

Toegang naar jeugd-GGZ kan sneller en beter

Thematische toezichtronde samenwerking BJZ- jeugd-GGZ

Amsterdam / Utrecht, september 2006

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

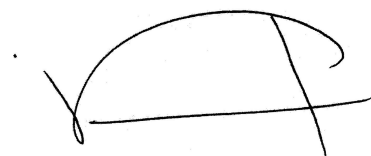
Eind 2005 is een thematische toezichtronde verricht naar de samenwerking tussen Bureaus Jeugdzorg en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Deze toezichtronde vond plaats tegen de achtergrond van de per 1 januari 2005 ingevoerde nieuwe Wet op de jeugdzorg. Uitgangspunt van deze wet is immers dat er voor jeugdigen met opvoed- en opgroeioproblemen één toegang is tot het zorgaanbod: Bureau Jeugdzorg.

Helaas moet worden geconstateerd dat adequate en snelle toeleiding van Bureau Jeugdzorg (BJZ) naar de jeugd-GGZ nog geen gemeengoed is. De meeste BJZ'en geven na een relatief lang voortraject een globaal indicatiebesluit af, waarna de jeugd-GGZ alsnog haar eigen intaketraject start. De onderlinge werkprocessen van BJZ en de jeugd-GGZ zijn derhalve te weinig complementair ten opzichte van elkaar. Ook na het starten van de behandeling bij de jeugd-GGZ is de meerwaarde van samenwerking met BJZ minimaal. BJZ toetst, behalve in incidentele gevallen, het behandelplan van de jeugd-GGZ niet op aansluiting op het indicatiebesluit. De jeugd-GGZ verstrekt geen vervolgegegevens aan BJZ, waardoor het volgen van de behandeling van jeugd-GGZ door BJZ niet mogelijk is.

Duidelijk is dat de praktijk waarin de samenwerking en afstemming tussen BJZ en de jeugd-GGZ onvoldoende meerwaarde oplevert, het laten bestaan van een enorme 'zij-instroom' – rechtstreekse verwijzingen van artsen en andere gezondheidsprofessionals naar de jeugd-GGZ – bevordert. Hiermee is de intentie van de WJZ - namelijk het creëren van één toegang voor jeugdigen met problemen, waarin diverse vormen van vervolghulp ten opzichte van elkaar kunnen worden gewogen en van waaruit instellingsoverstijgende, complexe vervolgtrajecten kunnen worden gemonitord – onvoldoende geïmplementeerd in de praktijk.

De inspecties hebben dit onderzoek mede uitgevoerd als bijdrage aan de evaluatie van de Wet op de jeugdzorg. Gezien de bevindingen kiezen de inspecties ervoor eerst de resultaten van de evaluatie af te wachten alvorens met dit dossier verder te gaan. De inspecties spreken de hoop uit dat als resultaat van de evaluatie meer duidelijkheid ontstaat over de gewenste organisatie van de zorg. Dit geldt in het bijzonder ten aanzien van de nog aanzienlijke zij-instroom.

Plv. Inspecteur-Generaal
voor de Gezondheidszorg



Drs. N.C. Oudendijk

Hoofdinspecteur Inspectie jeugdzorg



Mw. drs. J.F. de Vries

Samenvatting

Op verzoek van het ministerie van VWS is een thematische toezichtronde verricht naar de samenwerking tussen Bureaus Jeugdzorg (BJZ) en organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ). Eerder ontvingen zowel de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als de Inspectie jeugdzorg (IJZ) signalen over problemen binnen deze samenwerking. Per provincie of grotestadsregio is een locatie van BJZ en een instelling voor jeugd-GGZ bezocht, en zijn medewerkers en directie bevraagd over het indicatieproces dat via BJZ leidt tot afgifte van een jeugd-GGZ-indicatie.

Aan de hand van een hiertoe ontwikkeld instrument is de samenwerking tussen BJZ en de jeugd-GGZ getypeerd. Bijlage 1 geeft een korte beschrijving van de vier gehanteerde samenwerkingsvormen. In totaal zijn in vijftien verschillende regio's telkens een BJZ en jeugd-GGZ-instelling bezocht. Hun beider samenwerking is getoetst en beschreven in een locatierapportage. De samenvatting van deze locatierapporten is weergegeven in bijlage 2. In dit geaggregeerde rapport wordt het landelijk beeld van de samenwerking tussen BJZ en jeugd-GGZ gepresenteerd, voorzien van conclusies en maatregelen.

In geen van de vijftien onderzochte regio's komt de samenwerking geheel tegemoet aan de eisen die de Wet op de jeugdzorg stelt. In twee regio's (13%) is sprake van 'gescheiden werelden': er zijn weinig of geen onderlinge afspraken tussen BJZ en de jeugd-GGZ, meer dan 80 procent van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ gaat rechtstreeks (via de huisarts) en er is, vanuit de jeugd-GGZ, weinig vertrouwen in de expertise van BJZ. Deze magere vorm van samenwerking leidt niet tot een goede afweging van de inzet van jeugdzorg of jeugd-GGZ en kan leiden tot onderdiagnostiek. In de meeste regio's (53%) is sprake van de samenwerkingsvorm 'vreedzame coëxistentie'. De samenwerking wordt (op de werkvloer) over het algemeen als positief ervaren omdat er waardering is voor elkaars deskundigheden, ervaringen en expertise. Een indicatie van BJZ is veelal globaal, het betreft feitelijk een sectorkeuze: een aanspraak op jeugd-GGZ. Deze aanpak resulteert er veelal in dat, na een relatief lang voortraject binnen BJZ, bij de jeugd-GGZ opnieuw een soort van intaketraject start alvorens tot hulpverlening over te gaan. Door te trage toeleiding naar de fase van behandeling ontstaat het risico op ontijdige behandeling of onderbehandeling. In vier regio's (27%) is sprake van 'geregisseerd aanbod' en in één regio (7%) van 'geïntegreerde dienstverlening'. Hier is sprake van een geïntegreerde werkwijze bij het indicatieproces, wordt de deskundigheid over en weer (h)erkend en zijn er duidelijke afspraken over het (geaccordeerd) gebruik van diagnostische instrumenten. Deze aanpak kan, mits werkprocessen daadwerkelijk zijn geoptimaliseerd en geïntegreerd, leiden tot relatief korte doorlooptijden, terwijl wederzijdse deskundigheden optimaal worden benut.

Voor alle situaties geldt dat er onduidelijkheid is over de (noodzaak van) specificiteit van het indicatiebesluit, dat de afstemming tussen indicatiebesluit en behandelplan niet getoetst wordt en er over en weer niet systematisch gegevens worden uitgewisseld, noch op casusniveau noch op beleidsniveau.

De maatregelen voor alle betrokken partijen luiden als volgt:

- Zorg dat de *werkprocessen van BJZ en jeugd-GGZ-instellingen* naadloos in elkaar overvloeien. Dit maakt dat deskundigheden zo effectief mogelijk worden ingezet, dit is klantgericht (geen dubbele mededelingen) en bespaart tijd (kostbare tijd in de zin van gezondheidswinst voor de cliënt).
- Zorg dat het *indicatiebesluit van BJZ voor jeugd-GGZ* óf globaal is en in korte tijd tot stand komt óf een langere doorlooptijd kent, maar dan wel richtinggevend is voor het vervolg.
- Zorg dat het *behandelplan een vertaling is van het indicatiebesluit* en dat BJZ de uitvoering, binnen een helder kader voor casemanagement, kan volgen.
- Zorg dat concrete afspraken worden gemaakt en nageleefd over de *uitwisseling van cliëntgegevens*.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding	9
1.2	Werkwijze	9
1.3	Opbouw geaggregeerde rapportage	10
2	Wettelijk kader/normkader	11
2.1	Aanmelding en screening	11
2.2	Diagnostiek binnen BJZ	12
2.3	Indicatiebesluit van BJZ	12
2.4	Aanmelding bij de jeugd-GGZ/uitvoering van het indicatiebesluit	12
2.5	Opstellen van een behandelplan jeugd-GGZ	13
2.6	Monitoren van de geïndiceerde jeugd-GGZ-zorg door BJZ	13
3	Typologie van de samenwerking tussen BJZ en de jeugd-GGZ	14
4	Landelijk beeld van de samenwerking tussen BJZ en jeugd-GGZ	18
4.1	Het totaalbeeld	18
4.2	Uitsplitsing per samenwerkingstype	20
5	Conclusies en maatregelen	22
5.1	Adequate en snelle toeleiding naar de jeugd-GGZ geen gemeengoed	22
5.2	Bedoelde 'zij-instroom' is nog altijd de hoofdroute	23
5.3	Casemanagementfunctie onhelder voor veldpartijen	23
5.4	Informatie-uitwisseling over cliënten effectief en toch privacy-proof	24

Bijlagen

1	Typologie samenwerking BJZ – jeugd-GGZ (beschrijving vier samenwerkingsvormen)	27
2	Beschrijving vijftien regionale samenwerkingsrelaties BJZ – jeugd-GGZ, 2005	28
3	Scoringstabellen gehanteerd instrumentarium	35

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

Uitgangspunt van de op 1 januari 2005 ingevoerde Wet op de jeugdzorg is dat er voor jeugdigen met opvoed- en opgroeioproblemen één toegang is tot het zorgaanbod: Bureau Jeugdzorg. Dit bureau vervult niet alleen de toegangsfunctie voor de huidige jeugdhulpverlening, de civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen en – op termijn – de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap, maar is ook de toegangspoort tot de jeugd-GGZ. In Nederland zijn Bureaus Jeugdzorg operationeel in elk van de 12 provincies en 3 grootstedelijke regio's. Zij zijn verbonden aan zo'n 48 jeugd-GGZ-partners.

Om een sluitende keten van jeugd-(GGZ)zorg te realiseren en in stand te houden, moeten Bureau Jeugdzorg en de jeugd-GGZ intensief samenwerken. Via samenwerking binnen de keten moet tijdig de adequate behandeling voor jeugdigen ontsloten worden. De zorg moet toegankelijk en van verantwoorde kwaliteit zijn.

Het hulpaanbod van de jeugd-GGZ-instellingen moet zo adequaat én zo spoedig mogelijk worden ingezet, in aansluiting op de inspanningen van BJZ. Gegeven het feit dat het hier gaat om kinderen en jeugdigen, is het van extra groot belang dat zo snel mogelijk wordt gestart met de geïndiceerd geachte behandeling. Een lange doorlooptijd tussen aanmelding en aanvang behandeling kan, vanwege de dynamiek in de ontwikkeling van de jeugdige, betekenen dat gepleegde screenings- en diagnostische activiteiten overgedaan moeten worden. (Te) laat ingezette behandeling levert op cliëntniveau aanzienlijke (ontwikkelings-) risico's op.

Voor Bureau Jeugdzorg betekent dit dat het moet kunnen beschikken over expertise op het terrein van screening, diagnostiek en indicatiestelling bij psychische/psychiatrische stoornissen.

Voor de jeugd-GGZ-instellingen betekent dit dat zij de indicatie die bureau jeugdzorg afgeeft voor jeugd-GGZ zorg, dient in te passen binnen haar eigen werkprocessen, zodat zo spoedig mogelijk met de behandeling van de jeugdige kan worden gestart.

1.2 Werkwijze

Op verzoek van het ministerie van VWS hebben de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Inspectie jeugdzorg (IJZ) een inventariserend onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen Bureaus Jeugdzorg (BJZ) en organisaties voor jeugd-GGZ. De thematische toezichtronde is verricht om de samenwerking op het gebied van het indicatieproces van BJZ bij (vermoeden van) psychiatrische problematiek naar zorg door de jeugd-GGZ in beeld te brengen en eventuele knelpunten te signaleren.

De resultaten van de thematische toezichtronde die de IGZ samen met de IJZ in de periode oktober/november 2005 heeft uitgevoerd, zijn vervat in vijftien locatie-rapporten. In elke provincie en grotestadsregio is een locatie bezocht van Bureau Jeugdzorg en van een instelling voor jeugd-GGZ waar deze locatie mee samenwerkt. Een BJZ heeft meestal meerdere locaties en binnen het bereik van een BJZ werken vaak meerdere instellingen voor jeugd-GGZ. Dit betekent dat de beschrijvingen van het

thematisch bezoek niet zonder meer gelden voor het hele (provinciale) BJZ of voor alle binnen de regio werkzame instellingen voor jeugd-GGZ.

