

# Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek

31 maart 2006  
Quirien v.d. Zijden & Karel Diephuis  
Partners in Jeugdbeleid  
In opdracht van het IPO

# Inhoud

<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
<b>Deel 1 Inhoud en onderbouwing indicatiebesluit</b> .....	<b>4</b>
1.1 Analyse en opstellen diagnostisch beeld .....	4
1.1.1 Algemeen .....	4
1.1.2 Vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek.....	5
1.2 Vaststellen benodigde zorg .....	7
1.2.1 Algemeen .....	7
1.2.2 Zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW).....	8
1.2.3 Zorg in het kader van de Wet op de Jeugdzorg (WJZ) .....	9
1.2.4 Zorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). ..	10
1.2.5 Het indicatiebesluit .....	12
1.2.6 Informatieoverdracht richting zorgkantoor .....	12
<b>Deel 2. Deskundigheden BJZ</b> .....	<b>13</b>
2.1 Deskundigheden BJZ-medewerker .....	13
2.2 Deskundigheden gedragswetenschapper .....	13
2.3 Specialistische kennis AWBZ-aanspraken.....	13
<b>Deel 3. Informatie-uitwisseling BJZ en aanbieders jeugd-GGZ</b> .....	<b>15</b>
3.1 Informatieverstrekking door BJZ .....	15
3.2 Het gebruik van informatie door de aanbieder van jeugd-GGZ .....	15
3.3 Informatieverstrekking door de aanbieder van jeugd-GGZ .....	15
3.4 Omgang met cliëntgegevens: WJZ en WGBO .....	16
3.5 Afspraken BJZ en aanbieders van jeugd-GGZ.....	16
 Bronnen .....	 17
Geraadpleegde deskundigen .....	18
 Bijlage 1: Toelichting op het protocol .....	 19
Bijlage 2: Toelichting op AWBZ-aanspraken .....	23

## Inleiding

Met het in werking treden van de Wet op de Jeugdzorg per 1 januari 2005 zijn de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) verantwoordelijk geworden voor de indicatiestelling voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de jeugd-GGZ en de Justitiële Jeugdinrichtingen (civielrechtelijk). Per 2007 indiceren de BJZ's ook voor de Jeugd-LVG.

Dit protocol bevat inhoudelijke voorschriften omtrent de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. De voorschriften hebben betrekking op de inhoud en de onderbouwing van indicatiebesluiten door BJZ, op de informatie uitwisseling tussen BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ en op de benodigde inhoudelijke expertise binnen de BJZ's.

BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ zijn verantwoordelijk voor het inpassen van deze voorschriften binnen hun eigen werkprocessen.

Dit indicatieprotocol heeft geen betrekking op jeugdigen die via de huisarts, of daarmee gelijkgestelde behandelaar, rechtstreeks naar de jeugd-GGZ worden verwezen.

De doelstelling van het protocol is tweeledig:

- a. Het bevorderen van een adequate uitvoering, door de BJZ's, van de vier wettelijke kaders die van toepassing zijn op de indicatiestelling voor en de zorgverlening aan jeugdigen met psychiatrische problematiek:
  - Wet op de Jeugdzorg (WJZ)
  - Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)
  - Zorgverzekeringswet (ZVW, per 2007)<sup>1</sup>
  - Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen
- b. Het bevorderen van de samenwerking en afstemming tussen BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ.

Het protocol bestaat uit drie delen:

### Deel 1: Inhoud en onderbouwing van het indicatiebesluit

Dit deel van het indicatieprotocol sluit aan op het referentiewerkmodel (RWM) van de BJZ's. Het protocol bevat inhoudelijke voorschriften met betrekking tot 2 hoofdprocessen uit het RWM:

#### 1. Analyse en opstellen diagnostisch beeld:

Het protocol beschrijft welke informatie BJZ's moeten verzamelen en welke diagnostische instrumenten tenminste worden ingezet met het oog op de vaststelling van de aard en de ernst van de psychiatrische problematiek.

#### 2. Vaststellen benodigde zorg:

Het protocol beschrijft op welke zorginhoudelijke gronden de BJZ's kunnen vaststellen of er aanspraak bestaat op de WJZ, de ZVW, de AWBZ of de Beginselenwet JJI.

Het protocol geeft aanwijzingen aan de hand waarvan de BJZ's op eenduidige wijze kunnen indiceren voor de te onderscheiden AWBZ-functies en klassen.

### Deel 2: Deskundigheden BJZ

In deel 2 staat beschreven welke deskundigen het BJZ in huis moeten hebben om psychiatrische problematiek te kunnen signaleren. Daarnaast wordt beschreven welke specifieke deskundigheid aanwezig moet zijn voor het stellen van AWBZ-indicaties.

### Deel 3: Informatie uitwisseling BJZ – aanbieders jeugd-GGZ

In deel 3 staat beschreven welke informatie BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ uitwisselen. Het betreft de informatie die BJZ's verzamelen en verstrekken aan de aanbieders van jeugd-GGZ, het gebruik van deze informatie door aanbieders van jeugd-GGZ en het terugkoppelen van informatie door aanbieders van jeugd-GGZ.

---

<sup>1</sup> Dit protocol gaat uit van de situatie per 2007; vanaf dat moment is de Zorgverzekeringswet van toepassing op een belangrijk deel van de jeugd-GGZ, tot die tijd valt alle GGZ-zorg onder de AWBZ.

## Deel 1 Inhoud en onderbouwing indicatiebesluit

In dit deel staan de inhoudelijke eisen beschreven die worden gesteld aan de inhoud en de onderbouwing van indicatiebesluiten voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. Het werkproces van de BJZ's, zoals beschreven in hun Referentiewerkmodel (RWM), vormt hierbij het uitgangspunt. De inhoudelijke voorschriften hebben betrekking op de uitvoering van 2 hoofdprocessen: "Analyse en opstellen diagnostisch beeld" en "Vaststellen benodigde zorg".

De voorschriften gelden voor de uitvoering van deze processen in vrijwillig kader en binnen de kaders van de voogdij, de gezinsvoogdij en de jeugdreclassering.

### 1.1 Analyse en opstellen diagnostisch beeld

#### 1.1.1 Algemeen

Nadat in de fase Aanmelding en Acceptatie is vastgesteld dat de cliënt bij het BJZ aan het juiste adres is start de fase van Analyse en opstellen diagnostisch beeld. In deze fase wordt gezien wat er aan de hand is met een cliënt of binnen een cliëntsysteem: wat is de hulpvraag, wat zijn de problemen, waardoor worden deze veroorzaakt of in stand gehouden en in hoeverre kan het cliëntsysteem op eigen kracht verbetering bereiken in de situatie.

De benodigde informatie over de cliënt en zijn/haar situatie wordt verzameld. Het doel van de informatieverzameling in deze fase is om zo snel als mogelijk helder te krijgen welke zorg de cliënt nodig heeft.

Uitgangspunt is dat het BJZ gebruik maakt van reeds beschikbare informatie zodat cliënten hun verhaal niet opnieuw hoeven te vertellen of meermalen vergelijkbare onderzoeken behoeven te ondergaan. Het BJZ vraagt, na toestemming van de ouders en/of de jeugdige, informatie op bij voorzieningen waar de jeugdige en het gezin al bekend zijn (onderwijs, betrokken zorgverleners, jeugdgezondheidszorg, huisarts). Wordt door deze voorzieningen de benodigde informatie verstrekt, of is een cliënt al bekend bij het BJZ, dan worden de fase van Analyse en opstellen diagnostisch beeld versneld doorlopen. Het accent ligt dan op het toetsen en zonedig actualiseren van de reeds beschikbare informatie.

De informatieverzameling is gericht op het onderbouwen van het indicatiebesluit. Alleen die informatie die nodig is voor het nemen van een beslissing over de te indiceren zorg wordt verzameld.

- ☞ De informatieverzameling is er op gericht om zo snel en accuraat als mogelijk is helder te krijgen welke zorg de cliënt nodig heeft.*
- ☞ Het BJZ vraagt informatie op bij voorzieningen waar de jeugdigen en het gezin al bekend zijn.*
- ☞ Als de benodigde informatie beschikbaar is dan wordt de fase van Analyse en opstellen diagnostische beeld versneld doorlopen.*

### 1.1.2 Vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek

In de fase van Analyse en opstellen diagnostisch beeld wordt bezien wat er aan de hand is met een cliënt of binnen een cliëntsysteem: wat is de hulpvraag en wat zijn de achterliggende problemen. Om te kunnen vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek worden 3 stappen gezet:

- Taxatie aard van de problematiek
- Taxatie ernst van de problematiek
- Vaststellen dat er sprake is van psychiatrische problematiek

Deze hieronder beschreven stappen en het vaststellen van de benodigde zorg worden in kort tijdsbestek uitgevoerd; bij voorkeur op 1 dag of binnen enkele dagen.

