschappelijke ontwikkelingen aan te wijzen die leiden tot een toename in het gebruik van de PGB-regeling:
  - Kinderen met een psychiatrische stoornis doen zoveel mogelijk mee in de samenleving
  - De mogelijkheid tot het inkopen van ondersteunende begeleiding maakt de PGB-regeling aantrekkelijk voor een grote doelgroep
  - De eisen van de samenleving worden hoger en dit leidt tot meer vraag naar zorg
  - Er is een toename van kennis over psychiatrische stoornissen. Dit leidt tot vaker en eerder signaleren
  - De bekendheid van de PGB-regeling neemt toe en aanvragers zijn steeds beter geïnformeerd. Een steeds bredere groep weet de PGB-regeling te vinden. Aanvragers zijn mondig en claimen een indicatie

Het PGB staat onder druk, onder andere door geluiden over fraude en oneigenlijk gebruik (Bussemaker, 2009). In de afgelopen periode zijn maatregelen genomen om dit

oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Zo kan vanaf 1 juli 2009 het PGB uitsluitend op de rekening van de budgethouder worden gestort. Ook heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een richtlijn opgesteld voor indicatiestellers hoe te handelen bij druk van bemiddelingsbureaus. Verder wordt een kwaliteitskeurmerk ontwikkeld voor bemiddelingsbureaus en er wordt bezien of het huidige verantwoordingssysteem van de PGB's optimaal is.

### **3.3 *Het professionele perspectief***

In deze paragraaf beschouwen we de indicatiestelling binnen de AWBZ vanuit professioneel en pedagogisch perspectief. Wat dan als eerste opvalt is het technocratische karakter van de indicatiestelling. Het trechtermodel plus de bijbehorende criteria zijn tot in de puntjes overdacht met het oog op objectivering en standaardisering. Daarbij zijn de beperkingen bepalend voor de aard en de omvang van de zorg.

De doelen die jeugdigen en ouders willen bereiken komen niet in beeld. Wat gegeven deze doelen, de problemen en de diagnose de beste aanpak is blijft eveneens buiten beschouwing. Kennis over effectieve interventies zijn daarmee onbenut.

In 2008 stelden de Staatsecretaris van VWS en de Minister van Jeugd en Gezin een onafhankelijke Taskforce in. Dit met het oog op de invoering van de AWBZ-pakketmaatregelen voor jeugd-LVG (Licht verstandelijk gehandicapten) en jeugd-GGZ. De taskforce Linschoten concludeert dat de beleidsregels waarop CIZ en BJZ hun indicaties baseren in feite zijn opgesteld ten behoeve van de AWBZ-volwassenzorg. De directe bruikbaarheid voor kinderen en jeugdigen valt volgens hen te betwijfelen. (Linschoten, 2008).

Zeker waar het om jeugdigen met beperkingen gaat is het lastig om de zorgbehoefte objectief en statisch vast te stellen. Enerzijds doordat jeugdigen in ontwikkeling zijn en de zorgbehoefte daardoor fluctueert. Anderzijds omdat het opgroeien met een aandoening of handicap niet alleen een medisch gegeven is maar ook orthopedagogische aspecten met zich mee brengt. Binnen het systeem van de AWBZ-indicaties blijft dat laatste aspect te veel buiten beschouwing.

Kiezen ouders voor een PGB dan is de kwaliteit en de effectiviteit op geen enkele manier gewaarborgd (Price Waterhouse Coopers, 2008). De taskforce Linschoten adviseerde daarom om in jeugdzorgdomein terughoudend te zijn met het verstrekken van PGB's. Voor zover PGB's wel worden verstrekt zouden deze moeten worden gekoppeld aan zorgplannen, zodat er sprake is van een integrale aanpak.

Wat tot slot nog opvalt is dat de indicatiestelling is losgekoppeld van zorgtoewijzing en zorgaanbod. Met de bedoeling dat daarmee de vraag en niet het aanbod centraal zou komen te staan. Is het überhaupt mogelijk om een zorgbehoefte eerst objectief vast te stellen en vervolgens een rechte lijn te trekken naar het aanbod?



Van der Laan (2001) stelt de scheiding tussen vraag en aanbod binnen de gehandicapten sector ter discussie. In de praktijk blijkt namelijk dat er veelal sprake is van een zich herhalend zoekproces. Professionals leren door te handelen, zo stelt hij. Soms kun je een diagnose scherper krijgen door eerst maar eens een interventie uit te proberen. Leren gaat niet lineair, niet volgens een rekenkundig model. Echt vraaggericht werken betekent volgens hem: de cliënt volgen, improviseren en permanent bijsturen.

Ook vanuit de GGZ wordt gepleit voor een sterkere koppeling tussen diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. "...niet diens stoornis bepaalt wat er moet gebeuren, maar de hulpvraag van de cliënt zelf. Het is aan de professional om die hulpvraag samen met de cliënt te vertalen naar een realistisch behandeldoel. Dat vraagt om actieve en deskundige professionals die de behandelwensen van de cliënt, de beschikbare evidence en hun klinische expertise kunnen samenbrengen in een passend behandelaanbod." (Hutschemaekers, 2006 – pag. 60).

### **3.4 *Het cliëntperspectief***

In dit hoofdstuk gaan we na wat de positie van cliënten is en in hoeverre de indicatiestelling binnen de AWBZ een bijdrage levert aan de empowerment van de aanvragers.

#### *De cliënt centraal*

De juridische positie van cliënten die aanspraak willen maken op de AWBZ is duidelijk geregeld. De indicatiebesluiten die worden afgegeven door het CIZ hebben het karakter van een beschikking, als antwoord op een door de cliënt ingediende aanvraag. Diverse regelingen bepalen de juridische positie van cliënten, klachtenregelingen en bezwaar- en beroepsprocedures liggen vast.

Sinds 1989 vindt modernisering van de AWBZ plaats. Belangrijkste uitgangspunt: het meer centraal stellen van de cliënt. Als uitvloeisel daarvan werden in 2003 functiegerichte omschrijvingen van zorg ingevoerd, waarbij de nadruk werd gelegd op de vraag van de verzekerden in plaats van het beschikbare zorgaanbod. De functiegerichte omschrijving koppelt de te leveren zorg los van de aanbieder. Om tegemoet te komen aan "de steeds mondiger burgers die zelf meer vorm en inhoud willen geven aan hun leven en daar zelf ook op aanspreekbaar willen zijn" is vanaf 1995 de mogelijkheid van een Persoons Gebonden Budget (PGB) gecreëerd.

Conny Bellemans (cliënt, wijkverpleegkundige en oud-indicatieadviseur) stelt echter dat binnen indicatiepraktijken de geldende wetten en regelingen plus de bijbehorende protocollenboeken én de uitvoerende instanties centraal staan. En niet de cliënt. (Bellemans, 2005). De in hoofdstuk 1 beschreven wat technocratische werkwijze van het CIZ versterkt dit beeld. Onafhankelijkheid, objectiviteit en transparantie staan voorop.

Bijna 20 jaar na de start van de modernisering brengt de SER (Sociaal Economische Raad) in april 2008 advies uit over de toekomst van de AWBZ. De SER constateert dat de cliënt nog onvoldoende centraal staat. Cliënten kunnen onvoldoende zelf sturing geven aan hun zorgvraag en onvoldoende regie over hun eigen leven voeren. Dit wordt met name veroorzaakt door de aanbodgericht uitvoeringsstructuur.

In haar brief over de toekomst van de AWBZ stelt de Staatssecretaris Bussemaker (2009) nog eens prominent de cliënt en hun wensen en behoeften centraal. De intenties vanuit het beleid zijn daarmee duidelijk. De vraag is hoe dat uitwerkt in de praktijk.

Als het gaat om de uitvoering van de indicatiestelling voor de AWBZ lijken cliënten niettemin over het algemeen tevreden. Uit een landelijk klanttevredenheidsonderzoek van het Juliusucentrum (Schrijvers, 2007) blijkt dat de respondenten het CIZ gemiddeld een rapportcijfer van 7,5 geven. Slechts een klein deel van de respondenten geeft een cijfer 6 of lager (15,6%).

### *Empowerment*

Naast de klantgerichtheid van het indicatiemodel beschouwen we hier ook de mate waarin het model bijdraagt aan de versterking van de eigen kracht van cliënten.

Het PGB is hiervan een goed voorbeeld. Het biedt mensen die langdurig zorg behoeven de mogelijkheid daarover zelf de regie te voeren. Omdat niet alle budgethouders over de mogelijkheden beschikken om zelf een PGB aan te vragen, zorg in te kopen en een boekhouding te voeren, zijn er bemiddelingsbureaus ontstaan die dat kunnen overnemen. Nu blijkt dat er bemiddelingsbureaus zijn die misbruik maken van hun positie (Vijfhuizen, 2009) worden aanvullende maatregelen genomen om dit te voorkomen (zie hoofdstuk 1).

Meer in het algemeen kan men zich afvragen of daar waar mensen afhankelijk worden van een bemiddelingsbureau om aanvragen in te dienen, zorg in te kopen en verantwoording af te leggen, wat dan de meerwaarde is ten op zichte van de zorg in natura van de reguliere zorgaanbieders.

*“Mogelijkheden of beperkingen: that’s the question”.* Zo schrijft Guus Schrijvers in zijn wekelijks digitale nieuwsbrief (Schrijvers, 2009). De AWBZ indicatiestelling gaat uit van beperkingen en vraagt niet naar ondersteuning van de mogelijkheden om maatschappelijk te participeren, aldus Schrijvers. Hij pleit ervoor om in de indicatiestelling meer de mogelijkheden en niet alleen de beperkingen te betrekken. Dan valt ook de kunstmatige scheiding van AWBZ voor zorg en WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) voor participatie weg. Indicatiestelling zou per definitie gericht moeten zijn op mogelijkheden te participeren. Dat betekent dat het doel van de AWBZ wordt: het mogelijk maken dat chronische zieken participeren in de samenleving.

In de indicatiepraktijk van de AWBZ staat het medisch model van disability centraal stelt ook Bellemans (2005). De indicatiestelling gaat uit van stoornissen, aandoeningen en beperkingen. Op grond van deskundigheid en professionele distantie bepalen medici en indicatiestellers wat goed is voor mensen met een beperking. Hulpbehoevendheid en afhankelijkheid staan daarbij centraal.