1.3 Opbouw geaggregeerde rapportage

Dit rapport is als volgt opgebouwd: Hoofdstuk 2 beschrijft het wettelijk kader/norm-kader waarbinnen dit onderzoek geplaatst moet worden. In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de gehanteerde typologie van samenwerkingsvormen tussen BJZ en jeugd-GGZ. In hoofdstuk 4 wordt het landelijk beeld geschetst van de samenwerking tussen BJZ en jeugd-GGZ ten aanzien van de toeleiding naar hulp van de jeugd-GGZ. Tot slot worden in hoofdstuk 5 conclusies en maatregelen geformuleerd voor de betrokken partijen.

2 Wettelijk kader/normkader

Het voor dit onderzoek gehanteerde instrument is gepositioneerd binnen het volgende wettelijk kader/normkader:

- Het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.
- Wet op de jeugdzorg (WJZ).
- Uitvoeringsbesluit WJZ.
- Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO).
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).
- Referentiewerkmodel BJZ.
- HKZ-certificatieschema jeugdzorg/jeugd-GGZ.

De bedoeling van de genoemde wetten en normen is het richting geven aan het indiceren en behandelen van jeugdigen en het waarborgen van de levering van kwalitatief verantwoorde zorg. Op geleide van deze wetten en normen kan voor de verschillende fasen binnen het indicatieproces (de toeleiding naar hulp van de sector jeugd-GGZ) de streefsituatie worden weergegeven. Nagegaan is wat in de wet of het door het veld ontwikkelde normkader is weergegeven over de 'ideale' inrichting van de volgende fasen:

- Aanmelding en screening.
- Diagnostiek binnen BJZ.
- Indicatiebesluit BJZ.
- Aanmelding bij jeugd-GGZ/uitvoering indicatiebesluit.
- Opstellen behandelplan door jeugd-GGZ.
- Monitoren van de geïndiceerde jeugd-GGZ door BJZ.

2.1 Aanmelding en screening

Een adequate werking van de keten begint bij voldoende toegankelijkheid van de jeugdzorg voor alle doelgroepen en een goede relatie met en dienstverlening aan verwijzers.

Onder voldoende toegankelijkheid voor alle doelgroepen wordt verstaan: heldere informatie aan potentiële cliënten, zoveel mogelijk één toegangspoort (geringe omvang rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ), voldoende deskundige bejegening en beoordeling van de problematiek bij de aanmelding/screening, voldoende snelheid in handelen. Artsen/ verwijzers mogen bij het vermoeden van ernstige psychiatrische problematiek rechtstreeks naar de jeugd-GGZ verwijzen. Het gaat hierbij om huisartsen of artsen naar wie de huisarts doorverwijst, een BIG-geregistreerde behandelaar of een arts verbonden aan een justitiële jeugdinrichting. Ook dient de jeugd-GGZ of de verwijzer gegevens over die rechtstreekse verwijzingen aan te leveren aan BJZ (de aard van de vermoedelijke stoornis en de reden van het vermoeden). Daarnaast heeft BJZ de taak om 7x24 uur bereikbaar te zijn. Onder een goede relatie met en dienstverlening aan verwijzers in de fase van aanmelding wordt verstaan: heldere informatie aan mogelijke verwijzers over de actuele procedures en wachttijden, accurate terugkoppeling van informatie (wettelijk vereist voor huisartsen).

2.2 Diagnostiek binnen BJZ

Een adequate werking van de keten vergt een goede en gedegen beoordeling van de problematiek. Daarvoor zijn voldoende diagnostische kennis en vaardigheden van de professionals nodig en voldoende mogelijkheden om diagnostiek uit te voeren. Wanneer BJZ niet voldoende mogelijkheden heeft voor (specialistische) toegangsdiagnostiek van psychische problematiek en/of indien op voorhand al een sterk vermoeden bestaat dat GGZ is geïndiceerd, dan kan het voor die taak ook expertise vanuit de jeugd-GGZ inhuren. Ook kunnen hiervoor medewerkers van de jeugd-GGZ gedetacheerd worden bij BJZ.

Volgens het Referentiewerkmodel is sprake van een specialistische diagnose als voor het bepalen van het diagnostisch beeld gebruik wordt gemaakt van een specialistisch classificatiesysteem. In deze definitie is het stellen van een specialistische diagnose voorbehouden aan een gedragswetenschapper/BIG-geregistreeerde professional. De specialistische diagnose van BJZ is ter ondersteuning van het bepalen van het diagnostisch beeld. Indien de aard van de problematiek dit vergt, vindt multidisciplinaire beoordeling van de gegevens plaats (dat wil zeggen dat de gedragswetenschapper/BIG-geregistreeerde professional wordt ingeschakeld) conform vastgestelde afspraken.

2.3 Indicatiebesluit van BJZ

In de zorgketen is het indicatiebesluit een kerndocument. Het vat samen wat er aan de hand is, motiveert de keuze voor jeugdzorg en stuurt de uitvoering van de hulp door de zorgaanbieder (onder andere jeugd-GGZ) aan. De zorgaanbieder legt de manier waarop hij de geïndiceerde zorg gaat verlenen vast in een hulpverleningsplan/behandelplan. Op basis van het diagnostische beeld en de wensen en verwachtingen van de cliënt stelt BJZ in het kader van de indicatiestelling vast welke zorg nodig is. BJZ heeft de taak te indiceren voor onder meer bepaalde vormen van AWBZ-zorg (bijvoorbeeld jeugd-GGZ). Dit wordt vastgelegd in een indicatiebesluit dat voldoet aan de eisen die de WJZ hieraan stelt: beschrijving van de problemen; ernst en mogelijke oorzaken; beschrijving van de benodigde zorg; beschrijving van korte- en langetermijndoelen van die zorg; de termijn gedurende welke de aanspraak geldt nadat de in het besluit voorziene zorg is aangevangen; de termijn waarbinnen de aanspraak tot gelding moet zijn gebracht; een advies over wie de zorg kan verlenen; een oordeel over zorgcoördinatie; aanduiding van eventuele vervangende zorg. Voorts wordt in het indicatiebesluit beschreven hoeveel en op welke wijze hulp moet worden uitgevoerd: in de thuissituatie, bij de zorgaanbieder, individueel of in groepsverband, het benodigd aantal contacturen, inclusief bandbreedte.

Om goed te kunnen vaststellen welke zorg nodig is, moet BJZ te beschikken over voldoende deskundigheid over de wijze waarop psychische problematiek kan worden aangepakt. Om deze deskundigheid te verhogen kunnen medewerkers van de jeugd-GGZ hiervoor worden gedetacheerd naar BJZ. BJZ neemt geen indicatiebesluit voordat een gedragswetenschapper het ontwerpbesluit heeft beoordeeld.

2.4 Aanmelding bij de jeugd-GGZ/uitvoering van het indicatiebesluit

Een adequate werking van de keten voorziet in een soepele overgang van indicatiestelling naar hulpverlening door de zorgverlenende instelling. De indicatiesteller ondersteunt de cliënt bij het verkrijgen van die zorg en de uitvoerende instelling accepteert het indicatiebesluit. Het terugverwijzen van cliënten naar de indicatiesteller komt slechts bij uitzondering voor.

Bij aanmelding van de cliënt bij de jeugd-GGZ moet er een indicatiebesluit zijn zoals bedoeld in de WJZ. Op grond van het indicatiebesluit kan een cliënt aanspraak maken op de zorg die daarin is genoemd. BJZ moet de cliënten bijstaan/motiveren voor het tot gelding brengen van het indicatiebesluit.

Alleen als de instelling aan de cliënt kan aantonen dat het verlenen van de zorg niet binnen de opdracht/missie van de instelling past, kan de instelling de cliënt terugverwijzen naar de indicatiesteller. In alle andere gevallen wordt door de instelling met de cliënt een gesprek gehouden waarbij tot een overeenkomst wordt gekomen.

Het zorgkantoor toetst de indicatiebesluiten aan de wettelijke vereisten (niet inhoudelijk), zorgt ervoor dat de cliënt de geïndiceerde AWBZ-zorg kan verzilveren en registreert de geïndiceerde en uitgevoerde hulp.

2.5 Opstellen van een behandelplan jeugd-GGZ

Voor een adequaat werkende zorgketen is continuïteit in de aanpak van de problematiek van cliënten van belang. In het verlengde van de inhoud van het indicatiebesluit moet de zorgaanbieder dan wel de jeugd-GGZ-instelling een hulpverleningsplan opstellen voor de cliënt. BJZ heeft de taak dit te bevorderen. Het hulpverleningsplan is afgestemd met eventuele andere zorg- of hulpverleners en op eventuele andere hulpverleningsplannen. Daarnaast legt hij het plan voor aan de cliënt en BJZ. Nadat hij hun fiat heeft gekregen, start de zorgaanbieder de zorg.

2.6 Monitoren van de geïndiceerde jeugd-GGZ-zorg door BJZ

Een adequate zorgketen wordt door een casemanager gevolgd en vanuit het perspectief van de situatie/problematiek bij aanmelding geëvalueerd.

De instelling voor jeugd-GGZ geeft aan BJZ de aanvang en de beëindiging van de zorg conform het indicatiebesluit door. De jeugd-GGZ houdt BJZ op de hoogte van de voortgang van de zorg, geeft wijzigingen in het zorgaanbod door en kondigt aan wanneer de zorg zal worden beëindigd. BJZ kan hierdoor de zorg volgen en de zorg bij beëindiging samen met de cliënt en de zorgaanbieder evalueren.

Op vooraf vastgestelde momenten wordt door BJZ bij de instelling voor jeugd-GGZ en bij de cliënt geïnformeerd hoe de verleende zorg verloopt. De cliënt wordt door BJZ bijgestaan bij vragen over de inhoud van deze zorg, alsmede de evaluatie van de zorg. In het kader van de monitoring registreert BJZ een aantal vaste gegevens per cliënt (datum van aanvang van de zorg; datum van einde van de zorg; reden van beëindiging van de zorg; gegevens over het wachten na het indicatiebesluit tot de zorg is gestart; gebruik van vervangende zorg; gegevens over het behalen van het in het indicatiebesluit omschreven doel). De tussenevaluatie wordt uitgevoerd conform afspraken tussen het Bureau Jeugdzorg en de aanbieder en in overeenstemming met het indicatiebesluit. Resultaten van de (tussen)evaluatie worden geregistreerd.

3 Typologie van de samenwerking tussen BJZ en de jeugd-GGZ

Op basis van literatuurstudie, waaronder een onderzoek van het NIZW van juni 2002^[1], zijn vier samenwerkingsvormen getypeerd. Vervolgens zijn de in hoofdstuk 2 beschreven streefsituaties geoperationaliseerd in interviewvragen. Het antwoord op deze vragen, die telkens zijn gesteld aan een BJZ en een hiermee samenwerkende instelling voor jeugd-GGZ, leverde input op één van de vier samenwerkingsvormen (zie bijlage 3 voor de gehanteerde scoringstabel). Na afloop van de bezoekdag is de samenwerking van elk koppel van BJZ en jeugd-GGZ door de bezoekend inspecteurs getypeerd (bijvoorbeeld: 'de samenwerking vertoont vooral trekken van de samenwerkingstypologie 'geïntegreerde dienstverlening').

Opgemerkt wordt dat het model niet de pretentie heeft aan te geven welke vorm van samenwerking het beste is. Afgezet tegen de streefsituaties in hoofdstuk 2 voldoet het ene type wel meer aan de gestelde verwachtingen dan het andere. Het voornaamste is echter de toegevoegde waarde voor de cliënten. Welke vorm van samenwerking is het meest effectief voor de cliënten van jeugdzorg/jeugd-GGZ? Op basis van uitkomstmaten als de (geschatte) doorlooptijd tussen het moment van aanmelding bij BJZ en het verkrijgen van een indicatie is getracht de meerwaarde voor de cliënt nadrukkelijk te betrekken in het oordeel over een bepaalde samenwerkingsvorm.