Bij het verzamelen van de benodigde informatie wordt gebruikgemaakt van informatie die reeds beschikbaar is vanuit andere voorzieningen. Indien een gekwalificeerde gedragswetenschapper<sup>2</sup> of kinderpsychiater al heeft vastgesteld dat er sprake is van psychiatrische problematiek, en er voldoende informatie beschikbaar is, kunnen de hieronder beschreven stappen worden overgeslagen. De BJZ-medewerker toetst de informatie en stelt in samenspraak met de cliënt een ontwerp-indicatiebesluit op. De medewerker legt dit ontwerp, conform de WJZ, ter toetsing voor aan een gekwalificeerde gedragswetenschapper.

#### **Stap 1: Taxatie aard van de problematiek**

Met het oog op een eerste analyse van de hulpvraag en een taxatie van de aard van de problematiek verzamelt het BJZ informatie over de cliënt en zijn/haar situatie. Het BJZ legt daarbij de volgende informatie vast:

- Gegevens van het cliëntsysteem en de betrokken instanties.
- De aanmeldingsvraag en een beschrijving van de huidige situatie
- Inventarisatie van eerdere hulpverlening en onderzoeken.
- Analyse van de probleemsituatie; risicofactoren en beschermende factoren.

Rijst tijdens de eerste analyse het vermoeden dat er sprake is van psychiatrische problematiek dan wordt de SPsy (Screeningsinstrument PSYchische stoornissen) of de CBCL (Child Behavior Checklist) afgenomen<sup>3</sup>.

De medewerker gebruikt de scores op de SPsy of de CBCL, in samenhang met de hierboven beschreven informatie, ter ondersteuning van de besluitvorming omtrent de te indiceren zorg.

#### **Stap 2: Taxatie ernst van de problematiek**

Met het oog op de bepaling van de zwaarte van de benodigde zorg is het noodzakelijk dat de ernst van de problematiek in kaart wordt gebracht. De ernst van de problematiek wordt enerzijds bepaald door zwaarte en duur van de problemen, anderzijds door de mate waarin de problemen belemmerend voor de jeugdige en/of belastend voor de omgeving zijn.

Op basis van de verzamelde informatie wordt de <sup>QUICK</sup>STEP<sup>4</sup> ingevuld. De <sup>QUICK</sup>STEP levert een globale indicatie op voor de zwaarte en de urgentie van de benodigde zorg.

---

<sup>2</sup> Zie deel 2 voor de kwalificaties

<sup>3</sup> De SPsy heette voorheen SDQ+; voor een korte beschrijving van de instrumenten zie Toelichting bij het protocol. BJZ's kunnen er voor kiezen om de CBCL óf de SPsy te gebruiken. Deze keuze maken zij in samenspraak met de aanbieders van jeugd-GGZ in hun provincie. Zie ook deel 3.

<sup>4</sup> Voor een korte beschrijving van de <sup>QUICK</sup>STEP zie Toelichting bij het protocol.

### **Stap 3: Vaststellen dat er sprake is van psychiatrische problematiek**

Wanneer op grond van de taxatie van de aard van de problemen het vermoeden is gerezen dat er sprake is van psychiatrische problematiek, én dat vermoeden wordt bevestigd door de score van de SPSY of de CBCL, dan stelt de BJZ medewerker een ontwerp-indicatiebesluit op en legt dit ter toetsing voor aan een gedragswetenschapper. Deze gedragswetenschapper is verbonden aan het BJZ en heeft aantoonbare kennis van en ervaring met de diagnostiek en de behandeling van jeugdigen met psychiatrische problematiek (zie ook Deel 2: deskundigheden BJZ).

De gedragswetenschapper stelt, op basis van de beschikbare informatie, vast of er inderdaad sprake is van psychiatrische problematiek<sup>5</sup> en toetst of de geïndiceerde zorg passend is.

Indien niet duidelijk is of er sprake is van psychiatrische problematiek óf het is niet duidelijk welke zorg het beste antwoord is dan consulteert de medewerker BJZ in eerste instantie bovengenoemde gedragswetenschapper. Indien nodig worden deskundigen uit het zorgaanbod geconsulteerd, dit gebeurt met name wanneer er sprake is van sectoroverschrijdende problematiek (GGZ / LVG / Jeugdzorg). Dit consult kan zowel bilateraal van aard zijn of in de vorm van een georganiseerd overleg.

Wanneer het op grond van de verzamelde informatie echt niet mogelijk is om de beslissing omtrent de indicatiestelling te nemen, adviseert de gedragsdeskundige welk nader onderzoek moet worden uitgevoerd en door wie.

Aanvullende diagnostiek kan op drie manieren worden uitgevoerd:

- a. Wanneer duidelijk is dat psychiatrische behandeling noodzakelijk is dan wordt de aanvullende diagnostiek binnen de kaders van de ZVW uitgevoerd.
- b. Wanneer geen psychiatrische behandeling nodig is maar nadere informatie noodzakelijk is om een andere indicatie te kunnen stellen wordt de diagnostiek door het BJZ zelf, of onder verantwoordelijkheid van het BJZ, uitgevoerd.
- c. Wanneer geen psychiatrische behandeling nodig is maar observatiediagnostiek met (deeltijd-)verblijf noodzakelijk is om een indicatie te kunnen stellen dan indiceert het BJZ deze functie binnen de kaders van de WJZ.

☞ Bij een vermoeden van psychiatrische problematiek wordt standaard de SPSy of de CBCL afgenomen. Met het oog op de bepaling van de zwaarte en urgentie van de zorg wordt tevens de <sup>QUICK</sup>STEP afgenomen.

☞ Een gekwalificeerde gedragswetenschapper toetst het ontwerp-indicatiebesluit: stelt vast of er sprake is van psychiatrische problematiek en toetst of de geïndiceerde zorg een passend antwoord biedt.

☞ Bij twijfel over de aard van de te indiceren zorg worden deskundigen uit het zorgaanbod geconsulteerd.

---

<sup>5</sup> Het BJZ stelt vast dát er sprake is van psychiatrische problematiek; het BJZ geeft geen psychiatrische diagnose of DSMIV classificatie.

## 1.2 Vaststellen benodigde zorg

### 1.2.1 Algemeen

Aan de hand van de verzamelde informatie bepaalt de medewerker BJZ in samenspraak met de cliënt welke zorg nodig is. Indien er sprake is van psychiatrische problematiek en geïndiceerde zorg noodzakelijk is dan zijn er vier wettelijke kaders waarbinnen de zorg verleend kan worden: de Zorgverzekeringswet (ZVW, met ingang van 2007), de Wet op de Jeugdzorg (WJZ), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen (BJJ).

#### **Afbakening ZVW – WJZ – AWBZ – BJJ**

Ingeval er sprake is van psychiatrische problematiek:

☞ *Zorg in het kader van de ZVW*

De psychiatrische problematiek is zodanig van aard dat een psychiatrische aanpak noodzakelijk is. In deze situatie is Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg nodig en wordt een aanspraak op de Zorgverzekeringswet vastgelegd.

☞ *Zorg in het kader van de WJZ*

Naast psychiatrische problematiek is er sprake van opgroei- en opvoedproblemen waarvoor Jeugdzorg noodzakelijk is.

☞ *Zorg in het kader van de AWBZ*

De jeugdige heeft persoonlijke verzorging (PV) en/of ondersteunende begeleiding (OB) nodig (al dan niet icm verblijf). In deze situatie geeft het BJZ de benodigde AWBZ-indicaties af.

☞ *Opname Justitiële Jeugdinrichting<sup>6</sup>*

De jeugdige heeft ernstige gedragsproblemen waarvoor opvang of behandeling binnen een beveiligde of beperkt beveiligde setting nodig is.

---

<sup>6</sup> Er ligt een voorstel voor een wetswijziging welke inhoudt dat per 2007 gesloten opvang en behandeling in het kader van de WJZ mogelijk wordt. Op het moment dat deze wetswijziging in werking treedt verandert de rol van de justitiële jeugdinrichtingen.

### 1.2.2 Zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW)

Indien er sprake is van psychosociale, psychische of gedragsproblemen die hun oorzaak vinden of mede vinden in een psychiatrische aandoening van een jeugdige die zodanig van aard is dat een psychiatrische aanpak van de problemen noodzakelijk is bestaat er geen aanspraak op jeugdhulp, verblijf of observatiediagnostiek ingevolge de WJZ (Uitvoeringsbesluit WJZ artikel 3 lid2b, artikel 4 lid2b, artikel 5 lid2). Met ingang van 2007 bestaat er in bovengenoemde situatie aanspraak op de ZVW<sup>7</sup>.

