

Verkeerd verbonden

*Naar houdbare voorzieningen
in de jeugdzorg*

R.L.O. Linschoten

K.P. Goudswaard

J.A. Kamps

Taskforce invoering maatregelen
AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ

Verkeerd verbonden
Naar houdbare voorzieningen voor jeugdigen

R.L.O. Linschoten
K.P. Goudswaard
J.A. Kamps

Taskforce invoering maatregelen
AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ

15 december 2008

Inhoudsopgave

1.	Inleiding en opdracht	5
2.	AWBZ-jeugdzorg in de praktijk	7
2.1	Poorten, uitgangspunten en domeinen	7
2.2	Indicatiestelling	9
2.3	Regie	12
2.4	Aandachtspunten	13
3.	Implementatie drie maatregelen	15
3.1	Uniformering indicatiestelling	15
3.2	LVG protocol	16
3.3	GGZ indicatiestelling en PGB	17
3.4	Samenvatting fasering implementatie	19
4.	Adviezen implementatie maatregelen	21
5.	Verdere structurele verbeteringen	25
	Bijlage 1: <i>Opdracht Taskforce</i>	31
	Bijlage 2: <i>Werkwijze Taskforce</i>	33
	Bijlage 3: <i>Gesprekspartners</i>	35
	Bijlage 4: <i>Geraadpleegde documenten</i>	37
	Bijlage 5: <i>Wettelijke kaders en indicatiestelling</i>	43

1 Inleiding en opdracht

Het beroep op AWBZ-voorzieningen is in korte tijd snel toegenomen. Ook jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en / of langdurige psychiatrische problematiek maken in toenemende mate gebruik van AWBZ-gefinancierde voorzieningen. Deze constatering bracht het kabinet tot de pakketmaatregelen waardoor beoogd wordt de houdbaarheid van de voorzieningen te verbeteren. Uitgangspunt is dat AWBZ-voorzieningen uitsluitend worden verstrekt aan mensen met ernstige beperkingen, die zich zelf zonder die voorzieningen niet kunnen redden.

De vraag is wat nodig is om de kabinetsmaatregelen op een zodanige wijze te implementeren dat ze het beoogde effect sorteren. Een doelmatige uitvoering van de AWBZ houdt in ieder geval in dat alle indicatiestellers dezelfde systematiek hanteren, zodat geen 'onbedoelde en dus ongewenste' aanspraken kunnen ontstaan. Dit is geen vanzelfsprekende zaak. Zowel het Centraal Indicatie-orgaan Zorgvoorzieningen (CIZ) als de bureaus jeugdzorg spelen een rol bij de toegang tot AWBZ-voorzieningen.

Tegen deze achtergrond hebben de staatssecretaris van VWS en de minister van Jeugd en Gezin een onafhankelijke Taskforce ingesteld die adviseert over de vraag hoe overlappende aanspraken kunnen worden voorkomen. De Taskforce richtte zich op drie specifieke maatregelen, te weten:

1. Instellen protocol licht verstandelijk gehandicapten om beter te kunnen vaststellen welke hulpvragen in de AWBZ horen en welke niet;
2. Uniformeren van de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg, zo mogelijk door de AWBZ-beleidsregels van toepassing te verklaren op de indicaties van de bureaus jeugdzorg voor AWBZ-zorg; en
3. Aanscherpen van het begrip 'psychiatrische aanpak' in de Wet op de jeugdzorg. De vraag hierbij is of deze aanscherping noodzakelijk is. Het doel is om te verduidelijken wat 'al dan niet in de AWBZ thuishoort' en na te gaan of toepassing van de hierboven beschreven twee maatregelen een eventuele aanpassing van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg overbodig maken.

Deze drie maatregelen hebben betrekking op het snijvlak van jeugdzorg, jeugd LVG en jeugd GGZ. De Taskforce beziet de maatregelen ook in de bredere context om van daaruit voorstellen te doen voor verdere structurele verbeteringen.

De volledige opdrachtformulering voor de Taskforce is opgenomen in bijlage 1. De Taskforce bestond uit de heren R.L.O. Linschoten (voorzitter), K.P. Goudswaard en J.A. Kamps. De Taskforce werd bijgestaan door de heren J.A.H. Baecke en D.J.J. Kroon van BMC. Vanuit de Ministeries werd de Taskforce ondersteund door mevr. C.M.A. Kleijwegt-de Wit (VWS), mevr. J.F. Huiden-Timmer (Jeugd en Gezin) en de heer R. van Herk (Jeugd en Gezin). De Taskforce dankt de vele gesprekspartners die op een constructieve manier aan de totstandkoming van dit advies hebben bijgedragen. Voor de door de Taskforce gevolgde werkwijze, lijst met gesprekspartners en geraadpleegde documenten wordt verwezen naar bijlage 2 t/m 4.

2 AWBZ-jeugdzorg in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt de praktijk van de toegang tot AWBZ-zorg voor jeugdigen beschreven zoals die in de gesprekken met professionals uit de zorg, de financiers van de zorg en met de cliënten- en belangenorganisaties naar voren is gekomen. Deze gesprekken waren zonder uitzondering constructief. De Taskforce constateert dat de lijn, om de AWBZ te beperken tot chronische, langdurige en onverzekerbare zorg, conform het SER advies (2008) wordt onderschreven. De vaak al eerder geconstateerde knelpunten moeten nu structureel worden aangepakt. Het heeft in het verleden echter aan regie ontbroken. De tijdsdruk is nu groot, omdat noodzakelijke randvoorwaarden die nodig zijn om de maatregelen effectief te kunnen invoeren, in korte tijd moeten worden ingevoerd.

2.1 Poorten en uitgangspunten

Verschillende poorten

De toegang tot AWBZ-voorzieningen wordt door het CIZ en de bureaus jeugdzorg verleend. In bijlage 5 wordt een korte samenvatting gegeven van relevante onderdelen van wettelijke kaders en indicatiestelling. Het CIZ indiceert kinderen en jeugdige cliënten met de grondslag LVG (licht verstandelijk gehandicapt). Deze jeugdigen hebben een IQ tussen 50 en 85, gecombineerd met een beperkt sociaal aanpassingsvermogen, waarvan de problematiek chronisch is. De bureaus jeugdzorg hebben als hoofdtaak de indicatiestelling voor zorg voor jeugdigen met ernstige opvoed- / opgroei-problemen. Zij hebben echter ook de taak indicaties af te geven voor AWBZ-gefinancierde hulp voor jeugdigen met langdurige GGZ-problematiek. Bij deze tweede groep gaat het onder andere om de functie begeleiding. Deze cliënten, i.c. de ouders, kiezen hierbij vaak voor een persoonsgebonden budget (PGB), waarmee de begeleiding wordt bekostigd.

Uit de gesprekken blijkt dat dit systeem van indicatiestelling met twee verschillende poorten niet goed werkt. Het gaat bij deze jeugdigen om de beoordeling van vaak complexe (gezins-)situaties waarin een grote diversiteit aan factoren een rol speelt. Doordat vaak sprake is van meervoudige problematiek hebben indicatiestellers daarbij te maken met verschillende wettelijke kaders en regimes.

De indeling in de diverse categorieën van hulpvragers is niet waterdicht. Er is ruimte voor verschillende interpretaties van de problematiek en de daarvoor noodzakelijke hulp. Dit is met name het geval bij de groep jeugdigen met meervoudige problematiek die bij de bureaus jeugdzorg aankloppen; zij hebben bijvoorbeeld een laag IQ, (mede daardoor) problemen in het gezin en op school, en mogelijk zelfs een psychiatrisch probleem. De keuze voor de AWBZ-kolom, de jeugdzorg-kolom en / of Zorgverzekeringswet (Zvw) is in voorkomende gevallen niet op basis van elkaar uitsluitende gronden te maken. De uiteindelijke keuze is afhankelijk van meerdere factoren. Het gaat bij deze factoren niet alleen om verschillen in de interpretatie van regels, maar bijvoorbeeld ook om de beschikbaarheid van een bepaald zorgaanbod of het al dan niet bestaan van wachtlijsten. Ook de beschikbaarheid van budget in een bepaalde kolom (of juist het ontbreken daarvan) kan bepalend zijn voor de uiteindelijke keuze van de indicatiesteller. Dit geldt in het bijzonder voor de bureaus jeugdzorg die indiceren voor zorg die in een andere kolom op open einde basis wordt gefinancierd (AWBZ).

Indicatiestellers moeten vaak aan het begin van het indicatiestellingsproces beslissingen nemen die inhoudelijk gezien op dat moment nog moeilijk, maar wel noodzakelijk zijn, omdat keuzes gemaakt moeten worden tussen de verschillende financieringskolommen om in aanmerking te komen voor hulp. Dit kan in de praktijk een serieus spanningsveld opleveren.