Bellemans pleit voor een indicatieproces waarbij empowerment centraal staat. Een dergelijk proces zou uit de volgende 4 fasen moeten bestaan:

1. Het (helpen) doordenken en ontwerpen van een eigen leefstijl/levensplan. Wat wil de persoon bereiken of veranderen in zijn leven?
2. Het (helpen) verhelderen van problemen en barrières die iemand ervaart in zijn dagelijks leven
3. Het (helpen) identificeren van behoeften aan mogelijke hulpbronnen
4. Het bepalen van verzekeringsindicaties/claimbepalingen

Belangrijk aspect vanuit Bellemans optiek is dat we als burgers niet alleen recht op zorg hebben, maar ook de plicht om maatschappelijk bij te dragen. Dat geldt onverkort voor mensen met een beperking.

Als we dit vertalen naar jeugd, betekent dit dat we er alles aan moeten doen om kinderen met een beperking zodanig toe te rusten dat zij hun maatschappelijk bijdrage ook kunnen gaan leveren. Niet hun beperkingen of (gedrags-)problemen maar hun mogelijkheden om – op termijn – maatschappelijk te participeren zouden bij de indicatiestelling centraal moeten staan. De zorg en begeleiding, plus de (ondersteuning bij de) opvoeding krijgen vanuit dat perspectief meer het karakter van levensloop begeleiding, gericht op de toekomst. Dit vraagt om een meer integrale blik bij het stellen van indicaties. Niet alleen voor zorg maar vooral ook in combinatie met welzijn en onderwijs (Diephuis, 2006).

### **3.5 Bronnen**

Bellemakers, C. (2005). *Bezielde bezig zijn met indiceren: de indicatiestelling als empowermentproces voor burgers met functiebeperkingen en indicatiestellers*. In: Schrijver e.a (red.) *Verleden, heden en toekomst van indicatiestelling voor de AWBZ*. Utrecht: Igitur

Bussemaker, J. (2008). *Zeker van Zorg, nu en straks*. Den Haag, Ministerie van VWS

Bussemaker, J. (2009). *Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ*. Den Haag, Ministerie van VWS

CIZ (2008). *Tendrapportage Landelijke Indicatiestelling AWBZ 2007*. Utrecht, CIZ

CIZ (2009). *Indicatiewijzer 2009*. Utrecht, CIZ

- Diephuis, K.H., Zijden, Q.C.M. van der (2006). *Eindrapportage harmonisering indicatiestelling jeugdzorg, speciaal onderwijs en AWBZ-zorg*. Hoogmade, Partners in Jeugdbeleid
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B., Smit, A. (2006), *Weg van Professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze, GRIP
- Jedeloo, S., Schrijvers, G. (2007). *Landelijk klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-zorgvragers*. Utrecht, Juliuscentrum voor Gezondheidswetenschappen en eerstelijns geneeskunde
- Laan, G. van der (2001). Wat scheidt de vraag van het aanbod? In: Triepels (red.) *Grenzen van vraagsturing*. Uitg. De Brink, Vries, 2001. P41-54
- Linschoten R.L.O., Goudswaard K.P., Kamps J.A. *Verkeerd verbonden; Naar houdbare voorzieningen voor jeugdigen*. Taskforce invoering maatregelen voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ; 15 december 2008
- MOgroep (2009). *Werkinstructie Indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek door Bureau jeugdzorg*. Utrecht, MOgroep
- Price Waterhouse Coopers (2008). *Analyse biedt inzicht in instroom in de PGB-regeling voor jeugd-GGZ*
- Sociaal economische raad (2008). *Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ*. Den Haag, SER
- Schrijvers, G. (2009) *Mogelijkheden of beperkingen: that's is the question*. PH. Nieuwsbrief 335
- Vijfwinkel, D., Hollander, M.L., Diepenhorst, M. (2009). *Ondernemend betrokken bij zorg? Aard en kwaliteit van dienstverlening door PGB-bemiddelingsbureaus*. Zoetermeer, Research voor Beleid
- Zijden, Q. C. M. van der, Diephuis, K. H. (2006) *Indicatieprotocol jeugdigen met psychiatrische problematiek*. Hoogmade, Partners in Jeugdbeleid
- Zijden, Q.C.M. van der (2007). *Trainingspakket integraal indiceren*. Hoogmade, Partners in Jeugdbeleid



## **4. Zorgverzekeringswet en jeugd-ggz**

**Hans Matthaei & Felix Dronkers**

### **4.1 De zorgverzekeringswet**

Op 1 januari 2006 is de Zorgverzekeringswet (ZVW) ingegaan ter vervanging van de verplichte verzekering volgens de oude ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering.

Het nieuwe stelsel kent 3 compartimenten, de AWBZ (1e), de basisverzekering (2e) en de aanvullende verzekeringen (3e). Als gevolg van deze stelselwijziging werden per 1 januari 2008 de ambulante GGZ en intramurale GGZ met opnameduur tot 1 jaar, uit de AWBZ gelicht en overgeheveld naar de basisverzekering van de nieuwe wet. Ook werd een aantal onderdelen van de AWBZ overgeheveld naar de WMO. In het basispakket werd tevens de eerstelijns psychologische zorg opgenomen. Dit om een vorm van “stepped care” te introduceren die de instroom in de duurdere gespecialiseerde GGZ zou kunnen verminderen. Zowel deze eerstelijns psychologische zorg als de tweedelijns GGZ worden tot de geneeskundige GGZ gerekend. In praktijk wordt daarom gesproken van eerstelijns en tweedelijns GGZ. Onder de geneeskundige zorg wordt het volgende verstaan:

Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die plegen te bieden.  
(Artikel 2.4. Besluit Zorgverzekering)

Voor de GGZ betekent dat:

“Geneeskundige GGZ is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis volgens de DSM IV” (College van Zorgverzekeringen (CVZ) 2008).

Psychosociale hulp zoals die door het algemeen maatschappelijk werk (maar ook die, zoals in de Wet op de Jeugdzorg is vastgelegd, door de provinciale jeugdzorg wordt geboden) valt niet onder de ZVW.

De wijzigingen in het zorgstelsel moeten leiden tot meer klantgerichtheid, doelmatigheid en minder bureaucratie in de zorg. De verzekeraars hebben een zorgplicht en concurreren op de hoogte van de premie, de kwaliteit van hun eigen dienstverlening en op de kwaliteit en kwantiteit van de zorg die zij contracteren of waarvan ze de kosten restitueren.

Met het overhevelen van de geneeskundige GGZ naar de ZVW veranderde ook de financieringsstructuur. De verrichtingsystematiek (productieafspraken per aantal en soort verstrekte contacten, preventie en dienstverlening) zoals de ambulante en

poliklinische GGZ die onder de AWBZ kende, werd vervangen door de DBC (diagnose - behandel combinaties) systematiek. Uitgangspunt daarbij is dat bij bepaalde diagnostische categorieën bepaalde behandelingen worden toegepast, variërend in aard, intensiteit en duur, en dat daarvoor een gemiddelde kostprijs is vast te stellen. Behalve de tweedelijns GGZ is zoals gezegd ook de eerstelijns psychologische zorg onderdeel van het basispakket geworden. Voor die zorg geldt de DBC systematiek niet maar wordt een vergoeding per zitting gehanteerd waarbij het aantal is gemaximeerd op 8. De DBC tarieven zijn dit jaar nog door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld; de tarieven eerstelijns psychologische zorg zijn meer onderhevig aan de marktwerking die met het nieuwe stelsel wordt beoogd.

### **Indicatiestelling**

Hoe is de toegang tot de geneeskundige GGZ geregeld, is er een indicatie nodig? In het Besluit Zorgverzekering is één algemeen indicatievereiste opgenomen:

*“de verzekerde heeft slechts recht op een vorm van zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen (artikel 2.1, lid 3)” (CVZ, 2008).*

Daarnaast kunnen per zorgvorm of onderdeel daarvan specifieke eisen worden gesteld, wat ingeval van de GGZ niet is gebeurd. De zorgverzekeraar beoordeelt de indicatie voor de zorg en kan eventueel procedurele voorwaarden in de polis opnemen. In ieder geval, ook voor de geneeskundige GGZ, is wettelijk een verwijzing van de huisarts vereist. Voor de geneeskundige jeugd GGZ geldt dat vanaf 1 januari 2005, de dag waarop de Wet op de Jeugdzorg in werking trad, het Bureau jeugdzorg een indicatiebesluit moet afgeven. Uitzondering daarop vormt de mogelijkheid van rechtstreekse verwijzing door een (huis)arts of andere behandelaar (zoals een psychotherapeut of kinderarts) bij vermoeden van ernstige psychische problematiek.

#### **Indicatie voor de jeugd-GGZ**

*De Wet op de Jeugdzorg regelt dat het Bureau jeugdzorg indiceert voor jeugdhulp en jeugd-GGZ. Dit betreft ook de geneeskundige jeugd-GGZ. Op de regel dat Bureau jeugdzorg de toegang is voor de jeugd-GGZ bestaat één uitzondering, namelijk de mogelijkheid voor de (huis)arts of andere behandelaar van de jeugdige om bij een vermoeden van ernstige psychische problematiek rechtstreeks te verwijzen voor behandeling (geneeskundige zorg).*

*Het indicatiebesluit van het Bureau jeugdzorg of het oordeel van een arts of andere behandelaar, zoals een psychotherapeut of kinderarts, geldt als voorwaarde voor het verkrijgen van GGZ ten laste van de ZVW (art.14, lid 2). (CVZ, 2008)*

De huisarts wordt in het stelsel als de poortwachter van de zorg gepositioneerd. Een verwijzing van de huisarts is verplicht en voldoende voor de verzekeraar om de verzekerde gebruik te laten maken van de eerstelijns en tweedelijns GGZ. Als het om psychische problemen gaat is de huisarts echter zelf ook onderdeel van de eerstelijns GGZ. Het diagnosticeren en behandelen van de z.g. “common mental disorders” (o.a.

depressieve stoornissen, angststoornissen, slaap- en spanningsklachten e.d.) ziet de huisarts ook als zijn taak, meestal in samenwerking met eerstelijns psychologen en/of het algemeen maatschappelijk werk. Er bestaan landelijke richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) voor de behandeling van bepaalde psychische stoornissen. Daarin wordt ook aangegeven onder welke omstandigheden de huisarts naar gespecialiseerde GGZ verwijst. Het onderscheid tussen de eerste- en tweedelijns GGZ dat het College Voor Zorgverzekeringen (CVZ) maakt is gebaseerd op een door het Trimbos instituut in 2006 gemaakt rapport (Feltz, 2006).