Type A: Gescheiden werelden

De toegang tot de jeugd-GGZ is per 1-1-2005 via het regionale BJZ georganiseerd, maar in de praktijk loopt dit toch anders. Er komen nog nauwelijks aanmeldingen bij BJZ die een jeugd-GGZ-indicatie behoeven en er is een hoge zij-instroom: veel rechtstreekse verwijzingen door artsen naar de jeugd-GGZ (dit betreft nog 80 tot 100 procent van de aanmeldingen bij de jeugd-GGZ). Terugkoppeling van gegevens over de rechtstreeks aangemelde cliënten bij de jeugd-GGZ naar BJZ vindt (nog) niet plaats; de jeugd-GGZ weigert dit zelfs hier en daar. Omdat maar zo weinig cliënten via BJZ een jeugd-GGZ-indicatie krijgen, heeft BJZ bovendien geen (volg)gegevens over het verloop van de hulpverlening aan deze jeugd-GGZ-cliënten. De verwijzers, waaronder de huisartsen, zijn niet geïnformeerd over de veranderingen als gevolg van de invoering van de WJZ.

De gescheiden werelden van BJZ en jeugd-GGZ blijken ook uit de volgende achterliggende zaken. Er zijn geen of magere samenwerkingsafspraken tussen BJZ en de jeugd-GGZ. Men kent elkaar en elkaars procedures nauwelijks en heeft weinig positiefs over elkaar te melden. De doorlooptijden in de toegang via de jeugd-GGZ en BJZ zijn verschillend, maar zeker bij de jeugd-GGZ in toenemende mate problematisch door gebrek aan capaciteit in de toegang. BJZ ziet geen reden voor overleg met het zorgkantoor.

Er bestaan over en weer bij BJZ en bij de jeugd-GGZ veel negatieve verhalen over elkaars deskundigheid en intenties. Er is geen notie van dat men elkaar nodig zou kunnen hebben voor de organisatie van een goede toegang tot de jeugdzorg. In deze regio's vindt ook nog nauwelijks uitwisseling van kennis en ervaringen plaats tussen professionals op de werkvloer, ook niet naar aanleiding van cases uit de praktijk.

[1] *Bureau Jeugdzorg en Jeugd-GGZ. Kwaliteit van de samenwerking*, C. Konijn, NIZW Jeugd, Utrecht, juni 2002.

Detacheringen van personeel en consultatie over en weer vinden niet plaats. Men weet elkaar niet te vinden; men kent elkaar nauwelijks. In het verleden hebben ontmoetingen niet uitgedaagd tot meer contact.

Type B: Vreedzame coëxistentie

De toegang tot de jeugd-GGZ is per 1-1-2005 via het regionale Bureau Jeugdzorg georganiseerd, maar in de praktijk loopt dit toch nog anders. Er is een hoge zij-instream, veel rechtstreekse verwijzingen door artsen naar de jeugd-GGZ (40 tot 80 procent van het aantal aanmeldingen bij de jeugd-GGZ). Terugkoppeling van gegevens over die rechtstreekse aanmeldingen aan BJZ vindt (nog) niet plaats. Wel is er af en toe overleg tussen BJZ en jeugd-GGZ over aanmeldingen die bij BJZ of bij de jeugd-GGZ niet aan het juiste adres zijn gedaan. Doorlooptijden in de toegang zijn voor deze cliënten echter onaanvaardbaar lang. Er is overleg tussen de instellingen: over de organisatie van de toegang en incidenteel over aangemelde cliënten. Dit heeft echter (nog) niet geleid tot een integratie van de toegangsfuncties. Professionals op de werkvloer weten elkaar in toenemende mate te vinden. Maar men accepteert de gescheiden toegangen omdat men er weinig vertrouwen in heeft dat meer samenwerking meerwaarde betekent. De jeugd-GGZ levert geen gegevens aan BJZ zodat deze de hulpverlening kan volgen, omdat het nog maar een gering aantal cliënten betreft dat via BJZ een indicatie voor jeugd-GGZ krijgt. BJZ heeft geen overleg met het zorgkantoor.

De verwijzers zijn wel geïnformeerd door de jeugd-GGZ en/of BJZ maar apart van elkaar; in gezamenlijkheid is afgesproken dat men dit elk apart zou doen. De nadruk in de informatie van de jeugd-GGZ ligt op het bestaan van de zij-ingang, rechtstreeks bij de jeugd-GGZ. In de informatie van BJZ wordt de (veranderde) toegang tot de jeugd-GGZ niet of nauwelijks aan de orde gesteld.

Samenwerkingsafspraken tussen BJZ en jeugd-GGZ bestaan in deze regio's, maar deze zijn (nog) niet zo hecht. Men weet elkaar wel te vinden als het echt nodig is. De afspraken die bestaan, zijn erop gericht ieder zijn taken zo goed mogelijk in eigen beheer uit te laten voeren. Men heeft geen hoge pet op van elkaars deskundigheid en intenties. Er is een sfeer van tolerantie, niet van tegenwerking.

Type C: Geregisseerd aanbod

In de jaren voorafgaand aan 2005 heeft men door samenwerkingsafspraken toegewerkt naar meer eenheid in de toegangsfuncties. Dat deze nog niet optimaal geïntegreerd zijn is eerder een kwestie van tijd en organisatie dan van intenties en mogelijkheden. In de loop van de jaren heeft men elkaar beter leren kennen en waardeert men elkaars positie en deskundigheid steeds meer. De indicatiestelling voor de jeugd-GGZ voldoet echter eerder dankzij mandaten, detacheringen en andere technische constructies aan de voorwaarden van de nieuwe wet dan dat er sprake is van gezamenlijk gedragen procedures en instrumenten, integrale afweging van de problematiek en de aanpak van alle aangemelde cliënten bij de jeugdzorg. In goed overleg gevoerd tussen het management van de instellingen zijn de verantwoordelijkheden verdeeld. Er is een toenemende gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg. Er bestaat een regionaal overleg van onder andere BJZ en jeugd-GGZ-medewerkers over twijfelgevallen of problematische aanmeldingen, de onafhankelijke eindverantwoordelijkheid voor het indicatiebesluit ligt bij BJZ. Er zijn daarnaast

afspraken gemaakt over het te gebruiken instrumentarium in de toegang, maar de jeugd-GGZ vindt het resultaat (nog) niet optimaal.

Op de werkvloer weten professionals elkaar over het algemeen goed te vinden voor consultatie en advies. De jeugd-GGZ levert bovendien af en toe een bijdrage aan de toegangsfuncties door training en deskundigheidsbevordering van medewerkers van BJZ. Nadeel van de gekozen constructie is dat de doorlooptijd in de toegang gemiddeld hoog is door wachttijden tussendoor en dubbele activiteiten (onderzoeken worden bij de jeugd-GGZ soms overgedaan, et cetera).

BJZ en jeugd-GGZ hebben gezamenlijk de verwijzers geïnformeerd over de veranderde gang van zaken vanaf 1-1-2005. Vergeleken met 2004 is sprake van een toenemend aantal indicaties voor de jeugd-GGZ gesteld door BJZ; het aantal rechtstreekse aanmeldingen bij de jeugd-GGZ neemt af. Er is nog wel een zij-instroom (10 tot 40 procent), maar de jeugd-GGZ levert hierover volgens afspraak gegevens aan aan BJZ. Ook levert de jeugd-GGZ (binnenkort) gegevens aan zodat BJZ de hulpverlening kan volgen. Verdere afspraken moeten nog gemaakt worden over de rol van BJZ bij evaluatie van de hulpverlening en herindicaties.

BJZ heeft beginnend overleg met de zorgkantoren. Men begint elkaar te kennen en elkaar te vinden. Aarzelend zijn de eerste stappen gezet om afspraken te maken over de wijze van aanvragen en toekennen van persoonsgebonden budgetten (PGB's), de uitvoering van de zorgtoewijzingsfunctie van het zorgkantoor en/of de mogelijke inbreng van BJZ en de provincie bij het maken van productieafspraken met de jeugd-GGZ.

Type D: Geïntegreerde dienstverlening

Per 1-1-2005 geeft BJZ in deze regio's vorm aan de toegang tot de hele jeugdzorg, inclusief de jeugd-GGZ. Aan de vorming van die toegang is uitgebreid overleg met de jeugd-GGZ voorafgegaan: over de procedures, de instrumenten en de benodigde deskundigheid. Mede dankzij de inzet van de jeugd-GGZ bij training, deskundigheidsbevordering of het invullen van diagnostische capaciteit is die toegang naar beider tevredenheid vormgegeven. Zowel BJZ als de jeugd-GGZ hebben vertrouwen in de kwaliteit van de toegang en blijven deze ook volgen. Er zijn betrekkelijk korte doorlooptijden in de toegang en als de doorlooptijden toenemen, wordt daarover snel overlegd tussen de betrokken partijen. Er is in principe geen zij-instroom meer naar de jeugd-GGZ (minder dan 10 procent). De gegevens over deze beperkte zij-instroom worden op gezette tijden naar BJZ teruggekoppeld.

BJZ en jeugd-GGZ hebben gezamenlijk de verwijzers geïnformeerd over de veranderde gang van zaken vanaf 1-1-2005 waarbij benadrukt is dat BJZ vanaf die datum de enige toegang tot de jeugdzorg is. Rechtstreekse aanmeldingen bij de jeugd-GGZ worden niet gestimuleerd; er is voldoende vertrouwen in de toegang van BJZ dat er een snelle en deskundige beoordeling plaatsvindt, ook bij crisisgevallen of wanneer sprake is van ernstige psychiatrische problematiek.

Bij BJZ vindt een integrale beoordeling van de problematiek van cliënten plaats waarbij de jeugd-GGZ door middel van detacheringen of consultatieafspraken inbreng bij de bespreking van de indicatiestellingen heeft. De jeugd-GGZ accepteert deze indicatiebesluiten en stelt in aansluiting hierop hulpverleningsplannen op. Er wordt zo nodig door de jeugd-GGZ wel eens aanvullend diagnostisch onderzoek (behandelingsdiagnostiek) gedaan maar over het algemeen is men redelijk tevreden met de kwaliteit van de indicatiestelling en de informatie die door BJZ wordt aangeleverd. Negatieve ervaringen op dit vlak worden ook systematisch besproken in het managementoverleg

van de instellingen.

BJZ heeft al enige tijd overleg met de regionale zorgkantoren. Eerste afspraken zijn gemaakt over de wijze van aanvragen en toekennen van persoonsgebonden budgets (PGB's), de uitvoering van de zorgtoewijzingsfunctie van het zorgkantoor en/of de mogelijke inbreng van BJZ en de provincie bij het maken van productieafspraken met de jeugd-GGZ.

4 Landelijk beeld van de samenwerking tussen BJZ en jeugd-GGZ

In de meeste samenwerkingsconvenanten tussen BJZ en jeugd-GGZ wordt het belang van het kind benadrukt. De vragen van het kind, het diagnosticeren van de problemen, het indiceren voor de aangewezen zorg, het krijgen van adequate hulp en de evaluatie daarvan staan voorop. Dat vereist bij de samenwerking een actieve, coöperatieve houding, waarbij de organisatiebelangen niet mogen prevaleren.

Aan de invoering van de WJZ is een jarenlange discussie voorafgegaan. In een aantal regio's is op de invoering van de WJZ en de daarin vervatte indicatiebevoegdheid van BJZ voor de jeugd-GGZ geanticipeerd. Er zijn diverse samenwerkingsvormen ontstaan. In andere regio's is een meer afwachtende houding aangenomen. Voor alle instellingen vormde de formele invoering van de WJZ, per 1 januari 2005, aanleiding om onderlinge afspraken te maken of gemaakte afspraken te herijken. Ten tijde van de toezichtronde (september/november 2005) werd opvallend vaak gemeld dat de afspraken tussen BJZ en jeugd-GGZ nog maar kort in werking waren getreden en dat de resultaten nog onvoldoende zichtbaar waren. In gevallen van vroege samenwerking leidde de invoering van de WJZ tot ontvlechting van bijvoorbeeld de gezamenlijke voordeur voor cliënten met opvoed- en opgroei problemen. Deze instellingen zijn bij invoering van de WJZ feitelijk geconfronteerd met de wet van de remmende voorsprong.

4.1 Het totaalbeeld

In deze paragraaf wordt telkens verwezen naar de verschillende provincies die zijn bezocht. Nadrukkelijk zij vermeld dat per provincie of grootstedelijke regio telkens één koppel is bezocht; welke instellingen dit betreft is vermeld in bijlage 2. Per provincie of grootstedelijke regio zijn meerdere BJZ-afdelingen of jeugd-GGZ-instellingen actief; deze tekst laat geen generalisatie over een hele provincie of grootstedelijke regio toe.