Verschillende uitgangspunten

Zowel de AWBZ als de Wet op de jeugdzorg bieden 'recht op zorg'. Binnen de AWBZ moet sprake zijn van een grondslag op basis van een 'beperking of handicap'. Binnen de Wet op de jeugdzorg betreft de grondslag 'opvoed- en / of opgroei problemen'.

De procedures voor indicatiestelling bij de bureaus jeugdzorg verschillen zowel inhoudelijk als procedureel van die bij het CIZ. Bij de indicatiestelling zoals bedoeld in de Wet op de jeugdzorg gaat het altijd om de beoordeling van het individu en het gezinssysteem. De bureaus jeugdzorg benaderen hun cliënten vanuit het brede perspectief van de context en het functioneren van de jeugdige daarbinnen. De indicatiestelling gebeurt niet vanaf papier, maar is in de praktijk vaak gekoppeld aan een onderzoek en aan een eerste aanzet tot een zorgplan. Het gaat om het brede en complexe terrein

van opvoeden en opgroeien, waarbij ook de draaglast en draagkracht van de ouders – indien aanwezig – een belangrijke rol speelt. Het accent ligt niet zozeer op de vraag ‘heeft de klant recht op zorg’, maar op de vraag ‘welke zorg is voor deze klant het meest geschikt?’. Wanneer het om een hulpvraag in het kader van een aanvraag voor AWBZ-zorg gaat, handelt een indicatiesteller van bureau jeugdzorg op dezelfde wijze.

Het CIZ indiceert alleen ten behoeve van aanvragen voor AWBZ-zorg.

Beoordeling vindt hoofdzakelijk plaats op basis van een dossier. De vraag of de aanspraak geldig is, heeft primair betrekking op de aanwezigheid van een grondslag, een vast te stellen beperking of handicap van het individuele kind. De indicatiestelling door het CIZ heeft het karakter van een claim-beoordeling. Bij indicatiestelling door bureau jeugdzorg wordt bij het indicatieproces ondersteuning geboden bij het verduidelijken van de hulpvraag van de cliënt en daarna bij de toeleiding tot zorg (casemanagement).

2.2 Indicatiestelling

Uniformering

Voor de toegang tot de AWBZ is een uniforme toepassing van de beleidsregels een belangrijke vereiste. Het CIZ is één (landelijke) organisatie die centraal wordt aangestuurd. De primaire taak is onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling binnen het kader van de AWBZ. Daarvoor is één landelijke, uniforme indicatiestellingprocedure ontwikkeld. Dit wil overigens nog niet zeggen dat de procedures overal op dezelfde wijze worden toegepast, al wordt daar concreet aan gewerkt. Bij indicatiestellingen voor jeugdigen betekent ‘integraal’ veelal dat het gaat om zorg vanuit meer dan één kolom.

De 15 bureaus jeugdzorg (12 provincies en 3 stadsregio's), die de indicatiestelling uitvoeren in het kader van de Wet op de jeugdzorg, doen dit binnen de grenzen die worden gesteld door een landelijk (en daarop afgestemd provinciaal) beleidskader. Om te kunnen inspelen op de regionale situatie hebben de bureaus jeugdzorg ook ruimte voor het maken van eigen keuzes. De keerzijde van deze uitvoeringsvrijheid is dat dit leidt tot een niet geheel uniforme uitvoeringspraktijk. Bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg voor jeugdigen met langdurige GGZ-problematiek is het AWBZ-regime van toepassing. Indiciestellers bij bureaus jeugdzorg zijn aldus niet vertrouwd met dergelijke strakke regimes.

Een ander belangrijk punt bij uniformering heeft betrekking op de toepasbaarheid van de AWBZ-beleidsregels voor jeugdigen. Deze beleidsregels zijn oorspronkelijk opgesteld ten behoeve van de AWBZ-volwassenenzorg. De directe bruikbaarheid van de nieuwe beleidsregels AWBZ voor kinderen en jeugdigen is te betwijfelen. De belangrijkste redenen hiervoor zijn dat bij kinderen zelden sprake is van een statische situatie en dat de behoefte aan hulp in sterke mate afhankelijk is van de draaglast en draagkracht van het gezin en de verdere omgeving.

Toegang tot de LVG

Met het van kracht worden van de Wet op de jeugdzorg was het de bedoeling dat de indicatiestelling voor de LVG-doelgroep zou gaan verlopen via de bureaus jeugdzorg, maar dit is in de praktijk niet gerealiseerd. Ongeveer 15 procent van de jeugdigen met LVG-problematiek die thans in aanmerking komt voor een indicatie voor AWBZ-zorg meldt zich eerst bij bureaus jeugdzorg. De meeste cliënten komen via MEE rechtstreeks bij het CIZ.

Ten behoeve van de indicatiestelling voor deze groep is het 'Protocol voor indicatiestelling jeugdigen met een licht verstandelijke beperking' (Van der Zijden e.a., 2007) ontwikkeld. Met behulp van dit protocol kan worden vastgesteld of een jeugdige al dan niet tot de doelgroep LVG-jeugdigen behoort. Het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA) is een essentieel onderdeel in dit protocol. Bij een lager sociaal aanpassingsvermogen is LVG zorg aangewezen en bij hoger sociaal aanpassingsvermogen ligt jeugdzorg eerder voor de hand. Het NJi is op dit moment nog bezig met toetsing van de betrouwbaarheid en validiteit van dit instrument.

GGZ problematiek

Cliënten met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek worden in de meeste gevallen door de huisarts verwezen naar de jeugd-GGZ voor diagnostiek en behandeling. Deze op genezing gerichte zorg valt binnen het kader van de Zvw. Ook bureaus jeugdzorg kunnen in dit kader verwijzen naar de jeugd-GGZ.

De toegang voor jeugdigen met langdurige GGZ-problematiek tot de AWBZ loopt via de bureaus jeugdzorg. Voor de indicatiestellingprocedure is in opdracht van het IPO een apart protocol ontwikkeld (Van der Zijden & Diephuis, 2006). Dit protocol is landelijk ingevoerd. De bureaus jeugdzorg hanteren bij indicatiestelling de daarbij behorende regels echter nog niet uniform.

Veel ouders gaan op aanraden van de zorginstelling waar hun jeugdige in behandeling is of was naar bureau jeugdzorg voor een indicatie voor begeleiding. Ouders kiezen daarbij vaak voor een PGB, omdat de functie begeleiding bij GGZ-instellingen nauwelijks verkrijgbaar is in zorg in natura. Uit onderzoek van het ITS bleek dat 67% van de groep cliënten met een PGB dit heeft aangevraagd na advies van de zorginstelling waar men in behandeling was geweest. Vaak waren het overigens ook familie of vrienden/bekenden die ouders wezen op het PGB. In toenemende mate zijn het bovendien particuliere bureaus die cliënten adviseren bij de aanvraag van het PGB (toename in 2007 met 17%; ITS, 2008).

Wanneer cliënten een PGB 'opeisen' vanwege de aanwezigheid van de grondslag 'psychiatrische aandoening' is er (nog) geen sprake van een koppeling met een zorgplan. Ook al kent de indicatiesteller een passend alternatief in zorg in natura, dan wordt een dergelijke vraag door bureaus jeugdzorg op basis van de grondslag vrijwel altijd gehonoreerd. Gevolg van deze handelswijze is dat zorgaanbieders niet gestimuleerd worden een adequaat zorgaanbod te ontwikkelen voor de functie begeleiding en dat uit het oogpunt van kwaliteit sprake is van een suboptimale situatie. Bovendien wordt de trend van toenemende medicalisering hierdoor versterkt en worden cliënten afhankelijker van zorg.

AWBZ, onderwijs en Wmo

Wanneer kinderen problemen hebben in de sociaal-emotionele of psychische ontwikkeling, dan wordt dat vaak (buiten het gezin) voor het eerst manifest op school.

Als het vervolgens om relatief lichte problemen lijkt te gaan, is het de bedoeling dat binnen de gemeente waar de jeugdige woont, bekeken wordt welke (lichte) vormen van hulpverlening kunnen worden ingezet. Deze hulp wordt door de gemeente gefinancierd (bijvoorbeeld uit de Wmo).

Bij ernstige en langdurige problemen waarvoor speciale zorg nodig is, komen bureau jeugdzorg, CIZ, MEE, een Regionaal Expertisecentrum voor speciaal onderwijs (REC) en / of een zorgaanbieder in beeld. Als speciale zorg op het gebied van opvoed- / opgroei-problematiek of leerproblemen nodig is, dienen verschillende indicatietrajecten te worden gestart.

De indicatietrajecten voor zorg en speciaal onderwijs staan in veel regio's los van elkaar. Met de invoering van het Kader Integraal Indiceren (2007) willen de verschillende overheden daar verandering in aanbrengen. Dit kader is speciaal ontwikkeld om ouders en kinderen te ondersteunen bij het krijgen van indicaties voor jeugdzorg, AWBZ-zorg en / of speciaal onderwijs. Bedoeling is om de problematiek vanuit meerdere perspectieven te beoordelen en vanuit een breed perspectief te kijken naar integrale oplossingen voor zorg en onderwijs. De opzet is dat ouders maar naar één loket hoeven en basisinformatie maar één keer moeten aanleveren en door één begeleider kunnen worden geholpen.