De poortwachterrol van de huisarts behoeft, als het om jeugdigen gaat, overigens wel verbetering. In het proefschrift van Zwaansdijk (Zwaansdijk, 2005) komt naar voren dat de huisarts bij de detectie van psychische problemen bij kinderen van 4 – 11 jaar een ondergeschikte rol speelt en dus ook relatief weinig verwijst naar de jeugd GGZ. Voor adolescenten is dat iets gunstiger. Toch is in 2006 in bijna 40% van de gevallen de huisarts de verwijzer naar de jeugd GGZ in tegenstelling tot de Bureaus jeugdzorg die dat in 20% van de gevallen is. In totaal is er in 65% van de gevallen sprake van een medische verwijzer (Trimbos instituut, 2008). Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft eind 2008 een toekomstvisie “Huisartsenzorg en jeugd” vastgesteld waarin de positie van de huisarts ten aanzien van jeugdigen met psychische problemen wordt versterkt.

Nadat de cliënt verwezen is onderzoekt de tweedelijns GGZ de klachten en stelt een diagnose en een behandelplan op volgens de DBC systematiek, conform de daartoe opgestelde spelregels (DBC GGZ, 2009).

Een DBC kent als elementen

- de typering van de zorgvraag: zorgtype en diagnose
- verschillende soorten activiteiten: diagnostiek, behandeling e.d.
- de kosten: uren behandelaars, aantal verrichtingen e.d.

Voor de eerstelijns GGZ wordt een eenvoudiger systeem gehanteerd. Ook daar is een verwijzing van de huisarts of de eerder genoemde andere professionals vereist. De eerstelijns behandelaar doet een kort diagnostisch onderzoek en stelt vast of de problematiek past binnen het domein van de eerstelijns GGZ (niet complexe psychische problematiek, ernst licht tot matig, generalistisch te behandelen), of en waar de cliënt verzekerd is en start de behandeling. Zoals reeds gezegd worden maximaal acht gesprekken vergoed door de basisverzekering. Na afloop declareert de behandelaar bij de verzekeraar aan de hand van vaste declaratiecodes.

De verzekeraar (die de indicatie moet beoordelen) wordt in de huidige (GGZ-) praktijk pas met het feit dat een verzekerde behandeld is geconfronteerd, als de rekening wordt ingediend. De verzekeraar controleert steekproefsgewijs of de behandelaar in het bezit is van een geldige verwijzing en kan ook door BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) gekwalificeerde professionals inhoudelijk laten controleren. Dit is een werkwijze die afwijkt van de indicatieprocedures in de jeugdzorg of AWBZ. De tweedelijns GGZ is verder verplicht om geanonimiseerde behandelgegevens aan te leveren aan het DBC Informatiesysteem DIS. In het DIS worden gegevens over



diagnoses en behandelingen gebruikt om de productstructuur die aan de bekostigingssystematiek ten grondslag ligt, actueel te houden. DBC-Onderhoud is de organisatie die verantwoordelijk is voor een goed werkende DBC systematiek, de tarieven worden door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgesteld.

Is er in de ZVW nu sprake van indiceren of verwijzen? Op de website van Uvit (4 zorgverzekeraars) staat het als volgt:

*Door de huisarts wordt in het kader van de curatieve (= geneeskundige) GGZ de waarschijnlijkheidsdiagnose en de indicatie voor een verwijzing vastgesteld.....*

In gewoon Nederlands wil dat zeggen dat de huisarts op grond van de klachten denkt aan psychiatrische problematiek en dat in de verwijzing naar de curatieve GGZ vastlegt. De behandelindicatie wordt door de curatieve GGZ zelf gesteld na een diagnostisch onderzoek als eerste onderdeel van het diagnose-behandeltraject. De huisarts krijgt een terugrapportage waaruit blijkt of de waarschijnlijkheidsdiagnose bevestigd wordt waardoor een evaluatieve cyclus kan ontstaan.

## **4.2 Het financiële perspectief**

De wijzigingen in het zorgstelsel moeten leiden tot meer klantgerichtheid, grotere doelmatigheid en minder bureaucratie in de zorg. De verzekeraars hebben, zoals we hebben gezien, een zorgplicht en concurreren op de hoogte van de premie, de kwaliteit van hun eigen dienstverlening en op de kwaliteit en kwantiteit van de zorg die zij contracteren of waarvan ze de kosten restitueren.

Hoe geldt dat voor een relatief beperkt onderdeel van dat stelsel, de indicatiestelling of zoals we eerder hebben genuanceerd de indicatie voor verwijzing?

In verwijsprocedures, indicatiestellingen en de wijze waarop deze in de eerstelijns en tweedelijns GGZ systemen zijn opgenomen komt naar voren dat relatief goedkope zorg een simpel systeem vraagt en de duurder zorg een ingewikkelder systeem. Voor de eerstelijns is het dus simpel. Een verwijsbriefje dat de huisarts na het consult opstelt is alles. De behandelaar stelt de indicatie door de cliënt in zorg te nemen (maximaal 8 gesprekken) en declareert met behulp van een prestatiecode. Als de verzekeraar geen reden ziet om daartegenin te gaan en betaalt dan is de cirkel rond en de indicatie dus (achteraf) formeel ook gesteld. In dat proces is nauwelijks sprake van indicatiekosten, meer dan toch al gemaakt moeten worden door de behandelaar. Namelijk de kosten voor intake en diagnostiek.

Voor de tweedelijns GGZ is dat in principe gelijk. Een verwijsbriefje en dan start het diagnostische proces dat men altijd al moest doen om een behandeling te kunnen indiceren. De DBC systematiek is gericht op financiering van de zorg waarin de situatie

aan het begin van de behandeling (aard en ernst, soort behandeling) wordt vastgelegd en aan het eind. Die elementen zijn noodzakelijk om de productgroep en bijbehorend tarief vast te kunnen stellen.

Als er niet onafhankelijk geïndiceerd wordt dan worden er ook geen extra kosten gemaakt en dat is op de keper beschouwd de situatie in de geneeskundige GGZ. Sinds het begin van dit decennium groeit de tweedelijns GGZ gestaag. Toch kiest de overheid er niet voor om de toegangsdrempel te verhogen door meer administratieve procedures (lees formele indicatieprocedures) omdat de basis voor de stelselherziening juist was: klantgerichtheid, doelmatigheid en minder bureaucratische regels. Om het beroep op duurdere zorg te verminderen is een versterking en uitbreiding van de goedkopere en kortdurende eerstelijns GGZ nodig. Dat doen verzekeraars inmiddels en afgewacht moet worden of dit ook het beoogde effect zal hebben.

De afgelopen jaren zijn de kosten voor de GGZ, en met name ook de jeugd-GGZ gestegen. In 2008 steeg het gebruik van de jeugd-GGZ met 9%, terwijl tegelijkertijd de wachtlijsten met 7% toenamen (GGZ NL, 2009).

### **4.3 Het professionele perspectief**

Ook al is er dus geen ingewikkelde indicatieprocedure ingevoerd bij de overheveling van de GGZ naar de ZVW, dat betekent niet dat er geen criteria beschreven zijn wanneer naar de eerstelijns en wanneer naar de tweedelijns GGZ verwezen moet worden. Het CVZ (College Voor Zorgverzekeringen, 2008) vat het onderscheid als volgt samen:

*Binnen de eerste lijn vindt vooral behandeling plaats van stemmingsstoornissen, somatoforme stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen (As I van de DSM-IV). Er is sprake van lichte tot matig ernstige, niet complexe psychische problematiek. Interventies bestaan uit niet-medicamenteuze behandelingen, waaronder psychologische interventies, en medicamenteuze behandelingen. Tot de geneeskundige zorg wordt gerekend psychologische zorg.*

*Binnen de tweede lijn vindt ook behandeling plaats van depressieve stoornissen, angststoornissen en aanpassingsstoornissen, maar veelal is er naast een As I stoornis ook sprake van een persoonlijkheidsstoornis (As II van de DSM-IV) of is er sprake van meer dan één diagnose op de As I. Ernstiger psychische stoornissen uit het psychose spectrum, zoals schizofrenie, worden behandeld in de tweede lijn. Interventies bestaan vooral uit gesprekstherapie ofwel psychotherapie en een combinatie van farmaco- en gesprekstherapie. Behandeling van acute psychotische stoornissen hoort niet bij de zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten, maar in principe bij de GGZ-instellingen die immers opname- en crisisfaciliteiten kunnen bieden. In de eerste lijn hebben cliënten enkelvoudige psychische problemen die nog niet al te lang bestaan en waarmee zij nog redelijk kunnen functioneren. Bij deze cliënten zijn niet alle levensgebieden aangetast. In de tweede lijn zijn de problemen complexer en ernstiger en hebben een grotere impact op de levensgebieden. De huisarts zal dus een*

*inschatting moeten maken, door Uvit een waarschijnlijkheidsdiagnose genoemd (zie hoofdstuk 1).*

Zoals al eerder aangegeven vormt de verwijzing met de waarschijnlijkheidsdiagnose het “toegangsbewijs” tot de eerstelijns en de tweedelijns GGZ. De behandelaars in de eerste en tweede lijn zullen een eigen oordeel moeten vormen over de aard en impact van de problematiek en moeten komen tot een behandelaanbod.

In de eerste lijn worden in principe maximaal twee gesprekken besteed aan intake en diagnostiek. De problematiek moet zich lenen voor kortdurende behandeling en er mag weinig kans zijn op ernstige ontregelingen zoals crisis en/of psychose. De problemen moeten ook niet te lang bestaan of moeten in het verleden eerder succesvol kortdurend zijn behandeld. De eerstelijns behandelaar legt gegevens (inclusief de verwijzing) in het dossier vast en declareert na afloop aan de hand van prestatiecodes (soort contact).

Er vindt geen omvangrijke registratie van de klachten plaats. De behandelaar houdt een dossier bij zoals in veel contracten van zorgverzekeraars geformuleerd. Er is dus ook geen controle vooraf (behalve het controleren van de verzekerde status van de cliënt door de behandelaar) maar, indien de verzekeraar dit nodig acht, wel toetsing achteraf.

Zorgverzekeraars formuleren ook voorwaarden op gebied van kwaliteit, waarneming, wachtlijsten e.d. en beroepskwalificaties.