Met ingang van 2007 financiert de ZVW:

- alle extramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg
- het eerste jaar van alle intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg<sup>8</sup>; dit verblijf houdt een integraal pakket in.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, ofwel jeugd-GGZ, kan in combinatie met Jeugdzorg, AWBZ-zorg of opname in een Justitiële jeugdinrichting worden geïndiceerd.

#### Zorgaanspraak ZVW (per 2007)

☞ Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (al dan niet in combinatie met verblijf)

Voor de jeugd-GGZ vervult het BJZ een indicerende rol. De mogelijkheid van rechtstreekse verwijzing door de huisarts, of de daarmee gelijkgestelde behandelaar, naar de jeugd-GGZ blijft bestaan.

- Ingeval het BJZ een indicatie voor de ZVW afgeeft moet dit besluit voldoen aan de eisen van de WJZ (zie ook 1.2.5).
- Wat betreft de aard van de zorg wordt volstaan met het benoemen dát geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is geïndiceerd. Het BJZ stelt niet vast welke vorm van jeugd-GGZ geboden moet worden<sup>9</sup>.
- De duur van de zorg stelt het BJZ standaard op maximaal 1 jaar.
- Op grond van het indicatiebesluit van het BJZ, de overgedragen informatie en (indien nodig) nader diagnostisch onderzoek stelt de aanbieder van jeugd-GGZ vast welke zorg geëigend is.

<sup>7</sup> In artikel 5 lid 2 van de WJZ staat vermeld dat het BJZ moet vaststellen op welke zorg de cliënt is aangewezen. Hier wordt de ZVW aan toegevoegd.

<sup>8</sup> Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als een onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen. Onderbrekingen wegens weekend en vakantieverlof tellen wel mee voor de berekening van de 365 dagen (artikel 2.10 Besluit ZVW).

<sup>9</sup> Reden hiervoor is de herziening van de bekostigingssystematiek binnen de curatieve GGZ. Het einddoel van deze herziening is dat Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) het fundament vormen voor een contractenstelsel tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Binnen dat stelsel zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor het vaststellen van de Diagnose-Behandel-Combinatie. Deze werkwijze is niet te verenigen met een indicatiebesluit van het BJZ waarin de exacte aard en omvang van de zorg reeds is vastgelegd.



### 1.2.3 Zorg in het kader van de Wet op de Jeugdzorg (WJZ)

Een aanspraak op Jeugdzorg ingevolge de WJZ omvat jeugdhulp, verblijf en observatiediagnostiek (Uitvoeringsbesluit WJZ artikel 2).

Indien er sprake is van opgroei- en opvoedproblemen waarvoor jeugdzorg noodzakelijk is, terwijl er ook sprake is van psychiatrische problematiek, kan toch Jeugdzorg worden geïndiceerd. Jeugdzorg kan worden geïndiceerd in combinatie met jeugd-GGZ maar ook zonder jeugd-GGZ ingeval een psychiatrische aanpak niet (langer) noodzakelijk is.

Het vastleggen van de zorgaanspraken in het kader van de WJZ gebeurt conform het Uitvoeringsbesluit WJZ en de uitwerking daarvan in de tabel *Zorgvorm en omvang benodigde zorg* uit het Gegevenswoordenboek Jeugdzorg.

#### **Zorgaanspraken WJZ** (conform gegevenswoordenboek Jeugdzorg)

##### *Jeugdhulp*

1. Jeugdhulp Thuis
2. Jeugdhulp Accommodatie zorgaanbieder individueel
3. Jeugdhulp Accommodatie zorgaanbieder groep

De omvang van de jeugdhulp wordt uitgedrukt in het totaal aantal uren in de termijn gedurende welke de aanspraak geldt.

##### *Verblijf*

4. Verblijf pleegouder deeltijd
5. Verblijf pleegouder 24-uurs
6. Verblijf Accommodatie zorgaanbieder deeltijd
7. Verblijf Accommodatie zorgaanbieder 24-uurs

De omvang van het verblijf wordt uitgedrukt in het aantal uren per etmaal en het aantal dagen waarover de uren worden gespreid.

##### *Observatiediagnostiek*

8. Observatiediagnostiek deeltijd
9. Observatiediagnostiek 24-uurs

De omvang van de observatiediagnostiek wordt uitgedrukt in aantal uren per etmaal en aantal dagen per week waarover deze uren verspreid worden.

### 1.2.4 Zorg in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De systematiek voor het verkrijgen van AWBZ-zorg is als volgt:

Het BZJ stelt op de wijze zoals beschreven in paragraaf 1.1.2. vast of er sprake is van een psychiatrische grondslag. Vervolgens wordt de zorgbehoefte geïnventariseerd en wordt in het indicatiebesluit aangegeven voor welke functie(s) en klassen de verzekerde in aanmerking komt. Met dit indicatiebesluit wendt een verzekerde zich tot een door het zorgkantoor gecontracteerde zorgaanbieder om zijn zorgbehoefte om te zetten in daadwerkelijk zorg, dan wel de verzekerde vraagt een PersoonsGebonden Budget (PGB) aan bij het zorgkantoor.

<b>AWBZ-indicaties met Psychiatrische grondslag</b> (situatie per 2007)		
☞ Alle extramurale niet-geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Persoonlijke Verzorging (PV) Ondersteunende Begeleiding (OB)	Alleen voorzover het activiteiten betreft die geen integraal onderdeel <sup>10</sup> vormen van een psychiatrische behandeling
☞ Alle intramurale niet-geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	Verblijf (VB) evt. in combinatie met Persoonlijke Verzorging (PV), Ondersteunende Begeleiding (OB)	Alleen voorzover het verblijf en activiteiten betreffen die geen onderdeel vormen van een psychiatrische behandeling
☞ Intramurale geneeskundige geestelijke gezondheidszorg na het eerste jaar	Dit houdt een integraal pakket in van verblijf met behandeling inclusief alle eventuele andere AWBZ-functies.	

Jeugdhulp omvat geen persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding. Wanneer deze zorg noodzakelijk is bij jeugdigen met een psychiatrische grondslag geeft het BZJ de hiervoor benodigde AWBZ indicaties af<sup>11</sup>.

- PV en OB kunnen in combinatie met Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (ZVW) en/of in combinatie met Jeugdzorg (WJZ) geïndiceerd worden. Echter alleen voorzover het activiteiten betreft die geen integraal onderdeel vormen van de behandeling.
- Voor de uren dat een jeugdige elders verblijft in het kader van een indicatie ZVW, WJZ of de BJJ kunnen deze functies niét geïndiceerd worden.
- Verblijf en behandeling in het kader van Geneeskundige Geestelijke gezondheidszorg (ZVW) valt na het eerste jaar in zijn geheel onder de AWBZ. Het BZJ geeft in die situatie een (nieuw) indicatiebesluit af.

<sup>10</sup> Integraal onderdeel van de behandeling = binnen behandelplan en onder directe aansturing van de behandelaar

<sup>11</sup> Dit is conform de WJZ artikel 5 lid b en het Uitvoeringsbesluit WJZ artikel 9. In artikel 9 staan echter ook de functies Behandeling en Activerende Begeleiding vermeld. Deze worden overgeheveld naar de ZVW. De functie Huishoudelijke Verzorging wordt per 01-01-2007 overgeheveld naar de WMO.

### *Inventariseren zorgbehoefte*

Bij het vaststellen van de aard en omvang van de benodigde zorg wordt de *QUICK* STEP afgenomen. Daarnaast wordt rekening gehouden met de informele zorg die geboden wordt, of kan worden. Onder informele zorg wordt zowel Gebruikelijke zorg als Mantelzorg verstaan.

#### Gebruikelijke zorg<sup>12</sup>:

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 omvang van de benodigde AWBZ-zorg wordt de situatie vergeleken met die van een kind zonder beperkingen.

#### Mantelzorg:

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 valt onder de termen van de AWBZ is het, in tegenstelling tot gebruikelijke zorg, in principe te indiceren. Als de mantelzorger overbelast dreigt te raken of aangeeft (een deel van) de mantelzorg niet meer te leveren kan voor deze zorg een indicatie worden gegeven.