Veranderingen in de AWBZ hebben uiteraard gevolgen voor andere domeinen van waaruit zorg wordt geboden. Vaak werd in de gesprekken de metafoor van het waterbed gebruikt. Zo is gewezen op de mogelijke gevolgen voor het beroep op de Wmo en de jeugdzorg. In dit advies van de Taskforce wordt verder niet ingegaan op de problematiek van het integraal indiceren tussen de velden zorg en onderwijs.

2.3 Regie op het snijvlak

Ondanks het feit dat het bij de beoogde maatregelen voor de doelgroep jeugd om een betrekkelijk klein onderdeel van de uitvoering van de AWBZ gaat, zijn er veel partijen bij betrokken. De posities en rollen van die partijen zijn niet altijd duidelijk, en 'het samenspel' verloopt vaak niet soepel. Het zijn bovendien partijen van verschillende 'statuur', er zijn twee verschillende overheden (Rijk en provincie), 'instanties' als NZa, CVZ, CIZ, en bureaus jeugdzorg al dan niet met eigen bestuurlijke vrijheden, en verder willen brancheorganisaties, belangenorganisaties en financiers ook hun invloed uitoefenen. Wat opvalt is dat er geen partij is aan te wijzen die aantoonbaar de 'lead' heeft in het gehele proces. Niet duidelijk is wie probleem eigenaar is. In de praktijk klinkt de behoefte aan regie en aan leiding in het proces door. Er is een tweetal voorbeelden die het gebrek aan regie goed illustreren. De voorbeelden hebben betrekking op het implementeren van een digitale koppeling tussen de registratiesystemen van bureaus jeugdzorg en zorgkantoren en op de wijze waarop tot nu toe de GGZ indicatiestelling wordt uitgevoerd door bureaus jeugdzorg.

De digitale koppeling tussen het registratiesysteem van bureaus jeugdzorg (IJ) en het registratiesysteem in de AWBZ (AZR) is nog niet gerealiseerd, hoewel dit technisch gezien goed mogelijk is en qua kosten te overzien. Alle partijen zijn hiervan op de hoogte, maar omdat het ontbreekt aan regie is dit nog niet gerealiseerd. Gevolg is dat de gegevensuitwisseling tussen bureaus jeugdzorg en zorgkantoren meestal nog op papier plaatsvindt en in sommige situaties Excelbestanden worden gemaïld. De 'retourmelding' waarmee het zorgkantoor aan de indicatiesteller laat weten of er een 'match' is tussen zorgvrager en -aanbieder kan niet worden gedaan. Dit is belangrijke informatie, omdat daarmee wordt aangegeven of het bureau jeugdzorg klaar is of opnieuw in actie moet komen. Het gevolg van deze werkwijze is dat ondoelmatig wordt gewerkt. Bovendien kan noodzakelijke beleids- en sturingsinformatie niet tijdig worden geleverd. Het ontbreken van deze koppeling tussen IJ en AZR is ook een belangrijke reden dat er nu geen zicht is op de mogelijke effecten van de voorgestelde maatregelen op het aantal te verwachten PGB's.

Het tweede voorbeeld waaruit blijkt dat sprake is van onvoldoende regie betreft de huidige praktijk bij GGZ-indicatiestelling door bureaus jeugdzorg. Kennis van de AWBZ-beleidsregels bij de medewerkers van de bureaus jeugdzorg is tot nu toe doorgaans onvoldoende geweest doordat het (landelijk) ontbrak aan een heldere doorvertaling van deze beleidsregels naar de doelgroep jeugdigen en er te weinig afstemming was tussen bureaus jeugdzorg om tot uniforme werkinstructies te komen. Daarnaast vraagt de indicatiestelling op het terrein van de GGZ ook specifieke deskundigheid bij bureaus jeugdzorg. Deze deskundigheid is bij bureaus jeugdzorg vaak maar in beperkte mate voorhanden geweest of wordt ingehuurd bij GGZ-zorgaanbieders. De aandacht die nu bij de nieuwe beleidsregels gevraagd wordt voor een goede borging van de toepassing van de regels kan gezien worden als een nieuwe kans om orde op zaken te stellen.

2.4 Aandachtspunten

Op basis van de waargenomen praktijksituatie acht de Taskforce voor een succesvolle implementatie van de voorgestelde maatregelen de volgende aandachtspunten belangrijk:

- AWBZ-beleidsregels vinden hun basis vooral in de volwassenenzorg. Belangrijk is om oog te hebben voor een bruikbare doorvertaling van deze beleidsregels naar de doelgroep jeugdigen.

- De maatregelen spelen vooral bij jeugdigen met meervoudige problematiek. Een meer integrale benadering van indicatiestelling is hierbij gewenst. Dit zou vanuit het cliëntenperspectief duidelijke winst betekenen.
- Het is voor indicatiestellers ‘aan de voorkant’ niet eenvoudig om keuzes te maken, omdat ze werken binnen een complex stelsel van diverse wetten en financieringskolommen en de grenzen nu eenmaal niet altijd duidelijk zijn.
- Voor bureaus jeugdzorg is het zorgen voor hulp een belangrijk uitgangspunt. Dit vergroot de kans dat indicatiestellers schuiven met grondslagen om cliënten sneller voor hulp in aanmerking te kunnen laten komen (second best oplossingen).
- De Taskforce ziet meerdere bezwaren bij PGB's, namelijk: a) toekenning vindt min of meer automatisch plaats; dit kan bijdragen aan medicalisering; b) in vergelijking met zorg in natura is er bij PGB's weinig zicht op de kwaliteit; en c) zorgaanbieders worden niet uitgedaagd om een passend aanbod te ontwikkelen.
- Waar het gaat om AWBZ-indicatiestellingen voor jeugdigen ontbreekt het aan landelijke regie. Er is geen eenduidige probleemeigenaar. Dit is een belangrijke faalfactor voor de implementatie.
- Gezien de snelheid waarmee de maatregelen worden doorgevoerd in combinatie met de door de Taskforce waargenomen verschillende startposities van bureaus jeugdzorg en CIZ is aandacht voor een zorgvuldige implementatie belangrijk.
- De Taskforce constateert dat om op het snijvlak van jeugdzorg, jeugd-GGZ en jeugd-LVG tot substantiële verbeteringen te komen meer nodig is dan de drie maatregelen. De Taskforce zal in hoofdstuk 5 nader hierop ingaan.

3 Implementatie drie maatregelen

3.1 Uniformering indicatiestelling

De vertaling van de AWBZ-beleidsregels in definities en werkinstructies is door het CIZ gemaakt. De werkinstructies geven de medewerkers van het CIZ heldere kaders voor de uitvoering van hun werk. De bureaus jeugdzorg zijn onvoldoende betrokken geweest bij de totstandkoming van deze definities en werkinstructies. Hierdoor zijn de werkinstructies en het belangrijke B-formulier niet voldoende toegespitst op de situatie van jeugdigen met problemen en hun gezin.

De werkwijze van het CIZ werkt goed voor cliënten met handicaps of beperkingen, echter, opvoed- en opgroeiproblematiek laat zich moeilijker vangen in de gekozen systematiek. Bureaus jeugdzorg trachten voor het einde van 2008 de vertaling hiervan naar de doelgroep jeugdigen gereed te hebben. De Taskforce is van mening dat de instanties die gaan over de toegang tot de AWBZ zich moeten conformeren aan het daarvoor geldende regime, maar er wordt wel vanuit gegaan dat het regime toepasbaar is op de betreffende doelgroep.

In het Landelijk Beleidskader Jeugdzorg is opgenomen dat toepassing van de AWBZ beleidsregels voor bureaus jeugdzorg per 1 januari 2009 verplicht is. De Taskforce is van mening dat het voor een landelijk uniforme werkwijze niet voldoende is om te beschikken over gezamenlijke beleidsregels, maar dat centraal ook bindende afspraken moeten worden gemaakt over het op uniforme wijze toepassen van werkinstructies. Dit hoort bij de toepassing van het AWBZ-regime. Voor het CIZ is dit als één landelijke organisatie gemakkelijker te realiseren dan voor de 15 bureaus jeugdzorg. Voor de bureaus jeugdzorg is dit een belangrijke conditie om naar het AWBZ-domein te kunnen indiceren.