De tweedelijns GGZ hanteert een veel uitgebreider registratiesysteem om problematiek en behandeling in DBC's onder te kunnen brengen (DBC GGZ, 2009). In principe komt de cliënt op dezelfde wijze binnen als in de eerstelijns GGZ dus met een verwijzing en al of niet na vooroverleg. Vervolgens start een zorgtraject dat begint met een diagnostische fase. De diagnostische bevindingen worden volgens de DSM-IV vastgelegd inclusief het niveau van functioneren. Er wordt een behandeling aan gekoppeld en met die elementen wordt de DBC geopend. De tijdsbesteding wordt geregistreerd en pas nadat de DBC gesloten wordt (maximale duur is 365 dagen) wordt de behandeling gefactureerd. Er is een uitgebreide set van regels waaraan voldaan moet worden en elke DBC wordt voorafgaand aan de facturering gevalideerd. Pas daarna is de DBC definitief. De diagnose en de verrichte activiteiten moeten passen binnen de ruim 90 productgroepen die landelijk zijn vastgesteld. Behandelaars of instellingen kunnen dus niet zomaar wat doen (even los van de vraag hoe fraudegevoelig een systeem is). De productgroepen worden up to date gehouden door de aanlevering aan de DIS (DBC informatie systeem).

Dit systeem brengt met zich mee dat verwijzers (inclusief het Bureau jeugdzorg) slechts heel globaal kunnen indiceren of beter gezegd verwijzen. De diagnostiek, die integraal onderdeel is van het zorgtraject en de basis van de behandelindicatie vormt, kan alleen maar door de tweedelijns zorgaanbieder zelf uitgevoerd worden. Discontinuïteit wordt hiermee vermeden zodat de motivatie van cliënten niet extra onder druk komt doordat ze vaker hun verhaal moeten vertellen dan nodig is.

Ook voor de tweedelijns geldt dus dat er van tevoren geen controle plaatsvindt of toestemming moet worden verleend. Achteraf kan er controle plaatsvinden, ook inhoudelijk.

DBC's veronderstellen effectieve interventies en die zijn dan ook onderdeel van de productgroepen. Om dat op peil te houden vormt research een belangrijke wetenschappelijk activiteit om behandelmethodes met elkaar op effectiviteit te vergelijken of op werkzame factoren te onderzoeken. Cognitieve gedragstherapie, systeembehandeling en meer inzichtgevend therapieën hebben een eigen theoretisch fundament van waaruit onderzoek wordt geïnitieerd. De resultaten daarvan komen al snel (al of niet via richtlijnen) in de behandelpraktijk terecht als deze blijken te werken (evidence based practice). De DBC systematiek is in zichzelf een evaluatief systeem. Er is een nulmeting (de begindiagnose), een behandeling (behorend tot een productgroep) en een eindmeting (de diagnose bij beëindiging). Die metingen worden over het algemeen niet onafhankelijk en objectief uitgevoerd, omdat de behandelaar ook het eindresultaat scoort, maar geven wel aanwijzingen voor de effectiviteit van de interventies. In principe is er dus sprake van een evaluatieve cyclus.

#### **4.4 Het cliëntperspectief**

Voor de burgers heeft de stelselherziening veel gevolgen gehad. De invoering van de basisverzekering, het vergelijken van premies en aanvullende pakketten waren voor velen nieuw. Als we echter kijken naar de effecten op de wijze van indicatiestellen dan is er nauwelijks iets veranderd voor cliënten. Een verwijzing door de huisarts was ook voor de stelselherziening al verplicht als cliënten zich bij de GGZ aanmeldden. De huisarts bespreekt met de cliënt op basis van de aard en duur van de klachten of de huisarts zelf behandelt, of een verwijzing naar de eerstelijns GGZ aangewezen is of naar de tweedelijns. Als cliënten de weg kennen en zelf het initiatief nemen om contact te zoeken met een behandelaar dan moeten zij toch een verwijzing van de huisarts vragen. De huisarts wordt geacht onderscheid te kunnen maken tussen de eerstelijns zorg en de tweedelijns GGZ als het om de meest aangewezen zorg gaat in relatie tot de klachten van de cliënt. Vanuit de zorgverzekeraars wordt een actief beleid gevoerd om de deskundigheid in de eerste lijn te versterken. Onder andere door de inzet van sociaal psychiatrisch geschoolde praktijkondersteuners in huisartspraktijken en gezondheidscentra. Maar ook door uitbreiding van het aantal gecontracteerde eerstelijns psychologen. De eerste lijn kan kortdurende GGZ hulp dichterbij huis bieden en is daardoor minder snel genoodzaakt te verwijzen naar duurdere tweedelijns zorg. Dit is door de overheid ook nadrukkelijk bedoeld bij het opnemen van de eerstelijns GGZ in het basispakket. De kwaliteit van die verwijzingen zal ten gevolge daarvan toe kunnen gaan nemen. *Of dit ook zo gaat werken zal nog moeten blijken. Voor jeugdigen komt daar bij dat de rol van de huisarts in het signaleren/detecteren van psychische problemen verbetering behoeft (Zwaansdijk, 2005).*

Voor de cliënt betekent dit systeem een minimum aan schakels en bureaucratie. Tussen eerste lijn en tweede lijn zit geen extra loket waar de cliënt zich eerst moet melden en waar aan allerlei administratieve/registratieve verplichtingen moet worden voldaan, voordat de volgende “step” in de “care” gezet mag worden. Diagnostiek en behandeling liggen in elkaars verlengde, zonder cesuur en daarbij behorende discontinuïteit. En als de cliënt een goede zorgverzekeraar kiest die er veel aan gelegen is om een kwalitatief sterke eerstelijns GGZ te stimuleren (en te financieren) dan wordt deze niet onnodig of te snel naar dure zorg verwezen. Dat is in het belang van de cliënt en van de zorgverzekeraar.

## **4.5 Bronnen**

College voor Zorgverzekeringen (2008). *GGZ Kompas*. [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

DBC GGZ (2009). *Spelregels DBC-registratie Versie 2009*

Feltz-Cornelis, C.M. van der (2006). *Afbakening eerste en tweedelijns zorg voor psychische stoornissen*. Utrecht, Trimbos Instituut

Hutschemaekers, G , Tiemens, B., Smit, A. (2006). *Weg van Professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelders Roos

Ministerie van VWS (2005). *Zorgverzekeringswet*. Den Haag, Staatsblad van het koninkrijk der Nederlanden

Ministerie van VWS (2005). *Besluit Zorgverzekering*. Den Haag, Staatsblad van het koninkrijk der Nederlanden

Nederlands Huisartsen Genootschap (2008). *Huisartsenzorg en jeugd*. Utrecht, NHG

Trimbos instituut ( 2008). *Trendrapportage GGZ*. Utrecht, Trimbos Instituut

Uvit; [http://www.uvit.nl/nieuwsbrief1\\_0807/behandeldomeinen.php](http://www.uvit.nl/nieuwsbrief1_0807/behandeldomeinen.php)

Zwaansdijk, M. (2005). *Pathways to care, help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Utrecht, Nivel

## 5. *Eigen Krachtconferenties*

Karel Diephuis

### 5.1 *Algemene beschrijving*

De Eigen Krachtconferentie (EKC) is een bijeenkomst van professionals, familie en hun netwerk, voorbereid door een onafhankelijk coördinator. De conferenties hebben het doel om een plan te maken dat antwoord moet bieden op een hulpvraag die er ligt of een zorgelijke situatie die is ontstaan. Heleen Bosma omschrijft EKC als 'niks nieuws onder de zon': een familie- of buurtoverleg met notulen (Bosma, 2009)

Iedereen kan een EKC aanvragen, ook de burger zelf. Meestal neemt een professional (maatschappelijk werker, gezinsvoogd maar ook een docent van school of de huisarts) het initiatief. EKC's worden ingezet bij een breed palet aan problemen: eenzame ouderen, chronisch zieken, gezinnen met opvoedingsproblemen, overlast gevende jongeren, schoolverlaters, jeugddelinquenten, alcoholverslaafden, tienermoeders, relationeel huiselijk geweld en bij schuldhulpverlening.

EKC is dus een manier om - als antwoord op de vraag die er ligt - samen een plan te maken dat door iedereen gedragen wordt. Een plan dat omschrijft wat het gezin zelf gaat ondernemen, welke hulp het leefsysteem aan het gezin gaat bieden, en welke (professionele) hulp men buiten het eigen netwerk gaat inroepen.

Professionals spelen doorgaans een belangrijke rol in de EKC: hulpverleners en deskundigen kunnen door het netwerk worden uitgenodigd om aan het begin van de bijeenkomst te vertellen welke moeilijkheden er zijn, wat goed gaat, en welke mogelijkheden er zijn voor professionele hulp. Iedereen kan vragen aan hen stellen.

Sinds begin 2001 worden er in Nederland op beperkte schaal Eigen Krachtconferenties gehouden (Gramberg, 2009). Eigen Kracht is de Nederlandse benaming voor 'family group conferencing'<sup>5</sup>. Het model werd ontwikkeld en met veel succes toegepast in Nieuw-Zeeland en is inmiddels ook ingevoerd in onder andere Australië, de VS, Groot-Brittannië en Zweden. Sinds de invoering van Eigen Kracht in 2001 neemt het aantal EKC's jaarlijks toe. In 2001 werd in 29 zaken gestart met een EKC, in 2008 werden er 471 conferenties afgesloten.

Een EKC kent van aanmelding tot afronding de volgende fasen:

<b>Start</b>	De professional biedt de klant een EKC aan. Indien gewenst kan de Eigen Krachtcoördinator bij de klant thuis voorlichting komen geven. Als de klant openstaat voor een bijeenkomst wordt door de regiomanager van de landelijke organisatie (de Eigen Kracht Centrale) een coördinator
--------------	--

---

<sup>5</sup> Niet te verwarren met 'familienetwerkberaad' zoals beschreven door Portengen (2002).

gezocht die past bij de wensen van de klant: man, vrouw, een bepaalde taal sprekend of een zelfde culturele achtergrond.

**Vorbereiding** De coördinator inventariseert met de klant wie voor deelname in aanmerking komt, legt contact en vraagt aan iedere genodigde wie nog meer bij de conferentie aanwezig zou moeten zijn. Dit wordt steeds teruggekoppeld naar en afgestemd met de klant. Het netwerk bepaalt op welke dag of avond (door de week of in het weekend) de bijeenkomst plaatsvindt. De locatie is meestal een buurthuis, horecagelegenheid of kerkgebouw.

**Begin conferentie** Professionals verstrekken in het eerste deel van de bijeenkomst informatie aan de familie en het netwerk. Als de verwijzende hulpverlener een gezinsvoogd is geeft deze aan welke eisen hij vanuit de ondertoezichtstelling aan het plan stelt.