### *Vaststellen zorgaanspraken*

Het vastleggen van de zorgaanspraken in het kader van de AWBZ gebeurt in de vorm van functies en klassen<sup>13</sup>. In Bijlage 1 worden de functies omschreven waarvoor Bureaus Jeugdzorg, ingeval van een psychiatrische grondslag bij de jeugdige, kunnen indiceren. Per functie staat aangegeven hoe de omvang van de zorg, de geldigheidsduur en de leveringsvoorwaarden moeten worden vastgelegd.

De BJZ-medewerker bespreekt met de cliënt de keuzemogelijkheid tussen zorg in natura (ZIN) of een Persoonsgebonden budget (PGB) en legt de voorkeur van de cliënt ook vast.

Het vaststellen van AWBZ-aanspraken vraagt om specialistische kennis met betrekking tot de informele zorg, de AWBZ-functies en klassen en de mogelijkheden van het PGB. Met het oog op een integrale indicatiestelling is het van belang dat BJZ-medewerkers bekend zijn met deze AWBZ regelingen. Daarnaast wordt voorgeschreven dat ieder BJZ over AWBZ-specialisten dient te beschikken (zie Deel 2: Deskundigheden BJZ). Deze specialisten adviseren BJZ-medewerkers en/of verzorgers de afwikkeling van AWBZ-aanspraken.

☞ Bij het vastleggen van AWBZ-aanspraken worden BJZ medewerkers ondersteund door AWBZ-specialisten.

<sup>12</sup> Er zijn nog geen wettelijk vastgelegde richtlijnen om vast te stellen wat gebruikelijke zorg is. Gebruik is gemaakt van het door het CIZ gebruikte Werkdocument gebruikelijke zorg.

<sup>13</sup> In het uitvoeringsbesluit WJZ artikel 21 lid 2 staat ten onrechte dat de systematiek van de jeugdzorg moet worden gevolgd bij het vaststellen van de zorgaanspraken AWBZ. Het uitvoeringsbesluit wordt op dit punt aangepast.

### 1.2.5 Het indicatiebesluit

Het indicatiebesluit van het BJZ verleent de cliënt een recht op zorg in het kader van de WJZ, de ZVW, de AWBZ of op plaatsing in een Justitiële Jeugdinrichting. De cliënt kan dit recht verzilveren bij een aanbieder van zorg of (ingeval van een AWBZ-aanspraak) kiezen voor een PGB<sup>14</sup>.

Het indicatiebesluit moet voldoen aan de eisen van de WJZ en het Uitvoeringsbesluit: In artikel 6 van de WJZ wordt gesteld dat het BJZ in het indicatiebesluit in ieder geval aangeeft:

- Een beschrijving van de problemen of dreigende problemen van de cliënt, de ernst en de mogelijke oorzaken daarvan.
- Een beschrijving van de in verband daarmee benodigde zorg en het met de zorg beoogde doel.
- De duur van de zorg, gerekend van af het moment dat de zorg is begonnen. (Het Uitvoeringsbesluit schrijft een maximale duur van 1 jaar voor met specifieke uitzonderingen binnen de pleegzorg, de AWBZ en voor vreemdelingen).
- De termijn waarbinnen de aanspraak op Jeugdzorg tot gelding moet zijn gebracht. (Het Uitvoeringsbesluit schrijft een maximale duur van 13 weken voor).
- 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

In hoofdstuk 7 van het Uitvoeringsbesluit WJZ worden nadere regels gesteld omtrent de inhoud van het indicatiebesluit:

- Indien voorzien wordt dat de zorg waarop de cliënt is aangewezen niet op tijd beschikbaar is kan het BJZ vervangende zorg aanduiden. Daarvan kan de cliënt gebruik maken tot het moment waarop de aangewezen zorg beschikbaar komt.
- Indien ten behoeve van een jeugdige meerdere cliënten aangewezen zijn op jeugdzorg dan geven de indicatiebesluiten de samenhang aan.

Het Uitvoeringsbesluit stelt de volgende kwaliteitseisen aan het indicatiebesluit:

- aan het indicatiebesluit ligt een aanvraag van een cliënt ten grondslag
- over het indicatiebesluit wordt ten minste eenmaal overleg gepleegd met de aanvrager
- het ontwerp indicatiebesluit wordt voorgelegd aan een gekwalificeerde gedragswetenschapper.

### 1.2.6 Informatieoverdracht richting zorgkantoor

Ingeval van een AWBZ-indicatie gelden aanvullende eisen in verband met de informatieoverdracht aan het zorgkantoor. De betreffende gegevensset staat nog niet vast en maakt onderdeel uit van een onderzoek dat het College van Zorgverzekeraars in 2006 uitvoert naar de aansluiting BJZ-AZR (= AWBZbrede zorgregistratie). De aanvullende eisen worden opgenomen in het Indicatieprotocol voor Jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.

- ☞ Het indicatiebesluit voldoet aan de eisen die de WJZ en het uitvoeringsbesluit daaraan stellen.
- ☞ Ingeval van een AWBZ indicatie verstrekt het BJZ informatie aan het zorgkantoor. Voorschriften hiervoor worden opgenomen in het indicatieprotocol voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap.

<sup>14</sup> Binnen de kaders van de ZVW is de mogelijkheid geschapen om te experimenteren met PGB's. Onduidelijk is nog op welke wijze aan deze experimenten vorm gegeven wordt.

## Deel 2. Deskundigheden BJZ

De WJZ stelt in beperkte mate opleidingseisen aan de medewerkers van het BJZ. Voorgeschreven wordt dat het BJZ beschikt over deskundigheid met betrekking tot de beoordeling en aanpak van (oa) psychiatrische problemen bij jeugdigen. Ook moet een gekwalificeerde gedragsdeskundige een oordeel geven over het indicatiebesluit. In aanvulling op de WJZ worden in het onderstaande eisen gesteld aan de deskundigheid van BJZ-medewerkers en gedragswetenschappers die verantwoordelijk zijn voor de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek.

### 2.1 Deskundigheden BJZ-medewerker

Voor het stellen van indicaties voor jeugdigen met psychiatrische problematiek dienen BJZ-medewerkers ten minste te beschikken over:

- Een HBO-opleiding SPH of Maatschappelijk werk
- Aanvullende scholing op het gebied van psychiatrische problemen bij kinderen en jeugdigen
- Aanvullende scholing op het gebied van het gebruik van de SPsy, of de CBCL, en de QuickSTEP
- Kennis van de mogelijke zorgaanspraken voor jeugdigen met psychiatrische problematiek binnen de kaders van de ZVW, de WJZ, de AWBZ en BJJ.

### 2.2 Deskundigheden gedragswetenschapper

De WJZ verstaat onder de term gekwalificeerde gedragswetenschapper:

- Degene die lid is van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) en is opgenomen in het Register Klinisch Psychologen of in het register Kinder- en Jeugdpsychologen en beschikt over de basisaantekening psychodiagnostiek van het NIP.
- Degene die lid is van de Nederlandse Vereniging van pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en geregistreerd is als pedagoog-generalist.
- De BIG-geregistreeerde gezondheidspsycholoog.

(Uitvoeringsbesluit WJZ, artikel 1 lid m)

In aanvulling hierop stelt schrijft dit protocol het volgende voor:

Gedragswetenschappers die verantwoordelijk zijn voor het toetsen van, en adviseren bij, indicaties voor jeugdigen met psychiatrische problematiek hebben aantoonbare deskundigheid en ervaring op het gebied van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische problematiek bij jeugdigen.

Het BJZ draagt er zorg voor dat deze deskundigheid in voldoende mate beschikbaar is. Zij doet dit door deze deskundigen in dienst te nemen of door detacherings-overeenkomsten te sluiten met aanbieders van jeugd-GGZ.

### 2.3 Specialistische kennis AWBZ-aanspraken

Voor het vaststellen van AWBZ-aanspraken is specialistische kennis nodig (zie 1.2.4 in deel 1 van dit protocol). Voorgeschreven wordt dat BJZ-medewerkers op de hoogte zijn van de AWBZ systematiek zoals in dit protocol is omschreven, inclusief de mogelijkheden van het PGB. Daarnaast beschikt een BJZ over AWBZ-specialisten. Deze deskundigen adviseren BJZ-medewerkers ten aanzien van het vaststellen van AWBZ-aanspraken en/of dragen zorg voor de verdere afhandeling van deze aanspraken.

Rond de AWBZ spelen diverse beleidsontwikkelingen en wetswijzigingen die de komende jaren van invloed zullen zijn op de indicatiestelling. Dit betekent dat er sprake moet zijn van periodieke bijscholing van de betreffende specialisten.