Bureau jeugdzorg moet over de indicatiebesluiten met betrekking tot de AWBZ communiceren met zorgkantoren. Dit gebeurt tot nu toe veelal op papier. Een digitale koppeling, zoals die bestaat tussen het registratiesysteem van het CIZ (Gino) en AZR, is tussen het registratiesysteem van BJZ (IJ) en AZR nog niet tot stand gebracht. Uit een haalbaarheidsstudie is gebleken dat de koppeling tussen IJ en AZR technisch mogelijk is, dat dit

in een tijdsbestek van 9 maanden is te realiseren en dat de kosten hiervan (landelijk) circa € 260.000,- bedragen (HHM & Partners in Jeugdbeleid, 2008). De Taskforce is van mening dat aan de implementatie van deze koppeling hoge prioriteit dient te worden gegeven en adviseert om direct te starten met de koppeling tussen IJ en AZR. Naar verwachting kan dit dan in oktober 2009 volledig operationeel zijn.

3.2 LVG-protocol

In de Wet op de jeugdzorg is voorzien dat de indicatiestelling voor jeugd LVG verloopt via bureaus jeugdzorg. Bij veel jeugdige LVG-cliënten is sprake van meervoudige problematiek. Door de toegang te laten verlopen via bureaus jeugdzorg kan gebruik gemaakt worden van een meer integrale benadering. Tot nu toe is dit echter nog niet gerealiseerd en verloopt de indicatiestelling voor jeugd-LVG via CIZ.

In de beleidsregels indicatiestelling AWBZ wordt aangegeven dat 'als er sprake is van ernstige en chronische beperkingen in de sociale redzaamheid, leerproblemen en / of gedragsproblemen, een IQ score tussen 70 en 85 eveneens mag worden opgevat als een licht verstandelijke handicap. In dat geval kan het CIZ een verzekerde als zodanig ook onder de grondslag verstandelijke handicap indiceren voor AWBZ-zorg'.

Het voorgaande betekent dat in de IQ-range van 70 - 85 ook bureaus jeugdzorg kunnen indiceren voor jeugdzorg. In het protocol LVG wordt het voorstel gedaan om in deze IQ-range voor de keuze tussen jeugdzorg en AWBZ naast het IQ ook gebruik te maken van het criterium sociaal aanpassingsvermogen. De classificatie uit het protocol LVG ziet er als volgt uit:

- IQ > 85 naar jeugdzorg
- IQ 70 – 85 en hoger sociaal aanpassingsvermogen naar jeugdzorg
- IQ 70 – 85 en lager sociaal aanpassingsvermogen naar jeugd LVG
- IQ < 70 naar jeugd-VG

Onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid van het instrument voor beoordeling van het sociaal aanpassingsvermogen (BSA) vindt op dit moment nog plaats door het Nji. Er dient bij de implementatie van het protocol dus rekening mee gehouden te worden dat op een later moment nog een definitieve versie van de BSA beschikbaar komt.

Invoeren van het protocol LVG is nog niet de ideale oplossing voor het probleem dat het moeilijk is om bij meervoudige problematiek aan de voorkant een perfecte keuze te maken voor de gewenste kolom. Dit vergt langere observatie en diepgaander onderzoek bij cliënten. De Taskforce is van oordeel dat de oplossing hiervoor niet ligt in het trachten instrumenten aan de voorkant nog verder te verfijnen, maar gezocht moet worden in het eventueel samenvoegen van domeinen (financieringsbronnen) wat betreft de zorg voor jeugdigen (zie hoofdstuk 5).

3.3 GGZ indicatiestelling

De behoefte om het begrip psychiatrische aanpak aan te scherpen spitst zich in de praktijk toe op de doelgroep jeugdigen die voor de functie begeleiding op grond van een AWBZ-indicatie in aanmerking komt.

Het betreft vooral jeugdigen met langdurige GGZ-problematiek, zoals autisme spectrumstoornissen (ASS), AD(H)D en meervoudige complexe gedragsstoornissen. Veel van deze jeugdigen zijn in behandeling geweest bij een GGZ-instelling. In de regel wordt een jeugdige bij een vermoeden van een psychiatrische stoornis verwezen naar de jeugd-GGZ. De huisarts, een andere medisch specialist of een bureau jeugdzorg is daarbij de verwijzer. De instelling voor jeugd-GGZ waar de jeugdige wordt aangemeld, adviseert op basis van de aanmelding- en intakegegevens of een diagnostisch traject en eventueel behandeling nodig is. Deze behandeling wordt vergoed op basis van de Zvw.

De weg om via bureau jeugdzorg in aanmerking te komen voor de functie begeleiding vanuit de AWBZ begint als geconstateerd wordt dat de 'psychosociale, psychische of gedragsproblemen hun oorzaak vinden of mede vinden in een psychiatrische aandoening van een jeugdige die zodanig van aard is dat een psychiatrische aanpak van problemen noodzakelijk is' (Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg: artikel 3 lid 2 onderdeel b). In de praktijk wordt ervaren dat de toevoeging van het begrip 'psychiatrische aanpak' geen meerwaarde heeft voor het vaststellen van de grondslag 'psychiatrische aandoening' (MOgroep, 2008). Het 'Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met Psychiatrische problematiek' (2006), dat bedoeld is als leidraad voor indicatiestelling door bureaus jeugdzorg op het terrein van jeugd GGZ, biedt hiervoor ook geen verdere houvast.

Belangrijk in dit verband is erop te wijzen dat de Wet op de jeugdzorg geen recht op GGZ vestigt. Dat kan alleen gevestigd worden op grond van wet- en regelgeving AWBZ / Zvw. Artikel 3, lid 2 in de Wet op de jeugdzorg is alleen een verkeersregelaar en regelt alleen of verdere analyses gedaan moeten worden richting het jeugdzorg regime of richting het AWBZ-regime. Met andere woorden indien verwacht wordt dat gezien de aard en ernst van problematiek een indicatiebesluit voor jeugd-GGZ gewenst is, zullen de bureaus jeugdzorg de AWBZ-beleidsregels moeten hanteren dan wel verwijzen naar de Zvw.

In de AWBZ-beleidsregels wordt het begrip 'psychiatrische aanpak' als zodanig niet gehanteerd. GGZ-experts geven daarnaast aan, dat het formuleren van criteria om te bepalen of een 'psychiatrische aanpak' al dan niet geïndiceerd is, praktisch gezien niet is te realiseren.

Op basis van het voorgaande komt de Taskforce tot de conclusie dat 'aanscherping van het begrip psychiatrische aanpak', zoals bedoeld in één van de voorgestelde AWBZ-maatregelen niet de weg is om tot een verdere verbetering en uniformering van indicatiestelling voor jeugd-GGZ door bureaus jeugdzorg te komen.

Bureaus jeugdzorg hebben in het kader van jeugd-GGZ vooral te maken met indicatiestellingen voor de functie begeleiding. Het indiceren voor verblijf langer dan één jaar (voor jeugdigen met chronische problematiek) betreft slechts een relatief beperkt aantal cliënten op jaarbasis. De DSM IV classificatie alleen biedt bureaus jeugdzorg te weinig houvast voor een weloverwogen indicatiestelling voor de functie begeleiding. Voor indicatiestelling voor de functie begeleiding is het bijvoorbeeld belangrijk te weten in welke mate iemand belemmerd wordt in zijn functioneren door de betreffende psychiatrische stoornis. Een instrument als 'Children Global Assessment Scale' (CGAS; een variant van de GAF voor jeugdigen) zou hiervoor geschikt moeten zijn. Dit instrument is echter niet valide gebleken.

Bij de indicatiestelling ten behoeve van volwassenen die op basis van de grondslag GGZ aanspraak maken op AWBZ-zorg, maakt het CIZ gebruik van een 'beschrijvende diagnose'. Deze wordt door BIG-geregistreerde professionals opgesteld. De Taskforce adviseert om ook voor jeugdigen met langdurige GGZ-problematiek de beschrijvende diagnose op te nemen in de procedure voor de indicatiestelling van bureaus jeugdzorg. Wanneer jeug-

digen in de GGZ in behandeling zijn geweest, dan is vaak een beschrijvende diagnose aanwezig. Wanneer een jeugdige met een psychiatrische stoornis echter (nog) niet in behandeling is geweest, zal de beschrijvende diagnose alsnog opgesteld moeten worden door een BIG-geregistreeerde professional. Bij jeugdigen bevat deze beschrijvende diagnose gegevens over de ziektegeschiedenis, gezinssituatie, het functioneren op school en de omgang met andere kinderen (GGZ Nederland / Per Saldo, 2008).

Het voordeel van de hierboven genoemde aanpak is dat de aanvraag voor de functie begeleiding door bureaus jeugdzorg meer integraal kan worden beoordeeld. Tot nu toe is de indicatiestelling voor deze functie een tamelijk geïsoleerde procedure, omdat ouders specifiek vragen om een PGB en niet komen voor advies. Een inhoudelijke afweging wordt vaak niet eens gevraagd. Het hanteren van de beschrijvende diagnose bij indicatiestelling betekent tevens dat onbedoeld gebruik van een PGB beter kan worden voorkomen.

Gevolg van de hier voorgestelde procedure is dat het hebben van een psychiatrische stoornis niet automatisch leidt tot een positief indicatiebesluit voor de functie begeleiding. Tot nu toe is dit automatisme bij veel bureaus jeugdzorg door het ontbreken van heldere richtlijnen en gegevens wel vaak de praktijk geweest.