**Besloten tijd** De verwijzende hulpverlener en de coördinator gaan naar een andere ruimte. De familie en kennissen hebben nu een besloten tijd samen, waarin ze ‘in hun eigen taal’ met elkaar kunnen overleggen:

- ze bespreken samen wat er aan de hand is
- ze maken een plan waar iedereen het mee eens is
- ze beslissen wie wat doet en welke hulp van buitenaf moet komen

**Het plan** Het plan wordt opgeschreven. De coördinator komt er weer bij, en concretiseert als het nodig is het plan zodat iedereen weet wie wat doet. Dan krijgt de hulpverlener het plan te horen, en kijkt of het wettig en veilig is. Als de hulpverlener een gezinsvoogd is, checkt deze of het aan de eisen vanuit de ondertoezichtstelling voldoet. De coördinator legt het plan digitaal vast en zorgt dat iedereen een afschrift krijgt. Daarmee is zijn taak afgerond.

**Uitvoering** De betrokkenen voeren het plan uit. Vaak is er een taak voor de professionals in dit plan. Ook wordt wel een professional gevraagd om de uitvoering te volgen.

Enkele gegevens over de uitvoering van EKC's in Nederland (Gramberg, 2008):

*Duur voorbereiding conferentie:*

58% wordt binnen 2 maanden georganiseerd

81% binnen drie maanden

*Locatie conferentie:*

Families kiezen voor buurthuizen, kerken of horecagelegenheden. Een zeer kleine minderheid wordt in een hulpverleningsinstelling gehouden.

*Tijdstip:*

Onderzoek Overijssel: de helft in het weekend. De helft op een doordeweekse dag. Waarbij overigens bij professionele hulpverleners nog wel enige weerstand wordt aangetroffen om na 17.00 uur of in het weekend te gaan werken.

*Duur conferentie:*

69% doet dat in 1 tot 5 uur

28% in 5 tot 8 uur.

*Deelnemers:*

Per EKC 14,5 deelnemers. Daarvan is:

69% familie

16% sociaal netwerk

15% professional

## **5.2 Het financiële perspectief**

Vanuit *financieel perspectief* is indicatiestelling te beschouwen als een middel om schaarse middelen eerlijk te verdelen en de kosten voor zorg en onderwijs te beheersen. Het uitvoeren van een EKC is geen formele manier van indicatiestelling, het plan levert geen recht op zorg op. Ook zijn er geen objectieve criteria geformuleerd welke zorg voor het gezin aangewezen lijkt. Toch is het interessant om te beschouwen in hoeverre deze volstrekt andere werkwijze zou kunnen bijdragen aan kostenbeheersing. Of dat er juist sprake is van kostenopdriving als familienetwerken "het voor het zeggen hebben". Uit onderzoek naar de uitvoering van EKC's komen de volgende feiten en inzichten naar voren:

- In Nieuw-Zeeland traden opmerkelijke veranderingen op na het wettelijke verankeren van Family Group Conferencing. Het aantal kinderen onder overheidszorg verminderde met 60%,. Het aantal rechterlijke maatregelen verminderde aanzienlijk (van Pagée, 2003).
- In buitenlands onderzoek wordt een daling van het aantal kindbeschermingsmaatregelen en een verminderd aantal uithuisplaatsingen gemeld (Burford, 2003).



Uit onderzoek naar de uitkomsten van Eigen Krachtconferenties in de Nederlandse jeugdbescherming (Wijnen, 2008) komt naar voren dat:

- Bij gezinnen met en zonder EKC ongeveer evenveel uithuisplaatsingen plaatsvinden. De duur daarvan is bij gezinnen met een EKC gemiddeld iets korter (bijna 3 maanden) dan bij gezinnen zonder EKC.
- Wanneer er in de periode na (de aanmelding voor) de conferentie een uithuisplaatsing wordt ingezet, er bij de gezinnen met een EKC meestal een netwerkplaatsing gerealiseerd wordt. Kinderen wonen na uithuisplaatsing vaker tijdelijk bij familie of bekenden (71%) en minder vaak in een onbekend pleeggezin of binnen een instelling (29%).
- Bij gezinnen met vergelijkbare problematiek zonder EKC vaker ambulante hulp wordt ingezet (56%) dan bij gezinnen met een EKC (41%). De ingezette ambulante hulp is minder zwaar bij gezinnen na een EKC dan bij gezinnen zonder EKC.

Het lijkt er op dat er bij de toepassing van EKC's sprake is van een verschuiving naar minder en minder zware zorg. Vanuit dat perspectief zou Eigen Kracht een bijdrage kunnen leveren aan kostenbeheersing.

Daarbij moet worden opgemerkt dat het organiseren van een EKC ook kosten met zich mee brengt. De kosten van een conferentie variëren van € 1.580,- tot € 4.000,-. Gemiddeld kost een conferentie € 3.187,-.

### **5.3 *Het professionele perspectief***

Vanuit *professioneel perspectief* is indicatiestelling de schakel tussen diagnostiek en interventie: bij welke cliënt met welk probleem en welke diagnose biedt welke interventie het meest kans op slagen? De vraag is nu in hoeverre er bij Eigen Kracht sprake is van professionele oordeelsvorming over de best passende zorg. In hoeverre wordt beschikbare kennis over effectiviteit van interventies benut? En ook: in hoeverre kunnen de betrokkenen leren van hun beslissingen. Krijgen zij feedback op de effecten van de keuze om een EKC te organiseren en op het effect dat het plan heeft gesorteerd?

Uit diverse publicaties blijkt het volgende:

- Professionals spelen een belangrijke rol in de EKC: zij kunnen bijdragen aan het plan door inbreng van hun deskundigheid en vakkennis. Bijvoorbeeld kennis over (het ontstaan van) de problematiek van de betrokken jeugdige. Ook kunnen ze kennis inbrengen over wat wel en wat niet werkt in de begeleiding van een jeugdige met een bepaald probleem. Welke professionele hulpverlening is effectief, en is die beschikbaar? Het kan gaan over basale voorlichting: wat is het effect van mishandeling op een kind? Welke schadelijke gevolgen heeft echtscheiding, de dood van vader of moeder op een kind, en hoe ga je daarmee om? Deelnemers aan de conferentie blijken erg geïnteresseerd te zijn in deze informatie, het gaat immers om het probleem van iemand die hen na staat (Bosma, 2009).
- Professionals melden een vergroting van hun slagkracht en vermindering van de werkdruk door de betrokkenheid van het netwerk.

- Het Ministerie van Jeugd en Gezin schrijft in haar programma (Jeugd&Gezin, 2007) dat sprake is van “goed professioneel handelen als voorafgaand aan een indicatie voor jeugdzorg, altijd eerst wordt bezien of een Eigen Krachtconferentie soulaas kan bieden”. In Overijssel is dit staand provinciaal beleid.
- Nederlands onderzoek naar door gezinsvoogden aangevraagde EKC's levert en over het algemeen positieve resultaten op voor de veiligheid en het welzijn van de kinderen in de betrokken gezinnen<sup>6</sup>. Gezinsvoogden, leden van de familie en het netwerk letten op dezelfde kwesties als het gaat om de beoordeling van de veiligheid van het kind. Bovendien kijken bij de uitvoering van afspraken niet alleen meer ogen mee, maar die ogen zien ook dingen die een gezinsvoogd niet ziet.
- Het plan van de EKC is ‘integraal’ omdat het netwerk niet vanuit de bekende hokjes denkt. Waar op hulpverlening buiten het netwerk een beroep wordt gedaan gaat het niet alleen om jeugdzorg, maar wordt ook een beroep gedaan op hulp en ondersteuning vanuit andere sectoren zoals schuldsanering, huisvesting, verslavingszorg en psychiatrie voor volwassenen.
- Uit onderzoek blijkt dat het overgrote deel van de in EKC's gemaakte plannen door professionals positief worden ontvangen en als realistisch beoordeeld (Beek, 2002 en 2003)
- EKC's mobiliseren daadwerkelijk steun in het leefsysteem, zonder daarbij steun vanuit het hulpverleningssysteem overbodig te maken. 80% van de afspraken wordt door de familiegroep voor haar rekening genomen. De overige 20% zijn vragen van de familie om zorg vanuit de gesubsidieerde professionele dienstverlening (Bosma, 2009)
- 75% van de aanmeldingen leiden tot een conferentie. Bij het kwart dat resteert vindt de helft van de families een oplossing zonder een formele conferentie. Bij de andere helft is het om wat voor reden ook niet mogelijk een conferentie te organiseren (Bosma, 2009).
- In één bijeenkomst komt 92% tot een plan. Bij 5% is het plan nog in de maak. Bij 3% komt er geen plan (Bosma, 2009).
- 88% van de families wil na verloop van tijd bijeenkomen om het plan te evalueren en zonodig bij te stellen (Bosma, 2009).
- Volgens metingen zijn binnen 3 tot 9 maanden na de EKC de sociale steun voor de ouders bij de uitvoering van hun opvoedingstaken en de cohesie binnen het leefsysteem toegenomen (Wijnen, 2008).

## **5.4 Het cliëntperspectief**

De inhoud van het begrip Eigen Kracht hangt samen met de wens om de autonomie van ouders en familie over de zorg van hun kinderen te versterken. Het benadrukt de verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen en de eigen mogelijkheden

---

<sup>6</sup> Indicatieve bewijskracht: het effect is geconstateerd maar niet kan worden geconcludeerd dat alleen de EKC – en niets anders dan dat – verantwoordelijk is voor het effect.

daartoe (Beek, 2003). Dit sluit aan bij opvattingen die diverse auteurs, maar ook cliënten hebben over de invulling van het begrip “vraaggericht werken”:

- Volgens Baartman (Baartman, 2002) moet de cliënt niet alleen zijn eigen situatie weer meester worden, maar om te beginnen de eigenaar zijn van het eigen probleem, in plaats van dat hem dat ontfutseld wordt en geherformuleerd wordt aangereikt (of aangepraat). Hij stelt dat het de professionals zijn die de dienst uitmaken, terwijl ouders hulpverleners vragen hen van dienst te zijn. Hulpverleners stellen de diagnose en zij bepalen wat de gewenste hulp is.
- Volgens van Pagée (Pagée, 2003) ligt in de traditie van het vraaggericht werken het accent sterk op de toerusting van de hulpverleners opdat zij zo goed mogelijk kunnen helpen bij het formuleren van de vraag. Die toerusting lost echter niet de ongelijke positie tussen cliënt en hulpverlener op. Eigen Kracht ziet cliënten niet als mensen die hulp nodig hebben, maar als burgers die mogelijk diensten nodig hebben die hulpverleningsorganisaties kunnen bieden.
- Uit onderzoek door het Landelijk Platform Jeugdzorg (LPJ) naar wat vraaggericht werken in de jeugdzorg volgens de cliënt inhoudt, blijken macht, informatie en samenhang de kernbegrippen te zijn (Beek, 2002). Ouders en jongeren willen door deskundigen geïnformeerd worden om vervolgens zelf te kunnen kiezen van wie zij welke hulp willen hebben. Zij kiezen voor samenhang; hulp voor meerdere leefgebieden en niet geïsoleerd van de mensen met wie zij samenleven.