- ☞ BJJ-medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het opstellen van indicatiebesluiten voor jeugdigen met psychiatrische problemen:
  - hebben tenminste een HBO opleiding (SPH of Maatschappelijk werk)
  - beschikken over enige basis kennis van psychopathologie bij jeugdigen
  - zijn geschoold in het afnemen en interpreteren van de SPsy of de CBCL en de QuickStep
  - zijn bekend met de mogelijke zorgaanspraken binnen de kaders van de ZVW, de WJZ, de AWBZ en de BJJ
  
- ☞ Het BJJ draagt er zorg voor dat medewerkers, bij vermoeden van psychiatrische problematiek, eenvoudig en snel een gekwalificeerde gedragswetenschapper met deskundigheid en ervaring op het gebied van de diagnostiek en behandeling van psychiatrische problematiek bij jeugdigen kunnen consulteren.
  
- ☞ Het BJJ draagt er zorg voor dat medewerkers eenvoudig en snel een beroep kunnen doen op AWBZ-specialisten voor het vaststellen van AWBZ-aanspraken

## Deel 3. Informatie-uitwisseling BJZ en aanbieders jeugd-GGZ

In dit deel staat de informatie-uitwisseling tussen het BJZ en de aanbieders van jeugd-GGZ binnen hun werkgebied centraal. Het betreft de informatie die BJZ's verzamelen en verstrekken aan de aanbieders van jeugd-GGZ, het gebruik van deze informatie door aanbieders van jeugd-GGZ en het terugkoppelen van informatie door aanbieders van jeugd-GGZ.

### 3.1 Informatieverstrekking door BJZ

In deel 1 staat beschreven welk soort informatie BJZ's verzamelen voor de onderbouwing van het indicatiebesluit. Concreet gaat hier om:

- Gegevens van het cliëntsysteem en de betrokken instanties.
- De aanmeldingsvraag en een beschrijving van de huidige situatie
- Inventarisatie van eerdere hulpverlening en onderzoeken.
- Analyse van de probleemsituatie; risicofactoren en beschermende factoren.
- Informatie verzameld met behulp van de SPsy of de CBCL en de <sup>Quick</sup>STEP

Deze informatie wordt door de BJZ's verstrekt aan de aanbieder die de cliënt in zorg neemt.

☞ De informatie die het BJZ met het oog op de onderbouwing van het indicatiebesluit heeft verzameld, draagt het BJZ over aan de aanbieder van jeugd-GGZ die de cliënt in zorg neemt

### 3.2 Het gebruik van informatie door de aanbieder van jeugd-GGZ

De informatie die wordt verstrekt door het BJZ vormt het vertrekpunt bij het uitvoeren van de aanvullende diagnostiek en het opstellen van de behandelovereenkomst. Door een zorgvuldige informatieoverdracht wordt voorkomen dat aanbieders van jeugd-GGZ het werk van de BJZ's nog eens over doen en cliënten opnieuw dezelfde informatie moeten verschaffen of onderzoeken voor de tweede keer moeten ondergaan.

☞ Aanbieders van jeugd-GGZ bouwen voort op de informatie van BJZ. Zij vermijden herhaling van informatieverzameling of onderzoek.

### 3.3 Informatieverstrekking door de aanbieder van jeugd-GGZ

Eén van de wettelijke taken van het BJZ betreft het volgen van de verleende zorg en het bijstaan van de cliënt bij vragen omtrent de inhoud van deze zorg, alsmede de evaluatie van deze zorg (WJZ art. 10, eerste lid, sub f t/m i).

Voor de uitvoering van deze taken is het noodzakelijk dat BJZ's tenminste beschikken over de volgende gegevens:

- datum aanvang zorg
- datum einde zorg
- de aard en omvang van de daadwerkelijk geleverde zorg
- gegevens die nodig zijn voor de evaluatie van de zorg; waaronder de mate waarin het doel van de behandeling, zoals vermeld in het indicatiebesluit, is bereikt.

Wanneer uit de evaluatie van de zorg blijkt dat een nieuwe indicatie noodzakelijk is verschaft de aanbieder van jeugd-GGZ de daartoe benodigde informatie. Het BJZ gebruikt deze informatie voor het opstellen van het nieuwe indicatiebesluit (zie ook 1.1.1 in deel 1 van dit protocol).

- ☞ Aanbieders van jeugd-GGZ verstrekken de informatie die het BJZ nodig heeft voor de uitvoering van haar wettelijke taken.
- ☞ Ingeval een nieuwe indicatie noodzakelijk is verschaft de aanbieder van jeugd-GGZ de benodigde informatie. Het BJZ gebruikt deze informatie voor het versneld opstellen van het nieuwe indicatiebesluit.

### 3.4 Omgang met cliëntgegevens: WJZ en WGBO

Voor de BJZ's gelden de privacyregels uit de WJZ, de regels hebben betrekking op de vrijwillige jeugdzorg én de jeugdbescherming. Uitgangspunt van de geheimhoudingsplicht van de werker in de jeugdzorg is dat de werker geen informatie geeft over de cliënt zonder zijn uitdrukkelijke toestemming.

Medewerkers in de jeugd-GGZ zijn gebonden aan de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Medewerkers in de jeugd-GGZ kennen het beroepsgeheim hetgeen ook betekent dat zij zonder toestemming van de cliënt geen informatie mogen verstrekken aan anderen.

Binnen zowel de WJZ als de WGBO geldt voor het verstrekken van informatie dat:

- indien de cliënt jonger is dan 12 jaar de wettelijke vertegenwoordiger (de gezaghebbende ouder of de voogd) namens de cliënt toestemming moet geven voor het verstrekken van informatie.
- een cliënt vanaf 12 jaar om toestemming wordt gevraagd, tenzij hij "niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake". In dat geval moet de wettelijke vertegenwoordiger toestemming geven voor het verstrekken van informatie.

Binnen de WJZ is een uitzondering die het mogelijk maakt cliëntgegevens te verstrekken aan andere beroepskrachten van wie medewerking nodig is voor de uitvoering van de zorg of de uitvoering van een kindbeschermingsmaatregel. Hoewel deze mogelijkheid bestaat zal, in ieder geval bij vrijwillige hulp, in beginsel toch toestemming worden gevraagd.

- ☞ Met instemming van de cliënt, of zijn wettelijke vertegenwoordiger indien de cliënt jonger is dan 12 jaar, kan de in 3.1 en 3.3 beschreven informatie worden uitgewisseld.

### 3.5 Afspraken BJZ en aanbieders van jeugd-GGZ

Om een adequaat gebruik van de beschikbare informatie te realiseren sluiten BJZ's met de aanbieders van jeugd-GGZ binnen hun werkgebied overeenkomsten af over de aard en de kwaliteit van de informatie die –over en weer- wordt verstrekt. Onderdeel van deze overeenkomsten betreft de te gebruiken vragenlijsten en instrumenten. Het BJZ laat zich bij de keuze voor de SPsy of de CBCL adviseren door de aanbieders van jeugd-GGZ binnen de regio. Ten minste 1 maal per jaar evalueren de BJZ's en de aanbieders van jeugd-GGZ deze overeenkomsten.

- ☞ BJZ en aanbieders van jeugd-GGZ stellen overeenkomsten op waarin zij vastleggen welke informatie zij over en weer verstrekken. Deze overeenkomst wordt tenminste jaarlijks geëvalueerd en zonodig bijgesteld.



## Bronnen

### Literatuur:

College voor Zorgverzekeringen (2003). *Functiegerichte aanspraken*.

Eijgenraam, K, M.van der Steege (2005). *Een samenhangend instrumentarium voor het bureau jeugdzorg*. Utrecht: NIZW

Konijn, C. (2005). *Voorbeeldformulier Ontwerp indicatiebesluit Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: NIZW jeugd

Ministerie van VWS (2003). *Omgang met cliëntgegevens in de jeugdzorg*

Oort, M. van, H. van 't Land, C. de Rooter (2006). *Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos instituut.