Op basis van de verschillende scores op de samenwerkingsstypologie zijn de onderzochte koppels BJZ en instellingen voor jeugd-GGZ in figuur 1 getypeerd. Koppels die links of rechts van het midden zijn geplaatst, vertonen duidelijk trekken van twee verschillende samenwerkingsvormen. Dus het in Flevoland onderzochte koppel scoort op 'gescheiden werelden' en 'vreedzame coëxistentie', terwijl het in Rotterdam onderzochte koppel duidelijker past in de samenwerkingsvorm 'gescheiden werelden'. De koppels die zijn onderzocht in Groningen, Drenthe, Gelderland en Haaglanden zijn vrij consistent in hun scores op het samenwerkingsstype vreedzame coëxistentie, terwijl de onderzochte koppels in Zeeland, Noord-Brabant en Limburg daarbij ook trekken van het type 'gescheiden werelden' vertonen en het in Utrecht onderzochte koppel meer neigt naar het type 'geregisseerd aanbod'. De samenwerking tussen het Overijsselse koppel is vrij goed te duiden als 'geregisseerd aanbod'. De koppels die zijn onderzocht in Noord-Holland en ROA Amsterdam zijn vooral te kenmerken binnen het type 'geregisseerd aanbod', maar vertonen ook kenmerken van 'geïntegreerde dienstverlening'. Het koppel dat is onderzocht in Zuid-Holland vertoont de meeste trekken van de samenwerkingsvorm 'geïntegreerde dienstverlening'.

Figuur 1

Typering van de 15 bezochte BJZ-jeugd-GGZ-instellingen

(zie bijlage 2 voor bezochte instellingen per provincie/grootstedelijke regio)

<i>A. Gescheiden werelden 2005: 13%</i>		<i>B. Vreedzame coëxistentie 2005: 53%</i>	
Rotterdam	Flevoland	Groningen Drenthe Gelderland Haaglanden Zeeland Noord-Brabant Limburg	Utrecht
<i>C. Geregisseerd aanbod 2005: 27%</i>		<i>D. Geïntegreerde dienstverlening 2005: 7%</i>	
Friesland	Overijssel Noord-Holland ROA Amsterdam	Zuid-Holland	

Het NIZW hanteerde bij haar onderzoek in 2002 eveneens een indeling in vier samenwerkingsvormen. Ondanks enkele verschillen in benadering, kunnen de resultaten van dit onderzoek afgezet worden tegen de resultaten van dit inspectieonderzoek. De samenwerkingsvorm 'gescheiden werelden' is te plaatsen naast de 'sectorale toegang' uit het NIZW-onderzoek, de 'vreedzame coëxistentie' is te vergelijken met de 'netwerkorganisaties', het 'geregisseerd aanbod' met de 'intersectorale voordeur' en de 'geïntegreerde dienstverlening' met de 'intersectorale toegang'. Deze vergelijking levert het volgende beeld op:

Figuur 2

Vergelijking typering 2002-2005

<i>Kwadranten</i>	<i>NIZW 2002 (in %)</i>	<i>IGZ / IJZ 2005 (in %)</i>
A: Gescheiden werelden	43	13
B: Vreedzame co-existentie	24	53
C: Geregisseerd aanbod	24	27
D: Geïntegreerde dienstverlening	10	7

In vergelijking met de situatie in 2002 is het aantal regio's waar de samenwerking nauwelijks van de grond komt, afgenomen. In toenemende mate komt men tot afspraken over het indicatieproces. Tegelijkertijd is ook het aantal regio's waar het indicatieproces gezamenlijk vorm gegeven was, afgenomen. BJZ dient op grond van de WJZ per 1 januari 2005 vanuit een onafhankelijke positie tot een indicatiebesluit te komen, dus samenwerkingsvormen met gezamenlijke verantwoordelijkheid hiervoor,

zijn niet langer mogelijk. De regio's waar zoveel mogelijk – in goed overleg – de eigen toegangsprocedures in stand worden gehouden, zijn in aantal gegroeid.

4.2 Uitsplitsing per samenwerkingstype

4.2.1 Gescheiden werelden

In twee regio's (13%) is op basis van de bezoekronde sprake van 'gescheiden werelden'. Er zijn geen onderlinge afspraken gemaakt over de aanmeldingsprocedure, waardoor er sprake is van een gescheiden toegang tot BJZ en de jeugd-GGZ. De rechtstreekse instroom bij de jeugd-GGZ is dan ook meer dan 80 procent. BJZ beschikt over relatief weinig specifieke deskundigheid voor het beoordelen van psychiatrische problemen en huurt deze incidenteel in bij de jeugd-GGZ. BJZ maakt zeer globale indicatiebesluiten. Naar de mening van de geïnterviewden komt het nogal eens voor dat cliënten worden terugverwezen naar BJZ. Er vindt geen afstemming of toetsing plaats van indicatiebesluit op behandelplan. Er worden geen gegevens uitgewisseld tussen BJZ en jeugd-GGZ.

4.2.2 Vreedzame coëxistentie

In de meeste regio's (53%) is sprake van 'vreedzame coëxistentie'. De samenwerking wordt (op de werkvloer) over het algemeen als positief ervaren omdat er wederzijds waardering is voor elkaars deskundigheden, ervaringen en expertise. Er vindt rechtstreeks onderlinge consultatie plaats.

In deze regio's zijn er onderling afspraken over de wijze waarop aanmeldingen bij BJZ moeten worden beoordeeld. De crisisdiensten opereren veelal gescheiden. BJZ kan in een crisissituatie niet rechtstreeks naar de jeugd-GGZ verwijzen; verwijzing via de huisarts is noodzakelijk. Omgekeerd kan jeugd-GGZ wel naar de crisisdienst van BJZ verwijzen. De informatie over de gewijzigde toegang tot de jeugd-GGZ via het BJZ naar mogelijke professionele verwijzers is soms gezamenlijk gedaan.

Het aantal rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ bedraagt echter in slechts vier regio's tussen de 40 en 80 procent. De deskundigheid van de voordeurmedewerkers van BJZ voor de beoordeling van psychiatrische problematiek neemt toe, mede door de samenwerking met de jeugd-GGZ en de onderlinge consultatie. Over de rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ wordt BJZ slechts in één regio structureel geïnformeerd.

In deze regio's waarin sprake is van 'vreedzame coëxistentie' zijn over de diagnostiek, het gebruik van diagnostische instrumenten door BJZ en het opstellen van een diagnostisch beeld, afspraken gemaakt. Over het algemeen is specifieke jeugd-GGZ-deskundigheid bij BJZ groeiende of wordt deze (nog) ingehuurd bij de jeugd-GGZ. Er is sprake van multidisciplinaire beoordeling van mogelijke psychiatrische problemen bij de cliënten en indien nodig wordt de jeugd-GGZ geconsulteerd.

In deze regio's geldt ook dat er onderling overleg is over en deelname vanuit de jeugd-GGZ aan de *indicatiestelling*. De indicatiebesluiten van BJZ zijn globaal en leiden tot een 'sectorkeuze' ofwel een aanspraak op jeugd-GGZ. Dat wil zeggen een indicatiestelling voor diagnostiek of behandeling door jeugd-GGZ, waarbij aan de indicatiestelling in verschillende mate overige algemene informatie over de cliënt is toegevoegd. Deze informatie wordt door de jeugd-GGZ wisselend van toegevoegde waarde geacht,

maar de jeugd-GGZ heeft – onder bepaalde condities - wel vertrouwen in de indicatiebesluiten van het BJZ.

Over de gemiddelde doorlooptijd bij BJZ van aanmelding tot aan afgifte van het indicatiebesluit zijn te weinig betrouwbare, onderlinge vergelijkbare cijfers aangeleverd, zodat hierover op basis van dit onderzoek geen kwantitatieve uitspraken te doen zijn. Op basis van de door de geïnterviewden afgegeven schattingen is echter duidelijk dat voor verreweg de meeste BJZ'en geldt dat de gemiddelde doorlooptijd meer dan 50 werkdagen bedraagt. In diverse gevallen is de (ingeschatte) doorlooptijd zelfs langer dan 100 werkdagen.

In vijf regio's zijn de afspraken over de *aanmeldingen van cliënten van BJZ bij een jeugd-GGZ* gericht op soepele overdracht van cliënten bij vermoeden van psychiatrische klachten. Daarnaast zijn er afspraken over ondersteuning van de cliënt bij het verkrijgen van zorg bij de jeugd-GGZ. Er wordt veel discussie gevoerd over de mate van specificiteit die nodig is om richting te geven aan het behandelplan van de jeugd-GGZ. Desgevraagd geven de instellingen voor jeugd-GGZ aan dat er zeer weinig cliënten naar het BJZ worden 'terugverwezen'. In incidentele gevallen wordt het BJZ (weer) ingeschakeld als zich ook jeugdzorghulpvragen voordoen gedurende het behandeltraject.

De indicatiebesluiten van BJZ zijn globaal: er is een vermoeden van psychiatrische problematiek en er is een inschatting van behoefte aan jeugd-GGZ. Er wordt over het algemeen geen nadere omschrijving van de benodigde zorg gegeven. Daardoor is er bij de jeugd-GGZ veel ruimte om op basis van de eigen interpretatie van de problematiek (en eventueel aanvullende diagnostiek) van het kind een behandelplan op te stellen. BJZ toetst, behalve in incidentele gevallen, het behandelplan niet op aansluiting op het indicatiebesluit. De jeugd-GGZ verstrekt geen vervolggegevens aan BJZ, waardoor het volgen van de behandeling van jeugd-GGZ door BJZ niet mogelijk is. Ook beleidsgegevens, onder andere over aantallen arts-artsverwijzingen, worden op het moment van het onderzoek niet structureel uitgewisseld, zodat evaluatie niet mogelijk is.

4.2.3 Geregisseerde en geïntegreerde dienstverlening

In vier regio's (27%) is sprake van 'geregisseerd aanbod' en in één regio (7%) van 'geïntegreerde dienstverlening'. In deze regio's is sprake van een geïntegreerde werkwijze ten aanzien van de aanmeldingsprocedure bij BJZ. Er is voldoende deskundigheid voor het beoordelen van psychiatrische problematiek bij BJZ, dan wel die wordt nog vergroot door bijdragen vanuit de jeugd-GGZ. De stroom rechtstreekse verwijzing naar de jeugd-GGZ is slechts in één regio kleiner dan 10 procent. Er zijn duidelijke afspraken over de (toegangs-) diagnostiek en de te gebruiken, deels gezamenlijk ontwikkelde, instrumenten. De werkprocessen zijn afgestemd en er zijn afspraken over de inhoud van het indicatiebesluit. De aanmelding bij de jeugd-GGZ is gebaseerd op soepele overdracht van informatie over de cliënten. Er worden vrijwel geen cliënten door jeugd-GGZ terugverwezen naar BJZ. Het behandelplan wordt gebaseerd op het indicatiebesluit, hoewel dat veelal wel globaal is, dus ruimte laat voor de jeugd-GGZ bij het opstellen van het behandelplan. Ook in deze regio's vindt slechts af en toe toetsing door BJZ plaats en wordt niet of incidenteel geëvalueerd.

5 Conclusies en maatregelen

5.1 Adequate en snelle toeleiding naar de jeugd-GGZ geen gemeengoed

Doelstelling van de WJZ is adequate toeleiding binnen zo kort mogelijke tijd. Dit vereist naadloze aansluiting tussen de werkprocessen van de beide organisaties. Daar waar BJZ een redelijk gedetailleerd indicatiebesluit afgeeft – hetgeen logischerwijs meer tijd in beslag neemt dan het afgeven van een erg globaal indicatiebesluit – moet het indicatiebesluit zo direct mogelijk vertaald kunnen worden in een behandelplan. Daar waar BJZ – in samenspraak met de samenwerkende jeugd-GGZ-partners – volstaat met een globale indicatie, moet deze indicatie binnen (veel) korte(re) tijd afgegeven worden. Vanuit cliëntperspectief is het alleen acceptabel dat de jeugd-GGZ-instelling een relatief lang eigen indicatietraject uitvoert, als dit nog niet gebeurd is bij BJZ

Uit de resultaten van dit inspectieonderzoek blijkt dat in veel gevallen een ‘onaantrekkelijk compromis’ tussen bovengenoemde opties wordt gerealiseerd. In te veel gevallen geeft BJZ, na een relatief lange doorlooptijd, een globaal indicatiebesluit af, hetgeen de jeugd-GGZ aanzet tot het opnieuw uitrollen van een eigen indicatietraject.