3.4 Samenvatting fasering implementatie

De wijzigingen die in het kader van de drie maatregelen door het CIZ dienen te worden doorgevoerd kunnen grotendeels per 1 januari 2009 zijn gerealiseerd. Dit blijft derhalve hier buiten beschouwing. Dit laat onverlet dat monitoren in alle regio's ook voor CIZ noodzakelijk is, omdat op dit moment landelijk ook nog geen sprake is van een uniforme werkwijze.

In de hierop volgende tabel wordt de fasering van de implementatie van de maatregelen voor de bureaus jeugdzorg samengevat. De belangrijkste kritische succesfactoren bij de afzonderlijke maatregelen zijn:

- Het bij de uniformering van de indicatiestelling volgens de AWBZ-beleidsregels opstellen van bij jeugdigen hanteerbare werkinstructies;
- Het hanteren van het BSA instrument (naast IQ) voor het vaststellen van de gewenste zorgkolom bij LVG-problematiek;

- Het systematisch aanleveren door GGZ-professionals van beschrijvende diagnoses voor GGZ-indicatiestelling en het interpreteren van deze diagnoses door de indicatiestellers van bureaus jeugdzorg.

Tabel: Fasering realisatie pakketmaatregelen voor bureaus jeugdzorg

Fase	Uniformering indicatiestelling*	LVG protocol	Beschrijvende diagnose
Beleidsregels	Oktober 2008	Juni 2007	Oktober 2008
Definities en criteria	Oktober 2008	Juni 2007	December 2008
Werkinstructies	December 2008	December 2008	December 2008
Training	Maart 2009	Maart 2009	Maart 2009

*) de hierbij behorende koppeling tussen IJ – AZR kan in oktober 2009 operationeel zijn.

Wat betreft de implementatie van de maatregelen is de hoofdconclusie van de Taskforce dat er per 1 januari 2009 voor alle drie de maatregelen duidelijkheid bestaat over de werkwijzen in de vorm van werkinstructies. De trainingen van medewerkers bij bureaus jeugdzorg met betrekking tot de drie maatregelen kunnen in het eerste kwartaal van 2009 worden afgerond.

4 Adviezen implementatie maatregelen

In dit hoofdstuk worden de door Taskforce geformuleerde adviezen bij de drie maatregelen gepresenteerd. Per advies wordt hierbij vermeld welke directies van het ministeries van VWS en Jeugd en Gezin betrokken zijn. Onderscheiden worden: curatieve zorg (CZ), jeugdzorg (JZ) en langdurige zorg (LZ). Het voorstel is dat steeds de eerstgenoemde directie de leiding neemt.

- **Uniformiteit (LZ / JZ)**

Bureaus jeugdzorg dienen op basis van het Landelijk Beleidskader Jeugdzorg vanaf 1 januari 2009 de AWBZ-beleidsregels van het Ministerie van VWS toe te passen. Landelijke afspraken over AWBZ-beleidsregels zijn echter nog geen garantie voor een uniforme werkwijze. De praktijk wordt gedomineerd door de werkinstructies en de daarbij behorende definities en criteria.

De Taskforce adviseert om over de werkinstructies tussen CIZ en bureaus jeugdzorg en bureaus jeugdzorg onderling landelijk bindende afspraken te maken. Alleen zo ontstaan garanties dat sprake wordt van één begripkader, één uniforme werkwijze en één landelijke gegevensopbouw voor AWBZ-indicatiestellingen. Door middel van een AMvB bij de AWBZ kan desgewenst worden geregeld dat bewindslieden afspraken over de uniformering AWBZ-indicatiestellingen kunnen afdwingen.

CIZ dient aan de AWBZ-pakketbeheerder CVZ advies te vragen als het niet tegemoet wil komen aan een bezwaar tegen een indicatiebesluit. Een belangrijk doel hiervan is het signaleren van problemen in de uitvoering. Op basis van voortschrijdend inzicht kunnen zo beleidsregels en werkinstructies worden verbeterd en aangescherpt. Een dergelijke procedure bestaat niet voor de jeugdzorg, maar de Taskforce adviseert in het kader van borging van kwaliteitverbetering en uniformiteit een dergelijke procedure eveneens voor de jeugdzorg op te zetten. Hiervoor zal een wetswijziging noodzakelijk zijn.

- **Registratie (JZ / LZ)**

Het realiseren van de koppeling tussen IJ en AZR is een cruciale randvoorwaarde voor het borgen van de beoogde uniforme werkwijze en uniforme gegevensopbouw. Dit kan 1 oktober 2009 gerealiseerd zijn. Zolang de koppeling nog niet tot stand is gebracht wordt aanbevolen dat alle zorgkantoren de AWBZ indicatiestellingen die afkomstig zijn van bureaus jeugdzorg (handmatig) invoeren. Voorwaarde is wel dat de bureaus jeugdzorg op uniforme wijze aanleveren. Dit kan vanaf 1 april 2009 operationeel zijn.

- **LVG protocol (JZ / LZ)**

Geadviseerd wordt het LVG-protocol te implementeren. Dit draagt in de IQ-range 70-85 bij aan een betere afbakening tussen de Wet op de jeugdzorg en de AWBZ. Het instrument Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen (BSA) speelt in het protocol naast IQ een belangrijke rol voor toewijzing van zorg.

Belangrijk is dat de bewindslieden over de inzet van het BSA-instrument een duidelijke opvatting hebben en dat in de beleidsregels door het ministerie wordt aangegeven wat het precieze doel is van het BSA-instrument. Hierbij dient te worden betrokken dat voor dit instrument mogelijk nog een verbeterde versie beschikbaar komt. Voor het CIZ kan de BSA uitslag aan de reguliere aanvraaginformatie voor indicatiestelling worden toegevoegd.

- **GGZ indicatiestelling (LZ / JZ / CZ)**

De Taskforce heeft geconcludeerd dat aanscherping van het begrip 'psychiatrische aanpak' zowel theoretisch als praktisch problemen oproept. Het hanteren van door BIG-geregistreerde GGZ-professionals opgestelde 'beschrijvende diagnoses' als basis voor indicatiestelling voor bureaus jeugdzorg is bij de huidige kennis en mogelijkheden een goed alternatief. Belangrijk is wel dat deze beschrijvende diagnose zorgvuldig wordt opgesteld en standaard beschikbaar is bij iedere aanvraag voor indicatiestelling bij bureaus jeugdzorg. Dit is een essentieel aandachtspunt voor de jeugd-GGZ-instellingen bij de implementatie van de maatregelen. Indien bij indicatiestelling nog geen sprake is van GGZ-behandeling (in kader Zvw) dienen bureaus jeugdzorg er zelf voor te zorgen dat een dergelijke beschrijvende diagnose wordt opgesteld door een hiertoe bevoegde functionaris.

- **Regie, monitoring en evaluatie (LZ / JZ)**

Om de AWBZ-pakketmaatregelen voor de doelgroep jeugdigen te implementeren ontbreekt het aan een duidelijke regie. Daarom is het des te belangrijker dat wordt gezorgd voor een strakke monitoring en auditing van de vorderingen met de implementatie en effecten van de maatregelen.

Wanneer voorgaande adviezen worden opgevolgd is de basis gelegd voor monitoring. De ontwikkeling van de AWBZ-indicatiestellingen in kwantitatieve zin kan via de AZR-registratie (integraal) worden gevolgd. Over het volgen van de kwalitatieve effecten van de pakketmaatregelen worden tussen het ministerie van VWS en cliëntenorganisaties nadere afspraken gemaakt.

Daarnaast wordt door de Taskforce aanbevolen om in het tweede kwartaal van 2009 een audit uit te voeren bij alle bureaus jeugdzorg om de voortgang met de implementatie te beoordelen en te inventariseren welke knelpunten zich in de praktijk eventueel nog voordoen.

Op basis van de monitoring en audit kan medio 2009 een tussentijdse evaluatie worden uitgevoerd en begin 2010 een eindevaluatie.

- **Samenwerking (LZ / JZ)**

Bureaus jeugdzorg hebben pas eind oktober 2008 de voorgestelde nieuwe beleidsregels en werkinstructies van CIZ ontvangen. De Taskforce is van mening dat al veel eerder sprake had moeten van een samenwerking tussen CIZ en bureaus jeugdzorg, zodat bij de uitwerking van de werkinstructies zo goed mogelijk geanticipeerd had kunnen worden op verschillen in problematiek en omstandigheden bij volwassenen en jeugdigen.

Belangrijk is dat CIZ en bureaus jeugdzorg de nieuwe werkinstructies gezamenlijk evalueren in 2009 en komen tot definitieve werkinstructies die met ingang van 2010 van kracht worden. In 2009 dienen de classificaties per cliënt ook door bureaus jeugdzorg nauwgezet geregistreerd te worden zodat sluitende gegevens beschikbaar komen voor monitoring en doorrekening van de precieze effecten van de voorgestelde maatregelen.