Verhulst, F.C., J. van der Ende, H.M. Koot (1996). *Handleiding CBCL / 4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit / Sophia Kinderziekenhuis, afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Yperen, T.A. van, G. van den Berg, K. Eijgenraam (2003). *Quick STEP Snelle Standaard Taxatie Ernst Problematiek / Handleiding*. Utrecht: NIZW

Zwier, H.P. (2005). *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg*. Ordina Public Management

### Relevante wet en regelgeving

Wet op de Jeugdzorg

Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg

Algemene Wet Bijzondere ziektekosten

Besluit Zorgaanspraken AWBZ

Zorgverzekeringswet

Besluit Zorgverzekeringswet

Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen

Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

### Websites

[www.aseba.nl](http://www.aseba.nl)

[www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)

[www.dbcggz.nl](http://www.dbcggz.nl)

[www.ggzbeleid.nl](http://www.ggzbeleid.nl)

[www.jeugdzorg.nl](http://www.jeugdzorg.nl)

[www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl)

[www.overheveling-ggz.nl](http://www.overheveling-ggz.nl)

[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

## *Geraadpleegde deskundigen*

Liesbeth Hendriks	BJZ Noord Brabant
Marjolein Knaap	BJZ Haaglanden / Zuid-Holland
Jurrien Heydelberg	BJZ Rotterdam
Ron Heinrich	BJZ Amsterdam
Dries Roosma	BJZ Drenthe
Theo Horsten	BJZ Drenthe
Anneke de Leeuw	BJZ Utrecht
Joep Verbugt	BJZ Limburg
Mascha vd Ven	BJZ Limburg
Jan Moes	BJZ Flevoland
Hanneke Wijnen	BJZ Groningen
Astrid Huisman	BJZ Noord Holland
Mieke Looman	BJZ Overijssel
Leo Bedaux	De Jutters
Jos Rietveld	Accare
Peter Dijkshoorn	Accare
Rutger Jan v.d. Gaag	ACKJON en Kenniscentrum KJP
Ruud Mindraa	Accare en Kenniscentrum KJP
Fop Verheij	Sophia kindziekenhuis
Hubert Bijkerk	OCC het Spalier
Carolien Konijn	NIZW
Karin Eijgenraam	NIZW
Maureen v. Oort	Trimbos
Thei van Els	Inspectie Gezondheidszorg
Hanneke v. Diggelen	College van zorgverzekeraars
Denis Koets	NVO
Britt van Beek	NIP
Monique Smit	NVVP
Aline Saers	Per Saldo
Heleen van Deur	Adviseur Jeugdzorg / Doorbraak
Hems Zwier	Ordina
Huub Pijnenburg	Praktikon
Marije van Houwelingen	Ministerie van VWS
Harry Coppens	Ministerie van VWS
Aaltje Hartholt	Ministerie van VWS
Mirjam Pancras	Ministerie van VWS
Chris Smisjaert	Ministerie van VWS

### **Begeleidingscommissie**

Paul Nota	Voorzitter / DMO Amsterdam
Ruud van Herk	IPO
Truus van Tiggelen	MO groep
Peter van den Hoek	Zorgverzekeraars Nederland
Willeke Michel	Ministerie van VWS
Jack Dane	GGZ Nederland
Yvonne Meijer	NVO / NIP
Aletta Willems	Expertise centrum CIZ

## *Bijlage 1: Toelichting op het protocol*

### **Doelstelling en reikwijdte**

De doelstelling van dit protocol is tweeledig:

Enerzijds het bevorderen van een adequate uitvoering van de indicatiestelling door BJZ's voor jeugdigen met psychiatrische problematiek; anderzijds het bevorderen van de samenwerking en afstemming tussen BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ.

Met deze doelstelling is tevens een afbakening van de reikwijdte van dit protocol gegeven:

- Het protocol richt zich niet op de huisartsen of daarmee gelijkgestelde behandelaars die richting de jeugd-GGZ kunnen verwijzen.
- Het protocol richt zich niet op de LVG-doelgroep en niet op jeugdigen zonder psychiatrische problematiek. Ten behoeve van de LVG doelgroep verschijnt in de loop van 2006 een vergelijkbaar protocol.
- In het protocol ligt de focus bij de BJZ's; alleen waar het de informatie uitwisseling en het gebruik van de informatie betreft zijn voorschriften voor aanbieders van jeugd-GGZ opgenomen.
- Het protocol bevat geen voorschriften voor de informatie-uitwisseling met aanbieders van provinciale jeugdzorg, justitiële jeugdinrichtingen, aanbieders van awbz-zorg (niet zijnde de jeugd-GGZ) of budgethouders.

### **Voor wie is het protocol geschreven?**

Het protocol bevat inhoudelijke voorschriften omtrent de indicatiestelling voor jeugdigen met psychiatrische problematiek. BJZ's en aanbieders van jeugd-GGZ zijn verantwoordelijk voor het inpassen van deze voorschriften binnen hun eigen werkprocessen.

Het protocol is geschreven voor beleidsmedewerkers, gedragswetenschappers en managers die belast zijn met het onderhoud en de implementatie van interne werkinstructies en protocollen. Deze functionarissen dragen er zorg voor dat de hier opgenomen voorschriften worden omgezet naar werkinstructies en worden geïntegreerd in de eigen protocollen. Daarnaast dragen zij zorg voor de noodzakelijke randvoorwaarden voor wat betreft de deskundigheden en de informatie-uitwisseling.

### **Onderbouwing indicatiebesluit**

Tijdens het opstellen van het protocol is gebleken dat het niet mogelijk is om een harde scheidslijn te trekken tussen de doelgroep en het aanbod binnen de jeugdzorg enerzijds en de doelgroep en het aanbod binnen de jeugd-GGZ anderzijds. Objectieve criteria, eenduidige definities of harde cut-off scores blijken niet mogelijk en ontbreken derhalve in dit protocol.

Het doel van de informatieverzameling in de fase van Analyse en opstellen diagnostisch beeld is om zo snel als mogelijk helder te krijgen welke zorg de cliënt nodig heeft. In deze fase dient niet meer en niet minder informatie verzameld te worden dan nodig is om de beslissing omtrent de te indiceren zorg te kunnen nemen. Daarbij moet voor ogen gehouden worden dat het diagnostische proces niet eindigt met het afgeven van het indicatiebesluit; hulpverlening is een cyclisch proces van informatie verzamelen, analyseren, afwegen, besluiten nemen, een plan maken, het plan uitvoeren en evalueren. Op het moment dat het BJZ heeft vastgesteld op welke zorg de cliënt is aangewezen en die zorg daadwerkelijk is aangevangen loopt deze cyclus door.

In dit protocol is gekozen voor de inzet van eenvoudig te hanteren instrumenten in combinatie met een professionele oordeelsvorming door de medewerker BJZ en een gekwalificeerde gedragswetenschapper. Deze combinatie maakt een verantwoorde besluitvorming over de te indiceren zorg mogelijk. Wanneer er sprake is van

meervoudige problematiek wordt aangeraden specialisten te consulteren; bijvoorbeeld gedragsdeskundigen of kinderpsychiaters werkzaam binnen de jeugd-GGZ, de jeugd-LVG of de provinciale jeugdzorg.

In dit protocol staat voorgeschreven dat de SPsy of de CBCL wordt afgenomen bij een vermoeden van psychiatrische problematiek. BJZ's kunnen er ook voor kiezen een van deze instrumenten standaard af te nemen bij cliënten. Het risico dat psychische stoornissen over het hoofd worden gezien wordt daarmee verkleind. Onderzoek dat momenteel nog naar de SPsy wordt verricht moet uitwijzen of dit voordeel opweegt tegen het nadeel van de extra investering (in tijd en geld).

### **Informatie over de SPsy (Screeningsinstrument PSYchische stoornissen)**

De SPsy is een screeningsinstrument voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 4-18 jaar<sup>15</sup>. Het Trimbos-instituut heeft dit korte en eenvoudig schriftelijk af te nemen instrument als hulpmiddel voor het BJZ ontwikkeld.

Aan de hand van de score op 45 eenvoudig te beantwoorden vragen kan een professionele hulpverlener zijn klinisch beeld van de cliënt onderbouwen. De SPsy kan gebruikt worden om psychische stoornissen te signaleren maar ook als onderdeel van een behandel-evaluatie. De SPsy kan gebruikt worden op het Bureau Jeugdzorg, de jeugd-GGZ en verwante instellingen voor jeugdzorg.

De SPsy heeft ouderversies voor kinderen van 4-11 jaar, en van 12-18 jaar en een jongerenversie voor 12-18 jarigen. Er wordt niet alleen naar problemen gevraagd, maar ook naar sterke kanten. De SPsy kan in gemiddeld 10 minuten afgenomen worden. De SPsy kan in gemiddeld 3 minuten worden verwerkt en gescoord. Het verdient aanbeveling de SPsy door tenminste twee informanten te laten invullen

De SPsy meet problemen die zijn gelegen op As-I: klinische syndromen van de DSM-IV. De SPsy geeft een score op 10 probleemschalen:

- Emotionele symptomen
- Gedragsproblemen
- Hyperactiviteit / Aandachtstekort
- Sociale problemen
- Prosociaal gedrag
- Problemen met alcohol
- Problemen met drugs
- Eetstoornissen
- Zelfdestructief gedrag
- Psychotische kenmerken

Daarnaast beschikt de SPsy over een Impact Supplement. De score op dit onderdeel is van belang om een onderscheid te kunnen maken tussen klinische en niet-klinische cases en om de invloed van moeilijkheden op het dagelijks leven vast te stellen.