De samenwerking heeft tot nu toe in onvoldoende gevallen geleid tot een meetbare verkorting van de totale doorlooptijd (tot aan aanvang behandeling bij de jeugd-GGZ) en een goede afstemming tussen indicatiebesluit en behandelplan. Er is ‘bestuurlijk’ commitment nodig om te komen tot effectieve afspraken over op elkaar afgestemde werkprocessen, gedeelde werkwijzen, instrumenten, multidisciplinair overleg, onderlinge consultatie en kennisoverdracht. Dit geldt voor raden van bestuur en directies enerzijds, maar ook voor het rijks- en provinciaal bestuur anderzijds. Deze zijn immers verantwoordelijk voor het voorwaardenscheppend beleid. In de praktijk wordt een eenduidig sturend en richtinggevend beleid door deze overheden gemist.

Maatregelen

Zorg dat de werkprocessen van BJZ en jeugd-GGZ-instellingen naadloos in elkaar overvloeien. Maak hierbij, afhankelijk van de eigen positie, gebruik van werkzame bestanddelen zoals:

- Concrete samenwerkingsconvenanten die bestuurlijk commitment hebben.
- Samenwerking op de werkvloer in het belang van de cliënt, gebruikmakend van elkaars expertise.
- Op de praktijk afgestemde casuoverleggen voor goede doorstroming van de cliënt / het cliëntstelsel.
- Onderlinge kennisoverdracht en wederzijdse waardering voor elkaars deskundigheden.
- Mogelijkheden voor rechtstreekse onderlinge consultatie en wederzijdse feedback.

Zorg dat het indicatiebesluit van BJZ voor jeugd-GGZ óf globaal is en in korte tijd tot stand komt óf een langere doorlooptijd kent, maar dan wel richtinggevend is voor het vervolg. Maak hierbij gebruik van:

- Duidelijkheid over de minimaal noodzakelijke informatie in het indicatiebesluit.
- Gestandaardiseerde en gevalideerde instrumenten voor het indiceren (screenen, diagnosticeren, opstellen van het diagnostisch beeld), die door partijen onderschreven worden.
- Het systematisch implementeren van deze instrumenten en waar nodig opleiden van personeel in het hanteren hiervan; het bevorderen van deskundigheid bij medewerkers van BJZ in het beoordelen van psychiatrische problematiek.
- Evaluatie van het inhuren van expertise bij jeugd-GGZ of het door BJZ inkopen hiervan.

5.2 Bedoelde 'zij-instroom' is nog altijd de hoofdroute

De bedoeling van de WJZ is dat BJZ bij (vermoeden van) psychiatrische problematiek onafhankelijk een indicatiebesluit opstelt dat recht geeft op jeugd-GGZ. Bij wijze van uitzondering, in evidente of crisisgevallen, is de mogelijkheid open voor rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ. Dit houdt in dat een groot deel van de cliëntenstroom van de jeugd-GGZ moe(s)t worden verlegd van de (huis)arts naar BJZ.

Uit dit inspectieonderzoek blijkt dat deze omlegging in de praktijk nog lang niet wordt gerealiseerd. Er wordt echter ook niet eenduidig geregistreerd, zodat de weergegeven percentages schattingen blijven. Overigens worden aan de rechtstreekse verwijzingen (indicaties voor jeugd-GGZ) geen eisen gesteld. Voor de cliënten geldt dus slechts de behandelwachtijd voor jeugd-GGZ als wachtijd. Het uitvoeringsbesluit WJZ legt BJZ daarentegen diverse vereisten op bij het opstellen en formuleren van het indicatiebesluit ten aanzien van probleemanalyse, overleg met de cliënten en de deskundige beoordeling^[2]. Indien BJZ aan alle vereisten wil voldoen, kost het indiceren veel tijd, waardoor een lange(re) doorlooptijd dan de gewenste periode van maximaal zes weken al snel het gevolg is.

5.3 Casemanagementfunctie onhelder voor veldpartijen

Veel van de bezochte jeugd-GGZ-partners geven de voorkeur aan een indicatiebesluit dat slechts een sectorkeuze, een globale indicatie, geeft en geen zorgvormen voorschrijft. Diagnostiek en behandeling zijn dan als een geheel (cyclisch proces) te zien. Op dit moment zijn de indicatiebesluiten van BJZ overwegend globaal en is er ruimte voor de (behandelaar van de) jeugd-GGZ een eigen inschatting van de problematiek en de zorgbehoefte te maken. Aan de afstemming tussen het indicatiebesluit en het behandelplan wordt daarbij weinig aandacht besteed en het behandelplan wordt niet door BJZ getoetst. Dit heeft gevolgen voor het (ontbreken van) casemanagement door BJZ. De verwachtingen over en weer over het casemanagement, het volgen van de verleende zorg aan de cliënt en het evalueren daarvan, lopen uiteen. Hierbij speelt ook angst voor controle op specialistisch werk door niet terzake deskundigen. Het ontbreekt veldpartijen aan een helder kader voor de casemanagementfunctie. Het is

[2] In april 2006 is een nieuw protocol opgesteld, dat de eisen aan BJZ aanscherpt, maar de rechtstreekse verwijzing ongemoeid laat.

zeer wel denkbaar dat in gevallen van monodisciplinaire, minder complexe vervolghulp een minimale BJZ-casemanagent-variant volstaat, terwijl bij instellingsoverstijgende, complexere vervolghulp een zwaardere casemanagement-variant aangewezen is.

Maatregel

Zorg dat het behandelplan een vertaling is van het indicatiebesluit en dat BJZ de uitvoering, binnen een helder kader voor casemanagement, kan volgen. Dit vereist onder andere:

- Heldere eisen over inhoud en bruikbaarheid van het indicatiebesluit (zie hiervoor).
- Een helder kader voor het invullen van casemanagement door BJZ.
- Nuancering van de mate van intensiteit van casemanagement, namelijk afhankelijk van de complexiteit van de vervolghulp.
- Minimaal afspraken over de terugkoppeling van informatie aan BJZ, zodat deze haar taak kan vervullen als dat voor de cliënt nodig is.

5.4 Informatie-uitwisseling over cliënten effectief en toch privacy-proof

In gevallen waarin de informatie-uitwisseling (nog) niet tot stand is gekomen, verwijzen partijen regelmatig naar ervaren tegenstrijdigheden tussen WGBO en WJZ op dit punt. Ten eerste met betrekking tot de individuele cliënt: als een kind (en zijn/haar cliënt-systeem) eenmaal een indicatie voor behandeling van jeugd-GGZ (of diagnostiek) heeft, wordt het kind als een cliënt van de jeugd-GGZ gezien en in een ander (financieel) systeem geregistreerd. Vanuit de jeugd-GGZ wordt herhaaldelijk het nut van het terugkoppelen van gegevens over de behandeling van het kind betwijfeld. Bovendien bestaat er angst dat de informatie in een ander, bijvoorbeeld justitieel, kader onterecht of onzorgvuldig zal worden gebruikt. Daartegenover heeft BJZ, in het bijzonder de jeugd-bescherming, in voorkomende gevallen last van het ontbreken van informatie, zodat beslissingen ten aanzien van het kind (vervolgindicatie of bijvoorbeeld verlenging van een ondertoezichtstelling) niet adequaat kunnen worden onderbouwd. Mogelijke problematiek in het cliëntensysteem van het kind kan zonder terugkoppeling van informatie onvoldoende worden onderkend. Bovendien geldt dat in geval van rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ geen informatie aan BJZ wordt geleverd. In de WJZ is bepaald dat de jeugd-GGZ van al haar cliënten gegevens aan BJZ dient te leveren zodat de verleende zorg kan worden verantwoord. Hiervan is in dit onderzoek geen voorbeeld in de praktijk gezien. In een aantal convenanten waren wel schriftelijke afspraken opgenomen, maar nog niet in praktijk gebracht.

Maatregel

Zorg dat concrete, haalbare en zinvolle afspraken worden gemaakt en nageleefd over de uitwisseling van cliëntgegevens. Maak hierbij gebruik van:

- De door het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) ontwikkelde regels over het uitwisselen van gegevens tussen professionals, geef deze meer bekendheid en leef ze na.
- Voorbeelden uit de praktijk: de meldcode KNMG voor huisartsen, de meldcode van het NIZW voor beroepsgroepen.
- Implementatie van in goed onderling overleg tot stand gekomen meldcodes en verwijsprotocollen; het is effectief de codes met beroepsbeoefenaars te bespreken.
- Bevordering van de communicatie tussen artsen, psychiaters en psychologen en andere (opvoed)deskundigen die beslissingen nemen tijdens het behandeltraject;
- Aandacht voor het begrijpelijk, bruikbaar doorgeven van informatie over de behandeling van cliënten door medici aan collega's in een niet-medische, maar aanverwante sector; dit mag niet door conflicterende wetgeving worden verhinderd.
- Duidelijkheid over de noodzaak van het uitwisselen van beleidsinformatie, geaggregeerde informatie moet worden uitgewisseld.
- Aanpassing, indien nodig, van de betrokken wetsartikelen in bijvoorbeeld WGBO en WJZ.

BIJLAGE 1 Typologie samenwerking BJZ – Jeugd-GGZ

Typologie samenwerking bjjz – jeugd-ggz



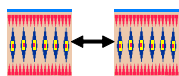
Gescheiden werelden

- Geen of zeer magere samenwerkingsovereenkomst
- Geen / weinig kennis van intentie & werkwijze wederpartij
- Weinig affiniteit met wederpartij, geen positieve beeldvorming over en weer
- Weinig indicatiebesluiten bjjz tbv j-ggz
- Verwijzers niet adequaat geïnformeerd
- Hoge zij-instroom j-ggz (>80%)



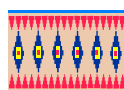
Vreedzame coëxistentie

- Samenwerkingsafspraken: verdeling verantwoordelijkheden.
- Geen vertrouwen in elkaars deskundigheid: zien geen meerwaarde van samenwerking.
- Wel kennis werkwijze wederpartij maar geen gedeelde definities, procedures en instrumenten. Verwijzers elk apart geïnformeerd.
- Bedrijfsprocessen bestaan naast elkaar: tolerantie van elkaar. Dubbeling in activiteiten en uitkomsten.
- Lange doorloop- en wachttijden / hoge 'zij-instroom' jeugd-ggz (40%-80%) / gering aantal indicatiebesluiten voor j-ggz door bjjz.



Geregisseerd aanbod

- Bedrijfsprocessen zijn over en weer beïnvloed
- Koppeling via vooral 'technische' verbindingen
- Ontwikkeling gezamenlijke taal, definities, procedures en instrumentarium
- Afspraken over overdracht / monitoren zorg
- Nog altijd (maar incidenteel) dubbeling in activiteiten (m.n. diagnostische onderzoeken)
- J-ggz nog geen optimaal vertrouwen in deskundigheid bjjz en in beoordeling problematiek en kwaliteit indicatiebesluit
- Zij-instroom j-ggz: 10% tot 40%; toenemend aantal indicatiebesluiten voor j-ggz



Geïntegreerde dienstverlening

- Eén bedrijfsproces, één gezamenlijk voorbereide en gedragen aansturing. Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor jeugdzorg.
- Indicatiestelling loopt door goede afspraken naadloos over in start hulpverlening j-ggz; afspraken over overdracht informatie en cliënten, en over monitoren zorg
- Relatief korte doorloop- en wachttijden; lage 'zij-instroom' jeugd-ggz (<10%)
- Vertrouwen in elkaars deskundigheid.
- Monitoren elkaars kwaliteit en bespreken deze regelmatig.

BIJLAGE 2 Beschrijving van de samenwerkingsrelaties tussen BJZ en jeugd-GGZ

Deze bijlage bevat een korte beschrijving van de samenwerkingsrelaties tussen BJZ en jeugd-GGZ op het gebied van het indicatieproces bij (vermoeden van) psychiatrische problemen van jeugdigen. Het betreft de onderzochte combinaties van een BJZ(-locatie) en een instelling voor jeugd-GGZ in elke provincie of grottestadsregio. De resultaten van de thematische toezichtbezoeken zijn beschreven in vijftien lokale rapporten, die aan de betreffende organisaties zijn uitgebracht.