5 Verdere structurele verbeteringen

De opdracht van de Taskforce was primair gericht op de implementatie van een drietal maatregelen. Deze maatregelen hebben betrekking op het snijvlak van jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ. De Taskforce is van oordeel dat om tot een beter functioneren van het stelsel op dit snijvlak te komen aanvullende aanpassingen gewenst zijn. Hiervoor worden in dit slothoofdstuk door de Taskforce enkele adviezen geformuleerd.

Belangrijke uitgangspunten die de Taskforce bij deze adviezen hanteerde, zijn:

- Het AWBZ-domein reserveren voor langdurige en in beginsel onverzekerbare zorg (conform het SER advies over de AWBZ).
- Bij jeugdproblematiek spelen vaak de verschillende leefsfere (gezin, school en sociaal functioneren) en is de problematiek vaak complex. Integrale indicatiestelling en een integraal zorgplan zijn hierbij belangrijk.
- Bij voorkeur is sprake van een zorgstelsel waarbij elk domein beschikt over een eigen toegang en budget.

De Taskforce heeft geconstateerd dat met de huidige indeling in verschillende kolommen met verschillende financiering en het onderscheiden van verschillende indicerende instanties sturing en beheersing bij de zorg voor jeugdigen zeer moeizaam verlopen. Het maken van keuzes, het gericht sturen hierop en de beheersing van budgetten worden belemmerd door verschillende domeinen met elk eigen regimes. Er is geen sprake van een heldere verantwoordelijkheidsverdeling wanneer het gaat om de zorg voor jeugdigen.

Op basis van hiervoor genoemde uitgangspunten en constatering komt de Taskforce tot de volgende adviezen:

- **Advies 1:**

Hevel de indicatiestelling en alle zorg voor jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 over van de AWBZ naar het jeugdzorgdomein.

Het is opmerkelijk dat in Nederland bij de afbakening van de doelgroep een IQ-(boven)grens van 85 wordt gehanteerd. In andere West-Europese landen is die IQ-grens vastgesteld op 70. Ook in het speciaal onderwijs wordt een IQ van 70 als een belangrijk indelingscriterium gehanteerd. Binnen cluster 4-onderwijs hebben leerlingen een IQ van 70 of hoger. Bij deze groep is vaak sprake van gedragsproblemen en / of een psychiatrische stoornis. Bij cluster 3 onderwijs is het IQ van de leerlingen lager dan 70. Er is dan sprake van een duidelijke verstandelijke handicap. Deze laatste groep is minder diffuus dan de groep die onderwijs krijgt binnen cluster 4.

In de huidige situatie is de zorg voor jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85 zowel het AWBZ-domein als het jeugdzorgdomein. Ook na de implementatie van de maatregel 'implementatie LVG-protocol' blijft dat zo. Door het AWBZ-budget voor zorg voor jeugdigen met een IQ tussen 70 en 85, welke wordt ingevuld door de 21 orthopedagogische centra, over te hevelen naar het jeugdzorgdomein ontstaat een heldere governance-structuur. Inhoudelijk sluit deze zorg ook nauw aan op de jeugdzorg.

Samen met het budget is het wenselijk ook de indicatiestelling voor deze groep over te hevelen naar het jeugdzorgdomein. Met name de IQ-range 70-85 is een diffuus gebied, waarbij voorkomen moet worden dat twee indicerende instanties een verantwoordelijkheid hebben. Nu komt het met regelmaat voor dat cliënten zowel met CIZ als met bureau jeugdzorg te maken hebben.

Belangrijk bij dit advies is wel dat alle bureaus jeugdzorg gaan beschikken over de voor deze indicatiestelling vereiste expertise. Dit kan naast training worden gefaciliteerd door het inhuren / overplaatsen van CIZ-indicatiestellers (bijvoorbeeld de oud-LCIG-medewerkers). Daarnaast kunnen de orthopedagogische centra ondersteuning bieden.

Het CIZ krijgt met deze voorgestelde knip meer te maken met cliënten met eenduidiger problematiek, waarbij meestal sprake zal zijn van een langdurige zorgbehoefte, die past in de voorgestane AWBZ. Bureaus jeugdzorg zijn dan gericht op de groep waarbij vooral sprake is van meervoudige problematiek en meer wisselende situaties, zodat integrale indicatiestelling gewenst is.

Met dit advies van de Taskforce wordt tegelijkertijd het praktische knelpunt opgelost dat CIZ moeite heeft met toepassing van het BSA-instrument binnen de reguliere procedures. Wel wordt door de Taskforce aanbevolen dat het CIZ in het grensgebied (IQ nabij 70) bij twijfel ook BSA-informatie hanteert. Dit kan als verwijzers deze BSA-informatie, tegelijk met de andere informatie voor claimbeoordeling, aan het CIZ aanleveren.

- **Advies 2:**
Hevel het AWBZ-budget voor de functie begeleiding in kader van jeugd-GGZ over naar het jeugdzorgdomein.

In de AWBZ zijn ook opgenomen de jeugd-GGZ-budgetten voor de functies begeleiding en verblijf langer dan 1 jaar. De groep die van deze laatste functie gebruik maakt is beperkt in aantal, maar wel typisch behorend tot het AWBZ-domein. De functie begeleiding is qua omvang veruit het grootst en wordt voor GGZ-jeugdigen vooral geboden in de vorm van PGB's.

De jeugd-GGZ is als sector vooral gericht op behandeling (geneeskundige zorg) vanuit de Zvw en heeft zelf geen of slechts een beperkt aanbod voor de functie begeleiding. De functie begeleiding wordt tot nu toe in de GGZ ook niet gezien als onderdeel van de core-business. Dit speelt ook een rol bij het feit dat ouders van kinderen met een psychiatrische stoornis bij de functie begeleiding vooral de voorkeur geven aan een PGB, zodat zij elders deze begeleiding kunnen inkopen. Jeugdzorg is een geschikter domein voor onderbrenging van de functie begeleiding, omdat dit domein veel nadrukkelijker gericht is op omgevingsaspecten dan de domeinen Zvw en AWBZ.

Door het opvolgen van de twee hierboven genoemde adviezen ontstaat op het snijvlak van jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ een veel overzichtelijker en te beheersen situatie. Alleen in relatie tot de Wmo is mogelijk nog een waterbedeffect aan de orde. Er is sprake van een jeugdzorgdomein met een eigen toegang via bureaus jeugdzorg en een AWBZ-domein met een eigen toegang via CIZ. Bureaus jeugdzorg hebben alleen nog te maken met het AWBZ-regime voor de beperkte groep langdurige zorggebruikers in de intramurale jeugd-GGZ. Overheveling van de indicatiestelling voor deze groep naar het CIZ is te overwegen. Het betreft een heel specifieke groep met complexe (langdurige) psychiatrie waarbij bureaus jeugdzorg ook in het kader van casemanagement geen of nauwelijks een rol hebben.

- **Advies 3:**

Om een goede kwaliteit te kunnen garanderen heeft voor begeleiding van jeugdigen zorg in natura de voorkeur boven PGB's. Belangrijk is daarom om zorgaanbieders te stimuleren op dit terrein een adequaat aanbod te ontwikkelen.

Door overheveling van het budget voor de functie begeleiding van de AWBZ naar het jeugdzorgdomein worden voor jeugdigen geen PGB's meer verstrekt vanuit het AWBZ-domein. Door onderbrenging van de functie begeleiding in het jeugdzorgdomein met een eigen toegang wordt met betrekking tot PGB's ook een betere sturing en beheersing mogelijk.

De Taskforce is overigens van mening dat ook in het jeugdzorgdomein terughoudendheid geboden is met het verstrekken van PGB's, omdat door levering van zorg in natura een betere kwaliteit gegarandeerd kan worden. Belangrijk is daarom dat zorgaanbieders worden gestimuleerd om een adequaat aanbod voor de functie begeleiding te ontwikkelen. Voor zover PGB's worden verstrekt adviseert de Taskforce om dit nadrukkelijk te koppelen aan zorgplannen, zodat sprake is van een integrale aanpak.

De stappen die nu gezet worden door de bureaus jeugdzorg in het kader van het implementeren van de drie maatregelen voor de AWBZ worden met de aanvullende adviezen van de Taskforce in dit hoofdstuk niet overbodig. Immers ook na de overheveling van budgetten uit de AWBZ naar het jeugdzorgdomein is een meer uniforme werkwijze bij de toegang voor dit type aanbod vereist.

Met deze adviezen wordt het jeugdzorgdomein fors uitgebreid. Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat het huidige jeugdzorgdomein zelf op dit moment (nog) niet goed op orde is. Dit geldt zeker wat betreft een thema als uniformiteit. Belangrijk is om dit te verbeteren. Het creëren van een heldere governance-structuur kan in die zin ook worden gezien als een belangrijke succesfactor om tot verbeteringen te komen in de jeugdzorg. De slagkracht krijgt hierdoor een stevige impuls.