De SPsy is een screeningsinstrument dat op een relatief snelle wijze een betrouwbare en valide indicatie geeft van de psychische gesteldheid van de cliënt. De genormeerde totaalscore kan gezien worden als een algemene index waarbij cliënten vergeleken worden met de landelijke populatie kinderen van 4-18 jaar.

Om tot een optimale betrouwbaarheid van de metingen te komen dient de interviewer de condities waaronder de SPsy wordt afgenomen goed in acht te nemen.

De ouderversie voor 12-18 jarigen geeft de meest betrouwbare waarden, gevolgd door de ouderversie 4-11 jarigen en de jongerenversie. De perceptie van het kind komt bij de meeste schalen voldoende tot goed overeen met die van de ouder. Bij de schalen hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en sociaal gedrag is deze overeenkomst

---

<sup>15</sup> Voor kinderen jonger dan 4 wordt in voorkomende gevallen de CBCL 1½ - 5 gehanteerd.

onvoldoende tot matig. Jongeren hebben in het algemeen moeite met het toegeven dat zij problemen hebben in het sociale verkeer. Dit is een bekend gegeven in de psychometrie.

Momenteel voert het Trimbos Instituut een implementatieonderzoek en aanvullend valideringsonderzoek (ivm toegevoegde vragen) uit. Ook zijn een handleiding en scholingsprogramma in ontwikkeling.

### **Informatie over de CBCL (Child Behavior Checklist)**

De CBCL vragenlijsten zijn ontwikkeld door Achenbach van de universiteit van Vermont in Amerika en door Verhulst en van der Ende van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC - Sophia in het Nederlands vertaald.

De *Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 6-18 jaar* (CBCL/6-18) is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over vaardigheden en gedrag van een kind. Ouders kunnen op 20 vragen over vaardigheden informatie geven over activiteiten, sociale contacten en schoolwerk. De CBCL/6-18 heeft 118 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en twee open vragen over andere problemen.

De vragen over vaardigheden vormen de drie vaardigheidsschalen: Activiteiten, Sociaal, School. Samen vormen deze de schaal Totale Vaardigheden.

De vragen over gedrag vormen de acht probleemschalen

- Teruggetrokken/Depressief,
- Lichamelijke Klachten,
- Angstig/Depressief,
- Sociale Problemen,
- Denkproblemen,
- Aandachtsproblemen,
- Normafwijkend Gedrag en
- Agressief Gedrag.

De eerste drie probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.

Een indeling van de vragen over gedrag die nauw aansluit bij het classificatiesysteem van de DSM leidt tot zogenaamde DSM-schalen. Deze zes DSM-schalen zijn:

- Affectieve Problemen
- Angstproblemen
- Lichamelijk Problemen
- Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen
- Oppositioneel-Opstandige Problemen
- Gedragsproblemen.

De indeling in probleemschalen is gebaseerd op nieuwe factoranalyses die Achenbach heeft uitgevoerd op gegevens van 4.994 kinderen in GGZ-instellingen. De indeling in DSM-schalen is gebaseerd op oordelen van internationale deskundigen op het gebied van classificatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De schalen zijn genormeerd op gegevens van een steekproef uit de Amerikaanse bevolking. Op dit moment vindt onderzoek plaats om de CBCL/6-18 te ijken voor de Nederlandse bevolking.

De *Gedragsvragenlijst voor Kinderen van 1½-5 jaar* (CBCL/1½-5) is een vragenlijst waarop ouders, andere familieleden of volwassenen die een kind goed kennen vragen kunnen beantwoorden over gedrag, moeilijkheden en goede dingen van een kind. De CBCL/1½-5 heeft 99 specifieke vragen over emotionele en gedragsproblemen en een vraag over andere problemen.

De antwoorden op de vragen tellen op tot de probleemschalen:

- Emotioneel Reagerend
- Angstig/Depressief

- Lichamelijke Klachten
- Teruggetrokken
- Slaapproblemen
- Aandachtsproblemen
- Agressief Gedrag.

De eerste vier probleemschalen vormen samen de schaal Internaliseren en de laatste twee de schaal Externaliseren. Alle vragen over gedrag opgeteld vormen de schaal Totale Problemen.

Een indeling van de vragen over gedrag die nauw aansluit bij het classificatiesysteem van de DSM leidt tot zogenaamde DSM-schalen. Deze vijf DSM-schalen zijn:

- Affectieve Problemen
- Angstproblemen
- Pervasieve Ontwikkelingsproblemen
- Aandachtstekort/Hyperactiviteitsproblemen
- Oppositioneel-Opstandige Problemen.

De indeling in probleemschalen is gebaseerd op nieuwe factoranalyses die Achenbach heeft uitgevoerd op gegevens van 1.728 kinderen in GGZ-instellingen. De indeling in DSM-schalen is gebaseerd op oordelen van internationale deskundigen op het gebied van classificatie in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De schalen zijn genormeerd op gegevens van een steekproef uit de Amerikaanse bevolking. Op dit moment vindt onderzoek plaats om de CBCL/1½-5 te ijken voor de Nederlandse bevolking.

Vergelijkbaar met de CBCL vragenlijsten, en tevens behorend tot de "ASEBA-familie", zijn de YSR (Youth Self Report for ages 11-18) en de TRF (Teachers Report Form ages 6-18).

### **Informatie over de <sup>Quick</sup>STEP**

De <sup>QUICK</sup>STEP is ontwikkeld door het NIZW en bestaat uit een viertal eenvoudige schalen waarop de verschillende aspecten van ernst van de problematiek van een jeugdige worden gescoord. Het gebruik van de <sup>QUICK</sup>STEP levert de volgende informatie op:

- een beoordeling van het *Functioneren Jeugdige*
- een globale beoordeling van de *Kwaliteit Omgeving*
- een globale indicatie van de *Zwaarte Zorg*
- een globale indicatie van de *Urgentie Zorg*

De <sup>QUICK</sup>STEP werkt structurerend en objectiverend, de afweging met betrekking tot de zwaarte van de benodigde zorg wordt ondersteund en meer transparant. De <sup>QUICK</sup>STEP kan worden ingezet in het kader van effectonderzoek.

Naar de oorspronkelijke STEP (deze is later verkort tot de <sup>QUICK</sup>STEP) is een eerste verkennend onderzoek gedaan, het instrument is niet beoordeeld in de COTAN. De eerste onderzoeksresultaten laten zien dat de interne consistentie van de schalen van de STEP redelijk tot goed te noemen is. Wel blijken de schalen hier en daar het zelfde te meten (de redundantie is dan te hoog). De dekking van de STEP is ook afdoende, het instrument past goed bij de populatie van het BJZ. Er zijn nog vragen over de (predictieve) validiteit van de STEP, het eerste onderzoek geeft slechts aanwijzingen dat de STEP meet wat hij pretendeert te meten. De komende tijd wordt nog een ijkingsonderzoek uitgevoerd.