De aanpak van de EKC sluit aan bij de ontwikkelingen in het Nederlandse jeugdzorgbeleid naar een vraaggestuurd stelsel. Het uitgangspunt van het model is immers het recht van burgers om binnen de eigen familie en het sociaal netwerk autonoom besluiten te nemen en verantwoordelijk te blijven voor de oplossing van problemen (Wijnen, 2008). Het model gaat echter verder dan de eis die is opgenomen in de Wet op de Jeugdzorg dat cliënten moeten instemmen met de geboden hulp. Bij een EKC moet de aanbieder instemmen met de gevraagde hulp. Volgens Clarijs (2002) is daarmee sprake van een kanteling van het systeem: de hulpverlenende professionals komen in de rol van ‘opdrachtnemer’.

EKC sluit hiermee ook aan bij het door Hermanns (1999) verwoorde pleidooi voor revitalisering en aanwending van competenties en hulpbronnen in het eigen sociaal leefsysteem van de ouders. Erkenning van de werkwijze van Eigen Kracht wordt zichtbaar vanaf 2006:

- de Jeugdzorgbrigade (2006) zegt het te betreuren dat de centrale plaats van de hulpverlener nog te weinig wordt ingenomen door het netwerk van de cliënt.
- In Overijssel wordt Eigen Kracht volgens provinciaal beleid in ieder zorgtraject aangeboden. Het beleid om voorafgaand aan een indicatie voor jeugdzorg altijd eerst te bezien of een EKC soulaas kan bieden wordt onderschreven door het Ministerie van Jeugd en Gezin (2007).

### ***Clieñttevredenheid***

De tevredenheid van deelnemers aan een EKC is hoog, zo blijkt uit het onderzoek dat in Overijssel werd uitgevoerd (Beek, 2006):

Tevredenheid	Over EKC	Over Plan	Over Coördinator
Van Kinderen	7,8	8,1	8,3
Van Familieleden	7,7	7,9	8,1
Van Aanmelders	7,6	7,4	8,0

***Tevredenheid aanmelders/verwijzers:***

Over de conferentie: rapportcijfer gemiddeld 7,6. Er wordt vooral gelet op het resultaat, de inzet van de deelnemers, het verloop en de organisatie van de conferentie en de vooraf gegeven informatie.

Over het resultaat / het plan: 7.4. Gelet is op duidelijkheid, uitvoerbaarheid, volledigheid en draagvlak voor het plan.

Ten aanzien van de Eigen Kracht coördinator 8.0. Gelet is op duidelijke informatie, het houden van afspraken, contact met het gezin en de organisatie van de conferentie.

***Tevredenheid volwassen deelnemers uit familie en netwerk:***

Cijfer voor de conferentie 7,7. Gelet is op het resultaat, de informatie en het gezamenlijke proces.

Cijfer voor het plan 7,9. Gelet is op volledigheid en haalbaarheid, de inhoud en het proces van besluitvorming.

Cijfer voor de coördinator: 8,1. Gelet is op de persoon, inzet, verloop van de contacten en organisatiekwaliteiten.

De volwassenen zijn tevreden over deelname aan het besluitvormingsproces: 93% heeft voldoende kunnen vragen en 93% voldoende kunnen zeggen.

Leden van de familie en het netwerk hebben behoefte aan informatie over vooral de actuele situatie van kind en ouders en de mogelijkheden voor hulp. Daarnaast willen ze graag geïnformeerd worden over de gang van zaken van een EKC. Van de deelnemers geeft 96% aan voldoende geïnformeerd te zijn.

***Tevredenheid kinderen:***

Waardering conferentie: 7,8. Het resultaat, de organisatie, duur en sfeer en de betrokkenheid van de familie worden als belangrijk ervaren.

Waardering plan 8,1. Voor de kinderen is het ook belangrijk of ze het met het plan eens zijn en hoe het tot stand kwam.

Waardering coördinator 8,3. Gelet is op bejegening, organisatiekwaliteiten, inzet en uitleg.

## **5.5 Bronnen**

Baartman, H.E.M. (2002). *Wie maakt de dienst uit*. (Waterinklezing). Amsterdam, Vrije Universiteit

Beek, F. van (2002). *'Gewoon vragen wat er is en wat ze voor je kunnen doen'*. Vraaggericht werken volgens jongeren en ouders; trends in kinder en ouder

kwaliteitscriteria. Deelrapport 1 van de LPJ monitor 2002. Den Haag/Voorhout, LPJ/WESP

Beek, F. van (2003) *Eigen Kracht volgens plan? Onderzoek naar de plannen en follow-up van de Eigen-Kracht Conferenties*. Voorhout, WESP

Beek, F. van (2006) *Op de grens van bemoeizucht en zorg. Rapportage van het onderzoek naar Eigen-Kracht Conferenties in Overijssel*. Voorhout, WESP

Bosma, H. (2009). *Een plan van allemaal. Professionals over Eigen Kracht*. Deventer, Eigen Kracht Centrale

Burford, G. Merkel-Hoguin., Nixon, P. (2003). Learning with families: A synopsis of FGDM research and evaluation in Child Welfare. In: *Promising results, potential new directions: international FGDM research in Child Welfare*, p.2-11. Englewood (USA), American Humane

Clarijs, R. (2002). Eigen Kracht-conferentie als breekijzer. *Nederlands tijdschrift voor Jeugdzorg*, 3 (juni 2002)

Hermanns, J. (1999). Opvoeden. *Het bestrijden van kindermishandeling*. Den Haag

Gramberg, P. (2008) *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2007*. Voorhout, WESP

Gramberg, P. (2009) *Eigen Kracht-conferenties. Jaarcijfers 2008*. Voorhout, WESP

Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen. Programma 2007 – 2011*. Den Haag, Ministerie voor Jeugd en gezin

Jeugdzorgbrigade (2006) *Slotrapportage jeugdzorgbrigade*  
<http://www.minvws.nl/rapporten/djb/2006/slotrapportage-jeugdzorgbrigade.asp>

Pagée, R. van (red.) (2003). *Eigen kracht: Family Group Conference in Nederland: van model naar invoering*. Amsterdam, SWP

Portengen, R. (2002) *Dichter bij huis. Netwerkleegzorg in Nederland*. Utrecht, NIZW

Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B., Gramber, P., Slot, W. (2008). *De Familie aan zet. De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming*. Duivendrecht / Voorhout, PI research / WESP

## 6. Analyse en lessen

### Quirien van der Zijden

#### 6.1 Inleiding

In de voorafgaande hoofdstukken schetsten wij vijf modellen voor indicatiestelling waar jeugdigen mee te maken kunnen krijgen. Naast een beschrijving van de werkwijze beschouwden wij de modellen vanuit financieel en professioneel perspectief en vanuit het perspectief van cliënten. In dit hoofdstuk vergelijken we de vijf modellen vanuit deze drie perspectieven. Welke model scoort sterk wanneer het gaat om kostenbeheersing? Binnen welke wordt beschikbare kennis op het gebied van effectieve zorg benut? En last but not least: binnen welk model staat de cliënt sterk en wordt de eigen kracht verder versterkt. Op basis van deze analyses schetsen we wat de verschillende sectoren van elkaar zouden kunnen leren wanneer het gaat om verbetering van de doelmatigheid, de effectiviteit en empowerment van cliënten rondom de indicatiestelling.

#### 6.2 Analyse vanuit het financiële perspectief

Zoals we hebben gezien is vanuit financieel perspectief de indicatiestelling te beschouwen als een middel om schaarse middelen eerlijk te verdelen en de kosten voor zorg en onderwijs te beheersen.

Bij ieder van de vijf modellen beschreven we in hoeverre de indicatiestelling is bedoeld om kosten te beheersen en op welke wijze dat is vormgegeven. Voor zover mogelijk gaven we aan in hoeverre duidelijk is of het instrument indicatiestelling een positieve bijdrage heeft geleverd aan de kostenbeheersing.

In deze paragraaf vergelijken we de vijf modellen vanuit dit perspectief. Welke modellen scoren sterk en welke zwak in hun bijdrage aan het beheersen van de kosten? En: wat kunnen we van de sterke punten leren?

	Kostenbeheersing
Indiceren in de jeugdzorg	Zwak
Indicatiestelling voor speciaal onderwijs	Zwak
AWBZ-indicaties voor jeugd	Matig
ZVW en jeugd-ggz	Kansrijk
Eigen Krachtconferenties	Veelbelovend

In alle sectoren blijkt al jaren sprake van een flinke groei. Uit de beschrijvingen van de afzonderlijke modellen blijkt dat indicatiemodellen die worden gehanteerd binnen de jeugdzorg, het speciaal onderwijs en de AWBZ zwak scoren als het gaat om hun bijdrage aan de kostenbeheersing.

Het model van de jeugdzorg scoort zwak omdat er geen prikkels zijn ingebouwd ter voorkoming van duurdere zorg. Integendeel: voor gemeentes, die verantwoordelijk zijn voor de lichtere en goedkopere vormen van jeugdzorg, is het kostenbesparend om door te verwijzen naar de jeugdzorg. Omgekeerd hebben de provincies geen mogelijkheden om de preventie en de eerste lijn daadwerkelijk te versterken.

Er zijn geen objectieve criteria vastgelegd om het onderscheid tussen geïndiceerde en niet-geïndiceerde zorg te kunnen maken. Door het NJi zijn er instrumenten ontwikkeld om de aard en de ernst van de problematiek te bepalen (de STEP en de CAP-J). Deze instrumenten zijn echter niet landelijk ingevoerd.

Hoewel vraagsturing centraal staat in de Wet op de Jeugdzorg, lijkt de beschikbaarheid van het aanbod binnen het gemeentelijke dan wel provinciale domein van grote invloed te zijn op de indicatiebesluiten. Indien er geen of onvoldoende gemeentelijk aanbod is een jeugdige aangewezen op de zwaardere geïndiceerde jeugdzorg. Terwijl de vraag met een lichtere vorm van zorg beantwoord had kunnen worden.