1. Groningen

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Groningen, locatie Stad en GGZ Groningen-Zuid, afdeling jeugd. Het samenwerkingsconvenant dateert van juli 2005. Dit convenant is mede gebaseerd op vroegere gezamenlijke ervaringen. Het convenant beschrijft het bestuurlijke niveau en behoeft nog implementatie op uitvoerend niveau. Het vertrouwen in elkaars competenties moet nog groeien. De doorlooptijd in de toegangsroute van BJZ is lang. Men overweegt een verkorte procedure voor de indicatie jeugd-GGZ. De indicatie voor jeugd-GGZ is over het algemeen globaal. Er bestaan uiteenlopende verwachtingen over de specificiteit van het indicatiebesluit van BJZ. De jeugd-GGZ ervaart specifieke indicaties als beperkend en de standaardprocedure van BJZ, strikt conform de wettelijke eisen, als vertragend. Veel cliënten krijgen bij de jeugd-GGZ alsnog een intake. Er bestaan onduidelijkheden over de inbreng van de casemanager en de zorgcoördinator, zoals genoemd in het convenant en het landelijk beleid. Dit vereist een vertaling naar praktische consequenties voor de betrokken medewerkers. Goed overleg en afspraken over doorlooptijd in de toegang (het gebruikmaken van de verkorte route), de specificiteit van het indicatiebesluit, het casemanagement en de onderlinge consultatie kunnen posities van beide partijen verhelderen.

2. Friesland

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Friesland en GGZ Friesland, afdeling jeugd. In Friesland is een Frontoffice ingericht (per juni 2005) voor aanmelding en acceptatie van jeugdigen en andere cliënten. Nu nog worden direct na de aanmelding de cliënten door aparte basisteams van jeugdhulpverlening (JHV) of jeugd-GGZ beoordeeld en wordt de indicatie voor respectievelijk JHV of jeugd-GGZ voorbereid. Deze constructie roept bij BJZ de vraag op of BJZ dan nog regie voert over het indicatietraject en diverse vormen van geïndiceerde zorg afweegt. Het 'concept-indicatiebesluit jeugd-GGZ' wordt wel ter beoordeling voorgelegd aan de teammanager BJZ, maar daarover vindt geen multi-disciplinaire teambespreking meer plaats. Er is onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid voor de cliënten die op de wachtlijst komen voor jeugd-GGZ. Ligt die bij de jeugd-GGZ of bij BJZ? Ook zijn er geen sluitende afspraken over het monitoren van de verleende jeugd-GGZ door BJZ, noch over het verstrekken van informatie aan BJZ. De afspraken die in het convenant waren vastgelegd zijn geëvalueerd, maar er is nog geen consensus over de uitkomsten.

3. Drenthe

Bezocht zijn BJZ Drenthe, locatie Assen en de samenwerkende jeugd-GGZ-instellingen, GGZ Drenthe en Accare. De samenwerking tussen BJZ en jeugd-GGZ wordt als goed ervaren en is organisch gegroeid via het 'Voordeurprogramma BJZ Drenthe'. De verschillen in werkwijze van de regio's jeugd-GGZ zijn aanzienlijk. Partijen weten elkaar te vinden om cliënten goed en snel te helpen. Er is nog wel discrepantie tussen de analyse van BJZ Assen en de (vervolg-, behandel)diagnostiek van jeugd-GGZ. Dit noopt

tot verregaande overeenstemming over de gang van zaken (inclusief de rechtstreekse verwijzingen van (huis)arts naar jeugd-GGZ).

Drenthe heeft een oplossing gezocht in het 'stempelindicatiebesluit' voor diagnostiek bij jeugd-GGZ. Het vervolgtraject is volgens de geïnterviewden van jeugd-GGZ nogal bureaucratisch. En BJJ vraagt zich af of er op deze manier wel aan de eisen van de WJZ wordt voldaan. In het multidisciplinaire overleg worden relatief weinig cliënten besproken. De diagnostiek onder verantwoordelijkheid van de jeugd-GGZ maakt de verantwoordelijkheid van BJJ voor het indicatiebesluit niet helder.

De – vanwege de WJZ – noodzakelijke evaluatie van de door de jeugd-GGZ geleverde zorg door BJJ krijgt in de praktijk slechts incidenteel gestalte. De functie casemanagement vereist (landelijk eenduidige) discussie.

De beschikbaarheid van informatie over doorlooptijden, onderlinge uitwisseling van informatie behoeft verbetering.

4. Overijssel

Bezoekt zijn Bureau Jeugdzorg Overijssel, locatie Zwolle en RIAGG Zwolle, locatie Zwolle. De samenwerking werd anticiperend op de WJZ al in 1998 gestart met de vorming van een multidisciplinair team, waarin men elkaars werkwijze leerde kennen. Er is nog wel discussie over een aantal thema's, maar er is regelmatig overleg op bestuurlijk, management- en uitvoerend niveau. Men werkt volgens afgestemde processen tot het indicatiebesluit, maar over de monitortask van BJJ is de discussie nog niet afgerond. Er zijn nog veel rechtstreekse verwijzingen (40-80 %) naar de jeugd-GGZ en de informatie over deze cliënten aan BJJ is niet geregeld. De samenwerking wordt ondersteund door de faciliterende rol van de provincie en het Overlegorgaan Jeugdzorg Overijssel. Er bestaat nog verschil van inzicht over een aantal thema's zoals cliëntenstromen, volume, casemanagement (monitoring) en de indicatietask van BJJ. Het indicatiebesluit van BJJ is tot op heden globaal, terwijl de Riagg dit specifiek zou willen. Daarvoor heeft BJJ echter geen expertise en capaciteit. Daarnaast is er discussie over de invulling van het casemanagement door BJJ. Wat is de toegevoegde waarde? Wanneer is er geen casemanagement nodig? Met behoud van de waardering voor de onderlinge samenwerking ligt er nog een aantal vragen: welke informatie moet jeugd-GGZ aan BJJ verstrekken voor de 'monitoring' zonder de geheimhoudingsplicht te schaden? Wat is de verhouding tussen de verplichtingen van de WGBO en de WJZ? Hoe kan worden voorkomen dat deze onzekerheden voor de professionals leiden tot gevaar voor het kind?

5. Gelderland

Bezoekt zijn Bureau Jeugdzorg Gelderland, locatie Arnhem en GGZ De Gelderse Roos, Arnhem. Zowel BJJ Gelderland als De Gelderse Roos heeft een eigen voordeur. Over de samenwerking zijn beleidsafspraken in een convenant vastgelegd. Tot de invoering van de WJZ participeerde de jeugd-GGZ in het screeningsoverleg. Op het moment van het bezoek is de expertise van de jeugd-GGZ door BJJ te consulteren en er is goede inhoudelijke communicatie. Men ondervindt hinder van de talloze (beleids)wijzigingen op landelijk niveau. Er is nog veel instroom bij de jeugd-GGZ via de (huis)artsen. Men heeft weliswaar gezamenlijk alle (huis)artsen geïnformeerd over de nieuwe situatie, maar de relatief lange doorlooptijd bij BJJ in vergelijking met het verwijzingstraject via de huisarts, maakt dat het aantal rechtstreekse aanmeldingen aanzienlijk is. Over deze verwijzingen wordt BJJ niet systematisch geïnformeerd en daar zijn ook geen afspraken over. Dit betekent dat het risico blijft bestaan dat relevante informatie verloren gaat. Bovendien is het de vraag of bij de rechtstreekse verwijzingen naar de jeugd-GGZ de overige jeugdzorg voldoende in beeld komt? Alle betrokkenen geven aan

dat deze problematiek een gezamenlijke aanpak vereist. Het aantal indicaties door BJZ voor de jeugd-GGZ neemt wel toe. Ook het casemanagement vanuit BJZ is groeiende, maar moet nog verder vorm krijgen. Er bestaat daarbij wel de behoefte aan te sluiten bij de behandelpraktijk van de jeugd-GGZ.

6. Flevoland

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Flevoland, locatie Almere en de Symforagroep, Kinder- & Jeugdpsychiatrie (de Meregwaard) te Almere. De samenwerking tussen BJZ en Symfora/de Meregwaard is nog beperkt, maar wordt wel door beide partijen als positief ervaren. Er wordt door BJZ diagnostiek ingekocht als er op basis van eigen deskundige inschatting vermoeden is van psychiatrische problematiek. Daarbij vindt overleg plaats binnen het Regionaal Diagnostisch Team. De uitvoerend werkers ontmoeten elkaar daar en zij waarderen deze samenwerking. Medewerkers van de jeugd-GGZ betwijfelen nog wel of BJZ lastig te signaleren psychiatrische problemen kan herkennen. Op bestuurlijk niveau worden nadere afspraken voorbereid, uitgaande van adequate zorg voor cliënten. BJZ Flevoland heeft een eigen GZ-psycholoog, die wordt ingeschakeld bij vermoeden van psychiatrische problematiek. Er is gezamenlijk eerstelijns-overleg waarin afspraken gemaakt kunnen worden met huisartsen en de jeugd-GGZ. Het indicatiebesluit van BJZ is globaal - een sectorkeuze. Daarna volgt de cliënt hetzelfde traject als een door de (huis)arts verwezen cliënt. Op het bezoekmoment is er nog sprake van ongeveer 90 procent arts-artsverwijzingen naar de jeugd-GGZ. Gegevens over deze cliënten worden niet teruggekoppeld aan BJZ en de cliënt kan niet worden gevolgd. Alleen in evidente gevallen is er aanvullend inhoudelijk contact tussen BJZ en jeugd-GGZ.

7. Utrecht

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Utrecht, locatie Stad Utrecht en Altrecht geestelijke gezondheidszorg, afdeling jeugd. Na een jarenlange samenwerking, onder andere in de vorm van deelname van jeugd-GGZ in de voordeur van BJZ, heeft BJZ bij de invoering van de WJZ besloten de expertise van de jeugd-GGZ in te brengen in de (centrale) indicatiecommissies. Gedurende het indicatieproces en bij vragen van BJZ medewerkers is er voorzien in consultatiemogelijkheid bij jeugd-GGZ medewerkers. De afgesproken structurele uitwisseling van informatie over het verloop van de behandeling is – ten tijde van het inspectiebezoek – nog niet gerealiseerd. Dit heeft onder andere te maken met belemmeringen die men ervaart bij vergelijking van de eisen van de WJZ, de WGBO en de privacywetgeving. Over het uitvoeren van de afspraken over de informatievoorziening en de positie van de casemanager wordt nader overleg gevoerd. Er is over en weer wel vertrouwen in elkaars werkwijze en men overlegt met elkaar op casusniveau. Het indicatieproces heeft BJZ ingericht conform het referentiewerkmodel, maar dat kost wel veel tijd en de informatie die dat oplevert over de leefgebieden van de cliënt zijn minder relevant voor het behandelplan van de jeugd-GGZ. Vanuit de jeugd-GGZ vergelijkt men de indicaties van BJZ met de arts-artsverwijzingen (ongeveer 85% van de aanmeldingen), die als adequaat worden ervaren. Hierna kan de behandeling door de jeugd-GGZ snel starten. Over het casemanagement door BJZ zijn formele afspraken vastgelegd, maar ten tijde van het onderzoek was de discussie hierover nog niet uitgekristalliseerd. De invoering van de WJZ heeft een (hernieuwde) discussie opgeroepen over de specificaties van het indicatiebesluit, verantwoording van behandelingen en effectiviteit van zorg voor de cliënt.

8. Noord-Holland

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Noord-Holland, locatie Haarlem en Jeugdriagg Noord-Holland Zuid. Tot aan de invoering van de WJZ hadden BJZ en de Jeugdriagg een gedeelde voordeur. Voor de nieuwe situatie is, samen met stadsregio Amsterdam omdat de instellingen voor jeugd-GGZ ook voor die regio werken, een visiedocument opgesteld. In dit document staan de cliënt, de juiste zorg op het juiste moment en een goede afstemming in de keten centraal. Op basis hiervan zijn specifieke afspraken gemaakt. Op uitvoerend niveau vindt onderlinge consultatie plaats en erkent men elkaars deskundigheid en specifieke competenties. Door deskundigheidsbevordering en onderlinge samenwerking kan in de voordeur een eerste inschatting van psychiatrische problematiek worden gemaakt, waarna de analyse en het diagnostisch beeld door medewerkers met jeugd-GGZ-expertise worden uitgevoerd. Nog meer dan 80 procent van de aanmeldingen komt rechtstreeks bij de Jeugdriagg. BJZ heeft op deze aanmeldingen geen zicht en de informatie wordt (nog) niet uitgewisseld. Het risico bestaat dat cliënten mogelijk in beide circuits hulp krijgen, maar dat men dit niet van elkaar weet. Het indicatieproces, beschreven conform het referentiewerkmodel, kent een lange doorlooptijd. Bovendien wordt het indicatieproces - zeker als expertise voor diagnostiek wordt ingekocht bij de jeugd-GGZ - mogelijk niet als 'onafhankelijk' ervaren. Er is nog discussie gaande over de invulling van het casemanagement, zicht op het behandelplan, evaluatie en eindverslag van de behandeling. In het belang van de cliënt moet de keten goed blijven werken.