De Taskforce is van oordeel dat met het doorvoeren van de maatregelen in combinatie met de in dit hoofdstuk voorgestelde verdere structurele verbeteringen de basis is gelegd voor houdbare voorzieningen voor jeugdigen die veel beter met elkaar worden verbonden dan thans het geval is.

Opdracht Taskforce

Aanleiding

Bij brief van 13 juni 2008 heeft de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over de door het kabinet voorgenomen maatregelen die moeten leiden tot een houdbare AWBZ. In dat kader moet “onbedoelde” instroom via de bureaus jeugdzorg in de AWBZ/het PGB worden tegen gegaan. Daartoe zijn maatregelen nodig om de indicatiepraktijk voor de jeugd-LVG en die van de bureaus jeugdzorg voor jeugd-GGZ in lijn te brengen met het in de kabinetsbrief van 13 juni 2008 voorgestelde beleid. Deze maatregelen moeten ertoe leiden dat met ingang van 1 januari 2009 bureaus jeugdzorg in staat zijn om op uniforme wijze te indiceren voor de AWBZ. Besloten is om voor het tijdig invoeren en monitoren van deze maatregelen een Taskforce in te stellen met een onafhankelijk voorzitter die in staat is verbindingen met veldpartijen en beleidsmakers te leggen.

Maatregelen

- Instellen protocol licht verstandelijk gehandicapten om beter te kunnen vaststellen welke hulpvragen in de AWBZ horen en welke niet;
- Uniformeren van de uitvoeringspraktijk van de indicatiestelling door de bureaus jeugdzorg, zo mogelijk door de beleidsregels van het CIZ van toepassing te verklaren op de indicaties van de bureaus jeugdzorg voor AWBZ-zorg;
- Nagaan of het aanscherpen van het begrip “psychiatrische aanpak” in de Wet op de jeugdzorg om te verduidelijken wat al dan niet in de AWBZ thuishoort en het toepassen van de maatregelen genoemd onder 1 en 2 een eventuele aanpassing van artikel 3 lid 2, onderdeel b van het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg overbodig maken.

Resultaten

- Het hanteren van één begrippenkader binnen de bureaus jeugdzorg voor de indicatiestelling AWBZ;
- Het hanteren van één landelijke uniforme werkwijze binnen de bureaus jeugdzorg voor de indicatiestelling AWBZ;
- Het voorkomen van overlap tussen de aanspraken op grond van enerzijds de Wet op de jeugdzorg en anderzijds die van de AWBZ;
- Eén landelijke uniforme gegevensopbouw door de bureaus jeugdzorg en sluitende afspraken over een landelijke verslaglegging over de uitvoering van de AWBZ;
- Sluitende afspraken over het monitoren van de uitkomsten van de maatregelen en het rapporteren daarover;
- De indicatiestellers van het bureau jeugdzorg zijn tijdig voor hun taak geïnstrueerd en geschoold.

Taskforce

- De Taskforce bestaat uit: R.L.O. Linschoten (voorzitter) K.P. Goudswaard en J.A. Kamps.
- De Taskforce krijgt ambtelijke ondersteuning van de directie Langdurige Zorg van het Ministerie van VWS, de directie Jeugdzorg van het Ministerie voor Jeugd en Gezin en een extern bureau.

Taakopdracht Taskforce

- Het met ingang van 1 januari 2009 invoeren van de maatregelen.
- Het medio oktober 2008 rapporteren aan de minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretaris van VWS over de haalbaarheid van de implementatie van de maatregelen en, waar noodzakelijk, het informeren van beide bewindslieden over terugvalopties op uitvoeringsniveau.

Werkwijze Taskforce

Voor de uitvoering van de opdracht onderscheidde de Taskforce drie fasen:

- Oriëntatiefase
- Verdiepingsfase
- Analyse- en rapportagefase

In de oriëntatiefase werden de relevante documenten bestudeerd en heeft de Taskforce gesproken met een aantal uitvoerenden uit het veld. Aan de hand van concrete casussen werd de werkwijze in de praktijk van bureaus jeugdzorg en CIZ toegelicht en de zich daarbij voordoende knelpunten geïllustreerd. Daarnaast werd in de oriëntatiefase een smaakmakerdebat georganiseerd. Tijdens dit debat gaven deskundigen hun visie op het terrein van de voorgestelde AWBZ maatregelen voor jeugdigen. Haalbaarheid en knelpunten in de huidige uitvoeringspraktijk stonden centraal. Op basis van de oriëntatiefase is een selectie gemaakt van gesprekspartners voor verdere verdieping en zijn vragen geformuleerd die de leidraad vormden voor de tweede fase.

Gedurende de verdiepingsfase werd een twaalfstal gesprekken gevoerd waaraan werd deelgenomen door groepen van twee tot zes personen.

De gespreksthema's hadden betrekking op:

- Invoering LVG protocol
- Indicatiestelling voor jeugd GGZ en het begrip psychiatrische aanpak
- Uniformering indicatiestelling bureaus jeugdzorg
- Bruikbaarheid AWBZ beleidsregels door bureaus jeugdzorg
- Aansluiting informatiesystemen IJ – AZR
- AWBZ pakketmaatregelen bezien vanuit cliëntenperspectief
- AWBZ pakketmaatregelen en bestuurlijke implicaties
- Effectiviteit AWBZ pakketmaatregelen binnen het huidige stelsel en in breder kader van de besluitvorming over de toegang tot zorg en de financieringsvormen van de zorg voor jeugdigen

Op 29 oktober 2008 heeft voortgangsoverleg plaatsgevonden tussen de bewindslieden minister Rouvoet en staatssecretaris Bussemaker en de Taskforce. De Taskforce werd uitgenodigd de pakketmaatregelen ook te bezien in de bredere context en om van daaruit verdere voorstellen te doen voor structurele verbeteringen.

Gesprekspartners

Gesprekspartners die de Taskforce in het kader van de opdracht heeft uitgenodigd voor deelname aan besprekingen.

dhr. G. Abma	MEE Overijssel Flevoland
dhr. A. Allertz	Symfora groep Fornhese Almere
mw. A. Bakker	MEE Rotterdam
mw. L. Belo	BJZ Zuid Holland
mw. K. van der Bie	CIZ
dhr. G. de Blij	CIZ
dhr. P. Bonke	IPO
dhr. H. van den Bosch	MOgroep jeugdzorg
mw. G. Bouman	BJZ Flevoland
mw. L. Breedveld	CIZ
dhr. R. Bruijn	IJZ
dhr. J. Coolen	NPCF
mw. H. Cools	MEE Amstel en Zaan
dhr. M. Dirksen	BJZ Overijssel
mw. J. Duiven	BJZ Overijssel
dhr. H. van Esch	VGN
dhr. P. Felix	Zorgkantoor Friesland
mw. D. Gorgels	MEE Nederland
dhr. J. Heijmens Visser	RMPI
dhr. P. van den Hoek	Provincie Utrecht
mw. N. de Hoog	CIZ
dhr. F. Hopman	CVZ
dhr. T. Horsten	BJZ Drenthe
dhr. F. Israels	Provincie Flevoland
dhr. T. Klijn	MOgroep jeugdzorg
mw. I. de Kok	BJZ Zeeland
mw. I. Korstjens	CIZ
dhr. M. de Krosse	CIZ
mw. C. van der Logt	BJZ Zuid Holland
mw. M. Looman	BJZ Overijssel
dhr. J. Martens	Platform VG

mw.	M. van der Meulen	VGN
mw.	M. Meijer	ZN
dhr.	J. Moes	BJZ Flevoland
dhr.	P. Nota	Nji
mw.	E. van Rest	GGZ Nederland
dhr.	J. Rolleman	BJZ Overijssel
mw.	A. Saers	PerSaldo
mw.	L. Schuller	PWC
dhr.	J. van Sluis	MOgroep jeugdzorg
mw.	I. Steunenbergh	CIZ
dhr.	H. Veldman	BJZ Zuid Holland
dhr.	A. Vermeulen	CIZ
mw.	B. Vernooy-Bruinsma	Landelijk Platform GGZ / Balans
mw.	G. Verrier	CIZ
dhr.	D. Verstegen	VOBC / LVG
dhr.	R. Ververs	Zorgkantoor / DSW
dhr.	J. Visscher	VGN
mw.	T. van de Vondervoort	IPO / Provincie Zuid-Holland
dhr.	C. Wierda	BJZ Drenthe
mw.	A. Willems	CIZ
mw.	S. Witteveen	CVZ
dhr.	Q. van Woerdekom	CG-raad
mw.	A. Wolff	LCFJ
mw.	M. van Zant	MOgroep jeugdzorg
mw.	Q. van der Zijden	Partners in Jeugdbeleid

Geraadpleegde documenten

Algemene Rekenkamer.