Het model van het Speciaal Onderwijs scoort ook zwak op het gebied van kostenbeheersing. Hoewel er oorspronkelijk hoge verwachtingen waren met betrekking tot de kindgerelateerde objectieve criteria, die in de loop der jaren steeds verder zijn aangescherpt, groeide het aantal indicaties enorm. Met name het aantal rugzakjes nam spectaculair toe: een verdubbeling in het basisonderwijs, en in het voortgezet onderwijs een verdrievoudiging ten opzichte van 2004. De prikkel om een kind te verwijzen naar een REC is sterk. De reguliere school ontvangt als beloning voor de verwijzing extra middelen en begeleiding (ingeval ouders voor de rugzak kiezen) of wordt ontlast doordat een zorgintensieve leerling vertrekt (ingeval ouders voor een speciale school kiezen).

Het model van de AWBZ scoort matig op kostenbeheersing. Hoewel het CIZ landelijk vastgestelde criteria hanteert en er expliciet wordt nagegaan of andere (lichtere / goedkopere) zorg mogelijk is laat de AWBZ ook een forse stijging van het aantal indicaties bij jeugdigen zien. Probleem hier is dat vooral de PGB's een grote vlucht nemen, terwijl er geen enkel zicht is op de kwaliteit en de effectiviteit van de zorg die daarmee voor kinderen wordt ingekocht.

Het model dat wordt gehanteerd binnen de Zorgverzekeringswet en de inzet van Eigen Krachtconferenties lijken wel een positieve bijdrage te kunnen leveren aan de beheersing van de kosten.

In de Zorgverzekeringswet zijn een aantal elementen en prikkels ingebouwd die een positief effect kunnen gaan hebben op de beheersing van de kosten.

- Het systeem gaat uit van stepped care en omvat een duidelijke eerste lijn: de huisarts, geholpen door de sociaal psychiatrisch geschoolde praktijkondersteuners, en de eerstelijns psychologen. Investering daarop zou moeten leiden tot lagere kosten én er zou een preventieve werking van uit moeten gaan.
- In het model is op twee punten marktwerking ingebouwd: aanbieders van zorg, hier gaat het vooral om de jeugd-ggz, sluiten contracten af met zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar kan daarbij kiezen voor de best presterende aanbieder. Maar ook tussen de zorgverzekeraars onderling is sprake van marktwerking.
- Indicatstelling vormt een integraal onderdeel van de zorg waardoor er geen extra kosten zijn voor onafhankelijke indicerende instanties. Indien gedurende de behandeling blijkt dat andere zorg nodig is hoeft geen herindicatietraject te worden doorlopen.

De Zorgverzekeringswet is voor de jeugd-ggz pas per 2008 van kracht en op dit moment is er nog sprake van een overgangsfase richting daadwerkelijke marktwerking. De tijd zal moeten leren wat de effecten zijn. De sector rapporteerde begin juni 2009 hun wachtlijstcijfers over 2008. In dat jaar bleek sprake van een toename van het aantal behandelingen (met 9%), tegelijkertijd groeiden de wachtlijsten dat jaar met 7%.

In het buitenland is aangetoond dat met de inzet van Eigen Krachtconferenties een afname van zorgconsumptie mogelijk is. De eerste, nog beperkte onderzoeken in Nederland wijzen op een vermindering van intensieve zorgconsumptie na een EKC. Daar staat tegenover dat het uitvoeren van een EKC ook kosten met zich meebrengt: zo'n € 2.000,- tot € 3.000,- per conferentie.

### ***Wat te leren?***

Wat kunnen de andere sectoren leren van de pluspunten uit de ZVW en de EKC?

#### *Versterk de nulde lijn*

Eigen Kracht zet feitelijk in op het versterken van de nulde lijn: versterking van de informele zorg en steun vanuit de omgeving van jeugdigen en gezinnen. Binnen de AWBZ, de jeugdzorg en ook het onderwijs zou geïnvesteerd kunnen worden op de inzet van Eigen Krachtconferenties in plaats van, of voorafgaand aan een indicatietraject. Er zijn natuurlijk ook andere manieren om de nulde lijn te versterken. Interessante ontwikkeling in deze is de opdracht die ZonMw (Nederlandse Organisatie voor gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie) van het Ministerie van Jeugd en Gezin heeft gekregen voor het opzetten van een programma voor de versterking van de *Vrijwillige inzet van en voor jeugd en gezin*. In het kader van dat programma worden de komende drie jaar projecten gefinancierd die ten doel hebben de nulde lijn te versterken én de verbinding met de professionele hulp te leggen.

#### *Versterk de eerste lijn*

Leg binnen de eerste lijn de prikkel en de mogelijkheden om passende hulp in te zetten zonder door te verwijzen naar duurdere gespecialiseerde zorg. Wanneer de financiering van de eerste en tweede lijn in één hand ligt én is gelimiteerd (dus geen open einde



regeling), dan geeft dat een prikkel om te investeren op de, goedkopere, eerste lijn. Het is dan in het belang van de financier om te voorkomen dat onnodig (door gebrek aan goede eerstelijns voorzieningen) gebruik wordt gemaakt van de duurdere tweede lijn.

De beleidsdoelstellingen van Passend Onderwijs, inclusief de mogelijkheid dat er in de toekomst een onderwijsbudget op regionaal niveau komt waarmee de gezamenlijke besturen alle leerlingen onderwijs moeten bieden biedt in dat licht zeker kansen.

Doorredenerend zou hetzelfde ook voor de jeugdzorg en de AWBZ-zorg voor jeugd kunnen opgaan. Wanneer gemeenten financiers van de eerste en tweede lijns jeugdzorg zouden zijn dan ligt daar een sterke prikkel om door versterking van de nulde en de eerste lijn duurdere zorg te voorkomen.

#### *Indicatiestelling integraal onderdeel van zorg*

Wanneer indicatiestelling, c.q. het vaststellen van de benodigde zorg, (weer) onderdeel wordt van de reguliere zorg en het reguliere onderwijs dan scheelt dat aan kosten voor het in stand houden van indicerende instanties. De inhoud komt dan weer centraal te staan.

Binnen de AWBZ is een tendens in deze richting zichtbaar. In het kader van de vereenvoudiging van de indicatiestelling kunnen zorgprofessionals en zorgaanbieders een digitaal indicatie advies indienen, op basis waarvan het CIZ een indicatiebesluit afgeeft.

Voorwaarde is wel dat er afspraken worden gemaakt over de dossiervorming bij zorgaanbieders met name over het vastleggen van de aard en de ernst van de problemen, plus de effecten van de geboden zorg.

Door steekproeven te doen in de dossiers van zorgaanbieders kan de kwaliteit en de rechtmatigheid worden bewaakt. Een dergelijke werkwijze is minder belastend voor de cliënt en voor het systeem als zodanig.

### **6.3 Analyse vanuit het professionele perspectief**

Vanuit *professioneel perspectief* is indicatiestelling de schakel tussen diagnostiek en interventie: bij welke cliënt met welk probleem en welke diagnose biedt welke interventie het meest kans op slagen? In het onderstaande vergelijken we de mate waarin de modellen gebruik maken van beschikbare kennis over effectiviteit en in hoeverre het leren van genomen beslissingen in de modellen is ingebouwd. Welk model scoort hier sterk en welk model minder? Wat kunnen we leren van de sterke punten van de beschreven modellen?

	Kennis van effectiviteit wordt benut bij indicatiestelling	Indicatiestellers leren door terugkoppeling van resultaten
Indiceren in de jeugdzorg	matig	matig
Indicatiestelling voor speciaal onderwijs	niet	niet
AWBZ-indicaties voor jeugd	niet	niet
ZVW en jeugd-ggz	veelbelovend	matig
Eigen Krachtconferenties	kansrijk	zwak

*Koppeling van kennis van doelgroepen en kennis over effectieve interventies*

Het benutten van kennis over doelgroepen en interventies die bij betreffende doelgroepen effectief zijn is eigenlijk alleen binnen het model van de Zorgverzekeringswet ingebouwd. De diagnose behandelcombinaties zijn, waar mogelijk, gebaseerd op richtlijnen. Waar nog geen richtlijnen bestaan is de beschikbare kennis “the state of the art behandeling” het vertrekpunt.

Doordat diagnostiek en behandeling geïntegreerd zijn is tussentijdse bijstelling beter mogelijk dan bij de modellen waarin er een strikte scheiding is tussen diagnostiek en indicatiestelling enerzijds en de behandeling of zorg anderzijds.

Eigen Krachtconferenties bieden eveneens de mogelijkheid om kennis van doelgroepen en effectieve interventies te benutten. Professionals krijgen aan het begin van de conferentie immers de gelegenheid aan te geven wat gegeven de problemen en vragen een passend antwoord vanuit de zorg zou kunnen zijn. Dit stelt overigens wel hoge eisen aan de kennis en het overzicht van de deelnemende professionals.

Binnen de Bureaus jeugdzorg wordt de koppeling met de in te zetten zorg wel gelegd: met gezinsleden worden doelen vastgesteld en bijpassende interventies voorgesteld. Vervolgens echter worden deze interventies in het indicatiebesluit in de vorm van inhoudsloze functies geformuleerd zoals “jeugdhulp thuis” of “deeltijdverblijf”. Dit zegt juist weer niks over de aard van de interventies. Het is daarna de taak van de zorgaanbieder om te bepalen welk soort interventie ingezet wordt.

Het oogmerk van de indicatiestelling voor Speciaal Onderwijs is: uitsluitend geven over de toelaatbaarheid. De indicatie zegt niets over de effectieve aanpak bij het betreffende kind. De indicatie biedt geen handvatten voor leerkracht of ambulant begeleider. Effectiviteit van interventies is geen issue bij de claimbeoordeling van AWBZ.

### *Indicatiestellers leren door terugkoppeling*

Indicatiestellers nemen belangrijke beslissingen. Om de kwaliteit van hun beslissingen te waarborgen en te verbeteren is het van belang dat zij informatie krijgen over het effect van hun beslissingen. De vraag is hier in hoeverre de modellen voorzien in een systematische terugkoppeling.

Het CIZ en de CvI's krijgen geen informatie over het effect van hun besluit. Het past ook niet in de aard van het model: beoordeeld is of iemand op grond van objectieve criteria toelaatbaar is voor Speciaal Onderwijs dan wel aanspraak kan maken op de AWBZ. De beoordeling was niet gericht op de mate waarin verwacht mag worden dat de geïndiceerde (onderwijs)zorg effect heeft.