9. Regionaal Orgaan Amsterdam

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA), locatie Zaandam en GGZ Dijk en Duin, afdeling jeugd Zaanstreek, locatie Zaandam. Vanaf de 'Regie in de jeugdzorg' is anticiperend op de nieuwe WJZ door het toenmalige BJZ Amstelland/Meerlanden en Zaanstreek/Waterland en de Riagg-jeugd afdeling een gezamenlijke voordeur gecreëerd. Dit om een laagdrempelige toegang tot alle vormen van jeugdzorg te realiseren. De samenwerking leidde tot een sectorale aanmeldprocedure, een multidisciplinair indicatieoverleg (mio), een gestructureerd overleg over het 'grensverkeer' en een diagnostisch centrum. In het mio-grensverkeer worden alle cliënten vanuit BJZ en jeugd-GGZ ingebracht die een indicatie krijgen na crisisopvang, verhuizen of anderszins worden overgeplaatst. Na de invoering van de WJZ is door (inmiddels) BJAA en BJZ NH enerzijds en (inmiddels) Dijk en Duin (en vier andere in deze regio werkende instellingen voor jeugd-GGZ) een visiedocument opgesteld als kader voor afspraken over de toegang tot de jeugd-GGZ. De noodzakelijke onafhankelijkheid van het indicatiebesluit, dat leidt tot recht op jeugdzorg en het inhuren van GZ-psychologen en psychiaters bij BJAA, zou kunnen leiden tot meer bureaucratie en/of minder goede samenwerking. Na acceptatie van de cliënt in de voordeur is er sprake van 'overdracht' van de cliënt bij (vermoeden van) psychiatrische problematiek naar de jeugd-GGZ, met een zeer globaal 'indicatiebesluit'. Er zijn geen afspraken over terugkoppeling van gegevens over deze cliënten, in bijzondere gevallen is er het mio-grensverkeer. BJAA geeft aan nog te zoeken naar de juiste wijze van specificeren van het indicatiebesluit (en verwacht daarbij ook duidelijkere landelijke richtlijnen) en de inzet van (intensief) casemanagement. Er worden onderlinge tegenstrijdigheden tussen WGBO en WJZ ervaren. De toegang naar de jeugd-GGZ mag dan redelijk verlopen, bij ouderproblematiek in het cliëntensysteem kan BJZ niet naar de volwassenen-GGZ verwijzen. Naast een goede jeugdzorgketen is ook een goede 'ouderketen' een vereiste.

10. Zuid-Holland

Bezoekt zijn Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland, locatie Gouda en GGZ Kinderen en Jeugd, locatie Gouda. Na jarenlange samenwerking en een gezamenlijke voordeur – in het belang van de cliënt - is in Gouda bij de invoering van de WJZ de samenwerking voor een deel weer ontvlochten. De voorzitter van de indicatiecommissie is (2005) gedetacheerd vanuit de jeugd-GGZ en er is maandelijks overleg tussen BJZ en de jeugd-GGZ over signalen in de toegang bij BJZ en casusbespreking van crisiscliënten. In plaats van de volledig omgelegde toegang worden (huis)artsen nu geïnformeerd wanneer (weer) rechtstreekse toegang mogelijk is. Door de gezamenlijke huisvesting is nog steeds goede afstemming mogelijk. Door opleidingsinvestering vanuit de jeugd-GGZ en het inzetten van professionele krachten in de voordeur wordt het indicatieproces zo snel mogelijk doorlopen. Het indicatiebesluit blijft globaal waar het de behandeling door de jeugd-GGZ betreft. Er worden geen gegevens over de verleende zorg teruggerapporteerd aan BJZ. BJZ is niet in staat casemanagement te leveren vanwege capaciteitsproblemen. De ontvlechting zal wellicht leiden tot een vermindering van de samenwerking, waarbij voor beide partijen vooropstaat dat de cliënt er niet onder mag lijden.

11. Haaglanden

Bezoekt zijn, in de pilotfase van het project, BJZ Haaglanden locatie Waldeck Pymontkade en instelling voor jeugd-GGZ de Jutters te Scheveningen. Al sinds 2000 is er sprake van bestuurlijk commitment voor een goede koppeling tussen BJZ en de jeugd-GGZ. Er zijn gezamenlijke procedures en werkwijzen voor de toegangsfase ontworpen. Er is werk gemaakt van het slechten van (culturele) barrières. Hierbij zijn het in nabijheid van elkaar verrichten van werkzaamheden (detachering van jeugd-GGZ medewerkers op de locatie van BJZ) en het realiseren van korte lijnen belangrijke succesfactoren gebleken. Ook het bevorderen van deskundigheid van BJZ, onder andere door bijscholing vanuit de Jutters, is hierbij van belang.

Tegelijk lijkt het erop dat de neiging bestaat om de eigen positie en verantwoordelijkheden binnen de toegangsfase in tact te laten. Relevant is vooral dat het indicatiebesluit dat BJZ afgeeft, feitelijk een onderbouwing is van de keuze voor een sector: jeugd-GGZ. De diagnostiek voor GGZ-cliënten wordt voornamelijk door de Jutters uitgevoerd. De beschikbare globale informatie moet in een vervolgtraject binnen de jeugd-GGZ worden gespecificeerd. De inzet op meer differentiatie binnen de toegangsfunctie ('uitwerken van een concept van verschillende snelheden') biedt naar de mening van de jeugd-GGZ kansen op verdere verbetering.

Ten aanzien van de functie casemanagement door BJZ lijkt, ondanks een gezamenlijk uitgebrachte notitie, sprake van verschillende verwachtingen. BJZ wil voor deze functie het eigen inzicht in vervolghulp vergroten en mogelijk de eigen werkprocessen hierop aanscherpen, terwijl de Jutters slechts voor een beperkt deel van de cliëntpopulatie meerwaarde ziet in casemanagement door BJZ. Dit zou gericht moeten zijn op doelgroepen die kampen met gecompliceerde co-morbiditeit, waardoor intersectorale afstemming noodzakelijk is. Voor doelgroepen waarvoor evidence-based behandeling beschikbaar is, is geen zorgcoördinatie nodig: 'Voor deze doelgroep biedt een uitgewerkt en goed geïmplementeerd zorgprogramma voldoende waarborg op kwalitatief verantwoorde zorg en continuïteit van zorg.'

12. Stadsregio Rotterdam

Bezoekt zijn Bureau Jeugdzorg Stadsregio Rotterdam en Riagg Rijnmond Noord-West, afdeling jeugd. De afgelopen periode wordt gekenmerkt door moeizame verhoudingen tussen BJZ en Riagg RNW. Over en weer twijfelt men aan elkaars competenties. Riagg

RNW accepteert de indicatie van BJZ niet. Ondanks dat was er voor de invoering van de WJZ sprake van samenwerking en afstemming over casuïstiek, bereikbaarheidsdiensten buiten kantooruren en diagnostisch onderzoek. De invoering van de WJZ vroeg om een heroriëntatie, die tot een soort competentiestrijd lijkt te zijn uitgegroeid. Er is nog wel periodiek beleidsoverleg tussen de bestuurders. De WJZ gaat ervan uit dat (huis)artsen incidenteel rechtstreeks kunnen verwijzen naar de jeugd-GGZ. Voor de Riagg RNW geldt dat nog nagenoeg alle verwijzingen verlopen via de (huis)arts. Dit gaat sneller, maar BJZ is niet in staat deze cliënten te volgen; er wordt geen informatie teruggekoppeld. Ook de administratieve communicatie verloopt stroef: er raken belangrijke stukken zoek.

Op basis van de gegevens en de meningen van geïnterviewden constateren we dat de meldingen vanuit BJZ naar de jeugd-GGZ/Riagg RNW moeizaam verlopen, er geen adequate uitwisseling van cliëntgegevens plaatsvindt en dat de jeugd-GGZ medewerkers geen zicht hebben op de multidisciplinaire beoordeling van de indicatie die bij BJZ plaatsvindt. Kortom, de samenwerking laat te wensen over. BJZ Stadsregio Rotterdam en de jeugd-GGZ in de regio zijn verzocht deze problemen in de samenwerking, de afstemming en de implementatie van de WJZ zo spoedig mogelijk (weer) ter hand te nemen.

13. Zeeland

Bezoekt zijn Bureau Jeugdzorg Zeeland en instelling voor jeugd-GGZ Emergis/Ithaka. Sinds 1996 participeerden beide organisaties in het Zeeuwse Netwerk Jeugdzorg, dat is opgeheven bij het in werking treden van de WJZ. De samenwerking wordt ten tijde van het onderzoek met veel inspanning weer opnieuw vormgegeven, waarbij het recht van de cliënt op adequate zorg voorop staat. BJZ heeft in de afgelopen tijd de jeugd-GGZ-expertise in eigen huis opgebouwd en maakt gebruik van de kennis en ervaring van Ithaka bij de besprekingen van (complexe) casussen in het indicatieorgaan. Men overlegt nog over nut en noodzaak van de inzet van de jeugd-GGZ in een eerder stadium en bij verdere deskundigheidsbevordering van BJZ-medewerkers. De jeugd-GGZ neemt het indicatiebesluit als uitgangspunt voor het behandelplan, naast de DSM IV als voorlopige classificatie. Over het volgen van de behandeling door BJZ zijn de afspraken nog in ontwikkeling. Voornemen: beperkt casemanagement in de vorm van het dossier bijhouden en actief bij crisis of vervolghulp, hetgeen een actieve en coöperatieve houding van beide organisaties vereist. Concretere afspraken en uitvoering daarvan zijn ook nodig over het uitwisselen van (beleids)informatie en analyse van deze gegevens. Vervolgoverleg kan leiden tot het ontwikkelen van een gezamenlijke strategie voor het verbeteren van de toegangsfunctie tot de jeugd-GGZ.

14. Noord-Brabant

Bezoekt zijn BJZ Noord-Brabant, locatie Breda en Jeugd-GGZ regio Breda. Er is al langere tijd sprake van samenwerking, met name op casusniveau en voor deskundigheidsbevordering. De invoering van de WJZ heeft op bestuurlijk niveau en in de samenwerkingspraktijk de discussie over het afbakenen van taken en verantwoordelijkheden aangescherpt.

Alle meldingen bij BJZ worden eerst gescreend op urgentie en (vermoeden van) psychiatrische problematiek. GGZ-cliënten worden besproken in het GGZ-team en zo spoedig mogelijk geïndiceerd voor de jeugd-GGZ, zonder de gebruikelijke indicatieprocedure van BJZ te doorlopen. Naar schatting wordt 90 procent van de cliënten van de jeugd-GGZ rechtstreeks door de (huis)arts verwezen. Over deze cliënten bestaan (nog) geen afspraken over informatie-uitwisseling. Er bestaat dus het risico dat jeugdzorgaspecten over het hoofd worden gezien. Anderzijds bestaat de kans dat cliënten te

laat worden geïndiceerd voor de jeugd-GGZ als ze de normale procedure doorlopen omdat de wachttijd bij BJZ (in 2005) twee tot drie maanden was. Als BJZ in crisis-situaties voor de jeugd-GGZ wil indiceren kan dat niet; dat kan alleen via de huisarts. BJZ en jeugd-GGZ hebben de intentie om verder samen te werken vastgelegd in een convenant en een implementatieplan. Er moet nog een aantal zaken worden uitgewerkt zoals de grens tussen toegangs(indicatie)diagnostiek en behandel(diagnostiek) en het casemanagement door Bureau Jeugdzorg.