Kopzorgen: zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke handicap en / of psychi(atri)sche problemen.

Den Haag 2007.

Balans.

Hulp aan kinderen met gedragsstoornissen: eindrapportage enquête onder leden Balans.

20 oktober 2008.

Candel F, M Dirksen, J Duenk, M Faas & J Rietveld.

Aanbod voor inhoudelijk overleg voor zorg voor iedere jeugdige.

Brief 9 oktober 2008.

CIZ.

Indicatiestelling LVG.

Memo 18 juli 2008.

CIZ.

Pakketmaatregelen 2009.

Brief 23 oktober 2008.

CIZ.

Suggesties voor verbeteringen in de indicatiepraktijk voor jeugdigen.

Brief 26 november 2008.

CIZ & HHM.

Onderzoek effect pakketmaatregelen AWBZ. Driebergen / Enschede

30 september 2008.

CVZ.

Indicatiestelling AWBZ.

Brief 24 september 2008.

Dirksen M.

Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg jeugd.

Brief 1 oktober 2008.

GGZ

Nederland & Per Saldo. PGB.

Brief 4 juni 2008.

GGZ Nederland.

Pakketgreep AWBZ begeleiding.

Memo 7 november 2008.

HHM & Partners in Jeugdbeleid.

*Eindrapportage Haalbaarheidsonderzoek aansluiting registratiesysteem
Bureaus Jeugdzorg (IJ) op de AWBZ-brede zorgregistratie (AZR). Enschede /
Hoogmade*

15 februari 2008.

IPO e.a.

Prestatie-indicatoren Jeugdzorg.

Den Haag 2006.

IPO.

*Haalbaarheidsonderzoek aansluiting registratiesysteem Bureaus Jeugdzorg
(IJ) op de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR).*

Brief 26 februari 2008.

IPO.

Compensatie jeugdzorg voor gevolgen bezuinigingen AWBZ.

Brief 9 oktober 2008.

ITS.

Persoonsgebondenbudget nieuwe stijl 2007, vervolgonderzoek.

Radboud Universiteit, Nijmegen 2008.

ITS.

*Het persoonsgebonden budget in het onderwijs: onderzoek naar budgethou-
ders en inzet van het budget.*

Radboud Universiteit, Nijmegen 2008.

Landelijk Kenniscentrum LVG.

Beoordeling van beperkingen in de sociale aanpassing van LVG-jeugdigen.

Utrecht juni 2005.

MEE Amstel en Zaan.

Twee weten meer dan één ... Samenwerking met Bureau Jeugdzorg.

2004.

Ministerie van VWS.

Indicatiestelling LVG jeugdigen.

Brief 22 juni 2006

Ministerie van VWS.

PGB in perspectief.

Brief 9 november 2007.

Ministerie van VWS.

Zeker van zorg, nu en straks.

Brief 13 juni 2008.

Ministerie van VWS.

Taakopdracht Taskforce invoering maatregelen AWBZ-zorg voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ.

Notitie 27 augustus 2008.

Ministerie van VWS.

Uitwerking AWBZ pakketmaatregel.

Brief 16 september 2008.

Ministerie van VWS.

Kamervragen.

Brief 30 oktober 2008.

Ministerie van VWS.

Werknotitie Uitleg toegang tot de nieuwe nieuwe AWBZ-functie begeleiding.

Notitie 4 november 2008.

Ministerie van VWS.

Toezeggingen algemeen overleg pakketmaatregelen AWBZ.

Brief 4 november 2008.

Ministerie van VWS.

Moties Leijten nr. 42 en Wolbert/de Vries nr. 52.

Brief 10 november 2008.

Ministerie van VWS.

Indicatiestelling jeugd-LVG: feiten op een rij.

Interne notitie 2008.

Ministerie van VWS.

Stand van zaken uitwerking pakketmaatregelen.

Brief oktober 2008.

MOgroep.

Handboek indicatiestelling Bureau Jeugdzorg.

Utrecht 2007.

MOgroep.

Onderwerp PGB en psychiatrische aanpak.

Brief 22 mei 2008.

Oord, S van der & HM Geurts.

DBC's en stepped care in de kinder- en jeugd-ggz.

63 MGv (2008) 802-807.

Price Waterhouse Coopers.

Analyse biedt inzicht in instroom in de pgb-regeling voor jeugd-ggz.

27 mei 2008.

SER.

Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ.

Den Haag 18 april 2008.

Tenneij, E & T. Mandersloot.

Grenslakproblematiek. Memo Provincie Noord Brabant, 's-Hertogenbosch

24 september 2008.

Trimbos Instituut.

Trendrapportage GGZ 2008, deel 2, toegang en zorggebruik.

Utrecht 2008.

Uitvoeringsbesluit Wet op de Jeugdzorg.

16 december 2004.

Van Milaan Scholing & Advies.

Plan van aanpak Bureau Jeugdzorg en de AWBZ in 2009.

26 augustus 2008.

Zijden, Q van der & K Diephuis.

Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek.

Partners in Jeugdbeleid, Hoogmade

31 maart 2006.

Zijden, Q van der, F Israels & D Verstegen.

Protocol indicatiestelling Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking.

Partners in Jeugdbeleid, BJZ Overijssel en VOBC/LVG,

5 juni 2007.

Wettelijke kaders en indicatiestelling

Korte schets van de binnen het kader van de opdracht relevante onderdelen van het stelsel.

Wettelijke kaders die van toepassing zijn bij de indicatiestelling van jeugdigen met problemen of beperkingen:

- de AWBZ (CIZ en BJZ indiceren beide voor bepaalde delen);
- de Wet op de Jeugdzorg (Wjz; BJZ indiceert);
- de Zorgverzekeringswet (Zvw, binnen dit kader is er sprake van erkende verwijzers, zoals de huisarts, een (andere) medisch specialist en BJZ);
- de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen voor jeugdigen met een Maatregel (jeugd detentie).

Drie categorieën jeugdigen worden onderscheiden:

- Jeugdigen met LVG-problematiek, een laag intellectueel vermogen (IQ: 50 – 85,) beperkingen in de sociale aanpassingsvermogen en een langdurige ondersteuningsbehoefte;
- Jeugdigen met GGZ-problematiek. Dit betreft voornamelijk jeugdigen met autisme spectrumstoornissen (ASS) en ADHD;
- Jeugdigen met opvoed- en/of opgroei problemen. Dit zijn jeugdigen met een brede range aan problemen.

Deze categorieën zijn geen elkaar uitsluitende categorieën. Jeugdigen hebben vaak problemen die binnen verschillende categorieën vallen. Bovendien is bij jeugdigen met deze problematiek vaak sprake van problemen in de context (gezin, school en / of vrije tijd).

Bij de indicatiestelling zoals bedoeld in de Wjz gaat het altijd om de beoordeling van het individu en het gezinssysteem. Bij indicatiestelling voor AWBZ-zorg gaat het om vaststelling van beperkingen ten gevolge van aandoening of handicap. Dit verschil maakt toeleiding naar het juiste domein vaak complex.

In de praktijk van de AWBZ worden uitsluitingcriteria (gedrag, IQ, et cetera) gebruikt. De Wjz wordt als voorliggend beschouwd. Beide wettelijke kaders

bieden 'recht op zorg'. Binnen de AWBZ moet sprake zijn van een grondslag op basis van een 'beperking of handicap'. Binnen de Wjz betreft de grondslag 'opvoed- en / of opgroei problemen'. In onderstaande tabel worden de mogelijke zorgaanpakken gespecificeerd naar de toegang en wettelijk kader. In het overzicht is ook de huisarts opgenomen. De huisarts is een belangrijke verwijzer in het kader van de Zvw.

Tabel: zorgaanpakken gespecificeerd naar toegang en wettelijk kader

Wettelijk kader	BJZ	CIZ	Huisarts
Jeugdzorg (Wjz)	<ul style="list-style-type: none"> • Jeugdhulp • Verblijf • Observatiediagnostiek 		
Jeugd GGZ* (Zvw)	<ul style="list-style-type: none"> • Geneeskundige zorg • Verblijf < 1 jaar • PGB (experimenteel) 		<ul style="list-style-type: none"> • Geneeskundige zorg • Verblijf < 1 jaar • PGB (experimenteel)
Jeugd GGZ (AWBZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Begeleiding • Verblijf > 1 jaar 		
Jeugd LVG (AWBZ)	<ul style="list-style-type: none"> • Behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> • Begeleiding • Verblijf 	

*) betreft geen indicatiestellingen, maar verwijzingen door BJZ en huisarts.

Verkeerd verbonden

*Naar houdbare
voorzieningen in
de jeugdzorg*

R.L.O. Linschoten
K.P. Goudswaard
J.A. Kamps

*Taskforce invoering
maatregelen AWBZ-zorg
voor jeugd-LVG en jeugd-GGZ*







Colofon

Design, opmaak
Mooijekind Ontwerpers,
Loenen (Veluwe)