## Bijlage 2: Toelichting op AWBZ-aanspraken

<p>☞ <b>Functie: Ondersteunende Begeleiding<sup>16</sup> (OB)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Richt zich op het handhaven van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving.</li> <li>- Meestal in verband met een beperkt regelvermogen of andere beperkingen die tot een sociaal isolement dreigen te leiden.</li> <li>- Ondersteunende begeleiding kan zich ook richten op degenen die langdurig en intensief voor een ander zorgen. Dit kan in de vorm van respijtzorg (logeren) of in de vorm van ondersteuning van de verzorger(s).</li> <li>- Nachtopvang valt onder ondersteunende begeleiding.</li> <li>- Zowel individuele begeleiding als begeleiding in groepsverband is mogelijk.</li> </ul>																										
<p>☞ <i>Omvang Ondersteunende begeleiding in uren per week</i></p> <table border="1"> <tr> <td>OB klasse 1</td> <td>0 tot 1,9 uur/wk</td> <td>Intervalbegeleiding</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 2</td> <td>2 tot 3,9 uur/wk</td> <td>Intervalbegeleiding doorgaans meerdere keren per week</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 3</td> <td>4 tot 6,9 uur/wk</td> <td>Min of meer dagelijkse begeleiding, eventueel meerdere keren per dag</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 4</td> <td>7 tot 9,9 uur/wk</td> <td>Continue begeleiding, veelal in samenhang met geclusterd wonen</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 5</td> <td>10 tot 12,9 uur/wk</td> <td>Continue begeleiding plus toezicht, met geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 6</td> <td>13 tot 15,9 uur/wk</td> <td>Continue begeleiding en toezicht, geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat met extra aandacht voor dagindeling en leefregels</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 7</td> <td>16 tot 19,9 uur/wk</td> <td>Continue, intensieve begeleiding, individueel en structuurverlenend, permanent toezicht, accent op gestructureerde dagindeling, beschermend leefklimaat</td> </tr> <tr> <td>OB klasse 8</td> <td>20 tot 24,9 uur/wk</td> <td>Continue begeleiding en bescherming, 24uurs nabij, in therapeutisch leefklimaat; gericht op ernstig probleemgedrag of ernstige psychische problematiek</td> </tr> </table>			OB klasse 1	0 tot 1,9 uur/wk	Intervalbegeleiding	OB klasse 2	2 tot 3,9 uur/wk	Intervalbegeleiding doorgaans meerdere keren per week	OB klasse 3	4 tot 6,9 uur/wk	Min of meer dagelijkse begeleiding, eventueel meerdere keren per dag	OB klasse 4	7 tot 9,9 uur/wk	Continue begeleiding, veelal in samenhang met geclusterd wonen	OB klasse 5	10 tot 12,9 uur/wk	Continue begeleiding plus toezicht, met geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat	OB klasse 6	13 tot 15,9 uur/wk	Continue begeleiding en toezicht, geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat met extra aandacht voor dagindeling en leefregels	OB klasse 7	16 tot 19,9 uur/wk	Continue, intensieve begeleiding, individueel en structuurverlenend, permanent toezicht, accent op gestructureerde dagindeling, beschermend leefklimaat	OB klasse 8	20 tot 24,9 uur/wk	Continue begeleiding en bescherming, 24uurs nabij, in therapeutisch leefklimaat; gericht op ernstig probleemgedrag of ernstige psychische problematiek
OB klasse 1	0 tot 1,9 uur/wk	Intervalbegeleiding																								
OB klasse 2	2 tot 3,9 uur/wk	Intervalbegeleiding doorgaans meerdere keren per week																								
OB klasse 3	4 tot 6,9 uur/wk	Min of meer dagelijkse begeleiding, eventueel meerdere keren per dag																								
OB klasse 4	7 tot 9,9 uur/wk	Continue begeleiding, veelal in samenhang met geclusterd wonen																								
OB klasse 5	10 tot 12,9 uur/wk	Continue begeleiding plus toezicht, met geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat																								
OB klasse 6	13 tot 15,9 uur/wk	Continue begeleiding en toezicht, geclusterd wonen, structuurbiedend klimaat met extra aandacht voor dagindeling en leefregels																								
OB klasse 7	16 tot 19,9 uur/wk	Continue, intensieve begeleiding, individueel en structuurverlenend, permanent toezicht, accent op gestructureerde dagindeling, beschermend leefklimaat																								
OB klasse 8	20 tot 24,9 uur/wk	Continue begeleiding en bescherming, 24uurs nabij, in therapeutisch leefklimaat; gericht op ernstig probleemgedrag of ernstige psychische problematiek																								
<p>☞ <i>Geldigheidsduur, leveringsvoorwaarde, leveringsvorm</i></p> <table border="1"> <tr> <td><i>Start zorg</i></td> <td>Ingangsdatum geldigheid functie OB</td> </tr> <tr> <td><i>Einde zorg</i></td> <td>Einddatum geldigheid functie OB</td> </tr> <tr> <td><i>Leveringsvoorwaarde</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. begeleiding volgens afspraak, op geplande tijden</li> <li>b. volgens afspraak + direct oproepbaar</li> <li>c. voortdurend in de nabijheid</li> <li>d. 24 uur per dag direct aanwezig</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td><i>Leveringsvorm</i></td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Zorg in Natura</li> <li>b. PGB</li> </ul> </td> </tr> </table>			<i>Start zorg</i>	Ingangsdatum geldigheid functie OB	<i>Einde zorg</i>	Einddatum geldigheid functie OB	<i>Leveringsvoorwaarde</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. begeleiding volgens afspraak, op geplande tijden</li> <li>b. volgens afspraak + direct oproepbaar</li> <li>c. voortdurend in de nabijheid</li> <li>d. 24 uur per dag direct aanwezig</li> </ul>	<i>Leveringsvorm</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Zorg in Natura</li> <li>b. PGB</li> </ul>																
<i>Start zorg</i>	Ingangsdatum geldigheid functie OB																									
<i>Einde zorg</i>	Einddatum geldigheid functie OB																									
<i>Leveringsvoorwaarde</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. begeleiding volgens afspraak, op geplande tijden</li> <li>b. volgens afspraak + direct oproepbaar</li> <li>c. voortdurend in de nabijheid</li> <li>d. 24 uur per dag direct aanwezig</li> </ul>																									
<i>Leveringsvorm</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Zorg in Natura</li> <li>b. PGB</li> </ul>																									

<sup>16</sup> Mogelijk wordt de functie Ondersteunende Begeleiding in 2007 uitgebreid met lichtere vormen uit de functie Activerende begeleiding die niet worden overgeheveld naar de ZVW.

☞ **Functie: Persoonlijke verzorging (PV)**

- Het ondersteunen bij, of overnemen van lichaamsgebonden zorg.
- Alle persoonlijke verzorging valt onder de functie.
- Hulp bij niet complex medicijngebruik valt hier eveneens onder.

☞ *Omvang Persoonlijke Verzorging in uren per week*

PV klasse 1	Gemiddeld 0 tot 1,9 uur / week
PV klasse 2	Gemiddeld 2 tot 3,9 uur / week
PV klasse 3	Gemiddeld 4 tot 6,9 uur / week
PV klasse 4	Gemiddeld 7 tot 9,9 uur / week
PV klasse 5	Gemiddeld 10 tot 12,9 uur / week
PV klasse 6	Gemiddeld 13 tot 15,9 uur / week
PV klasse 7	Gemiddeld 16 tot 19,9 uur / week
PV klasse 8	Gemiddeld 20 tot 24,9 uur / week

☞ *Geldigheidsduur, leveringsvoorwaarde, leveringsvorm*

<i>Start zorg</i>	Ingangsdatum geldigheid functie PV
<i>Einde zorg</i>	Einddatum geldigheid functie PV
<i>Leverings-voorwaarde</i>	a. verzorging volgens afspraak, op geplande tijden b. volgens afspraak + direct oproepbaar c. voortdurend in de nabijheid d. 24 uur per dag direct aanwezig
<i>Leveringsvorm</i>	a. Zorg in Natura b. PGB



☞ **Functie: Verblijf (VB-TYD en VB-LDU)**

- Het bieden van een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat of permanent toezicht.
- Voeding, schoonmaak en recreatie maken deel uit van verblijf.
- Verblijf betreft verblijf gedurende een etmaal. Indien de verzekerde minder dan een etmaal aanwezig is, is er geen sprake van verblijf.
- Verblijf kan kortdurend, intermitterend of langdurend zijn, maar altijd gekoppeld aan een andere functie.
- Ook: verblijf na het eerste jaar intramurale Geneeskundige Jeugd-GGZ.

☞ **Verblijf: kortdurend of intermitterend** (ook wel: *tijdelijk-verblijf of respijtzorg*)

- Verblijf tijdens (af en toe) een weekend of een dag door de week ter verlichting van informele zorg
- Kortdurende opname in verband met tijdelijke afwezigheid van informele verzorger(s) in de vorm van "vakantieopvang"

☞ *Omvang Verblijf-tijdelijk in (gemiddeld aantal) etmalen per week*

klasse 1	Één etmaal (24 uur)
klasse 2	Twee etmalen
klasse 3	Drie etmalen
klasse 4	Vier etmalen
klasse 5	Vijf etmalen
klasse 6	Zes etmalen
Klasse 7	Zeven etmalen

☞ *Startdatum en duur*

<i>Start zorg</i>	Ingangsdatum geldigheid functie VB-TYD
<i>Einde zorg</i>	Einddatum geldigheid functie VB-TYD
<i>Leveringsvorm</i>	c. Zorg in Natura d. PGB

☞ **Verblijf: langdurend**

- Langdurend verblijf, langer dan een jaar, primair in relatie tot psychiatrische problematiek

☞ *Omvang Verblijf-Langdurend in (gemiddeld aantal) etmalen per week*

klasse 4	Vier etmalen
klasse 5	Vijf etmalen
klasse 6	Zes etmalen
Klasse 7	Zeven etmalen

☞ *Startdatum en duur*

<i>Start zorg</i>	Ingangsdatum geldigheid functie VB-LDU
<i>Einde zorg</i>	Einddatum geldigheid functie VB-LDU