15. Limburg

Bezocht zijn Bureau Jeugdzorg Limburg, locatie Venlo en instelling voor jeugd-GGZ Mutsaertsstichting te Venlo. Op bestuursniveau is nadrukkelijk een koers bepaald gericht op verbeteren en intensiveren van de samenwerking. Er is een (concept-) samenwerkingsprotocol Bureau Jeugdzorg Limburg en GGZ Limburg. In de praktijk is er nog veel sprake van domeindenken, hoewel op casusniveau problemen wel worden opgelost. Het is nog onduidelijk hoe het protocol moet worden ingevoerd, er zijn geen eenduidige afspraken over fasering en evaluaties. Het ontbreekt ten tijde van het onderzoek aan een aantal randvoorwaarden hiervoor zoals wederzijds vertrouwen, draagvlak voor het gekozen beleid en op elkaar afgestemde verwachtingen over en weer. Ondanks jarenlange voorbereiding van de (invoering van de) WJZ is er nog veel onduidelijkheid en zijn er veel interpretatieverschillen over de consequenties van het vigerend wettelijk kader. Vanuit de jeugd-GGZ wordt de indicatietaak met moeite overgelaten aan BJZ en heeft men bedenkingen over de casemanagementfunctie van BJZ. Er worden, met name door de medewerkers van de jeugd-GGZ, bij de verdere implementatie van de WJZ meer problemen voorzien dan oplossingen. Bestuurders zullen een heldere lijn moeten uitzetten en aandacht besteden aan scholing, coaching en sturing.

Geconstateerd wordt dat nog een groot deel van de verwijzingen naar de jeugd-GGZ door (huis)artsen rechtstreeks plaatsvindt. Over deze cliënten wordt geen informatie teruggekoppeld en de kans bestaat dus dat informatie van/over de cliënt niet op de juiste plaats beschikbaar is.

BIJLAGE 3 Scoringstabellen gehanteerd instrumentarium

Aanmelding	<i>Score a:</i>	<i>Score b:</i>	<i>Score c:</i>	<i>Score d:</i>
Vormgeving voordeur	Er zijn feitelijk twee voordeuren; er zijn geen op elkaar afgestemde afspraken tussen BJ en J-GGZ over aanmelding.	BJZ en J-GGZ hebben onderling afspraken over uitvoering van aanmeldingsfunctie. Ieder neemt groten-deels de aanmeldingen voor 'eigen' sector voor eigen rekening.	BJZ en J-GGZ hebben de werkwijze t.a.v. aanmelding groten-deels geïntegreerd.	De vormgeving van de voordeur wordt volledig gedragen door BJZ en J-GGZ samen; deskundigheid van beide deelsectoren is voldoende aanwezig.
Bekendheid met/ gedeeld gebruik van aanmeldingsformulieren of procedures	Men kent de gebruikte aanmeldingsformulieren en/of procedures over en weer niet of nauwelijks.	Men kent het bestaan van de gebruikte aanmeldingsformulieren en –procedures over en weer maar maakt geen gebruik van elkaars of gezamenlijke producten.	Er wordt gebruik gemaakt van elkaars of gezamenlijke aanmeldingsformulieren en procedures.	Eén team beoordeelt aan de hand van een vastgesteld en door medewerkers van BJZ en J-GGZ gedragen werkproces alle aanmeldingen.
Informatie aan en terugkoppeling naar verwijzers	BJZ en J-GGZ hebben geen gezamenlijke voorlichting en informatie verstrekt aan mogelijke verwijzers; huisartsen krijgen (nog geen) standaard terugkoppeling van hun verwijzing naar BJZ.		BJZ en J-GGZ hebben gezamenlijke voorlichting op dit punt verstrekt o.a. door actieve benadering van externe verwijzer (uitleg rol BJZ en mogelijkheid rechtstreekse verwijzingen).	
Bereikbaarheids/ crisisdienst	BJZ en J-GGZ beschikken niet over een gezamenlijke bereikbaarheids/ crisisdienst		BJZ en J-GGZ beschikken over een gezamenlijke bereikbaarheids/ crisisdienst	
Deskundigheid voor beoordeling psychiatrische problematiek bij de voordeur	Onvoldoende deskundigheid bij BJZ.	Onvoldoende deskundigheid bij BJZ maar bij twijfel wordt incidenteel overlegd met J-GGZ.	Nog niet voldoende deskundigheid bij BJZ maar bij twijfel (aan beide kanten) wordt overlegd. Mede door bijdrage J-GGZ neemt deskundigheid bij BJZ toe.	Voldoende deskundigheid bij BJZ o.a. door uitwisseling en/of detachering van medewerkers over en weer.

Omlegging cliëntenstroom/zij-instroom J-GGZ	Vaak melden cliënten zich nog gewoon bij BJZ en J-GGZ zelf aan. <i>Zij-instroom: > 80% aanmeldingen bij J-GGZ.</i>	Cliëntenstroom is onvoldoende omgelegd. <i>Zij-instroom: 40-80% aanmeldingen bij J-GGZ.</i>	Cliëntenstroom is grotendeels omgelegd <i>Zij-instroom: tussen 10-40% aanmeldingen bij J-GGZ.</i>	Vrijwel alle J-GGZ cliënten komen via de integrale toegangspoort bij BJZ binnen. <i>Zij-instroom: < 10% aanmeldingen bij J-GGZ.</i>
Terugkoppeling gegevens naar BJZ over rechtstreekse aanmeldingen bij J-GGZ	Op dit punt vindt geen terugkoppeling plaats.		Op dit punt vindt structureel terugkoppeling plaats.	

Diagnostiek	Score a:	Score b:	Score c:	Score d:
Uitvoering diagnostiek	Er zijn geen op elkaar afgestemde afspraken tussen BJZ en J-GGZ over de uitvoering van toegangsdiagnostiek.	BJZ en J-GGZ hebben onderling afspraken gemaakt over de manier waarop diagnostiek wordt gepleegd, waarbij ieder de aanmeldingen die voor de 'eigen' sector lijken te zijn, voor de rekening neemt.	BJZ en J-GGZ hebben de (eerder bestaande) werkwijzen ten aanzien van diagnostiek besproken en op elkaar afgestemd.	De diagnostiekfunctie is georganiseerd en ingevuld door BJZ en J-GGZ gezamenlijk aan de hand van een vastgesteld en door medewerkers van BJZ en J-GGZ gedragen werkproces
Bekendheid met/gedeeld gebruik diagnostische instrumenten	Men kent de (voorheen) gehanteerde diagnostische instrumenten over en weer niet of nauwelijks.	Men kent het bestaan van gebruikte diagnostische instrumenten over en weer, maar maakt geen gebruik van elkaars/gezamenlijk ontwikkelde of gekozen instrumenten.	Er wordt gebruik gemaakt van elkaars of van gezamenlijk ontwikkelde/gekozen diagnostische instrumenten.	Eén team behandelt aan de hand van een vastgesteld en door medewerkers van BJZ en J-GGZ gedragen werkproces de diagnostiek voor alle cliënten in de toegangsfase.

Deskundigheid voor beoordeling psychiatrie problematiek	Geen specifieke deskundigheid bij BJZ.	Geen specifieke deskundigheid bij BJZ maar wordt incidenteel ingehuurd door BJZ bij J-GGZ.	Toenemende deskundigheid bij BJZ; aanvullend inhuren van J-GGZ medewerkers of diagnostiek.	Voldoende specifieke deskundigheid bij BJZ (mede door inzet J-GGZ in het verleden).
Multi-disciplinaire beoordeling	Adequate uitwerking van criteria voor multi-disciplinaire beoordeling in de toegangsfasen van BJZ, maar deze is niet bekend bij de medewerkers van J-GGZ.		Adequate uitwerking van criteria voor multi-disciplinaire beoordeling in de toegangsfasen van BJZ en deze is bekend bij de medewerkers van J-GGZ.	
Positionering toegangsdiagnostiek en behandelingsdiagnostiek		Binnen BJZ beoordeling die leidt tot 'sector-keuze', diagnostiek voor GGZ-cliënten vindt grotendeels plaats binnen J-GGZ.	Binnen BJZ toegangsdiagnostiek. Evt. behandelingsdiagnostiek binnen J-GGZ. Soms doet J-GGZ diagnostisch onderzoek ten behoeve van de toegangsfunctie over.	Binnen BJZ toegangsdiagnostiek. Evt. behandelingsdiagnostiek binnen J-GGZ. J-GGZ verricht geen dubbele diagnostiek (tov voortraject)
Indicatiestelling/ indicatiebesluit	<i>Score a:</i>	<i>Score b:</i>	<i>Score c:</i>	<i>Score d:</i>
Organisatie proces indicatiestelling	Binnen BJZ worden vrijwel geen of weinig indicatiebesluiten afgegeven voor J-GGZ.	Er is deelname van J-GGZ aan proces van indicatiestelling binnen BJZ, waarbij ieder vooral aanmeldingen voor de 'eigen' sector beoordeelt.	Er is deelname van J-GGZ aan het proces van indicatiestelling binnen BJZ. Er wordt in feite gezamenlijk een indicatiebesluit genomen.	Het proces van indicatiestelling binnen BJZ is door BJZ en J-GGZ samen voorbereid en wordt gezamenlijk gedragen. BJZ voert het uit.
Vertrouwen in kwaliteit indicatiestelling	J-GGZ heeft geen of weinig vertrouwen in indicatiestelling BJZ.		J-GGZ heeft – onder bepaalde condities – vertrouwen in indicatiestelling BJZ.	
Specificiteit uitkomst indicatiestelling	--	Beoordeling leidt tot 'sectorkeuze': zeer globaal geformuleerde indicatiebesluiten.	Er worden globale tot redelijk specifieke indicaties voor J-GGZ gesteld.	Er worden specifieke indicaties voor J-GGZ gesteld.

Tevredenheid samenwerking	Geen of stagnerende samenwerking, weinig wederzijdse affiniteit.	Samenwerking op papier geregeld, wel (enige) kennis werkwijze wederpartij, geen gedeelde werkprocessen.	Intensieve 'technische' verbindingen tussen (voorheen) eigen werkprocessen.	Gedeelde werkprocessen, integrale teams
Gemiddelde doorlooptijd BJZ	Beduidend hoger dan het landelijke gemiddelde van beide sectoren.	Hoger dan het landelijke gemiddelde.	Op het landelijke gemiddelde.	Lager dan het landelijke gemiddelde.

Aanmelding J-GGZ/uitvoeren indicatiebesluit	<i>Score a:</i>	<i>Score b:</i>	<i>Score c:</i>	<i>Score d:</i>
Afspraken BJZ en J-GGZ over overdracht van informatie en cliënten	Geen afspraken	Afspraken zijn vooral gericht op zo vroeg mogelijke overdracht van cliënten/niet of minder gericht op informatie-overdracht.	Afspraken zijn gericht op soepele overdracht van informatie en ondersteuning van cliënten bij het verzilveren van indicatiebesluit.	
Terugverwijzingen	Terugverwijzingen komen regelmatig voor; aantal (beduidend) hoger dan het landelijke gemiddelde.		Terugverwijzingen komen vrijwel niet voor; aantal langer dan het landelijk gemiddelde.	

Opstellen hulpverleningsplan J-GGZ	<i>Score a:</i>	<i>Score b:</i>	<i>Score c:</i>	<i>Score d:</i>
Afstemming hulplan op indicatiebesluit	Geen afstemming.	Afstemming maar indicatiebesluit is zeer globaal en biedt veel ruimte.	Intentie om altijd af te stemmen. Maar soms wordt beoordeling aanpak problematiek overgedaan. BJZ wordt hiervan dan op de hoogte gebracht.	Afgestemd op indicatiebesluit: geaccepteerd als uitgangspunt voor hulplan. Meningsverschillen worden in structureel overleg besproken en leiden tot hernieuwde afspraken.

Overleg/toetsing hulpverlenings- plan door BJZ	Geen toetsing	Ad hoc/in voorkomende gevallen.	Structureel, aan de hand van geïmplementeerde werkafspraken hieromtrent.	
<i>Uitvoeren en monitoren van zorg</i>	<i>Score a:</i>	<i>Score b:</i>	<i>Score c:</i>	<i>Score d:</i>
Verstrekken van volggegevens door J-GGZ aan BJZ	Worden niet verstrekt.		Worden verstrekt en worden gerapporteerd door BJZ.	
Evaluatie J-GGZ door BJZ	Wordt niet geëvalueerd.		Wordt incidenteel geëvalueerd.	Wordt structureel geëvalueerd.