Binnen de ZVW is het zo geregeld dat de huisarts standaard wordt geïnformeerd over de behandeling. De huisarts ziet zijn patiënt ook altijd weer terug. Daardoor kan hij leren: was dit een terechte en juiste verwijzing of niet? De behandelaar die de DBC heeft geopend zal deze ook weer sluiten aan het eind van de behandeling, danwel tussentijds wijzigen. Hij evalueert op die momenten zelf de effecten van de gemaakte keuze en de uitgevoerde behandeling.

Binnen het Eigen Kracht model zijn wel evaluatiemomenten ingebouwd. Het systematisch evalueren van de genomen beslissingen en het effect van de ingezette interventies zit echter niet fundamenteel ingebakken in de methodiek.

Zorgaanbieders in de jeugdzorg zijn verplicht om BJZ in staat te stellen zorg te evalueren. Het systeem is daarmee voorzien van een terugkoppelingsmechanisme. In de praktijk betekent dit vooral papieren evaluatieverslagen en is er geen sprake van een systematisch leerproces van de indicatiestellers.

### ***Wat te leren?***

In alle sectoren valt nog te winnen op het gebied van professionaliteit. Het toepassen van kennis over doelgroepen en kennis over bijpassende effectieve interventies is nergens volledig systematisch ingebouwd.

De ontwikkeling van richtlijnen binnen de jeugdzorg biedt kansen om dat wel meer te gaan doen.

Daarbij moet worden opgemerkt dat diagnostiek geen statische activiteit is maar juist in wisselwerking met de behandeling moet staan. De mate waarin een interventie al dan niet aanslaat geeft veel informatie over de diagnose.

Dit is met name het geval wanneer sprake is van opvoedkundige, psychosociale, gedragsproblemen en psychiatrische problemen.

Maar ook bij puur medische aandoeningen of omschreven leerproblemen varieert de mate waarin ouders, jeugdigen en leerkrachten in staat zijn het dagelijks leven zelfstandig vorm te geven. Afhankelijk van de persoonlijke draagkracht, de levensfase van het kind en de situatie thuis en binnen de klas.

Indicaties moeten dus altijd ruimte bieden voor bijsturing gedurende de uitvoering van de zorg. In die zin is achteraf declareren zoals binnen de ZVW een reële keuze. Bovendien biedt het de mogelijkheid om tijdig af te sluiten en niet eindeloos door te gaan met zorg verlenen.

Ook de ontwikkeling richting het handelingsgericht indiceren, die momenteel gaande is binnen het onderwijs, biedt perspectieven. Zeker wanneer dit in het kader van passend onderwijs een structurele plek krijgt binnen de regionale netwerken.

Het systematisch leren van besluiten zou moeten worden ingebakken binnen onderwijs, AWBZ en Eigen Kracht.

## 6.4 Analyse vanuit het cliëntperspectief

Voor *cliënten* is indicatiestelling een middel om goed, snel en samenhangend het juiste antwoord op een vraag of probleem te krijgen. Hieronder vergelijken we de modellen naar de mate waarin de rechten en de positie van cliënten juridisch is gewaarborgd en in hoeverre de indicatiestelling een bijdrage levert aan de empowerment van cliënten.

	Juridische positie	Empowerment
Indiceren in de jeugdzorg	vastgelegd	matig
Indicatiestelling voor Speciaal Onderwijs	vastgelegd	niet
AWBZ-indicaties voor jeugd	vastgelegd	matig
ZVW en jeugd-ggz	vastgelegd	kansrijk
Eigen Krachtconferenties	niet vastgelegd	sterk

### *Juridische positie*

De juridische positie van cliënten is in de vier wettelijk verankerde modellen ook wettelijk vastgelegd. De rol bij het indienen van een aanvraag, het al dan niet akkoord gaan met het besluit, de klachten procedure plus het recht op zorg zijn op de een of andere manier omschreven.

Eigen Kracht kent in Nederland geen wettelijke verankering. Het plan biedt geen automatisch recht op zorg. Indien geïndiceerde zorg noodzakelijk is moet alsnog een indicatie bij het betreffende loket worden aangevraagd.

In Nieuw Zeeland hebben ouders recht op een EKC alvorens de overheid kan ingrijpen met een juridische maatregel als een ondertoezichtstelling bijvoorbeeld.

### *Empowerment*

De werkwijze binnen de BJZ's is niet expliciet gericht op empowerment. Het doel is echter wel om samen met ouders en jongeren te bekijken wat nodig is.

De sterke nadruk op onafhankelijkheid en objectieve indicatiecriteria binnen speciaal onderwijs en CIZ laat weinig ruimte voor de ervaringsdeskundigheid van ouders. Zij staan bij de feitelijke indicatiestelling buiten spel. Ook staan bij de indicatiestelling beperkingen, hulpbehoevendheid en afhankelijkheid centraal. Empowerment – het versterken van de mogelijkheden en de middelen die nodig zijn om thuis en op school te kunnen participeren – is niet het uitgangspunt.

Daar staat tegenover dat het Rugzakje en het PGB de keuzevrijheid van ouders heeft vergroot. Binnen de AWBZ zijn bemiddelingsbureaus die de aanvraag en de besteding van de PGB's van mensen overnemen de laatste jaren als paddenstoelen uit de grond geschoten. Vanwege de complexiteit van het aanvragen en beheren van een PGB is dat zeer begrijpelijk. Groepen cliënten worden hiermee echter afhankelijk van bemiddelingsbureaus, het is de vraag of dat nou zo'n positief effect heeft op het empowerment van deze groep cliënten.

Binnen de Zorgverzekeringswet heeft de cliënt keuzevrijheid wat betreft de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Indicatiestelling vindt niet plaats volgens strikte criteria maar in dialoog met de huisarts. Dit alles biedt mogelijkheden voor het versterken van de eigen kracht. Maar de cliënt is ook afhankelijk van de houding van huisartsen en ggz-behandelaars en de mate waarin empowerment centraal staat in hun de benadering.

De werkwijze van Eigen Kracht richt zich bij uitstek op empowerment. Door niet alleen de kracht van de cliënt maar ook die van de omgeving te benutten en te versterken wordt de kans op een duurzaam resultaat vergroot.

### ***Wat te leren?***

Met het oog op empowerment en versterken van de nulde lijn, lijkt een koppeling tussen Eigen Krachtconferenties en indicatiestelling een interessante optie.

Bij een dergelijke koppeling kan een EKC, of een equivalent daarvan, als voorwaarde voor een indicatie voor jeugdzorg of AWBZ-zorg dienen.

Een minder zware en minder dure variant zou kunnen zijn dat de voorwaarde voor een indicatie is dat er door een professional uit de eerste lijn met de gezinsleden een plan is opgesteld waarin de inzet van netwerkleden een plaats heeft. De gevraagde geïndiceerde zorg vormt een van de onderdelen van het plan.

Een dergelijke werkwijze zou de effectiviteit en duurzaamheid van de in te zetten zorg kunnen vergroten en mogelijk leiden tot minder zorgconsumptie.

Tegelijkertijd zou dan wel de afspraak moeten zijn dat wanneer uit de EKC of het gezinsplan blijkt dat een indicatie voor jeugdzorg of AWBZ noodzakelijk is dit ook automatisch wordt overgenomen. Dit zou kunnen leiden tot een afname van administratieve lasten.

Een andere interessante optie is om te gaan zoeken naar mogelijkheden de “eigen kracht” van het regulier onderwijs te versterken. Bij de indicatiestelling voor Speciaal Onderwijs ligt nu sterk de focus op het aantonen van de ontoereikende zorg binnen het regulier onderwijs, in relatie tot het individuele kind waarvoor een indicatie wordt aangevraagd. De ambulante begeleiding die vervolgens wordt geboden heeft ook betrekking op dat individuele kind.

De belangrijkste randvoorwaarden voor het succes van extra onderwijszorg blijken echter individu overstijgend: de groep, de leerkracht en de zorgstructuur.

Vraag is nu op welke wijze de klas, als groep met meerdere zorgleerlingen van diverse pluimage, en de leerkracht met zijn specifieke kwaliteiten en tekorten onderwerp zou kunnen zijn van te indiceren zorg. Een goede investering in de groep én in de leerkracht zou zowel voor de betreffende groep als de leerkracht ook in de volgende schooljaren nog grote voordelen kunnen bieden.

## **6.5 Tot slot**

Wij bevelen beleidsmakers, wetenschappers en andere betrokkenen van harte aan om bij het nadenken over indicatiestelling en het aanbrengen van verbeteringen binnen de hier beschreven modellen de drie perspectieven in ogenschouw nemen. De uitdaging is dan om een synthese te vinden die recht doet aan alle drie: het financiële, het professionele en het cliëntperspectief.

De ontwikkelingen rond passend onderwijs, de vorming van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en de evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg bieden kansen om de indicatiestelling voor jeugd te optimaliseren. Dit rapport wil daar een bijdrage aan te leveren.



## ***Lijst met gebruikte afkortingen***

AWBZ	Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten
BJZ	Bureau jeugdzorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CvI	Commissie voor Indicatiestelling
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnose behandelcombinatie
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
ECPO	Evaluatie (en advies-) Commissie Passend Onderwijs
EKC	Eigen Krachtconferentie
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HGD	Handelingsgerichte diagnostiek
HGW	Handelingsgericht werken
HGI	Handelingsgericht indiceren
IKZ	Intensiveringprogramma Kwaliteit Zorg adviesteams
LCTI	Landelijke Commissie (voor) Toezicht (op de) Indicatiestelling
LGF	Leerling Gebonden Financiering
LWOO	Leerweg Ondersteunend Onderwijs
MBO	Middelbaar Beroepsonderwijs
NIP	Nederlands Instituut voor Psychologen
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NVO	Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen
OCW	Onderwijs Cultuur en Wetenschappen (ministerie van,)
PGB	Persoonsgebonden budget
PO	Primair Onderwijs
PRO	Praktijkonderwijs
REC	Regionaal Expertise Centrum
SBO	Speciaal Basisonderwijs
SO	Speciaal Onderwijs
VO	Voortgezet Onderwijs
VSO	Voortgezet Speciaal Onderwijs
WEC	Wet op de expertise centra
WJZ	Wet op de jeugdzorg
ZAT	Zorg adviesteam
ZVW	Zorgverzekeringswet



